

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Bc. Michaela Pospíšilová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Změny kvality života žen v období ovlivněném menopauzou

Bc. Michaela Pospíšilová

Diplomová práce

2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Pospíšilová**
Osobní číslo: **Z16391**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Název tématu: **Změny kvality života žen v období ovlivněném menopauzou**
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 stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

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

Seznam odborné literatury:

1. FAIT, Tomáš. Klimakterická medicína. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-342-8.
2. GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
3. HEŘMANOVÁ, Eva. Koncepty, teorie a měření kvality života. 1. vyd. Praha: SLON, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.
4. MORAVCOVÁ, Markéta, Stanislav JEŽEK, Jiří MAREŠ a Eva VACHKOVÁ. Czech version of Menopause Rating Scale Questionnaire - Preliminary notice. Kontakt. Elsevier. 2014, 94-101. ISSN 1212-4117.
5. PILKA, Radovan, Martin PROCHÁZKA. Gynekologie. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-3019-5.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. února 2019

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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30. 04. 2019

Michaela Pospíšilová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat především vedoucí mé práce Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za profesionální přístup a cenné rady, které mi poskytla. Děkuji své rodině a partnerovi za psychickou podporu v průběhu celého studia. Velké díky patří také mým kolegyním a respondentkám za pomoc při tvorbě průzkumového šetření.

ANOTACE

Cílem diplomové práce bylo podat ucelený přehled o klimakteriu a jeho vlivu na kvalitu života žen v menopauze. Práce je rozdělená na část teoretickou a praktickou. Část teoretická se v úvodu zabývá vysvětlením základních pojmů souvisejících s klimakteriem a popisuje fyziologické změny související s přechodem. V následující kapitole jsou objasněny klinické příznaky, které jsou spojeny s obdobím klimakteria žen, a možnosti léčby hypoestrogenního stavu s přihlédnutím na důležitost vhodného stravování. V závěru teoretické části je rozebrána problematika kvality života obecně ve spojitosti se zdravím a následně kvalita života v období ovlivněném menopauzou. V neposlední řadě je podán přehled možností měření kvality života žen se zaměřením na dotazník Menopause Rating Scale.

Hlavním cílem teoretické části bylo zjistit, do jaké míry je ovlivněna kvalita žen v období po menopauze, druhá část se zaměřuje na zkoumání přítomnosti možných klinických příznaků v daném vzorku respondentek. K šetření byla použita písemná verze standardizovaného českého dotazníku Menopause Rating Scale.

KLÍČOVÁ SLOVA

Menopauza, klimakterium, klimakterický syndrom, hypoestrogenní stav, kvalita života, Menopause Rating Scale

TITTLE

Changes in the quality of life of women in the menopausal period

ANNOTATION

The goal of this diploma thesis was to conclude a summary of climacteric changes and its influence on the women's quality of life during menopause. The thesis is divided into two parts: practical and theoretical. In the beginning, the theoretical part tackles fundamental points connected with climacteric changes and describes physiological transformations related to menopause. In the following chapter, clinical symptoms associated with the period of climacteric transition in the body of women are clarified. Furthermore, hypoestrogenic state treatments possibilities together with the consideration of a balanced diet are inspected as well. In conclusion of the theoretical part, issues with general regard to a quality of life are examined,

connected with health as well as the quality of life during menopause. Last but not least, an overview of alternative measures of women's quality of life is introduced with a focus on the Menopause Rating Scale questionnaire.

The main objective of the theoretical part was to discover to what merit is quality of life after menopause influenced. Moreover, ascertaining the presence of possible clinical symptoms in respondent's given sample. As research, version of standardized Czech questionnaire Menopause Rating Scale was utilized.

KEYWORDS

Menopause, climacteric, climacteric syndrome, hypoestrogenic status, quality of life, Menopause Rating Scale

Obsah

0	ÚVOD.....	15
1	KLIMAKTERIUM.....	17
1.1	ZÁKLADNÍ POJMY.....	17
1.2	EPIDEMIOLOGIE.....	18
1.3	FYZIOLOGIE PRŮBĚHU KLIMAKTERIA.....	18
2	SYMPTOMY ESTROGENNÍHO DEFICITU.....	21
2.1	NEUROVEGETATIVNÍ KLIMAKTERICKÝ SYNDROM.....	21
2.1.1	VAZOMOTORICKÉ PŘÍZNAKY.....	21
2.1.2	NÁVALY HORKA A POCENÍ.....	21
2.1.3	PORUCHY SPÁNKU.....	22
2.1.4	PSYCHICKÉ PORUCHY.....	22
2.2	ORGANICKÝ ESTROGEN-DEFICITNÍ SYNDROM.....	23
2.2.1	KŮŽE A KOŽNÍ ADNEXA.....	23
2.2.2	INKONTINENCE MOČE.....	23
2.2.3	GENITÁLNÍ ZMĚNY.....	25
2.2.4	SEXUÁLNÍ ŽIVOT.....	25
2.3	METABOLICKÝ ESTROGEN-DEFICITNÍ SYNDROM.....	26
2.3.1	OSTEOPORÓZA.....	26
2.3.2	KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	28
3	MOŽNOSTI TERAPIE V KLIMAKTERIU.....	29
3.1	ZÁSADY VÝŽIVY V KLIMAKTERIU.....	29
3.1.1	UŽÍVÁNÍ VITAMÍNU D.....	30
3.1.2	UŽÍVÁNÍ KALCIA.....	30
3.2	BYLINNÁ TERAPIE.....	30
3.3	HORMONÁLNÍ SUBSTITUČNÍ TERAPIE.....	31
3.3.1	SUBSTITUCE GESTAGENY.....	32

3.3.2	NITRODĚLOŽNÍ HORMONÁLNÍ SYSTÉM.....	33
3.3.3	TIBOLON.....	33
3.3.4	HRT A RAKOVINA PRSU.....	33
4	KVALITA ŽIVOTA.....	34
4.1	KVALITA ŽIVOTA A ZDRAVÍ.....	36
4.2	MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	37
5	KVALITA ŽIVOTA ŽEN V KLIMAKTERIU.....	39
5.1	METODY HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN V KLIMAKTERIU.....	40
5.2	MENOPAUSE RATING SCALE.....	41
6	SHRNUTÍ.....	43
7	PRŮZKUMNÉ OTÁZKY.....	45
8	METODIKA PRŮZKUMU A PRŮZKUMNÝ VZOREK.....	46
8.1	PRŮBĚH PRŮZKUMU.....	46
8.2	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	46
8.3	PRŮZKUMNÝ NÁSTROJ.....	48
8.4	ANALÝZA DAT.....	49
9	PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	50
9.1	SYMPTOMY PRS DOTAZNÍKU.....	50
9.2	PŘEHLED JEDNOTLIVÝCH SYMPTOMŮ.....	61
9.3	VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH DOMÉN.....	63
9.4	VLIV NA KVALITU ŽIVOTA ŽEN.....	68
9.5	OPAKOVANÉ MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA RESPONDENTEK PŘED LÉČBOU, 1 A 3 MĚSÍCE PO LÉČBĚ.....	69
10	DISKUZE.....	74
11	ZÁVĚR.....	80
12	POUŽITÁ LITERATURA.....	83
13	SEZNAM PŘÍLOH.....	92

SEZNAM TABULEK A ILUSTRACÍ

Tabulka 1 Věk respondentek	47
Tabulka 2 Vzdělání respondentek.....	47
Tabulka 3 Léčba respondentek	48
Tabulka 4 Přehled domén MRS.....	49
Tabulka 5 Návaly horka, pocení	50
Tabulka 6 Srdeční obtíže	51
Tabulka 7 Poruchy spánku.....	52
Tabulka 8 Depresivní nálady	53
Tabulka 9 Předrážděnost.....	54
Tabulka 10 Úzkost	55
Tabulka 11 Vyčerpání.....	56
Tabulka 12 Sexuální obtíže.....	57
Tabulka 13 Močové obtíže	58
Tabulka 14 Suchost pochvy	59
Tabulka 15 Bolesti svalů a kloubů.....	60
Tabulka 16 Symptomy MRS (popisné statistiky).....	61
Tabulka 17 Somato-vegetativní doména	63
Tabulka 18 Psychologická doména	63
Tabulka 19 Urogenitální doména	64
Tabulka 20 Domény MRS (popisné statistiky).....	64
Tabulka 21 Hodnocení kvality života	68
Tabulka 22 Celkové skóre MRS	69
Tabulka 23 Přehled celkových skór respondentek před léčbou a v průběhu léčby	70

Tabulka 24 Přehled opakovaného měření v průběhu léčby	72
Obrázek 1 Krabicový graf domén MRS	67
Obrázek 2 Opakované měření v průběhu léčby	71

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CT – computed Tomography

BMI – Body mass index

ČR – Česká republika

DXA – Dual-energy X-ray absorptiometry

E2 – Estradiol

FRAX – Fracture Risk Assessment

FSH – folikulostimulační hormon

GnRH – Gonadotropin releasing hormon

HDL – High density lipoprotein

HRQL – Health-Related Quality of Life

HRT – Hormone replacement therapy

LDL – Low density lipoprotein

LH – Luteinizační hormon

MENQOL – The Menopause-Specific Quality of Life

MK – Mastné kyseliny

MQOL – Menopausal Quality of Life Scale

MRI – Magnetic resonance imaging

MRS – Menopause Rating Scale

MSL – Menopausal Symptoms List

Ph – Potential of hydrogen

SD – Směrodatná odchylka

SEIQoI – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

SF-36 – Short Form 36

TOT – Transobturator Tape

TVT – Transion free vaginal Tape

UQOL – Utian Quality of Life Scale

USA – United States of America

UV – Ultraviolet

VMS – Vasomotorické symptomy

WHO – World Health Organization

WHOQOL-100 – World Health Organization Quality of Life Assessment

WHQ – Women's Health Questionnaire

Cíle práce

Cíle teoretické části:

Cílem teoretické části je přiblížit problematiku spojenou s fyziologickým průběhem menopauzy a popsat symptomy estrogenního deficitu, které jsou součástí tohoto období života ženy. Dalším cílem je objasnit možné způsoby terapie hypoestrogenního stavu se zaměřením na důležitost stravy v období klimakteria. V neposlední řadě je cílem práce definovat kvalitu života obecně, v souvislosti s klimakteriem a poukázat na možnosti měření kvality života žen po menopauze.

Cíle výzkumné části:

Hlavním cílem výzkumné části bylo pomocí standardizovaného českého dotazníku Menopause Rating Scale zhodnotit, do jaké míry je ovlivněna kvalita života žen v období po menopauze a které ze symptomů pociťovaly respondentky nejčastěji a v největší intenzitě. Dalším cílem výzkumu bylo zjistit, do jaké míry je ovlivněna a změněna kvalita života malého vzorku respondentek po stanovené léčbě v určitých časových intervalech.

0 ÚVOD

Menopauza je jedním ze základních znaků, které odlišují člověka od zvířat. Reprodukční a somatické stárnutí probíhá u žen pravděpodobně po odlišných drahách než u ostatních živočichů, včetně mužů, kteří jsou plodní po celou délku svého života. Není jasné, proč u ženy dochází k ukončení reprodukčního období relativně v časném období. Všechny předpoklady však nasvědčují tomu, že těhotenství, porod a péče o potomstvo ve vyšším postreprodukčním věku jsou pro ženu velmi rizikové. Menopauza je tedy ochrana ženy před pozdní reprodukcí a možným rizikem úmrtí při porodu, proto menopauza přichází v okamžiku, kdy riziko spojené s porodem převyšuje výhody rozmnožování (Rešlová, 2006, s. 8, 9).

Medicínský pokrok, sociální vývoj a výrazné zlepšení životních a pracovních podmínek populace mají za následek, že čím dál méně lidí umírá v brzkém dětském či reprodukčním věku. Lidé v dnešní době mají možnost prožít výrazně delší život než lidé v minulosti. Populace tedy neustále stárne a starší lidé tvoří čím dál větší část populace. Ze statistických ukazatelů vyplývá, že doba dožití žen v České republice v roce 2050 bude odpovídat 84,5 letům, zatímco v roce 2010 byla hodnota dožití žen 80,6 let. Dle populačního rozložení jsou patrné odlišnosti mezi populací žen a mužů. Statistiky o porodnosti ukazují, že se rodí více mužů, ale ve starší populaci převažují ženy. Od roku 2000 ženy převažují nad mladými dívkami, zatímco u mužské populace je tomu přesně opačně, chlapci převažují nad staršími muži. Je tedy nesporné, že porodní asistentka pracující v komunitní péči se s problematikou klimakteria a klimakterického syndromu bude setkávat a řešit péči těchto žen prioritně a čím dál častěji (Lamková, 2015, s. 38, 39).

Začátek a konec klimakteria je velmi individuální a u každé ženy nastupuje v jiném věku. Průměrný věk nástupu menopauzy je ve střeoevropské populaci mezi 45. a 55. rokem života. Klimakterickými obtížemi trpí až 75 % evropských žen, přičemž asi 35 % z nich má obtíže mírné, 40 % středně závažné a 25 % velmi závažné. Délka a intenzita přechodu je podmíněna vlivy genetickými, životním stylem, ale také zeměpisnou polohou. Obecně lze tvrdit, že ženy se světlou pletí, které žijí severněji, mají vyšší riziko klimakterických obtíží (Lamková, 2015, s. 39).

Problematika klimakteria a následná léčba je oblastí pro týmovou spolupráci lékařů s různou odborností, proto je velmi důležité, aby existoval tým zdravotnických pracovníků, který ženám poskytne dostatek informací, bude s nimi hovořit o klimakterických obtížích a každé z nich zvolí vhodnou individuální terapii. Je důležité také zmínit, že nelze nalézt elixír mládí a zastavit stárnutí, ale je možné pomoci nalézt ženám životní rovnováhu (Jeníček, 2001, s. 11, 12).

TEORETICKÁ ČÁST

1 KLIMAKTERIUM

Menstruační cyklus je složitý děj, jehož hlavním úkolem je připravit ženský organismus na otěhotnění. Tento proces je řízen centrálním nervovým systémem, oblastí nazývanou hypotalamus, která dále ovlivňuje funkci hypofýzy. Hormony, které se uvolňují ze zmíněné oblasti, mají za následek vznik cyklického menstruačního procesu. V určitém období života ženy již organismus není schopen rozmnožování a donošení dítěte a v této chvíli hypotalamus menstruační cyklus zastaví. Tento stav nejčastěji přichází mezi 50.-55. rokem věku ženy, ale výjimkou není posunutá věková hranice na jednu či druhou stranu. Proto se obecně stanovilo toto pásmo mezi 45-60 lety, kdy nastává období klimakteria (Jonáš, 2009, s. 25).

1.1 ZÁKLADNÍ POJMY

Klimakterium je přechod mezi plodným obdobím života ženy a seniem, kdy dochází k ukončení ovariální funkce a rapidnímu poklesu estrogenů, který je doprovázený řadou metabolických, organických, psychických a endokrinních změn. Klimakterium je definováno dle Světové zdravotnické organizace (WHO) jako období začínající 1 rok před menopauzou s již vyskytujícími se klinickými obtížemi. Pokud tento proces nastane před 40. rokem života ženy, jedná se o předčasně ovariální selhání (Fait, 2013, s. 11).

Přírozená menopauza je poslední fyziologická menstruace, tedy odloučení endometria a následné krvácení. Po tomto ději musí následovat alespoň jeden rok amenorea, menopauza je tedy zpětně hodnotitelná až po 12 měsících amenorey. Nástup menopauzy je ovlivněn řadou faktorů, např. užíváním nikotinu, dědičnými predispozicemi a životem ve vysokých nadmořských výškách.

Předčasná menopauza je chápána jako nástup poslední menstruace před 40. rokem života. Nejčastější příčinou jsou autoimunitní poruchy, genetické vlivy či odchylky chromozomu X.

Indukovaná menopauza může nastat buď odebráním obou vaječnicků, zastavením (přerušáním) jejich funkcí nasazením chemoterapie, nebo aktinoterapií.

Perimenopauza označuje období bezprostředně před menopauzou a následující 1 rok po menopauze (Kubíková, 2014, s. 68).

Premenopauza zahrnuje období 12 měsíců před poslední menstruací, kdy se ženě již projevují příznaky akutního klimakterického syndromu.

Postmenopauza nastupuje 12 měsíců po menopauze a je charakteristická minimální tvorbou estrogenů a naopak trvale zvýšenou hladinou folikulostimulačního hormonu (FSH) (Fait, 2013, s.11).

Klimakterium, tedy adaptace může trvat i několik let. Některé ženy tímto obdobím prochází bez větších potíží a závažnějších problémů, jsou však i ženy, které v tomto období pocítují řadu obtíží, mezi které patří: návaly horka, pocení, nesoustředěnost, psychické komplikace, potíže se zažíváním, s klouby a další. Záleží na stavu centrálního nervového systému a stavu dalších tkání, do jaké míry bude žena pocítovat komplikace spojené s klimakteriem (Jonáš, 2009, s. 25).

1.2 EPIDEMIOLOGIE

V dnešní době tvoří čím dál tím větší část populace starší lidé, což je způsobené neustálým zlepšováním životních, pracovních a sociálních podmínek, ale také neustálým pokrokem a rozvojem medicíny. Současně je oproti minulosti nižší porodnost. Stárnutí populace je tedy nejcharakterističtější rysem vývoje České republiky (ČR) i celé Evropy. Dle Českého statistického úřadu budou lidé ve věku 65 let tvořit 22,8 % populace v roce 2030, v roce 2050 31,3 %, tedy přibližně 3 miliony osob. Pro srovnání, v roce 2007 tvořili lidé starší 65 let 14,6 % populace České republiky. Dle prognózy Českého statistického úřadu bude v roce 2050 půl milionu občanů ve věku 85 let a více, což je přibližně čtyřnásobek počtu z roku 2007 (Burcin a Kučera, 2004, s. 50). Z toho plyne, že dochází k vzestupu počtu žen žijících v hypoestrogenním stavu. V tomto stavu žijí až 1/3 délky svého života, déle se tedy potýkají s důsledky ztráty hormonů. Co se ovšem nezměnilo již od doby antiky, je věk nástupu menopauzy. Stejně jako dnešní moderní ženy prožívaly i ženy ve starém Řecku menopauzu ve stejném věku (45-60 let) (Pilka a kol., 2014, s. 56).

1.3 FYZIOLOGIE PRŮBĚHU KLIMAKTERIA

Ženy v období perimenopauzy podléhají nestabilním a kolísajícím hormonálním změnám, udávají variabilitu délky menstruačního cyklu, což má za následek nepravidelné krvácení či anovulaci. Ovária v období menopauzy ztratí citlivost na gonadotropní stimulaci, což je způsobeno poklesem počtu a ztrátou funkce folikulů. Tato ztráta a dysfunkce nastává přibližně 20-25 let od první menstruace, tedy od menarche ženy. Ačkoliv žena v tomto období, tedy v období 5. dekády svého života, menstruuje nepravidelně a funkce folikulů klesá, stále může dojít k jejich oplodnění a otěhotnění ženy, na což poukazuje stále stoupající trend nechtěné gravidity ve věku 40-44 let. Gynekologové a porodní asistentky by toto neměli opomíjet a ženy o možnosti těhotenství

v pokročilejším věku a důležitosti chráněného pohlavního styku pečlivě edukovat (Pilka a kol., 2014, s. 56).

Nástup menopauzy je ovlivněn několika faktory. Některé z nich žena ovlivnit nemůže, jiné ovlivnit lze. Mezi neovlivnitelné patří věk nástupu menarche (čím pozdější je nástup první menstruace, tím pozdější bude nástup menopauzy), doba trvání menstruačního cyklu (čím delší menstruační cyklus žena má, tím později lze předpokládat nástup menopauzy) a také lidská rasa. Mezi ovlivnitelné faktory lze zařadit paritu ženy (čím více dětí žena porodí, tím pozdější lze očekávat nástup menopauzy), kouření (pokud je žena kuřačka, nástup menopauzy bude časnější) a v neposlední řadě sem patří také socioekonomické faktory, zeměpisná poloha a nadmořská výška (Fait, 2006, s. 13).

Primární změnou je atrofie ovária, snižuje se počet folikulů stimulovaných folikulostimulačním hormonem během první fáze cyklu, vzniká méně oocytů a následně se zkracuje folikulární fáze menstruačního cyklu. Druhá fáze cyklu, tedy luteální fáze, zůstává téměř nezměněna a trvá 14 dní. Stárnoucí folikuly se stávají odolné vůči působení a stimulaci vaječnicků, což vede k následnému zvýšení folikulostimulačních a luteinizačních hormonů (Fait, 2018, s. 14, 15).

Menopauza ženy se v hormonálním profilu projeví především výrazným poklesem estrogenů produkovaných z folikulů. Estrogeny, které se tvoří v těle ženy po menopauze, jsou odvozeny ze stromatu ovárií a také adrenální sekrecí androstendiolu, který je dále přetvořen na estron. Tento hormon je tedy u postmenopauzálních žen hlavním zdrojem estrogenů. S nástupem menopauzy se snižuje také hladina testosteronu. Estrogenní aromatizace androgenů se odehrává především v tukové tkáni, ale také ve svalech, játrech, kořenu vlasů, kostní dřeni a ve fibroblastech. Předpoklad, že obézní ženy budou mít více estrogenů a tedy menší klinické vasomotorické příznaky než hubené ženy, je však vyvrácen (Pilka a kol., 2014, s. 57).

Z toho vyplývá, že hlavní známkou menopauzy je především zvýšená hladina FSH, který je markantnější než nárůst luteinizačního hormonu (LH). Hraniční hodnoty FSH ještě nemusí nutně znamenat nástup menopauzy, protože existuje široká škála odpovědi FSH a LH na přítomnost gonadotropin releasing hormonu (GnRH) z hypotalamu a také pro zvýšenou senzitivitu hypofýzy ke GnRH. Nejpřesněji lze menopauzu stanovit při opakovaném stanovení FSH s odstupem 2-3 měsíců (Pilka a kol., 2014, s. 56, 57).

Mezi další změny lze zmínit atrofující endometrium, dělohu, vulvu, vazivo a svalstvo pánevního dna. Dochází ke zkracování pochvy, která ztrácí svoji elasticitu a pH v ní se stává neutrální až alkalické. Laktobacily postupně vymizí a sliznice pochvy se ztenčí.

Dochází také ke změnám extragenitálně. Ženy udávají změny tělesné hmotnosti a redistribuci podkožního tuku, projevy osteoporózy, zvýšení pigmentace kůže, která je ochablější a šupinatí, a také zmenšení prsou a bradavek, které ztrácejí erektilitu (Fait, 2013, s. 15).

V dnešní moderní společnosti se často stává, že ženy nejdříve řeší kariérní postup a pracovní záležitosti, a tak dochází k tomu, že těhotenství začínají plánovat ve třetí až čtvrté dekádě života. V tomto životním období dochází fyziologicky ke stárnutí vaječnicků, snížení počtu oocytů, a tedy ke snížení plodnosti ženy. Možnost otěhotnění závisí na ovariální rezervě, tedy množství folikulů ve vaječnicích. Tu lze zjistit endokrinologickým vyšetřením a také ultrazvukovým vyšetřením ovárií. Vaginálním ultrazvukovým vyšetřením lze hodnotit počet antrálních folikulů ve velikosti 2-10 mm. Jako normální nález se považuje počet 11 a více folikulů v každém vaječniku. S přibývajícím věkem počet antrálních folikulů klesá. Pokud se ve vaječniku nachází 3 a méně folikulů, jedná se o výrazně sníženou ovariální rezervu.

