

Vliv hormonální substituční terapie na zdraví žen v klimakteriu

Barbora Goliášová

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Barbora Goliášová**
Osobní číslo: **H18435**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Vliv hormonální substituční terapie na zdraví žen v klimakteriu**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti klimakteria a hormonální substituční terapie.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- FAIT, Tomáš. *Klimakterická medicína*. 3. přepracované vydání. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-594-1.
- JENÍČEK, Jaroslav. *Hormonální substituční terapie a klimakterium: průvodce pro lékaře*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0133-2.
- JENÍČEK, Jaroslav. *Žena v přechodu*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0679-2.
- ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
- STURDEE, David. *The facts of Hormone Therapy for Menopausal Women*. London: The Parthenon Publishing Group Limited, 2004. ISBN 1-85070-807-X.
- VLČEK, Jiří, Daniela FIALOVÁ a Magda VYTRÍŠALOVÁ. *Klinická farmacie II*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4532-9.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.4.2021

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací

²⁾ Vysoká škola neviditelně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolnosti až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce obsahuje teoretickou a praktickou část, přičemž teoretická část řeší problematiku vlivu hormonální substituční terapie na zdraví žen v klimakteriu. Konkrétněji se práce zaměřuje na charakteristiku klimakteria a důsledky estrogenového deficitu na zdraví žen. V návaznosti na tyto důsledky jsou také zmíněny možnosti terapie. Samostatná kapitola je věnována podrobněji hormonální substituční terapii, jejím účinkům a rizikům v rámci zdraví žen, indikací a kontraindikací užívání a také typy léčebných režimů. Cílem praktické části práce bylo zjistit formou kvantitativního dotazníkového šetření informovanost žen o vlivu hormonální substituční terapie a zájem žen o hormonální substituční terapii v klimakteriu.

Klíčová slova: klimakterium, hormonální substituční terapie, klimakterický syndrom, endokrinologie klimakteria, hormonální léčba, menopauza

ABSTRACT

The bachelor thesis contains a theoretical and practical part, while the theoretical part deal with the issue of the effect of hormone replacement therapy on the health of women in climacteric. More specifically, the work focuses on the characteristics of climacteric and the consequences of estrogen deficiency on women's health. Following these consequences, treatment options are also mentioned. A separate chapter is devoted in more details of hormone replacement therapy, its effects and risks in women's health, indications and contraindications for use, as well as types of treatment regimens. The aim of the practical part of the work was find out in the form of a quantitative questionnaire survey the awareness of women about the effects and risks associated with the use of hormone replacement therapy and women's interest in hormone replacement therapy in climacteric.

Keywords: climacteric, hormone replacement therapy, climacteric syndrome, endocrinology of climacteric, hormonal therapy, menopause

Ráda bych poděkovala panu MUDr. Zděnkovi Adamíkovi, Ph.D., za jeho ochotu a vstřícnost věnovat mi nejen svůj čas, ale i odborné rady a vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat i všem respondentkám, které byly ochotné vyplnit mé dotazníkové šetření.

Velké díky patří i mé rodině, která mi byla po dobu celého studia obrovskou oporou.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 CHARAKTERISTIKA KLIMAKTERIA	12
1.1 ROZDĚLENÍ KLIMAKTERIA	12
1.2 FYZIOLOGIE A ANATOMIE KLIMAKTERIA	13
1.2.1 Anatomické změny reprodukčních orgánů	14
1.3 ENDOKRINOLOGIE ŽENSKÉHO POHLAVNÍHO SYSTÉMU	14
1.3.1 Endokrinologie klimakteria.....	15
2 DŮSLEDKY ESTROGENOVÉHO DEFICITU	16
2.1 AKUTNÍ (VEGETATIVNÍ) KLIMAKTERICKÝ SYNDROM.....	16
2.1.1 Návaly horka	17
2.2 ORGANICKÝ ESTROGEN – DEFICITNÍ SYNDROM	17
2.3 METABOLICKÝ ESTROGEN – DEFICITNÍ SYNDROM	18
2.3.1 Osteoporóza.....	18
2.3.2 Kardiovaskulární poškození.....	19
2.3.3 Alzheimerova choroba	19
2.3.4 Sexualita.....	20
2.3.5 Psychické změny	20
3 LÉČBA	21
3.1 DIAGNOSTIKA	21
3.2 NEFARMAKOLOGICKÝ PŘÍSTUP	21
3.3 FARMAKOLOGICKÝ PŘÍSTUP	22
3.3.1 Nehormonální léčba	22
4 HORMONÁLNÍ SUBSTITUČNÍ TERAPIE	23
4.1 HORMONY V HRT	23
4.1.1 Estrogeny.....	23
4.1.2 Gestageny (Progesteron)	24
4.1.3 Androgeny.....	25
4.1.4 Tibolon	25
4.2 INDIKACE HRT.....	25
4.3 APLIKAČNÍ FORMY HRT	26
4.4 ÚČINEK HRT.....	27
4.4.1 Vliv HRT na vasomotorické symptomy	27
4.4.2 Vliv HRT na chronické změny	27
4.4.3 Vliv HRT na osteoporózu	28
4.4.4 Vliv HRT na kardiovaskulární systém	28
4.4.5 Vliv HRT na Alzheimerovi choroby.....	28

4.5	LÉČEBNÉ REŽIMY HRT	29
4.5.1	Nízkodávková HRT	29
4.6	NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY HRT	30
4.7	KONTRAINDIKACE HRT	30
4.8	RIZIKA HRT	30
II	PRAKTICKÁ ČÁST	32
5	METODIKA PRÁCE.....	33
5.1	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	33
5.1.1	Výzkumná otázka.....	33
5.2	FORMULACE PROBLÉMU	33
5.3	METODA A ORGANIZACE SBĚRU DAT	34
5.4	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	34
5.4.1	Zpracování dat.....	35
6	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	36
7	DISKUSE	50
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	53
ZÁVĚR		55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		57
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....		60
SEZNAM TABULEK.....		61
SEZNAM GRAFŮ		62
SEZNAM PŘÍLOH.....		63

ÚVOD

Klimakterium je přirozenou součástí života každé zdravé ženy na světě a spousta žen se mnohdy zbytečně trápí klimakterickými obtížemi, které se objevují vlivem snížené funkce ovaríí a s tím spojené snížené produkce hormonů. Klimakterické symptomy mohou negativně ovlivnit fyzickou i psychickou stránku života ženy. Řešení nejen klimakterických obtíží, ale i závažných zdravotních problémů, které se pojí s hormonální nerovnováhou v tomto období, nabízí hormonální substituční terapie. Avšak právě tento typ léčby probouzí u žen z jistých důvodů spíše negativní postoj k užívání. Proto je tato bakalářská práce zaměřena na problematiku vlivu hormonální substituční terapie na zdraví žen v klimakteriu.

Kapitoly v teoretické části jsou zaměřeny na stručnou charakteristiku klimakteria, kde popisují rozdělení klimakteria, fyziologii a anatomii ženského těla v tomto období. V podkapitole o endokrinologii seznamují čtenáře s hormony, které hrají v klimakteriu největší roli. V souvislosti s těmito hormony popisují v další kapitole důsledky jejich deficitu. Konkrétněji rozebírám akutní klimakterický syndrom a jeho hlavní symptom, organický estrogen-deficitní syndrom a metabolický estrogen-deficitní syndrom. Všechny tyto syndromy mají větší či menší vliv na zdraví ženy v tomto období, proto další kapitolu věnuji léčbě klimakterických obtíží. Čtenáře stručně provedu diagnostikou klimakterického syndromu a popíši dva hlavní přístupy k terapii klimakterických symptomů.

Samostatnou kapitolu věnuji zásadnímu pojmu v této bakalářské práci, a to hormonální substituční terapii. Nejdůležitější je v první řadě pochopit, o jakých hormonech se v souvislosti s touto terapií hovoří. Následně je již možné rozebrat indikace či kontraindikace pro tuto terapii, také její léčebné režimy a aplikační formy. Jak již vyplývá z názvu bakalářské práce, nesmí chybět rozebrat onen vliv oné terapie na zdraví žen, což je podrobněji popsáno v podkapitolách o účincích a rizicích při užívání hormonální substituční terapie.

V praktické části budu prezentovat výsledky získané kvantitativním výzkumem pro splnění předem stanovených cílů. Tyto výsledky jsou zpracovány do přehledných tabulek či grafů, pod kterými je doplněn slovní komentář.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA KLIMAKTERIA

Mezi nejhlavnější biologické schopnosti ženského těla patří schopnost reprodukce pro zachování lidského rodu. V období pohlavního dospívání začínají vaječníky produkovat hormony, které se podílí na řízení menstruačního cyklu a vývoji druhotných pohlavních znaků. (Hrdonková a Rokyta, 2011)

Po období pohlavní zralosti a plodnosti dochází k postupnému fyziologickému zanikání funkce vaječníků a k hormonální insuficienci, což způsobí řadu endokrinních, organických, metabolických i psychických změn, které často negativně ovlivňují kvalitu života ženy (Živný, 2003). U žen v zemích Evropy nastává klimakterium, neboli lidově přechod, průměrně kolem 45. až 55. roku života. Začátek tohoto období je zcela individuální a bývá ovlivněn genetickou dispozicí, prodělaným onemocněním, gynekologickou operací nebo životním stylem ženy. (Jeníček, 2001)

1.1 Rozdělení klimakteria

Menopauza

Menopauza bývá velmi často zaměňována, nebo dokonce chápána jako synonymum klimakteria. Klimakterium je však celé období přechodu mezi fertlím věkem ženy a seniem. V průběhu klimakteria dochází k poslednímu fyziologickému krvácení z dělohy po odloučení endometria, které smíme označit jako menopauzu v případě, že v průběhu dalších 12 měsíců následuje amenorea. (Kubíková, 2014)

Předčasná menopauza

Průměrně dochází k poslednímu menstruačnímu cyklu ve věku 51 let. V případě, kdy dojde k zastavení menstruace dříve, lze hovořit o předčasné menopauze. „*Ideálně by měla být předčasná menopauza definována jako menopauza, která se objeví ve věku o dvě standardní odchylky nižší než je průměr pro referenční populaci.*“ (Jeníček, 2001, str. 16) V současné době se v praxi stanovila hranice 40 let. (Kubíková, 2014)

Indukovaná menopauza

Pokud žena prodělá chirurgické odstranění vaječníků, hysterektomii nebo podstupovala onkologickou léčbu, kdy se zastavuje ovariální funkce, dochází k zástavě menstruace a tzv. indukované menopauze. (Kubíková, 2014)

Premenopauza

Celé období plodnosti až do poslední menstruace se nazývá premenopauza. Často je uváděna pouze jako doba jednoho až dvou let před menopauzou. (Jeníček, 2001)

Perimenopauza

První endokrinní a klinické změny signalizující konec plodnosti zahrnuje termín perimenopauza, která trvá bezprostředně i několik let před menopauzou a celý první rok po menopauze. (Jeníček, 2001)

Postmenopauza

Světová zdravotnická organizace definuje postmenopauzu od „...*data posledního menstruačního cyklu, nehledě na to, zda menopauza je indukována nebo spontánní.*“ (Jeníček, 2001, str. 16).

1.2 Fyziologie a anatomie klimakteria

Během menstruačních cyklů v průběhu života ženy dochází fyziologicky k zániku ovariálních folikulů, až jejich počet klesne pod prahovou hodnotu. (Jeníček, 2001) Kolem 45. až 50. roku života ženy způsobí vyčerpání zásob oocytů necitlivost vaječnicků na hormonální stimuly a vaječnický přestávají produkovat původní množství ženských hormonů. (Jeníček, 2004)

První změny menstruačního cyklu způsobí hormonální nerovnováha. Hladina folikulostimulačního hormonu je zvýšená oproti hladině luteizačního hormonu (dále LH) a estradiolu. Následně důsledkem sníženého počtu folikulů se sníží hladina estradiolu a progesteronu až o 70 %. „*Laboratorním kritériem klimakteria je sérová hladina FSH > 40 IU/l, 17-β estradiolu < 0,1 nmol/l (20μg/l) a inhibinu < 72 IU/l (2 ng/l).*“ (Živný, 2004, str. 101)

Hormonální nerovnováha také způsobí nepravidelnost délky menstruačních cyklů a následně sekundární amenoreu. V jistých případech může nastat tzv. metroragie neboli nepravidelné krvácení mimo menstruační cyklus. (Jeníček, 2001) Rozvrat hladin pohlavních hormonů se odrazí nejen v pravidelnosti menstruačního cyklu, ale také v řadě psychosomatických, vegetativních a vazomotorických potíží. Tyto symptomy můžeme pojmenovat jako klimakterický syndrom z nedostatku estrogenů. (Jeníček, 2004)

Přestože jeden z hlavních faktorů určujících zastavení ovariální funkce je právě vyčerpání velkého množství folikulů na vaječnicích, nadále lze na vaječnicích najít folikuly obsahující oocyty. Ty se však navzdory vysoké hladině gonadotropinu nediferencují, protože jejich schopnost reakce na tento hormon vymizela. (Jeníček, 2001)

1.2.1 Anatomické změny reprodukčních orgánů

Anatomická struktura ovaria se v klimakteriu značně liší. Celé ovarium zmenší svoji velikost díky absenci folikulů a žlutých tělísek. Důsledkem snížení hladiny estrogenů kůra ovaria atrofuje, nahradí se fibrózní pojivovou tkání a cévy ovaria podléhají degeneraci. (Živný, 2004) S každým dalším rokem hormonální insuficience má za důsledek změnu ostatních reprodukčních orgánů. Klimakterium má vliv také na velikost dělohy a endometrium, sliznici pochvy a močového měchýře, které atrofují a jsou jednou z příčin močové inkontinence. (Jeníček, 2001)

1.3 Endokrinologie ženského pohlavního systému

Řízení většiny činností v našem těle, například růst svalové hmoty, pohyb, vstřebávání látek do krve nebo právě reprodukci, zajišťuje složitá hormonální struktura. Každý hormon má vlastní úkol a reaguje na specifické receptory, avšak na správné fungování všech hormonálních procesů musí existovat řídicí centra v centrální nervové soustavě. (Jeníček, 2004) Pro porozumění hormonálních změn v menstruačním cyklu i v klimakteriu je vhodné nejprve vysvětlit osu hypotalamus – hypofýza – ovarium, která reguluje činnost vaječníků. (Jeníček, 2001)

Hypotalamus je součástí mezimozku, jehož jádra mají vliv na množství životně důležitých funkcí. Ovlivňuje příjem potravy a tekutin, regulaci tělesné teploty a hlavně sexuální chování. (Naňka, 2015)

Hypofýza je endokrinní žláza uložena v tureckém sedle, jejíž činnost je ovládána sekrecí gonadotropinu (GnRH) z hypotalamu. Žláza se skládá ze dvou částí. Adenohypofýza se nachází v přední části a stimulací hormonem GnRH produkuje LH a folikulostimulační hormon (dále FSH) a další hormony hypofýzy. Zadní lalok hypofýzy je spojen s hypotalamem a nazývá se neurohypofýza. Na rozdíl od adenohypofýzy, kde jsou hormony přímo tvořeny, neurohypofýza zastává funkci uskladňování hormonů. Hypotalamem se do neurohypofýzy dostává k uskladnění oxytocin a vasopresin. (Naňka, 2015)

Samotné řízení gonadotropinu FSH je řízeno pomocí **inhibinů**. Granulózní buňky dominantního ovariálního folikulu uvolňují glykoproteiny pod názvem inhibin A a rostoucí folikuly uvolňují inhibin B.

