

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Bc. Michaela Cimflová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Změny v kvalitě života žen v postmenopauzálním období z pohledu porodních  
asistentek  
Diplomová práce

2023

Bc. Michaela Cimflová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Cimlová**  
Osobní číslo: **Z18224**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Téma práce: **Změny v kvalitě života žen v postmenopauzálním období z pohledu porodních asistentek**  
Téma práce anglicky: **Changes in the quality of life of women in the postmenopausal period from the perspective of midwives**  
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

## Zásady pro vypracování

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 pracovní zprávy: **50 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

AŠENBRENEROVÁ, Ivana. *Menopauza: tělo a duše v harmonii*. Praha: Euromedia Group, 2020. ISBN 978-80-242-6611-4.

FAIT, Tomáš. *Klimakterická medicína*. 3. přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-594-1.

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

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

ŠPAČEK, Jiří, Ivo KALOUSEK, Petr JÍLEK et al. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4646-6.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2018**

Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2023**

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

L.S.

**Mgr. Helena Poláčková** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2023

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Změny v kvalitě života žen v postmenopauzálním období z pohledu porodních asistentek jsem 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 27. 4. 2023

Michaela Cimřlová v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji zejména vedoucí diplomové práce Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za odborné vedení, věcné připomínky, trpělivost a vstřícnost při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat respondentkám, díky kterým jsem mohla realizovat průzkumné šetření. Také bych chtěla poděkovat mému příteli a mé rodině, která mě při studiích podporovala.

## **ANOTACE**

Diplomová práce obsahuje přehled informací z odborné literatury a časopiseckých článků k problematice menopauzy, její terminologii, symptomům a léčbě. Dále se věnuje pojmu kvalita života. Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, jaké mají porodní asistentky povědomí o tom, jak se ženám v postmenopauzálním období mění kvalita života a jaká je skladba symptomů souvisejících s estrogenním deficitem. Metodou sběru dat byl dotazník vlastní tvorby, který byl rozdáván porodním asistentkám v pěti nemocnicích v Pardubickém kraji a následně vyhodnocován pomocí popisné statistiky.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Klimakterium, kvalita života, menopauza, porodní asistentka

## **TITLE**

Changes in the quality of life of women in the postmenopausal period from the perspective of midwives.

## **ANNOTATION**

This thesis contains an overview of literature and journal articles on menopause, its terminology, symptoms and treatment. It also discusses the concept of quality of life. The aim of the research was to investigate midwives' awareness of how the quality of life changes for postmenopausal women and the composition of symptoms associated with estrogen deficiency. The chosen method of data collection was a self-administered questionnaire, which was distributed to midwives in five hospitals in the Pardubice Region and subsequently evaluated using descriptive statistics.

## **KEYWORDS**

Climacteric, quality of life, menopause, midwife

# OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle diplomové práce .....	13
1.1 Cíl teoretické části práce .....	13
1.2 Cíl průzkumné části práce .....	13
1.2.1 Hlavním cíl průzkumné práce .....	13
1.2.2 Dílčí cíle průzkumné části .....	13
2 Teoretická část .....	14
2.1 Menopauza .....	14
2.2 Estrogenní deficit v klinické praxi .....	15
2.2.1 Akutní symptomy – klimakterický syndrom .....	15
2.2.2 Subakutní symptomy – organický estrogen-deficitní syndrom .....	17
2.2.3 Chronické / pozdní symptomy – metabolický estrogen-deficitní syndrom .....	19
2.3 Prevence v období menopauzy .....	21
2.3.1 Screening karcinomu prsu .....	22
2.3.2 Screening karcinomu hrdla děložního .....	22
2.3.3 Screening karcinomu tlustého střeva a konečníku .....	23
2.3.4 Screening osteoporózy .....	23
2.4 Terapie .....	24
2.4.1 Doporučená vyšetření ženy před nasazením léčby HRT .....	24
2.4.2 Hormonální substituční terapie (HRT) .....	25
2.4.3 Alternativní medicína, přírodní možnosti léčby .....	28
2.5 Kvalita života .....	33
2.6 Porodní asistentka .....	33
2.7 Role porodní asistentky v péči o ženu v menopauze .....	34
3 Průzkumná část .....	37
3.1 Metodika průzkumu .....	37



3.1.1	Metoda sběru dat.....	37
3.1.2	Popis souboru respondentek .....	38
3.1.3	Zpracování a vyhodnocení získaných dat.....	40
3.2	Prezentace výsledků .....	41
4	Diskuze .....	55
4.1	Vyhodnocení průzkumných otázek.....	55
4.1.1	Jaké povědomí mají porodní asistentky o změnách v kvalitě života žen po menopauze? .....	55
4.1.2	Jaké jsou možnosti porodních asistentek z hlediska edukace na téma péče o ženy v postmenopauze?.....	56
4.1.3	Mají porodní asistentky zájem o rozšíření vzdělání v tomto tématu? .....	57
4.1.4	Jak porodní asistentky vnímají svoji roli v péči o ženy v postmenopauze? .....	58
4.2	Další možnosti průzkumu .....	59
4.3	Doporučení pro praxi .....	60
5	Závěr .....	61
6	Použitá literatura .....	62
7	Přílohy.....	65

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Histogram věku respondentek včetně normálního rozdělení .....	39
Obrázek 2 – Relativní počet respondentek v závislosti na dosaženém vzdělání [%] .....	39
Obrázek 3 – Definice pojmu menopauza (otázka č.3, Příloha A) .....	41
Obrázek 4 – K poklesu kterých hormonů obvykle dochází v období ovlivněném menopauzou (otázka č. 5, Příloha A) .....	43
Obrázek 5 – Domníváte se, že máte dostatek informací ohledně obtíží (otázka č. 6, Příloha A) .....	44
Obrázek 6 – Možnosti do vzdělávání v oblasti menopauzy (otázka č.7, Příloha A).....	45
Obrázek 7 – Možnosti edukace porodních asistentek za základě lokality pracoviště .....	45
Obrázek 8 – Nejčastější obtíže u žen v období ovlivněném menopauzou (otázka č. 8, Příloha A) .....	47
Obrázek 9 – Příznaky, které by porodní asistentky zařadily mezi pozdní v období ovlivněném menopauzou (otázka č. 9, Příloha A).....	48
Obrázek 10 – Rizikové faktory, kterou mohou mít vliv na průběh období ovlivněného menopauzou (otázka 10, Příloha A) .....	49
Obrázek 11 – Nejčastěji používané možnosti léčby (otázka 11, Příloha A).....	50
Obrázek 12 – Interval gynekologických preventivních vyšetření žen ve věku 50 let a víc [%] (otázka 12, Příloha A).....	52
Obrázek 13 – Frekvence návštěv u gynekologa (otázka 13, Příloha A).....	53
Obrázek 14 – Vnímání role porodních asistentek v péči o ženy v menopauze (otázka 14, Příloha A) .....	54
Tabulka 1 – Škála pro vyhodnocení otázek týkajících se znalostí porodních asistentek .....	40
Tabulka 2 – Střední věk menopauzy (otázka č. 4, Příloha A) .....	42
Tabulka 3 – Vyhodnocení povědomí porodních asistentek o změnách v kvalitě života žen po menopauze .....	55

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

BMD	Bone mineral density – kostní denzita
BMI	Body mass index
ET	Estrogenní substituční terapie
EPT	Estrogen-progestagenní směs
FSH	Folikulostimulační hormon
GSM	Menopauzální genitourinární syndrom
HT	Hormonální substituční terapie
HPV	Lidský papilomavirus
HRT	Hormone replacement therapy
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
MGS	Menopauzální genitourinární syndrom
MRS	Menopause Rating Scale
TOKS	Test na okultní krvácení

## ÚVOD

O menopauze se v současné společnosti velice málo mluví. Z toho důvodu se k ženám dostává málo informací. Mnohé z nich pak trpí různými problémy, nedostanou se na vyšetření, která by jim mohla pomoci. Léčba, která by jim mohla zkvalitnit život, pro ně zůstává v některých případech opředená tajemstvím. Často se ženy s problematikou menopauzy potýkají samy a toto období mnohým už s předstihem nahání strach nebo naopak to vůbec neřeší, v některých případech příznaky podceňují. Rády by s někým své problémy probraly, načerpaly informace, proč a jak se jejich tělo mění a chtějí navést k cestě za správnými rozhodnutími. Je nutné ženám poskytovat přesné informace, aby mohly nad svými problémy získat kontrolu, aby jim vnesly do života jistý řád a rozptýlily jejich obavy a případně aby mohly vyhledat odpovídající péči (Gunter, 2022, s.10-24).

Menopauzu lze považovat za jistý mezník v životě ženy, kdy nastává přechod z fáze, ve které estrogení a progesteronová produkce udržují přirozenou mladistvost, do období, kdy je pro udržení mladistvého vzhledu a dobrého zdraví zapotřebí vynaložit určité úsilí. Je vhodné v této životní fázi vyhledat odbornou pomoc, a to zejména v případě, kdy menopauza způsobuje pokles v kvalitě života. Léčebná terapie v určitých situacích může být vhodným řešením této problematiky. Informovaná žena, která se aktivně podílí na léčebném procesu, je mnohem lepším partnerem při řešení symptomů souvisejících s menopauzou (Moravcová, 2023, s. 10).

Samotný přechod do menopauzy probíhá velmi rozmanitě. U některé ženy to jsou roky nespolehlivých, kolísavých menstruačních cyklů, u jiných je to prudký náraz – menstruace je dokonale pravidelná a náhle, zničehonic nadobro přestane. Některé ženy mají velké obtíže, jiné téměř vůbec. Odborná literatura říká, že to, jakým způsobem bude žena menopauzu prožívat, je určeno složitým mixem genetických predispozic, tolerancí a množstvím estrogenu produkovaného v tukové tkáni (Gunter, 2022, s. 456-457).

Diplomová práce se ve své první, teoretické části, zabývá obecným popisem problematiky menopauzy, její terminologií, symptomy a možnostmi léčby. Dále se zaměřuje na definování pojmu kvalita života, krátkou charakteristikou profese porodní asistentky a jejími rolmi.

Druhá, průzkumná část, navazuje na část teoretickou a její zájem je soustředěn přímo na porodní asistentky, jakožto zdravotnický personál pracující v kontaktu se ženami v období menopauzy. Odpovídá na průzkumné otázky, které mají za cíl zjistit jaké mají porodní

asistentky povědomí o změnách v kvalitě života žen v postmenopauzálním období a jaká je skladba symptomů souvisejících s estrogenním deficitem.

Je totiž důležité, aby porodní asistentky měly přehled o obtížích, které mají ženy v tomto období a uměly jim v takových případech pomoci. Menopauzální příznaky mohou mít vliv na zdraví žen v různých oblastech (osteoporóza, kardiovaskulární systém, psychika, úbytek libida, návaly horka atd.). Porodní asistentky hrají důležitou roli v oblasti prevence a léčby těchto obtíží. Mohou ženám poskytovat informace o zdravém životním stylu, který jim může pomoci snížit riziko výskytu případně zmírnění těchto obtíží. Mohou také poskytovat podporu a poradenství pro ženy, které procházejí obtížemi v období po menopauze. Kromě toho mohou být porodní asistentky první, kdo zaznamenává změny ve zdravotním stavu žen v období menopauzy. Pokud má žena nějaké obtíže, mohou porodní asistentky pomoci s diagnostikou a zajištěním vhodné léčby. Tato jejich péče může být klíčová pro zlepšení zdravotního stavu žen a celkovou kvalitu života v období po menopauze.

# **1 CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE**

## **1.1 Cíl teoretické části práce**

Cílem teoretické části diplomové práce je podat validní informace týkající se menopauzy, uvést její terminologii, symptomy a léčbu. Dále popsat termín kvalita života a metody jejího hodnocení. V zakončení teoretické části jsou poznatky o rolích, které má porodní asistentka. Vše výše zmíněné je předloženo na základě studia literárních zdrojů, odborných publikací a online internetových (odborných) článků.

## **1.2 Cíl průzkumné části práce**

### **1.2.1 Hlavním cíl průzkumné práce**

Hlavním cílem průzkumné práce je zjistit, jaké povědomí mají porodní asistentky o změnách v kvalitě života žen po menopauze. Průzkum se zabývá například tím, zda jsou porodní asistentky schopny definovat klíčové pojmy spojené s menopauzou, popsat její hlavní symptomy a stanovit nejúčinnější metody léčby. Znalosti jsou totiž zásadní pro poskytování adekvátní péče a porozumění potřebám žen v postmenopauzálním období, což přispívá k lepší kvalitě jejich života.

### **1.2.2 Dílčí cíle průzkumné části**

Na hlavní cíle průzkumné části navazují cíle vedlejší, které zjišťují následující:

- 1) Jaká je úroveň znalostí porodních asistentek pro zajištění péče o ženy s problémy v postmenopauze. Cílem je zjistit, zda jsou porodní asistentky dostatečně připraveny a mají potřebné znalosti a dovednosti, aby byly schopny poskytovat kvalitní péči této skupině klientek.
- 2) Jaké jsou možnosti porodních asistentek z hlediska edukace v tématu péče o ženy v postmenopauze. Cílem je tedy získat informace o tom, jestli jsou porodní asistentky připravovány na tuto specifickou oblast péče a jaké jsou další možnosti vzdělávání v praxi.
- 3) Třetím cílem průzkumu je zjistit, zda mají porodní asistentky zájem o další rozšíření svých znalostí v této oblasti a zda vidí potřebu dalšího vzdělávání.
- 4) Posledním cílem průzkumu je zjistit, jak porodní asistentky vnímají svou roli v péči o ženy v postmenopauze. Cílem je získat informace o tom, jak porodní asistentky vnímají své postavení v rámci celkové péče o klientky v této fázi života.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Menopauza

Pojem **menopauza** lze definovat jako fyziologický životní proces, kterým projde většina žen a je nezvratnou součástí stárnutí ženského organismu. U většiny žen dochází k tomuto procesu zpravidla mezi 45. a 55. rokem věku. Jedná se o úplné ukončení menstruace (uvádí se po dvanácti měsících bez menstruace – **amenorea**), které je způsobeno nevyvíjením ovariálních folikulů za stálé přítomnosti přiměřeného množství gonadotropního hormonu. Jedná se o poslední menstruaci ženy. V souvislosti s touto životní změnou dochází rovněž k novému začátku – k životu s estrogenním deficitem (Donát, 2001, s. 9; Jeníček, 2001, s. 15; Pilka, 2022, s. 67).

Existuje ještě jeden starší termín, který je ale stále užívaný – **klimakterium**, který zahrnuje období pozdní perimenopauzy až do menopauzy (Pilka, 2022, s. 67).

Do základních pojmů týkajících se tématu lze zařadit ještě **premenopauzu**, což je období se stále zachovaným menstruačním cyklem do 12 měsíců před menopauzou. V tomto období už se ale mohou objevit příznaky akutního klimakterického syndromu (Fait, 2018, s. 12).

Pojmem **perimenopauza** je označováno období 5-10 let před menopauzou, ve kterém se vyskytují projevy vazomotorické, urogenitální a také nepravidelná menstruace. Pojem **postmenopauza** je následující období po menopauze a řadí se sem časná postmenopauzální období i senium (Pilka, 2022, s. 67).

**Předčasná menopauza (předčasné ovariální selhání)** – lze popsat jako vyhasnutí funkce vaječníků před 40. rokem věku. Vyskytuje se přibližně u 1 % žen, přičemž ve většině případů je příčina předčasné menopauzy neznámá. Odborníci se domnívají, že důvodem by mohl být snížený počet folikulů při narození, nebo jejich zrychlený zánik během života. V některých případech se ale také může jednat o autoimunitní onemocnění, při kterém dochází k tvoření protilátek proti tkáním vaječníků. Další příčinou, proč může dojít k předčasné menopauze je to, že žena prošla infekčním onemocněním postihujícím vaječníky, například tuberkulózou (Fait, 2010, s. 12; Leonardová, 2018, s. 26-27).

**Indukovaná menopauza** znamená zastavení menstruace chirurgickým odstraněním obou ovárií nebo iatrogenním ukončením jejich funkce aktinoterapií nebo chemoterapií (Rešlová, 2012, s. 445-450).

**Senium** neboli stáří lze definovat jako období, kdy dochází k ústupu sekundárních pohlavních znaků v důsledku snížení produkce steroidů v nadledvinách po 60. roce věku (Fait, 2018, s. 12).

## 2.2 Estrogenní deficit v klinické praxi

Za základní příčinu obtíží, ke kterým v klimakteriu dochází, je považováno vyčerpání folikulů v ovariu a v důsledku toho nedostatek ovariálních steroidů, především estrogenů. Kvůli deficitu estrogenů dochází k ovlivnění cílové tkáně a orgánových systémů. Postmenopauze je z toho důvodu přisuzována řada symptomů. Část těchto symptomů jednoznačně souvisí s nedostatkem estrogenů, u dalších je obtížné odlišit podíl hormonálního vlivu a stárnutí organismu. Z hlediska rychlosti nástupu lze dělit projevy deficitu estrogenů do tří skupin. Jde o akutní symptomy, označované jako *klimakterický syndrom* (jejichž výskyt je již v perimenopauze), kam lze zařadit například vazomotorické symptomy a psychické potíže. Subakutní symptomy označované jako takzvaný *organický estrogen-deficitní syndrom* – jeho typickým projevem je suchost sliznic, jejich ztenčení, popraskání a častější výskyt zánětů. Poslední jsou chronické/pozdní symptomy, které lze souhrnně označit jako *metabolický estrogen-deficitní syndrom* – sem patří závažné poruchy zdraví, jako je ateroskleróza, cerebrovaskulární onemocnění, infarkt myokardu, osteopenie, osteoporóza a s ní související fraktury proximálního femuru (Fait, 2007, s. 103; Moravcová, 2023, s. 16-18; Rešlová, 2012, s. 446).

Co se týká toho, jak výrazně bude žena na probíhající menopauzu reagovat a jak výrazné budou její příznaky menopauzy, literatura hovoří takto: nejpravděpodobnějšími důvody rozdílů prožívání jsou geny a etnikum. Například je dokázané, že Asiatky mají v klimakteriu obecně méně problémů než Evropanky. Obecně lze také říci, že čím severněji žena žije a čím má světlejší vlasy a pleť, tím má vyšší riziko klimakterických obtíží. Čím jižněji ženy žijí, tím mají obtíží spojených s menopauzou méně (Ašenbrenerová, 2020, s. 38).

### 2.2.1 Akutní symptomy – klimakterický syndrom

Ženy, u kterých se vyskytnou akutní symptomy, sice nejsou přímo ohroženy na jejich životě, avšak tyto symptomy mohou výrazně snižovat kvalitu jejich života. Řadí se sem zejména vazomotorické příznaky (projevy se vyskytují převážně v podobě návalů horka a pocení). Mezi další vegetativní příznaky se řadí nespavost, psychické problémy, ztráta libida, emoční labilita, poruchy soustředění, úzkosti, ale i deprese. U většiny žen se potíže vyskytují i déle než po dobu pěti let. Míru akutních symptomů do určité míry objektivizují systémy hodnocení klinické symptomatologie, například Kuppermanův index nebo Menopause Rating Scale (Dubová, 2022, s. 423; Špaček et al., 2018, s. 620).



### **2.2.1.1 Návaly horka a pocení**

V perimenopauze pozoruje návaly horka až 70 % žen. Za tímto symptomem stojí pokles hladiny estrogenů. Existují jisté interindividuální rozdíly v míře návalů, vliv na ně má pravděpodobně genetická výbava, styl života, nadváha a kouření. Je dokázáno, že tyto příznaky jsou významným rizikovým faktorem pro kardiovaskulární systém ženy. (Fait, 2018, s. 18)

Jedná se o nepříjemné pocity tepla, které začínají v hrudníku a stoupají až do tváří, následují záchvaty pocení, zejména na čele a na dlaních. Existují i případy kdy je pocení silnější a žena se například v noci vzbudí úplně mokrá. Tyto stavy zpravidla trvají pár minut, nanejvýš půl hodiny. S neléčenými návaly horka se pak pojí další obtíže, jako jsou například poruchy spánku a v důsledku toho pak negativní vliv na náladu ženy (Fait, 2019, s. 18; Leonardová, 2017, s. 36).

