

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Karin Hannigová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Nejčastější obtíže žen v klimakteriu

Karin Hannigová

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Karin Hannigová**
Osobní číslo: **Z12147**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Nejčastější obtíže žen v klimakteriu**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

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

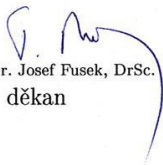
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:


1. DONÁT, J. Postmenopauza estrogenní deficit v klinické praxi. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2003. ISBN 80-238-2036-7.
2. DONÁT, J. Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2001, 160 s. ISBN 80-238-8245-7.
3. FAIT, T. Klimakterická medicína. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 978-80-7345-100-4.
4. KOLAŘÍK, D.; M. HALAŠKA a J. FEYEREISL. Repetitorium gynekologie. 2. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 1068 s. ISBN 978-80-7345-267-4.
5. ROZTOČIL, A. a kol. Moderní gynekologie 1. vyd. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Jitka Sobotková**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. dubna 2016**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. února 2016

Prohlášení autorky:

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 04. 2016

.....

Karin Hannigová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce MUDr. Jitce Sobotkové za cenné rady a připomínky, které mi poskytla. Také děkuji své rodině a přátelům za podporu při studiu. V neposlední řadě patří mé poděkování všem respondentkám, které mi vyplnily dotazník.

ANOTACE

Tématem bakalářské práce je Nejčastější obtíže žen v klimakteriu. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část je zaměřena na problematiku týkající se klimakteria, terapii estrogenního deficitu a péči porodní asistentky o ženy v tomto období. Výzkumná část tvoří rozbor dotazníkového šetření. U vybraného vzorku respondentek byly vyhledávány nejčastější obtíže, které ženy trápí, a jejich řešení těchto obtíží.

KLÍČOVÁ SLOVA

Klimakterium, menopauza, hormonální substituční terapie, symptomy estrogenního deficitu

TITLE

The most frequent troubles of climacteric women.

ANNOTATION

The topic of the bachelor thesis is The most frequent troubles of climacteric women. The thesis is divided into two parts. Theoretical part is focused on problematique of menopause, estrogen defficiency theraphy and midwife care for women in climacteric period. Research part consists of form inquiry analysis. A sample of women with most frequent climacteric troubles was selected, furthermore were these women asked about how do they deal with those troubles themsleves.

KEYWORDS

Climacterium, menopause, hormone replacement therapy, symptoms of estrogen deficiency

OBSAH

ÚVOD.....	10
Cíle teoretické části.....	11
Cíle výzkumné části.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Klimakterium	13
1.1 Definice pojmů.....	13
2 Klinické projevy	15
2.1 Klimakterický syndrom.....	15
2.1.1 Návaly horka.....	15
2.1.2 Poruchy spánku.....	16
2.1.3 Psychické potíže	16
2.2 Organický estrogen-deficitní syndrom.....	16
2.2.1 Atrofie genitálu, dyspareunie.....	16
2.2.2 Uretrální syndrom	17
2.2.3 Změny kůže, vlasů a nehtů	17
2.2.4 Změny trávicího systému.....	18
2.3 Metabolický estrogen-deficitní syndrom	18
2.3.1 Osteoporóza	18
2.3.2 Změny kardiovaskulárního systému	19
2.3.3 Neurodegenerativní onemocnění	20
2.3.4 Sexuální chování.....	20
3 Prevence v klimakteriu	21
3.1 Preventivní vyšetření u gynekologa.....	21
3.2 Preventivní vyšetření u praktického lékaře	21
4 Léčebné postupy v klimakteriu.....	22
4.1 Hormonální substituční terapie	22

4.1.1	Estrogenní terapie	22
4.1.2	Gestageny.....	23
4.1.3	Androgeny	23
4.1.4	Nízkodávková hormonální antikoncepce.....	23
4.1.5	STEARs	23
4.2	Alternativní léčba	24
4.2.1	Fytoestrogeny	24
5	Péče porodní asistentky o ženy v klimakteriu.....	25
VÝZKUMNÁ ČÁST		27
6	Výzkumné cíle a otázky.....	28
6.1	Výzkumné cíle	28
6.2	Výzkumné otázky.....	28
7	Metoda a vzorek.....	29
7.1	Metodika výzkumu.....	29
7.2	Výzkumný vzorek	29
7.3	Zpracování dat.....	30
8	Analýza a zhodnocení výsledků	31
9	Diskuze	60
ZÁVĚR		66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		67
SEZNAM PŘÍLOH.....		69

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Věk respondentek.....	29
Obrázek 2 Genetické vlivy	32
Obrázek 3 Kouření.....	33
Obrázek 4 Nástup menopauzy u kuřáček	34
Obrázek 5 Parita.....	35
Obrázek 6 Parita a nástup menopauzy	36
Obrázek 7 Návštěva gynekologa	39
Obrázek 8 Mamografické vyšetření prsu.....	40
Obrázek 9 Samovyšetření prsu	41
Obrázek 10 Péče o své zdraví	42
Obrázek 11 Akutní obtíže podle věku	44
Obrázek 12 Subakutní obtíže podle věku	46
Obrázek 13 Chronické obtíže podle věku.....	50
Obrázek 14 Zlomeniny u žen s osteoporózou.....	51
Obrázek 15 Odborná pomoc	52
Obrázek 16 Nárůst hmotnost po menopauze	56
Obrázek 17 Zaznamenání nárůstu hmotnosti u žen se změnami nálady po menopauze	57
Obrázek 18 Zájem o kurzy vedené porodní asistentkou.....	58
Obrázek 19 Zájem o kurzy vedené porodní asistentkou podle věku	59
Tabulka 1 Věk menopauzy	31
Tabulka 2 Vyhledání informací	37
Tabulka 3 Akutní obtíže	43
Tabulka 4 Subakutní obtíže	45
Tabulka 5 Zlomeniny po menopauze.....	47
Tabulka 6 Chronické obtíže.....	49
Tabulka 7 Řešení obtíží	53
Tabulka 8 Specialista	54
Tabulka 9 Doporučení specialistů.....	55

ÚVOD

Klimakterium není v žádném případě nemoc nebo chorobná změna. Tak jako jsme musely projít pubertou, tak si musíme projít menopauzou a procesem klimakteria, je to přirozený fyziologický děj. Avšak pro mnoho žen může být toto období velmi náročné a choulostivé. Mohou mít pocit ztráty ženskosti, přitažlivosti, neúčinnosti pro společnost. Řada žen chápe menopauzu jako vstup do stáří a začátek nekvalitního a neúplného života. Klimakterium má ale i svá pozitiva, ženy najednou nemusí mít strach z nechtěného otěhotnění, také už je nepřekvapí menstruace v tu nejméně vhodnou chvíli, nemusí se zabývat nákupem potřeb, jako jsou vložky nebo tampony. Pro některé ženy může naopak nastat ta část života, kdy děti odcházejí z domova, mohou se tak naplno věnovat sobě, svým koníčkům a zálibám. Toto období je velice individuální a u žádné ženy se nedá předem předvídat jeho průběh.

Je dostupné velké množství literatury (Přechodem bez obav – T. Fait, Klimakterium: průvodce pro ženy přechodem – J. Donát, Kniha knih o menopauze – R. N. Phillipsová atd.), mnoho článků, ať už v časopisech nebo na internetu, ve kterých se ženy mohou o tomto životním období informovat. I přesto je toto téma pro ženy stále jakési tabu. I po prostudování literatury mají mnoho otázek a ostýchají se o problémech mluvit.

Úlohou porodní asistentky (PA) je ženy na vhodné úrovni informovat a o jejich problémech s nimi diskutovat, situaci plnou strachu a neznáma odlehčit. PA by se neměla zajímat jen o ženy v reprodukčním období, ale naopak i o ženy v období klimakteria. Tyto ženy potřebují stejnou míru péče, laskavého zacházení a informovanosti jako ženy těhotné. V mém okolí se vyskytuje spousta menopauzálních žen, které mají mnoho otázek a mnohdy tápou, stydí se o problémech mluvit, proto jsem si toto téma vybrala. Ráda bych byla ženám nápomocna, uměla odpovědět na jejich časté dotazy. Zajímá mě, jaké mají ženy v období klimakteria obtíže, zda je nějakým způsobem řeší, a jestli vyhledávají odbornou pomoc, či nikoli.

Cíle teoretické části

Cílem teoretické části je zpracovat literární přehled soudobých poznatků o klimakteriu, popsat klinické projevy klimakteria, prevenci, druhy léčby estrogenního deficitu a péči PA o ženy v tomto životním období.

Cíle výzkumné části

Před začátkem výzkumu byly stanoveny tyto cíle práce:

1. Zjistit četnost výskytu obtíží souvisejících s estrogenním deficitem u souboru respondentek.
2. Zjistit incidenci faktorů ovlivňujících nástup menopauzy u sledovaného vzorku respondentek.
3. Zjistit, zda ženy ze souboru respondentek pečují o své zdraví, zda dbají na prevenci a jak řeší již přítomné symptomy estrogenního deficitu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KLIMAKTERIUM

Klimakterium je období života ženy, ve kterém dochází k postupnému vyhasínání funkce vaječnicků. V průběhu dvacátého století se život ženy prodloužil průměrně o 30 let, prodlužuje se tak výrazně doba, kterou žena stráví v estrogenním deficitu. Začátek tohoto období je u jednotlivých žen individuální a je ovlivněn mnoha faktory. U některých žen může přijít dříve, ve výjimečných případech později. V Evropě nastává obvykle mezi 45. a 55. rokem života. Do nástupu může výrazně zasáhnout gynekologická operace (odnětí vaječnicků). Symptomatologie obtíží spojených s klimakteriem může být velice pestrá, ale nemusí se projevit u všech žen v celém svém rozsahu (Donát, 2003, s. 17; Fait, 2013, s. 8; Vokurka, 2007, s. 488).

1.1 Definice pojmů

Menopauza je často chápána jako synonymum klimakteria. Nejčastěji tak označujeme poslední menstruační periodu, tedy krvácení řízené ještě ovariální funkcí. Za poslední menstruaci se pokládá taková, po které rok nenastalo další krvácení (Fait, 2013, s. 11).

Premenopauza je období, které předchází menopauze. Je dosud zachován menstruační cyklus a trvá do 12 měsíců před menopauzou. V tomto období se již objevují příznaky akutního klimakterického syndromu (Donát, 2003, s. 16; Fait, 2013, s. 11).

Menopauzální přechod je období před poslední menstruační periodou, kdy stoupá variabilita menstruačního cyklu. Tento termín může být synonymem pro perimenopauzu. Termín perimenopauza může být nepřesný a měl by být vypuštěn (Donát, 2001, s. 14).

Perimenopauza je období kolem menopauzy, začíná jeden rok před menopauzou a končí jeden rok po menopauze. V tomto období je nepravidelná menstruace, oligomenorea, hypermenorea až amenorea. Dochází k reverzibilní folikulární insuficienci ovaria (Donát, 2001, s. 14; Roztočil, 2011, s. 91).

Postmenopauza začíná 12 měsíců po posledním menstruačním krvácení neohledě na to, zda je menopauza indukovaná nebo spontánní. Je pro ní typické trvalé zvýšení hladin FSH (folikulostimulační hormon) a minimální produkce estrogenů (Donát, 2001, s. 14; Fait, 2013, s. 11).

Předčasná menopauza je taková, která se objevuje před 40. rokem života ženy (Donát, 2001, s. 14).

Indukovaná menopauza – zástava menstruace chirurgickým odnětím obou vaječníků (s nebo bez hysterektomie) nebo po iatrogenním ukončení jejich funkce chemoterapií nebo radiací (Donát, 2001, s. 14).

Klimakterický syndrom – přítomnost vazomotorických a psychických symptomů při klimakteriu. Mezi tyto symptomy patří návaly horka, pocení, bolesti hlavy, závratě, deprese, nervozita, podrážděnost atp. (Donát, 2001, s. 14).

Senium (geripauza) – fáze života ženy po menopauze, kterou můžeme rozdělit na časnou geripauzu, pro ženy ve věku 65 až 85 let, a pozdní geripauzu, po 85. roce věku (Donát, 2003, s. 16 – 17).

Nástup menopauzy může ovlivnit řada zevních vlivů:

- Věk začátku menstruačního cyklu – při časném začátku hrozí dřívější nástup menopauzy.
- Délka menstruačního cyklu – pokud má žena během života delší cykly, nastupuje u ní menopauza obvykle později.
- Parita – vliv má i počet dětí, při větším počtu narozených dětí se předpokládá pozdější nástup menopauzy.
- Věk porodu posledního dítěte – v čím vyšším věku žena dítě porodila, tím hrozí pozdější nástup menopauzy.
- Kouření – způsobuje dřívější nástup menopauzy.
- Vliv má i hmotnost ženy, rasa, zeměpisná poloha a nadmořská výška, dále také socioekonomické faktory. Nejčastěji je však věk menopauzy dán geneticky (Fait, 2010, s. 14).

2 KLINICKÉ PROJEVY

Příznaky spojené s klimakteriem můžeme z časového hlediska rozdělit do 3 kategorií:

1. Akutní příznaky – klimakterický syndrom
2. Subakutní příznaky – organický estrogen-deficitní syndrom
3. Chronické příznaky – metabolický estrogen-deficitní syndrom

2.1 Klimakterický syndrom

Tyto příznaky vznikají někdy postupně a pozvolna (hlavně u spontánní menopauzy – měsíce, výjimečně léta), někdy náhle (zejména po chirurgické kastraci – za 1 – 4 týdny) u žen před, okolo nebo po menopauze. Můžeme zaznamenat rozmanitou individuální šíři potíží. Akutní potíže neohrožují vážněji zdraví ženy, ovlivňují však kvalitu jejího života, proto je nesmíme přehlížet. Odrážejí neurovegetativní a hormonální nestabilitu, ale mohou být také projevem estrogenního deficitu. K akutním symptomům řadíme vazomotorické obtíže, jakými jsou návaly horka, pocení, bolesti hlavy, závratě, parestezie, psychické potíže, zažívací poruchy, poruchy srdečního rytmu s bolestmi v oblasti srdce a bolesti kloubů (Donát, 2003, s. 18; Kolařík et al., 2008, s. 292 – 295).

2.1.1 Návaly horka

V perimenopauze pozoruje návaly horka 70 % žen, s přibývajícím věkem však intenzita klesá, kolem 60. roku je pociťuje již jen 30 % žen a po 70. roku jen 9 %. Vyvolat je mohou běžné podněty, jako je vzestup okolní teploty, požití horkých nápojů či jídel, nebo stres a úzkost. U žen s menopauzálními návaly se předpokládá porucha termoregulačního centra v předním hypotalamu. Bývají doprovázeny zarudnutím v oblasti tváře, na krku, pažích nebo rukou. Některé ženy mohou pociťovat teplo v celém těle, které se šíří z oblasti hlavy směrem dolů. Po záchvatu často dochází ke zvýšenému pocení, s následným pocitem chladu. Nával může dále doprovázet závrať, bolest hlavy nebo také bušení srdce. Objevují se kdykoli během dne i noci, trvají obvykle 3 – 4 minuty, výjimečně až půl hodiny. Jejich frekvence je velmi individuální, v rozmezí od několika za měsíc po několik návalů za hodinu (Fait, 2013, s. 16; Kolařík et al., 2008, s. 294 – 295).

2.1.2 Poruchy spánku

Zhruba 50 % žen trpí nespavostí. Dochází zejména k poruchám usínání, opakovanému a častému probouzení. Výsledkem je ospalost během dne. Často dochází ke snížení kvality spánku z důvodu návalů horka a nočního pocení (Kolařík et al., 2008, s. 295).

2.1.3 Psychické potíže

Dalšími projevy klimakterického syndromu jsou psychické potíže jako změny nálady, deprese, úzkost, vyčerpání, pocit osamělosti, podrážděnost, ztráta libida, bolesti hlavy, nespavost a ztráta energie. V období menopauzy je na ženy vyvíjen ze všech stran obrovský psychický tlak. Mohou si připadat nepotřebné, po sexuální stránce oproti mladším ženám méně atraktivní. Děti opouštějí domov, stávají se samostatnými, žena může trpět „syndromem prázdného hnízda“. S přibývajícím věkem se mění životní hodnoty. Ženy se většinou vyrovnávají s touto životní etapou velmi obtížně. Jako kompenzace úzkosti a životní nejistoty se může objevit přejídání a nárůst hmotnosti, které rovněž snižují sebevědomí, a žena se dostává do bludného kruhu (Fait, 2010, s. 16; Fait, 2013, s. 17).

2.2 Organický estrogen-deficitní syndrom

Tyto příznaky bychom mohli označit jako střednědobé. Začínají až po menopauze, s odstupem několika let, a trvají často až do pozdní postmenopauzy. Při jejich nedostatečné léčbě ztěžují ženě vysokou měrou život, ale neohrožují ji na životě. Vznikají v důsledku poškození tkání atrofizací z nedostatku estrogenů. Postiženy jsou hlavně sliznice pochvy, uretry a trigona močového měchýře. Může dojít ke změně kvality kůže, vlasů a nehtů. Atofizace může postihnout i pojivovou tkáň, což může vést k poklesu až prolapsu dělohy a pochvy (Donát, 2003, s. 18).

2.2.1 Atrofie genitálu, dyspareunie

U některých žen již v perimenopauze, u jiných až v postmenopauzálním období klesá hladina estrogenů. Následkem jsou anatomické změny v oblasti vulvy a pochvy. Dochází k atrofizaci poševní sliznice, snižuje se množství kolagenu v podslizniční vrstvě a schopnost podpůrného vaziva vázat vodu. Důsledkem úbytku tuku se ztenčují lábia. Pubické ochlupení je světlejší. Vystupňováním těchto změn může vzniknout až lichen sclerosus (zánětlivá dermatóza s chronickým průběhem postihující kůži a anogenitální sliznici) a senilní atrofie vulvy. Pochva se zkracuje, poševní stěny se ztenčují a ztrácejí svou elasticitu. Snižuje se množství a mění se složení vaginálního sekretu. Množství glykogenu v epitelích je redukováno, z toho

důvodu se opoždí nstup lubrikace po sexuálním stimulu (Donát, 2003, s. 24 – 28; Kolařík et al., 2008, s. 296 – 297).

