

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2018

Bc. Karin Hannigová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení změn v kvalitě života žen po menopauze

Bc. Karin Hannigová

Diplomová práce

2018

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Karin Hannigová**  
Osobní číslo: **Z16268**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Název tématu: **Hodnocení změn v kvalitě života žen po menopauze**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. FAIT, T. Klimakterická medicína. 2. přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-342-8.
2. FAIT, T. Přechodem bez obav. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-219-3.
3. KOLAŘÍK, D.; HALAŠKA, M.; FEYEREISL, J. Repetitorium gynekologie. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, 1068 s. ISBN 978-80-7345-138-7.
4. PAYNE, J. Kvalita života a zdraví. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
5. ROB, L.; MARTAN, A.; CITTERBART, K. Gynekologie. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
6. ROZTOČIL, A.; BARTOŠ, P. Moderní gynekologie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

Vedoucí diplomové práce:

**Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání diplomové práce: 4. května 2018

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. února 2018

## Prohlášení autora

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

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

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

V Pardubicích dne 30. 04. 2018

Karin Hannigová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala zejména vedoucí mé práce Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytla. Také děkuji své rodině a přátelům za podporu při studiu. V neposlední řadě patří mé poděkování všem respondentkám, které se zúčastnily průzkumného šetření.

## **ANOTACE**

Práce se zabývá hodnocením změn v kvalitě života žen po menopauze. Jedná se o práci teoreticko-výzkumnou. Teoretická část zahrnuje vysvětlení základních pojmů, které se týkají menopauzy, dále klinické projevy estrogenního deficitu, terapii menopauzy a v neposlední řadě také kapitolu o kvalitě života a edukaci v porodní asistenci.

Průzkumné šetření bylo provedeno pomocí elektronické formy standardizované české verze dotazníku Menopause Rating Scale. Hlavním cílem bylo zjistit míru ovlivnění kvality života a spektrum přítomných symptomů estrogenního deficitu u sledovaného vzorku respondentek. Jako praktický výstup práce byly vytvořeny dva edukační plány na dvě edukační lekce pro ženy s přítomnými symptomy estrogenního deficitu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

menopauza, kvalita života, menopause rating scale, symptomy estrogenního deficitu, edukace v porodní asistenci, edukační plán

## **TITLE**

Assesment of changes in quality of life in post menopausal women

## **ANNOTATION**

The diploma thesis concerns assesing the quality of life of post-menopausal women. The thesis has theoretical part and research part. Theoretical part includes explanation of basic terms related to menopause, description of clinical manifestations of estrogen deficiency, menopause therapy and also a chapter about life quality and educational role of midwife. Research part was conducted by electronic survey using standardised czech version of Menopause Rating Scale form. The main goal was to recognize the life quality and a variety of estrogen deficiency symptoms present in responding women. As a practical output of the thesis, two educational plans were made for two educational lectures for women suffering from estrogen deficiency symptoms.

## **KEYWORDS**

menopause, quality of life, menopause rating scale, symptoms of estrogen deficiency, midwifery education, educational plan

## **OBSAH**

0	ÚVOD .....	13
1	MENOPAUAZA .....	16
1.1	Základní terminologie .....	16
2	KLINICKÉ PROJEVY ESTROGENNÍHO DEFICITU .....	18
2.1	Akutní symptomy – klimakterický syndrom.....	18
2.1.1	Návaly horka.....	18
2.1.2	Psychické změny.....	19
2.1.3	Poruchy spánku.....	19
2.2	Subakutní symptomy – organický estrogen-deficitní syndrom .....	20
2.2.1	Urogenitální změny.....	20
2.2.2	Uretrální syndrom .....	20
2.2.3	Změny kůže a kožních adnex.....	21
2.2.4	Poškození ostatních sliznic .....	21
2.3	Chronické symptomy – metabolický estrogen-deficitní syndrom .....	21
2.3.1	Osteoporóza .....	21
2.3.2	Kardiovaskulární změny .....	22
2.3.3	Neurodegenerativní onemocnění .....	23
2.3.4	Sexuální chování.....	23
3	TERAPIE MENOPAUAZY .....	25
3.1	Hormonální terapie.....	25
3.1.1	Estrogenní substituce .....	26
3.1.2	Gestagenní substituce .....	26
3.1.3	Androgenní substituce .....	26
3.1.4	Tibolon.....	27
3.2	Alternativní léčba .....	27
3.2.1	Fytomedicína .....	28



4	KVALITA ŽIVOTA.....	29
5	HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN PO MENOPAUZE .....	32
5.1	Dotazník Menopause Rating Scale .....	32
6	PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU V MENOPAUZE .....	34
7	EDUKACE V PORODNÍ ASISTENCI .....	37
7.1	Porodní asistentka v roli edukátorky.....	37
7.2	Edukační proces .....	38
7.2.1	Fáze edukačního procesu .....	39
7.3	Plán edukace.....	39
8	SHRNUTÍ.....	41
9	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	43
10	METODIKA VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ VZOREK .....	44
10.1	Průběh výzkumu .....	44
10.2	Charakteristika souboru.....	44
10.3	Výzkumný nástroj .....	46
10.4	Analýza dat.....	47
11	PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....	48
11.1	Vyhodnocení četností symptomů dotazníku MRS.....	48
11.2	Hodnocení symptomů.....	60
11.3	Hodnocení jednotlivých domén.....	61
11.4	Celkový skór.....	64
12	PRAKTICKÝ VÝSTUP PRÁCE – EDUKAČNÍ LEKCE .....	65
12.1	Metodika tvorby edukačního plánu .....	65
12.2	Vlastní realizace edukačního plánu .....	67
12.3	První edukační lekce.....	68
12.4	Druhá edukační lekce .....	71
13	DISKUZE .....	74

14	ZÁVĚR .....	83
15	POUŽITÁ LITERATURA .....	86
16	PŘÍLOHY .....	90

## SEZNAM TABULEK A ILUSTRACÍ

Tabulka 1 Věk.....	45
Tabulka 2 Vzdělání.....	45
Tabulka 3 Léčba.....	46
Tabulka 4 Domény MRS .....	47
Tabulka 5 Návaly horka.....	48
Tabulka 6 Srdeční obtíže .....	50
Tabulka 7 Poruchy spánku.....	51
Tabulka 8 Depresivní nálady .....	52
Tabulka 9 Předrážděnost.....	53
Tabulka 10 Úzkost.....	54
Tabulka 11 Vyčerpání.....	55
Tabulka 12 Sexuální obtíže.....	56
Tabulka 13 Močové obtíže .....	57
Tabulka 14 Suchost pochvy .....	58
Tabulka 15 Bolesti svalů a kloubů.....	59
Tabulka 16 Symptomy MRS .....	60
Tabulka 17 Domény MRS (popisná statistika).....	61
Tabulka 18 Celkový skór.....	64
Tabulka 19 Andersonova a Krathwohlova revidovaná Bloomova taxonomie .....	66
Tabulka 20 Taxonomie psychomotorických cílů Simpsonové.....	66
Tabulka 21 Edukační plán 1 .....	69
Tabulka 22 Edukační plán 2 .....	72
Obrázek 1 Krabicový graf domén MRS .....	63
Obrázek 2 Elektronický dotazník MRS .....	92
Obrázek 3 Model samovyšetření prsu .....	93
Obrázek 4 Model kostěné pánve.....	93
Obrázek 5 Pomůcka pro posilování svalů pánevního dna .....	94
Obrázek 6 Cvičební pomůcka proti inkontinenci .....	94
Obrázek 7 Preventivní prohlídky .....	96
Obrázek 8 Prevence karcinomu prsu .....	101

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

BMD	Bone mineral density – kostní denzita
DM	Diabetes mellitus
E <sub>2</sub>	Estradiol
EPT	Estrogen-progesteron therapy – Estrogen-progestagenní léčba
FSH	Folikulostimulační hormon
GCS	Green Climacteric Scale
HDL	High density lipoproteins – Lipoproteiny vysoké hustoty
HRQL	Health Related Quality of Life - Kvalita života související se zdravím
HRT	Hormone replacement therapy – Hormonální substituční terapie
ICHS	Ischemická choroba srdeční
IMS	International Menopause Society – Mezinárodní menopauzální společnost
LDL	Low density lipoprotein – Lipoproteiny nízké hustoty
MENQOL	Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire
MQOL	Menopause Quality of Life Scale
MRS	Menopause Rating Scale
MSL	Menopause Symptoms List
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PA	Porodní asistentka
pH	Potential of hydrogen - vodíkový exponent
QoL	Quality of Life - Kvalita života
Sb.	Sbírka zákonů
SF-36	The Short Form Health Survey
STEARs	Selektivní regulátory tkáňové estrogenní aktivity
UQOL	Utian Quality of Life Scale
USA	Spojené státy americké
VLDL	Very low-density lipoproteins – Lipoproteiny velmi nízké hustoty
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

## **Cíle práce**

### **Cíle teoretické části:**

Popsat problematiku menopauzy, přiblížit téma kvality života a význam jejího hodnocení, dále se zaměřit na péči porodní asistentky o ženu v menopauze a edukaci v porodní asistenci.

### **Cíle výzkumné části:**

Zjistit míru ovlivnění kvality života a spektrum přítomných symptomů estrogenního deficitu u sledovaného vzorku respondentek pomocí elektronické formy české standardizované verze dotazníku Menopause Rating Scale. Dále zhotovit dva edukační plány na dvě edukační lekce pro ženy s přítomnými symptomy estrogenního deficitu.

## 0 ÚVOD

Menopauza je přirozený a nevyhnutelný proces. Čeká každou ženu, ať už dříve, nebo později. Nejčastěji ovšem kolem 49. - 51. roku života. V roce 2016, kdy jsou k dispozici poslední oficiální údaje Českého statistického úřadu, bylo v České republice celkem 202 197 žen v tomto věkovém rozmezí, z celkového počtu téměř 5,4 miliónů žen, což jsou přibližně 4 % ženské populace v České republice (ČSÚ, 2017).

V období přechodu mezi plodným obdobím a začátkem fyziologické sterility dochází k poklesu hormonů - estrogenů, což může mít za následek přítomnost celé řady symptomů, které mohou mít vliv jak na fyzickou, tak i na psychickou stránku ženy. Je známo, že u velké většiny žen se symptomy spojené s menopauzou objeví, ale každá žena je individuální bytost, která vnímá postmenopauzální změny odlišně. Zmíněné období nebývá mnohdy pro ženy zcela jednoduché, musí se vypořádat s řadou přicházejících změn. Postupně dochází ke změně sociální role, ke ztrátě plodnosti, děti opouštějí domov. Období menopauzy může kvalitu života žen středního a vyššího věku výrazně ovlivňovat (Kolařík, 2011, s. 287; Moravcová, 2014, s. 82).

Je velmi důležité, aby žena při vyskytujících se obtížích vyhledala odborníka, kterým je nejčastěji gynekolog. Ten by ji měl informovat o příznacích, které se v menopauze mohou objevit, připravit ji na změny spojené s menopauzou, eventuálně ji informovat o možnostech léčby. Nezastupitelné místo zde má i porodní asistentka (PA) a to zejména v roli edukátorky. Má za úkol ženy informovat o screeningových vyšetřeních, důležitosti podstupování pravidelných preventivních prohlídek, v neposlední řadě ale i o správných stravovacích návycích, vhodné fyzické aktivitě, prevenci sexuálních obtíží, apod. Problém může nastat, když si žena nespojuje vznikající obtíže s menopauzou, ale přiřazuje je přirozenému procesu stárnutí. Často mají ženy s přibývajícím věkem pocit, že gynekologa již navštěvovat nemusí, opak je ovšem pravdou. Včasná a adekvátní léčba může zvýšit počet kvalitních let jejich života.

Tato diplomová práce se zaměřuje na hodnocení změn v kvalitě života žen po menopauze. Je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části je popsána základní terminologie menopauzy, jsou zmapovány klinické projevy estrogenního deficitu se zaměřením na jednotlivé symptomy, dále je nastíněna terapie menopauzy, vysvětlen pojem „kvalita života“ a „kvalita života související se zdravím“. Také je popsáno hodnocení kvality

života žen po menopauze, se zaměřením na známé dotazníky, zejména na dotazník Menopause Rating Scale (MRS), který sloužil jako výzkumný nástroj pro výzkumnou část této diplomové práce. Dále je popsána péče porodní asistentky o ženy v menopauze, se zaměřením právě na screeningová vyšetření, prevenci a režimová opatření a zmapována edukace v porodní asistenci. V poslední kapitole teoretické části je stručně shrnuto, o čem bylo v teoretické části pojednáno a co z toho vyplývá do výzkumné části práce. Ve výzkumné části je popsána metodika průzkumného šetření a prezentovány získané výsledky. Na závěr této práce byly jako praktický výstup vytvořeny dva edukační plány na dvě edukační lekce pro ženy v tomto životním období.

Problematika menopauzy je mi velmi blízká, zabývala jsem se jí již v bakalářské práci. Ženy v tomto životním období si zaslouží stejnou míru péče a laskavého zacházení jako ženy těhotné. Bohužel tomu tak ale v praxi často není. Ženy tápou, nechtějí o svých problémech mluvit, nemají dostatek informací. A to bych chtěla změnit, právě třeba pořádáním již zmíněných edukačních lekcí.

## **TEORETICKÁ ČÁST**



# 1 MENOPAUZA

V období menopauzy prochází ženské tělo hormonálními změnami. Nejprve se snižuje množství hormonu progesteronu a poté i estrogeneru. Tento estrogenní deficit vede k rozvoji více nebo méně závažných somatických, funkčních a psychických změn. Žena tak přechází z reprodukčního období do období fyziologické sterility. Začátek tohoto období je velmi individuální a je ovlivněn mnoha faktory. V Evropě nastává nejčastěji mezi 49. a 51. rokem života ženy, v USA (Spojené státy americké) je střední věk menopauzy 50 let a v rozvojových zemích 44 let. S prodlužující se délkou života se prodlužuje i doba, kterou žena stráví v estrogenním deficitu. Průměrná délka života je 80 let, žena tedy stráví v estrogenním deficitu přibližně 30 let svého života. Je obtížné rozlišit, které změny jsou způsobeny estrogenním deficitem, a které přirozeným procesem stárnutí organismu. Toto rozlišení však není základním cílem adekvátní péče o ženy v období ovlivněném menopauzou. Jedná se především o udržení co nejvyšší úrovně kvality života (Fait, 2013, s. 8-11; Rob et al., 2008, s. 269).

## 1.1 Základní terminologie

Terminologie klimakteria byla vytvořena v roce 1981 vědeckou skupinou Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation, zkráceně WHO). Tuto terminologii používáme v zásadě dodnes, i když některé nejasnosti a neshody v ní vedly ke snaze ji modifikovat. O úpravu a ucelení klasifikace se pokusila Mezinárodní společnost pro menopauzu (International Menopause Society, zkráceně IMS), která v roce 1999 v japonské Jokohamě schválila jednotnou terminologii související s menopauzou, která by se měla používat na mezinárodní úrovni. Pověřená skupina 14 odborníků z celého světa měla za cíl vysvětlit jednotlivé termíny a vytvořit jednotnou klasifikaci tak, aby se zabránilo zmatkům a nejasnostem. Většina termínů v tomto seznamu byla převzata z původní klasifikace WHO (Utian, 2000, s. 4 – 7).

**Premenopauza** je období, kdy je menstruační cyklus ještě zachován a pravidelný, předchází menopauze. Trvá do 12 měsíců před menopauzou. U ženy se již mohou objevovat symptomy klimakterického syndromu. Při laboratorním vyšetření se mohou objevit nízké hladiny progesteronu. Z klinických symptomů se může vyskytovat polymenorea, hypermenorea, popřípadě oligomenorea (Fait, 2013, s. 11; Rob et al., 2008, s. 269).

**Menopauza** je poslední menstruační krvácení, které je ještě řízeno ovariální funkcí. Za poslední menstruaci se pokládá taková, po které 12 měsíců nenastalo menstruační krvácení (Fait, 2013, s. 11; Kolařík et al., 2008, s. 287).

**Perimenopauza** je obdobím 2-3 roků před (jsou již přítomny známky blížící se menopauzy) a jednoho roku po menopauze. Je charakterizována nepravidelnými menstruačními cykly (Kolařík et al., 2008, s. 287; Rob et al., 2008, s. 269).

**Postmenopauza** začíná 12 měsíců po posledním menstruačním krvácení. Je charakterizována minimální produkcí estrogenů a trvalou amenoreou (Kolařík et al., 2008, s. 287).

**Předčasná menopauza** se objevuje před 40. rokem života ženy. Příčinou mohou být autoimunitní onemocnění, genetické vlivy nebo různé odchylky chromosomu X (Kolařík et al., 2008, s. 269).

**Indukovaná menopauza** znamená zástavu menstruace chirurgickým odstraněním obou vaječníků (společně s hysterektomií nebo bez hysterektomie) nebo poškozením jejich funkce aktinoterapií či chemoterapií. Někdy může být amenorea indukována chemoterapií přechodná, záleží na věku, ve kterém jí žena podstoupila. U žen starších 40 let je to nevratný stav (Rob et al., 2008, s. 269).

**Senium (geripauza)** je definováno jako fáze života ženy po menopauze a může být rozděleno na časnou a pozdní. Časná geripauza se týká žen od 65 do 85 let a pozdní geripauza nastává po 85. roce věku. Potřeba definovat toto období souvisí s prodlužující se délkou života a se zájmem o zlepšení jeho kvality (Donát, 2003, s. 16 – 17; Weiss, 2010, s. 258).

V této podkapitole byly uvedeny základní pojmy, které jsou v klinické praxi používány k popisu období souvisejícího s menopauzou. Toto objasnění je rovněž důležité pro snazší orientaci v problematice menopauzálních změn.

## **2 KLINICKÉ PROJEVY ESTROGENNÍHO DEFICITU**

Pouze u malého počtu žen nastává náhlá zástava menstruačního krvácení. Ve většině případů se cykly mohou nejprve zkracovat nebo naopak prodlužovat. Menstruační krvácení může slábnout nebo být naopak silnější. Obvykle se cykly zkracují, a to důsledkem zkrácení doby folikulární fáze, doba luteální fáze se nemění. U některých žen dochází nejprve ke snížení produkce progesteronu, tím k relativnímu hyperestrinismu a silným metroragiím. Symptomy estrogenního deficitu se projevují mnoha příznaky, ty lze z časového hlediska a míry závažnosti rozdělit do tří skupin. První skupinou je akutní klimakterický syndrom s převažujícími vazomotorickými a psychickými obtížemi. Druhou skupinou symptomů je tzv. organický estrogen-deficitní syndrom, zde se ve velké míře vyskytuje atrofie sliznic s působením zejména na urogenitální trakt. Následuje skupina chronických příznaků, neboli metabolický estrogen-deficitní syndrom, ten je typický osteoporózou, kardiovaskulárními změnami nebo také neurodegenerativními onemocněními (Donát, 2011, s. 726; Fait, 2013, s. 16; Rob et al., 2008, s. 271).

Akutní změny nejsou hrozbou pro zdraví, spíše snižují kvalitu života ženy. Zatímco organický a zejména metabolický syndrom ovlivňují zdraví ženy a mohou jí i ohrozit na životě (Kolařík et al., 2008, s. 292).

### **2.1 Akutní symptomy – klimakterický syndrom**

Akutní klimakterický syndrom tvoří řada příznaků různé intenzity a druhu. Zejména sem řadíme: návaly horka, pocení, závratě, bolesti hlavy, parestézie, palpitace, neklid, poruchy spánku, poruchy nálady, aj. Tyto obtíže vznikají většinou pozvolna (hlavně u spontánní menopauzy) nebo náhle (zejména po chirurgické kastraci – za 1 – 4 týdny) u žen v období okolo menopauzy. U většiny žen dochází k ústupu těchto obtíží do dvou let, ale až u 25 % přetrvávají déle než 5 let. Klimakterický syndrom postihuje až 75 % žen, avšak míra obtíží je velmi individuální (Donát, 2003, s. 18; Kolařík et al., 2008, s. 292 - 294).

#### **2.1.1 Návaly horka**

Návaly horka se objevují u 60 – 85 % žen a u více než poloviny přetrvávají déle než 5 let. U většiny žen vymizí tyto obtíže v průběhu tří až pěti let, nicméně malé procento žen má tyto obtíže až do vysokého věku. Intenzita a frekvence návalů se snižuje s délkou estrogenního deficitu. Návaly horka mohou vznikat spontánně, jindy je může vyvolávat stres, alkohol, pití

teplých nápojů a vyšší teplota okolí. Začínají pocitem horka nebo pálení a šíří se směrem od hlavy kaudálně. Následuje pocení, může se přidat i bušení srdce, bolesti hlavy, úzkost, podrážděnost nebo závratě. Návaly přicházejí i v noci, kdy se projevují jako noční pocení. Celkový počet je velmi variabilní od několika až do více než 20 návalů horka za 24 hod. V průměru trvají 3-5 min, výjimečně až půl hodiny. Časté a intenzivní návaly významně snižují kvalitu života. Mimo to jsou predikujícím signálem metabolického postižení, jako jsou kardiovaskulární choroby a osteoporóza v pozdějším věku. Aktuálně není znám mechanismus, který je zodpovědný za změny termoregulace, jež jsou pozorované během návalů. Předpokládá se nestabilita termoregulačního centra v předním hypotalamu při deficitu estrogenů a odchylkách v aktivitě neurotransmiterů (Fait, 2010, s. 15; Rob et al., 2008, s. 271; Roztočil et al., 2011, s. 92).