### **2.2.1.2 Psychické potíže**

Součástí klimakterického syndromu může být ztráta pocitu všeobecného zdraví, může docházet ke změnám nálad, úzkostem, pocitům osamělosti, depresím a nespavosti, které souvisí s nočními návaly horka, jež jsou popsány v předchozí kapitole. Terapií v těchto případech mohou být anxiolytika, hypnotika, psychoterapie, ale i třeba relaxační techniky (Dubová, 2022, s. 423; Fait, 2019, s. 19; Fait, 2010, s. 16).

K pocitům podrážděnosti a změnám nálad dochází ze spousty příčin, přičemž jednou z nich může být, že v tomto období děti dospívají, odrůstají a opouštějí rodné hnízdo, osamostatňují se. Tento stav se dá odborně nazvat i termínem "syndrom prázdného hnízda". Důležitá je v takové chvíli podpora partnera, nalezení nových zájmů a koníčků a ideálně i dobré vztahy na pracovišti (Fait, 2018, s. 19; Fait, 2010, s. 16).

Žena procházející menopauzou by se určitě neměla většinu času cítit sklesle a smutně, neměla by se neustále trápit a pociťovat napětí. Pokud právě tyto pocity žena zažívá, je velmi pravděpodobné, že prožívá úzkosti, deprese, či trpí kombinací těchto dvou duševních chorob. Deprese se projevuje pocity prázdnoty, beznaděje, viny a zbytečnosti. Člověku se zdá, že v pracovním i osobním životě nepodává dostatečný výkon, ztrácí zájem o věci, ze kterých měl dřív radost a kvůli tomu dochází ke snížení kvality života. Při úzkostech může být člověk v napětí a je vystrašený, přičemž ke strachu nemá jakýkoliv logický důvod. K úzkostem se přidružují další projevy jako je bušení srdce, sucho v ústech, nevolnosti, bolesti hlavy. Úzkosti i deprese jsou spjaty s poruchami spánku. V případě, že žena pociťuje některé výše popsané příznaky, měla by se obrátit na svého praktického lékaře, který na základě anamnézy problém

rozpozná a doporučí léčebný postup, případně klientku odešle ke specialistovi (Leonardová, 2018, s. 119-122).

### **2.2.1.3 Poruchy spánku**

Příčinou nespavosti, špatného usínání a opakovaného a časného probouzení je opět skutečnost, že vaječníky přestávají produkovat estrogeny a progesteron. Jedná se v podstatě o následující řetězec událostí – pokles hormonů způsobí návaly horka a pocení – a v důsledku těchto návalů pak dochází k častému nočnímu buzení. Příčinou bezesných nocí však může být i emoční stres projevující se například výše zmíněnými úzkostmi (Ašenbrennerová, 2020, s. 41-42; Dubová, 2019, s. 421).

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

Deficit estrogenu vede zejména k atrofii prakticky všech orgánů (v trávicím traktu, epidermis a dokonce i v očích). Projevem jsou suché sliznice, jejich ztenčení a větší zranitelnost. Může dojít ke snížení lubrikace pochvy, stěna pochvy se ztenčuje. Během menopauzy se důsledkem hormonálních změn mění i hodnota pH pochvy a ta se tak stává náchylnější k bakteriálním infekcím. Dalšími projevy atrofie jsou i dyspareunie a svědění. Mimo jiné atrofují i vnitřní pohlavní orgány – ke změnám dochází zejména na závěsném aparátu dělohy a svalstvu pánevního dna. Sestup dělohy a poševních stěn je pak výsledkem těchto atrofií. Mezi další subakutní změny se řadí také obtíže s udržením moči, nykturie, polakisurie (Špaček et al., 2018, s. 620-621).

### **2.2.2.1 Urogenitální změny**

Kvůli deficitu estrogenů dochází k atrofii kůže, kožních adnex vulvy a sliznice poševní. Tyto změny se objevují až u 2 / 3 postmenopauzálních žen. Vlivem této insuficience může docházet k dyspareunii (bolestivý pohlavní styk), pruritu (svědění), chronické vaginitidě a stresové inkontinenci. V důsledku nedostatečného prokrvení urogenitálního traktu a zeslabení sliznice se snižuje i odolnost vůči uroinfekcím. Nastávají tak problémy s nykturií (noční buzení kvůli močení), dysurií (pálivá a řezavá bolest při močení). V oblasti vulvy a pochvy dochází ke ztenčení lábií, pochva se zkracuje a rugae vaginales se vyhlazují. Dále se snižuje lubrikace pochvy, což se projevuje vaginální suchostí a pálením. Dochází také ke ztenčení kůže a ztrátě podkožního tuku, ustupuje ochlupení genitálu. Snižuje se počet laktobacilů a klesá pH v pochvě, následně dochází k dysmikrobii, která je spojena se zánětem a žlutavým výtokem (Fait, 2006, s. 16; Fait, 2007, s. 148; Špaček et al., 2018, s. 620-621).

Děloha se zmenšuje, výška endometria by měla být do 5 mm. Atrofují i tuby a závěsný aparát dělohy, dochází k sestupu dělohy a poševních stěn. V postmenopauze je pak považováno každé krvácení za patologické (Dubová, 2019, s. 422).

U velkých labií může docházet k jejich zmenšení a změně tvaru. V důsledku snížení hladiny estrogeneru dochází ke snížení pružnosti poševního otvoru. Dále ubývá erektilní tkáň v klitorisu, zde ale zatím není jisté, zda je to úbytkem hormonů nebo zkrátka v důsledku přibývajících věku (jako součást normálního stárnutí). Vagina je také ovlivněna nedostatkem estrogeneru, projevuje se to změnou vaginálního zápachu – na základě odumírání laktobacilů, které nemají dostatek potravy. Dále dochází k úbytku cervikálního hlenu a transsudátu. V důsledku toho může být vagina při vzrušení sušší a při sexuální aktivitě může docházet ke vzniku mikrotraumat, někdy dokonce znatelných traumat (například krvácení po sexu a podobně) (Gunter, 2022, s. 457-465).

Menopauzální genitourinární syndrom (GSM) se v literatuře objevuje od roku 2014 a zahrnuje problematiku nejen vagíny, ale i vulvy a močového měchýře. Dříveji užívanými výrazy byla například urogenitální atrofie nebo vulvární atrofie. GSM trápí poměrně velkou část postmenopauzálních žen. Je vhodné se na tuto oblast v rozhovorech s klientkami zaměřit a cíleně se na ně dotazovat. Až pro 70 % postižených problémy v sexuální oblasti a tím i v oblasti poševního zdraví je obtížné o tomto symptomu se zdravotníky spontánně hovořit. Přitom tento syndrom dost zásadně ovlivňuje kvalitu života ženy. Je pro ně tak snazší odpovídat na konkrétně položené otázky. Léčba tohoto syndromu existuje, a je i vcelku jednoduchá – pouhou vaginální aplikací estrogenerů dochází ke zmírnění či dokonce celkovému odstranění popsaného syndromu (Fait, 2019, s. 101-106; Gunter, 2022, s. 447-448).

V postmenopauzálním období až u 30 % žen dochází dále také k obtížím s udržení moči, k její inkontinenci, stavům, kdy dochází k neúmyslnému úniku moči. To je pro ženu mimořádným zdravotním, hygienickým a sociálním problémem. Dochází k ní v důsledku poruch inervace, degenerace svalů, změnách kolagenu a pojiva, ale právě zejména kvůli estrogennímu deficitu (Fait, 2007, s. 150; Fait, 2010, s. 33; Špaček, 2018, s. 343).

#### **2.2.2.2 Změny kůže a kožních adnex**

I kůže reaguje na nedostatek estrogenerů, dochází ke stárnutí kůže, které se projevuje jejím ztenčováním, zvláště v místech vystavených světlu a slunci. Kůže bývá suchá, svraštělá, objevují se pigmentové skvrny a vrásky. Kůže trpí ztrátou pružnosti a tím je náchylná k jejímu

snadnějšímu poškození. Predilekčními místy pro dystrofické změny je také oblast perianální a perigenitální (Donát, 2003, s. 23; Fait, 2018, s. 21).

Dochází taktéž k involuci prsů. V těle ubývá voda v kůži a snižuje se turgor kůže, také ubývá kolagen v kůži a snižuje se sekrece mazových a potních žláz. Může se objevit i větší vypadávání vlasů a lámavost nehtů (Dubová, 2019, s. 423; Špaček et al., 2018, s. 621).

### **2.2.2.3 Změny v gastrointestinálním traktu**

Do subakutních syndromů se řadí i změny v gastrointestinálním traktu. Zvyšuje se riziko onemocnění žlučníku, může se vyskytovat suchost v ústech, chronická gingivitida, parodontóza a okultní krvácení z atrofie sliznice tlustého střeva (Dubová, 2019, s. 423).

### **2.2.3 Chronické / pozdní symptomy – metabolický estrogen-deficitní syndrom**

K těmto změnám dochází až později v postmenopauze. V tomto období se zvyšuje kostní obrat, přičemž resorpce kosti převažuje nad novotvorbou, rozvíjí se tak osteopenie a poté osteoporóza. Jedna třetina padesátiletých žen do konce života utrpí alespoň jednu frakturu související právě s osteoporózou. Další změny se projevují také v oblasti kardiovaskulárního systému, centrálního nervového systému (pokles hladiny estrogenů souvisí se zvýšeným rizikem rozvoje Alzheimerovy a Parkinsonovy choroby) a v sexuálním chování – v kontextu s atrofií sliznic, ze ztráty pocitu zdraví. Na snížení libida mohou mít vliv léky, které ženy užívají v období menopauzy – hypotenziva, antidepressiva, statiny (Čepický, 2021, s. 51-52; Špaček et al., 2018, s. 621).

#### **2.2.3.1 Osteoporóza**

Osteoporóza je charakterizována úbytkem množství minerálních látek v kosti, poklesem kostní hustoty a změnou mikroarchitektury kosti. Narůstá riziko fraktur, dochází ke snížení kvality kosti. V České republice je osteoporózou zasažena třetina žen starších padesáti let, a dokonce polovina žen po 60. roce věku. Vyhasínání hormonální produkce estrogenů je jedním z nejrizikovějších parametrů pro vznik postmenopauzální osteoporózy. Maxima kostní hmoty žena dosáhne kolem 30. – 35. roku života, následně se zrychluje odbourávání kostní hmoty na úkor novotvorby. Průměrný roční pokles kostní hmoty před menopauzou je 0,5 – 2 %, v postmenopauze je to 3 – 5 %, kdy první 3 – 4 roky po menopauze dochází k úbytku kostní hmoty nejrychleji. To, do jaké míry bude ženu osteoporóza postihovat v postmenopauze, je ovlivněno už jejím dětstvím (významnou roli hraje její pohybová aktivita, kdy při skocích a dopadech je stimulována kostní remodelace). Ke snížení rizika osteoporózy je celoživotní pohybová aktivita zcela zásadním a základním předpokladem. Mezi další prvky, díky nimž se

dá snížit riziko osteoporózy patří správná výživa s dostatečným příjmem vápníku, vitamínu D, nekouřit a nově se hovoří také o vlivu mléčného tuku, který má pomáhat zabudování vápníku do kosti (Suchánek, 2014, s. 21-22).

Při postmenopauzální osteoporóze jsou nejčastěji ohroženy zlomeninou kosti obratlů, které jsou doprovázeny velkými bolestmi zad. Dalším charakteristickým problémem je fraktura krčku kosti stehenní a zápěstí (Fait, 2018, s. 20).

Kostem prospívají estrogény, které ženám dodá například hormonální substituční terapie – některé ženy ji užívají právě z důvodu, aby si udržely pevnější kosti. Další skupina léků, které pomáhají s udržení kostní hmoty jsou bisfosfonáty – například kyselina alendronová. I přesto, že v současné době je dostupná velká spousta moderních léků, osteoporózu jako takovou vyléčit nelze. Když jednou dojde ke zřídnutí kostní hmoty, pro její zvýšení se dá udělat velmi málo. Na opětovnou výstavbu kostní hmoty mají dnešní léky jen omezený vliv. Velmi důležitá je tedy výše vypsaná prevence (Leonardová, 2017, s. 174-177).

Existují metody, díky kterým lze zjistit jaká je hustota minerálů v kosti (BMD – bone mineral density). Ta se hodnotí hlavně na základě množství vápníku v kostech. Většina těchto metod je neinvazivní, bezbolestná a provádí se z vnějšku těla. Z tohoto vyšetření lze odhadnout, jak velké je riziko zlomeniny kosti. V období po menopauze dochází k rychlému snižování BMD (Pilka, 2022, s. 72).

### **2.2.3.2 Kardiovaskulární onemocnění**

Kardiovaskulární onemocnění, dále KVO je v rozvinutých zemích nejčastější příčinou úmrtí u žen. S příchodem estrogenního deficitu se významně zvyšuje hladina systolického i diastolického krevního tlaku. Dále dochází ke zvýšení prokoagulační aktivity krve, zhoršuje se inzulinová citlivost, zvyšuje se hladina plazmatického cholesterolu. Také narůstá průměrná hmotnost, kdy se tuk ukládá zejména v abdominální oblasti. Jednotlivé změny nemusí být až tak dramatické, ale jejich souhrn může vyústit v urychlení aterosklerotických cévních změn a markantnímu zvýšení celkového kardiovaskulárního rizika (Kubíková, 2014, s. 70; Suchánek, 2014, s. 21).

Mezi rizikové faktory, které přispívají ke vzniku KVO patří například: kouření, diabetes mellitus, nízká fyzická aktivita, hypertenze, hyperlipoproteinemie, nadváha / obezita – obecně BMI nad 25, trombofilie, strava s vysokým obsahem živočišných tuků a cholesterolu, nadměrné užívání alkoholu, zvýšený celkový cholesterol – zejména LDL-C (Fait, 2019, s. 20; Špaček et al., 2018, s. 622).

Jiné zdroje ovšem uvádějí toto – existuje přesvědčení, že nízká hladina estrogenů souvisí se zvýšením rizika cévních příhod, jako je například infarkt myokardu. To potvrzují biochemické a epidemiologické studie, které byly prováděny po mnoho let. Nicméně nedávná prospektivní zaslepená studie Women's Health Initiative (WHI), která byla předčasně ukončena, protože přinesla neočekávané výsledky, naznačila mírný nárůst rizika cévních příhod u žen, které užívaly hormonální substituční terapii. Možným vysvětlením tohoto jevu může být to, že do studie byly zařazeny i ženy, které byly po menopauze již 20 let nebo ženy, které měly za sebou infarkt. Někteří odborníci se domnívají, že hormonální substituční terapie může snižovat riziko cévních příhod, ale pouze pokud se začne užívat v rané fázi menopauzy. Pokud se začne užívat až dlouho po menopauze, může mít naopak negativní účinky na krevní cévy a vést ke destabilizaci sklerotických plátů. V současné době se tedy nedoporučuje užívat hormonální substituční terapii z důvodu prevence cévních příhod (Čepický, 2021, s. 52; Flores et al., 2021, s. 720-752).

### **2.2.3.3 Sexuální chování**

K poklesu sexuální apetence může v postmenopauze docházet právě v souvislosti s organickým estrogen-deficitním syndromem – z důvodu vaginální suchosti, dyspareunii a atrofii sliznic (Dubová, 2022, s. 427).

Pozitivním aspektem tohoto období je fakt, že už žena nemusí více řešit otázku antikoncepce a nechtěného těhotenství. Nabízí se zde ale otázka, jak dlouho musí antikoncepci užívat, pokud už děti partneri nechtějí? Správnou odpovědí je rok po poslední menstruaci – je totiž dost možné že i několik měsíců po poslední menstruaci mohou vaječníky dále fungovat a ženě tak dále probíhá ovulace i bez pravidelného krvácení (Leonardová, 2017, s. 237-238).

### **2.2.3.4 Neurodegenerativní onemocnění**

Existují důkazy o tom, že v případě Alzheimerovy choroby se jedná o estrogen-dependentní onemocnění. U žen se toto onemocnění vyskytuje až 3x častěji než u mužů. V případě Parkinsonovy choroby některé zdroje uvádějí, že se jedná taktéž o estrogen-dependentní onemocnění (Dubová, 2019, s. 424-425).

## **2.3 Prevence v období menopauzy**

Absolvovat pravidelně v tomto odstavci uvedená screeningová vyšetření by mělo být samozřejmostí, zvláště když jsou (některá) plně hrazena ze zdravotního pojištění. Bohužel tomu tak ale stále není. Pravděpodobnou příčinou může být, že se ženy bojí, že se objeví nějaký problém (nádor) a následně jim řešení tohoto problému velmi zkomplikuje život – různou

léčbou a chirurgickými zákroky. Cílem screeningových vyšetření je ovšem hlavně včasný záchyt nádorového onemocnění, kdy jeho řešení lze často zajistit bez významných vedlejších potíží. Dalším důležitým poznatkem je, že v současné době je spousta nových možností léčby. Tyto možnosti léčby se velice zdokonaluje. Například dříve, když se u ženy zjistil karcinom prsu, často docházelo k odstranění celého prsu, což se špatně podepisovalo na duševním stavu klientek. Nyní, pokud je nádor včasně zachycen, může dojít k odstranění pouze postižené tkáně s malým lemem a kontrole spádových mízních uzlin v podpaží. Jedná se vyloženě o estetické zákroky. V případě, že je potřeba provést radikálnější výkon, lze s časovým odstupem pomoci ženě plastickou chirurgií (Fait, 2010, s. 41).

Druhou možnou příčinou, proč se ženy na screeningová vyšetření nedostavují je, že jednou toto vyšetření absolvují, vše je s nimi v pořádku, a tak dojdou k mylnému názoru, že když tomu tak jednou bylo, není potřeba podstupovat znovu tato preventivní vyšetření. Zkrátka si myslí že jsou zdravé už stále (Fait, 2010, s. 41).

Z níže uvedených screeningových vyšetření jsou tři z nich velmi dobře organizovány – klientky jsou totiž na ně pozvány dopisem přímo od své zdravotní pojišťovny. Jedná se o screeningový program pro karcinom děložního hrdla, karcinom prsu a karcinom tlustého střeva a konečníku (Fait, 2010, s. 41; Špičák, 2017, s. 36).

### **2.3.1 Screening karcinomu prsu**

Nádor prsu je u žen nejčastějším nádorovým onemocněním (uvádí se, že každý rok je v České republice diagnostikováno více než 5500 nových případů) a je druhou nejčastější příčinou úmrtí po kardiovaskulárních onemocněních. Jeho incidence výrazně stoupá po čtyřicátém roku věku. Právě proto je důležitá informovanost žen o tomto screeningovém vyšetření. Na preventivní mamologické vyšetření je žena pozvaná po 45. roku věku a provádí se ve dvouletých intervalech. Je důležité zmínit, že jde skutečně o vyšetření pouze pomocí mamografu, nejde o ultrazvukové vyšetření. To se provádí v případě, že je třeba upřesnit nejasné mamografické nálezy. Dosud nebylo zjištěno, co přesně je rizikovým faktorem pro vznik nádorového onemocnění prsu. Proto je nesmírně důležitá včasná diagnostika a léčba (Čepický, 2021, s. 146; Dubová, 2019, s. 370; Fait, 2010, s. 42-43).

### **2.3.2 Screening karcinomu hrdla děložního**

Karcinom hrdla děložního je jedním z nejčastějších typů zhoubných nádorů u žen na celém světě. Každý rok je u nás nově diagnostikováno více než 800 případů a každý rok na toto onemocnění zemře téměř 300 žen. Při preventivních vyšetřeních se mohou odhalit

prekancerózy (přednádorové změny) a časná stádia zhoubného nádoru. Zjednodušeně lze toto vyšetření nazvat jako cytologie. Virus, který toto onemocnění způsobuje (HPV – lidský papilomavir) se přenáší výhradně (99,9 %) pohlavním stykem. V České republice se toto vyšetření provádí preventivně, každý rok, na pravidelných gynekologických prohlídkách. Screening se začíná dělat po zahájení pohlavního života a nemá horní věkové omezení (Cervix – online, 2021; Fait, 2010, s. 42).

### **2.3.3 Screening karcinomu tlustého střeva a konečníku**

Do 35. roku věku je tento karcinom spíše vzácný. Častěji se vyskytuje po 50. roce života. Na jeho vzniku se podílí zejména nezdravá životospráva – nedostatek vlákniny ve stravě, alkohol, tučná strava, kouření a obezita (Fait, 2010, s. 43).

