

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U
PACIENTKY V KLIMAKTERIU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PAVLÍNA PARTYNGLOVÁ, DiS.

Praha 2013

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U
PACIENTKY V KLIMAKTERIU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PAVLÍNA PARTYNGLOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Partyngllová Pavlína
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 9. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacientky v klimakteriu

Nursing Process for Female Patients In Climacteric State

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 31. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

PARTYNGLOVÁ, Pavlína. Ošetrovatelský proces u pacientky v klimakteriu. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha, 2013. 64 s.

Ústředním tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o pacientku s estrogendeficitním syndromem v klimakteriu v jejím přirozeném prostředí. Teoretická část obsahuje charakteristiku onemocnění, klasifikaci, jeho diagnostiku, komplikace, léčbu a prognózu. Zmiňuje se o historickém pohledu na onemocnění i jeho psychologických aspektech. Praktickou část práce tvoří kazuistika pacientky s uvedeným onemocněním, charakteristika aplikovaného ošetrovatelského procesu, vytvoření ošetrovatelských diagnóz, stanovení cílů, plánování, intervence, realizaci a vyhodnocení, také celkové zhodnocení ošetrovatelské péče. Nedílnou částí práce je edukace pacientky a nácvik získaných dovedností, získání zpětné vazby ze strany pacientky, její rodiny a přátel.

Klíčová slova: Hormonální substituční terapie. Klimakterium. Menopauza. Ošetrovatelský proces. Pacientka.

ABSTRACT

PARTYNGLOVÁ, Pavlína. The nursing process at the patient in a menopause. Medical University, o.p.s. Level of kvalification: Bacheleor. Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague, 2013. 64 p.

The main tema of this bacheleor's work is a complex nursing care about a patient with estrogendeficit syndrom in the menopause with its natural surroundings. The teoretical part contains characteristic of disease, its clasification and diagnostication. It contains complication, cure and prognosis too. This work concern historical view to this disease and its psychological aspects too. The practical part of this work form case history from this patient with described disease, characteristic of aplicationed nursing care. It contains creating nursing diagnosis, determination of a target, planing, intervention, realization, evaluation and final appreciation of nursing work. The patient's family is integral part to the patient's education and to learn with her gained skills. To gain a feedback from the patinet and her friends and family is very important too.

Key words: Hormonal substititional terapy. Menopausa. Nursing care. Patient.

PŘEDMLUVA

Klimakterium je fyziologické období v životě ženy. V pravém smyslu slova tvoří přechod z období reprodukčního do období reprodukčního klidu. Samo o sobě není nemoc, ale může být příčinou řady onemocnění. Často bývá chybně zaměňováno s pojmem menopauza, což je jeden z doprovodných příznaků klimakteria.

Tato práce vznikla z důvodu zaměření se na uvedenou problematiku a získání poznatků a zkušeností s aplikací ošetrovatelského procesu u pacientky v klimakteriu.

Dané téma práce jsem si vybrala pro jeho četný výskyt v ženské populaci a pro vlastní zkušenosti s danou problematikou ve své rodině a svém okolí. Téma klimakteria je v povědomí laické veřejnosti poměrně známé, ne však z odborného hlediska. Častěji je na toto téma vtipkováno a pohlíží se na něj s despektem. Chtěla jsem se proto zaměřit na skutečné problémy a možná zdravotní rizika v souvislosti s tímto úsekem života ženy. Důležitou roli při výběru tématu méj práce hrálo i to, že je součástí života každé ženy, tedy i mého. Mám proto možnost lépe pochopit pocity a problémy s ním spojené.

Práce je určena studentům oboru všeobecná sestra a porodní asistentka. Poznanky a doporučení z ní však mohou čerpat i ženy procházející tímto obdobím svého života i veřejnost se zájmem o danou problematiku.

Chtěla bych tímto poděkovat vedoucí mé bakalářské práce za velké množství důležitých rad a podnětů, čas, který věnovala spolupráci se mnou a podporu, kterou mi poskytovala při vytváření bakalářské práce.

Ráda bych také poděkovala přátelům a známým, kteří mi ochotně poskytli zkušenosti, rady a nápady týkající se daného tématu.

Obsah

I TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD	10
1 Historický pohled na klimakterium	11
2 Klimakterium	12
2.1. Definice.....	12
2.2 Mechanismus vzniku.....	12
2.3 Etiologie a patogeneze.....	13
2.4 Anatomické změny.....	14
2.5 Klasifikace klimakteria.....	15
2.6 Klinické projevy.....	16
2.7 Diagnostika klimakteria.....	19
3 Změny v psychice	20
3.1 Projevy změn v psychice.....	20
3.2 Příčina psychických změn.....	21
3.3 Diagnostika psychických změn.....	22
3.4 Léčba psychických změn.....	22
4 Sexualita v období klimakteria	24
4.1 Obecné účinky hormonů na lidské sexuální chování.....	24
4.2 Změny sexuality v období menopauzy.....	24
4.3 Příznaky spojené s menopauzou a sexualitou.....	25
4.4 Vliv sexuálních potíží na psychiku a partnerské vztahy....	25
5 Hormonální substituční terapie	27
5.1 Krátce z historie HT.....	27
5.2 Názvosloví užívané pro HT.....	27
5.3 Indikace HT.....	27
5.4 Účinky HT na jednotlivé orgány či systémy.....	28
5.5 Kontraindikace HT.....	32

5.6	Formy aplikace a příklady preparátů.....	33
6	Nehormonální terapie.....	36
7	Prevence v klimakteriu.....	38
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
8	Ošetrovatelský proces podle Virginie Avenel Henderson – Teorie základní ošetrovatelské péče.....	39
9	Použití teorie V. Hendersonové v ošetrovatelském procesu.....	43
9.1	Osobní údaje.....	43
9.2	Sociální situace.....	44
9.3	Anamnéza.....	44
9.4	Fyzikální vyšetření sestrou ze dne 11.11.2012.....	46
9.5	Ošetrovatelská dokumentace dle Hendersonové.....	47
9.6	Vyšetření biologického materiálu.....	51
9.7	Kazuistika.....	52
9.8	Stanovení ošetrovatelských diagnóz.....	52
9.9	Rozpracování ošetrovatelských diagnóz.....	53
9.10	Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče.....	61
9.11	Doporučení pro praxi.....	61
	ZÁVĚR.....	63
	SEZNAM LITERATURY.....	64
	SEZNAM PŘÍLOH.....	66

ÚVOD

V průběhu posledního století se prodloužil život žen v průměru o 30 let, ale nezměnil se věk, kdy přestávají fungovat vaječníky. Prodlužuje se tak doba, kterou žena prožije ve stavu nedostatku ženských pohlavních hormonů – estrogenním deficitu.

V povědomí laické veřejnosti pojem klimakterium evokuje soubor příznaků, jako jsou návaly horka, nervozita, náladovost, bušení srdce...

Pro mnoho žen může být kritickým bodem v jejich emocionálním, psychologickém a intelektuálním životě, ale ne vždy musí znamenat jeho zhoršení. Jakmile děti opustí domov, žena se začíná těšit, že se zmenší její pracovní zátěž a bude mít více času na sebe. Může této situaci využít ke zdokonalení svého životního stylu, pracovních návyků, rozhodnout se co očekává od budoucnosti a provést pozitivní změny ve svém životě. Je to období změn a mnoho žen uvádí, že i přes diskomfort, který s sebou přinášejí, je přirozenou součástí jejich života a dá se prožít kvalitně a plnohodnotně.

