

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života žen po menopauze

Kateřina Vančurová

Bakalářská práce

2008

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence
Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina VANČUROVÁ**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Porodní asistentka**

Název tématu: **Kvalita života žen po menopauze**

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

1. Sběr informací, studium literatury a popis problematiky týkající se kvality života ženy po menopauze.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz práce.
3. Prozkoumání výběru metod výzkumu a respondentek sávedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníku.
5. Výběr vhodných respondentek a rozdání dotazníků.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: 30 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- 1) CITTEBART, K. et al. Gynekologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-094-0.
- 2) DONÁT, J. Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2001. ISBN 80-238-8245-7.
- 3) JENÍČEK, J. Hormonální substituční léčba a klimakterium. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0133-2.
- 4) KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0

Vedoucí bakalářské práce: Bc. Helena Petržílková
Katedra porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2007
Termín odevzdání bakalářské práce: 24. června 2008


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. ledna 2008

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především Bc. Heleně Petržílkové za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji všem ostatním, kteří se na této práci podíleli.

Kateřina Vančurová

Souhrn a klíčová slova

Tématem bakalářské práce je Kvalita života žen po menopauze. Jedná se o práci teoreticko – výzkumnou. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretickou část a část empirickou.

Teoretická část je zaměřena na vysvětlení pojmu kvalita života. Dále je zde vysvětlena problematika menopauzy a klimakteria, sexu po menopauze a hormonální substituční terapie.

Empirická část tvoří rozbor výzkumu, který jsem o problematice kvality života žen po menopauze provedla. Je věnována metodice, organizaci, průběhu a vyhodnocení výsledků výzkumu, který probíhal formou dotazníků.

Klíčová slova: kvalita života, menopauza, klimakterium, sex po menopauze, hormonální substituční terapie

Summary and key words

The theme of bachelor work is Quality of women's life after climacterium. The aim of this work is theoretical and researching as well. This essay is made from two parts. From theoretical part and empirical part.

In the theoretical part there is explained the theme for quality of women's life. Next thing explained there is menopausal transition and climacterium, sexual life after climacterium and hormone replacement therapy.

Empirical research part is addict to procedures, establishment, process and evaluation of results of research which was made by questionnaire form.

Key words: life quality, menopausal transitiv, climacterium, sexual life after climacterium, hormone replacement therapy.

Obsah

Úvod	8
Cíl bakalářské práce	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Kvalita života	11
1.1 Rozdíl mezi kvalitou a kvantitou	11
1.2 Kvalita života a její rozsah pojetí	11
1.3 Měření kvality života	12
1.3.1 Metody měření, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba	12
1.3.2 Metody měření, kde sama daná osoba je sama hodnotitelem	14
1.3.3 Metody smíšené, které vznikají kombinací I. a II. typu	16
2 Klimakterium a menopauza	17
2.1 Základní terminologie dle WHO	17
2.2 Menopauza a její etiologie	18
2.3 Menopauza a její fyziologie	18
2.4 Příznaky deficitu estrogenů a menopauza	19
2.4.1 <i>Akutní příznaky</i>	19
2.4.2 <i>Subakutní příznaky</i>	19
2.4.3 <i>Chronické příznaky</i>	19
3 Sex a menopauza	20
4 Hormonální substituční terapie	21
4.1 Akutní příznaky a HRT	21
4.2 Subakutní příznaky a HRT	21
VÝZKUMNÁ ČÁST	23
5 Hypotézy	24
6 Metodika a vzorek výzkumu	25
7 Prezentace výsledků	27
8 Diskuse	46
Závěr	49
Soupis bibliografických citací	50
Seznam příloh	51

Úvod

Klimakterium, přechod, menopauza. Jen při vyslovení těchto slov mnoho žen polije horko, rozbuší se jim srdce, dostanou závrať. Přitom se nejedná o nemoc, ale o přirozený jev v životě ženy. Menopauza (poslední menstruace) postihne všechny ženy. Mnoho žen se menopauzy děší, protože je nedílnou součástí klimakteria (přechodu). Proto si každá žena spojuje menopauzu s nepříjemnými doprovodnými příznaky jako je pocení, návaly, stres. Málokterá žena ví, že tyto příznaky nejsou jejím důsledkem. Tyto příznaky jsou důsledkem klimakterické syndromu, který může ženu postihnout. Ženy si myslí, že menopauza zhoršuje kvalitu života. Toto téma jsem si vybrala, abych zjistila, zda – li má menopauza nějaký vliv na kvalitu života žen po menopauze.

V dnešní době již je vydáno velké množství literatury, ve které se ženy mohou o problematice menopauzy edukovat. Existuje velké množství léků, které ženám pomáhají vyrovnat se s následky přechodu a zmírnit jeho příznaky. Po prostudování odborné literatury si ženy najdou odpovědi na otázky, které je zajímají, ale nemají dostatek odvahy, zeptat se někoho jiného.

Ženy se na menopauzu dívat správným pohledem. Nespojovat si menopauzu s koncem kvalitního a plnohodnotného života. Žít kvalitně celý život je přáním každého z nás, a jestli náš život bude kvalitní, záleží také jenom na nás.

Cíl bakalářské práce

Mým prvním cílem je, zjistit průměrný věk menopauzy. Odborná literatura uvádí průměrný věk menopauzy 49 - 51 let. Ale je tomu tak i ve skutečnosti?

Druhým cílem je, abych poukázala na pohled žen na menopauzu. Zda - li se na menopauzu dívají, jako na konec svého života. Nebo zda - li je menopauza pro ženy přirozenou součástí jejich života.

Svým třetím cílem jsem chtěla zjistit, zda - li měla menopauza vliv na sexuální a společenský život ženy. V odborných literaturách se uvádí o výhodách a nevýhodách sexu po menopauze, ale literatura nemůže nahradit skutečný život.

Čtvrtým cílem je získat informace o přístupu žen v péči o zdraví z gynekologického hlediska. Menopauza a tím spojené vyhasínání funkce ovarií s sebou přináší řadu problémů. Je narušena hormonální hladina v těla a ženě může přinést narušená hormonální hladina zdravotní problémy. Proto gynekologické a mamografické vyšetření u žen po menopauze je velmi důležité, aby se včas zachytily problémy (rakovinové bujení) a včas se problémy léčily, aby se nesnižovala kvalita života.

Mým předposledním cílem bylo zjistit, jak menopauza ovlivnila možnost využití volného času. Zdravotní problémy a problémy spojené s přechodem, jako je stres, návaly horka, pocení, které mohou ženu postihnout, změni ženin přístup k volnému času. Mnoha koníčků, které před menopauzou vykonávala, se může vzdát. Na druhé straně si může najít spoustu nových zájmových aktivit.

Poslední cíl je, porovnat a statisticky (graficky) vyhodnotit výsledky výzkumu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Kvalita života

„Život neznamena být živ, ale žít v pohodě“ (Martialis)

1.1 Rozdíl mezi kvalitou a kvantitou

Kvantita je délka života. O kvantitě jsme zvyklí běžně hovořit. Uvádí se jednoduše, číselně, tím, že například počítáme roky. Díky tomu vyjádříme, jak dlouho žili lidé, kteří již zemřeli, a také jak dlouho žijí lidé, kteří ještě nezemřeli. (5)

Jak se dá vyjádřit kvalita? Z etymologického slovníku se dozvídáme, že slovo kvalita je odvozeno z latinského „qualitas“. Dalším výkladem je pak slovo „qualis“, které se překládá jako - jaký. (5)

Kvalitou se rozumí „jakost, hodnota“, což je charakteristický rys, kterým se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku. Dá se to dobře vyjádřit na příkladu, kdy odlišujeme život jednoho člověka od života jiného člověka. (5)

Lidé se odedávna zajímají otázkou kvality života. Holandský psycholog J. Bergsma k problému kvality života píše: „Co lidé existují, byli vždy schopní zamýšlet se a uvažovat o svém životě. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení. Byla i zdrojem jejich inspirace nejen toho, co dělali, ale i změn, k nimž toto pojetí života vedlo“. Problematika hodnocení kvality života chronicky nemocných pacientů a starých lidí byla jedna z prvních odborných publikací zabývajících se kvalitou života. (5)

1.2 Kvalita života a její rozsah pojetí

Pokud hovoříme o kvalitě života u jednotlivého člověka, vybíráme z celé problematiky jen dílčí oblast. Bergsma rozděluje tuto problematiku do třech hierarchicky odlišných sfér. Rozděluje je do makro – roviny, mezo – roviny a personální roviny. (5)

V makro – rovině jde o kvalitu života velkých společenských celků (určitá země). Jedná se o nejhlubší zamyšlení nad kvalitou života, jde o absolutní smysl života. Život je chápán jako absolutní morální hodnota. Tím se stává problematika kvality života přední politická úvaha. (5)

V mezo – rovině jde o kvalitu života v tzv. malých sociálních skupinách (škola, nemocnice). Zde jde o otázky vzájemných vztahů mezi lidmi, neuspokojování a uspokojování, respekt morální hodnotě života člověka, sdílených hodnot, existence tzv. sociální opory. (5)

V personální rovině jde o život jednotlivce. Týká se jednotlivě každého z nás. Každý jedinec si sám hodnotí kvalitu svého vlastního života. Hodnotí si ji podle svých hodnot, své představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení. Pokud hovoříme o kvalitě života, je nutné si vždy předem určit, o kterou rovinu nám jde. Kvalita je subjektivní soud. Soud je výsledkem zvažování a porovnávání více hodnot. „*Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí.*“ Kvalita je hybnou silou žití. (5)

1.3 Měření kvality života

Je velké množství metod, kterými se měří kvalita života. Dají se rozdělit do tří skupin.

- I. Metody měření, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba.
- II. Metody měření, kde sama daná osoba je sama hodnotitelem.
- III. Metody smíšené, které vznikají kombinací I. a II. typu.

1.3.1 Metody měření, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba

Předchůdcem měření kvality života byly tzv. *HS* – Health State – *Rejstříky zdravotního stavu daného pacienta*. Lepší a dokonalejší formou jsou tzv. *HSP* – Health State Profiles – *Profily zdravotního stavu pacienta*. V těchto metodách jde o pokus nastínit zdravotní stav pacienta, jak je viděn z obecně fyziologického hlediska. (5)

Vystižení momentálního stavu pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii

Nejnámějším příkladem je metoda zvaná *Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – APACHE II* (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systém). Touto metodou se měří odchylky od všech abnormálních fyziologických funkcí, výsledek se vyjadřuje jedním číslem. Je možné, že pravděpodobně existuje vztah mezi údajem o vážnosti nemoci a úmrtnosti pacientů. (5)

Metoda APACHE II se velmi často užívá ve Velké Británii, na jednotkách intenzivní péče (JIP), protože se na těchto oddělení zjišťuje závažnost onemocnění od příjmu a do 24h po jeho přijetí oddělení JIP. Jelikož na toto oddělení přichází pacienti s kardiovaskulárními problémy, zaznamenávají se do APACHE II údaje o krevním tlaku, srdečním tepu atp. Podle údajů, které se zaznamenávají, získávají pacienti do celkového skóre body.

Celkové skóre APACHE II je v rozmezí 0 – 71 bodů. Čím vyšší bodové ohodnocení, tím je větší pravděpodobnost úmrtí pacienta. (5)

Karnofskyho index (příloha A) je další metodou o vystižená momentálního stavu pacienta. Tímto indexem vyjadřuje lékař svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta k danému datu. Jde o vidění kvality života pacienta jako jeho *celkového stavu* než jeho zdravotním problémů.

Vizuální škálování celkového stavu pacienta, kdy jde o tzv. *viditelnou analogovou škálu* (příloha B) - VAS (Visual Analogous Scale). Touto škálou je 10 cm dlouhá, v úhlu 45° stoupající úsečka s označenými dvěma extrémy. (5)

Komplexnější vystižení současného pacientova stavu

Hodnotitel má za úkol, aby podle subjektivního zdání, udělal na viditelné analogové škále ležatý křížek tam, kde se mezi uvedenými extrémy posuzovaný pacient v dané chvíli nachází.

