

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
Ústav nelékařských studií

**Vliv hormonálních změn na kvalitu života žen
v klimakteriu**

Bakalářská práce

Autor práce: **Zuzana Chejnovská**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Matulová**

2023

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
Department of Non-Medical Studies

**The influence of hormonal changes on the quality
of life of women in menopause**

Bachelor's thesis

Author: **Zuzana Chejnovská**

Supervisor: **Mgr. Jana Matulová**

2023

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

Zuzana Chejnovská

Poděkování:

Ráda bych poděkovala především paní Mgr. Janě Matulové za odborné vedení, za její pomoc a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat lékařům, v jejichž ordinacích probíhal výzkum, a také respondentkám, které se výzkumu zúčastnily. V neposlední řadě děkuji mé rodině a přátelům za jejich podporu po celou dobu mého studia.

OBSAH

| | |
|-----------------------------------------------------------|----|
| ÚVOD..... | 8 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1 FYZIOLOGICKÁ OBDOBÍ ŽIVOTA ŽENY..... | 11 |
| 1.1 Novorozenecké období – neonatální..... | 11 |
| 1.2 Dětské období – infantilní..... | 11 |
| 1.3 Období puberty..... | 12 |
| 1.3.1 Patologie puberty | 12 |
| 1.4 Období pohlavní zralosti..... | 12 |
| 1.5 Klimakterium | 12 |
| 1.6 Senium..... | 13 |
| 2 KLIMAKTERIUM | 14 |
| 2.1 Historie klimakteria..... | 14 |
| 2.2 Definice pojmů..... | 15 |
| 2.3 Endokrinologie ženských pohlavních hormonů..... | 16 |
| 2.4 Fyziologie klimakteria | 16 |
| 3 SYMPTOMATOLOGIE KLIMAKTERIA..... | 19 |
| 3.1 Akutní (vegetativní) klimakterický syndrom..... | 19 |
| 3.1.1 Vazomotorické symptomy..... | 19 |
| 3.1.2 Psychické symptomy | 20 |
| 3.1.3 Diagnostika akutního klimakterického syndromu | 20 |
| 3.2 Organický estrogen-deficitní syndrom..... | 21 |
| 3.2.1 Kožní změny | 21 |
| 3.2.2 Urogenitální změny..... | 22 |
| 3.2.2.1 Inkontinence moči | 22 |
| 3.2.2.2 Sexuální problémy..... | 23 |
| 3.2.3 Poškození dalších sliznic | 24 |

| | | |
|---------|-------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.3 | Metabolický estrogen-deficitní syndrom | 24 |
| 3.3.1 | Kardiovaskulární onemocnění | 24 |
| 3.3.1.1 | Ateroskleróza..... | 25 |
| 3.3.2 | Osteoporóza | 25 |
| 4 | MOŽNOSTI MÍRNĚNÍ DOPADŮ KLIMAKTERIA | 28 |
| 4.1 | Zdravý životní styl | 28 |
| 4.2 | Fytoestrogeny..... | 29 |
| 4.3 | Hormonální substituční terapie | 30 |
| 4.3.1 | Hormony používané v hormonální substituční terapii a další preparáty .. | 32 |
| 4.3.2 | HRT a riziko vzniku karcinomu prsu | 33 |
| 4.3.3 | HRT a riziko vzniku tromboembolické nemoci | 34 |
| 5 | KVALITA ŽIVOTA..... | 35 |
| 5.1 | Měření kvality života | 36 |
| 6 | KVALITA ŽIVOTA ŽEN V KLIMAKTERIU | 38 |
| 6.1 | Menopause Rating Scale | 39 |
| | EMPIRICKÁ ČÁST | 41 |
| 7 | CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 42 |
| 8 | ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY | 43 |
| 8.1 | Metoda výzkumu a zpracování dat | 43 |
| 8.2 | Organizace výzkumného šetření | 43 |
| 8.3 | Charakteristika zkoumaného souboru..... | 44 |
| 9 | VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 46 |
| 9.1 | Hodnocení jednotlivých příznaků | 49 |
| 9.2 | Hodnocení jednotlivých domén a míry ovlivnění kvality života..... | 62 |
| 9.3 | Statistická analýza vybraných dat | 66 |
| | DISKUZE | 70 |
| | ZÁVĚR..... | 78 |

| | |
|-----------------------------------|----|
| ABSTRAKT | 80 |
| ABSTRACT..... | 81 |
| POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY..... | 82 |
| SEZNAM ZKRATEK | 86 |
| SEZNAM GRAFŮ | 88 |
| SEZNAM TABULEK | 89 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 90 |

ÚVOD

Klimakterium představuje nedílnou součást života všech žen. Fyziologicky přichází mezi 45. a 60. rokem života, v jistých případech může přijít i dříve. Z důvodu symptomů, které se s klimakteriem pojí a které ovlivňují kvalitu života v různé míře, může být toto období života ženami vnímáno negativně.

Klimakterium způsobuje velkou změnu v životě každé ženy. Z plodné ženy se stává neplodná, což může být provázeno pocitem ztráty ženství. Dochází zde k velkým fyzickým i psychickým změnám, které se pojí s estrogením deficitem. Důležitá je včasná a dostatečná edukace žen o možných příznacích klimakteria, o možnostech jejich mírnění a o rizicích, které se s léčbou pojí.

Důvodem, proč jsem si pro bakalářskou práci vybrala toto téma je zdůraznit důležitost veřejného a otevřeného sdílení informací ohledně klimakteria, jeho příznacích a změnách v organismu ženy. Dále jsem se chtěla dozvědět více o hormonální terapii klimakteria. Hormonální terapie je aktuálně ve společnosti velmi diskutované téma. Dle mého názoru má vše své pro a proti. S hormonální léčbou se pojí spousta rizik, která by ale nemusela být při přiměřeně dlouhé terapii závažná. Na druhou stranu může ženě, která trpí silným klimakterickým syndromem, pomoci k navrácení dostatečné kvality života. Věřím ale, že je v dnešní době spousta žen, které jakoukoliv hormonální terapii odmítají.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. Teoretická část je věnována jednotlivým fyziologickým obdobím života ženy a dále konkrétně klimakteriu z fyziologického a endokrinologického pohledu. Následuje kapitola, která se zabývá symptomatologií klimakteria, kde je zvlášť popsán akutní klimakterický syndrom, organický estrogen-deficitní syndrom a metabolický estrogen-deficitní syndrom. Příznaky jednotlivých syndromů individuálně ovlivňují kvalitu života ženy. Část žen může trpět silnými příznaky klimakteria, které bez léčby výrazně snižují kvalitu života, proto je další kapitola věnována možnostem mírnění dopadů klimakteria. Je zde zmíněn zdravý životní styl, kterým žena může zmírnit příznaky klimakteria, dále je popsána terapie pomocí fytoestrogenů a hormonální substituční terapie. Další kapitola je věnována kvalitě života obecně a poté kvalitě života žen v klimakteriu.

Z pohledu zdravotníků je velmi důležité a aktuální zajímat se o kvalitu života svých pacientů a zjišťovat, co ji ovlivňuje, aby mohli včas zasáhnout a zabránit jejímu zhoršení. V dnešní generaci se lidé dožívají vysokého věku a je důležité, aby každý jedinec svůj život prožil kvalitně.

Z toho důvodu je hlavní podstatou empirické části posoudit celkovou kvalitu života žen v klimakteriu. Pro empirickou část práce je stanoven jeden hlavní cíl, šest dílčích cílů a ke třem z nich jsou stanoveny hypotézy, které jsou následně statisticky zpracovány. K získání dat byla zvolena kvantitativní metoda, a to prostřednictvím standardizovaného dotazníku Menopause Rating Scale, který byl vzhledem k cílům práce doplněn o informaci týkající se druhu léčby.

TEORETICKÁ ČÁST

1 FYZIOLOGICKÁ OBDOBÍ ŽIVOTA ŽENY

Život všech žen je z fyziologického hlediska rozdělen do šesti období. Každá žena, bez výjimky, si jimi projde. Jedná se o období novorozenecké, dětské, o pubertu, období pohlavní zralosti, klimakterium a v neposlední řadě senium (Slezáková a kol., 2017, s. 24).

1.1 Novorozenecké období – neonatální

Období novorozenecké začíná po porodu. Dívka má po narození vysokou hladinu estrogenů. Dříve převládal názor, že tyto hormony pocházejí z těla matky. V současné době se v odborné literatuře setkáváme i s názorem, že hladina estrogenů je výsledkem produkce vlastními ovarií (vaječníky) novorozené dívky pomocí stimulace choriovým gonadotropinem (hCG) (Čepický, 2021, s. 47).

Nicméně, ať už je původ estrogenů z těla matky, nebo prostřednictvím ovarií novorozence, tak jako tak ovlivňují dítě ještě několik dní po porodu, dokud se z těla nevyplaví. Hormony mohou u novorozence způsobovat hormonální reakci, která se projevuje například zduřelou prsní žlázou, krvácením z rodidel nebo odtokem hlenu z pochvy. Přibližně po třech až šesti týdnech nastává období hormonálního klidu (Slezáková a kol., 2017, s. 25).

1.2 Dětské období – infantilní

Dětské období je definováno jako období hormonálního klidu. Začíná po novorozeneckém období a končí s nástupem puberty. Hormonální klid je způsoben činností útlumového centra v mozku (Slezáková a kol., 2017, s. 25).

Ovaria neprodukují téměř žádné hormony, což se projevuje typickými rysy. Vulva neprodukuje žádný sekret, v pochvě se nachází smíšená bakteriální flóra a nejsou přítomny laktobacily. Děloha má infantilní tvar, to znamená, že děložní hrdlo tvoří přibližně 2/3 celkové velikosti dělohy a zbytek je děložní tělo (Čepický, 2021, s. 47).

V dětském období se víceméně tělesný vzhled dívek neliší od vzhledu chlapců, ale dívky, dříve než chlapci, začínají rychleji růst a dříve se u nich projevují známky prepubertálního a pubertálního vyspívání (Slezáková a kol., 2017, s. 25).

1.3 Období puberty

Období puberty následuje po dětském období, obvykle začíná mezi 10. a 12. rokem života dívky. Puberta je období dospívání, které je charakterizováno růstem a zráním reprodukčního systému (Slezáková a kol., 2017, s. 25).

Se začátkem puberty stoupá produkce gonadotropních hormonů (hormony podvěsku mozkového), které ovlivňují produkci estrogenů ve vaječnicích a růst folikulů. Výsledkem tohoto procesu je první menstruace – menarche, která přichází mezi 10. a 15. rokem života. První menstruace bývají zpravidla anovulační a nepravidelné. Přibližně do dvou let od první menstruace se cykly stávají ovulační (Čepický, 2021, s. 47-49).

Mezi typické znaky dospívání řadíme ukládání podkožního tuku, změny stavby kostry a svalstva, růst pubického a axilárního ochlupení a růst a vývoj prsů (Slezáková a kol., 2017, s. 25).

1.3.1 Patologie puberty

Puberta předčasná – pubertas praecox u dívky začíná do osmého roku života. Může být centrální, kdy je hladina hormonů fyziologická, pouze začne o něco dříve nebo periferní, jejíž příčinou mohou být nádory na vaječniku nebo nadledvinách.

Puberta opožděná – pubertas tarda nastává v případě, že do 13. roku života nenastal růst a vývoj prsů nebo pokud doba od prvních projevů puberty do první menstruace překročila pět let (Čepický, 2021, s. 47-49).

1.4 Období pohlavní zralosti

Období pohlavní zralosti je nejdelší období života ženy. Probíhá přibližně od 18. do 45. roku života a je vyznačováno pravidelnými menstruačními cykly, které zpravidla trvají 28 dní. K ovulaci dochází přibližně v polovině cyklu, tzn. 14. den. V období několika dní před a několika dní po ovulaci je největší pravděpodobnost otěhotnění. Nejvhodnější období pro otěhotnění je mezi 20. a 30. rokem života, kdy je žena nevíce připravena na fyziologický průběh těhotenství a porodu (Slezáková a kol., 2017, s. 25-26).

1.5 Klimakterium

V období klimakteria dochází ke snížení funkce vaječníků, s čímž souvisí endokrinní, somatické a psychické změny (Slezáková a kol., 2017, s. 26-27).

Podrobněji je problematice klimakteria věnována kapitola číslo 2.

1.6 Senium

Senium je označováno jako klidové období pohlavních orgánů. Ovariální funkce je v tomto období nulová. Mezi znaky senia řadíme atrofii rodidel, šednutí a řídnutí vlasů, tvorbu vrásek, snižování podkožního tuku nebo příznaky počínající inkontinence moči. Žena v tomto období zpravidla nemá žádné větší problémy, ale měla by dodržovat správnou životosprávu.

V seniu může dojít například k sestupu dělohy a pochvy vlivem vyhaslé funkce vaječnicků. Žena může nepravidelně krvácet z rodidel, což může mít různé příčiny. Při jakémkoli krvácení by měla informovat gynekologa. Nejzávažnější příčinou krvácení může být karcinom endometria – děložní sliznice (Slezáková a kol., 2017, s. 27).

2 KLIMAKTERIUM

Klimakterium je přechod mezi plodným obdobím života ženy a seniemi. Vyznačuje se řadou endokrinních, metabolických, organických a psychických změn. Veškeré tyto změny ovlivňují kvalitu života ženy v tomto období, a to hlavně negativně (Kubíková, 2014, s. 68).

Klimakteriem si projde každá žena, některá dříve, některá později. Obvykle začíná okolo padesáti let. Část žen si tímto obdobím projde bez nějakých výraznějších příznaků, další část žen trpí silnými příznaky, kvůli kterým jsou nuceny navštívit lékaře. Některé ženy se těší na to, že konečně přestanou menstruovat, ale většina žen se velmi obává příznaků, které klimakterium doprovázejí (Leonardová, 2018, s. 7-8).

2.1 Historie klimakteria

První zmínky o přítomnosti klimakteria v životě žen jsou datovány již ve starověku. V některých knihách, které byly napsány staroindickými lékaři, je psáno, že menarche u většiny žen přichází ve 12 letech a poslední menstruace proběhne okolo padesáti let.

První konkrétnější vysvětlení klimakteria a jeho příčin publikoval John Leak v roce 1977 ve své knize *Medical instructions towards the prevention and cure of chronic disease peculiar to women*. Autor knihy popsal příznaky klimakterického syndromu.

Základy znalostí o estrogenech byly popsány v 19. století a v počátku 20. století. Jako první popsal sekreci hormonů Theophile de Bordeu v roce 1755, ale až Claude Bernard ji více popsal v roce 1855. Pojem *hormon* poté definoval Baylis, Starling a William Hardy. Účinky estrogenů na pochvu popsali v roce 1917 Stockard a Papanicolaou a účinky estrogenů v děloze hlodavců zjistili v roce 1924 Allen a Doisy.

V roce 1926 na toto pozorování navázal Parkes a Bellerby. Pozorování Allena a Doisyho jim pomohlo při očištění hormonálních extraktů z ovarií, popisovaných jako estrin. Z moči těhotných žen izoloval estrin také Marian z Velké Británie a až v roce 1940 byl z placenty a z moči těhotných žen izolován 17 β -estradiol.

Roku 1932 poprvé použili Geist a Spilman estrogenu jako léčbu ke zmírnění projevů klimakteria.

Wulf H. Utian společně s Pieterem van Keepem založili v roce 1977 Mezinárodní menopauzální společnost, která pořádala kongresy týkající se menopauzy. Tato společnost se zasloužila o mnoho výzkumných studií věnujících se problematice menopauzy.

Nejprve se do 80. let podávaly ženám samotné estrogény, ale přišlo se na to, že kontinuální podávání samotných estrogenů může být rizikovým faktorem vzniku karcinomu endometria. Díky tomuto zjištění vznikla kombinovaná estrogen-progestinová léčba, která chrání dělohu před vysokou stimulací estrogény. Následně bylo zjištěno, že při dlouhodobém užívání hormonální substituce je vyšší riziko vzniku karcinomu prsu. Tento problém byl vyřešen v roce 2000, a to podáváním nízkých dávek hormonální substituce na nezbytně dlouhou dobu (Donát, 2003, s. 9-10).

2.2 Definice pojmů

Klimakterium je fyziologické období v životě ženy. Je to část mezi obdobími pohlavní zralosti a seniemi. V klimakteriu dochází k fyziologické zástavě funkce ovarií, což je doprovázeno endokrinními, somatickými a psychickými změnami.

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je klimakterium období, které začíná jeden rok před menopauzou se současně nastupujícími typickými příznaky. Klimakterium za fyziologických podmínek nastupuje mezi 45. a 60. rokem života ženy. Pokud nastane před 40. rokem, hovoříme o předčasném ovariálním selhání.

Menopauza je někdy špatně označována jako synonymum klimakteria, ale není tomu tak. Menopauza je poslední menstruační krvácení. Průměrně k menopauze dochází mezi 49. a 51. rokem života (Fait, 2018, s. 12).

Předčasná menopauza je poslední menstruační krvácení, které proběhne před 40. rokem včetně. Příčinou předčasné menopauzy může být autoimunitní onemocnění, genetika nebo odchylky chromozomu X.

Indukovaná menopauza je zástava menstruace prostřednictvím chirurgického zákroku, který spočívá v odstranění vaječnicků. Amenorea může být dále způsobena chemoterapií nebo aktinoterapií. Zástava menstruace, která byla způsobena prostřednictvím chemoterapie, nemusí být trvalá (Kubíková, 2014, s. 68).

Premenopauza je v prvním slova smyslu pojem označující celé reprodukční období (Rešlová, 2012, s. 445). V druhém slova smyslu je to období, kdy menstruační cyklus probíhá pravidelně do jednoho roku před posledním krvácením, kdy se začínají objevovat příznaky klimakterického syndromu (Fait, 2018, s. 12).

Perimenopauza je období probíhající těsně před poslední menstruací a jeden rok po ní. Toto období je doprovázeno endokrinologickými, biologickými a klinickými příznaky, které signalizují blížící se menopauzu.

Postmenopauza nastává jeden rok po posledním menstruačním krvácení. Období postmenopauzy se vyznačuje stále zvýšenou hladinou folikulo-stimulačního hormonu (FSH), a téměř nulovou produkcí estrogenů (Fait, 2018, s. 12). Je to období po poslední menstruaci, ať už z přirozeného hlediska, nebo z důvodu indukované menopauzy, do období senia (Kubíková, 2014, s. 69).

2.3 Endokrinologie ženských pohlavních hormonů

V období klimakteria se hladina hormonů v ženském těle postupně mění. Výsledkem všech změn jsou nízké hladiny estrogenu a progesteronu a vysoké hladiny gonadotropních hormonů. Pro celkové pochopení hormonálních změn v klimakteriu je nutné znát řízení sekrece jednotlivých hormonů.

Sekrece hormonů hypofýzy – podvěsku mozkového – je řízena pomocí hypotalamu – částí mezimozku – a to prostřednictvím gonadotropin uvolňujícího hormonu (GnRH). Hypofýza následně produkuje gonadotropní hormony, jejichž úkolem je regulace a řízení funkce vaječnicků. Mezi ně řadíme FSH a LH – luteinizační hormon. Množství gonadotropinů, které hypofýza vyprodukuje, je řízeno negativní zpětnou vazbou hladin estrogenů a gestagenů. Produkce FSH je dále řízena prostřednictvím produkce inhibinů – glykoproteinů. Inhibiny jsou produkovány buňkami dominantního folikulu a také prostřednictvím Graafova folikulu.

Pokles hladiny inhibinů způsobuje prudký pokles folikulů v ovariu. V několika studiích je uvedeno, že pokles hladin inhibinů je způsoben věkem. V případě jejich poklesu současně stoupá hladina FSH (Jeníček, 2001, s. 17).

2.4 Fyziologie klimakteria

Klimakterické změny, které způsobují další obtíže, mají mnoho příčin a jsou ovlivněny mnoha faktory. Mezi faktory, které ovlivňují to, zda u ženy nastane menopauza dříve, nebo později, řadíme věk menarche. Čím dříve žena začne menstruuovat, tím později nastane menopauza. Mezi další faktory patří délka menstruačního cyklu – čím delší má žena cyklus, tím později začne menopauza. Dále ovlivňuje nástup menopauzy počet porodů – čím více žena porodí dětí, tím je nástup menopauzy pozdější. U žen, které kouří, nastoupí menopauza naopak dříve. Dalšími faktory, které ovlivňují klimakterium, mohou být rasa, zeměpisná poloha, nadmořská výška a socioekonomická situace ženy.

Za nejzákladnější příčinu je považováno totální vyčerpání folikulů v ovariu, což má za následek nedostatek steroidních hormonů – hlavně estrogenů (Fait, 2018, s. 14).

Folikuly v ovariu začínají zanikat již v prenatálním období. Zpočátku se jich v jednom ovariu nachází několik milionů, v termínu porodu jejich počet klesá na přibližně 700 000, z toho je zdravých okolo 400 000.

Z důvodu vymizení velkých folikulů a nových žlutých tělísek je ovarium v menopauze menší a lehčí než v předešlém období. V ovariu se stále nachází normální folikuly s oocyty, ty ale již nejsou citlivé na gonadotropiny. Po přechodu je ovarium stále funkční endokrinní žláza, neprodukuje již estrogenu a gestagenu, ale produkuje androgeny (Jeníček, 2001, s. 16-17).

Z anatomického pohledu je primární změnou atrofie ovaria, kdy je kůra vaječníku postupně nahrazena pojivovou tkání. Folikuly nacházející se v ovariu postupně zanikají a tím degenerují cévy vaječníku. Změny jsou s největší pravděpodobností způsobeny genetickými vlivy a zbytek vzniká v důsledku snížení hladin estrogenů.

Mezi další změny z anatomického hlediska řadíme sníženou elasticitu pochvy, změny poševního pH z kyselého na neutrální až alkalické a vymizení laktobacilů. Dochází k atrofii endometria, dělohy, vulvy, vaziva a svalů pánevního dna. Ženy v přechodu pociťují změny hmotnosti, zvýšenou pigmentaci kůže a snížení její elasticity, zmenšení prsou a ztrátu jejich pevnosti. V klimakteriu dochází ke zhoršení procesů v ledvinách, k nižšímu průtoku krve ledvinami, ke snížení objemu žaludku a motility gastrointestinálního traktu (Fait, 2018, s. 17).

První laboratorní známky počínajícího snižování ovariální funkce a známky snížené odpovědi ovarii na stimulaci hypofýzou můžeme zaznamenávat již od 35. roku života ženy. Veškeré tyto změny se posléze více prohlubují, až dojde k vymizení menstruačního cyklu. Nastává amenorea, která se projevuje typickým hormonálním obrazem (Roztočil a kol., 2011, s. 91).