Na rozdíl od mnoha žen se společnost na klimakterium dívá s despektem, a i když se o něm hodně hovoří, bývá chápáno ponižujícím nebo negativním způsobem. Není proto divu, že se některé ženy tohoto období děsí. Společnost se svým obdivem k mládí, kráse a sexu, vykresluje ženy v přechodu jako iracionální, neurotické, nepříjemné nebo sexuálně neutrální. Bývají vnímány jen jako pod vlivem změn, odehrávajících se v jejich těle. Život moderní ženy trvá přibližně 80 let, což znamená, že jeho podstatnou část bude žena žít po klimakteriu. Má tedy výhodu moudrosti a zkušeností. Toto životní období ženy může tedy být časem nových možností a vyhlídek, které mohou potencionálně znamenat nejlepší léta jejího života. Stále má čas vrátit se do školy, začít novou kariéru, cestovat, psát, učit se novým dovednostem a pečovat o sebe. Tedy cítit se daleko šťastnější než kdykoli před tím.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Historický pohled na klimakterium

Již lékaři starého Egypta a také Hippokrates znali některé gynekologické nemoci, které se dostavovaly se stářím ženy. Jednalo se o metroragii, nádory dělohy, poruchy menstruačního cyklu nebo prolaps. Nicméně až v 18. století v díle Johna Leaka je patrný pokus o definici menopauzy. Ten píše o „kritickém období života ženy“, ve kterém dochází k úbytku krve a ke změnám v prokrvení dělohy, vedoucím k chronickým nemocem ženy. Píše o bolestech, závratích, náladovosti, hysterii, melancholii a o urologických obtížích. Až v roce 1813 najdeme ve sdělení Henryho Halforda zmínku o klimakterické nemoci, která postihla krále Jiřího III. Symptomy přičítal stárnutí organismu a tímto sdělením označil dnes již všeobecně známý fakt o existenci estrogendeficitu a andropauzy.

Člověk odlišuje od ostatních primátů vývoj mozku, vzpřímená chůze a menopauza. K evoluci menopauzy došlo asi před 5-7 miliony let, kdy se člověk „oddělil“ od opic. (FAIT/2010)

Člověk se může dožít vysokého věku, ale fertilita ženy končí předčasně, přestože další orgány pokračují ve své funkci. Evoluční hypotézy tedy hledají odpověď na otázku, proč selekce zvýhodnila u ženy postreprodukční období. Některé hypotézy uvádějí, že postmenopauzální dlouhověkost je dána dlouhou dobou závislosti lidského mláděte na rodičích a především na matce. Jiné, že stárnoucí matka obětuje svoji reprodukční schopnost přežití již narozených dětí a neriskuje život dalším těhotenstvím. (KOLIBA, 2007)

V různých kulturách se ke klimakteriu přistupovalo různě. Ve vyspělejších společnostech byly ženy i ve vyšším věku součástí rodiny a podílely se na výchově vnoučat, což byla poměrně prestižní pozice. V Kanadě se ženy indiánského kmene Cree po období přechodu začínají učit šamanské a léčitelské dovednosti. Mexické ženy téměř nevyhledávají v období přechodu lékařskou pomoc, protože toto období chápou jako kladný stav. Pro ženy některých afrických kmenů je přechod počátkem vyšší pozice, kdy mohou organizovat práci mladším. V indickém Rajasthanu ženy po přechodu už nemusí nosit závoj. V Číně ženy nepokládají klimakterium za nemoc, a proto v souvislosti s ním nenavštěvují lékaře. (STOPPARDOVÁ, 1995)

2 KLIMAKTERIUM

2.1 Definice

Klimakterium, jinak také přechod je fyziologickým obdobím v životě ženy. V pravém slova smyslu je to přechod z reprodukčního období do období reprodukčního klidu. Často je zaměňován s pojmem menopauza, což je poslední menstruační cyklus řízený ještě ovariální funkcí. Menopauza je tedy projevem klimakteria. v období klimakteria dochází k fyziologickému poklesu funkce ovárií a následným endokrinním, somatickým a psychickým změnám. Podle WHO je definováno jako období začínající přibližně 1 rok před menopauzou a je charakterizováno již nastupujícími klinickými obtížemi. Fyziologicky se vyskytuje mezi 45. a 60. rokem věku. Nástup tohoto procesu před 40. rokem věku označujeme jako předčasné ovariální selhání.(KOLIBA, 2007)

Klimakterium je přechodem z období pohlavní zralosti do období ztráty ovariální funkce. Zahrnuje časový úsek kolem menopauzy, která jako poslední menstruace je klinickým ukazatelem ukončení reprodukční schopnosti ženy.(KOLIBA, 2007)

Klimakterium je definováno mnoha způsoby. Pravdou je, že to není začátek stáří, ani začátek životní krize. Jedná se pouze o součást nepřetržitého životního cyklu projevujícího se u každé ženy individuálně. S pokrokem medicíny není již hodnoceno jako nemoc, ale jako fyziologický stav.

2.2 Mechanismus vzniku

Menopauza je fenomén primárně ovariální. Dochází k poklesu počtu folikulů v ováriích. V polovině těhotenství je v ováriích 7 milionů folikulů, při porodu 2 miliony, při menarche 300 tisíc a v postmenopauze je jejich výskyt jen sporadický. Spolu se zánikem folikulárního aparátu klesá hladina estrogenů až pod hranici nezbytnou pro proliferaci endometria. Podobně dochází ke změnám ve všech strogensenzitivních cílových tkáních. Ovaria si po menopauze zachovávají endokrinní aktivitu – produkují androgeny. V důsledku deficitu estrogenů dochází k rozvoji klimakterického syndromu.(GYNEKOLOGIE, 2013)

2.3 Etiologie a patogeneze

V našich zeměpisných šířkách je střední věk menopauzy 49 let. Alterace ovariálních funkcí však nastává již 5-7 let před „úplným“ výpadkem menstruace. Klesá fertilita a zvyšuje se variabilita délky a intenzity menstruačních cyklů. Klíčovou úlohu v tomto období hraje folikulární vyčerpání ovaria při procesu reprodukčního stárnutí.(KOLIBA, 2007)

Dominantní příčinou je pokles počtu ovariálních folikulů pod určitou prahovou hodnotu. Na těchto změnách se však podílí i pokles produkce gonadotropního hormonu v hypofýze. Zároveň dochází ke zřetelnému úbytku objemu a hmotnosti ovárií (asi na třetinu maximální hmotnosti dosažené v průběhu života). Výrazně probíhá proces atrezie folikulů a klesá jejich senzitivita ke gonadotropinům. V ováriích chybějí velké folikuly a čerstvá žlutá tělíska. Prvotní endokrinní příčinou reprodukčního stárnutí je urychlené dozrávání folikulů a zvýšená sekrece estrogenů až do doby vyčerpání zásoby folikulů.(KOLAŘÍK, HALAŠKA, FEYEREIESEL, 2008)

Proces atrezie folikulů v ovariu je ovlivňován různými faktory:

věk menarche: čím časnější menarche, tím pozdější nástup menopauzy

doba trvání menstruačního cyklu: čím delší cyklus, tím pozdější nástup menopauzy

parita: při větším počtu narozených dětí je nástup menopauzy pozdější

kouření: u kuřáček je nástup menopauzy časnější

rasa

zeměpisná poloha a nadmořská výška

socioekonomické faktory

Wise pokládá za spouštěcí mechanismus menopauzy věkem způsobené změny v mozku a prokázal multifokální změny neurotransmiterů. Ty vedou k alteraci folikulogeneze, aktivizaci ovariálních peptidů a gonadotropinů.