### **2.1.2 Psychické změny**

Mezi projevy klimakterického syndromu mohou patřit i změny nálady, deprese, úzkost, vyčerpání, pocit osamělosti, podrážděnost, ztráta libida, bolesti hlavy, nespavost a ztráta energie. Ovšem vztah mezi těmito obtížemi a estrogenním deficitem je sporný. Predisponujícími faktory pro možný vznik psychických změn mohou být například negativní představy žen o menopauze, špatné tělesné zdraví, nízký socioekonomický stav, vliv může mít i rodinný stav – svobodné ženy a vdovy. Psychické obtíže na konci plodného období mohou mít více zdrojů. Děti se osamostatňují a opouštějí rodinu, partnerský vztah musí hledat novou náplň. Roli zde hrají i zkreslené představy, které ženy o menopauze mají. Vyskytující se obtíže jsou individuální, mohou se různě kombinovat a u některých žen se nemusí objevit vůbec. Možnosti terapie estrogenní substitucí jsou považovány za velmi omezené. Je důležité si se ženou promluvit, naslouchat jí. Mnohdy je spíše potřebná spolupráce dalších osob, psychologa nebo psychiatra, aby žena své problémy adekvátně vyřešila. K řešení některých psychických obtíží jednoznačně přispívá i dostatečná informovanost ženy o projevech estrogenního deficitu a všech okolností souvisejících s daným životním obdobím (Fait, 2010, s. 16; Fait, 2013, s. 17; Kolařík et al., 2008, s. 295).

### **2.1.3 Poruchy spánku**

Dochází zejména k poruchám usínání, opakovanému a časnému probouzení. Spánek má několik fází a je důležité, aby proběhly všechny. V období ovlivněném menopauzou může být

pravidelné střídání spánkových fází narušeno. Důsledkem je ospalost během dne. Tyto obtíže se vyskytují asi u 50 % žen. Nepřímý vliv na snížení kvality spánku mají návaly horka a pocení během noci (Kolařík et al., 2008, s. 295).

## **2.2 Subakutní symptomy – organický estrogen-deficitní syndrom**

Tyto obtíže mohou vznikat důsledkem organického poškození kůže, sliznic a orgánů, podkladem je atrofizace. Může docházet k atrofii vulvy, pochvy, dělohy, močového měchýře, svalstva pánevního dna a k úbytku pubického ochlupení. Z mimogenitální oblasti se u žen může objevit atrofie prsů, obtíže v důsledku atrofie kůže a sliznic – oka, dutiny ústní, nosu, faryngu, laryngu a tlustého střeva. Tyto obtíže začínají obvykle až v období po menopauze, nejčastěji s odstupem několika let a trvají často až do pozdní postmenopauzy (Donát, 2003, s. 18; Kolařík et al. 2008, s. 296; Roztočil et al., 2011, s. 92).

### **2.2.1 Urogenitální změny**

Nedostatek estrogenů v postmenopauzálním období, u některých žen již v perimenopauze, může vést k atrofii kůže a kožních adnex, vulvy a poševní sliznice. To tvoří obraz atrofické vulvovaginitidy. Jako atrofická vulvovaginitida je označován stav, který se projevuje velmi tenkou sliznicí v pochvě, snižuje se množství a mění se složení vaginálního sekretu, což vede k minimální lubrikaci i při sexuální stimulaci. Důsledkem atrofických změn, snížené elasticity a zhoršené lubrikace může docházet ke snadnějším traumatům poševní stěny. Hojení těchto traumat může mít za následek jizvení a vznik synechií. Klinicky se tyto změny projevují svěděním genitálu, výtoky, pálením, nepříjemným zápachem a v neposlední řadě bolestivým pohlavním stykem (Fait, 2013, s. 18; Kolařík et al., 2008, s. 296).

Tyto změny jsou reverzibilní, ustupují po aplikaci estrogenů. Jejich podáváním se zvyšuje prokrvení a zastoupení kolagenu v submukózní vrstvě, obnovují se buňky obsahující glykogen a zásadité postmenopauzální pH se mění na kyselé. Některé subjektivní příznaky vymizí již po několika dnech léčby. Pro léčbu těchto obtíží je preferována lokální aplikace hormonální substituční terapie (Donát, 2003, s. 18; Kolařík et al., 2008, s. 296 - 297).

### **2.2.2 Uretrální syndrom**

Tak jako pochva, i uretra a močový měchýř obsahují estrogenové receptory. Postmenopauzální deficit estrogenů vede k anatomickým a funkčním změnám, které

se mohou projevit obtížemi s udržení moči, recidivujícími infekcemi močových cest, polakisurií, nykturií, urgentním močením, urgentní inkontinencí, stresovou inkontinencí a bolestivou mikcí (Kolařík et al., 2008, s. 297; Rob et al., 2008, s. 272; Roztočil et al., 2011, s. 92).

### **2.2.3 Změny kůže a kožních adnex**

Nedostatek estrogenů může vést také k rychlejšímu stárnutí kůže, kůže se postupně ztenčuje, dochází k atrofii epidermis. Dochází k degeneraci elastických a kolagenních vláken, kůže je suchá, svraštělá, snadno zranitelná a cévy sklerotizují. Dochází ke snížení sekrece mazových a potních žláz, úbytku vody v kůži. V důsledku vyšší produkce melatoninu se zvyšuje pigmentace kůže. U některých žen dochází k větší lomivosti a poškozování nehtů, více vypadávají vlasy. Včasná terapie estrogeny může značně zmírnit rozvoj kožních změn (Donát, 2012, s. 13; Kolařík et al., 2008, s. 297).

### **2.2.4 Poškození ostatních sliznic**

V důsledku estrogenního deficitu může dojít i k poškození sliznice oka, mohou se objevovat infekce, záněty a nepříjemný pocit suchého oka. Změny se týkají i oblasti gastrointestinálního traktu. Atrofie sliznice v dutině ústní vede ke zhoršené chuti a suchosti v ústech. Změny se objevují i v nose, hltanu, hrtanu a na sliznici střev (Kolařík et al., 2008, s. 297; Roztočil et al., 2011, s. 93).

## **2.3 Chronické symptomy – metabolický estrogen-deficitní syndrom**

Chronické změny, které se označují souhrnně jako metabolický estrogen-deficitní syndrom, nejen že ovlivňují kvalitu života ženy, ale mohou jí také ohrozit na životě. K plnému rozvoji těchto změn dochází až několik let po menopauze. Do této skupiny změn se řadí osteoporóza, onemocnění kardiovaskulárního systému, neurodegenerativní onemocnění a poruchy sexuálního chování (Kolařík et al., 2008, s. 298 - 302).

### **2.3.1 Osteoporóza**

Osteoporóza je nejdůležitější dlouhodobou změnou spojenou s menopauzou. V rozvinutých zemích postihuje více ženy než muže. Klinický průběh může být němý, osteoporóza nebolí, dokud nedojde ke zlomenině. Kostní tkáň je systém, který se velmi mění a je průběžně přestavován. V mládí převažuje novotvorba kostí (do 25 – 30 let), později odbourávání kostní

hmoty, které se v období menopauzy mnohem více zvyšuje a může vést ke vzniku postmenopauzální osteoporózy. K nejrychlejšímu úbytku kostní hmoty dochází 3 – 4 roky po menopauze. Typické jsou zlomeniny obratlů (nejčastěji oblast přechodu hrudních obratlů v bederní), většinou pozvolné tlakové, někdy náhlé při zvedání těžkého břemene. Zlomeniny obratlů jsou často spojeny se silnými bolestmi zad, nahrbením a snižováním celkové tělesné výšky. Mezi další typické zlomeniny patří zlomenina krčku stehenní kosti, zlomenina zápěstí a distálního předloktí. Zlomeniny krčku kosti stehenní patří mezi nejzávažnější komplikace osteoporózy, mohou mít doživotní následky. Je známa celá řada rizikových faktorů pro vznik osteoporózy, a to: výskyt osteoporózy u matky ženy, nízká koncentrace pohlavních steroidů, hypertyreóza, DM (diabetes mellitus) I. typu, mentální anorexie, hepatopatie, nefropatie, kortikoterapie, nízká tělesná hmotnost, sedavý způsob života, fumátorství, aj. Riziko vzniku zlomeniny lze předpovídat měřením kostní denzity (BMD, bone mineral density), které je indikováno zejména u rizikové skupiny žen. Toto měření lze provádět třemi způsoby, rentgenovou osteodenzitometrií, kvantitativní počítačovou tomografií a ultrazvukovou denzitometrií. Toto vyšetření je obvykle doplněno biochemickým vyšetřením kostních markerů. Screening prováděný plošně by byl velice drahý a nikde se neprovádí (Donát, 2011, s. 726; Fait, 2010, s. 16; Kolařík et al., 2008, s. 298-299).

Léčba estrogény v postmenopauzálním období obnovuje velmi rychle rovnováhu mezi resorpcí a novotvorbou kosti. Výrazný efekt na kostní hmotu byl potvrzen zejména u jejich transdermální a perorální formy (Kolařík et al., 2008, s. 301).

### **2.3.2 Kardiovaskulární změny**

Kardiovaskulární onemocnění jsou jednou z nejčastějších příčin morbidity a mortality. Průměrný věk úmrtí na tyto nemoci u ženského pohlaví je 74 let. Zatímco u žen ve fertilním věku jsou kardiovaskulární choroby vzácné, v postmenopauze jich rychle přibývá. Řada studií prokázala vliv deficitu estrogenů na kardiovaskulární systém. Prognóza již vzniklého onemocnění je u žen horší než u mužů (Donát, 2011, s. 726).

Ateroskleróza je podkladem pro vznik ischemické choroby srdeční (ICHS), ischemické choroby dolních končetin, cévní mozkové příhody nebo srdečního infarktu. Dochází k ukládání tuku a vápenných solí do cévní stěny. Estrogenní deficit v menopauze má vliv na cholesterol. Ten jako hlavní tuková částice koluje v lidském těle v několika formách. Jedna

forma je navázána na lipoproteiny vysoké hustoty (HDL), další na lipoproteiny velmi nízké (VLDL) a nízké (LDL) hustoty. Při nedostatku estrogenů dochází k poklesu HDL a růstu LDL (Fait, 2010, s. 17 – 18).

Jsou známy rizikové faktory pro vznik kardiovaskulárních chorob jako nárůst tělesné hmotnosti, manifestní diabetes mellitus, nárůst krevního tlaku, fumátorství, menší fyzická aktivita, vyšší věk nebo výskyt ICHS v rodině (Fait, 2010, s. 17 – 18; Kolařík et al., 2008, s. 301).

### **2.3.3 Neurodegenerativní onemocnění**

U postmenopauzálních žen se dává do souvislosti pokles hladiny estrogenů a zvýšené riziko Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci. Alzheimerova choroba je nejčastější formou demence, po 65. roce věku se její výskyt zdvojnásobuje. Vyskytuje se mnohem častěji u žen než u mužů. Je předmětem řady diskuzí, zda má na tato onemocnění vliv estrogení deficit, dle dostupných zdrojů se jedná o estrogen-dependentní onemocnění (Kolařík et al., 2008, s. 302).

Dále je u postmenopauzálních žen zvýšené riziko výskytu makulární degenerace sítnice, což je závažný stav, který je nejčastější příčinou slepoty. Mechanismus tohoto onemocnění není příliš známý, hormonální substituce však může zabránit rozvoji příznaků, pravděpodobně svým antioxidačním účinkem (Fait, 2013, s. 19; Kolařík et al., 2008, s. 302).

### **2.3.4 Sexuální chování**

Sexualita u žen v období po menopauze může být ovlivněna především faktory, které nemají přímý vztah k menopauze. Negativní vliv mohou mít chronická onemocnění (např. artróza, respirační obtíže, obezita), užívání antidepresiv (snižují libido), chirurgické výkony (např. mastektomie), změna fyzického vzhledu, sociálního, společenského a partnerského zázemí. Roli hraje i výskyt akutních obtíží během noci, navály horka a noční pocení působí negativně. V neposlední řadě i atrofizace poševní sliznice, která je spojena s dyspareunií, pomalým nástupem a sníženou lubrikací, ovlivňuje sexuální život ženy. Po pohlavním styku jsou časté dysurie a polakisurie (Donát, 2001, s. 129 - 131; Kolařík et al., 2008, s. 302).

U každé ženy se projevují symptomy v odlišné míře. Některá na sobě změnu téměř nepozná, u jiné se symptomy z nedostatku estrogenů projevují velmi výrazně. Výrazné obtíže mohou značně ovlivňovat kvalitu života. Základem je včasná a adekvátní zdravotní péče, která může



významně zvýšit kvalitu této životní etapy, popřípadě také oddálit život ohrožující komplikace a tím život prodloužit. Pokud se u ženy začnou symptomy estrogenního deficitu objevovat, je vhodné jejich výskyt a intenzitu zmapovat, nejlépe pomocí některého z dostupných dotazníků.

### **3 TERAPIE MENOPAUZY**

Klimakterické obtíže mohou být zmírňovány režimovými opatřeními nebo farmakoterapií, kterou dělíme na hormonální a nehormonální. Prevence dlouhodobých organických změn je však prokázána jen u hormonální substituční terapie. Vhodná léčba je volena dle druhu a intenzity obtíží (Donát, 2012, s. 15; Kolařík et al, 2008, s. 315).

#### **3.1 Hormonální terapie**

Hormonální substituční terapie (HRT – hormone replacement therapy) vznikla za účelem zabránit negativním účinkům menopauzy. HRT dosahuje více jak 90% účinnosti v léčbě akutního klimakterického syndromu. Prokázána je i prevence osteoporózy a při časném zahájení terapie má vliv i na metabolismus z pohledu rizika aterosklerózy. Její princip spočívá v substituci estrogenů. V roce 1928 byl syntetizován první hormonální přípravek pro léčbu klimakterických obtíží a od té doby substituční léčba zůstává lékem první volby v terapii symptomů spojených s menopauzou. HRT by se měla užívat v co nejnižší účinné dávce po co možná nejkratší dobu a měla by být individualizována a upravována podle potřeb pacientky. Na trhu je celá řada léčivých přípravků v různých lékových formách (Kolařík et al., 2008, s. 315; Malík, 2014, s. 12).

Před zahájením a v průběhu léčby by každá žena měla podstoupit odběr anamnézy, jak gynekologické, tak rodinné, se zaměřením na onkologická onemocnění. Dále by měla být zhodnocena závažnost obtíží v porovnání s riziky podávání HRT, což by mělo být 1x ročně přehodnoceno. Dále by se měla podrobit gynekologickému vyšetření, včetně onkologické cytologické prevence a kolposkopie, s opakováním v ročních intervalech. Důležité je ultrazvukové vyšetření malé pánve se zaměřením na endometrium (limit tloušťky endometria je 4 – 5 mm), toto vyšetření je vhodné opakovat za 3 měsíce a následně v intervalu 1 rok. Kontroluje se také krevní tlak a tělesná hmotnost s opakováním v intervalu 6 měsíců. Každý rok je žena podrobena mamografickému a klinickému vyšetření prsů. Dále jsou v odůvodněných případech prováděna laboratorní vyšetření - jaterní enzymy a lipidogram, hormonální koncentrace – FSH (folikulostimulační hormon) a E2 (estradiol). U pacientek s prokázanou osteoporózou nebo osteopenií se provádí denzitometrie a vyšetření markerů kostní remodelace (Kolařík et al., 2008, s. 345).

Každá žena ale HRT užívat nemůže, existuje řada **kontraindikací** pro její podávání. Patří sem neobjasněné krvácení z rodidel, nevyлечený karcinom prsu a děložní sliznice, akutní uzávěr žilního systému, aktivní onemocnění jater, neléčená hyperplazie endometria, tromboembolické onemocnění, neléčená hypertenze, známá přecitlivělost na některou složku léčiva a obecně převažuje-li riziko nad prospěchem (Fait et al., 2009, s. 151).

### **3.1.1 Estrogenní substituce**

Pro HRT jsou nejvhodnější přirozené estrogény. Na našem trhu jsou dostupné přípravky obsahující estradiol, estery estradiolu a estriol. Samostatný estrogen lze používat jen u žen po hysterektomii, popřípadě u žen, kde je vliv estrogenů na endometrium blokován nitroděložním systémem s levonorgestrelm. Jeho hlavní nevýhoda spočívá v působení estrogenů na endometrium, kde může nastat proliferace, hyperproliferace, hyperplazie, posléze případně až vznik karcinomu. U žen s dělohou pro kontrolu krvácení a zabránění nadměrné stimulace děložní sliznice využíváme kombinaci estrogenu s progesteronem (EPT – estrogen-progestogen therapy). Doba užívání estrogenní substituce není omezena. Na trhu je ve formě perorální, transdermální, injekční, vaginální, nasální nebo jako subkutánní implantát. Vaginální estrogenní terapie je využívána zejména při projevech estrogenního deficitu v oblasti dolního urogenitálního traktu (Fait, 2010, s. 33; Fait, 2013, s. 36 - 37; Roztočil et al., 2011, s. 93).

### **3.1.2 Gestagenní substituce**

Gestagenní substituce je možností volby zejména u žen v perimenopauze, kdy dochází k výraznému nedostatku progesteronu v těle. Lze aplikovat několik druhů progesteronu. Jediným užívaným přirozeným gestagenem je progesteron (Utrogestan), velmi dobře používaným syntetickým progestinem je medroxyprogesteronacetát, který lze aplikovat intramuskulárně (Depo-Provera) nebo perorálně (Provera) (Fait, 2013, s. 37-38; Kolařík et al., 2008, s. 341).

### **3.1.3 Androgenní substituce**

Při kontraindikaci estrogenní léčby nebo při jejích výrazných nežádoucích účincích jsou v ojedinělých případech používány exogenní androgeny. Androgenní léčba postmenopauzálních žen je ale dosti limitována malým množstvím vhodných léků. Na trhu existuje řada léků pro léčbu androgenního deficitu mužů, ty však pro ženu nejsou vhodné pro

jejich vysoké dávky mužských pohlavních hormonů, což může mít za následek nadměrné ochlupení, virilizaci, metabolické změny, vznik agresivity, neklidu, deprese, aj. (Kolařík et al., 2008, s. 337; Roztočil et al., 2011, s. 93).

### **3.1.4 Tibolon**

Tibolon patří do skupiny selektivních regulátorů tkáňové estrogenní aktivity (STEARs). Jde o syntetický steroid příbuzný progestinům. V těle má účinky estrogenní, gestagenní, ale i androgenní. Jeho hydroxymetabolity působí na kardiovaskulární systém, kostní tkáň, vaginální sliznici a klimakterické příznaky stejně jako estrogen. Naopak nepůsobí tam, kde je jeho účinek nežádoucí, a to na prs (nevyvolává jejich napětí) a endometrium (významněji neovlivňuje jeho kvalitu). Mohou ho tedy užívat ženy s endometriózou v anamnéze. Naopak není vhodný pro ženy po karcinomu prsu (Fait, 2013, s. 41; Kolařík et al., 2008, s. 346 – 347; Rob et al., 2008, s. 272).

Tak jako každý přípravek má i HRT své **nežádoucí účinky**. Po zahájení léčby může u ženy nastat řada obtíží, která negativně ovlivňuje její spolupráci v léčbě substituční hormonální terapií až do takové míry, že terapii přeruší a nadále ji odmítá. Patří sem zejména krvácení, bolestivé napětí prsů, bolesti hlavy, křeče v dolních končetinách a žaludeční nevolnosti. Mnohdy ženy po nasazení léčby přibývají na váze přibližně 2 – 3 kg, příčinou je zvýšená chuť k jídlu a zadržování vody v těle účinkem estrogenů. Při nadýmání, nauzeje nebo zvracení lze doporučit užívání léků večer po jídle s jejich hojnějším zapíjením tekutinou. V těchto případech je velmi důležité, aby lékař ženu dostatečně poučil. Při první kontrolní návštěvě ženě vysvětlí, že nežádoucí účinky jsou závislé na čase a dávce. Teprve při druhé kontrolní návštěvě, která je zpravidla za 3 měsíce od začátku terapie, při přetrvávání nežádoucích účinků je možné dle charakteru obtíží léčbu upravit, a to ve smyslu snížení dávky, změny preparátu či místa podání (Fait et al., 2009, s. 151; Rob et al., 2008, s. 276).

## **3.2 Alternativní léčba**

Klimakterický syndrom lze léčit i nehormonálně neboli alternativně. Alternativní postupy sice zmírňují projevy akutního nedostatku estrogenů, ale není zde jednoznačně prokázán vliv na dlouhodobé změny způsobené estrogenním deficitem. Jako nehormonální terapie jsou nejčastěji používány fytohormony a fytoestrogeny. Mezi alternativní metody patří

homeopatie, aromaterapie, čínská medicína, jóga, masáže, meditace, akupunktura, elektroanalgézie a jiné (Fait, 2010, s. 26 – 27).

### **3.2.1 Fytomedicína**

Rostliny od pradávna neslouží člověku jen jako potrava, ale i jako lék. Fytohormony a fytoestrogeny patří do oblasti alternativní medicíny označované jako fytomedicína. Ta má své základy již v říši Summerů, Egyptě, starověkém Řecku a Římě, nevyjímaje ani starou Čínu. Ženy se k jejich užívání staví pozitivně, dávají jim přednost zejména proto, že je jejich užívání spojeno s minimem nežádoucích účinků (Donát, 2006, s. 5 -8).