Ovarium je ženská pohlavní žláza produkující pohlavní buňky a hormony. Při ovulaci vzniká z Graafova folikulu na vaječniku žluté tělísko, které uvolňuje estrogeny, androgeny a gestageny. (Naňka, 2015)

1.3.1 Endokrinologie klimakteria

Menstruační cyklus ženy v reprodukčním věku je pravidelný a hladiny hormonů se během cyklu mění dle obvyklých příčin. U žen v perimenopauze se může menstruační cyklus zkrátit o 2 – 3 dny, ale dále zůstává pravidelný. Tento jev je způsoben zvýšením plazmatické koncentrace gonadotropinu FSH a snížením inhibinu B. Hodnoty LH, inhibinu A a estrogenu zůstávají nezměněné. (Rob, Martan a Citterbart, 2008)

Blížící se menopauzu signalizují charakteristické poruchy menstruačního cyklu. Důsledkem insuficience žlutého tělíska, který přestane vznikat kvůli anovulaci, dochází ke stimulaci endometria za nepřítomnosti progesteronu. Tento fakt způsobí změny délky, frekvence a intenzity krvácení a interval mezi menstruacemi se značně prodlouží. V období fyziologické sterility je trvale zvýšená plazmatická koncentrace FHS, snížená hodnota inhibinu A i B a snižuje se také hodnota estrogenu. Hlavní postmenopauzální známka je hladina FHS přes 40 IU/l (Roztočil a kol., 2011). Tento stav doprovází i mnoho vasomotorických potíží. Vhodné je provést laboratorní diagnostiku a vyloučit organické příčiny patologického krvácení. (Rob, Martan a Citterbart, 2008)

Amenorea je základním klinickým znakem postmenopauzy. Hladina plazmatické koncentrace estrogenu klesá následkem ukončeného vývoje ovariálních folikulů. Hladina FSH stále stoupá a mnohonásobně převyšuje hodnoty ve folikulární fázi. Za 2-3 roky po menopauze dosáhne maxima. (Rob, Martan a Citterbart, 2008)

Jedním ze zdrojů androgenů je ovarium. Po menopauze je ve vaječnicích stimulována tvorba testosteronu. Ten spolu s testosteronem z nadledvin tvoří substrát pro syntézu estrogenu mimo gonády. V postmenopauze mohou estrogeny vznikat aromatizací androgenů v játrech, děloze, kosterním svalstvu, v kůži a kožních derivátech i v tukové tkáni. „*Souhrnně lze říci, že endokrinními kritérii postmenopauzy jsou zvýšení FSH, trvalý pokles inhibinů a estrogenu s poměrem E_2/E_1 menším než 11.*“ (Rob, Martan a Citterbart, 2008)

2 DŮSLEDKY ESTROGENOVÉHO DEFICITU

Se zvyšujícím se deficitem estrogenu v ženském těle přibývají klimakterické příznaky ovlivňující všechny tkáně, které disponují estrogenovými receptory. Z tohoto důvodu se problematika klimakteria dotýká mnoha lékařských specializací. „*Klinický obraz syndromu je různorodý a zahrnuje: postižení sliznic pochvy, uretry, trigona močového měchýře, dutiny ústní, nosu, hltanu, hrtanu, oka, tlustého střeva i dalších orgánů jako je kůže, vlasy a nehty, prsy, mozek, pojivové tkáně, kostra a kardiovaskulární systém.*“ (Jeníček, 2001, str. 21)

V premenopauze se objevuje první příznak blížícího se klimakteria, a to je prodlužující se menstruační cyklus. Důsledkem snížení produkce progesteronu se může u některých žen objevit silné nepravidelné krvácení způsobené hyperplazií endometria. (Fait, 2004)

Z časového hlediska můžeme klimakterické příznaky pramenící z nedostatku estrogenů rozdělit do tří hlavních skupin. (Jeníček, 2001) Vegetativní symptomy jsou též označovány jako akutní klimakterický syndrom. Patří do nich vazomotorické a psychické poruchy, které kvalitu života snižují, ale nijak neohrožují zdraví ženy. Organické symptomy jsou subakutní povahy a s metabolickými, neboli chronickými syndromy mohou vést k poškození zdraví. (Fait, 2004)

2.1 Akutní (vegetativní) klimakterický syndrom

Nástup akutních příznaků může nastat náhle, ale také velmi pozvolna. První příznaky se objevují až u 50 % žen nejčastěji v perimenopauze a mohou přetrvávat i několik let. (Jeníček, 2001) Kolísání plazmatické koncentrace estrogenů způsobuje příznaky vazomotorické i psychické povahy, které nijak významně neohrožují zdraví ženy. Rozsah těchto potíží je však zcela individuální. (Živný, 2003)

Mezi primární vazomotorické příznaky řadíme návaly horka, pocení, závratě, bolesti hlavy a palpitace. Sekundární vazomotorické příznaky zahrnují symptomy psychické povahy, jako je nespavost, deprese, pocity úzkosti a podrážděnost. (Živný, 2003) Pro vyjádření míry obtíží a jejich reakci na léčbu je nejčastěji využíván číselný skórovací systém Kuppermanův index (Tabulka 1.). (Kubíková, 2014)

Symptom	Index	Míra obtíží
Návaly horka	4	<ul style="list-style-type: none"> • Silné 3 • Střední 2 • Lehké 1 • Žádné 0 <p>Výsledek je součtem násobků: index symptomu x míra obtíží</p> <p style="text-align: center;"><u>Hodnocení</u></p> <p>> 35 těžký klimakterický syndrom 20–35 střední klimakterický syndrom 15–20 lehký klimakterický syndrom</p>
Zvýšené pocení	2	
Poruchy spánku	2	
Podrážděnost	2	
Deprese	1	
Poruchy soustředění	1	
Závratě	1	
Bolesti hlavy	1	
Bolesti kloubů	1	
Bušení srdce	1	

Tabulka 1: Kuppermanův index (Fait, 2004)

2.1.1 Návaly horka

Až 80 % žen v přechodu uvádí nejčastější vazomotorický symptom klimakteria právě návaly horka. Většina žen trpí těmito potížemi déle než rok. (Rešlová, 2012) Tyto subjektivní pocity bývají nejčastěji lokalizovány v oblasti hrudníku, které postupují směrem do hlavy, přes krk i paže. Často bývají doprovázeny zrudnutím obličeje a následným pocitem závratě či bušením srdce. Mohou se objevit kdykoliv během dne i noci. Vyvolávající faktor může být horký nápoj, pálivé či kořeněné jídlo, stres nebo i změna okolní teploty. Trvání se pohybuje kolem jedné minuty, někteří autoři však popisují návaly trvající i hodinu. (Jeníček, 2001)

Přesný původ a mechanismus působení návalů horka není ještě zcela objasněn. Předpokládá se, že se jedná o nestabilitu termoregulačního řízení, a uvádí se také možnost narušené termoneutralní zóny, která má na starost pocení, třesavku a vasokonstrikci. Při návalu dochází k teplotnímu výkyvu tělesného jádra o 0,4° C. (Rešlová, 2012)

2.2 Organický estrogen – deficitní syndrom

V období dvou až pěti let po menopauze dochází k prvním orgánovým změnám, které však neohrožují ženu na životě. Všechny tkáně, které jsou hormonálně aktivní, podléhají při estrogenové insuficienci atrofizaci. (Kubíková, 2014) Dochází k poškození sliznic, kůže, vlasů a nehtů (Jeníček, 2001). Poškozená kůže se stává tenčí, dehydratovaná a ztrácí v prvních 5 letech menopauzy až 30 % kolagenu (Rob, Martan a Citterbart, 2008).

Poškození sliznic se nejvíce projevuje na poševním epitelu, což způsobí ztrátu poševní elasticity, její zúžení a změny vaginálního pH. (Kubíková, 2014) Ženy s těmito atrofickými změnami trpí pálením a svěděním, bolestivým pohlavním stykem a častými vaginálními infekcemi. Velká koncentrace estrogenových receptorů se nachází v trigonu močového měchýře a uretre. Nedostatek estrogenů má za následek potíže s inkontinencí, dysurií, nykturií i časté močení. (Fait, 2010)

2.3 Metabolický estrogen – deficitní syndrom

V této fázi se jedná o metabolické změny, jejichž následky nastávají až několik let po menopauze. Estrogenní deficit má v tomto případě vliv například na krevní tlak, citlivost na inzulin, zvyšuje se hladina cholesterolu v krvi a narůstá tělesná hmotnost s ukládáním tuků v oblasti pasu. Samotné změny nemusí ženy nijak ohrozit na životě, ale součet těchto potíží může povzbudit aterosklerotické, kardiovaskulární onemocnění a nejmarkantnější problém často spojovaným právě s klimakteriem je osteoporóza. (Kubíková, 2014)

2.3.1 Osteoporóza

Osteoporóza je onemocnění skeletu s progresivní metabolickou charakteristikou, při které dochází ke snížení mechanické odolnosti kostí (Rob, Martan a Citterbart, 2008). Kostní buňky osteoblasty a osteoklasty zajišťují proces obnovy kostní hmoty. V těchto buňkách jsou přítomné i estrogenové receptory podílející se na přestavbě kostí a fyziologicky tlumí produkci cytokinů, které mají na starosti osteoresorpci. V klimakteriu při estrogenovém deficitu dochází ke zvýšení produkce cytokinu a to způsobí tzv. kostní obrat. V menopauze se kostní obrat zvýší až o 60 % oproti době před menopauzou. (Jeníček, 2001) Nemění se poměr mezi složkami kosti, ale je porušena mikroarchitektura kosti. (Jeníček, 2004) Až 75 % žen po menopauze ztrácí ročně 2 % kostí hmoty, 25 % žen ztrácí za rok celých 6 %. (Fait, 2004)

Výsledkem je zvýšené riziko fraktury kostí, jako typické kompresivní zlomeniny obratlů páteře, předloktí nebo zlomenina krčku stehenní kosti. V současné době, kdy se lidé dožívají mnohem vyššího věku, se riziko osteoporotické fraktury zdvojnásobilo. Proto je velmi důležitá prevence a léčba osteoporózy. (Jeníček, 2001) Pokud však nedojde přímo ke zlomenině, osteoporóza je většinou asymptomatická (Rob, Martan a Citterbart, 2008).

Rizikové faktory pro vznik osteoporózy můžeme rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Neovlivnitelné faktory zahrnují pozdní nástup první menstruace

nebo naopak předčasnou menopauzu. Zde hrají roli i genetické faktory nebo rasa, kdy u bělochů jsou osteoporotické fraktury častější než například u černochů. (Payer, 2007) V průběhu života může žena přispívat osteoporóze ovlivnitelnými faktory, jako je kouření, potravinami s nízkým obsahem vápníku, léky, nebo nedostatkem fyzického pohybu. (Jeníček, 2001)

2.3.2 Kardiovaskulární poškození

Kardiovaskulární onemocnění patří již od roku 1927 v České republice na první místo v příčinách smrti. Více než polovina těchto úmrtí byla způsobena ischemickou chorobou srdeční a mozkovou mrtvicí. Po menopauze se u ženy zvyšuje riziko kardiovaskulárních chorob v důsledku proaterogenních změn až na 46 %.

Nedostatek estrogenu způsobí změny tukového metabolismu, zvýší se hladina cholesterolu v krvi a zvýší se také ukládání triglyceridu a LDL cholesterolu do cév (Jeníček, 2004). Ženy jsou díky tomuto faktu a dalšími metabolickými změnami ohrožené aterosklerózou, která může vést až k uzávěru cévy a ischemické chorobě srdeční. (Jeníček, 2001)

2.3.3 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je nemoc způsobující pokles kognitivních funkcí, jako například paměť nebo myšlení. Přestože její začátek je velmi nenápadný, při progresi se vyznačuje ztrátou krátkodobé paměti či neschopnost zapamatovat si nové pojmy. V poslední fázi nemoci je již pacient závislý na pomoci jiných a je rozvinutá porucha emocí, řeči a osobnosti. (O Alzheimerově chorobě, 2015)

Alzheimerovu nemoc způsobuje demyelinizace a degenerace neuronů v částech mozku, hlavně v mozkové kůře a hipokampu. Etiologie této choroby není zcela známá. Diskutuje se o faktoru estrogenového deficitu, a také o genetických vlohách či mutacích konkrétních genů. V oblasti centrálního nervového systému se nachází receptory pro pohlavní hormony, jejichž cílem jsou gliové i gangliové buňky. V případě menopauzy je tedy pravděpodobné, že estrogenová insuficience může vyvolat některou neurodegenerativní poruchu. (Rob, Martan a Citterbart, 2008) Proto je tato nemoc 2 až 3krát častější u žen než u mužů. (Jeníček, 2001). V ojedinělých případech lékaři přistoupili na léčbu pomocí hormonální substituční terapie, která zlepšila mozkové funkce, jinak je léčba spíše symptomatická. (Jeníček, 2004)

2.3.4 Sexualita

Ke změnám v sexuálním životě ženy může docházet důsledkem postupujícího věku a insuficiencí pohlavních hormonů. Deficitem estrogenů dochází k přeměnám na poševní sliznici. Ztenčená a neelastická poševní sliznice může způsobit bolestivý pohlavní styk a pocity pálení a svědění po něm. Horší kvalitu sexuálního života způsobuje i nedostatečná lubrikace pochvy. (Jeníček, 2004) Některé ženy mají klimakterické obtíže psychického rázu. Přestávají se cítit atraktivní z důvodu hmotnostního přírůstku, vráskám nebo zhoršené pohyblivosti (Weiss, 2010). Všechny tyto důsledky estrogenového deficitu přispívají k přirozenému snížení libida a žena ztrácí zájem o sexuální aktivitu. (Jeníček, 2004)

2.3.5 Psychické změny

Psychické změny jsou nejindividuálnějšími změnami vůbec. S příchodem vegetativních nebo organických příznaků, jako jsou návaly horka, bušení srdce, nespavost či zvýšené pocení, mohou přicházet i změny na emocionální a psychické úrovni. Ženy o mnoho snáze propuknou v pláč a jsou lítostivé. U některých labilnějších žen může docházet k úzkostem a depresím. Pracovní a partnerský život bývá často vystaven jejich labilním emocím, výbušností a podrážděností. (Jeníček, 2004)

Většina těchto emočních výkyvů pramení z nevyspaní. Spánek mohou narušovat faktory související s menopauzou. Nejčastěji to bývají návaly horka a s tím spojené noční pocení, které nutí ženu několikrát za noc se převléknout, a také nykturie. Pomocí proti poruchám spánku by mohla vhodná režimová opatření nebo alternativní medicíny, a také hormonální substituční terapie odstraňující klimakterický syndrom a zlepšující psychiku ženy. Uspávací prášky se nedoporučují z důvodu častého vyvolání návyků. (Jeníček, 2004)

3 LÉČBA

Všechny obtíže spojené s klimakteriem mohou být pro ženu a její život velmi obtěžující. Mohou znehodnocovat kvalitu života z psychického hlediska a stejně důležité je i zdraví každé ženy, které je dlouhodobým deficitem estrogenu ohroženo a nevratně poškozeno. Cílem léčby je tedy zmírnit nebo plně odstranit klimakterické obtíže a minimalizovat chronické vegetativní změny. (Vlček, 2014)