Klinicky se tyto změny projevují vaginální suchostí, pálením, svěděním, bolestivým pohlavním stykem, predispozicí k vaginální kolpitidě. V důsledku atrofických změn, snížené elasticity a zhoršené lubrikace dochází ke snadnějším traumatům poševní stěny. Hojení těchto traumat může vést k jizvení a ke vzniku synechií (chorobné srůsty). Tyto změny často ustupují po aplikaci estrogenů (Donát, 2003, s. 24 – 28; Kolařík et al., 2008, s. 296 – 297).

Při podávání estrogenů se zvyšuje prokrvení a zastoupení kolagenu v submukózní vrstvě, obnovují se buňky obsahující glykogen a zásadité postmenopauzální pH se mění na kyselé. Některé subjektivní příznaky vymizí již po několika dnech léčby. Při aplikaci lokálních estrogenů byl prokázán rychlejší ústup obtíží, avšak problém spočívá v působení estrogenů na endometrium. Může zde dojít k proliferaci, hyperplazii, posléze až k rozvoji endometroidního karcinomu (Kolařík et al., 2008, s. 296 – 297; Roztočil et al., 2011, s. 93).

Estrogenní receptory byly prokázány také ve svalstvu pánevního dna a v ligamentum rotundum. Může docházet k sestupu dělohy a poševních stěn, a to v důsledku atrofie závěsného aparátu dělohy. Po menopauze dochází k výraznému urychlení involuce glandulárních struktur prsu. Zmenšuje se množství tuku v lobulech, parenchym a tuk je nahrazen vazivovou tkání (Donát, 2003, s. 24 – 28; Kolařík et al., 2008, s. 296 – 297).

2.2.2 Uretrální syndrom

Trigonum močového měchýře, uretra a tkáně tvořící pánevní dno mají vysokou koncentraci estrogenových receptorů. Po menopauze se estrogenový deficit může projevovat častým močením, urgencí, dysurií a nykturií. Tento deficit má vliv i na výskyt recidivující infekce dolních močových cest u postmenopauzálních žen (Donát, 2003, s. 20; Fait, 2013, s. 18).

2.2.3 Změny kůže, vlasů a nehtů

Estrogeny ovlivňují tloušťku kůže a podkoží. Při jejich nedostatku kůže rychleji stárne, postupně se ztenčuje, atrofuje, výrazněji v místech vystavovaných světlu. Degenerace kolagenních a elastických vláken způsobuje zvrásnění kůže. Kůže je suchá, lehce zranitelná a cévy sklerotizují. Úbytek vody v kůži a snížení turgoru (napětí) jsou dány hlavně poklesem zastoupení glykosaminoglykanů. Snižuje se sekrece mazových a potních žláz. V důsledku vyšší produkce melatoninu se zvyšuje pigmentace. Současně se mění kvalita vlasů a nehtů,

mohou být suché a vypadávat (Donát, 2003, s. 23 – 24; Fait, 2013, s. 18 – 19; Kolařík et al. 2008, s. 297).

2.2.4 Změny trávicího systému

V důsledku atrofie sliznice v ústech dochází k následné suchosti v ústech a poruchám chuti, vzniká tak chronický zánět dutiny ústní s poruchami fixačního aparátu zubů, což má za následek jejich zvýšené vypadávání. Atrofie sliznice colon caecum a colon ascendens může vést k okultnímu krvácení, jehož důsledkem může být sideropenická anemie. Po menopauze se 2,5x zvyšuje riziko výskytu onemocnění žlučníku (Kolařík et al., 2008, s. 297).

2.3 Metabolický estrogen-deficitní syndrom

Organický estrogen-deficitní syndrom sice ženám může snižovat kvalitu života, avšak metabolické změny je mohou ohrožovat na životě. K plnému rozvoji těchto změn dochází až za několik let po menopauze (Kolařík et al. 2008, s. 298).

2.3.1 Osteoporóza

Jde o nejčastější metabolické onemocnění ve vyspělých zemích. Jedná se o nejdůležitější dlouhodobou změnou související s menopauzou. Svými důsledky ovlivňuje morbiditu a mortalitu žen vyšší věkové kategorie (Fait, 2013, s. 17).

Def: „Systémové onemocnění manifestující se nízkou kostní hmotou a mikroarchitektonickým poškozením skeletu vedoucí k nedostatečnosti skeletu a zvýšenému riziku fraktury“ (Kolařík et al., 2008, s. 298).

Celoživotně probíhá remodelace kosti, je přítomna rovnováha mezi resorpcí a novotvorbou. U ženy je maxima kostní hmoty dosaženo ve věku 30 – 35 let. K jejímu úbytku dochází zvýšením kostní přestavby v důsledku nedostatku estrogenů – resorpce převládá nad novotvorbou. Nejrychlejší úbytek je první 3 – 4 roky po menopauze. Úbytek nepostihuje symetricky všechny části těla. Mezi typické osteoporotické zlomeniny patří kompresivní zlomeniny obratlů, Collesova zlomenina distálního předloktí a zlomenina krčku stehenní kosti. Vysoké riziko zlomenin při osteoporóze je závažným problémem. Většina zlomenin se hojí bez následků, ale některé způsobují dlouhodobé nebo trvalé poškození se závislostí postiženého na pomoci druhých nebo i s jeho upoutáním na lůžko (Broulík, 2009, s. 11 – 12; Kolařík et al., 2008, s. 298).

Pro vznik osteoporózy existuje celá řada rizikových faktorů. Můžeme je rozdělit na faktory neovlivnitelné pohlavím, jako je pozdní nástup menstruace – více než 17 let, předčasná menopauza – méně než 45 let, malá a štíhlá postava – méně než 55 kg. Dále osteoporóza v rodině, bledá pokožka, endokrinopatie, rasa – u euroasijské je výskyt několikrát vyšší. Následují faktory částečně ovlivnitelné – kouření, abúzus alkoholu a kofeinu, fyzická inaktivita, potrava s nízkým obsahem vápníku, onemocnění gastrointestinálního traktu (GIT), užívání léků (glukokortikoidy, heparin, antiepileptika, anacida atd.). Roli hraje i pohlaví, u ženského je výskyt osteoporózy častější než u mužského (Fait, 2010, s. 16; Kolařík et al. 2008, s. 298 – 299).

V reprodukčním období je žena chráněna před ztrátou kostní hmoty vysokou hladinou estrogenů, naopak v menopauze se zrychluje její úbytek. Podíl na vzniku osteoporózy mají i endokrinní poruchy, například bilaterální ovariectomie provedená před přirozenou menopauzou nebo ovariální dysfunkce s nízkou produkcí estrogenů. U mladých působí příznivě na fyziologický růst kostí tělesná zátěž. V dospělosti je příznivá pro udržení rovnováhy kostních procesů a brání kostní resorpci ve stáří. Naopak imobilizace podporuje osteoresorpci. Někdy se mohou vyskytovat bolesti kostí, kloubů a páteře, které přivádí nemocnou k lékaři, ale většinou osteoporóza nebolí, dokud nedojde ke zlomenině (Fait, 2010, s. 16; Kolařík et al. 2008, s. 298 – 299).

Nemáme mnoho možností pro léčbu již vzniklé osteoporózy. Přínosnější je profylaktická léčba estrogeny (Kolařík et al. 2008, s. 301).

2.3.2 Změny kardiovaskulárního systému

Rozvoj kardiovaskulárních onemocnění je u postmenopauzálních žen 4x vyšší než u žen premenopauzálních. K rizikovým faktorům řadíme nárůst tělesné hmotnosti, inzulinovou rezistenci, zejména manifestní diabetes mellitus (DM), vysoký krevní tlak, nízkou pohybovou aktivitu a v neposlední řadě kouření cigaret (Kolařík et al., 2008, s. 301).

Onemocnění, které výrazně ohrožuje život ženy, je ateroskleróza. Kornatění tepen je způsobeno ukládáním tuků a vápenatých solí do cévní stěny. Céva tím ztrácí pružnost a zužuje se její průsvit. Dojde-li k výraznému zúžení a následnému snížení průtoku krve, vede to k ischemické chorobě srdeční (ICHS) nebo k ischemické chorobě dolních končetin (ICHDK). Úplný uzávěr koronárních cév vede k rozvoji infarktu myokardu (IM) nebo cévní mozkové příhodě (CMP). Estrogen má výrazný vliv na cholesterol. Ten jako hlavní tuková částice způsobující aterosklerózu koluje v těle v několika formách. Jedna forma je vázána na

lipoproteiny vysoké hustoty (HDL) a druhá forma se váže na lipoproteiny velmi nízké a nízké hustoty (VLDL, LDL). Při nedostatku estrogenů množství HDL klesá a naopak množství LDL se zvyšuje. Tento hormon zároveň působí jako blokátor prostaglandinů a tromboxanů, které mají vliv na kalciové kanálky (Fait, 2013, s. 18; Kolařík et al., 2008, s. 301 – 302).

2.3.3 Neurodegenerativní onemocnění

Častěji u žen než u mužů se objevuje Alzheimerova demence. U tohoto onemocnění dochází k poklesu množství neuronů a snížení produkce některých neurotransmiterů, zejména acetylcholinu. Je předmětem řady diskuzí, zda má na toto onemocnění vliv nedostatek estrogenů, ale existují důkazy, že i toto je estrogen-dependentní onemocnění. Projevuje se ztrátou mentálních a kognitivních funkcí.

Některé zdroje udávají, že estrogení deficit má vliv i na rozvoj Parkinsonovy nemoci. Mezi tato onemocnění dále řadíme makulární degeneraci. Jde o závažný stav, který je nejčastější příčinou ztráty zraku ve stáří. Mechanismus tohoto onemocnění není příliš známý, ale hormonální substituce může zabránit rozvoji příznaků, pravděpodobně svým antioxidačním účinkem (Kolařík et al., 2008, s. 302).

2.3.4 Sexuální chování

Po menopauze dochází k častým změnám v sexuálním chování, které jsou částečně způsobeny estrogením deficitem, ale velkou roli zde hraje i klimakterický syndrom. Následky estrogeního deficitu a anatomické změny v oblasti vulvy a pochvy jsou popsány výše. Důsledkem těchto změn je především bolestivý pohlavní styk – dyspareunie. Dochází také ke změnám v partnerském soužití, mění se životní hodnoty. Důležitá je psychická stránka. Příznaky stárnutí, zdravotní a tělesné problémy vyvolávají v ženě pocit sexuální neatraktivnosti. Všechny tyto problémy mohou vést k úplné sexuální averzi. Na druhou stranu po menopauze vymizí spousta starostí spojená s pohlavní zralostí ženského pohlavního systému. Žena se nemusí bát nechtěného otěhotnění a odpadá starost o pravidelné užívání hormonální antikoncepce (Kolařík et al., 2008, s. 302).

3 PREVENCE V KLIMAKTERIU

Každá žena by měla být seznámena s možností využití preventivních metod a využívat je ve prospěch svého zdraví. Část žen se vyšetření vyhýbá z obav, že bude odhalen problém a ony zbytek života stráví léčbou a podstupováním chirurgických zákroků. Druhá skupina žen pravidelně lékaře nenavštěvuje s představou, že již byly jednou vyšetřeny a vše bylo v pořádku. Oba tyto postoje jsou nešťastné. Menopauzou život nekončí, ba naopak by měla žena dbát na prevenci více, než tomu bylo doposud. V tomto období totiž stoupá riziko vážných onemocnění, která můžeme včasným záchytem odhalit (Fait, 2010, s. 41).

3.1 Preventivní vyšetření u gynekologa

Preventivní gynekologické vyšetření je u nás prováděno jednou ročně. Jeho součástí je odběr anamnézy a gynekologické vyšetření, které zahrnuje kontrolu zevního genitálu pohledem, vnitřního genitálu v gynekologických zrcadlech a palpační bimanuální vyšetření. Součástí vnitřního vyšetření je odebrání buněk z hrdla děložního pro časný záchyt přednádorových změn. To lze doplnit o kolposkopické vyšetření – zhodnocení sliznice hrdla děložního v mikroskopu s velkou ohniskovou vzdáleností. Zásadní význam má vyšetření vaginálním ultrazvukem ke zhodnocení děložní sliznice. Dále gynekologové nebo praktičtí lékaři odesílají ženu na mamografii, ta je nezbytnou součástí sledování žen v klimakteriu. Je to jediná metoda, která je schopna odhalit mikrokalcifikace, které mohou být známkou časného stádia maligního nádoru (Fait, 2010, s. 44 – 45; Fait, 2013, s. 31 – 32).

3.2 Preventivní vyšetření u praktického lékaře

U praktického lékaře se provádějí preventivní prohlídky vždy jednou za dva roky. Jejich obsahem je doplnění anamnézy se zaměřením na nemoci srdce a cév, nádorová a metabolická onemocnění. Součástí je kompletní interní vyšetření, včetně změření krevního tlaku, orientačního vyšetření zraku a sluchu, zjištění váhy a tělesné výšky s výpočtem body mass indexu (BMI). Jednou za 4 roky se provádí vyšetření křivky srdeční činnosti (EKG). Součástí prohlídky je i vyšetření moči, cholesterolu a krevního cukru. Od 50 let se provádí vyšetření na okultní krvácení ze stolice. Ženy dlouhodobě léčené kortikoidy, antikonvulzivy, miniheparinizované, s poruchou příjmu potravy, s nízkým BMI, starší 65 let, fumátorky a dispenzarizované pro thyreopatii by měly být odeslány na denzitometrii k verifikaci osteoporózy (Fait, 2010, s. 44 – 45).

4 LÉČEBNÉ POSTUPY V KLIMAKTERIU

Obtíže s klimakteriem spojené můžeme léčit medikamentózně, a to buď hormonálně, anebo nehormonálně, dále alternativními způsoby, kterých je celá řada. Léčbu určuje druh a intenzita obtíží (Fait, 2013, s. 35).

4.1 Hormonální substituční terapie

Hormonální substituční léčba (HST) spočívá v podávání ženských pohlavních hormonů v období, kdy došlo k vymizení jejich přirozené tvorby. V roce 1928 byl syntetizován první hormonální přípravek, od této doby zaujala HST přední místo v léčbě příznaků spojených s menopauzou. Lze jí využít k léčbě příznaků akutních, subakutních i chronických. Hormonální terapie by měla být „šitá na míru“ jednotlivým pacientkám. Při hodnocení rizik a přínosů léčby je potřeba zohlednit představy ženy o této léčbě a zvážit její celkový zdravotní stav. Pro hormonální terapii se používají všechny 3 skupiny pohlavních hormonů – estrogeny, gestageny a androgeny. K hormonální substituci můžeme dále zařadit tibolon, selektivní regulátor tkáňových estrogenních receptorů (STEARs) a dehydroepiandrosteroin (DHEA). Léčíme-li jednou skupinou hormonů, jde o monoterapii, využíváme-li více skupin, jedná se o léčbu kombinovanou (Fait, 2013, s. 35 – 36; Kolařík et al, 2008, s. 315).

4.1.1 Estrogenní terapie

Pro HST jsou nejčastěji používány tzv. přirozené estrogeny. Mezi ně patří estradiol, estron, estriol, jejich konjugované deriváty a konjugované equinní estrogeny získávané z moči gravidních klisen. Měla by se užívat nejnižší dávka estrogenů, která dokáže obtížím zamezit. Estrogeny se mohou podávat perorálně, transdermálně, perkutánně, intranazálně, subkutánně nebo vaginálně. Většinou upřednostňujeme perorální formu, jinou aplikační cestu volíme při žaludečních obtížích, poruše funkce jater, zvýšené hladině tuků v krvi (hypertriglyceridemii), DM a při zvýšeném riziku srážení krve. Rozdílný přístup podávání volíme, má-li žena dělohu či nikoliv. U žen bez dělohy volíme estrogenní substituční terapii (EST). U žen s dělohou pro kontrolu krvácení a zabránění nadměrné stimulaci děložní sliznice využíváme kombinaci estrogenu s progesteronem (EPT). V současné době je na trhu dostupná celá řada hormonálních substitučních preparátů. Důležitá je individualizace léčby vycházející především ze zkušeností lékaře (Fait, 2010, s 29; Fait, 2013, s. 36 – 37).

4.1.2 Gestageny

Pro perimenopauzu je charakteristický relativní nebo absolutní nedostatek progesteronu. Omezit příznaky klimakterického syndromu a mít pod kontrolou menstruační cyklus můžeme pomocí podávání gestagenů, pro kombinovanou substituční léčbu se jich využívá celá řada. Jediným přirozeným gestagenem je progesteron, využívá se jeho mikronizované formy. Všechny ostatní užívané gestageny – norethisteron, lynesterol, levonorgestrel, desogestrel, gestoden, norgestimát, dienogest jsou látky syntetizované (Fait, 2013, s. 37 – 38).

4.1.3 Androgeny

V ojedinělých případech, kdy je kontraindikována estrogenní léčba, nebo při výrazných vedlejších a nežádoucích účincích estrogenů a pro zvýšení libida jsou používány exogenní androgeny. Mezi vedlejší účinky patří například nadměrné ochlupení žen, nadměrné vylučování kožního mazu a dále akné (Fait, 2013, s. 42).