Zejména první rok po menopauze dochází k prudkému snížení tvorby estrogenů, což má za následek zvýšené množství FSH. Zvýšení množství FSH je tedy první známkou období, které nastává těsně před poslední menstruací, hladina LH a estradiolu je zatím v normě. S následným snižováním množství folikulů klesá hladina estradiolu a progesteronu. Následkem tohoto procesu se menstruační cykly postupně prodlužují, až nakonec nastane amenorea. V tomto stadiu dochází ke zvýšení hladiny LH a to 3-7krát a hladina FSH je vyšší 4-10krát.

„Laboratorným kritériem klimakteria je sérová hladina FSH >40 IU/l, 17β-estradiolu <0,1 mmol/l a inhibinu <72 IU/l.“ (Fait, 2018, s. 15).

V dnešní době je plánování rodičovství často odkládáno do pozdějšího věku, často až k hranici, kdy začíná klimakterium. Po 35. roce života ženy dochází ke snižování reprodukční schopnosti, a tedy k větším problémům s otěhotněním (Fait, 2018, s. 15).

3 SYMPTOMATOLOGIE KLIMAKTERIA

Vlivem poruch ovariální funkce jdou ruku v ruce poruchy menstruačního cyklu. U většiny žen nedochází k náhlé zástavě menstruace, ale k postupnému zkracování menstruačních cyklů až k jejich úplnému vymizení. Hladiny hormonů se neustále mění, u některých žen dochází ke snížení hladin progesteronu a následnému hyperestrinismu. Vlivem těchto změn dochází k silným metroragiím.

Symptomů klimakteria je mnoho a můžeme je rozdělit do několika syndromů. Jedním z nich je vegetativní syndrom, do kterého řadíme vazomotorické a psychické příznaky. Vegetativní syndrom je též označován jako **akutní klimakterický syndrom**. Dále máme symptomy organické – subakutní, které již mohou vést k určitému poškození zdraví, a symptomy metabolické. Metabolické symptomy způsobují rozsáhlé změny, které mohou poškozovat zdraví, proto je označujeme také jako chronické. Organické symptomy řadíme do **organického estrogen-deficitního syndromu** a symptomy metabolické jsou součástí **metabolického estrogen-deficitního syndromu** (Fait, 2018, s. 17-18).

3.1 Akutní (vegetativní) klimakterický syndrom

Akutní klimakterický syndrom se projevuje příznaky vazomotorickými a psychickými. Mezi vazomotorické příznaky řadíme návaly horka, noční pocení a palpitace a do psychických symptomů patří nespavost, zhoršení paměti, ztráta libida, změny nálad, ztráta sebevědomí nebo plačtivost (Fait, 2018, s. 17).

Symptomy akutního klimakterického syndromu, jejich intenzita, frekvence a délka trvání je u každé ženy individuální. Nejvíce příznaků se projevuje v období prvních tří let po menopauze a postupně jejich množství klesá (Kubíková, 2014, s. 70).

3.1.1 Vazomotorické symptomy

Návaly horka trvají od několika sekund do maximálně 60 minut, zpravidla trvají přibližně 3-4 minuty. Příčinou je pravděpodobně porucha termoregulace v hypothalamu. Návaly začínají pocitem horka a pálením, které se šíří od hlavy až do celého těla. Následně přichází záchvat pocení, který může být doprovázen bolestmi hlavy nebo **palpitací**. Je obecně známo, že návaly horka ženu ze zdravotního hlediska nijak neohrožují, ale velmi snižují kvalitu života. Množství návalů je individuální a ovlivňuje je životní styl, genetika, hmotnost nebo to, zda je žena kuřačka (Fait, 2018, s. 18-19).

„Objevují se u 60–85 % žen a u více než poloviny přetrvávají déle než pět let (u 10 % žen pak více než 15 let). ... Celkový počet návalů je velmi variabilní, od několika až do více než 20 za 24 hodin.“ (Roztočil, 2011, s. 92).

V novodobých odborných studiích bylo zjištěno, že vazomotorické příznaky akutního klimakterického syndromu jsou rizikovým faktorem pro kardiovaskulární onemocnění.

V rámci Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) bylo prokázáno, že návaly horka jsou rizikovým faktorem pro vznik hypertenze a endoteliální dysfunkce. Ve zkoumaném souboru, který zahrnoval přes 11 000 žen sledovaných po dobu 14 let, bylo zjištěno dvojnásobné riziko ischemické choroby srdeční, jejíž příčinou byly návaly horka spojené se zvýšením krevního tlaku, změnou lipidového spektra, zvýšením inzulínové rezistence a zánětlivých markerů. U žen s návaly horka je trojnásobné riziko vzniku cévní mozkové příhody a dvojnásobné riziko vzniku demence v souvislosti se zvýšeným množstvím hyperdenzních ložisek v bílé mozkové hmotě (Fait, 2018, s. 18-19).

3.1.2 Psychické symptomy

Součástí akutního klimakterického syndromu jsou psychické příznaky, mezi které patří nespavost, úzkost, změny nálad, ztráta sebevědomí, plačtivost nebo zhoršení paměti (Fait, 2018, s. 17).

Emoce jsou výsledkem mnoha environmentálních faktorů, které se navzájem ovlivňují. V období perimenopauzy působí na psychiku ženy mnoho faktorů, mezi které můžeme zařadit stárnutí, změny tělesného vzhledu, problémy v partnerském vztahu, finanční problémy, změny v životě dětí, které se stávají nezávislými, a samozřejmě nestálá hladina estrogenů, která může veškeré tyto stavy vystupňovat (Panay, Briggs, Kovacs, 2015, s. 31-32).

3.1.3 Diagnostika akutního klimakterického syndromu

Nejčastější nástroj používaný k objektivizaci akutního klimakterického syndromu je Kuppermanův index (Tabulka 1). Index slouží ke zjištění, v jaké míře se příznaky u dané ženy projevují, a ke zhodnocení tíže průběhu klimakterického syndromu (Fait, 2018, s. 25).

| Symptom | Index | Míra obtíží: |
|---------------------|-------|-------------------------------------|
| návaly horka | 4 | silné 3 |
| zvýšené pocení | 2 | střední 2 |
| poruchy spánku | 2 | lehké 1 |
| podrážděnost | 2 | žádné 0 |
| deprese | 1 | Výsledek je součtem násobků: |
| poruchy soustředění | 1 | index symptomu X míra obtíží |
| závratě | 1 | Hodnocení: |
| bolesti hlavy | 1 | > 35 těžký klimakterický syndrom |
| bolesti kloubů | 1 | 20–35 střední klimakterický syndrom |
| bušení srdce | 1 | 15–20 lehký klimakterický syndrom |

Tabulka 1: Kuppermanův index (Fait, 2018, s. 25)

3.2 Organický estrogen-deficitní syndrom

Organický estrogen-deficitní syndrom je vyznačován změnami na orgánech. Začíná se projevovat na začátku postmenopauzy, zpravidla 2-5 let po poslední menstruaci (Kubíková, 2014, s. 70).

Způsobuje mnoho nepříjemných pocitů, ale neohrožuje ženu na životě. Hlavními projevy jsou změny na kůži, vlasech, nehtech a atrofie sliznic týkající se nejčastěji pochvy, močového měchýře a uretry (Jeníček, 2001, s. 24).

3.2.1 Kožní změny

Kůže slouží jako ochrana lidského těla. Zabezpečuje ochranu vnitřního organismu před vnějšími vlivy, produkuje vitamin D3, díky své pigmentaci chrání před UV zářením a ovlivňuje termoregulaci. Kůže je tvořena ze tří vrstev – pokožka, škára a podkožní vazivo. Ke kůži patří také kožní adnexa, jako jsou chlupy, nehty, mazové a potní žlázy a mléčná žláza (Naňka, Elišková, 2019, s. 327-332).

V kůži se nacházejí estrogení receptory. Změny hladiny estrogenů tedy ovlivňují stav kůže. Z důvodu nedostatku estrogenů v období klimakteria začíná kůže rychleji stárnout, postupně se ztenčuje, až dojde k atrofii pokožky. Vlivem degenerace elastických a kolagenních vláken se kůže svažuje, je suchá a snadněji zranitelná, a cévy projevují známky sklerózy (Fait, 2018, s. 21).

Atrofii podléhají i kožní adnexa. V klimakteriu dochází k vypadávání, řídnutí a šedivění vlasů, nehty začínají být křehké, častěji se lámou a disponují projevy dystrofie. Mazové žlázy snižují svou činnost a zmenšují se (Donát, 2003, s. 24).

3.2.2 Urogenitální změny

Všechny estrogendependentní tkáně – tkáně ovlivňované hladinami estrogenů – v průběhu klimakteria podléhají atrofii. Zřejmé jsou projevy na genitálu. Dochází ke ztenčování kůže vulvy a poševního epitelu a k vyhlazování sliznice pochvy. Pochva se postupně zmenšuje a snižuje se její elasticita, což má za následek nepříjemné pocity při sexuálním styku. Dochází ke změnám vaginálního pH a ke změnám poševní mikroflóry. Vlivem těchto změn se pochva stává náchylnější k infekcím.

Dalšími projevy je zmenšení dělohy a vaječnicků, atrofie endometria a myometria. Mezi další estrogendependentní tkáň řadíme močový systém, jehož sliznice také podléhá atrofii. Atrofie sliznice močového systému se projevuje různými příznaky jako je nucení na močení, inkontinence a častější záněty močových cest (Kubíková, 2014, s. 70).

3.2.2.1 Inkontinence moči

Inkontinence je dle International Continence Society (ICS) definována jako jakýkoliv únik moči, který nelze ovládnout vůlí. Inkontinenci klasifikujeme do několika druhů, nejčastější z nich jsou:

- **Stresová inkontinence** je stav, kdy dochází k nechtěnému úniku moči při zvýšení nitrobršního tlaku, například při kašli, kýchnutí, smíchu nebo při chůzi. Nejtěžší stadium stresové inkontinence je samovolný únik moči i při malém zvýšení nitrobršního tlaku – vleže na lůžku.
- **Urgentní inkontinence** je samovolný únik moči, kterému předchází náhlé, vůlí neovladatelné nucení na močení (Slezáková a kol., 2017, s. 85-88).

Inkontinence moči výrazně snižuje kvalitu života ženy. Potýká se s ní více jak 50 % žen. Ženy s inkontinencí mají pocity nečistoty a nejistoty a podřizují tomu veškeré své aktivity. Vyhýbají se společenským událostem, navštěvují pouze místa, která znají, uzavírají se do sebe, ztrácí sebedůvěru, přestávají sportovat, vyhýbají se sexu, a dokonce opouštějí svá pracoviště. Inkontinence ovlivňuje psychický stav žen, profesní, sociální a partnerské vztahy (Trněná, Horčíčka, 2011, s. 30).

„Průzkumy potvrdily, že většina pacientek má velké psychické zábrany se o svém problému svěřit ošetřujícímu lékaři a s vyhledáním pomoci čeká v průměru tři roky.“ (Trněná, Horčíčka, 2011, s. 30).

Léčba inkontinence má svá specifika. Nejprve se musí zjistit, o jakou inkontinenci se jedná. Inkontinenci můžeme léčit konzervativně, medikamentózně a chirurgicky. Konzervativní léčba spočívá v úpravě pitného režimu, snížení tělesné hmotnosti a náročnějších fyzických aktivit, omezení kouření a v úpravě stravovacích návyků. Až 70 % případů stresové inkontinence lze vyřešit úpravou životního stylu a posilováním svalů pánevního dna.

Medikamentózní léčba spočívá v tlumení kontraktility detruzoru a zvýšení kapacity močového měchýře. V terapii jsou nejčastěji používána léčiva ze skupiny parasimpatolytik a anticholinergik. Úspěšnost medikamentózní léčby je až 80 %.

K chirurgické léčbě se přistupuje až při selhání ostatních postupů. V současnosti je nejčastěji prováděná operace pomocí TVT nebo TOT pásek. Úspěšnost chirurgické léčby je 90-95 % (Trněná, Horčíčka, 2011, s. 30-31).

3.2.2.2 Sexuální problémy

Sexuální uspokojení patří mezi jednu ze základních potřeb lidské bytosti. Ženy se období klimakteria obávají také z důvodu možných problémů v oblasti sexuálního života. Může dojít ke ztrátě sexuální atraktivity, což velmi ovlivňuje sebepojetí ženy. Z důvodu nedostatku estrogenů v klimakteriu dochází ke snížené lubrikaci pochvy, a to má za následek nepříjemné, až bolestivé pocity při pohlavním styku. Výsledkem tohoto problému může být celková ztráta chuti na pohlavní styk.

Velkou roli hraje v tomto případě věk, zvýšené ukládání podkožního tuku, ochabnutí prsou nebo nemoc. Žena má pocit, že již není pro svého muže tak atraktivní jako bývala dříve, proto se začíná za svou sexualitu stydět.

Důležité je o tomto problému se svým partnerem mluvit a snažit se ho nějakým způsobem vyřešit. Porozumění pro sexuální problémy by měli mít muži i ženy. Důležité je vyjádřit pochopení a mít kladný přístup k sexualitě, pokud o to oba partneři stojí (Vrublová, 2005, s. 25-27).

3.2.3 Poškození dalších sliznic

V období klimakteria dochází k poškození dalších sliznic v těle. Může dojít k atrofii sliznice dutiny ústní, která se projevuje suchostí v ústech, poruchou chuti nebo častějšími záněty, jako je například atrofická gingivitida a stomatitida. Dále může dojít k atrofii sliznice nosu, hltanu, hrtanu a zevního zvukovodu, které se projevují pálením, svěděním, poruchou polykání nebo různými infekcemi. V období klimakteria také často dochází k poškození očí, kdy dojde k atrofii sliznice spojivky, rohovky a slzných žláz. V horších případech může nastat až senilní makulární degenerace, která je dnes nejčastější příčinou slepoty (Donát, 2003, s. 21-22).

3.3 Metabolický estrogen-deficitní syndrom

Projevy metabolického estrogen-deficitního syndromu vznikají až několik let po menopauze. Estrogenní deficit způsobuje spoustu metabolických změn, které mohou vést k urychlení vzniku aterosklerózy v cévách, což zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění. Další závažné změny postihují kosti a může dojít ke vzniku klimakterické osteoporózy (Kubíková, 2014, s. 70-71).

Dalším projevem metabolického estrogen-deficitního syndromu může být onemocnění centrální nervové soustavy. Nejčastějším onemocněním je Alzheimerova demence, která se vyskytuje častěji u žen než u mužů a mohla by souviset s nedostatkem estrogenů, které chrání nervové buňky, zvyšují průtok krve cévním řečištěm mozku a podněcují tvorbu synapsí, acetylcholinu a serotoninu (Fait, 2018, s. 21).

3.3.1 Kardiovaskulární onemocnění

Na začátku 20. století byla 4% mortalita na kardiovaskulární onemocnění. V roce 1921 byly kardiovaskulární choroby jako příčina úmrtí na sedmém místě, ale od roku 1927 jsou tyto choroby na prvním místě v příčinách úmrtí. Nejvíce úmrtí je způsobeno ischemickou chorobou srdeční a cévní mozkovou příhodou. Z hlediska estrogenního deficitu se u žen v menopauze objevuje více rizikových faktorů vzniku kardiovaskulárního onemocnění (Jeníček, 2001, s. 25).

Mezi nejčastější změny řadíme zvýšení systolického a diastolického tlaku krve, zvýšení inzulínové rezistence, zvýšení cholesterolu a triglyceridů, zvýšení prokoagulační aktivity krve, dochází ke zvyšování hmotnosti a ke zvýšenému ukládání tuku, a to zejména v abdominální oblasti (Kubíková, 2014, s. 70).

3.3.1.1 Ateroskleróza

Ateroskleróza vede k postupnému zmenšování průměru cévy až k jejímu úplnému uzávěru kdekoli v těle. Způsobuje zhoršení průtoku krve v koronárních, mozkových i periferních tepnách, což vede ke zhoršenému okysličení a poškození jednotlivých orgánů (Jeníček, 2001, s. 26).

Vznik aterosklerózy je způsoben mnoha faktory. Mezi nejčastější řadíme kouření, hypertenzi, zvýšené množství tuků, diabetes mellitus a nízkou tělesnou aktivitu. Na základě dalších studií, jsou ke vzniku aterosklerózy přiřazeny další rizikové faktory, jako je trombogenní faktor, chronické infekce – chlamydie, herpetické viry – dále nízká porodní hmotnost nebo hyperhomocysteinemie (Fait, 2018, s. 20).

Je důležité si uvědomit, že tyto choroby nevznikají náhle, ale vyvíjí se postupně. Jelikož známe rizikové faktory pro vznik kardiovaskulárních chorob a aterosklerózy, je vhodné začít včas s preventivním opatřením, které spočívá hlavně v úpravě životosprávy, v omezení kouření a dále je také vhodné zvýšit fyzickou aktivitu. Součástí prevence vzniku těchto chorob u žen je také hormonální substituční terapie (Jeníček, 2001, s. 25).

3.3.2 Osteoporóza

Osteoporóza je jedno z nejčastějších onemocnění u žen v období klimakteria. Toto onemocnění se projevuje u každé páté ženy. Postupně dochází k patologickému úbytku kostní tkáně, kost přichází o vápník. Výsledkem je kost se sníženou hustotou, je méně pevná a vzniká vyšší riziko častých fraktur.

Příčin vzniku osteoporózy je mnoho a můžeme je rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné faktory patří věk, genetika, bílá etnická skupina a ženské pohlaví. K ovlivnitelným faktorům řadíme nedostatek vápníku a vitamínu D, nedostatek fyzické aktivity, kouření a nadměrný příjem alkoholu.

Osteoporózu můžeme rozdělit na primární a sekundární, která vzniká jako důsledek jiného onemocnění. U žen v období klimakteria se nejčastěji setkáváme s osteoporózou primární, jejíž příčinou je estrogenní deficit (Slezáková a kol., 2012, s. 122-124).

Kostní tkáň je dynamický systém, ve kterém v průběhu života dochází k neustálým změnám. Do 25-30 let dochází v kosti k novotvorbě, po tomto období dochází k postupné resorpci. V období postmenopauzy dochází k postupnému zrychlení metabolismu v kosti. Sice se nějakým způsobem zvyšuje novotvorba, ale mnohem více

se zvyšuje resorpce kosti, tím pádem vzniká postmenopauzální osteoporóza (Fait, 2018, s. 19-20).

„Při tomto typu osteoporózy ztrácí 75 % žen 2 % kostní hmoty za rok, zbývajících 25 % ztrácí až 6 % (*fast losers*).“ (Fait, 2018, s. 20).

Důsledkem klimakterické osteoporózy jsou častější zlomeniny. Mezi nejtýpější fraktury můžeme zařadit kompresivní zlomeniny obratlů, Collesovu frakturu dolního předloktí a zlomeniny krčku stehenní kosti. Velká část fraktur se zhojí bez trvalých následků, ale některé mohou způsobit trvalé poškození, kvůli kterému se žena stává závislá na svém okolí nebo je upoutána na lůžko (Jeníček, 2001, s. 27).

Diagnostika osteoporózy v začátcích nemoci je velmi náročná, jelikož probíhá dlouhou dobu bez jakýchkoliv příznaků. Prvním projevem může být až zlomenina. U nemocného může docházet ke zmenšení tělesné výšky nebo si může stěžovat na bolesti v zádech a dlouhých kostech (Jeníček, 2001, s. 29).

Ke stanovení diagnózy můžeme provést odběry biologického materiálu, abychom zjistili hladinu minerálů, zejména vápníku a fosforu a jejich vylučování močí. Mezi zobrazovací metody, které lze k diagnostice použít, radíme rentgenové vyšetření kosti, CT vyšetření, anebo kostní denzitometrii, díky které zjistíme hustotu kostní hmoty (Slezáková a kol., 2012, s. 124).

Terapie osteoporózy je náročná. Snadnější je předejít vzniku osteoporózy než ji poté léčit. Důležité je mít dostatečný příjem vápníku, pravidelnou fyzickou aktivitu, vyvarovat se kouření, nadměrnému příjmu alkoholu a pití černé kávy, a to hlavně v období do 20 let života, kdy se kostní hmota stále utváří, a poté v období menopauzy, kdy je ještě vhodné preventivně podávat estrogeny.

Pokud ke vzniku osteoporózy došlo, můžeme její léčbu rozdělit na dvě oblasti: režimová opatření a farmakoterapie. V rámci režimových opatření je důležité dodržovat dostatečnou fyzickou aktivitu. Doporučuje se sport, který je bezpečný z hlediska prevence fraktur. Vhodné je plavání nebo chůze, naopak nebezpečným druhem sportu jsou aktivity, které vyžadují prudké pohyby a skoky. Z hlediska stravování se doporučuje dodržovat dietu s vysokým obsahem vápníku (Slezáková a kol., 2012, s. 124).

V rámci farmakologické léčby můžeme podávat **kalcium**, které způsobuje mineralizaci kosti. Další možností je podávání **vitaminu D**, který je součástí procesu mineralizace kosti a zvyšuje reabsorpci kalcia a fosfátů v ledvinách. Terapie vitaminem D podporuje vstřebávání vápníku ze střeva a doporučuje se zejména u starších osob.

Na průběh osteoporózy má pozitivní vliv také **hormonální substituční terapie**, které je věnována kapitola 4.3. Dále se v léčbě osteoporózy osvědčilo užívání **tyrokalcitoninu**, který snižuje resorpci kosti, podporuje mineralizaci, má analgetické účinky a také podávání **bisfosfonátů**, které svým působením snižují resorpci kosti. Slabší stránkou podávání bisfosfonátů je to, že se špatně vstřebávají. Pacientka by je měla užívat nalačno, alespoň půl hodiny před jídlem, a po užití by si neměla lehat, jelikož mohou způsobit ezofagitidu a ezofageální krvácení. Mezi další možnosti terapie osteoporózy patří užívání fluoridů, parathormonu, anabolických steroidů nebo ipriflavonu (Jeníček, 2001, s. 33-34).

4 MOŽNOSTI MÍRNĚNÍ DOPADŮ KLIMAKTERIA

Převážná většina lékařů se shodla na tom, že je klimakterium fyziologickým projevem stárnutí organismu, nikoliv nemoc. Pokud je ale klimakterium spojeno s akutními příznaky, jedná se již o nemoc a žena by jej měla léčit hlavně z důvodu zachování dostatečné kvality života. Akutní potíže lze zvládnout bez návštěvy lékaře, a to dodržováním zdravého životního stylu. Pokud příznaky neustupují, je tu možnost hormonální a nehormonální léčby, pro kterou je nutná návštěva lékaře (Fait, 2010, s. 25-26).

4.1 Zdravý životní styl

Zdravý životní styl je dle International Menopause Society základním kamenem v péči o ženu v klimakteriu. Součástí zdravého životního stylu v klimakteriu je zdravá strava, vhodná pohybová aktivita, omezení kouření a dodržování dostatečného pitného režimu. Důležité je také pečovat o své psychické zdraví a docházet na pravidelné preventivní prohlídky (Fait, 2018, s. 150).