Léčbu klimakterických obtíží lze rozdělit na dvě hlavní cesty, které se odlišují celým způsobem terapie i přístupem. Jako první lze uvést nefarmakologický přístup, jehož princip lze vyčíst již z názvu. Tento způsob terapie využívá alternativní metody k ovlivnění vazomotorických i psychických potíží klimakteria. Naopak druhá možnost terapie je založená na využití farmakologických možností léčby, při čemž se používají hlavně ženské pohlavní hormony. (GynCare, 2021) Vedle hormonální léčby se pro zmírnění neurovegetativních obtíží indikují antidepresiva, sedativa nebo hypnotika. (Vlček, 2014)

3.1 Diagnostika

Pokud klimakterické obtíže dovedou ženu do ordinace gynekologa, je vhodné s pacientkou nejprve rozvést diskuzi. Diskuze by měla zahrnovat vysvětlení možností řešení menopauzálních symptomů, ale také srozumitelné obeznámení s informovaností a postojem pacientky k problematice. Vhodné je poskytnutí letáčku a jednoduchých pomůcek k usnadnění pochopení nových informací. (Rašlová, 2012)

Samotná diagnostika by měla zahrnovat důkladný odběr anamnézy a komplexní gynekologické vyšetření pro případ zachycení jiného původu obtíží. (Slezáková, 2017) Pro diagnostiku klimakteria je však nejstěžejnější výsledek krevního odběru, který zjistí aktuální hladiny hormonů pacientky. Premenopauzální hladiny hormonů se důsledkem luteální insuficience vyznačují relativním nadbytkem estrogenů a absolutním nedostatkem gestagenů, přičemž stav gonadotropinů je v normě. V perimenopauze se ke gestagenové insuficienci přidává i insuficience estrogenů a zvyšují se hladiny gonadotropinů. Hraniční hodnota FHS se pohybuje kolem 30IU/l, u estrogenů je to méně než 20 IU/l. (Jeníček, 2001)

3.2 Nefarmakologický přístup

Snahou nefarmakologického přístupu je využívání alternativních metod. Pro stabilizaci teploty tělesného jádra je doporučeno vyloučit dráždivé faktory,

jako jsou kořeněná jídla nebo i stres. Využívají se meditace, relaxační techniky, akupunktury, cvičení a hlavně úprava životosprávy. Všechny tyto techniky lze využít i při farmakologické léčbě. (Rašlová, 2012) Nefarmakologická terapie je doporučena hlavně v případech, kdy je u ženy farmakologická léčba kontraindikována, nebo ženou odmítnuta z různých důvodů. (Živný, 2004)

Fytoestrogeny jsou strukturálně velmi podobné estrogenům a mají schopnost se vázat na receptory estrogenů. Síla účinku fytoestrogenů však odpovídá velmi slabé vazbě na estrogenové receptory. (Živný, 2004) Nejvýznamnější účinek mají z řad fytoestrogenů isoflavony. Nalézt je můžeme nejvíce v sóji nebo jeteli. V klinických studiích je často uváděn ústup klimakterických symptomů, nejčastěji návalů horka, ale i úzkosti, deprese či poklesu libida. Mnoho nefarmakologických produktů pro klimakterické ženy obsahuje taky mateří kašičku. Ta obsahuje hormonální látky, které u včel stimulují vývoj a funkci pohlavních orgánů. Nové výzkumy dokazují, že účinek těchto látek je velmi podobný účinku estrogeneru. (Slíva, Fait, 2012)

3.3 Farmakologický přístup

Principem farmakologického přístupu je použití farmakologických metod k prevenci nebo utlumení symptomů menopauzy. Tento přístup také využívá hormonální a nehormonální možnost léčby. Avšak prevence proti organickým změnám je prokázána jen v případě hormonální léčby. (Fait, 2003)

3.3.1 Nehormonální léčba

Nehormonální farmakologická léčba se snaží využít působení látek nehormonální povahy. Mezi tyto látky patří například vitamin E, jehož účinek se vyrovnává spíše účinku placebo, a také kyselina listová. V mozku probíhá interakce mezi kyselinou listovou a receptory pro noradrenalin a serotonin. Inhibiční efekt noradrenalinu a stimulační efekt serotoninu ve výsledku fungují na podobném principu jako antidepresiva. (Rešlová, 2012)

Dalším způsobem nehormonální terapie je použití selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu, které patří do lékové skupiny antidepresiv. Výsledný účinek je nižší než při hormonální terapii, avšak jeho užití se využívá u žen s kontraindikací hormonální substituční terapie. (Rešlová, 2012) Nejnovější nehormonální terapií jsou analoga kyseliny γ -aminomáselné. Gabapentin v různých studiích působí efektivně na snížení frekvence návalů horka až o 60 %. (Rešlová, 2012)

4 HORMONÁLNÍ SUBSTITUČNÍ TERAPIE

Hormonální substituční terapie (dále jen HRT) je užívána při středním a těžkém průběhu klimakterického syndromu a také jako prevence organických změn v důsledku deficitu estrogenů. (Burdová, 2001) Principem HRT je podávání hormonů estrogenů (ET), nebo kombinace estrogenů a progesteronu (EPT), ve zcela individuálních dávkách a v různém režimu pro kauzální léčbu symptomů spojených s klimakteriem s cílem udržet přibližně stejné hladiny hormonu u klimakterické ženy jako u ženy fertillní. (Jeníček, 2001; Živný, 2004)

4.1 Hormony v HRT

4.1.1 Estrogeny

Estrogeny jsou steroidní pohlavní hormony tvořené z folikulárních buněk ovaria, které mají mnoho metabolických, proliferačních i stimulačních účinků na ženské pohlavní orgány. Ovlivňují například vývoj zevního genitálu, ženského poprsí a větvení mlékovodů, dokonce i psychiku, chování a jednání jedince. (Rob, Martan a Citterbart, 2008) Podněčují také druhotné pohlavní znaky jako je ochlupení nebo ukládání tuků. (Slezáková, 2017)

Počáteční růst ovariálních folikulů je zajištěn právě přímým vlivem estrogenů na vaječník. V děložním hrdle, v myometriu a v endometriu je vyvolána estrogeny buněčná proliferace a dochází ke stimulaci růstu tkáně. Tyto hormony také udržují stálost kyselého prostředí vaginální sliznice a stimulují sekreci řídkého hlenu. Mezi metabolické účinky patří například působení na kalciový metabolismus nebo na štítnou žlázu a nadledviny a také ovlivňují metabolismus tuků, bílkovin, cukrů a vody. (Rob, Martan a Citterbart, 2008) Hlavní tři druhy estrogenů jsou syntetizovány určitými enzymy z androgenů na estradiol, estriol a estron. (Slezáková, 2017) Patří k nim také konjugované estrogeny, které jsou izolovány z extraktu moče březích klisen. (Živný, 2001)

4.1.1.1 Estradiol

Estradiol se dá označit za nejdůležitější přirozený estrogen, který je vylučován v největším množství od první menstruace až po menopauzu. Hladina estradiolu kolísá v závislosti na menstruačním cyklu, ve folikulární fázi exponenciálně roste a dosahuje vrcholu v době ovulace, poté po vyplavení gonadotropinů klesá. (Ferin, Jewelewicz a Warren, 1997) Pro správný metabolismus účinku potřebuje specifické receptory umístěné

intracelulárně. Přeměna chemické struktury probíhá v játrech, při čemž vznikají metabolity. Tyto metabolity mají nižší účinek než estradiol a jejich část projde enterohepatálním oběhem, které minimalizují kolísání hladin estradiolu. Nejznámější ester estradiolu – estradiol valerát – se používá perorálně kombinovaný s progestiny pro jeho prodloužený účinek estrogenu. (Jeníček, 2001)

4.1.1.2 Estriol

Jedním z přirozených metabolitů estradiolu je právě estriol. S estradiolem se shoduje s mechanismem účinku, ale liší se jak ve vlastnostech, tak v biologickém poločasu a estrogení aktivitě. Nestimuluje proliferaci buněk endometriální tkáně. Přeměna probíhá také v játrech za vzniku konjugátů. (Jeníček, 2001)

4.1.2 Gestageny (Progesteron)

Na přípravu a udržení gravidity jsou v těle nutné gestageny. Jsou to steroidní hormony tvořené žlutým tělískem na ovariu, kdy jejich hladina dosahuje maxima průměrně 20. den cyklu. Nejznámější gestagen je progesteron. (Slezáková, 2017)

Endometrium, které je již připravené proliferačním účinkem estrogenů, nyní progesteron připraví pro nidaci oplodněného vajíčka. Důležitá je také jeho schopnost snížení citlivosti myometriu na oxytocin, aby došlo k utlumení kontraktility dělohy. V děložním hrdle způsobuje zvýšení viskozity hlenu. Inhibuje vylučování luteizačního hormonu po ovulaci v hypotalamu a pro zabránění další ovulace inhibuje účinky estrogenů. Stimuluje vývoj a růst mléčné žlázy. Mezi metabolické účinky progesteronů patří také termogenní účinky vysvětlující zvýšení bazální teploty v luteální fázi. (Rob, Martan a Citterbart, 2008)

V HRT jsou užívané syntetické deriváty gestagenů, kvůli nízké biologické dostupnosti přirozeného progesteronu. Mezi ně patří medroxyprogesteron acetát, který má mírnou androgenní účinnost a nemá estrogenové účinky. Používá se pro jeho účinek potlačení gonadotropinů a pro jeho rychlé vstřebávání z trávicího traktu. Dyhydrogesteron je další ze skupiny syntetických progestinů. Bývá součástí HRT pro své zanedbatelné androgenní i estrogení účinky. (Jeníček, 2001)

4.1.2.1 Gestageny ze skupiny 19-norsteroidů

Analogová skupina progestinů odvozená od 19-nortestosteronu je užívána pro progestinový, estrogenový ale i androgenní účinek. Dalším pozitivem je rychlé a úplné

vstřebávání po užití per os. Průběh biotransformace probíhá v játrech, jehož výsledné metabolity jsou vyloučeny ledvinami močí a žlučí. (Jeníček, 2001) Do této skupiny zařazujeme norethisteron acetát, lynestrenol, levonogestrel aj. (Živný, 2004)

Norethisteron acetát bývá součástí HRT pro svou estrogenní i androgenní účinnost. Nejčastěji je využíván pro žádaný odsun menstruace, v léčbě endometriózy nebo k zástavě metroragie. Další důležitý syntetický progestin je lynestrenol. Stejně jako norethisteron má silný estrogenní i androgenní účinek a dobře se vstřebává. Jeho hlavní biologický efekt se projeví po jeho perorálním užití, kdy se přemění na norethisteron. (Jeníček, 2001)

4.1.3 Androgeny

Androgeny jsou mužské pohlavní hormony. Patří zde například testosteron a dihydrotestosteron se silným účinkem a androstendion spíše s účinkem slabším. Dříve se androgeny vyskytující se v ženském těle braly jako patologie, která zapříčiňuje virilizaci či maskulinitu pohlavních orgánů. V současnosti se ví o fyziologické existenci androgenů vylučovaných kůrou nadledvin i ovariem. V ženském těle plní funkci zvyšování libida, a také zajišťují růst pubického a axilárního ochlupení. (Rob, Martan a Citterbart, 2008)

Androgeny mohou být indikovány u žen s kontraindikací estrogenů, nebo pro jejich efekt zvýšení sexuálního apetitu. Nejčastěji je užíván testosteron. Pacientka by však měla být seznámena s nejčastějšími vedlejšími účinky, mezi které patří akné, seborea a celkové zvýšení cholesterolové hladiny v plasmě. (Živný, 2004)

4.1.4 Tibolon

Další možností hormonální substituční terapie je syntetický steroidní hormon Tibolon, který je podobný 19-nortesteronu. Jeho efekt spočívá v metabolizaci na 3 aktivní metabolity, díky kterým má estrogenní, androgenní i gestagenní aktivitu. Tyto metabolity jsou koncentrovány v tkáních a pozitivně ovlivňují kostní denzitu, libido a jiné symptomy menopauzy bez toho, aby stimulovaly růst endometria a prsní žlázy. (Jeníček, 2001; Živný, 2004)

4.2 Indikace HRT

Podmínkou pro indikaci bezpečné a fungující léčby je v první řadě komplexní vyšetření pacientky. Vyšetření zahrnuje gynekologické vyšetření, vstupní mamografické vyšetření, krevní tlak, jaterní testy, lipidogram a sonografické vyšetření endometria.

(Burdová, 2001) Je nutné zjistit aktuální zdravotní rizika a také aktuální hladiny hormonů pacientky. Pro úspěšnou léčbu klimakterických obtíží se klade důraz na dodržení individualizace léčebného režimu, aplikační formy i typu léčby. (Rešlová, 2012)

HRT indukujeme v případě středních a těžkých vazomotorických symptomů, jako je akutní klimakterický syndrom. V takovémto případě se doporučuje systémová ET nebo EPT. Při potížích způsobených organickým estrogen-deficitním syndromem, kam patří urogenitální potíže, se indikuje lokální estrogenová terapie. Indikací pro HRT může být ale také asymptomatická žena, která se pouze řadí do skupiny s vysokým rizikem metabolického estrogen-deficitního syndromu. (Jeníček, 2001) V tomto případě je nutné u pacientky ke komplexnímu vyšetření vykonat vyšetření denzitometrem a vyšetření biochemických markerů kostí remodelace. (Burdová, 2001)

4.3 Aplikační formy HRT

Nejčastější a pro pacientku nejpohodlnější podání hormonálních preparátů je perorální cestou. Díky tabletové formě lze pacientce pohodlně nastavit dávku i kombinaci hormonů a v případě komplikací léčbu ihned ukončit. (Jeníček, 2004) Za zmínku stojí nevýhoda perorálního způsobu aplikace. Po užití per os se hormonální preparáty metabolizují a zatěžují játra. Důsledkem tohoto zatížení je změny syntézy proteinů a lipidů a dochází ke změně ve složení žluči. (Rob, Martan a Citterbart, 2008)

Setkat se však můžeme s intramuskulárním podáním, které je výhodné pro svůj dlouhodobý efekt v řádu týdnů. Opomineme-li složitější aplikaci, velmi účinné jsou podkožní implantáty. Jejich efekt funguje na principu uvolňování malé dávky estrogenů a účinkuje až několik měsíců. Pro odstranění pouze lokalizovaných menopauzálních potíží, například v oblasti pochvy, se používá vaginální aplikační forma. Nejčastěji je touto cestou podáván hormon estriol pro jeho lokálně omezené účinky. (Jeníček, 2004)

Hormony vykazují výbornou schopnost vstřebávání přes kůži. Tuto schopnost lze využít ve formě gelu nebo náplastí. Při této aplikaci lze podávat malé dávky a nejsou zatěžována játra ani trávicí ústrojí. Indikací k užití této formy jsou proto pacientky s jaterním onemocněním, diabetiček a kuřáček. (Fait, 2003) Nevýhodou zůstává individuální kožní alergická reakce a v případě náplastí jejich viditelnost na těle. (Jeníček, 2004)

4.4 Účinek HRT

Účinek HRT spočívá v potlačení nepříjemných vasomotorických symptomů klimakteria. Pozitivně ovlivněna je i sliznice, kostní hmota, vlasy i nehty. Užívá se jako prevence kardiovaskulárního onemocnění, osteoporózy a Alzheimerovy choroby. (Jeníček, 2001) Při léčbě akutního klimakterického syndromu se uvádí až 90% účinnost HRT, přičemž byl tento efekt prokázán dávek standardních i nízkých. (Fait, 2008)

