

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2016

Bc. Martina Urbánková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení kvality života žen po menopauze

Bc. Martina Urbánková

Diplomová práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina Urbánková**
Osobní číslo: **Z14264**
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

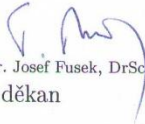
Seznam odborné literatury:

1. CITTERBART, K. a kol. Gynekologie. 2. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
2. FAIT, T. Klimakterická medicína. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-001-8.
3. GURKOVÁ, E. Hodnocení kvality života. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
4. KOLAŘÍK, D. a kol. Repetitorium gynekologie. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-267-4.
5. ROZTOČIL, A. a kol. 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

Prohlášení autora

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

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

Bc. Martina Urbánková

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala především Mgr. Markétě Moravcové, PhD. za odborné vedení mé diplomové práce, za cenné rady a připomínky. Děkuji své rodině a přátelům, kteří mne během studia podporovali.

ANOTACE

Práce se zaměřuje na hodnocení kvality života žen po menopauze. Charakterizuje specifické období v životě každé ženy. Jedná se o práci teoreticko-výzkumnou. V teoretické části popisujeme samotný pojem menopauza, symptomy estrogenního deficitu, terapii a součástí je také kapitola o kvalitě života. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí elektronické formy standardizované české verze dotazníku Menopause Rating Scale. Hlavními cíli výzkumu bylo posouzení kvality života a spektra přítomných symptomů estrogenního deficitu u žen po menopauze

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života, Menopause Rating Scale, menopauza, symptomy estrogenního deficitu.

TITLE

Rating Health-Related Quality of Life after Menopause

ANNOTATION

The thesis is focussed on the rating of the quality of women's life after menopause and it also characterises this specific period in a life of every women. The thesis is theoretical and exploratory. In the theoretical part, we describe the term menopause, symptoms of estrogen deficiency, therapy and a chapter dedicated to the quality of life is included as well. The research was realized in an electronic form of a standardized Czech version of Menopause Rating Scale questionnaire. The main aim of the research was an evaluation of the quality of life and a spectrum of the occurring symptoms related to estrogen deficiency of women after menopause.

KEYWORDS

Quality of life, Menopause Rating Scale, menopause, estrogen deficiency symptoms.

OBSAH

CÍLE PRÁCE.....	12
0 ÚVOD.....	13
1 MENOPAUZA	17
1.1 Základní terminologie	17
1.2 Patofyziologie	19
2 SYMPTOMY ESTROGENNÍHO DEFICITU.....	21
2.1 Akutní změny	21
2.2 Organický estrogen-deficitní syndrom.....	22
2.2.1 Atrofie genitálu, dyspareunie.....	22
2.2.2 Uretrální syndrom	23
2.2.3 Změny kůže a kožních adnex.....	24
2.2.4 Změny trávicího systému.....	24
2.3 Metabolický estrogen-deficitní syndrom	25
2.3.1 Osteoporóza	25
2.3.2 Kardiovaskulární systém.....	26
2.4 Ostatní stavy s estrogení závislostí	26
2.5 Diagnostika	26
3 TERAPIE	28
3.1 Formy a režimy podání hormonální substituční terapie.....	29
3.2 Kontraindikace	29
3.3 Léčba u akutního klimakterického syndromu	30
3.4 Léčba u organického estrogen-deficitního syndromu	31
3.5 Léčba u metabolického estrogen-deficitního syndromu	31
3.6 Nehormonální terapie.....	32
3.7 Role porodní asistentky v péči o ženu v menopauze	32
4 KVALITA ŽIVOTA.....	34

4.1	Kvalita života obecně	34
4.2	Kvalita života související se zdravím.....	35
4.3	Kvalita žen po menopauze	36
5	NÁSTROJE HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN PO MENOPAUZE	38
5.1	Dotazník Menopause Rating Scale	39
6	VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY	42
7	METODIKA VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ VZOREK	43
7.1	Výzkumný nástroj	43
8	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	46
8.1	Vyhodnocení četnosti symptomů	46
8.2	Hodnocení symptomů	53
8.3	Hodnocení domén	54
8.4	Celkový skór	56
9	DISKUSE.....	58
10	ZÁVĚR	64
11	LITERATURA	66
12	PŘÍLOHY	70

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Tabulka 1 - Domény a položky MRS	44
Tabulka 2 – Návaly horka	46
Tabulka 3 – Srdeční obtíže	47
Tabulka 4 – Poruchy spánku	47
Tabulka 5 – Depresivní nálady	48
Tabulka 6 – Předrážděnost	49
Tabulka 7 – Úzkost	49
Tabulka 8 – Vyčerpání	50
Tabulka 9 – Sexuální obtíže	50
Tabulka 10 – Močové obtíže	51
Tabulka 11 – Suchost pochvy	52
Tabulka 12 – Bolesti svalů a kloubů	52
Tabulka 13 – Hodnocení symptomů	53
Tabulka 14 – Hodnocení domén	55
Tabulka 15 – Celkový skór jednotlivých domén v MRS	56

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

BMI	Body mass index
EPT	Estrogen-gestagenní terapie
ET	Estrogenní substituční terapie
FSH	Folikulostimulační hormon
HRQL	Health-related quality of life
HRT, HT	Hormonální substituční terapie
IMS	International Menopause Society
LH	Luteinizační hormon
MRS	Menopause Rating Scale
STEARs	Selektivní regulátory tkáňové estrogenní aktivity
TEN	Tromboembolická nemoc
WHO	Světová zdravotnická organizace

CÍLE PRÁCE

Teoretický cíl:

Teoretickým cílem je popsat problematiku menopauzy, přiblížit téma kvality života a význam jejího hodnocení.

Výzkumné cíle:

Výzkumným cílem je zjistit, jaké symptomy respondentky po menopauze pociťují nejvíce a dále jak je ovlivněna kvalita života žen po menopauze ve sledovaném vzorku.

Cíl hlavní:

Cílem je zjistit, jaká je kvalita života sledovaných žen po menopauze za pomoci elektronické formy standardizované české verze dotazníku Menopause Rating Scale.

Dílčí cíl:

Dílčím cílem je zjistit spektrum symptomů estrogenního deficitu, které se u respondentek vyskytují.

0 ÚVOD

Menopauza je přirozený a nevyhnutelný životní proces v životě každé ženy. Organismus člověka přirozeně stárne, ač už chceme, či nikoli. Přicházející změny jedinec nezastaví. I žena se postupem času dostane do fáze života, kdy přestává být plodnou, do období ukončení reprodukce a následného stáří, kdy poté mnohdy zaujímají často roli babičky. Nelze tento přirozený proces brát jako nemoc, je nutné brát menopauzu jako fázi v životě žen, která je nevyhnutelná a nezbytná.

Od narození až po smrt dochází k fyziologickým změnám v životě každého člověka. Některé mohou ovlivňovat zdraví jedince, jeho kvalitu života. Mezi takováto období v životě každé ženy patří období, kdy dochází k postupnému vyhasínání ovariálních funkcí a nastává menopauza. Tento proces v životě žen nastává přibližně kolem padesátého roku života. Klimakterium, přechod, existuje mnoho pojmů pro tuto etapu života (Kolařík, 2011, s. 287; Citterbart, 2008, s. 269). Na menopauzu je také mnohdy nahlíženo jako na přirozený přechod, který nejen zahrnuje biologické změny, ale mnohdy současně i změny kulturní a sociální, které se pojí s přirozeným pocitem stárnutí. Záleží také na tom, jak žena vnímá sama sebe a jak ji vidí její okolí, ve kterém žije (Moravcová, 2011, s. 6). Zmíněné období nebývá mnohdy pro ženy zcela jednoduché, musí se vypořádat s mnoha změnami, které přichází. Zůstává pravdou, že v důsledku poklesu hormonální hladiny se symptomy deficitu estrogenů u velké většiny žen zcela jistě objeví. Samozřejmě každá žena je individuální bytost, která vnímá a prožívá postmenopauzální změny odlišně a tím pádem ovlivňuje jinak svou kvalitu života (Moravcová, 2011, s. 6). Tuto práci jsem si vybrala, abych mohla posoudit a vyhodnotit, zda opravdu jednotlivé symptomy související s obdobím ovlivněným menopauzou mohou ovlivnit a mají dopad na kvalitu života žen.

Už pouhé vyslovení pojmu menopauza může u ženy vyvolávat obavy ze symptomů, které jsou s ní spojeny. Návaly horka, stres, únava, přibývání na váze, deprese, úzkost, vyčerpání, sexuální změny a mnohé další. V současnosti existuje celá řada kvalitních informačních zdrojů, které žena může využít. Připravit ženu na změny související s menopauzou je zároveň prvořadým úkolem lékařů gynekologů a porodních asistentek v primární péči.

O kvalitním životě v dnešní době mluví kde kdo. Obecně kvalita života se v běžné komunikaci pojí s kladnou, pozitivní představou, kvalitní se rovná dobrý. Kvalitu života každého člověka lze hodnotit jako individuální, subjektivní a komplexní hodnotu (Gurková,

2011, s. 22). Často slýchávám od starších lidí, že by si přáli, aby zbytek svého života prožili hlavně kvalitně. Kvalita života je úzce propojena právě s procesem menopauzy, kdy mnoho žen si myslí nebo jsou dokonce přesvědčené, že jejich kvalita života důsledkem všech postupně přicházejících změn v důsledku menopauzy poklesne nebo bude úplně mizivá. Toto je pomyslný „strašák“ asi většiny žen. Avšak není to zcela tak pravdou. Každá žena má v rukou svůj život a záleží, jakou bude mít motivaci a odhodlání pro to, aby dále vedla život, se kterým byla a bude zcela spokojena.

Velmi důležitá je komplexní péče o ženy v menopauze, ke které jednoznačně patří sledování jak změn v psychice, celkového chování žen, změny v kognitivních a emocionálních funkcích (Moravcová, Mareš, 2011, s. 437). Hodně žen o této problematice nerado hovoří, některé symptomy mají mnohdy strach řešit se zdravotníky, což bývá právě velkým problémem. Dnešní doba je otevřenější těmto tématům, než tomu bylo v minulosti, proto je potřebné, aby své potíže, trápení ženy v sobě nedržely a využily soudobé rady lékařů, odborníků, zaměřující se na tuto problematiku, využily metody ke zvládnutí nepříjemných pocitů a problémů. Jejich život by se poté mohl stát radostnější, plnohodnotný a plný spokojenosti. A právě to ženy mnohdy v období menopauzy postrádají.

Pozitivní stránkou u žen je dodržování životosprávy, omezení alkoholu a kouření, pravidelná pohybová aktivita, některé potravinové doplňky a samozřejmě pozitivní pohled na svět. Nedílnou součástí je určitě i psychická vyrovnanost a zdravé sebevědomí (Citterbart, 2008, s. 269 – 270). Je velmi důležité uvědomění si faktu, že dosažení menopauzy neznamena nutnost ukončení nebo omezení aktivního a intimního života či ztrátu pomyslné ženskosti a tím pádem nezájem partnera.

Je velmi důležité, aby žena vnímala nastávající změny pozitivně, snažila se řešit obtíže, které to vyžadují a především věděla, kam se obrátit o případnou pomoc. K tomu je nutné, abychom měli přehled o spektru přítomných symptomů estrogenního deficitu a zároveň o jejich intenzitě. Na základě toho poté můžeme posoudit, jakým způsobem jednotlivé symptomy menopauzy ovlivňují kvalitu života ženy. A právě moderní zdravotní péče sleduje jaké dopady má léčba na klientův život a změny v něm.

Při prvním seznámení s tématem této diplomové práce jsem měla mnoho představ a informací o dané problematice. Během detailnějšího studia o menopauze a vyhledávání nových znalostí a informací mi začalo docházet, že předešlé vědomosti byly mizivé a velmi strohé. A taktéž si myslím, že se cítí mnohé ženy před menopauzou nebo po menopauze. Dostávám se do kontaktu se ženami, kde zjistím, že všechny informace, souvislosti ohledně

tohoto období znají a že jsou řádně vzdělané v tomto oboru. Více se vzdělávat nepotřebují, proč také. Co znají, to jim stačí. Opak je však mnohdy pravdou. A smutné je to, že se nechtějí více dozvědět a obohatit své vědomosti nejen proto, aby věděly, co toto přirozeně nastávající období znamená, ale především, jak lze dosáhnout a udržet si kvalitní a plnohodnotný život i po menopauze.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENOPAUZA

Pojem menopauza označuje poslední menstruační krvácení, tedy trvalé zastavení menstruace, které se dožívá na počátku třetího tisíciletí více jak 95 % žen. Zpětně tento údaj lze určit pouze po roce amenorey. Detailněji lze popsat menopauzu jako normální fyziologický proces, charakteristický vyhasínáním reprodukčních funkcí a hormonální nestabilitou. Dochází k poklesu plazmatické koncentrace estrogenů, který má za následek rozvoj závažných somatických, funkčních a psychických změn. Změny, které u žen nastávají, ovlivňují různou mírou jejich kvalitu života. Tato etapa v životě ženy trvá přibližně dva roky, to u žen, pokud se vyskytne kolem 50. roku života. U žen kolem 40. roku věku může trvat až roky čtyři (Kolařík, 2011, s. 287; Citterbart, 2008, s. 269).

Termín menopauza je odvozen z řečtiny a to ze slova měsíc – men a přerušení – pausis (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 129). Střední věk menopauzy v našich geografických podmínkách se pohybuje v rozmezí 49 – 51 let. V současné době žena prožije asi jednu třetinu svého života v postmenopauze. Počet postmenopauzálních žen se stále zvyšuje. V současné době tvoří v západní Evropě až kolem 18 % ženské populace (Kolařík, 2011, s. 287 - 288).

Existuje několik možných faktorů, které jsou spojovány s dřívějším nástupem menopauzy a tím například je kouření cigaret, podvýživa pacientky, vegetariánská strava, nízká tělesná hmotnost, nepravidelná menstruační krvácení nebo výskyt časnější menopauzy v rodině (například u matky nebo babičky). Časnější menopauza může nastávat i u žen, žijících ve vyšších nadmořských výškách (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 129). Naopak zase pozdější nástup menopauzy nastává u žen, se zpožděným nástupem menstruace, nebo pokud žena rodila ve vyšším věku (Kolařík, 2011, s. 288).

Nezvratné a nezastavitelné změny, které s procesem stárnutí přichází, vyžadují mnoho závažných změn a rozhodnutí v životě každé ženy, jež mohou mít poté vliv na zdravotní stav v následujících několika dalších letech. Pacientka by si měla přehodnotit své nové priority a cíle, tak aby odpovídaly změnám, které fáze stárnutí přináší (Leifer, 2004, s. 318).

1.1 Základní terminologie

Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, WHO), která se zabývá výzkumem menopauzy, v roce 1981 definovala několik pojmů týkajících se ovariálního stárnutí ženy. Mezinárodní společnost pro menopauzu (International Menopause Society,

IMS) v roce 1999 uvedla seznam termínů souvisejících s menopauzou, z nichž řadu převzala z klasifikace WHO (Moravcová, 2011, s. 7).

Pro trvalou zástavu menstruace, která se vyznačuje vymizením aktivity ovariálních folikulů, je označení přirozená menopauza. Je zpětně hodnotitelná po dvanácti měsících amenorey (Citterbart, 2008, s. 269).

Předčasnou menopauzou označujeme období v nižším věku, než jsou dvě směrodatné odchylky od průměrného věku menopauzy v dané populaci. Příčinou může být autoimunitní onemocnění, genetické vlivy, familiární a nefamiliární odchylky chromosomu X (Citterbart, 2008, s. 269).

Zástavu menstruace chirurgickým odstraněním obou ovarii nebo iatropatogenním ukončením jejich funkce chemoterapií či aktinoterapií se používá pojem indukovaná menopauza. Během aplikace chemoterapie může být amenorea pouze přechodná (Citterbart, 2008, s. 269).