Zaznamenávání kvality života ukazuje kritický pohled, že při tzv. *externích formách hodnocení kvality pacientova života*. Rozdíly v takovém hodnocení mohou být diametrálně odlišné, jak v hodnocení kvality života různými hodnotiteli, tak v různých časových úsecích, nebo v různých situacích. Kladem je relativně obecné kritérium. Tato kritéria nejsou stanovena, ale berou v úvahu více dimenzí života. Jsou libovolná a závisí na pojetí kvality života hodnotitele. (5)

Symbolické vyjádření kvality života (příloha C) využívá k vyjádření hodnotitelem soustavu křížků. V první řadě jde o samoobslužnost pacienta, o jeho schopnost komunikovat se zdravotnickým personálem a o jeho psychický stav. Čím více křížků, tím je horší kvalita pacientova života. Zde jde o dosti obecné pojetí kvality života, ale můžeme sledovat pronikání určitých hledisek do hodnocení kvality života. Jedním hlediskem je schopnost sebeobsluhy pacienta, jiným hlediskem je ohled na sociální komunikaci daného pacienta. Lépe se zachytil proces nemoci, který se u pacienta zhoršoval. Pokud se objevilo zhoršené určité hledisko v průběhu nemoci, přimaloval se pacientovi křížek. (5)

Kvalita života a její slovní vyjádření. Do tohoto měření patří tzv. *Index kvality života pacienta ILF*. Zde byla předem stanovena kritéria, které se hodnotily. Kladem tohoto systému bylo, že stanovení kritéria kvality života nebylo jen na hodnotiteli. Kritéria odsouhlasil větší počet lidí – lékaři, sestry, pacienti atp. Stav pacienta se dal zaznamenávat v jednotlivých dimenzích (např. v pětistupňové škále). Kvalitu života jde možné hodnotit v předem stanovených časových úsecích, v určitých situacích atp. (5)

Slovní hodnocení mělo různé podoby. Zvyšoval se počet dimenzí, které se při hodnocení braly v úvahu. Nejpoužívanější systém kvality života je systém podle W.O. Spitzera. Mezi tato kritéria patří fyzická nezávislost pacienta na druhých lidech, finanční situace, pracovní schopnost pacienta, bolesti pacienta, nálada pacienta, způsob trávení volného času atp. (5)

Pokud kvalitu života hodnotí jiná osoba, byly velké rozdíly v pojetí kvality života, než jak to cítil sám pacient. Z tohoto důvodu se vymýšlely nové způsoby měření kvality života. (5)

1.3.2 Metody měření, kde sama daná osoba je sama hodnotitelem

Pokud hodnotí kvalitu pacientova života příbuzní, má to své nesporné výhody. Tzv. *externí* přístupy se zaměřují na chování nebo jednání pacientů. Externí přístupy mají i mnoho nedostatků. Patrick a Ericson upozornili, že externí přístupy při hodnocení kvality života nemusí být v souladu s tím, jak sám pacient hodnotí svůj stav. Jsou odlišné dimenze života, nežli jsou ty, které jsou pro pacienta důležité. Patrick a Ericson navrhuje zjišťovat u každého pacienta jen ty dimenze, které jsou pro pacienta nejpodstatnější. Interní pohled na kvalitu života znamená změnu v měření. Měří se kvalita života metodou tzv. HRQoL – měření kvality života z hlediska zdraví, kdy se do popředí dostává *fenomenální hledisko a tzv. vnitřní referenční rámec a analýza subjektivního posuzování*. (5)

Měření kvality života pacienta jeho interními kritérii

Skupina irských psychologů zjistili v metodě Patricka a Ericsona, že sice jejich metoda prohloubila přístup k pohloubení kvality jednotlivého života. Jednotlivé dimenze, které se metodou Patricka a Ericsona zjistily, měly odlišnou závažnost pro daného pacienta. Další upozornění těchto psychologů se týkalo proměnlivosti dimenzí kvality života v průběhu času a situací. Pacient považuje za důležité před operací jiné věci, než po operaci. Tyhle odlišnosti byly patrné i u relativně nejrozšířenějšího indexu kvality života nazývaného DDRS – *Posuzovací škála stresu a neschopnosti*. Posuzovací škála byla sestavena na základě širokého výzkumu hodnot, které zdraví i nemocní lidé v různých částech světa považují za podstatné. (5)

Kvalita života v termínech životní spokojenosti

Když definujeme pojem kvalita života, setkáváme se s důrazem kladeným na spokojenost. Podle toho se domníváme, že žije kvalitně jen ten, který je spokojen. Kdy je vlastně člověk spokojen? Když se mu daří, když dosáhne všeho, čeho dosáhnout chtěl. Ehteld říká: „Uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával.“ (5)

Ed Diener vyvinul metodu zvanou *Stupnice spokojenosti se životem – SWLS*. Jde o široké pojetí kvality života. K tomuto pojetí přešli autoři poté, co analýzou došli k závěru, že v pozadí všech údajů je jeden hlavní faktor a na ten se pak zaměřili. V dotazníku používají pět otázek. Na sedmibodové škále se vyjadřuje stupeň souhlasu, kdy 1 je minimum souhlasu

a 7 naopak maximum souhlasu. V tomto přístupu se rozšířil rozsah oblastí, ve kterých se zjišťuje míra spokojenosti člověka. (5)

Nový přístup a filozofické pozadí

Interní přístup v hodnocení kvality života vychází z fenomenologického pojetí psychologie. Člověk je aktivní bytí, který hledá smysl svého života. Z hlediska psychologie je hledání smyslu života jako tvorba osobního pojetí o nejlepším uspořádání vlastního světa. Projevuje se tím, že člověk si neustále staví plány a cíle, které se snaží dosáhnout. Toto jednání je na sobě zcela nezávislé, nesourodé a různorodé. Pokud se člověku daří, aby daného cíle dosáhl, je spokojen. Spokojenost velice úzce souvisí s kvalitním životem. Pokud se v realizaci cílu objeví překážka (nemoc, bolest, obavy atp.), je míra spokojenosti s kvalitou života značně narušena. (5)

Calman definoval kvalitu života jako „*rozdíl mezi nadějami a očekáváním člověka a současným stavem jeho života*“. Rozdíl, mezi tím, přáním a situací, se může zvětšovat například nemocí. Nebo naopak se může zmenšovat, pokud je dobrá léčba a pacientovi se od jeho obtíží uleví. (5)

Metoda SEIQoL (příloha D)

Zkratka SEIQoL znamená Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – *Program hodnocení individuální kvality života*. (6)

Tato metoda není pro všechny lidi stejná. Je individuální. Pojetí kvality života se chápe podle toho, jak je brána dotazovaným člověkem. Základem jsou odpovědi dotazované osoby. Pojetí kvality života záleží na systému hodnot, které má dotazovaná osoba. (6)

Aspekty života, které v dané chvíli považuje dotazovaný za nejdůležitější, jsou zcela svobodně voleny. V této metodě se počítá s tím, že aspekty, které člověk považuje za nejdůležitější, se v průběhu života mění. (6)

Metoda SEIQoL se snaží rozhovorem zjistit, které aspekty jsou pro člověka kritické. Je to rozhovor, který je do určité míry strukturovaný. Je omezen jen na nejdůležitější aspekty kvality života a nezahrnuje všechny aspekty, které by mohli být brány v úvahu. Každý aspekt je nejprve zachycen obecně. Poté se zjišťuje jeho hlubší význam. (6)

Metodologie SEIQoL spočívá ve strukturovaném rozhovoru, kdy je člověk požádán, aby uvedl pět životních cílů, které považuje za nejdůležitější. Neuvádí jich více ani méně. Uvede – li jich více, bere se v úvahu pět nejdůležitějších, které sám označí dotazovaný člověk. (6)

Jedním z klíčových slov této metody je tzv. *cue*, který se překládá jako „životní cíl“. Je to teleologický (cílově zaměřený) podnět k aktivitě. Hlubší význam termínu „*cue*“

se česky překládá jako „cílový podnět snažení“. Jde o to, že dotazovaný by měl obecněji vysvětlit či konkrétněji poukázat, který životní cíl je pro něj nejdůležitější. (6)

Aby se při rozhovoru zamezilo sugestivnímu ovlivňování, tak se dotazovaným neuvádějí možné příklady zaměření. Existují však příklady cílových podnětů snažení, které pomáhají dotazovaným, aby si ujasnili to, o co jde v dotazu k vyjmenování pěti základních životních hodnot. (6)

Mezi příklady životních cílů patří *rodina*, *manželství* (děti, vnuci, otázky lásky, porozumění, péče, starosti, vzájemné pohody v rodině), *tělesné zdraví* (udržování zdraví, jeho zlepšení, úspěšné bojování se zdravotními těžkostmi), *duševní pohoda* (udržování paměti v dobrém stavu, rozumné myšlení, mít dobrou náladu, nebýt citlivý, ale empatický), *duchovní život* (nacházet smysl života, snaha žít smysluplně, hledat a poznávat to, co je v životě podstatné), *kultura* (návštěvy divadel, koncertů, četba) apod. (6)

Pokud dotazovaný uvede pět životních cílů, uvádí se i míra uspokojení dané osoby s tímto podnětem. Dotazovaná osoba uvede míru uspokojení v procentech, kdy dolní hranice je rovna 0% (nejsem spokojen) a horní hranice je rovna 100% (jsem plně spokojen). (6)

1.3.3 Metody smíšené, které vznikají kombinací I. a II. typu

Dalšími příklady v měření kvality života je metoda MANSA a metoda LSS. (5)

MANSA

V této metodě se nehodnotí jenom celková spokojenost člověka se svým životem, ale také spokojenost s řadou předem stanovených dimenzí života. V rámci metody MANSA je zpracována metoda LSS – škála životního uspokojení. Cílem metody MANSA je vystihnout celkový obraz kvality života tak, jak se to člověku v dané chvíli jeví. Zjišťuje se, jak je člověk spokojen se svým zdravotním stavem, rodinnými a sociálními vztahy, sebepojetím, bezpečnostní situací, vírou, zaměstnáním. (5)

2 Klimakterium a menopauza

Klimakterium neboli přechod je v životě ženy období, kdy dochází k postupnému vyhasínání funkce vaječnicků. Nastává obvykle mezi 45. až 55. rokem věku. U některých žen může přijít dříve, ve výjimečných případech později. Začátek tohoto období je individuální, záleží na stavu výživy, prodělaných chorobách, rodinnou dispozicí. Výrazně do nástupu přechodu může přispět gynekologická operace (odnětí vaječnicků). Potíže spojené s přechodem je mnoho a nemusí se u některých žen projevit v celém svém rozsahu. (1, 2, 3)

2.1 Základní terminologie dle WHO

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučila používat následnou terminologii:

Premenopauza

Je to období, které předchází menopauze. Je přičítán době 1 až 2 let bezprostředně před menopauzou, nebo je přičítán celému reprodukčnímu období před menopauzou. V této době je pravidelná menstruace nebo polymenorea, hypermenorea, oligomenorea. Objevuje se anovulační sterilita s luteální insuficiencí ovaria. (1)

Menopauza:

Je to trvalé vymizení menstruace v důsledku ztráty folikulární aktivity ovarii. Menopauza může být rozpoznána po 12 měsících amenorey, při které se nevyskytly žádné jiné patologické důvody. Menopauza se vyskytuje s posledním menstruačním cyklem, který lze zjistit nejméně 1 rok po této události. (2, 3)

Menopauzální přechod:

Menopauzální přechod je období před poslední menstruační periodou, kdy stoupá variabilita menstruačního cyklu. Tento termín může být synonymum pro perimenopauzu. Termín perimenopauza může být nepřesný a měl by být vypuštěn. (3)