Z důvodu hormonálních změn, kterými je vyznačováno období klimakteria, dochází ke zvýšenému riziku vzniku obezity. Vysoké množství tuků v krvi je velmi rizikové zejména z hlediska kardiovaskulárního onemocnění. Základním preventivním opatřením je dodržování diety. **Dieta** by měla spočívat v dostatečném příjmu vlákniny, alespoň 25 g denně. Vlákna je důležitá pro změkčování stolice, snižování cholesterolu a omezení tvorby žlučových kamenů. Asi 30 % energie by mělo být přijato v tucích, 20-30 % v rostlinných a živočišných bílkovinách a 40-50 % energetického příjmu by měly tvořit cukry. Příjem potravy je vhodné rozdělit do čtyřech až pěti jídel denně.

Další důležitou součástí je **fyzická aktivita**. Doporučenou aktivitou je chůze, jízda na rotopedu, aquaerobic, aerobic, jízda na kole nebo na kolečkových bruslích, spinning, nordic walking, veslování na trenažeru nebo tanec.

V klimakteriu by bylo vhodné **přestat kouřit**. U žen, které kouří nastávají příznaky klimakteria o přibližně 3 roky dříve než u žen nekuřáček. Kouření způsobuje vyšší riziko vzniku osteoporózy, kornatění tepen, což zvyšuje riziko infarktu myokardu. Kouření dále způsobuje horší kvalitu vlasů, nehtů a rychlejší stárnutí kůže.

Pro správnou látkovou výměnu, funkci orgánů, zažívání, dýchání a vylučování je důležité dodržovat dostatečný **pitný režim**. Nejvhodnějším nápojem je pitná voda z vodovodu, ovocná a zeleninová šťáva a neslazený čaj. Dalším vhodným nápojem je

středně a silně mineralizovaná voda. Alkohol není pro organismus, samozřejmě v malých dávkách, výrazně škodlivý. Snižuje riziko vzniku ischemické choroby srdeční, snižuje úmrtnost na infarkt myokardu a cévní mozkovou příhodu, snižuje stres, krevní tlak a podporuje krevní oběh. Pivo obsahuje spoustu minerálních látek, které jsou pro tělo prospěšné. Mezi významné látky řadíme vitaminy B, kyselinu listovou, biotin, niacin a fytoestrogeny. Maximální denní dávka piva je pro ženu 0,6 l. Také víno obsahuje minerály a vitamíny, které jsou pro tělo prospěšné. Konkrétně červená vína mají vyšší antioxidační účinek a likvidují určité bakterie. Maximální denní dávka vína je pro ženu 0,2 l. Mezi nevhodné nápoje řadíme limonády, ochucené a slazené minerální vody, energetické nápoje a lihoviny (Fait, 2010, s. 46-56).

4.2 Fytoestrogeny

Fytoestrogeny jsou látky, které jsou přítomné v rostlinách a svým chemickým složením jsou velmi podobné ženským estrogenům. Díky tomu se mohou vázat na estrogenové receptory v ženském těle a jsou používány jako alternativa hormonální substituční terapie. V gynekologii jsou fytoestrogeny využívány zejména při léčbě potíží s menstruačním cyklem, dále ke zmírnění projevů premenstruačního syndromu a v neposlední řadě ke zmírnění klimakterických obtíží. Fytoestrogeny ovlivňují kardiovaskulární systém, hladinu cholesterolu, vznik rakoviny a osteoporózy (Bělehradová, Hodická, 2012, s. 13-15).

V rámci epidemiologického pozorování bylo zjištěno, že asijské ženy trpí akutním klimakterickým syndromem v mnohem menší míře a také u nich byl zjištěn nižší výskyt civilizačních chorob a karcinomu prsu. Příčina tohoto zjištění je přisuzována vysokému obsahu fytoestrogenů v jejich stravě.

Fytoestrogeny jsou rozděleny do třech hlavních skupin – isoflavony, kumestany a lignany (Fait, 2018, s. 141).

Isoflavony tvoří největší skupinu fytoestrogenů. Můžeme je nalézt hlavně v luštěninách (hrách, čočka, fazole), v sóje, bobech, vojtěšce a jeteli.

Kumestany se vyznačují silným fytoestrogenním účinkem a jsou obsaženy také v luštěninách a červeném jeteli (Bělehradová, Hodická, 2012, s. 13-15).

Lignany můžeme nalézt v potravinách s vysokým obsahem vlákniny, v obilninách, ovoci a zelenině. Konkrétně se lignany vyskytují například v sezamových a lněných semínkách, v sušených datlích a švestkách a v černém a zeleném čaji (Ölvecká, 2022, s. 25).

Za největší zdroj fytoestrogenů je považována sója. U nás ji můžeme nalézt hlavně v lučním jeteli a vojtěšce v době květu a v jejich naklíčených semenech. Dalšími zdroji fytoestrogenů jsou různé druhy ploštičnicku, rýže, jahody, červená vinná réva, rybíz, česnek, datle a lékořice.

Sojové boby obsahují lipidy, sacharidy a proteiny. Další důležitou součástí jsou isoflavony, vitaminy a minerály. Mezi používané přípravky obsahující sóju řadíme Menomax, Isoflavone, Estrovone a Femiwel.

Jetel luční neboli červený jetel obsahuje isoflavony, flavonoidy a nepatrné množství kumestanů. Mezi používané přípravky obsahující červený jetel patří Menoflavon, Manoflavon forte/ osteo a Menotea.

Ploštičnick hroznatý, konkrétně tedy extrakt z jeho oddenku, se vyznačuje protizánětlivými a antioxidačními účinky. Extrakt není klasickým fytoestrogenem. Jejich přítomnost je v extraktu kolísavá. Jediným preparátem ploštičnicku hroznatého je Menofem, veškeré ostatní jsou u nás registrovány jako doplňky stravy (Fait, 2018, s. 143-149).

Je prokázáno, že fytoestrogeny působí velmi pozitivně na organismus ženy. Konkrétně isoflavony například snižují hladinu cholesterolu a triacylglycerolů v krvi a tím zvyšují průchodnost a pružnost cév a zabraňují vzniku kardiovaskulárních chorob. Některé studie prokázaly inhibiční účinek isoflavonů na množení tukové tkáně a naznačují antidiabetický účinek. Dále fytoestrogeny působí jako ochrana před nádory prsu, endometria a prostaty. Pozitivní účinek byl zjištěn také v oblasti kognitivních funkcí, konkrétně tedy v oblasti krátkodobé paměti, učení a pozornosti. Dlouhodobé užívání fytoestrogenů působí jako protektivní faktor vzniku Alzheimerovy choroby. Isoflavony dále napomáhají ke zvýšenému prokrvení kůže, hydrataci pokožky a ke zvýšení tvorby elastických a kolagenních vláken.

Fytoestrogeny jsou nadále alternativou ke klasické hormonální léčbě. Jsou doporučovány ženám, kterým byla hormonální substituční terapie kontraindikována nebo ji z nějakého důvodu nechtějí užívat (Bělehradová, Hodická, 2012, s. 13-15).

4.3 Hormonální substituční terapie

Hormonální substituční terapie (HRT) je používána jako základní přípravek pro léčbu symptomů estrogenního deficitu. HRT v podstatě nahrazuje hormony, o které žena v klimakteriu přichází. Existuje mnoho druhů HRT. Skupině žen, které jsou

po hysterektomii, se podává pouze estrogenní substituce. Druhé skupině žen, které hysterektomii nepodstoupily, je doporučeno užívat kombinovanou HRT – estrogen spolu s progestinem, který chrání dělohu před proliferací endometria, rozvojem hyperplazie a endometriálního karcinomu (Kubíková, 2014, s. 71).

Estrogenní substituční léčbu (ERT) i estrogen-gestagenní substituční léčbu (EPT) lze podávat mnoha způsoby a v různých dávkách – perorálně (formou tablet), transdermálně (pomocí náplastí), perkutánně (prostřednictvím krémů nebo gelů), subkutánně (podkožní implantát), nebo intranazálně (Fait, 2010, s. 29).

Jelikož se užívání HRT pojí s určitými riziky, je třeba ženu před nasazením důkladně vyšetřit. Vyšetření zahrnuje anamnézu, která je zaměřena na zjištění rizika vzniku karcinomu prsu, tromboembolické nemoci a na výskyt osteoporózy v rodině. Dalším důležitým vyšetřením je mamografie, která je nedílnou součástí sledování žen v klimakteriu, ať už užívají HRT či nikoliv. Mamograf je schopen odhalit nádory prsu, které nejsou hmatné. Dalším vyšetřením je denzitometrie, která je nezbytná pro zjištění snížené hustoty kostní tkáně. Denzitometrie je indikována hlavně u žen, které mají v anamnéze zvýšené riziko vzniku osteoporózy. Mezi další vyšetření před nasazením HRT řadíme biochemické vyšetření krve a ultrazvuk endometria (Fait, 2018, s. 35-40).

Hlavním cílem podávání HRT je zvýšení kvality života žen v klimakteriu. Podmínkou pro předepsání HRT je převaha pozitivních účinků léčby nad rizikem.

Mezi **indikace** řadíme střední až těžký akutní klimakterický syndrom, urogenitální symptomy, noční pocení, nespavost nebo zhoršení kvality spánku. HRT dále ovlivňuje náladu, sexuální život a působí jako ochranný faktor před osteoporotickými zlomeninami.

Absolutní kontraindikací je karcinom prsu a endometria, akutní a chronické onemocnění jater, děložní krvácení, infarkt myokardu, žilní trombóza a cerebrovaskulární onemocnění (Rešlová, 2012, s. 447-448).

Mezi největší **rizika HRT** řadíme riziko tromboembolie a riziko vzniku karcinomu prsu. Riziko tromboembolie se týká perorálního užívání HRT, transdermální podávání riziko vzniku nezvyšuje. Riziko jejího vzniku stoupá také s věkem a s obezitou.

Vznik karcinomu prsu je ovlivněn celoživotním působením estrogenů na organismus ženy. Dále je ovlivněn brzkou první menstruací, nulliparitou, věkem,

obezitou, pozdější první graviditou, konzumací alkoholu, rodinnou predispozicí a také více než pětiletým podáváním kombinované HRT (Kubíková, 2014, s. 71).

4.3.1 Hormony používané v hormonální substituční terapii a další preparáty

V rámci hormonální substituční terapie je nejvhodnější používat přirozené estrogeny. Mezi používané estrogeny řadíme estradiol, estery estradiolu a estrin. Estrogeny se podávají buď cyklicky (21 dní se sedmidenní přestávkou) nebo kontinuálně.

Estradiol se může užívat buď samostatně, nebo společně s progestinem. Na našem trhu je k dispozici několik forem podání (Kubíková, 2014, s. 71). Estradiol je přirozený ženský estrogen, tudíž je schopen se vázat na specifické estrogenní receptory v těle.

Estery estradiolu se nejčastěji podávají formou injekcí nebo perorálně formou tablet v kombinaci spolu s progestiny. Jejich vlastností je prodloužený účinek.

Estriol je jedním z metabolitů estradiolu, má podobný mechanismus účinku, ale nižší estrogenní aktivitu (Jeníček, 2001, s. 40).

Dalšími používanými hormony jsou **syntetické progestiny**. Z důvodu rychlého metabolismu v játrech se přirozený progesteron nepoužívá. Progestiny lze podávat kontinuálně, nebo ve druhé polovině cyklu 10-12 dní.

Lze tedy podávat buď samostatné estrogenní preparáty, nebo estrogenní preparáty v kombinaci s progestiny (Kubíková, 2014, s. 71).

„Mezi nejčastější způsoby kombinace obou hormonů patří:

- *cyklické podávání estrogenu doplněné sekvenčním podáváním progestinu*
- *kontinuální podávání estrogenu doplněné sekvenčním podáváním progestinu*
- *kontinuální podávání estrogenu i progestinu.“ (Kubíková, 2014, s. 71).*

Kontinuální užívání estrogenů a progestinů je spojeno s amenoreou. Naopak při kontinuálním a cyklickém užívání estrogenů společně se sekvenčním podáváním progestinu se u valné většiny žen dostavuje pseudomenstruace po dvou až třech dnech po užití poslední tablety (Kubíková, 2014, s. 71).

Syntetický progestin **tibolon** byl v první řadě produkován pro terapii osteoporózy. V rámci klinických zkoušek se potvrdilo, že má podobné účinky jako HRT. Zmírňuje průběh akutního klimakterického syndromu, účinkuje jako preventivní faktor vzniku osteoporózy, a to vše při nulové stimulaci děložní sliznice. Je možné jej tedy podávat ženám po hysterektomii, ženám, které hysterektomii nepodstoupily, nebo ženám s endometriózou.

Tibolon působí pozitivně na návaly horka a pocení, zlepšuje psychický stav ženy a snižuje množství žen s nepravidelným krvácením v klimakteriu. V rámci 20 klinických studií bylo zjištěno, že ženy, které užívají Tibolon, mají výrazně nižší hladinu cholesterolu a triglyceridů v krvi a dále bylo zjištěno, že snižuje riziko vzniku tromboembolické nemoci.

V závěru tedy můžeme říct, že je užívání Tibolonu srovnatelné s HRT. Jsou prokázány lepší výsledky v oblasti sexuality a psychiky žen. Dále je prokázán pozitivní vliv na mamografickou denzitu. Primární indikací by měl být pro ženy, které mají problémy v oblasti sexuálního života, psychiky, pro ženy s vysokou prsní denzitou a s nepravidelným krvácením (Fait, 2018, s. 129-140).

4.3.2 HRT a riziko vzniku karcinomu prsu

Riziko vzniku karcinomu prsu je jedna z prvních otázek, na kterou se ženy ptají v souvislosti s užíváním HRT. Příčin vzniku karcinomu prsu je spousta. Mezi rizikové faktory, které mohou způsobit rakovinu prsu, řadíme obezitu, konzumaci alkoholu, nulliparitu, první donošenou graviditu ve více než 35 letech, brzkou první menstruaci, klimakterium ve vyšším věku, karcinom prsu v anamnéze, mutaci genů BRCA1, BRCA2 nebo vyšší hustotu prsu.

Vliv HRT na vznik rakoviny prsu zapříčinil začátek mnoha výzkumů. Z výsledků některých studií vyplývá, že HRT není příčinou vzniku karcinomu prsu, ale působí jako látka, která přechodně zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu, a to po jejím pětiletém užívání. Pokud žena přestane užívat HRT, riziko vzniku karcinomu prsu se vrací do původního stavu, stejně jako předtím, než žena hormonální terapii začala užívat.

Studie Women's Health Initiative (WHI) zpočátku publikovala nárůst invazivního karcinomu prsu u žen, které užívaly kombinovanou HRT, naopak ženám, které nikdy dříve neužívaly hormonální terapii, nezpůsobila HRT riziko vzniku karcinomu prsu. V rámci studie WHI bylo tedy zvýšené riziko vzniku rakoviny prsu pouze u žen, které dříve užívaly nějaký typ hormonální terapie (Panay, Briggs, Kovacs, 2015, s. 173-175).

Naopak v jiné publikaci je uvedeno, že více než patnáctileté užívání estrogení léčby a více než sedmileté užívání kombinované terapie vede ke zvýšení rizika vzniku karcinomu prsu, a to přibližně o 3 ženy ze 100. Bez ohledu na to, zda žena někdy dříve užívala hormonální terapii. Po pětiletém užívání se riziko vrací do stavu stejného, jako

před započítím léčby. Ženy, které mají v anamnéze karcinom prsu, by neměly HRT vůbec užívat, je zde riziko relapsu nemoci (Fait, 2010, s. 30-31).

4.3.3 HRT a riziko vzniku tromboembolické nemoci

Tromboembolická nemoc (TEN) se projevuje tvorbou krevní sraženiny – trombu, který uzavře žilní řečiště. Komplikací TEN je plicní embolie, kdy dojde k vycestování trombu do plicního řečiště. Rizikovými faktory pro vznik choroby jsou obezita, genetické predispozice a zvýšená srážlivost krve. Incidence TEN u zdravých žen do 40. roku života je jedna žena ze sta. Perorální forma HRT zvyšuje riziko jejího vzniku na tři ženy ze sta. Podávání HRT je kontraindikováno u žen, které již v životě TEN prodělaly. U žen, které mají některý z výše uvedených rizikových faktorů, je vhodné podávat HRT jinou cestou než perorálně. Doporučené je například kožní podání, které riziko vzniku nezvyšuje (Fait, 2010, s. 31).

V rámci otázek rizika vzniku TEN v souvislosti s užíváním HRT bylo provedeno několik studií, které prokázaly 2–4násobné zvýšení rizika vzniku choroby u žen, které užívají HRT, oproti ženám, které HRT nikdy neužívaly. Riziko souvisí také s věkem, složením HRT a s formou podání. Perorální podávání zvyšuje riziko vzniku TEN více než transdermální podání HRT. U žen, které užívají pouze estrogení HRT, bylo zjištěno nižší riziko TEN než u žen, které užívají její kombinovanou formu (Panay, Briggs, Kovacs, 2015, s. 183).

5 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života se dá definovat různými způsoby. V literatuře nacházíme různé definice, ale za posledních třicet let nebyla formulována žádná, se kterou by souhlasili všichni. Definice, kterou považujeme za nezákladnější, zní, že kvalitu života lze chápat jako interakci sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, které spolu nějakým způsobem interagují a působí na lidský rozvoj jednotlivců a celé společnosti. Kvalitu života můžeme rozdělit na dvě části – objektivní a subjektivní. Objektivní zahrnuje sociální a materiální podmínky, sociální status a fyzické zdraví. Mezi subjektivní řadíme lidskou emocionalitu a spokojenost se životem.

Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu definuje kvalitu života jako stupeň, kdy člověk využívá možnosti svého života. Mezi nejdůležitější oblasti života patří **bytí**, což je chápáno jako souhrn charakteristik člověka a zahrnuje bytí fyzické, psychologické a spirituální. Další oblastí je **přilnutí**, které je vysvětlováno jako napojení na vlastní prostředí. Také se dělí na tři části – fyzické přilnutí a užší a širší sociální přilnutí. Poslední oblastí života je **realizace**, která spočívá v dosažení vlastních cílů a skládá se z praktického uskutečňování, relaxačních aktivit a neustálého osobního růstu. Kvalita života je součástí několika vědních disciplín, mezi které řadíme psychologii, sociologii, kulturní antropologii, ekologii a medicínu. V rámci sociologie je sledována kvalita života odlišných sociálních skupin, kde se zkoumají rozdíly mezi kulturami. Psychologie se zabývá měřením subjektivní pohody jedinců. V rámci zdravotnictví hodnotíme pomocí kvality života úroveň poskytované péče a zdravotnické programy (Payne a kol., 2005, s. 207-209).

Samostatný pojem kvalita je definován jako určitý druh jakosti nebo hodnoty ve slovníku českého a slovenského jazyka. V elektronickém lexikonu slovenského jazyka je pojem kvalita vyjádřen dvěma způsoby:

„1. jako normativní kategorii (na vyjádření žádoucí, postulované, optimální úrovně nebo stupně, přibližující se k očekáváním, potřebám či představám jednotlivců nebo skupin);

2. jako všeobecný výraz na označení specifických charakteristik, vlastností, atributů, kterými se daný objekt liší od objektů jiných, bez zdůrazňování míry uspokojení určitých potřeb.“ (Gurková, 2011, s. 21).

Poprvé byl pojem kvalita života použit v souvislosti s ekonomickým vývojem a úlohou státu v oblasti materiální podpory obyvatelstva v nižších vrstvách ve 20. století. Poté byl pojem kvalita života použit v poválečném období v 60. letech v USA. Prezident Johnson měl v rámci své prezidentské kariéry za cíl zlepšovat kvalitu života Američanů. Kvalitou života neměl na mysli pouze kvantitu spotřebovaného zboží, ale také to, jak kvalitně se Američanům za určitých podmínek žije. Termín kvalita života nahradil dosud používaný termín *společnost hojnosti*, který začal být postupem času považován za nesprávný ukazatel prosperity celé společnosti.

V 70. letech v Německu byl politický program politika Willyho Brandta založen na neustálém zlepšování kvality života svých spoluobčanů. Zanedlouho se termín kvalita života začal používat v oblasti sociologie, a to hlavně ke zjišťování odchylek v podmínkách, ve kterých lidé žijí. Mezi ně řadíme – příjem, politické zřízení, počet automobilů v domácnosti a vlastní životní pocit lidí. V tomto období začaly také první výzkumy v oblasti kvality života v rámci zkoumání dopadu změn ve společnosti na lidský život. Výsledky ukazují, že kvalitu života nelze soudit jen podle objektivních indikátorů – např. ekonomické situace, ale zároveň i dle indikátorů sociálních. V této době bylo v USA provedeno šetření, jehož výsledkem bylo vytvořit subjektivní indikátory dle hodnocení života lidí samotných. Závěrem tedy je, že splnění základních biologických požadavků a zlepšení socioekonomických podmínek je významné pouze tehdy, dokud člověk nedosáhne minimální hranice v uspokojení vlastních potřeb, kterou je nejčastěji hranice chudoby (Payne a kol., 2005, s. 205-206).

5.1 Měření kvality života

Ve zdravotnictví je kvalita života nejčastěji využívána jako ukazatel kvality poskytované péče. K hodnocení kvality péče lze používat generické, specifické nebo individuální nástroje. Mezi vlastnosti, které by měl používaný nástroj mít, patří validita – platnost pro danou skupinu, spolehlivost a senzitivita (Gurková, 2011, s. 116-118).

Zjišťování kvality života se začíná stávat samostatnou mezioborovou oblastí. Každým rokem dochází k tvorbě nových nástrojů a přepracovávají se stávající nástroje na základě faktorových analýz. Tvoří se jak obsáhlé nástroje pro výzkumy, tak i krátké verze pro každodenní užívání v praxi. Drtivou většinu nástrojů tvoří dotazníky.

Posuzování kvality života se čím dál více používá ve zdravotnictví v souvislosti s kvalitou života, která je závislá na zdraví (HRQoL – Health-Related Quality of Life).

Problémy v posuzování kvality života související se zdravím mohou být různé. Jedním z nich je zaměření se hlavně na změny, které jsou u člověka vyvolány nemocí. Je důležité zároveň zkoumat i pozitivní věci a události, které i u nemocného působí kladně na kvalitu života. Dalším problémem může být nízká senzitivita dotazníku. Kvalita života související se zdravím je také ovlivněna kulturou, věkem, sociálním postavením a pohlavím. Většina dotazníků na tyto rozdíly nebere ohled. Dalším problémem může být to, že kvalita života se průběžně mění v souvislosti s nemocí. U dotazníků může dojít k problémům ve spolehlivosti měření, jelikož se předpokládá, že údaje, které pacient zaznamená, by měly být stabilní v čase (Mareš a kol., 2008, s. 69-72).