4.1.4 Nízkodávková hormonální antikoncepce

U perimenopauzálních žen, kde se nevyskytuje kontraindikace k podání antikoncepce (hypertenze, kouření, obezita atd.), je možno podat nízkodávkové monofazické kontracepční přípravky. Můžeme užít perorální i neperorální formu (náplast, vaginální kroužek). Tyto přípravky udržují pravidelný cyklus s výskytem slabých pseudomenstruací, zlepšují projevy klimakterického syndromu a mají ochranný účinek na kostní hmotu (Fait, 2013, s. 38, 41).

4.1.5 STEARs

Řadíme sem primárně Tibolon, což je syntetické analogum steroidů. Má v těle trojí účinek – estrogenní, gestagenní i androgenní. Potlačuje vazomotorické obtíže a zlepšuje náladu i libido. Má ochranný účinek na kostní hmotu. Neovlivňuje endometrium, proto je používán u žen s anamnézou endometriózy a při výskytu nežádoucích účinků běžné hormonální terapie. Naopak není vhodný u žen s karcinomem prsu (Fait, 2013, s. 41; Kolařík et al., 2008, s. 346).

Jako každý přípravek má i HST svá rizika a nežádoucí účinky. Proto je před jejím nasazením žena podrobena povinnému vyšetření, k němuž patří odběr anamnézy, ve které je nutné zaměřit se nejen na současný stav, ale i na možná budoucí rizika spojená s jejím užíváním. Je zjišťováno riziko nádorového onemocnění, především karcinomu prsu, dále tromboembolické nemoci anebo známá precitlivělost na některou složku léčiva (Kolařík, 2008, s. 331).

4.2 Alternativní léčba

Spousta žen hormonální léčbu užívat ze zdravotních důvodů nemůže, anebo nechce. V těchto případech přichází na řadu léčba alternativní, která ovšem nebývá tolik účinná. Uplatňuje se spíše ke zmírnění akutních příznaků. Mezi alternativní postupy v menopauze patří užívání fytoestrogenů, dále metody jako homeopatie, aromaterapie, speciální cvičení, jóga, masáže, meditace, akupunktura, elektroanalgezie a jiné. Žádná z těchto metod ovšem není adekvátní náhradou HST (Fait, 2010, s. 34).

4.2.1 Fytoestrogeny

Pojmem fytoestrogeny rozumíme látky rostlinného původu, které se v zažívacím traktu mění na látky s estrogenními účinky. Nejvýznamnějšími fytoestrogeny obsaženými v lidské stravě jsou isoflavony, jejich bohatým zdrojem je zejména sója. V nižších koncentracích jsou přítomny v řadě bobovitých rostlin jako je cizrna, čočka, hrách, fazole, boby mungo, burské oříšky nebo klíčky vojtěšky. Mezi další významné typy fytoestrogenů patří lignany, ty jsou přítomny v oříšcích, cereáliích, bobulovinách, ale zejména ve lněném semínku. Další typy fytoestrogenů byly nalezeny v řadě léčivek, mezi nejznámější patří ploštičník hroznatý a červený jetel. Extrakt z ploštičníku snižuje frekvenci návalů a zlepšuje projevy klimakterického syndromu. Má ochranný účinek proti nádorovému bujení, řada studií prokazuje příznivý vliv na kostní hmotu a cévní stěnu. Dále to jsou červená vinná réva, rýže, jahody, česnek, rybíz, lékořice a datle. Fytoestrogeny se vyskytují také ve včelích produktech vyrobených z pylu nebo mateří kašičky (Donát, 2006, s. 38 – 42; Fait, 2010, s. 34 – 38; Turčan, 2011).

5 PÉČE PORODNÍ ASISTENKY O ŽENY V KLIMAKTERIU

PA má v prevenci a informovanosti dívek a žen nezastupitelné místo. Kompetence k této činnosti jí udává § 5 zákona o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 2/2016 Sb., ve znění pozdějších předpisů: „*Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého týdne po porodu a pacientky s gynekologickým onemocněním*“ (Vyhláška č. 2/2016 Sb.).

Ošetřovatelská péče spočívá hlavně ve vyhledávání, odstraňování, zmírňování a předcházení problémů v oblasti lidských potřeb. PA ženy v klimakteriu edukuje o jeho průběhu, souvisejících zdravotních změnách a možnostech léčby vzniklých komplikací.

Ženám je neustále připomínáno a opakováno, že je nutné pravidelně navštěvovat gynekologa a praktického lékaře. Život po menopauze nekončí, právě v tomto období stoupá riziko vážných onemocnění, která můžeme včasným záchytem odhalit. Úlohou PA je především kvalitně informovat o prevenci a počátečních příznacích nádorových onemocnění. Mezi výstražné příznaky patří postmenopauzální krvácení, nebo jakékoli změny na prsu, nahmatání rezistence, nebo výtok z bradavky, změna tvaru prsu, změna barvy kůže prsu, nechtěný úbytek na váze, nechutenství. PA ženu poučí o důležitosti podstoupení mamografického vyšetření, a to v pravidelných intervalech 1x za dva roky od 45 let věku. Poučí ji o samovyšetřování prsu (Fait, 2010, s. 41 – 44; Moravcová, Škorníčková, Zajíčková, 2015, s. 88).

Je důležitá změna životního stylu. PA ženám vysvětlí, proč je vhodné udržovat svojí hmotnost v optimální míře, zaměří se přitom na úpravu stravovacích návyků. Doporučuje se omezit konzumaci tuků s nasycenými mastnými kyselinami, jedná se zejména o tuky v mase a masných výrobcích. Na druhé straně je potřeba zvýšit příjem rostlinných olejů. Vhodný je olivový, řepkový nebo lněný. Radí se také snížení příjmu volných sacharidů, hlavně cukru, sladkostí, dortů a jiného sladkého pečiva. PA ženě vysvětlí důležitost příjmu potravin bohatých na fytoestrogeny a vlákninu. Neméně důležitý je příjem vitamínů, zejména vitamínu D pro prevenci vzniku osteoporózy. PA edukuje o nevhodnosti kouření, konzumaci alkoholu a kávy. Naopak poučí o důležitosti pitného režimu, kdy žena preferuje čistou pitnou vodu, ovocné a zeleninové šťávy ředěné vodou anebo neslazené čaje. Dále doporučí ženě vyvarovat se stresovým situacím. Důležitou roli hraje i pravidelná fyzická aktivita. Vhodné je cvičení či rychlá chůze alespoň 3x týdně po dobu minimálně 30 minut. Toto cvičení pomáhá

až 2/3 žen odbourat akutní potíže. Pomáhá v udržování kostní hmoty a funkční přestavby kosti. Fyzická aktivita zajisté pomáhá v udržování tělesné hmotnosti (Fait, 2010, s. 46 – 54).

PA edukuje ženy o možnostech léčby. Poučí ženu o účincích HST, ale zároveň jí vysvětlí, že nevyřeší všechny problémy s menopauzou spojené. Pokud dojde k nasazení HST, měla by být žena informována o možnosti výskytu špinění či nepravidelného krvácení, hlavně v prvních 3 měsících léčby, o možnosti napětí prsů, bolesti hlavy nebo žaludečních nevolností při perorální léčbě. PA poučí ženu, že po nasazení HST může dojít k příbytku na váze, a to asi o 2 – 3 kg. Žena by měla vědět, že jde o přechodné účinky, které vymizí během tří až šesti měsíců. Z alternativních metod může doporučit aromaterapii, bylinky (ploštičník hroznatý, červený jetel, třezalka tečkovaná, šalvěj lékařská aj.), homeopatii, speciální cvičení, klimakterickou jógu, hydroterapii, elektroanalgézi, masáže, meditace a řadu dalších metod. Poučí jí, že alternativní metody vedou ale spíše ke zmírnění akutních příznaků, neřeší estrogení deficit (Vrublová, 2013, s. 43 – 45).

PA citlivou formou klientku podporuje, podává jí dostatek informací. V případě výskytu onemocnění jí předá kontakt na odborné pracoviště nebo na odborníky příbuzných oborů.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

6.1 Výzkumné cíle

Za výzkumné cíle této práce bylo stanoveno následující:

1. Zjistit četnost výskytu obtíží souvisejících s estrogenním deficitem u souboru respondentek.
2. Zjistit incidenci faktorů ovlivňujících nástup menopauzy u sledovaného vzorku respondentek.
3. Zjistit, zda ženy ze sledovaného souboru respondentek pečují o své zdraví, zda dbají na prevenci a jak řeší již přítomné symptomy estrogenního deficitu.

6.2 Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů práce a studia odborných zdrojů byly zvoleny tyto výzkumné otázky:

1. Jaké symptomy estrogenního deficitu se u sledovaného vzorku respondentek vyskytují nejčastěji?
2. Jaká je incidence faktorů ovlivňujících nástup menopauzy u sledovaného vzorku respondentek?
3. Jak pečují ženy ze souboru respondentek o své zdraví? Dbají na prevenci? Řeší již přítomné symptomy estrogenního deficitu?

7 METODA A VZOREK

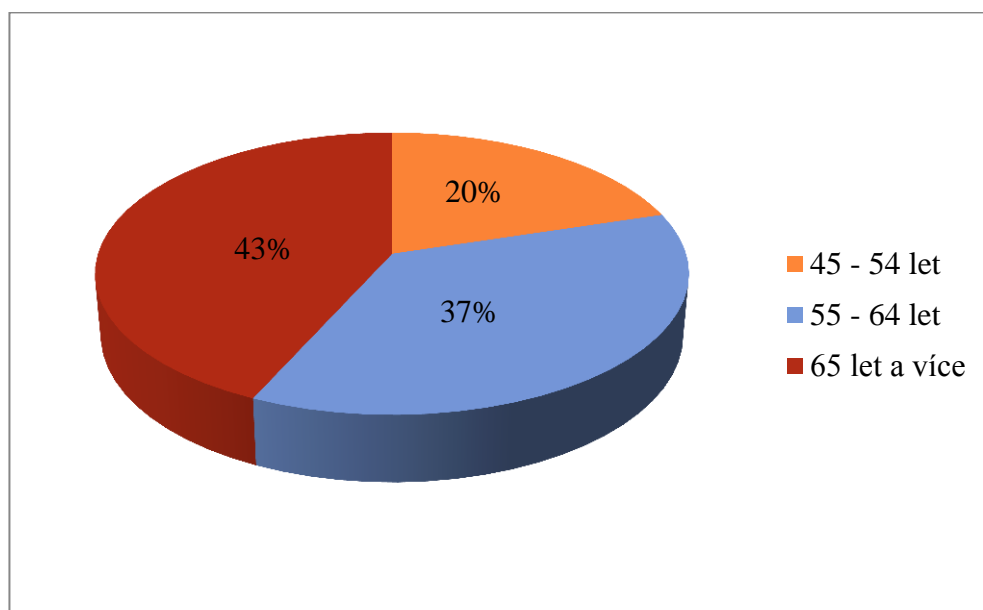
7.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce je zpracována na základě výsledků dotazníkového šetření. Dotazník byl anonymní a byl sestaven speciálně pro tento výzkum (Příloha A). Získaná data byla následně zpracována pomocí popisné statistiky a vyhodnocena.

Dotazník se skládá z 20 otázek, obsahuje otázky uzavřené (11), polouzavřené (7) a otevřené (2).

7.2 Výzkumný vzorek

Výzkum byl prováděn od listopadu 2015 do února 2016. Účelem vlastního výzkumného šetření bylo získat dostatečné množství potřebných dat ke zmapování nejčastějších obtíží žen v klimakteriu.



Obrázek 1 Věk respondentek

Pro názornost byla snaha získat tři vyrovnané skupiny žen. První skupinu tvoří ženy ve věku 45 – 54 let, druhou skupinu ženy ve věku 55 – 64 let a třetí skupinu ženy ve věku 65 let a více. Tomu se věnuje první otázka v dotazníku. Z celkového počtu 74 (100 %) respondentek, jich 15 (20 %) spadá do věkové kategorie 45 – 54 let, 27 (37 %) se řadí do

druhé věkové kategorie – 55 – 64 let, 32 (43 %) respondentek se nachází ve věkové kategorii 65 let a více. Rozdělení respondentek prezentuje graf (Obrázek 1).

Vyplněno bylo 78 dotazníků z celkového počtu 90 rozdaných. Návratnost je 87 %. K vyhodnocení výzkumu byly použity jen řádně vyplněné dotazníky, kterých bylo 74. Z důvodu nekompletního vyplnění byly 4 vyřazeny. Tento výzkumný vzorek respondentek nemůže být považován za reprezentativní z důvodu malého počtu respondentek.

Dotazníky byly rozdávány ženám hospitalizovaným na lůžkových odděleních nemocnice krajského typu, dále ženám navštěvujícím gynekologickou ambulanci téže nemocnice. Všechny mnou dotázané ženy souhlasily se zařazením do výzkumu. Podmínkou pro vyplnění dotazníku byl přirozený nástup menopauzy. Na odděleních jsem ženám dotazníky rozdávala osobně, při vyplňování jsem byla přítomna a dávala jsem respondentkám doplňující otázky. V gynekologické ambulanci je rozdávala vedoucí práce, která je shromažďovala a poté mi je předala. Na vyplnění dotazníku měly respondentky dostatek času a klidu. Vzhledem k anonymitě dotazníků nebyla vyžadována jména respondentek.

7.3 Zpracování dat

Ke zpracování výsledků byl použit počítačový program Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word. Pro přehlednost byla všechna získaná data nejprve zpracována pomocí čárkovací metody. Dále byly výsledky zpracovány metodou popisné statistiky a prezentovány ve formě tabulek a grafů. Při interpretaci výsledků byly údaje v procentech zaokrouhleny na celá čísla.

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

Vzorec pro výpočet relativní četnosti v procentech $f_i = n_i / (n * 100)$

8 ANALÝZA A ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

V této části práce jsou vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření. Každá otázka dotazníku je samostatně rozebrána. Otázka č. 1 je demografická, rozděluje respondentky do příslušných věkových kategorií. Zastoupení jednotlivých kategorií je popsáno výše v popisu výzkumného vzorku. Rozbor otázek začíná od otázky č. 2.

Otázka č. 2 – Proběhla u Vás menopauza (poslední menstruace)? V kolika letech?

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

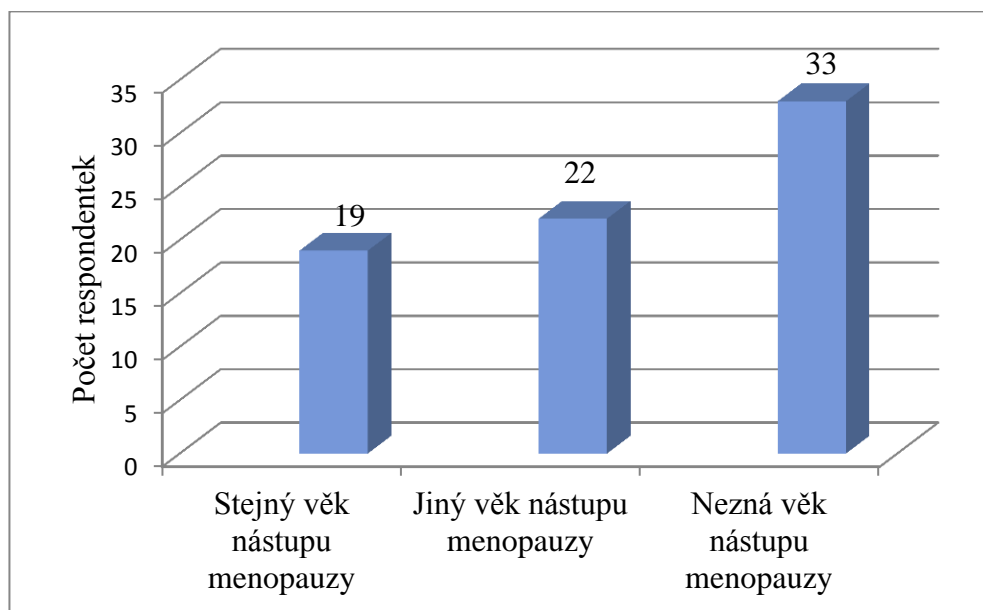
Tabulka 1 Věk menopauzy

Věk menopauzy	n_i	f_i (%)
35 – 40 let	3	4
41 – 45 let	9	12
46 – 50 let	28	38
51 – 55 let	34	46
Σ	74	100

Cílem této otázky bylo zjistit průměrný věk nástupu menopauzy dotázaných žen. Z celkového souboru 74 (100 %) respondentek uvedly 3 (4 %) oslovené ženy, že u nich proběhla menopauza v 35 – 40 letech, 9 (12 %) respondentek zvolilo věkovou kategorii 41 – 45 let, u 28 (38 %) oslovených žen proběhla poslední menstruace v 46 – 50 letech, poslední možnost zvolilo 34 (46 %) dotázaných žen. Pro přehlednost byla zvolena tabulka (Tabulka 1). V souboru respondentek byl tedy nejčastější nástup menopauzy ve věku 51 – 55 let. Zajímavé je, že v tak poměrně malém souboru respondentek se nachází 3 ženy, které prodělaly přirozenou menopauzu ve věku 35 – 40 let.

Otázka č. 3 – V kolika letech měla poslední menstruaci Vaše matka?