Perimenopauza:

Je to období těsně před menopauzou a 1 rok po menopauze. V tomto období je nepravidelná menstruace, oligomenorea, hypomenorea až amenorea. Dochází k reverzibilní folikulární insuficienci ovaria. (3)

Postmenopauza:

Je definována datem posledního menstruačního cyklu. Je zde trvalá amenorea a ireverzibilní folikulární insuficience ovaria s trvalou sterilitou. (3)

Předčasná menopauza:

Je to menopauza, která se objevuje před 40. rokem života ženy. Věk 40 let se užívá jako arbitrážní hranice, pod níž menopauzu uvádíme jako předčasnou. (3)

Indukovaná menopauza:

Zástava menstruace po chirurgickém odstranění jednoho nebo obou vaječníků nebo po iatrogení ablaci ovariální funkce chemoterapií nebo radiací. (3)

Klimakterium:

Přechod z reprodukční fáze do nereprodukčního stavu. (3)

Klimakterický syndrom:

Období ženy, v němž vzniká symptomatologie. Zahrnuje symptomy vazomotorické a psychické. Mezi tyto symptomy patří návaly horka, pocení, bolesti hlavy, závratě, deprese, nervozita, podrážděnost atp. (1, 3)

2.2 Menopauza a její etiologie

Pokles ovariálních folikulů je příčinou menopauzy. Po menopauze je ovarium menší a lehčí díky chybění velkých folikulů a čerstvých žlutých tělísek. Přesto jsou v ovariu zdánlivě normální folikuly s oocyty, ale v různém stádiu atrezie. Jejich citlivost na gonadotropiny je vymizelá, i když jsou jejich hladiny vysoké, proto se nediferencují. I po menopauze zůstává zachována produkce androgenů. Ovarium pouze ztratilo cyklickou produkci estrogenů a gestagenů, ale zachovalo si produkci androgenů. (3)

2.3 Menopauza a její fyziologie

Vegetativní, vazomotorické a psychosomatické potíže se objevují ve věku 49 až 51 let. Jsou kratší menstruační cykly díky luteální insuficienci, až nastane sekundární amenorea. Může se objevit i nepravidelný cyklus (metroragie). (3)

V dalších letech vzniká atrofie reprodukčních orgánů. Ovaria i děloha se zmenšují, endometrium atrofuje, atrofuje kůže, močový měchýř, řídnou vlasy, pochva ztrácí elasticitu. Okolo 60. roku se vyvíjí osteoporóza, ateroskleróza, kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby. (3)

2.4 Příznaky deficitu estrogenu a menopauza

2.4.1 Akutní příznaky

Mohou se vyskytnout měsíce před menopauzou, nebo se objevují krátce po menopauze. Příznaky se mohou objevit náhle, někdy pozvolna o období menopauzy. Pokud se provede chirurgická kastrace, tak tyto příznaky přichází velmi rychle, obvykle 2 – 4 týdny od operace. U 10 – 15% žen se příznaky objevují již před menopauzou. Symptomy většinou ustupují do 2 let, u 1/4 žen přetrvávají více než 5 let. K akutním příznakům patří vasomotorické obtíže jako návaly horka, pocení, bolesti hlavy, závratě, parestázie, psychické obtíže, zažívací obtíže, poruchy srdečního rytmu s bolestmi v krajině srdce a bolesti kloubům. Tyto příznaky se v odborné terminologii označované jako klimakterický syndrom. Tyto příznaky nezhoršují zdraví ženy, ale zhoršují kvalitu života. (3)

2.4.2 Subakutní příznaky

Tyto příznaky by se dali označit jako střednědobé. Jejich začátek je po menopauze a trvají do pozdní postmenopauzy. Ženě ztěžují výraznou měrou život, pokud nejsou adekvátně léčeny. Jsou příznakem poškozením tkání atrofizací z nedostatku estrogenu. Postižena je sliznice pochvy, uretry, trigona močového měchýře, oka, dutiny ústní, nosu, faryngu, laryngu, tlustého střeva. Padání vlasů a lámání nehtů není žádnou vzácností. Atrofizace může postihnout i pojivovou tkáň, což se může projevit prolapsem dělohy a pochvy. (3)

2.4.3 Chronické příznaky

Vznikají několik let po menopauze. Jsou výsledkem poruch metabolismu lipidů, karbohydrátů a metabolismu kostí s převahou osteoresorpce. Konečný výsledek je vážné poškození zdraví, ohrožení života infarktem myokardu, náhlé mozkové příhody nebo zlomeniny proximálního femuru. Těmto následkům předchází období dyslipidémie, hypertenze, ateroskleróza, osteoporóza. Dalšími příznaky jsou stařecké demence Alzheimerova typu a senilní makulární degenerace s výsledkem stařecké slepoty. Všechny tyto příznaky označujeme souborně jako metabolický estrogen, deficitní syndrom. (3)

3 Sex a menopauza

Sexuální aktivita není omezena věkem, s věkem se mění schopnost dosáhnout orgasmu. Téměř u pětiny zdravých žen není schopnost dosáhnout vyvrcholení nebo k orgasmu dojde jen zřídka a pohlavní život jim přináší uspokojení. Sexuální aktivita není výsadou mládí ani stáří, ale přispívá k upevnění manželství. (7)

Je mnoho nesprávných představ o sexuálním životě po menopauze. Touha po pohlavním styku po menopauze se nemění a převážně se zvyšuje. (7)

Mnoho žen spojuje vynechání měsíčku se „ztrátou ženskosti“. Poté si myslí, že není etické, aby měli o sexuální styk zájem. Podle toho se i nadále chovají. Zanedbávají péči o svůj zevnějšek, což v mnoha případech způsobí, že muž ženu opustí, protože je velký nesoulad v manželském pohlavním životě. (7)

Vyhasnutí hormonální činnosti vaječnicků nemá za následek pokles sexuální aktivity. Po menopauze vymizí spousta starostí spojená s pohlavní zralostí ženského pohlavního systému. Žena se nemusí bát nechtěného otěhotnění, odpadá starost o pravidelné užívání hormonální antikoncepce. (7)

U starších žen dochází při vzrušení k pomalejšímu zvlhnutí pochvy, k vyvrcholení dojde žena rychleji než dříve a období uvolnění dochází po orgasmu také rychleji. Dosti často však tyto ženy prožívají styk daleko intenzivněji než dříve. Neměli by však zapomínat na své muže, kteří také potřebují více něhy a dotyků než v mladším věku. (7)

4 Hormonální substituční terapie

Jako jediná účinná kauzální léčba postmenopauzálního estrogen – deficitního syndromu je náhradní, suplementační léčba estrogény. Taktiku léčby určuje druh a intenzita potíží. Klimakterický syndrom lze v některých případech léčit i nehormonálně, estrogen – deficitní syndrom lze léčit jen hormonálně. U osteoporózy můžeme při kontraindikaci HRT (hormonální substituční terapie) volit jiné léky jako kalcitocin a bisfosfonáty. (2, 3)

4.1 Akutní příznaky a HRT

Nejúčinnější léčbou vasomotorických symptomů je substituce estrogenů. Bylo to prokázáno řadou placebem kontrolovaných studií. HRT může zlepšit návaly horka a nočního pocení i u menstrujících perimenopauzálních žen. U těchto žen většinou dochází ke zmírnění symptomů při podání nejnižších dostupných dávek. Ke zlepšení dochází během několika dnů a k úplnému vymizení návalů během jednoho cyklu. Některé ženy nereagují na léčbu okamžitě, ale postupně, proto by měla léčba trvat nejméně 3 měsíce při stejných dávkách, poté, pokud žena nezareaguje na léčbu, by se měla dávka případně zvýšit. Je těžké předpovědět, jak dlouho budou návaly trvat, protože je to zcela individuální. Některé ženy trpí návaly nejméně 1 rok, u některých žen trvají návaly více než 5 let. Podle toho se odvíjí i potřeba HRT. Ani u žen po 70 letech věku bychom neměli bránit indikaci HRT, protože má pozitivní a preventivní účinky na metabolické onemocnění a Alzheimerovy nemoci. (2, 3)

Pokud se přerušší HRT, tak se v řadě případů návaly vracejí. Pokud žena chce, aby návaly rychleji přestaly, neměla by být kávu, alkohol, kouřit cigarety a jíst hodně kořeněná jídla. (2, 3)

4.2 Subakutní příznaky a HRT

V těchto případech léčba rychle eliminuje vaginální příznaky, je lepší kvalita sexuálního života, odstraňuje urologické příznaky včetně některých druhů inkontinence. Z hlediska urologie zlepšuje urgenci a frekvenci močení a stresovou inkontinenci. HRT brání vzniku a recidivám zánětů močového traktu. Diskutuje se o potřebě vysokých nebo nízkých dávkách estrogenů. Nízkodávková HRT odstraňuje urogenitální potíže, ale má své výhody i nevýhody. Její výhodou je, že nezpůsobuje proliferaci endometria a nemusí být přidáván progesteron.

Její nevýhodou je, že nesnižují riziko osteoporózy a kardiovaskulárních nemocí jako systémová léčba. (2, 3)

Jaká dávka, jaký druh terapie a jaký způsob podání je nejlepší, není známo. Zdá se, že stresová inkontinence by neměla být léčena samotným estrogenem, ale měla by být léčena v kombinaci s alfa adrenergním agonistou. (2, 3)

K léčbě používáme vaginální estriol v globulích, čípcích, krému. Dále podáváme vaginální estriol v kombinaci s celkovou HRT perorálně, transdermálně nebo perkutánně. (2, 3)

Lokální i celkové estrogény, poměrně rychle eliminují i příznaky atrofizace ostatních sliznic – úst, nosu, hltanu, k hrtanu, oka a tlustého střeva. Dají se uplatnit i při léčbě revmatoidní artritidy. HRT má i příznivější účinky na kůži a adnexa. Kůže je odolnější, silnější, je lepší kvalita vlasů a nehtů. HRT může i zpomalovat tvorbu vrásek, ale toto tvrzení nebylo jednoznačně potvrzeno. (2, 3)

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Hypotézy

Pro výzkum, který je součástí mé bakalářské práce jsem stanovila následující hypotézy:

1. Ženy udávají zhoršení vztahů v rodině po menopauze prodělaného klimakterického syndromu.
2. Ženy budou udávat, že menopauza pro ně není přínosem.
3. Více jak 50 % žen bude udávat, že jejich sexuální život je kvalitnější a lepší než před menopauzou.
4. Více jak 40% žen bude chodit do společnosti častěji, než před menopauzou.
5. Ženy dbají o svůj zdravotní stav, aby předcházely zdravotním komplikacím.
6. Více jak 60 % žen bude vykonávat daleko více zálib než před menopauzou.

6 Metodika a vzorek výzkumu

Výzkum k této bakalářské práci byl prováděn pomocí předem stanoveného anonymního dotazníku, který byl zaměřen na zjištění, zda - li po menopauze ženy žijí kvalitní život či nikoliv.

Dotazník obsahoval celkem 15 otázek (Příloha E). Otázky číslo 1, 4, 6, 7, 11, 12 a 13 byly uzavřené a respondentky si musely vybrat z nabídnutých odpovědí. Otázky číslo 2, 3 a 10 byly polootevřené a respondentky si vybraly z nabídnutých odpovědí a popřípadě měly možnost vyjádřit svůj názor vlastními slovy. Otázky číslo 5, 8, 9, 14 a 15 byly otevřené, ve kterých mohly ženy vyjádřit svůj názor vlastními slovy.

Dotazníky byly rozdány v gynekologické ambulanci Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou, a.s. Část výzkumu jsem získala od žen, které jsem oslovila na ulici a souhlasily s vyplněním dotazníku. Dotazníky vyplňovaly ženy samostatně, nerušeně, dle svého uvážení, při čekání na gynekologickou prohlídku, nebo měly chvíli času a po oslovení mi na ulici dotazník vyplnily.