Mezi fytohormony řadíme ploštičník hroznatý, raponticin a melbrosiu. Extrakt z ploštičníku je doporučován při návalech, pocení, poruchách spánku, mravenčení a brnění a při obtížích psychického rázu, aniž by stimuloval růst děložní sliznice nebo dělení buněk prsní tkáně. Má také ochranný účinek proti nádorovému bujení a dle některých studií příznivě působí na kostní hmotu a cévní systém. Raponticin je látka z kořenů rostliny známé jako Sibiřský Rhubarb, pocházející ze střední Asie. Speciální extrakt z jejích kořenů je dostupný pod obchodním názvem Phytoestrol N. Ve studiích bylo naznačeno, že má antialergický, antioxidantní, protizánětlivý, antikancerogenní a kardioprotektivní účinek. Melbrosia je směs včelí kašičky, květného pylu a fermentovaného pylu. Může zmírňovat akutní klimakterické obtíže. Fytoestrogeny mají větší estrogenní aktivitu než fytohormony. Hlavními představiteli jsou isoflavonoidy, kumestany a lignany. Najdeme je i ve včelích produktech vyrobených z pylu nebo mateří kašičky. Isoflavony jsou v rostlinách vikvovitých. Jejich nejbohatším zdrojem je sója luštinatá, v nižších koncentracích jsou přítomny v řadě dalších bobovitých (cizrna, hrách, čočka, fazole, boby mungo, burské oříšky), dále se vyskytují v červeném jeteli a některých léčivých rostlinách, jako je kručinka barvířská a janovec metlatý. V malé míře jsou i v žitě a výrobcích z něj. Lignany jsou v nejrůznějších semenech, celých zrnech, luscích, zelenině a ovoci, avšak při moderním technologickém zpracování jsou často odděleny společně se slupkou a vlákninou. Nejdůležitějším zdrojem lignanů jsou rostlinné oleje, zejména lněný. Dále celozrnné žitné pečivo nebo různé typy vlákniny. Kumestany, zejména tedy kumestrol najdeme ve vojtěšce, kde jsou k použití vhodné zejména její klíčky (Donát, 2006, s. 18 – 19, 33 – 34, 38 – 39; Fait, 2013, s. 140 – 147; Slíva et al., 2012, s. 20,25).

## 4 KVALITA ŽIVOTA

*„Zdraví určitého člověka je co nejúžeji propojeno s kvalitou jeho života.“*

*David Seedhouse (Křivohlavý, 2002, s. 162)*

Tato diplomová práce, jak napovídá samotný název, se mimo jiné zabývá i kvalitou života. Pro úplné zasvěcení do problematiky je důležité věnovat tomuto pojmu patřičnou pozornost. Kvalita života je středobodem moderní zdravotní péče. Její udržování a zlepšování by mělo být jednou ze základních snah všech pracovníků ve zdravotnictví.

Kvalitu života lze velmi obtížně definovat. V současné době se jí zabývá řada vědních oborů, které se zabývají vždy určitou a specifickou částí této problematiky a nahlíží na ní svým způsobem. Setkat se s ní můžeme například v ekonomii, psychologii, ekologii, ošetrovatelství, medicíně, sociologii, atd. V této diplomové práci se budeme zabývat zejména kvalitou života, resp. kvalitou života související se zdravím (Health Related Quality of Life – HRQL) a jejím významem pro medicínu a zdravotnictví. Ale ani v tomto odvětví neexistuje jasná definice a jednotný přístup (Gurková, 2011, s. 21).

Termín kvalita života (Quality of Life – QoL) se poprvé objevil v oblasti politické a ekonomické ve 20. letech 20. století. Byl použit v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory sociálně slabých skupin. Následně se objevil až v poválečné době v politickém kontextu v USA, kde si tehdejší prezident Lyndon B. Johnson kladl za cíl své domácí politiky zlepšování kvality života Američanů. Tím se o pojmu kvalita života dozvěděla veřejnost a dostal se do jejího povědomí. V Evropě se veřejnost setkala s pojmem kvalita života o něco později, konkrétně v 70. letech 20. století, kdy jej užil v politickém programu vlády německý kancléř Willy Brandt (Hnilicová in Payne, 2005, s. 205).

Na kvalitu života může být nahlíženo z několika úrovní, Engel a Bergsma (1988) popisují hierarchii možného přístupu ke zkoumání kvality života následovně:

- **Makrorovina:** kvalita života velkých společenských celků – např. daná země, kontinent. Jedná se o vnímání smyslu života, kvalita života je považována za absolutní morální hodnotu a je součástí základních politických úvah. Dotýká se problematiky boje s nemocemi, chudobou, terorismem, ale i otázky investic do zdravotnictví atd.

- **Mezorovina:** kvalita života v malých sociálních skupinách – např. škola, nemocnice, domov pro seniory apod. Jde o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního vztahu mezi lidmi, uspokojování a neuspokojování základních lidských potřeb každého člena dané společenské skupiny, celkové sociální klima a sociální oporu.
- **Mikrorovina:** osobní (personální) rovina – život konkrétního člověka, jednotlivce, individua. Jde o subjektivní hodnocení stavu člověka, kam spadá jeho zdraví, bolest, spokojenost, naděje, naplnění cílů, očekávání, přesvědčení apod.

Pokud chceme hovořit o kvalitě života, je důležité si ujasnit, o které z rovin uvažujeme (Moravcová, 2014, s. 34 – 35).

V literatuře je dostupná celá řada definic kvality života, ale žádná z nich nebyla všeobecně akceptována. Komplikací může být i to, že se často setkáváme s pojmy jako sociální pohoda (*social well-being*), sociální blahobyt (*social welfare*) a lidský rozvoj (*human development*), které jsou používány jako analoga. Na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha odlišných faktorů. Zjednodušeně lze říci, že koncept kvality života má dvě dimenze – objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidských emocí a spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života zahrnuje materiální zabezpečení, splnění sociálních podmínek života a fyzické zdraví. Je otázkou, jak jsou tyto dvě úrovně propojeny a jaké by bylo nejvhodnější měření kvality života (Hnilicová in Payne, 2005, s. 207).

V medicíně a zdravotnictví je středobodem zkoumání kvality života oblast psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji je používán pojem „health related quality of life – HRQL“, tj. kvalita života související se zdravím. Tento pojem je specifický subjektivním pocitem životní pohody, který je spojován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Znamená to, že vedle klinických projevů úspěchu či neúspěchu nasazené léčby se sledují i subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta. K měření zdravím ovlivněné kvality života byla vyvinuta celá řada nástrojů, zejména dotazníků. Generickým dotazníkem pro zjišťování dopadu určité léčby na kvalitu života pacientů je například dotazník SF-36 (*36 Item Health Survey*). Ale je dostupná celá řada specifických dotazníků zabývajících se zjišťováním kvality života lidí s určitým typem nemoci (Hnilicová in Payne, 2005, s. 211 - 212).

Zdravotnický personál se v současné době musí zajímat, jakou kvalitu života má pacient trpící jakýmkoli onemocněním, či jaký je dopad zvolené terapie na kvalitu jeho života. Důležitou roli hraje i vztah mezi zdravotníkem a pacientem, který může výrazně ovlivnit výsledek léčby. Bylo dokázáno, že existuje vztah mezi kvalitou komunikace zdravotníka s pacientem a jeho spokojeností s kvalitou péče. Zdravotník by měl vždy jednat v zájmu pacienta a být vnímavý k jeho potřebám. Naopak pacient musí spolupracovat a dělat vše, co se po něm žádá, aby se uzdravil co nejlépe a co v nejkratším čase. Je důležité zaměřovat se na pacienta jako celek. Častou chybou zdravotníků je, že se zajímají pouze o nemoc a přítomné symptomy a ztrácí zájem o pacienta jako osobnost a o kvalitu jeho života (Meeuwesen in Payne, 2005, s. 182).



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

Jak již bylo zmíněno, menopauza s sebou přináší řadu změn, které mohou mít vliv na ovlivnění kvality života ženy. Za účelem hodnocení menopauzálních obtíží a jejich ovlivnění hormonální léčbou nebo jinou alternativní terapií bylo vytvořeno několik dotazníků. Je nezbytné mít srozumitelný, praktický, dostatečně specifický a nejlépe číselně hodnotitelný dotazník, který lze snadno vyhodnotit. Prvním pokusem o vytvoření nástroje pro hodnocení kvality života žen v perimenopauze a postmenopauze byl Kuppermanův index, který byl poprvé publikován již v roce 1953. Jeho nevýhodou je orientace spíše na akutní klimakterické obtíže, než na hodnocení kvality života. Mezi jeho další nevýhody patří to, že byl vyplňován lékařem, nikoli ženou samotnou, nehodnotí proto její subjektivní vnímání obtíží (Fait, 2013, s. 21; Kolařík et al., 2008, s. 291 – 292; Moravcová, 2014, s. 116).

V dnešní době ve světové klinické praxi je k dispozici celá řada standardizovaných dotazníků, které mohou lékaři využívat pro snadnější komunikaci s klientkami a zároveň pro hodnocení změn v kvalitě života a zhodnocení tíže přítomných symptomů estrogenního deficitu. Zöllner et al. (2005) uvádí přehled všech existujících specifických metod hodnocení HRQL žen po menopauze. Patří sem Green Climacteric Scale (GCS), Menopause Quality of Life Scale (MQOL), Menopause Rating Scale (MRS), Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL), Menopause Symptoms List (MSL), Qualifemme, Utian Quality of Life Scale (UQOL), Women's Health Questionnaire (WHQ) (Bužgová a Kanioková, 2013, s. 421; Moravcová, 2014, s. 46, Zöllner et al., 2005, s. 322).

V této diplomové práci byla použita k hodnocení HRQOL u žen po menopauze standardizovaná česká verze dotazníku Menopause Rating Scale v elektronické podobě (příloha A).

### **5.1 Dotazník Menopause Rating Scale**

Původní verze dotazníku Menopause Rating Scale vznikla v Německu v devadesátých letech 20. století. Nejprve vznikl v němčině, záhy byla vytvořena jeho anglická verze (ta je doporučena autory pro tvorbu dalších jazykových verzí). Ve světové klinické praxi je jedním z nejčastěji používaných standardizovaných nástrojů pro hodnocení HRQL u žen v období ovlivněném menopauzou. Je dostupný ve 27 jazykových verzích. Jeho česká verze vznikla v roce 2014 jak v tištěné, tak v elektronické podobě (Moravcová et al., 2014, s. 116).

Hlavním cílem bylo vytvoření nástroje k orientačnímu zhodnocení HRQL konkrétních žen, k rozpoznání symptomů souvisejících s menopauzou, porovnání závažnosti symptomů v čase, zhodnocení efektu léčby a také pro jeho využití v oblasti klinických studií (Moravcová et al., 2014, s. 116 - 117).

Dotazník Menopause Rating Scale je zcela anonymní, v jeho úvodu žena vyplní příslušné identifikační údaje. Léčbu uvádí pouze v případě, že je již pro estrogení deficit léčena. Pro posouzení změn v čase se doporučuje dotazník MRS užit opakovaně, a to obvykle v intervalech před léčbou, 1, 3 a 12 měsíců s léčbou. Opakované vyplnění dotazníku MRS slouží ke zhodnocení efektu léčby a změn v čase (Heinemann et al., 2004, s. 2).

MRS se skládá z 11 položek (symptomů estrogeního deficitu), ty jsou rozděleny do 3 domén – somato-vegetativní, psychologické a urogenitální. Somato-vegetativní doména obsahuje symptomy: návaly horka, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů. Doména psychologická zahrnuje symptomy: depresivní nálady, předrážděnost, úzkost a vyčerpání. V urogenitální doméně jsou sledovány tři symptomy: sexuální obtíže, močové obtíže a suchost pochvy. U každého symptomu (položky) ženy označí, v jak velké míře obtíže pociťují pomocí pětistupňové škály hodnocení intenzity 0-4 (0 – *žádné*; 1 – *mírné*; 2 – *střední*; 3 – *výrazné*; 4 – *nesnesitelné obtíže*). Čím intenzivnější obtíže žena má, tím více bodů získá. Vyhodnocování domén se provádí součtem bodů v každé jednotlivé doméně. Celkový součet počtu bodů ze všech tří domén je pak konečný skóre pro celkové hodnocení obtíží. Za mírné obtíže a vysokou kvalitu života lze považovat celkový skóre od 0 – 15 bodů. Celkový skóre mezi 16 – 30 body poukazuje na to, že kvalita života ženy po menopauze je již přítomnými symptomy ovlivněna ve smyslu jejího zhoršení. Rozmezí 31 – 44 bodů značí výrazné zhoršení kvality života. Obecně platí, že čím větší obtíže jsou u ženy přítomny, tím horší je kvalita jejího života (Heinemann, 2004, s. 3-7; Moravcová et al., 2011, s. 440; Moravcová, 2014, s. 96-98).

## **6 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU V MENOPAUIZE**

Stejně tak jako lékař, má i porodní asistentka v péči o ženu v období menopauzy nezastupitelné místo. Mnoho lidí má zkreslenou představu, že porodní asistentka pečuje jen o těhotné ženy a je přítomna u porodu. Tomu tak ale není, mezi kompetence porodní asistentky (vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů) patří pečovat o ženu ve všech obdobích jejího života, menopauzu nevyjímaje. Porodní asistentka ženu edukuje o nastalých změnách, objasní jí, že se jedná o fyziologický proces, který patří do života každé ženy. Je jí nápomocna, naslouchá jí, poradí jí, jak nastalé obtíže řešit, případně předá kontakt na příslušné odborníky.

Porodní asistentka ženu informuje o důležitosti podstupování pravidelných preventivních prohlídek, ať už se jedná o prohlídky u praktického lékaře nebo u gynekologa. Klade důraz na to, aby je žena navštěvovala, informuje ji o tom, že v tomto životním období stoupá riziko vážných onemocnění, která mohou být včasným záchytem odhalena. Objasní jí průběh vyšetření. Tyto prohlídky jsou stanoveny ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZ ČR) č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. Gynekologické prohlídky se provádí 1x ročně a každá by měla zahrnovat odběr anamnézy a její aktualizaci se zřetelem na již známé rizikové faktory, dále vyšetření prsů, prohlídku kůže a vyšetření mízních uzlin v oblasti pohlavních orgánů, vyšetření v zrcadlech a kolposkopické vyšetření, odběr z děložního čípku k cytologickému vyšetření, palpační bimanuální vyšetření a v neposlední řadě i vyšetření vaginální ultrazvukovou sondou pro zhodnocení děložní sliznice.

U žen od 45 let je doporučováno screeningové mamografické vyšetření ve dvouletých intervalech. Porodní asistentka ženě připomene důležitost samovyšetřování prsu a poučí ji o počátečních příznacích nádorového onemocnění. Stejně tak jako gynekologa je nutno navštěvovat i praktického lékaře, ten provádí pravidelné preventivní prohlídky 1x za dva roky. Praktičtí lékaři se zaměřují na kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus, metabolická a onkologická onemocnění. Vyšetření zahrnuje kompletní fyzikální vyšetření včetně změření krevního tlaku, zjištění indexu tělesné hmotnosti (body mass index - BMI), orientačního vyšetření zraku a sluchu, biochemické vyšetření moči diagnostickým papírkem, laboratorní testy na vyšetření cholesterolu a krevního cukru, vyšetření EKG

(elektrokardiogram) 1x za čtyři roky, stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem od 50 let věku. U rizikových žen je doporučován screening osteoporózy (Fait, 2010, s. 44-45).

Každá žena je individuální bytost, některé ženy nemusí výrazné obtíže vůbec pociťovat, s jinými se mohou vypořádat samy. PA ženám doporučí změnu životního stylu, udržování optimální tělesné váhy, vyvarování se kořeněným a tučným jídlům, vyhýbat se kouření, méně sladit a solit, omezit pití kávy a alkoholu. Naopak velmi důležitý je dostatečný pitný režim – minimálně 2 - 3 litry tekutin denně (vhodná je zejména pitná voda z vodovodu, neslazené čaje a čerstvé ovocné a zeleninové šťávy). PA připomene důležitost vyhledávání potravin s vyšším obsahem vápníku, hořčíku a vitamínu D a K. Pokud si žena neví rady se správným stravováním, předá jí kontakt na dietologa. Na trhu je celá řada potravinových doplňků a léčivých přípravků, které mohou ženě pomoci s akutními obtížemi. PA ženě vysvětlí, že by se měla zaměřit na přípravky obsahující červený jetel, sóju luštinatou, ploštičník hroznatý, len, mateří kašičku, směsi mikronutrientů aj. (Fait, 2013, s. 148-154; Slíva et al., 2012, s. 128 – 236).

Klimakterium je jedním z velmi rizikových období pro vznik obezity. V České republice trpí nadváhou 46 % žen a obezitou 17 % žen. Zejména z pohledu rizika pro cévní systém je důležitější než celková nadváha rozložení tuku. U žen středního věku je tuk převážně uložen v podkoží, zatímco u žen v přechodu a po něm se vlivem snižování estrogenů v těle značná část tuku ukládá v útrokách břišní oblasti (tzv. viscerální tuk). PA ženám doporučí vhodnou fyzickou aktivitu, a to jízdu na rotopedu, kole, nordic walking, tanec, pěší turistiku, plavání a cvičení ve vodě aj. Jednou z nejčastějších rad je denně chodit do práce pěšky nebo jezdit na kole. Pohybová aktivita je mimo jiné důležitá také pro udržení kostní hmoty a její funkční přestavby. Aby u ženy nedošlo ke vzniku močové inkontinence, je vhodné posilování pánevního dna a nácvik jeho efektivní relaxace, PA ženě doporučí a vysvětlí např. Kegelovy cviky, popřípadě doporučí zakoupení speciálních pomůcek či návštěvu fyzioterapeuta (Fait, 2010, s. 47 – 48; Fait, 2013, s. 152; Slíva et al., 2012, s. 43).

PA ženu poučí o vhodné intimní hygieně, diskutuje s ní o jejich sexuálních obtížích. Pokud má žena obtíže při pohlavním styku, seznámí jí s možností zakoupení vaginálního gelu, pro

lepší lubrikaci pochvy. Pokud žena trpí nespavostí, jsou ji doporučeny procházky před spaním či mít na spaní vyvětranou místnost.

U některých žen po menopauze dochází k častým výkyvům nálad, jsou smutné, vyskytuje se u nich deprese, podrážděnost, úzkost. Je to vlivem nejen hormonálních změn, ale především zde hrají roli sociální a rodinné vztahy. PA by měla ženu podpořit, v případě potřeby jí pomoci. Obeznámí ji s vhodnými relaxačními technikami a dechovým cvičením. Také ji vysvětlí, že není ostudou vyhledat odborníka jako je psychoterapeut, psycholog, nebo psychiatr při obtížích, se kterými si sama neumí poradit (Fait, 2010, s. 16).

Závažnost příznaků menopauzy může PA hodnotit nejlépe pomocí dotazníkových metod, které zároveň klasifikují míru ovlivnění kvality života. Využití dotazníku namísto rozhovoru může hrát svou roli i v případě, že se žena ostýchá hovořit o svých problémech, které mohou být intimního charakteru. Nejvíce používaným dotazníkem v klinické praxi je dotazníkový test Menopause Rating Scale. Dle získaných výsledků pak může být ženě doporučena adekvátní léčba či úprava životního stylu (Fait, 2006, s. 19).

PA každé ženě věnuje dostatek času, naslouchá jí. Základem úspěchu je získání si její důvěry. Správná edukace může mít velký vliv na zlepšení kvality života žen po menopauze.

## **7 EDUKACE V PORODNÍ ASISTENCI**

Pojem **edukace** pochází z latinského *educare*, *educare* – vychovávat, vypěstovat a znamená širěji chápaný proces výchovy a vzdělávání. Jedná se o celoživotní rozvíjení osobnosti vlivem formálních výchovných institucí a neformálního prostředí. Cílem edukace je jednak předat určité znalosti a poznatky, ale i dosáhnout určité změny v chování jedince. „*Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

Porodní asistentka má v roli edukátorky nezastupitelné místo. Edukace porodní asistentkou si klade za cíl aktivní účast žen v procesu udržování a podpory zdraví, a to ve všech etapách jejich života. Starší ženy jsou často na okraji zájmu, návštěvy gynekologické ordinace jim již přijdou zbytečné. Výsledkem edukace by měly být ženy, které věnují maximální pozornost svému zdraví. U edukované a pravdivě informované ženy je daleko větší pravděpodobnost spolupráce a žena je více přístupná ke změně životního stylu. Při předávání informací a při spolupráci s klientkou v klimakteriu postupuje porodní asistentka v souladu s procesem v porodní asistenci, jehož součástí je i edukační plán. Ve výzkumné části této diplomové práce byly jako praktický výstup práce vytvořeny dva edukační plány na dvě edukační lekce zabývající se problematikou klimakteria (Ajgllová, 2010, s. 532 – 534).

### **7.1 Porodní asistentka v roli edukátorky**

Edukace je běžnou denní činností všech zdravotnických pracovníků. Jejím výsledkem je žádoucí změna v myšlení, v úrovni dovedností, přesvědčení konkrétní osoby a vede k příznivé změně v chování. Spojení teorie s praxí je důležité pro každou profesi, ale v práci porodní asistentky je tento aspekt nenahraditelný (Šoltés, 2009, s. 149).

Edukace dává prostor klientce a členům její rodiny k aktivní účasti v rozhodování a péči o její zdraví, mohou se účastnit procesu v porodní asistenci a v neposlední řadě posiluje partnerský vztah mezi porodní asistentkou a klientkou (Šoltés, 2009, s. 149).

Na edukaci je možno pohlížet z mnoha stran, rozlišujeme několik typů, podle toho, kde a jak edukace (výuka) probíhá:

- **Individuální** – zapojení jedné edukantky, individuální přístup, vychází z úzkého vztahu a vzájemné důvěry mezi edukantkou a edukátorkou (např. individuální rozhovor, instruktáž, konzultace, aj.).
- **Skupinová** – edukace, která probíhá ve skupině, účastní se jí více edukantek (např. beseda, přednáška, diskuze, aj.).
- **Hromadná** – zaměřena na širší okruh lidí, edukátorka a edukantka nejsou tváří v tvář (např. tisk, televize, internet, aj.).
- **Formální** – edukaci vede proškolená edukátorka (dané standardy, daný obsah).
- **Neformální** – např. výuka v zájmových kroužcích, může mít různý obsah, různou kvalitu (Magerčiaková, 2007, s. 17-18; Mandysová, 2016, s. 7-8).