Premenopauza dle Kolaříka (2011) je označení pro celé reprodukční období od 40. roku věku do začátku nepravidelných menstruačních cyklů. Zde se u žen může objevit nižší koncentrace progesteronu, koncentrace hormonů jsou v obvyklých mezích. Naopak Donát (2001) charakterizuje premenopauzu jako období jednoho až dvou let před menopauzou.

Pojem perimenopauza, přechod označuje období jeden rok před menopauzou a následně jeden rok po menopauze. Typické jsou poruchy menstruačního cyklu. Obvykle bývá zvýšen folikulostimulační hormon (FSH) a normální estradiol (Kolařík, 2011, s. 287).

Za jeden rok po posledním menstruačním krvácení následuje postmenopauza, kdy koncentrace pohlavních steroidů jsou trvale nízké. Jedná se o hormonálně stabilizovanou fázi reprodukčního cyklu (Kolařík, 2011, s. 287). Donát (2001) popisuje postmenopauzu jako stabilní období reprodukčního klidu s trvalou amenoreou.

Termínem senium nebo také geripauza je označováno období po 65. roku věku ženy. Geripauza se dále může dělit na časnou, do 85 let a pozdní, nad 85 let (Kolařík, 2011, s. 287).

Klimakteriem se rozumí fáze stárnutí ženy, jež označuje přechod z reprodukční fáze, kdy dochází ke klinickým obtížím a klesá funkce ovarii, do období trvalého reprodukčního klidu (Roztočil, 2011, s. 91).

1.2 Patofyziologie

Pokud poklesne množství primordiálních folikulů pod mez přibližně 1000 folikulů, poté dochází k menopauze, bez ohledu na věk ženy. První hormonální změna, která nastává v klimakteriu je pokles hladiny ovariálního inhibinu, vyšetření tohoto markeru se ale v běžné klinické praxi neprovádí. Následuje vzestup gonadotropinů, kdy vzestup FSH je větší než luteinizační hormon (LH). Redukce počtu folikulů v ovariu je ovlivňována různými faktory jako například věk menarche, parita, kouření, rasa, zeměpisná poloha a nadmořská výška nebo socioekonomické faktory (Kolařík, 2011, s. 288 - 289).

Dochází k morfologickým změnám ovarií, přesněji k atrofii, úbytku jejich objemu a hmotnosti. Kůra je nahrazována pojivovou fibrózní tkání, degeneruje cévní zásobením ovarií, což má za následek omezení přívodu substrátů. Akceleruje proces atrezie folikulů, kdy jejich počet zvolna klesá až do 38 let věku, poté nastává jejich rychlý úbytek (Fait, 2006, s. 14; Kolařík, 2011, s. 289). Menopauzou končí reprodukční funkce a to díky vyčerpání neobnovitelného počtu oocytů (Citterbart, 2008, s. 269).

Opakované změny ženského organismu jsou od dospívání do přechodu řízené systémem hypotalamus – hypofýza – ovarium (Vlček, Vytřisalová, 2014, s. 130).

Tvorba estradiolu se snižuje o 90 % a estronu o 70 % v porovnání s reprodukčním obdobím ženy. Celkový pokles androgenů je minimální, ovariální androgeny nahrazuje produkce z nadledvin. V postmenopauze je zdrojem estrogenů periferní konverze androgenů vytvořených ve stromálních a hilových buňkách ovaria. Důsledkem strmého poklesu tvorby estrogenů je vzestup koncentrace folikulostimulačního hormonu. Po několika letech dochází ke zvýšení hladin luteinizačního hormonu, nižší hladina inhibinu B je nejčastější ukazatel zrychlené ztráty folikulů (Fait, 2006, s. 13).

Změny doby trvání cyklu v klimakteriu jsou značně individuální. Snížením produkce inhibinu B dochází ke vzestupu koncentrace FSH na začátku cyklu, proto tedy nastává dříve, je výraznější, proto dochází k akceleraci růstu folikulů a to vede to zkracování cyklu (Kolařík, 2011, s. 289).

Nedostatečná produkce estradiolu díky výraznému úbytku folikulů má za následek opoždění pozitivní zpětné vazby, zmizení ovulace (anovulační cykly bývají mnohdy roztroušené mezi normálními ovulačními cykly) a tudíž poté dochází k prodloužení cyklu a to zejména v důsledku prodlužování luteální fáze (Kolařík, 2011, s. 289).

Pokud dojde k vyčerpání zásoby folikulů a k výraznému poklesu estradiolu, kdy zpětnovazebně stoupají hodnoty FSH a LH, nastává úplná zástava cyklu (Kolařík, 2011, s. 289).

V 15 % se v posledních 5 letech před menopauzou setkáváme u žen s anovulačními cykly a asi v 35 % s cykly s luteální insuficiencí. Fertilita u žen klesá po 30. – 35. roku, ve věku 40 let je neplodných žen 40 % a o 5 let později až 80 %. Možnost spontánního otěhotnění po 50. roku je velmi nízká. Navíc spontánním abortem končí až jedna třetina těhotenství u žen ve věku mezi 40 a 45 lety (Kolařík, 2011, s. 291).

2 SYMPTOMY ESTROGENNÍHO DEFICITU

Symptomy estrogenního deficitu lze rozdělit na akutní změny, organický estrogen deficitní syndrom, metabolický estrogen-deficitní syndrom a dále ostatní stavy s estrogenní závislostí. Důležitá je také diagnostika, která bude dále podrobněji popsána a vysvětlena (Kolařík, 2011, s. 292 – 302).

2.1 Akutní změny

Tyto změny, které u žen nastávají, nemusí znamenat hrozbu pro jejich zdraví, spíše mohou ovlivňovat a snižovat kvalitu života. Do akutních změn patří vegetativní obtíže, dále psychologické problémy a neurovegetativní problémy (Kolařík, 2011, s. 292 - 296).

Akutní změny, neurovegetativní menopauzální syndrom, tzv. klimakterický syndrom, nastupuje souběžně s úbytkem estrogenů. Příznaky bývají bouřlivé, jsou nejvíce typické již v premenopauze a v prvních 3 letech po nástupu menopauzy, postupně v průběhu klimakteria jejich výskyt upadá (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 132).

Objevují se vazomotorické příznaky jako návaly horka, pocení, noční pocení dále bolesti hlavy, neklid, nesoustředěnost, závratě, parestázie, palpitate, poruchy spánku nebo poruchy nálad. Právě tyto potíže jsou nejtypičtějším projevem estrogenního deficitu u žen (Donát, 2003, s. 18; Donát, 2001, s. 45). V perimenopauze jsou návaly horka pozorovány u žen v 70 %, jen v 30 % kolem 60 let věku a po 70. roku pouze v 9 % (Fait, 2006, s. 15). Vznikají jako následek, nepatřičné, prudké aktivace mechanismů spouštějících teplo. Obvykle délka spojená s obdobím vyskytujících se návalů trvá přibližně 5 let. Není to však pravidlem, mohou samozřejmě trvat i daleko méně. Neexistuje žádné testování, které by dokázalo predikovat závažnost či dobu trvání vazomotorické symptomatologie. Obtíže u žen se mohou projevit i 10 let před klimakteriem, tudíž typické pouze jenom pro klimakterium. Nespavost je přítomna asi u 50 % žen, kdy dochází zejména k poruchám usínání, častému a opakovanému probouzení. Výsledkem bývá ospalost, únava, vyčerpání během dne nebo i může vézt k psychickým a sexuálním obtížím. Snížená kvalita spánku může také souviset s návaly horka a pocením (Kolařík, 2011, s. 292 - 294).

Následkem vyplavení LH hormonu a nezměněné hladiny FSH dochází k začátku návalů. Návaly horka trvají průměrně 3 - 4 minuty, provází je vazodilatace v oblasti obličeje, hrudníku a paží, následovaná poklesem hluboké vnitřní teploty, někdy bývá přítomen pocit mrazení i horka. Vlna horka probíhá od hlavy kaudálním směrem ve vlnách a dále se šíří po celém těle, poté následuje záchvat pocení v oblasti hlavy, krku, hrudníku a zad (Kolařík,

2011, s. 295). Často bývá přítomna bolest a tlak v hlavě, příležitostně potíže spojené s palpitacemi. Návaly pocení často přetrvávají u poloviny žen déle než 5 let, celkový počet návalů horka je velmi různorodý. Může se pohybovat od několika až do 20 během 24 hodin (Roztočil, 2011, s. 92).

Vztah mezi estrogenním deficitem a psychologickými problémy je kontroverzní. U velké většiny žen se závažné psychické obtíže vyskytují pouze minimálně. I přesto existují predisponující faktory pro možný vznik psychických alterací a to mohou být například negativní představy žen o menopauze, špatné tělesné zdraví, nízký socioekonomický stav nebo také svobodné ženy, vdovy. Projevem může být ztráta pocitu všeobecného zdraví, ztráta libida, cefalea, palpitace, zácpa a podobně. Dále psychické změny jako například emoční labilita, anxiozita, vznětlivost, poruchy paměti nebo poruchy soustředění. Ženy mohou trpět častými změnami nálad, zejména depresemi, které jsou v různé míře patrné až u 78 % žen. Navštěvují poté častěji lékaře a vyhledávají odbornou pomoc.

Dalším příznakem, který se může vyskytovat, je pocit vyčerpání, osamělosti a zbytečnosti. Možnosti terapie estrogenní substitucí jsou považovány za velmi omezené. Je proto důležité a vhodné volit podání anxiolytik, antidepresiv, hypnotik či jiné podpůrné medikace. Velký význam má pro pacientky již už pouhé vysvětlení a promluva o daném problému s lékařem či porodní asistentkou, následně navržení režimových změn, případně psychoterapie nebo relaxační techniky. Mnohdy je potřebná spolupráce dvou osob, psychologa a psychiatra, aby žena problémy vyřešila (Kolařík, 2011, s. 295).

2.2 Organický estrogen-deficitní syndrom

Subakutní příznaky neboli organický estrogen-deficitní syndrom se rozvíjí skrytě v období 2 - 5 let a pro ženy znamená výrazné změny, které mohou mít dopad na jejich organismus, ale nevede k ohrožení života. Všechny tkáně závislé na estrogenu podléhají atrofizaci (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 132).

Do střednědobých změn patří atrofie genitálu a dyspareunie, uretrální syndrom, změny na kůži a kožních adnex a dále změny trávicího systému (Kolařík, 2011, s. 296 - 297).

2.2.1 Atrofie genitálu, dyspareunie

Ve většině případů se projeví tyto změny až po menopauze. Atrofie postihuje celý reprodukční systém ženy (Kolařík, 2011, s. 296).

U vulvy a pochvy dochází ke ztenčení labií, způsobené úbytkem tuku, pubické ochlupení se zesvětluje. Mimo atrofie se může rozvíjet dystrofie, jako lichen sclerosis et atrophicus, krauróza vulvy, s rizikem vzniku prekanceróz. Vrstva vaginálního epitelu se ztenčuje, je redukován průtok krve ve sliznici (Kolařík, 2011, s. 296). Snižuje se lubrikace pochvy, elasticita pochvy i její délka, sliznice je zranitelná a při zvýšeném pH náchylná k rozvoji atrofické vaginitidy (Citterbart, 2008, s. 272). Díky nedostatku estrogenů dochází ke snížení počtu vrstev dlaždicového epitelu. Mění se pH pochvy z kyselé na zásadité, z pH 4,0 na 7,0 (Kobilková, 2005, s. 49), mizí Döderleinův laktobacil. Mohou se objevovat petechie a zarudnutí pochvy. Je redukováno množství glykogenu v epitelu. Tyto změny se projevují pálením, vaginální suchostí, dyspareunií nebo pruritem, jsou však reverzibilní, po aplikaci lokálních estrogenů obvykle ustupují (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 132).

Dochází ke zmenšení dělohy, poměr hrdla a těla se mění. Tělo se zmenšuje více jak hrdlo. Za normálních okolností by výška endometria měřená ultrazvukem neměla přesahovat ve dvou vrstvách 4 mm. Pokud je výška endometria nad 5 mm nebo vykazuje-li anizoechogenitu, je poté nutno uvažovat o hysteroskopii s cílenou biopsií. Průměr i délka vejcovodů se taktéž zmenšuje, lumen je užší a ubývají řasinkové buňky (Kolařík, 2011, s. 296). Hmotnost dělohy je o 30 – 50% menší. Estrogenní receptory byly také prokázány ve svalstvu dna pánevního a v ligamentum rotundum (Kolařík, 2011, s. 296). Může docházet také k sestupu dělohy a poševních stěn a to v důsledku atrofie závěsného aparátu dělohy (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 132).

U žen po menopauze dochází k výraznému zrychlení involuce glandulárních struktur a to ductů i lobulů. V lobulech prsů ubývá množství tuku, tuk i s parenchymem je nahrazen vazivovou tkání (Kolařík, 2011, s. 297). Dochází i k redukci mléčné žlázy, prsy ztrácí svou pevnost, pružnost a poklesávají (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 132).

2.2.2 Uretrální syndrom

Uropoetický systém, obzvláště pak dolní část je vývojově blízká genitálu. Proto jsou i vyskytující se problémy a patologické nálezy často souběžné. Estrogen dependentní jsou i podpůrné struktury uretro-vezikální junkce. Z hlediska patofyziologie dochází k atrofii sliznic, uretrálního sfinkteru, ke snížení prokrvení v okolí uretry a k poruše podpůrných a závěsných struktur v okolí uretro-vezikální junkce. Zejména dochází k poklesu elastinu a změny kolagenu. Do klinických projevů patří obtíže s udržením moče, časté nucení na

močení, časté močení, nykturie, recidivující infekce močových cest nebo urgence (Kolařík, 2011, s. 297; Citterbart, 2008, s. 272).

Tyto projevy poté mohou přispívat k vývoji stresové inkontinence moči, descenzu dělohy, cystokély, rektokély a enterokély (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 132).

2.2.3 Změny kůže a kožních adnex

Obecně dochází ke zhoršení kvality kůže a adnex, ubývá voda v kůži a snižuje se turgor, dochází k atrofii a ztenčení epidermis, snižuje se sekrece mazových a potních žláz a také dochází ke snížení zastoupení kožního kolagenu. Naopak dochází ke zvýšení lomivosti nehtů, vypadávání vlasů a zvýšené pigmentace v důsledku vyšší produkce melatoninu (Kolařík, 2011, s. 297). Nedostatek estrogenů vede k rychlejšímu stárnutí kůže (Fait, 2006, s. 17). Pravděpodobně změna poměru androgenů a estrogenů přispívá ke zvýšenému ochlupení v obličejí, k redukci v pubické a axilární oblasti a také již zmíněnému prořídnutí vlasů a jejich ztenčení (Citterbart, 2008, s. 272).

Terapie estrogeny způsobují navýšení proliferace epidermie a edém kůže. Pokud-li je tato léčba zahájena a podána včas, může značně zmírnit rozvoj kožních změn (Kolařík, 2011, s. 297).

2.2.4 Změny trávicího systému

Následkem atrofie sliznice dutiny ústní může nastat suchost v ústech, porucha chuti nebo vznik chronické gingivitis s poruchami fixačního aparátu zubů, které může vyústit až k vypadávání zubů. Potíže spojené s vypadáváním zubů je mnohdy poslední změnou, která může také souviset s postmenopauzálním úbytkem kostní hmoty. Riziko výskytu nemocnění žlučníku je 2,5 x vyšší u žen po menopauze. Atrofie sliznice colon ascendens a colon caecum může vést k okultnímu krvácení s negativním objektivním nálezem, někdy také až k sideropenické anémii (Kolařík, 2011, s. 297).

Nedostatkem estrogenů dochází v oblasti gastrointestinálního traktu k atrofii sliznice v oblasti caeca a colon ascendent, která se poté může projevit jako okultní krvácení. V současnosti je bráno užívání ET jako z jedna z možností prevence rozvoje kolorektálního karcinomu u žen (Weiss, 2010, s. 263).