Bylo vyplněno 57 dotazníků, ale pro neúplné či chybné vyplnění jich bylo k výzkumu použito pouze 50. Dotazníky byly rozdány v listopadu 2007.

Všechny získané údaje jsem nejprve vyhodnotila pomocí čárkovací metody. Výsledky této metody jsem poté zaznamenala do tzv. *frekvenčních tabulek*, kdy jsem získaná data rozdělila do jednotlivých skupin podle typu odpovědí. Tzv. *absolutní četnost* n_i představuje počet prvků, které i -tá třída zahrnuje, tzv. *relativní četnost* f_i je podíl absolutní četnosti a rozsahu souboru.

Veličiny použité v tabulkách a grafech:

n_i	absolutní četnost
n	rozsah souboru
f_i (v %)	relativní četnost
Σ (suma)	celková četnost

Vzorec pro výpočet relativní četnosti - $f_i = n_i / n \times 100$

Již vyhodnocená data jsem převedla do tabulkového editoru Microsoft EXCEL, ve kterém jsem vytvořila přehledné tabulky a z nich vyplývající sloupcové grafy. V tabulkách jsem do sloupců zaznamenala absolutní (n_i) a relativní (f_i) četnost jednotlivých odpovědí na otázku a do řádků kategorii, která respondentky dělí do skupin se stejnou odpovědí.

7 Prezentace výsledků

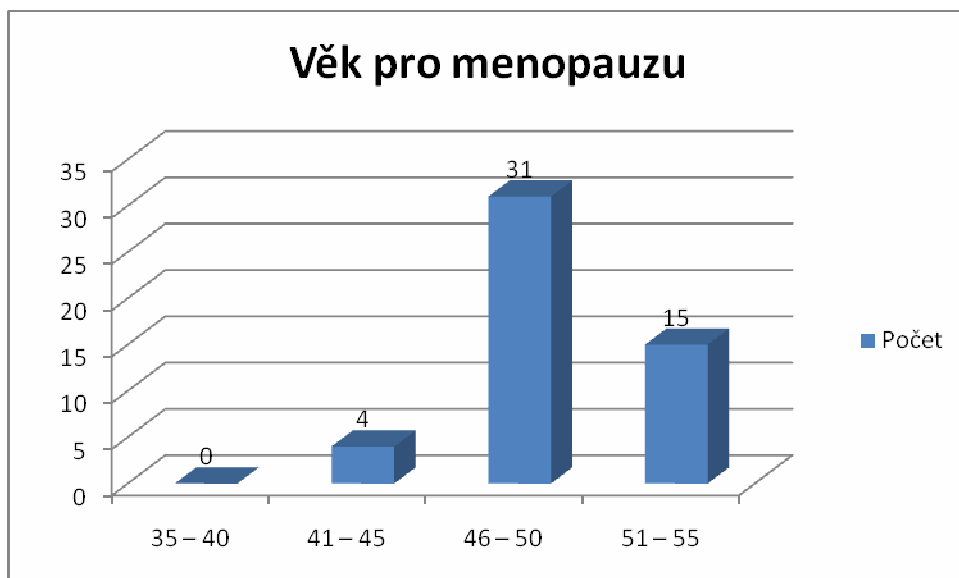
Otázka č. 1

V kolika letech jste prodělala menopauzu (poslední menstruace)?

- a) 35 – 40 let
- b) 41 – 45 let
- c) 46 – 50 let
- d) 51 – 55 let

Tab. 1 Věk pro menopauzu

Věk	n_i	f_i (%)
35 – 40	0	0
41 – 45	4	8
46 – 50	31	62
51 – 55	15	30
Σ	50	100



Graf 1 Věk pro menopauzu

Cílem této otázky bylo zjistit, v kolika letech průměrně ženy menopauzu prodělaly. V odborné literatuře se uvádí průměrný věk menopauzy 49 – 51 let, proto mým cílem bylo zjistit, zda jsou tato data pravdivá.

Z 50ti oslovených žen mi žádná (0 %) žena neodpověděla, že menopauzu prodělala v období od 35 – 40 let. Čtyři (8 %) respondentky prodělaly menopauzu ve věku od 41 – 45 let, 31 (62 %) oslovených žen prodělalo menopauzu ve věku 46 – 50 let a 15 (30 %) žen prodělalo menopauzu ve věku od 51 – 55 let. (Tab.1, Graf 1).

Otázka č. 2

Změnila Vám menopauza život?

a) Ano (Vyberte) - Více volného času

- Zhoršený zdravotní stav spojený s přechodem

- Problémy s rodinou

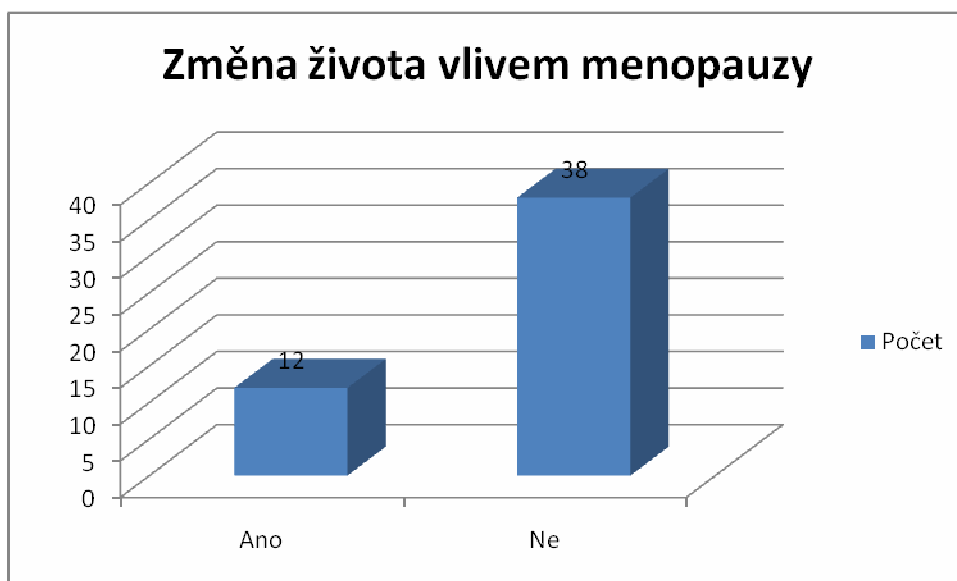
- jiné

.....

b) Ne

Tab. 2 Změna života vlivem menopauzy

Odpověď	n_i	f_i (%)
Ano	12	24
Ne	38	76
Σ	50	100



Graf 2 Změna života vlivem menopauzy

Cílem otázky bylo zjistit, zda probíhající menopauza měla vliv na život žen. Jestli jim menopauza život zkomplikovala, nebo neměla žádný vliv na jejich život.

Dvanáct (24 %) oslovených žen z 50ti uvedlo, že menopauza jim změnila život. Třicet osm (76 %) žen uvedlo, že jim menopauza život nezměnila (Tab. 2, Graf 2). Všechny 12 (100 %) žen jako změnu udávalo, zhoršený zdravotní stav spojený s přechodem.

Otázka č. 3

Myslíte si, že je menopauza pro ženu přínosem?

a) Určitě ano (Jakým přínosem?)

.....

b) Možná

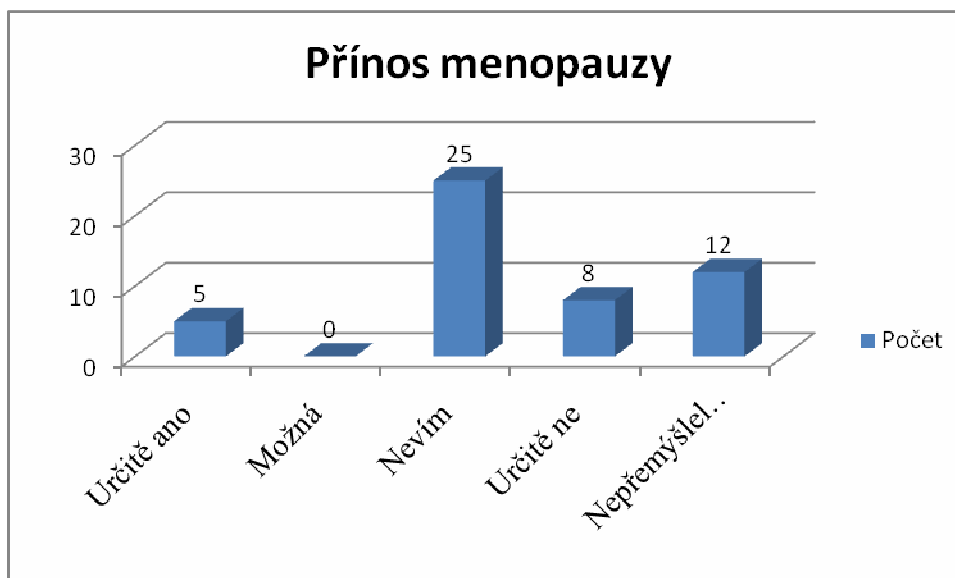
c) Nevím

d) Určitě ne

e) Nepřemýšlela jsem nad tím

Tab. 3 Přínos menopauzy

Odpověď	n_i	f_i (%)
Určitě ano	5	10
Možná	0	0
Nevím	25	50
Určitě ne	8	16
Nepřemýšlela jsem nad tím	12	24
Σ	50	100



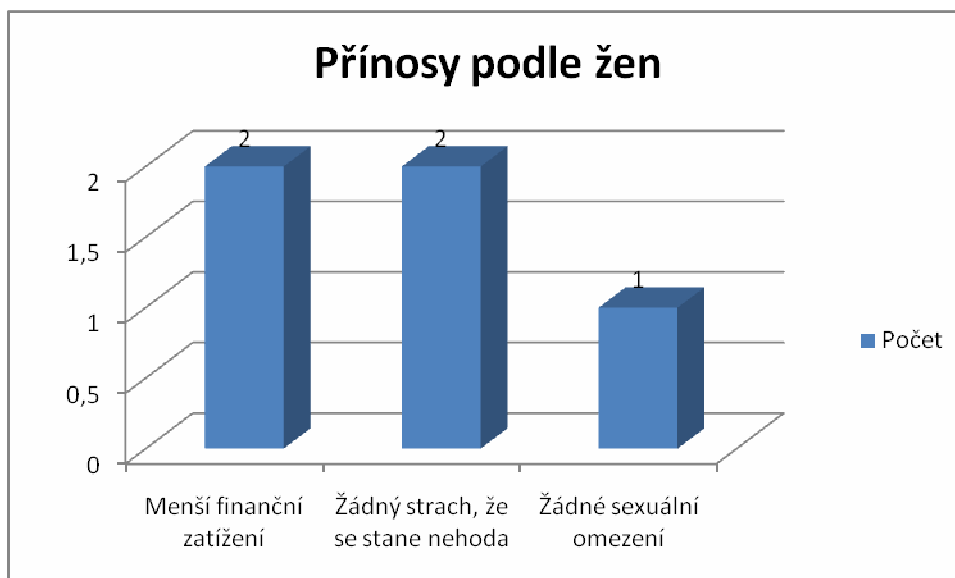
Graf 3 Přínos menopauzy

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, postoj žen k menopauze a jejich názor na přínos menopauzy.

Z 50ti dotázaných žen 5 (10 %) žen odpovědělo, že menopauza je určitě pro ženu přínosem. Žádná (0 %) neodpověděla, že možná menopauza je přínosem. Dvacet pět (50 %) žen odpovědělo, že neví, jestli je menopauza přínosem pro ženu. Osm (16 %) žen uvedlo, že menopauza určitě není pro ženu přínosem a 12 (24 %) žen nad přínosem menopauzy nepřemýšlelo (Tab. 3, Graf 3).