4.4.1 Vliv HRT na vasomotorické symptomy

Vasomotorické symptomy způsobené estrogenovým deficitem lze zmírnit pomocí estrogenové substituce. (Sturdee, 2004) Nejčastějším problémem, který dovede pacientku do ambulance gynekologa, jsou návaly horka. Bez léčby mohou trvat týdny, ale i roky. Po nasazení léčby ustupují návaly velmi rychle. Mimo eliminaci návalů horka pacientky udávají zlepšení nespavosti, podrážděnosti a nesoustředěnosti. Při vysazování léčby hormony je třeba vysazovat postupně v souvislosti se snižováním dávky. Rychlé vysazení by mohlo znamenat návrat návalů horka. (Jeníček, 2004)

4.4.2 Vliv HRT na chronické změny

Hormonální léčba estrogeny má úlohu i na úrovni urogynekologie. Působí příznivě na sliznice pochvy, zmírňuje opakované záněty a v kombinaci s androgenními preparáty zlepšuje sexuální život. Ke zlepšení dochází v rozmezí několika týdnů. U urogenitálních příznaků je možnost doplnit celkovou léčbu i lokální vaginální formou pro zmírnění vaginálních potíží. (Jeníček, 2001)

Zlepšení stresové či urgentní inkontinence pomocí hormonální terapie není ještě dostatečně podloženo studiemi a důkazy. V současnosti je prokázáno kauzální zlepšení urgencye a nykturie léčbou alfa-sympatolytiky. (Jeníček, 2001) Pro úspěšnou léčbu je jako první nutné aktivovat estrogenové receptory v urogenitálním traktu, které přestaly reagovat kvůli dlouhodobé insuficienci estrogenů. Nejvhodnější pro tuto aktivaci je přírodní hormon Estriol podávaný vaginální formou, který specificky působí na urogenitální ústrojí. (Sturdee, 2004) V roce 2005 byla publikována první studie dokazující naopak negativní vliv estrogenů i estrogen-gestagenů celkově podávaných hormonální substitucí na stresovou i urgentní inkontinenci. Jediný pozitivní efekt vykazuje vaginální forma estrogenové léčby, která účinkuje proti atrofii urogenitální tkáně. (Fait, 2018)

Hormonální léčba také zlepšuje kvalitu pokožky. V kůži se nacházejí fibroblasty, které mají estrogenové receptory. Tyto buňky produkují kolagen, který je hlavní složkou kostí a kůže. Při dostatku estrogenu je produkce kolagenu stimulována a aktivují se chemické změny podporující hydrataci kůže. (Sturdee, 2004)

4.4.3 Vliv HRT na osteoporózu

První a nejdůležitější krok v boji s osteoporózou je prevence, která zahrnuje dostatečný přísun vápníku a vitamínu D, cvičení, omezení léků a obecně zdravý životní styl po celý život každé ženy. V situaci, kdy osteoporóza již kostní hmotu zasáhla, přistupujeme k terapii. Prvním krokem je úprava životního stylu a stravování. V jídelníčku by měl být kladen důraz na potraviny obsahující vyšší dávky vápníku, například mléčné výrobky a sýry, sardinky nebo ořechy. Dalším krokem je pravidelný pohyb. Pokud se přistoupí na terapii léky, je důležité dodržet rovnováhu mezi oběma lékovými skupinami. První skupina má za úkol podpořit kostní obnovu (parathormon, fluoridy, anabolika,...) a druhá skupina brání resorpci kostí (vitamin D, kalcium, HRT, bisfosfáty). (Jeníček, 2001)

Účinek HRT se využívá běžně jako prevence i samotná terapie osteoporózy. HRT zvyšuje kostní denzitu. Řada studií uvádí toto zlepšení již při krátkodobém užívání HRT a také potvrzují schopnost hormonální léčby vrátit stav kostí do původního stavu před klimakteriem. (Jeníček, 2001)

4.4.4 Vliv HRT na kardiovaskulární systém

Při studiích vlivu HRT na kardiovaskulární onemocnění bylo prokázáno, že riziko vzniku ICHS je u žen užívajících hormonální léčbu výrazně nižší, a to až o polovinu. Princip tohoto kardioprotektivního účinku je multifaktoriální. Hormonální léčba má zřetelný efekt na cévní stěnu, lipidový metabolismus, systémové účinky i tkáňové účinky. (Jeníček, 2001) Pozitivní kardiovaskulární účinky nastávají pravděpodobně v případě, že je hormonální terapie nasazena brzy po menopauze. (Scheirbeck, Rejnmark, Tofteng, 2012)

4.4.5 Vliv HRT na Alzheimerovi choroby

U pacientů s Alzheimerovou demencí se při léčbě používá hormonální léčba estrogeny, přestože doposud nebyl prokázán pozitivní vliv hormonů již v době nemoci. Pouze z epidemiologických studií vyplývá, že by estrogeny mohly mít pozitivní efekt v prevenci. Postmenopauzální HRT zlepšuje průtok krve v mozku a tím je zlepšeno zásobování glukózou. Samotné estrogeny také stimulují růst neuronů. (Jeníček, 2001)

4.5 Léčebné režimy HRT

Při volení léčebného režimu hormonálními preparáty je nutné zohlednit individualitu pacientky. Lékař zváží kombinaci preparátů, dávky, i aplikační formu na základě potřeb pacientky, ale také na základě svých osobních zkušeností. (Jeníček, 2001)

Pokud žena je po hysterektomii, tudíž nemá dělohu, volíme vždy monoterapii estrogenu. (Živný, 2004) Tato terapie má dva hlavní režimy. Cyklický režim spočívá v pravidelných intervalech a pauzách mezi užíváním. Využívá se hlavně transdermální aplikační forma, kdy se dodržuje 3 týdny aplikace a 1 týden pauza. Kontinuální režim se naopak vyznačuje nepřetržitým každodenním užíváním preparátů. Při kontinuálním režimu je pro pacientku nejvhodnější perorální aplikační forma, ale další možností je 6měsíční implantát. (Jeníček, 2001)

Zdravé ženě s dělohou je pravidlem podávat terapii, která kombinuje estrogenu i gestagenu. Volba cyklického nebo kontinuálního režimu a také poměr mezi hormony určuje období klimakteria pacientky. Nejčastěji perimenopauzální ženě lékař naordinuje cyklickou kombinovanou terapii, kdy prvních 21 dní v cyklu je aplikován estrogen, a na dalších 12 dní gestagen. Před opakováním cyklu má žena týdenní pauzu. Při takovémto léčebném režimu může nastat pravidelné krvácení. Dalšími typy režimu může být například sekvenční kontinuální podávání estrogenu s cyklickým režimem progestinu, nebo kombinovaná terapie bez přerušení s různými dávkami estrogenu. (Živný, 2004)

Při klimakterickém syndromu je vhodné hormonální substituční terapii nasadit krátce po menopauze. Samotná délka užívání je zcela individuální, avšak nejčastěji se dodržuje krátkodobá 6měsíční léčba. Po ústupu symptomů je nutné HRT vysazovat pozvolně. (Živný, 2004)

4.5.1 Nízkodávková HRT

Nízkodávková hormonální terapie je léčba nízkými dávkami hormonů na začátku léčby, kdy je možnost postupného zvyšování dávky na základě efektu u pacientky. Tento trend mezi lékaři je podložen řadou studií, které dokazují účinnost nízkodávkové HRT v oblasti kostní hmoty i kardiovaskulárního systému. Navíc při takto nízkých dávkách se snižuje výskyt nežádoucích účinků HRT. (Jeníček, 2001)

4.6 Nežádoucí účinky HRT

Nežádoucí účinky HRT se mohou vyskytnout individuálně u každé pacientky a jejich výskyt je odhadován kolem 10 %. Jejich negativní ovlivňování života pacientky bývá často indikací k rozhodnutí přerušení nebo úplnému vysazení hormonální léčby. (Živný, 2004) Nejčastějším nežádoucím účinkem je drobné špinění nebo metroragie v první 3 měsících. O tomto nežádoucím účinku je třeba pacientku poučit, a také připravit na možnost jiných vedlejších účinků, jako bolest hlavy, napětí prsou nebo nevolnost. Gestagenní nežádoucí účinky se projevují taktéž na prsou, jako retence tekutin, nadýmání, podrážděnost a zvýšenou chuť k jídlu. (Jeníček, 2004)

Dalším pro ženy z psychického hlediska velmi nepříjemným nežádoucím účinkem je přírůstek hmotnosti až kolem 3 kg. Způsoben je estrogény, které vyvolají nadměrné zadržení vody v těle. Pacientce lékař objasní tento efekt jako přechodnou záležitost, která by měla do 6 měsíců vymizet. Samotná hormonální léčba nezpůsobuje nadměrné přibývání hmotnosti. Tento přírůstek je přirozeně způsoben samotnou menopauzou, kdy dochází k hormonálním výkyvům a vyšším energetickým příjmem, nebo snížením pohybové aktivity. (Jeníček, 2001; Živný, 2004)

4.7 Kontraindikace HRT

Před nasazením hormonální substituce je nutné provést důkladnou anamnézu, ve které se porodní asistentka při odebírání zaměří na nynější i prodělaná onemocnění pacientky. Mezi kontraindikace HRT patří neléčený karcinom prsu a endometria, těžké onemocnění jater a hluboká žilní trombóza. Považují za důležité upřesnit, že je velmi důležité u kontraindikací uvádět stav onemocnění, tzn. neléčený, těžký apod. V současnosti lze u pacientky s onkologickou anamnézou v minulosti, nebo pacientce v léčbě karcinomu prsu ordinovat hormonální substituční terapii ve spolupráci s onkologem. (Jeníček, 2001)

4.8 Rizika HRT

Provedená studie Collaborative Group of Hormonal Factors in Breast Cancer uveřejnila ve svých výsledcích zvýšené riziko karcinomu prsu při dlouhodobém (více jak 10 let) užívání HRT z 60 % na 85 %. (Chen, 2002) Důvodem není efekt estrogenu jako onkogenu, ale mohou stimulovat růst nádorové tkáně. (Fait, 2018) Mortalita žen s karcinomem prsu užívajících HRT je o polovinu menší, než u neuživatelék. Toho výsledku

je docíleno pravidelným mamografickým vyšetřením pacientky a včasným záchytem onemocnění. (Jeníček, 2001)

S užíváním neoponovaných estrogenů roste také riziko karcinomu endometria na 2,6 %, a následně se zvyšuje s délkou používání HRT. (Jeníček, 2001; Fait, 2003) Důležité je nejen při nepravidelném děložním krvácení, ale i preventivně provádět vyšetření děložní sliznice. Lékař by se měl zaměřit na výšku, která by se měla po překročení hranice 4 mm histologicky ověřit. Mezi další možná rizika při užívání HRT je riziko karcinomu jiných pohlavních orgánů. Studie HERS uvádí relativní riziko tromboembolické nemoci 2,89 %, přičemž nejvyšší riziko je během prvního roku užívání HRT. Riziko zvyšuje také perorální užívání na rozdíl od transdermální formy. (Jeníček, 2001; Fait, 2008)

4.9 Antikoncepce nebo hormonální substituční terapie

Mechanismus účinku hormonální antikoncepce se v principu od HRT mnoho neliší. Používá pohlavní hormony k dosažení tížených výsledků. Rozdílem však zůstává důvod užívání jednotlivé terapie. HAK je určena fertilním ženám pro zabránění nechtěného početí. Další rozdíl lze nalézt ve formě estrogenu, který je chemický na rozdíl od přírodního estrogenu v HRT. Přírodní estrogen totiž nemá antikoncepční vlastnosti. Tento fakt je zásadní pro diagnostiku klimakteria a pro zvolení vhodné terapie klimakterických obtíží. (Burdová, 2001) Hormonální kontracepci lze doporučit perimenopузální ženě do 50 let, která má poruchy cyklu a lehké menopузální symptomy. Po 50. roce života je nutné tuto terapii ukončit a přejít na HRT. (Živný, 2004)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

Tato bakalářská práce je teoreticko-empirická. Kapitoly praktické části práce pojednávají o tvorbě a realizaci výzkumného šetření. Na začátek jsou uvedeny cíle práce, jsou stanoveny podmínky pro správný sběr dat a rozebrání metody výzkumného šetření.

5.1 Cíle práce a výzkumná otázka

Hlavní cíl:

Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření je zjistit informovanost žen v klimakteriu o účincích a rizicích spojených s užíváním hormonální substituční terapie.

Dílčí cíl č. 1:

Dílčím cílem tohoto výzkumného šetření je zjistit zájem žen v klimakteriu o užívání hormonální substituční terapie.

5.1.1 Výzkumná otázka

Na základě stanoveného hlavního a dílčího cíle a na základě poznatků z teoretické části byly stanoveny výzkumné otázky:

1. *Jsou ženy v klimakteriu dostatečně informované o působení HRT na jejich zdraví?*
2. *Mají ženy v klimakteriu zájem užívat HRT?*

Zájem těchto otázek se soustředí na: informovanost žen o HRT, subjektivní názor žen na HRT, vědomosti o působení HRT na zdraví žen.

5.2 Formulace problému

Klimakterické symptomy negativně ovlivňují všechny oblasti každodenního života ženy. Tyto nepříjemnosti a omezení zasahují nejen fyzickou stránku života, jako denní aktivity nebo sportovní výkony, ale také mají negativní dopad na psychickou a emoční stránku, a je ovlivněn i sexuální a partnerský život ženy. Přestože je tato problematika celosvětově známá a probírána, ženy často nevyužívají možnosti léčby klimakterických symptomů z nejrůznějších důvodů.

Výsledek tohoto výzkumného šetření by měl shrnout důvody zájmu a případného nezájmu žen o hormonální substituční terapii a v souvislosti s těmito fakty zhodnotit informovanost respondentek o vlivu hormonální substituční terapie na jejich zdraví. V tomto

případě nebudu osobně hodnotit míru informovanosti, nýbrž však jejich subjektivní názor na vlastní informovanost.

5.3 Metoda a organizace sběru dat

Vzhledem ke specifickému tématu a vládním omezení v souvislosti s pandemií COVID-19 byla zvolena kvantitativní metoda výzkumného šetření. Nejvhodnější forma sběru dat byl v tomto případě nestandardizovaný dotazník. Jako nástroj pro tvorbu elektronického dotazníku byly využity služby webové stránky www.survio.cz.

Prostřednictvím tematicky zvolených 20 otázek v elektronickém dotazníku (viz Příloha: Dotazník) jsme získali data od specifického vzorku respondentek, na jejichž základě vyvodíme závěr ve výzkumném šetření. Tyto otázky byly všechny uzavřené a 3 otázky měly výběr více odpovědí (otázky č. 5, 8, 17). Ve dvou otázkách (č. 2 a 3) byla použita Likertova škála pro konkrétnější záznam odpovědí, kdy byly na výběr stupňované odpovědi - naprosto souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím, naprosto nesouhlasím.

Všechny odpovědi byly zcela anonymní. Otázky č. 2 - 10 se zaměřovaly na zjištění informovanosti o vlivu HRT na zdraví žen v klimakteriu, otázky č. 11. – 20 na zájem žen v klimakteriu užívat HRT.

Pro toto dotazníkové šetření byla potřeba zjistit pouze jedna demografická otázka, která zjišťovala i hlavní limit pro výběr výzkumného vzorku. Z tohoto důvodu bylo její umístění takticky zvoleno jako 1. otázka v dotazníku, aby působila jako filtrační a zamezilo se případným odpovědím od nevhodných respondentek.

5.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro praktickou část této bakalářské práce byla zvolena cílová skupina žen, které splňují tato kritéria:

- ženy, u kterých klimakterium začíná, nyní prochází či prošly klimakteriem
- věková hranice od 45. roku do 60 let

Jako hlavní zdroj participantek byla použita sociální síť Facebook, kde byl vložen odkaz na elektronický dotazník na mém soukromém profilu.