Endokrinologické vyšetření se zabývá zkoumáním FSH, estradiolu (E2), inhibinu A, inhibinu B a Anti-Mülleriánského hormon (AMH). Folikuly stimulující hormon jsou nejčastěji sledovaným markerem ovariální rezervy, protože odrážejí množství antrálních folikulů. Pokud je hodnota FSH několik cyklů po sobě jdoucích nižší, ovariální rezerva je dostatečná. Při kolísajících a vyšších hodnotách FSH se tedy jedná o ovariální selhání (Kučera a kol., 2018, 308-310; Novotná, 2013, s. 18, 19).

2 SYMPTOMY ESTROGENNÍHO DEFICITU

Hypoestrogenní stav ovlivňuje celou řadu tkání a orgánových systémů. Z toho důvodu je období klimakteria spojováno s celou řadou možných symptomů, které jsou souhrnně nazvány jako estrogen-deficitní syndrom. Obtíže, které ženy mohou pociťovat, se z hlediska časového nástupu dělí na akutní (neurovegetativní), subakutní (organické) a pozdní (metabolické) příznaky (Kubíková, 2014, s. 70).

2.1 NEUROVEGETATIVNÍ KLIMAKTERICKÝ SYNDROM

Tento syndrom se projevuje především vazomotorickými (VMS) a psychickými příznaky. Nejvýraznější symptomatologie je v období prvních 3 let po menopauze, později příznaky ustupují a slábnou. Nejtypičtější jsou návaly horka, noční pocení, palpitace, závratě, nespavost, únava, bolesti hlavy, podrážděnost, pocity úzkosti a zhoršení paměti (Kubíková, 2014, s. 70).

2.1.1 VAZOMOTORICKÉ PŘÍZNAKY

Přítomnost VMS může zhoršovat kvalitu života žen, ale je rizikový především pro predikující vznik metabolického estrogen-deficitního syndromu. Přesný mechanismus, který ženám způsobuje tyto příznaky, není přesně znám, ví se však, že dochází ke střídání vazodilatace s následnou vazokonstrikcí. Následkem snížení estrogenů také dochází k poruše teplotu regulujícího mechanismu nacházejícího se v hypotalamu. Bylo prokázáno zvýšení tělesné teploty a výrazné zmenšení termoregulační zóny před příchodem návalu horka. Symptomatické ženy mají také výrazně vyšší stupeň oxidativního stresu a hladiny serotoninu. Většina studií má však nepřesvědčivé výsledky, proto zůstává prozatím mechanismus vzniku označen za neznámý (Donát, 2018, s. 5). Studie v zahraničí z roku 2015 také prokázala, že existuje spojitost mezi přítomností vazomotorických symptomů v klimakteriu a zvýšeným rizikem kardiovaskulárního onemocnění, ischemickou chorobou srdeční a mrtvicí (Muka a kol., 2016, s. 2-9). Tuto skutečnost potvrdila i studie Wise, která byla prováděna v USA a došla k závěru, že je zvýšené riziko srdečních chorob u žen, které ve středním věku pociťují vasomotorické příznaky (Thurston a kol., 2017, s. 126-132).

2.1.2 NÁVALY HORKA A POCENÍ

Z dostupných studií vyplývá, že návaly horka s následným pocením trpí až 70 % žen v klimakteriu. Mechanismus vzniku pravděpodobně souvisí se ztrátou tepla a poruchou termoregulace, která se objevuje současně se změnou kožní teploty, prokrvení, tepové frekvence a hladin luteinizačního hormonu. Teplota tělesného jádra vzrůstá, což souvisí s návaly horka.

Existují lokální preparáty, které zabraňují pocení, mají ovšem význam při aplikaci na ohraničené plochy, použití na celé tělo je velmi nepraktické (Košťálová a Košťál, 2007, s. 97).

2.1.3 PORUCHY SPÁNKU

Poruchy spánku lze definovat jako narušené usínání, přerušovaný spánek nebo časné probouzení. S věkem se fyziologicky mění cyklus spánku. Usínání se přesouvá do dřívějších večerních hodin, probouzení zase do dřívějších ranních hodin a doba spánku je celkově kratší. Základním principem léčby je dodržování spánkové hygieny, doporučuje se také vypít před spánkem šalvějový čaj, popřípadě užívat výtažky dalších bylin, jako jsou kozlík lékařský, meduňka lékařská, mučenka pletní a jiné. Pokud je nutná farmakologická medikace, nejčastěji se využívají léky III. generace, tzv. Z-generace, mezi které patří léky Zolpidem, Zopiclon a Zalepton. Bylo prokázáno, že pozitivní vliv na spánek u žen v menopauze má užívání melatoninu, což je hormon, který se přirozeně aktivuje ve tmavém prostředí a ovlivňuje spánek (Slíva, 2014, s. 11). Ruská studie, do které bylo zapojeno 91 žen, prokázala sníženou hladinu melatoninu v těle postmenopauzálních žen. Fyziologicky nejvyšší hladina melatoninu je v nočních hodinách. U žen v menopauze s poruchou spánku byla nejvyšší hladina melatoninu v ranních hodinách (1,5krát vyšší) a v nočních hodinách pod hranicí normy (Kolesníková a kol., 2013, s. 104, 105).

2.1.4 PSYCHICKÉ PORUCHY

Jedním z typických projevů menopauzy jsou psychické potíže, mezi kterými lze jmenovat úzkost, depresi, nervozitu, zhoršenou pozornost či velmi rychlé střídání nálad. Z populačních studií vyplývá, že až 30 % žen trpí alespoň jedním psychopatologickým symptomem (především iritabilitou). Za toto je zodpovědný, tak jako za mnoho dalších příznaků, hypoestrogenní stav, předpokládá se také souvislost se změnami koncentrace některých neurotransmiterů – serotoninu, dopaminu, noradrenalinu a v neposlední řadě také působení negativních psychosociálních činitelů. V jádrech neuronů se nacházejí estrogenové receptory, na které se váží estrogeny a ty aktivují expresi estrogenových genů. Receptory pro estrogeny jsou přítomny v mnoha částech mozku, které jsou zodpovědné za změny nálad. Hladiny estrogenů korelují s hladinami dopaminu. Při poklesu estrogenů tedy klesá i dopamin, který zprostředkovává radostné prožitky. Noradrenalin v hypotalamu ovlivňuje chuť k jídlu, spánek a termoregulaci, čímž lze vysvětlit poruchy ve jmenovaných oblastech. Estrogeny mají v neposlední řadě také velmi pozitivní vliv na serotonin – zvyšují jeho syntézu a snižují jeho degradaci (Slíva, 2015, s. 5-7; Forgáčová, 2009, s. 110-113; Mohr, 2014, s. 8, 9).

V léčbě psychických potíží v klimakteriu je velmi důležité pozorování příznaků a vyhodnocení, zda se jedná o projevy na prahu normy či žena trpí již duševní poruchou. Normální psychické projevy klimakteria se popisují tzv. klimakterickým trias: vasomotorické příznaky, poruchy spánku a pokles sexuální apetence. Ve většině případů postačí u pacientek léčba estrogény, pouze pokud se jedná o velkou depresivní periodu a žena má zatíženou osobní a rodinnou anamnézu, měla by být nasazena antidepressivní léčba (Slíva, 2015, s. 5-7; Forgáčová, 2009, s. 110-113; Mohr, 2014, s. 9).

2.2 ORGANICKÝ ESTROGEN-DEFICITNÍ SYNDROM

Jak již z názvu vyplývá, jedná se o fázi, ve které už dochází ke změnám některých orgánů, jež nastávají většinou v časně postmenopauze, tedy za 2 až 5 let po poslední menstruaci. Změny se týkají především oblasti genitálu, kůže, kožních adnex a prsní žlázy, snižuje se také odolnost vůči infekcím. Mění se sliznice močového systému, která způsobuje časté nucení na močení a močovou inkontinenci (Kubíková, 2014, s 70).

2.2.1 KŮŽE A KOŽNÍ ADNEXA

Je všeobecně známo, že kůže je největším orgánem lidského těla. Hormonální změny kůže jsou reverzibilní, lze je tedy kvalitativně i kvantitativně ovlivnit. Byla prokázána přítomnost estrogenních receptorů v cytoplazmě celulárních kožních elementů. Hormonální stárnutí kůže se projevuje tvorbou vrásek, atrofii a suchostí kůže, bledostí, sníženou elasticitou i odolností proti infekci a traumatizaci. Životnost epidermálních keratinocytů klesá a tím klesá i obnova epidermis až o 50 %. Dochází k úbytku funkčních melanocytů, což vede k blednutí kůže. V období postmenopauzy dochází k redukci až 30 % kolagenu v dermis. Nastane fragmentace a ztenčení kolagenních vláken, do kterých se ukládá kalcium, což vede ke snížení odolnosti kolagenních vláken. Každý rok dojde přibližně ke ztrátě kolagenního objemu o 1 až 2 %.

Vlivem snižujícího se množství estrogenu se také snižuje hustota vlasových folikulů v oblasti axilární a pubické, z nadbytku androgenů se objevují známky virilizace. Zpomaluje se růst nehtů, které ztrácejí lesk. Mnohé studie popisují vztah mezi vznikem vrásek a úbytkem kostní hmoty. Pravděpodobně existuje souvislost mezi hloubkou vrásek na dorzech rukou a přítomností osteoporózy (Košťálová a Košťál, 2007, s. 97, 98; Litvik, 2008, s. 226-228).

2.2.2 INKONTINENCE MOČE

Močová inkontinence je definovaná jako samovolný a nekontrolovatelný únik moči, který během života postihne až 50 % žen, nejrizikovější je však skupina žen v období klimakteria. Inkontinence

se dle příčiny vzniku dělí na stresovou, urgentní či smíšenou. Subjektivní potíže se ženám objeví většinou dříve než ty objektivní a ženy obézní a diabetičky mají zpravidla symptomy výraznější.

Vlivem snížení hladiny estrogenů dochází k atrofii tkáně uropoetického aparátu se všemi důsledky. V močovém měchýři a v uretře, stejně jako v genitálním traktu, byla prokázána přítomnost ženských steroidních receptorů pro estrogeny a gestageny. Nedostatek estrogenů tedy způsobí atrofii urotelu a redukuje se vrstva polysacharidů na jeho povrchu. To má za následek snížení přirozeného imunitního systému dolních cest močových a pravděpodobnost vzniku uroinfekcí a inkontinence se zvyšuje. Atrofizací uretry se snižuje tkáňový turgor, dochází ke snížení počtu vláken uretrálního sfinkteru a v závěsném aparátu vznikají karunkuly. Dno pánevní se ženám také mění, a to ve smyslu úbytku příčně pruhovaného svalstva a poruchy jejich inervace (Trněná a kol., 2011, s. 29-32; Gärtner, 2006, s. 147,148).

Stresová inkontinence je způsobená zvýšením intraabdominálního tlaku například při kašli, smíchu, fyzické aktivitě. Příčinou je změna pozice a pohyblivosti hrdla močového měchýře, případně poškození a následná pohyblivost svěrače močové trubice. Ke zvýšené pohyblivosti dochází v důsledku porušení závěsného aparátu dna pánevního například vlivem hormonálních změn v klimakteriu, porodního poranění, obezity, těžkým kašlem, těžkou fyzickou námahou (Kolombo a kol., 2009, s. 11, 12). Až 70 % případů močových inkontinencí lze upravit změnou životního stylu, tedy snížením tělesné hmotnosti, abstinencí kouření, pitným režimem, posilováním pánevního dna nebo elektrostimulací. Existují tzv. Kegelovy cviky, které posilují svaly dna pánevního bez zapojení břišní stěny. Tyto cviky je ovšem nutné cvičit dlouhodobě, pravidelně a správně. Existuje také medikamentózní léčba, která zvyšuje výtokový odpor močové trubice (imipramin). Pokud je farmakologická léčba neúčinná, je indikovaná chirurgická léčba v podobě miniinvazivní operační techniky transion free vaginal tape (TVT) či transobturator tape (TOT). Operace se provádí v krátké anestezii, kdy je zavedena speciální páska retropubicky (TVT) či transobturatorně (TOT) (Trněná a kol., 2011, s. 29-32; Gärtner, 2013, s. 147,148).

Urgentní typ inkontinence je spojen s hyperaktivním močovým měchýřem a problém vzniká v dolních cestách močových. Ženy pociťují urgentní a náhlý pocit na močení, nykturii a časté močení více jak 8krát denně. Primární příčina hyperaktivního močového měchýře zatím není známa. Terapie je zaměřena na vyhýbání se kořeněným jídlům, alkoholu a kávě, opět se doporučuje cvičení pánevního dna. Z farmakoterapie jsou užívána anticholinergika (blokuji účinky parasymptiku) nebo lokálně podávané estrogeny. Pokud je léčba neúspěšná, je nutné podstoupit chirurgickou léčbu (Romžová a kol., 2011, s. 223, 224).

2.2.3 GENITÁLNÍ ZMĚNY

Ženský genitál patří mezi estrogen-dependentní tkáň, se sníženým množstvím estrogenů tedy dochází k jeho atrofizaci. Výrazně se ztenčuje kůže vulvy a poševní epitel. Pochva se ztenčuje, sliznice se vyhlazuje a pochva ztrácí svoji elasticitu. Ženy často udávají pocity suchosti pochvy, spolu se svěděním, pálením, nedostatečnou lubrikací či krvácením ze vzniklých ragád. Dochází ke zmenšení dělohy, včetně endometria i myometria a vaječníky se také zmenšují. Snižuje se množství glykogenu dlaždicového epitelu, to má za následek zvýšení pH pochvy a vymizení přirozených laktobacilů (Trněná a kol., 2011, s. 29, 30; Kubíková, 2014, s. 70).

Atrofická vulvovaginitida je definovaná jako pálení a svědění vulvy, dysurií, dyspareunií, zvýšenou citlivostí a tvorbou prasklin. Příznaky mizí po použití estrogenů za 1 až 2 týdny. Ženy by neměly používat mýdla, ale emoliencia či lubrikační gely. Nejčastěji se používá k léčbě estriol a estradiol jako krém nebo tablety. Studie potvrdily, že pouze 12 % žen řeší atrofii vaginální estrogení léčbou (Fait, 2014, s. 13, 14; Košťálová a Košťál, 2007, s. 98). Studie CLOSER, do níž bylo zařazeno 1600 žen, potvrdila, že vaginální diskomfort negativně ovlivňuje kvalitu života, sexuální život, partnerské vztahy a sebehodnocení (Nappi a kol., 2013, s. 377-379).

Vulvovaginální kandidóza je způsobená především kvasinkami rodu *Candida albicans*, ale i dalšími kvasinkami. K onemocnění často dochází opakovaně, za nejpravděpodobnější zdroj kvasinek se považuje řitní otvor (některé studie uvádí v menší míře také sexuální přenos). Nejčastěji při tomto onemocnění ženy uvádějí pruritus pálení i při močení či dyspareunii. K adhezi a množení kandid je potřebná přítomnost estrogenů, které zvyšují obsah glykogenů. **Vysvětlení tohoto onemocnění v klimakteriu tedy vysvětluje** užívání hormonální terapie žen v menopauze (Špaček a kol., 2008, s. 180, 181; Košťálová a Košťál, 2007, s. 100).

2.2.4 SEXUÁLNÍ ŽIVOT

Sexualita patří mezi základní potřeby každého člověka a je u každého velice individuální. Klimakterium bývá často spojované s psychickými problémy spojenými právě se sexuálním životem. Pokles estrogenů a progesteronu u některých žen způsobuje významné změny v sexuálním životě. Některé ženy zase nepocítí žádný rozdíl. Vlivem poklesu zmíněných hormonů dochází ke ztenčení poševního epitelu, snížené lubrikaci a suchosti pochvy, což vede k nepříjemným až bolestivým pocitům a následné sexuální abstinenci. Dalším úskalím klimakteria je zvýšené ukládání podkožního tuku, snížení svalového tonu a také ochabnutí prsou. Ženy mívají z tohoto důvodu velmi nízké sebevědomí a nepřipadají si již sexuálně přitažlivé pro svého muže. Pokud si lékař gynekolog není jistý v této oblasti, měl by ženě poskytnout kontakt na sexuologa,

který ženě může předat spoustu informací, například o využití nekoitálních technik (Vrublová, 2005, s. 25-27).

2.3 METABOLICKÝ ESTROGEN-DEFICITNÍ SYNDROM

Jak již z názvu vyplývá, v této fázi dochází k metabolickým změnám organismu, začátek syndromu obvykle nastává až několik let po menopauze. Jednotlivé změny nemusí být nutně dramatické, nicméně jejich součet může vyústit v aterosklerotické změny cév a markantní zvýšení kardiovaskulárního rizika. Stárnutí a nedostatek estrogenů se také často projevuje závažnými změnami na kostech žen v klimakteriu (Kubíková, 2014, s. 70, 71).

2.3.1 OSTEOPORÓZA

WHO definuje osteoporózu jako systémové onemocnění týkající se kostry, které je způsobené poruchou mikroarchitektury kostní tkáně a úbytkem kostní hmoty. V klinické praxi toto onemocnění zapříčiňuje zvýšenou fragilitu a projevuje se častými a opakujícími se zlomeninami při minimální traumatizaci. Fraktury se nejčastěji týkají distálních částí předloktí, obratlů a proximálních částí femuru. Diagnostiku a léčbu stanovuje lékař, který je zaměřený na léčbu skeletu – osteolog ve spolupráci s gynekologem, ortopedem, interním lékařem a dalšími. Je tedy třeba multidisciplinární spolupráce (Payer a kol., 2018, s. 19). V přehledném referátu Sotorník (2016) zmínil, že až 90 % zlomenin femuru v populaci postmenopauzálních žen způsobuje právě osteoporóza, v Evropě a USA se toto onemocnění vyskytuje u 20 % žen a 5 % mužů. Osteoporóza tedy zvyšuje nejen morbiditu, ale také mortalitu žen. V České republice bylo zjištěno, že pouze 6,7 % pacientů při fraktuře krčku stehenní kosti podstoupí adekvátní vyšetření (Hála, 2007, s. 454). WHO předpokládá, že v letech 2010-2025 dojde k nárůstu osteoporotických zlomenin o 30 % (Haasová a kol., 2015, s. 19, 20).

2.3.1.1 PATOFYZIOLOGIE

Po celý život probíhají v kostní tkáni dva současně běžící děje, a to novotvorba kostí a kostní resorpce (odbourávání). V období klimakteria dochází k poklesu produkce estrogenů, čímž je narušena rovnováha ve smyslu vzestupu kostní resorpce.. V osteoblastech se nacházejí receptory pro estradiol, progesteron a testosteron. V období menopauzy klesá množství estradiolu a to způsobuje zvýšení cytokinů, které mají za následek zmnožení a diferenciaci osteoklastů a následně zvýšení osteoresorpce. To vše vede ke ztrátě kostní hmoty (Jeníček, 2001, s. 29). Jsou popsány determinanty osteoporózy, které se dělí na ovlivnitelné a neovlivnitelné. **Neovlivnitelné determinanty osteoporózy** jsou především genetická predispozice a výskyt fraktury v rodinné anamnéze po neadekvátní traumatizaci, dále také ženské pohlaví a věk. **Ovlivnitelné**

determinanty osteoporózy jsou kouření tabáku, nutriční vliv (nadměrný příjem sacharidů, a tedy zvýšená hodnota Body mass indexu (BMI)), pohybová aktivita a nadměrná konzumace alkoholu.

Z výzkumného šetření, do kterého bylo zapojeno 737 žen ve věkovém rozmezí 16-65 let, vyplývá, že nejčastější riziko u mladých žen představuje kouření, nevhodné stravovací návyky a nedostatečná fyzická aktivita ve všech věkových kategoriích. Studie také prokázala, že nadměrná konzumace alkoholu se objevila jen velmi zřídka a vliv hodnoty BMI se u většiny respondentek nepotvrdil (Trojanová, 2013, s. 86-92).

2.3.1.2 DIAGNOSTIKA

Diagnostických metod je v dnešní době celá řada. Mezi základní vyšetření patří například anamnéza a fyzikální vyšetření, krevní obraz, určení sérového kalcia, albuminu a denzitometrické vyšetření. Mezi specializované vyšetřovací metody se řadí například trabekulární kostní skóre, rentgenové vyšetření, CT a MRI.

Kostní denzitometrie využívá principu, který je založen na absorbování rentgenového záření o velmi malé radiační síle, jež pronikne kostí. Výsledkem je naměření obsahu minerálů v kosti a hustota (denzita) kostního materiálu udávaná v g/cm². Výsledky měření se porovnávají vždy s jedincem stejného věku a pohlaví. Vždy se vyšetřuje lumbální obratel a kost stehenní včetně krčku. Další měření se provádí po 1-2 letech, kdy se hodnotí úspěšnost léčby.

2.3.1.3 LÉČBA

Posouzení rizika vzniku zlomenin, a tedy nasazení adekvátní léčby lze vypočítat pomocí počítačového algoritmu zvaný FRAX (Fracture Risk Assessment Tool). Vyjadřuje procentuální riziko vzniku osteoporotické fraktury s desetiletou predikcí.

Mezi nefarmakologické metody léčby patří především udržování dobré fyzické kondice pravidelnou chůzí a pěší turistikou. Při pohybu dochází k aktivaci osteoblastů a následné osifikaci kostní hmoty. Důležité je také vyhýbání se negativním vlivům, jako jsou alkohol, nikotinismus a také nezdravé stravování (Payer a kol., 2018, s. 23, 24; Kučerová, 2014, s. 404).

Mezi farmakologické metody patří léky, které se dle nového vymezení dělí na léky kauzální (estrogeny – tibolon), selektivní modulátory estrogenních receptorů (raloxifen, bazedoxifen), léky blokující kostní metabolismus (aminobisfosfonáty – alendronát, ibandronát), stimulatory, inhibitory buněčné aktivity (parathormon) a léky ovlivňující mezibuněčné regulace (denosumab) (Tomasová, 2015, s. 27).

Studie SOTI a TROPOS prokázaly velmi pozitivní účinky stroncium renátu (SR) při léčbě osteoporózy. Tyto randomizované studie probíhaly 5 let ve 12 zemích světa, bylo do nich zapojeno kolem 9000 pacientek. Výsledky prokazují, že po 5 letech užívání SR došlo k redukci vertebrálních fraktur o 24 % a nonverbálních fraktur o 15 %. SR se prokázal jako velmi účinný bez ohledu na závažnost osteoporózy (Jenšovský, 2015, s. 16, 17).

2.3.2 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Kardiovaskulární onemocnění spolu s oběhovými onemocněními představují nejčastější příčinu úmrtí lidské populace (jedna třetina všech žen). Ženy onemocní kardiovaskulární chorobou přibližně o 10 let později než muži, přesto na toto onemocnění ročně zemře statisticky více žen. Studie prokázaly, že by se měly provádět preventivní kontroly u mužů nad 40 let a u žen nad 50 let, protože v tomto věku je možné identifikovat řadu ovlivnitelných rizik (Vrablík a kol., 2014, s. 996, 997).