2.3 Metabolický estrogen-deficitní syndrom

Chronické změny, které se označují souhrnně jako metabolický estrogen-deficitní syndrom, mohou u žen nejen snižovat kvalitu jejich života, ale po několika letech po menopauze, kdy dochází k plnému rozvoji těchto změn, mohou ženu ohrožovat na životě (Kolařík, 2011, s. 298).

Do této skupiny změn se řadí osteoporóza, změny kardiovaskulárního systému a ostatní stavy s estrogenní závislostí, jako neurodegenerativní onemocnění a poruchy sexuálního chování (Kolařík, 2011, s. 298 - 302).

2.3.1 Osteoporóza

Osteoporóza je progresivní, systémové, metabolické onemocnění kostí, které v rozvinutých zemích postihuje více ženy než muže (Kobilková, 2005, s. 50). Vyznačuje se sníženou mechanickou odolností skeletu s predispozicemi ke zvýšenému riziku zlomenin (Citterbart, 2008, s. 272). Kalcium se z kostí ztrácí rychleji, než se ukládá, hlavně v prvních letech po menopauze. Pokud se tato choroba neléčí, neustále se zhoršuje. Cílem léčby je především zabránit vzniku zlomenin (Leifer, 2004, s. 320).

Estrogenové receptory v kostních buňkách mají význam v procesu novotvorby a resorpce skeletu. Nedostatek estrogenů v menopauze má za následek úbytek kostní hmoty (Citterbart, 2008, s. 272) a svými důsledky může ovlivňovat mortalitu a morbiditu u žen ve vyšší věkové kategorii. Po menopauze dochází ke zvýšení metabolismu kostí, novotvorbě. Vzniká poté postmenopauzální osteoporóza díky zvýšené resorpci kostí, estrogenním deficitu a dalším rizikovým faktorům. Zlomeniny krčku stehenní kosti, zlomeniny zápěstí a kompresivní zlomeniny obratlů jsou časté u žen po menopauze (Fait, 2006, s. 16).

Rizikovými faktory pro vznik osteoporózy u žen je nízká koncentrace pohlavních steroidů, imobilizace, fraktury, nízká tělesná hmotnost, kortikoterapie a genetické dispozice od matky. Mezi slabší rizikové faktory dále patří kouření cigaret nebo kavkazské etnikum (Kolařík et al., 2011, s. 299).

Klinický průběh může být němý, občas se vyskytují bolesti kloubů, páteře a kostí. První manifestací je mnohdy až fraktura například proximálního femuru, obratle nebo distálního předloktí (Kolařík et al., 2011, s. 299).

Díky chybějícím metodám pro měření kvality kostí dochází k zúžení diagnózy osteoporózy na stanovení stupně úbytku kostní hmoty. Dle WHO jsou dána kritéria pouze pro

vyhodnocení proximálního femuru s použitím dvouenergiové rentgenové absorpciometrie. U časně postmenopauzálních žen je vhodné měření bederní páteře v předozadní projekci, kde dochází k výraznějšímu poklesu kostní hmoty než v proximálním femuru (Citterbart, 2008, s. 273).

2.3.2 Kardiiovaskulární systém

Nejčtenější příčinou mortality a morbidit ve vyspělých zemích jsou kardiiovaskulární onemocnění (Citterbart, 2008, s. 274), kdy průměrný věk úmrtí na tyto choroby je 74 let. Po menopauze dochází ke zvýšenému riziku výskytu těchto onemocnění, kdy riziko je až 4x vyšší než u žen premenopauzálních. Rizikovými faktory, které mohou riziko výskytu v postmenopauze zvýšit, jsou inzulinová rezistence, nárůst tělesné hmotnosti, krevního tlaku, dále kouření cigaret, fyzická aktivita nebo elevace celkového cholesterolu (Kolařík, 2011, s. 301).

2.4 Ostatní stavy s estrogenní závislostí

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění pozdějšího věku, nejčastější forma demence (v 50-60%), která se častěji vyskytuje u žen než u mužů (Fišar, 2009, s. 299). Nemoc je poměrně lehce definovatelná patologickými nálezy, které jsou společné pro všechny pacienty (Fišar, 2009, s. 299). Výskyt tohoto onemocnění by mohl být spojovaný s nedostatkem estrogenů (Fait, 2006, s. 17).

Sexuální chování u postmenopauzálních žen bývá obecně sníženo (Weiss, 2010, s. 264). Změny sexuálního prožitku bývají obecně velmi často a to nejen kvůli nedostatku estrogenů, ale i v důsledku akutního klimakterického syndromu a atrofizace poševní sliznice. Objevují se časté dyspareunie, pomalý nástup a snížená lubrikace. Po pohlavním styku jsou časté dysurie a polakisurie (Kolařík, 2011, s. 302-303). Sexualitu ovlivňují také faktory, které nemají přímý vztah k menopauze, jako chronická onemocnění, užívání léků, změna fyzického vzhledu, chirurgické výkony, společenské a partnerské zázemí a jiné (Citterbart, 2008, s. 274).

2.5 Diagnostika

Pro účel hodnocení míry obtíží klimakterického syndromu existují schémata, dle kterých lze určit míru obtíží u žen. Nejčastěji využívaný byl Kuppermanův index. V současnosti je jedním z nejčastěji užívaných nástrojů ve světové klinické praxi Menopause

Rating Scale (MRS) (Fait, 2006, s. 18). MRS zároveň slouží i ke zhodnocení vlivu symptomů estrogenního deficitu na kvalitu života žen.

Před nasazením hormonální terapie se za povinná vyšetření považuje rodinná a osobní anamnéza pacientky, gynekologická prevence včetně cytologie a kolposkopie, onkologická prevence včetně mamografie a kontroly krevního tlaku, váhy, výšky s výpočtem BMI. Po 3 měsících je doporučeno krevní tlak opakovaně přeměřit a dále pak jednou ročně s provedením preventivní onkogynekologické prohlídky. Během získávání anamnézy u klientky je důležité se zaměřit na rizika nádorového onemocnění, především karcinomu prsu a tromboembolické nemoci z hlediska možných kontraindikací hormonální terapie. Důležité je také sledování výskytu osteoporózy v rodině či jiných onemocnění, která by mohla ovlivnit případnou aplikaci hormonální terapie. V průběhu klimakteria je důležitou součástí vyšetření mamografie, kdy hlavním úkolem je odhalení nehmátných tumorů prsu (Fait, 2006, s. 18). Před nasazením léčby by mamografie neměla být starší více jak půl roku. Nedílnou součástí je samovyšetřování prsů, jež by žena měla provádět od 20 let věku opakovaně každý měsíc (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 138).

U žen s vysokým rizikem osteoporózy je indikovaná denzitometrie, což je metoda, díky níž lze odhalit ženy se sníženou kostní minerální denzitou a pomůže tak v rozhodování o užívání hormonální terapie (Fait, 2006, s. 20).

Součástí je také laboratorní vyšetření, biochemické kostní markery, kontrola funkce štítné žlázy (Donát, 2003, s. 37 - 43).

3 TERAPIE

Klimakterické obtíže je možno léčit farmakologicky či režimovými opatřeními. Farmakologickou léčbu lze rozdělit na léčbu hormonální a nehormonální (Fait, 2006, s. 22). Terapeutické podávání estrogenů vede k odstranění prakticky všech symptomů klimakteria a výsledkem podávání je také prevence dlouhodobého estrogenního deficitu (Melichaříková, Reslerová, 2009, s. 201 - 202).

Kauzální léčbou příznaků spojených s estrogením nedostatkem v menopauze je substituce pohlavním hormonů. V roce 1928 byl syntetizován první hormonální přípravek pro léčbu klimakterických obtíží a od té doby substituční léčba zaujímá dominantní místo v terapii symptomů spojených s menopauzou (Kolařík, 2011, s. 315).

Po období nekritického přijímání a naopak i odmítání této léčby existuje v současné době mnoho údajů o pozitivních i negativních účincích u konkrétní ženy s konkrétním typem potíží. Na druhou stranu se také ale rozšiřuje spektrum látek využívaných jako alternativa klasické hormonální substituce. V souvislosti s dobou užívání léčby se mohou měnit některé účinky hormonální terapie (HT). Rozdíly účinku HT mohou nastat tehdy, pokud ženy již léčbu užívaly v minulosti či nikoliv (Kolařík, 2011, s. 315).

U premenopauzálních žen v hormonální terapii je metodou volby substituce gestageny, intrauterinní hormonální systém nebo nízkodávková monofázická kontracepce. Pokud je nízkodávková terapie neúspěšná, dochází poté ke zvyšování dávek. Pokud si žena přeje zachovat cyklus, bere se ohled na věk, přání pacientky a dobu podávání substituční terapie (Fait, 2006, s. 22).

Na kombinovanou kontinuální estrogen-gestagenní terapii (EPT) se přechází u klientek v postmenopauze. U žen, které doposud neužívaly HT, může být též lékem volby. Pouze estrogení terapie se aplikuje u pacientek bez dělohy. Léčba selektivním modulátorem estrogenních receptorů raloxifenem, je metodou u žen v postmenopauze, kde nehrozí projevy akutního klimakterického syndromu. Raloxifen se taktéž využívá k prevenci a léčbě osteoporózy. Na všechny příznaky estrogenního deficitu je vhodný tibolon, jako alternativa hormonální terapie (Fait, 2006, s. 22).

Tibolon je syntetický analogon steroidů, řazený do skupiny selektivních regulátorů tkáňové estrogení aktivity (STEARs), který estrogeně působí na kardiovaskulární systém, kostní tkáň, vaginální sliznici a klimakterické příznaky. Naopak ale nepůsobí tam, kde by byly účinky nežádoucí, neovlivňuje prs a endometrium, upravuje vaginální atrofii (Donát,

2003, s. 82). Příznivě ovlivňuje návaly horka, náladu, kvalitu života i sexualitu postmenopauzálních žen, urogenitální atrofii a kostní hmotu. Pokud si žena, především starší 60 let, přeje předepsat tibolon, měla by mít celkově zhodnocena lékařem individuální rizika, která mohou nastat, zvláště možnost vzniku cévní mozkové příhody (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 140).

Dále se setkáváme s látkami, které jsou určené ke korekci izolovaných příznaků menopauzy a v neposlední řadě sem patří fytopreparáty (Kolařík, 2011, s. 346 – 355).

3.1 Formy a režimy podání hormonální substituční terapie

Během hormonální substituční terapie (hormone replacement therapy, HRT) se mohou estrogeny podávat perorálně, transdermálně, perkutánně, intranazálně, subkutánně nebo lokálně. Terapeutické dávky se v jednotlivých podáních od sebe liší. Dochází ke zvyšování užívání HRT v mnoha zemích a předpokládá se, že tyto počty budou stále narůstat (Fait, 2006, s. 23 - 24).

Existují tři základní režimy užívání HRT a to v závislosti na tom, zda žena má dělohu či nikoli. Je to cyklický režim, kdy se podává samotný estrogen, dále kombinace estrogenu, progestinu v kontinuálním nebo sekvenčním způsobu podání po 21 dnech se 7 denní přestávkou. Poslední způsob je individuální přístup ke každé pacientce (Fait, 2006, s. 23 - 24). Samotná estrogenní terapie je určena především pro ženy po hysterektomii, naopak kombinace estrogenu s progestinem se podává ženám s dělohou (Donát, 2001, s. 67).

3.2 Kontraindikace

Existuje několik stavů, kde je HRT kontraindikovaná, jedním z nich je karcinom prsu (Fait, 2006, s. 28).

Karcinom prsu je jedno z nejčastějších zhoubných onemocnění u žen středního věku a při dlouhodobém užívání HT (nad 5 let) se zvyšuje riziko onemocnění o 10 – 30 %. Příčinou karcinomu prsu nejsou estrogeny ve smyslu onkogenu, ale mohou být promotorem růstu (Fait, 2006, s. 28 – 29). ET/EPT lze podat po léčbě karcinomu prsu pouze v situacích, které výrazně ovlivňují kvalitu života ženy nebo výhradně na žádost pacientky, po řádném poučení lékařem (Citterbart, 2008, s. 276). V současné době je na většině pracovišť brán karcinom prsu v anamnéze pacientky za absolutní kontraindikaci podávání HT. Dle shody onkologů po světě je třeba indikovat HT u žen s odléčeným karcinodem prsu opatrně. Důležité je porovnat přínos léčby a potenciální riziko (Kolařík, 2011, s. 332 – 333).

Další relativní kontraindikací hormonální substituční terapie je tromboembolická nemoc (TEN), při které dochází k uzávěru žilního řečiště koagulem. U mladých žen kolem 40 let se vyskytuje málo, ale s narůstajícím věkem riziko TEN prudce stoupá. Při užívání hormonální estrogen-gestagenní kontracepce je relativní riziko vzniku TEN 2 - 4, přičemž z toho 1 - 2 % končí fatálně. U pacientek s anamnézou TEN a indikací podání HT, je vhodné volit perorální podávání (Fait, 2006, s. 31 – 32). Po skončení léčby žilní trombózy je ale možné podávání hormonů, pokud samozřejmě převažuje přínos aplikace nad riziky jejich podání. Pacientkám je však doporučováno detailnější koagulační vyšetření a konzultace u hematologa (Kolařík, 2011, s. 333).

Relativní riziko karcinomu ovarií může vzniknout při užívání neoponovaných estrogenů u žen s dělohou, kde se zvyšuje riziko s dobou užívání. HT lze podat po chirurgické léčbě karcinomu I. stupně, kde je nízké riziko recidivy. S vyšším stupněm pokročilosti karcinomu je vhodné před zahájením EPT dodržet interval 5 let bez recurence onemocnění (Fait, 2006, s. 34; Citterbart, 2008, s. 276).

Děložní krvácení nejasného původu, porfyrie nebo akutní onemocnění jater a chronické onemocnění jater s poruchou jaterních funkcí může vést také ke kontraindikaci ET/EPT (Citterbart, 2008, s. 276). Dále by se HRT neměla předepisovat ženám, které mají zvýšené riziko pro vznik ischemické choroby srdeční nebo cévní mozkové příhody (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 138).

Omezení příznaků klimakterického syndromu a zároveň též kontrolu menstruačního cyklu lze dosáhnout po podávání progestinů, zvláště u pacientek v perimenopauze, která je charakterizována relativním nebo absolutním nedostatkem progesteronu. Postupné podávání progestinů má vliv na úpravu menstruačního cyklu, naopak kontinuální používání progestinů má ověřený pozitivní efekt na příznaky akutního klimakterického syndromu. U nás se nepřetržitě podávání progestinů příliš nevyužívá (Fait, 2006, s. 24).

3.3 Léčba u akutního klimakterického syndromu

Prakticky jedinou léčbou návalů tepla je estrogení hormonální substituce, jiná terapie nemá zásadní význam. Měla by být užívána nejnižší dávka estrogenů, která dokáže odstranit potíže (Kolařík, 2011, s. 316). Ze steroidních pohlavních hormonů mají pozitivní účinek i androgeny a do určité míry i progestiny. Málo účinná je nehormonální terapie. Návaly tepla sice život neohrožují, ale mohou vést k výraznému snížení kvality života ženy (Roztočil, 2011, s. 92).

Trvá několik dnů, než dojde k nástupu účinku hormonů. Je to pravděpodobně způsobené tím, že jejich účinek je nepřímý, uplatňuje se prostřednictvím změn homeostázy serotoninu a jeho receptorů. Než dojde v klinické praxi k plné účinnosti léčby, může to trvat i několik týdnů, proto je doporučováno setrvat při jednom dávkování alespoň tři měsíce před tím, než se dávka zvýší (Kolařík, 2011, s. 316).

3.4 Léčba u organického estrogen-deficitního syndromu

Atrofické změny na sliznicích na různých částech těla byly již výše zmíněné. Ne všechny příznaky u urogenitální atrofie reagují stejně dobře na léčbu estrogeny. Nejlepší výsledek lze očekávat u močových urgencí, dysurie či nykturie. Obnovou estrogenizace poševní sliznice dochází ke snížení rizik vzniku poševních zánětů. Velkou část těchto symptomů je možno léčit také lokálním podáváním estrogenových preparátů nebo eventuálně kombinovat lokální aplikaci s celkově podávanými estrogeny (Kolařík, 2011, s. 318).