Dále byly osloveny ženy ve Facebookové skupině *Menopauza a hubnutí po padesátce*. Očekávaným limitem této skupiny bylo zaměření pouze na redukci tělesné

hmotnosti a zájem o vzhled. Po umožnění přístupu správcem do skupiny byl tento limit po neformální komunikaci s členy subjektivně vyvrácen. Zájem těchto žen není omezen pouze na témata v souvislosti s názvem skupiny, ale obecně veškerá témata týkající se zdraví.

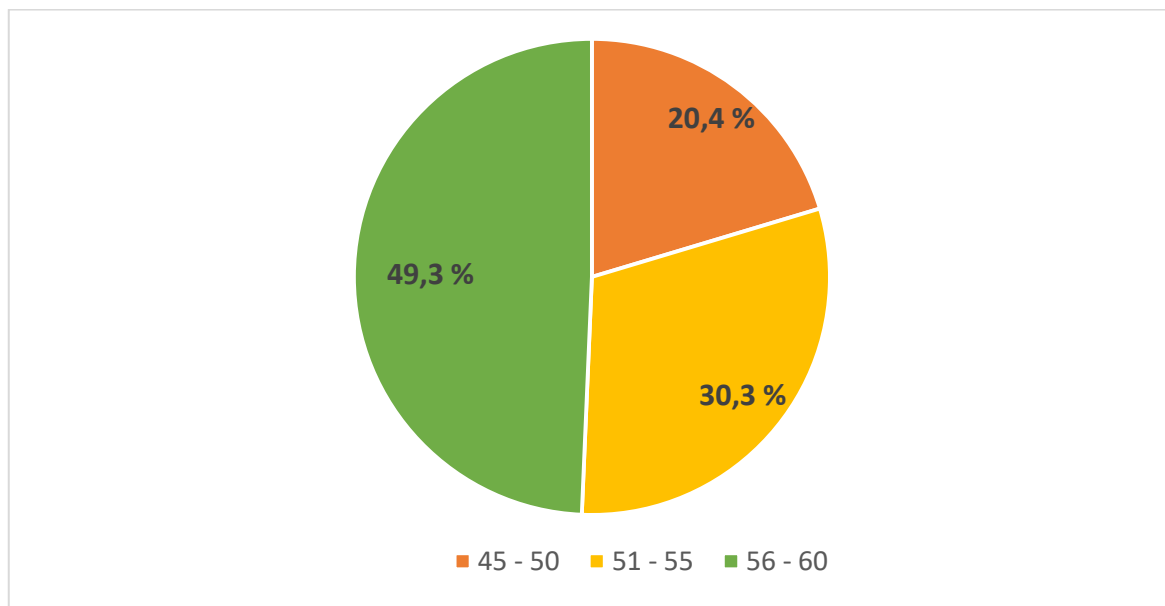
5.4.1 Zpracování dat

Samotné dotazníkové šetření probíhalo v březnu a dubnu roku 2021. Po ukončení sběru dat byl konečný počet vyplněných dotazníků 221 a k analýze jich byl použit stejný počet. Celkově navštívilo odkaz mého dotazníkového šetření 405 návštěvníků. Předpokládám, že zbylých 186 návštěv dotazníku bylo nedokončeno z důvodu přečtení potřebných kritérií pro vyplnění a respondentovo zjištění nevhodnosti pro výzkum. Návratnost tedy činí 54,6 %.

Všechny odpovědi z dotazníků byly zpracovány pomocí webové stránky www.survio.cz, která nabízí služby nejen sběru dat, ale také včetně jejich analýzy a statiky. Získaná data jsem dále podrobila kontrole v programu Microsoft Word 2010 a Microsoft Office Excel 2010, kde jsem dále pomocí deskriptivní statistiky zpracovala data do tabulek s absolutní a relativní četností. Relativní četnost je vypočtena podílem celkového počtu respondentek v procentech a absolutní četností. U některých otázek jsou pro lepší přehlednost zobrazeny data pouze v tabulkách, kde je uvedena absolutní i relativní četnost. U otázek, kde bylo na výběr více odpovědí, jsou data zobrazena v grafu s procentuálními ukazateli relativní četnosti.

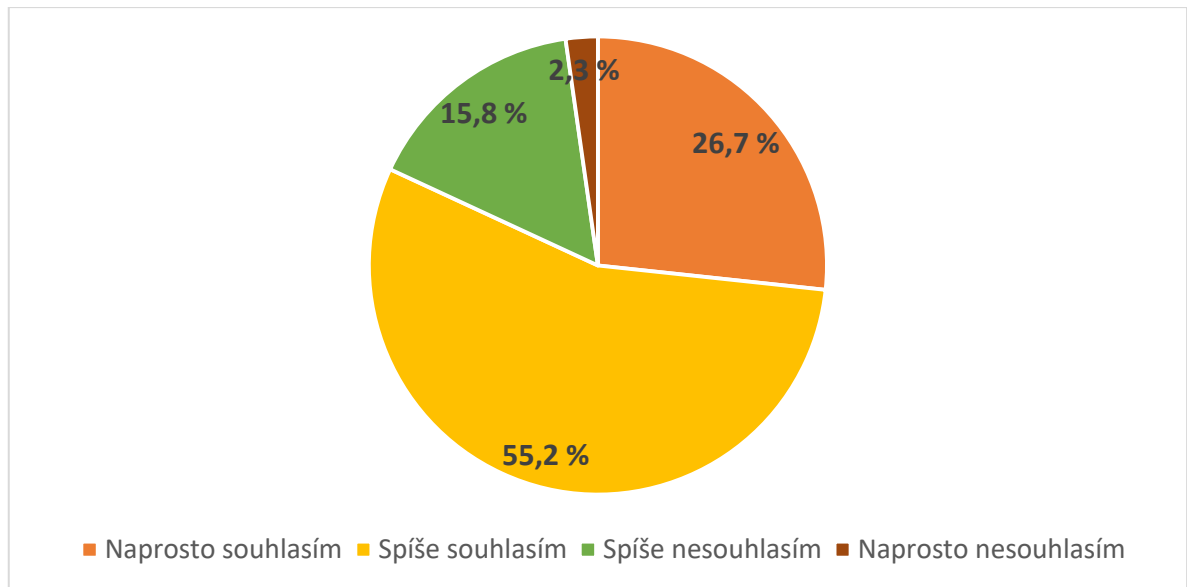
6 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?



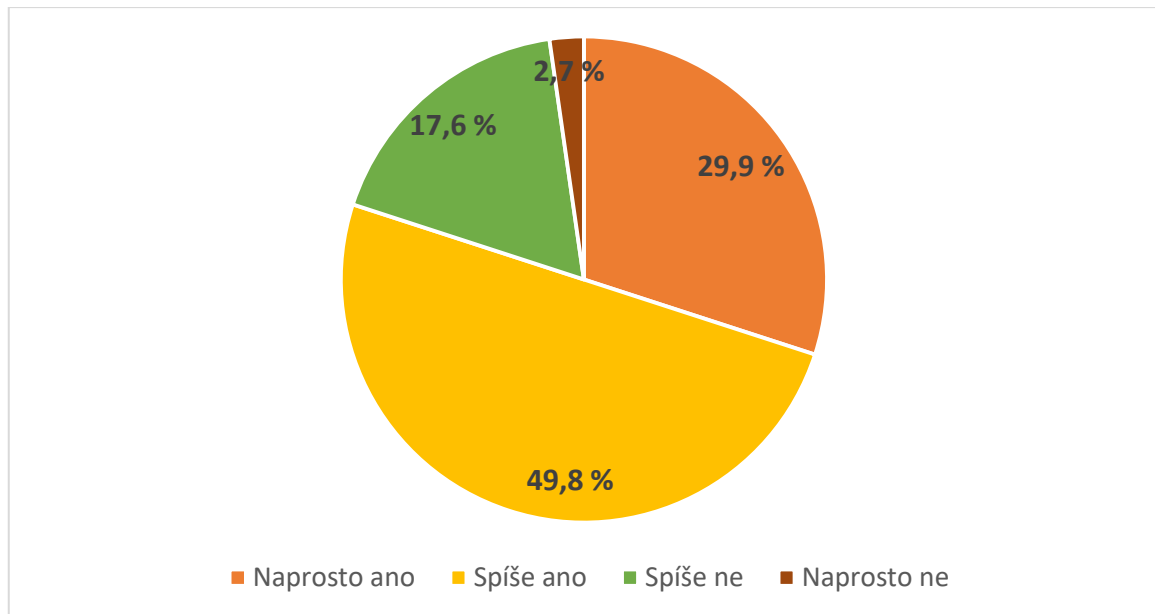
Graf 1: Věk respondentek (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Tento dotazník byl zcela anonymní a účastnilo se celkově 221 respondentek. Výše uvedený graf znázorňuje procentuální zastoupení žen ve třech věkových kategoriích, které byly stanoveny ve výběru odpovědí. Nejvíce dotazovaných žen bylo ve věku 56 – 60 let (49,3 %) a na druhém místě byly zastoupeny ženy ve věku 51 – 55 let (30,3 %). Nejméně respondentek účastnících se na tomto výzkumu bylo ve věku 45 – 50 let (20,4 %), což souvisí s tím, že průměrný věk nástupu menopauzálních symptomů je až kolem 50 roku života ženy.

Otázka č. 2: Myslíte si, že jste dostatečně informována o klimakteriu?

Graf 2: Informovanost žen o klimakteriu (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Tato otázka měla za cíl zjistit subjektivní názor žen na jejich informovanost o klimakteriu. Ve výběru odpovědí byla použita Likertova škála pro konkrétnější míru odpovědi, celkem na tuto otázku odpovědělo 221 žen. Více než polovina respondentek (55,2 %) zhodnotila míru své informovanosti o klimakteriu za dostatečnou a vybrala odpověď „spíše souhlasím“. Dalších 26,7 % žen jsou naprosto spokojené se svou informovaností a zvolily odpověď „naprosto souhlasím“. Méně spokojených se svou informovaností už je 15,8 % respondentek, které vybraly odpověď „spíše nesouhlasím“ a naprosto nespokojené byly jen 2,3 % respondentek.

Otázka č. 3: Hledáte si informace o klimakteriu?*Graf 3: Zájem o informace o klimakteriu*

Komentář: Na tuto otázku odpovědělo celkem 221 respondentek. Z uvedeného grafu vyplývá, že až 80 % žen v klimakteriu se zajímá o toto období a hledá si informace. Konkrétně 29,9 % respondentek zvolilo odpověď „Naprosto ano“ a 49,8 % odpověď „spíše ano“. Zbýlých 17,6 % žen udává částečný nezájem o informace v souvislosti s klimakteriem a 2,7 % dotazovaných žen vybralo odpověď „naprosto ne“, čímž potvrdily úplný nezájem o toto téma.

Otázka č. 4: Pociťujete nějaké příznaky klimakteria?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	170	76,9 %
Ne	34	15,4 %
Nevím, nejsem si jistá	17	7,7 %
Celkem	221	100 %

Tabulka 2: Přítomnost klimakterických symptomů (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Absolutní četnost odpovědí na tuto otázku je 221. Přestože všechny respondentky splňují věkové kritérium pro tento výzkum, pouze 76.9 % spolehlivě prochází klimakteriem a trpí klimakterickými obtížemi. Zbýlých 15,4 % uvedly, že klimakterickými obtížemi netrpí a 7,7 % dotazovaných žen si nejsou jisté.

Otázka č. 5: Vyberte z následujících možností, jaké jsou (či byly) vaše nejčastější potíže v klimakteriu.

Navály horka	140	70 %
Poruchy spánku	111	55,5 %
Zvýšené pocení	109	54,5 %
Výkyvy nálad	84	42 %
Podrážděnost	71	35,5 %
Vynechání menstruace	69	34,5 %
Snížené libido	68	34 %
Bušení srdce	63	31,5 %
Bolesti hlavy	51	25,5 %
Poruchy soustředění	38	19 %
Nepravidelný menstruační cyklus (špinění)	36	18 %
Závratě	24	12 %

Tabulka 3: Klimakterické symptomy (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: U otázky č. 5 byla možnost výběru více odpovědí, proto absolutní četnost odpovědí neodpovídá počtu dotazovaných. Otázka se zaměřovala na zhodnocení nejčastějších potíží v klimakteriu. Na výběr však byli odpovědi pouze v souvislosti s vegetativními symptomy.

Respondentkami nejčastěji uváděné somatické obtíže jsou návaly horka (70 %) a s tím související poruchy spánku (55,5 %) a zvýšené pocení (54,5 %). Bušení srdce zažívá v klimakteriu 31,5 % žen. Po psychické stránce respondentky nejčastěji uváděly výkyvy nálad (42 %), podrážděnost (35,5 %) a snížené libido (34 %). Hlavní znak klimakteria,

vynechání menstruace, však uvedlo pouze 34,5 % respondentek a špinění 18 %. Boolestmi hlavy trpí 25,5 % žen. Závratě jako klimakterickou obtíž uvedlo 15 % respondentek.

Otázka č. 6: Víte, proč ženy mají klimakterické obtíže? Znáte příčinu těchto změn a obtíží?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	188	85,1 %
Ne	33	14,9 %
Celkem	221	100 %

Tabulka 4: Informovanost o příčině klimakteria (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Otázka č. 6 je zaměřena na zjištění znalostí žen o klimakteriu a odpovědělo na ni celkem 221 žen. Příčinu klimakterických změn a obtíží zná 85,1 % respondentek. Zbýlých 14,9 % respondentek příčinu nezná.

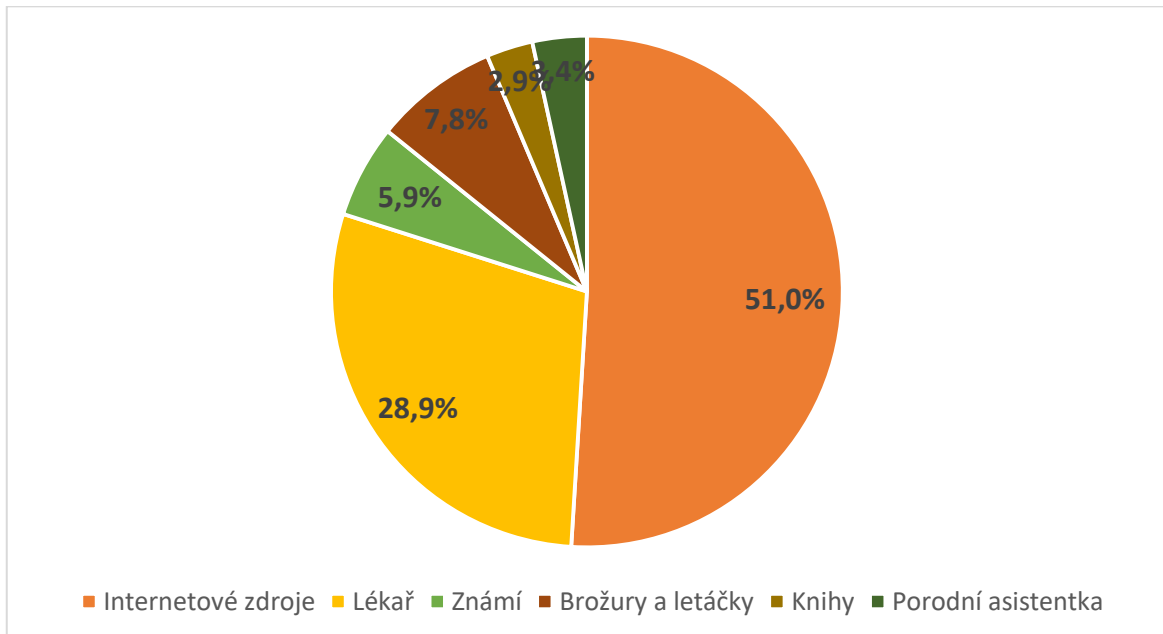
Otázka č. 7: Víte, že se klimakterické obtíže dají zmírnit pomocí farmakologické hormonální léčby?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	204	92,3 %
Ne	17	7,7 %
Celkem	221	100 %

Tabulka 5: Informovanost o HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Na tuto otázku odpovědělo celkem 221 respondentek. O možnosti hormonální substituční terapie klimakterických obtíží má povědomí 92,3 % respondentek. Zbýlých 7,7 % povědomí o HRT nemá.