Tab. 4 Přínosy podle žen

Odpověď	n_i	f_i (%)
Menší finanční zatížení	2	40
Žádný strach, že se stane nehoda	2	40
Žádné sexuální omezení	1	20
Σ	5	100



Graf 4 Přínosy podle žen

Pět respondentek odpovědělo, že menopauza je určitě pro ženu přínosem. Jako přínos vyjádřily: menší finanční zatížení, protože nemusejí kupovat vložky (2 – 40 %), žádný strach, že se stane nehoda a ony „prokrvácejí“ (2 – 40 %), žádné sexuální omezení (1 – 20 %) (Tab. 4, Graf 4).

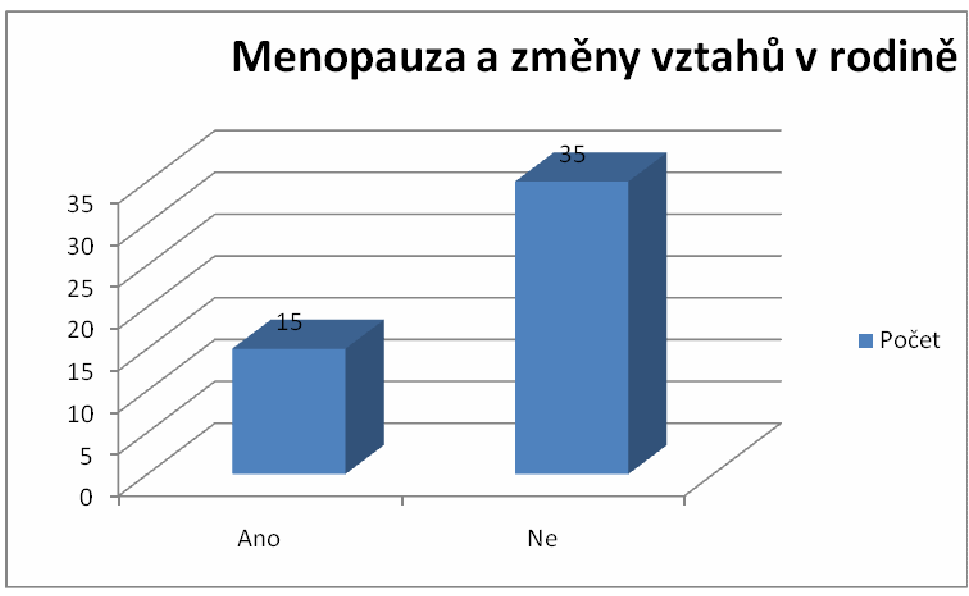
Otázka č. 4

Myslíte si, že se po menopauze změní vztahy v rodině?

- a) Ano
- b) Ne

Tab. 5 Menopauza a změny vztahů v rodině

Odpověď	n_i	f_i (%)
Ano	15	30
Ne	35	70
Σ	50	100



Graf 5 Menopauza a změny vztahů v rodině

Cílem této otázky bylo zjistit, zda – li menopauza má vliv na změny vztahů v rodině. U této otázky jsem se ptala, zda – li ženy odpovídají z vlastní zkušenosti. Odpověď na mou otázku bylo Ano.

Z 50ti dotázaných žen odpovědělo Ano v 15ti případech (30 %) a 35 (70 %) dotazovaných žen odpovědělo Ne na otázku, zda – li si myslí, že se po menopauze změní vztahy v rodině (Tab.5, Graf 5).

Otázka č. 5

Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, napište, jak si změnu vztahů v rodině po menopauze představujete.

.....

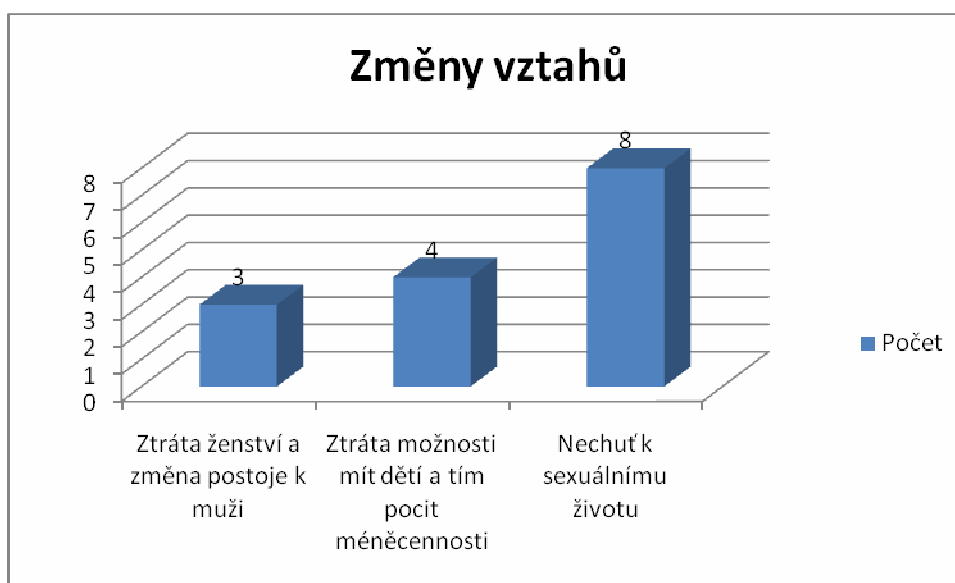
.....

.....

.....

Tab. 6 Změny vztahů

Představa	n_i	f_i (%)
Ztráta ženství a změna postoje k muži	3	20
Ztráta možnosti mít děti a tím pocit méněcennosti	4	27
Nechuť k sexuálnímu životu	8	53
Σ	15	100



Graf 6 Změny vztahů

Tato otázka byla doplňující k otázce číslo 4. Pokud ženy v předchozí otázce napsaly, že si myslí, že menopauza změní vztahy v rodině, tak v této otázce, se vyjadřovaly, jak si změnu představují. I u této otázky jsem se ptala, zda – li ženy odpovídají dle vlastní zkušenosti. Některé ženy na můj dotaz nechtěly odpovědět, ale nakonec všechny přiznaly, že jde o jejich vlastní zkušenost.

Z 50ti oslovených žen 3 ženy (20 %) uvedly, že po menopauze ztratily pocit ženství a tím se změnil jejich postoj k muži. Čtyři (27 %) ženy uvedly, že po menopauze se cítí méněcenné, protože již nemají možnost mít děti. Osm (53 %) žen uvedlo, že mají nechuť k sexuálnímu životu (Tab. 6, Graf 6).

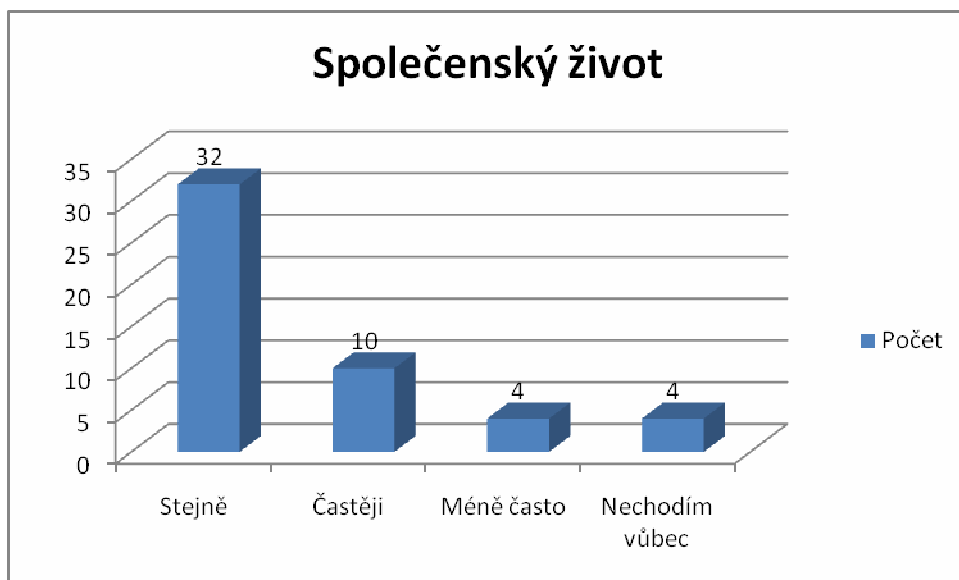
Otázka č. 6

Do společnosti po menopauze chodím:

- a) Stejně
- b) Častěji
- c) Méně často
- d) Nechodím vůbec

Tab. 7 Společenský život

Odpověď	n_i	f_i (%)
Stejně	32	64
Častěji	10	20
Méně často	4	8
Nechodím vůbec	4	8
Σ	50	100



Graf 7 Společenský život

Cílem této otázky bylo zjistit, jaký je společenský život ženy po menopauze. Několik žen uvedlo, že menopauza pro ně znamenala ztrátu ženství. Chtěla jsem se ujistit, jestli ženy po menopauze raději zůstávají doma, nebo se chodí bavit. Tato otázka byla velmi orientační, protože vše záleží na zvyklostech ženy. Pokud žena celý život byla doma, tak nejspíš

do společnosti nezačala po menopauze chodit, ale právě menopauza, a tím konec menstruačního cyklu, mohla přispět k tomu, že žena do společnosti začala chodit.

Z 50ti oslovených žen jich 32 (64 %) uvedlo, že do společnosti chodí stejně často. Deset (20 %) žen uvedlo, že chodí častěji než před menopauzou. Čtyři (8 %) ženy uvedly, že chodí méně často do společnosti a 4 (8 %) ženy nechodí do společnosti vůbec (Tab. 7, Graf 7).

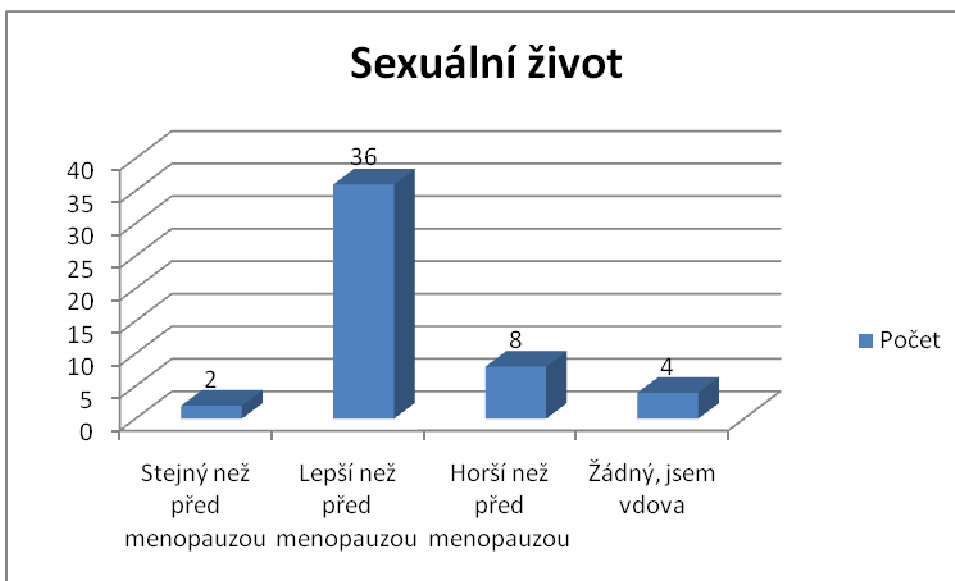
Otázka č. 7

Jaký je Váš nynější sexuální život?

- a) Stejný než před menopauzou
- b) Lepší než před menopauzou
- c) Horší než před menopauzou
- d) Žádný, jsem vdova

Tab. 8 Sexuální život

Odpovědi	n_i	f_i (%)
Stejný než před menopauzou	2	4
Lepší než před menopauzou	36	72
Horší než před menopauzou	8	16
Žádný, jsem vdova	4	8
Σ	50	100



Graf 8 Sexuální život

Ve spoustě literatur se píše o výhodách a nevýhodách sexu po menopauze, tak jsem chtěla touto otázkou zjistit, jestli skutečnost odpovídá obsahu literatury.