První laboratorní známkou perimenopauzy je zvýšení FSH při ještě normální hladině LH a estradiolu. S dalším snižováním počtu folikulů dochází k poklesu tvorby estradiolu a progesteronu, v důsledku čehož se menstruační cyklus prodlužuje, až zcela ustává.

Přehled sérové hladiny hormonů v reprodukčním období a po menopauze

	časná folikulární fáze	postmenopauza
FSH(IU/I)	2 – 11	30 – 170
LH(IU/I)	3 – 15	20 – 80
inhibin alfa (IU/I)	100 – 1000	< 72
inhibin (ng/I)	2 – 10	< 2
estradiol (pg/ml)	10 - 80	5 – 30
(pmol/l)	37 – 274	18 – 110
estron(pg/ml)	15 – 60	20 – 50
(pmol/l)	55 – 221	18 – 184
progesteron(ng/ml)	0,2 – 0,6	0,1 – 0,5
(nmol/l)	0,6 – 1,9	0,3 – 1,6
testosteron(ng/ml)	0,2 – 0,4	0,2 – 0,8
(nmol/l)	0,7 – 1,4	0,7 – 2,8
androstendion(ng/ml)	0,9 – 2,8	0,4 – 1,8
(nmol /l)	3,1 – 9,8	1,4 – 6,4

2.4 Anatomické změny

Primární anatomickou změnou je atrofie ovaria, jehož kůra je nahrazována fibrózní pojivovou tkání. Primární folikuly mizí a cévy ovaria degenerují. Změny jsou pravděpodobně programovány geneticky a vše ostatní je důsledkem snížené hladiny ovariálních estrogenů. Endometrium dosahuje atrofie přes stadium premenopauzální hyperproliferace či glandulárně cystické hyperplázie. Pochva ztrácí elasticitu a zkracuje

se. Sliznice se ztenčuje, pH poševního prostředí se mění na neutrální až alkalické za současného vymizení laktobacilů. Atrofuje děloha, vulva a svalstvo pánevního dna. Extragenitálně je patrná změna tělesné hmotnosti, snížení elasticity pojivové tkáně, projevy osteoartropatie, osteoporozы, redistribuce podkožního tuku, zvýšení pigmentace kůže, její šupinatění a ochabování. Zhoršuje se funkce ledvin, gastrintestinálního traktu, centrálního nervového systému. Prsy atrofují, jsou menší a méně pevné, bradavky ztrácejí erektilitu a zmenšují se. Rovněž atrofuje žlázová tkáň.(FAIT/2006)

2.5 Klasifikace klimakteria

Původní návrh klasifikace Světové zdravotnické organizace (WHO), který byl vypracován v roce 1981, doporučil používat následující terminologii:

- *premenopauza*- období předcházející menopauze
- *menopauza*- poslední menstruace, trvalé vymizení menstruace
- *perimenopauza*- období bezprostředně před menopauzou a do 1 roku po menopauze
- *postmenopauza*- období vyhaslé ovariální funkce začínající 1 rok po menopauze

Charakter hormonálních změn v období přechodu od premenopauzy do postmenopauzy můžeme specifikovat následovně:

- ztráta cykličnosti hormonální sekrece (progesteron, estradiol, gonadotropiny)
- vzestup hladiny FSH k hypergonadotropismu
- pokles hladin 17β -estradiolu k hypoestrinismu
- extragenitální tvorba estrogenů

Charakteristika jednotlivých etap klimakteria a postmenopauzy

- *premenopauza*: pravidelná menstruace nebo polymenorea, případně oligomenorea, nízké hodnoty progesteronu, ztráta cykličnosti v produkci GT a pohlavních steroidů
- *perimenopauza*: nepravidelné menzes – oligomenorea až amenorea (do 1 roku trvání), zvýšené hodnoty FSH
- *postmenorea*: trvalá amenorea, trvalý hypergonadotropismus, hypoestrinismus, fyziologická ireverzibilní folikulární insuficience ovaria s trvalou sterilitou
- *klimakterium*: období hormonálních změn, které charakterizují přechod z premenopauzy do postmenopauzy. U většiny žen se objevuje soubor specifických obtíží, které v dřívějším věku neměly. Jsou nazývány klimakterickým

syndromem.(CITTEBART, 2001)

2.6 Klinické projevy

S poruchou ovariální funkce souvisí poruchy menstruačního cyklu. Pouze u malého počtu žen v premenopauze nastává náhlá zástava cyklického menstruačního krvácení. U části žen dochází nejprve ke snížení produkce progesteronu, což vede k silným metroragiím. Rozsáhlá symptomatologie klimakteria se dělí na syndromy vegetativní, organické a metabolické.

Tab. č. 1 *Přechodné a akutní symptomy spojené s klimakteriem*

Vazomotorické stavy	Psychické symptomy	
návaly	nespavost	plačtivost
noční pocení	zhoršení paměti	popudlivost
palpitace	úzkost ztráta libida změny nálad ztráta sebevědomí	zhoršení schopnosti rozhodovat zhoršení schopnosti koncentrace

Vegetativní symptomy snižují kvalitu života, ale neohrožují zdraví ženy. Jsou též označovány jako akutní symptomy nebo klimakterický syndrom. Různé studie označují dva syndromy: vazomotorický a psychosomatický. Organické a metabolické změny mohou vést k poškození zdraví. Označují se též jako estrogen-deficitní metabolický syndrom.(FAIT, 2006)

Pro účely objektivizace do značné míry subjektivních příznaků bylo vytvořeno několik systémů hodnocení klinické symptomatologie. Využívají se zejména pro účely srovnávání např. v rámci klinických studií:

- *Kuppermanův index* – systém používaný tradičně ve druhé polovině dvacátého století. Jeho významným omezením je hodnocení pouze akutních změn, nikoli subakutních.(viz příloha A)
- *Menopauze Rating Scale* - v současnosti nejčastěji používaný standardizovaný systém. Hodnotí jednak celkový index, jednak zvlášť obtíže somatické, psychické a

urogenitální. (KOLAŘÍK, 2008)

Klimakterický syndrom

Termín klimakterický syndrom výstižně charakterizuje období života, v němž symptomatologie vzniká. Potíže se objevují se značnými individuálními rozdíly ve vztahu k menopauze. Mohou se vyskytovat i několik let před menopauzou, ale i po ní a mohou přetrvávat i několik let v postmenopauze. Původně byla pod pojem klimakterický syndrom zahrnována veškerá symptomatologie vazomotorická, metabolická a psychická. V současné době je termín vyčleněn pro symptomy vazomotorické a psychické.