Při atrofické vaginitidě musí na antibakteriální terapii navázat dlouhodobá lokální léčba estrogenními vaginálními krémy či tabletami (Roztočil, 2011, s. 92).

Ženy, které užívají HT pro atrofii kůže a kožních adnex mají ve srovnání s ženami bez léčby vyšší hydrataci, turgor a elasticitu kůže, více kožního kolagenu a větší tloušťku kůže. Kvalita nehtů a vlasů se také zlepšuje. Tyto změny mohou nastat v řádu několika týdnů až měsíců (Kolařík, 2011, s. 318).

3.5 Léčba u metabolického estrogen-deficitního syndromu

Základem prevence a léčby osteoporózy je úprava stravy s dostatečným přísunem vápníku, vitamínu D, bílkovin a přiměřené fyzická aktivita (Citterbart, 2008, s. 274). Při vzniklé osteoporóze jsou možnosti léčení již omezené. Levnější a přínosnější je profylaktická léčba estrogeny. V prevenci ztráty kostní hmoty je třeba u rizikových skupin žen dodávat alespoň 500 mg syntetického kalcia a současně i podobnou denní dávku přirozeného vápníku přijímat v potravě. Terapeutické dávky syntetického kalcia jsou 1000 mg denně a současně minimálně 500 mg přirozeného vápníku v potravě. Doporučené denní dávky se mohou odlišovat pro různé skupiny obyvatelstva. Důležitá je péče o integritu CNS a hlavně předcházení pádů účinně snižuje riziko patologických zlomenin a jejich následků (Kolařík, 2011, s. 301, 320).

Za léčbu první volby mohou být považovány estrogeny, eventuálně kombinované s progesterony. To platí především u žen, u kterých existuje pro podání HT ještě jiná indikace

než kostní. Pokud je tato léčba kontraindikovaná, je třeba volit alternativní preparáty. Gynekolog by měl však předcházet změnám kostní hmoty, které mají za následek vznik osteoporózy. Včasné nasazení hormonální léčby je nejučinnější prevencí (Kolařík, 2011, s. 320).

3.6 Nehormonální terapie

Problémy žen v souvislosti s klimakterickým syndromem je možno léčit i nehormonálně (Fait, 2006, s. 27). Nefarmakologické léčení se stává čím dál tím více oblíbenější. Užívané prostředky určitým způsobem ovlivňují pacientky, zlepšují projevy akutního nedostatku estrogenů, ale nemají prokazatelný vliv na dlouhodobé přeměny v souvislosti s estrogením deficitem (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 135).

Vliv na každou pacientku je zcela individuální, je možné využít elektroanalgezií, lázeňskou léčbu, fyzické cvičení, obecně úpravu životosprávy a životního stylu. Hypnoterapie, homeopatie, meditace, akupunktura, behaviorální léčba, užívání přírodních látek, jako aloe vera, anýz, česnek, lékořice, zázvor a jiné, mohou zmírnit příznaky estrogeního deficitu (Vlček, Vytřísalová, 2014, s. 135).

Zdravý životní styl se vyznačuje tím, že v něm nejsou obsaženy charakteristiky jako alkohol, kouření, drogy, nedostatek pohybu a naopak i nedostatek odpočinku či špatné mezilidské vztahy. Velmi důležitá je vyvážená strava (Čeledová, Čevela, 2010, s. 53).

3.7 Role porodní asistentky v péči o ženu v menopauze

V období menopauzy je důležité, aby porodní asistentka ženám vysvětlila, co se s jejich tělem děje, jaké změny nastávají a řádně je na ně připravila. Nedílnou součástí je také podpora pravidelného screeningového vyšetření, jako je mamografie. Porodní asistentka podporuje ženy a nabízí možnost zvládnutí této etapy života pomocí hormonální terapie, edukuje o povinných vyšetřeních před nasazením léčby (anamnéza, gynekologicko-onkologická prevence, mamografie, kontrola krevního tlaku apod.) (Andraščíková, 2010, s. 75).

Porodní asistentka informuje ženy také o možnostech nehormonální či alternativní léčby. Poučí je o zdravém životním stylu, o vhodnosti udržování ideální tělesné hmotnosti, doporučí jim nekouřit, omezit konzumaci kávy a soli, alkoholu. Dále podává informace o zdravé stravě s nízkým obsahem cholesterolu a tuků a zvýšeným obsahem vápníku a vitamínu D, o vhodné intimní hygieně, diskutuje s nimi o jejich sexuálních potížích. Pokud

žena trpí nespavostí, doporučí procházky před spaním nebo pít sklenici teplého mléka či mít na spaní vyvětranou místnost. Upozorní ženy na preventivní vyšetření, mezi která patří pravidelné gynekologické prohlídky zaměřené především na prevenci nádorového onemocnění prsu, děložního hrdla a tlustého střeva. Ženy s osteoporózou informuje o možnostech vyšetření densitometrie a biochemickém vyšetření a o preventivních opatřeních ke zmírnění projevů osteoporózy (Andraščíková, 2010, s. 75, Lexová, 2009, s. 1 - 3).

Porodní asistentka všem ženám vysvětlí, že klimakterium je fyziologický proces, snaží se jim zajistit psychickou pohodu, pomoci zmírnit deprese a úzkostné stavy například doporučením relaxačních technik, dechových cvičení, jógy, pravidelného pohybu či vyvarování se stresovým situacím.

4 KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita vyjadřuje určitou jakost, hodnotu nebo ji lze vymezit také jako určitou normativní kategorii nebo jako všeobecný výraz na označení specifických charakteristik, vlastností, atributů, kterými se určitý objekt odlišuje od ostatních, bez zdůraznění na míru uspokojení potřeb. Termín život, zahrnuje všechny činnosti a jevy charakterizující živý organismus (Gurková, 2011, s. 21).

4.1 Kvalita života obecně

Ve dvacátých letech minulého století v USA bylo poprvé použito spojení kvalita života, v souvislosti s pomocí sociálně slabým vrstvám obyvatelstva. Později v šedesátých letech byl tento pojem slyšet z úst během proslovu amerického prezidenta L. Johnsona, kde hlásal zlepšení kvality života Američanům jako cíl domácí politiky (Moravcová, Mareš, 2011, s. 435).

V běžné komunikaci se pojem kvalita života často pojí s kladnou představou, myšlenkou, kvalitní se rovná dobrý. V odborném jazyce se tento pojem využívá jak pro popis negativních, tak pozitivních aspektů života. Vyhodnocení člověka, zda je život, který vede kvalitní či nikoliv, je založené na porovnání života se žádoucím, očekávanou úrovní nebo ve srovnání s životy druhých lidí. Kvalitu života každého člověka lze hodnotit jako individuální, subjektivní a komplexní hodnotu. Tento komplexní pojem má 2 stránky, objektivní a subjektivní. Dle Džuky (2004, s. 46), pokud budeme tvrdit, že kvalita života obyvatel je nízká, můžeme z toho usuzovat, že chybí objektivní podmínky pro dobrý život jako například dostatek potravin, možnosti bydlení nebo zdravotnické péče. Pokud tvrdíme, že někdo žije špatně, můžeme z toho usuzovat, že se cítí smutně, nemocně či fyzicky slabě (Gurková, 2011, s. 22).

První pokusy o komplexní definování kvality života jsou více jak 30 let staré modely kvality života dle Flanagana. Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu vymezilo novější definici kvality života: „Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života“. Možnosti vychází z příležitostí a omezení, které každý jedinec ve svém životě má a ty jsou odrazem vzájemného působení mezi ním a prostředím (Univerzity Toronto, 1993). Lze říci, že definice tohoto termínu vychází z Maslowovy teorie potřeb (Moravcová, 2011, s. 8).

Pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu člověka. Tento vícerozměrný údaj je obvykle definován jako subjektivní posouzení

životní situace. Pocit fyzického zdraví a nepřítomnost příznaků onemocnění či léčby, ale také psychická kondice, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty, věk, pohlaví, polymorbidita, vzdělání a jiné ovlivňují celkovou kvalitu života (Moravcová, 2011, s. 8). O kvalitním životě mluvíme tehdy, pokud odpovídá fyzické, psychické a sociální pohodě člověka, ať již ji hodnotí druzí, či jedinec sám (Vymětal, 2010, s. 216).

4.2 Kvalita života související se zdravím

V současné době má toto spojení rozdílný význam, podle toho v jakém kontextu je použito. Například v propagaci zdraví a prevenci nemoci se často pojí se synonymem pro zdravotní stav. Ve zdravotnictví se kvalita života čím dál tím více spojuje s vyhodnocováním lékařských výsledků, kdy obecně stanovení určité kvality je cestou získání informací o pacientovi, o rozsahu nemoci a efektivnosti léčby. Díky tomuto konceptu a jeho zařazení při dělení medicínsko klinických rozhodnutí, mají možnost lékaři stanovovat alternativní lékařské postupy, a to nejen z klinického pohledu, ale také podle pacientova obvyklého života (Bencko, Hnilicova, Klein, 2005).

Stanovení kvality života často zahrnuje fungování v určitých doménách jako fyzické a sociální funkce. Dále psychologické pocity, jako je napětí, úzkost, strach z beznaděje, zařazuje se sem i subjektivní vnímání obecného zdraví (Bencko, Hnilicova, Klein, 2005).

Zkratkou HRQL, Health-Related Quality of Life, je označována kvalita života související se zdravím. Koncept se začal používat od osmdesátých let minulého století, vývoj HRQL byl usměřňovaný především tvorbou a rozvojem nástrojů jejího měření (Gurková, 2011, s. 41).

HRQL je používána pro zdravotnické účely, terapeutické rozhodování, plánování zdravotní péče nebo k vyhodnocení dosavadních výsledků. Dále se využívá při vyhodnocování zdravotnických intervencí u jedinců či skupin. Definice HRQL se u různých autorů liší, mezi často používané patří definice navržená Centrem pro prevenci a léčbu nemocí (Moravcová, Mareš, 2011, s. 436). „*HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, na nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav*“ (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

Stanovení kvality života související se zdravím je obecně cestou k získání informací o potížích spojených s nemocí a efektivnosti léčby, o výzkumných a zdraví podporujících programech. Na podkladě tohoto relativně nového konceptu a jeho tolerování při činění medicínsko-klinických rozhodování smí zdravotničtí pracovníci určovat alternativní léčebné postupy nejen z klinického pohledu, ale i z pohledu denního života pacienta. Díky specifickým metodám (standardizovaným dotazníkům) je vyhodnocena prospěšnost a užitečnost poskytované péče a dopady na různé aspekty pacientova běžného života (Moravcová, 2011, s. 8).

Souhrnně lze uvést, že HRQL je popisována prostřednictvím několika znaků a to subjektivita, multidimenzionálnost a zdůrazňování determinace zdraví, vazbou na zdraví (Gurková, 2011, s. 47).

American Thoracic Society (2010) vytvořil také definici pro HRQL. „Pocit štěstí nebo spokojenost s tím, v jakém rozsahu ovlivňují oblasti života jedince, jeho zdravím nebo jsou zdravím ovlivňované. HRQL představuje pokus o zjištění toho, jak proměnné související se zdravím (jakými jsou například onemocnění a jeho léčba) ovlivňují ty oblasti života, které jsou u lidí všeobecné (všeobecná HRQL) nebo u lidí s určitou chorobou (specifická HRQL) považovány za důležité“ (Gurková, 2011, s. 47).

4.3 Kvalita žen po menopauze

Díky prodlužujícímu se věku žen ve většině zemí jde do popředí zájmu jak laiků, tak i odborníků, zkoumání kvality života žen po menopauze. Ženy, které se v současnosti dožívají 50 let věku, mají velkou pravděpodobnost, že budou žít do 80 až 90 let. Existuje mnoho výzkumů, studií, které se věnují problematice HRQL (Mishra et al., 2003; Ozkan et al., 2005). Studie hodnotící kvalitu života mohou poukazovat na určité nejasnosti a to díky nesprávné definici HRQL, velkému množství měření faktorů kvality, různým aspektům klimakteria či rozdílným vzorků žen z hlediska demografického a kulturního. V neposlední řadě nejasnosti mohou způsobovat také odlišné způsoby definování úrovně kvality života žen po menopauze (Moravcová, 2011, s. 8 - 9; Moravcová, Mareš, 2011, s. 437).

Díky prodlužujícímu se věku žen po celém světě se dostává problematika kvality života po menopauze do popředí zájmu jak laické, tak odborné veřejnosti. Ženy jsou během tohoto období ovlivňovány různými faktory životního stylu či sociokulturními faktory. Proto většina pacientek prožívá toto období zcela individuálně a i odlišně se vyrovnávají s problémy, které přichází. Je vhodné využívat metody k hodnocení kvality života v rámci klimakterické

medicíny a zároveň je využít i k vyhodnocení závažnosti symptomů estrogenního deficitu a aplikovat adekvátní léčbu (Moravcová, Mareš, 2011, s. 437).

V některých případech studie vztahující se k této problematice ukazují na výrazné změny, zhoršení, kvality života žen po menopauze. Nalezneme ale i studie (Ozkan et al., 2005), kde dospějeme k odlišnému závěru, že nedochází k výrazným změnám u žen v premenopauze a postmenopauze. Výzkum byl prováděn u 171 žen a porovnával úroveň kvality života žen v oblasti tělesné, psychologické a v oblasti sociálních vztahů a prostředí (Moravcová, Mareš, 2011, s. 437).

Na psychické úrovni se žena musí více zabývat tématy zdraví a nemoci, ubývajících výkonností, ubývajících tělesnou atraktivitou a v neposlední řadě i tématem vlastní konečnosti. Ze sociálního hlediska dochází v tomto období k uvědomění si skutečnosti, že vlastní rodiče jsou již skutečně slabí, nemocní či již mrtví. Děti odešly z domova. Ženy s klimakterickými obtížemi si stěžují na obavy spojované s budoucností, na nedosažení životních cílů a mnoho z nich trpí „syndromem prázdného hnízda“ (Franke, 2010, s. 10-18).

Menopauza nemusí mít vždy jen pouze negativní dopad na život žen, nemusí znamenat pouze souhrn obtíží, problémů v jejich životě. Naopak může znamenat začátek spokojeného života. Existují i aspekty, kdy žena v této etapě života pociťuje kladné, pozitivní změny. Ženy získávají větší pocit volnosti a sebeuplatnění. Jsou schopné využívat získané zkušenosti. Z hlediska sexuálního života se již nemusí například zaobírat problematikou nechtěného otěhotnění, jak tomu bylo v minulosti. Její potomstvo již bývá odrostlé, může se těšit na novou sociální roli babičky. Samozřejmě vše je u každé ženy individuální z hlediska rodinného zázemí, životním stylu a dalších podmínek. Význam rodiny stoupá se vzrůstajícím věkem ženy, čerpá z hodnot, které jí rodina poskytuje (Čížková, 2003, s. 118 - 127).

5 NÁSTROJE HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN PO MENOPAUIZE

Specifické metody hodnocení HRQL jsou cílené pro určitý typ onemocnění, použitelné jen u vybrané skupiny lidí. Ale i u pacientů se shodnou chorobou míváme k dispozici několik specifických metod, které se odlišují svými charakteristikami, a rozhodujeme se, kterou z metod vybrat v klinické praxi. Specifické nástroje měření HRQL jsou užívány i u žen v období ovlivněném menopauzou. Výhodou při měření kvality života žen po menopauze je hodnotící nástroj, který je srozumitelný, praktický a lze jej dále uplatnit jak pro ucelené měření HRQL, tak i pro vyhodnocení efektu léčby, hodnocení průběhu v čase a stanovení tíže postmenopauzálních příznaků (Moravcová, Mareš, 2011, s. 437 – 438).