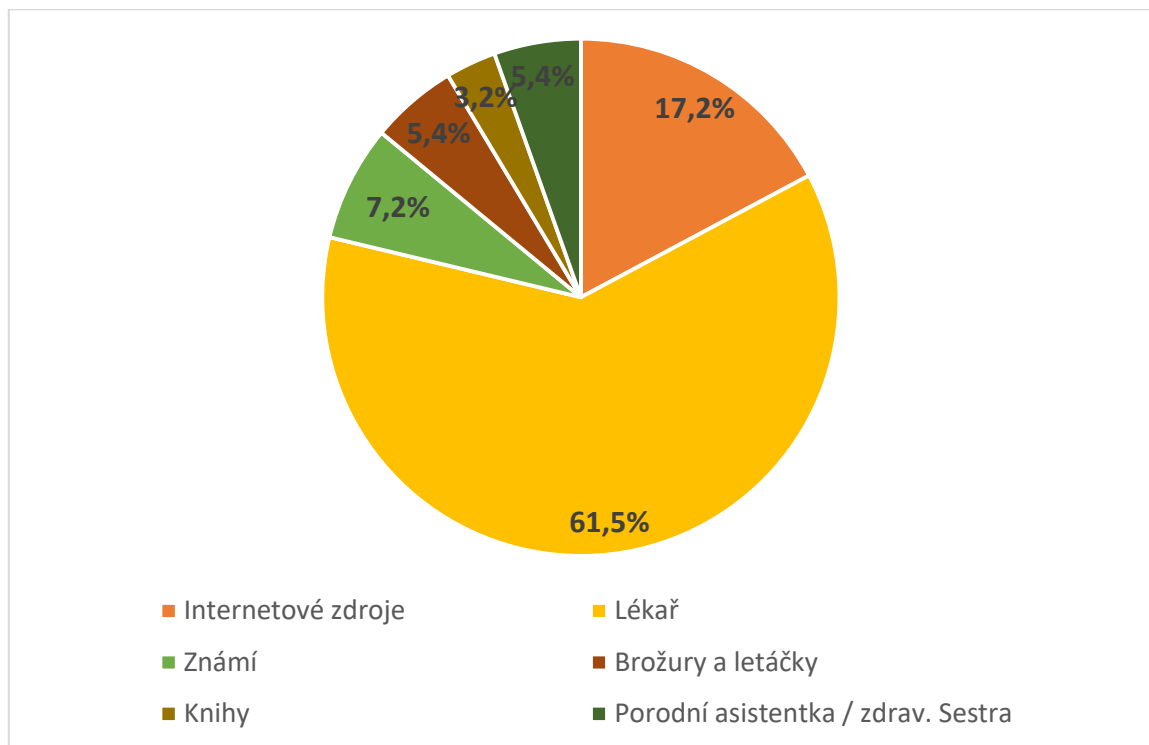
Otázka č. 8: Pokud jste na otázku č. 7 odpověděla ANO – z jakého zdroje jste se dozvěděla nejvíce informací o hormonální léčbě?



Graf 4: Zdroj informací o HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Otázka č. 8 byla jako jediná nepovinná a měly ji vyplňovat pouze respondentky, jejichž odpovědí bylo v otázce č. 7 Ano. Absolutní četnost odpovědí (204) v této otázce souhlasí s počtem odpovědí v předchozí otázce s výběrem ANO. V této otázce bylo úkolem zhodnotit zdroj informací o klimakteriu, díky kterému se respondentky již dozvěděly nejvíce. Internetové zdroje jako zdroj informací zvolila více než polovina žen, a to 51 %. Lékař jako zdroj informací se umístil na druhém místě s 28,9 %. Brožury a letáčky využilo 7,8 % respondentek a od známých v okolí se dozvědělo informace 5,9 % žen. Zbylé 2,9 % respondentek důvěřují knihám. Porodní asistentku / zdravotní sestru v ordinaci gynekologa uvedly 2,4 % respondentek.

Otázka č. 9: Z jakého zdroje byste se nejraději dozvěděla informace o hormonální léčbě?



Graf 5: Nejžádanější zdroj informací o HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: V této otázce mohly respondentky vybrat jednu odpověď z výběru možností, z jakého zdroje by se dozvěděly informace nejraději. Z celkového počtu odpovědí (221) více než polovina respondentek (61,2 %) vkládá důvěru lékaři jako zdroji informací o klimakteriu a 17,2 % dotazovaných žen se raději obrátí na internetové zdroje. Známým bude důvěřovat 7,2 % respondentek, 5,4 % využije brožury a letáčky a 5,4 % žen využije porodní asistentku / zdravotní sestru v ordinaci gynekologa jako zdroj informací. Knižní literaturu vybraly pouze 3,2 % žen.

Otázka č. 10: Víte, jak funguje hormonální léčba klimakterických obtíží?

Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Ano	150	67,9 %
Ne	71	32,1 %
Celkem	221	100 %

Tabulka 6: Informovanost o principu fungování HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Otázka č. 10 se zaměřila na zjištění informovanosti žen v klimakteriu. Cílem otázky bylo zjistit, zda si ženy subjektivně myslí, že rozumí principu fungování hormonální substituční terapie. Účinku HRT rozumí 67,9 % respondentek z celkového počtu odpovědí (221).

Otázka č. 11: Víte, jaká jsou rizika spojená s užíváním hormonální léčby?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	161	72,9 %
Ne	60	27,1 %
Celkem	221	100 %

Tabulka 7: Informovanost o rizicích spojených s užíváním HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Další otázka zaměřená na zjištění informovanosti žen se týkala HRT a jejich rizik. Z celkového počtu odpovědí (221) si 72,9 % respondentek myslí, že zná rizika spojená s užíváním HRT.

Otázka č. 12: Bojíte se, že při užívání hormonální léčby klimakterických obtíží přiberete?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	146	66,1 %
Nevím	49	22,2 %
Ne	26	11,8 %
Celkem	221	100 %

Tabulka 8: Obava z hmotnostního přírůstku kvůli HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Tato otázka byla záměrně orientována na jedno z nejcitlivějších a nejvíce diskutovaných témat u žen v klimakteriu. Cílem otázky však bylo zjistit informovanost žen o účincích HRT. Z celkového počtu odpovědí (221) více než polovina žen (66,1 %) uvedla, že se bojí hmotnostního přírůstku způsobeného užíváním HRT. V souvislosti s otázkou č. 2 a 3, kdy více než polovina žen uvedla, že jsou dostatečně informované o klimakteriu a hledají si informace, je tato odpověď překvapivá. Téma hmotnostního přírůstku je jeden z hlavních cílů hledání informací o klimakteriu a ženy by měly o této záležitosti být více informovány. Jak vysvětluji v teoretické části, HRT není příčinou hmotnostního přírůstku v klimakteriu. Zbylé respondentky odpověď na tuto otázku nevěděly (22,2 %), nebo si tuto domněnku nemyslely (11,8%).

Otázka č. 13: Myslíte si, že se hormonální léčba v klimakteriu užívá i jako prevence chronických onemocnění (jako je osteoporóza nebo kardiovaskulární onemocnění)?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	119	53,8 %
Ne	102	46,2 %
Celkem	221	100 %

Tabulka 9: Informovanost o HRT jako prevence (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Třináctá otázka se jako poslední zaměřovala na zjištění informovanosti žen v klimakteriu. Z celkového počtu odpovědí (221) větší polovina (53,8 %) žen uvedla, že znají HRT v souvislosti s prevencí chronických onemocnění. Zbýlých 46,2 % tuto informaci nevědělo.

Otázka č. 14: Užívá některá žena ve Vašem okolí hormonální léčbu klimakterických obtíží?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	48	21,7 %
Nevím	147	66,5 %
Ne	26	11,8 %
Celkem	221	100 %

Tabulka 10: Užívání HRT v okolí respondentky (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Otázka č. 14 byla první otázka zaměřená na zjištění zájmu žen v klimakteriu užívat HRT. Celkový počet odpovědí byl 221. Zdali někdo v okolí respondentky užívá HRT, neví 66,5 %. Užívání HRT ženami ve svém okolí potvrdilo 21,7 % respondentek. Žádná žena v okolí respondentky neužívá HRT v 11,8 % případů.

Otázka č. 15: Užíváte v současné době hormonální léčbu klimakterických obtíží?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	22	10 %
Ne	199	90 %
Celkem	221	100 %

Tabulka 11: Užívání HRT respondentkou v současnosti (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

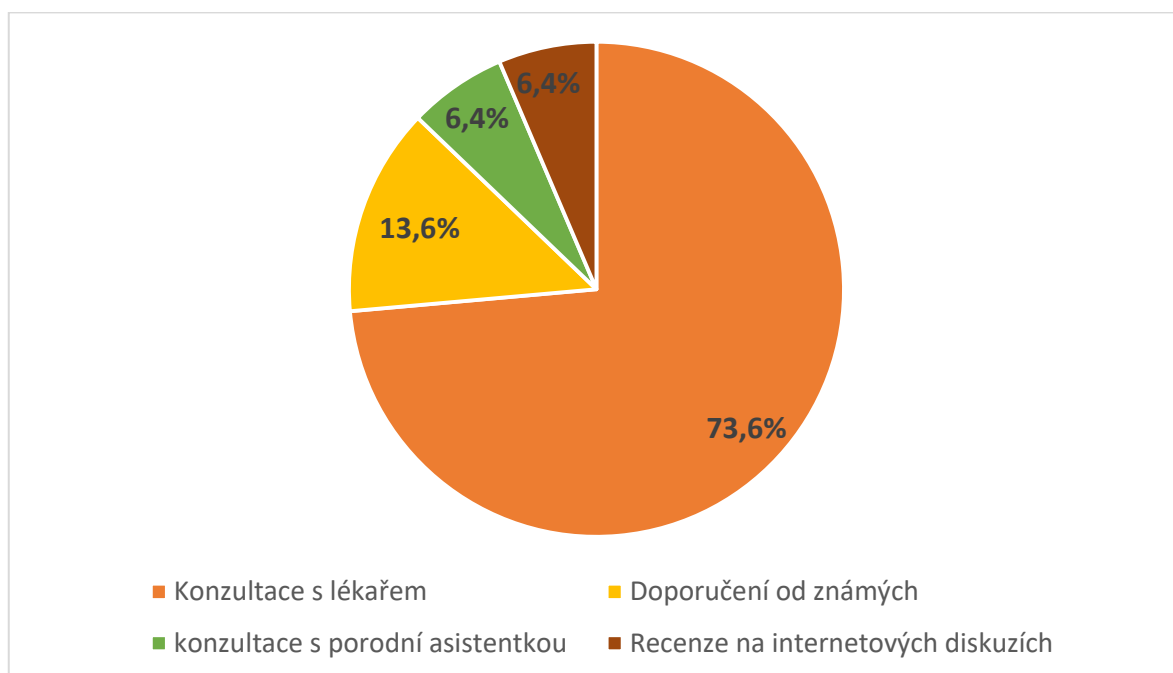
Komentář: Celkový počet odpovědí byl 221. Hormonální substituční terapii neužívá v současné době 90 % respondentek. Zbýlých 10 % žen HRT užívá.

Otázka č. 16: Užívala jste v minulosti hormonální léčbu klimakterických obtíží?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	188	85,1 %
Ne	33	14,9 %
Celkem	221	100 %

Tabulka 12: Užívání HRT respondentkou v minulosti (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Celkový počet odpovědí byl 221. V minulosti užívalo hormonální substituční terapii 85,1 % respondentek. Zbylých 14,9 % neužívalo v minulosti HRT.

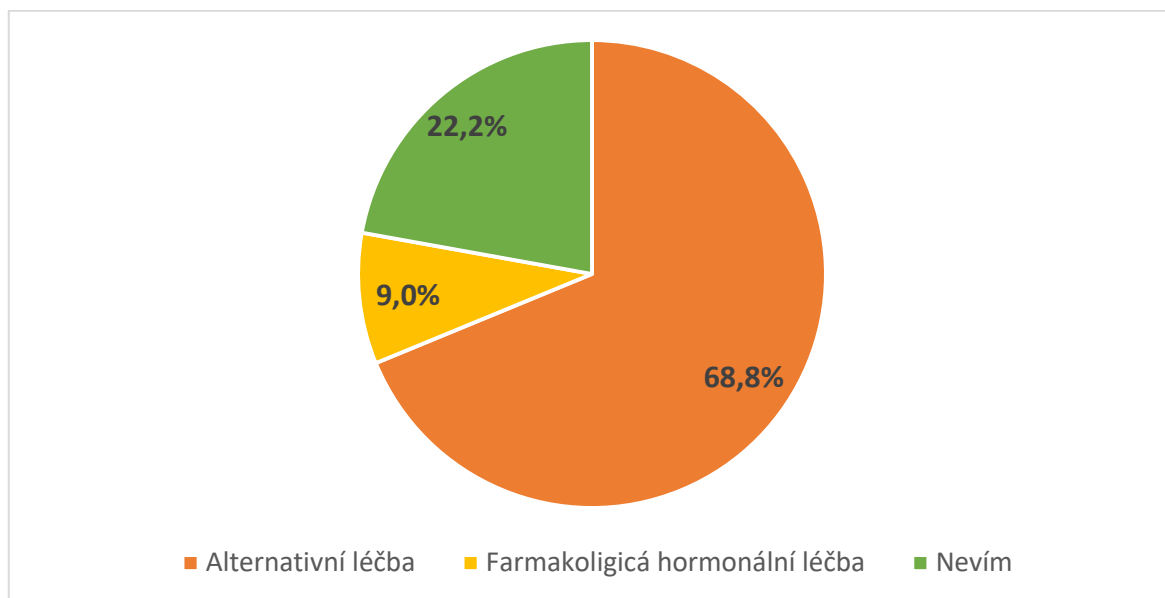
Otázka č. 17: Který názor by vás přesvědčil řešit své klimakterické obtíže hormonální léčbou?

Graf 6: Názor pro přesvědčení k užívání HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Otázka č. 17 zjišťovala, který názor by respondentku přesvědčil řešit své klimakterické obtíže HRT. Celkový počet odpovědí byl 221. Největší část respondentek, a to 73,6 % uvedlo, že by je přesvědčila konzultace s lékařem. Doporučení od známých

by věřilo 13,6 % žen. Konzultaci s porodní asistentkou vybralo 6,4 % respondentek a recenze na internetových diskuzích 6,4 %.