V postmenopauzálním období dochází k mnoha změnám a je velmi složité vyčíslit vliv estrogenního deficitu. Se snížením estrogenů v těle ženy se významně zvyšuje systolický i diastolický krevní tlak. Systolický krevní tlak se průměrně po klimakteriu zvýší o 10-15 mmHg, zatímco diastolický se zvýší o 8-12 mmHg. Dochází také ke snížení inzulínové rezistence, což má za následek zvýšení glykemie přibližně o 5-7 %. Dále dochází ke zvýšení plazmatického cholesterolu a triglyceridů, tuky se začnou ukládat v abdominální oblasti, což způsobí zvýšení BMI. Menopauza ovlivňuje také hladiny lipidů, ve smyslu zvýšení triglyceridů (až o 10 %) a cholesterolu.

Přítomnost metabolického syndromu způsobuje zvýšení rizika vzniku diabetu mellitu až 6krát a vznik ischemické choroby srdeční až 3násobně. Studie prokázaly, že pozitivně lze ovlivnit rizika vzniku kardiovaskulární onemocnění zlepšením životního stylu. Farmakologicky lze kardiovaskulární onemocnění ovlivnit hypolipidemickou, antihypertenzivní, antiagregační či antidiabetickou léčbou (Vrablík, 2015, s. 18-21; Vrablík, 2009, s. 207, 208).

3 MOŽNOSTI TERAPIE V KLIMAKTERIU

Klimakterium ženám může způsobovat klinické obtíže různých intenzit. Pokud žena pociťuje obtíže, měla by vždy jako první možnost volit režimové opatření, a pokud obtíže nadále přetrvávají, nabízí se možnost farmakologická, a to v podobě nehormonální či hormonální léčby. Při volbě léčby by se lékař vždy měl zabývat přáním pacientky, jejím věkem a možnou dobou podávání hormonální terapie. Léčba estrogeny vede k odstranění téměř všech příznaků hypoestrogenního stavu a je účinnou prevencí symptomů estrogenního deficitu (Fait, 2018, s. 44).

3.1 ZÁSADY VÝŽIVY V KLIMAKTERIU

Ženy v období klimakteria jsou ohroženy vznikem celé řady onemocnění, kterým lze předejít či zmírnit jejich projevy dodržováním základních principů vyvážené stravy (především se jedná o hodnotu BMI, vznik diabetu mellitu II. typu, osteoporózy, hypertenze, aterosklerotických změn, kloubních potíží a v neposlední řadě také psychosociální nepohody). Vhodné je rozdělit příjem potravy za 24 hodin do 5 jídel, z čehož jsou tři jídla hlavní (výběr potravin by měl být především s nízkým glykemickým indexem) a dvě svačiny, které zahrnují ovoce a zeleninu. Pravidelné stravování by mělo zamezit nekontrolovatelnému přejídání. Tento typ stravování má také velmi pozitivní vliv na celkový a LDL-cholesterol.

Velmi důležité je v potravě redukovat především nasycené mastné kyseliny a tuky. Se zvyšujícím se příjmem nasycených mastných kyselin v potravě přímo úměrně stoupá také množství cholesterolu v krvi, což je hlavní faktor vzniku aterosklerózy. Naopak je třeba zvýšit množství nenasycených mastných kyselin (MK), což je především olej slunečnicový a olivový. Nenasycené MK pozitivně působí na funkci reprodukčního systému, integrity pokožky či správné srážení krevních destiček. Dalším zdrojem nenasycených MK jsou mořské ryby, jejichž zapojení do jídelního lístku je velmi důležité také pro obsah jódu, který je nezbytný pro správnou funkci štítné žlázy.

Dalším krokem ve zdravé stravě je redukce jednoduchých sacharidů, tedy sladkostí, dortů, sladkého pečiva, které převyšují energetickou potřebu člověka a ukládají se tedy do zásobních tuků. Některé studie prokazují snížené vnímání sladké chuti u žen v perimenopauze. Vypočítaná denní hranice příjmu sacharidů je přibližně 7-8 čajových lžic na jeden den. Naopak zvýšit je potřeba množství vlákniny v potravě, tedy zvýšit přísun luštěnin, ovoce, zeleniny či obilnin. V neposlední řadě patří mezi základní zásady stravování omezit užívání soli na 5-7 g/den. Mnohé studie prokázaly při užívání nadměrného množství soli zvýšené riziko hypertenze, vzniku

karcinomu žaludku, renálního poškození, osteoporózy a také hypertrofie levé srdeční komory (Brát, 2014, s. 8-10; Vašíčková, 2004, s.34-37).

3.1.1 UŽÍVÁNÍ VITAMÍNU D

Vitamín D vzniká především kůží po UV ozáření a také v ledvinách. Ve stáří dochází ke snížené schopnosti tvořit vitamín D slunečním zářením. Bylo prokázáno, že aktivní forma vitamínu D tlumí proliferaci a zvyšuje diferenciaci, u buněk karcinomů dokáže způsobit apoptózu. Vitamín D je přítomný v potravinách, jako jsou losos, tuňák, makrela, sýry a vaječné žloutky. Pokud je vitamín D z živočišného zdroje, označuje se jako D3 (cholecalciferol), pokud je zdroj rostlinný, jedná se o vitamín D2 (ergocalciferol), jeho využití pro organismus je mnohem menší. Vitamín D je resorbován v tenkém střevě a tato resorpce je velmi pomalá. Pokud je hladina vitamínu D pod hodnotou 50nmol/l, lze tento stav označit jako významný deficit. Dle studií byl prokázán významný podíl žen v klimakteriu s nízkou hladinou vitamínu D, které trpí osteoporózou. Dále nedostatek vitamínu D způsobuje zvýšené riziko pádu, svalovou slabost, myopatii a sarkopenii. Hlavním účinkem vitamínu D je resorpce kalcia střevem, doporučená denní dávka je 800 IU jednotek (Broulík a Broulíková, 2014, s. 24-26; Bayer, 2013, s. 7-9).

3.1.2 UŽÍVÁNÍ KALCIA

Velmi důležité je zmínit užívání kalcia jakožto minerální látky, která je nejvíce zastoupená v lidském těle. Kalcium je obsaženo především v kostech a zubech lidského těla, reguluje metabolické děje a zajišťuje svalovou kontraktilitu včetně srdečního svalu, funkci nervů, přenos signálů a jiné. Při nedostatku kalcia pacienti trpí svalovými záškuby, srdeční palpitací, otosklerózou, úzkostí, depresí, parestézií, nespavostí. Přenos kalcia v těle zapříčiňuje aktivní metabolismus zmíněného vitamínu D. Mnoho studií potvrzuje pozitivní účinek suplementace kalcia žen v menopauzálním období, které trpí osteoporózou. Studie prokázaly zlepšení kostní denzity (Hronek a kol., 2015, s. 14, 15).

3.2 BYLINNÁ TERAPIE

Příznaky a potíže, které doprovázejí období klimakteria, lze mírnit či úplně odstranit užíváním takzvaných přírodních hormonů, tedy fytoestrogenů. Ty jsou obsaženy především v sóje, červeném jeteli, vojtěšce a také v ploštičníku. Tyto přírodní hormony se v těle váží na estrogenové receptory a při dlouhodobém užívání mají velmi pozitivní vliv na projevy premenstruačního syndromu.

Šalvěj je bylina, která má protizánětlivé účinky a pomáhá také při nočních pocení a potížím při zažívání. Nesmí se však užívat dlouhodobě. Sbírají se šalvějové listy a nať.

Meduňka, ze které se sbírají listy a nať, je využívána při potížích se zažíváním, migrénách, poruchách spánku, při hypertenzních potížích, nechutenství a také při bolestivé menstruaci. Meduňka má i sedativní účinky využitelné při psychických poruchách.

Řebříček je využíván při inkontinentních potížích, při bolestivé menstruaci a na snížení krevního tlaku. Používá se květ a nať, je však kontraindikován v těhotenství.

Máta je známá pro své pozitivní účinky na zažívací systém, bolesti žaludku, žlučníku, zlepšuje chuť k jídlu a snižuje pocit únavy. Užívá se list a nať.

Třezalka se již od pradávna používá k tišení klimakterických potíží a působí také jako přírodní sedativum. Využívá se především nať.

Květ bezu černého pomáhá při onemocnění močových cest, migrenózních stavech a jako prevence při vysokém krevním tlaku (Gebauer, 2004, s. 48-51; Kaňková, 2014, s. 20, 21).

3.3 HORMONÁLNÍ SUBSTITUČNÍ TERAPIE

Podávání hormonální substituční terapie (HRT) ženám, tedy dodávání estrogenů tělu, vede k potlačení téměř všech příznaků klimakterického syndromu (potlačuje návaly, pocení, nespavost, palpitaci, únavu, podrážděnost, depresi, sexuální dysfunkci). HRT je jednoznačně účinným řešením prevence a léčby postmenopauzální osteoporózy, nicméně při dlouhodobém užívání je nutné individuálně zhodnotit poměr přínos/riziko. Teorie plošného preventivního podávání HRT je zcela opuštěna a není důvod k častějšímu provádění mamografie.

Pokud se žena nachází v premenopauzálním období, nejvhodnější je volit substituci gestageny, intrauterinní hormonální systém nebo nízkodávkovou monofázickou kontracepci. S přechodem ženy do perimenopauzy se léčba mění na gestagenně dominantní kombinovanou terapii (EPT), která se ženě nasadí nejdříve v nízkých dávkách, a v případě, že je léčba bez účinku, dávky se zvýší. V období postmenopauzy žena přechází na kombinovanou kontinuální EPT. Pokud žena byla z jakéhokoliv důvodu na hysterektomii a nemá již dělohu, preferuje se čistě estrogenní terapie. U žen, které se nachází v pozdním stádiu postmenopauzy a nejsou již vystaveny akutním příznakům postmenopauzálního syndromu, je lékem první volby Raloxifen, který především léčí a preventivně předchází osteoporóze. Existuje také lék s názvem Tibolon, který je popsán dále (Fait, 2015, s. 10-12; Borovský a Křišťůvková., 2015, s. 8, 9).

Existují přesné indikace a kontraindikace, kdy je možné ženě předepsat hormonální terapii a kdy to nelze. Je třeba se řídit převážně klinickými příznaky ženy. Mezi jasné indikace k nasazení hormonální léčby patří vazomotorické příznaky, úzkosti, nepravidelné krvácení, dyspareunie, uroinfekce, suchost vaginy, narušený spánek, nárůst BMI, ztráta libida, osteoporóza. Předčasná

menopauza je spojena se zvýšeným rizikem osteoporózy a ischemické choroby srdeční. U těchto žen by měla být HRT podávána minimálně do průměrného věku menopauzy.

Jako kontraindikace pro systémovou hormonální terapii lze označit karcinom prsu, premaligní změny prsu nebo duktální karcinom in situ, ať již probíhající, či v rodinné anamnéze. Také jiný maligní nádor, který je estrogendependentní, nebo podezření na něj, například krvácení z rodidel nejasného původu. Mezi další kontraindikace patří také tromboembolické nemoci probíhající či přítomné v rodinné anamnéze (plicní embolie, flebotrombóza, infarkt myokardu, angina pectoris).

Na téma HRT je napsána celá řada studií. Například Cochrane database 2012 zahrnuje 23 studií, které zkoumaly 42 830 žen. Výsledkem bylo zjištění, že při užívání kombinované HRT roste riziko srdečních příhod, tromboembolických nemocí, cévní mozkové příhody a rakoviny prsu. Čistě estrogenní HRT nezvyšovala riziko rakoviny prsu ani ischemické choroby srdeční. Jako další lze zmínit studii KEEPS, která probíhala 4 roky a do níž bylo zařazeno 727 žen. Výsledkem bylo zjištění, že transdermální ani perorální estrogény nezvyšovaly tlak krve a rozvoj aterosklerózy. Rozdíl mezi placebem a lékem nebyl zjištěn ani ve výskytu karcinomu prsu, karcinomu endometria, infarktu myokardu, cévní mozkové příhody, tromboembolické nemoci. KEEPS tak jasně ukázala bezpečnost časně aplikace HRT (Lobo a kol., 2015, s. 108, 109; Fait, 2014, s. 942-947).

Hormonální substituční terapii lze podávat několika způsoby, a to perorálně, transdermálně, perkutánně, intramuskulárně, intranasálně, subkutánně nebo také vaginálně. Dávky léčiv, které se používají při nízkodávkové HRT, jsou vždy poloviční oproti standardním dávkám HRT a toto snížení se považuje za hlavní trend klimakterické medicíny. Transdermální podání se preferuje u žen, které trpí nesnášenlivostí léčiva, při diabetu mellitu nebo zvýšených jaterních testech.

3.3.1 SUBSTITUCE GESTAGENY

Období perimenopauzy je provázeno relativním nedostatkem progesteronu. Užíváním progestinů lze tedy dosáhnout omezení klimakterických příznaků a také kontrolovat menstruační cyklus. Přírodní progesteron, tedy utrogestan se používá pro kontrolu menstruačního cyklu a užívá se 100 mg až 3krát denně. Syntetický progestin medroxyprogesteronacetát se aplikuje jednou za 3 měsíce intramuskulárně nebo také subkutánně. Tento progestin má velmi nízkou anabolickou a androgenní aktivitu a využívá se pro antikoncepční účinek. Sekvenční aplikace se využívá především pro kontrolu menstruačního cyklu, zatímco kontinuální podávání progestinu (málo užívané) tlumí příznaky hypoestrogenního stavu (Borovský a Křišťůvková, 2015, s. 10, 11).

3.3.2 NITRODĚLOŽNÍ HORMONÁLNÍ SYSTÉM

Jedná se o metodu, kdy nitroděložní tělíčko tvaru T (Mirena) je obohaceno o levonorgestrel a denně se z tělíčka uvolní 0,2 mg této látky. Životnost tělíčka je 5 let. Důsledkem postupné atrofie endometria je kratší a slabá menstruace. Tento systém je vhodný pro ženy, které celkové působení progestinů velmi špatně snášejí, nebo také v případě metabolické nevhodnosti (Fait, 2013, s. 20, 21).

3.3.3 TIBOLON

Existuje lék s názvem Tibolon, což je alternativa hormonální substituční terapie s účinkem na všechny příznaky hypoestrogenního stavu, který spadá pod skupinu s názvem gonadomimetik. Pokud žena měla nástup menopauzy mezi 49-51 lety, na kontinuální terapii by měla být převedena přibližně v 52 letech. Tibolon je synteticky vyrobený analog steroidů, který působí protektivně na kostní hmotu, napomáhá mírnit atrofii pochvy, zmírňuje vazomotorické příznaky a také pomáhá zlepšovat libido a dobrou náladu. Dochází také často k převodu žen z hormonální terapie na Tibolon, a to v případech, pokud žena trpí napětím v prsou, při nečitelnosti mamografu nebo zvýšené denzitě prsou, při nepravidelném krvácení, poruchách nálady a sexuálního života (Fait, 2015, s. 10-14).

3.3.4 HRT A RAKOVINA PRSU

Karcinom prsu je nejčastější zhoubné onemocnění žen (20 % všech karcinomů žen). Stále kontroverzním tématem je užívání estrogenu a možné riziko rakoviny prsu. Tato kontroverze je vyvolaná tím, že riziko rakoviny prsu se zvyšuje u žen s časným nástupem menarché a pozdní menopauzou. Míra rizika je ovlivněná dobou užívání HRT, čím delší terapie, tím vyšší je riziko. Při podání progestinu do léčby se toto riziko, oproti samotnému estrogenu, ještě dále zvyšuje. Prozatím jediný možný nástroj v boji proti rakovině prsu je mamografický screening. Dlouhodobé užívání HRT, tedy více jak 10 let, zvyšuje riziko rakoviny prsu o 10-30 %. Estrogeny mohou být promotorem růstu rakoviny, ale nejsou zdrojem onkogenu. Odborníci se prozatím shodují, že riziko vzniku karcinomu prsu při užívání ERT je velmi mírné. Za bezpečné se považuje užívání HRT do 10 let a co největší minimalizace dávek hormonů. Ženy s HRT navzdory tomu vykazují poloviční úmrtnost na karcinom prsu oproti ženám bez léčby. To je pravděpodobně způsobeno včasným záchytem nádoru a jeho menší agresivitou (Pilka a kol., 2014, s. 60; Fait, 2018, s. 53-59).

4 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života jako pojem se poprvé objevil pravděpodobně ve 20. letech 20. století v souvislosti s ekonomikou a úlohou státu v oblasti finanční podpory lidí žijících v chudobě. Význam tohoto pojmu lze vyjádřit následujícími dvěma citáty: „To, co je důležité pro naše dobro, nespočívá v kvantitě, ale v kvalitě života“. Tento citát byl použit J. Galbraithem v roce 1958, když tento ekonom kritizoval rozšiřování průmyslové výroby. Druhý citát pochází od tehdejšího prezidenta L.B. Johnsona, který v roce 1964 řekl: „Cíle nemůžeme poměřovat výší našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, který lidé prožívají.“ Znovu se tento pojem objevil v období poválečném, kdy jej užil tehdejší prezident USA ve smyslu zlepšování kvality života občanů. Poukazoval na to, že ukazatelem blaha není pouze kvantita spotřebovaného zboží (how much), ale to, jak dobře se lidem v daných podmínkách žije (how good). Hlavním motivem ke zkoumání pojmu kvality života byly především nevratné a neustále se prohlubující změny pojetí hodnot, které jsou spojené s rozšiřujícím se konzumním způsobem lidského života. Kvalitu života lze velmi těžce uchopit, protože se tento pojem odvíjí od složitosti lidského života, utváří ji faktory vnitřní, vnější a také řada náhod (Payne a kol., 2005, s. 205-207; Mareš a kol., 2006, s. 11, 12; Hnilicová a Bencko, 2005, s. 656, 657).

Kvalita života je pojem interdisciplinární, což znamená, že se tomuto tématu věnuje například psychologie, etika, politologie, teologie, technické vědy a také medicína a ošetrovatelství či porodní asistence. Dle úhlu pohledu, ze kterého je kvalita života zkoumána, ji lze dělit na pojetí materiální (vlastnictví), fyzická pohoda, psychologické (pocity životního uspokojení, štěstí, úspěchu či sebehodnocení), pojetí morální (vztah kvality života a svědomí), pojetí sociologické (různorodost kvality života v odlišných sociálních podmínkách) a také pojetí medicínské, které charakterizuje fyzické a duševní zdraví. Z výše zmíněného vyplývá, že prozatím neexistuje a pravděpodobně nemůže existovat souhrnná definice pojmu kvality života. V roce 1996 WHO uvedla kvalitu života jako „*individuální vnímání postavení člověka v kontextu s kulturou a hodnotovým systémem, ve kterém každý jedinec žije v souladu s cíli, očekáváními, standardy a obavami*“. Je důležité si uvědomit, že pokud se hovoří o kvalitě života, nejedná se o synonymum zdravotního stavu, životní spokojenosti nebo osobního blaha (Mareš a kol., 2006, s. 29; Heřmanová, 2012, s.32-35).

Jednou z hlavních otázek při vyslovení pojmu kvalita života je, o jaký typ kvality se jedná. Kvalitu lze dělit na subjektivní a objektivní. Subjektivní kvalita života se týká především lidských emocí a subjektivního pocitu štěstí ze života. Objektivní kvalita zahrnuje materiální zabezpečení, sociální postavení a zdraví fyzické. Existuje vztah mezi objektivními podmínkami života a jeho

subjektivním vnímáním (viz tabulka). Z toho jednoduše vyplývá, že pokud má člověk dobré životní podmínky, prožívá kvalitní život, a naopak při špatných životních podmínkách má nízkou kvalitu života. Další variantou, která může nastat, je situace, kdy má jedinec špatné podmínky pro život, ale je stále dobře naladěný a žije s pocitem dobré kvality života. Tento jev je označován jako adaptace nebo také paradox spokojenosti. Lidé, kteří takto vnímají svět, jsou důvodem, proč je velmi důležité neopomíjet subjektivní indikátory kvality života. V neposlední řadě existuje varianta, při které člověk prožívá svůj život v dobrých podmínkách, ale přetrvává u něj špatná nálada a nespokojenost. Tento stav se nazývá disonance. To tedy znamená, že důležitou, ne-li hlavní roli ve vnímání kvality svého vlastního života hraje zidealizovaná představa o sobě samém a o svém vlastním životě (Heřmanová, 2012, s. 9-12; Payne a kol., 2005, s. 205-207).

Mezi důležité životní domény patří:

Být – tedy charakteristika každého jedince, která má tři subdomény, a to fyzické bytí, které zahrnuje fyzické zdraví, osobní hygienu, pohyb, výživu, oblékání a celkovou vizáž. Dále psychologické bytí, tedy sebepojetí, sebekontrolu, sebeúctu, citění a psychologické zdraví. V neposlední řadě také spirituální bytí, které zahrnuje především víru, osobní hodnoty a přesvědčení.

Patřit někam – má také tři subdomény, tedy fyzické napojení k pracovišti či škole, domovu nebo komunitě. Sociální napojení k rodině, přátelům, kolegům, spolužákům a také napojení na širší prostředí, tedy na komunitu.

Realizovat se – tedy splnit si osobní cíle a naděje, které se skládají z praktické realizace, tedy zájmové, domácí, školní aktivity, péče o své zdraví, relaxační aktivity, při kterých dochází k redukci stresu a v neposlední řadě uskutečnění růstu, díky kterým si jedinec zlepšuje a zachovává vědomosti, znalosti a dovednosti. Skutečná kvalita života je následně u každého konkrétního člověka dána významem a důležitostí jednotlivých domén a subdomén a jejich naplňováním v reálném životě, jinak řečeno, jak si je člověk dokáže „užívat“ (Payne a kol., 2005, s. 207-110; Hnilicová a Bencko, 2005, s. 657).

Pohled na kvalitu života se mění s věkem. Studie Mareše (2014) prokázala, že naprostá většina diagnostických metod k zjištění kvality života seniorů neexistuje v české standardizované verzi, kterou by bylo možno použít v klinické praxi. Stávající metody neberou v úvahu individualitu jedince a jejich rozdílné potřeby. Pro kvalitu života ve stáří jsou důležité zejména tyto oblasti: zdravotní stav a funkční schopnost seniora, pocit užitečnosti/neužitečnosti pro druhé lidi, síť sociálních vztahů, míra vnímané sociální opory, finanční situace a kvalita bydlení. Starší generace se zaměřuje spíše na minulost, ve svých projevech jsou méně jistí, spoléhají více na náhody, mají

slabé sebevědomí, jsou sebekritičtí a jsou mnohem spokojenější se svou kvalitou života oproti mladší generaci, která je více nespokojená (Řehulková a kol., 2008, s. 16-20).