Některé ženy mohou mít obtíže intimní povahy a mohou se ostýchat o nich mluvit. Pro takovéto ženy je vhodné zvolit individuální edukaci, která je založena na vztahu vzájemné důvěry. Skupinová edukace je naopak vhodná, pokud chce porodní asistentka předat všeobecné informace větší skupině žen. Sem můžeme zařadit například edukaci o důležitosti podstupování pravidelných preventivních prohlídek a screeningových vyšetření nebo edukaci věnovanou režimovým opatřením týkajících se menopauzy. Hromadná edukace této skupiny žen je také možná. V praxi se můžeme setkat zejména s tištěnou formou, ať už se jedná o letáky nebo brožury, zabývající se například správným postupem samovyšetření prsu, nabídkou hormonální substituční terapie nebo ukázkou cviků na posílení svalů pánevního dna.

## 7.2 Edukační proces

V porodní asistenci bývá edukační proces paralelní s procesem v porodní asistenci. Jedná se o předání konkrétních informací konkrétní ženě. Samotná edukace je ovlivněna mnoha faktory, porodní asistentka se zaměří zejména na údaje o klientčině stavu – jak psychickém, tak fyzickém, dále na životní styl, způsob stravování, stupeň informovanosti, sociální, popřípadě pracovní zázemí, dále na náboženství, národnost, předcházející zkušenosti atd. V edukačním procesu se vzájemně prolínají výchova a vzdělávání. Představuje systematické, pravidelné a plánované činnosti. Jeho smyslem je systematické vedení klientky k osvojení si potřebných dovedností, k vytvoření hodnotových, postojových a volních struktur osobnosti,

kteřé vedou k postupné změně chování. Dnešní přístup ke klientkám je jiný než v minulosti. Nyní nemusí klientka pouze poslechnout doporučení zdravotníka, ale je především snaha o co největší spolupráci, která ji vede k větší zodpovědnosti za své zdraví (Svěřáková, 2012, s. 24-27; Šoltés, 2009, s. 149).

### **7.2.1 Fáze edukačního procesu**

Podle Juřenikové (2010, s. 21) se edukační proces z hlediska edukátora dělí na pět specifických částí:

- 1) **Fáze počáteční diagnostiky** (zhodnocení, posouzení) - jedná se o sběr dat a informací o edukantce; analýzu klientčinych schopností učít se; odhalení úrovně vědomostí, dovedností, návyků, postojů; posouzení edukačníc̃h potřeb klientky. Na základě posouzení klientky je vyhodnocena edukační potřeba (Juřeniková, 2010, s. 25).
- 2) **Fáze projektování** - dochází ke stanovení priorit edukace edukátorkou. Stanovuje cíle v oblasti kognitivní, psychomotorické a afektivní. Dále volí metody, formu, obsah, prostředí, časový rámeč̃ atd. Podle edukačníc̃h potřeb dochází ke stanovení postupů, kterými se bude edukace ubírat. Výsledkem projektové části procesu má být zhotovený edukační plán (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 96).
- 3) **Fáze realizace** (plánování) – tato fáze má několik částí. Dochází k motivaci edukantky, ke zprostředkování nových poznatků, důležité je, aby se aktivně zapojovala. Další částí je fixace, je nutné, aby byly získané dovednosti a vědomosti procvičovány, obvykle se navazuje na ty již získané (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 96).
- 4) **Fáze prohlubování a upevňování učiva** (realizace) – Naplánované vyučovací strategie probíhají tak, abychom dosáhli žádoucího výsledku s přihlédnutím k věkovým a individuálním zvláštnostem klientky. Je důležité učivo opakovat (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 96).
- 5) **Fáze zpětné vazby** (vyhodnocení) - zjištění, zda bylo dosaženo stanovených cílů edukace, zda si klientka osvojila požadované vědomosti a dovednosti, zhodnocení cílů a efektivnosti edukačního plánu (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 96).

### **7.3 Plán edukace**

Důležitým cílem fáze plánování je stanovení cílů edukace. Na cíle můžeme pohlížet z hlediska otázky času a rozsahu edukace, rozlišujeme cíle krátkodobé (specifické)



a dlouhodobé (obecné). Druhým hlediskem je zaměření cílů. Rozlišujeme cíle zaměřené na edukantku nebo cíle zaměřené na aktivity a zdroje použité při edukaci. Cíle zaměřené na edukantku se dále dělí do 3 kategorií, tzv. domén. První cíle jsou cíle **kognitivní**, které jsou zaměřeny na vědomosti, intelektuální zručnost a poznávací procesy. Další cíle jsou **afektivní**, ty jsou zaměřeny na utváření názorů, hodnot, postojů, chování edukantky. Poslední cíle jsou **psychomotorické**, zde dochází k získání nových dovedností (Mandysová, 2016, s. 61).

Důležité je také formulovat úroveň očekávaných znalostí, dovedností, či zvládnutí daného obsahu. Při rozlišování obtížností využíváme tzv. taxonomie edukačních cílů. **Kognitivní taxonomie** se týká myšlení a intelektuálních procesů. K nejpoužívanějším patří taxonomie dle Blooma a revidovaná Bloomova taxonomie. **Afektivní taxonomie** je zaměřená na postoje, zájmy, hodnoty, emoce a uznání. Formulace afektivních cílů bývá nejobtížnější, neboť pozorování postojů, hodnot a názorů probíhá nepřímou. Afektivní taxonomii se zabýval např. Krathwohl et al. **Taxonomie psychomotorických cílů** se zaměřuje na dosažení dovednosti v oblasti motoriky. Známa je Daveova taxonomie a taxonomie dle Simpsonové (Mandysová, 2016, s. 65; Nemcová, Hlinková, 2010, s. 154).

Plán edukace pomáhá dosáhnout stanovených cílů. Kromě cílů by měl obsahovat tyto položky: účel, obsah, edukační metody, dobu, zdroje (pomůcky apod.), hodnocení edukace a dosažená úroveň (dle příslušné taxonomie). Hlavním důvodem pro tvorbu edukačního plánu je, aby se edukátor zaměřil na jednotlivé části procesu a ujistil se, že se jedná o logický postup. Plán edukace by měl mít písemnou podobu (např. tabulka), kde je vše přehledně napsáno. Každý krátkodobý cíl je spojený s daným obsahem, edukačními metodami, dobou, zdroji, metodami hodnocení a dosaženou úrovní (Mandysová, 2016, s. 72).

## 8 SHRNU TÍ

Menopauza je nevyhnutelná a nezbytná fáze v životě ženy. Jak bylo popsáno, může být spojena s řadou obtíží. Je nutné problémům předcházet, adekvátně se věnovat prevenci, ženy dostatečně edukovat. V případě přítomnosti symptomů nezahálet s doporučením vhodné léčby. Rovněž je důležité nezaměřovat se jen na konkrétní symptomy, ale pohlížet na problematiku komplexně. Neznamená, že když žena nepocítuje výrazné zdravotní obtíže, není u ní změněna kvalita života. Zároveň u některých žen nemusí mírné obtíže ovlivňovat jejich celkovou kvalitu života. Ženy v tomto životním období mohou mít obtíže somatické, psychické, ale i sociální. Zájem ze strany porodní asistentky může přispět k úspěšné spolupráci a odpovídajícím reakcím klientek (Moravcová, 2014, s. 52).

Cílem výzkumné části práce je zaměřit se na míru ovlivnění kvality života a spektrum přítomných symptomů estrogenního deficitu u sledovaného vzorku respondentek. K tomu bylo využito dotazníku Menopause Rating Scale, zejména pro jeho praktičnost a srozumitelnost. Na podkladě reakcí klientek a jejich častých dotazů byly vytvořeny dva edukační plány na dvě edukační lekce, které by měly pomoci se ženám v období mnoha otázek a neznáma zorientovat.

## **VÝZKUMNÁ ČÁST**

## **9 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Na základě stanovených cílů výzkumu a studia odborné literatury byly stanoveny v diplomové práci tyto výzkumné otázky:

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

**Výzkumná otázka č. 2:** Který ze symptomů estrogenního deficitu uvádějí respondentky nejvíce a který naopak nejméně často?

**Výzkumná otázka č. 3:** U kterého symptomu estrogenního deficitu v jednotlivých doménách dotazníku MRS pociťují respondentky nejintenzivnější obtíže?

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

## **10 METODIKA VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ VZOREK**

Ve výzkumné části práce byla zvolena nejprve metoda sběru dat, poté časové rozmezí, ve kterém bude výzkum probíhat, místo pro sběr dat a v neposlední řadě i kritéria pro zařazení respondentek do průzkumného šetření.

### **10.1 Průběh výzkumu**

Průzkumné šetření probíhalo v období od května do listopadu 2017. Jednalo se o kvantitativní šetření pomocí elektronické formy české standardizované verze dotazníku Menopause Rating Scale (příloha A). Dotazník respondentky vyplňovaly pomocí tabletu v době hospitalizace na lůžkovém oddělení jedné z Nemocnic Pardubického kraje. Dále byl poskytnut ženám čekajícím na gynekologickou prohlídku v soukromých ambulancích ve městě Chrudim (celkem se do průzkumu zapojily 3 gynekologické ambulance), a to buď zapůjčením tabletu v rámci čekací doby mnou osobně, nebo pomocí specifického linku, který byl respondentkám rozdán v ordinaci gynekologa. Podmínkou vyplnění dotazníku bylo splnění kritérií pro výběr respondentek (věk 45 – 65 let a přítomné symptomy estrogenního deficitu), dále ústní informovaný souhlas žen s průzkumným šetřením a zařazením jejich dat do diplomové práce.

Při zobrazení linku se respondentky nejdříve seznámily se základními informacemi o elektronickém dotazníku. Byly seznámeny s tím, k čemu dotazník slouží, dále se způsobem vyplnění a jednotlivých krocích. Ihned po vyplnění a odeslání dotazníku obdržely informace a rady, které si mohly ihned přečíst, případně se jimi řídit, a mohly pro ně být určitým doporučením. Získaná data byla automaticky odeslána na zvolenou emailovou adresu.

Dále byly na podkladě výsledků a na základě vyjádřené potřeby žen ze souboru respondentek a ošetřujícího personálu pracovišť, kde byla získávána data, vytvořeny dva edukační plány na dvě edukační lekce pro ženy v tomto životním období. První edukační lekce je koncipována jako obecná a zabývá se prevencí a nezbytnými vyšetřeními v menopauze. Na ní navazuje druhá edukační lekce, která je zaměřena na příslušné symptomy (položky) z dotazníku MRS a doporučení, jak se s obtížemi vypořádat (dále viz str. 65, kap. 12).

### **10.2 Charakteristika souboru**

Do průzkumného šetření se zapojilo celkem 201 respondentek ve věku 45 – 65 let, u kterých byly přítomny symptomy estrogenního deficitu. Dotazník byl anonymní. V samém úvodu

dotazníku ženy vyplňovaly pouze svůj věk, nejvyšší dosažené vzdělání, a zda se léčí hormonální substituční terapií, či nikoli.

Nejpočetnější skupinu tvořily ženy ve věku 51 – 55 let, bylo jich celkem 96 (47,76 %). Následovala věková kategorie 56 – 60 let, těchto žen bylo 64 (31,84 %). Ve věkové kategorii 45 – 50 let se vyskytovalo 32 (15,92 %) respondentek. Nejméně dotázaných žen 9 (4,48 %) spadá do kategorie 61 – 65 let (Tab. 1).

**Tabulka 1 Věk**

Věk respondentek	$n_i$	$f_i$ (%)
<b>45 – 50 let</b>	32	15,92
<b>51 – 55 let</b>	<b>96</b>	<b>47,76</b>
<b>56 – 60 let</b>	64	31,84
<b>61 – 65 let</b>	9	4,48
<b>Celkem</b>	201	100

Další položkou v dotazníku související s charakteristikou výzkumného souboru bylo nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Nejvíce jich uvedlo střední vzdělání s maturitou 88 (43,78 %), následovala skupina žen se střední školou bez maturity, a to 59 (29,35 %). Dále dotázané ženy s vysokoškolským vzděláním, celkem 35 (17,41 %) a konečně respondentky se základním vzděláním 19 (9,45 %) dotázaných (Tab. 2).

**Tabulka 2 Vzdělání**

Vzdělání	$n_i$	$f_i$ (%)
<b>Základní</b>	19	9,45
<b>Střední bez maturity</b>	59	29,35
<b>Střední s maturitou</b>	<b>88</b>	<b>43,78</b>
<b>Vysokoškolské</b>	35	17,41
<b>Celkem</b>	201	100

Dále bylo zjišťováno, zda se respondentky léčí hormonální substituční terapií, či nikoli. Pokud ano, tak měly za úkol označit, jak dlouho léčba trvá. Na výběr měly možnosti 1 měsíc, 3 měsíce a 12 měsíců (jedná se o standardní rozdělení délky léčby v klinické praxi). Převážná většina dotázaných žen 172 (85,57 %) zvolila možnost „Před léčbou“, takže HRT neužívaly. Naopak 29 (14,43 %) respondentek bylo pomocí HRT léčeno, z nich 15 (7,46 %) žen bylo léčeno 12 měsíců, 9 (4,48 %) 3 měsíce a 5 (2,49 %) 1 měsíc (Tab. 3).

**Tabulka 3 Léčba**

<b>HRT</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
<b>Před léčbou</b>	<b>172</b>	<b>85,57</b>
<b>1 měsíc</b>	5	2,49
<b>3 měsíce</b>	9	4,48
<b>12 měsíců</b>	15	7,46
<b>Celkem</b>	201	100

### 10.3 Výzkumný nástroj

Dotazník Menopause Rating Scale se skládá z 11 uzavřených položek (symptomů estrogenního deficitu). U každého symptomu ženy označily, v jak velké míře obtíže pociťují (za poslední měsíc) pomocí pětistupňové škály hodnocení intenzity od 0 do 4 bodů (0 = žádné, 1 = mírné, 2 = střední, 3 = výrazné a 4 = nesnesitelné obtíže). Čím intenzivnější obtíže žena má, tím více bodů získá. Po vyplnění všech položek dotazníku zvolily respondentky tlačítko „odeslat“, následně se během několika vteřin dozvěděly své výsledky, míru obtíží a případné doporučení (Heinemann, 2004, s. 3-7; Moravcová et al., 2011, s. 440).

Obtíže zahrnuté v dotazníku MRS jsou rozděleny do 3 domén – somato-vegetativní, psychologické a urogenitální. Somato-vegetativní doména obsahuje symptomy návaly horka, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů. Doména psychologická zahrnuje symptomy depresivní nálady, předrážděnost, úzkost a vyčerpání. V urogenitální doméně jsou to tyto tři symptomy: sexuální obtíže, močové obtíže a suchost pochvy (Tab. 4) (Heinemann, 2004, s. 3-7; Moravcová et al., 2011, s. 440).

Vyhodnocování domén se provádí součtem bodů v každé jednotlivé oblasti. Celkový součet počtu bodů ze všech tří domén je pak konečný skóre pro celkové hodnocení obtíží. Obecně platí, že čím větší obtíže jsou u ženy přítomny, tím horší je kvalita jejího života (Moravcová et al., 2011, s. 440).

**Tabulka 4 Domény MRS**

<b>Doména</b>	<b>Symptomy, číslo položky</b>
<b>Somato-vegetativní (skór 0 -16 bodů)</b>	1. Návaly horka
	2. Srdeční obtíže
	3. Poruchy spánku
	11. Bolesti svalů a kloubů
<b>Psychologická (skór 0 -16 bodů)</b>	4. Depresivní nálady
	5. Předrážděnost
	6. Úzkost
	7. Vyčerpání
<b>Urogenitální (skór 0 -12 bodů)</b>	8. Sexuální obtíže
	9. Močové obtíže
	10. Suchost pochvy
<b>Celkový skór 0 – 44 bodů</b>	

#### **10.4 Analýza dat**

Ke zpracování výsledků získaných průzkumným šetřením byl použit počítačový program Microsoft Office Excel 2010, ve kterém byly zpracovány přehledné tabulky. Pro přesnější a detailnější zpracování výsledků byl použit program STATISTICA © a byly použity metody popisné statistiky (absolutní četnost –  $n_i$ , relativní četnost –  $f_i$  (%), průměr, medián, modus, četnost modu, minimum, maximum, suma, rozptyl a směrodatná odchylka).



## 11 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této části práce je uvedeno vyhodnocení četností jednotlivých 11 symptomů standardizované elektronické verze dotazníku MRS. Následují souhrnná, statisticky zpracovaná data v tabulce výsledků opět u všech 11 symptomů. Presentace výsledků dále obsahuje vyhodnocení třech domén a vyhodnocení celkového skóru u sledovaného souboru respondentek.

### 11.1 Vyhodnocení četností symptomů dotazníku MRS

Každá položka (symptom) dotazníku je rozebrána samostatně. U každého symptomu je nejčetněji udávaná intenzita obtíží zvýrazněna tučným písmem.

#### Položka č. 1 - Návaly horka (občasné pocení)

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

**Tabulka 5 Návaly horka**

Intenzita obtíží	$n_i$	$f_i$ (%)
0 – žádné	<b>74</b>	<b>36,63</b>
1 – mírné	58	28,71
2 – střední	46	22,77
3 – výrazné	19	9,41
4 – nesnesitelné	4	1,98
<b>Celkem</b>	201	100

Z celkového počtu 201 (100 %) respondentek, jich nejvíce - 74 (36,63 %) uvedlo, že nemají žádné obtíže v souvislosti s návaly horka. Zbýlých 127 (63,37 %) respondentek obtíže spojené v návaly horka vnímá, ale v různých intenzitách. Celkem 58 (28,71 %) respondentek trpí mírnými obtížemi. Následuje skupina 46 (22,77 %) respondentek, která pociťuje obtíže

střední intenzity. Podstatně méně respondentek, celkem 19 (9,41 %), jich uvedlo, že vnímá obtíže v této oblasti ve výrazné intenzitě. Nesnesitelnou míru obtíží uvedly pouze 4 (1,98 %) respondentky (Tab. 5).

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

Druhá otázka dotazníku MRS je zaměřena na hodnocení srdečních obtíží, zejména bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep a pocit tísně. I zde respondentky uváděly intenzitu obtíží, které pociťují.

**Tabulka 6 Srdeční obtíže**

<b>Intenzita obtíží</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> (%)</b>
0 – žádné	54	26,73
1 – mírné	58	28,71
2 – střední	<b>68</b>	<b>33,66</b>
3 – výrazné	20	9,90
4 – nesnesitelné	1	0,50
<b>Celkem</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu 201 (100 %) respondentek, jich nejvíce 68 (33,66 %) uvedlo, že se potýkají se srdečními obtížemi střední intenzity. Následovala skupina respondentek, které mají mírné srdeční obtíže, a to 58 (28,71 %) žen. Téměř stejný počet respondentek 54 (26,73 %) uvedlo, že nemá žádné obtíže. Z výsledků je zřejmé, že symptom „srdeční obtíže“ hodnotily respondentky nejčastěji číslem 0 – 2. Pouhých 20 (9,90 %) respondentek udalo míru obtíží jako výraznou a jen 1 (0,50 %) jako nesnesitelnou (Tab. 6).

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

V otázce číslo tři měly respondentky prostor, aby se vyjádřily k obtížím spojených se spánkem a usínáním. I zde hodnotily míru obtíží.

**Tabulka 7 Poruchy spánku**

<b>Intenzita obtíží</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> (%)</b>
0 – žádné	<b>63</b>	<b>31,19</b>
1 – mírné	57	28,22
2 – střední	60	29,70
3 – výrazné	20	9,90
4 – nesnesitelné	1	0,50
<b>Celkem</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

U tohoto symptomu uvedlo 63 (31,19 %) respondentek, z celkového počtu 201 (100 %) žen, že žádné obtíže nemají. Téměř stejný počet, celkem 60 (29,70 %) respondentek, označuje obtíže spojené se spánkem jako střední. Obdobný počet, a to 57 (28,22 %) respondentek, vnímá obtíže jako mírné. Výrazné obtíže pociťuje pouze 20 (9,90 %) respondentek a jen 1 (0,50 %) respondentka uvedla, že má nesnesitelné poruchy spánku. Stejně jako u předchozí položky i zde je zřejmé, že symptom „poruchy spánku“ hodnotily respondentky nejčastěji číslem 0 – 2 (Tab. 7).

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

Čtvrtá otázka dotazníku MRS se zaměřuje na hodnocení intenzity symptomů, zabývajících se depresivními náladami, pocity smutku, nedostatkem energie, plačtivostí a proměnlivostí nálad, v období souvisejícím s menopauzou.

**Tabulka 8 Depresivní nálady**

<b>Intenzita obtíží</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
0 – žádné	40	19,80
1 – mírné	<b>71</b>	<b>35,15</b>
2 – střední	56	27,72
3 – výrazné	29	14,36
4 – nesnesitelné	5	2,48
<b>Celkem</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

Zde uvedlo z celkového počtu 201 (100 %) respondentek celkem 71 (35,15 %) dotázaných, že mají mírné depresivní nálady. Jedná se tedy o nejvíce vnímanou intenzitu obtíží u této položky. Následuje skupina respondentek, které vnímají intenzitu obtíží jako střední, a to 56 (27,72 %) respondentek. U této položky dotazníku je patrné, že převážná část respondentek v počtu 127 (62,87 %) se potýká s mírnými nebo středními obtížemi. Žádné depresivní nálady nepocítuje 40 (19,80 %) respondentek. Další skupina respondentek udává obtíže výrazné intenzity, celkem 29 (14,36 %) žen. Opět nejméně početnou skupinou je skupina respondentek, které pocítují nesnesitelné obtíže, a to 5 (2,48 %) dotázaných (Tab. 8).

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

V páté otázce dotazníku Menopause Rating Scale hodnotily respondentky míru obtíží souvisejících s předrážděností. Zejména jestli se cítí nervózně nebo pocítují vnitřní neklid až pocit agresivity.