Zöllner et al. (2005) popisuje přehled existujících specifických nástrojů HRQL u menopauzálních žen. Podmínkami pro stanovení toho, zda je nástroj vhodný pro klinické použití, byly jeho psychometrické vlastnosti a úplnost měření HRQL. Po zhodnocení stanovených kritérií u vybraných dotazníků byly jako vyhovující označeny Green Climacteric Scale, Women's Health Questionnaire, Qualifemme, Menopause-Specific QOL Questionnaire, Menopausal Symptoms List, Menopause Rating Scale, Menopausal Quality of Life Scale a Utian Quality of Life Scale. Uvedené nástroje byly analyzovány a závěrem bylo, že jsou to všechny metody, které slouží k hodnocení HRQL u žen po menopauze. Pro zjišťování kvality života žen po menopauze se používají nástroje od jednoduchých screeningových až po nástroje výzkumné, které nejsou použitelné v běžné klinické praxi. Častý rozsah nástroje je 25 položek a měří 4 – 5 domén. Z toho je zřejmé, že jde pouze jen o orientační zjištění kvality života, které jít do větší hloubky nemůže. Shromážděné nástroje obsahují 39 domén HRQL. Soustřeďují se hlavně na somatické aspekty kvality života žen po menopauze, na druhém místě zjišťují aspekty psychologické. Zatímco domény sociální a obecné se sledují pouze výjimečně (Moravcová, Mareš, 2011, s. 439).

Standardizované české verze určené pro klinickou praxi u výše uvedených nástrojů měření HRQL žen prozatím neexistovaly. V současnosti je k dispozici česká standardizovaná verze nástroje Menopause Rating Scale. Nyní probíhá studie jejímž cílem je stanovení norem pro českou populaci. Užití nástrojů k měření HRQL žen po menopauze by jistě přispělo k vylepšení komunikace a tím pádem i compliance pacientek pracovišť zabývajících se klimakterickou medicínou (Moravcová, 2011, s. 9).

5.1 Dotazník Menopause Rating Scale

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

Původní verze dotazníku Menopause Rating Scale (MRS) vznikla v Německu v devadesátých letech 20. století. Byla určena lékařům, kteří ošetřovali ženy v klimakteriu. Po vlně kritiky byl dotazník upraven, aby ženy mohly vyplňovat samy a tím vznikl spolehlivý, snadno aplikovatelný prostředek pro hodnocení kvality života starších žen (Heinemann et al., 2004). Dnes je dotazník MRS využíván po celém světě (Moravcová, Mareš, Ježek, 2014, s. 37 – 38).

Původní verze dotazníku MRS se začala ověřovat s cílem, aby vznikl spolehlivý a snadno aplikovatelný prostředek pro vyhodnocení kvality života u starších pacientek (Heinemann et al., 2004).

Autoři dotazníku MRS měli za cíl porovnat závažnost známek stárnutí a jejich vliv na kvalitu života v odlišných životních podmínkách, porovnat změny závažnosti příznaků v průběhu určitého časového období a dále posoudit změny příznaků před a po léčbě (Moravcová, Mareš, 2011, s. 440).

V Německu proběhla standardizace dotazníku MRS a byly vypočteny jeho psychometrické charakteristiky. Faktorová analýza určila 3 domény, které je třeba rozlišovat. Dotazník MRS měří psychologickou, somato-vegetativní a urogenitální doménu. Do psychologické domény patří symptomy jako depresivní nálady, podrážděnost, úzkost a vyčerpání. Do somato-vegetativní návaly horka, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolestivost svalů a kloubů. Sexuální obtíže, močové obtíže a suchost pochvy patří do domény urogenitální (Moravcová, Mareš, 2011, s. 440).

Dotazník MRS tedy obsahuje 11 symptomů, které jsou výše uvedeny v souvislosti s jednotlivými doménami. Žena v průběhu vyplňování uvádí u každého symptomu zvlášť, jak velkou závažnost obtíží sama pociťuje. Vybírá si z pěti stupňů intenzity 0 – 4, kdy 0 znamená žádné obtíže, 1 jsou mírné obtíže, 2 střední obtíže, 3 výrazné obtíže a 4 nesnesitelné obtíže (Heinemann et al., 2004).

Vyhodnocení dotazníku MRS je jednoduché, čím více bodů žena nasbírání, tím vyšší je intenzita obtíží a jejich závažnost (Heinemann et al., 2004). Vyhodnocení každé ze tří domén je provedeno sečtením nasbíraných bodů ze všech položek, které tvoří danou doménu.

Celkové vyhodnocení obtíží je poté dáno celkovým skórem ze všech tří domén. S mírou obtíží souvisejících s menopauzou úzce koresponduje i kvalita života konkrétní ženy (Moravcová, Mareš, 2011, s. 440).

Dotazník MRS se začal v klinické praxi používat po celém světě. První překlad byl proveden z německého jazyka do jazyka anglického (Heinemann, Pothoff, Schneider, 2003) a v současné době je k dispozici dalších 24 jazykových verzí (Moravcová, Mareš, 2011, s. 440).

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

Cíl hlavní:

Cílem je zjistit, jaká je kvalita života sledovaných žen po menopauze za pomoci elektronické formy standardizované české verze dotazníku Menopause Rating Scale.

Dílčí cíl:

Dílčím cílem je zjistit spektrum symptomů estrogenního deficitu, které se u respondentek vyskytují.

Na základě stanovených cílů a studia odborné literatury byly formulovány následující výzkumné otázky:

- 1) Jaké symptomy respondentky po menopauze pociťují nejvíce?
- 2) Jak je ovlivněna kvalita života žen po menopauze ve sledovaném vzorku?

7 METODIKA VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ VZOREK

Výzkumné šetření proběhlo v období březen – říjen 2015. Do výzkumu se zapojilo celkem 167 oslovených respondentek, které byly cíleně vybrány podle přítomných symptomů estrogenního deficitu a věku v rozmezí 45 – 60 let. Šetření probíhalo v soukromých gynekologických ordinacích, a to v jedné gynekologické ordinaci ve Středočeském kraji a jedné soukromé gynekologické ordinaci v Praze. Respondentky byly oslovovány mnou, během čekací doby na lékařské vyšetření, či zdravotní sestrou, lékařem již v ordinaci. Podmínkou vyplnění dotazníku bylo splnění kritérií pro výběr respondentek a svolení žen k výzkumnému šetření a zařazení jejich dat do diplomové práce.

Výzkum byl proveden pomocí elektronické formy české standardizované verze dotazníku Menopause Rating Scale u žen po menopauze (Příloha A). Ženy vyplňovaly dotazník samostatně v domácím prostředí pomocí specifického linku, který byl rozdán respondentkám u svého gynekologa nebo při zapůjčení tabletu v rámci čekací doby na vyšetření lékařem. Ženy neměly problém s vyplněním samotného dotazníku, větším problémem byla neznalost tabletu a práce s ním.

Všechny výsledky byly následně zpracovány do jednotlivých tabulek v programu Microsoft Excel. V tabulkách jsou údaje popisovány a vyhodnoceny pomocí absolutní (n_i) a relativní četnosti (f_i (%)) jednotlivých odpovědí respondentek a dalších veličin popisné statistiky. K přesnějšímu a detailnějšímu vyhodnocení získaných dat od oslovených žen byl dále využit program STATISTICA ©. Výsledky jsou uváděny pomocí popisné statistiky.

Každá žena byla nejdříve požádána a informována o spolupráci ve výzkumném šetření, které je součástí diplomové práce a teprve po jejím souhlasu byl dotazník či specifický link respondentce předložen.

7.1 Výzkumný nástroj

Výzkum byl proveden pomocí elektronické formy české standardizované verze dotazníku Menopause Rating Scale. Jedná se o nástroj hodnocení kvality života související se zdravím u postmenopauzálních žen. MRS byl vytvořen pro měření závažnosti příznaku stárnutí a jejich dopadů na kvalitu života žen z pohledu zdravotnického personálu (Moravcová, Mareš, 2011, s. 440).

Česká verze MRS obsahuje 11 symptomů ve 3 doménách a to doméně psychologické, somato-vegetativní a urogenitální. Jednotlivé obtíže v doméně psychologické jsou depresivní

nálady, předrážděnost, úzkost a vyčerpání. Doména somato-vegetativní zahrnuje symptomy návaly horka, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů. Do poslední urogenitální domény se zařazují sexuální obtíže, močové potíže a suchost pochvy (Moravcová, Mareš, Ježek, 2014, s. 37 – 38) (Tab. 1).

Tab. 1 Domény a položky MRS

Doména	Položka
Somato-vegetativní	1. Návaly horka
	2. Srdeční obtíže
	3. Poruchy spánku
	11. Bolesti svalů a kloubů
Psychologická	4. Depresivní nálady
	5. Předrážděnost
	6. Úzkost
	7. Vyčerpání
Urogenitální	8. Sexuální obtíže
	9. Močové obtíže
	10. Suchost pochvy

V elektronických dotaznících respondentky uvedly své jméno a příjmení (případně iniciály), věk, dosažené vzdělání. Ženy uváděly obtíže, které se u nich objevují a zaznamenaly jejich intenzitu na škále od 0 – 4 (0 - žádné obtíže, 1 – mírné obtíže, 2 – střední obtíže, 3 – výrazné obtíže, 4 – nesnesitelné obtíže). Vyhodnocení MRS je jednoduché. Čím vyšší je intenzita obtíží a jejich závažnost, tím vyšší skóre žena obdrží v jednotlivých doménách. S mírou obtíží úzce koresponduje i kvalita života jednotlivé ženy. Čím výraznější jsou obtíže, tím více může být ovlivněna kvalita života dané ženy. Při hodnocení každé domény jsou sečteny nasbírané body ze všech položek, které tvoří danou doménu. Celkové hodnocení obtíží je následně dáno celkových skórem ze všech třech domén (Moravcová, Mareš, Ježek, 2014, s. 38).

Z hlediska splnění požadavku praktičnosti a využitelnosti MRS v klinické praxi a na základě norem pro danou populaci žen stanovenou u původních verzí nástroje MRS byly možné získané výsledky celkového skóru (0 – 44 bodů) rozděleny do třech základních skupin, kdy může být míra ovlivnění kvality života symptomy estrogenního deficitu nízká při získání 0 – 15 bodů. Při sečtení a získání středního intervalu celkového skóru 16 - 30 bodů je kvalita života žen mírně snižena a při vyhodnocení celkového skóru a obdržení hodnoty v rozmezí 31 – 44 bodů je kvalita života žen nízká a obtíže výrazné.

Pokud budeme chtít použít data pro vyhodnocení výsledků u jednotlivých domén, zjistíme, že získaná data jsou obdobná. Tady ale musíme vycházet z bodového hodnocení

u každé domény zvlášť. Byly stanoveny součty možně získaných bodů v doménách a to následovně:

- Somato-vegetativní (MRS-S) – zde jsou 4 symptomy, dosažené body maximálně 4, celkem možno získat 0 - 16 bodů
- Psychologická (MRS-P) - zde jsou 4 symptomy, dosažené body maximálně 4, celkem možno získat 0 - 16 bodů
- Urogenitální (MRS-U) – zde jsou 3 symptomy, dosažené body maximálně 4, celkem možno získat 0 - 12 bodů

Pokud se respondentky rozhodly vyplnit elektronický dotazník MRS (Příloha B), při zobrazení linku se nejdříve seznámily se základními informacemi o elektronickém dotazníku. K čemu dotazník slouží, dále o způsobu vyplnění, jednotných krocích a o informacích, radách a komentářích, které ihned po vyplnění a odeslání dotazníku obdrží, mohou si je ihned přečíst, případně se jimi řídit a mohou být pro ně určitým doporučením. Ženy udaly své jméno, příjmení, email jejich lékaře, dále věk a nejvyšší dosažené vzdělání. Respondentky měly dle počátečních informací označit, které příznaky, obtíže se dotazovaných žen za poslední měsíc nejvíce týkají a zaznamenat u každého z jedenácti symptomů míru intenzity obtíží, která odpovídá reálné situaci. Vyhodnotit musely všechny jednotlivé symptomy, jinak nedošlo k celkovému vyhodnocení dotazníku. Jestliže respondentky některý z příznaků v současné chvíli netrápil, byly informovány o zaznamenání intenzity obtíží 0 - žádné. Pokud se během vyplňování dotazníku ženy chtěly opravit v předešlé odpovědi, bylo možné původní odpověď pozměnit a zpětně se k ní vrátit. Na konci vyplnění všech položek dotazníku stiskly tlačítko Ukončit a odeslat. Následně vyčkaly několik sekund na vyhodnocení zadaných údajů, kdy se dozvěděly míru obtíží, jejich závažnost a případné doporučení, aby se obrátily na svého/svou lékaře či lékařku.

8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Při prezentaci výsledků je uvedeno hodnocení četnosti jednotlivých 11 symptomů standardizované elektronické verze dotazníku MRS. Následují souhrnná, statisticky zpracovaná data v tabulce výsledků znovu u všech 11 symptomů. Další součástí prezentace výsledků je vyhodnocení třech domén a poslední zpracování dat se bude týkat vyhodnocení celkového skóru u sledovaného souboru žen.

8.1 Vyhodnocení četnosti symptomů

Hodnocení položky č. 1 –

Návaly horka (pocení, občasně pocení)

Tato položka je zaměřena na vyhodnocení návalů horka a vnímání intenzity těchto symptomů (Tab. 2).

Tab. 2 Návaly horka

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	47	28,14
1 - mírné	64	38,32
2 - střední	36	21,56
3 - výrazné	20	11,98
4 - nesnesitelné	0	0,00
Celkem	167	100

U první položky z celkového počtu respondentek 64 žen (38,32 %) uvedlo, že jejich návaly horka vnímají jako mírné. Tuto odpověď zaznamenalo nejvíce respondentek. Žádné obtíže spojené s tímto symptomem zaznamenalo 47 respondentek (28,14 %). 36 respondentek (21,56 %) charakterizovalo své potíže jako střední a výrazné obtíže spojené s návaly horka sleduje 20 žen (11,98 %) z celkového počtu 167 respondentek. Nesnesitelné obtíže neuviedla ani jedna z oslovených žen. Na základě vyhodnocení tohoto symptomu můžeme vyvodit souhrnný závěr, že respondentky v sledovaném vzorku ve většině případů mají obtíže návaly horka v mírné intenzitě.

Hodnocení položky č. 2 -

Srdeční obtíže (bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně)

Tato položka je zaměřena na vyhodnocení srdečních obtíží a vnímání intenzity těchto symptomů (Tab. 3).

Tab. 3 Srdeční obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	26	15,57
1 - mírné	72	43,11
2 - střední	43	25,75
3 - výrazné	25	14,97
4 - nesnesitelné	1	0,60
Celkem	167	100

Ze sledovaného souboru 167 respondentek 72 (43,11 %) uvedlo mírné srdeční obtíže, což byla téměř polovina ze zkoumaného vzorku. 43 žen (25,75 %) trpí středními obtížemi. Žádné problémy související s tímto symptomem zaznamenalo 26 žen (15,57 %). Výraznou intenzitu srdečních obtíží vnímá 25 oslovených respondentek (14,97 %). Srdeční obtíže jako problémy nesnesitelné označila pouze 1 dotazovaná žena (0,60 %). U náhodně oslovených respondentek byla nejčastěji zaznamenaná intenzita mírných srdečních obtíží u náhodně oslovených respondentek

Hodnocení položky č. 3 -

Poruchy spánku (potíže s usínáním, předčasné probouzení, potíže s trváním spánku)

Tato položka je zaměřena na vyhodnocení poruch spánku a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tab. 4 Poruchy spánku

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	104	62,28
1 – mírné	40	23,95
2 – střední	17	10,18
3 – výrazné	6	3,59
4 – nesnesitelné	0	0,00
Celkem	167	100

Poruchy spánku jsou symptomem, který 104 dotazovaných žen (62,28 %) neobtěžuje (Tab. 4), což je tedy u nadpoloviční většiny oslovených respondentek. Naopak nesnesitelně tento příznak nevnímá ani jedna žena. 40 respondentek (23,95 %) charakterizuje své obtíže jako mírné, střední intenzitu problémů udává 17 dotazovaných žen (10,18%). Za výrazné problémy spojené s poruchami spánku označilo žen 6 (3,59 %).