4.1 KVALITA ŽIVOTA A ZDRAVÍ

Pojem zdraví lze chápat jako dynamickou rovnováhu organismu člověka ve vztahu k endogenním a exogenním podmínkám, díky které dochází k jeho správnému fungování. WHO zdraví definuje jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, tedy nejen nepřítomnost nemoci. Zdraví je neodmyslitelnou a mnohdy nutnou podmínkou plnohodnotného života, která je často brána lidmi jako samozřejmost. Vnímání hranice mezi zdravím a nemocí je ovlivněno prolínáním biologických, psychologických a sociálních predispozic (Heřmanová, 2012, s. 63, 64; Gurková, 2011, s. 19, 20).

Nezbytnou součástí soudobé ošetrovatelské a lékařské péče jsou postupy, které nemají za cíl jen zachraňovat život a prodlužovat jeho délku, nýbrž i uvažovat o tom, jak kvalitní bude lékařsky přidaná doba života. S vyvíjející se moderní medicínou vznikají nové přístroje, nové operační techniky, nové farmaceutické možnosti, které dokáží zachránit spousty životů, které by v dobách minulých končily fatálně (Payne a kol., 2005, s. 205).

Kvalita života je ve zdravotnictví definována a vymezena pěti kategoriemi, kterými jsou:

1. schopnost člověka vést normální život
2. pocit štěstí a spokojenosti
3. schopnost dosáhnout vlastních cílů
4. vedení aktivního sociálního života
5. úroveň tělesné a mentální kapacity

Je zřejmé, že v medicíně se pojem kvalita života posunul do oblasti týkající se somatického a fyzického zdraví. Následně se tedy nejvíce užívá termínu health related quality of life, v překladu kvalita života související se zdravím (HRQL). Jedná se o subjektivní pocit pohody, který je sdružen s nemocí, léčbou či vedlejším působením. V praxi to znamená, že vedle sledování úspěchu léčby dle klinických markerů (např. krevní tlak, hodnoty krevního obrazu, tělesné tepoty atd.) je zapotřebí vnímat i objektivní a subjektivní údaje o psychickém a fyzickém stavu pacienta. Tedy zda pacient trpí bolestí, únavou, nesoběstačností, úzkostí, napětím či zda zvládá samostatně chůzi.

Aby bylo možné kvalitu života pacientů zlepšovat, je zapotřebí nejdříve kvalitu života přesně definovat a následně ji měřit. Diagnostika kvality života je tedy základem úspěšnosti ošetrovatelských intervencí založené na zlepšování kvality života pacientů (Gurková, 2011, s. 24-26).

4.2 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

Bylo zjištěno, že dřívější největší chybou při hodnocení kvality života bylo pozorování a hodnocení člověka z vnějšku, tedy jiným hodnotícím činitelem. Hodnocení kvality života je velmi složité a je velmi důležitá znalost lidí. Existují tři základní měřící techniky:

1. hodnocení pomocí externí metody, kdy kvalitu života hodnotí druhá osoba;
2. hodnocení pomocí subjektivní metody, při které jedinec hodnotí kvalitu svého vlastního života;
3. hodnocení pomocí metody smíšené, tedy spojením dvou výše zmíněných.

Externí metoda je využívána především zdravotním personálem, kdy dochází k hodnocení takzvaně z vyšší moci, z čehož vyplývá, že zhodnocená kvalita života nemusí být v souladu s pocitem pacienta. Jedna z metod, kdy pacient hodnotí sám sebe, se nazývá SEIQoL, tedy The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life. Jedná se o formu rozhovoru, kdy pacient hodnotí sám svůj život. Spousta studií prokázala, že kvalita života se velmi mění při změně vlivů životní situace, například nemoci (Vurm, 2009, s. 200). Slovenská studie, do které bylo zapojeno 128 pacientů, potvrzuje, že pokud člověk trpí nemocí, například výše zmiňovanou osteoporózou, dojde k výraznému snížení kvality života. Možnou příčinou je nejvíce pocíťovaný strach, protože duševní zdraví je jedním z hlavních elementů kvality života (Masaryková a kol., 2015, s. 75-78).

Další možnou metodou, jak lze měřit kvalitu života, je dotazník WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment) a také jeho zkrácená verze (WHOQOL-BREF) či verze pro vyšší věk nad 65 let (WHOQOL-OLD). Tyto dotazníky rozlišují soubory osob s různou úrovní zdravotních problémů a hodnotí fyzické zdraví, nezávislost, sociální vztahy, spiritualitu či prostředí (Heřmanová, 2012, s. 65; Dennerstein a Helmes, 2000, s. 727, 728).

HRQoL je metoda, jejíž subjektivní a kvantifikované měření vnímá zdraví člověka a také sféry životních funkcí fyzických, zdravotních, sociálních a emočních. Účelem měření kvality života není pouze zjistit přítomnost onemocnění, ale také prokázat manifestaci onemocnění a to, jak je léčba prožívána vlastním člověkem. Dalším ze způsobů hodnocení kvality života je metoda SF-36, která se skládá z 8 domén: fyzická funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, omezení sociálních funkcí, bolest, duševní zdraví, vitalita a vnímání vlastního zdraví.

V konceptu HRQoL se pacient jeví jako trojrozměrná bytost, tedy bio-psycho-sociální, což je holistický pohled nahlížení na pacienty. Je nutné říci, že hodnocení kvality života má i své odpůrce, kteří formulují množství problémů při hodnocení kvality života, například proces tvorby

dotazníků, které vycházejí ze subjektivních postojů tvůrců, a jejich validita je tedy problematická (Payne a kol., 2005, s. 212, 213; Gurková, 2011, s. 47-51).

5 KVALITA ŽIVOTA ŽEN V KLIMAKTERIU

Kvalita života žen po menopauze je téma stále aktuálnější, protože jak je dobře známo, populace v téměř všech zemích neustále stárne a výjimkou není ani ČR. Ženy tedy mohou žít v postmenopauze dlouhou životní etapu 30-40 let a otázkou je, jak kvalitní život ženy v tomto období budou prožívat (Moravcová a Mareš, 2011, s. 435).

Existuje celá řada studií, které se touto problematikou zabývají. Ne vždy se však jejich výsledky shodují. Například byla prováděna studie v roce 2012, které se zúčastnilo 500 žen ve věku 40-65 let, tedy v období přechodu, časném i pozdním postmenopauzálním období. Výsledky studie jasně prokazují zhoršení kvality života žen po menopauze s nejčastějšími příznaky bolesti zad, kloubů a svalů. Nejméně často ženy udávaly růst ochlupení a vousů a pocit suchosti pochvy při pohlavním styku. Ženy v přechodu nejčastěji udávaly vasomotorické potíže, oproti tomu ženy v pozdním postmenopauzálním období udávaly nejčastěji fyzické potíže (Poomalar a Arounassalame, 2013, s. 135-139). Existuje však studie, do které bylo zapojeno 171 žen, a její výsledky neprokazují velké rozdíly ve kvalitě života žen v premenopauze a postmenopauze. Porovnávána byla kvalita v oblasti fyzické, psychologické, vliv prostředí a sociálních vztahů (Ozkan, 2005, s. 1797). Z toho plyne, že výsledky všech studií se neshodují, což může být způsobeno například vlivem podnebí, stylem života, sociokulturními důvody a dalšími.

Kvalita života žen v přechodovém věku ovlivňuje a utváří celá řada činitelů, významnou roli hrají především vzdělání, prožití volného času, postavení ve společnosti, rodinná situace, fyzická aktivita, zdravotní stav, manželství a socioekonomická situace. U žen ve věku kolem 50 až 60 let dochází k mnohým událostem, které mohou způsobit změnu postoje žen vůči společnosti a změn vůči sobě samé. Starší člověk postupem času začne hledat jistoty ve stereotypech, které dobře zná, a přestává zkoušet nové věci, ve kterých cítí nejistotu. Starší lidé se stávají více introvertními, což způsobuje postupnou změnu vůči ostatním lidem. Může více docházet k uzavírání člověka sama do sebe a k rodině, k přerušování navazování nových vztahů a odcizení se od světa. Někteří stárnoucí lidé se také velmi obtížně vyrovnávají s tím, že už nejsou schopni takových fyzických výkonů a vytrvalosti jako dříve a že po zdravotní stránce nastávají různé komplikace (Vágnerová, 2007, s. 233-245).

Kvalitu života žen může ovlivňovat též situace a životní okolnosti, do kterých se člověk může dostat právě v tomto věku. Jsou to především odchod dětí z domova, narození nové generace, a tedy nová životní role prarodiče, úmrtí blízkých lidí, především životního partnera, či odchod ze zaměstnání. Renzetti a Curran (2003) uvádějí, že úmrtí manžela je pro většinu žen tím

nejtraumatičtějším zážitkem v životě vůbec. Do této situace se dle statistik ženy dostávají častěji než muži a s pocitem osamělosti se také dokáží vyrovnat lépe a snáz než muži. Častokrát se ale bohužel dostanou do velmi komplikované finanční situace.

Na příchod menopauzy a stárnutí může žena reagovat různými způsoby. Pokud jde o ženu, která má dobré zázemí v rodině, práci, manželství a partner ženu podporuje, toto období zvládne **adekvátně**. Pokud žena celý život těžce fyzicky pracovala, je méně informována, může reagovat na změny **pasivně** a adaptovat se dobře. Existuje také reakce **neurotická**, a to převážně u žen, které přeceňují fyzické parametry, ženskost a svou vizáž. V neposlední řadě může nastat **aktivní** přístup, který převažuje u žen ve vysokém společenském postavení, které zvýšenou aktivitou mohou potlačit klinické příznaky stárnutí (Vrublová, 2005, s. 10).

5.1 METODY HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN V KLIMAKTERIU

V klimakterické medicíně se využívají takové hodnotící systémy, které jsou schopné vyhodnotit klimakterické obtíže vzniklé hypoestrogenním stavem, účinnost zvolené léčby a hodnotí i kvalitu života jednotlivých žen, jejich chování, poznávání, emoce a tělesné funkce.

Po rozsáhlých studiích vznikl seznam možných nástrojů pro vhodné měření HRQL žen po menopauze:

1. Greene climacteric Scale
2. Women's Health Questionnaire (WHQ)
3. Qualifemme
4. Menopause-Specific QOL Questionnaire (MEN QOL)
5. Menopausal Symptoms List (MSL)
6. Menopause Rating Scale (MRS)
7. Menopausal Quality of Life Scale (MQOL)
8. Utian Quality of Life Scale (UQOL) (Zöllner a kol., 2005, s. 310-315).

Mezi výše zmíněnými jsou metody screeningové a jednoduše použitelné v praxi, ale i složité, které nejsou v běžné praxi téměř použitelné. Nejčastěji zkoumá jedna metoda 25 položek se zaměřením na průměrně 4 až 5 domén. Nejčastější oblast zájmu je somatická (56 %), druhá oblast zájmu je psychologická (31 %) a aspekty sociální a obecné se sledují zřídka. Dotazníky by měly splňovat určitá kritéria. Především by měly být složeny z několika podskupin, z nichž každá měří odlišný aspekt klimakterické symptomatologie, a také musí být standardizované prostřednictvím žen v období klimakteria (Moravcová a Mareš, 2011, s. 438, 439; Hermann a Schneider, 2002, s. 389, 399).

Dříve byl také využíván tzv. Kuppermanův index, díky kterému lze vyhodnotit závažnosti příznaků a efektivitu léčby. Dotazník obsahuje 10 příznaků estrogenního deficitu, které se následně dělí na obtíže žádné, lehké, střední či silné. Kritici jako velkou nevýhodu uvádí fakt, že dotazník vyplňuje lékař místo samotné pacientky, a také, že spoustu důležitých příznaků estrogenního deficitu chybí, např. suchost vaginy, pokles libida či dysurie. Výsledkem Kuppermanova indexu jsou tři stupně závažnosti. 1. stupeň je v bodovém rozmezí 15-20 a označuje lehké symptomy, 2. stupeň je mezi 20-35 body a symptomy se označují jako střední a poslední 3. stupeň je při 35 bodech a více a jedná se o stupeň těžký (Lamková, 2015, s. 42-46; Heinemann a kol., 2003, s. 1, 2).

Ve výzkumné části diplomové práce byl využit k hodnocení kvality života žen v klimakteriu dotazník Menopause Rating Scale. Použita byla jeho standardizovaná česká verze v tištěné podobě.

5.2 MENOPAUSE RATING SCALE

Menopause Rating Scale (MRS) (viz příloha B) byl vytvořen v roce 1992 a je považován za vylepšenou formu Kuppermanova indexu. Otázky byly vybrány na základě klinického šetření a přezkoumané německou asociací pro gynekologii a porodnictví. V roce 1996 byl dotazník MRS formálně standardizován dle nejnovějších psychometrických kritérií a znova upraven v roce 2006. Konečná verze dotazníku tedy obsahuje 11 položek, které musí být respondentkami zodpovězeny. Respondentka volí jednu z 5 možností závažnosti. Výsledkem je tedy dotazník, kterým je možno hodnotit příznaky a obtíže žen spojené s menopauzou, hodnotit změny v čase, mezi různými skupinami žen a v neposlední řadě je také možno hodnotit symptomy před a po léčbě. MRS lze aplikovat na ženy bez ohledu na věk, ačkoliv jsou preferovány ženy v období klimakteria. Bylo prokázáno, že etnická příslušnost, sociální třída a zdravotní stav nijak neomezuje jeho aplikaci (Moravcová a kol., 2014, s. e95; Heinemann a kol., 2004, s. 46, 47).

Původní verzi MRS vyplňoval ošetřující lékař, nicméně bylo objasněno, že je vhodnější, aby dotazník vyplnila žena a zhodnotila tak sama sebe. Žena každou jednotlivou položku zhodnotí závažností od 0, tedy žádné obtíže, až po číslo 4, tedy nesnesitelné obtíže. Výsledné skóre je dáno součtem všech dílčích bodů v jednotlivých doménách (Heinemann, 2007, s. 1, 2).

MRS byl nejdříve přeložen do angličtiny a v dnešní době již existují také verze brazilské, francouzské, německé, indonéské, italské, argentinské, španělské, švédské, turecké, české a další. Jak již tedy bylo zmíněno, byla vytvořena i česká verze dotazníku MRS, která vznikla překladem verze anglické. Obsahuje také 11 položek, které jsou rozděleny na tři domény, a to somato-

vegetativní (4 položky dotazníku), psychologické (4 položky dotazníku) a urogenitální (3 položky dotazníku). Každá žena vyplňuje dotazník sama a každou otázku hodnotí stupnicí od 0 až do 4, tedy na potíže žádné, mírné, střední, výrazné nebo nesnesitelné. Dotazník je sestaven tak, že by žena měla hodnotit svoje příznaky v „poslední době“ čili ne takové, které prožívala v dávné minulosti. Česká verze dotazníku byla upravena tak, že bylo konkretizováno hodnocené období na 1 poslední měsíc (Moravcová, 2014, s. 37, 38).

Dotazník se vyhodnocuje poměrně jednoduše, a to sečtením jednotlivých bodů v konkrétních doménách, celkové skóre se následně spočítá sečtením výsledků těchto domén. Čím vyšší celkové skóre ženě vyjde, tím vyšší je intenzita obtíží. Bodové rozmezí, v jakém se žena může pohybovat, je od 0 do 44 bodů (Moravcová, 2014, s. 37, 38).

V ČR se doposud bohužel žádný z možných dotazníků v klinické praxi plošně nevyužívá. Bylo prokázáno, že dotazník MRS je přijatelný jak ze strany respondentek, tak ze strany zdravotnického personálu. V současné době se pracuje na začlenění dotazníku MRS do klinické praxe klimakterické medicíny (Moravcová a kol., 2014, s. e97-e100).

6 SHRNU TÍ

Menopauza je fyziologický a přirozený proces, kterým si musí projít každá žena. Období klimakteria s sebou přináší nejen biologické změny, ale také změny v oblasti sociálního a kulturního života. Pokles hladiny hormonů může způsobovat celou řadu symptomů spojených s estrogením deficitem, které se u ženy mohou, ale také nemusí projevit. Péče o ženu v klimakteriu by měla být komplexní a zahrnovat i péči o psychiku, sledování změn v chování, kognitivních a emocionálních funkcích. Porodní asistentka by měla ženy dostatečně edukovat, protože vždy je lepší věnovat čas prevenci a problémům předcházet než řešit klinické příznaky v akutním stádiu. Pokud žena již pociťuje diskomfort a potíže spojené s klimakteriem, je nutné zahájit adekvátní léčbu včas (Kolařík a kol., 2008, s. 1032; Moravcová, 2011, s. 6, 7).

Následuje průzkumná část diplomové práce, která obsahuje metodiku výzkumu, výzkumný vzorek, použitý výzkumný nástroj a především prezentaci výsledků. Smyslem výzkumného šetření bylo zjistit, jakým způsobem je ovlivněna kvalita žen respondentek, jaké symptomy se vyskytují v největší, ale i v nejmenší intenzitě a jak se mění kvalita života v průběhu léčby HRT. K výzkumu byl použit dotazník Menopause Rating Scale. Respondentkám byla předkládána standardizovaná česká tištěná verze dotazníku MRS.

PRŮZKUMNÁ ČÁST

7 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě stanovených cílů výzkumu a studia odborné literatury, odborných článků a periodik byly stanoveny v diplomové práci na téma „Změny kvality života žen v období ovlivněném menopauzou“ tyto výzkumné otázky:

Průzkumná otázka č. 1: Jak ovlivňují jednotlivé symptomy estrogenního deficitu kvalitu života žen po menopauze u daného vzorku respondentek?

Průzkumná otázka č. 2: Který ze symptomů hypoestrogenního stavu pociťují respondentky v největší intenzitě a naopak, který ze symptomů je nejméně problematický?

Průzkumná otázka č. 3: Která ze tří stanovených domén je respondentkami hodnocena jako nejproblematictější?

Průzkumná otázka č. 4: Jak je ovlivněná kvalita života respondentek v časovém období před zahájením HRT, 1 a 3 měsíce po léčbě?

8 METODIKA PRŮZKUMU A PRŮZKUMNÝ VZOREK

V průzkumné části diplomové práce byla nejdříve zvolena metoda sběru dat, následně byla stanovena kritéria pro zařazení respondentek do průzkumného sběru dat. V neposlední řadě bylo určeno časové období pro průzkumné šetření a místo, kde bude sběr dat probíhat.

8.1 PRŮBĚH PRŮZKUMU

Průzkumné šetření diplomové práce probíhalo v období od srpna roku 2018 do ledna roku 2019. Byl proveden kvantitativní průzkum pomocí papírové formy standardizované české verze dotazníku Menopause Rating Scale (viz kapitola č. 5). Zmíněný dotazník ženy vyplňovaly na gynekologickém lůžkovém oddělení v nemocnici Olomouckého kraje v průběhu hospitalizace a také v gynekologických ambulancích (3 ambulance spadající pod jednu nemocnici) téhož kraje při čekání na gynekologickou prohlídku. V týchž ambulancích byl vybrán malý vzorek respondentek, které mají tak výrazné klinické projevy estrogenního deficitu, že je bude čekat lékařem zvolená léčba. Tyto předem určené ženy vyplnily dotazník MRS opakovaně před léčbou, jeden měsíc po léčbě a následně 3 měsíce po léčbě. Všechny ženy byly před vyplněním dotazníku informovány, že průzkumné šetření je zcela dobrovolné a anonymní. Pro zařazení do průzkumu ženy musely splňovat několik kritérií, a to především věkovou hranici od 45 do 60 let a byl u nich přítomen některý z akutních symptomů estrogenního deficitu. Před vyplněním samotného dotazníku každá žena obdržela informační list (viz příloha A), v němž byla obeznámena s cílem průzkumu a se skutečností, že výsledky budou publikovány v diplomové práci. V závěru informačního listu se také každá respondentka dozvěděla, že vyplněním MRS dotazníku (viz příloha B) podává písemný informovaný souhlas se zařazením do průzkumu.

8.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Do průzkumného souboru byly vybrány ženy ve věkovém rozmezí 45-60 let, u kterých byla dodržena stanovená a výše popsaná kritéria. Celkem bylo rozdáno 170 dotazníků, z čehož bylo do průzkumu zapojeno 162 respondentek, protože 8 dotazníků bylo vyplněno neúplně a z toho důvodu byly z průzkumu vyřazeny. Do druhé části průzkumu bylo vybráno 20 respondentek, které vyplňovaly stejný MRS dotazník v průběhu času, a to před léčbou, 1 a 3 měsíce po léčbě. 2 respondentky nevyplnily dotazník úplně, proto byly z průzkumu vyřazeny a z toho důvodu tvoří druhou část průzkumu 18 respondentek.

Jak již bylo zmíněno, dotazník byl anonymní, respondentky udávaly pouze svoje iniciály (9 respondentek své iniciály neuvědlo). V úvodu ženy dále zakroužkovaly svoje nejvyšší ukončené vzdělání, věk a zda jsou v HRT léčbě, či nikoliv.

Tabulka 1 Věk respondentek

Věk respondentek	n_i	f_i (%)
45-50 let	52	32
51-55 let	69	43
56-60 let	41	25
Celkem	162	100
Průměrný věk	54	

Z tabulky 1 vyplývá, že respondentky se nejčastěji pohybovaly ve věkovém rozmezí 51-55 let, bylo jich přesně 69, což činí 43 % souboru. Nejméně žen zapojených do průzkumu bylo ve věku od 56 do 60 let, tuto skupinu tvořilo 41 žen, tedy 25 %. Průměrný věk respondentek byl 54 let.

Dále respondentky vyplňovaly svoje dosažené vzdělání, měly na výběr z možností: základní, střední bez maturity, úplné střední, vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání. Nejčastěji měly ženy ukončené úplné střední vzdělání, tedy střední školu s maturitou, tuto skupinu tvořilo 40 % respondentek (65 žen), následovalo střední vzdělání bez maturity v počtu 39 žen a tedy 24 %, ženy vysokoškolačky představovaly 18 % (29 žen), ženy s vyšším odborným vzděláním tvořily 10 % (16 žen) a žen se základním vzděláním bylo 13, tedy 8 % (viz tabulka 2).

Tabulka 2 Vzdělání respondentek

Vzdělání respondentek	n_i	f_i (%)
Základní	13	8
Střední bez maturity	39	24
Úplné střední	65	40
Vyšší odborné	16	10
Vysokoškolské	29	18
Celkem	162	100

Jak již bylo výše zmíněno, respondentky také odpovídaly na otázku, zda se léčí hormonální substituční terapií a jak dlouho (na výběr měly jednoměsíční, tříměsíční a dvanáctiměsíční dobu trvání léčby), nebo zda jsou bez léčby. Tyto stanovené časové intervaly vychází ze standardizované verze dotazníku Menopause Rating Scale. Z tabulky 3 vyplývá, že naprostá většina respondentek byla bez léčby a před léčbou (85 % žen), tedy bez užívání HRT léčby. Zbýlých 15 % respondentek užívalo HRT léčbu. 9 % respondentek, tedy 14 žen odpovědělo, že jsou 12 měsíců po léčbě, 4 % žen (7 respondentek) jsou tři měsíce po léčbě, žen po 1 měsíci léčby

byla 2 %, tedy 3 respondentky. Z uvedených čísel jasně vyplývá, že naprostá většina respondentek se v době vyplňování dotazníku neléčila hormonální substituční terapií a pouze 24 respondentek, tedy pouze 14,8 %, z celkového počtu 162 bylo léčeno hormonální terapií při vyplňování dotazníku.