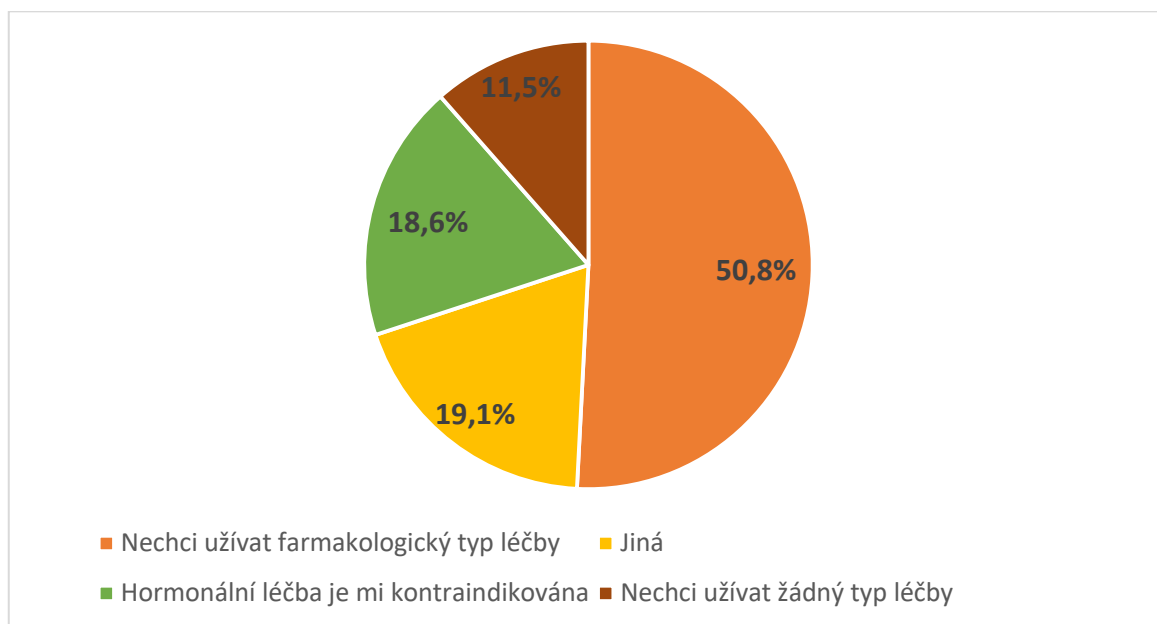
Otázka č. 18: Užívala byste raději hormonální nebo alternativní (přírodní) léčbu klimakterických obtíží?



Graf 7: Výběr typu léčby (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: V této otázce měly respondentky na výběr, zdali by raději užívali alternativní, nebo farmakologickou léčbu. Celkový počet odpovědí byl 221. Alternativní možnost léčby by si vybral 68,8 % respondentek. Farmakologickou hormonální léčbu volilo pouze 9 % žen a 22,2 % odpověď nevěděly.

Otázka č. 19: Z jakého důvodu nemáte zájem užívat, nebo neužíváte, hormonální léčbu klimakterických obtíží?



Graf 8: Důvod nezájmu či neužívání HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Devatenáctá otázka byla nepovinná určena především ženám, která HRT neužívají nebo neužívaly a jedna odpověď v této otázce byla otevřená pod názvem „jiná“. Absolutní četnost odpovědí byla 183. Kontraindikaci HRT jako důvod neužívání HRT vybralo 18,6 % respondentek. Polovina žen (50,8 %) nechtějí užívat farmakologický typ léčby a 11,5 % respondentek nechtějí užívat žádnou léčbu.

Otevřenou otázku „jiná“ pro uvedení jiného důvodu neužívání HRT využilo celkově 19,1 % respondentek. Nejčastěji ženy uváděly důvod, že žádnou léčbu nepotřebují pro mírný průběh. Dalším častým důvodem byla obava z hmotnostního přírůstku a obava z nežádoucích účinků HRT.

Otázka č. 20: Máte obavy, že hormonální léčba klimakterických obtíží ohrožuje Vaše zdraví?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	149	67,4 %
Ne	72	32,6 %
Celkem	221	100 %

Tabulka 13: Obava o zdraví v souvislosti s HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Komentář: Na tuto otázku odpovědělo 221 respondentek. V předchozích otázkách, které byly zaměřené na zjištění informovanosti žen o klimakteriu, ženy nejčastěji uváděly, že jsou se svou informovaností o klimakteriu spokojené. Přesto dotazované ženy uvedly, že 67,4 % se obávají o své zdraví v souvislosti s HRT. V teoretické části podrobněji popisují rizika spojená s hormonální substituční terapií, které při gynekologem správně nastavené terapii mají vedlejší účinky a rizika minimální. Zbýlých 32,6 % se o své zdraví nebojí.

7 DISKUSE

Téma této bakalářské práce je zaměřeno na vliv hormonální substituční terapie na zdraví žen v klimakteriu. Pro praktickou část byly stanoveny 2 následující cíle. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit obecnou informovanost žen v klimakteriu o vlivu hormonální substituční terapie na jejich zdraví. Druhým vedlejším cílem bylo zjistit zájem žen o užívání hormonální substituční terapie.

Pro splnění stanovených cílů bylo zahájeno kvantitativní výzkumné šetření s použitím elektronického anonymního dotazníku. Nestandardizovaný dotazník byl složen z 20 otázek a hlavním limitem pro výběr vhodných respondentů bylo ženské pohlaví ve věku od 45 do 60 let. Samotného výzkumného šetření se zúčastnilo 221 respondentek. Největší zastoupení respondentek v počtu 49,3 % měla věková kategorie 56 – 60 let. Druhé místo s 30,3 % patřilo věkové kategorii 51 – 55 let a nejmenší skupinu s 20,4 % tvořily respondentky ve věku 45 – 50 let.

Pro splnění hlavního cíle výzkumného šetření byly stanoveny otázky č. 2 - 10 , jejichž úkolem bylo zjistit informovanost žen o HRT.

V otázce č. 2 jsme se dotazovali, zdali si ženy myslí, že jsou dostatečně informované o klimakteriu. Tato otázka byla zaměřena především na zjištění subjektivního názoru žen na vlastní informovanost. Ve výběru odpovědí byla použita Likertova škála pro konkrétnější míru spokojenosti respondentek. Se svou informovaností je naprosto spokojených 55,2 % žen a 26,7 % respondentek přijde jejich informovanost ještě dostatečná. Zbýlých 18,1 % nejsou se svou informovaností o klimakteriu spokojené. Z těchto výsledku usuzují, že většina žen se cítí dostatečně informovaná o klimakteriu.

Následující otázka č. 3 se zabývala zájmem o informace s tématem klimakteria. Pomocí Likertovy škály uvedlo 29,9 % respondentek, že si informace o klimakteriu hledají naprosto, 49,8 % spíše. Pouze 17,6 % si spíše informace nehledá a 2,7 % nemá o informace zájem vůbec.

Další otázky byly zaměřeny na zjištění symptomů klimakteria u respondentek. V otázce č. 4 z celkového počtu 221 odpovědělo 76,9 % žen, že pociťují klimakterické příznaky. Jistých si nebylo 7,7 % a 15,4 % příznaky nepociťují. Ženy, které uvedly, že klimakterickými obtížemi trpí, uváděly v otázce č. 5 nejčastější typický příznak klimakterického syndromu, a to návaly horka (70 %), s tím pravděpodobně spojené poruchy spánku (55,5 %) a zvýšené pocení (54,5 %). Vynechání menstruace uvedlo 34,5 % a špinění

18 %. Z psychických obtíží se nejčastěji vyskytují výkyvy nálad s 42 % a podrážděnost s 35,5 %. Změny v sexuálním, životě jako například snížené libido uvedlo 34 % respondentek. Respondentky také vybíraly symptomy jako bušení srdce (31,5 %), bolesti hlavy (25,5 %), poruchy soustředění (19 %) a závratě (12 %). V souvislosti s touto otázkou měly respondentky odpovědět na otázku č. 6, jejíž cílem bylo zjistit, zdali respondentky znají příčinu těchto klimakterických symptomů. Příčinu obtíží v klimakteriu zná 85,1 % dotazovaných žen.

Otázka č. 7 až 13 se týkala informovanosti žen o hormonální substituční terapii. Pojem hormonální substituční terapie jsme po domluvě s vedoucím práce MUDr. Zdeňkem Adamíkem, Ph.D., do dotazníku záměrně upravili pro lepší pochopitelnost na „*hormonální léčba klimakterických obtíží*“. Předpokladem pro toto rozhodnutí bylo, že pojem HRT je spíše používaný v okruhu odborníků a respondentky by tento pojem nemusely znát. Konkrétně v otázce č. 7 byl položen dotaz, zdali respondentky ví o možnosti zmírnění či odstranění klimakterických symptomů pomocí hormonální léčby klimakterických obtíží. O této možnosti má povědomí 204 žen.

Úkolem otázky č. 8 bylo zjistit hlavní zdroj informací o HRT. Respondentky uvedly v 51,5 % jako zdroj svých informací internet a v 29,2 % případů je zdrojem informací lékař. Brožury a letáčky využilo 7,9 % dotazovaných žen. Se známými o HRT hovořilo pouze 5 % žen a s porodní asistentkou či zdravotní sestrou v ordinaci gynekologa je 3,5 %. Literární zdroje využilo jen 3 % respondentek. Z těchto výsledků vyplývá, že nejvíce se ženy informují prostřednictvím internetových zdrojů, což ve většině případů není nejvhodnějším zdrojem informací. Spoustu webových stránek určených pro ženy jsou mnohdy plně neověřených, falešných a nekorektních informací o klimakteriu, jejích symptomech a způsobu léčby.

Zájmem otázky č. 9 bylo naopak posouzení nejžádanějšího zdroje informací o klimakteriu. Veškeré informace v souvislosti s klimakteriem by ženy nejraději probraly s lékařem (61,5 %). Internetové zdroje by využilo jen 17,2 % žen a známým bude důvěřovat 7,2 % respondentek. Na porodní asistentku či zdravotní sestru by se obrátilo 5,4 % a do brožur nebo letáček by nahlédlo 5,4 % dotazovaných žen. Knihy vybraly pouze 3,2 %.

Otázka č. 10 byla zaměřena na zjištění informovanosti žen o principu fungování HRT. V této otázce uvedlo 67,9 % žen, že má povědomí o principu fungování hormonální léčby klimakterických obtíží. 32,1 % respondentek uvedlo, že neví, jako HRT funguje.

Dle výsledků toho dotazníkového šetření lze usoudit, že hlavní cíl byl splněn. Ženy jsou s tématem klimakteria a hormonální substituční terapie seznámeny, avšak jejich informace jsou jen povrchové a částečné. Respondentky znají pojmy klimakterium a hormonální léčba klimakterických obtíží, ale nejsou dostatečně informovány o vlivu HRT na zdraví ženy. Největší nedostatky lze díky tomuto dotazníku předpokládat v oblasti samotného účinku HRT na jejich zdraví.

Pro naplnění vedlejšího cíle byly vytvořeny následující otázky, které se soustředily na zjištění zájmu či případného nezájmu žen o užívání HRT. Tohoto obsahu se týkaly otázky č. 11 – 20.

V otázce č. 11 odpovídaly respondentky na otázku ohledně rizik v souvislosti s užíváním HRT. Rizika spojená s užíváním terapie zná 72,9 % žen a 27,1 % žen tyto rizika nezná.

Otázka č. 12 byla záměrně směřována na nejprobíranější a nejvyhledávanější téma klimakteria, a to o hmotnostním přírůstku. Až 66,1 % respondentek uvedlo, že se obávají hmotnostního přírůstku v souvislosti s užíváním HRT. V případě, že v otázce č. 2 uvedla více než polovina žen, že jsou dostatečně informované o klimakteriu a nyní v této otázce takto početná skupina vybere tuto odpověď, je vhodné předpokládat, že informovanost žen je v tomto ohledu nedostatečná. V teoretické části bakalářské práce stručně uvádím, že hmotnostní přírůstek v klimakteriu není způsoben hormonální substituční terapií. Dalším důvodem pro zpochybnění výpovědí žen o své informovanosti je míra odpovědí v otázce č. 13. Tato otázka se zaměřuje na zjištění informovanosti žen o použití hormonální substituční terapie jako prevence. Větší polovina žen (53,8 %) uvedlo, že toto tvrzení pokládá za pravdivé, avšak 46,2 % toto tvrzení nesprávně zpochybnilo.

Otázka č. 14 má za úkol zjistit, zdali někdo v okolí respondentky hormonální substituční terapii užívá. Odpověď na tuto otázku neví 66,5 % žen. Užívání HRT ve svém okolí potvrdilo 21,7 % žen a vyvrátilo 11,8 %. V návaznosti na tuto otázku byla sestavena i otázka č. 15, která se ptala již konkrétně respondentky, zdali v současné době HRT užívá. Z celkového počtu 221 žen odpovědělo 90 % žen, že HRT neužívá a 10 % užívá. V otázce č. 16 bylo cílem pro změnu zjistit u respondentky užívání HRT v minulosti. Na tuto otázku byli v 85,1 % záporné odpovědi a 14,9 % žen potvrdilo užívání HRT v minulosti.

Otázka č. 17 zjišťovala, který názor by přesvědčil respondentku řešit klimakterické obtíže hormonální substituční terapií. Naprostá většina (73,6 %) zvolila názor lékaře a porodní asistentku vybralo 6,4 %. Doporučení od známých by vzalo v úvahu 13,6 % žen a recenzi na internetových diskuzích by věřily 6,4 % žen.

Otázka č. 18 se již zaměřovala na zjištění zájmu o hormonální substituční terapii. Konkrétně se tato otázka vztahovala na výběr mezi hormonální nebo alternativní možností léčby. Na prvním místě se umístila alternativní léčba s 69 %. Farmakologickou léčbu vybralo pouze 9 % žen a 22 % žen si nevybraly žádnou možnost.

Důvodem tak velkého počtu odpovědí pro alternativní léčbu zjišťovala otázka č. 19. Je především to, že ženy nechtějí užívat farmakologický typ léčby (51 %). Dalším častým důvodem je kontraindikace farmakologické léčby (19 %). Následující možnost ve výběru odpovědi byla, že ženy nechtějí užívat vůbec žádný typ léčby (11 %). Poslední možnost byla otevřená odpověď „jiná“ (19 %), kde mohly respondentky napsat jinou příčinu nezájmu o HRT. Nejčastěji se opakovaly odpovědi, že žádnou léčbu nepotřebují pro mírný průběh, obava z hmotnostního přírůstku a obava z nežádoucích účinků HRT.

Poslední otázka, která se věnovala problematice HRT a soustředila se na vedlejší cíl, byla otázka č. 20. Ptala se respondentek, zdali mají obavy o své zdraví v souvislosti s užíváním HRT. Z celkového počtu 221 respondentek odpovědělo 67,4 %, že se obávají o své zdraví při užívání hormonální terapie. Žádné obavy nemá 32,6 % respondentek. Tuto výpověď respondentek by bylo možné porovnat s otázkou č. 8, kdy cílem otázky bylo zjistit hlavní zdroj informací o klimakteriu. Více než polovina žen uvedla jako svůj zdroj informací internet a pouze 29 % žen důvěřovaly lékařům. Tyto data by mohly potvrdit moji domněnku o webových stránkách pro ženy jako o nevhodně zvoleném zdroji informací.

Druhá část dotazníkového šetření prokázala splnění vedlejšího cíle. Přestože většina žen (74 %) uvedla, že nejvíce by věřila názoru lékaře, 69 % žen uvedlo větší zájem o alternativní způsob léčby než o farmakologický způsob. Důvodem tohoto nezájmu o farmakologickou léčbu bylo nejčastěji uváděno, že tento typ léčby nechtějí, či je jim kontraindikována.