První vytvořené nástroje se týkaly pouze fyzického zdraví, hodnotily funkční stav člověka. Některé z nich jsou dodnes používány k měření kvality života i přes to, že je autoři vytvořili pro hodnocení zdravotního stavu. Jedná se například o Sickness Impact Profile (SIP) a Nottingham Health Profile (NHP). Později byly vytvořeny hodnotící nástroje, které doplňují SIP a NHP o psychickou, sociální a existencionální část zdraví. Nejvíce používanými dotazníky jsou dnes Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form (SF-36) a EuroQoL (EQ-5D). WHO reagovala na rozšiřující se používání nástrojů pro hodnocení kvality života tvorbou dotazníku World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Dotazník měl za cíl zvýšit povědomí o chápání kvality života jako subjektivní vnímání zdraví a denních aktivit (Gurková, 2011, s. 42-43).

6 KVALITA ŽIVOTA ŽEN V KLIMAKTERIU

Na kvalitu života žen ve středním a vyšším věku zcela jistě působí období klimakteria. Postupné vyhasínání ovariální funkce a snižování množství estrogenů v těle způsobuje vznik příznaků, které nejen snižují kvalitu života ženy, ale mohou způsobit vážné zdravotní potíže. Každá žena svůj přechod do menopauzy prožívá jinak. Pocity, se kterými se žena setkává, jsou silně ovlivněny sociálními, kulturními faktory a faktory životního stylu. Toto je důvod, proč každá žena prožívá klimakterium individuálně a používá rozdílné metody k vyrovnávání se se změnami. Jelikož jsou příznaky klimakteria vnímány individuálně, u každé ženy také ovlivňují kvalitu života jiným způsobem. Z lékařského hlediska je nutné sledovat ženu z pohledu psychiky, kognitivních a emocionálních funkcí a také sledovat změny v jejím chování. S tím vším se pojí hodnocení kvality života v souvislosti se změnami v klimakteriu. Ke každé ženě je tedy důležité přistupovat komplexně a individuálně v oblasti hodnocení tíže příznaků menopauzy a v oblasti léčby.

Kvalitě života žen v klimakteriu se v dnešní době věnuje celá řada studií. Z důvodu prodloužení délky života obyvatelstva, kdy padesátileté ženy mohou žít minimálně ještě 30-40 let, se kvalita života žen po klimakteriu stává předmětem výzkumů, které popisují výrazné rozdíly kvality života před a po menopauze. Naopak ve studii, kterou provedl Ozkan (2005), kde porovnával u 171 žen vztah mezi příznaky menopauzy a kvalitou života, nebyly nalezeny žádné markantní rozdíly v kvalitě života v premenopauze a postmenopauze s porovnáním kvality života ve všech jejích oblastech – fyzické, psychologické, sociální a v oblasti prostředí (Moravcová, 2011, s. 6-10).

Nástrojů pro hodnocení tíže obtíží doprovázející klimakterium bylo vytvořeno mnoho. Jedním z nejznámějších je Kuppermanův index, který je zmíněn v podkapitole 3.1.3.

Dalším dotazníkem, kterým lze hodnotit jak fyzický, tak psychický stav žen v klimakteriu, je Women's Health Questionnaire (WHQ).

Dále byl vytvořen dotazník Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL), který zahrnuje globální otázku kvality života a obsahuje čtyři části – vazomotorickou, fyzickou, psychosociální a sexuální.

Podobným dotazníkem je Green Climacteric Scale, kde jsou příznaky také rozděleny do čtyř skupin a každá skupina příznaků by měla být hodnocena zvlášť.

Jacobsová upravila obecný dotazník týkající se kvality života – Quality of Life (QOL) na dotazník určený přímo k hodnocení menopauzálních příznaků – Menopausal Quality of Life Scale (MQOL) a ten je rozdělen do sedmi domén (energie, pocity, vliv příznaků, vlivy, poznávací schopnosti, spánek, chuť k jídlu).

Profesor Utian přetvořil stávající dotazník SF-36 na The Utian Quality of Life (UQOL) Scale. Příznaky jsou hodnoceny dle míry obtíží.

Z Kuppermanova indexu vychází Menopause Symptom List, kde jsou příznaky rozděleny do třech skupin – psychické, somatické a vazomotorické a hodnotí se také dle míry obtíží.

Další obdobou Kuppermanova indexu je Menopause Rating Scale (MRS), který je také rozdělen na tři části. MRS je věnována samostatná kapitola 6.1 (Fait, 2018, s. 25-35).

6.1 Menopause Rating Scale

Menopause Rating Scale (MRS) je jednoduchý dotazník sloužící k hodnocení kvality života žen v klimakteriu. MRS hodnotí tíhu symptomů menopauzy, změny příznaků v čase a efekt léčby.

Originální verze dotazníku MRS vznikla v Německu na začátku 90. let. První verzi se řídili lékaři, kteří se zabývali léčbou žen v klimakteriu. V pozdější době byl dotazník modifikován tak, aby byl srozumitelný a mohly ho vyplňovat ženy samotné. Požadovaným výsledkem bylo vytvořit spolehlivý a snadný nástroj pro hodnocení kvality života žen v menopauze. Cílem autorů byla možnost pomocí dotazníku porovnávat závažnost příznaků a jejich vliv na kvalitu života s ohledem na různé skupiny žen, různé podmínky života, porovnávat změny příznaků v čase a zhodnotit účinnost léčby. V Německu došlo ke standardizaci dotazníku. Dotazník obsahuje 11 otázek, které jsou rozděleny do třech podskupin – somato-vegetativní příznaky, psychologické a urogenitální. Žena u každého příznaku vyplňuje jeho intenzitu v aktuální době od 0 do 4. Hodnocení dotazníku není těžké, sečtou se jednotlivé intenzity příznaků – čím vyšší je hodnota, tím vyšší je intenzita obtíží.

Později se dotazník začal používat po celém světě. Poprvé byl přeložen do anglického jazyka, který sloužil i jako podklad pro vytvoření české standardizované verze (Moravcová, Mareš, Ježek, 2014, s. 36-45).

V důsledku stárnutí populace je čím dál větší množství žen ve středním věku, které ovlivňují příznaky klimakteria. Bylo tedy potřeba, aby byl v ČR spolehlivý nástroj, kterým lze hodnotit kvalitu života žen v klimakteriu a intenzitu obtíží, které ji mohou ovlivňovat. V rámci širší studie vznikla česká verze dotazníku MRS. Cílem studie bylo posoudit použitelnost dotazníků zaměřujících se na kvalitu života žen v klimakteriu. Součástí studie byl dotazník MRS, UQOL a SF-36. Na základě souhlasu autorů originální verze byl dotazník přeložen do českého jazyka. Dotazník byl přeložen dvěma překladateli pod kontrolou koordinátora překladu a gynekologickým pracovníkem. Pilotní verzi vyplňovalo celkem 9 žen, které neměly žádné problémy při vyplňování a zhodnotily dotazník jako přínosný.

Stejně jako původní verze, česká verze obsahuje 11 otázek, které obsahují dotazy na typické symptomy klimakteria. Každý příznak žena hodnotí pomocí intenzity, v jaké se u ní příznak za poslední měsíc vyskytuje. Hodnotí se na stupnici od 0 do 4 (žádný – mírný – střední – výrazný – nesnesitelný). Dotazník obsahuje 3 domény – somato-vegetativní, psychologickou a urogenitální. Hodnotí se nejprve každá doména zvlášť pomocí součtu intenzity všech obtíží a následně se hodnotí celkový skóre (0 – asymptomatický stav, 44 – nejvyšší intenzita obtíží). Hodnota celkového skóre slouží jako podklad pro hodnocení kvality života žen v klimakteriu a jako podklad k hodnocení účinnosti léčby. Dotazník není určen přímo pro komplexní zjištění kvality života, lze ji ale z výsledků zjistit (Moravcová, Ježek, Mareš, Vachková, 2014, s. 114-117).

Pro hodnocení kvality života prostřednictvím MRS jsou používány normy z původní verze dotazníku. Ovlivnění kvality života se hodnotí pomocí celkového skóre všech domén. Rozmezí celkového skóre lze rozdělit do třech intervalů, které nám ukazují míru ovlivnění kvality života. Rozmezí 0-15 bodů značí mírné obtíže a malou míru ovlivnění kvality života. Rozmezí 16-30 bodů ukazuje na střední obtíže, a tudíž vyšší míru ovlivnění kvality života a rozmezí 31-44 bodů značí výrazné obtíže a tím pádem sníženou kvalitu života (Moravcová, Holá, 2017, s. 15).

V rámci studie, které se zúčastnilo 204 žen v období přirozené menopauzy ve věku od 49 do 63 let, byl použit dotazník MRS. Na základě výsledků výzkumu, opakovaném předložení dotazníku ženám, dotazníků zpětné vazby a na základě hodnocení zdravotníků byla vytvořena standardizovaná česká verze dotazníku MRS (Moravcová, Ježek, Mareš, Vachková, 2014, s. 114-117).

EMPIRICKÁ ČÁST

7 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hlavní cíl:

- Posoudit celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

Dílčí cíle:

- Identifikovat příznak klimakteria, který se ve zkoumaném souboru vyskytuje nejintenzivněji.
- Zjistit, který z příznaků klimakteria ženy pociťují v nejnižší intenzitě.
- Zjistit, ve které z domén (somato-vegetativní, psychologická, urogenitální) pociťují ženy příznaky klimakteria nejintenzivněji a která nejvíce ovlivňuje kvalitu života.
- Porovnat rozdíly v kvalitě života žen v závislosti na věku.

Hypotéza H₁: Předpokládáme, že věk ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

- Zjistit a porovnat rozdíly v kvalitě života žen, které užívají hormonální substituční terapii, fytoestrogeny, nebo neužívají žádné preparáty ke zmírnění příznaků klimakteria.

Hypotéza H₂: Předpokládáme, že přítomnost a druh terapie ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

- Porovnat rozdíly v kvalitě života žen v závislosti na délce užívání hormonální substituční terapie a terapie fytoestrogeny.

Hypotéza H₃: Předpokládáme, že délka terapie hormonální substituční terapií či fytoestrogeny ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

8 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

Tato kapitola blíže popisuje metodu výzkumu, způsob zpracování dat, organizaci výzkumného šetření a charakterizuje zkoumaný soubor.

8.1 Metoda výzkumu a zpracování dat

Pro zpracování empirické části bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat. Výzkumným nástrojem byl standardizovaný dotazník Menopause Rating Scale. Autorka české standardizované verze dotazníku, Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D., souhlasila s jeho použitím v této bakalářské práci. Před vyplněním dotazníku měly ženy možnost seznámit se s účelem dotazníku a byly ujistěny o jeho anonymitě. Dotazník obsahuje otázky týkající se věku pacientky, jejího vzdělání a době léčby. Vzhledem k cílům bakalářské práce byl dotazník doplněn o otázku, která zjišťuje, jakou léčbou žena zmírňuje příznaky klimakteria. Dotazník se skládá celkem z 11 otázek týkajících se jednotlivých příznaků klimakteria a lze je rozdělit do třech domén. Somato-vegetativní doména je tvořena otázkami 1, 2, 3 a 11, psychologická doména zahrnuje otázky 4-7 a urogenitální doména 7-9. Dotazník je přiložen v příloze 1. Výsledná data byla zpracována v programu Microsoft Excel, Microsoft Word a GraphPad Prism.

8.2 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v gynekologických ambulancích ve Vysokém Mýtě a Litomyšli v období od konce října 2022 do konce ledna 2023. Souhlasy s výzkumným šetřením jsou uvedeny v příloze 2. V průběhu šetření se vyskytly v jedné z ambulancí problémy s distribucí dotazníků. Z důvodu těchto komplikací a rizika malého souboru respondentek jsem se rozhodla pro distribuci dotazníků ženám ve svém okolí i mimo ordinace gynekologů, a následně tyto dotazníky také zařadila do výzkumného souboru. Naším původním plánem bylo doplnit výzkum o ženy, které by dotazník vyplnily opakovaně – před léčbou, po jednom měsíci léčby a po třech měsících léčby, aby bylo možné porovnat průběh léčby v čase a zhodnotit účinnost léčby jednotlivými preparáty. Toto bohužel nebylo za našich podmínek možné i vzhledem k výše zmíněným komplikacím při distribuci dotazníků.

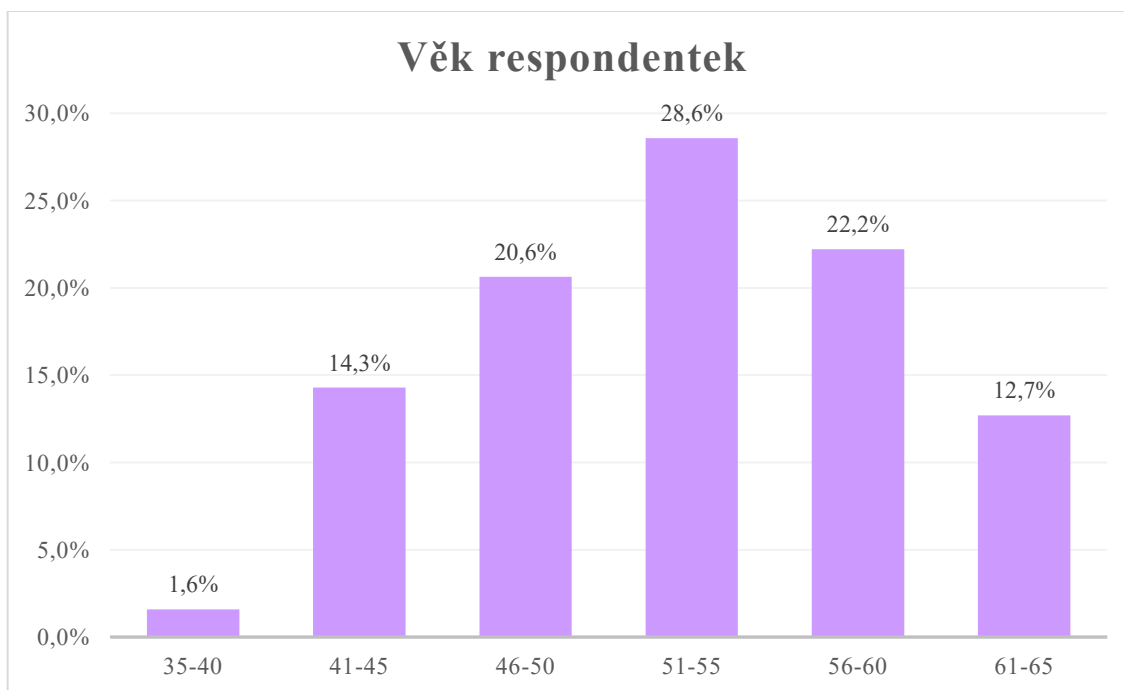
Celkem se vrátilo 76 vyplněných dotazníků. Předpokládaný počet respondentek byl stanoven na 80. Osm dotazníků bohužel nebylo vyplněno správně, často chyběl údaj

o věku respondentky, nebo léčbě a také nebyly označeny veškeré příznaky, což je pro správné vyhodnocení dotazníků důležité. Z těchto důvodů nemohla být část dotazníků ve výzkumném šetření použita. Pět dalších dotazníků bylo vyplněno ženami ve velmi vysokém věku, předpokládáme, že byly již v období senia, a z tohoto důvodu byly také vyřazeny. Výsledný počet dotazníků zahrnutých do výzkumného šetření byl 63.

8.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Věk a vzdělání respondentek zjišťovala položka dotazníku č. 1 a 2. Výzkumný soubor zahrnuje ženy v období klimakteria ve věku od 38 do 65 let. Průměrný věk žen je 52,7 let. Věková kategorie 35-40 let zahrnuje jednu ženu (1,6 %). Kategorie žen ve věku 41-45 let zahrnuje 9 žen (14,3 %), žen ve věku 46-50 je 13 (20,6 %), žen ve věku 51-55 je nejvíce, a to 18 (28,6 %), žen ve věku 56-60 je 14 (22,2 %) a kategorie žen ve věku 61-65 zahrnuje 8 žen (12,7 %) viz graf 1.

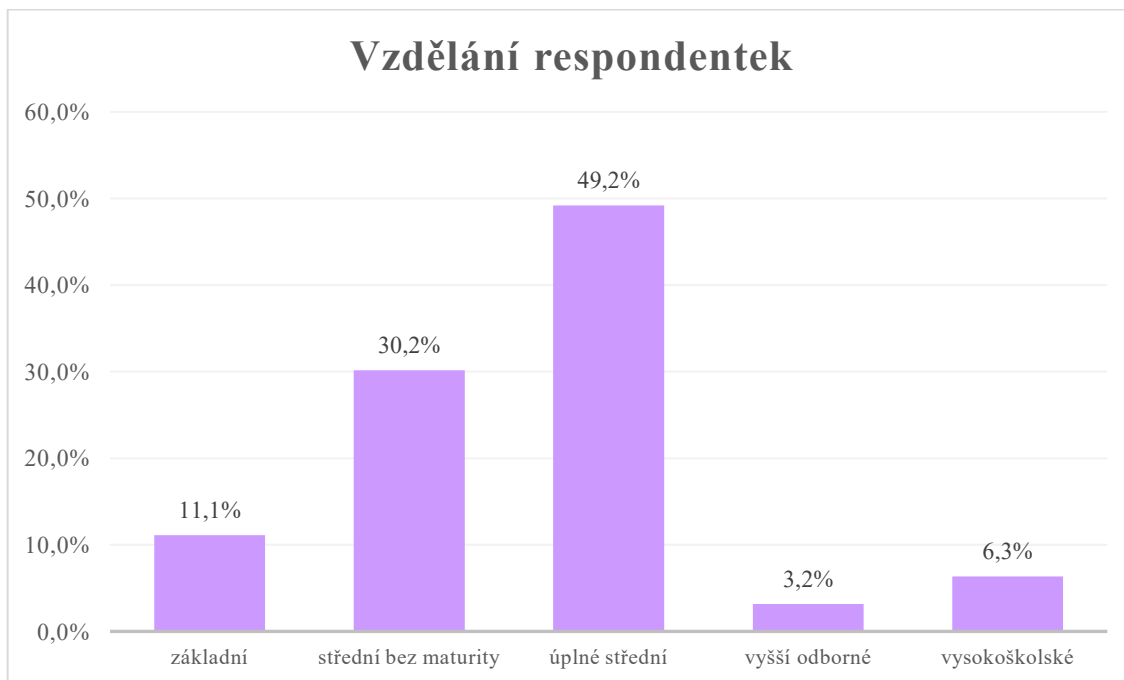
Položka č. 1: Věk respondentek



Graf 1: Věk respondentek

Téměř polovina žen z výzkumného souboru má úplné střední vzdělání – 31 žen (49,2 %), základní vzdělání má celkem 7 žen (11,1 %), středoškolské vzdělání bez maturity má 19 žen (30,2 %), vyšší odborné vzdělání mají 2 ženy (3,2 %) a vysokoškolské vzdělání mají 4 ženy (6,3 %) viz graf 2.

Položka č. 2: Vzdělání respondentek

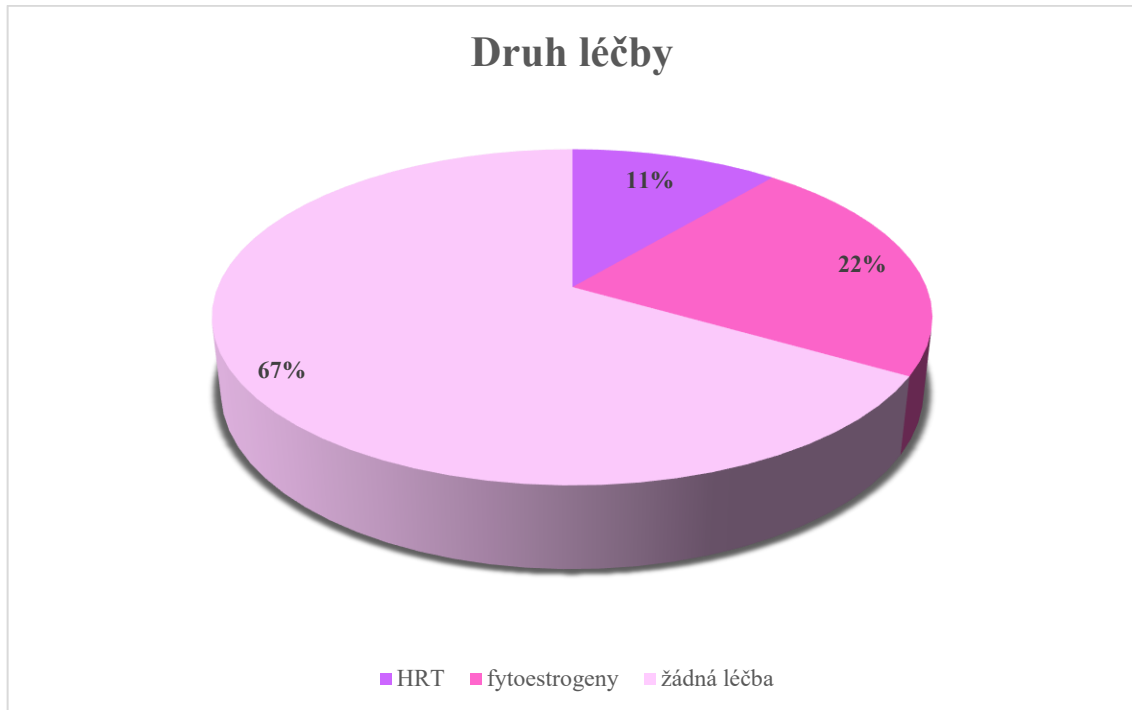


Graf 2: Vzdělání respondentek

9 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato kapitola obsahuje zpracované výsledky výzkumného šetření. Výsledky jsou zpracovány a zobrazeny prostřednictvím grafů a tabulek.

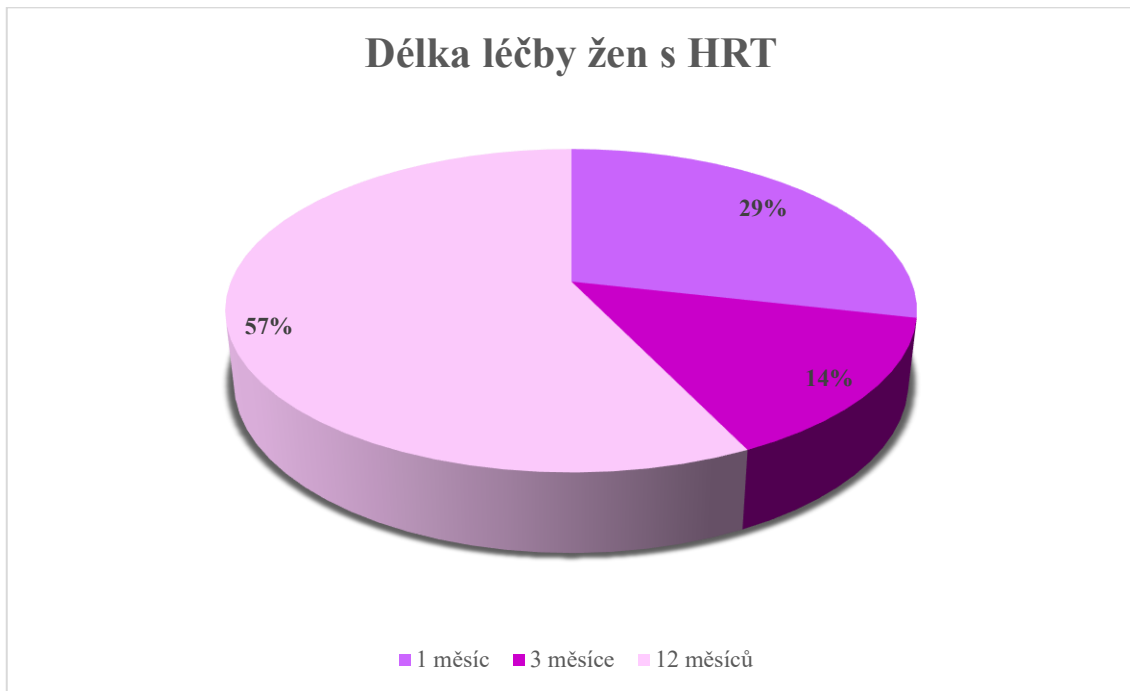
Položka č. 3: Druh léčby



Graf 3: Druh léčby

Prostřednictvím položky č. 3 byl zjišťován druh léčby, jímž jednotlivé ženy mírní příznaky klimakteria. Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 63 žen většina respondentek, 42 (67 %), neužívá žádnou léčbu. Pomocí fytoestrogenů zmírňuje příznaky klimakteria 14 respondentek (22 %) a HRT užívá celkem 7 respondentek (11 %).