Z 50ti oslovených žen 2 (4 %) odpověděly, že je jejich sexuální život stejný než před menopauzou. Třicet šest (72 %) žen uvedlo, že je lepší než před menopauzou. Osm (16 %) z dotazovaných žen uvedlo, že jejich sexuální život je horší než před menopauzou. Čtyři (8 %) ženy již nemělo žádný sexuální život, protože jsou vdovy (Tab. 8, Graf 8).

Otázka č. 8

Pokud Vaše odpověď na předchozí otázku byla lepší, napište v čem je lepší?

.....

.....

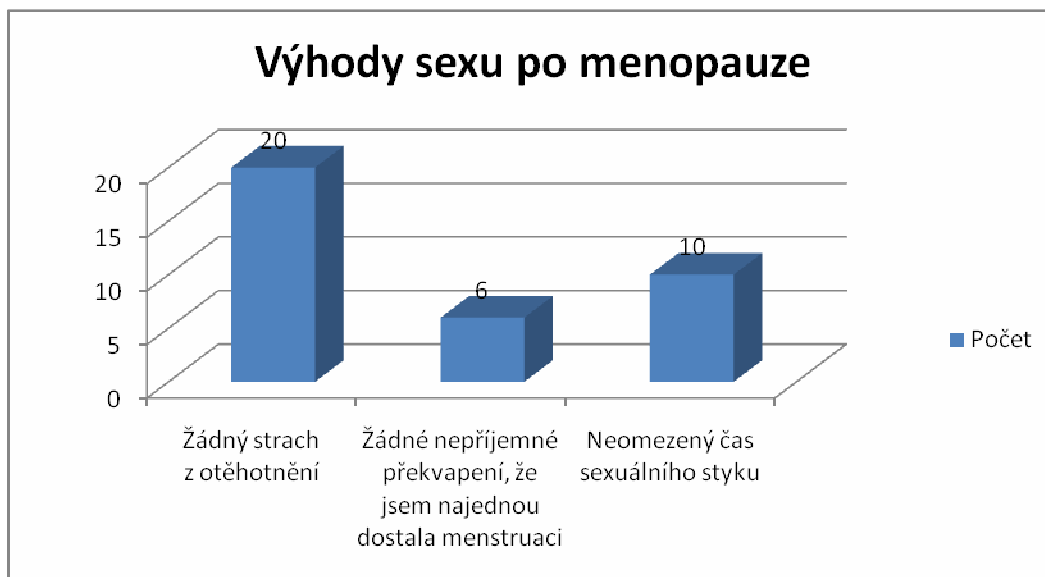
.....

.....

.....

Tab. 9 Výhody sexu po menopauze

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Žádný strach z otěhotnění	20	56
Žádné nepříjemné překvapení, že jsem najednou dostala menstruaci	6	17
Neomezený čas sexuálního styku	10	28
Σ	36	100



Graf 9 Výhody sexu po menopauze

Cílem této otázky bylo dozvědět se o výhodách sexu po menopauze.

Z 36ti dotázaných žen 20 (56 %) žen uvedlo, že nemají strach, že otěhotní. Šest (17 %) žen uvedlo, že po menopauze je nečeká nepříjemné překvapení, že by neplánovaně dostaly menstruaci. Deset (28 %) žen uvedlo, že po menopauze mají neomezené možnosti sexuálního styku (Tab. 9, Graf 9).

Otázka č. 9

Pokud Vaše odpověď na otázku číslo 7 byla horší, napište v čem je horší?

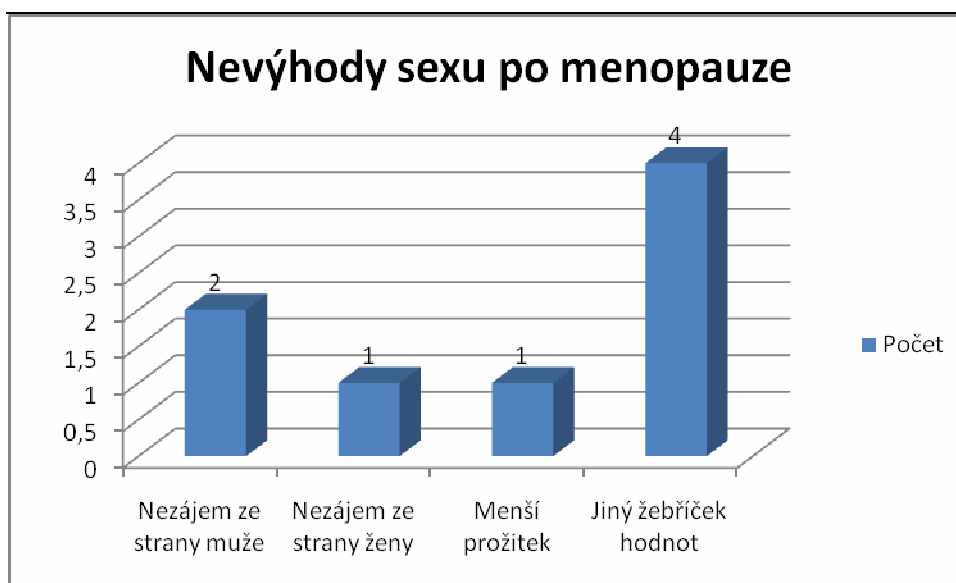
.....

.....

.....

Tab. 10 Nevýhody sexu po menopauze

Odpověď	n_i	f_i (%)
Nezájem ze strany muže	2	25
Nezájem ze strany ženy	1	13
Menší prožitek	1	13
Jiný žebříček hodnot	4	50
Σ	8	100



Graf 10 Nevýhody sexu po menopauze

V této otázce jsem chtěla zjistit nevýhody sexu po menopauze.

Z 8 dotázaných žen 2 (25%) odpověděly, že má horší sexuální život, protože je nezájem ze strany muže. Jedna (13 %) žena odpověděla, že je nezájem z její strany. Jedna (13 %) žena odpověděla, že má ze sexu menší prožitek. Čtyři (50 %) ženy uvedly, že mají jiný žebříček hodnot a sex u nich není na prvním místě (Tab. 10, Graf 10).

Otázka č. 10

Berete nějaké léky spojené s přechodem (hormonální substituční léčba)?

a) Ano (jaké?)

b) Ne, nepotřebuji žádné léky

Tab. 11 Léky a menopauza

Odpověď	n_i	f_i (%)
Ano (Jaké?)	0	0
Ne, nepotřebuji žádné léky	50	100
Σ	50	100



Graf 11 Léky a menopauza

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jestli nejsou ženy závislé na braní nějakých léků, protože pravidelné braní léků omezuje kvalitu života – musí myslet na to, aby si je vzali včas a aby si je vůbec vzali.

Z 50ti dotazovaných žen jich všech 50 (100 %) odpovědělo, že žádné léky spojené s přechodem užívat nepotřebuje (Tab. 11, Graf 11).

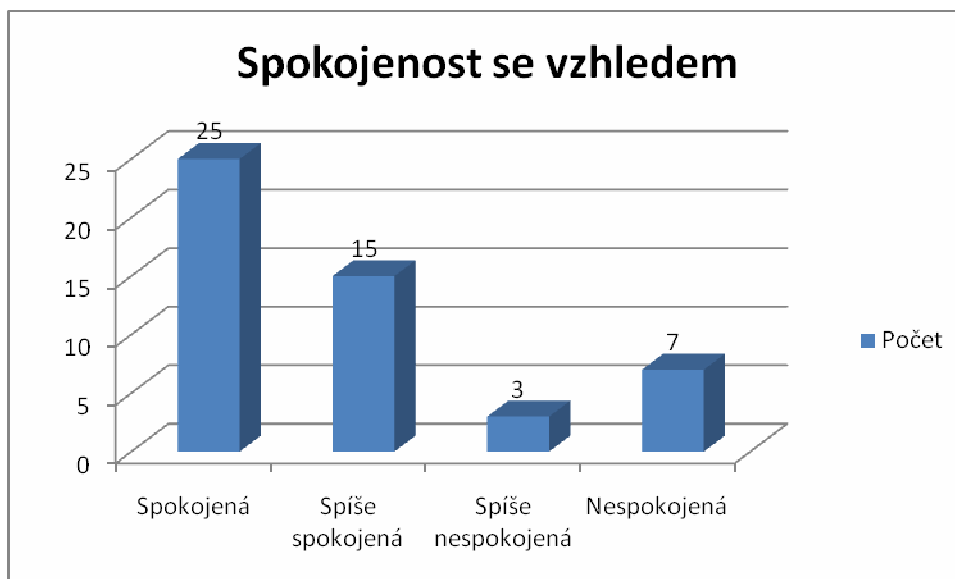
Otázka č. 11

Jste spokojena se svým vzhledem?

- a) Spokojená
- b) Spíše spokojená
- c) Spíše nespokojená
- d) Nespokojená

Tab. 12 Spokojenost se vzhledem

Odpověď	n_i	f_i (%)
Spokojená	25	50
Spíše spokojená	15	30
Spíše nespokojená	3	6
Nespokojená	7	14
Σ	50	100



Graf 12 Spokojenost se vzhledem

Cílem této otázky bylo zjistit, jak se žena hodnotí. Jaký je její postoj k sobě samé, protože velká sebekritika snižuje kvalitu života.

Z 50ti oslovených žen je 25 (50 %) žen spokojených se svým vzhledem. Patnáct (30 %) žen je spíše spokojených se svým vzhledem. Tři (6 %) ženy jsou spíše nespokojené se svým vzhledem a 7 (14 %) žen jsou se svým vzhledem nespokojený (Tab. 12, Graf 12).

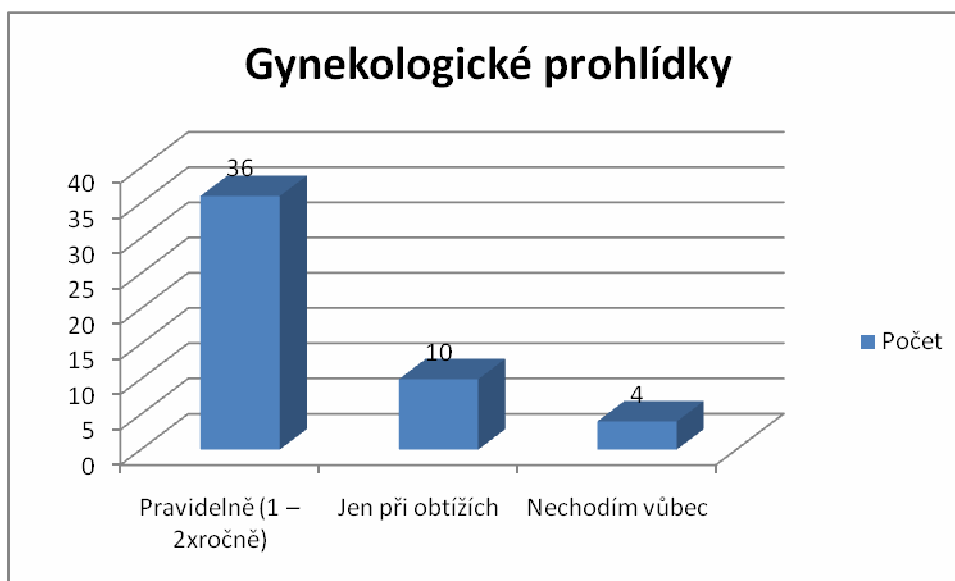
Otázka č. 12

Na gynekologické prohlídky chodím:

- a) Pravidelně (1-2x ročně)
- b) Jen při obtížích
- c) Nechodím vůbec

Tab. 13 Gynekologické prohlídky

Odpověď	n_i	f_i (%)
Pravidelně (1 – 2xročně)	36	72
Jen při obtížích	10	20
Nechodím vůbec	4	8
Σ	50	100



Graf 13 Gynekologické prohlídky

Cílem této otázky bylo zjistit, zda – li ženy chodí na preventivní gynekologické prohlídky, aby předcházely gynekologickým obtížím, tím se snižovala možnost zhoršené kvality života.