Každému ve věku 50 – 54 let je nabízen test na okultní krvácení do stolice (dále TOKS) a to buď praktickým lékařem nebo gynekologem a to v jednoletém intervalu. V případě positivity tohoto testu následuje jeho zopakování plus koloskopie. Od 55. roku věku má každý občan možnost volby mezi TOKS ve dvouletém intervalu a screeningovou koloskopií. V případě, že bude mít koloskopie negativní nález, opakuje se v intervalu deseti let. Vyšetření koloskopií mohou provádět pouze pracoviště se statutem centra pro screeningovou koloskopií a provádějící lékař zaznamenává data do on-line databáze (Registr screeningových koloskopií) (Špičák, 2017, s. 36).

### **2.3.4 Screening osteoporózy**

Diagnóza osteoporózy vychází z anamnézy a klinického vyšetření, doplněného hodnocení výsledku úbytku kostní hmoty, laboratorního vyšetření a radiologického vyšetření a zhodnocení individuální pravděpodobnosti zlomeniny. Takzvaná denzitometrie/rentgenová absorpciometrie (DEXA) hodnotí stupeň úbytku kostní hmoty s důrazem na místa nejčastějších fraktur – v krčku femuru, v bederní páteři a v celkovém proximálním femuru. Toto vyšetření měří míru oslabení paprsku procházejícího kostí a počítá takzvanou kostní hustotu. Vyšetření je doporučováno zejména ženám po menopauze, pokud mají jeden nebo více dalších rizikových faktorů osteoporózy (dlouhodobě se léčí kortikoidy, mají poruchu štítné žlázy, léčí se s epilepsií pomocí protikřečových léků, podává se jim heparin, kouří, mají poruchy příjmu potravy, nízkou tělesnou hmotnost), dále všem ženám nad 65 let – preventivně. Screening také umožňuje sledovat účinnost případné léčby. Plošné vyšetření není u nás v republice zatím prováděno a není ani plně hrazeno ze zdravotního pojištění (Fait, 2010, s. 44, Jenšovský, 2018, s. 65-68).



## 2.4 Terapie

Velké množství žen je rozhodnutých, že v průběhu klimakteria nebudou užívat žádnou hormonální substituční léčbu, že to zvládnou bez ní. V případě potřeby jsou ochotny nejdříve zkoušet raději alternativní způsoby léčby. Ještě před několika lety se ale o samotné hormonální léčbě mluvilo jako o nejlepší volbě a pouze někteří lékaři varovali před tím, že užívat hormony v tabletách není vždy pro každou úplně nejideálnějším řešením. Nic není černobílé, vše by se mělo řešit individuálně. Důležité je, aby ženě vždy byla celá situace podrobně popsána, probrána pro a proti dané terapii, ve spolupráci s gynekologem a nebyla do rozhodnutí nijak tlačena. Měla by mít prostor se svobodně rozhodnout jaký druh léčby podstoupí (Ašenbrennerová, 2020, s. 56-57).

Klinické projevy deficitu estrogenů lze řešit režimovými opatřeními nebo farmakologicky, přičemž farmakologická léčba může probíhat buď hormonálně nebo nehormonálně. V případě, že je s klientkou přistoupeno k léčbě pomocí estrogenů, dochází k odstranění prakticky všech příznaků menopauzy. Pomocí nich je dosaženo účinné prevence příznaků dlouhodobého estrogenního deficitu i některých dalších onemocnění (Fait, 2018, s. 44).

Při snaze zabránit negativnímu dopadu estrogenního deficitu na ženský organismus, došlo ve 30. letech minulého století k procesu vývoje hormonální substituční léčby. S hormonální substituční terapií (HRT – hormone replacement therapy) by mělo docházet ke zlepšení kvality života žen v perimenopauzálním období. Tuto léčbu podle odhadů podstupuje přes 20 milionů žen v rozvinutých zemích (Adámková, 2010, s. 115-116; Špaček et al., 2018, s. 622).

### 2.4.1 Doporučená vyšetření ženy před nasazením léčby HRT

Před nasazením léčby HRT a také v průběhu jejího užívání by žena měla absolvovat doporučená vyšetření. Tato vyšetření zahrnují anamnézu (zaměřenou hlavně na problematiku tromboembolické a onkologické zátěže), zhodnocení klinické symptomatologie, gynekologické vyšetření, ultrazvukové vyšetření zaměřené na endometrium, mamografické vyšetření, kontrolu krevního tlaku, lipidového profilu a hmotnosti. Pokud klientka nereaguje na terapii, měla by být kontrolována také hladina TSH (thyreotropní hormon). Klientky s vysokým rizikem osteoporózy by měly podstoupit také densitometrii. Tato vyšetření jsou nezbytná pro správné sledování zdravotního stavu a případné včasné odhalení případných nežádoucích účinků HRT (Dubová et al., 2022, s. 418; Marešová, Fiala, 2018, s. 91-92).

## 2.4.2 Hormonální substituční terapie (HRT)

Hormonální substituční terapie, jak naznačuje samotný název, je léčba, která je určena k náhradě hormonů, jež přestaly produkovat vaječníky. Terapie může být aplikována transdermálně, perorálně, perkutánně, subkutánně, intranazálně nebo lokální formou (vaginální) (Fait, 2018, s. 45; Leonardová, 2017, s. 69-70).

Existuje několik forem hormonální substituce. **Estrogenní substituce** – zakládá se na působení estrogenů na endometrium. Je třeba však mít na paměti, že užívání pouze estrogenů může způsobit hrubnutí endometria, což má za následek nepravidelné krvácení, abnormální bujení buněk a zvýšené riziko rakoviny dělohy. Je proto vhodná pro ženy po hysterektomii, případně také ještě pro ženy, kde vliv estrogenů na endometrium je blokován nitroděložním systémem s levonorgestrelm. **Estrogestagenní substituce** se předepisuje ženám s dělohou – aplikační režim spočívá v podávání estrogenů kontinuálně nebo cyklicky po dobu 21 dnů s následnou sedmidenní pauzou. Složením se podobá hormonální kombinované antikoncepci. Obsahuje estrogen a progestin. Přípravky, které jsou určeny pro hormonální substituci však nelze použít jako antikoncepci u premenopauzálních žen, dávka v ní obsažená nestačí k blokadě ovulace. Je také nevhodná k řešení perimenopauzálních poruch cyklu, poněvadž je většinou nedostatečná k tomu, aby udržela pravidelný cyklus. **Androgenní substituce** má většinou negativní vliv na pleť a také na cévní systém, proto je k terapii touto formou přikláněno spíše méně často. Androgeny jsou většinou používány v kombinaci s estrogeny (Roztočil et al., 2011, s. 93).

Další formou hormonální substituce je **Tibolon**. Jedná se o syntetický steroid, patřící do skupiny STEAR (selektivní regulátor tkáňové estrogenní aktivity), který má estrogenní, gestagenní a androgenní aktivitu. V různých tkáních je různě metabolizován. Ve většině tkání má estrogenní aktivitu a díky tomu snižuje příznaky klimakterického syndromu – zejména návaly horka a dále také pomáhá udržovat hustotu kostní hmoty. Působí ale také na endometrium svojí gestagenní aktivitou. Co se týká androgenní aktivity, má vliv na zlepšení sexuálních funkcí – na lubrikaci, vzrušivost, zvyšuje libido. Dále má ale také antiestrogenní aktivitu = má protektivní účinek na prs. Tibolon má minimální číslo výskytu vedlejších účinků. Nejčastěji se léčba HRT přerušuje kvůli nepravidelnému krvácení – u Tibolonu je výskyt této komplikace minimální – na škále MRS (Menopause Rating Scale) po čtyřech měsících užívání byly sníženy příznaky menopauzy z 37,5 na 18,3 bodu a také snížení počtu žen s nepravidelným krvácením z 15,9 % na 6,8 %. S jeho užíváním se však spojuje vyšší riziko vzniku mrtvice, z čehož vyplývá, že u žen nad šedesát let není doporučován, protože u nich negativa převládají nad pozitivy. Dle Státního ústavu pro kontrolu léčiv má stejné kontraindikace jako HRT.

Užívání se u Tibolonu doporučuje až rok po menopauze (Dubová, 2022, s. 419; Fait, 2006, s. 68-70; Leonardová, 2018, s. 96).

Jako další forma hormonální substituce je **vaginální substituce**, kdy nejlepší je se k ní přiklonit v případech, kdy žena udává problémy v urogenitální oblasti (dyspareunie, atrofie pochvy). V takových situacích je doporučena vaginální aplikace estrogenů – estriolu nebo estradiolu (Roztočil et al., 2011, s. 93).

Než se ženě terapie HRT indikuje, musí proběhnout její komplexní vyšetření a zvážení všech zdravotních rizik, která by ji při užívání mohla ohrozit (viz Kapitola 2.4.1). Dále se ještě doporučuje také návštěva endokrinologa, který zjistí hormonální stav klientky – na základě kterého se léčba stanoví. HRT se podává po takovou dobu, dokud přináší klientce prospěch, nelze v tomto případě léčby přesně stanovit hranici užívání. V ideálním případě by se každý rok měly zvažovat znovu přínosy a rizika pokračování léčby. Například ze studie Nurses' Health Study víme, že po pěti letech od vysazení dochází ke ztrátě benefitu ve snížení kardiovaskulární úmrtnosti či ochraně kostní hmoty. V některých případech se doporučuje na nějaký čas i léčbu vysadit, případně zkusit upravit dávku/změnit aplikační cestu/nahradit estrogeny substitucí Tibolonem. Každý rok je také vhodné udělat ultrazvukové vyšetření malé pánve u žen užívajících HRT (Fait, 2007, s. 170).

Největší přínos má začátek užívání hormonální substituce v případech akutního klimakterického syndromu. V této fázi se dostavuje rychlá a jasná úleva od obtíží. V případě pozdního začátku terapie, ve věku nad 60 let je spojována s většími riziky, zejména pak v kardiovaskulární oblasti. Existuje celá řada dostupných přípravků HRT, díky tomu je možné vybrat vhodnou léčbu snad pro každou klientku. V případech podávání kombinovaného přípravku až příliš brzo, dochází pak k projevům předávkování estrogeny. Volit se musí vždy minimální účinná dávka (takzvané nízkodávkové preparáty). Při přechodu z antikoncepce na HRT je nutné se vždy řídit podle biochemického průkazu menopauzy (hladiny FSH – folikulostimulační hormon). V případě přechodu ze sekvenční terapie na kontinuální estrogeny substitucí je terapie řízena samotnou ženou a jejím přáním, zda chce zachovat pseudomenstruační krvácení (Fait, 2007, s. 173).

#### **2.4.2.1 Výhody hormonální substituční terapie**

HRT se ukázala jako účinná metoda pro zlepšení psychické pohody žen, které trpí výkyvy nálad, depresí a úzkostmi. Dále díky ní dochází ke zvlhčování sliznic a tkání v genitální oblasti, což může být pro mnoho žen velmi přínosné. HRT také přispívá ke zlepšení stavu nehtů, vlasů

a pokožky a snižuje riziko vzniku rakoviny tlustého střeva. Další výhodou je potlačení návalů horka a pocení, které jsou často výraznými projevy menopauzy (viz Kapitola 2.2). HRT také snižuje riziko vzniku osteoporózy a pomáhá zmírňovat bolesti svalů, zvyšovat vitalitu a libido. Studie ukázaly, že po aplikaci HRT se hladina pohlavních hormonů žen vrací téměř na původní úroveň. Mezi další pozitivní účinky HRT patří redukce rizika vzniku Parkinsonovy choroby. Tyto výsledky jsou velmi slibné a mohou přispět k lepšímu porozumění významu HRT (Ašenbrennerová, 2020, s. 58; Jeníček, 2001, s. 36-38; Leonardová, 2017, s. 71).

#### **2.4.2.2 Nevýhody a vedlejší účinky hormonální substituční terapie**

Mezi nežádoucí účinky patří zvýšené riziko vzniku krevních sraženin a rakoviny prsu, přičemž u žen užívajících HRT déle než 10 let je riziko vzniku rakoviny prsu zvýšeno až o 30 %. Dalším nežádoucím účinkem je, že stoupá i riziko vzniku rakoviny vaječnicků. Kromě toho se často objevuje zvýšená bolestivost a citlivost prsů a klientky mohou více zadržovat tekutiny, což může vést k otokům. Dále může docházet k nežádoucímu krvácení ze spádu hormonálních hladin a často se vyskytují i bolesti hlavy, křeče do nohou, nevolnosti a poruchy trávení. HRT také může zvyšovat chuť k jídlu a s gestagenními složkami se mohou objevit deprese, nadýmání a napětí. Tyto nežádoucí účinky by měly být zváženy při rozhodování o vhodnosti HRT u žen v období klimakteria a měly by být pravidelně sledovány během průběhu terapie (Fait, 2010, s. 30; Fait, 2007, s. 116-117; Leonardová, 2017, s. 72-73).

#### **2.4.2.3 Indikace hormonální substituční terapie**

Mezi hlavní indikace k užívání HRT patří vazomotorické a psychické potíže, urogenitální atrofie a osteoporóza. HRT může být také použita k prevenci ischemické choroby srdeční a karcinomu tlustého střeva. Kromě toho je pozorováno, že HRT může snížit riziko vzniku Alzheimerovy a Parkinsonovy choroby. Tyto indikace by měly být zohledněny při rozhodování o vhodnosti HRT a měly by být individualizovány podle potřeb každé ženy. Důležitým faktorem pro volbu HRT jsou i rizika a nežádoucí účinky, které by měly být zvažovány v souladu se stavem zdraví a preferencemi každé ženy (Fait, 2007, s. 178).

#### **2.4.2.4 Kontraindikace hormonální substituční terapie**

HRT není vhodná pro všechny ženy a její indikace je důležité pečlivě zvážit. Mezi kontraindikace hormonální substituční terapie patří aktivní forma hepatopatie, dále přecitlivělost na některou složku v léčivu a krvácení z dělohy nejasného původu. Dále je třeba mít na paměti, že hormonální substituční terapie je kontraindikována u pacientek s maligním estrogen-dependentním nádorem, jako je například karcinom endometria, a u pacientek

s karcinomem prsu, v osobní anamnéze nebo v současnosti. Další kontraindikací je tromboembolie, zejména aktivní forma, nedávná (do 1 roku) nebo idiopatická. Pokud žena prodělala například infarkt myokardu, anginu pectoris nebo flebotrombózu, není hormonální substituční terapie doporučena (Fait, 2018, s. 53; Fait, 2007, s. 116; Fait, 2010, s. 30, Kubíková, 2014, s. 71).

### **2.4.3 Alternativní medicína, přírodní možnosti léčby**

V klimakteriu je hned několik možností, kterými je možné ženě pomoci zmírnit příznaky menopauzy, ať už fyzické či psychické. Příkladem léčby mohou být fytoterapie, akupunktura, akupresura, relaxační metody, elektroanalgezie a v neposlední řadě také homeopatie (Ašenbrenerová, 2020, s. 34-63).

Nadějně vyhlídky v současné době shledávají odborníci v přípravcích s fytoestrogeny (které působí na stejných místech jako estrogény, ale bez vedlejších účinků) nebo preparáty s extraktem z ploštičnicku hroznatého. Jedním z nejvýznamnějších a nejznámějších fytoestrogenů jsou izoflavony. Izoflavony jsou látky, které se vyskytují v přírodě – a to v rostlinách čeledi vikvovitě. Mezi zdroje s jejich přítomností patří sója luštinatá, červený jetel a dále také janovec metlatý (Fait a Koliba ml., 2010, s. 17-20).

#### **2.4.3.1 Fytoestrogeny**

Fytoestrogeny jsou přírodní nesteroidní rostlinné substance, které jsou schopné vyvolávat estrogení efekt. Vyskytující se v mnoha rostlinách. Vysoké substance lze najít v luštěninách, obzvláště pak v sóje, celozrnné pšenici, semenech a bobulích. Hlavním zdrojem fytoestrogenů jsou sójové boby a jejich další deriváty, v naší přírodě například v červeném jeteli a vojtěšce. V různých druzích fytoestrogenů jsou rozdílné léčebné koncentrace díky různým druhům sójových bobů. Rozdělit je lze na isoflavonoidy (genistein, daidzein, biochanin A, glycitein, formononetin), lignany (secoisolariciresinol-diglucoside, matairesinol, enterolakton) a kumestany. Zajímavost v užívání fytoestrogenů je zaznamenána v případech asijských žen, zejména pak Japonek, u kterých se ukázal výrazně nižší výskyt akutního klimakterického syndromu, dále osteoporózy, ale také civilizačních chorob, včetně karcinomu prsu, endometria, tlustého střeva a kardiovaskulárních chorob právě díky větší spotřebě sóji, než je tomu u nás (Donát, 2003, s. 92-96; Fait, 2007, s. 168; Fait, 2014, s. 131).

Fytoestrogeny mají klinický účinek zejména na příznaky klimakterického syndromu, jako jsou pocení, návaly horka, poruchy spánku a bušení srdce. Dalšími benefity může být za splnění určitých podmínek i příznivý vliv na postmenopauzální úbytek kostní hmoty a mohou také

zlepšovat lipidový profil. Phytoestrogeny ovšem nelze nahradit HRT, ale lze je použít jako vhodný doplněk při užívání HRT, případně k redukci dávky HRT (Donát, 2003, s. 92-96, Dubová, 2022, s. 419-420).

Jiný zdroj ovšem uvádí, že současný pohled na phytoestrogeny je takový, že vliv na návaly horka je nevýznamný, v případě bušení srdce má slabé účinky, co se týká osteoporózy je účinek dokonce žádný. Může mít maximálně tak ochranný vliv u karcinomu prsu a na možnost léčby endometria nemá vliv údajně opět žádný (Fait, 2007, s. 169).

Co se týká jednotlivých druhů možných bylinek, které jsou odbornou literaturou doporučovány na léčbu syndromů klimakteria lze jmenovat například tyto:

Na návaly, pocení a ke zklidnění je vhodné využít **šalvěj**. Stačí si z ní pravidelně dělat čaj. Neměla by se ale používat dlouhodobě a ve vysokých dávkách, protože obsahuje látku – thujon, která při nadměrném užívání může vyvolávat neklid, křeče, a dokonce i závratě. Dále také pozor na to, že u citlivých osob může způsobit alergickou reakci (Kaňková, 2014, s. 20).

**Meduňka** je všeobecně známá už od nepaměti pro nespočet svých pozitivních účinků. Mezi ně patří například uvolnění, zklidnění, pomáhá při bolestech hlavy, migrénách, nervozitě, nespavosti, při bolestech v podbřišku, žaludečních křečích, při střevní kolice, úzkostech, psychických poruchách, a i při hypertenzi. Tím ale její dobré vlastnosti nekončí, je totiž prokázáno že dokáže stimulovat tvorbu žluči a má protivirové účinky – zvláště proti herpetickým virům. Může ji užívat prakticky kdykoli a kdokoli, protože nejsou známy žádné její kontraindikace. Nejjednodušší je užití formou čaje, dále je možné si udělat meduňkovou koupel anebo dát meduňku v sáčku na odpařovač a následně zhluboka dýchat (Ašenbrenerová, 2020, s. 65; Kaňková, 2014, s. 20).

Při špatné náladě, na uklidnění, proti návalům, bolestem hlavy a bušení srdce je vhodná **třezalka**. Dávat pozor by si určitě měly ženy, které užívají antidepresiva, může u ní totiž vzniknout tzv. serotoninový syndrom – čili předávkování a může dojít až k život ohrožujícímu stavu (Ašenbrenerová, 2020, s. 64).

**Ploštičnick hroznový** pomáhá při návalech, závratích, pocení, bušení srdce, nespavosti. Z rostliny se využívají části kořen a oddenek. V případě vysokých dávek této byliny může docházet ke zrakovým a nervovým poruchám, zvracení a také k únavě (Kaňková, 2014, s. 21).

**Kontryhel** je další bylinka, která má tu výhodu, že nemá žádné kontraindikace a můžou ji užívat víceméně všechny věkové kategorie s různými problémy. Působí příznivě při křečových

a menstruačních bolestech, posiluje dělohu a podporuje látkovou výměnu. Lidově se jí díky tomu přezdívá "ženská bylina". Dále napomáhá také při ztrátě libida a při potížích s močením (Ašenbrennerová, 2020, s. 65; Kaňková, 2014, s. 21).