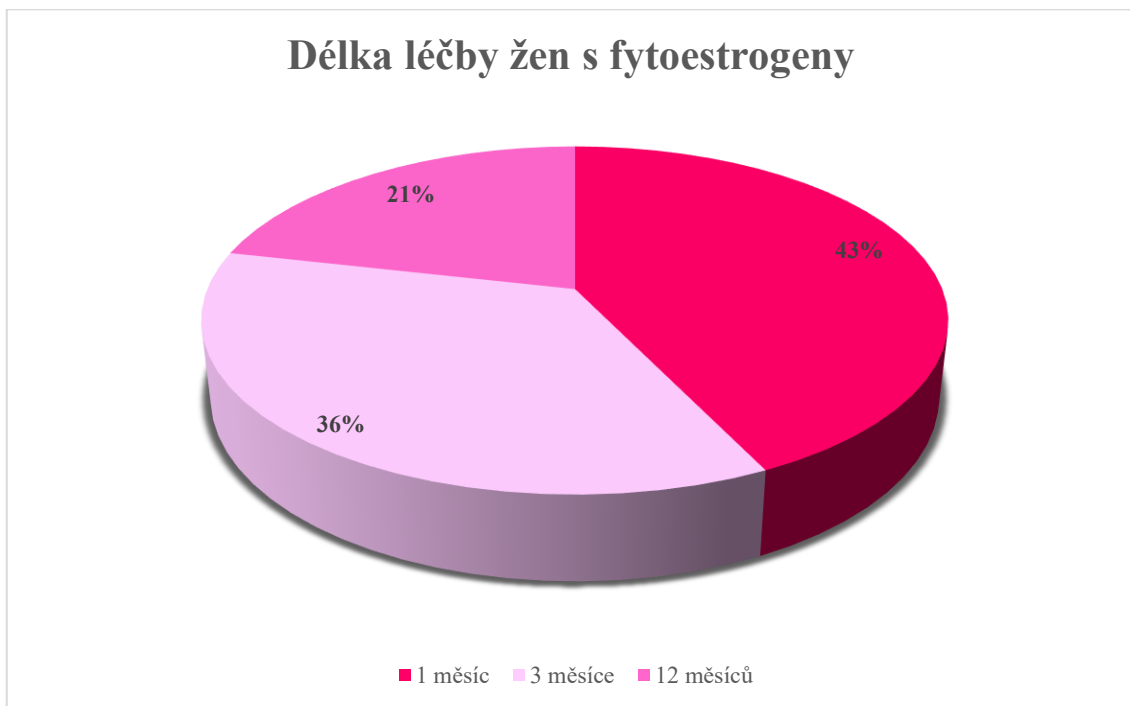
Položka č. 4: Délka léčby žen s HRT



Graf 4: Délka léčby žen s HRT

Pomocí HRT mírní příznaky klimakteria celkem 7 žen. Prostřednictvím HRT se 1 měsíc léčí 2 ženy (29 %), 3 měsíce 1 žena (14 %) a 12 měsíců užívají HRT 4 ženy (57 %).

Položka č. 5: Délka léčby žen s fytoestrogeny

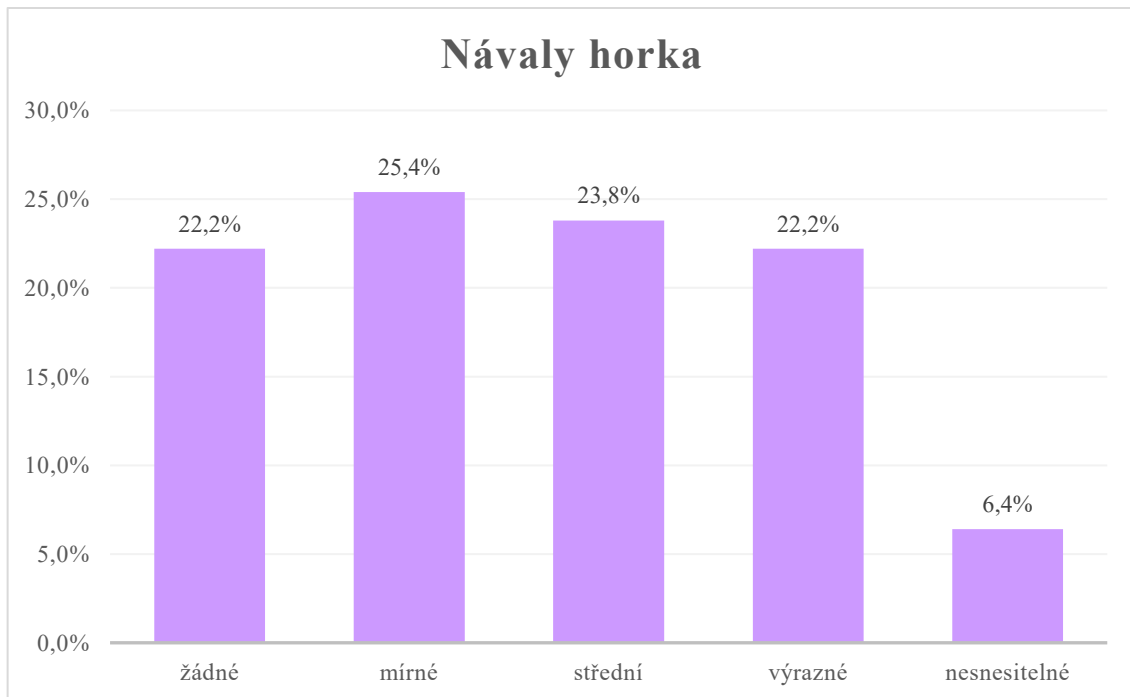


Graf 5: Délka léčby žen s fytoestrogeny

Pomocí fytoestrogenů mírní příznaky klimakteria celkem 14 žen. Z grafu vyplývá, že z celkového počtu se 1 měsíc léčí 6 žen (43 %), 3 měsíce 5 žen (36 %) a 12 měsíců 3 ženy (21 %).

9.1 Hodnocení jednotlivých příznaků

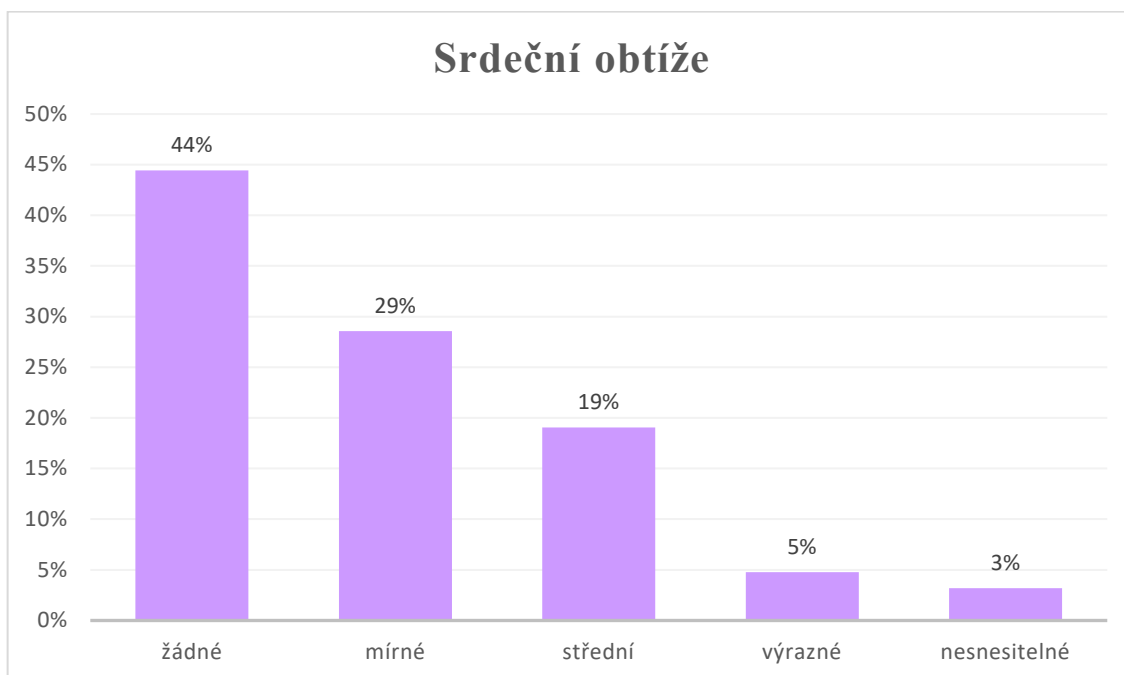
Otázka č. 1: Návaly horka, pocení (občasné pocení)



Graf 6: Návaly horka

Otázka č. 1 zjišťovala, v jaké míře trpí ženy návaly horka a pocením. Z celkového počtu dotazovaných žen nepociťuje v této oblasti žádné symptomy celkem 14 žen (22,2 %). V mírné intenzitě je pociťuje 16 žen (25,4 %), střední intenzitu těchto příznaků prožívá 15 žen (23,8 %). Jako výrazné popisuje příznaky celkem 14 žen (22,2 %) a nesnesitelnými symptomy trpí 4 ženy (6,4 %).

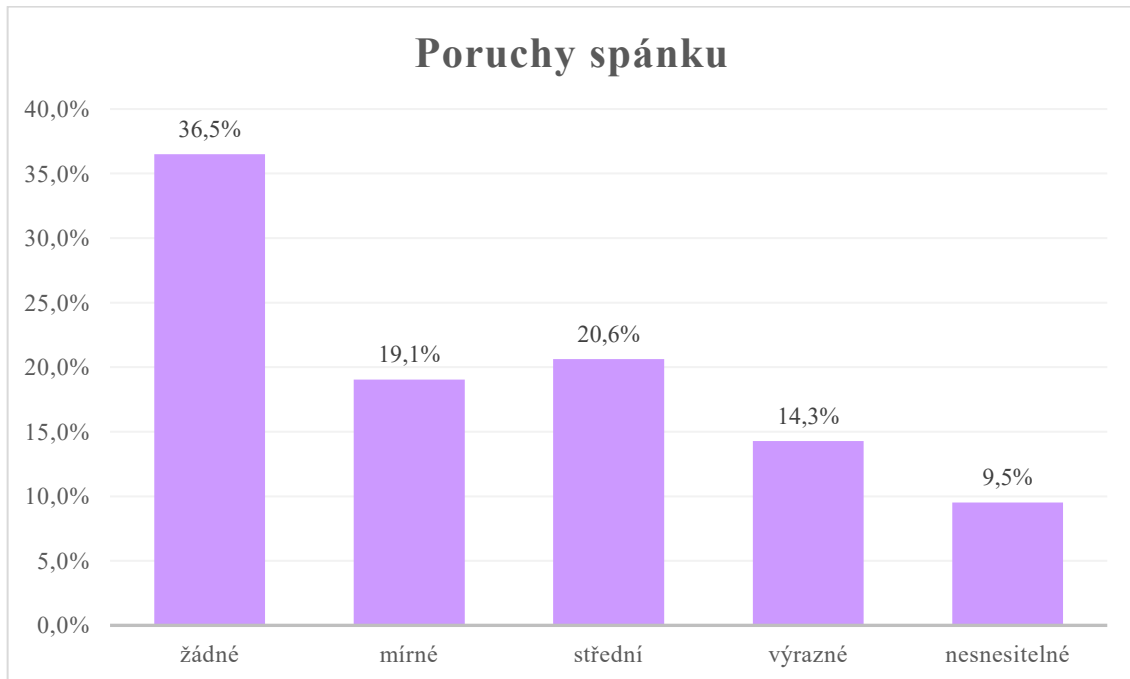
Otázka č. 2: Srdeční obtíže (bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně)



Graf 7: Srdeční obtíže

Otázka č. 2 zkoumala intenzitu srdečních obtíží. Z celkového počtu uvedlo 28 žen (44 %), že nepocítuje žádné srdeční obtíže. Mírnými obtížemi trpí 18 žen (29 %), střední obtíže pocítuje 12 žen (19 %). Jako výrazné popisují obtíže celkem 3 ženy (5 %) a nesnesitelnými příznaky trpí 2 ženy (3 %).

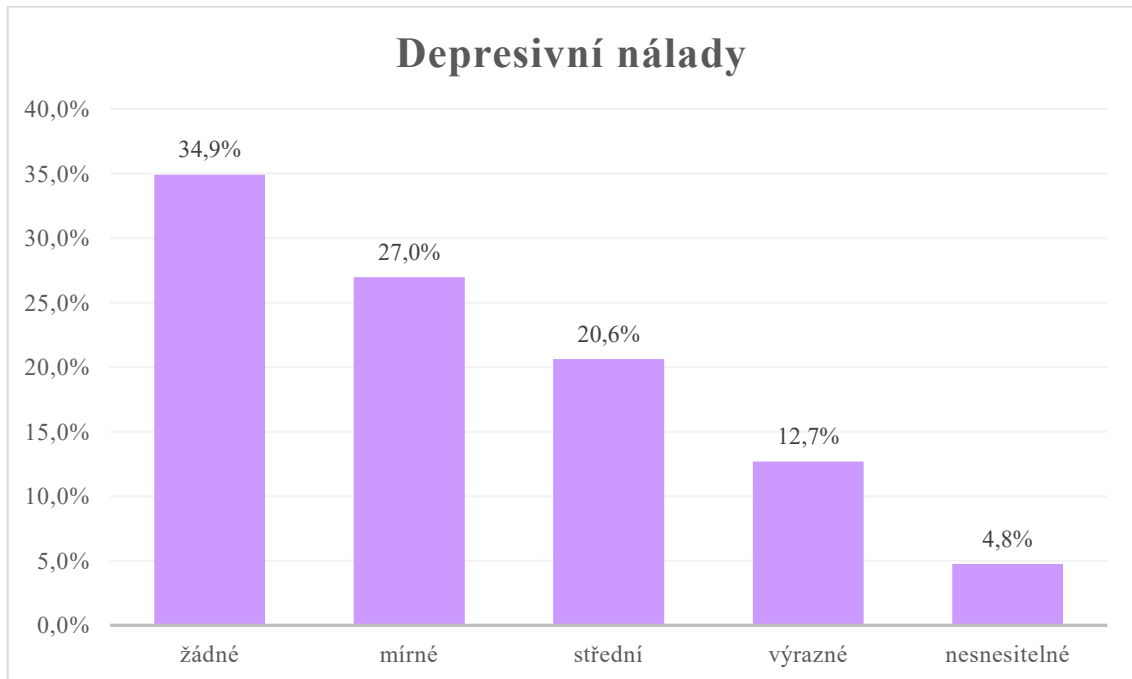
Otázka č. 3: Poruchy spánku (potíže s usínáním, předčasné probouzení, potíže s trváním spánku)



Graf 8: Poruchy spánku

Otázka č. 3 zjišťovala, v jaké míře trpí ženy poruchami spánku. Z celkového počtu 63 respondentek nepocítuje žádné problémy se spánkem 23 žen (36,5 %). Mírnými poruchami spánku trpí 12 žen (19,1 %), střední poruchy spánku má 13 žen (20,6 %) a výrazné 9 žen (14,3 %). Nesnesitelnými poruchami spánku trpí 6 žen (9,5 %).

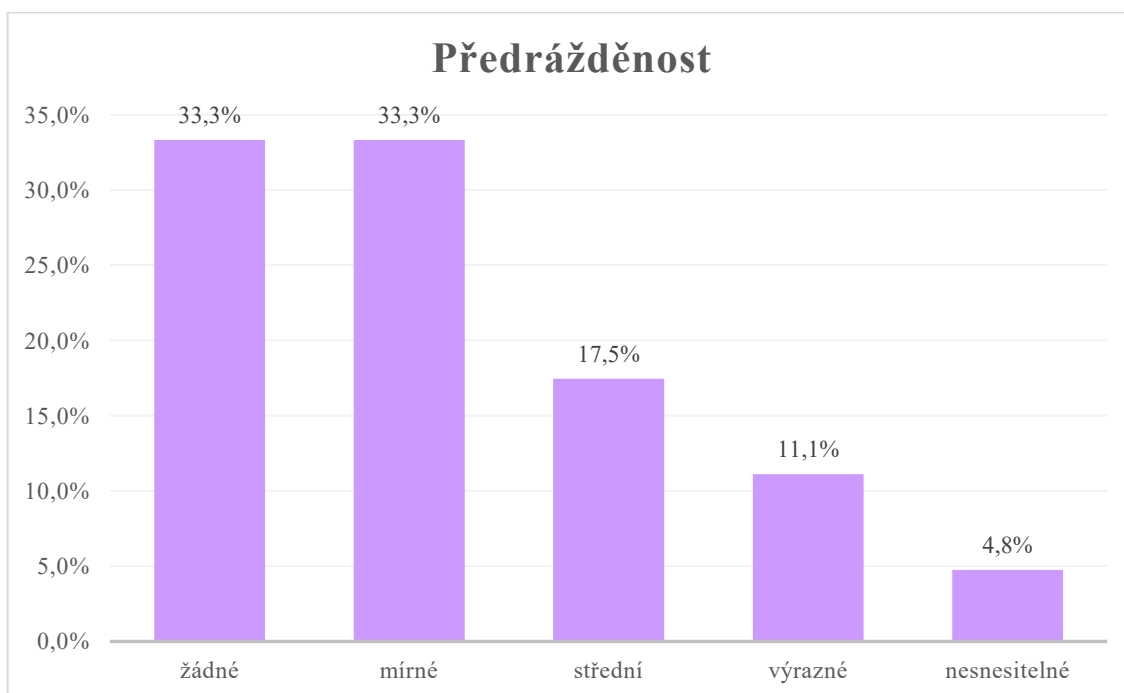
Otázka č. 4: Depresivní nálady (pocity smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad)



Graf 9: Depresivní nálady

Otázka č. 4 zjišťovala intenzitu depresivních nálad. Ze zkoumaného vzorku nemá žádné příznaky celkem 22 žen (34,9 %). Mírnými příznaky trpí 17 žen (27 %), střední příznaky má 13 žen (20,6 %) a výrazné depresivní symptomy má 8 žen (12,7 %). Jako nesnesitelné popisují depresivní nálady celkem 3 ženy (4,8 %).

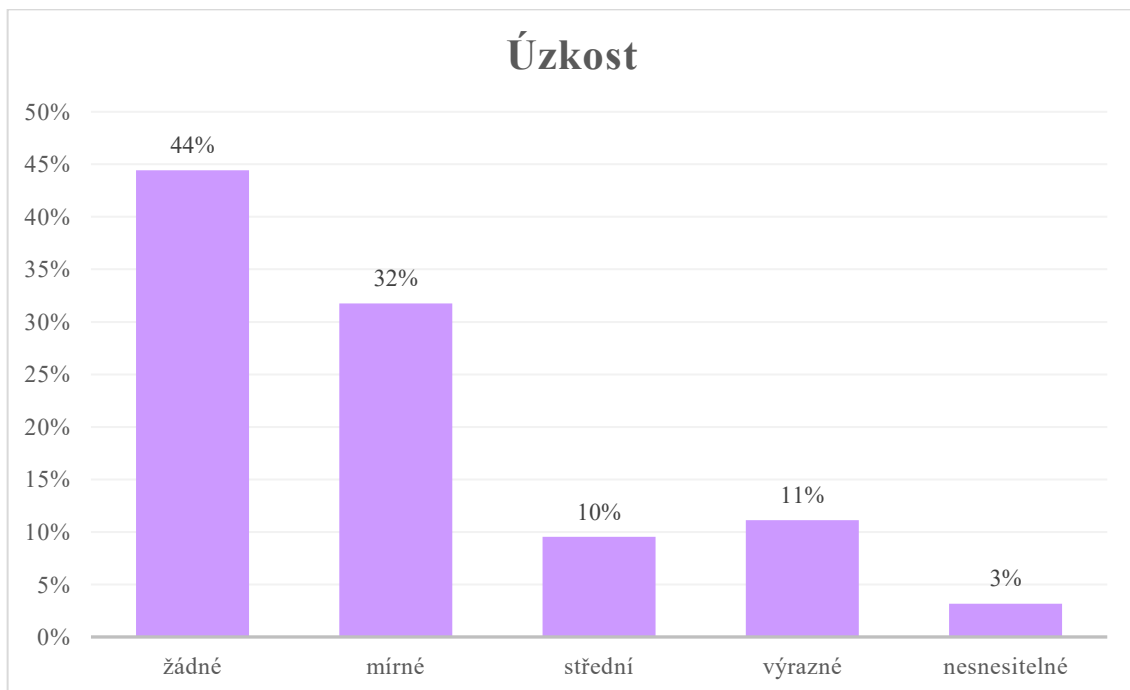
Otázka č. 5: Předrážděnost (nervozita, vnitřní tíseň, pocity agresivity)



Graf 10: Předrážděnost

Prostřednictvím páté otázky byla zkoumána intenzita obtíží, která se týká předrážděnosti, nervozity. Z celkového počtu 63 respondentek netrpí předrážděností 21 žen (33,3 %) a stejný počet žen trpí mírnými příznaky. Jako střední popisuje symptomy 11 žen (17,5 %), výraznými příznaky trpí 7 žen (11,1 %) a nesnesitelné příznaky v oblasti předrážděnosti mají 3 ženy (4,8 %).