Hodnocení položky č. 4 -

Depresivní nálady (pocit smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad)

Tato položka je zaměřena na vyhodnocení depresivních nálad a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tab. 5 Depresivní nálady

Intenzita obtíží	n _i	f _i (%)
0 – žádné	16	9,59
1 – mírné	78	46,70
2 – střední	47	28,14
3 - výrazné	26	15,57
4 - nesnesitelné	0	0,00
Celkem	167	100

Z celkového počtu 167 dotazovaných respondentek 78 (46,70 %) uvedlo, že mají mírné depresivní nálady (Tab. 5), což je tedy téměř polovina oslovených žen. Nesnesitelné obtíže nevedla ani jedna z dotazovaných. Žádné problémy v oblasti depresivních nálad uvedlo 16 žen (9,59 %). Obtíže střední intenzity uvedlo 47 respondentek (28,14 %), výraznou intenzitu problémů charakterizovalo 26 žen (15,57 %). Depresivní nálady jsou symptomem v psychologické doméně, které po zhodnocení dotazníku poukazují na to, že náhodně oslovené respondentky nejčastěji ovlivňují depresivní nálady v mírné intenzitě.

Hodnocení položky č. 5 -

Předrážděnost (nervozita, vnitřní tíseň, pocit agresivity)

Tato položka je zaměřena na vyhodnocení předrážděnosti a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tab. 6 Předrážděnost

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	107	64,08
1 - mírné	48	28,74
2 - střední	10	5,99
3 - výrazné	2	1,19
4 - nesnesitelné	0	0,00
Celkem	167	100

U 107 žen z celkově oslovených 167 (64,08 %) se předrážděnost vůbec nevyskytuje (Tab. 6). Mírnou intenzitu popisuje 48 respondentek (28,74 %) a střední 10 tázaných žen (5,99 %). Jako výrazné obtíže spojené s tímto symptomem uvádí 2 ženy (1,19 %). Nesnesitelné problémy se nevyskytují u žádné respondentky. Po vyhodnocení získaných výsledků můžeme říci, že nejčteněji zastoupená odpověď u dotazovaných žen je nepřítomnost symptomu předrážděnost.

Hodnocení položky č. 6 -

Úzkost (vnitřní roztěkanost, pocity paniky)

Tato položka je zaměřena na vyhodnocení úzkosti a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tab. 7 Úzkost

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	59	35,33
1 - mírné	73	43,71
2 - střední	32	19,16
3 - výrazné	3	1,80
4 - nesnesitelné	0	0,00
Celkem	167	100

Ze sledovaného počtu 167 náhodně oslovených respondentek 59 žen (35,33 %) uvedlo, že nepocítují úzkost (Tab. 7). Nejvíce, 73 žen (43,71 %), zaznamenalo mírné obtíže. Jako střední problémy spojené s úzkostí vnímá 32 respondentek (19,16 %). Pouze 3 ženy (1,80 %) pocítují výraznou intenzitu úzkosti. Nejčtenější zastoupení odpovědi jsou mírné a dále žádné pocity úzkosti.

Hodnocení položky č. 7 -

Vyčerpání (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapomínání)

Tato položka je zaměřena na vyhodnocení vyčerpání a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tab. 8 Vyčerpání

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	61	36,52
1 - mírné	71	42,52
2 - střední	30	17,97
3 - výrazné	5	2,99
4 - nesnesitelné	0	0,00
Celkem	167	100

Ze sledovaného počtu 167 dotazovaných respondentek 71 (42,52 %) uvedlo mírné obtíže spojené s vyčerpáním (Tab. 8). Žádné problémy v této oblasti popisuje 61 tázaných (36,52 %). U 30 žen (17,97 %) byly zaznamenány obtíže střední intenzity. Výrazné problémy vnímá 5 oslovených žen (2,99 %). U žádné ženy se nevyskytuje nesnesitelná intenzita symptomu vyčerpání.

Hodnocení položky č. 8 -

Sexuální obtíže (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení)

Tato položka je zaměřena na vyhodnocení sexuálních obtíží a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tab. 9 Sexuální obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	63	37,72
1 - mírné	70	41,92
2 - střední	29	17,37
3 - výrazné	5	2,99
4 - nesnesitelné	0	0,00
Celkem	167	100

Z celkového počtu respondentek 70 (41,92 %) uvedlo, že mají mírné sexuální obtíže (Tab. 9). Naopak nesnesitelnou intenzitu obtíží neuvédla ani jedna z žen. 63 žen (37,72 %) vnímá své problémy jako mírné, střední intenzitu obtíží popisuje 29 respondentek (17,37 %).

U 5 oslovených žen (2,99 %) se vyskytuje až intenzita obtíží výrazná. Po zhodnocení získaných dat elektronického dotazníku byla u tohoto symptomu nejčastěji zaznamenána ženami intenzita mírných sexuálních obtíží.

Hodnocení položky č. 9 -

Močové obtíže (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení)

Tato položka je zaměřena na vyhodnocení močových obtíží a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tab. 10 Močové obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	79	47,30
1 - mírné	51	30,53
2 - střední	24	14,38
3 - výrazné	12	7,19
4 - nesnesitelné	1	0,60
Celkem	167	100

Ze sledovaného počtu náhodně oslovených respondentek téměř polovina 79 žen (47,30 %) nemá žádné problémy v oblasti močových obtíží. Pouze jedna žena (0,60 %) uvedla svou intenzitu obtíží jako nesnesitelnou. U 51 respondentek (30,53 %) jsou problémy charakterizované jako mírné, jako střední u 24 tázaných žen (14,38 %). Jako výraznou intenzitu močových obtíží vnímá 12 oslovených respondentek (7,19 %). U močových obtíží po zhodnocení výsledků byly nejčastěji udávány žádná intenzita obtíží (Tab. 10).

Hodnocení položky č. 10 –

Suchost pochvy (pocit suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku)

Tato položka je zaměřena na vyhodnocení suchosti pochvy a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tab. 11 Suchost pochvy

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	63	37,72
1 - mírné	55	32,94
2 - střední	35	20,96
3 - výrazné	14	8,38
4 - nesnesitelné	0	0,00
Celkem	167	100

Nejvíce 63 žen (37,72 %), z celkově oslovených 167 respondentek, u symptomu suchost pochvy uvedlo, že nevnímají žádnou intenzitu obtíží. Jako mírné problémy charakterizovalo 55 respondentek (32,94 %). 35 žen (20,96 %) vnímá své problémy se suchostí pochvy jako střední a výraznou intenzitu obtíží uvedlo 14 žen (8,38 %). Opět ani jedna z dotazovaných respondentek neuvedla své problémy jako nesnesitelné (Tab. 11).

Hodnocení položky č. 11 –

Bolesti svalů a kloubů (bolesti kloubů, revmatické potíže)

Tato položka je zaměřena na vyhodnocení bolesti svalů a kloubů a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tab. 12 Bolesti svalů a kloubů

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	21	12,58
1 - mírné	69	41,32
2 - střední	40	23,95
3 - výrazné	35	20,96
4 - nesnesitelné	2	1,19
Celkem	167	100

Ze sledovaného počtu celkových 167 náhodně oslovených respondentek 69 žen (41,32 %) uvedlo mírné bolesti svalů a kloubů. U 2 žen (1,19 %) se objevují tyto obtíže jako nesnesitelné. Žádnou intenzitu obtíží v této oblasti uvedlo 21 respondentek (12,58 %), 40 žen (23,95 %) vnímá své obtíže střední intenzitou. Výrazné bolesti svalů a kloubů zaznamenalo 35 dotazovaných žen (20,96 %). U posledního symptomu v somato-vegetativní doméne nejčastěji ženy uváděly odpověď vnímání intenzity mírných bolestí svalů a kloubů a následně střední intenzity obtíží. U tohoto jediného symptomu souvisejícího s bolestmi svalů a kloubů

2 oslovené respondentky, což bylo nejvíce z celého provedeného výzkumu, zaznamenaly nesnesitelnou intenzitu obtíží.

8.2 Hodnocení symptomů

V následující tabulce, která byla zhotovena v programu STATISTICA © (Tab. 13), je vyobrazeno detailní vyhodnocení jednotlivých 11 symptomů elektronického dotazníku Menopause Rating Scale.

Tab. 13 **Hodnocení symptomů**

Symptomy	Hodnocení symptomů								
	Počet respondentek	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Směr. odchylka
Návaly horka	167	1,17	1	1	64	196	0	3	0,98
Srdeční obtíže	167	1,42	1	1	72	237	0	4	0,95
Poruchy spánku	167	0,55	0	0	104	92	0	3	0,82
Depresivní nálady	167	1,50	1	1	78	250	0	3	0,87
Předrážděnost	167	0,44	0	0	107	74	0	3	0,66
Úzkost	167	0,87	1	1	73	146	0	3	0,78
Vyčerpání	167	0,87	1	1	71	146	0	3	0,81
Sexuální obtíže	167	0,86	1	1	70	143	0	3	0,81
Močové obtíže	167	0,83	1	0	79	139	0	4	0,97
Suchost pochvy	167	1,00	1	0	63	167	0	3	0,96
Bolesti svalů a kloubů	167	1,57	1	1	69	262	0	4	1,00

Z následující tabulky je patrné, že výzkumu se zúčastnilo již zmíněných 167 cíleně oslovených respondentek ve věku 45 – 60 let. Průměrné hodnoty míry intenzity u všech 11 symptomů se pohybovaly v rozmezí 0,44 – 1,57. Kdy nejnižší průměrné hodnoty se vyskytovaly u symptomu předrážděnost, dále poruch spánku a naopak největší u symptomu bolesti svalů a kloubů a depresivních nálad.

Medián, nebo-li střední hodnota, v celém zkoumaném souboru byla hodnota 1, pouze 2 symptomy (poruchy spánku a předrážděnost) mají medián 0. Na základě tohoto výsledku bychom mohli usuzovat, že u těchto 2 symptomů ženy vnímaly nejmenší intenzitu obtíží.

Jako modus, čili nejčastější hodnotou ve výzkumu ženy udávaly u 7 symptomů intenzitu obtíží 1, mírné problémy. U 4 symptomů - poruchy spánku, předrážděnost, močové obtíže a suchost pochvy byla nejčastější hodnota 0, žádná intenzita obtíží. Na základě tohoto vyhodnocení výsledků lze vyvodit závěr, že již zmíněné 4 symptomy respondentky vnímají v nízké intenzitě nebo je nepocítují vůbec.

Četnost modu byla nejvyšší u 2 symptomů a to u poruchy spánku, 104 žen udalo žádnou intenzitu obtíží, a dále u předrážděnosti, 107 žen udalo také žádnou intenzitu obtíží. Ostatní hodnoty jednotlivých symptomů byly podobné.

Dalším výsledkem byl součet bodů. Nejnižší součet bodů se vyskytoval u symptomu předrážděnost, a to přesněji 74 bodů. Následně pak nejméně bodů získal symptom poruchy spánku s celkovými 92 body. Z tohoto lze vyvodit závěr, že s těmito problémy mají ženy nejmenší obtíže, zvláště tedy se symptomem předrážděnost. Naopak nejvyšší součet, 262 bodů, byl vyhodnocen u symptomu bolesti svalů a kloubů. O 12 bodů méně získal symptom depresivní nálady. Tyto 2 obtíže respondentky vnímají jako největší problém.

Minimální zaznamenanou hodnotou byla 0, žádná intenzita obtíží. Tuto hodnotu oslovené respondentky zaznamenávaly, pokud ani jeden ze symptomů je neovlivňoval a udávaly žádnou intenzitu obtíží u symptomu. Naopak maximální hodnotu ženy uváděly 4, což znamená nesnesitelná intenzita obtíží. Tato hodnota znamená nejvyšší možnou intenzitu obtíží, kterou respondentky měly možnost popsat. Tato hodnota byla zaznamenaná pouze u 3 symptomů a to u srdeční obtíží, močových obtíží a u bolestí svalů a kloubů. Z tohoto výsledku je patrné, že nesnesitelné obtíže respondentky uváděly minimálně.

Směrodatná odchylka, čili stupeň rozptýlení opakovaných měření kolem střední hodnoty, se pohybuje v rozmezí 0,66 – 1.

8.3 Hodnocení domén

V následující tabulce (Tab. 14) jsou vyhodnocena data od 167 cíleně oslovených respondentek v jednotlivých doménách - psychologické, somato-vegetativní a urogenitální.

Před prezentací výsledků bude znovu připomenuto možné rozmezí získaných bodů v jednotlivých doménách.

- Somato-vegetativní (MRS-S) – zde jsou 4 symptomy, dosažené body maximálně 4, celkem možno získat 0 - 16 bodů
- Psychologická (MRS-P) - zde jsou 4 symptomy, dosažené body maximálně 4, celkem možno získat 0 - 16 bodů
- Urogenitální (MRS-U) – zde jsou 3 symptomy, dosažené body maximálně 4, celkem možno získat 0 - 12 bodů

Tab. 14 **Hodnocení domén**

Domény	Hodnocení domén								
	Počet respondentek	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Směr. odchylka
Psychologická	167	4,12	4	2	25	688	0	11	2,76
Somato-vegetativní	167	4,27	4	5	29	713	0	11	2,85
Urogenitální	167	2,68	2	0	45	448	0	9	2,40

Ze zhodnocených výsledků je patrná průměrná hodnota v psychologické a somato-vegetativní doméně, která poukazuje na body 4. Přesněji somato-vegetativní doména 4,27 a doména psychologická 4,12 bodů. U urogenitální domény představuje průměrná hodnota čtvrtinu možných bodů, jelikož obsahuje pouze 3 symptomy oproti zbývajícím doménám, které zahrnují symptomy 4. Na podkladě průměrného bodového vyhodnocení u jednotlivých domén můžeme říci, že zkoumaný vzorek žen reprezentují potíže ještě nižší intenzity než je průměrná hodnota.

Mediánem, střední hodnotou je hodnota 4 u psychologické i somato-vegetativní domény. Můžeme tak usuzovat, že u těchto 2 domén ženy zaznamenávaly obdobné výsledky a cítí u něj intenzivněji než urogenitální doménu, kde je prostřední hodnota 2.

Nejvyšší modus, nejčastější hodnota, 5 byl vyhodnocen u domény somato-vegetativní, naopak nejnižší 0, u urogenitální domény. Četnost modu byla nejvyšší právě u urogenitální domény, přesněji 45 a nejnižší naopak u psychologické domény, přesněji 25. Společně právě s četností modu můžeme vyvodit závěr, že symptomy v somato-vegetativní doméně ženy cítí jako nejintenzivnější, naopak u domény urogenitální jsou obtíže udávány v nejmenší intenzitě.

Další vyhodnocenou položkou byl součet. Při hodnocení každé domény jsou sečteny nasbírané body ze všech položek, které tvoří danou doménu (Moravcová, Mareš, Ježek, 2014, s. 38). Nejvyšší součet, přesněji 713 bodů, byl vyhodnocen u somato-vegetativní domény, naopak nejnižší u urogenitální domény a to 448 bodů. Součet u domény psychologické byl

688 bodů. Z toho výsledku je opět patrné, že největší intenzitu obtíží ženy zaznamenávaly právě u domény somato-vegetativní.

Minimální hranice zaznamenaných bodů byla 0, naopak maximální 11, které bylo dosaženo u domény psychologické a urogenitální. U žádné z domén nebylo dosaženo možného maxima. Nejvíce se možnému maximu přiblížila hodnota skóru v urogenitální doméně, kde rozmezí skóru je 0 – 12. Z toho lze usoudit, že některé z žen udaly u symptomů v urogenitální doméně intenzitu obtíží tak velkou, že dosáhla poté součtu 11 bodů. Avšak těchto žen nebylo mnoho, tudíž i přesto doména somato-vegetativní byla vyhodnocena s největšími obtížemi.