**Řebříček** se doporučuje používat při problémy s inkontinencí, byly dokonce prokázány jeho protizánětlivé účinky. Užívat by ho neměly těhotné a kojící ženy. **Drmek obecný** obsahuje aktivní látky, které připomínají ženské hormony – díky kterým podporuje hormonální rovnováhu. Dalšími možnými bylinnými prostředky jsou také **hluchavka, máta, bez černý, chmel a kozlík lékařský**. V závěru tohoto bylinkového souhrnu je nutné dodat, že bylinky nezabírají vždy ihned, je potřeba být trpělivá a vyčkat na výsledky. Je vhodné také myslet na to, že se bylinky mohou začít užívat ještě předtím, než samotná menopauza vůbec nastane, případně hned v jejím samotném začátku. Bylinkami a zdravý životním stylem mají obecně pozitivní vliv na zdraví. Bylinky mají navíc ochranný vliv na prsní tkáň, dokážou snížit hladinu cholesterolu a částečně umí uchránit kosti před osteoporózou (Ašenbrennerová, 2020, s. 64-66; Kaňková, 2014, s. 20-21).

#### **2.4.3.2 Homeopatie v menopauze**

Kořeny homeopatie sahají až do doby před 200 lety a patří mezi nejrozšířenější alternativní léčebné metody. Zároveň je ale poměrně velkou částí společnosti brána jako velice kontroverzní. Někteří její odpůrci tvrdí, že nemá žádný léčebný efekt a že se jedná v podstatě pouze o placebo. Často tak bývají lidé užívající homeopatii označováni za šarlatány. Existují přitom důkazy, které ukazují, že léčba homeopatiky zcela evidentně funguje. Cílem a snem každého lékaře je vytvořit lék s maximálním léčebným účinkem a minimálním nežádoucím účinkem současně. Tato kombinace lze vytvořit právě v homeopatii – efekt je velmi spolehlivý, a přitom se objevují pouze nezávažné či přechodné nežádoucí účinky. U nás existuje přímo Česká homeopatická společnost, která sdružuje lékaře – homeopaty a konkrétní klient si může na jejich internetových stránkách vyhledat právě toho, koho potřebuje (Ašenbrennerová, 2020, s. 74-75).

U homeopatické léčby je zásadní se řídit přesnou diagnózou, hledět na symptomy a stanovit pro každou klientku individuální léčbu. Existují například situace, kdy si žena stěžuje na problémy s metromenorrhagií (dlouhé a silné menstruační krvácení) - v tomto případě je třeba lékařské vyšetření, zda se nejedná o polyp v endometriu nebo nádor na čípku – to je pak nutné vyřešit primárně chirurgicky a teprve až následná rekonvalescence se může řešit s pomocí homeopatik. Co je na léčbě homeopatiky skvělé je, že se sama klientka aktivně účastní své

léčby, poznává své tělo a vyhne se tak často vedlejším účinkům hormonální či jiné terapie. Homeopatie jako taková se zabývá zdravotním stavem klientky – sleduje její osobní anamnézu, rodinnou historii a dokáže tak předpovídat zdravotní obtíže ještě před tím, než u klientky vypuknou (Ašenbrennerová, 2020, s. 74; Besnard-Charvet, 2014, s. 37-38).

Jak už je popsáno v předchozích kapitolách, nejčastějšími projevy menopauzy bývají návaly, pocení, kolísavý tlak a nespavost. Všechny tyto problémy by mohla pomoci řešit právě homeopatie. Je třeba ale prvně navštívit odborníka – gynekologa, aby vyloučil skrytá závažná onemocnění (Ašenbrennerová, 2020, s. 77).

Několik příkladů homeopatické léčby pro konkrétní citlivý typ:

**Lachesis mutus** – působí blahodárně na krevní oběh a nervový systém. Pomáhá při přecitlivělosti na světlo a hluk, proti pocitům bušení a sevření. **Thuja** – lék pro ženy, které byly v minulosti často léčené antibiotiky a užívaly hormonální antikoncepci. Mívají problémy s gynekologickými infekcemi, cystami na vaječnicích, potí se v oblasti genitálií. **Gelsemium sempervirens** – pomáhá při stavech úzkosti, kdy úzkost je doprovázena třesem (ne vždy je tento třes vidět navenek, může být jen subjektivně vnímaný) a překrvením obličeje. **Magnesia phosphorica** – pokud klientky mají potíže s klasickou formou magnezia ve formě tablet (například se u nich objevují průjmy), je pro ně homeopatická podoba léčby vhodnější. Odstraňuje problémy se záškuby, křečemi a bušením srdce. **Nux vomica** – zdrojem jsou semena stromu kulčiba. Užívá se při úzkostech, podrážděnosti, agresivitě, přecitlivělosti na světlo a na hluk (Ašenbrennerová, 2020, s. 78-83; Besnard-Charvet, 2014, s. 109–125).

#### 2.4.3.3 Volně prodejné doplňky stravy

Jedná se o produkty, které se od běžných potravin odlišují vysokým obsahem vitamínů, minerálních látek nebo látek s nutričním účinkem, které byly vyrobeny k doplnění běžné stravy na úroveň příznivě ovlivňující jeho zdravotní stav. Na obalu, a dokonce ani v propagačních materiálech takového produktu ale nesmí být uvedena informace, že mají léčivý účinek, jelikož nejde o léčiva jako taková. Registrace takového přípravku taktéž neprobíhá přes Státní ústav pro kontrolu léčiv, nýbrž cestou Státního zdravotního ústavu, který posuzuje zdravotní nezávadnost přípravku. Kontroluje a upravuje také způsob jeho užívání – dávkování, vhodnost pro děti a podobně. Následně projde přípravek ještě kontrolou hlavního hygienika Ministerstva zdravotnictví ČR, který rozhodne, zda se může doplněk stravy uvést na trh (Slíva, 2012, s. 19).



V případě, že jsou u klientky známé kontraindikace podání HRT, případně má-li z ní klientka obavy, může ji být doporučeno zkusit právě volně prodejně doplňky stravy. V běžném doporučeném dávkování by nemělo dojít k předávkování.

Vhodnými doplňky stravy jsou: **směsi mikronutrientů** – v případě užívání vícesložkových přípravků může být problémem a kontraindikací užívání nesnášenlivost na některé ze složek přípravku. Dalším přípravkem je samotný **vitamin E** – v dávce 100-400 IU denně má příznivý vliv na návaly horka, bušení srdce, bolesti svalů a kloubů, deprese a nervozitu. Podporuje cirkulaci a díky tomu snižuje riziko onemocnění srdce a cév. **Esenciální mastné kyseliny** – mají vliv na hladinu cholesterolu, jenž je základním kamenem pro produkci pohlavních hormonů. Doporučené denní dávkování je u omega-3 mastných kyselin 1-2g a pro omega-6 mastné kyseliny je to 15-300mg. **Bylinné extrakty** – dong quai – tento extrakt je hojně užívám v čínské medicíně. Je doporučován přímo k léčbě akutního klimakterického syndromu. Má zmírňovat bolesti hlavy, svalů a kloubů. Třezalka tečkovaná – pomáhá se zmírňováním depresí, úzkostmi a při nespavosti. Tato bylina by se neměla užívat společně s antidepresivy a dále s potravinami, které obsahují hodně tyraminu (alkohol, zrající sýry). Kozlík lékařský – jedná se o slabé hypnotikum, které působí jako sedativum při neurózách a bušení srdce. **Vápník** je velice důležitý pro kvalitu kosti a je i základním kamenem prevence a léčby osteoporózy. Lidské tělo obsahuje přibližně 1 kg vápníku, přičemž až 99 % je uloženo v kostech a zubech. Až 80 % postmenopauzálních žen potřebuje vyšší příjem vápníku. **Vitamin D** – je nesmírně důležitý pro vstřebávání vápníku a fosforu ve střevech, proto je vhodné v případě užívání vápníku ho užívat rovnou v kombinaci s vitaminem D. Je to vitamin, který se rozpouští v tucích. Při jeho pravidelném užívání snižuje riziko fraktur. Denní dávka u žen do 70 let je 600-1000 IU, u žen starších 70. let je to dávka 800-1200 IU. **Hořčík** – v případě jeho nedostatku dochází ke klinickým projevům jako jsou křeče, svalová slabost, arytmie. Dále při jeho nedostatku dochází k jeho rychlému uvolňování z kostí, a tím i ke snižování kostní hmoty. Doporučené dávkování pro dospělé je 350 mg/den. **Vitamin K** je další vitamin rozpustný v tucích. Jeho důležitá funkce je metabolizovat buňky cévní stěny a mineralizovat kosti – pokud ho má žena nedostatek, kost ztrácí svou pevnost a zvyšuje se tak její lomivost. V současné době je už spousta potravinových doplňků obsahujících vitamin K, ale přirozeně je možné ho najít taktéž v běžné stravě, například ve vařené brokolici, syrovém špenátu, sójovém oleji, syrové řepišce (Slíva, 2012, s. 40-42, 131-135).

## **2.5 Kvalita života**

Symptomy popsané v kapitole 2.2 mají významný vliv na kvalitu života žen po menopauze. Na pojem kvalita života má každý člověk jiný náhled, jiný názor, a to už v závislosti na kultuře, náboženství, ekonomických podmínkách i geografické oblasti. Výzkumy se v poslední době tímto pojmem poměrně často zabývají, neboť se stává klíčovým pro hodnocení kolektivního i individuálního lidského života. Obecně vzato, na kvalitu života mají v zásadě hlavně oblasti – fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince a jeho vztah k druhým lidem. Kvalita života ovšem souvisí ještě s dalšími aspekty, na každého totiž působí ještě další faktory (zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální podmínky). Každý také jinak vyhodnocuje smysl vlastního života a pojem osobní spokojenosti. Na základě v tomto odstavci uvedeného je jasné, že ke každému jedinci a posuzování jeho kvality života je nutné přistupovat individuálně (Dvořáčková, 2012, s. 56).

Mezi další faktory, které ovlivňují kromě již výše zmíněných kvalitu života jsou ještě věk, pohlaví, rodinná situace, výše vzdělání, kulturní zázemí, sociální začlenění a tak dále (Moravcová, 2023, s. 30-31).

Definice pojmu kvalita života vychází z Maslowovy pyramidy teorie potřeb, kde jsou potřeby člověka rozděleny do dvou základních úrovní potřeb: fyziologické (biologické) a psychosociální. Abraham Maslow se domníval, že vyšší psychosociální potřeby se mohou stát důležitými až poté, když jsou alespoň částečně saturovány potřeby biologické (Roztočil et al., 2011, s. 458).

## **2.6 Porodní asistentka**

Porodní asistentka je regulovanou profesí, jejíž prestiž se v posledních letech zvyšuje, a to nejen mezi samotnými porodníky, ale také mezi laickou veřejností. Od akademického roku 2001–2002 byla zahájena výuka porodních asistentek jako tříletý bakalářský obor, vedený pod názvem studijního programu Porodní asistence, v samostatném oboru Porodní asistentka. V současné době je možné tento obor studovat na jedenácti vysokých školách v České republice. Po ukončení bakalářského studia je možné dále studovat navazující magisterské a doktorské studium v rámci programu Porodní asistence (Procházka, 2020, s. 25-27).

Kompetence, které porodním asistentkám náleží, lze najít ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., konkrétně § 5. Mezi stěžejní působiště, kde porodní asistentky působí je porodní sál. Mezi její další možnosti ale patří poměrně široká škála pracovišť. Porodní asistentka může pracovat na

oddělení gynekologie, rizikového těhotenství, oddělení šestinedělí, v prostorách operačních sálů. Dále také v ambulanci nebo v prenatální poradně (Procházka, 2020, s. 26-27).

## 2.7 Role porodní asistentky v péči o ženu v menopauze

Porodnictví a gynekologie je oborem interdisciplinárním. Péče o klientky je prováděna zdravotnickými týmy, mezi kterými je nezastupitelným členem i porodní asistentka. Péče porodní asistentky o klientky je velmi náročná, porodní asistentka se setkává s otázkami, které se týkají velmi soukromých záležitostí nejen klientek, ale i jejich rodin. Práce porodní asistentky klade vysoké nároky na její psychiku, často je totiž konfrontována s bolestí klientek, jejich pocity bezmoci a utrpením. Pouze prakticky zdatná a odborně vzdělaná porodní asistentka může ženy provázet těmito náročnými situacemi a obdobími (Procházka et al., 2020, s. 27-28; Roztočil et al., 2011, s. 458).

Porodní asistentka je odbornicí na ženské reprodukční zdraví. Do jejích kompetencí spadá i péče o ženy v menopauze. Její role v této problematice spočívá zejména v poskytování informací a podpoře pro ženy, které menopauzou procházejí. Do nejdůležitějších rolí, které dle sociologických rozborů porodní asistentka má patří: **funkční specifita** – je nutné, aby porodní asistentka měla odborné vzdělání a další specializační vzdělání k tomu, aby dosáhla odborných kompetencí. Na základě odborného vzdělání pak může ženě poskytovat informace o tom, co může očekávat v průběhu menopauzy, jaké jsou možné symptomy a jak se s nimi vypořádat. Další rolí je **univerzalismus** – porodní asistentka se má ke všem chovat stejně, bez ohledu na vlastní osobní postoj ke klientce. Tak by se měla projevovat nejen směrem ke klientkám, ale také ke svým spolupracovníkům. Mezi její další role patří **sociocentrismus** – porodní asistentka by měla vždy jednat v zájmu klientky, ne na základě svých potřeb a přesvědčení. **Emocionální neutralita** – je pochopitelné, že porodní asistentka má vysokou zodpovědnost za stav klientky, ale i přesto by vždy měla zvládnout udržet emoce na uzdě a podřídit se rozumové kontrole (Plevová, 2018, s. 83-85).

Do dalších rolí porodní asistentky se řadí role **pečovatelská** – pečuje o klientky jak v nemocnici, tak v terénu a zajišťuje plán řešení jejich problémů. **Edukátorská** – v rámci péče o ženu v menopauze je nejvýznamnější rolí porodní asistentky právě role edukativní. Každá porodní asistentka, pracující buď u obvodního gynekologa nebo v nemocnici na gynekologickém lůžkovém oddělení by z toho důvodu měla velmi dobře znát problematiku menopauzy. Podporuje soběstačnost klientek a pomáhá jim předcházet komplikacím. Napomáhá jim v nábídku praktických dovedností. Dále má roli **obhájkyně ženy** – v případě,

že její klientka toho není schopna sama, porodní asistentka se stává její mluvčí. Je **koordinátorkou** – plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči. Snaží se zapojit klientčinu rodinu, aby ji byla oporou. Také je **asistentkou** – pomáhá klientce v přípravě na vyšetření, zajišťuje terapeutické činnosti. A v neposlední řadě má roli **výzkumnice** – snaží se vzdělávat, získávat nové poznatky z oboru a odborných periodik, podílí se na nových rozvojových projektech (Plevová, 2018, s. 83-85).

Jak už je v této kapitole výše uvedeno, nejvýznamnější rolí porodní asistentky v případě péče o ženy v menopauze je role edukační. Edukace žen v klimakteriu porodní asistentkou zpravidla probíhá v rámci pravidelné roční preventivní gynekologické prohlídky. Součástí této prohlídky je sběr anamnézy, palpační, aspekční a další vyšetření, která slouží k včasnému zachytu patologií, nádorových stavů a podobně. Porodní asistentka pracující s takovou klientkou zjišťuje subjektivní obtíže ženy a cíleně se zaměřuje na problémy, které souvisí se snižováním hladiny estrogenů. Tento přístup se v současné chvíli jeví jako nejefektivnější cesta, jak pomoci těmto ženám. Poskytnout jim v tento moment dostatečné informace a odpovědi na otázky, které se jich v tomto životním období týkají (Moravcová, 2023, s. 27).

Mezi nejčastější příznaky menopauzy patří návaly horka, edukací ze strany porodní asistentky v případě, že se u ženy vyskytuje tento příznak může být například: nosit více lehčích vrstev oblečení, v případě, že návaly horka přijdou, jednoduše jednu vrstvu žena odstraní. Dále ji může doporučit nosit věci z přírodních materiálů, které lépe umožňují odpařování potu oproti těm z umělé látky. I v případě ložního povlečení a oblečení na spánek je lepší používat 100 % bavlnu než směs polyesteru a bavlny. Mezi další možnosti, jak bojovat proti návalům horka je i snížení tělesné hmotnosti, odvyknutí kouření, cvičení (to navíc pomáhá i při redukci hmotnosti, zlepšení nálady a zvyšování hustoty kostní hmoty) a také úprava stravy. Žena by se měla vyhýbat zejména alkoholu (který způsobuje vazodilataci, proto může zhoršovat návaly horka a zvyšovat riziko pocení) a výrazně kořeněným jídlům (Leonardová, 2017, s. 42-46).

Dalšími možnostmi, jak porodní asistentka může ženu edukovat o předcházení příznaků klimakterického syndromu je úprava životního stylu. Pokud možno, měla by žena minimalizovat stres a umět si vyhradit čas jen na sebe a věci, které chce dělat, zmírnit životní/pracovní tempo. Důležité je také pravidelné cvičení, ideálně vedené zkušeným rehabilitačním pracovníkem – žena si tak bude zlepšovat svalovou hmotu a bude si dopomáhat k redukci hmotnosti. Cvičení povede k lepší pohyblivosti a koordinaci pohybu a bude taktéž předcházet infarktu, mrtvici i osteoporóze. Dalším doporučením je také zdravě jíst a snížit

expozici toxinů ze životního prostředí (Fait, 2007, s. 209; Leonardová, 2018, s. 337-340; Slíva, 2012, s. 43).

V případě, si žena stěžuje na problémy se spánkem, může ji porodní asistentka poskytnout radu, jak čelit tomuto problému. Co může například pomoci je večerní cvičení mírnějšího charakteru – jóga, pilates, relaxační metody a pouze lehké jídlo před spánkem. Dále chodit spát ve volnějším oblečení, aby pokožka lépe dýchala, ideálně z bavlněného materiálu. Zároveň se také snažit snížit konzumaci alkoholu, nikotinu a kofeinu (Ašenbrenerová, 2020, s. 41-42).

Další péčí a edukací ze strany porodní asistentky na téma udržování zdravé kůže zní: pokud chce žena kůži udržovat v co nejlepším stavu, může pro to dělat následující doporučení. Neopalovat se, vliv slunečního záření může až za 80 % projevů stárnutí kůže ještě před začátkem samotné menopauzy. Čím více bude žena skrývat kůži před škodlivým ultrafialovým zářením, tím účinněji zpomalí proces stárnutí. V případě že žena musí být slunci vystavena, je více než vhodné použít opalovací krém. Dalšími doporučeními k zachování zdravé kůže je nekouřit a hydratovat pokožku krémy (Leonardová, 2017, s. 314-315).

### 3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Tato část diplomové práce navazuje na teorii popsanou v předchozí kapitole (viz Kapitola 2) a věnuje se průzkumu spojeného s praxí. Jejím hlavním cílem je především odpovědět na průzkumné otázky:

- 1) Jaké povědomí mají porodní asistentky o změnách v kvalitě života žen po menopauze?
- 2) Jaké jsou možnosti porodních asistentek z hlediska edukace na téma péče o ženy v postmenopauze?
- 3) Mají porodní asistentky zájem o rozšíření vzdělání v tomto tématu?
- 4) Jak porodní asistentky vnímají svoji roli v péči o ženy v postmenopauze?

V úvodu této kapitoly je stanovena metodika průzkumu. U té je důležité stanovit metodu sběru dat, stejně tak způsob, jakým data budou následně interpretována. Na základě stanovené metody sběru dat je pak důležité definovat soubor respondentů, jejichž odpovědi jsou následně použity při vyhodnocení průzkumných otázek.

Metodiku průzkumu následuje prezentace výsledků, kde jsou detailně popsány výsledky průzkumu, na základě kterých jsou pak hodnoceny v diskuzi průzkumné otázky. Na tuto kapitolu následně navazuje diskuze, která pojednává o výstupech průzkumné části, možnostech dalšího průzkumu či doporučení pro praxi.

#### 3.1 Metodika průzkumu

Metodika průzkumu je soubor postupů a technik používaných k získání informací a dat od respondentů v rámci průzkumu. Je důležité zvolit vhodné metody, na základě kterých bude možné odpovědět na hlavní a vedlejší průzkumné otázky. Následující podkapitoly detailně popisují vybranou metodu sběru dat, soubor dotazovaných respondentek, a především jakým způsobem jsou data následně zpracována a vyhodnocena.