Z 50ti dotázaných žen jich 36 (72 %) odpovědělo, že na gynekologické prohlídky dochází pravidelně. Deset (20 %) žen uvedlo, že na gynekologické prohlídky dochází jen při obtížích. Čtyři (8 %) ženy uvedly, že na gynekologické prohlídky nedochází vůbec (Tab. 13, Graf 13).

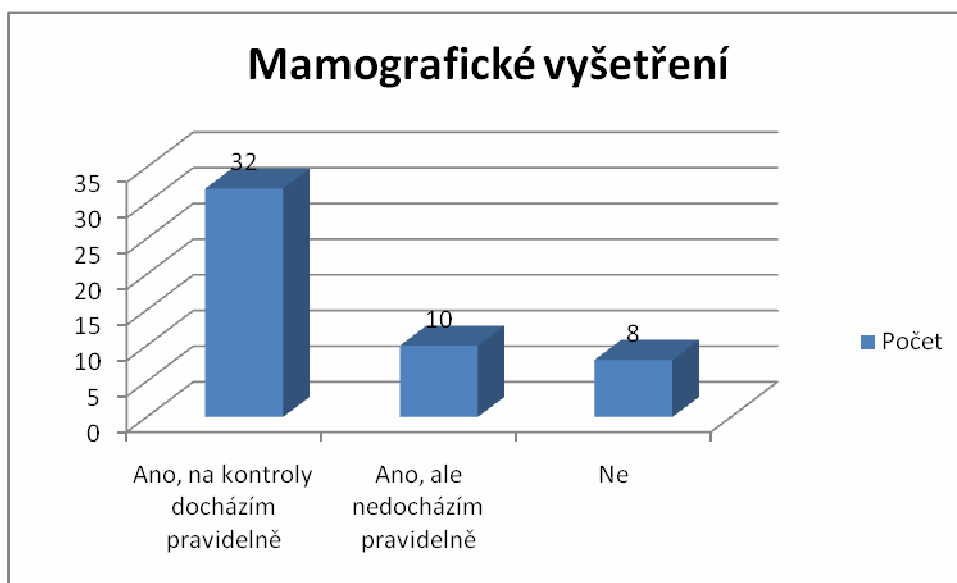
Otázka č. 13

Absolvovala jste již mamografické vyšetření prsů?

- a) Ano, na kontroly docházím pravidelně
- b) Ano, ale nedocházím pravidelně
- c) Ne

Tab. 14 Mamografické vyšetření

Odpověď	n_i	f_i (%)
Ano, na kontroly docházím pravidelně	32	64
Ano, ale nedocházím pravidelně	10	20
Ne	8	16
Σ	50	100



Graf 14 mamografické vyšetření

Cílem této otázky bylo zjistit, zda – li ženy chodí na preventivní mamografické vyšetření prsů, aby se včas zjistila případná rakovina prsu.

Z 50ti oslovených žen jich 32 (64 %) žen uvedlo, že na mamografické vyšetření docházejí pravidelně. Deset (20 %) žen uvedlo, že na mamografické kontrole již byly, ale nedocházejí pravidelně. Osm (16 %) žen uvedlo, že na mamografické kontrole nebylo (Tab. 14, Graf 14).

Otázka č. 14

Napište činnosti, které jste dříve nevykonávala a kterým se nyní naplno věnujete?

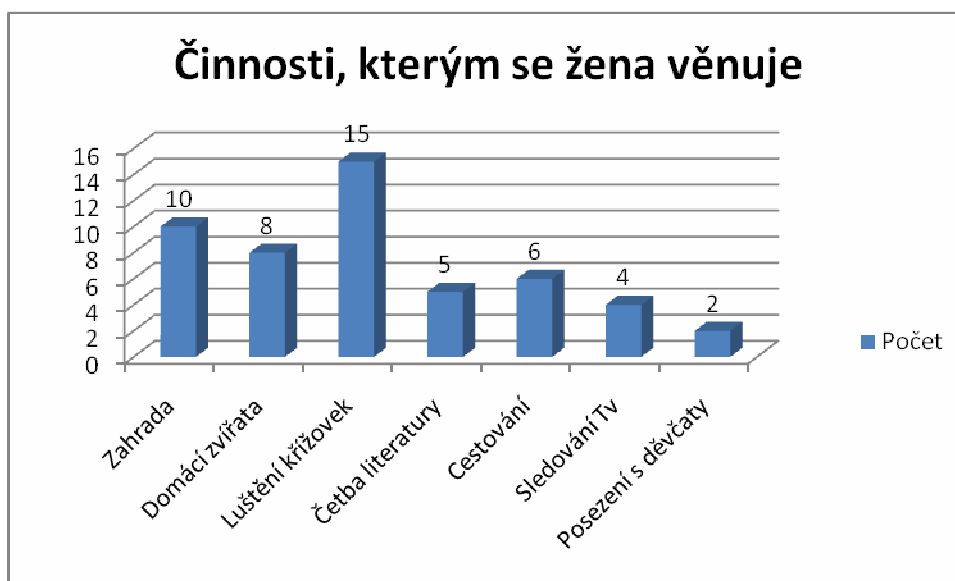
.....

.....

.....

Tab. 15 Činnosti, kterým se žena věnuje

Odpověď	n_i	$f_i(\%)$
Zahrada	10	20
Domácí zvířata	8	16
Luštění křížovek	15	30
Četba literatury	5	10
Cestování	6	12
Sledování TV	4	8
Posezení s děvčaty	2	4
Σ	50	100



Graf 15 Činnosti, kterým se žena věnuje

Tato otázka je kontrolní k otázce číslo 2. Dokáže mi, zda – li žena odpověděla správně a zda – li menopauza s přechodem měly vliv na chod jejího života.

Z 50ti dotázaných respondentek se jich 10 (20 %) naplno věnuje zahradě, 8 (16 %) žen si pořídilo domácí mazlíčky, 15 (30 %) žen začalo luštit křížovky, 5 (10 %) žen se zcela

věnuje četbě literatury, 6 (12 %) žen začalo cestovat, 4 (8 %) ženy začaly sledovat televizi a oblíbily si spoustu seriálů a 2 (4 %) ženy chodí se svými kamarádkami do restaurací.

Jelikož byly mnou oslovené ženy již v důchodovém věku, budou se odpovědi na tuto otázku, nejspíš lišit u žen, které aktivně chodí do zaměstnání (Tab. 15, Graf 15).

Otázka č. 15

Napište činnosti, kterých jste se musela vlivem probíhající menopauzy a přechodu vzdát?

.....

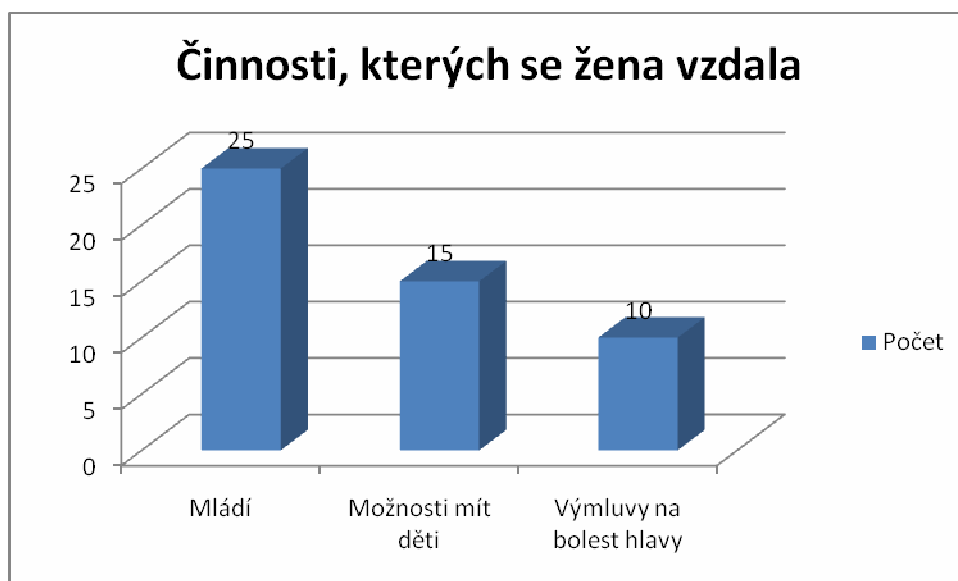
.....

.....

.....

Tab. 16 Činnosti, kterých se žena vzdala

Odpověď	n_i	f_i
Mládí	25	50%
Možnosti mít děti	15	30%
Výmluvy na bolest hlavy	10	20%
Σ	50	100%



Graf 16 Činnosti, kterých se žena vzdala

Tato otázka je také kontrolní k otázce číslo 2. Dokáže mi, zda – li žena odpověděla správně a zda – li menopauza s přechodem měly vliv na chod jejího života.

Z 50ti oslovených respondentek mi udalo, že se jich 25 (50 %) muselo vzdát mládí, 15 (30 %) se muselo vzdát možnosti mít děti a 10 (20 %) se muselo vzdát výmluvy na bolest hlavy a tím unik před nechtěným stykem (Tab. 16, Graf 16).

8 Diskuse

Hypotéza č. 1 - Ženy udávají zhoršení vztahů v rodině po menopauze a prodělaného klimakterického syndromu.

Tato hypotéza se mi nepotvrdila. V otázce zaměřené na vliv menopauzy na vztahy v rodině mi z 50ti oslovených respondentek 15 (30 %) odpovědělo, že menopauza má vliv na vztahy v rodině. Třicet pět (70 %) žen mi odpovědělo, že menopauza vliv na vztahy v rodině nemá.

Je tedy zřejmé, že menopauza neovlivňuje chod rodiny a že nemá u většiny žen vliv na vztahy v rodině.

Hypotéza č. 2 - Ženy budou udávat, že menopauza pro ně není přínosem.

Tato hypotéza se mi nepotvrdila. V otázce zaměřené na přínos menopauzy mi z 50ti dotázaných žen pět (10 %) žen odpovědělo, že menopauza je určitě pro ženu přínosem. Žádná (0 %) neodpověděla, že možná menopauza je přínosem. Dvacet pět (50 %) žen odpovědělo, že neví, jestli je menopauza přínosem pro ženu. Osm (16 %) žen uvedlo, že menopauza určitě není pro ženu přínosem a 12 (24 %) žen nad přínosem menopauzy nepřemýšlelo (Tab. 3, Graf 3).

Je tedy zřejmé, že menopauza neovlivňuje ženy natolik, aby přemýšlely nad přínosem menopauzy.

Hypotéza č. 3 - Více jak 50 % žen bude udávat, že jejich sexuální život je kvalitnější a lepší než před menopauzou.

Tato hypotéza se mi potvrdila. V otázce zaměřené na sexuální život mi z 50ti respondentek 2 (4%) odpověděly, že je jejich sexuální život stejný jako před menopauzou. Třicet šest (72 %) žen uvedlo, že jejich sexuální život je lepší než před menopauzou. Osm (16 %) z dotazovaných žen uvedlo, že jejich sexuální život je horší než před menopauzou. Čtyři (8 %) žen byly vdovy, proto neměly žádný sexuální život.

Z 36ti (72 %) žen odpovědělo 20 (56 %), že jejich sexuální život je lepší, protože nemají strach, že otěhotní. Šest (17 %) žen uvedlo, že po menopauze je nečeká nepříjemné

překvapení, že by neplánovaně dostaly menstruaci. Deset (28 %) žen uvedlo, že po menopauze mají neomezené možnosti sexuálního styku.