Směrodatná odchylka, čili stupeň rozptýlení opakovaných měření kolem střední hodnoty, se pohybuje v rozmezí 2,40 – 2,85.

8.4 Celkový skór

V tabulce (Tab. 15) jsou zpracované výsledky celkového skóru. Znovu jsou připomenuté informace, že elektronický dotazník MRS zahrnuje 11 symptomů, kdy maximálně každá žena mohla získat 44 bodů při zaznamenání u jednotlivých položek nejvyšší intenzity obtíží, tedy 4 bodů. Pokud žena u sebe nezaznamenala žádné obtíže, její výsledek byl poté 0.

Při využití MRS v klinické praxi a dle výzkumů s původními verzemi se celkový skór (0 – 44 bodů) dělí do již zmíněných třech skupin. Pokud žena při součtu celkového skóru získá 0 – 15 bodů poukazuje to na vysokou kvalitu života, pokud získá celkový počet bodů v rozmezí 16 – 30 bodů můžeme říci, že respondentka má mírně sníženou kvalitu života. Rozmezí 31 – 44 bodů, nejvyšší možné získání bodů značí o nízké kvalitě života žen po menopauze.

Tab. 15 Celkový skór jednotlivých domén v MRS

Celkový skór		n_i	f_i (%)
0 - 15	vysoká kvalita života	116	69,46
16 - 30	mírně snížená kvalita života	51	30,54
31 - 44	nízká kvalita života	0	0,00
Celkem		167	100

U našeho vzorku, 167 oslovených žen ve věku 45 – 60 let, 116 respondentek (69,46 %) získalo celkový skór v rozmezí 0 – 15 bodů. Tento výsledek nám poukazuje na to, že jejich

kvalita života je tedy minimálně ovlivněna a můžeme pak hovořit o vysoké kvalitě života. U 51 respondentek (30,54 %) můžeme hovořit již o mírně snížené kvalitě života, jelikož celkový skóre se pohyboval v rozmezí 16 – 30 získaných bodů. Ani u jedné respondentky (0 %) nedosáhly hodnoty celkového skóre v rozmezí 34 – 44 bodů, které by značily nízkou kvalitu života (Tab. 15).

Na základě tohoto celkového shrnutí můžeme vyvodit závěr, že výzkumný vzorek 167 respondentek se svými obtížemi řadí ke spodní hranici kategorie obtíží, 0 – 15 bodů, a poukazuje tak na minimálně ovlivněnou kvalitu života žen.

9 DISKUSE

Cílem výzkumného šetření diplomové práce bylo zaměřit se na typické symptomy, které jsou spojené s menopauzou a mohou ovlivňovat kvalitu života žen. Pomocí elektronické formy standardizované české verze dotazníku MRS určeného pro hodnocení kvality života žen po menopauze byly získány potřebná data, která byla následně zpracována a vyhodnocena. Respondentkami byly cíleně oslovené ženy ve věku 45 – 60 let s přítomnými symptomy estrogenního deficitu. Výzkumné šetření probíhalo v soukromých gynekologických ordinacích, a to v jedné gynekologické ordinaci ve Středočeském kraji a jedné soukromé gynekologické ordinaci v Praze. Respondentky byly náhodně oslovovány mnou, během čekací doby na lékařské vyšetření, či zdravotní sestrou, lékařem již v ordinaci. Podmínkou vyplnění dotazníku bylo splnění kritérií pro výběr respondentek a svolení žen k výzkumnému šetření a zařazení jejich dat do diplomové práce. Položily jsme si tyto základní otázky výzkumu: Jaké symptomy respondentky pociťují nejvíce a jak je ovlivněna kvalita života žen po menopauze ve sledovaném vzorku.

Výzkumná otázka č. 1 - Jaké symptomy respondentky pociťují nejintenzivněji?

U domény somato-vegetativní se první položka týkala návalů horka, kdy většina, 64 žen (38,32 %), uváděla mírné obtíže spojené s návaly horka, ani jedna z respondentek neuvedla nesnesitelné problémy spojené s tímto symptomem. Tento výsledek bych pro mě velmi překvapující, myslela jsem si, že ženy budou tento problém vnímat intenzivněji, budou s ním mít problémy a bude tak ovlivňovat jejich kvalitu života. Obdobný počet žen zaznamenalo žádné, přesněji 47 dotazovaných žen (28,14 %), či střední obtíže spojené s návaly horka. Malá část žen označila své problémy jako výrazné. Z vyhodnocených údajů plyne, že většina sledovaných žen neprožívá problémy s návaly horka nějak intenzivně, tudíž jejich kvalita života v důsledku tohoto symptomu může být jen minimálně ovlivněna. Tento závěr můžeme i potvrdit díky průměru 1,17 a součtu 196 získaných bodů u symptomu. Tyto výsledky jsou srovnatelné s výzkumem Novákové (2014). Použila tištěnou formu dotazníku MRS a její výsledek u toho symptomu byl také u 12 z 30 oslovených žen (40 %) takový, že tyto obtíže vnímají v mírné intenzitě.

Další položkou byly srdeční obtíže, kdy nejčastěji byly opět charakterizovány mírné srdeční obtíže stejně tak, jak tomu bylo u předešlého symptomu. Mírné obtíže zaznamenalo 72 dotazovaných žen (43,11 %). Zde pouze jedna respondentka (0,60 %) uvedla problémy nesnesitelné intenzity. Druhý největší počet žen charakterizoval své problémy jako střední a to 43 oslovených žen (25,75 %). Přibližně stejný počet žen zaznamenalo intenzitu obtíží

žádných a výrazných. Symptom srdeční obtíže se svým průměrným bodovým hodnocením 1,42 a celkovým součtem 237 bodů se stal třetím symptomem, u kterého ženy udávaly největší intenzitu obtíží, kterou pociťují. Naopak Novákové výzkum (2014) uvádí nejčtenější zastoupení odpovědí žádné intenzity obtíží téměř u poloviny (47 %) oslovených respondentek.

U symptomu poruchy spánku 104 žen (62,28 %) uvedlo žádné problémy. Druhou nejčastější odpovědí byly mírné poruchy spánku. Minimální počet respondentek uvedlo střední či výraznou intenzitu symptomu poruchy spánku. Nesnesitelné obtíže neuvedla žádná žena, stejně tak jako u symptomu návaly horka. Oproti Novákové (2014) výsledky tohoto symptomu jsou různorodé. V jejím výzkumu, mimo nesnesitelnou intenzitu obtíží, kterou neudala žádná respondentka, všechny ostatní získaly obdobné výsledky. Při mém prvotním seznámení s dotazníkem MRS jsem si myslela, že tento symptom budou ženy udávat ve velké většině případů jako jeden z největších jejich problémů. Výsledek mě překvapil, průměr tohoto symptomu byl druhý nejmenší a to 0,55 bodů a celkovým součtem 92 bodů. Podle toho můžeme usuzovat, že tento problém náhodně oslovené ženy vnímají minimálně.

U posledního symptomu v této doméně se 69 žen (41,32 %) také nejvíce ztotožňovalo s mírnými obtížemi souvisejícími s bolestí svalů a kloubů. O něco menší počet žen zaznamenal své problémy jako střední. Dále ženy volily intenzitu výraznou a žádnou. U tohoto symptomu dvě respondentky uvedly své obtíže jako nesnesitelné. Právě tato dvě zastoupení odpovědí nesnesitelné intenzity obtíží se stala nejčtenější odpovědí z celého výzkumu. Nováková (2014) udává naopak nejčtenější zastoupení žádné intenzity obtíží u 33 % žen. I výzkum Urbanové (2015) ukázal obdobné výsledky. Z 81 respondentek nejvíce žen zaznamenalo mírnou intenzitu obtíží, přesněji 38 %. Symptom bolesti svalů a kloubů se svým největším průměrným vyhodnocením odpovědí 1,57 se stal nejintenzivněji vnímaný u dotazovaných respondentek. Součet všech získaných bodů u toho symptomů byl 262 bodů. Na podkladě tohoto vyhodnocení výsledků můžeme říci, že symptom spojený s bolestmi svalů a kloubů byl vnímaný jako nejintenzivnější.

Následnou vyhodnocenou doménou byla doména psychologická, která ukázala, že mimo předrážděnosti u všech ostatních symptomů respondentky nejvíce uvedly mírné obtíže a navíc i s obdobnými výsledky. Přesněji mírné obtíže zaznamenalo 71 (42,52 %), 73 (43,71 %) a 78 žen (46,70 %). U předrážděnosti nejvíce žen hodnotilo, že nemají žádné obtíže spojené s těmito problémy a to u 107 žen (64,08 %), tedy u nadpoloviční většiny. Další nejčtenější zastoupenou odpovědí u tohoto symptomu byla intenzita mírná a v minimální míře

ženy uváděly obtíže střední a výrazné. Znovu ani jedna z žen neudala nesnesitelné obtíže spojené s předrážděností. Tato vyhodnocená data vnímání intenzit obtíží jsou srovnatelná s výzkumem Novákové (2014) i Urbanové (2015). Předrážděnost byl symptom, který ženy vnímají ze všech možných problémů nejméně. Se svým průměrným vyhodnocením intenzity obtíží 0,44 zaujal poslední místo ze všech 11 symptomů vnímání intenzity obtíží.

Další položkou v této doméně jsou depresivní nálady, kdy jako druhá nejčastější odpověď byla střední intenzita obtíží u 47 (28,14 %) oslovených žen, následně výrazné a dále v malém zastoupení 16 žen (9,59 %) žádné problémy. Znovu ani jedna z dotazovaných žen neudala nesnesitelné depresivní nálady. I přesto, že ani jedna z oslovených respondentek nevedla nesnesitelné obtíže spojené s depresivními náladami, stal se tento symptom jako druhý nejvíce vnímaný u dotazovaných. Průměrem vyhodnocených odpovědí byl 1,50 s celkovým součtem získaných 250 bodů.

Třetí hodnocená položka souvisela s pocity úzkosti. Velká část, 73 žen (43,71 %), udala, že s touto oblastí má mírné potíže. O něco méně respondentek uvedlo žádné problémy a dále potíže střední. Tyto výsledky se opět shodují s výzkumem Urbanové (2015), kdy i v jejím výzkumu ženy nejčastěji zaznamenávaly své obtíže jako žádné (51 %) nebo mírné intenzity (26 %). Minimálně byla udaná intenzita výrazná a to u 3 respondentek (1,80 %). Nesnesitelné obtíže nevedla ani jedna žena. Průměrné hodnocení symptomu bylo 0,87 s celkovým součtem 146 bodů. Můžeme tedy říci, že tento symptom oslovené ženy nevnímají intenzivně.

Poslední položkou byly obtíže spojené s vyčerpáním, kdy opět téměř polovina, 71 žen (42,52 %), zaznamenala obtíže mírné, o něco méně respondentek udalo žádné problémy spojené s vyčerpáním. Třetí nejčastější odpovědí, a to u 30 žen (17,97 %), byly střední obtíže. Nesnesitelné vyčerpání nevedla ani jedna z dotazovaných. Vyhodnocená data jsou opět obdobná s výzkumem Urbanové (2015). Průměr odpovědí 0,87 a celkový součet 146 bodů poukazuje, že ženy neudávaly výrazné obtíže spojené s tímto symptomem. Jediným rozdílem v psychologické doméně je, že ani u jednoho ze symptomů neudala žádná oslovená respondentka, že by vnímala své potíže jako nesnesitelné oproti doméně somato-vegetativní či urogenitální.

Poslední urogenitální doména se věnovala sexuálními potížím, močovým obtížím a suchosti pochvy. U symptomu sexuální obtíže byla nejvíce zastoupena odpověď mírných obtíží u 70 žen (41,92 %), druhou nejčastější odpovědí ženy uváděly, že nemají žádné sexuální obtíže. Výsledky jsou opět srovnatelné s výzkumem Novákové (2014). Pouze 5 respondentek (2,99 %) vnímá své obtíže jako výrazné. Jako nesnesitelné své problémy

necharakterizovala ani jedna z dotazovaných žen. Se svým průměrem odpovědí 0,86 a celkovým součtem 143 bodů lze usuzovat, že tento problém ženy výrazně neovlivňuje.

Druhou položkou byly obtíže močové. V této položce byly nejčastěji popisovány žádné problémy v 79 (47,30 %) případech stejně tak jako u symptomu suchost pochvy. Následovaly obtíže mírné. Menší část žen uvedlo střední a výrazné obtíže. Jako nesnesitelnou intenzitu močových obtíží zaznamenala pouze jedna žena (0,60 %), což je jediná žena, která uvedla své obtíže jako nesnesitelné v urogenitální doméně. Můžeme si povšimnout, že průměr odpovědí 0,83 a celkový součet 139 bodů je obdobný se sexuálními obtížemi. Lze tedy říci, že ani u tohoto symptomu ženy nezaznamenávaly velké intenzity obtíží.

Poslední položkou byla problematika spojená se suchostí pochvy. Nejvíce, 63 žen (37,72 %), udalo žádné obtíže spojené s touto položkou. O osm méně (32,94 %) respondentek uvedlo mírné a dále střední problémy. Malá část žen své problémy vnímá jako výrazné a to přesněji 14 (8,38 %) oslovených. S nesnesitelnými problémy se nepotýká ani jedna z dotazovaných respondentek. Tento symptom s průměrem všech odpovědí 1 a celkovým součtem 167 bodů se stal u dotazovaných respondentek nejhůře hodnocený ze všech tří symptomů v urogenitální doméně. Můžeme tedy vyvodit závěr, že suchost pochvy je u žen vnímána nejintenzivněji ze všech symptomů v urogenitální doméně.

Ve všech třech doménách respondentky uváděly nejčastěji žádné nebo mírné až střední obtíže. Zastoupení mírných obtíží bylo nejčetnější a to u 8 domén z celkového počtu 11. Což nám vypovídá o výsledku, že jednotlivé problémy nevnímají ženy nějak výrazně, kdy by jim obtíže ovlivňovaly jejich kvalitu života. Jako obtíže nesnesitelné míry intenzity hodnotily respondentky jednotlivé symptomy jen v malé míře. Nejčastěji to bylo u symptomů somato-vegetativní domény, kde se nejvyšší míra intenzity objevila u necelých 2 % žen. Přesněji tomu tak bylo u symptomu související s bolestmi svalů a kloubů. Zastoupení nesnesitelné intenzity obtíží v urogenitální doméně se vyskytlo pouze z jedné z dotazovaných žen a to u symptomu močové obtíže. V psychologické doméně se nejvyšší míra intenzity neobjevila vůbec, pouze výrazné obtíže byly zaznamenány a to nejčastěji u méně než 3 % respondentek. Pouze u depresivní nálady ženy zaznamenaly výrazné obtíže v necelých 16 %. Zastoupení nejčetněji udávaných intenzit obtíží je srovnatelný s ostatními prováděnými výzkumy, jako s výzkumem Krajewska-Ferishah et al. (2010), výzkumem Moravcové (2014) nebo výzkumem Novákové (2014) a Urbanové (2015).

Nejvíce symptomů ženy uváděly v somato-vegetativní doméně. Symptomy v této doméně ženy vnímají nejintenzivněji. Průměrné vyhodnocení odpovědí bylo 4,27 bodů

s celkovým součtem bodů 713. Naopak respondentky nejméně intenzivně vnímají obtíže u symptomů v urogenitální doméně s průměrným vyhodnocením 2,68 a celkovým součtem 448 bodů. Tyto výsledky jsou srovnatelné s výzkumem Moravcové et. al. (2014), výzkumem Krajewska-Ferishah et al. (2010), výzkumem El Shafie, Al Farsi, Al Zadjali et al., (2011), výzkumem Novákové (2014) a Urbanové (2015), kdy příznaky somato-vegetativní a psychologické se objevují častěji než urogenitální.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 1 je následující. Na základě vyhodnocení těchto získaných výsledků lze říci, že nejhůře ženy hodnotily symptomy v doméně somato-vegetativní a tím pádem mohou mít symptomy v této doméně vliv na kvalitu života žen náhodně oslovených žen. Největší intenzitu obtíží přesněji v této doméně udávaly u symptomu spojené s bolestí svalů a kloubů, tudíž díky tomuto problému mohou ženy nejvíce pociťovat sníženou kvalitu života.