##### 3.1.1 Metoda sběru dat

K získání dat je aplikováno kvantitativní průzkumné šetření, které je vhodným nástrojem pro tento typ průzkumu. Data jsou sbírána pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby (viz Příloha A), který je vytvořen na základě studia literatury a následně konzultován s vedoucí diplomové práce. Získaná data jsou anonymizována.

Dotazník obsahuje 14 otázek, přičemž 2 slouží k popisu testovaného souboru respondentek, 8 otázek k ohodnocení znalostí porodních asistentek a 2 jsou zaměřeny na přístup k informacím či vyjádření názoru.

Soubor respondentek tvoří 86 porodních asistentek, které pracují na gynekologicko-porodnickém lůžkovém oddělení a v ambulantní části všech pěti nemocnic v Pardubickém kraji. Sběr dat probíhal od ledna do února 2023. Samotnému průzkumu předcházelo schválení formuláře "Žádost o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce" odpovědnými pracovníky jednotlivých pracovišť. Podmínkou pro vyplnění dotazníku je souhlas respondentek s průzkumným šetřením a zařazením dat do průzkumného šetření a dále splnění stanovených kritérií pro výběr respondentek.

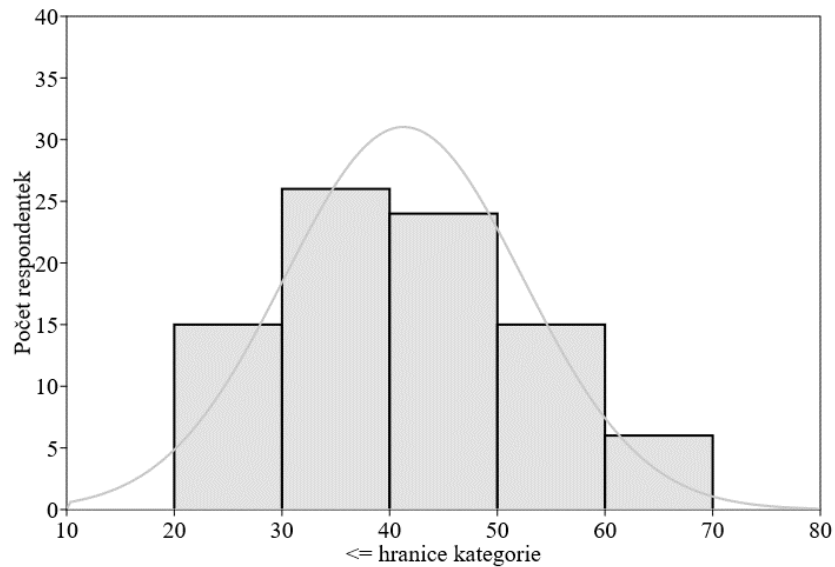
V níže uvedeném seznamu jsou uvedeny počty respondentek jednotlivých souborů v závislosti na lokalitě jejich pracoviště:

- Nemocnice A – 30 respondentek
- Nemocnice B – 13 respondentek
- Nemocnice C – 8 respondentek
- Nemocnice D – 18 respondentek
- Nemocnice E – 17 respondentek

Počet respondentek v jednotlivých nemocnicích je sice rozdílný, avšak data jsou ve většině případů interpretována dohromady v jednom souboru. Pouze při řešení průzkumné otázky č. 3 jsou brány v potaz jednotlivé soubory respondentek.

### **3.1.2 Popis souboru respondentek**

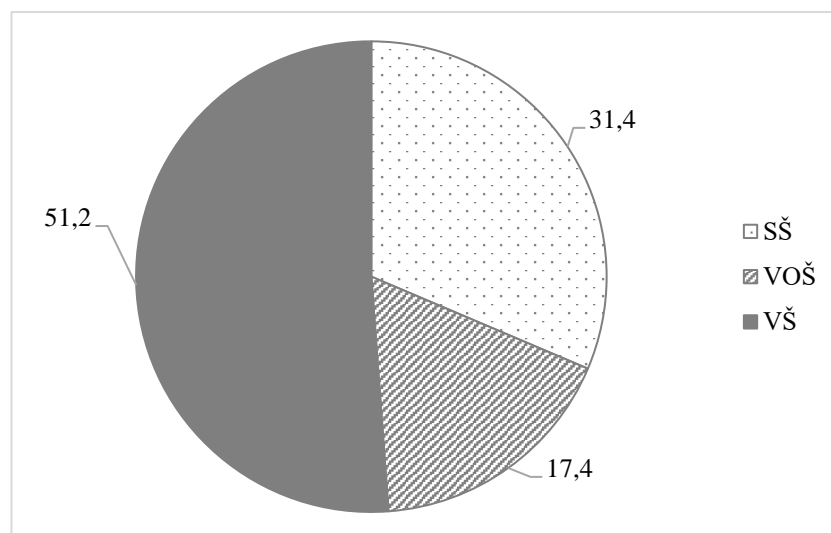
V průzkumném souboru 86 porodních asistentek je průměrný věk dotazovaných 41,3 let se směrodatnou odchylkou 11 let. Největší skupinu respondentek tvoří respondentky ve věkovém rozmezí 30-40 let (26 respondentek / 30,2 %). Druhou nejpočetnější skupinou jsou respondentky ve věku 40-50 let (24 respondentek / 27,9 %). Následující histogram (viz Obrázek 1) poté znázorňuje rozložení do všech konkrétních věkových skupin.



**Obrázek 1** – Histogram věku respondentek včetně normálního rozdělení

Sledovaná skupina respondentek lze také rozdělit v závislosti na dosaženém vzdělání (viz Obrázek 2), které je důležité k popisu testovaného souboru respondentek.

Z celkového souboru 86 respondentek (100 %) je nejvíce z nich, s počtem 44 respondentek (51,2 %) s vysokoškolským vzděláním. Druhou nejčetnější skupinou - 27 respondentek (31,4 %) jsou středoškolsky vzdělané porodní asistentky a 15 z nich (17,4 %) jsou absolventky vyšší odborné školy. Rozdělení je znázorněno v následujícím grafu (viz Obrázek 2):



**Obrázek 2** – Relativní počet respondentek v závislosti na dosaženém vzdělání [%]



### 3.1.3 Zpracování a vyhodnocení získaných dat

Data získaná z dotazníku jsou důkladně analyzována a interpretována v závislosti na konkrétních průzkumných otázkách. Otázky jsou kategorizovány následujícím způsobem jako:

- Popisující soubor respondentek
- Znalostní
- Informativní / názorová

Výsledky průzkumu jsou průzkumníkem porovnány s teorií, případně s jiným již proběhlým průzkumem, který souvisí s tématem zadané otázky. Následně jsou odpovědi ohodnoceny za pomoci popisné statistiky. Posléze je každá znalostní otázka ohodnocena na základě škály, která obsahuje 4 kategorie: "nedostatečné", "dostatečné", "dobré" a "výborné". Ke každé kategorii je přiřazeno bodové hodnocení, které slouží při celkovém vyhodnocení průzkumných otázek. Tím je vyhodnocena úroveň znalostí respondentek. Následující tabulka (viz Tabulka 1) ukazuje bodové hodnocení pro jednotlivé kategorie:

**Tabulka 1** – Škála pro vyhodnocení otázek týkajících se znalostí porodních asistentek

Hodnocení	Nedostatečné	Dostatečné	Dobré	Výborné
Počet přidělených bodů	0	1	2	3

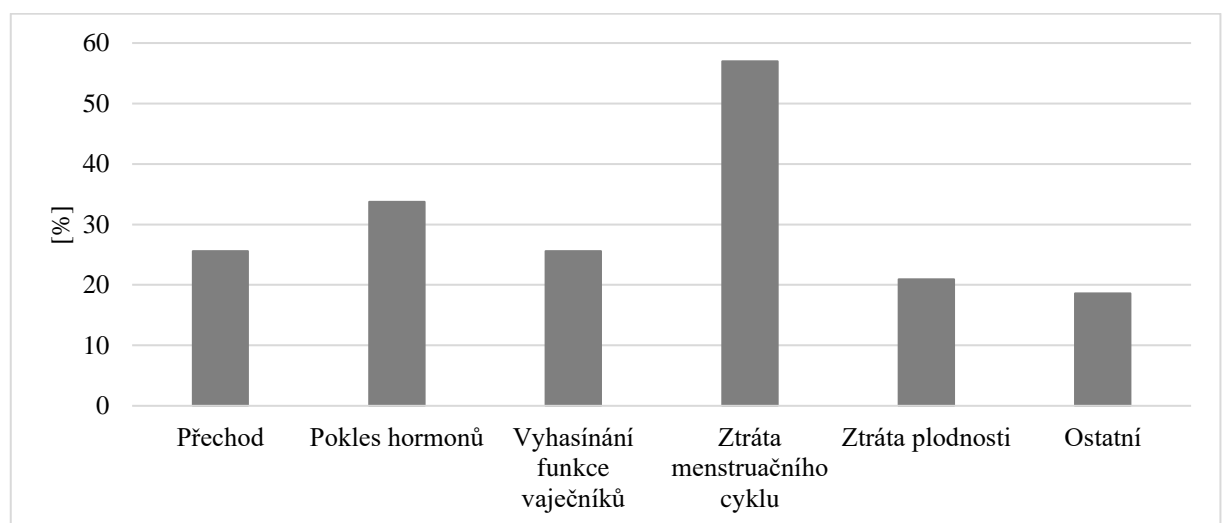
K vyhodnocení získaných dat z dotazníkového výzkumu je použit Microsoft Excel ze softwarového balíčku Microsoft Office 365 a statistický program Past verze 4. Data z dotazníkového šetření jsou přepsána do uvedených počítačových programů a následně jsou pomocí nich vypracovány grafy a tabulky.

### 3.2 Presentace výsledků

Vzhledem ke komplexitě některých, především otevřených otázek, je ve valné většině použito vyhodnocení slovní. Některé z respondentek se vyjádřily k otevřeným otázkám více způsoby nebo možnostmi. V rámci vyhodnocování otevřených otázek je využita kategorizace odpovědí. První dvě otázky zabývající se popisem souboru respondentek jsou prezentovány v podkapitole metodiky průzkumu (viz Kapitola 3.1.2). Následující text tedy začíná otázkou č. 3 z dotazníku (viz Příloha A).

#### Otázka č. 3: Definujte vlastními slovy pojem menopauza.

Otázka č. 3 je znalostní otázka otevřeného charakteru. Výsledky z ní jsou potom kategorizovány do několika pojmů. V následujícím grafu (viz Obrázek 3) lze vidět, že nejvíce respondentek – konkrétně 49 (57 %) popisuje pojem menopauza vlastními slovy jako ztrátu menstruačního cyklu, přičemž pouze 4 z nich doplnily svou odpověď ještě konkrétněji, že se jedná o vynechání menstruačního krvácení po dobu trvající 12 měsíců. Další nejčetnější odpovědí k definici menopauzy je pokles hormonů, tak uvádí 29 respondentek (33,7 %). Následně se shodným počtem 22 odpovědí (25,6 %) menopauzu definují jako vyhasínání funkce vaječnicků a současně přechod. O něco méně respondentek s počtem 18 odpovědí (20,9 %) uvádí, že s menopauzou přichází ztráta plodnosti. Do sloupce s názvem ostatní (18,6 %) jsou zařazeny odpovědi, které se vyskytly skutečně ojediněle. Mezi příklady lze uvést třeba výraz „zkušenost, zralost, fyziologický proces“ nebo, doslovně přepsáno „protivné období v životě ženy“.



Obrázek 3 – Definice pojmu menopauza (otázka č.3, Příloha A)

Teorie definuje pojem menopauza jako vynechání menstruačního krvácení po dobu 12 měsíců (viz Kapitola 2.1). Celkem 57 % respondentek odpovědělo stejně. I ostatní odpovědi velmi úzce souvisí s definicí menopauzy, avšak nejedná se o definici přímou. Celkově lze výsledky na tuto otázku interpretovat jako "dobré" (to znamená, že otázka je ohodnocena 2 body). Je totiž zřejmé, že porodní asistentky mají dobrou představu o tom, co je to menopauza.

#### **Otázka č. 4: Jaký je střední věk menopauzy v našich geografických podmínkách?**

Otázka č. 4 je otevřená otázka znalostního charakteru. Velké procento respondentek odpovědělo na otázku uvedením intervalu namísto konkrétní číselné hodnoty (například rozsah 45-55 let namísto konkrétní hodnoty 50 let). Nicméně tato skutečnost je korigována při výpočtu průměrné hodnoty včetně směrodatné odchylky. Následující tabulka (viz Tabulka 2) uvádí již upravené výsledky na otázku č. 4:

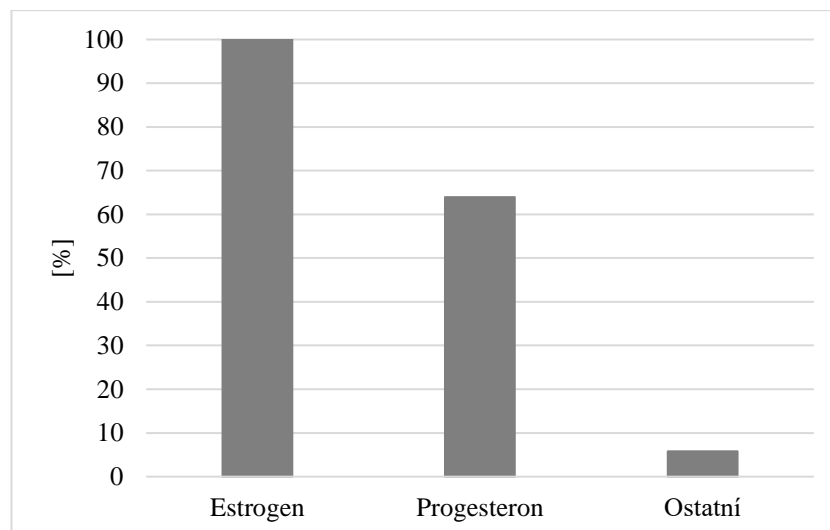
**Tabulka 2** – Střední věk menopauzy (otázka č. 4, Příloha A)

Průměrný věk	50,2 let
Směrodatná odchylka	3,3 roku

Teorie uvádí rozsah středního věku menopauzy jako 45-55 let (viz Kapitola 2.1). Porovnáním teorie s výsledky (viz Tabulka 2) lze zhodnotit, že respondentky v celém rozsahu odpovědi odpověděly správně. Tudíž jsou jejich znalosti ohodnoceny jako "výborné" (tomu odpovídají 3 body).

#### **Otázka č. 5: K poklesu kterých hormonů obvykle dochází v období ovlivněném menopauzou?**

Otázka č. 5 je otevřená otázka znalostního charakteru. V následujícím grafu (viz Obrázek 4) lze vidět, že všechny respondentky v počtu 86 (100 %) uvádí, že k menopauze dochází v důsledku poklesu hormonu estrogenu. Už méně respondentek – konkrétně 55 z nich (64 %) odpovídá, že dochází také k poklesu progesteronu. Jen 5 účastnic výzkumu (5,8 %) uvádí ještě další možnosti hormonů, u kterých dle jejich názoru dochází také ke snížení. Konkrétně se jedná o odpovědi testosteron a oxytocin.



**Obrázek 4** – K poklesu kterých hormonů obvykle dochází v období ovlivněném menopauzou (otázka č. 5, Příloha A)

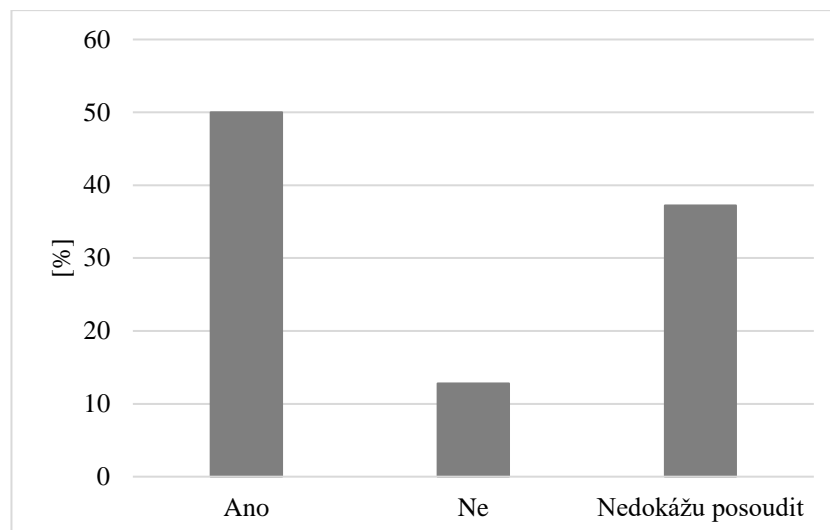
Z poznatků z teoretické části práce jsou stanoveny správné odpovědi na tuto otázku estrogen a progesteron (viz Kapitola 2.1). 36 % respondentek opomíná uvést progesteron mezi hormony, u kterých dochází k poklesu během menopauzy. Vzhledem k této skutečnosti jsou znalosti hodnoceny jako "dobré" (2 body).

**Otázka č. 6: Domníváte se, že máte dostatek informací ohledně obtíží, se kterými se ženy potýkají v období souvisejícím s menopauzou?**

Otázka č. 6 je uzavřená otázka informativního / názorového charakteru. Možné odpovědi na tuto otázku jsou následující:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nedokážu posoudit

V grafu (viz Obrázek 5) lze vidět, že 43 účastnic výzkumu (což odpovídá přesně 50 % ze souboru respondentek) se domnívá, že má dostatek informací ohledně potíží, které mají ženy po menopauze. Poměrně velký počet respondentek – 32 (37,2 %) udává, že nedokážou dobře posoudit své znalosti. Nejmenší počet respondentek, v součtu 11 z nich (12,8 %) si nemyslí, že mají dostatečné znalosti o tom, jaké obtíže mají ženy po menopauze.



**Obrázek 5** – Domníváte se, že máte dostatek informací ohledně obtíží (otázka č. 6, Příloha A)

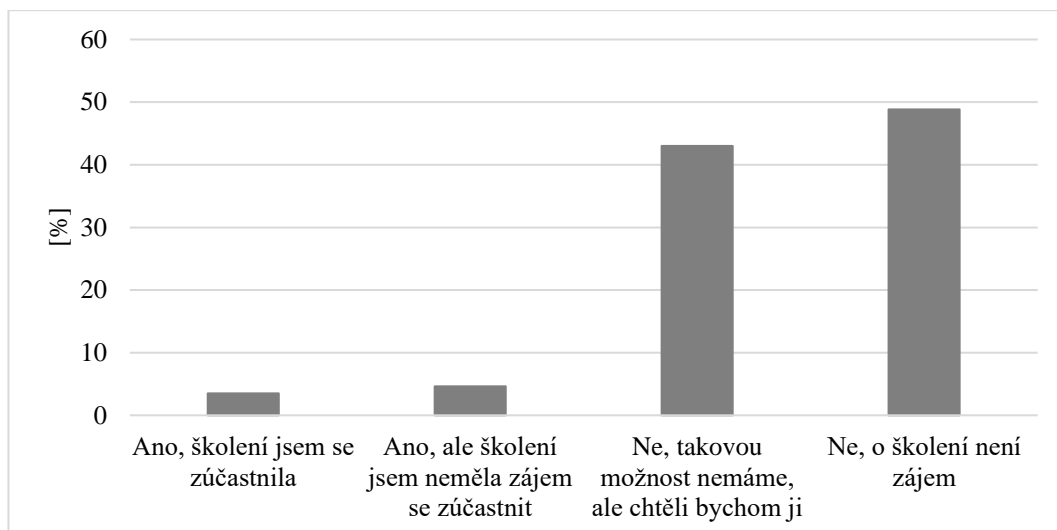
Vlastní sebehodnocení, nezávisle na reálných znalostech, ovlivňuje snahy porodních asistentek o další vzdělání. 50 % porodních asistentek se hodnotí jako dostatečně vzdělané, tudíž nemusí mít zájem o další vzdělávání ohledně této problematiky.