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

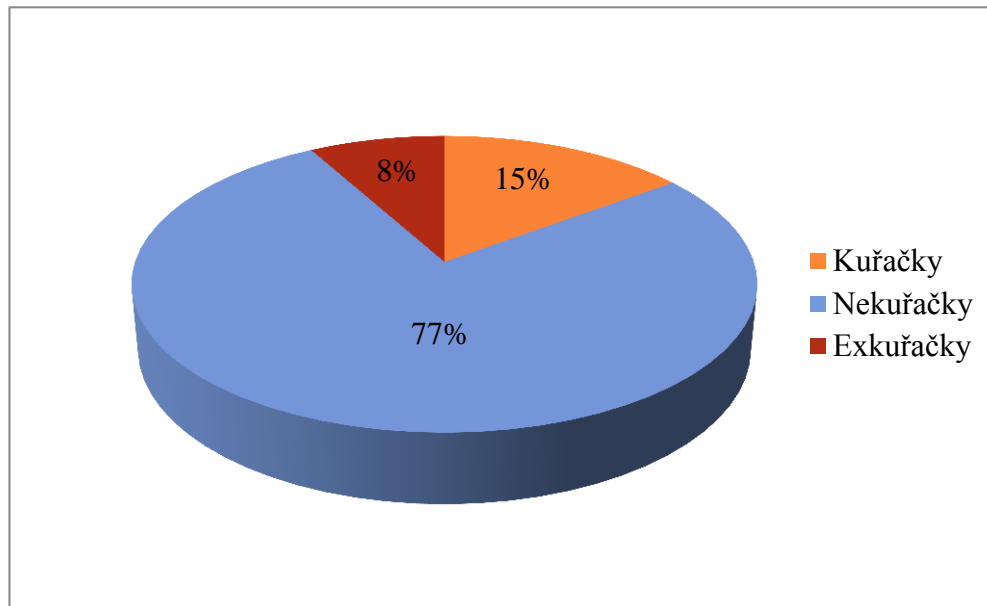


Obrázek 2 Genetické vlivy

Tato otázka má za cíl zjistit, v kolika letech prodělala menopauzu matka oslovené ženy a porovnat, zda se jejich věky nástupu menopauzy shodují. Třicet tři (45 %) respondentek uvedlo odpověď nevím. Zbýlý počet žen 41 (55 %) věk nástupu menopauzy matky zná. Tudiž k výzkumu bylo použito jen tohoto souboru respondentek (41 žen). Nástup menopauzy se shoduje u 19 (46 %) dotázaných žen, u 22 (54 %) respondentek ne. Ve zkoumaném souboru respondentek není jednoznačné, zda nástup menopauzy matky má vliv na nástup menopauzy dcery. Mírně převládá, že není přítomna genetická souvislost. Stručný přehled zobrazuje graf (Obrázek 2).

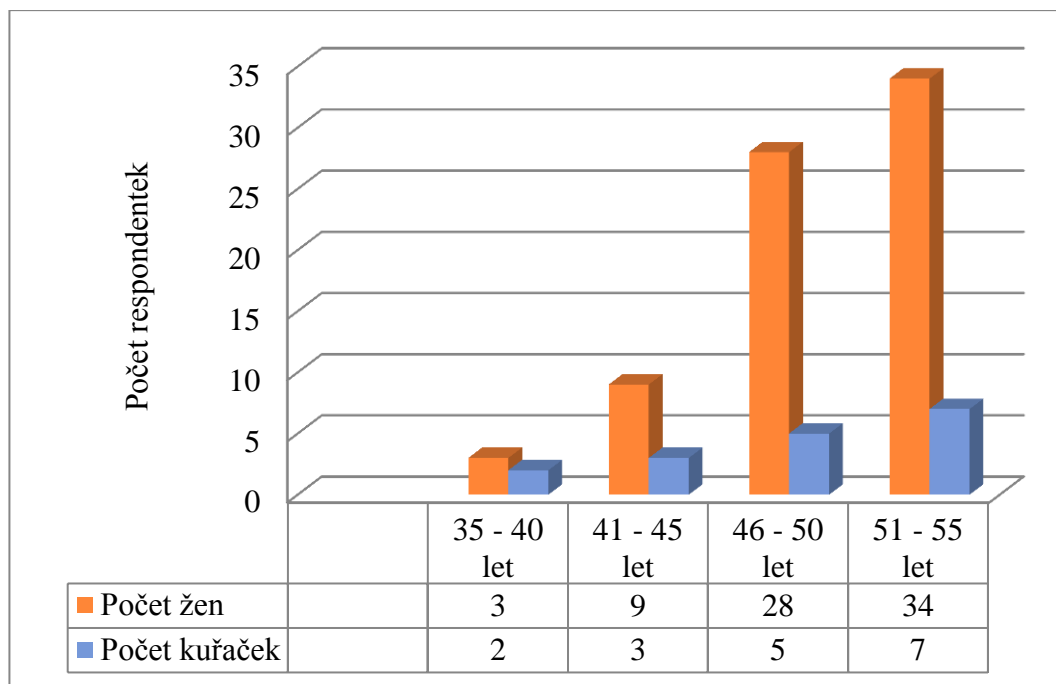
Otázka č. 4 – Kouříte?

- a) Ano
- b) Ne
- c) V minulosti jsem kouřila (v kolika letech a jak dlouho?).....



Obrázek 3 Kouření

Tato otázka má za cíl zjistit, zda respondentky kouří, kouřily v minulosti či nekouří vůbec. Kouření je jedním ze zevních faktorů, které mají vliv na nástup menopauzy. Z celkového počtu 74 (100 %) respondentek uvedlo v dotazníku, že kouří 11 (15 %) oslovených žen, v minulosti kouřilo 6 (8 %) žen. Oproti tomu 57 (77 %) dotázaných žen jsou nekuřačky. Výsledky prezentuje graf (Obrázek 3).

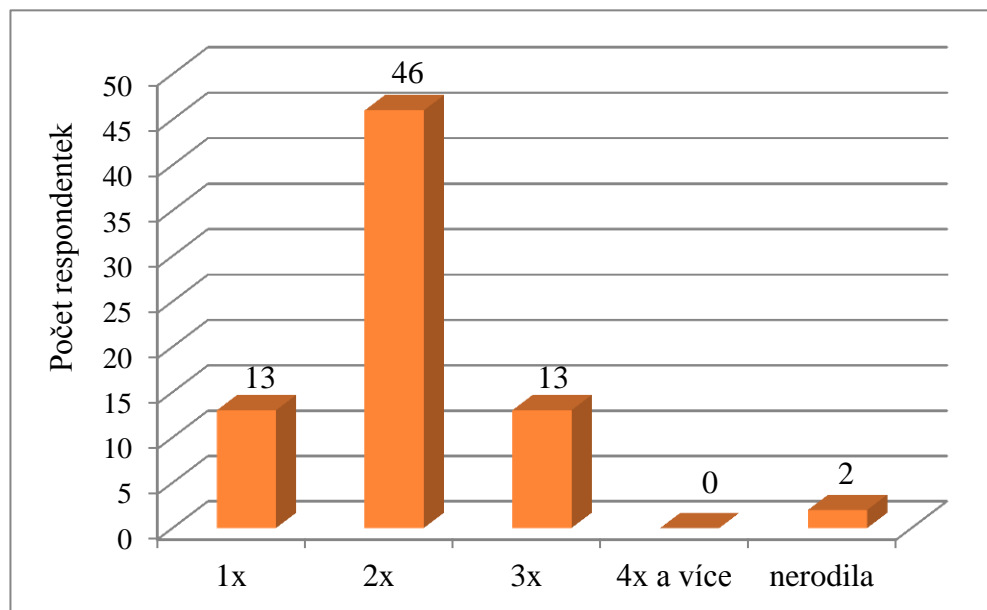


Obrázek 4 Nástup menopauzy u kuřáček

Dále byla dohledána souvislost mezi celkovým počtem oslovených žen a počtem kuřáček v daném věku nástupu menopauzy. Do souboru kuřáček byly zařazeny i respondentky, které kouřily v minulosti – exkuřáčky. Z celkového počtu 3 dotázaných žen, které prodělaly menopauzu ve 35 – 40 letech, jsou 2 (67 %) z nich kuřáčky. Ve 41 – 45 letech prodělalo menopauzu 9 respondentek, z toho jsou 3 (33 %) kuřáčky. Ve věku 46 – 50 let udává nástup menopauzy 28 dotázaných žen, mezi nimi je 5 (18 %) kuřáček. Do poslední věkové kategorie nástupu menopauzy 51 – 55 let spadá 7 (21 %) kuřáček z celkového počtu 34 respondentek. Graf (Obrázek 4) zobrazuje tento vztah. Větší procentuální zastoupení kuřáček je ve věku nástupu menopauzy 35 – 40 let a 41 – 45 let. Je patrné, že kuřáčky mají nástup menopauzy dříve.

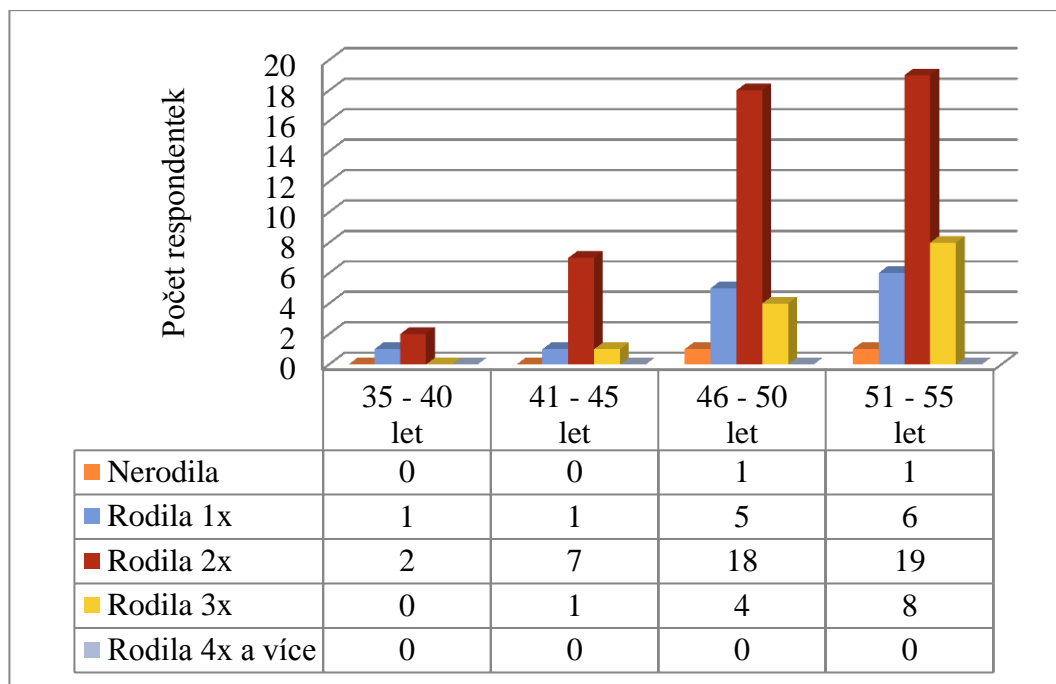
Otázka č. 5 – Kolikrát jste rodila?

- a) 1x
- b) 2x
- c) 3x
- d) 4x a více
- e) Nerodila jsem



Obrázek 5 Parita

Tato otázka má za cíl zjistit, kolikrát respondentky rodily. Do výzkumu byla zařazena opět z důvodu, že má parita vliv na nástup menopauzy. Z celkového souboru 74 (100 %) dotázaných rodilo jedenkrát 13 (18 %) respondentek, dvakrát 46 (61 %) oslovených žen, třikrát 13 (18 %) respondentek, více než čtyřikrát nerodila žádná z dotázaných, ale 2 (3 %) respondentky nerodily vůbec. Graf (Obrázek 5) prezentuje získaná data.



Obrázek 6 Parita a nástup menopauzy

Poté byla dohledána souvislost mezi věkem nástupu menopauzy a paritou u dotázaných žen. Z celkového počtu 3 dotázané, které prodělaly menopauzu ve 35 – 40 letech 1 (33 %) respondentka rodila jedenkrát, 2 (67 %) dotázané rodily dvakrát. Ve věku 41 – 45 let prodělalo menopauzu 9 oslovených žen, z toho 1 (11 %) respondentka rodila jedenkrát, 7 (78 %) dotázaných dvakrát, 1 (11 %) oslovená rodila třikrát. Ve věku 46 – 50 let udává nástup menopauzy 28 dotázaných žen, mezi nimi je 1 (4 %) respondentka, která nerodila vůbec, 5 (18 %) oslovených rodilo jedenkrát, 18 (64 %) respondentek rodilo dvakrát a 4 (14 %) dotázané ženy rodily třikrát. Do poslední věkové kategorie nástupu menopauzy 51 – 55 let spadá 34 žen, z toho 1 (3 %) dotázaná nerodila, 6 (18 %) respondentek rodilo jedenkrát, 19 (56 %) oslovených rodilo dvakrát, 8 (24 %) dotázaných rodilo třikrát. Graf (Obrázek 6) prezentuje rozložení odpovědí. Ve věkové kategorii nástupu menopauzy 51 – 55 let je největší zastoupení oslovených žen, které rodily dvakrát. Počet porodů nemá jednoznačný vliv na nástup menopauzy.

Otázka č. 6 – Kde jste získala většinu informací o klimakteriu? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) Gynekolog/ porodní asistentka
- b) Obvodní lékař/ sestra
- c) Knihy, brožury, letáky
- d) Internet
- e) Kamarádka, kolegyně
- f) Nikde, nezajímalo mě to
- g) V minulosti se to neřešilo

Tabulka 2 Vyhledání informací

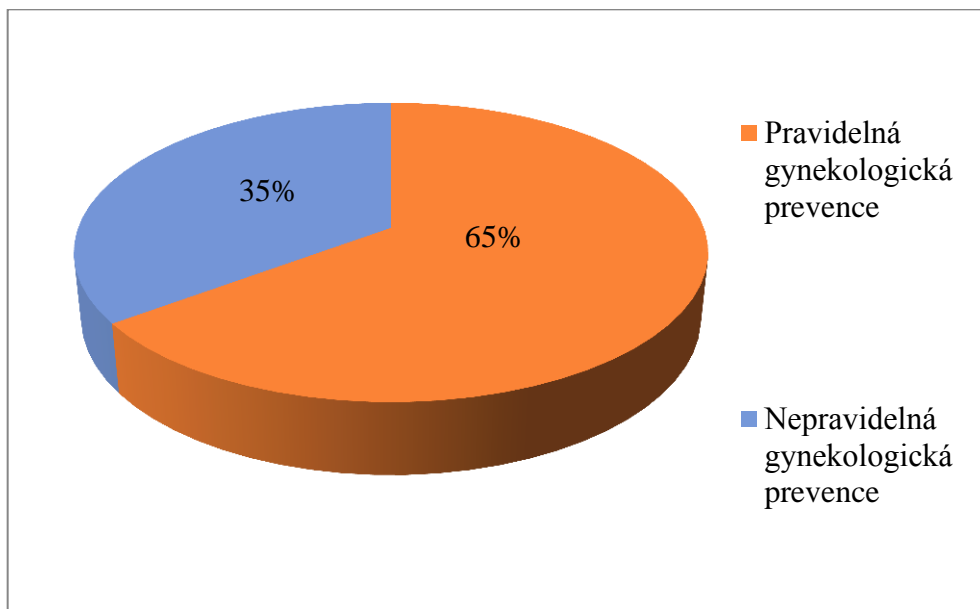
Odpověď	n_0
Gynekolog/ PA	23
Obvodní lékař/ sestra	5
Knihy, brožury, letáky	23
Internet	11
Kamarádka, kolegyně	28
Nikde, nezajímalo mě to	6
V minulosti se to neřešilo	11

Cílem této otázky bylo zjistit, kde ženy nejčastěji vyhledávají informace o klimakteriu. U této otázky byla možnost výběru více odpovědí. U svého gynekologa/ PA se informovalo 23 dotázaných žen. Obvodního lékaře/ sestru vyhledalo 5 oslovených žen. Informace o klimakteriu hledalo v knihách, brožurách a letácích 23 respondentek. Internet k získání informací použilo 11 dotázaných žen. S kamarádkou nebo kolegyní se poradilo 28 respondentek. Šest oslovených se o tuto problematiku vůbec nezajímalo a 11 odpovídajících žen uvedlo, že se klimakterium v minulosti neřešilo, bylo jakýmsi tabu. Tuto možnost volily nejčastěji ženy z poslední věkové kategorie (65 let a více). Z výše uvedených údajů vyplývá, že se ženy o menopauze radí nejčastěji s kamarádkami

a kolegyněmi, dále hledají informace v knihách nebo u svého gynekologa. Přehled uvádí tabulka (Tabulka 2).

Otázka č. 7 – Chodíte pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky?

- a) Ano, 1 – 2x ročně
- b) Ne

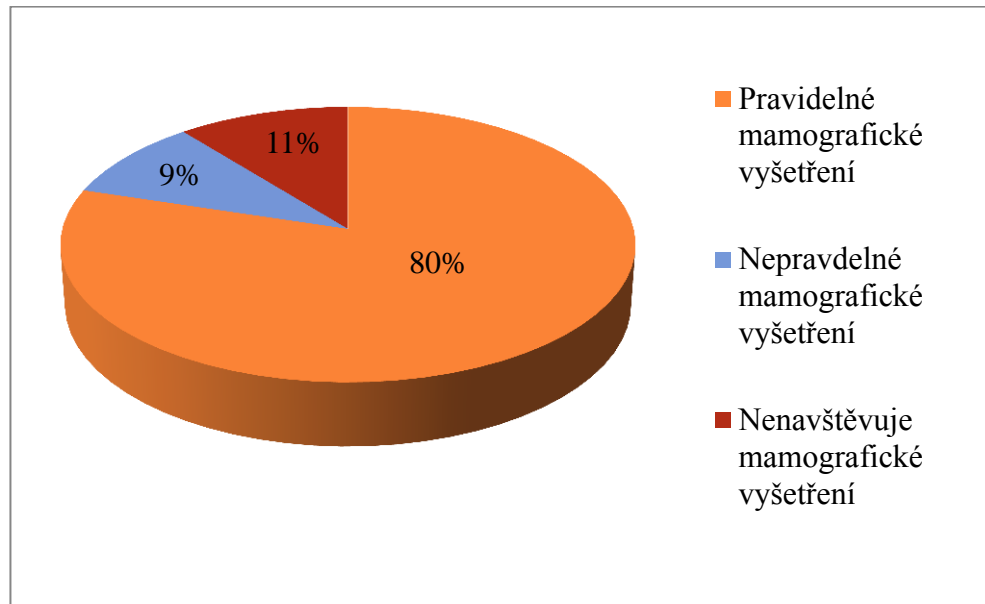


Obrázek 7 Návštěva gynekologa

Tato otázka má za cíl zjistit, zda oslovené ženy pravidelně chodí na preventivní gynekologické prohlídky. Z celkového počtu 74 (100 %) respondentek, odpovědělo 48 (65 %) dotázaných žen, že pravidelné gynekologické prohlídky navštěvují, oproti tomu 26 (35 %) oslovených žen na pravidelné gynekologické prohlídky nechodí. Prezentace výsledků je na grafu (Obrázek 7).