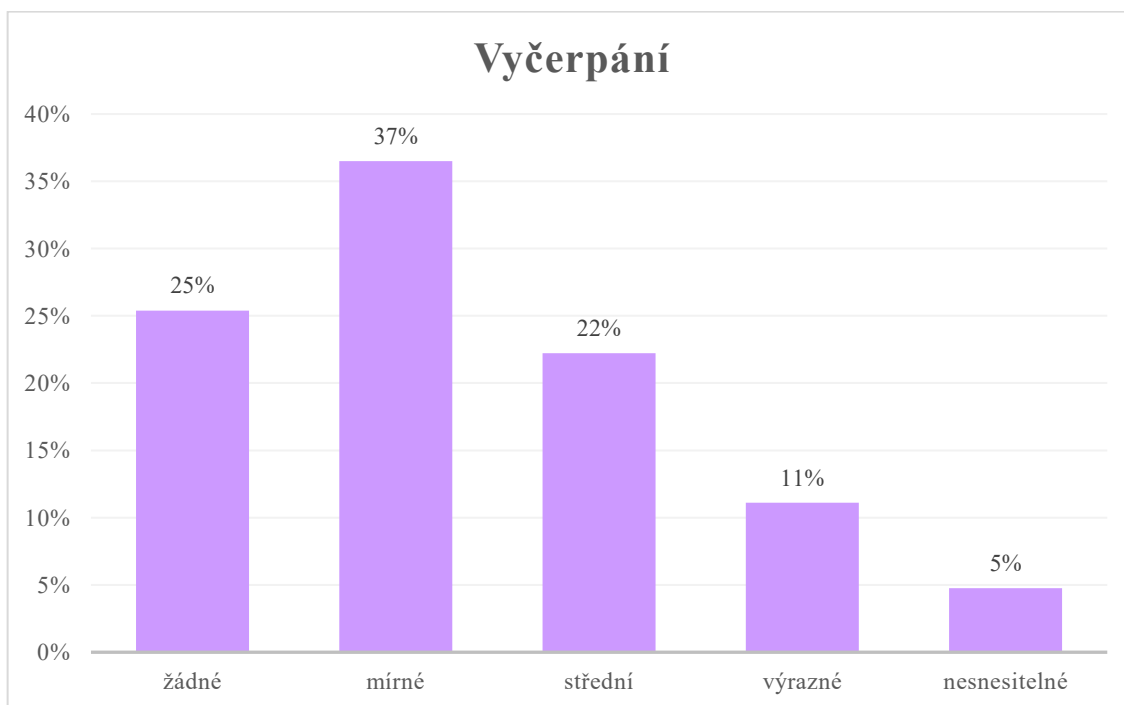
Otázka č. 6: Úzkost (vnitřní roztěkanost, pocity paniky)



Graf 11: Úzkost

Otázka č. 6 zjišťovala intenzitu úzkostných pocitů. Žádné příznaky v této oblasti nemá téměř polovina žen – 28 (44 %). Mírnými příznaky úzkosti trpí 20 žen (32 %). Jako střední popisuje příznaky celkem 6 žen (10 %) a výraznými příznaky trpí 7 žen (11 %). Dvě ženy (3 %) pocítují příznaky jako nesnesitelné.

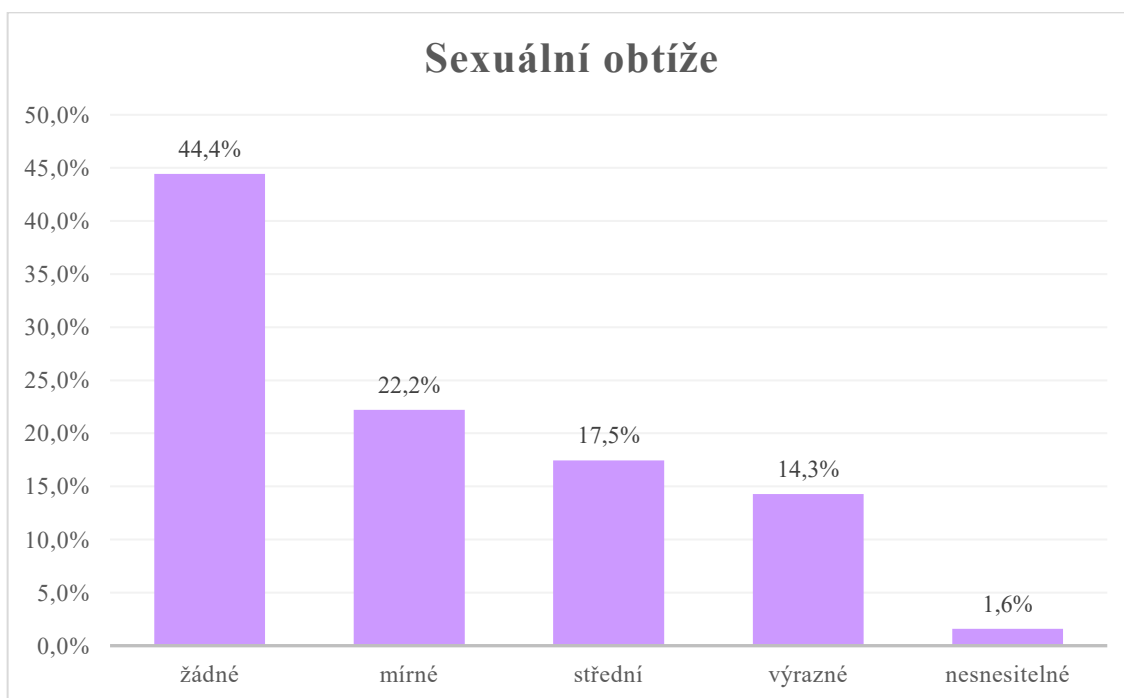
Otázka č. 7: Vyčerpání (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapomínání)



Graf 12: Vyčerpání

Pomocí otázky č. 7 byla zjišťována intenzita vyčerpání. Největší počet žen trpí mírnými příznaky vyčerpání – 23 (37 %). Žádné příznaky vyčerpání nemá 16 žen (25 %). Střední intenzitou příznaků trpí 14 žen (22 %), výraznými příznaky trpí 7 žen (11 %). Z celkového počtu 63 respondentek mají pouze 3 ženy (5 %) nesnesitelné příznaky.

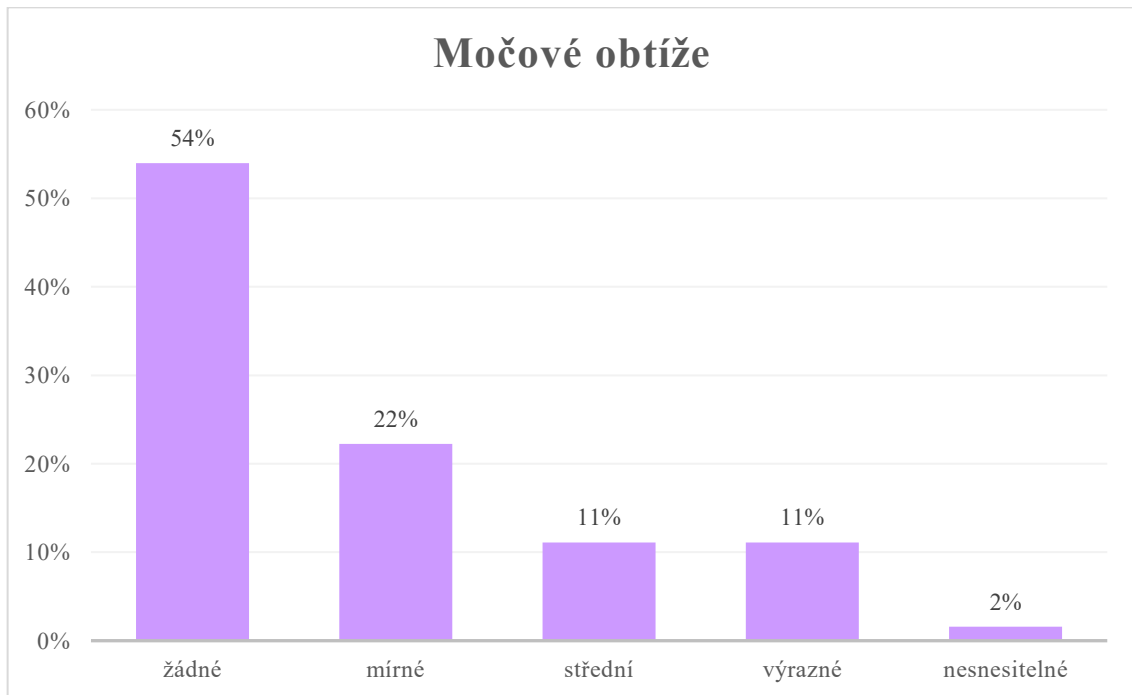
Otázka č. 8: Sexuální obtíže (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení)



Graf 13: Sexuální obtíže

Osmá otázka zjišťovala výskyt sexuálních obtíží. Z celkového počtu 63 respondentek nemá žádné sexuální problémy téměř polovina žen – 28 (44,4 %). Mírné problémy má v sexuální oblasti 14 žen (22,2 %), střední potíže prožívá 11 žen (17,5 %) a výrazné problémy má 9 žen (14,3 %). Pouze jedna žena (1,6 %) trpí nesnesitelnými obtížemi.

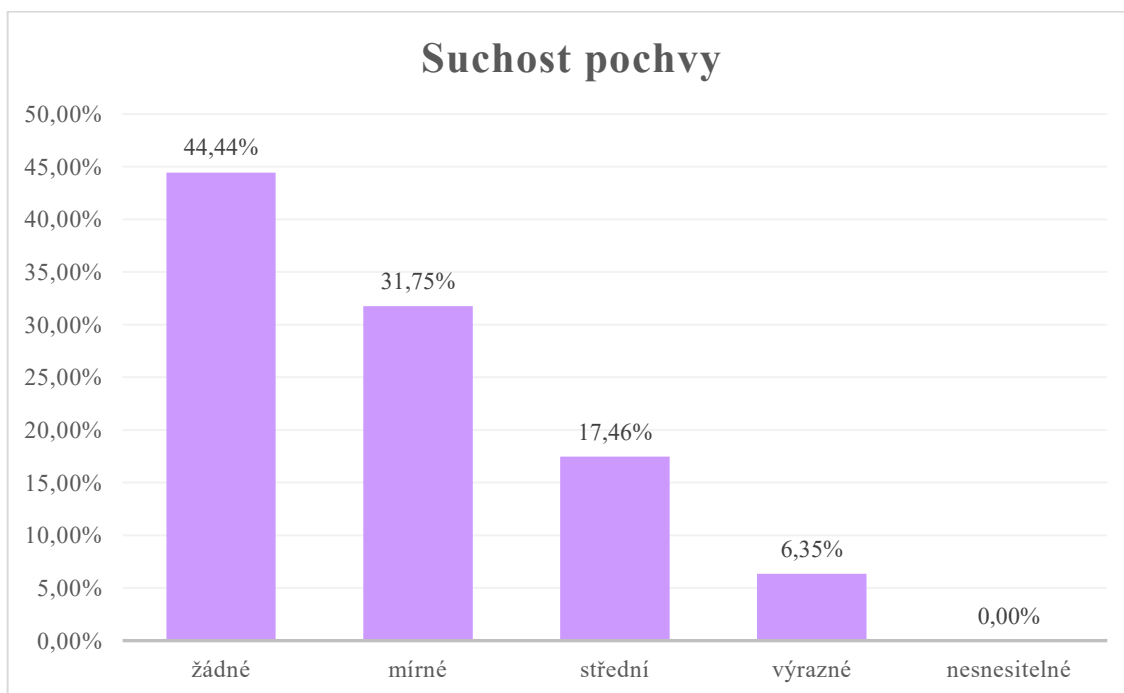
Otázka č. 9: Močové obtíže (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení)



Graf 14: Močové obtíže

Prostřednictvím deváté otázky byly zjišťovány problémy v oblasti močení. Více než polovina žen nemá žádné příznaky – 34 (54 %). Mírné obtíže při močení má 14 žen (22 %). O polovinu méně, 7 žen (11 %), popisuje intenzitu výše uvedených příznaků jako střední a stejný počet žen trpí výraznými obtížemi. Opět pouze jedna žena (2 %) má nesnesitelné močové obtíže.

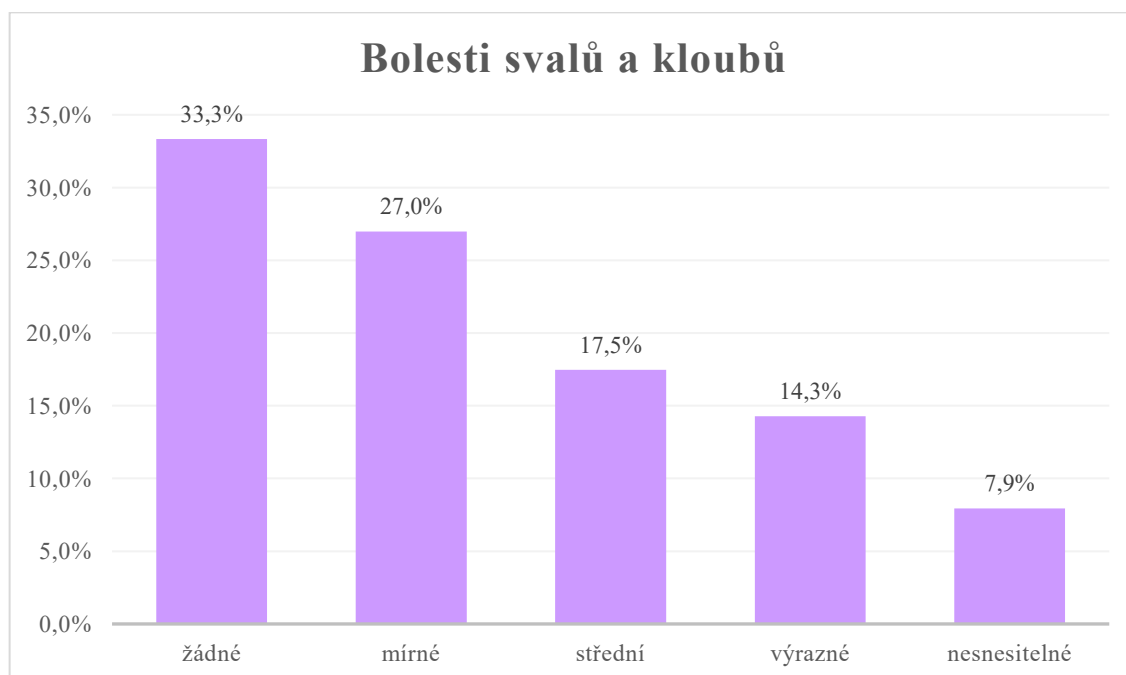
Otázka č. 10: Suchost pochvy (pocit suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku)



Graf 15: Suchost pochvy

Otázka č. 10 zjišťovala intenzitu nepříjemných pocitů v oblasti pochvy. Téměř polovina žen, 28 (44,4 %), nemá žádné příznaky. Mírnými příznaky trpí 20 žen (31,75 %), střední obtíže má 11 žen (17,46 %). Čtyři ženy (6,35 %) popisují symptomy jako výrazné. Z celkového počtu 63 respondentek nemá žádná žena nesnesitelné příznaky týkající se suchosti pochvy.

Otázka č. 11: Bolesti svalů a kloubů (bolesti kloubů, revmatické potíže)



Graf 16: Bolesti svalů a kloubů

Poslední otázka zkoumala intenzitu bolestí svalů a kloubů. Z celkového počtu 63 respondentek netrpí žádnými příznaky 21 žen (33,3 %). Mírné symptomy má 17 žen (27 %), střední intenzitu bolestí svalů a kloubů má 11 žen (17,5 %) a výraznými příznaky trpí 9 žen (14,3 %). Pět žen (7,9 %) trpí nesnesitelnými bolestmi svalů a kloubů.

Skór jednotlivých otázek:

| otázky | OT 1 | OT 2 | OT 3 | OT 4 | OT 5 | OT 6 | OT 7 | OT 8 | OT 9 | OT 10 | OT 11 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| součet | 104 | 59 | 89 | 79 | 76 | 61 | 84 | 67 | 53 | 54 | 86 |
| průměrný skór | 1,65 | 0,94 | 1,41 | 1,25 | 1,21 | 0,97 | 1,33 | 1,06 | 0,84 | 0,86 | 1,37 |
| modus | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| směrodatná odchylka | 1,22 | 1,05 | 1,35 | 1,19 | 1,16 | 1,13 | 1,11 | 1,15 | 1,1 | 0,92 | 1,29 |

Tabulka 2: Skór jednotlivých otázek

Vzhledem k cílům práce jsou v tabulce 2 uvedeny skóry za jednotlivé příznaky z celého souboru 63 respondentek. Minimální počet bodů, které bylo možno za každý příznak získat byla 0 a nejvyšší počet bodů byl 252.

Celkový počet bodů za **otázku č. 1** (návaly horka a pocení) je 104, průměrný skór činí 1,65, hodnota modu je 1 a hodnota směrodatné odchylky je 1,22. Z tabulky vyplývá, že tyto příznaky pociťují ženy nejintenzivněji.

Součet bodů v **otázce č. 2** (srdeční obtíže) činí 59. Z celkového počtu 63 respondentek je průměrná hodnota 0,94. Hodnota modu je 0 a hodnota směrodatné odchylky je 1,05.

Z celkového počtu 63 respondentek je součet bodů za **otázku č. 3** (poruchy spánku) 89. Průměrný skór tedy činí 1,41, hodnota modu je 0 a hodnota směrodatné odchylky je 1,35. Poruchy spánku jsou druhým nejintenzivněji pociťovaným příznakem.

Celkový počet bodů za **otázku č. 4** (depresivní nálady) je 79. Průměrný skór je 1,25, hodnota modu je 0 a směrodatná odchylka je 1,19.

Součet bodů v **otázce č. 5** (předrážděnost) činí 76. Průměrná hodnota je 1,21, modus je 1 a hodnota směrodatné odchylky činí 1,16.

Z celkového počtu 63 respondentek je součet bodů za **otázku č. 6** (úzkost) 61. Průměrná hodnota je 0,97. Hodnota modu je 0 a směrodatná odchylka je 1,13.

Celkový počet bodů v **otázce č. 7** (vyčerpání) je 84. Průměrný skór je 1,33, hodnota modu je 1 a hodnota směrodatné odchylky je 1,11.

Z celkového počtu 63 respondentek je součet bodů v **otázce č. 8** (sexuální obtíže) 67. Průměrná hodnota je 1,06, hodnota modu je 0 a hodnota směrodatné odchylky činí 1,15.

Součet bodů v **otázce č. 9** (močové obtíže) je 53. Z tabulky vyplývá, že jde o příznak, který ženy sužuje v nejnižší intenzitě. Průměrná hodnota je 0,84, hodnota modu je 0 a směrodatná odchylka je 1,1.

Téměř stejný celkový součet – 54 je v **otázce č. 10** (suchost pochvy). Průměrná hodnota je 0,86, hodnota modu je také 0 a směrodatná odchylka je 0,92.

Součet bodů v poslední **otázce č. 11** (bolesti svalů a kloubů) je 86. Průměrná hodnota je 1,37, hodnota modu je 0 a směrodatná odchylka je 1,29. Jedná se o příznaky, které ženy označily jako třetí nejintenzivnější.

9.2 Hodnocení jednotlivých domén a míry ovlivnění kvality života

Jednotlivé otázky dotazníku MRS jsou součástí domén – somato-vegetativní, psychologické a urogenitální. Součástí somato-vegetativní domény jsou návaly horka a pocení, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů. Psychologická doména zahrnuje depresivní nálady, předrážděnost, úzkost a vyčerpání. Poslední – urogenitální doména obsahuje sexuální a močové obtíže a suchost pochvy.

Každý dotazník je hodnocen pomocí součtu jednotlivých intenzit příznaků v konkrétních doménách. Maximální možný skóre celého dotazníku činí 44 bodů. Čím více má žena bodů, tím těžším průběhem klimakteria prochází.

Pro větší přehlednost jsou jednotlivé domény barevně odlišeny viz tabulka 3.

| DOMÉNA | OTÁZKY |
|-----------------------------------------|----------------------------|
| Somato-vegetativní 0-16 bodů | 1. Návaly horka, pocení |
| | 2. Srdeční obtíže |
| | 3. Poruchy spánku |
| | 11. Bolesti svalů a kloubů |
| 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 |
| celkový skóre 0-44 bodů | |

Tabulka 3: Domény MRS

Somato-vegetativní doména: návaly horka a pocení, srdeční obtíže, poruchy spánku, bolesti svalů a kloubů

| Somato-vegetativní doména | | |
|----------------------------------|-------|---------------------|
| průměrný skór | modus | směrodatná odchylka |
| 5,37 | 3 | 3,73 |

Tabulka 4: Somato-vegetativní doména

Somato-vegetativní doména zahrnuje návaly horka a pocení, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů. Bodové rozmezí se pohybuje od 0 do 16. Z celkového počtu 63 respondentek je průměrný skór 5,37 bodů. Hodnota modu je 3 a hodnota směrodatné odchylky činí 3,73.

Psychologická doména: depresivní nálady, předrážděnost, úzkost, vyčerpání

| Psychologická doména | | |
|-----------------------------|-------|---------------------|
| průměrný skór | modus | směrodatná odchylka |
| 4,76 | 2 | 4,11 |

Tabulka 5: Psychologická doména

Součástí psychologické domény jsou 4 oblasti příznaků – depresivní nálady, předrážděnost, úzkost a vyčerpání. Nejnižší možný počet bodů, který může žena získat je 0 a nejvyšší 16. Z celkového počtu 63 respondentek je průměrný skór psychologické domény 4,76. Hodnota modu činí 2 a hodnota směrodatné odchylky je 4,11.

Urogenitální doména: sexuální obtíže, močové obtíže, suchost pochvy

| Urogenitální doména | | |
|---------------------|-------|---------------------|
| průměrný skór | modus | směrodatná odchylka |
| 2,76 | 0 | 2,45 |

Tabulka 6: Urogenitální doména

Urogenitální doména zahrnuje celkem 3 oblasti příznaků – sexuální obtíže, močové obtíže a suchost pochvy. Bodové rozmezí se pohybuje od 0 do 12. Z celkového počtu 63 respondentek činí průměrný skór urogenitální domény 2,76. Hodnota modu je 0 a hodnota směrodatné odchylky je 2,45.

Celkový skór MRS:

| Celkový skór | | |
|---------------|-------|---------------------|
| průměrný skór | modus | směrodatná odchylka |
| 12,89 | 9 | 8,89 |

Tabulka 7: Celkový skór MRS

Celkový skór zjišťujeme součtem všech třech domén – somato-vegetativní, psychologické a urogenitální. Minimální počet bodů, které může žena získat je 0 a maximální počet bodů je 44. Z celkového počtu 63 dotazníků je průměrná hodnota 12,89, lze tedy říci, že většina žen má relativně mírný průběh klimakteria. Hodnota modu je 9 a hodnota směrodatné odchylky je 8,89.