**Otázka č. 7: Měla jste možnost se v pracovním procesu dovzdělat v oblasti menopauzy? Probíhalo u vás na oddělení nějaké školení na toto téma?**

Otázka č. 7 je uzavřená otázka informativního / názorového charakteru. Respondentky na ně měly volbu odpovědět následovně:

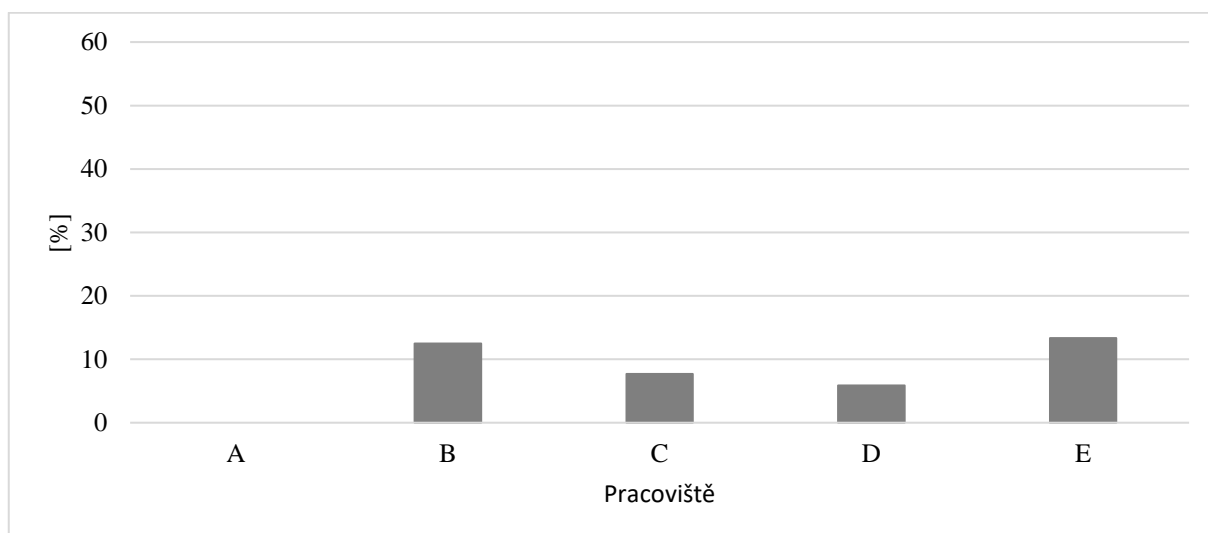
- a) Ano, školení jsem se zúčastnila
- b) Ano, ale školení jsem neměla zájem se zúčastnit
- c) Ne, takovou možnost nemáme, ale chtěli bychom ji
- d) Ne, o školení není zájem

Na otázku (viz Obrázek 6), zda se porodní asistentky mají zájem dovzdělat v tématu menopauzy odpovídá nejvíce z nich – 42 (48,8 %), že u nich na pracovišti není žádná možnost dovzdělávání v této oblasti a o žádné školení není z jejich strany ani zájem. 37 respondentek (43 %) sděluje, že nemají možnost se v této problematice v rámci zaměstnání dovzdělávat, ale zájem by o to měly. Jen 4 účastnice průzkumu (4,7 %) mají možnost se školení zúčastnit, ale nemají o něj zájem / nezúčastnily se. Nejméně respondentek – konkrétně 3 z celkového počtu (3,5 %) mají možnost se proškolit a skutečně se školení zúčastnily.



**Obrázek 6** – Možnosti do vzdělávání v oblasti menopauzy (otázka č.7, Příloha A)

Je tedy možné vidět, že celkově nemají porodní asistentky od svého zaměstnavatele příliš možností, jak rozvíjet své vzdělání v problematice menopauzy. To může negativně ovlivňovat kvalitu péče, kterou porodní asistentky mohou nabízet. Vzhledem k faktu, že dotazníky byly distribuovány na více pracovišť (pracoviště A, B, C, D, E), je zároveň možné tyto výsledky použít v kombinaci s odpověďmi na tuto otázku č. 7 a zjistit, zdali existuje závislost mezi lokalitou pracoviště, ve kterém porodní asistentky pracují, a možnostmi, které daná lokalita nabízí. Následující graf (viz Obrázek 7) tedy ukazuje relativní četnost respondentek daných pracovišť, které uvedly v odpovědi na otázku č. 7 z Příloha A buď možnost a) Ano, školení jsem se zúčastnila nebo b) Ano, ale školení jsem neměla zájem se zúčastnit.



**Obrázek 7** – Možnosti edukace porodních asistentek za základě lokality pracoviště

Tyto údaje pak poskytují náhled na rozdíly mezi možnostmi vzdělávání na jednotlivých pracovištích. V předchozím grafu (viz Obrázek 7) je možné vidět, že jsou možnosti následné edukace obecně nízké nehledě na místo pracoviště. Avšak výjimku tvoří pracoviště A, kde možnosti dalšího vzdělání v této problematice nejsou vůbec žádné.

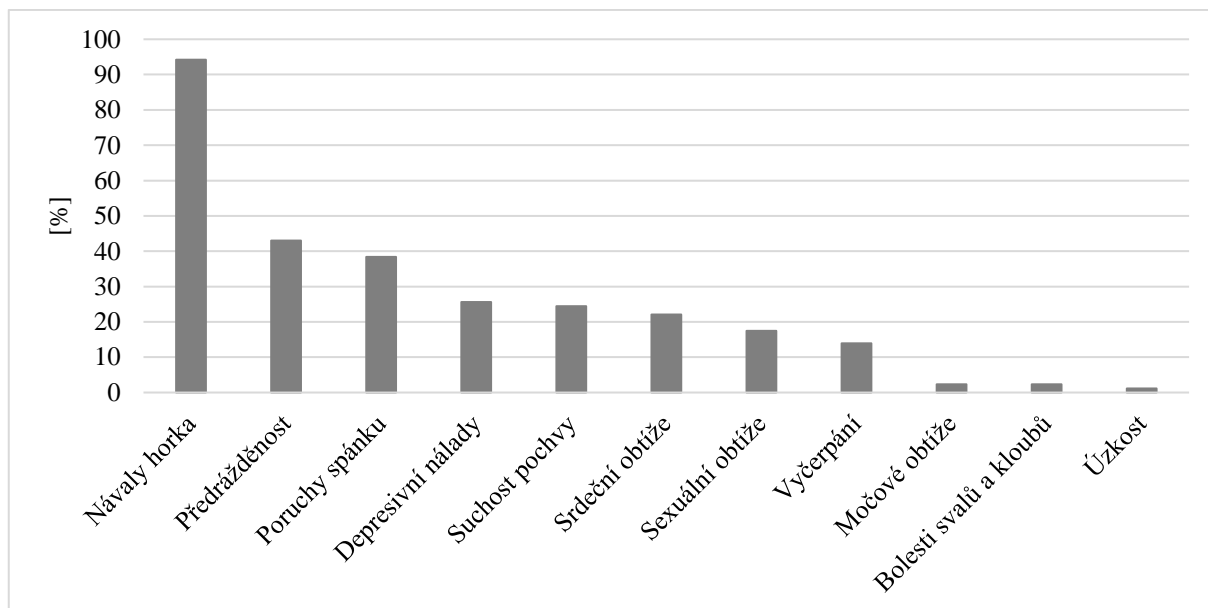
### **Otázka č. 8: Jaké obtíže si myslíte, že se u žen nejčastěji objevují v období ovlivněném menopauzou?**

Otázka č. 8 je uzavřená otázka znalostního charakteru. Respondentky mohou označit maximálně 3 nejčastější symptomy z následujícího seznamu:

- a) Návaly horka (občasné pocení)
- b) Srdeční obtíže (bušení srdce, pocit tísně, zrychlený tep)
- c) Poruchy spánku (potíže s usínáním, časně buzení)
- d) Depresivní nálady (pocit smutku, proměnlivost nálad)
- e) Předrážděnost (nervozita, pocit paniky)
- f) Úzkost (pocit paniky)
- g) Vyčerpání (pokles koncentrace, zapomínání, výpadky paměti)
- h) Sexuální obtíže (změny sexuální chuti, aktivity, uspokojení)
- i) Močové obtíže (močová inkontinence, časté močení)
- j) Suchost pochvy (pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku)
- k) Bolesti svalů a kloubů (revmatické obtíže)

Následující graf (viz Obrázek 8) znázorňuje výsledky z dotazníku na otázku č. 8. Respondentky v ní mají za úkol vyplnit maximálně 3 symptomy, se kterými si myslí, že se ženy po menopauze setkávají nejčastěji. Tato otázka je do dotazníku vložena na základě dotazníku MRS a jeho hodnocení (Moravcová, 2014, s. 171). Výrazně nejvíce odpovědí – celkem 81 respondentek (94,2 %) označuje, že nejčastěji se ženy po menopauze potýkají s návaly horka. Už zřetelně méně z nich si myslí, že další obtíží, které ženy po menopauze čelí jsou předrážděnost, to uvádí 37 respondentek (43,0 %) a poruchy spánku označuje 33 respondentek (38,4 %). Dalšími méně častými odpověďmi jsou také depresivní nálady, tak odpovídá 22 respondentek (25,6 %). Suchost pochvy uvádí 21 respondentek (24,4 %). Srdeční obtíže mají 19 reakcí (22,1 %), sexuální obtíže uvádí 15 respondentek (17,4 %) a vyčerpání označuje 12 respondentek (14 %). Úplně nejméně respondentek si myslí, že ženy v období ovlivněném menopauzou mají problémy v oblastech močových obtíží a bolesti kloubů a svalů. Oba případy tak označují pouze

2 respondentky (2,3 %). Pouze 1 respondentka (1,2 %) uvádí, že může mít žena procházející menopauzou problémy s úzkostmi.



**Obrázek 8** – Nejčastější obtíže u žen v období ovlivněném menopauzou (otázka č. 8, Příloha A)

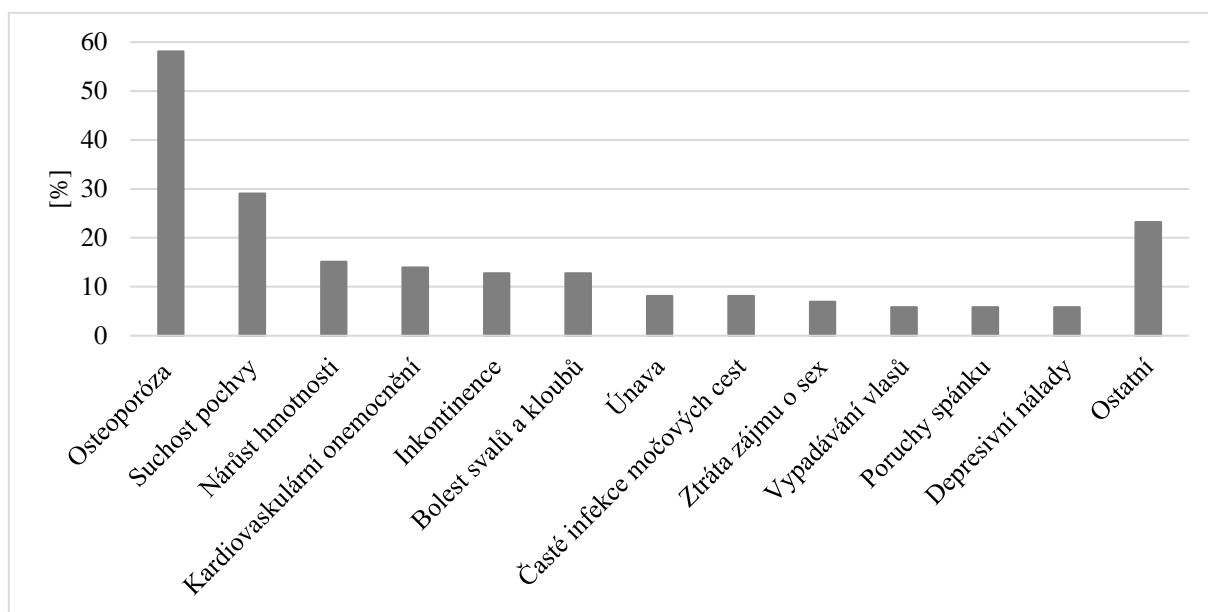
Dle literatury (Moravcová, 2023, s. 75), kdy u 1199 žen procházejících menopauzou byl proveden průzkum pomocí dotazníku MRS, patří mezi 3 nejčastější symptomy u žen v období ovlivněném menopauzou návaly horka, depresivní nálady a bolesti kloubů a svalů. V porovnání s respondentkami z tohoto průzkumu (viz Obrázek 8) se ženy nejčastěji setkávají s návaly horka, předrážděností a poruchami spánku. Naopak mezi nejméně zmiňovanými nejčastějšími symptomy jsou označeny bolesti svalů a kloubů (odpovídají tak pouze 2 respondentky), které se však dle literatury (Moravcová, 2023, s. 75) řadí jako třetí nejčastější příznak. Respondentky tedy správně uvádí návaly horka jako nejčastější symptom, a i depresivní nálady označují na 4. místě mezi nejčastějšími symptomy. Celkově jsou tedy znalosti respondentek hodnoceny jako "dobré" (2 body).

**Otázka č. 9: Uved'te příznaky, které znáte a řadí se mezi pozdní v období ovlivněném menopauzou.**

Otázka č. 9 je otevřená otázka znalostního charakteru. V následujícím grafu (viz Obrázek 9) lze vidět, že výrazně nejvíc z nich v počtu 50 (58,1 %) řadí mezi pozdní příznak menopauzy v první řadě osteoporózu. Jako druhý nejvíce častý pozdní příznak se řadí suchost pochvy označená 25 respondentkami (29,1 %). Jako další pozdní příznaky popisují účastnice průzkumu nárůst hmotnosti – 13 respondentek (15,1 %) a kardiovaskulární onemocnění – 12 respondentek (14 %). Ve shodném počtu respondentek – konkrétně 11 z nich (12,8 %) označuje jako další



možnost pozdního příznaku menopauzy bolest svalů a kloubů a inkontinenci. Méně často už se pak domnívají, že se mezi pozdní příznaky řadí časté infekce močových cest. Ty uvádí 7 respondentek (8,1 %). Únavu udává 7 respondentek (taktéž 8,1 %). Po pěti odpovědích s relativní četností 5,8 % vypisují shodně odpovědi vypadávání vlasů, poruchy spánku a depresivní nálady. Do kategorie ostatní jsou zařazeny jednotlivé odpovědi. Jako příklad lze uvést prolaps pánevních orgánů, nadměrné pocení, návaly horka nebo bolesti hlavy.



**Obrázek 9** – Příznaky, které by porodní asistentky zařadily mezi pozdní v období ovlivněném menopauzou (otázka č. 9, Příloha A)

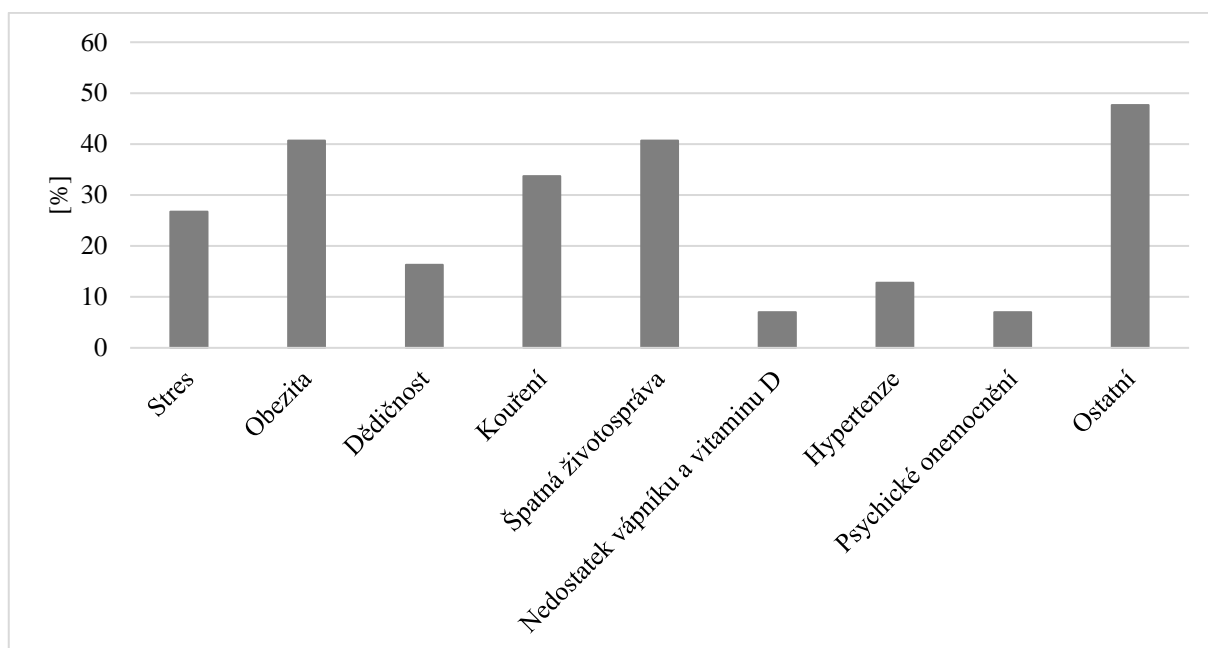
Dle teorie (viz Kapitola 2.2.3) mezi příznaky řadící se jako pozdní patří následující:

- Osteoporóza
- Kardiovaskulární onemocnění
- Poruchy centrálního nervového systému
- Změny v sexuálním chování (snížení libida)

Ostatní odpovědi na tuto otázku se dle odborné literatury přímo neřadí mezi hlavní pozdní příznaky, tudíž nejsou započítávány ani do této statistiky. Respondentky tedy správně uvádí osteoporózu a kardiovaskulární onemocnění jako pozdní příznaky. Poruchy centrálního nervového systému nejsou v odpovědích uvedeny ani jednou. Mezi změny v sexuálním chování je možné zařadit pouze ztrátu zájmu o sex (často uvedená odpověď suchost pochvy se neřadí mezi pozdní příznaky menopauzy). Ze čtyř výše uvedených správných odpovědí jsou s větší četností uvedeny pouze osteoporóza a částečně i kardiovaskulární onemocnění. Z důvodu značné absence odpovědí ohledně poruch centrálního nervového systému a změn v sexuálním chování je tato otázka hodnocena jako "dostatečné" (1 body).

**Otázka č. 10: Uveďte, které znáte rizikové faktory, které mohou mít vliv na průběh období ovlivněného menopauzou.**

Otázka č. 10 je otevřená otázka znalostního charakteru. V této otázce jsou respondentky vyzvány, aby uvedly, jaké znají rizikové faktory, které mohou mít vliv na průběh období ovlivněného menopauzou. Následující graf (viz Obrázek 10) ukazuje, že se shodným počtem vypsanych odpovědí 35 respondentek uvádí (40,7 %), že průběh menopauzy může ovlivnit zejména obezita a špatná životospráva. Dalších 29 respondentek (33,7 %) řadí mezi rizikové faktory kouření. 23 respondentek (26,7 %) uvádí stres a menší hodnoty, konkrétně 14 odpovědí (16,3 %), se objevují u možnosti dědičnosti, hypertenze - 11 (12,8 %) a stejný počet 6 respondentek (7,0 %) uvádí, že na to, jak bude menopauza probíhat by mohl mít vliv ještě nedostatek vápníku a vitamínu D a také psychická onemocnění. Ve sloupci s názvem ostatní se pak objevují odpovědi jednotlivců. Jako příklad je možné prezentovat reakci typu rodinné vztahy, partnerství, alkohol, drogy, diabetes, přidružená onemocnění a dále také léky, které žena užívá.