Tabulka 3 Léčba respondentek

Hormonální substituční terapie	n_i	f_i (%)
Bez léčby	51	31
Před léčbou	87	54
1 měsíc po léčbě	3	2
3 měsíce po léčbě	7	4
12 měsíců po léčbě	14	9
Celkem	162	100

8.3 PRŮZKUMNÝ NÁSTROJ

K vypracování průzkumné části diplomové práce byla použita česká verze standardizovaného dotazníku Menopause Rating Scale (příloha č. 3). Respondentky vyplňovaly dotazníky v papírové formě. V úvodu dotazníku byly ženy papírovou formou edukovány, že by měly hodnotit svoje obtíže za poslední měsíc a u každého symptomu zakroužkovat intenzitu obtíží, a to číslem od 0 do 4. Dále byly respondentky informovány o tom, co jednotlivá čísla znamenají, tedy že 0 znamená žádné obtíže, 1 mírné, 2 střední, 3 výrazné a 4 nesnesitelné obtíže. V neposlední řadě byly respondentky také obeznámeny s tím, že je nutné vyplnit všechny otázky a nelze jakoukoliv z nich vynechat. Jednotlivé symptomy jsou od sebe barevně oddělené, aby nedošlo k jejich záměně a dotazník tak byl pro respondentky přehlednější. MRS dotazník se skládá z 11 symptomů estrogenního deficitu, které jsou rozděleny do 3 domén. První doména se nazývá somato-vegetativní a zahrnuje následující symptomy: *návaly horka* (pocení, občasně pocení), *srdeční obtíže* (bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně), *poruchy spánku* (poruchy s usínáním, předčasné probouzení, potíže s trváním spánku), *bolesti svalů a kloubů* (revmatické obtíže). Druhá doména je urogenitální, která je tvořena třemi symptomy, a to: *močové obtíže* (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení), *sexuální obtíže* (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení) a *suchost pochvy* (pocity suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku). Třetí a poslední doménu tvoří psychologické symptomy estrogenního deficitu, mezi které patří: *depresivní nálady* (pocity smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad), *předrážděnost* (nervozita, vnitřní tíseň, pocity agresivity), *úzkost* (vnitřní roztěkanost, pocity paniky) a *vyčerpání* (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapominání).

Hodnocení dotazníku se provádí pomocí tabulky, do které se vypíše čísla, která respondentka zvolila. Poté se sečtou body jednotlivých domén a konečný skór je následně vypočítán součtem hodnot všech tří domén. Minimum možných bodů je 0, což je žena bez klinických obtíží a projevů menopauzy, a naopak maximum možných bodů je 44, což jsou ženy, které udávají nesnesitelné obtíže u všech symptomů. Z toho vyplývá, že čím více bodů respondentka získá, tím více je ovlivněna kvalita jejího života (viz tabulka 4).

Tabulka 4 Přehled domén MRS

Doména	Symptomy, číslo položky
Somato-vegetativní 0 - 16 bodů	1) Návaly horka, pocení
	2) Srdeční obtíže
	3) Poruchy spánku
Psychologická 0 - 16 bodů	4) Depresivní nálady
	5) Předrážděnost
	6) Úzkost
	7) Vyčerpání
Urogenitální 0 - 12 bodů	8) Sexuální obtíže
	9) Močové obtíže
	10) Suchost pochvy
	11) Bolesti svalů a kloubů
Celkový skór 0-44 bodů	
0-žádné 1-mírné 2-střední 3-výrazné 4-nesnesitelné	

8.4 ANALÝZA DAT

Ke zpracování výsledků z průzkumového šetření a k tvorbě přehledných tabulek a grafů byly použity počítačové programy Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007. K získání podrobnější popisné statistiky byl vybrán program zvaný STATISTICA ©. V diplomové práci jsou použity statistické veličiny jako jsou absolutní četnost – n_i , relativní četnost – f_i (%), průměr, medián, modus, četnost modu, minimum, maximum, suma, rozptyl a směrodatná odchylka.

9 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V prezentaci výsledků je uvedeno vyhodnocení četností u každého jednotlivého symptomu zvlášť, tedy ke všem 11 symptomům tištěné verze českého standardizovaného dotazníku MRS. Následují souhrnná, statisticky zpracovaná data v tabulce výsledků opět u všech 11 symptomů estrogenního deficitu. Druhou částí prezentace výsledků je vyhodnocení symptomů estrogenního deficitu v průběhu času u vybraného malého vzorku 18 respondentek. V neposlední řadě této části práce je provedeno vyhodnocení třech domén a vyhodnocení celkového skóru u sledovaných respondentek a následné vyhodnocení jejich kvality života.

9.1 SYMPTOMY PRS DOTAZNÍKU

Každá položka (symptom) dotazníku je vyhodnocena jednotlivě. U každého symptomu je nejčastěji udávána intenzita obtíží zvýrazněná tučným písmem.

Otázka č. 1: Návaly horka, pocení

V první otázce dotazníku MRS respondentky udávaly, jakou míru obtíží pocítují v souvislosti s návaly horka a občasným pocením.

Tabulka 5 Návaly horka, pocení

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	51	31,48
1 – mírné	62	38,27
2 – střední	27	16,67
3 – výrazné	16	9,88
4 – nesnesitelné	6	3,70
Celkem	162	100

Z celkového počtu 162 respondentek nejvíce žen uvedlo, že má mírnou intenzitu obtíží u symptomu *návaly horka a pocení*, přesně 62 respondentek, tedy 38,27 %. Pouze o 11 respondentek méně odpovědělo, že nemá žádné obtíže v souvislosti s tímto symptomem, tedy 51 žen (31,48 %). Z toho vyplývá, že převážná většina (69,75 %) respondentek trpí jen mírnými nebo žádnými obtížemi. 27 respondentek (16,67 %) vyplnilo střední obtíže symptomu, následovaly výrazné obtíže, které uvedlo 16 (9,88 %) respondentek a nejmenší počet žen 3,70 % (6 žen) odpověděl, že má nesnesitelné obtíže s *návaly horka a pocením* (Tabulka 5).

Otázka č. 2: Srdeční obtíže

Druhá položka dotazníku MRS zjišťuje, do jaké míry pociťují respondentky srdeční potíže, především bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep a pocit tísně.

Tabulka 6 Srdeční obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	54	33,33
1 – mírné	58	35,80
2 – střední	38	23,46
3 – výrazné	10	6,17
4 – nesnesitelné	2	1,23
Celkem	162	100

Z celkového počtu 162 respondentek (100 %) jich nejvíce vyplnilo 58 (35,80 %), že pociťují mírnou intenzitu srdečních obtíží, a pouze o 4 respondentky méně, tedy 54 (33,33 %) udaly, že tyto obtíže nepociťují v žádné intenzitě. Což znamená, že více jak polovina respondentek tyto obtíže nepociťují vůbec nebo jen v mírné intenzitě. Se středními obtížemi se potýká 38 žen (23,46 %), výrazné potíže má 10 žen čili 6,17 % a ze 100 % respondentek pouze 1,23 % (2 ženy) trpí nesnesitelnými *srdečními obtížemi*. Z výzkumu je tedy patrné, že převážná většina respondentek označila intenzitu srdečních obtíží nejčastěji číslem 0-2 a to v celých 92, 59 %.

Otázka č. 3: Poruchy spánku

V otázce číslo tři se respondentky vyjadřovaly k intenzitě obtíží spojených s poruchou spánku, kam také patří potíže s usínáním, předčasné probouzení a potíže s trváním spánku.

Tabulka 7 Poruchy spánku

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	37	22,84
1 - mírné	41	25,31
2 - střední	52	32,10
3 - výrazné	21	12,96
4 - nesnesitelné	11	6,79
Celkem	162	100

U tohoto symptomu hypoestrogenního stavu byly odpovědi žen na intenzitu obtíží velmi podobné a rozdíly ve výsledcích jsou jen nepatrné. Z celkového počtu respondentek uvedla většina žen v počtu 52 (32,10 %) intenzitu pocíťovaných obtíží jako střední. Následovala skupina 41 žen (25,31 %), které odpověděly, že mají mírné obtíže s *poruchou spánku*, a pouze o 4 respondentky méně, tedy 37 žen (22,84 %) se shodlo na tom, že nemají žádné obtíže se spánkem. Z toho vyplývá, že 19,75 % žen (32) pocíťuje svoje obtíže se spánkem jako výrazné až nesnesitelné, z nich 21 žen (12,96 %) má potíže výrazné a 11 (6,79 %) v největší možné intenzitě (tabulka 7).

Otázka č. 4: Depresivní nálady

Čtvrtou položkou dotazníku MRS, u které respondentky hodnotily intenzitu obtíží, byly depresivní nálady. Prostřednictvím této otázky bylo hodnoceno, zda ženy v období menopauzy pocítují smutek, plačtivost, nedostatek energie a proměnlivost nálad.

Tabulka 8 Depresivní nálady

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	58	35,80
1 - mírné	46	28,40
2 - střední	33	20,37
3 - výrazné	19	11,73
4 - nesnesitelné	6	3,70
Celkem	162	100

Depresivní nálada byla přítomna u 104 respondentek ze 162 (64,2 %) žen. To znamená, že se symptomem depresivních nálad se nepotýká 58 respondentek, tedy 35,8 %, což byla také nejčastější odpověď této položky. Druhou nejčastější odpovědí respondentek byla mírná intenzita obtíží, kterou zvolilo 46 žen (28,40 %). Tyto dvě položky opět tvořily většinu odpovědí všech respondentek, přesně 64,20 %. Na třetím místě v četnosti potíží byla udávána střední intenzita, zvolilo ji 20,37 % respondentek (33). Další skupina v počtu 19 respondentek (11,73 %) udává obtíže výrazné intenzity a na posledním místě opět zůstávají nesnesitelné obtíže symptomu depresivních nálad, stejně jako u předchozích položek. Tuto odpověď zvolilo 6 žen, tedy 3,70 % (tabulka 8).

Otázka č. 5: Předrážděnost

Pátá otázka dotazníku Menopause Rating Scale se zaměřuje na obtíže spojené se symptomem předrážděností a s tím spojenou nervozitou, vnitřní tísní a pocity agresivity. Respondentky opět hodnotily míru intenzity, v jaké symptomy pociťují.

Tabulka 9 Předrážděnost

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	78	48,15
1 - mírné	51	31,48
2 - střední	21	12,96
3 - výrazné	11	6,79
4 - nesnesitelné	1	0,62
Celkem	162	100

Téměř polovina (48,15 %) ze všech respondentek (162) ohodnotila své potíže s *předrážděností* číslem 0, což znamená, že s tímto symptomem nemají žádné obtíže. Tuto odpověď tedy uvedlo 78 respondentek. U druhé poloviny žen se obtíže spojené s *předrážděností* vyskytují, avšak v různých intenzitách. Mírné obtíže s předrážděností zvolilo 51 žen (31,48 %). Následuje skupina žen, která zvolila střední intenzitu obtíží, a to přesně 21 respondentek, tedy 12,96 %. Pouze 11 respondentek (6,79 %) trpí výraznými obtížemi spojenými s *předrážděním* a pouze jedna respondentka (0,62 %) uvedla nesnesitelné obtíže. Převážná většina respondentek hodnotila tuto položku čísly 0 a 1, což je velmi pozitivní zjištění (tabulka 9).

Otázka č. 6: Úzkost

Šestá otázka dotazníku MRS se zaměřuje na oblast pocitu úzkosti, vnitřní roztěkanosti a paniky. Ženy opět volily míru intenzity od žádných obtíží až po nesnesitelné pocity úzkosti.

Tabulka 10 Úzkost

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	67	41,36
1 - mírné	65	40,12
2 - střední	19	11,73
3 - výrazné	7	4,32
4 - nesnesitelné	4	2,47
Celkem	162	100

Z celkového počtu respondentek (162) naprostá většina (81,48 %) odpověděla, že nemá obtíže žádné nebo jen v mírné intenzitě. Počet respondentek je téměř shodný, žádné potíže nemá 67 žen (41,36 %) a mírné jen o dvě ženy méně 65 (40,12 %). Pouze zbylých 18,52 %, tedy necelá čtvrtina respondentek, pociťuje *úzkost* ve znatelné míře od středních až nesnesitelných obtíží. Střední intenzitu *úzkosti* udává 19 žen (11,73 %), výrazné pocity 7 respondentek (4,32 %) a nesnesitelné obtíže udávají 2,47 % respondentek (4 ženy) (tabulka 10).

Otázka č. 7: Vyčerpání

Sedmá položka dotazníku MRS zjišťuje, jakou intenzitu obtíží pocítují respondentky u symptomu, jakou jsou vyčerpání, pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace a zapomínání.

Tabulka 11 Vyčerpání

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	34	20,99
1 - mírné	58	35,80
2 - střední	43	26,54
3 - výrazné	23	14,20
4 - nesnesitelné	4	2,47
Celkem	162	100

Z celkového počtu respondentek (162) byla jako nejčastější odpověď uvedena mírná intenzita obtíží *vyčerpání* s celkovým počtem 58 respondentek (35,80 %), což je více než jedna třetina respondentek. Druhou nejčastější odpovědí bylo číslo 2, tedy střední intenzita obtíží, zvolilo ji 43 žen (26,54 %). Následovala odpověď s číslem 0, čili žádný pocit *vyčerpání* s počtem 34 žen (20,99 %). Výrazné vyčerpání pocítuje 23 respondentek (14,20 %) a 4 ženy (2,47 %) odpověděly, že mají nesnesitelný pocit *vyčerpání*. Z výsledků tedy vyplývá, že symptom „*vyčerpání*“ respondentky hodnotily na stupnici intenzity obtíží nejčastěji číslem 1, 0 a 2. Dohromady tyto odpovědi tvořily 83,33 % (tabulka 11).

Otázka č. 8: Sexuální obtíže

Otázka číslo osm dotazníku Menopause Rating scale se zaměřuje na oblast sexuálního života žen v období spojeném s klimakteriem. Ženy mohou pociťovat odlišnosti v sexuální chuti, aktivitě a uspokojení. Taktéž byla zkoumána intenzita obtíží.

Tabulka 12 Sexuální obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	45	27,78
1 - mírné	67	41,36
2 - střední	34	20,99
3 - výrazné	13	8,02
4 - nesnesitelné	3	1,85
Celkem	162	100

Ze 100 % respondentek (162) byla nejčastější odpovědí na otázku *sexuálních obtíží* zvolena mírná intenzita s počtem 67 respondentek (41,36 %). Skupina 45 respondentek (27,78 %) tvořila v pořadí druhou nejčastější odpověď, což znamená, že tato skupina respondentek nemá žádné obtíže s tímto symptomem hypoestrogenního stavu. Střední intenzitu obtíží udává 34 žen (20,99 %), tedy o 11 žen méně než v předchozí odpovědi. Výraznými obtížemi trpí 13 žen (8,02 %) z vybraného vzorku a pouze 3 respondentky (1,85 %) odpověděly, že pociťují nesnesitelné *sexuální obtíže*. Z výzkumu vyplývá, že nejčastěji zvolené byly opět první tři stupně intenzity, a to v pořadí 1, 0, 2 a dohromady tvořily 90,13 % (tabulka 12).

Jak již bylo zmíněno, z průzkumného šetření bylo 8 respondentek vyřazeno, a to pro neúplnost odpovědí. Všechny tyto ženy nevyplnily právě otázku zaměřenou na sexuální život. Z toho by mohlo vyplývat, že právě tato otázka je ženám nejméně příjemná.

Otázka č. 9: Močové obtíže

V této otázce se respondenty zaměřily na hodnocení obtíží, týkajících se močení, močové inkontinence a častého močení. Tyto obtíže spadají rovněž k symptomům estrogenního deficitu v období klimakteria.

Tabulka 13 Močové obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	90	55,56
1 - mírné	47	29,01
2 - střední	15	9,26
3 - výrazné	8	4,94
4 - nesnesitelné	2	1,23
Celkem	162	100

Z celkového souboru 162 respondentek (100 %) naprostá většina 55,56 % (90 žen) zvolila, že nemá žádné potíže v této oblasti. Tato skupina respondentek tvořila více než polovinu odpovědí, přesně 55,56 %. Následovala skupina 47 respondentek s odpovědí, že pocítují mírné *močové obtíže*, tato odpověď tvoří 29,01 %. Na třetím místě v četnosti byla střední intenzita *močových obtíží*, zvolilo ji 15 žen (9,26 %). Pouze 10 žen (6,19 %) pocítuje výrazné až nesnesitelné obtíže v oblasti spojené s močením. 8 z nich (4,94 %) má obtíže výrazně a pouze 2 respondentky (1,23 %) trápí tento symptom nesnesitelně. Z tabulky 13 vyplývá, že 84,56 % nepocítuje žádné či jen mírné obtíže spojené s močením, což je velmi pozitivní zjištění.

Otázka č. 10: Suchost pochvy

V této otázce respondentky hodnotily symptomy, které souvisí se suchostí a pálením v pochvě a s tím spojenými obtížemi při pohlavním styku v období klimakteria. Hodnotící škála intenzity je od žádných až po nesnesitelné obtíže.

Tabulka 14 Suchost pochvy

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	83	51,23
1 - mírné	29	17,90
2 - střední	31	19,14
3 - výrazné	19	11,73
4 - nesnesitelné	0	0,00
Celkem	162	100

Nejvíce respondentek v počtu 83 z celkových 162 žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že nemá žádné pocity *suchosti pochvy*, tato odpověď se tedy stala nejčastější (51,23 %). Stejně jako v předchozí otázce i v této uvedla nulovou intenzitu obtíží více než polovina respondentek. Následovala skupina 31 respondentek (19,14 %), které uvedly, že pociťují střední obtíže zmíněného symptomu. Rozdíl v počtu odpovědí u dvou výše zmíněných nejčastějších odpovědí je markantní, a to o 52 žen (32,09 %). Počet respondentek, které odpověděly, že mají jen mírné obtíže, byl pouze o 2 ženy nižší, tedy 29 (17,90 %), tudíž téměř srovnatelný počet. Následovalo 19 respondentek, které uvedly výrazné potíže v oblasti *suchosti pochvy* (11,73 %). Pocit nesnesitelné *suchosti pochvy* ne zvolila ani jedna respondentka, což je první a jediná položka výzkumu, u které nebyla nejvyšší intenzita zvolena (tabulka 14).

Otázka č. 11: Bolesti svalů a kloubů

V poslední otázce dotazníku MRS se ženy zaměřovaly na pocity intenzity bolesti svalů, kloubů a revmatické potíže. I tento symptom je neodmyslitelně spjat s obdobím klimakteria a může vyústit až v osteoporózu.

Tabulka 15 Bolesti svalů a kloubů

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 - žádné	51	31,48
1 - mírné	42	25,93
2 - střední	38	23,46
3 - výrazné	22	13,58
4 - nesnesitelné	9	5,56
Celkem	162	100

Ze získaných dat vyplývá, že počet respondentek je velmi podobný v intenzitě od 0 do 2. Nejčastěji byla ženami označena odpověď s číslem 0, tedy že nemají žádné potíže v oblasti *bolesti svalů a kloubů*, tuto intenzitu zvolilo 51 žen (31,48 %). Jen o 9 žen méně (42), tedy 25,93 % odpovědělo, že pociťují mírné obtíže. Celkem 38 respondentek (23,46 %) vnímá *bolesti kloubů a svalů* ve střední intenzitě, což je opět velmi podobný počet jako u předchozí odpovědi, jen o 4 respondentky méně. Výrazné obtíže tohoto symptomu pociťuje 22 respondentek (13,58 %) a nejmenší počet respondentek byl zaznamenán u odpovědi s nesnesitelnou intenzitou, přesně 9 respondentek (5,56 %).

9.2 PŘEHLED JEDNOTLIVÝCH SYMPTOMŮ

Za pomoci programu STATISTICA byly vytvořeny podrobnější tabulky popisné statistiky s následujícími údaji: průměr, medián, modus, četnost modu, minimum, maximum a směrodatná odchylka (tabulka č. 16).

Tabulka 16 Symptomy MRS (popisná statistika)

Symptomy	Popisné statistiky							
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min.	Max.	Sm.odch.
Návaly horka	162	1,16	1	1	62	0	4	1,09
Srdeční obtíže	162	1,06	1	1	58	0	4	0,96
Poruchy spánku	162	1,56	2	2	52	0	4	1,17
Depresivní nálady	162	1,19	1	1	58	0	4	1,15
Předrážděnost	162	0,80	1	0	78	0	4	0,95
Úzkost	162	0,86	1	0	67	0	4	0,95
Vyčerpání	162	1,41	1	1	58	0	4	1,05
Sexuální obtíže	162	1,15	1	1	67	0	4	0,98
Močové obtíže	162	0,67	0	0	90	0	4	0,92
Suchost pochvy	162	0,91	0	0	83	0	3	1,08
Bolesti svalů a kloubů	162	1,36	1	0	51	0	4	1,21

Z výše uvedené tabulky číslo 16 je jasně patrné, že celkový počet respondentek, tedy N platných, byl 162 žen. Tyto respondentky hodnotily symptomy všech tří domén v intenzitě 0 (žádné obtíže) až 4 (nesnesitelné potíže). Zmíněné bodové rozmezí je patrné v kolonce s názvem minimum a maximum. Jako minimální hodnota byla u všech symptomů označena hodnota 0, to znamená, že u všech symptomů tří domén byly respondentky, které nemají vůbec žádné potíže. Naopak jako maximální hodnota bylo téměř vždy zvoleno číslo 4 (u deseti symptomů z celkových jedenácti), tedy ve zvoleném vzorku respondentek byla vždy žena, která pociťovala nesnesitelné obtíže určitého symptomu. Výjimkou byl pouze symptom „suchost pochvy“, u kterého žádná z celkového počtu 162 respondentek nepociťuje nesnesitelné obtíže, tudíž jako maximální obtíže byla zvolena intenzita výrazná. Další z uvedených hodnot popisné statistiky je průměr, tedy průměrná hodnota odpovědí respondentek. Nejvyšší průměrnou hodnotu získal symptom *poruchy*

spánku 1,56, který spadá do domény somato-vegetativní. Druhá nejčastější průměrná hodnota byla u symptomu *vyčerpání* a na třetím místě je symptom *bolesti svalů a kloubů*. Nejmenší průměrnou hodnotu naopak získal symptom *močové obtíže* 0,67, který spadá do domény urogenitální. Druhá nejmenší hodnota průměru je u symptomu *předrážděnost*. Medián, jehož synonymem je střední hodnota, byl nejčastěji (u osmi symptomů) 1. Výjimkou je symptom *poruchy spánku*, který má střední hodnotu 2 a *močové obtíže* a *suchost pochvy* mají střední hodnotu s číslem 0. Statistická hodnota modus vypovídá o tom, jaká odpověď respondentek byla nejčtenější. Z výsledné tabulky je patrné, že nejčtenější odpovědí, a tedy zároveň nejčastější hodnotou intenzity obtíží byla čísla 0 a 1, a to ve stejném poměru. Číslo 0 (žádné obtíže) odpovídá symptomům: *předrážděnost, úzkost, močové obtíže, suchost pochvy a bolesti svalů a kloubů*. Modus s číslem 1 odpovídá symptomům: *návaly horka, srdeční obtíže, depresivní nálady, vyčerpání a sexuální obtíže*. Modus s číslem 2 odpovídá symptomu *poruchy spánku*. Dalším statistickým ukazatelem je četnost modu. Tato hodnota udává počet respondentek, které uvedly nejpočetnější odpověď dotazníku, tedy počet respondentek, které vyplnily intenzitu obtíží od 0 do 1. V neposlední řadě byla pomocí popisné statistiky vypočtena směrodatná odchylka, která určuje, jak moc jsou hodnoty rozptýleny či odchýleny od průměru hodnot.