Symptomatologie: Návaly horka – jsou jedním z prvních projevů hormonální nestability a úbytku estrogenů. Jsou spojeny s pocity horka v horní polovině těla, především na krku, hrudi a objektivně zjistitelným vzestupem teploty kůže prstů. V noci bývají označovány jako noční pocení a bývají příčinou poruch spánku.

Pocení – ataky pocení zpravidla provázejí návaly horka a jsou jedním z příznaků poruchy termoregulace. Charakter pocení je značně individuální, rozdílný co do intenzity i lokalizace na těle.

Další symptomy – vyskytují se bolesti hlavy, závratě, parestézie, palpitace, tachykardie, poruchy srdečního rytmu, dyspnoe, trávicí potíže i obtíže sexuálního charakteru.

Organický estrogen-deficitní syndrom

Tento soubor příznaků přináší řadu subjektivních potíží, které ženě značně znepříjemňují život. Příčinou zdánlivě nesouvisejících potíží syndromu je poškození struktury některých orgánů atrofizací. Společným jmenovatelem těchto potíží je nedostatek estrogenů.

Atrofie pochvy – postihuje prakticky všechny ženy po menopauze. První příznaky se mohou objevit již několik měsíců po menopauze. Atrofická sliznice je suchá, snadno zranitelná a náchylná k infekcím. Vymizení normální bakteriální flory z pochvy a změna prostředí z kyselého na zásadité umožňuje osídlení pochvy patogenními mikroby. Vznikající záněty se projevují recidivujícími výtoky. Klinicky se stav projevuje suchostí, pálením a pruritem.

Atrofie uretry – atrofizace sliznic uretry a močového měchýře se projevuje polakisurií, nykturií, urgentní inkontinencí a stresovou inkontinencí, poruchami

vyprazdňování močového měchýře, bolestivou mikcí, dysurií a recidivujícími močovými infekcemi.

Atrofie kůže – po menopauze se projevuje suchostí, ztenčením a zvrásněním. Degenerativní změny postihují i podkožní pojivovou tkáň a kožní adnexa. (CITTERBART, 2001) Snižuje se zastoupení kolagenu v kůži, ubývá voda obsažená v kůži a snižuje se kožní turgor. Zároveň se snižuje sekrece potních a mazových žláz, zvyšuje se pigmentace v důsledku vyšší produkce melatoninu. Nehty jsou lámavější, objevuje se vypadávání vlasů. (KOLAŘÍK, 2008)

Prsy – Mléčná žláza je cílovým orgánem estrogenní stimulace. Po menopauze prsy atrofují s redukcí tukové tkáně i mléčné žlázy, která je nahrazována tkání fibrozní. zvětšuje se sklon k dysplazii prsu.

Pánevní dno – svalovina pánevního dna ztrácí tonus v souvislosti s nedostatkem estrogenů. Atrofizace postihuje podpurný i závěsný systém dělohy.

Trávicí systém – atrofie sliznice dutiny ústní způsobuje sucho v ústech, poruchy chuti, vznik chronické gingivitis. Atrofie sliznice colon caecum a colon ascendens může vést k okultnímu krvácení, někdy až k sideropenické anémii. PO menopauze je 2,5x vyšší riziko výskytu onemocnění žlučníku. (CITTERBART, 2001)

Metabolický estrogendeficitní syndrom

Onemocnění předchozích dvou skupin může snižovat kvalitu života. Následující onemocnění však mohou ohrozit ženu na životě. K plnému rozvoji těchto změn dochází až za několik let po menopauze.

Osteoporóza – je systematické onemocnění manifestující se nízkou kostní hmotou a mikroarchitektonickým poškozením skeletu vedoucí k jeho nedostatečnosti a zvýšenému riziku fraktury. K nejrychlejšímu úbytku dochází první 3-4 roky postmenopauze. Rizikovými faktory pro rozvoj osteoporózy jsou: genetiky, nízká koncentrace pohlavních hormonů, kortikoterapie, imobilizace, nízká tělesná hmotnost, kouření cigaret, alkoholismus, oboustranná ovariectomie ve fertilním věku, chybné dietní návyky. Osteoporózu můžeme rozdělit na primární a sekundární. (KOLIBA, 2007)

Klinickými projevy jsou bolesti kostí, kloubů a páteře. Často bývá první manifestací až fraktura, nejčastěji femuru, obratlů, distálního předloktí. Diagnostika probíhá prostřednictvím rentgenové osteodenzitometrie, počítačové tomografie, ultrazvukové denzitometrie. Léčba spočívá v dodávání vysokých dávek kalcia.

Změny metabolismu sacharidů – snižuje se glukozová tolerance a klesá pankreatická produkce inzulínu.

Změny kardiovaskulárního systému – riziko kardiovaskulárních onemocnění se po menopauze výrazně zvyšuje. Riziko postižení postmenopauzálních žen je 4x vyšší než premenopauzálních. Rizikovými faktory jsou: nárůst tělesné hmotnosti, vzestup krevního tlaku, inzulínová rezistence, elevace celkového cholesterolu.

Neurodegenerativní onemocnění – Alzheimerova choroba, Parkinsonova nemoc, Makulární degenerace. (KOLAŘÍK, 2008)

2.7 Diagnostika klimakteria

Diagnostika klimakteria vychází z klinických příznaků, vyšetření hormonů a biochemického vyšetření. (GYNEKOLIGIE, 2013)

Za povinná diagnostická vyšetření, která musí žena absolvovat před nasazením hormonální terapie, se považují anamnéza, gynekologická onkologická prevence včetně mamografie a kontrola krevního tlaku. Anamnéza se zaměřuje na rizika nádorového onemocnění, zejména karcinomu prsu a tromboembolické nemoci. Také se pátrá po výskytu osteoporózy v rodinné anamnéze. Nezbytnou součástí sledování žen v klimakteriu je mamografie. Jejím hlavním úkolem je odhalit nehmotné tumory prsu. Je to jediná metoda schopná odhalit mikrokalifikace, které mohou být známkou časného stadia maligního nádoru. Další diagnostickou metodou je denzitometrie, která je indikována zejména u žen s vysokým rizikem této choroby. U pacientek s osteoporózou by měl být vyloučen primární a sekundární hyperparathyreoidismus, myelom, leukémie a lymfom, hyperthyreoidismus a hyperkortisolismus, což se provádí pomocí biochemického vyšetření. Biochemické vyšetření také zhodnotí markery kostní přestavby a lipidový profil. Vyšetření hormonů ověří diagnózu klimakterického syndromu, která je však stanovena podle klinických příznaků.