Otázka č. 8 – Chodíte na mamografické vyšetření prsu?

- a) Ano, chodím pravidelně 1x za 2 roky
- b) Ano, ale nechodím pravidelně
- c) Nechodím vůbec

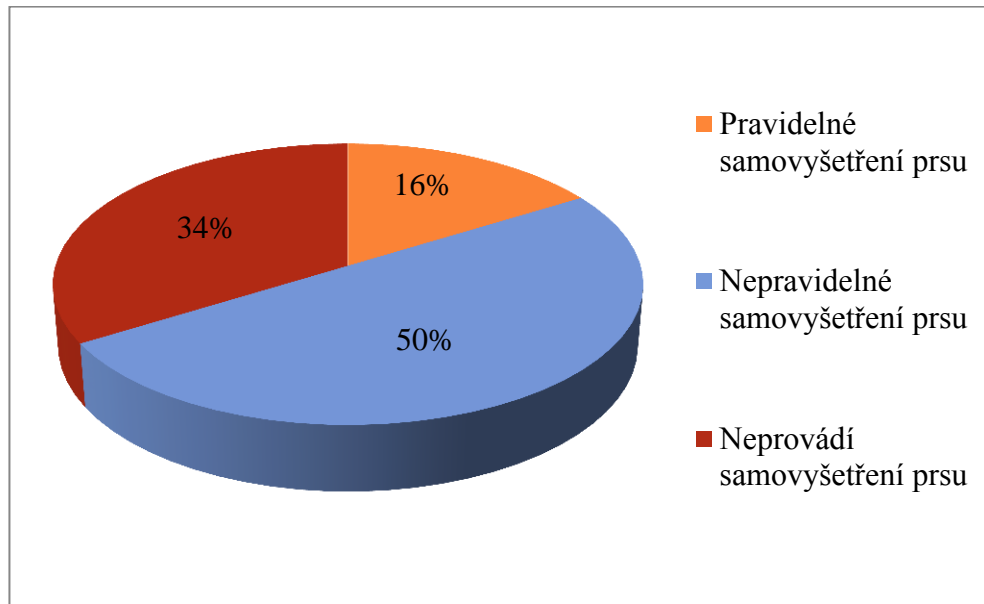


Obrázek 8 Mamografické vyšetření prsu

Tato otázka se zaměřuje na to, zda ženy ze souboru respondentek navštívují mamografické vyšetření prsu či nikoli. Z celkového počtu 74 (100 %) dotázaných, chodí pravidelně 1x za 2 roky na mamografické vyšetření prsu 59 (80 %) respondentek, nepravidelně jej navštívuje 7 (9 %) oslovených žen, vůbec na něj nedochází 8 (11 %) žen ze souboru respondentek. Přehled zobrazuje graf (Obrázek 8).

Otázka č. 9 – Provádíte samovyšetření prsu?

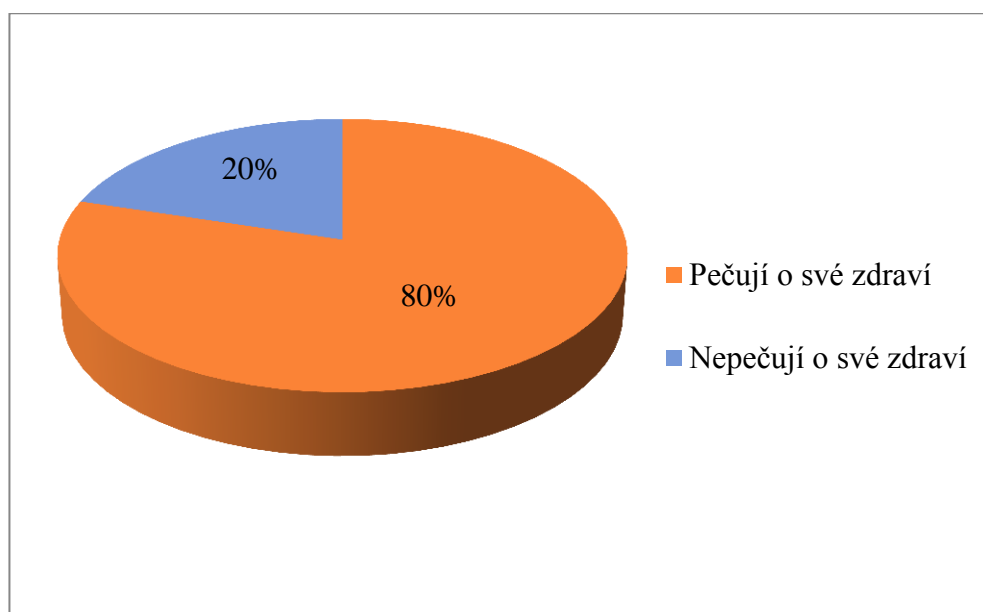
- a) Ano, 1x měsíčně
- b) Ano, nepravidelně
- c) Ne, neprovádím



Obrázek 9 Samovyšetření prsu

Zde má být zjištěno, zda dotázané ženy provádí samovyšetření prsu. Z celkového počtu 74 (100 %) respondentek, uvádí možnost ano, 1x měsíčně 12 (16 %) oslovených žen, nepravidelně svá prsa vyšetřuje 37 (50 %) respondentek a vůbec samovyšetření neprovádí 25 (34 %) dotázaných žen. Výsledky prezentuje graf (Obrázek 9).

Otázka č. 10 – Popište, jak pečujete o své zdraví.....



Obrázek 10 Péče o své zdraví

Tato otázka je otevřená. Ženy zde měly prostor samy popsat, jak pečují o své zdraví. Po přečtení všech odpovědí vyplývá, že se ženy po menopauze z větší části snaží o své zdraví pečovat. Pouhých 15 (20 %) oslovených ze souboru 74 (100 %) respondentek odpověděly, že o své zdraví nepečují. Dotázaných, které pečují o své zdraví, je 59 (80 %). Přehled prezentuje graf (Obrázek 10). Respondentky uvádí, že se snaží hlídat si své stravovací návyky, omezit tuky v potravě, řada z nich upřednostňuje při jakýchkoli obtížích bylinné přípravky před klasickými léky. Z pohybových aktivit uvádějí domácí cvičení, jízdu na kole, plavání, turistiku a práce na zahradě. Vyhledávají pobyt na čerstvém vzduchu. Respondentky z věkové kategorie 65 let a více tvrdí, že již nejsou tak aktivní jako v minulosti, přichází s věkem spojené zdravotní obtíže, ale stále se snaží vyhledávat přiměřenou fyzickou aktivitu.

Otázka č. 11 – Které z následujících akutních příznaků Vás v klimakteriu nejvíce obtěžují/obtěžovaly? (můžete vybrat více odpovědí)

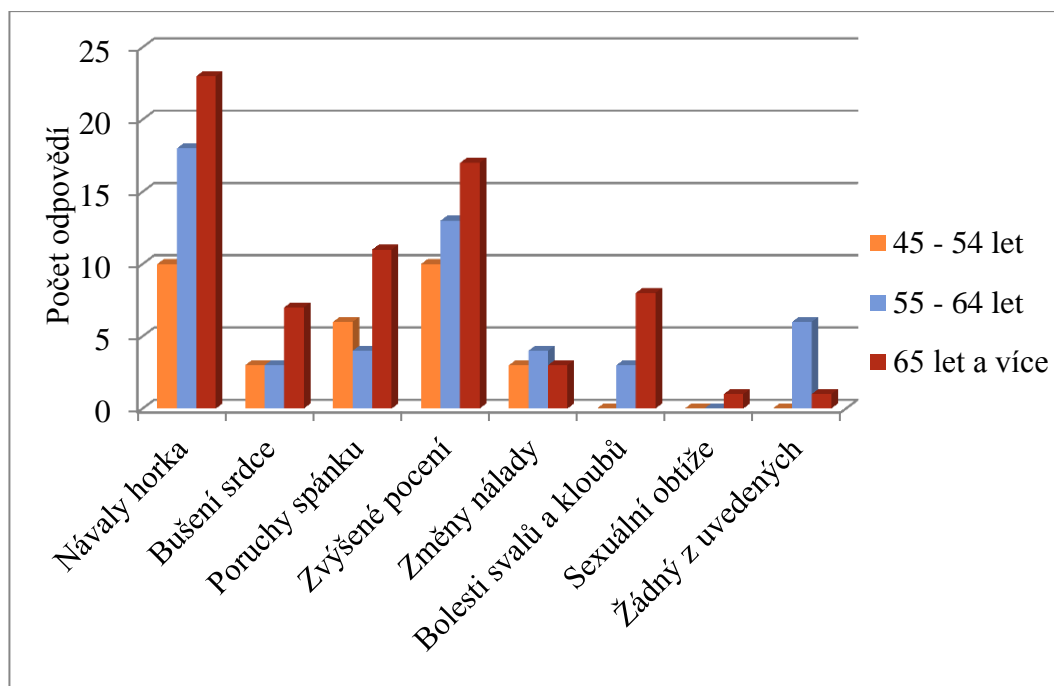
- a) Návaly horka
- b) Bušení srdce
- c) Poruchy spánku
- d) Zvýšené pocení
- e) Změny nálady, pocit úzkosti
- f) Bolesti svalů a kloubů
- g) Sexuální obtíže
- h) Žádný z uvedených
- i) Jiné příznaky

Tabulka 3 Akutní obtíže

Odpověď	n_0
Návaly horka	51
Bušení srdce	13
Poruchy spánku	21
Zvýšené pocení	40
Změny nálady, pocit úzkosti	10
Bolesti svalů a kloubů	11
Sexuální obtíže	1
Žádný z uvedených	7
Jiné příznaky	0

U této otázky byla možnost výběru více odpovědí. Cílem je zjistit nejčastější akutní obtíže vyskytující se u dotázaných žen. Oslovené ženy odpověděly následovně: návaly horka obtěžovaly 51 dotázaných žen, bušení srdce pociťovalo 13 oslovených žen, poruchami spánku trpělo 21 respondentek, zvýšené pocení udává 40 dotázaných žen, odpověď změny nálady,

pocit úzkosti vybralo 10 žen ze souboru respondentek, bolesti svalů a kloubů 11 respondentek, možnost sexuální obtíže zvolila jen 1 oslovená žena. Možnost žádný z uvedených zvolilo 7 respondentek. Odpověď jiné ne zvolila žádná z řad oslovených. Z výše uvedených dat vyplývá, že ženy obtěžovaly nejvíce návaly horka s následným zvýšeným pocením a poruchami spánku. Přehled četnosti akutních obtíží zobrazuje tabulka (Tabulka 3).



Obrázek 11 Akutní obtíže podle věku

Graf (Obrázek 11) znázorňuje četnost odpovědí podle věkových kategorií. Respondentky ve věku 45 – 54 let udávají nejčastěji návaly horka, zvýšené pocení a poruchy spánku. U oslovených žen z věkové kategorie 55 – 64 let jsou to návaly horka, zvýšené pocení a možnost žádná z uvedených. Poslední věková kategorie, a to dotázané ve věku 65 let a více, udává jako nejčastější obtíže taktéž návaly horka, poruchy spánku a zvýšené pocení.

Otázka č. 12 – Vyberte, které z níže uvedených subakutních příznaků se Vás týkají:

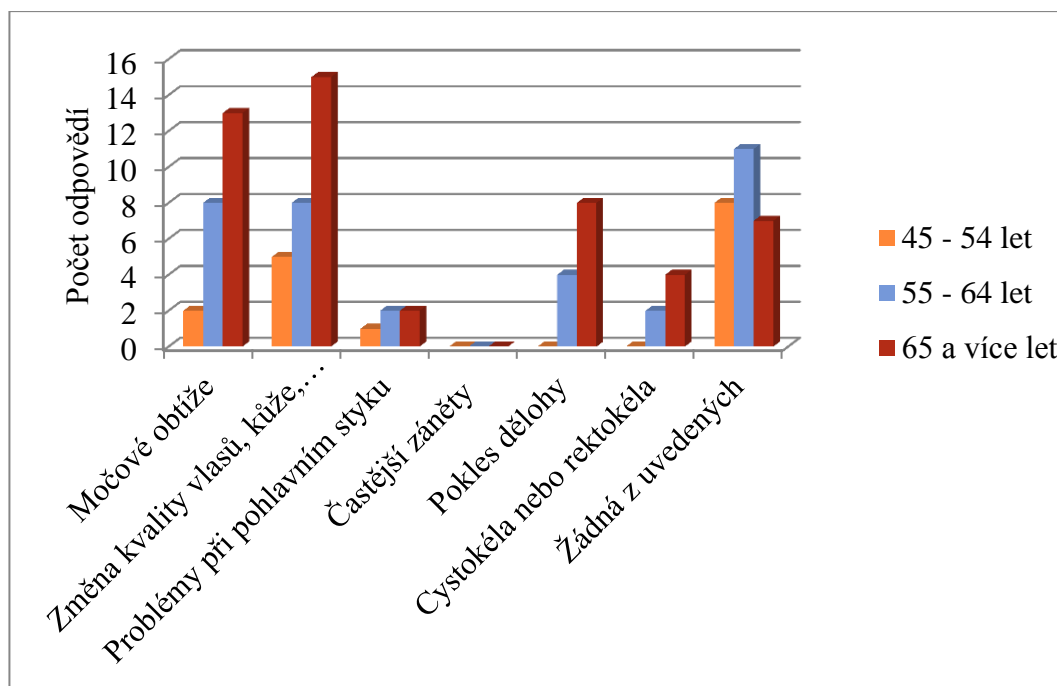
- a) Močové obtíže (infekce močových cest, únik moče, častější noční močení, bolesti při močení)
- b) Změna kvality vlasů, kůže, nehtů
- c) Problémy při pohlavním styku, bolestivý pohlavní styk
- d) Častější záněty ženských pohlavních orgánů
- e) Pokles dělohy
- f) Vyklenutí stěny močového měchýře (cystokéla), nebo vyklenutí stěny konečníku (rektokéla)
- g) Žádná z uvedených se mě netýká
- h) Jiné příznaky.....

Tabulka 4 Subakutní obtíže

Odpověď	n_0
Močové obtíže	23
Změna kvality vlasů, kůže, nehtů	28
Problémy při pohlavním styku	5
Častější záněty ženských pohlavních orgánů	0
Pokles dělohy	12
Cystokéla nebo rektokéla	6
Žádná z uvedených se mě netýká	26
Jiné příznaky	0

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké ze subakutních příznaků se u oslovených žen vyskytují. I tato otázka měla možnost výběru více odpovědí. Respondentky odpověděly následovně: močové obtíže udává 23 dotázaných žen, změnu kvality vlasů, kůže, nehtů 28 respondentek. Problémy při pohlavním styku pociťuje 5 oslovených žen. Možnost častější záněty ženských pohlavních orgánů nevybrala žádná z dotázaných. Pokles dělohy se vyskytl

u 12 respondentek. Možnost cystokéla nebo rektokéla vybralo 6 oslovených žen. Odpověď žádná z uvedených možností byla zvolena 26 respondentkami. Možnost jiné nevyužila žádná dotázaná žena. Přehled zobrazuje tabulka (Tabulka 4). Nejvíce dotázané ženy ze subakutních příznaků trápí změna kvality kůže, vlasů, nehtů, dále močové obtíže a v menším zastoupení následuje možnost pokles dělohy.



Obrázek 12 Subakutní obtíže podle věku

Na grafu (Obrázek 12) je zobrazeno zastoupení odpovědí v jednotlivých věkových kategoriích. Respondentky ve věkové kategorii 45 – 54 let udávaly jako nejčastější odpověď možnost žádná z uvedených, ale vyskytly se i možnosti jako změna kvality vlasů, kůže, nehtů a močové obtíže. Respondentky patřící do věkové kategorie 55 – 64 let volily taktéž nejčastěji možnost žádná z uvedených. Dále tyto dotázané udávaly změnu kvality vlasů, kůže, nehtů a močové obtíže. Poslední věkovou kategorií, oslovené ženy ve věku 65 let a více, nejčastěji trápí změna kvality vlasů, kůže, nehtů, močové obtíže a následuje odpověď pokles dělohy.