Prostřednictvím dotazníku lze hodnotit, do jaké míry ovlivňují kvalitu života žen v klimakteriu symptomy, které se pojí s hormonálními změnami. Míru ovlivnění lze rozdělit do třech bodových rozmezí a dle jejich výše stanovit vliv na kvalitu života žen v klimakteriu. Pro větší přehlednost byla vytvořena tabulka 8.

| celkový skór | hodnocení kvality života |
|------------------------|-------------------------------------|
| 0-15 (mírné obtíže) | malá míra ovlivnění kvality života |
| 16-30 (střední obtíže) | vyšší míra ovlivnění kvality života |
| 31-44 (výrazné obtíže) | snížená kvalita života |

Tabulka 8: Hodnocení kvality života (Moravcová, Holá, 2017, s. 15)

Ovlivnění kvality života:



Graf 17: Ovlivnění kvality života

Z celkového počtu 63 respondentek má hodnotu celkového skóru v rozmezí 0-15 bodů celkem 42 žen (66,67 %). To znamená, že jejich kvalita života je ovlivněna v malé míře. U 18 žen (28,57 %) se hodnota celkového skóru pohybuje mezi 16-30 body, což značí, že je jejich kvalita života ovlivněna ve vyšší míře. Zbylé 3 ženy (4,76 %) mají výsledný skór v intervalu 31-44 bodů. Tyto ženy mají výrazné obtíže, tím pádem mohou pociťovat sníženou kvalitu života.

9.3 Statistická analýza vybraných dat

Statistická analýza byla provedena pomocí programu GraphPad Prism (verze 9.5.1) v jeho zkušební měsíční licenci. Cílem statistické analýzy bylo zjistit, zda mají vybrané proměnné vliv na kvalitu života žen v klimakteriu. Rozhodnutí, které testy budou využity při statistické analýze námi stanovených hypotéz, předcházelo ověření normálního rozložení námi získaných dat pomocí Shapiro-Wilkova testu, Anderson-Darlingova testu. Potvrdilo se, že data ve výzkumném souboru mají normální rozdělení. Pro statistické analýzy byl tedy využit parametrický test analýzy rozptylu ANOVA. Statistická šetření byla provedena na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Věcné hypotézy byly pro potřeby statistického zpracování následně přeformulovány:

H₁: Předpokládáme, že věk ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

H₀₁: Věk nemá vliv na celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

H_{A1}: Věk má vliv na celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

H₂: Předpokládáme, že přítomnost a druh terapie ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

H₀₂: Přítomnost a druh terapie neovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

H_{A2}: Přítomnost a druh terapie ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu

H₃: Předpokládáme, že délka terapie hormonální substituční terapií či fytoestrogeny ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

H₀₃: Délka terapie hormonální substituční terapií či fytoestrogeny neovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

H_{A3}: Délka terapie hormonální substituční terapií či fytoestrogeny ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

Hypotéza H₁: Předpokládáme, že věk ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

| Věkové kategorie | Somato-vegetativní doména (rozmezí 0-16) Průměrný skór | Psychologická doména (rozmezí 0-16) Průměrný skór | Urogenitální doména (rozmezí 0-12) Průměrný skór |
|-------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 41-45 let (9/54) | 7,1 | 6,1 | 2,6 |
| 46-50 let (13/54) | 6,2 | 6,4 | 2,9 |
| 51-55 let (18/54) | 4,2 | 3,5 | 2,1 |
| 56-60 let (14/54) | 5,5 | 4,4 | 3,6 |
| | $p = 0,2$ | $p = 0,09$ | $p = 0,4$ |

Tabulka 9: H₁ – Věkové kategorie

Cílem bylo ověřit, zda věková kategorie respondentek ovlivňuje kvalitu života v jednotlivých doménách. Statisticky nebyl mezi podskupinami respondentek ve zkoumaném souboru prokázán významný rozdíl. Při námi zvolené hladině významnosti tedy nezamítáme nulovou hypotézu: věk nemá vliv na celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

Hypotéza H₂: Předpokládáme, že přítomnost a druh terapie ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

| Typ léčby | Somato-vegetativní doména (rozmezí 0-16) Průměrný skór | | Psychologická doména (rozmezí 0-16) Průměrný skór | | Urogenitální doména (rozmezí 0-12) Průměrný skór | |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------|-----------|
| Žádná léčba (42/63) | 5,2 | $p = 0,84$ | 4,3 | $p = 0,47$ | 2,6 | $p = 0,3$ |
| Léčba fytoestrogeny (14/63) | 5,4 | | 5,8 | | 2,6 | |
| Hormonální substituční terapie (7/63) | 6,1 | | 5,4 | | 4,1 | |

Tabulka 10: H₂ – Typ léčby

Cílem bylo ověřit, zda typ léčby ovlivňuje kvalitu života v jednotlivých doménách. Statisticky nebyl mezi podskupinami respondentek ve zkoumaném souboru prokázán významný rozdíl. Při námi zvolené hladině významnosti tedy nezamítáme nulovou hypotézu: přítomnost a druh terapie neovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

Hypotéza H₃: Předpokládáme, že délka terapie hormonální substituční terapií či fytoestrogeny ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

| Délka léčby hormonální substituční terapií | Somato-vegetativní doména (rozmezí 0-16) Průměrný skór | | Psychologická doména (rozmezí 0-16) Průměrný skór | | Urogenitální doména (rozmezí 0-12) Průměrný skór | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------|------------|
| | | | | | | |
| 1 měsíc (2/7) | 7 | $p = 0,88$ | 7 | $p = 0,73$ | 6 | $p = 0,69$ |
| 3 měsíce (1/7) | 4 | | 7 | | 3 | |
| 12 měsíců (4/7) | 6,3 | | 4,3 | | 3,5 | |

Tabulka 11: H₃ – Délka léčby hormonální substituční terapií

| Délka léčby fytoestrogeny | Somato-vegetativní doména (rozmezí 0-16) Průměrný skór | | Psychologická doména (rozmezí 0-16) Průměrný skór | | Urogenitální doména (rozmezí 0-12) Průměrný skór | |
|---------------------------|--------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------|------------|
| | | | | | | |
| 1 měsíc (6/14) | 6 | $p = 0,13$ | 8,3 | $p = 0,16$ | 3,8 | $p = 0,16$ |
| 3 měsíce (5/14) | 3,4 | | 2,6 | | 0,8 | |
| 12 měsíců (3/14) | 7,3 | | 6 | | 3,3 | |

Tabulka 12: H₃ – Délka léčby fytoestrogeny

Cílem bylo ověřit, zda délka léčby HRT a fytoestrogeny ovlivňuje kvalitu života v jednotlivých doménách. Statisticky nebyl mezi podskupinami respondentek ve zkoumaném souboru prokázán významný rozdíl. Při námi zvolené hladině významnosti tedy nezamítáme nulovou hypotézu: délka terapie hormonální substituční terapií či fytoestrogeny neovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

DISKUZE

Tato kapitola je zaměřena na shrnutí a diskuzi získaných výsledků výzkumného šetření. Bakalářská práce je věnována vlivu hormonálních změn na kvalitu života žen v klimakteriu. Se souhlasem autorky české verze dotazníku, Mgr. Markéty Moravcové, Ph.D., byl pro získání výzkumných dat zvolen standardizovaný dotazník Menopause Rating Scale. Dotazník obsahuje 11 symptomů klimakteria, u kterých ženy označily pocíťovanou intenzitu. Dále obsahuje demografické údaje a dotaz na délku léčby. Vzhledem k cílům bakalářské práce byl dotazník doplněn o otázku týkající se druhu léčby.

Hlavním cílem práce bylo posoudit celkovou kvalitu života žen v klimakteriu. Úkolem dílčích cílů bylo zjistit, který z příznaků klimakteria se ve zkoumaném souboru vyskytuje v nejvyšší, a naopak v nejnižší intenzitě. Dalším cílem bylo zjistit, ve které z jednotlivých domén pocíťují ženy příznaky klimakteria nejintenzivněji a která nejvíce ovlivňuje kvalitu života žen.

Následujícími cíli bylo porovnat rozdíly v kvalitě života žen v klimakteriu v závislosti na věku, druhu léčby a délce léčby prostřednictvím jednotlivých preparátů. K těmto cílům byly stanoveny hypotézy, které byly následně statisticky zpracovány. Výsledky výzkumného šetření byly porovnány s jinými průzkumy na obdobné téma, které pro získání dat použily také dotazník MRS.

Hlavní cíl: Posoudit celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo posoudit vliv symptomů estrogenního deficitu na kvalitu života žen v klimakteriu. Kvalita života byla posuzována dle výsledného skóru dotazníku Menopause Rating Scale, na základě součtu intenzit jednotlivých příznaků. Maximální počet bodů, kterého lze v dotazníku dosáhnout, je 44. Výsledný počet bodů lze rozdělit do tří intervalů. První je 0-15 bodů, což vyjadřuje malou míru ovlivnění kvality života. Rozmezí bodů 16-30 již značí vyšší míru ovlivnění a poslední interval, 31-44 bodů, znamená sníženou kvalitu života.

Z celkového počtu 63 respondentek byl průměrný skór dotazníků 12,89 bodů. Většina žen má výsledný skór v rozmezí 0-15 bodů, což znamená, že symptomy pocíťují v mírné intenzitě. Lze tedy konstatovat, že symptomy, které pocíťují, jsou mírné a jejich kvalita života je vysoká.

Po rozboru výsledků celkového skóru bylo zjištěno, že celkem 42 žen (66,67 %) spadá do intervalu 0-15. To značí pouze mírné ovlivnění kvality života, jak je uvedeno výše. Do bodového rozmezí 16-30 spadá z celkového počtu 63 respondentek celkem 18 žen (28,57 %). Tyto ženy se již potýkají se symptomy střední intenzity a jejich kvalita života je ovlivněna ve vyšší míře v negativním slova smyslu. Zbylé 3 ženy (4,76 %) mají výsledný skór v intervalu 31-44 bodů. Symptomy estrogenního deficitu pociťují jako výrazné. Jednotlivé příznaky velmi narušují každodenní život, tím pádem mohou pociťovat sníženou kvalitu života.

Výsledky lze porovnat s výzkumným šetřením Pospíšilové (2019). V jejím souboru, který zahrnoval 162 respondentek, je celkem 97 žen (téměř 60 %) v bodovém intervalu 0-15. Zde tedy nedochází ke změnám, které by měnily kvalitu života žen. Do bodového rozmezí 16-30, kdy je již ovlivněna kvalita života spadá 54 žen (33,33 %). V posledním intervalu 31-44 bodů se nachází 11 žen (6,79 %), které již mají sníženou kvalitu života. Ve výzkumném šetření Gaislerové (2018), kterého se zúčastnilo 64 respondentek je 61 žen (95,31 %) v bodové intervalu 0-15 a zbylé 3 ženy (4,69 %) spadaly do intervalu 16-30 bodů. V intervalu 31-44 se nenacházela žádná žena. Také ve výzkumu Moravcové a Holé (2017), do kterého bylo zahrnuto 364 žen, byly výsledky obdobné. Převážná většina žen (267) byla v bodovém intervalu 0-15, 95 žen bylo v intervalu 16-30 a zbylé dvě ženy spadaly do intervalu 31-44 bodů.

Lze konstatovat, že celková kvalita života žen v klimakteriu je ve výzkumném souboru, dle průměrného skóru (12,89), velmi příznivá. Nadpoloviční většina žen trpí mírnými příznaky estrogenního deficitu, které v tomto případě ovlivňují kvalitu života žen v klimakteriu jen v malé míře, nesnižují ji.

Dílčí cíl 1: Identifikovat příznak klimakteria, který se ve zkoumaném souboru vyskytuje nejintenzivněji.

Z celkového počtu 63 respondentek bylo zjištěno, že ze všech 11 symptomů klimakteria pociťují ženy nejintenzivněji příznak *návaly horka a pocení*. Součet jednotlivých intenzit tohoto příznaku činí 104 a průměrná hodnota je 1,65. Žádnými návaly horka netrpí celkem 14 žen, jako mírné je označilo 16 žen. Středními příznaky trpí 15 žen, výraznými 14 žen a jako nesnesitelné je popisují 4 ženy. Pokud by bylo cílem zjistit tři příznaky, které ženy označily jako nejintenzivnější, tak by se na pomyslném druhém místě umístil symptom *poruchy spánku* s celkovým skórem 89 a průměrným

skórem 1,41. Třetím nejproblematictějším příznakem jsou *bolesti svalů a kloubů*. Součet intenzit činí 86 a průměrná hodnota je 1,37. Z předchozího výsledku je patrné, že se hodnoty velmi neliší od výsledných hodnot symptomu *poruchy spánku*, takže i přesto, že se bolesti svalů a kloubů vyskytují na třetím místě, lze říci, že je ženy pociťovaly v téměř stejné intenzitě.

V diplomové práci Pospíšilové (2019), byla zjištěna shoda ve dvou ze tří příznaků, které ženy označily jako nejproblematictější. Liší se ovšem jejich pořadí. Jako nejintenzivnější byl zde označen symptom *poruchy spánku*, druhým nejintenzivnějším je symptom *vyčerpání*. Shoda byla v umístění třetího příznaku nejvyšší intenzity, kterým jsou *bolesti svalů a kloubů*. Stejně tak ve výzkumu Moravcové a Holé (2017) jsou *bolesti svalů a kloubů* třetím nejintenzivnějším příznakem. Naopak nejproblematictějším symptomem jsou v jejich výzkumu *srdeční obtíže*, které v našem souboru nepociťují ženy v tak výrazné intenzitě. V neposlední řadě lze výsledky výzkumu porovnat s diplomovou prací Gaislerové (2018), kde jsou jedním ze tří nejintenzivnějších příznaků *návaly horka*, které se zde ale z hlediska intenzity vyskytují jako třetí nejintenzivnější. Shoda je v symptomu *poruchy spánku*, který ženy označily také jako druhý nejproblematictější.

Nejintenzivnějším příznakem jsou v našem výzkumu *návaly horka a pocení*. Po porovnání s výše uvedenými výsledky výzkumných šetření vyplývá, že není shoda v příznaku, který ženy pociťují nejsilněji. Rozdíl ve výsledku lze přisuzovat skladbě žen, které byly zahrnuty do výzkumného šetření.

Dílčí cíl 2: Zjistit, který z příznaků ženy pociťují v nejnižší intenzitě.

Na základě vyhodnocení výzkumného šetření bylo zjištěno, že příznakem, který ženy pociťují v nejnižší intenzitě, jsou *močové obtíže*. Celkový součet bodů všech respondentek činí 53 a průměrná hodnota je 0,84. Žádnými obtížemi netrpí 34 žen, mírnými trpí 14 žen a středními 7. Jako výrazné je popisuje celkem 7 žen a pouze jedna žena má nesnesitelné močové obtíže. Toto je dle mého názoru pozitivní zjištění. Věřím, že močové obtíže, do kterých můžeme zařadit močovou inkontinenci, obtíže při močení a časté močení, jsou velkou změnou a zásahem do života ženy a jistě silně ovlivňují kvalitu jejího života, ať už z hlediska osobního, tak ale i společenského.

Shodný výsledek vyplývá z výzkumu Pospíšilové (2019). Nejméně problematickým příznakem, co se intenzity týče, jsou močové obtíže. Průzkumné šetření není shodné s výzkumem Gaislerové (2018), kde byla jako nejméně intenzivním

symptomem označena *suchost pochvy*. K rozdílnému výsledku také dospěly Moravcová a Holá (2017). V rámci jejich výzkumu byl za nejméně problematický označen symptom *předrážděnost*.

Dílčí cíl 3: Zjistit, ve které z domén (somato-vegetativní, psychologická, urogenitální) pociťují ženy příznaky klimakteria nejintenzivněji a která nejvíce ovlivňuje kvalitu života.

Dalším dílčím cílem výzkumného šetření bylo zjistit, ve které z výše uvedených domén, pociťují ženy příznaky nejintenzivněji a která tedy nejvíce ovlivňuje kvalitu života žen v klimakteriu. V doméně somato-vegetativní byl maximální možný skóre 16, v doméně psychologické také 16 a v doméně urologické mohly ženy dosáhnout 12 bodů.

Po zpracování výsledků výzkumu bylo zjištěno, že nejproblematictější doménou je, z hlediska intenzity příznaků, doména somato-vegetativní, která obsahuje tyto symptomy: *návaly horka a pocení, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů*. Návaly horka a pocení, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů, které spadají do této domény, jsou v našem výzkumu třemi nejintenzivněji pociťovanými příznaky, jak je uvedeno výše. Průměrný skóre celého souboru činil 5,37. Druhou nejproblematictější doménou je doména psychologická s průměrem 4,76. Nejméně problematická je tedy doména urogenitální, jejíž průměrný skóre činil 2,76. V rámci urogenitální domény je třeba vzít na vědomí fakt, že se zde nachází o jeden příznak méně, maximální skóre mohl být tedy o 4 body nižší než v předchozích dvou doménách.

K totožnému výsledku dospěla také Pospíšilová (2019). V jejím výzkumu, kterého se zúčastnilo 162 žen byla jako nejproblematictější označena také doména somato-vegetativní s průměrným skóre 5,14. Druhá v pořadí byla doména psychologická, jejíž průměr činil 4,28. Nejméně intenzivní příznaky, s průměrem 2,73, pociťují ženy v doméně urogenitální, stejně jako v našem výzkumu. Rovněž výzkumné šetření Gaislerové (2018), do kterého bylo zapojeno 64 respondentek, ukázalo, že nejproblematictější doménou, co se intenzity symptomů týče, je doména somato-vegetativní s průměrem 3,29. Pořadí dalších domén je totožné s naším výzkumem. Rozdílný výsledek není ani ve výzkumu Moravcové a Holé (2017), kde je nejproblematictější doména somato-vegetativní, poté psychologická a nakonec urogenitální.

Nejintenzivněji pociťují ženy příznaky v doméně somato-vegetativní. Lze tedy říci, že symptomy této domény nejvíce ovlivňují kvalitu života žen v klimakteriu, v negativním slova smyslu. Výsledky našeho výzkumu jsou shodné se všemi výše uvedenými výzkumy.

Dílčí cíl 4: Porovnat rozdíly v kvalitě života žen v závislosti na věku.

Hypotéza H₁: Předpokládáme, že věk ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

Dalším z cílů bylo porovnat rozdíly v kvalitě života žen v závislosti na věku, ve kterém procházejí klimakteriem. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza, kde předpokládáme, že věk ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu. Ke statistickému zpracování nebyl použit celý soubor respondentek, ale pouze ženy, které jsou věkově nejbližší fyziologickému klimakteriu, tzn. ženy ve věku 41 až 60 let. Vliv věku na kvalitu života byl porovnáván dle průměrného skóru jednotlivých domén.

V doméně somato-vegetativní byl u žen ve věku 41-45 let průměrný skóre 7,1, ve věkové kategorii 46-50 let byl průměr 6,2, ženy ve věku 51-55 let měly průměrný skóre 4,2 a u žen ve věku 56-60 let byl průměr 5,5 ($p = 0,2$).

Co se týče psychologické domény, ženy ve věku 41-45 let mají průměrný skóre 6,1, u žen ve věku 46-50 let byl průměr 6,4, ženy ve věku 51-55 let mají průměr 3,5 a u žen ve věku 56-60 let je průměrný skóre 4,4 ($p = 0,09$).

V doméně urogenitální byl průměrný skóre u žen ve věku 41-45 let 2,6. Ženy ve věku 46-50 let měly průměr 2,9, ve věkové kategorii 51-55 let činil průměrný skóre 2,1 a v kategorii 56-60 let byl průměr stanoven na 3,6 ($p = 0,4$).

Dílčím cílem 4 bylo porovnat rozdíly v kvalitě života žen v závislosti na věku. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že nejvyšší průměrný skóre mají v jednotlivých doménách ženy ve věku 41-45 let a podobné hodnoty mají ženy ve věku 46-50 let. Dle průměrných hodnot je možné říci, že věk, ve kterém ženy procházejí klimakteriem, kvalitu života také ovlivňuje.

I přesto, že se hodnoty průměrných skóre jednotlivých domén v některých kategoriích velmi liší, nebyl mezi jednotlivými podskupinami žen prokázán statisticky významný rozdíl. Při námi zvolené hladině významnosti, $\alpha = 0,05$, nelze tedy zamítnout nulovou hypotézu: věk nemá vliv na celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

Dílčí cíl 5: Zjistit a porovnat rozdíly v kvalitě života žen, které užívají hormonální substituční terapii, fytoestrogeny, nebo neužívají žádné preparáty ke zmírnění příznaků klimakteria.

Hypotéza H₂: Předpokládáme, že přítomnost a druh terapie ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

V rámci pátého dílčího cíle bylo žádoucí zjistit a porovnat rozdíly v kvalitě života žen v závislosti na druhu terapie, pomocí které mírní symptomy estrogenního deficitu. Součástí cíle byla hypotéza, kde předpokládáme vliv přítomnosti a druhu terapie na kvalitu života žen v klimakteriu. Výsledná data byla opět porovnáвана z hlediska průměrného skóru jednotlivých domén. Pro získání dat potřebných k tomuto cíli byl dotazník MRS doplněn o otázku týkající se druhu léčby.

Z celkového souboru 63 respondentek neužívá žádnou léčbu celkem 42 žen. Průměrný skór v somato-vegetativní doméně v této kategorii činil 5,2. Skupina 14 žen, které užívají fytoestrogeny má průměrný skór 5,4. Poslední kategorii tvoří 7 žen, které užívají hormonální substituční terapii a jejich průměrný skór činí 6,1 ($p = 0,84$).

V psychologické doméně byl u žen, které neužívají žádnou léčbu, průměrný skór 4,3, u žen s fytoestrogeny byl průměr 5,8 a u žen užívajících hormonální substituci byl průměrný skór 5,4 ($p = 0,47$).

V poslední, urogenitální doméně, byl průměrný skór u žen bez léčby 2,6. Stejný průměr měly ženy užívající fytoestrogeny. Ženy s hormonální substituční terapií měly průměrný skór 4,1 ($p = 0,3$).

Dílčím cílem 5 bylo porovnat rozdíly v kvalitě života žen dle různých typů léčby. Dle průměrných hodnot jednotlivých domén mají nejvíce ovlivněnou kvalitu života ženy užívající HRT, méně ovlivněnou ženy s fytoestrogeny a nejméně ženy, které neužívají žádnou léčbu. Není možné stanovit jednoznačný závěr z důvodu nepoměru jednotlivých podskupin dle typů léčby.

I přesto, že jsou v průměrných hodnotách jednotlivých domén rozdílné hodnoty, při námi stanovené hladině významnosti, $\alpha = 0,05$, nevyšly p-hodnoty statisticky významné. Nezamítáme tedy nulovou hypotézu: přítomnost a druh terapie neovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu. Domníváme se, že je to způsobeno malým zastoupením respondentek v jednotlivých podskupinách s ohledem na přítomnost a druh terapie.

Dílčí cíl 6: Porovnat rozdíly v kvalitě života žen v závislosti na délce užívání hormonální substituční terapie a terapie fytoestrogeny.