Ultrazvukové vyšetření nebývá považováno za obligatorní. Umožňuje kontrolu endometria, kdy je za fyziologickou hodnotu jeho maximální výšky u postmenopauzálních žen považována hodnota 4 mm. (FAIT, 2006)

Každá abnormalita ultrazvukového nálezu by měla vést k bioptickému vyšetření operační hysteroskopií nebo diagnostickou kyretáží děložní dutiny. (CITTERBART, 2001)

3 ZMĚNY V PSYCHICE ŽENY V OBDOBÍ KLIMAKTERIA

Na konci fertilního období dochází v organismu ženy k zásadním změnám. Na psychiku ženy je vyvíjen obrovský tlak. Musí se vyrovnat s dospělostí a osamostatněním se svých dětí, které opouštějí rodinu. Náhle se mění priority v rodinném životě. Zatímco do té doby byla hlavním tématem diskuzí a řešení v rodině výchova a péče o děti, najednou si partneři musí hledat jiná témata k hovorům a jiné zdroje naplnění volného času. Objevuje se pro ženu typický syndrom "prázdného hnízda". Také v zaměstnání dochází pro ni k podstatným změnám. Do pracovního procesu nastupují ženy nejen fyzicky mladší, ale i lépe odborně vybavené. V současné době se připojují v souvislosti s tím i obavy ze ztráty zaměstnání a obtížného hledání práce nové. Dalším mezníkem v tomto období je odchod do důchodu. Může vést ke komunikačním partnerským problémům také proto, že na sebe partneři mají překvapivě mnoho času. (FAIT, 2010)

3.1 Projevy změn v psychice

Psychické změny v klimakteriu jsou způsobovány endokrinní regulací. Estrogeny kontrolují kognitivní funkce jako je např. pojmové myšlení, vnímání a schopnost přizpůsobovat se změnám. Mají ale i zklidňující schopnost a tím předchází úzkostem. Chronická únava a vyčerpání bývá následkem nespavosti způsobené nočními návaly horka. Nejčastějšími psychickými příznaky probíhajícího klimakteria bývají labilita, roztěkanost a roztržitost, sebekritičnost, podceňování se, neschopnost se soustředit, stresy, úzkost, beznaděj, nervozita, podrážděnost, pocity vyčerpání. Tyto pocity se mohou samozřejmě vyskytovat v kterékoli fázi života ženy, ale typické právě pro klimakterium je to, že se vyskytují společně. (PETRÁŠOVÁ, KLÍMOVÁ, 2012)

Změny nálad v klimakteriu mohou však být i předzvěstí závažných chorob jako je deprese. Může začít plačtivostí, úzkostmi, nespavostí, tedy příznaky, které žena přikládá klimakteriu. Pokud má žena výskyt deprese v rodinné anamnéze, zažila silně stresující událost apod., je nutné, aby tyto okolnosti posoudil odborný lékař. Dá se tak předejít nebo včas podchytit závažné stavy v období před jejich plným

rozvinutím.(PŘÍZNAKY KLIM., 2012)

3.2 Příčina psychických změn

Výskyt depresí a úzkostných stavů v klimakteriu nebývá ve srovnání s ostatními symptomy klimakterického syndromu velmi častý. Jako příčina bývá označován deficit estrogenů a kolísání jejich hladiny v krvi, což je uváděno jako hlavní příčina klimakteria obecně. O to závažnější jsou klinické projevy psychických potíží v tomto období života ženy. Není jednoznačně prokázán pozitivní vliv samotných antidepresiv a psychoterapie na jedné straně, či samotné hormonální substituční terapie na straně druhé. Nejlepší řešení, které spočívá nejspíš v přesnější diagnostice příčin depresí a následně vhodné kombinaci terapeutického přístupu, najde s velkou pravděpodobností interdisciplinární tým - gynekolog, který se zabývá klimakterickou medicínou a psycholog či psychiatr erudovaný v této oblasti medicíny. K psychopatologickým stavům patří psychické a behaviorální fluktuace nálady, zvýšení frekvence dysforických a depresivních stavů, nárůst tenze a vznětlivosti, ztráta životní energie a pokles libida. Jejich původ se zatím vysvětluje multifaktoriálně, to znamená, že vzniklé duševní změny nejsou jenom výsledkem samotného klimakteria, ale mozaikou složky osobnostní, sociální a endokrinní. Na rozdíl od menopauzy je vyšším výskytem afektivních poruch a depresí charakteristická perimenopauza. V tomto období může dojít k výskytu deprese u žen s pozitivní i negativní anamnézou. Podnětem pro výskyt mohou být sociální, pracovní i rodinné faktory, ale také špatný tělesný stav (obezita, DM, hypertenze..). Historicky byla dlouhou dobu příčinná souvislost mezi klimakteriem a vznikem deprese považována za automatickou. Přechod byl v životě ženy po staletí spojen s mýtem jakéhosi fyzického a emocionálního úpadku, který měl být původcem různých duševních nemocí. Teprve s rozvojem moderní psychologie, klimakterické medicíny a hormonální substituční terapie se tak stala léčba depresivních poruch menopauzálních pacientek spíše doménou gynekologie a reprodukční endokrinologie ve spolupráci s psychology.

3.3 Diagnostika psychických změn

Nejčastějšími změnami v psychice ženy v klimakteriu, jak již bylo uvedeno je perimenopauzální anxieta a deprese. Reakce a schopnost vyrovnat se s novou situací se liší v závislosti na osobnosti. Adekvátní přizpůsobení se najdeme hlavně ve mezi ženami s vyšším vzděláním, pasivní reakce naopak u fyzicky pracujících a sociálně slabších žen. Minimum klimakterických symptomů se vyskytuje u sociálně aktivních žen, nejvýraznější psychosomatické příznaky jsou přítomny u žen s neurotickými reakcemi, které se s domnělou ztrátou fyzické krásy těžko vyrovnávají.

Při diagnostice psychopatologických stavů v perimenopauze je potřeba zohlednit osobní, psychiatrickou a gynekologickou anamnézu se zaměřením na průběh cyklů, přítomnost vegetativních a vazomotorických změn, změn spánku, užívání kontracepce, průběh menopauzy u matky, pracovní, rodinné a sociální zázemí ženy, včetně pečlivého zhodnocení hormonálních koncentrací. Diferenciální diagnostika není jednoduchá, obtížné je rozlišení změn nálad v rámci tělesného diskomfortu a únavy a skutečně se rozvíjející depresivní symptomatologie. Zajímavé skutečnosti odhalily prospektivní studie zabývající se vlivem psychosociálních faktorů na vznik deprese. Odrazovým můstkem u žen v klimakteriu byly často špatná socioekonomická situace, stresující životní etapa, deprese v anamnéze a negativní představy o průběhu menopauzálního období. Deprese může být také ovlivněna přítomnými chronickými obtížemi, nebo delší dobu trvajícím obdobím menopauzy. Tato skutečnost bývá vysvětlována prodlouženým negativním účinkem vazomotorických symptomů.

3.4 Léčba

Perimenopauzální psychopatologické stavy jsou zařazovány do skupiny tzv. reprodukční deprese a anxiety, která je hormon dependentní. U této skupiny bylo prostřednictvím některých studií opakovaně poukázáno na zlepšení perimenopauzálního a premenstruačního syndromu při terapii transdermálními estrogeny. I přes tyto poznatky není hormonální substituční terapie předepisována dostatečně indikovaně. Mnoho žen užívá na doporučení psychiatra jako lék první volby fluoxetin a sertralin, které mají nežádoucí účinky na hmotnost a libido. Terapie anxiety a deprese v klimakteriu tak zůstává tichou, ale pořád probíhající "válkou" mezi psychiatry a

gynekology. (KOLIBA, 2007)

Na to, jak přistupovat k psychickým změnám v klimakteriu, jak je řešit, jak se s nimi vyrovnávat existuje mnoho studií, knih, návodů a pojednání. Je však na každé ženě, jaký postoj zaujme. Každá žena je osobností se svými silnými i slabými stránkami a v dnešní době neexistuje nic, čeho by nemohla dosáhnout a za co by na sebe nemohla být pyšná. Stačí, když zvolí pozitivní přístup k období, které právě prožívá. Může se ohlédnout za svým dosavadním životem a uvědomit si, čeho všeho již dosáhla. Může jí to znovu vrátit jistotu a pomoci při rozhodování o budoucnosti. Pak snadnější pochopení změn, které v souvislosti s klimakteriem nastávají.