**Obrázek 10** – Rizikové faktory, kterou mohou mít vliv na průběh období ovlivněného menopauzou (otázka 10, Příloha A)

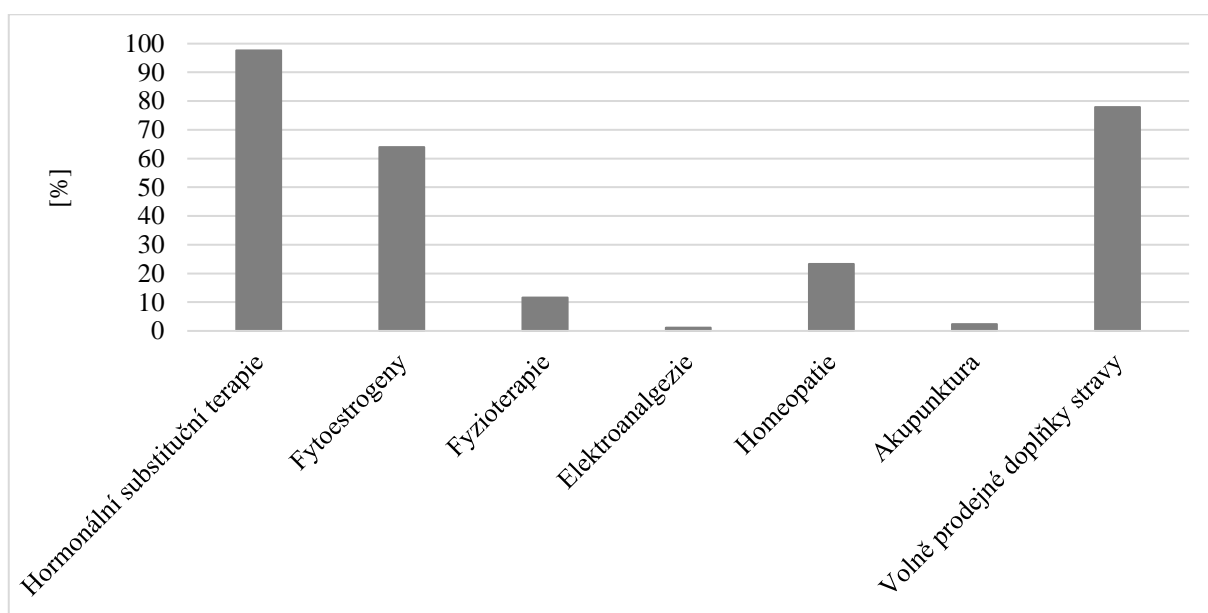
Při vyhodnocení je zapotřebí sledovat dva faktory. Zaprvé, většina uvedených pojmů patří dle literatury (viz Kapitola 2.2) mezi rizikové faktory, které mají vliv na průběh období ovlivněného menopauzou. Zadruhé, průměrný počet odpovědí na tuto otázku na 1 respondentku je pouze 2,3. Zároveň 26 % respondentek také uvedlo jednu anebo dokonce žádnou odpověď na tuto otázku. Z uvedených důvodů byly odpovědi ohodnoceny jako "dostatečné" (1 bod).

**Otázka č. 11: Označte maximálně tři možnosti léčby, o kterých se domníváte, že jsou u menopauzálních symptomů nejčastěji používané.**

Otázka č. 11 je uzavřená otázka znalostního charakteru. Respondentky mohou označit maximálně 3 možnosti léčby z následujícího seznamu:

- a) Hormonální substituční terapie
- b) Fytoestrogeny
- c) Fyzioterapie
- d) Elektroanalgezie
- e) Homeopatie
- f) Akupunktura
- g) Volně prodejné doplňky stravy
- h) Jiné...

Následující graf (viz Obrázek 11) ukazuje, že zřetelně nejvíc označují hormonální substituční terapii, což uvádí dokonce 84 z nich (97,7 %). 67 respondentek (77,9 %) si myslí, že další možnou volbou jsou volně prodejné doplňky stravy. 55 respondentek (64,0 %) uvádí, že si pro pomoc s obtížemi ženy v menopauze vybírají fytoestrogeny. Jako spíše méně obvyklé už pak označují možnost homeopatie – 20 (23,3 %), fyzioterapie – 10 (11,6 %), akupunktury – 2 (2,3 %) a pouze jedna respondentka odpovídá možnost elektroanalgezie. Žádná z respondentek nevyužívá možnosti napsat jinou odpověď, než jsou stanovené v seznamu.



**Obrázek 11** – Nejčastěji používané možnosti léčby (otázka 11, Příloha A)

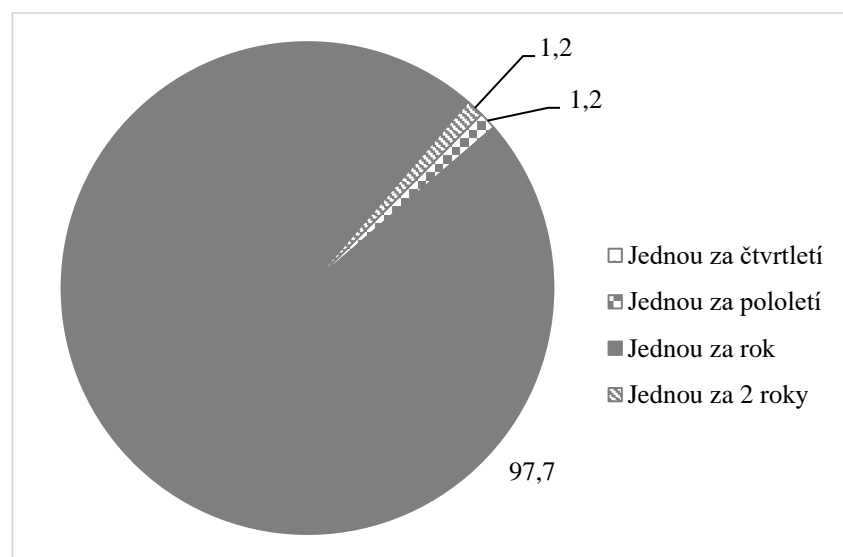
Mezi nejčastěji používané možnosti léčby spadá především hormonální substituční terapie. Avšak mezi další využívané metody léčby patří i nehormonální terapie, která zlepšuje projevy akutního nedostatku estrogenu, ale nemá prokazatelný vliv na dlouhodobé změny v důsledku deficitu estrogenu. Mezi nehormonální terapii pak lze uvést například fytoestrogeny, volně prodejné doplňky stravy, elektroanalgezie, fyzické cvičení a lázeňská léčba (viz Kapitola 2.4). Respondentky tedy určují správně nejčastěji užívanou metodu léčby hormonální substituční terapií – 84 (97,7 %). U ostatních nejpoužívanějších metod už úspěšnost není tak vysoká. Volně prodejné doplňky stravy uvádí 67 respondentek (77,9 %), fytoestrogeny pak 55 respondentek (64 %). Celkově lze tedy odpovědi hodnotit jako "dobré" (2 body).

**Otázka č. 12: Jaký je interval gynekologických preventivních vyšetření u žen ve věku 50 let a víc?**

Otázka č. 12 je uzavřená otázka znalostního charakteru. Respondentky si mohou vybrat mezi 4 odpověďmi z následujícího seznamu:

- a) Jednou za čtvrtletí
- b) Jednou za pololetí
- c) Jednou za rok (jako u žen mladších 50 let)
- d) Jednou za 2 roky

Následující koláčový graf (viz Obrázek 12) ukazuje odpovědi na tuto otázku, jak často by měly ženy ve věku nad 50 let navštěvovat preventivní gynekologické prohlídky. Téměř všechny, konkrétně v počtu 84 respondentek (97,7 %) uvádí, že by k návštěvám gynekologa měla žena docházet pravidelně, jednou za rok. Jedna respondentka (1,2 %) se domnívá, že by frekvence návštěv měla být vyšší – jednou za půl roku. Dále opět jedna respondentka (1,2 %) si myslí, že stačí návštěva jednou za 2 roky. Ani jedna z účastnic výzkumu neuvádí možnost, že by měla žena nad 50 let docházet na pravidelné prohlídky jednou za čtvrtletí.



**Obrázek 12** – Interval gynekologických preventivních vyšetření žen ve věku 50 let a víc [%] (otázka 12, Příloha A)

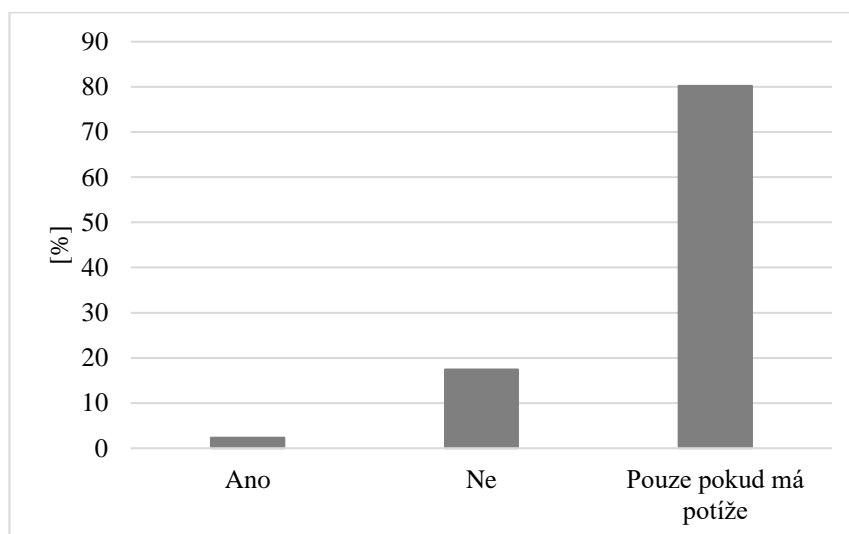
Interval preventivních prohlídek u lékaře je dle teorie skutečně jednou za rok (viz Kapitola 2.7 a Kapitola 2.3.2). Vzhledem k faktu, že necelých 98 % respondentek uvádí správnou odpověď, tak celkově může být tato otázka hodnocena jako "výborné" (3 body).

**Otázka č. 13: Měla by podle Vás žena, která prochází menopauzou, navštěvovat gynekologa častěji?**

Otázka č. 13 je uzavřená otázka informativního / názorového charakteru. Respondentky si mohou vybrat mezi 3 odpověďmi z následujícího seznamu:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Pouze pokud má potíže

V následující grafu (viz Obrázek 13) je graficky zobrazeno, jaký mají respondentky názor na to, jestli by ženy, které procházejí menopauzou měly svého gynekologa navštěvovat častěji než v době před probíhající menopauzou. 69 respondentek (80,2 %) odpovídá, že pouze v případě, že má nějaké potíže, 15 respondentek (17,4 %) uvádí, že nemusí chodit na prohlídky častěji. Odpovědi těchto respondentek jsou komentovány argumenty, že menopauza není nemoc, ale přirozené fyziologické období v životě ženy. Tudíž není nutná častější návštěva u gynekologa. Pouze 2 respondentky (2,3 %) by zvýšily četnost návštěv u gynekologa.

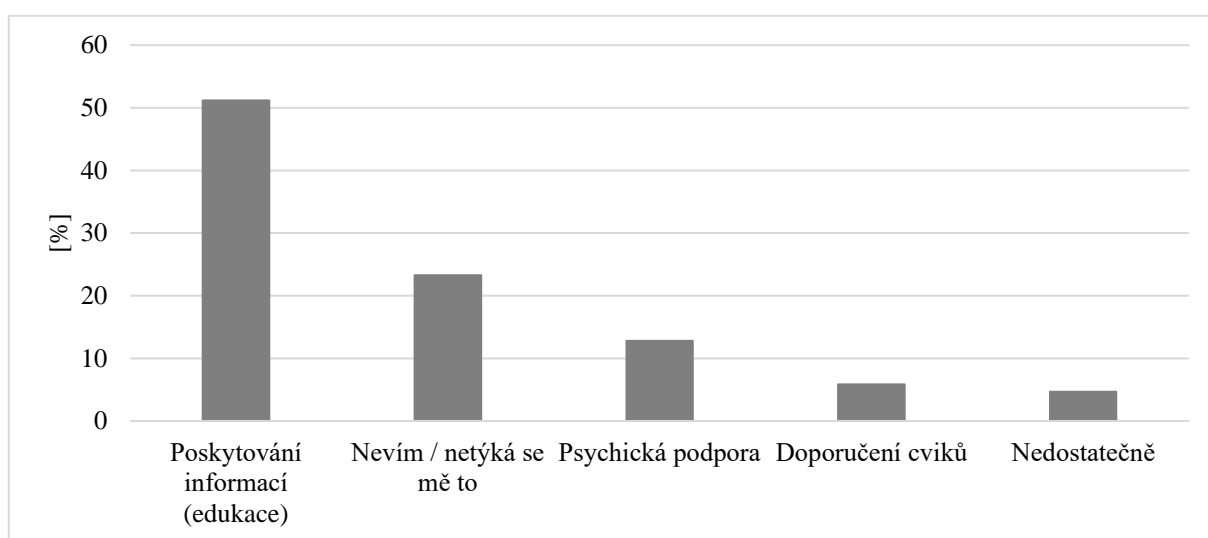


**Obrázek 13** – Frekvence návštěv u gynekologa (otázka 13, Příloha A)

Celkově lze tedy výsledky otázky č. 13 interpretovat tak, že dle respondentek by ženy měly navštěvovat gynekologa během a po menopauze především v případech, pokud se u nich vyskytnou potíže.

### Otázka č. 14: Jak vnímáte roli porodní asistentky v péči o ženy v menopauze?

Otázka č. 14 je otevřená otázka informativního / názorového charakteru. Respondentky v ní mají uvést svůj názor, jak vnímají svoji roli při péči o ženy v menopauze. Následující graf (viz Obrázek 14) poté poukazuje na nejčastěji zmíněné názory. 44 respondentek (51,2 %) vidí svoji roli jako čistě edukativní. Zároveň 20 respondentek (23,3 %) má pocit, že se jich tato problematika vůbec netýká. Zbylé uvedené role porodních asistentek pak obsahují odpovědi psychická podpora ženy – 11 (12,8 %) a doporučení cviků – 5 (5,8 %). 4 respondentky (4,7 %) vnímá svoji roli jako nedostatečnou. 2 respondentky (2,3 %) nemají potřebu se k odpovědi vyjádřit, tudíž je možné tyto odpovědi zařadit mezi odpověď „Nevím / netýká se mě to“.



**Obrázek 14** – Vnímání role porodních asistentek v péči o ženy v menopauze (otázka 14, Příloha A)

Jedna z nejhlavnějších odpovědí na otázku č. 14 je poskytování informací / edukace. To je však podmíněno především znalostmi porodních asistentek.

## 4 DISKUZE

### 4.1 Vyhodnocení průzkumných otázek

V této kapitole je pak uvedeno shrnutí praktické části diplomové práce a jsou zde uvedeny odpovědi na průzkumné otázky stanoveny na začátku praktické části (viz Kapitola 3):

- 1) Jaké povědomí mají porodní asistentky o změnách v kvalitě života žen po menopauze?
- 2) Jaké jsou možnosti porodních asistentek z hlediska edukace na téma péče o ženy v postmenopauze?
- 3) Mají porodní asistentky zájem o rozšíření vzdělání v tomto tématu?
- 4) Jak porodní asistentky vnímají svoji roli v péči o ženy v postmenopauze?

#### 4.1.1 Jaké povědomí mají porodní asistentky o změnách v kvalitě života žen po menopauze?

Otázka znalostí porodních asistentek o změnách v kvalitě života žen po menopauze je hlavní otázkou této diplomové práce. Porodní asistentky mohou být mezi prvními zdravotními pracovníky, kteří se s těmito problémy setkávají, a mohou mít klíčovou roli při poskytování informací a podpory ženám v této fázi života. Porodní asistentky by měly být schopny poradit, jak zvládat symptomy při menopauze, podporovat prevenci a poskytnout informace o možnostech léčby. Znalosti o změnách v kvalitě života žen po menopauze mohou také pomoci porodním asistentkám lépe porozumět individuálním potřebám žen v této fázi života a umožnit jim poskytnout lepší péči a podporu. Z těchto důvodů je průzkumu úrovně znalostí věnována největší část dotazníku, tedy konkrétně celkem 8 otázek (otázky č. 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, dostupné v Příloze Příloha A) z celkem 14. Jednotlivé otázky jsou interpretovány a následně vyhodnoceny individuálně v Kapitole 3.2. V této kapitole pak dochází k syntéze těchto otázek a stanovení celkového hodnocení znalostí porodních asistentek na základě vypočítání průměrného bodového ohodnocení z kombinace všech znalostních otázek. Výsledky z výpočtu jsou ukázány v následující tabulce (viz Tabulka 3):

**Tabulka 3** – Vyhodnocení povědomí porodních asistentek o změnách v kvalitě života žen po menopauze

Otázka	3	4	5	8	9	10	11	12	Celkem
Body	2	3	2	2	1	1	2	3	2,0

Průměr ze všech znalostních otázek je tedy vypočítán na hodnotu 2,0. Z tohoto výsledku vyplývá, že celková znalost porodních asistentek o změnách v kvalitě života žen po menopauze



je na "dobré" úrovni. To je potvrzeno dokonce i tím, že u žádné konkrétní otázky není uvedeno hodnocení označené jako "nedostatečné" (tato klasifikace je popsána v Kapitole 3.1.3). Na druhou stranu pouze 2 odpovědi jsou klasifikovány jako "výborné".

Přestože celkový výsledek na tuto průzkumnou otázku je hodnocen na dobré úrovni, je možné vidět, že je zde stále prostor pro zdokonalení znalostí zejména v oblasti rizikových faktorů a s ní související prevenci.

Dále je potřeba brát v potaz, že soubor respondentek je v průzkumné části (viz Kapitola 3.2) hodnocen především jako celek. Tudíž neklade až takový důraz na individuální znalosti jednotlivých respondentek. Je možné předpokládat, že znalosti jednotlivých porodních asistentek se mohou lišit, hraje zde tedy roli i určitý faktor náhody s jakou konkrétní porodní asistentkou se žena s potížemi dostane do kontaktu.

#### **4.1.2 Jaké jsou možnosti porodních asistentek z hlediska edukace na téma péče o ženy v postmenopauze?**

Ve druhé průzkumné otázce je cílem zjistit, jaké jsou možnosti porodních asistentek se edukovat v péči o ženy v menopauze.

Téměř 92 % respondentek (!) uvádí, že nemá jakoukoliv možnost se v rámci zaměstnání dodatečně dovzdělávat ohledně tématu menopauzy. Tyto údaje ukazují, že porodní asistentky nemají mnoho příležitostí na svých pracovištích rozvíjet své vzdělání a zlepšovat tak kvalitu poskytované péče.

Je možné se zamyslet nad tím, zdali porodní asistentky mají obecně možnosti dalšího vzdělávání, ať už formou školicích kurzů či různých stáží. Podpora zaměstnavatele v dalším vzdělávání je totiž klíčová pro jakoukoliv změnu v kvalitě poskytované péče. Některé porodní asistentky také mohou vnímat takovéto nabízené možnosti jako formu benefitů či motivace pro to, aby mohly vykonávat svoje zaměstnání lépe. Stejně tak takovéto příležitosti mohou přilákat potenciální zájemce o zaměstnání a tím v důsledku dojde k tomu, že by si zaměstnavatel mohl vybírat kvalitnější personál, což není v současné chvíli jednoduché vzhledem k celkovému nedostatku zdravotnického personálu v České republice.

Při porovnání jednotlivých pracovišť, průzkum ukazuje, že jsou pouze malé rozdíly mezi jednotlivými pracovišti v poskytovaných možnostech dalšího odborného vzdělávání. Výjimku tvoří pouze jedno z pracovišť, kde nemají žádné možnosti vzdělávání, na rozdíl od ostatních pracovišť, kde jsou přítomny alespoň nějaké příležitosti, avšak obecně velmi nízké. Je také

vhodné podotknout, že všeobecně neexistuje mnoho vhodných kurzů pro vzdělávání porodních asistentek v problematice žen v menopauze. Respondentky, které odpověděly na otázku č. 7 pozitivně ve smyslu, že mají možnosti školení, do dotazníků neuvedly, kde či jakou formou školení probíhalo.

Výsledky tohoto průzkumu mohou pomoci vylepšit stávající situaci, protože poskytování vhodného vzdělání by mohlo mít pozitivní efekt na úroveň zdravotní péče, kterou porodní asistentky poskytují.

#### **4.1.3 Mají porodní asistentky zájem o rozšíření vzdělání v tomto tématu?**

Ve třetí průzkumné otázce je cílem zjistit, jestli mají porodní asistentky zájem o rozšíření vzdělání v oblasti péče o ženy v menopauze.

Výsledky průzkumu (viz otázka č. 7) ukazují, že téměř polovina ze všech respondentek (48,8 %) uvedla, že nemá zájem se v této oblasti školit. Je zároveň důležité v této diskusi podotknout, že v otázce č. 6 přesně polovina respondentek uvádí, že má pocit, že znalostí v oblasti menopauzy má dostatek. To může být jedním z důvodů, proč jich tolik o školení nejeví zájem.

4,7 % respondentek se školení měly možnost zúčastnit, ale neměly o něj zájem. Z tohoto pohledu by se mohlo zdát, že v této problematice není potřeba zvyšovat povědomí a poskytovat další vzdělávání porodním asistentkám. Nicméně, zároveň je zde 43 % respondentek, které mají zájem se v této oblasti v rámci zaměstnání dozdělat, avšak nemají žádnou možnost. Bylo by tedy vhodné na tuto poptávku reagovat a dopomoci porodním asistentkám k rozšíření vzdělání na toto téma, aby mohly poskytovat v této oblasti kvalitní péči.