Hypotéza H₃: Předpokládáme, že délka terapie hormonální substituční terapií či fytoestrogeny ovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

Posledním dílčím cílem bylo porovnat vliv délky jednotlivých druhů terapie na kvalitu života žen. K tomuto cíli byla také stanovena hypotéza, ve které je předpokladem vliv terapie na celkovou kvalitu života žen v klimakteriu. Rozdíly byly rovněž porovnávány dle jednotlivých domén.

Žen, které užívaly hormonální substituční terapii bylo 7. Z tohoto počtu se 2 ženy léčily 1 měsíc, 1 žena užívala HRT 3 měsíce a 12 měsíců se léčily 4 ženy. V rámci somato-vegetativní domény je průměrný skóre u léčby v délce 1 měsíce 7. U ženy, která léky užívala 3 měsíce, byl celkový skóre 4 a ženy podstupující léčbu 12 měsíců měly průměrný skóre 6,3 ($p = 0,88$). V psychologické doméně byl průměrný skóre 7 jak u léčby v délce jednoho měsíce, tak u tříměsíční léčby. V rámci dvanáctiměsíční léčby průměr činil 4,3 ($p = 0,73$). Průměrný skóre urogenitální domény u léčby v délce jednoho měsíce byl 6. U žen, které se léčily 3 měsíce, byl průměr 3 a u žen s léčbou v délce 12 měsíců byla průměrná hodnota 3,5 ($p = 0,69$).

Ve druhé kategorii žen, které užívají fytoestrogeny, bylo celkem 14 žen, z toho 6 žen užívalo léky 1 měsíc, 5 žen podstupovalo léčbu 3 měsíce a zbylé 3 ženy se prostřednictvím fytoestrogenů léčily 12 měsíců. V somato-vegetativní doméně byla průměrná hodnota 6 u léčby po dobu 1 měsíce, 3,4 po dobu 3 měsíců a dále 7,3 v rámci léčby po dobu 12 měsíců ($p = 0,13$). Průměrný skóre v psychologické doméně činil po 1měsíční léčbě 8,3, po 3měsíční léčbě byl průměr 2,6 a v rámci 12měsíční léčby byla průměrná hodnota 6 ($p = 0,16$). V poslední, urogenitální doméně, byl průměrný skóre v rámci jednoho měsíce 3,8, v rámci třech měsíců 0,8 a v rámci dvanácti měsíců 3,3 ($p = 0,16$).

Dílčím cílem bylo porovnat rozdíly v kvalitě života dle délky léčby jednotlivými preparáty. Z výsledků průměrných skóreů jednotlivých domén vyplývá, že při léčbě v délce jednoho měsíce mají více ovlivněnou kvalitu života ženy užívající HRT a při léčbě v délce 3 měsíce taktéž. Rozdíl je ovšem u léčby v délce 12 měsíců, kdy mají kvalitu života více ovlivněnou ženy užívající fytoestrogeny. Není možné stanovit jednoznačný závěr z důvodu nepoměru počtu žen v podskupinách dle délky léčby.

Ani v tomto případě nebyl mezi jednotlivými podskupinami prokázán statisticky významný rozdíl. Při námi zvolené hladině významnosti tedy nelze zamítnout nulovou hypotézu: délka terapie hormonální substituční terapií či fytoestrogeny neovlivňuje celkovou kvalitu života žen v klimakteriu. Výsledky si vysvětlujeme malým počtem žen v jednotlivých podskupinách dle druhu a délky léčby.

Výsledky lze částečně porovnat s diplomovou prací Pospíšilové (2019), která zkoumala vliv hormonální substituční terapie na intenzitu pocíťovaných příznaků z hlediska délky léčby. Výzkumu se zúčastnilo 18 žen, které dotazník vyplnily před léčbou, po jednom měsíci a následně po třech měsících léčby. Výsledkem bylo snížení výskytu a intenzity jednotlivých příznaků. Celkový skóre byl před léčbou 22,56, po měsíci klesl na 20,22 a po třech měsících se snížil na 15,72. Po třech měsících léčby se u 9 žen dostal průměrný skóre do rozmezí 0-15, což znamená, že symptomy klimakteria ovlivňují kvalitu života ženy jen velmi málo. Z tohoto výzkumu tedy lze konstatovat pozitivní vliv hormonální substituční terapie na kvalitu života žen v klimakteriu.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla věnována vlivu hormonálních změn na kvalitu života žen v klimakteriu. Byla rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou.

Teoretická část se věnovala jednotlivým fyziologickým obdobím života každé ženy. Další kapitola popisovala samotné klimakterium, jeho historii, fyziologii a endokrinologii ženských pohlavních hormonů. Následovala kapitola věnující se symptomatologii klimakteria. Byl zde popsán akutní klimakterický syndrom, organický a metabolický estrogen-deficitní syndrom. Další kapitola byla věnována možnostem mírnění symptomů estrogenního deficitu, konkrétně tedy zdravému životnímu stylu, fytoestrogenům a hormonální substituční terapii. Následovala kapitola o kvalitě života obecně. Poslední kapitola byla o kvalitě života žen v klimakteriu s podkapitolou, která se věnovala dotazníku Menopause Rating Scale.

Empirická část práce byla věnována posouzení kvality života žen v klimakteriu. Výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím standardizovaného dotazníku Menopause Rating Scale, jenž obsahoval 11 symptomů a u každého z nich ženy označovaly intenzitu jejich obtíží. Dále dotazník obsahoval dotazy na demografické údaje žen, délku léčby a vzhledem k cílům výzkumu byl doplněn o otázku specifikující druh léčby. Výzkumného šetření se zúčastnilo 63 respondentek z gynekologických ambulancí a z mého okolí.

Hlavním cílem bylo posoudit celkovou kvalitu života žen v klimakteriu. Po vyhodnocení dotazníků bylo zjištěno, že je kvalita života žen celého souboru v průměru velmi vysoká. Převážná většina žen trpí mírnými příznaky, které mohou ovlivňovat kvalitu života v malé míře, ale nesnižují ji.

Díličními cíli bylo zjistit, který příznak pocítují ženy jako nejproblematictější a naopak. Zpracováním výsledků bylo zjištěno, že nejintenzivnějším příznakem jsou návaly horka a pocení a nejméně problematickým jsou močové obtíže. Dalším dílčím cílem bylo zjistit, ve které z domén vnímají ženy příznaky nejintenzivněji a která tedy nejvíce ovlivňuje kvalitu života. Z výsledků vyplývá, že nejproblematictější je doména somato-vegetativní. Věříme, že příznaky jako návaly horka, poruchy spánku nebo bolesti svalů a kloubů velmi ovlivňují každodenní život a pokud trvají nepřiměřeně dlouhou dobu, tak jistě mohou postupně snižovat celkovou kvalitu života.

Poslední tři dílčí cíle se věnovaly rozdílům v kvalitě života žen v závislosti na věku, druhu a délce léčby. K těmto cílům byly stanoveny hypotézy, ve kterých byl určitý

vliv předpokládán. Ani v jedné z podskupin nebyly výsledky statisticky významné, na základě stanovené hladiny významnosti tedy nebyly zamítnuty nulové hypotézy. Výsledky přisuzujeme malému počtu respondentek, zejména v podskupinách žen užívajících fytoestrogeny a hormonální substituční terapii.

Bylo pozitivní zjistit, že celková kvalita života žen v klimakteriu se ve výzkumném souboru pohybuje v příznivých hodnotách. Byla bych ráda, kdyby práce pomohla jak zdravotníkům, tak ženám v klimakteriu nebo ženám, které klimakterium teprve čeká. Ženám, které se bojí zeptat, stydí se za své potíže i přesto, že je klimakterium fyziologickou součástí života každé ženy a měly by mít tedy možnost o něm otevřeně hovořit. Dle mého názoru je důležité znát možnosti mírnění symptomů estrogenního deficitu. Pokud žena trpí silným klimakterickým syndromem, tak je jistě snižená kvalita jejího života. V dnešní rozvinuté medicíně je spousta možností, které lze využít, aby každý jedinec mohl prožít kvalitní život od začátku do jeho konce.

ABSTRAKT

| | |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autor: | Zuzana Chejnovská |
| Instituce: | Univerzita Karlova – Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav nelékařských studií |
| Název práce: | Vliv hormonálních změn na kvalitu života žen v klimakteriu |
| Vedoucí práce: | Mgr. Jana Matulová |
| Počet stran: | 95 |
| Počet příloh: | 2 |
| Rok obhajoby: | 2023 |
| Klíčová slova: | klimakterium, klimakterický syndrom, kvalita života, hormonální změny, hormonální substituční terapie, menopauza, fytoestrogeny |

Bakalářská práce se zabývá vlivem hormonálních změn na kvalitu života žen v klimakteriu.

Práce je rozdělena na dvě části. První je teoretická, která popisuje jednotlivá fyziologická období života ženy, dále samotné klimakterium, symptomatologii klimakteria, možnosti mírnění jeho dopadů, kvalitu života obecně a kvalitu života žen v klimakteriu.

Empirická část práce je založena na kvantitativním výzkumném šetření, které bylo provedeno prostřednictvím standardizovaného dotazníku Menopause Rating Scale. Hlavním cílem výzkumu bylo posoudit celkovou kvalitu života žen v klimakteriu.

ABSTRACT

Author: Zuzana Chejnovská
Institution: Charles University – Faculty of medicine in Hradec Králové,
Department of Non-Medical Studies
Title: The influence of hormonal changes on the quality of life
of women in menopause
Supervisor: Mgr. Jana Matulová
Number of pages: 95
Year of defense: 2023
Keywords: climacterium, climacteric syndrome, quality of life, hormonal
changes, hormone replacement therapy, menopause,
phytoestrogens

The bachelor thesis deals with the influence of hormonal changes on the quality of life of women in menopause.

The thesis is divided into two parts. The first one is theoretical, which describes the individual physiological periods of woman's life, the climacteric, the symptomatology of the climacteric, the possibilities of mitigation its impacts, the quality of life in general and the quality of life of women in menopause.

The empirical part of the thesis is based on quantitative research survey, which was performed through a standardized questionnaire Menopause Rating Scale. The main aim of the research was to assess the overall quality of life of women in menopause.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

BĚLEHRADOVÁ, Iva a Zuzana HODICKÁ. *Využití fytoestrogenů v gynekologii*. Praktická gynekologie [online]. 2012, **16**(1), 13-15 [cit. 2022-12-03]. ISSN 1801–8750. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2012-1/vyuziti-fytoestrogenu-v-gynekologii-38574>

ČEPICKÝ, Pavel. *Gynekologické minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2021, 160 s. ISBN 978-80-271-3027-6.

DONÁT, Josef. *Postmenopauza: estrogenní deficit v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2003, 184 s. ISBN 80-238-2036-7.

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

FAIT, Tomáš. *Přechodem bez obav*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2010, 88 s. ISBN 978-80-7345-219-3.

GAISLEROVÁ, Hana. *Vliv menopauzy na kvalitu života žen* [online]. Pardubice, 2018 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/r175gr/>. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

JENÍČEK, Jaroslav. *Hormonální substituční terapie a klimakterium: Průvodce pro lékaře*. První vydání. Praha: Grada Publishing, 2001, 104 s. ISBN 80-247-0133-2.

KUBÍKOVÁ, Drahomíra. *Menopauzální symptomy a hormonální substituční terapie*. Praktické lékařství [online]. 2014, **10**(2), 68-73 [cit. 2022-10-23]. ISSN 1803-5329. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2014/02/05.pdf>

LEONARDOVÁ, Rosemary. *Menopauza: Praktická příručka pro ženy v období přechodu*. Př. R. HREBÍČEK. Bratislava: IKAR, 2018, 352 s. ISBN 978-80-551-5904-1.

MAREŠ, Jiří a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. 1. vyd. Brno: MSD, 2008, 235 s. ISBN 978-80-7392-076-0.

MORAVCOVÁ, Markéta a Jana HOLÁ. *Využití elektronické formy dotazníku Menopause Rating Scale v rámci hodnocení kvality života postmenopauzálních žen*. KONTAKT [online]. 2017, **19**(1), 13-18 [cit. 2023-03-07]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2017/01/03.pdf>

MORAVCOVÁ, Markéta, Jiří MAREŠ a Stanislav JEŽEK. *Menopause Rating Scale – validation Czech version specific instrument for assessing health-related quality of life in postmenopausal women*. *Ošetrovatelství a porodní asistence – recenzovaný vědecký časopis* [online]. 2014, **5**(1), 36-45 [cit. 2023-01-11]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2014/01/07.pdf>

MORAVCOVÁ, Markéta. *Menopauza a kvalita života*. PROFESE on-line: recenzovaný časopis pro zdravotnické obory [online]. 2011, **IV**(2), 6-10 [cit. 2023-01-11]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2011/02/02.pdf>

MORAVCOVÁ, Markéta, Stanislav JEŽEK, Jiří MAREŠ a Eva VACHKOVÁ. *Česká verze dotazníku Menopause Rating Scale – předběžné sdělení*. KONTAKT [online]. 2014, **XVI**(2), 114-122 [cit. 2023-01-12]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2014/02/06.pdf>

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. Čtvrté vydání. Praha: Galén, 2019, 416 s. ISBN 978-80-7492-450-7.

ÖLVECKÁ, Jana. *Fytoestrogény* [online]. Brno, 2022 [cit. 2023-03-21]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/rau75/>. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Kamila Jančková.

PANAY, Nick, Paula BRIGGS a Gab KOVACS. *Managing the Menopause: 21st Century Solutions*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2015, 244 s. ISBN 978-1-107-45182-7.

PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

POSPÍŠILOVÁ, Michaela. *Změny kvality života žen v období ovlivněném menopauzou* [online]. Pardubice, 2019 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/yl38gg/>. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

REŠLOVÁ, Taťána. *Menopauza – léčba potíží*. *Medicína pro praxi* [online]. 2012, 9(11), 445-450 [cit. 2022-10-23]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/11/07.pdf>

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I: Interna. 2., doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2012, 228 s. ISBN 978-80-247-3601-3.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017, 280 s. ISBN 978-80-271-3027-6.

TRNĚNÁ, Zuzana a Lukáš HORČIČKA. *Inkontinence a menopauza*. *Urologie pro praxi* [online]. 2011, 12(1), 29-32 [cit. 2022-11-17]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/01/05.pdf>

VRUBLOVÁ, Yvetta. *Sexuální zdraví žen v menopauze*. Praktická gynekologie [online]. 2005, 9(1), 25-27 [cit. 2022-11-26]. ISSN 1801–8750. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2005-1/sexualni-zdravi-zen-v-menopauze-35687>

SEZNAM ZKRATEK

BRCA1,2 – geny karcinomu prsu

CT – počítačová tomografie

ČR – Česká republika

EPT – estrogen-gestagenní substituční léčba

EQ-5D – EuroQol

ERT – estrogenní substituční léčba

FSH – folikulo-stimulační hormon

GnRH – gonadotropin uvolňující hormon

hCG – choriový gonadotropin

HRQoL – Health-Related Quality of Life

HRT – hormonální substituční terapie

ICS – International Continence Society

LH – luteinizační hormon

MENQOL – Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire

MQOL – Menopausal Quality of Life Scale

MRS – Menopause Rating Scale

NHP – Nottingham Health Profile

pH – potential of hydrogen ("potenciál vodíku")

QOL – Quality of Life

SF-36 – Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form

SIP – Sickness Impact Profile

SWAN – Study of Women's Health Across the Nation

TEN – tromboembolická nemoc

TOT – trans-obturatorní páska

TVT – tahuprostá poševní páska

tzn. – to znamená

UQOL – The Utian Quality of Life

USA – Spojené státy americké

UV – ultrafialové

WHI – Women's Health Initiative

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

WHO – Světová zdravotnická organizace

WHQ – Women's Health Questionnaire

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|-----------------------------------------------|----|
| Graf 1: Věk respondentek | 44 |
| Graf 2: Vzdělání respondentek | 45 |
| Graf 3: Druh léčby | 46 |
| Graf 4: Délka léčby žen s HRT | 47 |
| Graf 5: Délka léčby žen s fytoestrogeny | 48 |
| Graf 6: Návaly horka | 49 |
| Graf 7: Srdeční obtíže | 50 |
| Graf 8: Poruchy spánku | 51 |
| Graf 9: Depresivní nálady | 52 |
| Graf 10: Předrážděnost | 53 |
| Graf 11: Úzkost | 54 |
| Graf 12: Vyčerpání | 55 |
| Graf 13: Sexuální obtíže | 56 |
| Graf 14: Močové obtíže | 57 |
| Graf 15: Suchost pochvy | 58 |
| Graf 16: Bolesti svalů a kloubů | 59 |
| Graf 17: Ovlivnění kvality života | 65 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabulka 1: Kuppermanův index (Fait, 2018, s. 25) | 21 |
| Tabulka 2: Skór jednotlivých otázek | 60 |
| Tabulka 3: Domény MRS | 62 |
| Tabulka 4: Somato-vegetativní doména | 63 |
| Tabulka 5: Psychologická doména | 63 |
| Tabulka 6: Urogenitální doména | 64 |
| Tabulka 7: Celkový skór MRS | 64 |
| Tabulka 8: Hodnocení kvality života (Moravcová, Holá, 2017, s. 15)..... | 65 |
| Tabulka 9: H ₁ – Věkové kategorie..... | 67 |
| Tabulka 10: H ₂ – Typ léčby | 68 |
| Tabulka 11: H ₃ – Délka léčby hormonální substituční terapií..... | 69 |
| Tabulka 12: H ₃ – Délka léčby fytoestrogeny | 69 |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník MRS

Příloha 2: Souhlasy s výzkumným šetřením

Příloha 1 – Dotazník MRS

Vážené respondentky,

jmenuji se Zuzana Chejnovská a jsem studentkou oboru všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové – Univerzity Karlovy.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění anonymního dotazníku Menopause Rating Scale, který se týká hodnocení příznaků klimakteria. Výsledná data budou zpracována v mé bakalářské práci, která se věnuje vlivu hormonálních změn na kvalitu života žen v klimakteriu.

Vyplnění dotazníku Vám nezabere mnoho času a mně velmi pomůže.

Děkuji Vám,

Zuzana Chejnovská

Menopause Rating Scale (MRS)

Standard Czech version 1.0

Jméno a příjmení (iniciály):

Věk:

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

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

Dnešní datum:

Druh léčby*: hormonální substituční terapie – fytoestrogeny (přírodní hormony) – žádná léčba

*vyhovující zaškrtněte

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

Intenzita obtíží

- 0 ŽÁDNÉ
1 MÍRNÉ
2 STŘEDNÍ
3 VÝRAZNÉ
4 NESNESITELNÉ

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Návaly horka, pocení (občasné pocení) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Srdeční obtíže (bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Poruchy spánku (potíže s usínáním, předčasné probouzení, potíže s trváním spánku) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Depresivní nálady (pocity smutku, pláčivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Předrážděnost (nervozita, vnitřní tíseň, pocity agresivity) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Úzkost (vnitřní roztěkanost, pocity paniky) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Vyčerpání (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapomínání) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sexuální obtíže (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 9. Močové obtíže (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Suchost pochvy (pocit suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Bolesti svalů a kloubů (bolesti kloubů, revmatické potíže) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

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

Příloha 2 – Souhlasy s výzkumným šetřením

Vážený pan,

MUDr. Aleš Mořkovský
gynekolog
Gynekologická ambulance, Husova 166, 566 01 Vysoké Mýto

ve Vysokém Mýtě dne 4.11. 2022

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v gynekologické ambulanci

Vážený pane doktore,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší gynekologické ambulanci, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Zuzany Chejnovské, narozené 20.3. 2001, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je porovnat kvalitu života žen, užívajících hormonální substituční terapii ke zmírnění příznaků klimakteria se skupinou žen, které užívají fytoestrogeny nebo žádnou léčbu. Cílem je zjistit, zda ženy, které užívají hormonální substituci mají kvalitu života vyšší než ostatní ženy a dále chceme zjistit, které příznaky se vyskytují nejčastěji a které ženy nejvíce omezují.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku Menopause Rating Scale, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jany Matulové, zástupkyně přednostky Ústavu nelékařských studií na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Zuzana Chejnovská
Fibichova 283
566 01 Vysoké Mýto

Mgr. Jana Matulová
Univerzita Karlova – LFHK
Šimkova 870
500 03 Hradec Králové
zitnj5ar@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

- 4. 11. 2022

Podpis a razítko

| |
|------------------------------------------------------------------------|
| MUDr. Aleš Mořkovský Gynekologická ambulance odbornost 603 |
| 566 01 Vysoké Mýto, Husova 166/IV Tel.: 486 432 919 IČO: 444 69 260 |

Dr. Mořkovský

Vážený pan,

MUDr. Libor Vylíčil
vedoucí lékař gynekologického oddělení Litomyšlské nemocnice
Litomyšlská nemocnice, J. E. Purkyně 652, 570 01 Litomyšl

v Litomyšli 20.10. 2022

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na gynekologickém oddělení

Vážený pane doktore,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší gynekologické ambulanci, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Zuzany Chejnovské, narozené 20.3. 2001, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je porovnat kvalitu života žen, užívajících hormonální substituční terapii ke zmírnění příznaků klimakteria se skupinou žen, které užívají fytoestrogeny nebo žádnou léčbu. Cílem je zjistit, zda ženy, které užívají hormonální substituci mají kvalitu života vyšší než ostatní ženy a dále chceme zjistit, které příznaky se vyskytují nejčastěji a které ženy nejvíce omezují.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku Menopause Rating Scale, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jany Matulové, zástupkyně přednostky Ústavu nelékařských studií na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rády poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Zuzana Chejnovská
Fibichova 283
566 01 Vysoké Mýto

Mgr. Jana Matulová
Univerzita Karlova – LFHK
Šimkova 870
500 03 Hradec Králové
zitni5ar@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 20. 10. 2022

MUDr. Libor Vylíčil

Podpis a razítko

Vážená paní,

MUDr. Ivana Šalamonová
gynekolog
Ženská ordinace, Komenského 158, 566 01 Vysoké Mýto

ve Vysokém Mýtě dne 1.11. 2022

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v gynekologické ambulanci

Vážená paní doktorko,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší gynekologické ambulanci, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Zuzany Chejnovské, narozené 20.3. 2001, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je porovnat kvalitu života žen, užívajících hormonální substituční terapii ke zmírnění příznaků klimakteria se skupinou žen, které užívají fytoestrogeny nebo žádnou léčbu. Cílem je zjistit, zda ženy, které užívají hormonální substituci mají kvalitu života vyšší než ostatní ženy a dále chceme zjistit, které příznaky se vyskytují nejčastěji, a které ženy nejvíce omezují.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku Menopause Rating Scale, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jany Matulové, zástupkyně přednostky Ústavu nelékařských studií na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Zuzana Chejnovská
Fibichova 283
566 01 Vysoké Mýto

Mgr. Jana Matulová
Univerzita Karlova – LFHK
Šimkova 870
500 03 Hradec Králové
zitnj5ar@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 1.11. 2022

Podpis a razítko