Z přehledové popisné tabulky vyplývá, že nejčastější intenzity obtíží, které respondentky vyplnily, byly v rozmezí žádné obtíže nebo obtíže mírné. Toto zjištění je velmi pozitivní, protože kvalita života je u zvolených respondentek ovlivněna jen velmi mírně nebo nemusí být symptomy estrogenního deficitu ovlivněna vůbec.

9.3 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH DOMÉN

Respondentky vyplnily intenzitu obtíží u jednotlivých výše zmíněných domén, a to podle vlastních pocitů v rozmezí 0 až 4 (žádné až nesnesitelné obtíže). Následně byly body všech respondentek sečteny, a to tak, že pokud respondentka zvolila, že nepocítuje obtíže, nepřičetl se žádný bod. Za mírné obtíže byl přičten 1 bod, střední byl roven 2 bodům, výrazné 3 bodům a za nesnesitelné obtíže byly přičteny 4 body. Na základě sečtených bodů vznikly tři přehledné tabulky, které jsou uspořádány dle domén, díky kterým lze hodnotit, které symptomy respondentky pociťovaly nejméně a které naopak v největší intenzitě.

Tabulka 17 Somato-vegetativní doména

Symptomy	Návaly horka	Srdeční obtíže	Poruchy spánku	Bolesti svalů a kloubů
Celkový skór	188	172	252	220
Střední hodnota	1,16	1,06	1,56	1,36

Tabulka číslo 17 podává ucelený přehled skóre u symptomů, které spadají do domény somato-vegetativní. Ze součtu jednotlivých skóre vyplývá, že z uvedených symptomů respondentky nejvíce pociťují obtíže spojené s *poruchami spánku*, usínáním, předčasným probouzením a s jeho trváním. Druhým symptomem této domény byly *bolesti svalů a kloubů*, ten získal pouze o 32 bodů méně než předchozí symptom (střední hodnota se snížila z hodnoty 1,56 na 1,36). Na třetím místě v intenzitě potíží jsou *návaly horka* a nejméně pociťovaným symptomem somato-vegetativní domény jsou *srdeční obtíže*.

Tabulka 18 Psychologická doména

Symptomy	Depresivní nálady	Předrážděnost	Úzkost	Vyčerpání
Celkový skór	193	130	140	229
Střední hodnota	1,19	0,80	0,86	1,41

V psychologické doméně respondentky hodnotily jako nejvíce problematickou oblast spojenou s *vyčerpáním*, poklesem výkonnosti, výpadky paměti, poklesem koncentrace a zapomínáním. Tento symptom obdržel 229 bodů (směrodatná odchylka odpovídá číslu 1,41). Následoval symptom spojený s *depresivními náladami*. Podstatně méně bodů obdržel symptom „*úzkost*“, který má celkový skór 140 bodů. Nejméně bodů v této doméně respondentky udávaly u symptomu *předrážděnost*. Rozdíl v celkovém skóru mezi *úzkostí* a *předrážděností* je minimální, pouze 10

bodů (střední hodnota klesla z 0,86 na 0,80). Celkový skóre u domény psychologické je podstatně nižší než u domény somato-vegetativní (tabulka 18).

Tabulka 19 Urogenitální doména

Symptomy	Sexuální obtíže	Močové obtíže	Suchost pochvy
Celkový skóre	186	109	148
Střední hodnota	1,15	0,67	0,91

Třetí a poslední je doména urogenitální. Nejvíce bodů při hodnocení intenzity obtíží jednotlivých symptomů respondentky udávaly u symptomu spojeného se *sexuálními obtížemi*, dále ve změnách spojených se sexuální chutí, aktivitou a uspokojením. Nejčastější symptom má podstatně méně bodů než nejčastější symptomy u dvou výše zmíněných domén. Druhým symptomem, u kterého ženy pociťovaly obtíže, je *suchost pochvy*. Nejméně závažné obtíže respondentky pociťovaly ve spojitosti s *močovými obtížemi*, močovou inkontinencí a častým močením (tabulka 19).

V programu STATISTICA byla vytvořena popisná tabulka s těmito statistickými ukazateli: N platných, průměr, medián, modus, četnost modu, minimum, maximum a směrodatná odchylka. Tyto hodnoty popisují jednotlivé domény dotazníku MRS.

Tabulka 20 Domény MRS (popisné statistiky)

Doména	Popisné statistiky							
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min.	Max.	Sm. odch.
Psychologická	162	4,28	4	4	28	0	15	3,04
Somato-vegetativní	162	5,14	4	4	27	0	14	3,31
Urogenitální	162	2,73	2	1	37	0	10	2,42

Tabulka č. 20 popisuje tři domény, které jsou součástí dotazníku MRS. První hodnocenou je doména psychologická. N platných je celkový počet respondentek vybraných do výzkumného šetření, což je opět číslo 162, stejně jako v předchozích tabulkách. Další spočtená hodnota je průměr, tedy součet všech bodů zvolených respondentkami, spadajících do této domény a následně vydělený celkovým počtem respondentek. Průměrná hodnota u psychologické domény je 4,28, což je menší hodnota než u následující somato-vegetativní domény, ale podstatně větší než

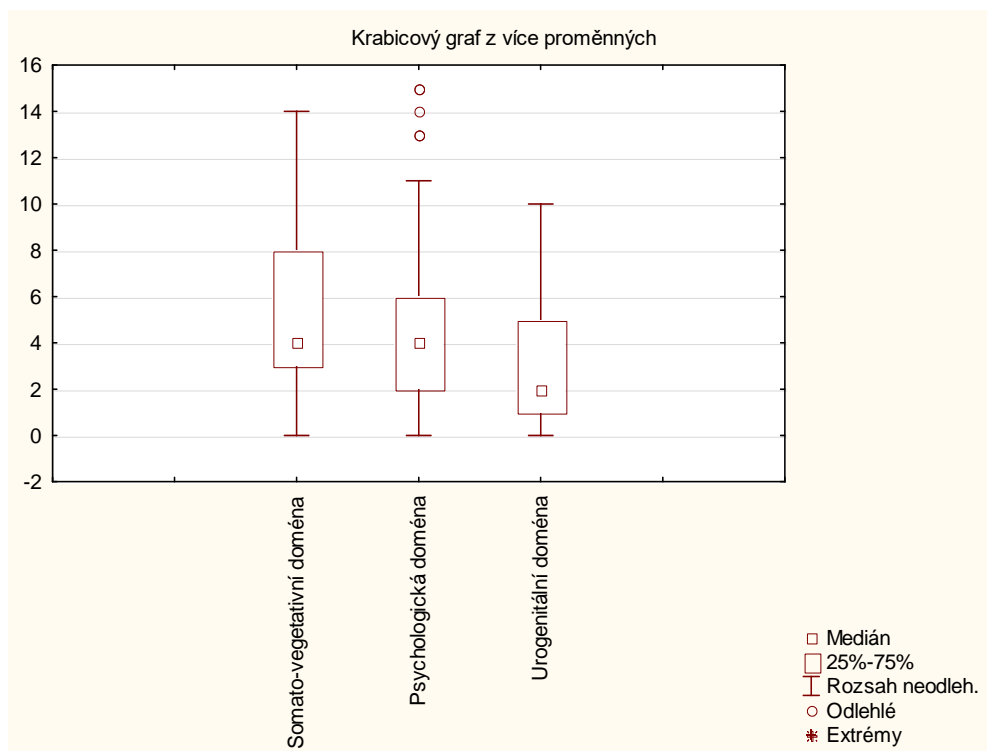
u domény urogenitální. Následuje hodnota mediánu, což je číslo udávající střední hodnotu. Čísla výzkumu byla seřazena od nejmenší po největší a medián je číslo uprostřed. V případě psychologické domény se jedná o hodnotu 4, což je stejné číslo jako u domény somato-vegetativní, ale větší než u domény urogenitální. Modus v této doméně odpovídá opět číslu 4, což znamená, že po sečtení všech bodů mělo nejvíce žen právě součet s číslem 4. Následuje hodnota s názvem četnost modu, která udává počet respondentek, jež měly stejnou hodnotu modu. V tomto případě mělo 28 žen modus s hodnotou 4. Jako minimální hodnota je u psychologické domény číslo 0, to znamená, že ve výzkumu existují ženy, které mají celkový skór nulový, tedy že nepocítují žádný příznak z této domény. Do výše zmíněné domény spadají 4 symptomy, které lze maximálně ohodnotit body s číslem 4. Pokud tedy žena pocítuje všechny symptomy v nejvyšší možné nesnesitelné míře, získá maximální možný skór 16 bodů. Maximální hodnota této domény odpovídá číslu 15, tedy pouze o 1 bod méně, než je možné maximálně získat. Z toho vyplývá, že ve výzkumném vzorku nebyla žádná žena, která by zhodnotila svoje klinické obtíže u všech čtyř symptomů této domény jako nesnesitelné. Směrodatná odchylka určuje, jak moc jsou hodnoty rozptýleny od průměru hodnot. Směrodatná odchylka u psychologické domény odpovídá číslu 3,04.

Druhou hodnocenou oblastí v popisné tabulce je somato-vegetativní doména. Celkový počet respondentek odpovídá číslu 162. Průměr v této doméně odpovídá číslu 5,14, což je nejvyšší hodnota ze všech tří domén. Z toho vyplývá, že somato-vegetativní doména byla ženami zapojenými do výzkumu hodnocena jako doména s nejintenzivnějšími obtížemi. Medián odpovídá v této doméně hodnotě 4, což je srovnatelná hodnota s doménou psychologickou. Nejmenší hodnota mediánu patří doméně urogenitální. Modus, stejně jako všechny předchozí hodnoty, odpovídá číslu 4, to znamená, že nejvíce respondentek získalo po sečtení všech symptomů v této doméně 4 body. Hodnota modu je u domény psychologické stejná, a dokonce v doméně urogenitální je hodnota modu o 3 body menší. Četnost modu je v tomto případě 27, tedy tento počet žen ohodnotil symptomy z dané domény součtem bodů 4. Somato-vegetativní doména obsahuje 4 domény, stejně jako doména předchozí. Všechny 4 domény lze opět hodnotit body v rozmezí 0-4. Minimální hodnota, kterou lze po vyplnění dotazníku získat, je 0 bodů, a to v případě, že žena nepocítuje obtíže u žádného symptomu, a to ani v minimální intenzitě. Minimální hodnota této domény byla 0, což znamená, že ve výzkumu byly respondentky, které nepocítávaly žádné obtíže v somato-vegetativní doméně. Maximální možná hodnota, kterou lze v doméně získat, je 16 bodů. Tato respondentka by tedy pocítávala nesnesitelné obtíže ve všech symptomech. Taková žena se ve výzkumu neobjevila, protože maximální hodnota byla 14 bodů,

tedy o dva body méně, než je maximum. Směrodatná odchylka domény je 3,3. Tato hodnota je opět nejvyšší ze všech tří domén.

Jako poslední je hodnocená doména urogenitální. Počet respondentek je 162 jako ve všech ostatních případech. Průměrná hodnota všech sečtených bodů domény urogenitální je 2,73, což je nejnižší průměr ze všech domén. Medián (střední hodnota) byl vypočítán na číslo 2, tedy opět nejnižší výsledná hodnota ze všech domén. Modus urogenitální domény odpovídá hodnotě 1, tedy opět se jedná o nejnižší hodnotu modu tohoto výzkumu. Nejvíce žen odpovědělo, že má mírné příznaky v oblasti urogenitální, těchto žen bylo 37, což je hodnota četnosti modu. Minimum součtu bodů, který byl patrný ve výzkumu, byl součet 0 bodů. To znamená, že ve výzkumu byly ženy, které nepocítují žádné obtíže zmíněné domény. Naopak maximální hodnotou, kterou respondentky vyplnily v doméně urogenitální, bylo číslo 10, což je číslo o 2 menší, než je maximální možná hodnota zvolené domény. Doména urogenitální obsahuje 3 symptomy (o 1 symptom méně než předešlé), proto maximální možný součet všech bodů je 12. Směrodatná odchylka má hodnotu 2,42.

Z výsledků tedy jasně vyplývá, že doména, která byla respondentkami hodnocena jako nejproblematičtější, je doména somato-vegetativní. V této doméně pocítují ženy zapojené do výzkumu nejintenzivnější potíže. Následuje doména psychologická a nejméně komplikací a klinických příznaků získala doména urogenitální. V této doméně ženy pocítují symptomy s nejmenší intenzitou nebo nepocítují urogenitální obtíže vůbec.



Obrázek 1 Krabicový graf domén MRS

Z krabicového grafu (obrázek č. 1) je patrné rozložení celkových skóre jednotlivých domén. Jako první krabice je znázorněna doména somato-vegetativní, druhá krabice je doména psychologická a poslední je urogenitální doména. Na grafu je dobře patrná hodnota zvaná směrodatná odchylka. Čím je toto číslo menší, tím více se podobají odpovědi respondentek a jsou tedy blíže střední hodnotě. Čím větší toto číslo je, tím více se lišily odpovědi respondentek a jsou více rozptýlené od střední hodnoty. Z grafu je jasně patrné, že nejmenší směrodatná odchylka je u domény urogenitální, odpovědi respondentek se sobě tedy více podobaly v porovnání s doménou somato-vegetativní, u které je patrný rozptyl největší. Z krabicového grafu lze dále usuzovat, že v doméně somato-vegetativní došlo k největší variabilitě získaných dat, proto se v dané doméně neobjevuje žádná odlehlá ani extrémní hodnota. U domény psychologické je rozptyl značně menší a vyskytují se zde i odlehlé hodnoty, ale extrémní hodnota se zde opět nevyskytuje. Doména urogenitální má rozptyl nejmenší, bez odlehlých či extrémních hodnot. V grafu jsou zaznačeny i hodnoty mediánu, tedy číslo 4 u domény somato-vegetativní a psychologické a číslo 2 u domény urogenitální. Dále je patrné, že až 75 % respondentek mělo celkový skóre v doméně somato-vegetativní v rozmezí 3- 8 bodů, v doméně psychologické 2-6 bodů a v neposlední řadě 1-5 bodů v doméně urogenitální.

Z krabicového grafu by se dalo soudit, že nejintenzivnější potíže pociťují ženy v doméně somato-vegetativní a nejmenší ve spojitosti se symptomy spadající do domény urogenitální.

9.4 VLIV NA KVALITU ŽIVOTA ŽEN

Celkový skór MRS dotazníku podává informace o tom, jak je ovlivněna kvalita života žen v období klimakteria. Celkový skór je dán součtem bodů získaných z jednotlivých domén. Respondentky zapojené do průzkumu měly za úkol hodnotit 11 symptomů dle intenzity obtíží body v rozmezí 0-4. Součtem všech bodů je získán celkový skór nezávisle na tom, z jaké domény žena získala bodů nejvíce a ze které domény naopak bodů nejméně.

Každá žena mohla získat celkový počet bodů v rozmezí 0-44. V klinické praxi byly vytvořeny tři bodové hranice, které určují, zda je kvalita života ženy ovlivněná obdobím klimakteria a také jak moc je kvalita snížena. Pokud celkový skór ženy odpovídá hodnotě od 0 do 15 bodů, znamená to, že žena nepociťuje závažné obtíže spojené s klimakteriem a kvalita jejího života je vysoká. Respondentky, které obdržely celkový skór v rozmezí 16-30 bodů, prožívají střední obtíže spojené s klimakteriem a mají mírně sníženou kvalitu života. Poslední bodové rozmezí je od 31 do 44 bodů. Respondentky nacházející se v tomto bodovém rozmezí prožívají a pociťují znatelné až nesnesitelné obtíže spojené s obdobím přechodu. Lze říci, že u takových respondentek je kvalita života nízká (tabulka 21).

Tabulka 21 Hodnocení kvality života

celkový skór	hodnocení kvality
0-15	vysoká kvalita života
16-30	mírně snížená kvalita života
31-44	nízká kvalita života

Tabulka 22 zobrazuje bodové rozmezí, které určuje celkovou kvalitu života, a počet žen (počet žen převedených na procenta), které spadají do jednotlivých bodových kategorií. Je tedy patrné, že více než polovina respondentek, přesně 59,88 % (97 žen), patří do kategorie 0-15 bodů, což znamená, že kvalita života těchto respondentek není v souvislosti s menopauzou zásadně ovlivněná, a pokud tyto respondentky měly klinické příznaky, tak pouze v minimální intenzitě. V rozmezí 16-30 bodů se nacházelo 54 respondentek zapojených do průzkumu, což činí 33,33 % z celkového počtu žen (162). Tyto ženy se potýkají se středními obtížemi a jejich kvalita života je tedy symptomy menopauzy mírně snížena. Nejméně respondentek se umístilo v bodové škále 31-

44 bodů. Z celkového počtu respondentek zapojených do průzkumu bylo 11 žen (6,79 %), které se nacházely v tomto bodovém rozmezí. Tyto respondentky ovlivňuje hypoestrogenní stav velmi výrazně, symptomy se u těchto žen vyskytují ve značné intenzitě, což znamená, že kvalita života je v tomto případě vlivem klimakteria výrazně snížena (tabulka 22). Průzkumné šetření dopadlo tedy velmi pozitivně, protože téměř 60 % respondentek nemá obtíže nebo je pociťují jen v nízké intenzitě a není jimi v zásadě ovlivněna kvalita jejich života.

Tabulka 22 Celkové skóre MRS

Celkový skór	0-15	16-30	31-44	Celkem
n_i	97	54	11	162
f_i(%)	59,88	33,33	6,79	100

9.5 OPAKOVANÉ MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA RESPONDENTEK PŘED LÉČBOU, 1 A 3 MĚSÍCE PO LÉČBĚ

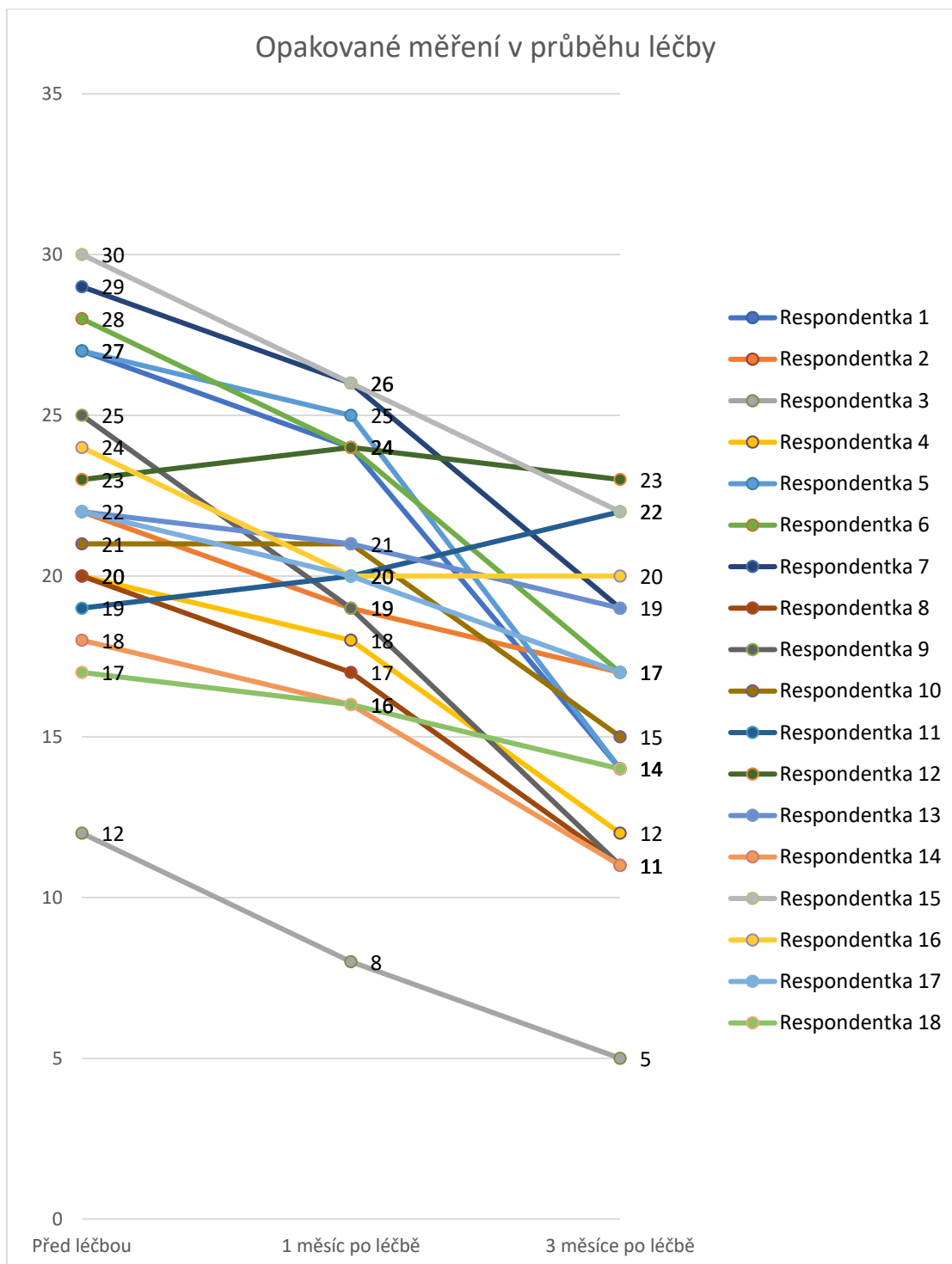
Ve druhé části průzkumného šetření bylo třeba zjistit, jakou kvalitu života prožívají ženy před nasazením hormonální substituční léčby a následně u stejných respondentek jeden a tři měsíce po léčbě. Respondentkám byl tedy předložen MRS dotazník před léčbou a ten-týž dotazník s časovým odstupem měsíc a tři měsíce po léčbě. Smyslem průzkumu bylo zjistit, jak se mění kvalita života malého počtu respondentek před léčbou a následně po nasazení medikace.

Následující tabulka podává přehled 18 respondentek zapojených do druhé části průzkumu a jejich celkový bodový skór ve třech časových obdobích: první hodnota je celkový skór před léčbou, následuje celkový skór měsíc po nasazení HRT a poslední číslo udává celkový skór respondentek 3 měsíce po užívání HRT.