Je tedy zřejmé, že po menopauze je sex lepší a kvalitnější, než před menopauzou.

Hypotéza č. 4 – Více jak 40 % žen bude chodit do společnosti častěji, než před menopauzou.

Tato hypotéza se mi nepotvrdila. Na otázku zaměřenou na společenský život ženy po menopauze mi z 50ti oslovených žen jich 32 (64 %) uvedlo, že do společnosti chodí stejně často. Deset (20 %) žen uvedlo, že chodí častěji než před menopauzou. Čtyři (8 %) ženy uvedly, že chodí méně často do společnosti a 4 (8 %) ženy nechodí do společnosti vůbec.

Menopauza není důvodem, aby žena začala chodit do společnosti častěji než před menopauzou. Je zřejmé, že vše záleží na zvyklostech ženy.

Hypotéza č. 5 - Ženy dbají o svůj zdravotní stav, aby předcházely nemocem a nesnižovaly si kvalitu života.

Tato hypotéza se mi potvrdila. V otázce zaměřené na gynekologické prohlídky, mi z 50ti respondentek 36 (72 %) odpovědělo, že na gynekologické prohlídky dochází pravidelně. Deset (20 %) žen uvedlo, že na gynekologické prohlídky dochází jen při obtížích. Čtyři (8 %) ženy uvedly, že na gynekologické prohlídky nedochází vůbec.

V otázce zaměřené na mamografické vyšetření mi z 50ti respondentek 32 (64 %) žen uvedlo, že na mamografické vyšetření docházejí pravidelně. Deset (20 %) žen uvedlo, že na mamografické kontrole již byly, ale nedocházejí pravidelně. Osm (16 %) žen uvedlo, že na mamografické kontrole nebylo.

Jelikož se mi tato hypotéza potvrdila, je zřejmé, že ženy o svůj zdravotní stav dbají.

Hypotéza č. 6 – Více jak 60 % bude vykonávat daleko více zálib než před menopauzou.

Tato hypotéza se mi potvrdila. Z otázky zaměřené na činnosti po menopauze, které žena dříve nevykonávala, z 50ti respondentek se jich 10 (20 %) naplno věnuje činnostem na zahrádce, 8 (16 %) žen si pořídilo domácí mazlíčky, 15 (30 %) žen začalo luštit křížovky, 5 (10 %) žen se zcela věnuje četbě literatury, 6 (12 %) žen začalo cestovat, 4 (8 %) ženy začaly sledovat televizi a oblíbily si spoustu seriálů a 2 (4%) ženy chodí se svými kamarádkami do restaurací.

Jelikož byly mnou oslovené ženy již v důchodovém věku, budou se odpovědi na tuto otázku, nejspíš lišit u žen, které ještě aktivně chodí do zaměstnání.

Závěr

Pro mnoho žen znamená menopauza konec kvalitního života, protože se domnívá, že to znamená ztrátu ženství a důstojnosti. Při tom je to jeden z mnoha omylů, kterých se žena dopouští. Vždyť menopauza a přechod neznamení vůbec konec světa ažití. Menopauza se pojí k vyhasínání funkce vaječníků, ale to je asi jediná věc, které by mohla žena litovat. Po vyhasnutí funkce vaječníků, není možnost mít dítě. Ale pokud žena žila celý život kvalitně, vychovala děti, může se nyní naplno věnovat vnoučatům a sama sobě.

Z výsledků výzkumu, který jsem provedla v Oblastní nemocnici Rychnov nad Kněžnou a.s., je evidentní, že menopauza nemá vliv na vztahy v rodinách. Pokud však, u některých žen, menopauza vliv na vztah v rodině měla, důvodem byl pocit ztráty ženskosti, pocit méněcennosti, protože se jim zavřela možnost mít děti. Sexuální život žen po menopauze je u většiny žen lepší než před menopauzou. Ženy jsou většinou spokojené se svým vzhledem a dbají o svůj zdravotní stav. V činnostech, kterých se ženy musely vzdát, bylo nejvíce obsazeno mládí. Je tedy evidentní, že ženy se nevzdaly žádných činností, menopauza je v ničem neomezila. Jelikož všechny mnou oslovené ženy, byly ženy v důchodu a nepracující, tak díky volnému času měly daleko více možností a mohly se naplno věnovat činnostem, které dříve kvůli zaměstnání provozovat nemohly.

Menopauza není koncem kvalitního života. Po menopauze je spousta žen spokojených, nemají žádné problémy a žijí plnohodnotný život.

Soupis bibliografických citací

1. CITTEBART, K. et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001.
ISBN 80-7262-094-0.
2. DONÁT, J. *Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi*. 1. vyd. Hradec Králové: DoMeNa, 2001.
ISBN 80-238-8245-7.
3. DONÁT, J. *Hormonální substituční terapie*. 1. vyd. Hradec Králové: DoMeNa, 1999.
ISBN 80-238-3418-5
4. JENÍČEK, J. *Hormonální substituční léčba a klimakterium*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001.
ISBN 80-247-0133-2.
5. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002.
ISBN 80-247-0179-0
6. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002.
ISBN 80-7178-551-2.
7. ŠIPR, K. *Jak zdravě stárnout*. 1. vyd. Brno: Gloria Rosice, 1997.
ISBN 80-901834-1-7

Seznam příloh

Příloha A	Karnofskyho index	str. 52
Příloha B	Viditelná analogová škála	str. 53
Příloha C	Symbolické vyjádření pacientova života	str. 54
Příloha D	Formulář pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL	str. 55
Příloha E	Dotazník použitý pro výzkum	str. 56

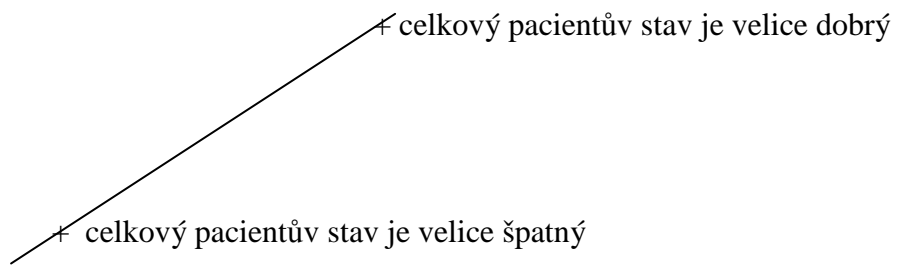
PŘÍLOHA A

Karnofskyho index

100%	Normální stav pacienta, neprojevují se žádné obtíže.
90%	Normální výkonnost pacienta, minimální projevy choroby.
80%	Normální výkonnost pacienta, avšak s vypětím, drobné příznaky nemoci.
70%	Omezená výkonnost pacienta, samoobslužnost zachována, pracovní neschopnost pacienta.
60%	Omezená výkonnost pacienta, ten však potřebuje cizí pomoc.
50%	Omezená výkonnost pacienta, ten není trvale upoután na lůžko, potřebuje však ošetřovatelskou a lékařskou péči.
40%	Pacient je trvale upoután na lůžko, potřebuje nutně lékařskou odbornou péči.
30%	Pacient je vážně nemocen, nutná je odborná péče a podpůrná léčba, je indikována hospitalizace.
20%	Pacient je velmi těžce nemocen, je nutná hospitalizace, odborná péče a aktivní podpůrná léčba.
10%	Pacient je moribundní (pomalu umírá), nemoc rychle pokračuje a léčení nezaznamenává účinné zlepšení (nepomáhá)
0%	Pacient je mrtev.

PŘÍLOHA B

Viditelná analogová škála



PŘÍLOHA C

Symbolické vyjádření pacientova života

- + Pacient je po fyzické stránce v dobrém stavu, je zcela nezávislý na druhých lidech z hlediska sebeobsluhy, dobře se s ním dá hovořit i vyjít a přitom zaujímá realistický postoj k životu.
- ++ Pacient je psychicky alterován (vzrušen nebo naopak v depresi), v drobných úkonech sebeobsluhy potřebuje pomoc, případně se zdá, že jeho vztahy k druhým pacientům a jeho kontakt s nimi není nejlepší.
- +++ Pacient není zcela soběstačný, je třeba mu pomáhat v sebeobsluze, kontakt s ním dosti vážne a moc se s ním nedá mluvit, zdá se, že i styk pacienta s rodinou a přáteli není moc dobrý.
- ++++ Pacient je z hlediska sebeobsluhy zcela závislý na druhých lidech, dost dobře asi neví, co se s ním a kolem něho děje, a celkově je v dosti těžké osobní situaci.

PŘÍLOHA D

Formulář pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL

Jméno a příjmení:

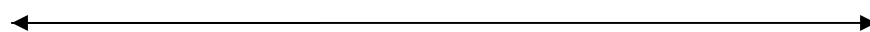
Dnešní datum:

Rok narození:

Důležitost daného tématu v %	Životní téma – <i>Oč vám v životě jde a oč vám jde především (nejvíce)?</i>	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100%)

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100%

Míra spokojenosti se životem:



je to tak špatné,
jak jen to je možné

je to tak dobré,
jak jen to dobré
může být

Celková hodnota QL:

Celková míra spokojenosti se životem:

PŘÍLOHA E

Dotazník použitý pro výzkum

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Vančurová a studuji na Fakultě zdravotnických studií obor Porodní asistentka. Máte v rukou dotazník na téma „Kvalita života žen po menopauze“. Všechny informace, které získám, budou využity jenom pro mé potřeby spojené s bakalářskou prací mého studia. Anonymita je zaručena. Předem děkuji za Váš čas, pravdivé vyplnění dotazníku a navrácení dotazníku.

1) V kolika letech jste prodělala menopauzu (poslední menstruace)?

- a) 35 – 40
- b) 41 – 45
- c) 46 – 50
- d) 51 – 55

2) Změnila Vám menopauza život?

- a) Ano (Vyberte) – více volného času
 - zhoršený zdravotní stav spojený s přechodem
 - problémy s rodinou
 - jiné
- b) Ne

3) Myslíte si, že je menopauza pro ženu přínosem?

- a) Určitě ano (Jakým přínosem?)
.....
- b) Možná
- c) Nevím
- d) Určitě ne
- e) Nepřemýšlela jsem nad tím

4) Myslíte si, že se po menopauze změní vztahy v rodině?

- a) Ano
- b) Ne

5) Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, napište, jak si změnu vztahů v rodině po menopauze představujete.

.....
.....
.....
.....

6) Do společnosti chodím:

- a) Stejně
- b) Častěji
- c) Méně často
- d) Nechodím vůbec

- 7) Jaký je Váš nynější sexuální život?
- a) Stejný než před menopauzou
 - b) Lepší než před menopauzou
 - c) Horší než před menopauzou
 - d) Žádný, jsem vdova

8) Pokud Vaše odpověď na předchozí otázku byla lepší, napište v čem je lepší?

.....

.....

.....

9) Pokud Vaše odpověď na otázku číslo 7 byla horší, napište v čem je horší?

.....

.....

.....

10) Berete nějaké léky spojené s přechodem (hormonální substituční léčba)?

- a) Ano (jaké?)
- b) Ne, nepotřebuji žádné léky

11) Jste spokojena se svým vzhledem?

- a) Spokojená
- b) Spíše spokojená
- c) Spíše nespokojená
- d) Nespokojená

12) Na gynekologické prohlídky chodím:

- a) Pravidelně (1-2x ročně)
- b) Jen při obtížích
- c) Nechodím vůbec

13) Absolvovala jste již mamografické vyšetření prsů?

- a) Ano, na kontroly docházím pravidelně
- b) Ano, ale nedocházím pravidelně
- c) Ne

14) Napište činnosti, které jste dříve nevykonávala a kterým se nyní naplno věnujete?

.....

.....

.....

15) Napište činnosti, kterých jste se musela vlivem probíhající menopauzy a přechodu vzdát?

.....

.....

.....