**Otázka č 13. – Prodělala jste po menopauze zlomeninu některé z uvedených kostí?
(můžete zaškrtnout více odpovědí)**

- a) Hrudní obratel
- b) Bederní obratel
- c) Zápěstí
- d) Krček stehenní kosti
- e) Zlomeninu ve výše uvedených lokalizacích jsem neprodělala
- f) Jiná zlomenina

Tabulka 5 Zlomeniny po menopauze

Odpověď	n_0
Hrudní obratel	1
Bederní obratel	1
Zápěstí	5
Krček stehenní kosti	0
Zlomeninu ve výše uvedených lokalizacích jsem neprodělala	61
Jiná zlomenina	9

Vzhledem k tomu, že probíhá osteoporóza často asymptomaticky a zničehonic dojde v osteoporotickém terénu k fraktuře, je zajímavé zjistit, zda prodělala v období po menopauze některá z respondentek zlomeninu některé z kostí. Ke zlomenině hrudního obratle došlo u 1 respondentky. Bederní obratel měla zlomený taktéž 1 dotázaná. Zlomeninu zápěstí prodělalo 5 oslovených žen. Možnost krček stehenní kosti ne zvolila žádná z dotázaných. Zlomeninu v období po menopauze neprodělalo 61 respondentek. Možnost jiná zlomenina zvolilo 9 dotázaných žen. Tyto respondentky uvádí zlomeninu klíční kosti, kotníku (2x),

lokte, stydké kosti, žeber, patní kosti, články prstů dolní končetiny a kosti obou horních končetin. Graf (Obrázek 15) umožňuje přehled odpovědí.

Otázka č. 14 – Prodělala jste / léčíte se s některým z těchto onemocnění?

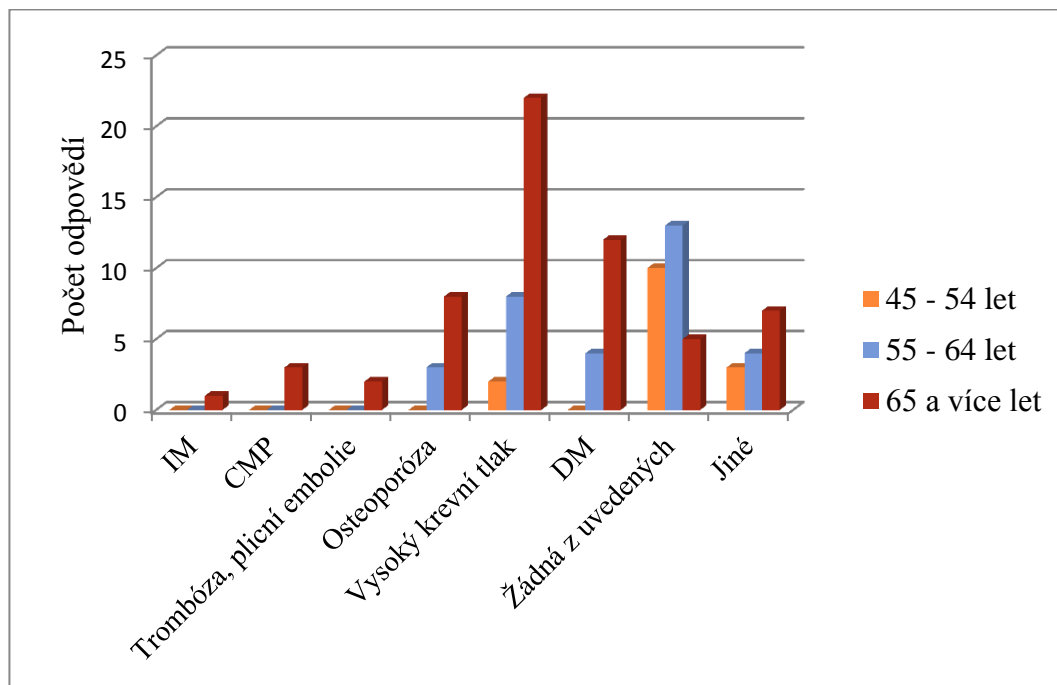
- a) Infarkt myokardu
- b) Cévní mozková příhoda
- c) Trombóza, plicní embolie
- d) Osteoporóza (řidnutí kostí)
- e) Vysoký krevní tlak
- f) Diabetes mellitus (cukrovka)
- g) Žádná z uvedených
- h) Jiné onemocnění.....

Tabulka 6 Chronické obtíže

Odpověď	n_o
Infarkt myokardu	1
Cévní mozková příhoda	3
Trombóza, plicní embolie	2
Osteoporóza (řidnutí kostí)	11
Vysoký krevní tlak	32
Diabetes mellitus (cukrovka)	16
Žádná z uvedených	28
Jiné onemocnění	14

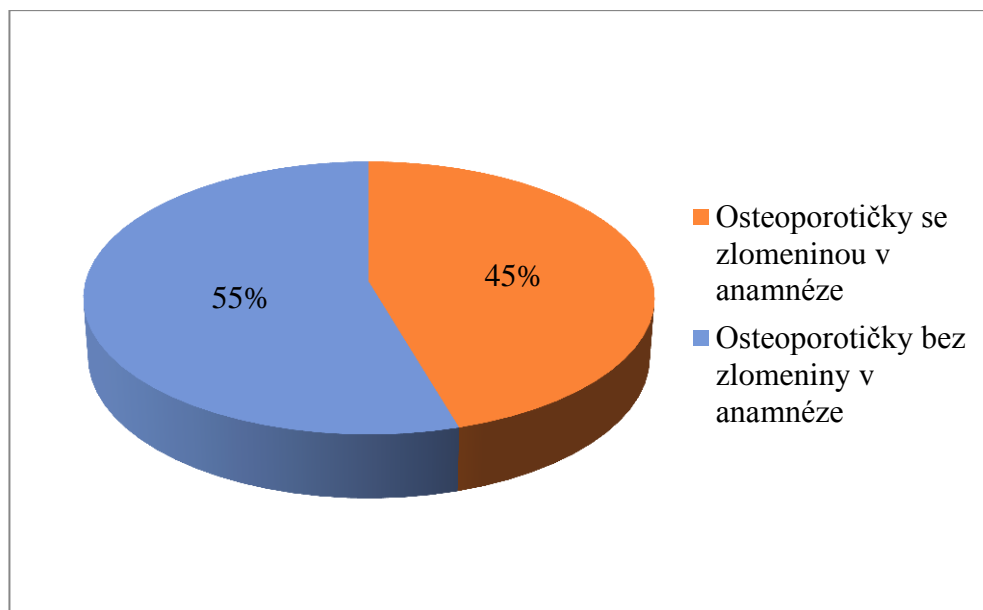
Tato otázka měla za cíl zmapovat výskyt chronických onemocnění u dotázaných žen. Opět byla možnost výběru více odpovědí. Respondentky volily následující možnosti: IM prodělala 1 oslovená žena, CMP 3 respondentky, možnost trombóza, plicní embolie byla vybrána ve 2 případech, osteoporózu zakroužkovalo 11 oslovených žen, s vysokým krevním tlakem se léčí 32 respondentek, 16 dotázaných žen jsou diabetičky, možnost žádná z uvedených zvolilo 28 dotázaných žen, odpověď jiné vybralo 14 respondentek - zde se vyskytují onemocnění jako snížená či zvýšená funkce štítné žlázy, dna, srdeční arytmie, katarakta, obezita,

hemeroidy nebo bronchitida. Přehled odpovědí prezentuje tabulka (Tabulka 6). Z chronických obtíží tedy dotázané ženy nejvíce trápí vysoký krevní tlak, DM a osteoporóza.



Obrázek 13 Chronické obtíže podle věku

Následující graf (Obrázek 13) zobrazuje zastoupení odpovědí podle věkových kategorií. Respondentky z kategorie 45 – 54 let volily nejčastěji možnost žádná z uvedených se mě netýká dále možnost jiné, kde uvádějí ve všech případech sníženou funkci štítné žlázy, v menším zastoupení se u nich vyskytuje odpověď vysoký krevní tlak. Druhá věková kategorie dotázaných žen uvádí také nejčastěji možnost žádná z uvedených se mě netýká, dále vysoký krevní tlak a odpověď jiné, kde udávají sníženou funkci štítné žlázy, dnu, srdeční arytmiie a laryngitidu, u těchto respondentek se začíná vyskytovat i osteoporóza. U oslovených žen z poslední věkové kategorie převládají odpovědi vysoký krevní tlak, DM a osteoporóza.



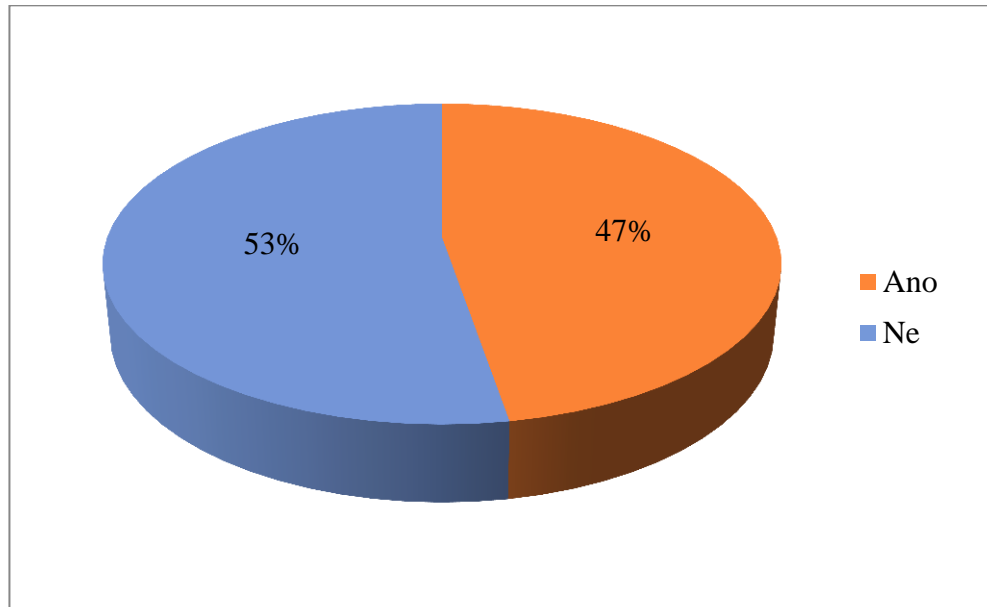
Obrázek 14 Zlomeniny u žen s osteoporózou

V souboru respondentek se vyskytuje 11 (15 %) žen, u kterých byla diagnostikována osteoporóza. Otázka č. 13 v dotazníku poskytuje data o prodělání zlomenin v období po menopauze. Bylo proto dohledáno, zda respondentky s osteoporózou v anamnéze prodělaly v období po menopauze zlomeninu některé z kostí. Celkem 5 (45 %) zlomeninu prodělalo. Z toho 2 (18 %) oslovené ženy prodělaly zlomeninu zápěstí. Tři (27 %) z nich uvádí možnost jiné zlomeniny – patní kost, články prstů dolní končetiny, zlomenina obou horních končetin. Šest (55 %) dotázaných žen, s diagnostikovanou osteoporózou, zlomeninu po menopauze neprodělaly. I v takto malém souboru respondentek je patrná souvislost mezi osteoporózou a zlomeninami. Přehled zobrazuje graf (Obrázek 14).

Otázka č. 15. – Vyhledala jste při potížích spojených s menopauzou odbornou pomoc?

a) Ano

b) Ne



Obrázek 15 Odborná pomoc

Tato otázka zjišťuje, zda ženy ze souboru respondentek vyhledaly při potížích spojených s menopauzou odbornou pomoc. Odpověď ano zvolilo 35 (47 %) dotázaných žen, odpověď ne 39 (53 %) respondentek. Presentace výsledků je na grafu (Obrázek 15).

Otázka č. 16 – Pokud NE, jak jste obtíže řešila?

Tabulka 7 Řešení obtíží

Řešení obtíží	n_i	f_i (%)
Neřešila jsem to	26	67
Sprchování, větrání, suché oblečení	4	10
Menopauzální čaje	9	23
Σ	39	100

Tato otázka je otázkou otevřenou. Odpovídaly na ní jen ty respondentky, které uvedly v otázce č. 15, že nevyhledaly odbornou pomoc. Těchto dotázaných žen bylo 39 (47 %). Otázka dávala respondentkám prostor se volně vyjádřit. Po pozorném přečtení všech uvedených odpovědí vyplývá, že respondentky ve velké většině obtíže nijak neřešily, nebo je nepociťovaly ve větší míře, a to 26 (67 %) z nich. Čtyři (10 %) oslovené ženy využívaly při návalech horka studených obkladů, často větraly a nosily s sebou stále náhradní oblečení. Menopauzální čaje na své obtíže využilo 9 (23 %) dotázaných žen. Pro názornost byla zvolena tabulka (Tabulka 7).

Otázka č. 17 – Pokud jste odpověděla ANO, který specialista to byl? (možnost více odpovědí)

- a) Gynekolog
- b) Praktický lékař
- c) Psycholog
- d) Psychiatr
- e) Jiný specialista (jaký?)

Tabulka 8 Specialista

Odpověď	n_0
Gynekolog	31
Praktický lékař	9
Psycholog	0
Psychiatr	0
Jiný specialista	1

Tato otázka se týkala jen té skupiny respondentek, které v otázce č. 15 zvolily možnost, že vyhledaly odbornou pomoc, tedy 35 (47 %) oslovených žen. Otázka měla na výběr více možných odpovědí. Gynekologa vyhledalo 31 respondentek. K praktickému lékaři šlo se svými obtížemi týkajícími se klimakteria 9 dotázaných žen. Psychologa ani psychiatra nevyhledala žádná z oslovených. Možnost jiný specialista zvolila 1 dotázaná žena, daným specialistou byl kardiolog. Zastoupení jednotlivých odpovědí prezentuje tabulka (Tabulka 8).

Otázka č. 18 - Co Vám bylo daným specialistou doporučeno? (možnost více odpovědí)

- a) Hormonální substituční terapie
- b) Speciální cvičení
- c) Úprava stravy
- d) Homeopatika
- e) Fytoestrogeny (rostlinná léčba)
- f) Antidepresiva
- g) Jiné doporučení:

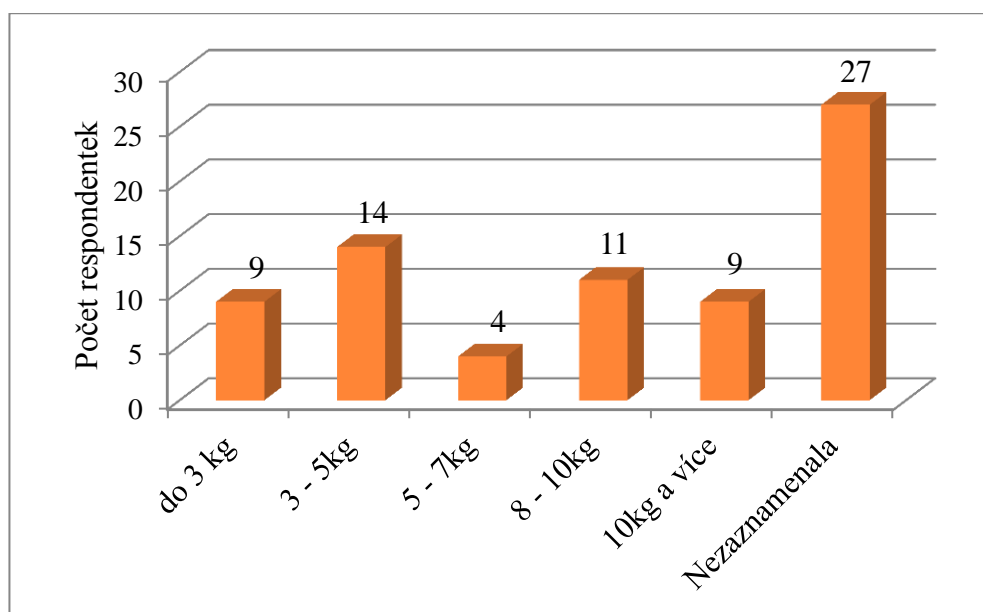
Tabulka 9 Doporučení specialistů

Odpověď	n_0
Hormonální substituční terapie	22
Speciální cvičení	1
Úprava stravy	3
Homeopatika	2
Fytoestrogeny (rostlinná léčba)	11
Antidepresiva	1
Jiné doporučení	1

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké řešení klimakterických obtíží specialisté doporučují nejčastěji. Otázka měla možnost výběru více odpovědí. Na tuto otázku odpovídaly jen respondentky, které vyhledaly odbornou pomoc – 35 (47 %) žen. Možnost HST byla vybrána 22 oslovenými ženami. Možnost speciální cvičení uvedla 1 respondentka. Úprava stravy byla doporučena ve 3 případech. Odpověď homeopatika zvolily 2 oslovené ženy. Rostlinnou léčbu specialisté doporučili v 11 případech. Antidepresiva byla doporučena 1 dotázané ženě. Možnost jiné zvolila 1 respondentka, odpovědí bylo omezení kouření. Přehled odpovědí je možné vidět v tabulce (Tabulka 9). Specialisté doporučují nejčastěji HST a fytoestrogeny.

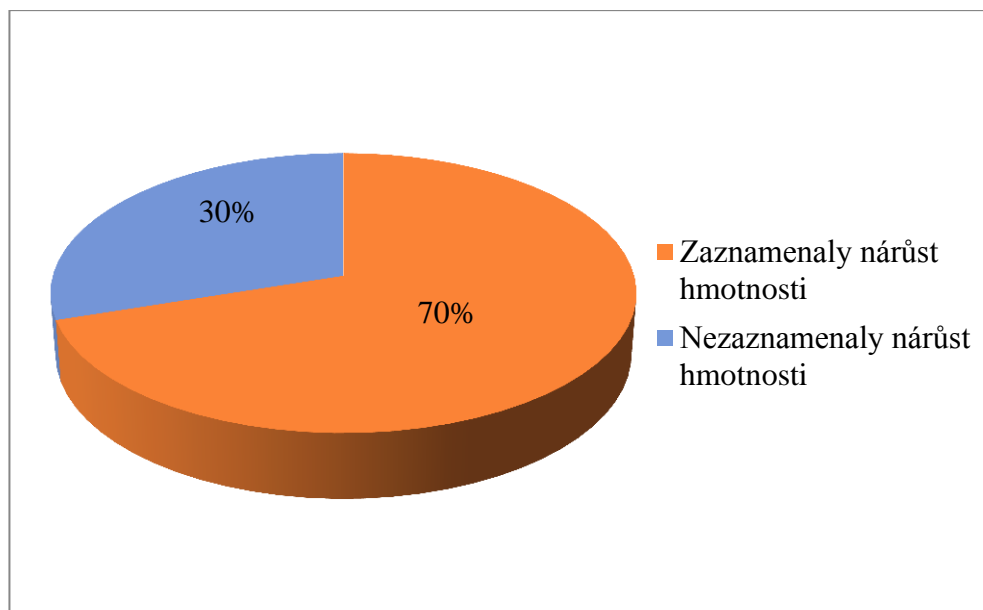
Otázka č. 19 – Zaznamenala jste po menopauze nárůst hmotnosti?