Tabulka 23 Přehled celkových skóre respondentek před léčbou a v průběhu léčby

Respondentky	Před léčbou	1 měsíc po léčbě	3 měsíce po léčbě
Respondentka 1	27	24	14
Respondentka 2	22	19	17
Respondentka 3	12	8	5
Respondentka 4	20	18	12
Respondentka 5	27	25	14
Respondentka 6	28	24	17
Respondentka 7	29	26	19
Respondentka 8	20	17	11
Respondentka 9	25	19	11
Respondentka 10	21	21	15
Respondentka 11	19	20	22
Respondentka 12	23	24	23
Respondentka 13	22	21	19
Respondentka 14	18	16	11
Respondentka 15	30	26	22
Respondentka 16	24	20	20
Respondentka 17	22	20	17
Respondentka 18	17	16	14

Z tabulky 23 lze jasně konstatovat, že respondentky před léčbou měly klinické příznaky a symptomy estrogenního deficitu. Naprostá většina respondentek spadá do kategorie v bodovém rozmezí 16-30 bodů, což znamená, že respondentky mají mírně sníženou kvalitu života vlivem přítomnosti symptomů estrogenního deficitu v již výraznější intenzitě. Výjimku tvoří respondentka číslo 3, která má celkový bodový skóre nejnižší, přesně 12 bodů. Žena s nejvyšším celkovým skórem je respondentka s číslem 15, která po sečtení obdržela 30 bodů.



Obrázek 2 Opakované měření v průběhu léčby

Dále lze konstatovat, že celkový skór dotazníku MRS po jednom měsíci léčby HRT u naprosté většiny respondentek klesl (respondentka číslo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18). Pouze u respondentky číslo 10 zůstal celkový skór stejný a u respondentek s číslem 11 a 12 celkový skór stoupl o jeden bod (u respondentky č. 11 stoupl bodový skór z 19 na 20 a u respondentky č. 12 z 23 na 24 bodů). **Průměrně tedy klesl celkový skór o 3 body.** Největší bodový rozdíl mezi

obdobím před léčbou a jeden měsíc po nasazení HRT byl zaznamenán u respondentky s číslem 9, rozdíl byl o 6 bodů. Po třech měsících léčby celkový skóre vybraných respondentek v naprosté většině případů (16 respondentek z celkových 18 žen) opět klesl. Pouze u respondentky s číslem 11 celkový skóre stoupl i po nasazení HRT léčby z 19 bodů (před léčbou) na 22 bodů po třech měsících léčby. Respondentka číslo 15 popsala intenzitu svých obtíží stejně po 1 měsíci léčby i po 3 měsících léčby. Průměrný pokles bodů celkových skóre po jednom měsíci léčby a po třech měsících je roven 4,8 bodů, což znamená, že celkový skóre klesl u většiny respondentek nápadně více v období 1 až 3 měsíce po léčbě než v období před léčbou a jeden měsíc po léčbě. Nejmarkantnější bodový rozdíl nastal u respondentky číslo 5, která pociťovala jeden měsíc po léčbě symptomy s celkovým skóre 25 a po 3 měsících klesl celkový skóre na 14 bodů. Pokud se porovnájí čísla celkových skóre před léčbou a po 3 měsících léčby, je zřejmé, že u většiny respondentek došlo ke snížení celkového skóre průměrně o 7,16 bodů. Nejpatrnější rozdíl pociťovala respondentka číslo 9, která měla před léčbou 25 bodů a po 3 měsících léčby klesl celkový skóre na 11 bodů. Nejmenší rozdíl v intenzitě obtíží pociťovala respondentka číslo 12, které se celkový skóre nezměnil. Po třech měsících léčby HRT se z celkového počtu 18 respondentek 9 z nich dostalo do bodového rozmezí 0-15 bodů, což je rozmezí hodnot celkového skóre, které naznačuje minimální ovlivnění kvality života respondentek přítomnými symptomy estrogenního deficitu.

Tabulka 24 Přehled opakovaného měření v průběhu léčby

	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Směrodatná odchylka
Před léčbou	18	22,56	22	22	3	4,51
1 měsíc po léčbě	18	20,22	20	24	3	4,33
3 měsíce po léčbě	18	15,72	16	14	3	4,60

Tabulka 24 zobrazuje přehled popisné statistiky při opakovaném měření kvality života žen před léčbou, jeden a tři měsíce po léčbě. Z tabulky jasně vyplývá, že celkový počet respondentek byl 18 u všech tří měření. Následuje průměrná hodnota vypočtená z celkového skóre všech respondentek. Před léčbou byla tato hodnota 22,56 a po třech měsících léčby toto číslo kleslo na 15,72. Průměrná hodnota tedy klesla o 6,84 bodů. Medián taktéž klesl v průběhu měření, a to z 22 bodů naměřených před léčbou na hodnotu 16 po třech měsících léčby. Modus je hodnota, která se ve statistickém souboru vyskytuje nejčastěji. Před léčbou odpovídal modus hodnotě 22 (stejně jako medián), po léčbě odpovídala nejčastější hodnota číslu 14. Směrodatná odchylka odpovídá

rozptylu hodnot od středu. Po třech měsících byla tato hodnota největší (4,60), což znamená, že po třech měsících léčby byla mezi respondentkami největší bodová variabilita.

Druhá část průzkumného šetření byla zaměřena na opakované měření kvality života respondentek v průběhu léčby HRT. Z hodnot, získaných v průzkumném šetření je jasně patrné, že kvalita života respondentek se v naprosté většině zlepšila výrazně a zhoršení nastalo pouze u jedné respondentky, což je zjištění velmi pozitivní. Dále lze také konstatovat, že dotazník MRS lze v klinické praxi použít jednak k hodnocení kvality života žen v klimakteriu, ale také se jeví jako vhodný nástroj k ověření účinnosti léčby HRT.

10 DISKUZE

V diplomové práci byly definovány cíle práce pro teoretickou i průzkumnou část. V úvodu teoretické části je vysvětlená základní terminologie spadající do oblasti klimakteria společně s popisem fyziologického průběhu přechodu. Následuje kapitola zabývající se přiblížením jednotlivých symptomů estrogenního deficitu, které jsou rozděleny na neurovegetativní, organický estrogen-deficitní a metabolický estrogen-deficitní syndrom. Následně se diplomová práce zaměřuje na léčbu hypoestrogenního stavu ženy se zaměřením na důležitost stravy v období klimakteria. Dalším cílem teoretické části bylo objasnit kvalitu života obecně, kvalitu života se zaměřením na zdraví člověka a kvalitu života ve spojitosti s klimakteriem. V závěru teoretické části jsou popsány metody měření kvality života žen se zaměřením na dotazník Menopause Rating Scale.

Následuje průzkumná část diplomové práce, jejímž cílem je pomocí tištěné verze standardizovaného českého dotazníku Menopause Rating Scale zjistit, jaké symptomy a v jaké intenzitě obtěžují respondentky v klimakteriu nejčastěji a jakým způsobem je tedy ovlivněna kvalita jejich života. Zvolené respondentky vyplňovaly MRS dotazník, který obsahuje 11 symptomů estrogenního deficitu. Tyto symptomy jsou následně rozděleny do tří domén. Respondentky ohodnotily každý symptom intenzitou od 0 do 4, přičemž 0 odpovídá žádným obtížím a 4 nesnesitelným pocitům. Respondentky hodnotily intenzitu symptomů dle vlastních pocitů. Následně byly všechny body sečteny a byl vytvořen celkový skór, který podává informace o kvalitě života. Pokud má žena celkový skór v rozmezí 0-15 bodů, prožívá žena vysoce kvalitní život bez ovlivnění symptomů estrogenního deficitu. Bodové rozmezí 16-30 bodů svědčí o mírně snížené kvalitě života a celkový skór 31-44 bodů ukazuje na sníženou kvalitu života žen. Druhou částí výzkumu bylo vypořádat, jakým způsobem je ovlivněna kvalita života malého vzorku respondentek před HRT, 1 a 3 měsíce po zmíněné léčbě. Respondentky vyplnily týž dotazník MRS ve zmíněném časovém období a výsledky celkových skóru byly následně vyhodnoceny.

V následujícím textu jsou uvedeny výsledky průzkumu rozdělené dle zaměření jednotlivých průzkumných otázek práce.

Průzkumná otázka č. 1: Jak ovlivňují jednotlivé symptomy estrogenního deficitu kvalitu života žen po menopauze u daného vzorku respondentek?

Dotazník MRS obsahuje 11 symptomů, které mohou ženy v klimakteriu pociťovat v nejrůznějších intenzitách, což potom může vést k ovlivnění kvality jejich života. Mezi tyto symptomy patří:

návaly horka, bušení srdce, poruchy spánku, depresivní nálady, předrážděnost, úzkost, vyčerpání, sexuální obtíže, močové obtíže, suchost pochvy, bolesti svalů a kloubů. Dříve dotazník MRS vyplňovala druhá osoba, tedy lékař nebo zdravotní sestra. Dnes MRS dotazník vyplňuje žena sama, podle vlastních subjektivních a individuálních pocitů, které nemůže druhá osoba nikdy výstižně vyhodnotit. Každá žena prožívá období přechodu odlišně. Některé ženy v období klimakteria nemusí pociťovat symptomy estrogenního deficitu vůbec nebo jen v minimální intenzitě, jsou však i ženy, které pociťují některé ze symptomů v intenzitě nesnesitelné. Dotazník MRS tedy slouží k subjektivnímu hodnocení symptomů spojených s menopauzou a následně po sečtení bodů k orientačnímu hodnocení kvality života respondentek. Tento dotazník je využíván v klinické praxi. Ve výše popsaném průzkumném šetření dotazník MRS hodnotí kvalitu života 162 respondentek, které byly do průzkumného šetření zapojeny.

Po sečtení a následném vyhodnocení všech výsledků průzkumného šetření bylo zjištěno, že naprostá většina respondentek ohodnotila své symptomy a klinické příznaky estrogenního deficitu v intenzitě žádné, mírné nebo střední. Po sečtení celkových skóre dotazníků MRS bylo dále zjištěno, že téměř **60 %** respondentek (97 žen) spadá do intervalu **0-15 bodů**. V tomto bodovém intervalu nedochází k zásadním změnám v období klimakteria a možné symptomy estrogenního deficitu nemění kvalitu života žen. Tyto ženy tedy mají vysokou kvalitu života. V bodovém intervalu **16-30** bodů již dochází k ovlivnění života v průběhu klimakteria. Do této bodové škály patří 54 respondentek zapojených do průzkumu, což je **33,33 %** z celkového počtu. Tyto respondentky již pociťují některé z 11 symptomů estrogenního deficitu a jejich kvalita života je vlivem klimakteria mírně snižena. Posledním bodovým intervalem je rozmezí **31-44** bodů celkového skóre. Do takového bodového rozmezí patří 11 respondentek, které představují **6,79 %** z celku. Respondentky s takovým počtem bodů pociťují výrazné až nesnesitelné obtíže způsobené hypoestrogenním stavem a kvalita jejich života je v takovém případě nízká.

Výsledky průzkumné studie lze porovnat s výsledky dalších průzkumů zaměřených na téma ovlivnění kvality života žen v období klimakteria. Diplomová práce Beinhofnerové (2017) je zaměřená na stejnou problematiku a výsledky výzkumu jsou srovnatelné. V průzkumu Beinhofnerové se nejvíce respondentek (73,24 %) pohybovalo v bodovém rozmezí 0-15 bodů. Následovalo bodové rozmezí 16-30 bodů, do kterého spadalo 21,83 % respondentek, a v poslední bodové škále 31-44 bodů bylo 4,93 % žen. Hodnoty popsaného průzkumu se tedy liší jen nepatrně. Dalším srovnatelným šetřením je průzkumná část diplomové práce Hannigové (2018), která použila pro vytvoření průzkumu elektronickou verzi dotazníku MRS. Výsledky jsou opět srovnatelné. Nejpočetnější skupina žen byla v bodovém rozmezí 0-15 bodů, což tvoří 75,62 % respondentek z celkového počtu. Následovalo bodové rozmezí 16-30 bodů, do kterého spadá

24,38 % respondentek. Ve zmíněném průzkumu se ovšem nenacházela ani jedna žena, která by svým celkovým skórem spadala do kategorie 31-44 bodů, což je mírný rozdíl ve výzkumném šetření. Stejně tak diplomové práce Dopitové (2016) a Urbanové (2015) zaměřené na obdobné téma obsahují průzkumná šetření s velmi obdobnými výsledky. V neposlední řadě také průzkumné šetření Moravcové a Holé (2017), do kterého bylo zapojeno 364 respondentek, obsahuje obdobné výsledky.

Průzkumná otázka č. 2: Který ze symptomů hypoestrogenního stavu pociťují respondentky v největší intenzitě a naopak, který ze symptomů je nejméně problematický?

Výzkumným šetřením, do kterého bylo zapojeno 162 respondentek, bylo zjištěno, že ze všech 11 symptomů estrogenního deficitu respondentky v největší intenzitě pociťují symptom „*poruchy spánku*“, který dohromady získal **252 bodů**. Nejvíce pociťovaný symptom tedy spadá do domény somato-vegetativní. Pokud by byla otázka zaměřená na nejvíce pociťovaný symptom každé jednotlivé domény, následovala by doména psychologická, ve které byl respondentkami jako nejintenzivněji pociťovaný symptom „*vyčerpání*“ s celkovým skórem 229 bodů. Jako nejméně problematická byla zvolena doména urogenitální, ve které nejvíce bodů obdržel symptom „*sexuální obtíže*“ se 186 body.

Výsledky šetření lze srovnat s diplomovou prací Dopitové (2016), která ve svém šetření zjistila tutéž informaci, tedy že nejintenzivnější symptomem, který ženy pociťují, jsou *poruchy spánku*, ty získaly celkem 316 bodů od všech 206 oslovených respondentek. Průzkum se však neshoduje s výsledky Beinhofnerové (2017), která popisuje jako nejproblematictější symptom „*vyčerpání*“, který spadá do domény psychologické. Průzkumné šetření není shodné ani s průzkumem Hannigové (2018), jejímž výsledným symptomem s největší intenzitou byly „*depressivní nálady*“ spadající do psychologické domény. V neposlední řadě výzkum Moravcové a Holé (2017) popsal jako nejproblematictější symptom estrogenního deficitu „*srdeční obtíže*“. Symptomy se tedy neshodují ani v tomto případě, nicméně symptom „*srdeční obtíže*“ patří do domény somato-vegetativní stejně jako symptom „*poruchy spánku*“. Z toho plyne, že v těchto dvou průzkumných šetřeních je shodné, že nejintenzivnější pociťovaný symptom patří do domény somato-vegetativní. V zahraniční studii provedené v roce 2018 Khatonem et al. byl uveden jako nejproblematictější symptom *vyčerpání*, který spadá do domény psychologické. Z toho vyplývá, že v porovnání s uvedeným výzkumem není shoda v nejproblematictějším symptomu, ale ani v nejproblematictější doméně.

Vyhodnocením výsledků šetření je zjevné, že nejméně pocíťovaným symptomem 162 respondentek jsou „*močové obtíže*“, kterým odpovídá celkový skóre 109 bodů. Zmíněný symptom patří do domény urogenitální. Druhým nejméně problematickým symptomem průzkumu byl respondentkami zvolen symptom „*předrážděnost*“, který po sečtení získal celkový skóre 130 bodů. Nejméně problematický symptom z domény somato-vegetativní je dle respondentek symptom „*srdeční obtíže*“.

Z průzkumu Dopitové (2016) vyplývá, že nejméně problematickým symptomem je „*suchost pochvy*“. Tato informace se neshoduje, nicméně „*suchost pochvy*“ je stejně jako „*močové obtíže*“ doména urogenitální a v tom se tedy výzkumy shodují. Urogenitální doména ovlivňuje nejméně kvalitu života žen i dle průzkumu Urbanové (2015). Hannigová (2018) popisuje ve svém průzkumném šetření, že respondentky zapojené do průzkumu nejméně pocíťují „*močové obtíže*“. Tyto dva průzkumy se tedy v nejméně problematickém symptomu shodují. V průzkumu Beinhofnerové (2017) byly jako nejméně problematický symptom uvedeny „*sexuální obtíže*“. Tyto symptomy se neshodují, nicméně opět se shoduje doména, která je v obou případech urogenitální. V zahraniční studii, do které bylo zapojeno 356 žen, autor Rahman et al. (2010) uvedl, že nejméně problematickým symptomem jsou *srdeční obtíže*. Zde se tedy opět neshoduje symptom ani doména, nicméně symptom *močové obtíže* jsou ve zmíněném výzkumu hned na druhém místě v hodnocení nejméně problematických symptomů klimakteria.

Na základě výše popsaných výsledků lze tvrdit, že symptomy s nejnižší intenzitou obtíží jednotlivých výzkumů se vždy neshodují, ale vždy se jednalo o symptom spadající do domény urogenitální. Z toho vyplývá, že nejméně ženy obtěžuje symptom spojený s močovými obtížemi, močové inkontinence a častého močení. Tento symptom tedy nejméně ovlivňuje kvalitu života žen v menopauze.

Průzkumná otázka č. 3: Která ze tří stanovených domén je respondentkami hodnocena jako nejproblematictější?

Z výsledků dotazníkového šetření byla pomocí popisné statistiky vypočtena hodnota průměru každé jednotlivé domény, z čehož je naprosto zřejmé, že nejvyšší průměrnou hodnotu s číslem **5,14** získala **doména somato-vegetativní**, která je tedy respondentkami hodnocena jako nejvíce problematická. Symptomy, jako jsou *návaly horka, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů*, pocíťují respondentky v největší intenzitě a ovlivňují tedy nejvíce kvalitu života žen v negativním slova smyslu. Na druhém místě se umístila doména psychologická s průměrnou

hodnotou 4,28. Jako nejméně problematická byla respondentkami označena urogenitální doména s průměrem 2,73, což je poměrně značný rozdíl.

V průzkumné části práce Hannigové (2018) respondentky hodnotily potíže obdobně. Nejvíce pociťovaly problémy spojené s doménou somato-vegetativní (4,84), následovala doména psychologická (4,10) a nejméně komplikací vnímaly v symptomech spojených s doménou urogenitální (2,37). Rovněž respondentky zapojené do výzkumu Moravcové a Holé (2017) hodnotily nejcitelnější obtíže v doméně somato-vegetativní a nejméně v urogenitální. V práci Dopitové (2016) tomu nebylo jinak. Opět byla doména somato-vegetativní hodnocena jako nejproblematictější (průměr 5,14). S touto prací se rovněž shodují výsledky diplomové práce Urbanové (2015), která opět popisuje nejproblematictější doménu somato-vegetativní. K odlišným závěrům však došla Beinhofnerová (2017), která po vyhodnocení svého průzkumu zjistila, že respondentky zapojené do průzkumu zvolily jako nejproblematictější doménu psychologickou s průměrnou hodnotou 4,82. Následovala doména somato-vegetativní s průměrem 4,68 a nakonec doména urogenitální s průměrnou hodnotou 2,80. Výzkum byl proveden i v zahraničí, například Rahmanem et al. (2010), jehož výsledky studie poukazují na somato-vegetativní doménu, jakožto doménu, která byla respondentkami uvedena jako nejproblematictější. Tento průzkum byl proveden v Majalsii a bylo do něho zapojeno 365 respondentek. Téměř všechny průzkumy se tedy shodují v tom, že nejvíce potíží ženy pociťují v doméně somato-vegetativní.

Průzkumná otázka č. 4: Jak je ovlivněná kvalita života respondentek v časovém období před zahájením HRT, 1 a 3 měsíce po léčbě?

Další částí průzkumu bylo popsát, zda a případně jakým způsobem je ovlivněná kvalita života žen před zahájením HRT a následně 1 a 3 měsíce po léčbě. Tento průzkum probíhal s malým počtem respondentek, přesně tedy s 18 ženami zapojenými do průzkumu, které byly dopředu informované a podaly svůj souhlas se zapojením do průzkumného šetření. Respondentky tedy vyplnily MRS dotazník před zahájením léčby a následně tentýž dotazník MRS vyplnily při kontrolním gynekologickém vyšetření po 1 a 3 měsících léčby.

Výsledkem průzkumného šetření bylo zjištění, že **výskyt a intenzita symptomů** estrogenního deficitu jsou u téměř všech respondentek po **jednom měsíci léčby mírnější**, ještě **markantnější snížení** intenzity symptomů **nastalo po 3 měsících léčby** hormonální terapií. Z výsledků statistických hodnot je patrné, že průměrná hodnota klesla z 22,56 (průměr před léčbou) na 20,22 po jednom měsíci léčby a následně klesla na průměrnou hodnotu 15,72 po 3 měsících užívání HRT. Téměř u všech respondentek klesl celkový skóre jak po jednom měsíci léčby, tak především

po 3 měsících léčby HRT. Výjimku tvořily dvě respondentky. U jedné z nich se stav nezměnil ani po 3 měsících léčby a u druhé ženy stoupl celkový skóre o 2 body po 3 měsících léčby. Naprostá většina respondentek spadala do kategorie v bodovém rozmezí 16-30 bodů, což znamená, že respondentky mají mírně sníženou kvalitu života vlivem klimakteria. Díky zahájení HRT se z celkového počtu 18 respondentek 9 z nich dostalo po třech měsících léčby do bodového rozmezí 0-15 bodů, což je bodová škála, ve které respondentky prožívají vysokou kvalitu života a období klimakteria nenarušuje běžný život. Ve srovnání celkových skóre před léčbou a následně po 3 měsících léčby lze zjistit, že průměrně poklesl o 7,16 bodů.

Lze tedy jasně konstatovat, že HRT má pozitivní vliv na kvalitu života žen, a to ve znatelné míře již po jednom měsíci léčby, a ještě znatelnější pozitivní vliv po 3 měsících léčby hormonální terapií.

Tuto část průzkumného šetření lze porovnat s výzkumem Heinemanna, který probíhal v Německu v roce 2004. Do tohoto výzkumu bylo zapojeno 9311 žen, u kterých byla hodnocena kvalita života pomocí dotazníku Menopause Rating Scale před zahájením hormonální substituční terapie a následně 6 měsíců po užívání HRT. Ve výzkumu byl vypočítán celkový skóre všech domén a ten následně porovnáván v časovém rozmezí půl roku. Výsledky šetření jsou obdobné, což znamená, že kvalita respondentek výrazně stoupla po půl roce léčby. Celkové zlepšení bylo v průměru o 9,3 bodů. Z výzkumu také vyplývá, že dotazník MRS je úspěšný při detekci účinků léčby (Heinemann a kol., s. 67-73).

-

11 ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřená na období života ženy zvané klimakterium a na změnu kvality života, prožívanou právě v tomto období. Přechod nastává obvykle ve věkovém rozmezí 45-60 let a mnohdy je velmi obtížné odlišit změny způsobené estrogenním deficitem od změn, které jsou způsobené procesem stárnutí. Společně s vyhasínáním funkce vaječníků se u ženy mohou, ale také vůbec nemusí projevit symptomy spojené s menopauzou. Toto je velmi individuální a každá žena prožívá období přechodu jinak. Při vyslovení pojmu klimakterium, menopauza či přechod si většina žen představí děsivé scénáře o tom, jak život tímto okamžikem „končí“. Je důležité zmínit, že období přechodu s sebou přináší i spoustu pozitivních a příjemných změn. Ženy přestanou pociťovat komplikace spojené s menstruací, nemusí se již obávat nechtěného těhotenství a častokrát je toto období spojené také s novým životním cílem, jako například péče o vnoučata či věnování se sama sobě a svým koníčkům, zájmům, na které nebyl doposud volný čas. Je velmi důležité, aby se žena dopředu klimakteria nebála a k tomuto životnímu období přistupovala pozitivně.