7.1 Doporučení pro praxi

Jelikož klimakterium je či bude nedílnou součástí každé ženy, která si prošla fertlním obdobím, považují za vhodné pečlivě informovat o těchto záležitostech každou ženu,

kteřá se již blíží do tohoto období. Porodní asistence je obor zaměřen nejen na porodnictví a neonatologii, ale také na ženu jako obecně. Proto je příhodné, aby porodní asistentka prováděla edukaci na toto téma v rámci gynekologické ordinace či v komunitním prostředí.

Tato osvěta o možnostech zmírnění klimakterických symptomů pomocí HRT, ale také o samotném vlivu HRT na zdraví ženy by mohly být podpořena nejen porodními asistentkami, ale především lékaři ve svých gynekologických ordinacích. Každý lékař by mohl vyčlenit speciální čas na seznámení pacientky s tímto tématem a nechat pacientce prostor na dotazy. Záměrně bych doporučila zaměření na oblast rizik a účinku HRT, kdy v této souvislosti mezi ženami v klimakteriu panují nesrovnalosti a mnohdy nekorektní informace.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce pojednává o problematice vlivu hormonální substituční terapie na zdraví žen v klimakteriu. Hlavním úmyslem při výběru tohoto tématu bylo dostat pojem a možnost hormonální substituční terapie mezi ženy v klimakteriu, které znají možnost této léčby pouze okrajově a jeho pravé účinky jsou zahaleny do stínu jejich obav.

Práce obsahuje teoretickou část, jejíž první kapitoly jsou věnovány přiblížení tématu klimakteria. Podstatná část teorie obsahuje kapitoly o hormonální substituční terapii, kde jsem rozebrala nejen hlavní hormony hrající nejdůležitější roli v HRT, ale také aplikační formy, léčebné režimy, účinky, rizika, indikace a kontraindikace této léčby.

V praktické části bakalářské práce byl stanoven hlavní a dílčí cíl. Výsledků z kvantitativního šetření bylo dosaženo na základě 221 odpovědí na vytvořený elektronický anonymní dotazník o 20 otázkách, které se vztahovaly k tématu a zvolenému cíli práce. Odpovídat měly pouze respondentky, které splnily základní stanovené kritéria, a to ženské pohlaví ve věku od 45 do 60 let.

Hlavní cíl bakalářské práce byl zjistit informovanost žen v klimakteriu o vlivu hormonální substituční terapie na jejich zdraví. K dosažení tohoto cíle byly vytvořeny v dotazníku otázky č. 2 – 10. Ze získaných dat a z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že informovanost žen v klimakteriu o hormonální substituční terapii je pouze povrchová a částečná, přestože více než polovina žen (55,2 %) uvedla míru své informovanosti za dostatečnou. Ženy mají povědomí o pojmech jako je klimakterium nebo hormonální léčba klimakterických obtíží, znají rizika i princip fungování HRT, ačkoli se 67,4 % respondentek obává o své zdraví v souvislosti s užíváním HRT. Dalším důvodem pro zpochybnění názoru respondentek o jejich informovanosti je odpověď na otázku č. 12, která byla zaměřena na obavy respondentek z přibírání v souvislosti s HRT. Téma hmotnostního přírůstku lze hodnotit jako jeden z nejčastějších a nejhledanějších témat v oblasti klimakteria, bylo tedy předpokladem, že o tomto faktu budou ženy informované. Přesto 66,1 % žen uvedlo, že se bojí hmotnostního přírůstku při užívání HRT.

Hlavní cíl byl tedy splněn.

Dílčí cíl tohoto výzkumného šetření se zaměřoval na zájem žen v klimakteriu na užívání HRT. V návaznosti na zmíněné obavy 51 % žen nemá zájem užívat farmakologický typ léčby a v 69 % dávají přednost nehormonálnímu typu terapie. Z celkového počtu 221 respondentek hormonální substituční terapii užívalo pouze 10 % dotazovaných žen.

Dalšími častými důvody neužívání HRT byly kontraindikace HRT (19 %) a nezájem užívání jakékoli typu léčby (11 %). Možnost otevřené odpovědi využilo 19 % žen a jako důvod pro neužívání HRT uvedlo obavu z hmotnostního přírůstku nebo z nežádoucích účinků. Neúplnost a nekorektnost těchto názorů může vyplývat hlavně z výběru zdroje informací. Zájem o informace ohledně klimakteria mělo 76,9 % dotazovaných žen, avšak jako hlavní zdroj těchto informací nejčastěji ženy uváděly internetové zdroje (51,5 %). Nejsnáze dostupné internetové zdroje jsou webové stránky určené pro ženy, které jsou mnohdy spíše zdrojem neověřených a nekorektních informací. Přitom nejžádanějším zdrojem informací byla v 61,5 % konzultace s lékařem a 73,6 % žen by důvěřovala odbornému názoru lékaře.

Dílčí cíl byl také splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BURDOVÁ, Marcela. Uživatelka hormonální substituční terapie v ordinaci praktického lékaře. *Interní medicína pro praxi* [online]. Praha, 2001, **3**(9), 4-10 [cit. 2021-01-13]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2001/09/15.pdf>
2. FAIT, Tomáš. Individualizace hormonální substituční terapie. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha: Mladá fronta, 2003 [cit. 2021-01-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/individualizace-hormonalni-substituční-terapie-152970>
3. FAIT, Tomáš. Klimakterium a hormonální substituční terapie. *Moderní babičtví* 3 [online]. Praha, 2004, 1-12 [cit. 2020-12-15]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=140>
4. FAIT, Tomáš. Současný pohled na problematiku hormonální substituční terapie. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 2008, **22**(4), 157-160 [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2008/04/10.pdf>
5. FAIT, Tomáš. *Klimakterická medicína*. Farmakoterapie pro praxi. 3. přepracované vydání. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-594-1.
6. FAIT, Tomáš. *Přechodem bez obav*. Praha: Maxdorf, c 2010. ISBN 978-80-7345-219-3.
7. FERIN, Michel, Raphael JEWELEWICZ a Michelle P. WARREN. *Menstruační cyklus*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-716-9350-2.
8. HRDONKOVÁ, Eliška a Zdeněk ROKYTA. Dospívání z pohledu gynekologa. *Pediatric pro praxi* [online]. Plzeň, 2011, **12**(3), 167-170 [cit. 2021-4-10]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/03/06.pdf>
9. CHEN, Chi-Ling, Noel WEISS a Polly NEWCOMB. Hormone Replacement Therapi in Relation to Breast Cancer. *Original Contribution* [online]. JAMA, 2002, **278**(6), 734-741 [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: [file:///C:/Users/uzivatel/Downloads/joc10761%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/uzivatel/Downloads/joc10761%20(1).pdf)
10. JENÍČEK, Jaroslav. *Hormonální substituční terapie a klimakterium: průvodce pro lékaře*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0133-2.
11. JENÍČEK, Jaroslav. *Žena v přechodu*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0679-2.

12. Klimakterium. *GynCare* [online]. Praha: GynCare Praha, © 2021 [cit. 2021-01-12]. Dostupné z: <https://www.gyncare.cz/klimakterium/>
13. KUBÍKOVÁ, Drahomíra. Menopauzální symptomy a hormonální substituční terapie. *Praktické lékárenství* [online]. Plzeň, 2014, **10**(2), 68-73 [cit. 2020-12-09]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2014/02/05.pdf>
14. NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-206-0.
15. O Alzheimerově chorobě. *Česká Alzheimerova společnost* [online]. Praha: VIZUS, © 2015 [cit. 2020-12-20]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>
16. PAYER, Juraj, Lahim BAQI a Zdenko KILLINGER. KLIMAKTÉRIUM A KOSTĚ: Hormonálna substitučná liečba v prevencii a liečbe osteoporózy. *Ambulantná terapia* [online]. Solen, 2007, **5**(1), 6-9 [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/aad7fd4454d124fa0dd8bacc22a57289.pdf>
17. REŠLOVÁ, Taťána. Menopauza - léčba potíží. *Medicína pro praxi* [online]. 2012, **9**(11), 445-450 [cit. 2021-01-09]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/11/07.pdf>
18. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. © 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
19. ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
20. SCHIERBECK, Luise Lind, Lars REJNMARK a Charlotte TOFTENG. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomised trial. *BMJ* [online]. 2012, 1 - 11 [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: <https://www.bmj.com/content/bmj/345/bmj.e6409.full.pdf>
21. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada), 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.
22. SLÍVA, Jiří a Tomáš FAIT. *Samoléčba v gynekologii, aneb, Sama sobě gynekologem*. Praha: Maxdorf, c 2012. ISBN 978-80-7345-282-7.

23. STURDEE, David. *The facts of hormone therapy for menopausal women* [online]. USA: The Parthenon Publishing Group, © 2004 [cit. 2021-01-30]. ISBN 1-85070-807-X. Dostupné z: https://www.imsociety.org/downloads/facts_of_ht_book.pdf
24. VLČEK, Jiří, Daniela FIALOVÁ a Magda VYTRÍŠALOVÁ. *Klinická farmacie II*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4532-9.
25. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
26. ŽIVNÝ, Jaroslav a Tomáš FAIT, 2003. Endokrinologie klimakteria a hormonální substituční terapie. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Praha, **2003**(3), 101-106 [cit. 2020-12-09]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2003/03/03.pdf>
27. ŽIVNÝ, Jaroslav, 2004. Stárnutí ženy a hormonální substituční terapie. *Interní medicína pro praxi* [online]. Praha, **2004**(8), 403-409 [cit. 2020-12-10]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/08/07.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	A podobně
č.	číslo
EPT	estrogen-progesteronová terapie
ET	estrogenová terapie
FSH	folikulostimulační hormon
HAK	hormonální antikoncepce
HRT	hormonální substituční terapie
IS/STAG	Informační systém a Studijní agenda
LH	luteizační hormon
MUDr.	Doktor medicíny
Ph.D.	Doktor
s.	strana
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Kuppermanův index (Fait, 2004)</i>	17
<i>Tabulka 2: Přítomnost klimakterických symptomů (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	38
<i>Tabulka 3: Klimakterické symptomy (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	39
<i>Tabulka 4: Informovanost o příčině klimakteria (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	40
<i>Tabulka 5: Informovanost o HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	40
<i>Tabulka 6: Informovanost o principu fungování HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření) ...</i>	43
<i>Tabulka 7: Informovanost o rizicích spojených s užíváním HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	43
<i>Tabulka 8: Obava z hmotnostního přírůstku kvůli HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření) .</i>	44
<i>Tabulka 9: Informovanost o HRT jako prevence (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	44
<i>Tabulka 10: Užívání HRT v okolí respondentky (zdroj: vlastní výzkumné šetření).....</i>	45
<i>Tabulka 11: Užívání HRT respondentkou v současnosti (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	45
<i>Tabulka 12: Užívání HRT respondentkou v minulosti (zdroj: vlastní výzkumné šetření) ...</i>	46
<i>Tabulka 13: Obava o zdraví v souvislosti s HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	49

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1: Věk respondentek (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	36
<i>Graf 2: Infomovanost žen o klimakteriu (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	37
<i>Graf 3: Zájem o informace o klimakteriu</i>	38
<i>Graf 4: Zdroj informací o HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	41
<i>Graf 5: Nejžádanější zdroj informací o HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	42
<i>Graf 6: Názor pro přesvědčení k užívání HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	46
<i>Graf 7: Výběr typu léčby (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	47
<i>Graf 8: Důvod nezájmu či neužívání HRT (zdroj: vlastní výzkumné šetření)</i>	48

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den Vážená čtenářko,

jmenuji se Barbora Goliášová a jsem vysokoškolskou studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistence na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Tématem mé bakalářské práce je „Vliv hormonální substituční terapie na zdraví žen v klimakteriu“. Chtěla bych touto formou požádat **ženy ve věku 45 - 60 let** o vyplnění tohoto dotazníku, který je **zcela anonymní**. Zaznamenané odpovědi budou použity pouze pro šetření v mé praktické části, proto Vás prosím o pravdivé zodpovězení všech otázek.

Zároveň vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním dat za účelem realizovaného šetření mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu.

1. Kolik je Vám let?

- 45 - 50
- 51 – 55
- 56 – 60

2. Myslíte si, že jste dostatečně informována o klimakteriu?

- Naprosto souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

3. Hledáte si informace o období klimakteria?

- Naprosto ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

4. Pociťujete nějaké příznaky klimakteria?

- Ano
- Ne
- Nevím, nejsem si jistá

5. Vyberte z následujících možností, jaké jsou vaše nejčastější potíže v klimakteriu? Pokud klimakterické potíže nemáte, tuto otázku nevyplňujte. (Možnost více odpovědí)

- Nepravidelný menstruační cyklus (špinění)
- Vynechání menstruace
- Návaly horka
- Bušení srdce
- Zvýšené pocení
- Poruchy spánku
- Podrážděnost
- Výkyvy nálad
- Poruchy soustředění
- Závratě
- Bolesti hlavy
- snížené libido

6. Víte, proč ženy mají klimakterické obtíže? Znáte příčinu těchto změn a obtíží?

- Ano
- Ne

7. Víte, že se klimakterické obtíže dají zmírnit pomocí farmakologické hormonální léčby?

- Ano
- Ne

8. Pokud jste na otázku č. 7 odpověděla ANO - Z jakého zdroje jste se dozvěděla nejvíc informací o hormonální léčbě?

- Lékař
- Porodní asistentka/ zdravotní sestra v ordinaci gynekologa
- Brožury a letáčky
- Internetové zdroje
- Knihy
- Známi

9. Z jakého zdroje byste se NEJRADĚJI dozvěděla informace o hormonální léčbě?

- Lékař
- Porodní asistentka/ zdravotní sestra v ordinaci gynekologa
- Brožury a letáčky v ordinaci gynekologa
- Internetové zdroje
- Knihy
- Známi

10. Víte, jak funguje hormonální léčba klimakterických obtíží?

- Ano
- ne

11. Víte, jaká jsou rizika spojená s užíváním hormonální léčby?

- Ano
- Ne

12. Bojíte se, že při užívání hormonální léčby přiberete?

- Ano
- Ne
- Nevím

13. Myslíte si, že se hormonální léčba v klimakteriu užívá i jako prevence chronických onemocnění (jako je osteoporóza nebo kardiovaskulární onemocnění)?

- Ano
- Ne

14. Užívá některá žena ve vašem okolí hormonální léčbu klimakterických obtíží?

- Ano
- Ne
- Nevím

15. Užíváte v současné době hormonální léčbu klimakterických obtíží?

- Ano
- Ne

16. Užívala jste v minulosti hormonální léčbu klimakterických obtíží?

- Ano
- Ne

17. Který názor by vás přesvědčil řešit své klimakterické obtíže hormonální léčbou? (Možnost více odpovědí)

- Konzultace s lékařem
- Konzultace s porodní asistentkou v ordinaci gynekologa
- Recenze na internetových diskuzích
- Doporučení od známých

18. Užívala byste raději hormonální nebo alternativní (přírodní) léčbu klimakterických obtíží?

- Farmakologická hormonální léčba
- Alternativní léčba
- Nevím

19. Z jakého důvodu nemáte zájem užívat, nebo neužíváte, hormonální léčbu klimakterických obtíží?

- Hormonální léčba je mi kontraindikována (ze zdravotních důvodů nesmím)
- Nechci užívat žádný způsob léčby
- Nechci užívat farmakologický způsob léčby
- Jiná ...

20. Máte obavy, že vaše zdraví bude ohroženo užíváním hormonální léčby?

- Ano
- Ne