Výzkumná otázka č. 2 - Jak je ovlivněna kvalita života žen?

Jak již bylo uvedeno, na základě vyhodnocení celkového skóru lze předpokládat, jakým způsobem je ovlivněna kvalita života žen. Celkový skór cíleně oslovených respondentek ve věku 45 – 60 let se v našem souboru nejčastěji pohyboval mezi 0 – 15 body. Takovéto hodnoty se objevily u téměř 70 % oslovených respondentek. Naopak vysoký celkový skór se neobjevil ani u jedné z respondentek. V kategorii 16 – 30 bodů se vyskytovaly ostatní ženy a to ve 31 %. Odpověď na výzkumnou otázku č. 2 je následující. Na základě těchto výsledků můžeme říci, že kvalita života není velkou mírou ovlivněna změnami, které přináší toto období. Tato vyhodnocená data poukazují na poměrně vysokou kvalitu života žen po menopauze. Získané výsledky jsou srovnatelné se všemi dostupnými výzkumy, které pomocí MRS byly ve světě prováděny (např. Krajewska-Ferishah a kol., 2010; Schneider, 2008).

Souběžně probíhal výzkum s tištěnou verzí dotazníku MRS, který se zabývá také kvalitou života žen po menopauze (Dopitová, Náchod, 2015). Rozdílem prací jsou metody sběru dat, kdy její výsledky jsou získávány prostřednictvím tištěné podobě standardizované verze dotazníku Menopause Rating Scale. Výsledky našeho výzkumu jsou srovnatelné i s výsledky zmíněného souběžně probíhaného výzkumu, která hodnotila stejné symptomy ve stejný čas. Jediným rozdílem byl sběr dat v odlišném místě a právě již zmíněná forma dotazníku MRS. Další porovnání našich výsledků je možné s bakalářskou prací Novákové (2014) a Urbanové (2015), ve kterých hodnotily taktéž kvalitu života žen po menopauze za

pomoci tištěného dotazníku MRS. Výsledky jsou srovnatelné s naším výzkumem, i když sběr dat byl odlišný.

Na základě tohoto výzkumu by se dalo shrnout, že dosažené výsledky elektronické formy standardizované verze dotazníku MRS jsou srovnatelné s výsledky získanými tištěnou formou MRS (výzkumy např. Nováková, 2014; Urbanová, 2015; Dopitová, Náchod, 2015). Lze tedy v tuto chvíli předpokládat, že na základě tohoto výzkumného šetření forma dotazníku nemá zásadní vliv na odpovědi oslovených respondentek.

10 ZÁVĚR

Tato diplomová práce byla zaměřena na hodnocení kvality života žen po menopauze za pomoci elektronické formy standardizované české verze dotazníku kvality života žen po menopauze, Menopause Rating Scale. Diplomová práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a výzkumnou.

V teoretické části byla nejdříve rozebrána problematika menopauzy, se související terminologií a patofyziologií. Další kapitola byla o symptomech estrogenního deficitu, o akutních změnách, organickém estrogen-deficitním syndromu, metabolickém estrogen-deficitním syndromu, dále o ostatních stavech s estrogenní závislostí a diagnostice. Nedílnou součástí práce je kapitola zabývající se terapií, formami a režimy podání hormonální substituční terapie, kontraindikacemi, dále léčbou u jednotlivých již zmíněných syndromů, nehormonální terapií a rolí porodní asistentky v péči o ženu v souvislosti s menopauzou. V neposlední řadě je teoretická část zaměřena na kvalitu života. Byla popsána kvalita života obecně, kvalita života související se zdravím a kvalita života žen po menopauze. Součástí teoretické části diplomové práce je také kapitola týkající se nástrojem pro hodnocení kvality života žen po menopauze, Menopause Rating Scale.

Ve výzkumné části je detailně popsána metodika výzkumu, výzkumný vzorek, výzkumný nástroj a dále prezentace výsledků, které jsou již vyhodnoceny. Celá výzkumná část byla vytvořena na podkladě elektronické formy české verze standardizované dotazníku MRS, kdy se do výzkumného šetření zapojilo 167 žen ve věku 45 - 60 let, u kterých byly přítomny symptomy estrogenního deficitu, splňovaly věkové rozmezí a souhlasily s provedením výzkumného šetření. Ženy byly osločovány v soukromých gynekologických ordinacích ve Středočeském kraji a v Praze.

Stejně jako v podobných výzkumech, kde byl využit nástroj hodnocení kvality života MRS, jsme došly k závěru, že kvalita života žen v období ovlivněném menopauzou může být ovlivněna přítomnými symptomy estrogenního deficitu. Ve většině případů však ženy nepocítují symptomy žádné, nebo pouze v mírné až střední intenzitě obtíží. Naopak intenzita nesnesitelných obtíží je zaznamenána pouze minimálně. Zůstává však faktem, že spektrum symptomů estrogenního deficitu může respondentkám kvalitu života ovlivnit, a v řadě případů ohrozit i jejich zdraví.

Po zpracování a vyhodnocení dat je výsledkem, že nejvyšší intenzita obtíží byla zjištěna v doméně somato-vegetativní, a to přesněji u symptomu bolesti svalů a kloubů. Další problém, který ženy ovlivňoval, byl symptom spojený s depresivními náladami, u kterého

oslovené respondentky zaznamenaly takové obtíže, kdy po vyhodnocení dat bylo zjištěno, že tento problém byl zjištěn jako druhý největší problém. Tento symptom patří do domény psychologické.

Po sečtení celkového skóru byly všechny respondentky zařazené do 3 základních skupin - vysoké, mírně snížené či nízké kvality života. Co se týká kvality života žen po menopauze, na základě vyhodnocených výsledků můžeme říci, že míra ovlivnění kvality života žen je nízká u většiny oslovených respondentek. Značí to, že jejich život je minimálně ovlivněn symptomy, které toto období u žen přináší.

Na základě tohoto výzkumného šetření, které bylo provedeno v období měsíce března – října 2015 můžeme vyvodit závěr, že obava žen z tohoto přicházejícího období je nepatřičná a nemusí se tolik strachovat při nastávání přirozeného procesu menopauzy. Tato data se shodují a jsou obdobná se souběžně prováděným výzkumem Dopitové (Náchod, 2015) nebo s výzkumem Novákové (2014) a Urbanové (2015), které sbíraly data formou standardizované verze tištěného dotazníku MRS. Bylo zjištěno, že odpovědi se výrazně neodlišují, tudíž na celkové výsledky nemá vliv forma dotazníku.

Mnoho žen pojí menopauzu s koncem kvalitního, smysluplného, plnohodnotného a radostného života. Myslím si, že jde pouze o zkreslenou představu, která je přenášena z generace na generaci a v některých případech i o nezájmu žen se vzdělávat v této problematice. Je samozřejmě jisté, že intenzita jednotlivých symptomů se liší individuálně u každé ženy. Záleží na každé, jaké vynaloží úsilí na to, jaký bude dále vést život, jak bude o sebe pečovat a přistupovat sama k sobě. Samozřejmě u žen, které mají v tomto období nějaké trápení, nejasnosti či obtíže je vhodné vyhledat potřebnou pomoc, poradit se a problém řešit. V dnešní době je již mnoho metod, jak problémy související s menopauzou lze zvládat a žena se pak cítí lépe. Hlavně je velmi důležité o problému mluvit a nestydět se za něj.

Je proto velmi potřebné, aby se problematice ženského zdraví a prevence v této oblasti věnovala velká pozornost. Celospolečensky je nutné ženy připravit na jednotlivé fáze života a případné související problémy, kterým mohou předcházet a být na ně připraveny. To si myslím, že je hlavně v rukou každé ženy, ošetřujícího gynekologa a porodní asistentky.

11 LITERATURA

- ANDRAŠČÍKOVÁ, Š. a kol. *Komunitní ošetřovatelství pro porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-500-6.
- BENCKO, V.; HNILICOVA, H.; KLEIN, O. *Quality of Life, Sustainable Future and Medical Education*. CentEur J PublHealth. 2005, vol. 13, no. 3, p. 112–116. ISSN 1210-7778.
- CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
- ČELEDOVÁ, L; ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
- ČEPICKÝ, P.; KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0677-1.
- ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Ostravská univerzita, 2003. ISBN 80-244-0629-2.
- DONÁT, J. *Perimenopauza menopauzální přechod v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2001. ISBN 80-238-8245-7.
- DONÁT, J. *Postmenopauza estrogenní deficit v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2003. ISBN 80-238-2036-7.
- FAIT, T. *Klimakterická medicína*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-001-8.
- FIŠAR, Z. a kol. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2737-0.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
- KOBILKOVÁ, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X.
- KOLAŘÍK, D. a kol. *Repetitorium gynekologie*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-267-4.
- LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.

- MISHRA, G. D.; BROWN, W. J.; DOBSON, A. J. *Physical and mental health: Changes during menopause transition*. Quality of Life Research. 2003, vol. 12, no. 4, p. 405-412. ISSN 1573-2649.
- NOVÁKOVÁ, E. *Kvalita života žen po menopauze*. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. 2014. Vedoucí práce: Mgr. Markéta Moravcová.
- OZKAN, S.; ERKAN, S.A.; ZENCIR, M. *Women's Quality of Life in the Premenopausal and Postmenopausal Periods*. Quality of Life Research. 2005, vol. 14, no. 8, p. 1795–1801. ISSN 1573-2649.
- ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
- URBANOVÁ, T. *Kvalita života žen po menopauze*. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. 2015. Vedoucí práce: Mgr. Markéta Moravcová.
- VLČEK, J.; VYTRÍŠALOVÁ, M. a kol. *Klinická farmacie II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4532-9.
- VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.
- WEISS, P. a kol. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
- ZÖLLNER, Z. F.; ACQUADRO, C.; SCHAEFER, M. *Literature Review of Instruments to assess Health-Related Quality of Life during and after Menopause*. Quality of Life Research. 2005, vol. 14, no. 2, p. 309–327. ISSN 1573-2649.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- Centers for Disease Control and Prevention [online]. USA: Atlanta, 2000. [cit. 2015-10-17] Dostupné z: <http://www.cdc.gov>
- EL SHAFIE, K.; AL FARSI, Y.; ALZADJALI, N. et al. *IOSR Membership* [online]. 2012. [cit. 2016-04-11] Dostupné z: www.iosrjournals.org
- FRANKE, P. Gynekologické a porodnické klinické obrazy nemoci [online]. *Časopis PSYCHOSOM*, 2010. [cit. 2015-12-10] Dostupné z: <http://www.psychosom.cz>
- HEINEMANN, L. et al. *Validity of the Menopause Rating Scale as outcome measure* [online]. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2004. [cit. 2016-04-11] 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 (MRS)* [online]. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2003. [cit. 2016-04-11] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC183844/>
- LEXOVÁ, H. Klimakterium (klíčovou dírkou v ordinaci gynekologie [online]. *Moderní babičtví*, 2009. [cit. 2015-12-19] Dostupné z: <http://www.levret.cz>
- KRAJEWSKA-FERISHAH, K.; KRAJEWSKA-KUŁAK, E.; TERLIKOWSKI, S. et al. *Analysis of quality of life of women in menopause period in Poland, Greece, Belarus and Belgium using MRS Scale* [online]. *Advances in Medical Sciences*, 2010. [cit. 2016-02-10] Dostupné z: <http://www.advms.pl/>
- MELICHAŘÍKOVÁ, Z.; RESLEROVÁ, L. Vliv hormonální substituční terapie na ženy v postmenopauze [online]. *Časopis Profese*, 2009. [cit. 2015-09-14] Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz>
- MORAVCOVÁ, M. Menopauza a kvalita života [online]. *Časopis Profese*, 2011. [cit. 2015-10-03] Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz>
- MORAVCOVÁ, M.; MAREŠ, J. *Nástroje pro hodnocení kvality života žen po menopauze* [online]. *Zdravotně sociální fakulta*, 2011. [cit. 2015-09-24] Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz>

MORAVCOVÁ, M.; MAREŠ, J.; JEŽEK, S. Menopause Rating Scale [online]. *Ošetřovatelství a porodní asistence*, 2014. [cit. 2015-10-03] Dostupné z: <http://periodika.osu.cz>

SCHNEIDER, HP.; HEINEMANN, LAJ.; ROSEMEIER, HP.; POTTHOFF, P.; BEHRE, HM., 2000. *The Menopause Rating Scale: comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36* [online]. *Climacteric*, 2000. [cit. 2016-02-10] Dostupné z: <http://www.menopause-rating-scale.info>

12 PŘÍLOHY

Příloha A – Česká verze MRS	71
Příloha B – Elektronický dotazník MRS	72

Příloha A - Česká verze MRS

Menopause Rating Scale (MRS)

Standard Czech version 1.0

Jméno a příjmení (iniciály):

Věk:

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

Léčba*: bez léčby - 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, zapomínání)	0	1	2	3	4
8. Sexuální obtíže (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení)	0	1	2	3	4
9. Močové obtíže (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení)	0	1	2	3	4
10. Suchost pochvy (pocity suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku)	0	1	2	3	4
11. Bolesti svalů a kloubů (bolesti kloubů, revmatické potíže)	0	1	2	3	4

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

Menopause Rating Scale

Seznámení s dotazníkem

Základní seznámení s dotazníkem

Dobrý den,

Váš ošetřující lékař Vám dal k dispozici tento odkaz a vysvětlil Vám, k čemu následující dotazník slouží. Nejdříve uvádíme několik informací o způsobu vyplnění dotazníku a o informacích, které ihned po vyplnění získáte.

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

Intenzitu obtíží lze zhodnotit hodnotami 0 – 4, kdy 0 znamená žádné obtíže, 1 mírné, 2 střední, 3 výrazné a 4 nesnesitelné obtíže.

Vyhodnotte, prosím, VŠECHNY obtíže (nelze jakoukoli položku přeskočit nebo vynechat)! Jestliže Vás některý z příznaků v tuto chvíli netrápí, označte u něj 0 (žádné obtíže). Pokud se rozhodnete během vyplňování dotazníku některou ze svých odpovědí změnit, vraťte se na danou položku a původní odpověď změňte.

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

Děkujeme Vám za spolupráci a po odeslání dotazníku vyčkejte na vyhodnocení Vámi zadaných údajů. V případě potřeby dalších informací se obraťte na svého/sojví lékaře/ku.



Zahájit vyplňování dotazníku

Menopause Rating Scale


Dotazník

Základní seznámení s dotazníkem

Vaše křestní jméno	<input type="text" value="Martina"/>
Vaše příjmení	<input type="text" value="U."/>
Email Vašeho lékaře	<input type="text" value="marketa.moravcova@upce.cz"/>
Věk	<input type="text" value="24"/>
Nejvyšší dosažené vzdělání	<input type="text" value="Vysokoškolské"/>
Léčba	<input type="text" value="Bez léčby"/>

Odpovězte, prosím, na všechny otázky (0 znamená žádné obtíže, 1 mírné, 2 střední, 3 výrazné a 4 nesnesitelné obtíže)

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



Ukončit a odeslat

Menopause Rating Scale

Výsledky

Vaše výsledky

Skóre: **9**

Popis Vaší situace:

Vaše obtíže jsou většinou mírnějšího charakteru, cítíte se poměrně dobře. S obtížemi spojenými s menopauzou se vyrovnáváte většinou bez obtíží. Jestliže si nejste jistá některým z příznaků, obraťte se na svého lékaře.

Děkujeme za vyplnění dotazníku. Vaše výsledky byly odeslány na email Vašeho lékaře.