Velmi důležité také je uvědomit si, že vývojem medicíny se průměrná délka života ženy prodloužila a žena tak po přechodu může prožít ještě 1/3 délky svého života. Z toho důvodu je velmi žádoucí, aby se žena nebála o svých pocitech a potížích mluvit se svým gynekologem a porodní asistentkou, aby odborníkům důvěřovala a snažila se, pokud nastanou klinické obtíže silnějších intenzit, je pokud možno včas řešit. Porodní asistentka a lékař by měli s ženou o období klimakteria otevřeně mluvit, aby se žena tohoto období nebála a nepociťovala nejistotu, strach a obavy.

První část diplomové práce se zabývá problematikou klimakteria. Nejdříve jsou popsány základní pojmy s touto problematikou spjaté a vysvětlen fyziologický průběh změn v těle, ke kterým dochází v období klimakteria. Následně je podrobně rozpracovaná kapitola související se symptomy estrogenního deficitu, na ni navazuje problematika léčby klimakteria se zaměřením na důležitost vhodné stravy. V neposlední řadě se teoretická část věnuje kvalitě života, kvalitě života v souvislosti se zdravím a také kvalitě života v období klimakteria. Dotazník Menopause Rating Scale byl vytvořen k hodnocení kvality života v období klimakteria a je jedním z nejpoužívanějších nástrojů ve světě. Také proto byl použit ve výzkumné části diplomové práce a z toho důvodu mu byl věnován závěrečný prostor teoretické části.

Druhou část diplomové práce tvoří průzkumné šetření, založené na sběru dat získaných pomocí standardizované tištěné české verze dotazníku MRS. Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, do jaké míry je ovlivněna kvalita života žen v období klimakteria, jaké symptomy udávají

respondentky v největší intenzitě a naopak, které symptomy pocítují nejméně. V neposlední řadě bylo cílem zjistit, jak je ovlivněna kvalita života respondentek před léčbou a v průběhu léčby HRT. Do průzkumu bylo zapojeno 162 respondentek, do druhé části průzkumu 18 respondentek. Všechny ženy byly dopředu seznámeny se zapojením do průzkumného sběru dat a se zveřejněním výsledků v diplomové práci. Respondentky byly vybírány na základě věkové hranice 45-60 let. Druhou část průzkumu tvoří malý vzorek respondentek (18 žen), u kterých jsou příznaky v takové intenzitě, že je nutné, aby podstoupily léčbu v podobě HRT. U tohoto vzorku respondentek byla sledována kvalita života před léčbou a následně 1 a 3 měsíce po léčbě. Průzkumná část práce obsahuje metodiku výzkumu, výzkumný vzorek, použitý výzkumný nástroj a především prezentaci výsledků, které jsou zaznačeny v tabulkách i grafech. V závěru práce jsou výsledky šetření porovnány s výsledky dalších průzkumů zaměřujících se na stejné téma.

Na základě průzkumného šetření bylo zjištěno, že převážná většina žen pocítuje symptomy spojené s klimakteriem v žádné, mírné nebo střední intenzitě. Kvalita žen je tedy v naprosté většině vysoká anebo jen mírně ovlivněná symptomy spojenými s klimakteriem. Dále bylo zjištěno, že symptomem, který respondentkám způsobuje největší potíže, je symptom „*poruchy spánku*“, nejméně komplikací v období klimakteria je spjato se symptomem „*močové obtíže*“. Po prozkoumání všech výsledků je jasné, že nejproblematictější je doména somato-vegetativní. V následující části průzkumného šetření bylo vyzorováno, že kvalita života respondentek v časovém období před léčbou až tři měsíce po léčbě velmi výrazně stoupla. Z toho plyne, že symptomy respondentek ustoupily a léčba tedy byla v naprosté většině případů úspěšná. Z výše popsaných výsledků lze zhodnotit, že MRS dotazník je vhodný pro klinickou praxi nejen proto, že je stručný, výstižný, srozumitelný a rychle vyplnitelný, ale také proto, že je vhodný ke zjišťování kvality života i v průběhu léčby, což poskytuje lékařům zpětnou vazbu k zjišťování účinnosti nasazené medikace. Všechny stanovené cíle byli dle mého názoru splněny.

Výsledky průzkumného šetření byly následně porovnány s průzkumy, při kterých byl taktéž použit dotazník Menopause Rating Scale, jedná se o průzkumy Beinhofnerové (2017), Dopitové (2016), Urbanové (2015), Moravcové a Holé (2017) a Hannigové (2018).

I přesto, že výsledky výzkumu podle mého názoru jsou velmi pozitivní, je třeba ženy více informovat o průběhu klimakteria. Spousta žen vůbec netuší, že je léčba symptomů vůbec možná a raději se snaží je schovávat, aby nikdo nepoznal, že nějaký problém vůbec pocítují. Porodní asistentka by měla s ženou mluvit a podat dostatečné informace o metodách nefarmakologických, mezi které patří dostatek pohybu, správná životospráva, bylinná terapie, relaxační techniky, abstinence návykových látek společně s kouřením atd.

Na závěr bych chtěla říci, že farmakoterapie by měla být jedním z mnoha pilířů v péči o ženu v klimakteriu a na kvalitu života by se mělo velmi dbát, protože prožívat kvalitní život by si přál každý z nás.

12 POUŽITÁ LITERATURA

BAYER, Milan. *Význam vitamínu D u osteoporózy*. Klimakterická medicína. 2013, **18**(2), 6-10. ISSN 1211-4278.

BEINHOFNEROVÁ, D. *Symptomy estrogenního deficitu a kvalita života*. Pardubice, 2017, 75 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

BOROVSKÝ, Miroslav a A. KRIŠTÚFKOVÁ. *Hormonální substituční léčba, pro a proti v roce 2015*. Klimakterická medicína. 2015, **20**(2), 8-11. ISSN 1211-4278.

BRÁT, Jiří. *Výživa po menopauze*. Klimakterická medicína. 2014, **19**(3), 8-13. ISSN 1211-4278.

BROULÍK, Petr a Karolína BROULÍKOVÁ. *Vitamín D a osteoporóza*. První linie. 2014, **4**(1), 24-26. ISSN 1804-9028. Dostupné také z: <http://www.prvnilinie.cz/archiv/>

BURCIN, Boris a Tomáš KUČERA. *Nová kmenová prognóza populačního vývoje České republiky (2003-2065)*. Demografie. 2004, **46**(2), 100-111. ISSN 0011-8265.

DENNERSTEIN, Lorraine a Edward HELMES. *The menopausal transition and quality of life: Methodologic issues*. Quality of Life Research [online]. 2000, **9**, 721-731 [cit. 2019-04-30]. DOI: 10.1023/A:1008921806038. ISSN 09629343.

DONÁT, Josef. *Vazomotorické symptomy klimakterického syndromu-téma stále aktuální*. Klimakterická medicína. 2018, **23**(1), 5-9. ISSN 1211-4278.

DOPITOVÁ, D. *Hodnocení kvality života žen po menopauze*. Pardubice, 2016, 73 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

FAIT, T. *Klimakterická medicína*. 2., přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-342-8.

FAIT, Tomáš. *Antikoncepce v perimenopauze-přínosy a rizika*. Klimakterická medicína. 2013, **18**(4), 19-22. ISSN 1211-4278.

FAIT, Tomáš. *Klimakterická medicína: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2006. 103 s. Farmakoterapie pro praxi; sv. 15. Jessenius. ISBN 80-7345-100-X.

FAIT, Tomáš. *Klimakterická medicína*. 2., přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. 189 s. Farmakoterapie pro praxi; sv. 62. Jessenius. ISBN 978-80-7345-342-8.

FAIT, Tomáš. *Klimakterická medicína*. 3. přepracované vydání. Praha: Maxdorf, 2018. 228 stran. Farmakoterapie pro praxi; sv. 81. Jessenius. ISBN 978-80-7345-594-1.

FAIT, Tomáš. *Nové pohledy na hormonální substituční terapii*. Vnitřní lékařství. 2014, **60**(11), 942-947. ISSN 0042-773X. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/nove-pohledy-na-hormonalni-substitutcni-terapii-50890>

FAIT, Tomáš. *Praktické postupy při výběru hormonální terapie*. Klimakterická medicína. 2015, **20**(4), 10-15. ISSN 1211-4278.

FAIT, Tomáš. *Význam léčby vaginální atrofie ve světle studie CLOSER*. Klimakterická medicína. 2014, **19**(3), 13-14. ISSN 1211-4278.

FORGÁČOVÁ, MUDr. Ľubica. *Depresie u žien: depresia v perimenopauze a menopauze*. Psychiatr. Prax, 2009, 10.3: 110-114.

GÄRTNER, Marcel. *Hormonální terapie a léčba inkontinence moče*. Praktická gynekologie. 2006, **10**(4), 147, 148.

GEBAUER, Tomáš. *Příspěvek k léčbě klimakterických potíží*. Praktická gynekologie. 2004, (4), 48-52. ISSN 1211-6645.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAASOVÁ, Jana, a kol. *Zhodnocení rizika osteoporózy a indikace k denzitometrickému vyšetření*. Klimakterická medicína. 2015, **20**(3), 19-22. ISSN 1211-4278.

HÁLA, Tomáš. *Novinky v léčbě osteoporózy*. Medicína pro praxi. 2007, **4**(11), 454-457. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/11/05.pdf>.

HANNIGOVÁ, K. *Hodnocení změn v kvalitě života žen po menopauze*. Pardubice, 2017, 101 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

Health Education and Quality of Life II: [proceedings]: 8.-10.10.2009, Hluboká nad Vltavou, Czech Republic. [CD-ROM] České Budějovice: University of South Bohemia, 2009. 207 s. ISBN 978-80-7394-180-2

HEINEMANN, Klaas et al. *The Menopause Rating Scale (MRS) scale: A methodological review*. Health [online]. 2004, **2**, 45-52 [cit. 2019-04-12]. DOI: 10.1186/1477-7525-2-45. ISSN 14777525.

HEINEMANN, L. A. J. *Menopause Rating Scale (MRS): Development of the scale*. Silver Spring, MD: Food and Drug Administration, 2007, 1-10.

HEINEMANN, L., P. POTTHOFF, H. SCHNEIDER. *International Versions of the Menopause Rating Scale (MRS)*. Health and Quality of Life Outcomes. [online] 2003; 1: 28. [cit 2019-12-3]. Dostupné z: <http://https://hqlo.biomedcentral.com>

HEINEMANN, Lothar et al. *The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study*. Health [online]. 2004, **2**, 67-73 [cit. 2019-04-12]. DOI: 10.1186/1477-7525-2-67. ISSN 14777525.

HERMANN, P. a G. SCHNEIDER. *The quality of life in the post-menopausal woman*. Best practice a research [online]. 2002, **16**(3), 395-409 [cit. 2019-04-1]. DOI: 10.1053/beog.2002.0289. Dostupné z: <http://www.idealibrary.com>

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. 239 s. Studijní texty; sv. 54. ISBN 978-80-7419-106-0.

HNILICOVÁ, Helena a Vladimír BENCKO. *Kvalita života-vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví*. Praktický lékař. 2005, **85**(11), 656-660. ISSN 0032-6739.

HRONEK, Martin, Věra JOSKOVÁ a Anna PATKOVÁ. *Význam příjmu kalcia u žen v postmenopauzálním období*. Klimakterická medicína. 2015, **20**(3), 14-17. ISSN 1211-4278.

JENÍČEK, Jaroslav. *Hormonální substituční terapie a klimakterium: průvodce pro lékaře*. Grada Publishing, 2001.

JENŠOVSKÝ, Jiří. *Proč je důležité mít alternativy v léčbě osteoporózy-pozice stroncium ranelátu*. Klimakterická medicína. 2015, **20**(4), 15-19. ISSN 1211-4278.

JONÁŠ, Josef. *Menopauza*. Sestra. 2009, **19**(6), 25. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/clanek/menopauza-429760>

KAŇKOVÁ, Marcela. *Využití bylinné léčby v klimakteriu*. Farmi news. 2014, **12**(3), 20-21. ISBN 1213-1717. ISSN 1214-5017. Dostupné také z: <http://www.edukafarm.cz/casopis-farminews-archiv>

KHATOON, Aisha et al. *An Overview of Menopausal Symptoms Using the Menopause Rating Scale in a Tertiary Care Center*. Journal of Mid-life Health [online]. 2018, **9**(3), 150-154 [cit. 2019-04-01]. DOI: 10.4103/jmh.JMH_31_18. ISSN 09767800.

KOLAŘÍK, D., M. HALAŠKA a J. FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, 1068 s. ISBN 978-80-7345-138-7.

KOLESNÍKOVÁ, L.I. at al. *Pathogenic Role of Melatonin in Sleep Disorders in Menopausal Women*. Bulletin of Experimental Biology and Medicine. 2013, **156**(7), 104-106. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1007/s10517-013-2289-8>

KOLOMBO, Ivan, Jitka KOLOMBOVÁ, Jaroslav PORŠ, et al. *Stresová inkontinence u žen*. Urologie pro praxi. 2009, **10**(1), 11-20. ISSN 1213-1768. Dostupné také z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/01/03.pdf>

KOŠŤÁLOVÁ, M. a Milan KOŠŤÁL. *Menopauza a stárnutí kůže*. Gynekolog. 2007, **16**(3), 96-101. ISSN 1210-1133.

KUBÍKOVÁ, Drahomíra. *Menopauzální symptomy a hormonální substituční terapie*. Praktické lékárenství. 2014, **10**(2), 68-73. ISSN 1801-2434. Dostupné také z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/archiv.php>

KUBÍKOVÁ, Drahomíra. *Menopauzální symptomy a hormonální substituční terapie*. Praktické lékárenství. 2014, **10**(2), 68-73. ISSN 1801-2434. Dostupné také z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/archiv.php>

KUČERA, Martin, J. ŠTĚPÁN a M. ŠTELCL. *Možnosti a praktický význam stanovení ovariální rezervy*. Česká gynekologie. 2018, **83**(4), 307-311.

KUČEROVÁ, Irena. *Diagnostika a léčba osteoporózy*. Kardiologická revue – Interní medicína. 2014, **16**(5), 402-409. ISSN 2336-288x. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/kardiologicka-revue-clanek/dia-gnostika-a-lecba-osteoporozy-50151>

LAMKOVÁ, Ivana. *Objektivizace posuzování změn u žen v klimakteriu při využití hodnotících nástrojů*. In: Reflexe programu "Zdraví 2020" v ošetrovatelství a porodní asistenci. Ústí nad Labem, 2015, s. 38-53. ISBN 978-80-7414-976-4.

LITVIK, Radek. *Hormonální stárnutí kůže*. Dermatologie pro praxi. 2008, **2**(5-6), 226-229.

LOBO, R. a. *The hope for KEEPS*. Climacteric [online]. 2015, **18**(2), 108-109 [cit. 2019-04-05]. DOI: 10.3109/13697137.2015.1007428. ISSN 13697137.

MAREŠ, Jiří a Jana MAREŠOVÁ. *Kvalita života související se zdravím*. Kvalita života u dětí a dospívajících. 2006, 29-42. ISBN 8086633659.

MAREŠ, Jiří a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006- . sv. ISBN 80-86633-65-9.

- MAREŠ, Jiří. *Problémy se zjišťováním kvality života seniorů*. Praktický lékař. 2014, **94**(1), 22-31.
- MASARYKOVÁ, Lucia at al. *Kvalita života pacientov trpiacich osteoporózou*. Česká a slovenská farmacie. 2015, **64**(3), 72-78. ISSN 1210-7816. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-farmacie-clanek/kvalita-zivota-pacientov-trpiacich-osteoporozou-55805>
- MORAVCOVÁ, M. a J. HOLÁ. *Utilizing the Menopause Rating Scale questionnaire in electronic form for evaluating the quality of life in postmenopausal women*. Kontakt, 2017. Dostupné z <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1212411717300119>
- MORAVCOVÁ, M. a J. MAREŠ. *Nástroje pro hodnocení kvality života žen po menopauze*. Kontakt, 2011, roč. 13, č. 4, s. 434-442. ISSN 1212-4117.
- MORAVCOVÁ, Markéta, et al. *Czech version of Menopause Rating Scale Questionnaire—Preliminary notice*. Kontakt, 2014, 16.2: e94-e101.
- MORAVCOVÁ, Markéta, Jiří MAREŠ a Stanislav JEŽEK. *Menopause rating scale - validizace české verze specifického dotazníku kvality života související se zdravím u žen po menopauze*. Central European Journal of Nursing and Midwifery [online]. 2014, **5**(1), 36-45 [cit. 2019-04-10]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2014-01/6-moravcova-et-al-cz.pdf>
- MORAVCOVÁ, Markéta. *Menopauza a kvalita života*. Profese on-line [online]. 2011, **4**(2), 6-10 [cit. 2019-04-5]. DOI: 10.5507/pol.2011.010. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/archive.php>
- MUKA, Taulant, at al. *Association of Vasomotor and Other Menopausal Symptoms with Risk of Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis*. PLoS ONE [online]. 2016, **11**(6), 1-15 [cit. 2019-04-04]. DOI: 10.1371/journal.pone.0157417. ISSN 19326203.
- NAPPI, Rossella et al. *The CLOSER survey: Impact of postmenopausal vaginal discomfort on relationships between women and their partners in Northern and Southern Europe*. Maturitas [online]. 2013, **75**(4), 373-379 [cit. 2019-04-2]. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.05.003. ISSN 03785122.

NOVOTNÁ, Michaela. *Ultrazvukové hodnocení ovariální rezervy*. Klimakterická medicína. 2013, **18**(3), 18-20. ISSN 1211-4278.

OMASOVÁ STUDÝNKOVÁ, Jana. *Postmenopauzální osteoporóza*. Angis revue. 2015, **8**(4), 26-28. ISSN 2464-5435. Dostupné také z: <http://www.angisrevue.cz/>

OZKAN, S., S. A. ERKAN, M. ZENCIR. *Women's Quality of Life in the Premenopausal and Postmenopausal Periods*. Quality of Life Research. 2005, vol. 14, no. 8, pp. 1795–1801. ISSN 1573-2649.

PAYER, Juraj a kol. *Postmenopauzálna osteoporóza: štandardný diagnostický a terapeutický postup*. Clinical Osteology. 2018, **23**(1), 18-27.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PILKA, Radovan a kol. *Gynekologie*. Dotisk 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 217 s. Skripta. ISBN 978-80-244-3019-5.

POOMALAR, G. k. a Bupathy AROUNASSALAME. *The Quality of Life During and After Menopause Among Rural Women*. Journal of Clinical [online]. 2013, **7**(1), 135-139 [cit. 2019-04-12]. DOI: 10.7860/JCDR/2012/4910.2688. ISSN 0973709X.

RAHMAN, Syed Alwi Syed Abdul; ZAINUDIN, Siti Rubiah; MUN, Verna Lee Kar. *Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia*. Asia Pacific family medicine, 2010, 9.1: 5.

RENZETTI, Claire M. a Daniel J. CURRAN, 2003. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0525-2.

REŠLOVÁ, Taťána. *Klimakterická medicína ve 21. století: nové přístupy: 9.12.2006 Hradec Králové: [program a sborník abstrakt]*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2006. 22 s. ISBN 80-87009-13-4.

ROMŽOVÁ, Miroslava a kol. *Inkontinence moči z pohledu urologa*. Medicína pro praxi. 2011, **8**(5), 222-225. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/archiv.php>

ŘEHULKOVÁ, Oliva et al. *The quality of life in the contexts [of] health and illness*. Brno: MSD, 2008. 162 s. ISBN 978-80-7392-073-9.

SLÍVA, Jiří. *Farmakoterapie psychických poruch v perimenopauze*. Klimakterická medicína. 2015, **20**(2), 5-7. ISSN 1211-4278.

SLÍVA, Jiří. *Užití melatoninu v klinické praxi*. Klimakterická medicína. 2014, **19**(1), 11-14. ISSN 1211-4278.

SOTORNÍK, Ivo. *Osteoporóza – epidemiologie a patogeneze*. Vnitřní lékařství. 2016, **62**(Suppl 6), 84-87.

ŠPAČEK, J., V. BUCHTA, P. JÍLEK a kol. *Rekurentní vulvovaginální kandidóza – současný stav problematiky a léčebné možnosti*. Česká gynekologie. 2008, **73**(3), 179-184.

Thurston RC et al. *Menopause symptoms and cardiovascular disease mortality in the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE)*. Menopause 2017; 24: 126-132.

TRNĚNÁ, Zuzana a Lukáš HORČIČKA. *Inkontinence a menopauza*. Urologie pro praxi. 2011, **12**(1), 29-32. ISSN 1213-1768. Dostupné také z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/01/05.pdf>

TROJANOVÁ, Blanka. *Behaviorální determinanty osteoporózy: je třeba edukovat ženy v prevenci osteoporózy?* Praktická gynekologie. 2013, **17**(1), 86-92. ISSN 1211-6645. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/behavioralni-determinanty-osteoporozy-je-treba-edukovat-zeny-v-prevenci-osteoporozy-40498>

URBANOVÁ, T. *Kvalita života žen po menopauze*. Pardubice, 2015, 56 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 2007 Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VAŠÍČKOVÁ, Zdeňka. *Výživová doporučení v období klimakteria*. Praktická gynekologie. 2004, (1), 33-38. ISSN 1211-6645.

VRABLÍK, Michal, Zdeněk CHMELÍK a Věra LÁNSKÁ. *Kardiovaskulární rizikový profil u 40letých mužů a 50letých žen v České republice: výsledky průřezové studie*. Vnitřní lékařství. 2014, **60**(11), 991-997. ISSN 0042-773X. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/kardiovaskularni-rizikovy-profil-u-40letych-muzu-a-50letych-zen-v-ceske-republice-vysledky-prurezove-studie-50920>

VRABLÍK, Michal. *Cévní onemocnění žen v menopauze*. Interní medicína pro praxi. 2015, **17**(1), 18-22. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/>

VRABLÍK, Michal. *Kardiovaskulární riziko a hormonální substituční léčba v menopauze*. Interní medicína pro praxi. 2009, **11**(5), 207-210. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/05/02.pdf>

VRUBLOVÁ, Y. *Ženské klimakterium a jeho vliv na kvalitu života*. Klimakterická medicína. 2005, roč. 10, č. 3, s. 9–10. ISSN 1211-4278.

VRUBLOVÁ, Yveta. *Sexuální zdraví žen v menopauze*. Praktická gynekologie. 2005, **9**(1), 25-27. ISSN 1211-6645.

ZÖLLNER, Z. F., C. ACQUADRO, M. SCHAEFER. *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.

13 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A.....,93

Příloha B.....94

Příloha A

Informace k dotazníku

Vážená paní,

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

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

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

Za Vaši trpělivost při vyplnění dotazníku Vám předem děkujeme.

Bc. Michaela Pospíšilová
studentka studijního oboru Perioperační
péče v gynekologii a porodnictví
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
email: st52822@student.upce.cz

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

Jméno a příjmení (iniciály):

Věk:

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