**Tabulka 9 Předrážděnost**

<b>Intenzita obtíží</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> (%)</b>
0 – žádné	<b>101</b>	<b>50,00</b>
1 – mírné	70	34,65
2 – střední	21	10,40
3 – výrazné	7	3,47
4 – nesnesitelné	2	0,99
<b>Celkem</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu 201 (100 %) respondentek uvedla polovina, celkem 101 (50,00 %) žen, že se u nich předrážděnost vůbec nevyskytuje. U zbylé poloviny žen se obtíže spojené s předrážděností vyskytují, avšak v různých intenzitách. Mírné obtíže pocítuje 70 (34,65 %) respondentek. Jen 21 (10,40 %) respondentek, uvádí míru obtíží jako střední. Pouze 7 (3,47 %) respondentek hodnotí obtíže jako výrazné. A konečně jen 2 (0,99 %) respondentky jako nesnesitelné. Převážná část dotázaných žen ohodnotila tuto položku čísly 0 nebo 1, což je velmi pozitivní zjištění (Tab. 9).

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

V otázce číslo šest hodnotily dotázané ženy pocity úzkosti, vnitřní roztěkanosti a paniky. Stejně jako ve všech ostatních otázkách dotazníku, i zde volily intenzitu obtíží.

**Tabulka 10 Úzkost**

<b>Intenzita obtíží</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> (%)</b>
0 – žádné	<b>112</b>	<b>55,45</b>
1 – mírné	62	30,69
2 – střední	18	8,91
3 – výrazné	8	3,96
4 – nesnesitelné	1	0,50
<b>Celkem</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

I v této položce dotazníku, stejně jako v té předchozí, dominovala odpověď, že ženy nepociťují žádné obtíže. Z celkového počtu 201 (100 %) žen, zvolilo tuto odpověď celkem 112 (55,45 %) respondentek. Avšak u zbylých 89 (44,55 %) dotázaných žen se obtíže spojené s úzkostí vyskytují. Z těchto respondentek jich nejvíce, celkem 62 (30,69 %), uvedlo obtíže jako mírné. Jako střední vnímá obtíže spojené s úzkostí pouze 18 (8,91 %) respondentek. Výrazné obtíže pociťuje jen 8 (3,96 %) dotázaných žen a jen 1 (0,50 %) respondentka uvedla obtíže v souvislosti s úzkostí v nesnesitelné míře. I u této položky, stejně jako u té předchozí, je patrné, že symptom „úzkost“ hodnotily respondentky nejčastěji číslem 0 – 1 (Tab. 10).

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

Sedmá otázka dotazníku zjišťuje, jakou intenzitu obtíží pociťují respondentky u symptomu vyčerpání, kam patří zejména pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace a zapomínání.

**Tabulka 11 Vyčerpání**

<b>Intenzita obtíží</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
0 – žádné	30	14,85
1 – mírné	<b>93</b>	<b>46,04</b>
2 – střední	61	30,20
3 – výrazné	15	7,43
4 – nesnesitelné	2	0,99
<b>Celkem</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

U tohoto symptomu udávalo nejvíce respondentek intenzitu obtíží mírnou, celkem 93 (46,04 %) dotázaných z celkového počtu 201 (100 %) žen. Další skupinu tvořily ženy, které vnímají obtíže střední intenzity, a to 61 (30,20 %) respondentek. Podstatně méně respondentek udalo žádné obtíže v souvislosti s vyčerpáním, poklesem výkonnosti a koncentrace, celkem 30 (14,85 %) respondentek. Jako výrazné vnímá obtíže pouze 15 (7,43 %) dotázaných. A jen 2 (0,99 %) respondentky udávaly obtíže v nesnesitelné míře. U této položky dotazníku se na stupnici intenzity obtíží nejvíce objevovala číselná odpověď 1 a 2 (Tab. 11).



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

Otázka číslo osm v dotazníku MRS se zaměřuje na sexuální život ženy v období souvisejícím s menopauzou. Ženy mohou pociťovat odlišnosti v sexuálních touhách, sexuálních aktivitách, ale i celkovém uspokojení. Taktéž byla zkoumána míra obtíží.

**Tabulka 12 Sexuální obtíže**

<b>Intenzita obtíží</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> (%)</b>
0 – žádné	30	14,85
1 – mírné	<b>93</b>	<b>46,04</b>
2 – střední	61	30,20
3 – výrazné	15	7,43
4 – nesnesitelné	2	0,99
<b>Celkem</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu 201 (100 %) respondentek, uvedlo nejvíce dotázaných - 93 (46,04 %) žen, že mají mírné obtíže v sexuální oblasti. Následuje skupina 61 (30,20 %) respondentek, které pociťují obtíže střední intenzity. Naopak žádné obtíže v této oblasti udává 30 (14,85 %) dotázaných žen. Další, podstatně menší skupina 15 (7,43 %) respondentek uvedla, že se potýká s obtížemi výrazné intenzity. Pouze dvě (0,99 %) respondentky hodnotily intenzitu sexuálních obtíží jako nesnesitelnou. U této položky dotazníku na stupnici intenzity obtíží dominuje stejně jako u předchozí položky číselná odpověď 1 a 2 (Tab. 12).

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

Devátá položka dotazníku se věnuje zjišťování míry obtíží v oblasti inkontinenčních poruch. Močové obtíže mohou být jedním z možných symptomů estrogenního deficitu.

**Tabulka 13 Močové obtíže**

<b>Intenzita obtíží</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
0 – žádné	<b>120</b>	<b>59,41</b>
1 – mírné	53	26,24
2 – střední	18	8,91
3 – výrazné	8	3,96
4 – nesnesitelné	2	0,99
<b>Celkem</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

Z celkového souboru 201 (100 %) respondentek uvedla více než polovina, konkrétně 120 (59,41 %) žen, že močové obtíže nemají. Zbýlých 81 (40,59 %) respondentek se s močovými obtížemi potýká. Mírné močové obtíže se vyskytují celkem u 53 (26,24 %) dotázaných žen. Střední intenzitu obtíží udávala podstatně menší skupina žen, celkem 18 (8,91 %) dotázaných. Jako výrazné hodnotí intenzitu močových obtíží jen 8 (3,96 %) respondentek. A pouze 2 (0,99 %) dotázané ženy pociťují nesnesitelné močové obtíže. U této položky při hodnocení intenzity obtíží převládala číselná odpověď 0 a 1 a to celkem u 173 (85,65 %) respondentek (Tab. 13).

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

V této otázce se respondentky zaměřily na hodnocení obtíží, týkajících se suchosti pochvy. Důsledkem nedostatečné lubrikace mohou ženy pociťovat suchost a pálení v pochvě, což může vést k dalším obtížím při pohlavním styku.

**Tabulka 14 Suchost pochvy**

<b>Intenzita obtíží</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
0 – žádné	<b>88</b>	<b>43,56</b>
1 – mírné	70	34,65
2 – střední	38	18,81
3 – výrazné	5	2,48
4 – nesnesitelné	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

V předposlední položce dotazníku uvedlo celkem 88 (43, 56 %) respondentek z celkového počtu 201 (100 %) dotázaných žen, že obtíže v souvislosti se suchostí pochvy nepociťují. Jedná se o nejpočetnější skupinu respondentek. U následujících 70 (34, 65 %) respondentek se objevují obtíže mírné intenzity. Nejvíce tedy respondentky hodnotily obtíže u této položky jako žádné nebo mírné, a to celkem 158 (78, 21 %) žen. Další skupinou jsou respondentky, které uvedly intenzitu obtíží jako střední, sem patří poměrně menší počet žen, celkem 38 (18,81 %). Jako výrazné pociťuje obtíže pouze 5 (2,48 %) respondentek. Jako nesnesitelné žádná z dotázaných, je to tedy jediná položka dotazníku, u kterého byla využita stupnice hodnocení v rozsahu pouze 0 – 3 body (Tab. 14).

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

Poslední otázka je zaměřena na bolesti svalů a kloubů. Vlivem estrogenního deficitu může docházet k bolestem kloubů a následným revmatickým obtížím, v pozdějším věku může ženu trápit osteoporóza. I v této závěrečné otázce dotázané ženy zaznamenávaly míru obtíží.

**Tabulka 15 Bolesti svalů a kloubů**

<b>Intenzita obtíží</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> (%)</b>
0 – žádné	<b>65</b>	<b>32,18</b>
1 – mírné	51	25,25
2 – střední	58	28,71
3 – výrazné	22	10,89
4 – nesnesitelné	5	2,48
<b>Celkem</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

Ze získaných dat vyplývá, že žádné obtíže v souvislosti s bolestí svalů a kloubů nepocítuje 65 (32,18 %) z celkového počtu 201 (100 %) dotázaných žen, jedná se zároveň o nejpočetnější skupinu respondentek. Střední intenzitu obtíží uvedl obdobný počet respondentek, celkem 58 (28,71 %) dotázaných. Celkem 51 (25,25 %) respondentek udávalo mírnou intenzitu obtíží. Nejvíce se tedy u této položky dotazníku vyskytovala číselná odpověď 0 – 2. Jako výraznou hodnotí intenzitu vnímaných obtíží podstatně menší skupina žen, celkem 22 (10,89 %) respondentek. A jen 5 (2,48 %) oslovených žen vnímá bolesti svalů a kloubů jako nesnesitelné (Tab. 15).

## 11.2 Hodnocení symptomů

V následující tabulce (Tab. 16) je vyobrazeno detailní vyhodnocení všech 11 symptomů elektronického dotazníku Menopause Rating Scale. Vyobrazenými parametry jsou: N platných, průměr, medián, modus, četnost modu, minimum, maximum, rozptyl a směrodatná odchylka.

Tabulka 16 Symptomy MRS

Symptomy MRS	N	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min.	Max.	Rozptyl	Sm.odch.
<b>1. Návaly horka (SV)</b>	201	1,11	1	0	74	0	4	1,15	1,07
<b>2. Srdeční obtíže (SV)</b>	201	1,28	1	2	68	0	4	0,97	0,99
<b>3. Poruchy spánku (SV)</b>	201	1,20	1	0	63	0	4	1,02	1,01
<b>4. Depresivní nálady (P)</b>	201	<b>1,44</b>	1	1	71	0	4	1,09	1,04
<b>5. Předrážděnost (P)</b>	201	0,70	0	0	101	0	4	0,75	0,87
<b>6. Úzkost (P)</b>	201	0,63	0	0	112	0	4	0,72	0,85
<b>7. Vyčerpání (P)</b>	201	1,33	1	1	93	0	4	0,73	0,86
<b>8. Sexuální obtíže (UG)</b>	201	0,92	1	0	81	0	4	0,82	0,90
<b>9. Močové obtíže (UG)</b>	201	<b>0,60</b>	0	0	120	0	4	0,78	0,88
<b>10. Suchost pochvy (UG)</b>	201	0,80	1	0	88	0	3	<b>0,69</b>	0,83
<b>11. Bolesti svalů a kloubů (SV)</b>	201	1,26	1	0	65	0	4	<b>1,21</b>	1,10

Pozn.: N – počet respondentek, SV – somato-vegetativní doména, P – psychologická doména, UG – urogenitální doména

Z tabulky (Tab. 16) je patrné, že se výzkumu zúčastnilo již zmíněných 201 respondentek. Tyto respondentky hodnotily intenzitu obtíží u jednotlivých symptomů na bodové škále 0 – 4. U deseti symptomů se vyskytovaly odpovědi, které uváděly žádné až nesnesitelné obtíže. Výjimkou je symptom suchost pochvy, kde je maximum číslo 3, tudíž ani jedna z 201 respondentek neuvedla u tohoto symptomu intenzitu obtíží jako nesnesitelnou. U každého symptomu je uveden průměr odpovědí, které respondentky udaly. Z výsledků průměrných hodnot je patrné, že nejvyšší průměrná hodnota je u symptomu depresivní nálady, tj. 1,44 a naopak nejmenší u symptomu močové obtíže, tj. 0,60. Medián neboli střední hodnota byla u téměř všech symptomů 1, až na symptomy předrážděnost, úzkost a močové obtíže, u kterých byl medián 0.

Modus udává, jaká odpověď byla nejčetnější. Z tabulky je rovněž patrné, že nejčastěji udávanou odpovědí a zároveň tedy nejčetnější mírou intenzity obtíží bylo číslo 0 (žádné obtíže), dále číslo 1 (mírné obtíže) a jen v jednom případě číslo 2 (střední obtíže). Četnost

modu udává počet respondentek u nejčastější odpovědi v dotazníku, tedy kolik respondentek uvedlo nejčastěji jako svou odpověď hodnocení intenzity obtíží čísly 0, 1 a 2. Nejčastěji zvolenou odpovědí byla odpověď 0 (žádné obtíže) v otázce týkající se močových obtíží, kdy tuto odpověď zvolilo 120 respondentek z celkového počtu 201 dotázaných žen.

Dále byl pomocí popisné statistiky určen rozptyl hodnot. Největší (1,21) byl u symptomu bolesti svalů a kloubů a naopak nejmenší (0,69) u symptomu suchost pochvy. Směrodatná odchylka, čili stupeň rozptýlení opakovaných měření kolem střední hodnoty, se pohybuje v rozmezí 0,83 – 1,10.

Ze získaných výsledků je patrné, že se u převážné části respondentek neobjevují žádné obtíže ve spojitosti s estrogenním deficitem nebo je vnímají jen jako mírné. Lze tedy konstatovat, že kvalita života dotázaných žen není nijak výrazně ovlivněna ve smyslu jejího snížení, což je velmi pozitivní zjištění.

### 11.3 Hodnocení jednotlivých domén

Dále byla v programu STATISTICA vytvořena obdobná tabulka, avšak s tím rozdílem, že byly parametry rozděleny do jednotlivých domén (Tab. 17).

**Tabulka 17 Domény MRS (popisná statistika)**

Domény	Hodnocení domén							
	N	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min.	Max.	Směr. odchylka
Somato-vegetativní	201	4,85	5	3	25	0	12	3,00
Psychologická	201	4,10	3	2	39	0	16	2,81
Urogenitální	201	2,37	2	1	48	0	12	2,10

V *somato-vegetativní doméně* je u celkového počtu 201 respondentek průměr celkového skóru symptomů, které do této domény patří, 4,85. Medián neboli střední hodnota je hodnota, která je přesně uprostřed všech hodnot seřazených do neklesající posloupnosti, v tomto případě je medián 5, můžeme tak usuzovat, že v této doméně respondentky pocítují nejjintenzivnější obtíže. V této doméně je modus 3, což znamená, že po sečtení bodů získaných u všech symptomů somato-vegetativní domény nejvíce žen získalo 3 body, celkem to bylo 25 respondentek (četnost modu). V této doméně jsou celkem 4 symptomy, každý

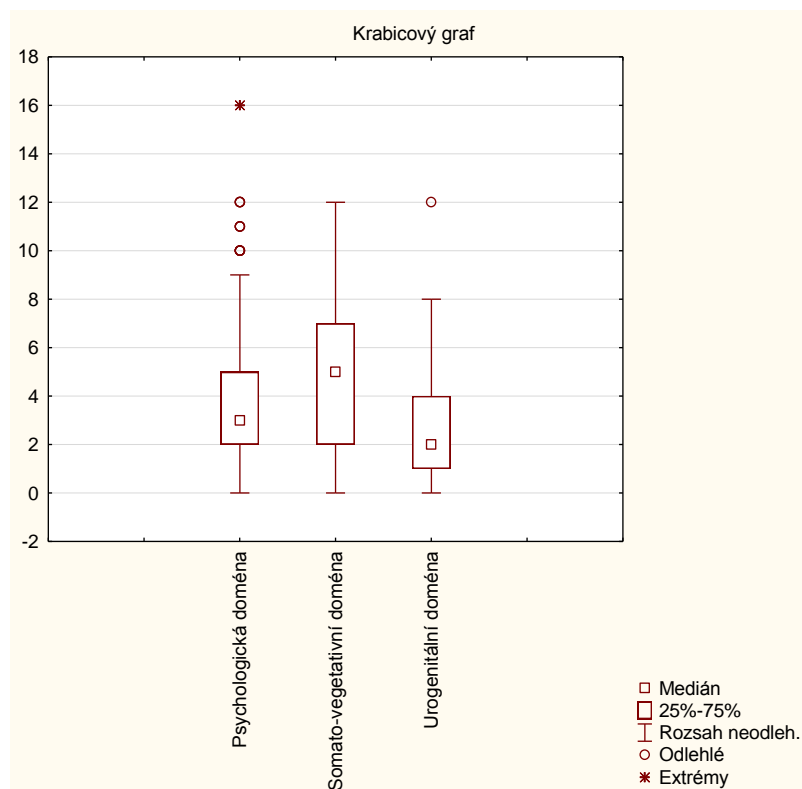
z nich mohl být ohodnocen 0 – 4 body dle vnímané intenzity obtíží dotázaných žen. Respondentky tedy mohly získat celkem 0 – 16 bodů. Minimum bodů v této doméně bylo 0 a maximum 12. To značí, že nejvyšší získaný počet bodů za všechny 4 symptomy byl 12 bodů. Žádná z respondentek tedy nedosáhla v somato-vegetativní doméně maximálního možného počtu 16 bodů, resp. nevnímala všechny čtyři symptomy jako nesnesitelné (Tab. 17).

V *psychologické doméně* je u celkového počtu 201 respondentek průměr celkového skóru symptomu, které jsou do této domény zahrnuty, 4,10. V této doméně je průměr menší než v doméně somato-vegetativní, z čehož plyne, že somato-vegetativní obtíže trápí dotázané ženy více než psychologické obtíže. Medián je 3, což je méně než v doméně somato-vegetativní, ale naopak více, než v doméně urogenitální, to znamená, že symptomy ze somato-vegetativní domény pociťují respondentky intenzivněji, ale z urogenitální naopak méně. Nejvíce respondentek získalo po sečtení všech symptomů v této doméně 2 body (modus). Dohromady to bylo 39 dotázaných žen (četnost modu). Stejně jako somato-vegetativní doména obsahuje i psychologická doména 4 symptomy. Minimum zde bylo 0 a maximum 16. To znamená, že bylo v této doméně dosaženo maximálního možného počtu 16 bodů, a to u 1 respondentky (Tab. 17).

V *urogenitální doméně* je u celkového počtu 201 respondentek průměr celkového skóru symptomů, které patří do této domény, 2,37. Je to výrazně méně než v předchozích dvou doménách. Toto zjištění poukazuje na skutečnost, že respondentky pociťují v této doméně nejmenší obtíže. Medián (střední hodnota souboru) je 2, jak již bylo popsáno, znamená to, že symptomy z této domény jsou respondentkami pociťovány nejméně intenzivně. Nejvíce respondentek získalo po sečtení všech symptomů v této doméně 1 bod (modus), celkem to bylo 48 respondentek (četnost modu). Urogenitální doména na rozdíl od dvou předchozích obsahuje pouze 3 symptomy. Respondentky tedy mohly získat 0 - 12 bodů. Minimum je 0 a maximum 12. To znamená, že i v této doméně bylo dosaženo maximálního možného počtu 12 bodů, a to u 1 respondentky (Tab. 17).

Dále byla pomocí popisné statistiky určena směrodatná odchylka, čili stupeň rozptýlení opakovaných měření kolem střední hodnoty, která se pohybuje se v rozmezí 2,10 – 3,00. Čím menší směrodatná odchylka, tím stejnější odpovědi se v souboru nachází.

Na krabicovém grafu (Obr. 1) je zobrazeno rozložení měřených dat – intenzity symptomů v jednotlivých doménách, a to v somato-vegetativní, psychologické a urogenitální. Nejvyšší dosažená hodnota byla 16 v doméně psychologické a 12 v doméně somato-vegetativní a urogenitální. V doméně somato-vegetativní byla zjištěna nejvyšší hodnota mediánu a také největší variabilita dat - největší rozpětí kvartilů. Díky tomu se žádná hodnota v této doméně nejeví jako odlehlá. V ostatních doménách je medián i variabilita dat nižší, jako odlehlé jsou proto vyhodnoceny všechny hodnoty větší než 9 v případě psychologické domény a větší než 8 v případě domény urogenitální. Z krabicového grafu by se dalo dále soudit, že nejmenší potíže mají ženy v doméně urogenitální, medián je zde 2 a 75 % respondentek dosáhlo skóre nejvýš 4, vážnější potíže se v souboru respondentek vyskytují spíše výjimečně. U této domény je nutno podotknout, že na rozdíl od domény somato-vegetativní a psychologické, které jsou čtyřpoložkové, se jedná o trojpoložkovou doménu. Následuje doména psychologická, kde je medián 3 a 75 % respondentek dosáhlo skóre nejvýš 5, ale existuje skupinka žen, které pociťují výraznější obtíže. Nejvíce obtíží je zaznamenáno v doméně somato-vegetativní, medián je 5, a 75 % respondentek má skóre nejvýš 7, v této doméně je také nejvyšší variabilita hodnot.



**Obrázek 1** Krabicový graf domén MRS



## 11.4 Celkový skór

V tabulce (Tab. 18) jsou zpracovány výsledky celkového skóru. Celkový skór je součet bodů všech tří domén dotazníku. Každá respondentka mohla získat 0 – 44 bodů, dle intenzity vnímaných obtíží. Celkový skór se dělí do tří skupin. Pokud žena při součtu celkového skóru získá 0 – 15 bodů, poukazuje to na mírné nebo žádné obtíže a vysokou kvalitu života. Pokud žena získá celkový součet bodů v rozmezí 16 – 30 bodů, můžeme říci, že má mírně sníženou kvalitu života a již intenzivnější obtíže. Rozmezí bodů 31 – 44, tedy nejvyšší možné, značí o výrazných obtížích a jejich zvýšeném vlivu na kvalitu života žen.

Tabulka 18 Celkový skór

Celkový skór	0 - 15	16 - 30	31 - 44	Celkem
$n_i$	152	49	0	201
$f_i(\%)$	75,62	24,38	0,00	100

Ze získaných výsledků vyplývá, že z celkového počtu 201 (100 %) dotázaných žen, jich získalo celkem 152 (75,62 %) celkový skór v rozmezí 0 – 15 bodů. To znamená, že se jejich kvalita života vlivem menopauzy výrazně nezměnila a je tedy poměrně vysoká. Celkem 49 (24,38 %) respondentek se pohybuje v rozmezí 16 – 30 bodů, což poukazuje na to, že je jejich kvalita života vlivem menopauzy mírně snížena. Příznivé ale je, že se v souboru respondentek nevyskytuje žádná žena, která by spadala do rozmezí 31 – 44 bodů, tedy že by měla výrazné obtíže a tím výrazně sníženou kvalitu života.