- a) Do 3 kg
- b) 3 – 5 kg
- c) 5 – 7 kg
- d) 8 – 10 kg
- e) 10 kg a více
- f) Nezaznamenala



Obrázek 16 Nárůst hmotnost po menopauze

Cílem této otázky bylo zjistit, zda u dotázaných žen došlo v období po menopauze k nárůstu hmotnosti. Z celkového počtu 74 (100 %) respondentek zvolilo možnost do 3 kg 9 (12 %) oslovených žen. Nárůst 3 – 5 kg uvedlo 14 (19 %) dotázaných. Odpověď 5 – 7 kg vybraly 4 (5 %) respondentky. Varianta 8 – 10 kg byla vybrána v 11 (15 %) případech. Možnost 10 kg a více byla zvolena 9 (12 %) respondentkami. Nárůst hmotnosti nezaznamenalo 27 (37 %) oslovených postmenopauzálních žen. Odpovědi prezentuje graf (Obrázek 16).

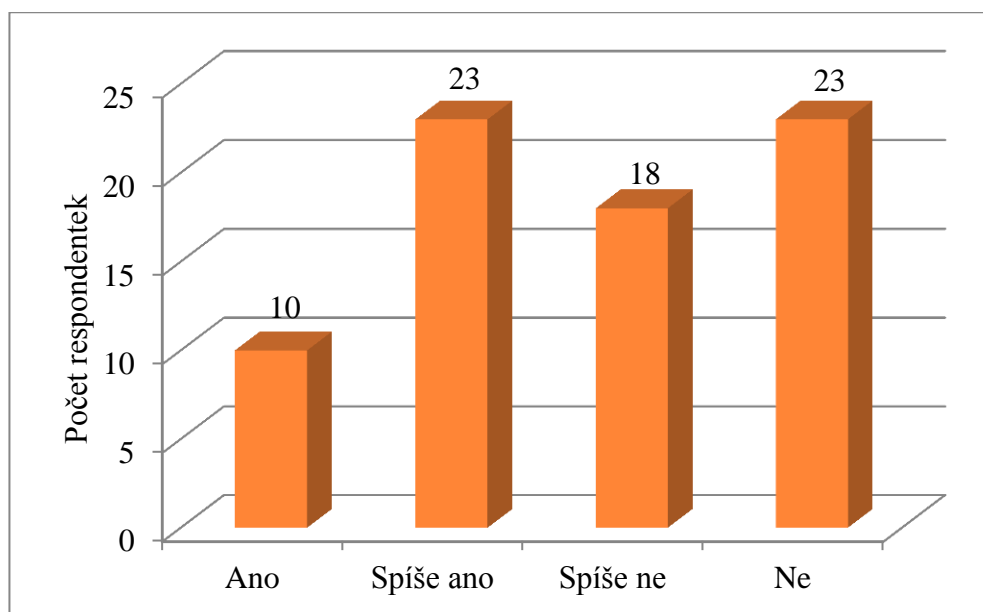


Obrázek 17 Zaznamenání nárůstu hmotnosti u žen se změnami nálady po menopauze

Z otázky č. 11 zabývající se akutními obtížemi byly vybrány respondentky, které zvolily odpověď změny nálady, pocit úzkosti. U těchto respondentek bylo dohledáno, zda došlo k nárůstu hmotnosti po menopauze, ten se totiž může projevit jako kompenzace úzkosti a nejistoty v tomto životním období, čímž se žena dostává do bludného kruhu. Z celkového souboru 10 (14 %) žen, které uvádí změny nálady, odpověděly 3 (30 %) respondentky, že nárůst hmotnosti nezaznamenaly. Celkem 7 (70 %) žen ale nárůst zaznamenalo. Z toho 1 (10 %) uvádí nárůst hmotnosti do 3 kg. Tři (30 %) nárůst 3 – 5 kg. Dvě (20 %) z nich dokonce nárůst 8 – 10 kg, Jedna (10 %) respondentka uvedla nárůst více než 10 kg. Větší část žen se změnami nálady v období po menopauze zaznamenala nárůst hmotnosti. Je ale brán v potaz velmi malý soubor respondentek a také to, že se může vyskytovat celá řada jiných faktorů, která může nárůst hmotnosti ovlivňovat. Stručný přehled prezentuje graf (Obrázek 17).

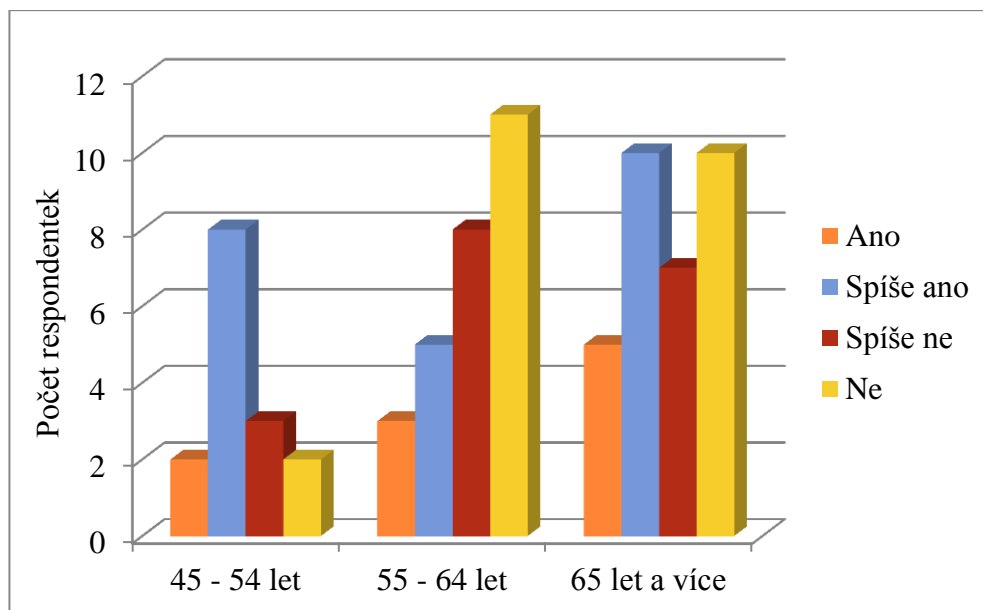
Otázka č. 20 – Uvítala byste kurzy vedené PA, které by informovaly o klimakteriu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne



Obrázek 18 Zájem o kurzy vedené porodní asistentkou

Ráda bych do budoucna vedla kurzy pro ženy v různých životních obdobích. Touto otázkou má být zjištěno, zda by byl o kurzy informující o klimakteriu mezi dotázanými ženami zájem. Možnost ano zvolilo 10 (14 %) respondentek. Odpověď spíše ano byla vybrána ve 23 (31 %) případech. Spíše ne zvolilo 18 (24 %) dotázaných žen. Možnost ne zakroužkovalo 23 (31 %) oslovených žen. Přehled odpovědí zobrazuje graf (Obrázek 18). Mírně tedy převládá nezájem nad zájmem o kurzy informující o klimakteriu.



Obrázek 19 Zájem o kurzy vedené porodní asistentkou podle věku

Graf (Obrázek 19) zobrazuje zájem o kurzy uspořádaný podle věkových kategorií. Cílem rozdělení je zjistit, zda mají oslovené ženy z věkové kategorie 45 – 54 let o kurzy větší zájem než ženy starší. Je patrné, že v první věkové kategorii převládá odpověď spíše ano. Ve druhé naopak ne. Ve třetí věkové kategorii převažuje mírně nezájem nad zájmem o kurzy ze strany respondentek.

9 DISKUZE

Pro výzkumnou část byly stanoveny celkem tři výzkumné otázky. Nyní budu na základě dosažených výsledků na jednotlivé otázky odpovídat.

Výzkumná otázka č. 1 - Jaké symptomy estrogenního deficitu se u sledovaného vzorku respondentek vyskytují nejčastěji?

Obtíže se dělí na akutní (před, okolo, nebo po menopauze), subakutní (začínají po menopauze s odstupem několika let) a chronické (vznikají až několik let po menopauze). Průměrný věk menopauzy v Evropě je 49 – 51 let. Pro názornost bylo snahou vyhledat přiměřeně stejné množství respondentek odpovídající následujícím věkovým kategoriím: 45 – 54 let, 55 – 64 let, 65 let a více a výskyt obtíží porovnat.

Akutními příznaky se v dotazníku zabývá otázka č. 11. Nejvíce vybranou obtíží jsou návaly horka, tato odpověď byla vybrána 51 dotázanými ženami. Následovala možnost zvýšené pocení, tu zakroužkovalo 40 respondentek. Dvacet jedna oslovených žen trápily poruchy spánku. Dojde-li k porovnání výsledků s bakalářskou prací Evy Smičkové, která prováděla obdobný výzkum v roce 2009, na vzorku 82 respondentek (Smičková, 2009), je zjištěno, že na prvním místě její respondentky uváděly také návaly horka, následovaly poruchy spánku, ale třetí nejvíce vybranou odpovědí byla možnost bolesti svalů a kloubů. U mnou oslovených žen byla položka bolesti svalů a kloubů vybrána jen 13 ženami, patřila naopak mezi jednu z nejméně častých. Dále jsou výsledky porovnány s bakalářskou prací Romany Brabencové, která prováděla obdobný výzkum v roce 2014 na vzorku 85 respondentek (Brabencová, 2014). Z jejího výzkumu vyplývá, že ženy nejčastěji trápí návaly horka, noční pocení a poruchy spánku. Toto zjištění se shoduje s výsledky mé práce. Naopak velkým překvapením bylo u této otázky to, že jen 1 respondentka vybrala možnost sexuální obtíže. Jedná se tedy zároveň o nejméně volenou obtíž z řad akutních příznaků. Po studiu literatury, kde Donát v knize *Postmenopauza: estrogenní deficit v klinické praxi* (Donát, 2003) uvádí, že v důsledku atrofizace poševní sliznice, zhoršené lubrikace a snížené elasticity dochází k řadě klinických projevů, jako jsou např. pálení, svědění, dyspareunie, bylo očekáváno mnohem početnější zastoupení žen u této odpovědi. V bakalářské práci Evy Smičkové (Smičková, 2009) patří sexuální obtíže a snížení libida také k jedné z nejméně častých odpovědí. Brabencová ve svém výzkumu (Brabencová, 2014) možnost sexuální obtíže k výběru nenabízí, výsledky tedy s jejím šetřením nemůžou být porovnány.

Zmapování nejčastějších subakutních příznaků týkajících se mého souboru respondentek se věnuje otázka č. 12 v dotazníku. Získané odpovědi byly následně rozděleny podle příslušných věkových kategorií oslovených žen. Předpokladem je, že na tuto otázku odpovídaly především dotázané ženy z věkových kategorií 55 - 64 let a 65 let a více, respondentky ve věku 45 – 54 let tyto obtíže ještě nemusí pociťovat. Nejčastěji zastoupenou položkou byla možnost změna kvality vlasů, kůže nehtů, vybralo ji celkem 28 žen ze 74 dotázaných. V bakalářské práci Evy Smičkové (Smičková, 2009) tuto odpověď zvolilo 32 žen z celkového počtu 82 respondentek, což je srovnatelné s mým výsledkem. V 5 případech je tato možnost vybrána ženami z věkové kategorie 45 – 54 let. V kategorii 55 – 64 let byla tato možnost zvolena 8 krát. V poslední věkové kategorii 65 let a více 15 krát. Následují močové obtíže, tuto odpověď zakroužkovalo 23 respondentek. Z věkové kategorie 45 – 54 let to byly 2 dotázané ženy. Respondentky patřící do věkové kategorie 55 – 64 let zvolily tuto možnost v 8 případech. Oslovené ženy z kategorie 65 let a více vybraly odpověď močové obtíže 13 krát. Bakalářská práce Evy Smičkové (Smičková, 2009) zkoumá i tuto problematiku. V jejím vzorku respondentek se objevují močové obtíže pouze v malém zastoupení, jedná se téměř o polovinu ve srovnání s mým výsledkem. Za močovými obtížemi následuje pokles dělohy, ten se vyskytl u 12 respondentek, z toho ve 4 případech u dotázaných žen ve věkové kategorii 55 – 64 let a v 8 případech u respondentek patřících do kategorie 65 let a více. Nejméně byla volena možnost problému při pohlavním styku. Tuto odpověď vybralo 5 dotázaných žen. Není to v souladu s otázkou týkající se akutních příznaků, kde byla možnost sexuální obtíže vybrána pouze jednou. Celkově tedy vyplývá, že ženy ze subakutních obtíží trápí nejvíce změna kvality kůže, vlasů, nehtů, následují močové obtíže, o něco méněkrát se vyskytl pokles dělohy. Nejvíce obtíží udávaly ženy z věkové kategorie 65 let a více, o něco méně respondentky patřící do věkové kategorie 55 – 64 let, u oslovených žen z věkové kategorie 45 – 54 let se obtíže vyskytují jen v malém zastoupení, předpoklad se potvrdil.

Chronickým obtížím se v dotazníku věnuje otázka č. 14. Opět byly zjištěny nejčastěji se vyskytující obtíže a porovnáno zastoupení v jednotlivých věkových kategoriích. U oslovených žen věkové kategorie 45 – 54 let se v malé míře vyskytovala pouze možnost jiné, kde všechny oslovené uvedly sníženou funkci štítné žlázy, dále odpověď vysoký krevní tlak vyskytující se u 2 respondentek. V souboru dotázaných žen patřících do věkové kategorie 55 – 64 let to byl nejčastěji vysoký krevní tlak (8 krát), dále 4 krát DM a 3 krát osteoporóza. Z výsledků vyplývá, že se obtíže nejčastěji objevují u dotázaných žen z věkové kategorie

65 let a více. Nejčastěji udávaly respondentky náležící této věkové kategorii možnost vysoký krevní tlak, a to v 22 případech, následoval DM ve 12 případech a osteoporóza, kterou uvedly respondentky 8 krát. Obtíže jako IM, CMP a trombóza, plicní embolie se vyskytovaly jen v malém počtu.

Výzkumná otázka č. 2 - Jaká je incidence faktorů ovlivňujících nástup menopauzy u sledovaného vzorku respondentek?

Nástup menopauzy může ovlivnit celá řada zevních vlivů. Na některé z nich jsem se v mé bakalářské práci zaměřila.

MUDr. Jana Málková z 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v časopise *Moderní babictví* (6/2008) uvádí, že nástup menopauzy dané ženy koreluje s nástupem menopauzy matky. Otázka č. 3 v dotazníku zjišťuje, v kolika letech prodělala menopauzu matka dané ženy, následně zda se jejich věky nástupu menopauzy shodují. V mém souboru respondentek se nástup menopauzy dotázané ženy a její matky shodoval ve 46 %, u 54 % tomu tak nebylo. Ze získaných výsledků mírně převládá fakt, že není přítomna genetická souvislost.

Dalším ze zevních vlivů je kouření. Této problematice se v dotazníku věnuje otázka č. 4. Fait (Fait, 2010) uvádí, že kouření způsobuje dřívější nástup menopauzy. V souboru respondentek byly vybrány kuřačky/ exkuřačky a dále bylo zjištěno jejich procentuální zastoupení v jednotlivých věkových kategoriích nástupu menopauzy. Bylo odhaleno, že ve věku nástupu menopauzy 35 – 40 let se nachází 67 % kuřaček, ve věkové kategorii nástupu menopauzy 41 – 45 let bylo 33 % kuřaček. Do skupiny respondentek, které prodělaly menopauzu ve 46 – 50 letech spadá 18 % kuřaček. A v posledním věkovém rozmezí pro nástup menopauzy 51 – 55 let je 21 % kuřaček. Je zřejmé, že větší zastoupení kuřaček je v prvních dvou věkových kategoriích a tím pádem má kouření vliv na dřívější nástup menopauzy. Což potvrzuje Faitův výrok.

Fait (Fait, 2010) tvrdí, že na nástup menopauzy má vliv i počet dětí. Při větším počtu narozených dětí je nástup menopauzy pozdější. Zjištění, kolikrát respondentky rodily, se věnuje otázka č. 5 v dotazníku. Dále byla dohledána souvislost mezi počtem porodů a věkem nástupu menopauzy. Rozložení bylo přiměřeně rovnoměrné. Avšak ve věkové kategorii nástupu menopauzy 51 – 55 let je největší zastoupení oslovených žen, které rodily dvakrát.

Počet porodů nemá jednoznačný vliv na nástup menopauzy. Ve výzkumném šetření se Faitovo tvrzení nepotvrdilo.

Výzkumná otázka č. 3 - Jak pečují ženy ze souboru respondentek o své zdraví? Dbají na prevenci? Řeší již přítomné symptomy estrogenního deficitu?