Pro hodnocení závažnosti klimakterických potíží byl stanoven tzv. menopauzální index, kde se hodnotí deset příznaků syndromu: návaly horka, návaly potu, předrážděnost, poruchy spánku, závratě, poruchy soustředění, depresivní stavy, bolesti kloubů, bolesti hlavy, bušení srdce.

- lehký syndrom: do 20 bodů
- střední syndrom: do 35 bodů
- těžký syndrom: více než 35 bodů (PŘÍZNAKY, 2012)

4 SEXUALITA V OBDOBÍ KLIMAKTERIA

Ke stáří sex nepatří – jeden z mnoha mýtů, který stále o sexu přetrvává. O sexu ve stáří platí stejně jako o sexu ve kterémkoli jiném životním období, tedy i v menopauze: člověk by neměl sebe, ani druhého do ničeho nutit.

4.1 Obecné účinky hormonů na lidské sexuální chování

Sexuální chování lidí je výsledkem fylogenetického vývoje a jsou v něm zakotveny reprodukčně účelové mechanismy a stereotypy směřující k účelům rozmnožování. U lidí byla sféra ryze sexuální a reprodukční oddělena, ale některé obecné rysy tohoto chování přetrvávají. Smyslem tohoto chování bylo vytvoření páru s reprodukčně nejatraktivnějším partnerem. Jedná se o pohlavní atraktivitu vyjádřenou sekundárními pohlavními znaky, která je také výrazným stimulem k navazování kontaktů a to nejen u mladých jedinců, ale i u starší generace. Zde navíc přistupuje složka behaviorální zahrnující lidské chování a jednání, sociální a kulturní standardy. Proto v období klimakteria nebude závislost na hormonálních hladinách tak zásadní, ale má spíše v tomto chování tonizující úlohu. Hovoříme o sexuálním motivačním systému. Behaviorální endokrinologie klade důraz na propojení systému vyšší nervové činnosti se systémem humorální regulace lidského sexuálního chování.

Obecné účinky hormonů na lidské sexuální chování:

- Zvyšují sexuální spontaneitu
- Zvyšují sexuální apetenci
- Snižují reakční práh sexuálních reakcí
- Mají výrazný vliv na trofiku a funkci pohlavních orgánů

4.2 Změny sexualita v období menopauzy

Sexuální aktivita s věkem sice klesá, ale její schopnost by se snižovat pohlavní hormon, který se nachází i v ženském organismu. Pokles hladiny estrogenů vede v

sexuální oblasti k pocitu suchosti v pochvě a pálení až bolestivosti při pohlavním styku. Pokles hladiny testosteronu vede ke snížení touhy, vzrušivosti, k neschopnosti cítit prožitek ze sexu až k neschopnosti dosáhnout orgasmu. Ženy většinou tento proces vnímají jako přirozené stárnutí a smiřují se s ním.

Je všeobecně známé, že ve starším věku vystupují do popředí různé zdravotní problémy, které mohou negativně ovlivnit sexuální život. Pozitivní emocionální a mentální vývoj však tyto změny vyrovnává. V sérii výzkumů se dokázalo, že až 95 % starších lidí má rádo sex a 50 % lidí ve věku klimakteria se oddává sexu alespoň jedenkrát týdně. Jestliže žena po celý svůj život dbá o své sexuální "já", ve starším věku pro ni může být pohlavní život krásným a uspokojujícím zážitkem. Má zároveň dostatek zkušeností, aby mohla vyjádřit své potřeby a přání. (INTINMÍ, 2012)

4.3 Příznaky spojené s menopauzou a sexualitou

Nejčastějším příznakem bývá suchost poševní sliznice, která vzniká přirozeně se snižující hladinou estrogenu v krvi v období klimakteria menopauzy. Tento pokles vede u některých žen ke značně nepříjemným pocitům v pochvě. Pohlavní styk na takto postižené sliznici bývá nepříjemný, žena může i krváčet. S postupujícím věkem a ubývajícimi hormony se pochva navíc zkracuje a zužuje, snižuje se tvorba hlenu a výsledkem bývá pálení a svědění v pochvě a oblasti celých rodidel. Sliznice takto změněná je náchylná k zánětům, protože postrádá obvyklou mikroflóru jindy běžně přítomnou a zároveň ji chrání. Pálení a svědění však může mít i jiné příčiny. Často bývá jeho původcem i strach ze sexu nebo z infekce. Také diabetes druhého typu, jímž bývají ženy v klimakteriu často postiženy, může způsobit nepříjemné svědění.

4.4 Vliv sexuálních potíží na psychiku a partnerské vztahy

Sexualita v menopauze byla do nedávna tématem, o kterém se nehovořilo. Přitom však více než polovina žen má některý z příznaků, který spokojený partnerský život výrazně omezuje. Nesoulad v sexuální oblasti a různé funkční sexuální problémy často vedou k partnerským konfliktům, které jsou pak řešeny fatálně. Mnoho vztahů končí proto, že partneři nejsou schopni nebo se stydí komunikovat a řešit tyto intimní problémy. (HANÁKOVÁ, 2013)

Důležitá je také otázka antikoncepce v perimenopauzálním věku. Ačkoli se po čtyřicátém roce věku podstatně snižuje pravděpodobnost otěhotnění, (ve 40. letech o 50 %) přesto je ve věku 40 až 43 let ještě 80 % žen schopno otěhotnět. Nechtěná těhotenství v pozdním reprodukčním věku jsou většinou sociálním i psychickým problémem. Zvyšuje se riziko chromozomálních aberací plodu i těhotenských komplikací. Ve věku nad 40 let je rodička vystavena čtyřnásobnému riziku mateřské úmrtnosti. (UZEL, 2009)

Proto je velmi důležité o všech problémech partnerského soužití hovořit. Tam, kde vztahy mezi partnery fungují, lze očekávat snadnější pochopení a řešení problémů ať jsou již na straně ženy nebo muže.

5 HORMONÁLNÍ SUBSTITUČNÍ TERAPIE

5.1 Krátce z historie HT

Kauzální léčbou příznaků spojených s estrogenním deficitem v menopauze je substituce ženských pohlavních hormonů. První hormonální přípravek pro léčbu klimakterických obtíží byl syntetizován v roce 1982 a od té doby zaujala hormonální substituční léčba dominantní místo v terapii příznaků spojených s menopauzou. Po obdobích nekritického přijímání a naopak neopodstatněného odmítání této léčby existuje v současnosti dostatek údajů o příznivých i nepříznivých účincích těchto preparátů, které umožňují posoudit vhodnost jejich podávání u konkrétní ženy s konkrétním typem obtíží.