## **12 PRAKTICKÝ VÝSTUP PRÁCE – EDUKAČNÍ LEKCE**

Ve výzkumné části práce bylo zjištěno, že téměř 25 % žen má mírně sníženou kvalitu života vlivem estrogenního deficitu (str. 64, kap. 11.4). Na podkladě výsledků a na základě vyjádřené potřeby respondentek a ošetřujícího personálu pracovišť, kde byla získávána data, byly vytvořeny dva edukační plány na dvě edukační lekce, ve kterých se ženy budou moci dozvědět potřebné informace týkající se sledovaných akutních symptomů estrogenního deficitu. Edukační lekce jsou koncipovány primárně pro ženy, u nichž se již symptomy estrogenního deficitu objevily. Jednu z hlavních rolí v předcházení vzniku symptomů má bezesporu prevence a proto lze připravené edukační plány použít i pro ženy bez závažných obtíží. První edukační lekce bude obecná a bude se zabývat prevencí a nezbytnými vyšetřeními v menopauze. Na ní bude navazovat druhá edukační lekce, která bude zaměřena na příslušné symptomy (položky) z dotazníku MRS a doporučení, jak se s obtížemi vypořádat. Obě lekce proběhnou v průběhu 14 dnů. Následně je možno, dle potřeb klientek, udělat třetí lekci tematicky zaměřenou dle toho, v jaké oblasti budou chtít prohloubit své znalosti. Některé ženy se mohou ostýchat mluvit o svých problémech před ostatními ženami, nebo mohou mít obtíže intimní povahy, zde je možnost domluvit si individuální edukační lekci.

### **12.1 Metodika tvorby edukačního plánu**

Plán edukace je „mapou“, která vede k dosažení stanovených cílů. V každém plánu byl nejprve stanoven účel a dlouhodobý cíl, kterého chceme dosáhnout. Dále byly vytvořeny krátkodobé cíle, které jsou vždy spojeny s konkrétním obsahem, edukačními metodami, dobou trvání v minutách, zdroji (pomůckami), metodami hodnocení a dosaženou úrovní. Hlavním důvodem tvorby edukačního plánu je analýza vztahů mezi jednotlivými částmi edukačního procesu a utvrzení se, že se jedná o logický postup.

Edukační plány jsou připraveny v písemné formě. Byly vytvořeny dvě tabulky (Tab. 21, 22), které jasně sdělují, co bude obsahem jednotlivých lekcí, jakým způsobem edukace proběhne, jaká je potřebná časová dotace, i jak se bude hodnotit. Jak již bylo uvedeno, krátkodobé cíle dělíme na kognitivní, afektivní a psychomotorické (str. 40, kap. 7.3). U každého krátkodobého cíle byla formulována úroveň očekávaných znalostí, dovedností, či zvládnutí daného obsahu. Při rozlišování obtížností bylo využito tzv. taxonomií edukačních cílů.

Při tvorbě kognitivních cílů bylo využito Andersonovy a Krathwohlovy revidované Bloomovy taxonomie (Tab. 19) (Mandysová, 2016, s. 67; Vávra, 2011, s. 4 -7) :

**Tabulka 19 Andersonova a Krathwohlova revidovaná Bloomova taxonomie**

Úroveň / kognitivní proces	Alternativní pojmenování / Akční slovesa	
<b>1. Pamatovat</b>	1.1 Rozpoznávat	Identifikovat
	1.2 Vybavovat si	Opětovně vyvolávat z dlouhodobé paměti
<b>2. Porozumět</b>	2.1 Interpretovat	Zjednodušovat, parafrázovat, představovat, vysvětlovat
	2.2 Dávat příklady	Ilustrovat, doložit příkladem
	2.3 Klasifikovat	Kategorizovat, zařazovat
	2.4 Sumarizovat	Abstrahovat, zobecňovat
	2.5 Odvozovat	Vyvozovat závěry, extrapolovat, interpolovat, předpovídat
	2.6 Srovnávat	Rozlišovat, mapovat, přirovnávat
	2.7 Vysvětlovat	Vytvářet modely
<b>3. Aplikovat</b>	3.1 Provádět	Uskutečnit
	3.2 Realizovat	Použít
<b>4. Analyzovat</b>	4.1 Rozlišovat	Dělat rozdíly, rozeznávat, zaměřovat se, vybírat
	4.2 Uspořádat	Nalézt soudržnost, integrovat, načrtnout, oddělit, strukturovat
	4.3 Přisuzovat	Provést dekonstrukci
<b>5. Hodnotit</b>	5.1 Kontrolovat	Uspořádat (aby se mohlo zkontrolovat), zjišťovat, monitorovat, testovat
	5.2 Kritizovat	Hodnotit
<b>6. Tvořit</b>	6.1 Generovat	Sestavovat hypotézy
	6.2 Plánovat	Navrhovat
	6.3 Budovat	Zkonstruovat

Při tvorbě psychomotorických cílů bylo využito taxonomie psychomotorických cílů Simpsonové (Tab. 20) (Mandysová, 2016, s. 71; Vališová a Kasíková, 2010, s. 456):

**Tabulka 20 Taxonomie psychomotorických cílů Simpsonové**

Úroveň / kategorie	Popis
<b>1. Vnímání (percepce)</b>	Edukant vnímá předměty kolem sebe smyslovými orgány, dává pozor při předvádění dovedností, čte si návod k použití apod.
<b>2. Zaměření (nastavení)</b>	Připravenost / pohotovost k akci – edukant vyjadřuje ochotu se učit.
<b>3. Řízená motorická reakce (řízená odezva)</b>	Edukant je veden edukátorem, jak si počínat, vyvíjí úsilí. K řízené odezvě dochází v raných stádiích učení komplexní dovednosti. Zahrnuje imitaci (napodobování edukátora), pokus, chyby.

Úroveň / kategorie	Popis
<b>4. Automatizace jednoduchých motorických dovedností (mechanismus)</b>	Edukant opakovaně provádí kroky daného úkolu s určitým stupněm sebevědomí, přechod z jednoho kroku na druhý je hladký, s málo vědomým úsilím. Jedná se o mezistupeň učení se komplexní dovednosti.
<b>5. Automatizace komplexních motorických dovedností (komplexní odezva)</b>	Edukant automaticky provádí komplikovaný úkon, samostatně a s vysokou úrovní dovedností, bez váhání, s minimálním úsilím, nepotřebuje se věnovat detailům.
<b>6. Schopnost motorické adaptace (adaptace)</b>	Schopnost edukanta modifikovat a adaptovat motorický úkon, aby vyhovoval potřebám dané situace a potřebám edukanta.
<b>7. Motorická tvořivost (tvorba, originalita)</b>	Schopnost edukanta vytvářet nové motorické úkony, např. nové způsoby manipulace předmětů, což je výsledek porozumění, dovednosti a vysoké úrovně schopnosti úkon provádět.

## 12.2 Vlastní realizace edukačního plánu

Na realizaci plánu se bude podílet proškolená porodní asistentka a klientky. Velkou roli hraje prostorové zabezpečení, bude zvolena menší, útulná, klidná místnost, která bude dostatečně větraná. Z důvodu choulostivosti tématu bude upřednostňován menší počet klientek na jedné lekci (max. 5 – 10). Bude využíváno vhodně zvolených slov, která budou opakována, zaměříme se i na neverbální (mimoslovní) komunikaci. Na konci lekce klientky obdrží souhrn nejdůležitějších informací, které se na příslušné lekci dozvěděly.

Tyto edukační lekce budou určeny zejména pro ženy, které mají ovlivněnu kvalitu života důsledkem estrogenního deficitu. Každá žena v ordinaci gynekologa vyplní dotazník MRS a dle celkového skóru (zejména dosáhnou-li 16 bodů a více = kvalita života je snížena) bude ženě doporučena návštěva těchto edukačních lekcí. Zúčastnit se jich ale mohou i ženy bez změněné kvality života. Každá edukační lekce bude sestávat z jednoho setkání, které bude trvat přibližně 1,5 hodiny. Vlastní realizace je přislíbena v jedné z gynekologických ordinací, kde probíhalo samotné průzkumné šetření. Tyto edukační plány budou poskytnuty i dalším dvěma gynekologickým ordinacím, kde průzkum probíhal.

### **12.3 První edukační lekce**

Jak už bylo zmíněno, tato edukační lekce (Tab. 21) bude obecná, zaměřena na prevenci v menopauze a na přehled a důležitost podstupování povinných vyšetření. Na této edukační lekci bude klientka seznámena s průběhem vyšetření v ordinaci praktického lékaře a obvodního gynekologa v období spojeném s menopauzou. Dále je naplánována skupinová diskuze zabývající se osteoporózou, prevencí jejího vzniku, rizik s ní spojených a v neposlední řadě také seznámení s povinnými vyšetřeními u rizikové skupiny žen.

Bude následovat přednáška porodní asistentkou týkající se prevence vzniku karcinomu prsu, klientka bude seznámena se změnami na prsu, které by neměla podceňovat, bude jí připomenuta důležitost pravidelné návštěvy mamografického screeningu. Poté porodní asistentka předvede na modelu (Příloha B - Obr. 3) správné samovyšetření prsu, které si každá žena může vyzkoušet, pokud bude chtít. Na závěr této lekce bude klientkám puštěno video o posilování svalů pánevního dna, jako prevence vzniku močové inkontinence. Video bude doplněno ukázkou těchto svalů na modelu kostěné pánve (Příloha B - Obr. 4). Edukační lekce bude zakončena diskuzí, kde se každá z klientek může zeptat na to, co jí zajímá, nebo co v průběhu lekce nezaznělo.

## PRVNÍ EDUKAČNÍ LEKCE

**Účel:** Poskytnout klientce nezbytné informace týkající se prevence a povinných vyšetření v menopauze.

**Dlouhodobý cíl:** Klientka bude schopna vyjmenovat všechna povinná vyšetření v menopauze a bude vědět, kdy má vyšetření podstoupit, dále bude seznámena s prevencí v menopauze.

**Tabulka 21 Edukační plán 1**

Krátkodobý cíl	Obsah/přehled	Edukační metody	Doba (min.)	Zdroje	Metody hodnocení	Dosažená úroveň
Po zhlédnutí prezentace zabývající se preventivními prohlídkami u obvodního lékaře umí klientka vyjmenovat alespoň 5 vyšetření, které lékař provádí, a řekne, jak často má vyšetření podstoupit.	Preventivní prohlídka u obvodního lékaře	Přednáška	10	Počítač, dataprojektor, Powerpointová prezentace	Otázky a odpovědi	Úroveň 1 v kognitivní doméně „Pamatovat/Vybavovat si“ (Tab. 19)
Po zhlédnutí prezentace zabývající se preventivními prohlídkami u gynekologa umí klientka popsat průběh prohlídky a říct, jak často má vyšetření podstoupit.	Preventivní prohlídka u gynekologa	Přednáška	10	Počítač, dataprojektor, Powerpointová prezentace	Otázky a odpovědi	Úroveň 2 v kognitivní doméně „Porozumět/Interpretovat“ (Tab. 19)
Po skupinové diskuzi týkající se osteoporózy, prevence vzniku, a rizik s ní spojených dokáže klientka vyjmenovat 5 opatření, jak osteoporóze předcházet.	Prevence osteoporózy	Diskuze	10	Židle	Otázky a odpovědi	Úroveň 1 v kognitivní doméně „Pamatovat/Vybavovat si“ (Tab. 19)

<b>Krátkodobý cíl</b>	<b>Obsah/přehled</b>	<b>Edukační metody</b>	<b>Doba (min.)</b>	<b>Zdroje</b>	<b>Metody hodnocení</b>	<b>Dosažená úroveň</b>
Po skupinové diskuzi týkající se osteoporózy a následných vyšetření u rizikové skupiny žen dokáže klientka vysvětlit pojem denzitometrie.	Vyšetření u žen s rizikem vzniku osteoporózy	Diskuze	10	Židle, leták	Otázky a odpovědi	Úroveň 2 v kognitivní doméně „Porozumět/Interpretovat“ (Tab. 19)
Po přednášce porodní asistentkou týkající se prevence karcinomu prsu a důležitosti pravidelné návštěvy mamografického screeningu, vyjadřuje klientka ochotu toto vyšetření v pravidelných intervalech podstupovat.	Prevence vzniku karcinomu prsu	Přednáška	10	Počítač, dataprojektor, Powerpointová prezentace, brožura	Otázky a odpovědi	Úroveň 2 v psychomotorické doméně „Zaměření (nastavení)“ (Tab. 20)
Za pomoci porodní asistentky bude klientka schopna předvést samovyšetření prsu na modelu tak, že vyšetří plynule všechny kvadranty.	Postup samovyšetření prsu	Ukázka porodní asistentkou	15	Model	Zpětná ukázka	Úroveň 3 v psychomotorické doméně „Řízená odezva“ (Tab. 20)
Poté, co porodní asistentka pustí klientce video o posilování svalů pánevního dna a vysvětlí na kostěné pánvi, kde se svaly nachází, pacientka vyjadřuje ochotu cvičení zkusit.	Posilování svalů pánevního dna	Diskuze/přednáška	15	Video, model kostěné pánve	Otázky a odpovědi	Úroveň 2 v psychomotorické doméně „Zaměření (nastavení)“ (Tab. 20)

Tato lekce bude trvat odhadem 1 hodinu a 20 minut. Zakončena bude diskuzí, pro doplnění informací. V přílohách (Příloha C, Obr. 7) je uvedena ukázka prezentace zabývající se pravidelnými preventivními prohlídkami u gynekologa a praktického lékaře v období ovlivněném menopauzou.

## 12.4 Druhá edukační lekce

V druhé edukační lekci (Tab. 22) se porodní asistentka zaměří na jednotlivé symptomy (položky) dotazníku MRS a poskytne doporučení, jak se s obtížemi vypořádat. Na začátku lekce seznámí klientky s rozdělením symptomů na akutní, subakutní a chronické, aby se v problematice lépe orientovaly. Poté bude následovat přednáška porodní asistentkou o vhodných stravovacích návycích a fyzické aktivitě v období ovlivněném menopauzou. Porodní asistentka zdůrazní riziko obezity a jejího vlivu na rozvoj kardiovaskulárních onemocnění a na onemocnění pohybového aparátu. Klientka bude seznámena s vhodným dechovým cvičením a relaxačními technikami jako prevencí rozvoje depresivních nálad. Následuje prezentace zaměřená na sexuální život ženy, porodní asistentka ženě vysvětlí, k jakým změnám dochází, jsou jí doporučeny vhodné přípravky pro intimní hygienu, vaginální gely, apod. Další v pořadí je skupinová diskuze, zabývající se návaly horka, zde si ženy předají informace, jak se s návaly vyrovnat, porodní asistentka poté informace doplní.

Poslední přednáškou v této lekci je přednáška zaměřená na prevenci vzniku močové inkontinence. Porodní asistentka předvede klientkám speciální pomůcky (Příloha B - Obr. 5, 6) které jsou na trhu dostupné. I tato edukační lekce bude zakončena diskuzí, kde dojde k doplnění informací. Mimo jiné může v případě potřeby porodní asistentka předat klientkám kontakty na příslušné odborníky jako je psycholog, psychoterapeut, dietolog, urolog, sexuolog, apod.



## DRUHÁ EDUKAČNÍ LEKCE

**Účel:** Poskytnout klientce nezbytné informace týkající se změn v menopauze a seznámit jí s vhodnými režimovými opatřeními.

**Dlouhodobý cíl:** Klientka bude schopna vyjmenovat nejčastější obtíže týkající se menopauzy a možnosti jak se s nimi vypořádat.

**Tabulka 22 Edukační plán 2**

Krátkodobý cíl	Obsah/přehled	Edukační metody	Doba (min.)	Zdroje	Metody hodnocení	Dosažená úroveň
Po přednášce porodní asistentkou bude klientka schopna kategorizovat obtíže týkající se menopauzy na akutní, subakutní a chronické.	Obtíže v menopauze - kategorizace	Přednáška	15	Počítač, dataprojektor, Powerpointová prezentace, letáky	Znalostní test (přiřazování)	Úroveň 2 v kognitivní doméně „Porozumět/Klasifikovat“ (Tab. 19)
Po zhlédnutí prezentace zabývající se doporučenými stravovacími návyky a fyzickou aktivitou v období ovlivněném menopauzou bude klientka schopna tato doporučení vyjmenovat.	Vhodné stravovací návyky a fyzická aktivita v menopauze	Přednáška	15	Počítač, dataprojektor, Powerpointová prezentace	Otázky a odpovědi	Úroveň 1 v kognitivní doméně „Pamatovat/Vybavovat si“ (Tab. 19)
Poté, co porodní asistentka klientce doporučí vhodné relaxační techniky a dechová cvičení jako prevenci depresivních nálad, pacientka vyjadřuje ochotu cvičení zkusit.	Relaxační techniky a dechová cvičení	Ukázka porodní asistentkou, přednáška	15	Židle	Otázky a odpovědi	Úroveň 2 v psychomotorické doméně „Zaměření (nastavení)“ (Tab. 20)

<b>Krátkodobý cíl</b>	<b>Obsah/přehled</b>	<b>Edukační metody</b>	<b>Doba (min.)</b>	<b>Zdroje</b>	<b>Metody hodnocení</b>	<b>Dosažená úroveň</b>
Po zhlédnutí prezentace zabývající se prevencí sexuálních obtíží bude klientka schopna napsat 5 opatření, jak obtížím předcházet.	Sexuální obtíže v menopauze	Přednáška	15	Počítač, dataprojektor, Powerpointová prezentace, papír, tužka	Otázky a odpovědi	Úroveň 1 v kognitivní doméně „Pamatovat/Vybavovat si“ (Tab. 19)
Po skupinové diskuzi týkající se návalů horka a možnostech řešení těchto obtíží bude klientka schopna popsat, jak si s těmito obtížemi poradí v běžném životě.	Návaly horka v menopauze	Diskuze	10	Židle	Otázky a odpovědi	Úroveň 2 v kognitivní doméně „Porozumět/Dávat příklady“ (Tab. 19)
Po přednášce porodní asistentkou zabývající se inkontinencí a používáním speciálních pomůcek jako prevence jejího vzniku, bude klientka schopna tyto pomůcky vyjmenovat.	Prevence inkontinence	Přednáška	10	Počítač, dataprojektor, Powerpointová prezentace, leták	Otázky a odpovědi	Úroveň 1 v kognitivní doméně „Pamatovat/Vybavovat si“ (Tab. 19)

Tato lekce bude trvat také přibližně 1 hodinu a 20 min a také bude zakončena diskuzí. V přílohách (příloha D, Obr. 8) je k nahlédnutí prezentace zabývající se prevencí karcinomu prsu.

Edukace žen v menopauze je často opomíjená, ale bezesporu velmi důležitá. Tyto edukační lekce byly navrženy se záměrem pomoci ženám se v období mnoha otázek a neznáma zorientovat. V neposlední řadě také proto, aby byly seznámeny se všemi důležitými vyšetřeními, které se tohoto životního období týkají a mohlo tak dojít k včasnému odhalení nežádoucích změn a tím zvýšení počtu let kvalitního života.

## 13 DISKUZE

V úvodu diplomové práce byly stanoveny cíle práce jak pro teoretickou, tak pro výzkumnou část. V teoretické části diplomové práce byla popsána základní terminologie menopauzy. Dále jednotlivé symptomy, které se mohou v souvislosti s estrogenním deficitem u žen objevit. Následuje kapitola zabývající se léčbou, ať už hormonální nebo nehormonální, která vede ke zmírnění obtíží vzniklých vlivem nedostatku estrogenů. Také byla definována „kvalita života“ a „kvalita života související se zdravím“ a jejich vztah k menopauze. Rovněž byla vymezena péče porodní asistentky o ženy v menopauze a popsána problematika edukace v porodní asistenci.

Cílem průzkumného šetření diplomové práce bylo pomocí elektronické formy české standardizované verze dotazníku Menopause Rating Scale zjistit míru ovlivnění kvality života a spektrum přítomných symptomů estrogenního deficitu u sledovaného vzorku respondentek. Respondentky odpovídaly na celkem jedenáct položek, u kterých měly vždy na výběr jednu z pěti možností (0 – 4 body), kterými udávaly vnímanou intenzitu svých obtíží. Jednotlivé symptomy dotazníku MRS jsou rozděleny do tří domén. První je somato-vegetativní, druhá psychologická a třetí urogenitální. Po sečtení všech bodů u jednotlivých symptomů a následně jednotlivých domén bylo zjištěno, které symptomy se u respondentek objevují nejčastěji, jakých skóreů v jednotlivých doménách a následně celkových skóreů dosahují.

Dále byly na podkladě zjištěných výsledků a na základě vyjádřené potřeby klientek a ošetřujícího personálu pracovišť, kde průzkum probíhal, vytvořeny jako praktický výstup práce dva edukační plány na dvě edukační lekce pro ženy v období ovlivněném menopauzou. První edukační lekce je zaměřená na prevenci a na přehled a důležitost podstupování povinných vyšetření v menopauze. Na ní navazuje druhá edukační lekce, která se bude zabývat příslušnými symptomy (položkami) z dotazníku MRS a doporučeními, jak se s obtížemi vypořádat.

V následujícím textu jsou uvedeny stěžejní výsledky v komparaci s dostupnými výzkumy, rozdělené dle zaměření jednotlivých výzkumných otázek práce.