Do dotazníku byla zařazena otevřená otázka č. 10, kde měly oslovené ženy za úkol popsat, jak pečují o své zdraví. Péči o své zdraví popsalo 80 % respondentek, zbylých 20 % napsalo, že o své zdraví nepečují. Z odpovědí dotázaných, které o své zdraví pečují, převládá snaha o zdravé stravování, pobyt na čerstvém vzduchu, preferují bylinné přípravky nad klasickými léky, vyhýbají se stresovým situacím, cvičí. U vyplňování dotazníku jsem byla přítomna, starší ženy často uváděly, že nejsou sice tak aktivní jako v minulosti, že přichází s věkem spojené obtíže ale o své zdraví se i přes to snaží pečovat, vybírají si přiměřenou fyzickou aktivitu.

Je-li zkoumána péče o zdraví, může být poukázáno i na výsledky otázky č. 4, kde je zjišťováno, jaké je v souboru respondentek zastoupení kuřáček. Z celkového počtu 74 žen jich 77 % nekouří, ani nikdy nekouřily. V minulosti kouřilo jen 8 % dotázaných a aktuálně kouří jen 15 % z nich. Tyto výsledky jsou příznivé, protože kouření má neblahý vliv na krevní oběh a kosti.

Fait v knize *Přechodem bez obav* (Fait, 2010) tvrdí, že z medicínského hlediska patří do péče o zdraví i využívání všech preventivních prohlídek, které systém nabízí. Do dotazníku byly zařazeny otázky odhalující, zda respondentky pravidelně navštěvují gynekologické preventivní prohlídky a mamografický screening.

Gynekologické prevenci se věnuje otázka č. 7 v dotazníku. Zde odpovědělo 65 % žen ze souboru respondentek, že svého gynekologa navštěvují pravidelně 1 – 2x ročně. Oproti tomu 35 % respondentek nedbá na gynekologickou prevenci. Preventivní prohlídky u žen po menopauze zkoumala v roce 2008 ve své bakalářské práci i Kateřina Vančurová (Vančurová, 2008). Z jejího souboru respondentek je pravidelně navštěvuje 72 % žen, nepravidelně 28 % dotázaných. To je srovnatelné s mými výsledky. Vyplývá, že oslovené ženy gynekologa z větší části pravidelně navštěvují.

Na mamografické vyšetření prsu se zaměřuje osmá otázka v dotazníku. Ze souboru respondentek navštěvuje pravidelně 1x za 2 roky mamografický screening 80 % žen,

nepravidelně 9 % oslovených žen a vůbec 11 % dotázaných respondentek. Výzkum Kateřiny Vančurové (Vančurová, 2008), ukazuje, že pravidelně screening navštěvuje 64 % oslovených žen, nepravidelně 20 % dotázaných a vůbec 16 % jejich respondentek. Mnou dotázané ženy jsou na tom tedy s prevencí rakoviny prsu o něco lépe. Celkově je patrné, že velká většina respondentek mamograf navštěvuje. Překvapením je, že některé ženy na mamografu nikdy nebyly.

Otázka prevence se týká i samovyšetření prsu. Údaje o provádění selfmonitoringu nám poskytla otázka č. 9 z dotazníku. Pravidelně 1x měsíčně jej provádí jen 16 % dotázaných žen. Nepravidelně svá prsa samovyšetřuje 50 % oslovených žen. Vůbec k samovyšetření nedochází u 34 % dotázaných. Jelikož jsem u vyplňování dotazníku byla přítomna, vím, že ženy provádí selfmonitoring nejčastěji nepravidelně, a to při sprchování. Otázkou je, proč ženy samovyšetření neprovádí v pravidelných intervalech. Domnívám se, že není v tomto směru ženám poskytnuta dostatečná edukace. Otázce samovyšetření prsu se v roce 2014 ve své bakalářské práci, týkající se významu preventivních prohlídek u žen v období starší dospělosti, věnovala i Michaela Klingorová (Klingorová, 2014). V jejím souboru respondentek provádí pravidelně selfmonitoring 40 % oslovených žen. Nepravidelně jej provádí 31 % respondentek a vůbec 29 % respondentek. Ženy z jejího souboru respondentek jsou na tom s prováděním samovyšetření prsu lépe než ženy mnou dotázané.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že většina oslovených žen pravidelně navštěvuje svého gynekologa, chodí na mamografické vyšetření prsu. Stránka samovyšetření prsu by měla být zdokonalena.

Otázka č. 6 v dotazníku se věnovala zjištění, kde se ženy o klimakteriu nejčastěji informují. Nejčastější odpovědí byla možnost kamarádky, kolegyně (28 krát). Dále na stejné úrovni gynekolog/ PA a možnost knihy, brožury, letáky (23 krát). Internet využila jen část oslovených žen (11 krát). Nejméně zastoupenou odpovědí je možnost praktický lékař/ sestra (5 krát) a odpověď nikde, nezajímalo mě to (6 krát). Kde ženy získávají informace o klimakteriu, zjišťovala ve svém výzkumném šetření i Romana Brabencová (Brabencová, 2014). V jejím výzkumu se na první místo staví odpověď gynekolog, následuje možnost časopisy letáky, dále přátelé, minimum žen z jejího souboru respondentek využilo internet. Osobně si myslím, že za gynekologem jdou ženy, až pokud mají nějaký závažnější problém. Při mírných obtížích se raději poradí s kamarádkou, kolegyní, nebo nahlédnou do knihy. Že je tak málo zastoupena možnost internet může být dáno věkem respondentek.

Dále bylo zkoumáno, jak ženy obtíže spojené s menopauzou řeší. Otázka č. 15 v dotazníku měla za cíl zjistit, zda ženy ze souboru respondentek při těchto potížích vyhledaly odbornou pomoc. Možnost ano zvolilo 47 %, možnost ne 53 %. Pokud pomoc vyhledaly, bylo zjištěno, na koho se obrátily a co jim daný specialista doporučil. Pokud zvolily odpověď ne, následovala otevřená otázka, kde respondentky popisovaly, jak tento stav řešily. Většina z těchto dotázaných nepociťovala obtíže v takové míře, že by musely vyhledat specialistu. Část z nich využívala při návalech horka studených obkladů, často větraly a nosily s sebou stále náhradní oblečení. Také pily menopauzální čaje. Pokud specialistu vyhledaly, tak to byl ve velké většině gynekolog (31 krát), následoval praktický lékař (9 krát), jiné speciality ženy vyhledaly jen výjimečně.

Z výsledků otázky č. 18 plyne, že gynekolog jako terapii obtíží doporučuje nejčastěji HST (22 krát), dále fytoestrogeny (11 krát). Překvapením je, že ženě není doporučována jiná alternativní léčba. Řada respondentek mi ústně při vyplňování dotazníku sdělila, že HST užívat nechce a o jiných způsobech léčby nemají žádné informace, což jim přijde jako nešťastné.

Kurzy vedené porodní asistentkou by mohly být vhodnou metodou jak ženy o tomto životním období informovat, situaci plnou strachu a neznáma odlehčit. Protože bych do budoucna sama takovéto kurzy ráda vedla, bylo zajímavé zjistit, zda by o ně byl mezi respondentkami zájem. Mírně převládal nezájem nad zájmem. Předpokládala jsem ale, že je zde rozdíl v odpovědích daný věkem respondentek, proto jsem se zaměřila na respondentky z věkové kategorie 45 – 54 let a zkoumala blíže jejich odpovědi. Zde převládala odpověď spíše ano. Několik žen z této věkové kategorie u možnosti ano udělalo v dotazníku několik vykřičníků. Domnívám se tedy, že by o kurzy zájem byl. V bakalářské práci Romany Brabencové (Brabencová, 2014) je také zjišťováno, zda by byl zájem o takovéto kurzy. Převládá odpověď ne – v 69 %, možnost ano je zvolena v 31 %. Opět zde ale může hrát roli věk respondentek. Myslím si, že starší ženy nemají o kurzy zájem v takové míře, protože bylo toto téma v minulosti tabu, neřešilo se. Nyní se dostává klimakterium více do povědomí, ženy jej berou jako přirozenou součást života, o které se chtějí edukovat.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na nejčastější obtíže žen v klimakteriu. Tvorbou této práce jsem získala mnoho nových poznatků o problematice, která mě velmi zajímá, a chtěla bych se jí do budoucna věnovat.

V teoretické části práce jsem definovala základní pojmy spojené s klimakteriem, popsala jsem klinické projevy, které jsou s tímto životním obdobím spojené. Dále jsem nastínila prevenci pro ženy v přechodu, a v neposlední řadě byly popsány léčebné postupy. Na závěr této části práce byla zařazena péče PA o ženy v této životní etapě.

Ve výzkumné části jsem se zabývala vyhodnocením výsledků dotazníků a zhodnocením předem stanovených cílů. Z výzkumného šetření vyplývá, že z akutních obtíží ženy trápí nejvíce návaly horka, zvýšené pocení a poruchy spánku. Ze subakutních obtíží to jsou změna kvality kůže, vlasů a nehtů, močové obtíže a také se začíná objevovat pokles dělohy jako důsledek atrofizace tkání. Z chronických obtíží převládá vysoký krevní tlak, diabetes mellitus a osteoporóza. U žen ze souboru respondentek ve větší míře odpovídalo i časové období pro vznik příslušných obtíží. Existuje řada zevních faktorů, které mají na nástup menopauzy vliv. Na některé z nich se zaměřuje i tato práce. Z mého šetření vyplývá, že u kuřáček dochází k nástupu menopauzy dříve než u žen, které nekouří. Jednoznačně se neprokázala souvislost mezi vyšším počtem porodů a pozdějším nástupem menopauzy, ani mezi nástupem menopauzy matky a dcery. Dále bylo zjištěno, že ženy po menopauze pečují o své zdraví, věnují se fyzické aktivitě, snaží se zdravě stravovat, větší část z nich dbá na prevenci. Otázka samovyšetření prsu by měla být zdokonalena. Téměř polovina respondentek při potížích spojených s menopauzou vyhledala odbornou pomoc. Nejčastěji vyhledávaným specialistou byl gynekolog. Ten ženám ve většině případů doporučil HST nebo fytoestrogeny. Překvapilo mě, že ženy nemají dostatek informací o jiných možnostech řešení obtíží. Osobně si myslím, že by se problematice klimakteria měly více věnovat samotné PA a ženy edukovat. Z mého pohledu by bylo ideálním řešením vedení kurzů, kde by byly ženám poskytnuty základní informace o tomto životním období a zodpovězeny jejich časté dotazy.

Vypracování této bakalářské práce pro mě bylo velkým přínosem. Zejména pro mou budoucí profesi porodní asistentky. Vzala jsem si ponaučení, že je třeba se věnovat ženám všech věkových kategorií. Věřím, že tato práce nebude přínosem jen pro mě, ale že bude užitečná i pro ostatní, kteří se zajímají o tuto problematiku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BRABENCOVÁ, Romana. *Nejčastější problémy žen v klimakteriu*. Plzeň, 2012, 85 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: PhDr. Jana Ajglová.
- BROULÍK, Petr. *Osteoporóza a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 159 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-176-9
- ČESKO. *Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních č. 2/2016 Sb.* Portál veřejné správy [online]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=85534&nr=2~2F2016&rpp=15#local-content>
- DONÁT, Josef. *Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2001, 160 s. ISBN 80-238-8245-7.
- DONÁT, Josef. *Postmenopauza: estrogenní deficit v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2003, 184 s. ISBN 80-238-2036-7.
- FAIT, Tomáš. *Klimakterická medicína*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2013, 189 s. ISBN 978-80-7345-342-8.
- FAIT, Tomáš. *Přechodem bez obav*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2010, 88 s. ISBN 978-80-7345-219-3.
- KLINGOROVÁ, Michaela. *Význam preventivních gynekologických prohlídek u žen v období starší dospělosti*. Pardubice 2014, 62 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Škorníčková.
- KOLAŘÍK, Dušan; Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, 1068 s. ISBN 978-80-7345-138-7.
- MÁLKOVÁ, Jana. *Interní aspekty menopauzy a HRT. Co je nového?* [online]. Časopis Moderní babictví, 6/2008. Praha: Levret. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=17>
- ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

SMIČKOVÁ, Eva. *Problémy žen v klimakteriu a možnosti jejich řešení*. Brno, 2009, 139 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Šárka Urbánková.

ŠKORNIČKOVÁ, Zuzana, Markéta MORAVCOVÁ a Markéta ZAJÍČKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci II*. 1 vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce, 2015, 119 s. ISBN 978-80-7395-860-2.

TURČAN, Pavel. *Klimakterium, včelí produkty a fytoestrogeny* [online]. Praha: Mladá fronta, 2011(9). Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/klimakterium-vceli-produkty-a-fytoestrogeny-461369>

VANČUROVÁ, Kateřina. *Kvalita života žen po menopauze*. Pardubice, 2008, 56 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Helena Petržílková.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 1069 s. ISBN 978-80-7345-130-1.

VRUBLOVÁ, Yveta. *Komunitní ošetrovatelská péče v gynekologii* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. Dostupné z: http://www.uzs.tul.cz/data/studijni_opory/ogy_vrublova1.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Karin Hannigová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistence na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto zcela **anonymního** dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce, zabývající se klimakteriem.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu

1. Jaký je Váš věk?
 - a. 45 – 54 let
 - b. 55 – 64 let
 - c. 65 let a více
2. Proběhla u Vás menopauza (poslední menstruace)? V kolika letech?
 - a. 35 – 40 let
 - b. 41 – 45 let
 - c. 46 – 50 let
 - d. 51 – 55 let
3. V kolika letech měla poslední menstruaci vaše matka?
 - a. 35 – 40 let
 - b. 41 – 45 let
 - c. 46 – 50 let
 - d. 51 – 55 let
 - e. Nevím
4. Kouříte?
 - a. Ano
 - b. Ne
 - c. V minulosti jsem kouřila (v kolika letech a jak dlouho?)
5. Kolikrát jste rodila?
 - a. 1x
 - b. 2x
 - c. 3x
 - d. 4x a více
 - e. Nerodila jsem

6. Kde jste získala většinu informací o klimakteriu?(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a. Gynekolog / porodní asistentka
- b. Obvodní lékař /sestra
- c. Knihy, brožury, letáky
- d. Internet
- e. Kamarádka, kolegyně
- f. Nikde, nezajímalo mě to
- g. V minulosti se to neřešilo

7. Chodíte pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky?

- a. Ano, 1 – 2x ročně
- b. Ne

8. Chodíte na mamografické vyšetření prsu?

- a. Ano, chodím pravidelně 1x za 2 roky
- b. Ano, ale nechodím pravidelně
- c. Nechodím vůbec

9. Provádíte samovyšetření prsu?

- a. Ano, 1x měsíčně
- b. Ano, nepravidelně
- c. Ne, neprovádím

10. Popište, jak pečujete o své zdraví:

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

11. Které z následujících akutních příznaků Vás v klimakteriu nejvíce

obtěžují/obtěžovaly? (můžete vybrat víc odpovědí)

- a. Návaly horka
- b. Bušení srdce
- c. Poruchy spánku
- d. Zvýšené pocení
- e. Změny nálady, pocit úzkosti
- f. Bolesti svalů a kloubů
- g. Sexuální obtíže
- h. Žádný z uvedených
- i. Jiné příznaky.....

12. Vyberte, které z níže uvedených subakutních příznaků se Vás týkají:
- a. Močové obtíže (infekce močových cest, únik moče, častější noční močení, bolesti při močení)
 - b. Změna kvality vlasů, kůže, nehtů
 - c. Problémy při pohlavním styku, bolestivý pohlavní styk
 - d. Častější záněty ženských pohlavních orgánů
 - e. Pokles dělohy
 - f. Vyklenutí stěny močového měchýře (cystokéla) nebo vyklenutí stěny konečníku (rektokéla)
 - g. Žádná z uvedených se mě netýká
 - h. Jiné příznaky:.....
13. Prodělala jste po menopauze zlomeninu některé z uvedených oblastí? (můžete zaškrtnout více odpovědí)
- a. Hrudní obratel
 - b. Bederní obratel
 - c. Zápěstí
 - d. Krček stehenní kosti
 - e. Zlomeninu ve výše uvedených lokalizacích jsem neprodělala
 - f. Jiné zlomeniny:.....
14. Prodělala jste / léčíte se s některým z těchto onemocnění?
- a. Infarkt myokardu
 - b. Cévní mozková příhoda
 - c. Trombóza, plicní embolie
 - d. Osteoporóza (řidnutí kostí)
 - e. Vysoký krevní tlak
 - f. Diabetes mellitus (cukrovka)
 - g. Žádná z uvedených
 - h. Jiná onemocnění:.....
15. Vyhledala jste při obtížích spojených s menopauzou odbornou pomoc?
- a. Ano
 - b. Ne

16. Pokud jste odpověděla NE, jak jste potíže řešila?
.....
.....
.....
17. Pokud jste odpověděla ANO, který specialista to byl? (můžete zaškrtnout více odpovědí)
- a. Gynekolog
 - b. Praktický lékař
 - c. Psycholog
 - d. Psychiatr
 - e. Jiný specialista (jaký?).....
18. Co Vám bylo daným specialistou doporučeno? (můžete zaškrtnout více odpovědí)
- a. Hormonální substituční terapie
 - b. Speciální cvičení
 - c. Úprava stravy
 - d. Homeopatika
 - e. Fytoestrogeny (rostlinná léčba) – bylinky, čaje...
 - f. Antidepresiva
 - g. Jiné doporučení:
19. Zaznamenala jste po menopauze nárůst hmotnosti?
- a. Do 3 kg
 - b. 3 – 5 kg
 - c. 5 – 7 kg
 - d. 8 – 10kg
 - e. 10kg a více
 - f. Nezaznamenala
20. Uvítala byste kurzy vedené porodní asistentkou, které by informovaly o klimakteriu?
- a. Ano
 - b. Spíše Ano
 - c. Spíše Ne
 - d. Ne