5.2 Názvosloví užívané pro HT

V současné době se používá pro hormonální terapii níže uvedené názvosloví.

estrogenní terapie

estrogen-progestinová terapie

hormonální terapie (ET+EPT)

konjugované ekvinní estrogeny

medroxyprogesteronscitát

current users současné uživatelky HT

past users uživatelky HT v minulosti

ever users uživatelky současné nebo v minulosti

progestogen progestin nebo přirozený progesteron (KOLAŘÍK, 2008)

5.3 Indikace HT

Od přehnaného optimizmu považujícího HT za pilulku mládí a vnucujícího jeho užívání každé ženě v perimenopauze a postmenopauze přechází současná klimakterická medicína k individualizaci terapie a k indikovanému podávání. Dominantní indikací je terapie akutního klimakterického syndromu. Dlouhodobé

podávání HT, ERT a tibolonu vede prokazatelně k prevenci osteoporózy. Je za současné suplementace vitamínem D a kalcíem nejúčinnější a nejlevnější modalitou její léčby u žen. Pozitivní ovlivnění kostního metabolismu souvisí i s pozitivním ovlivněním zubního zdraví. (ŽIVNÝ, 2012)

Po pečlivém komplexním vyšetření a zjištění aktuálního hormonálního stavu pacientky (cytologie, TK, jaterní testy, cholesterol, lipidy, glykemie, sonografie endometria, mamografie, kostní denzitometrie), rozhodne lékař o podání HT. První volbou bývá akutní klimakterický syndrom, prevence a léčba urogenitální atrofie. Druhou volbou prevence osteoporózy. (IKEM, 2013)

Za prokazatelné je považováno pozitivní ovlivnění trofiky a tím i funkce urogenitálního traktu. Dlouhodobé užívání substituční terapie je spojováno se snížením rizika kolorektálního karcinomu, senilní makulární degenerace a Alzheimerovy choroby. Jisté pozitivní ovlivnění bylo pozorováno při léčbě parkinsonismu. Tyto účinky však čekají na své potvrzení.

Dalším důvodem nasazení hormonální terapie je klimakterický syndrom. Nasazení HT potíže spojené s výskytem klimakterického syndromu obvykle uspokojujivě potlačí.

5.4 Účinky HT na jednotlivé orgány či systémy

Po období přehnaného nadšení pro hormonální terapii a následné kritiky z četných důvodů proč substituci podávat se zachovaly ty nejdůležitější:

- léčba akutního klimakterického syndromu - hormonální léčba dosahuje účinnosti přes 90%, nástup účinku je rychlý, většinou v horizontu dnů maximálně týdnů
- prevence osteoporózy
- prevence aterosklerózy při časném zahájení léčby
- předčasná menopauza - v případě předčasného vyhasnutí funkcí vaječnicků je prokázána ochranná funkce podané léčby akutních potíží pro kost i cévní systém
- léčba změn pochvy i močových cest - zde dáváme přednost lékům podávaným do pochvy

Hormonální terapie v rozsáhlých studiích potvrdila i některé další přínosy, které však nelze označit za důvod k jejímu podávání. Množství studií prokázalo snížení

rizika karcinomu tlustého střeva i konečníku. Stejně tak i několik studií prokázalo ochranu před změnami v mozku ve smyslu Alzheimerovy choroby. Estrogeny, ať už podávané celkově nebo lokálně, zlepšují stav kůže.

HT a osteoporóza

Estrogeny tlumí kostní přestavbu, prokazatelně zabraňují ztrátě kostní hmoty a dokonce vedou k jejímu nárůstu. Velkými studiemi bylo prokázáno, že estrogeny brání i vzniku zlomenin. Jsou nejlevnější a neúčinnější prevencí osteoporózy a jejích komplikací. Je prokázáno, že i moderní, takzvaně nízko dávkované substituční hormonální léky mají ochranný vliv na lidskou kostru. V prevenci postmenopauzální osteoporózy je tedy hormonální léčba ideální volnou. Vždy musí být doplněna o podávání vápníku a vitamínu D. Doporučená dávka vápníku je u žen v menopauze až 1500 mg vápníku denně. Vitamínu D se podává (zejména v zimě) 400-800 jednotek (IU) denně.

Dříve bylo doporučováno podávání estrogenů v rámci léčby osteoporózy i ve vysokém věku. Rizika uzávěru cév tam ale převyšují nad přínosy.

HT a srdečně cévní systém

Ischemická choroba srdeční, tedy kornatění a následný uzávěr cév na srdci, je nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých státech. Po menopauze se výskyt srdečních příhod u žen rychle blíží svou četností stavu u mužů. Tím se potvrzuje ochranný vliv přirozených estrogenů v těle ženy. Terapeuticky podávané estrogeny však vykazují tento účinek pouze při časném zahájení podávání. Tedy je-li podána substituční terapie dříve, než dojde k rozvoji změn cévní stěny, je schopna ji ochránit. Je-li stěna cévy již změněna, je naopak tento stav podáváním estrogenů zhoršován. (FAIT, 2010)

Nástup účinku hormonů trvá několik dní. Je tomu tak nejspíše proto, že jejich účinek je nepřímý - uplatňuje se prostřednictvím změn homeostázy serotoninu. Dosažení plného účinku tak může trvat i několik týdnů. K významnému snížení frekvence a intenzity návalů může být dosaženo také podáváním samotných gestagenů (KOLARŮK, 2008)

HT a močopohlavní trakt

Nedostatkem estrogenů dochází k zeslabování sliznic, podpůrného vaziva i prokrvení močových cest i genitálu. V léčbě i prevenci těchto změn je účinná estrogenní léčba, zejména lokální. Pokud má žena potíže se suchostí poševní sliznice či

opakovanými výtoky bez dalších celkových potíží, dáváme přednost lokálnímu podávání estrogenů. Podávají se ve formě čípků, krémů nebo vaginálních tabletek. Zde je možné podávat čisté estrogény bez ohledu na přítomnost dělohy. Lokální léčbu lze podat i v kombinaci s celkovou, pokud přetrvávají potíže po zahájení celkové léčby.

Lokální estrogény mohou zlepšit i funkci sliznic močových cest, a tak zmírnit stavy neudržení moči. Mohou se podávat i jako kombinace k lékům na inkontinenci moči u inkontinence urgentní, stejně tak mohou být prospěšné jako doplněk při cvičení pánevního dna při urgenci stresové. Naproti tomu celkové podávání estrogenů nemá dříve udávaný příznivý vliv na inkontinenci. (FAIT, 2010)

Změny na močopohlavním ústrojí v souvislosti s klimakteriem se projevují nejen suchostí sliznice, která je zapříčiněná nedostatečnou tvorbou hlenu, ale také ztenčováním sliznice a úbytkem lactobacila. To má za následek bolest při pohlavním styku, zvýšenou křehkost sliznice, která se snadno poraní i při intimní hygieně a navíc je méně odolná proti infekci, protože již není chráněná kyselým prostředím vytvářeným původním domovským laktobacilem. Snížené obranyschopnosti sliznice pochvy nejraději využívají plísňe, které způsobují opakované infekce. Dalším důsledkem je snížené prokrvení a výživa sliznice močové trubice a vaziva kolem ní, z čehož plynou potíže s udržením moče. (GALJDOVÁ, 2000)

HT a ICHS

ICHS vzniká v důsledku postižení koronárních cév. Nad vlivem HT na ICHS proběhlo mnoho diskuzí v souvislosti se studii, které proběhly na toto téma. Věková závislost zvýšeného výskytu ICHS a odlišný vliv ethinylestradiolu a přirozených estrogenů užívaných v HT na lipidový profil naznačily pozitivní ovlivnění rizika ICHS podáváním substituční terapie. Řada menších studií publikovaných mezi roky 1987 a 1991 ukázala protektivní vliv HT. Následovaly studie potvrzující pozitivní efekty na lipidový profil, distribuci podkožního tuku, vazodilataci i mírnou hyperhomocysteinemii.