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

Pomocí dotazníku MRS hodnotily respondentky celkem 11 symptomů estrogenního deficitu a to: návaly horka, srdeční obtíže, poruchy spánku, depresivní nálady, předrážděnost, úzkost, vyčerpání, sexuální obtíže, močové obtíže, suchost pochvy a bolesti svalů a kloubů. Tyto převážně akutní symptomy způsobené nedostatkem estrogenů sice neohrožují ženu na životě, ale kvalita života může být ovlivněna velmi výrazně. Každá žena vnímá tyto změny odlišně. Předností dotazníku MRS je to, že je určen k subjektivnímu hodnocení obtíží a je vyplňován ženou samotnou, nikoli lékařem. Zdá se být tedy vhodným nástrojem pro orientační hodnocení kvality života a tíže přítomných symptomů v klinické praxi.

Po zhodnocení všech výsledků, které byly získány průzkumným šetřením, lze konstatovat, že převážná většina žen udávala intenzitu obtíží jako „žádné“, „mírné“ nebo „střední“. Odpověď „výrazné“ a „nesnesitelné“ obtíže byla u respondentek zaznamenána spíše ve výjimečných případech. Na základě sečtení získaných bodů a tím zjištění celkových skóre bylo zmapováno, jak je ovlivněna kvalita života respondentek. Celkový skór oslovených žen se pohyboval nejčastěji v rozmezí 0 – 15 bodů, a to u 75,62 % žen. To znamená, že je jejich kvalita života vlivem menopauzy jen minimálně ovlivněna, respektive poměrně vysoká. V kategorii 16 – 30 bodů se vyskytovalo zbylých 24,38 % respondentek, to poukazuje na fakt, že je jejich kvalita života vlivem menopauzy mírně snižena. Pozitivním zjištěním je, že se ve sledovaném souboru respondentek nevyskytuje žádná žena s celkovým skórem 31 – 44 bodů, tzn. s výraznými obtížemi a výrazně sníženou kvalitou života. Podtrženo, sečteno, tato vyhodnocená data poukazují na poměrně **vysokou kvalitu života** respondentek v období ovlivněném menopauzou.

Tyto výsledky lze porovnat i s výsledky jiných průzkumů. Urbánková (2016) prováděla průzkumné šetření taktéž pomocí elektronické formy dotazníku MRS, výsledky obou průzkumů jsou obdobné. V průzkumu Urbánkové se pohybovalo nejvíce respondentek v bodovém rozmezí 0 – 15 bodů, celkem 69,46 % žen. V bodovém rozmezí 16 – 30 bodů to bylo zbylých 30,54 % respondentek. Stejně jako v tomto průzkumu, i v průzkumu Urbánkové, se nevyskytovala žádná žena s celkovým skórem 31 – 44 bodů. Dále jsou výsledky porovnatelné s průzkumem Moravcové a Holé (2017), které prováděly průzkumné šetření na

souboru 364 žen ve věku 45 – 60 let. Tento sběr dat byl proveden také pomocí elektronické formy dotazníku MRS. I v tomto průzkumu byla nejčetněji zastoupena kategorie mírných obtíží 0 – 15 bodů, v této kategorii celkového skóre se nacházelo více než 73 % respondentek. V intervalu celkového skóre 16 – 30 bodů to bylo přibližně 26 % žen a konečně v intervalu 31 – 44 bodů se nacházely pouze 2 respondentky (0,55 %). Výsledky lze porovnat i s výsledky průzkumů Beinhofnerové (2017), Dopitové (2016), nebo Urbanové (2015), které prováděly obdobný průzkum za pomoci tištěné formy dotazníku MRS. I v těchto případech jsou výsledky srovnatelné, lze tedy říci, že forma dotazníku nemá ve zmíněných průzkumech zásadní vliv na odpovědi oslovených respondentek.

Získané výsledky lze porovnat i se zahraničními studiemi, např. s průzkumným šetřením Krajewska-Ferishah et al. (2010), kteří hodnotili kvalitu života menopauzálních žen pomocí MRS v Polsku, Bělorusku, Belgii a Řecku. Nebo průzkumem Heinemanna et al. (2004), kteří provedli průzkum napříč kontinenty. I v těchto případech jsou získané výsledky srovnatelné a ženy udávaly rovněž obtíže ve většině případů mírné nebo střední intenzity.

Na základě vyhodnocení získaných výsledků je patrné, že kvalita života žen ze souboru respondentek je vlivem estrogenního deficitu ve většině případů minimálně ovlivněna, respektive poměrně vysoká. Pouze u přibližně 25 % respondentek je kvalita života vlivem menopauzy mírně snížena. Získané výsledky jsou srovnatelné s komparovanými průzkumy.

## **Výzkumná otázka č. 2: Který ze symptomů estrogenního deficitu uvádějí respondentky nejvíce a který naopak nejméně často?**

**Nejčastěji** se vyskytujícími symptomy byly „vyčerpání“ a „sexuální obtíže“, oba dva tyto symptomy uvedlo v různých intenzitách celkem 171 (85,15 %) žen. Následoval symptom „depresivní nálady“, který uvedlo celkem 161 (80,20 %) respondentek. Na třetím místě byl symptom „srdeční obtíže“, který uvedlo celkem 147 (73,13 %) respondentek. Další v pořadí byly „poruchy spánku“, které se vyskytly u 138 (68,81 %) dotázaných. Na pátém místě to byl symptom „bolesti svalů a kloubů“, který pocíťuje v různých intenzitách celkem 136 (67,82 %) respondentek. Dalším symptomem jsou „návaly horka“, které vnímá 127 (63,37 %) dotázaných žen. Na pomyslném sedmém místě je umístěn symptom „suchost pochvy“, který trápí 113 (56,44 %) respondentek. Následuje „předrážděnost“, kterou vnímá 100 (50%) dotázaných. Dále je to symptom „úzkost“, který udalo celkem

89 (44, 55 %) respondentek. Na pomyslném posledním místě, tedy **nejméně** často se vyskytujícím symptomem byly „**močové obtíže**“, které se nevyskytují u 120 (59, 41 %) dotázaných žen.

V průzkumu Beinhofnerové (2017) byly nejčastěji se vyskytujícím symptomem „depressivní nálady“, ty uvedlo celkem 240 (84,51 %) respondentek. Naopak nejméně často se vyskytujícím symptomem byly „sexuální obtíže“, které vůbec nemá 147 (51,76 %) žen z jejího souboru respondentek. Tyto výsledky se s výsledky této práce neshodují a jsou překvapivé. Zejména tedy v případě symptomu „sexuální obtíže“, který je v tomto průzkumu nejčastěji se vyskytujícím a v průzkumu Beinhofnerové naopak nejméně často se vyskytujícím. Co se týče symptomu „depressivní nálady“, jak je popsáno výš, v tomto průzkumném šetření se tento symptom nachází na pomyslném druhém místě, takže se jedná o podobný výsledek. „Močové obtíže“, které se v souboru respondentek vyskytují nejméně často, se ve výsledcích Beinhofnerové umístily na pomyslném předposledním místě před „sexuálními obtížemi“, jedná se tedy taktéž o obdobný výsledek.

Z průzkumu Urbánkové (2016) je patrné, že nejčastěji se vyskytujícím symptomem byly „depressivní nálady“, uvedlo je 90,41 % respondentek. Toto zjištění je shodné s výsledky Beinhofnerové, ale opět ne s výsledky tohoto průzkumného šetření. V průzkumu Urbánkové byla nejméně často se vyskytujícím symptomem „předrážděnost“, kterou nepocíťovalo 64,08 % respondentek. Ani tento výsledek není shodný s výsledky této práce, v tomto průzkumném šetření se „předrážděnost“ vyskytovala na pomyslném osmém místě. „Močové obtíže“, které byly v tomto průzkumu nejméně často se vyskytujícím symptomem, se v průzkumu Urbánkové umístily na osmém místě.

Dopitová (2016) ve výsledcích svého průzkumu uvádí, že se u jejích respondentek nejčastěji objevoval symptom „vyčerpání“, který pocíťovalo 74,76 % žen a nejméně často symptom „suchost pochvy“, se kterou nemá žádné obtíže 60,19 % respondentek. Porovnáme-li výsledky tohoto průzkumu s výsledky Dopitové, nejčastěji se vyskytující symptom se shoduje, nejméně často se vyskytující symptom nikoli, ten se v tomto průzkumném šetření umístil na sedmém místě. Naopak symptom „močové obtíže“, který se v těchto výsledcích umístil na posledním místě, se ve výzkumu Dopitové umístil na sedmém místě.

Rahman et al. (2010) provedli obdobný průzkum v Malajsii na vzorku 365 respondentek. Zde byly nejčastěji se vyskytujícím symptomem „bolesti svalů a kloubů“, které uvedlo 80,1 % respondentek. Toto zjištění se s výsledky této práce neshoduje. V tomto průzkumném šetření se „bolesti svalů a kloubů“ vyskytují na pomyslném pátém místě. Naopak nejméně často se vyskytujícím symptomem byly „močové obtíže“, ty pocívalo pouze 13,8 % respondentek. Tento výsledek je srovnatelný s výsledkem této práce.

Na základě těchto výsledků lze tvrdit, že nejčastěji se vyskytujícími symptomy byly „vyčerpání“ a „sexuální obtíže“, tím pádem mohou mít tyto symptomy negativní vliv na ovlivnění kvality života dotázaných žen. Naopak nejméně často se vyskytujícím symptomem byly „močové obtíže“, které zřejmě nemají výrazný podíl na ovlivnění kvality života žen ze souboru respondentek.

### **Výzkumná otázka č. 3: U kterého symptomu estrogenního deficitu v jednotlivých doménách dotazníku MRS pocítují respondentky nejintenzivnější obtíže?**

Nejintenzivněji vnímaným symptomem u sledovaného vzorku 201 respondentek byly „**depresivní nálady**“, u této položky byl medián 1 a průměr dosahoval nejvyšších hodnot - 1,44. Toto zjištění není shodné s průzkumem Beinhofnerové (2017), v jejím průzkumném šetření byl nejintenzivněji pocívaným symptomem symptom „vyčerpání“, který se v tomto průzkumu nachází hned za depresivními náladami, tedy na druhém místě. Naopak respondentkami nejintenzivněji vnímané „depresivní nálady“ se v průzkumu Beinhofnerové nachází hned za symptomem „vyčerpání“, tedy taktéž na druhém místě. Výsledky se tedy neshodují, ale jsou velmi podobné.

Neshoda je i v případě srovnání získaných výsledků s průzkumem Dopitové (2016), v jejímž průzkumu byl respondentkami nejintenzivněji ze všech jedenácti symptomů pocívaný symptom „poruchy spánku“, ten je tomto průzkumném šetření až na pomyslném pátém místě. Oproti tomu symptom „depresivní nálady“, který vnímaly ženy ze souboru respondentek jako nejintenzivnější, je v průzkumu Dopitové na pátém místě.

Výsledky se liší i od výsledků Moravcové a Holé (2017), kde respondentky nejintenzivněji vnímaly „srdeční obtíže“, avšak „depresivní nálady“ získaly o pouhý bod méně. Symptom

„srdeční obtíže“ je v tomto průzkumném šetření na třetím místě, tedy respondentkami také poměrně intenzivně vnímán.

V zahraničním průzkumu Krajewske-Ferishah et al. (2010) udávaly respondentky jako nejintenzivněji pociťovaný symptom „návaly horka“ a „poruchy spánku“. Ani zahraniční průzkum se s výsledky této práce neshoduje. „Návaly horka“ se v tomto průzkumném šetření umístily až na šestém místě a „poruchy spánku“ těsně před nimi, na pátém místě.

Zaměříme-li se na každou doménu zvlášť, z domény **somato-vegetativní** byly nejintenzivněji vnímány „**srdeční obtíže**“. V doméně **psychologické** to byly již zmíněné „**depresivní nálady**“. A v doméně **urogenitální** „**sexuální obtíže**“.

V průzkumu Beinhofnerové (2017) byly nejintenzivněji vnímaným symptomem v somato-vegetativní doméně „poruchy spánku“, které se v tomto průzkumném šetření umístily až na pomyslném předposledním místě v rámci domény. V doméně psychologické je to v průzkumu Beinhofnerové již zmíněný symptom „vyčerpání“, který se v tomto průzkumu nachází hned za „srdečními obtížemi“. Výsledky se neshodují ani v rámci urogenitální domény, kde byl jejími respondentkami nejintenzivněji vnímán symptom „suchost pochvy“. Ten se v tomto průzkumu nachází za „sexuálními obtížemi“.

Obdobný průzkum prováděla i Dopitová (2016). Ta ve své práci jako nejintenzivněji vnímaný symptom somato-vegetativní domény udává „poruchy spánku“. V psychologické doméně je to symptom „vyčerpání“, což se v obou případech shoduje s výsledky Beinhofnerové, ale nikoli s výsledky této práce. Nejintenzivněji vnímaným symptomem v doméně urogenitální je v průzkumu Dopitové symptom „močové obtíže“. Ty se v tomto průzkumu umístily na posledním místě, tedy vnímány s nejmenší intenzitou. Její dosažené výsledky nejsou s výsledky mé práce shodné v případě žádné z domén.

Moravcová a Holá (2017) uvádí v doméně somato-vegetativní „srdeční obtíže“ jako nejintenzivněji vnímaný symptom. V doméně psychologické je to symptom „depresivní nálady“ a v doméně urogenitální je respondentkami nejintenzivněji pociťován symptom „suchost pochvy“. Lze tedy říci, že pokud by mě zajímal respondentkami nejintenzivněji pociťovaný symptom v závislosti na jednotlivých doménách, pak se výsledek tohoto



průzkumu shoduje s výsledkem výzkumu Moravcové a Holé, avšak s výjimkou urogenitální domény.

V doméně somato-vegetativní je respondentkami nejintenzivněji vnímán symptom „srdeční obtíže“. V doméně psychologické to je symptom „depressivní nálady“ a v doméně urogenitální jsou „sexuální obtíže“ vnímány s největší intenzitou. Je tedy patrné, že se tyto symptomy mohou velmi výrazně podílet na ovlivnění kvality života žen ze souboru respondentek.

#### **Výzkumná otázka č. 4: Ve které ze tří stanovených domén pociťují dotázané respondentky obtíže nejvýrazněji?**

Domény byly posuzovány na základě výsledků průměrných hodnot a bylo zjištěno následující: v doméně **somato-vegetativní** bylo dosaženo průměrné hodnoty skóru **4,84**; v doméně psychologické 4,10 a v doméně urogenitální 2,37. Je tedy patrné, že nejvíce ovlivněnou doménou tohoto průzkumného šetření je doména **somato-vegetativní**, respondentky v ní pociťují obtíže nejvýrazněji.

V průzkumu Moravcové a Holé (2017) vnímaly respondentky rovněž nejvíce obtíže ze somato-vegetativní domény, zde byl průměr 4,48. Následovala doména psychologická s průměrem 3,86 a na pomyslném třetím místě doména urogenitální s průměrem 2,61. Tyto výsledky se shodují s výsledky této práce. Stejně tak Dopitová (2016) a Urbanová (2015) došly ve svých průzkumech k podobným výsledkům. V průzkumu Dopitové respondentky pociťují rovněž nejvíce obtíže ze somato-vegetativní domény, průměr zde byl 5,14. V průzkumném šetření Urbanové tomu nebylo jinak, obtíže ze somato-vegetativní domény byly vnímány jako nejhorší, průměrný skór u této domény byl 5,38.

Naopak k rozdílným výsledkům dospěly Havlíková (2017) a Beinhofnerová (2017). V průzkumu Havlíkové (2017) bylo dosaženo nejvyššího průměrného skóru v psychologické doméně – 4,61, obtíže ze somato-vegetativní domény se nacházely na druhém místě s průměrem 4,54. Stejně tak tomu bylo i v průzkumném šetření Beinhofnerové (2017), zde byl také nejvyšší průměrný skór v psychologické doméně – 4,82, ženy z jejího souboru respondentek dosáhly v doméně somato-vegetativní průměrného skóru 4,68.

Zjištěné výsledky můžeme porovnat i se zahraniční studií, kterou provedla Krajewska-Ferishah et al. (2010). Tento průzkum byl prováděn v Polsku (241 respondentek),

dále v Belgii (79 respondentek), Bělorusku (119 respondentek) a Řecku (100 respondentek). V somato-vegetativní doméně se nejvíce přibližujeme Polsku, zde byl průměrný celkový skór 4,9. V psychologické doméně bylo dosaženo stejných výsledků jako autory Krajewska-Ferishah et al. (2010) při průzkumu v Bělorusku, tj. průměrný celkový skór 4,1. V urogenitální doméně jsou výsledky srovnatelné opět s průzkumem v Polsku, zde byl průměrný celkový skór domény 2,5. I v tomto průzkumném šetření pociťují respondentky největší obtíže v somato-vegetativní doméně, průměrná hodnota celkového skóru je 5,2, následuje psychologická doména s průměrnou hodnotou skóru 4,6 a konečně urogenitální doména s průměrnou hodnotou celkového skóru 2,5. Výsledky Krajewské-Ferishah et al. (2010) jsou srovnatelné s výsledky této práce.

Obdobný průzkum byl proveden i napříč kontinenty, a to Heinemannem et al. (2004). Tento průzkum probíhal na 4 kontinentech a v 9 zemích. Z evropských zemí to bylo Německo, Francie, Španělsko a Švédsko. Ze Severní Ameriky USA, z Jižní Ameriky Mexiko, Argentina a Brazílie. Na asijském kontinentu byl průzkum proveden v Indonésii. Ve srovnání s tímto průzkumem dopadly ženy ze souboru respondentek hůře. V průzkumu Heinemanna et al. (2004) dosáhly nejlepších výsledků ve všech doménách ženy z Asie. Průměrná hodnota celkového skóru somato-vegetativní domény byla 3,3, v psychologické doméně 2,9 a v doméně urogenitální 1,0. V somato-vegetativní doméně (celkový skór 4,1) a psychologické (celkový skór 4,9) dopadly naopak nejhůře ženy z Jižní Ameriky. Nejhoršího skóru v urogenitální doméně (celkový skór 2,0) dosáhly ženy ze Severní Ameriky. Dotázané ženy se v somato-vegetativní a psychologické doméně blížily nejvíce ženám z Jižní Ameriky, v doméně urogenitální ženám ze Severní Ameriky.

Další obdobný průzkum byl proveden Rahmanem et al. (2010) v Malajsii. Do průzkumného šetření bylo zapojeno celkem 365 respondentek. I výsledky tohoto průzkumu udávají, že nejčastější obtíže pociťují respondentky u příznaků z domény somato-vegetativní. Druhá v pořadí je doména psychologická. Tak jako v tomto průzkumu, i zde se urogenitální symptomy objevily v nejnižším procentu.

Ženy ze souboru respondentek pociťují nejvýraznější obtíže v somato-vegetativní doméně. Následuje doména psychologická, nejmenší obtíže jsou zaznamenány v doméně urogenitální.

Lze tedy říci, že návaly horka, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů pociťují respondentky nejvýrazněji.

Výsledným zjištěním je, že dotázané ženy ve většině případů pociťují symptomy mírné či střední intenzity, nebo u nich symptomy nejsou přítomny vůbec. Nejčastěji se vyskytujícími symptomy byly „vyčerpání“ a „sexuální obtíže“, naopak nejméně často se vyskytujícím symptomem byly „močové obtíže“. Zaměříme-li se na intenzitu vnímaných obtíží, nejintenzivněji vnímaným symptomem u sledovaného souboru respondentek byly „depressivní nálady“. Pozornost byla věnována také zjištění, ve které doméně pociťují respondentky nejintenzivnější obtíže. Výsledkem je, že nejvíce ovlivněnou doménou tohoto průzkumného šetření je doména somato-vegetativní. Dle výsledků celkového skóre i skóre v jednotlivých doménách lze zkonstatovat, že kvalita života žen byla přítomnými symptomy estrogenního deficitu ovlivněna jen v malé míře, respektive byla u sledovaných respondentek poměrně vysoká. Pro srovnání byly uvedeny i výsledky jiných průzkumných prací, které využily tutéž metodu sběru dat - dotazník MRS v podstatě se shodnými výsledky.

## 14 ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na hodnocení změn v kvalitě života žen po menopauze. Nelze přesně říci, v kolika letech u konkrétní ženy k menopauze dojde. Nástup může být pozvolný, ale i náhlý a je ovlivněn řadou faktorů. Náhlý nástup může být způsoben zejména chirurgickým odstraněním obou vaječníků nebo poškozením jejich funkce. Menopauza je součástí života každé ženy a nemělo by být primárně předpokládáno, že se jedná o nepříjemné období, které je spojeno s přítomností různých obtíží, jak si některé ženy myslí. Je důležité, aby ženy přistupovaly k této změně pozitivně, menopauzou život rozhodně nekončí, naopak má i svá pozitiva. Ženy najednou nemusí mít strach z nechtěného otěhotnění, také už je nepřekvapí menstruace v tu nejméně vhodnou chvíli. Pro některé ženy může naopak nastat ta část života, kdy děti odcházejí z domova, mohou se tak naplno věnovat sobě, svým koníčkům a dostatečnému odpočinku.

Každá žena vnímá nástup změn odlišným způsobem, některá si jich ani nevšimne, pro jinou to může být období plné otázek a nejistot. Pokud ženy obtíže mají, zpočátku se s nimi většinou snaží vyrovnat samy, a to zejména změnou životního stylu, pravidelnou fyzickou aktivitou, vhodnou stravou, dostatečným odpočinkem, bylinnými přípravky apod., ale to v některých případech nestačí. Je velmi důležité, aby se zdravotničtí pracovníci ženám v menopauze dostatečně věnovali, včasná a adekvátní péče je základem pro lepší a kvalitnější život.

V teoretické části práce byla komplexně popsána problematika menopauzy, dále vysvětlen pojem „kvalita života“ a „kvalita života související se zdravím“. Součástí je i kapitola zabývající se kvalitou života žen po menopauze, kde je detailněji popsán dotazník Menopause Rating Scale, který slouží jako nástroj k hodnocení kvality života žen po menopauze. Nastíněna byla i péče porodní asistentky o ženy v tomto období života a v neposlední řadě byla zmapována problematika edukace v porodní asistenci.