Důležité je ale také vzít v úvahu, že menopauza je fází v životě ženy, kterou prochází každá žena, a proto by bylo vhodné, aby porodní asistentky měly alespoň základní povědomí o této problematice. To by mohlo vést ke zlepšení péče poskytované porodními asistentkami, zejména pokud jde o zvládání případných přechodových obtíží u žen v menopauze. Navíc, poskytování dalšího vzdělávání a školení v této oblasti by mohlo pomoci porodním asistentkám zlepšit své odborné kompetence a rozšířit své pole působnosti.

Vzhledem k tomu, že velké procento respondentek nevyjádřilo zájem o další vzdělávání v této oblasti, by mohlo být vhodné zvážit, jakým způsobem by bylo možné jim tuto problematiku přiblížit a zajímavým způsobem prezentovat, aby i tyto porodní asistentky získaly zájem a motivaci pro další vzdělávání.

#### **4.1.4 Jak porodní asistentky vnímají svoji roli v péči o ženy v postmenopauze?**

Ve čtvrté průzkumné otázce je cílem zjistit, jak vnímají porodní asistentky svoji roli v péči o ženy v postmenopauze.

Téma role porodních asistentek při péči o ženy v menopauze je velmi aktuální a důležité z hlediska poskytování kvalitní zdravotní péče. Výsledky průzkumu ukazují, že více jak polovina respondentek (51,2 %) vidí svoji roli v této oblasti jako čistě edukativní. To znamená, že porodní asistentky vnímají svoji úlohu při informování žen o změnách, které s menopauzou souvisí, a o možnostech, jak s těmito změnami úspěšně bojovat. Je však třeba zdůraznit, že poskytování informací je podmíněno znalostmi porodních asistentek. Proto je nutné zajistit, aby měly přístup k aktuálním informacím a aby se neustále vzdělávaly v této oblasti. Toho lze dosáhnout prostřednictvím specializovaných kurzů a seminářů na jejich pracovištích, které by měly být součástí vzdělávacího programu pro porodní asistentky.

Výsledky průzkumu také ukázaly, že některé respondentky (23,3 %) mají pocit, že se jich tato problematika vůbec netýká. Je možné, že je to z důvodu, že se se ženami, kterých se problematika menopauzy týká ve své praxi nesetkávají. Pracují například na porodním sále nebo na oddělení šestinedělí.

Je nutné zdůraznit, že role porodních asistentek při péči o ženy v menopauze zahrnuje další aspekty, jako je například psychická podpora žen, jak odpovědělo 12,8 % respondentek nebo doporučení cviků (5,8 % respondentek). Tyto další aspekty jsou také důležité a mohou pomoci ženám lépe zvládat obtíže související s menopauzou.

Další respondentky (4,7 %) vnímají svou roli jako nedostatečnou. Pravděpodobně může existovat několik důvodů, proč se část respondentek necítí schopné plnit roli v péči o ženy v menopauze. Jedním z důvodů může být nedostatečná odborná příprava v této oblasti. Dalším důvodem může být nedostatek informací a vzdělávacích zdrojů, které mohou být nápomocny k získání potřebné znalosti a dovednosti pro práci s ženami v menopauze. Taktéž by mohlo hrát roli sociální stigma, které může vést k tomu, že se některé porodní asistentky necítí pohodlně při poskytování péče v této oblasti.

## 4.2 Další možnosti průzkumu

Další možnosti průzkumu souvisejí se souborem respondentek v rámci této diplomové práce. Je zapotřebí více konkretizovat personál pracující v bližším kontaktu s problematikou péče o ženy v menopauze. Což mohou být například zaměstnanci pracující zejména na oddělení konzervativní nebo operační gynekologie, případně personál pracující v ordinacích obvodních gynekologů. V tomto průzkumu se totiž vyskytují i porodní asistentky z oddělení šestinedělí nebo porodního sálu (u kterých ovšem v rámci zaměstnání dochází k tomu, že porodní asistentky mění své pole působení v rámci více oddělení, například oddělení šestinedělí, oddělení gynekologie, porodní sál a tak dále).

Jedním z potenciálních problémů vyhodnocení znalostí porodních asistentek je volba samotné metody sběru dat pomocí dotazníkového šetření. Tento způsob má spoustu výhod, například:

- Široké pokrytí: Dotazníkové šetření umožňuje sbírat data od většího počtu respondentů v krátkém čase.
- Snadné srovnávání a zpracování dat: Dotazníkové šetření umožňuje snazší porovnání dat mezi různými skupinami respondentů. Zároveň data z dotazníků lze lépe zpracovat a analyzovat pro identifikaci trendů a vztahů mezi různými proměnnými.
- Nepřímé otázky: Dotazníkové šetření umožňuje sběr dat o citlivých tématech bez toho, aby respondent cítil přímý tlak.

Stejně tak má ale určité nevýhody:

- Omezený zpětný vztah: Dotazníkové šetření poskytuje pouze omezený zpětný vztah, což znamená, že ne vždy je jasné, proč respondent odpověděl určitým způsobem.
- Odpovědi nejsou vždy přesné: Respondenti mohou poskytnout nepravdivé nebo zkreslené informace, ať už úmyslně nebo neúmyslně. Případně respondenti nemusí vždy vyplňovat dotazník samostatně a není zde možnost zpětné kontroly ze strany průzkumníka
- Omezená flexibilita: Dotazníkové šetření vyžaduje přesné definování otázek a odpovědí předem, což může omezovat možnost zkoumat specifické aspekty tématu.

Namísto je tedy použít jinou výzkumnou metodu, která eliminuje nedostatky dotazníkového šetření, přestože se dotazníkové šetření jeví jako vhodný nástroj na sběr dat tohoto typu.

Potenciální přínos pro průzkum problematiky znalostí porodních asistentek za použití současných dat získaných v rámci této diplomové práce je také více se zaměřit na individuální přístup ve zpracování dat. Soubor dat totiž ukazuje určitý rozptyl mezi úrovněmi znalostí

u jednotlivých respondentek, který nebyl za použití současné metodiky zcela popsán. Nicméně je zde zapotřebí podotknout, že daný, více individuální, způsob může být neúměrně náročný na následné zpracování vzhledem k nejasnému očekávanému přínosu.

### 4.3 Doporučení pro praxi

Vzhledem k teorii a výsledkům průzkumu je možné stanovit několik oblastí doporučení pro praxi, které mohou zkvalitnit péči porodních asistentek o ženy v menopauze.

**Získání znalostí o menopauze:** Porodní asistentky by měly mít dostatečné znalosti o fyziologii a symptomech menopauzy. Znalosti o menopauze mohou zahrnovat zdravotní rizika, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, osteoporóza, rakovina prsu a endometria a depresivní symptomy. Toho je možné docílit vhodným školením zaměřeným přímo na tuto problematiku. Školení mohou být vedena osobní nebo online formou vyškoleným pracovníkem. Online školení mohou zároveň být povinná a jejich splnění podmíněno úspěšným zakončením testu vědomostí na konci každého bloku kurzu.

Zdravotnická zařízení by mohla více podporovat porodní asistentky, které mají snahu rozšířit své znalosti získáním vyššího vzdělání (například absolvováním bakalářského / navazujícího studia). Zdravotnická zařízení by také mohla nabízet školicí kurzy nebo přímo stáže v zahraničí zaměřené na získávání dalších zkušeností v této problematice. Zdravotnická zařízení by obecně měla navazovat užší kontakty s vědeckými pracovišti či pracovišti, která vedou výzkum v oblasti na toto téma a společně tvořit studijní programy pro další vzdělávání porodních asistentek.

**Komunikace a poradenství:** Komunikace je klíčovým faktorem pro efektivní péči o ženy v menopauze. Porodní asistentky by měly být citlivé na potřeby žen v menopauze a poskytnout jim prostor pro vyjádření svých obav a dotazů. Zároveň by jim měly být schopny odborně poradit ohledně zdravého životního stylu, včetně stravy a cvičení. Tyto informace mohou pomoci snížit riziko výskytu či intenzity symptomů spojených s menopauzou. Porodní asistentky by měly být obeznámeny s alternativními léčebnými metodami, jako je například užívání fytoestrogenů či homeopatik, které mohou pomoci zmírnit některé symptomy menopauzy.

**Odkazy na specialisty:** Porodní asistentky by měly být schopny sledovat zdravotní stav žen v menopauze. To může pomoci včas odhalit případné zdravotní problémy a zabránit jejich prohlubování. V případě, pokud porodní asistentka zjistí závažné zdravotní problémy, měla by klientku odkázat na specialistu, jako je gynekolog nebo endokrinolog.

## 5 ZÁVĚR

V první, teoretické části diplomové práce je podrobně rozebrána obecná terminologie týkající se problematiky menopauzy. Je zde především definován pojem menopauza a jsou zde popsány symptomatické projevy, rozdělené do kategorií akutní, subakutní a chronické. Důležitým tématem, které je v této části práce rozebráno, jsou různé možnosti terapie, které mohou pomoci zmírnit příznaky menopauzy. V základu jsou tyto možnosti rozděleny na hormonální a nehormonální terapii. Práce se zaměřuje na popis hormonální terapie, uvádí příklady, výhody a nevýhody, rizika a vedlejší účinky a popisuje také různé způsoby aplikace této terapie. Jsou však také prezentovány alternativní metody léčby, jako například fytoestrogeny, homeopatika a volné doplňky stravy. U každé ze specifikovaných metod jsou uvedeny příklady a očekávané účinky. Dalším tématem, které je v teoretické části práce rozebráno, je možná prevence symptomů v období menopauzy. Práce také přibližuje pojem kvality života a charakteristiku profese porodní asistentky, včetně popisu rolí porodní asistentky. Tato část práce tak přináší ucelený teoretický přehled aplikovatelný v praktické oblasti zdravotnictví.

Průzkumná část se zaměřuje především na odpovědi ke stanoveným průzkumným otázkám. Pro úspěšné vyhodnocení dat je vypracována metodika, tj. způsob sběru dat za pomoci dotazníku, který byl distribuován do nemocnic v Pardubickém kraji. Výsledky jsou analyzovány pomocí popisné statistiky. Nejprve je definován testovaný soubor respondentek na základě zvolených parametrů relevantních pro tento průzkum a následně jsou jednotlivé otázky detailně analyzovány. Na základě výsledků z průzkumu jsou pak stanoveny doporučení pro praxi případně možnosti dalšího průzkumu.

Z průzkumu bylo zjištěno, že celkové znalosti porodních asistentek jsou na dobré úrovni především z hlediska obecných znalostí, ačkoliv je zde viditelný prostor pro zlepšení zejména při hledání přesnějších definic u různých otázek. Překvapivým zjištěním bylo, že porodní asistentky mají velmi málo možností dalšího vzdělávání v oblasti péče o ženy v menopauze. Přestože zhruba polovina respondentek o takové školení má zájem. Vzhledem k faktu, že většina respondentek vnímá svoji roli porodní asistentky především v edukaci žen v menopauze, jeví se získávání nových znalostí na toto téma jako klíčové pro zlepšení péče o ženy v menopauze.

Zlepšování péče totiž nabývá čím dál více na významu, především v současné době, kdy je všeobecně známé, že dochází ke stárnutí populace. Koneckonců, lepší péči jistě ocení i samotné porodní asistentky, neboť ji v budoucnosti možná samy budou potřebovat.

## 6 POUŽITÁ LITERATURA

ADÁMKOVÁ, Věra. *Civilizační choroby – žijeme spolu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-413-1.

AŠENBRENEROVÁ, Ivana. *Menopauza: tělo a duše v harmonii*. Praha: Euromedia Group, 2020. Esence. ISBN 978-80-242-6611-4.

BESNARD-CHARVET, Christelle. *Homeopatie & perimenopauza*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5191-7.

Cervix.cz – Program cervikálního screeningu v České republice [online]. Masarykova univerzita, Brno, 2021 [cit. 2023-03-19]. Dostupný z WWW: <https://www.cervix.cz/>. ISSN 1804-087X

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

DONÁT, Josef. *Perimenopauza: Menopauzální přechod v klinické praxi*. Praha: DoMeNa, 2001. ISBN 80-238-8245-7.

DONÁT, Josef. *Postmenopauza: Estrogenní deficit v klinické praxi*. Praha: DoMeNa, 2003. ISBN 80-238-2036-7.

DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. Praha: Maxdorf, 2019. Jessenius. ISBN 978-80-7345-599-6.

DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2022. Jessenius. ISBN 978-80-7345-716-7.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

FAIT, Tomáš a Marta ŠNAJDEROVÁ. *Estrogenní deficit*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2007. Jessenius. ISBN 978-80-7345-128-8.

FAIT, Tomáš. *Klimakterická medicína: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2006. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 80-7345-001-8.

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

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

FAIT, Tomáš. Menopauzální genitourinární syndrom: těžký komunikační problém, snadná léčba. *Časopis lékařů českých*. Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha, 2019, 158, č.3-4, s. 101-106. ISSN 1805-4420.

FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf, 2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-403-6.

FAIT, T. a P. KOLIBA ML. Alternativní terapie akutního klimakterického syndromu – vitaminy, minerály a stopové prvky. *Klimakterická medicína*. 2010, **15**(1), 17-20.

FLORES, VA, PAL, L, MANSON, JE. Hormone Therapy in Menopause: Concepts, Controversies, and Approach to Treatment. *Endocr Rev*. 2021 Nov 16;42(6):720-752. doi: 10.1210/edrev/bnab011. PMID: 33858012.

GUNTER, Jen. *Bible vagíny: průvodce životem s vulvou a pochvou bez mýtů a předsudků*. Přeložil Monika DRLÍKOVÁ, přeložil Filip DRLÍK. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2022. Pod povrchem. ISBN 978-80-7555-152-8.

GUNTER, Jen. *Manifest menopauzy: vstupte do nové životní fáze s hrdoostí, seznamte se s fakty o svém těle a získajte kontrolu nad zdravím*. Přeložil Helena MIROVSKÁ. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2022. ISBN 978-80-7555-171-9.

JENÍČEK, Jaroslav. *Hormonální substituční terapie a klimakterium: průvodce pro lékaře*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0133-2.

JENŠOVSKÝ, Jiří, DŽUPA, Valér, ed. *Diagnostika a léčba osteoporózy a dalších onemocnění skeletu*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3741-9.

KAŇKOVÁ, Marcela. Využití bylinné léčby v klimakteriu. *FarmiNews* [online]. 2014, **12**(3), 20-21 [cit. 2020-11-26]. Dostupné z: [http://www.edukafarm.cz/data/soubory//casopisy/Farmi%203%20-%202014/20%20Kankova\\_Vyuziti%20bylinne%20lecby%20v%20klimakteriu\\_2014.pdf](http://www.edukafarm.cz/data/soubory//casopisy/Farmi%203%20-%202014/20%20Kankova_Vyuziti%20bylinne%20lecby%20v%20klimakteriu_2014.pdf)

KUBÍKOVÁ, Drahomíra. Menopauzální symptomy a hormonální substituční terapie. *Praktické lékařství*. Plzeň, 2014, **10**(2), 68-73. ISSN 1801-2434.



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

MAREŠOVÁ, Pavlína a Luděk FIALA. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4852-1.

MORAVCOVÁ, Markéta. *Hodnocení kvality života žen po menopauze*. Hradec Králové, 2014. Dizertační práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav hygieny a preventivního lékařství. Vedoucí práce Mareš, Jiří.

MORAVCOVÁ, Markéta. *Kvalita života žen v období ovlivněném menopauzou*. Pardubice: Vydavatelství Univerzity Pardubice, 2023. ISBN 978-80-7560-456-9.

PILKA, Radovan. *Gynekologie. 2. aktualizované vydání*. Praha: Maxdorf, 2022. Jessenius. ISBN 978-80-7345-743-3.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.

PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

REŠLOVÁ, Taťána. Menopauza – léčba potíží. *Medicína pro praxi*. 2012, **9**(11), 445-450. ISSN 1803-5310.

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

SLÍVA, Jiří a Tomáš FAIT. *Samoléčba v gynekologii, aneb, Sama sobě gynekologem*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-282-7.

SUCHÁNEK, Pavel. Menopauza – co přináší a co vyžaduje. *Farmi news*. 2014, **12**(1), 20-22. ISSN 1214-5017.

ŠPAČEK, Jiří, Ivo KALOUSEK, Petr JÍLEK et al.. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4646-6.

ŠPIČÁK, Julius. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0318-8.

## **7 PŘÍLOHY**

Příloha A – <i>Dotazník vlastní tvorby</i> .....	66
--	----

Příloha A – *Dotazník vlastní tvorby*

Vážené respondentky,

jmenuji se Michaela Cimflová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studijního programu Specializace v porodní asistenci – Perioperační péče na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění anonymního dotazníku, který poslouží jako podklad pro mou diplomovou práci na téma Změny v kvalitě života žen v postmenopauzálním období z pohledu porodních asistentek.

U jednotlivých otázek, prosím, vybírejte pouze jednu odpověď, není-li uvedeno jinak. V otázkách, kde volíte odpověď na škále, označte kroužkem příslušný stupeň odpovídající Vaší odpovědi.

Děkuji za vyplnění dotazníku a Váš čas.

Cimflová Michaela

---

1) Kolik je Vám let?.....

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) SŠ

b) VOŠ

c) VŠ

d) Jiné (uveďte).....

3) Definujte vlastními slovy pojem menopauza.

.....  
.....

4) Jaký je střední věk menopauzy v našich geografických podmínkách?

.....

5) K poklesu kterých hormonů obvykle dochází v období ovlivněném menopauzou?

.....

- 6) Domníváte se, že máte dostatek informací ohledně obtíží, se kterými se ženy potýkají v období souvisejícím s menopauzou?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nedokážu posoudit
- 7) Měla jste možnost se v pracovním procesu do vzdělání v oblasti menopauzy? Probíhalo u vás na oddělení nějaké školení na toto téma?
- a) Ano, školení jsem se zúčastnila
  - b) Ano, ale školení jsem neměla zájem se zúčastnit
  - c) Ne, takovou možnost nemáme, ale chtěli bychom ji
  - d) Ne, o školení není zájem
- 8) Jaké obtíže si myslíte, že se u žen nejčastěji objevují v období ovlivněném menopauzou? Zakroužkujte, prosím, 3 symptomy, které se dle Vás vyskytují nejčastěji.
- a) Návaly horka (občasné pocení)
  - b) Srdeční obtíže (bušení srdce, pocit tísně, zrychlený tep)
  - c) Poruchy spánku (potíže s usínáním, časně buzení)
  - d) Depresivní nálady (pocit smutku, proměnlivost nálad)
  - e) Předrážděnost (nervozita, pocit paniky)
  - f) Úzkost (pocit paniky)
  - g) Vyčerpání (pokles koncentrace, zapomínání, výpadky paměti)
  - h) Sexuální obtíže (změny sexuální chuti, aktivity, uspokojení)
  - i) Močové obtíže (močová inkontinence, časté močení)
  - j) Suchost pochvy (pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku)
  - k) Bolesti svalů a kloubů (revmatické obtíže)
- 9) Uveďte příznaky, které znáte a řadí se mezi pozdní v období ovlivněném menopauzou.
- .....
- .....

10) Uveďte, které znáte rizikové faktory, které mohou mít vliv na průběh období ovlivněného menopauzou.

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

11) Označte maximálně tři možnosti léčby, o kterých se domníváte, že jsou u menopauzálních symptomů nejčastěji používané.

- a) Hormonální substituční terapie
- b) Fytoestrogeny
- c) Fyzioterapie
- d) Elektroanalgezie
- e) Homeopatie
- f) Akupunktura
- g) Volně prodejné doplňky stravy
- h) Jiné - .....

12) Jaký je interval gynekologických preventivních vyšetření u žen ve věku 50 let a víc?

- a) Jednou za čtvrtletí
- b) Jednou za pololetí
- c) Jednou za rok (jako u žen mladších 50 let)
- d) Jednou za 2 roky

13) Měla by podle Vás žena, která prochází menopauzou, navštěvovat gynekologa častěji?

- a) Ano, proč .....
- b) Ne, proč .....
- c) Pouze pokud má obtíže

14) Jak vnímáte roli porodní asistentky v péči o ženy v menopauze?

.....  
.....