Ve výzkumné části práce je popsána metodika výzkumu, výzkumný vzorek, výzkumný nástroj a především jsou v ní prezentovány výsledky získané průzkumným šetřením. Výzkumná část byla vytvořena na podkladě elektronické formy české standardizované verze dotazníku Menopause Rating Scale. Z dosud provedených výzkumů je patrné, že pro orientační posouzení změn souvisejících s estrogenním deficitem se jeví jako vhodný nástroj. Mezi pozitiva tohoto dotazníku patří zejména jeho malý rozsah a srozumitelnost, zároveň také

využitelnost nejen pro hodnocení míry ovlivnění kvality života, ale také pro zhodnocení spektra a tíže přítomných symptomů estrogenního deficitu.

Průzkumné šetření probíhalo od května do listopadu 2017 a zapojilo se do něj celkem 201 žen ve věku 45 – 65 let, u kterých byly přítomny symptomy estrogenního deficitu a souhlasily se samotným průzkumným šetřením. Cílem průzkumného šetření bylo **zjistit míru ovlivnění kvality života a spektrum přítomných symptomů estrogenního deficitu** u sledovaného vzorku respondentek. Jako praktický výstup práce byly vytvořeny **dva edukační plány** na dvě edukační lekce pro ženy s přítomnými symptomy estrogenního deficitu.

Po zpracování a vyhodnocení dat je patrné, že **nejčastěji** se vyskytujícími symptomy byly „**vyčerpání**“ a „**sexuální obtíže**“, naopak nejméně často se vyskytujícím symptomem byly „**močové obtíže**“. Pokud se zaměříme na intenzitu vnímaných obtíží, **nejvyšší intenzita** byla zaznamenána u symptomu „**depressivní nálady**“. Po zmapování intenzit v jednotlivých doménách je patrné, že **nejvíce ovlivněnou doménou** tohoto průzkumného šetření je doména **somato-vegetativní**. V této doméně pocítují respondentky obtíže nejvýrazněji.

Po zhodnocení všech výsledků, které byly získány průzkumným šetřením, lze konstatovat, že převážná většina žen udávala intenzitu obtíží jako žádné, mírné nebo střední. Výrazné a nesnesitelné obtíže byly u respondentek zaznamenány spíše ve výjimečných případech. Co se týká míry ovlivnění kvality života žen po menopauze, můžeme říci, že kvalita života respondentek je ve většině případů vysoká nebo pouze mírně snížená. Pozitivní je, že se ve sledovaném souboru respondentek nevyskytuje žádná žena s výraznými obtížemi a nízkou kvalitou života. Těchto výsledků bylo docíleno na základě zjištění celkových skóre všech respondentek. Toto zjištění je srovnatelné s obdobnými průzkumy, ve kterých byl také použit jako výzkumný nástroj Menopause Rating Scale. Z tuzemských průzkumů to jsou průzkumná šetření Urbánkové (2016), Beinhofnerové (2017), Dopitové (2016), Urbanové (2015) nebo Moravcové a Holé (2017). Ze zahraničních průzkumů je výsledek srovnatelný s průzkumem Krajewske-Ferishah et al. (2010) nebo průzkumem Heinemanna et al. (2004).

Získané výsledky jsou pozitivní, ale i přesto se ženám v období menopauzy doporučuje adekvátně pečovat o své tělo, podstupovat pravidelná preventivní vyšetření, věnovat se dostatečné fyzické aktivitě, vhodně se stravovat, omezit tučná jídla, pít kávy, nekouřit, omezit pití alkoholických nápojů a volit pestrou stravu plnou vitamínů. Důležitá je

bezpochyby i relaxace a dostatečný spánek a odpočinek. Většina žen sice nemá výrazné obtíže, ale nesmíme opomíjet tu skupinu žen, které je mají. Je nezbytné se těmto ženám dostatečně věnovat. To by mělo být povinností zejména porodních asistentek a gynekologů. Pokud mají některé ženy výrazné až nesnesitelné obtíže a dosud neužívají hormonální substituční terapii, je vhodné tuto terapii zvážit. Porodní asistentka by ženám měla poskytnout podporu a plnohodnotnou edukaci. Některé ženy totiž přičítají obtíže přirozenému procesu stárnutí a nespojují si je s menopauzou, v takových případech může dojít k jejich pozdnímu odhalení a plnému rozvoji, což může výrazně ovlivnit kvalitu jejich života.

Podle mého názoru je důležité, aby se problematice menopauzy věnovaly právě porodní asistentky, které mají k této oblasti dostatečné a zcela vyhovující kompetence. Jako praktický výstup práce byly vytvořeny dva edukační plány na dvě edukační lekce pro ženy v menopauze. Ideálem by bylo, aby se dotazník MRS rozdával v rámci gynekologických prohlídek všem ženám, u kterých jsou již přítomny symptomy estrogenního deficitu, a tak se sledoval výskyt a intenzita obtíží. Dle výsledků by byla ženám doporučena účast na těchto lekcích. První lekce bude obecná, zaměřená na prevenci a na přehled a důležitost podstupování povinných vyšetření v menopauze. Klientka se dozví průběh vyšetření v ordinaci gynekologa a praktického lékaře, dále bude seznámena s osteoporózou, prevenci jejího vzniku, bude jí připomenuta důležitost pravidelné návštěvy mamografického screeningu a samovyšetřování prsů. Také jí bude přiblížena problematika močové inkontinence a jako prevence jejího vzniku bude klientce vysvětleno posilování svalů pánevního dna. V druhé lekci se porodní asistentka zaměří na jednotlivé symptomy (položky) dotazníku MRS a poskytne doporučení, jak se s obtížemi vypořádat. Tyto edukační plány byly předloženy ženám v mém okolí, které se v menopauze nachází, a shledaly se s velmi kladným hodnocením.

Vypracování této práce pro mě bylo velkým přínosem, prohloubila jsem si znalosti v této problematice a myslím, že mohu být ženám v období menopauzy adekvátně nápomocna.

## 15 POUŽITÁ LITERATURA

AJGLOVÁ, J. *Péče o ženu středního a vyššího věku z pohledu porodní asistentky*, Praktický lékař, Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, ISSN 0032-6739, č. 9, 2010, s. 532-534.

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

BUŽGOVÁ, R. a J. KANIOKOVÁ. *Vliv hormonální substituční terapie na kvalitu života žen v postmenopauze*. Česká gynekologie, 2013, roč. 78, č. 5, s. 420-426. ISSN 1210-7832.

ČSÚ. *Statistická ročenka České republiky 2017*. Praha: ČSÚ ČR, 2017.

DONÁT, J. *Klimakterický a estrogen-deficitní syndrom*. Lékařské listy, 2012, roč. 2012, č. 6, s. 13-15.

DONÁT, J. *Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi*. V Praze: DoMeNa, 2001. ISBN 80-238-8245-7.

DONÁT, J. *Ženské zdraví a menopauza*. Postgraduální medicína, 2011, roč. 13, č. 7, s. 725- 728. ISSN 1212-4184.

DONÁT, J. *Fytoestrogeny: rostlinné hormony v klimakteriu*. Praha: DoMeNa, 2006. ISBN 80-239-8422-5.

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

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

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

FAIT, T. *Přechodem bez obav*. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-219-3.

FAIT, T., V. DVOŘÁK a A. SKŘIVÁNEK. *Almanach ambulantní gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2009. Jessenius. ISBN 978-80-7345-191-2.

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

HAVLÍKOVÁ, T. *Hodnocení kvality života žen v období souvisejícím s menopauzou – využití elektronické formy nástroje MRS na webových stránkách zaměřených na menopauzu*. Pardubice, 2017, 73 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

HEINEMANN, L. et al. *Validity of the Menopause Rating Scale as outcome measure* [online]. Health and Quality of Life Outcomes, 2004. Dostupné z: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-2-67>.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

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

KRAJEWSKA-FERISHAH, K., E. KRAJEWSKA-KUŁAK, a S. TERLIKOWSKI. *Analysis of quality of life of women in menopause period in Poland, Greece, Belarus and Belgium using MRS Scale*. 2010. Advances in Medical Sciences.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatel'stve I*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, 2007. ISBN 978- 80-8084-221-5.

MALÍK, J. *Klimakterický syndrom*. Practicus, 2014, roč. 13, č. 4, s. 12-13. ISSN 1213-8711.

MORAVCOVÁ, M. a J. HOLÁ. Utilizing the Menopause Rating Scale questionnaire in electronic form for evaluating the quality of life in postmenopausal women. Kontakt, 2017. Dostupné z <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1212411717300119>



- MORAVCOVÁ, M. a J. MAREŠ. *Nástroje pro hodnocení kvality života žen po menopauze*. Kontakt, 2011, roč. 13, č. 4, s. 434-442. ISSN 1212-4117.
- MORAVCOVÁ, M. *Hodnocení kvality života žen po menopauze*. Hradec Králové, 2014, 177 s. Disertační práce. Karlova Univerzita, Lékařská Fakulta. Vedoucí práce: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
- MORAVCOVÁ, M., S. JEŽEK, J. MAREŠ, a E. VACHKOVÁ. *Česká verze dotazníku Menopause Rating Scale-předběžné sdělení*. Kontakt, 2014, roč. 16, č. 2, s. 114-122. ISSN 1212-4117.
- NEMCOVÁ, J. a E. HLINKOVÁ. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
- PAYNE, J.. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- RAHMAN et al.: *Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia*. Asia Pacific Family Medicine 2010 9:5.
- ROB, L., A. MARTAN a K. CITTERBART. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
- ROZTOČIL, A. a P. BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
- SLÍVA, J. a T. FAIT. *Samoléčba v gynekologii, aneb, Sama sobě gynekologem*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-282-7.
- SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2
- ŠOLTÉS, L. *Edukácia v ošetrovatelstve ako spojenie teórie s praxou*. In: Cesta k modernímu ošetrovatelství IV.: sborník příspěvků IV. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra (ed.). [CD-ROM] Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2009. ISBN 978-80-7248-521-5, s. 149-150.

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

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

UTIAN, WH. At last – a new and precise international set of menopause-related definitions. *Menopause Management*, 2000; 9(1): 4-7.

VALIŠOVÁ, A., H. KASÍKOVÁ a M. BUREŠ. *Pedagogika pro učitele*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3357-9.

VÁVRA, J. *Revidovaná Bloomova taxonomie v českém vzdělávání*. Sborník vědecké konference s mezinárodní účastí Sapere Aude – evropské a české vzdělávání. Hradec Králové: Magnanimitas, 2011. ISBN 978-80-904877-2-7.

*Vyhláška č. 391/2017 Sb.* ze dne 29. 11. 2017: Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017 Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

Vyhláška o preventivních prohlídkách – č. 70/2012 Sb.[online]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70>.

WEISS, P. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

ZÖLLNER, Z. F., C. ACQUADRO, a M. SCHAEFER. *Literature Review of Instruments to assess Health-Related Quality of Life during and after Menopause*. *Quality of Life Research*. 2005, vol. 14, no. 2, p. 309-327. ISSN 1573-2649.

## **16 PŘÍLOHY**

Příloha A – <i>Elektronický dotazník MRS</i> .....	91
Příloha B – <i>Ukázka pomůcek pro edukační lekce</i> .....	93
Příloha C – <i>Ukázka prezentace – Pravidelné preventivní prohlídky v menopauze</i> .....	95
Příloha D – <i>Ukázka prezentace – Prevence karcinomu prsu</i> .....	97

# Menopause Rating Scale

Seznámení s dotazníkem

## Základní seznámení s dotazníkem

Dobrý den,

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

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

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

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

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

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

 Zahájit vyplňování dotazníku

# Menopause Rating Scale

Dotazník

## Základní seznámení s dotazníkem

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

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

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

Ukončit a odeslat

## Menopause Rating Scale

Výsledky

Vaše výsledky

Skóre: **9**

Popis Vaší situace:

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

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

Obrázek 2 Elektronický dotazník MRS



**Obrázek 3 Model samovyšetření prsu**

Zdroj: [http://www.labordidatica.com.br/produto/simulador\\_de\\_exame\\_de\\_mamas\\_com\\_mamas\\_destacaveis.html](http://www.labordidatica.com.br/produto/simulador_de_exame_de_mamas_com_mamas_destacaveis.html)



**Obrázek 4 Model kostěné pánve**

Zdroj: <https://www.anatomicke-pomucky.cz/modely-panve-a-genitalii/106-model-kostry-lidske-panve-zenska-4053083001101.html>



**Obrázek 5 Pomůcka pro posilování svalů pánevního dna**

Zdroj: <https://www.babipur.co.uk/ruby-kegel-trainer.html>



**Obrázek 6 Cvičební pomůcka proti inkontinenci**

Zdroj: [https://www.medicinskatechnika.cz/aquaflex-cvicebni-pomucka-proti-inkontinenci-p-631.html?gclid=EAIaIQobChMIs4nf6ei72QIVKrvtCh1JZQkUEAQYASABEgIN3\\_D\\_BwE](https://www.medicinskatechnika.cz/aquaflex-cvicebni-pomucka-proti-inkontinenci-p-631.html?gclid=EAIaIQobChMIs4nf6ei72QIVKrvtCh1JZQkUEAQYASABEgIN3_D_BwE)

## Pravidelné preventivní prohlídky v menopauze

Bc. Karin Hannigová



### Prohlídka u gynekologa

- Provádí se 1x ročně a zahrnuje:
- rozhovor s lékařem
- vyšetření prsů
- prohlídku kůže a vyšetření mízních uzlin v oblasti pohlavních orgánů
- vyšetření v zrcadlech a kolposkopické vyšetření (prohlédnutí pochvy a děložního čípku)
- odběr z děložního čípku k cytologickému vyšetření
- vyšetření pohmatem – gynekolog zavede jeden či dva prsty do pochvy a druhou rukou prohmatává podbříšek
- vyšetření vaginální ultrazvukovou sondou (zhodnocení děložní sliznice)



## Prohlídka u praktického lékaře

Provádí se **1x za 2 roky** a zahrnuje:

- zaměření se na onemocnění srdce, plic, cukrovku, metabolická a nádorová onemocnění
- kompletní fyzikální vyšetření včetně změření krevního tlaku, zjištění indexu tělesné hmotnosti (body mass index - BMI)
- orientační vyšetření zraku a sluchu
- vyšetření moči diagnostickým papírkem
- laboratorní testy na vyšetření cholesterolu a krevního cukru
- vyšetření EKG (elektrokardiogram) **1x za čtyři roky**
- vyšetření stolice na krvácení **od 50 let věku**
- u rizikových žen je doporučován screening osteoporózy („řídnutí kostí“)

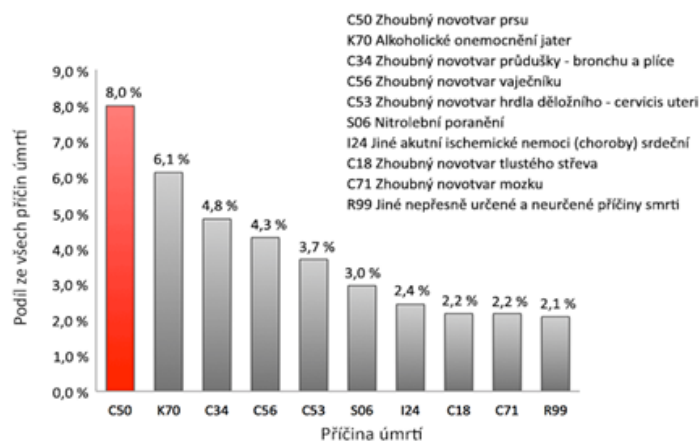
Děkuji za pozornost

Obrázek 7 Preventivní prohlídky

## Prevence karcinomu prsu

Bc. Karin Hannigová

- Rakovina (karcinom) prsu je **nejčastější** nádorové onemocnění u českých žen.
- Každý rok asi 6000 nových případů, přičemž kolem 2000 žen na toto onemocnění umírá.



Zdroj: Demografická ročenka České republiky – 2015 (Český statistický úřad, 3. 10. 2016)

- Obrázek: Nejčastější příčiny úmrtí českých žen ve věkové kategorii 20 -54 let v roce 2015.

- Zpočátku je tento nádor bezpříznakový.
- Nebezpečí spočívá v tom, že většinou „nebolí“, ani není nijak patrný.
- Včasný záchyt zvyšuje šanci úspěšné léčby, která u nás patří k jedné z nejúspěšnějších.
- V případě pozdějšího zjištění však může nádor rozsévat své buňky i do vzdálenějších orgánů.

## Prevence karcinomu prsu

### 1) Pravidelné provádění samovyšetření prsu

- Prsa se vyšetřují pravidelně vždy každý měsíc a to druhý nebo třetí den po skončení menstruace, kdy v prsou není žádné napětí (ženy které nemenstruují kdykoli).



## Prevence karcinomu prsu

### 2) Zaměřit se vzhled prsu, zejména na:

- Vtažená místa
- Důlek
- Vyklenutí
- Zvýšenou cévní kresbu
- Krvácení z bradavky
- Barevné změny či zarudnutí
- Zvětšení prsu, či změnu tvaru
- Zvředovatění, bulku v prsu či podpaží
- Tmavá kůže okolo bradavky a dvorce, která šupinatí (při jemném škrábnutí krvácí)
- „Pomerančový“ vzhled kůže prsou, či změna její tuhosti



## Prevence karcinomu prsu

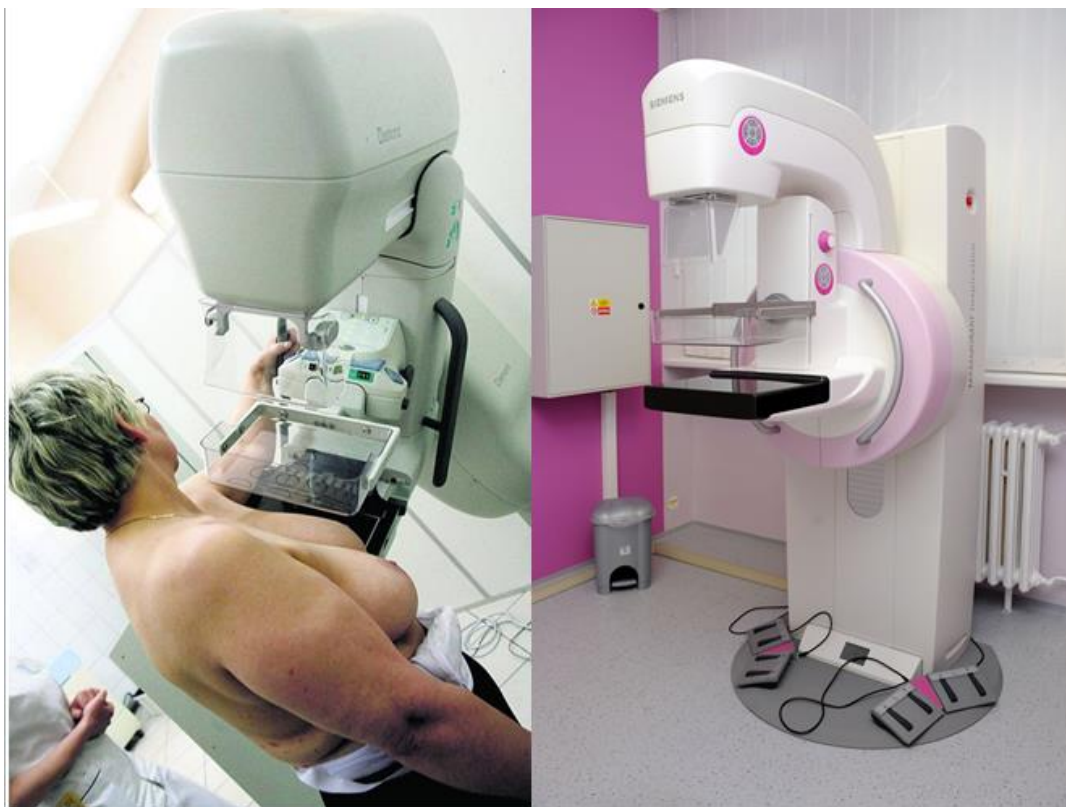
### 3) Změna životního stylu

- Pohyb a tělesná aktivita všeobecně snižují riziko nádorů.
- Upravte jídelníček (snižte spotřebu tuků, zvyšte spotřebu vlákniny, např. ovoce, zeleniny, cereálií, luštěnin, celozrnného chleba, dále sóji, vitamínu E, atd.).
- Nekuřte a alkohol pijte pouze přiměřeně.
- V případě nadváhy snižte svoji tělesnou hmotnost (obezita zvyšuje riziko nádoru až o 33 %).

## Prevence karcinomu prsu

### 4) Pravidelná návštěva mammografického screeningu

- Vyšetření prsu radiodiagnostickou metodou ve specializovaných screeningových centrech.
- Využívá velmi nízkou dávku rentgenového záření, radiační zátěž je tudíž velmi malá.
- Pravidelná mamografie snižuje od určitého věku úmrtnost na tuto nemoc až o 35 %.
- Vyšetření je hrazeno ženám **od 45 let a to 1x za 2 roky.**
- Pacientky k němu odesílá registrující praktický lékař nebo registrující gynekolog a musí být provedeno na akreditovaném pracovišti.
- Intervaly mezi vyšetřeními u pacientek s vysokým rizikem vzniku nádoru prsu v rámci aktivního sledování bez ohledu na věk určuje příslušný lékař.



## Proč se ženy bojí preventivního vyšetření?

- Strach aby se náhodou na „něco“ nepřišlo.
- Někdy při nahmatání ložiska odkládají návštěvu lékaře, aby se jejich obava nepotvrdila.
- Nemají rády nemocniční prostředí.
- Při potvrzení diagnózy obava ze ztráty prsu a přitažlivosti.

Tento přístup je nešťastný, včasná a adekvátní léčba může výrazně zvýšit počet let kvalitního života!

Děkuji za pozornost

Obrázek 8 Prevence karcinomu prsu