Z výsledků studií vyplynulo, že neprokázaly indikaci HT v sekundární prevenci ICHS a zpochybnilo indikaci primární prevence ICHS. Tyto studie nastolily otázku příčin výrazně rozdílných výsledků observačních a intervenčních studií a významu studií prováděných na cílové skupině odlišné od běžných uživatelék. (ŽIVNÝ, 2003)

Podle doporučení North American menopause society by žádný režim EPT neměl být nasazován jako primární nebo sekundární prevence ICHS nebo iktu. Na

druhé straně však platí, že anamnéza ICHS není kontraindikací podávání hormonální terapie. (KOLAŘÍK, 2008)

HT a TEN

TEN je uzávěr žilního řečiště krevní sraženinou vzniklou v daném místě (žilní trombóza), nebo donesenou proudem krve (plicní embolie). U zdravých žen do 40. roku věku se vyskytuje jeden případ na 10 000 žen a rok, ve věku nad 75 let však již 1 na 100. Podání hormonální léčby v tabletové formě zvyšuje riziko třikrát, tedy z jedné ženy na tři. Kožní podávání riziko nezvyšuje. U žen, které tromboembolickou nemoc již prodělaly, hormonální terapii nepodáváme. U žen s vysokým rizikem TEN perorální hormonální terapii nepodáváme.

HT a karcinom prsu

Karcinom prsu je nejčastější zhoubné onemocnění žen. Tvoří 20 % všech nádorových onemocnění žen. Je hlavní příčinou úmrtí žen středního věku a druhou příčinou úmrtí u žen obecně. Zatím jediným účinným nástrojem v boji proti karcinomu prsu je mamografický screening. Dlouhodobé užívání HT, tedy delší než 7 let u kombinované estrogen-gestagenní léčby a více než 15 let u čisté estrogenní léčby, zvyšuje riziko karcinomu prsu zhruba o 3 ženy ze sta. Estrogeny nejsou příčinou karcinomu prsu, ale urychlují jeho růst. Za 5 let po ukončení hormonální léčby je riziko stejné jako u žen, které nic neužívaly. Podávání hormonální léčby u žen s anamnézou karcinomu prsu není bezpečné. Zvyšuje riziko nového vzplanutí choroby.

HT a karcinom sliznice děložní a vaječníku

Podáváme-li samotné estrogeny ženě s dělohou, po nějakém čase začne nepravidelně krvácet a při více jak desetiletém užívání může dojít k nádorovým změnám sliznice děložní. Proto se ženám s dělohou předepisuje kombinovaná estrogen-gestagenní léčba. Při této léčbě se riziko nezvyšuje.

HT a kolorektální karcinom

Hypotetický mechanismus vlivu HT na snížení rizika kolorektálního karcinomu je snížení sekrece žlučových kyselin, které na zvířecím modelu vyvolávají nádorové změny ve střevu chronickým drážděním sliznice. Možnost, že by estrogenní deficit byl rizikovým faktorem kolorektálního karcinomu, prokázaly některé studie, např.

observační studie Slatteryové. Postmenopauzální ženy bez substituce mají oproti ženám užívajícím HT zvýšené riziko výskytu této choroby.

HT a oko

Mezi příznivé efekty užívání HT je řazena i primární prevence věkem podmíněné makulární degenerace a některých dalších očních nemocí. VPMD je jednou z nejčastějších příčin slepoty ve vyspělých zemích a představuje závažný zdravotní, sociální i ekonomický problém. Etiologie je multifaktoriální a výskyt roste s věkem. Kromě věku je jediným prokazatelným rizikem kouření. Pohlavní hormony obecně zvyšují prokoagulační potenciál organismu. Kazuistická sdělení o komplikacích v oblasti oka jsou častější pro perorální kontracepci. Prevence s věkem spojených očních nemocí podle dostupných údajů není indikací k nasazení hormonální léčby. Není zde však ani žádná kontraindikace HT.

HT a mozek

Výskyt deprese je v dospělém věku u žen zhruba dvojnásobný ve srovnání s muži. Klinicky je možno spojovat dobu trvání perimenopauzy s vyšším výskytem deprese. Lze tedy tvrdit, že delší období snižující se hladiny estrogenů může mít roli jako rizikový faktor deprese. Po menopauze rovněž sledujeme pokles kognitivních schopností a rozvoj neurodegenerativních onemocnění. HT zlepšuje náladu ať již přímo působením na estrogení receptory v mozku, nebo nepřímo odbouráním somatických obtíží. Deprese jsou jedním z bodů hodnocených jak v Kuppermanově indexu, tak v Menopause Rating Scale. Příznivý vliv podávání HT byl prokázán jen pro časné a dlouhodobé podávání v primární prevenci Alzheimerovy choroby a stařecké demence obecně. Pozdní start HT je nutno považovat za rizikový z pohledu cévní mozkové příhody. Tedy, působení HT na depresivní stavy, které jsou součástí klimakterického syndromu, je obecně známé. U silnějších depresí je možno využít potenciace psychiatrické léčby. Pozitivní vliv na paměť je patrný pouze při časném startu léčby. (FAIT, 2006)

5.5 Kontraindikace HT

Také hormonální terapie má svá omezení kdy nesmí být podávána. Většinou jde o případy výskytu některých hormonálně závislých nádorů, při některých srdečních

a cévních chorobách a při nemocech jater. Obecně platí, že se léčba nesmí podávat při akutních stavech. Po úpravě stavu je obvykle možné léčbu nasadit. Nejvíce kontroverzí v užití je po léčbě rakovinových stavů, zejména po léčbě rakoviny prsu. Proto by v těchto případech měla léčbu řídit pracoviště, která mají s touto problematikou zkušenosti.

Nejzávažnějšími kontraindikacemi tedy jsou:

- karcinom prsu
- nevyлéčené zhoubné nádory závislé na estrogenech (karcinom endometria)
- plicní embolie, flebotrombóza
- infarkt myokardu, CMP, ICHDK
- známá přecitlivělost na některou složku léčiva. (FAIT, 2010)

5. 6 Formy aplikace a příklady preparátů

Estrogeny používané pro substituci jsou přirozené nebo syntetické. Mezi přirozené estrogeny patří estradiol, estron, estriol, jejich konjugované deriváty a konjugované equinní estrogeny izolované z moči březích klisen. Nejužívanějším syntetickým estrogenem je ethinylestradiol. Pro HT je využívána celá řada syntetických gestagenů - progestinů, jež jsou deriváty progesteronu nebo nortestosteronu. (ŽIVNÝ, 2003)

V rámci hormonální substituce jsou prakticky řešeny dvě situace. Léčba akutního klimakterického syndromu a léčba organického a metabolického syndromu. V souvislosti s tím je nutné léčbu individualizovat, tj. respektovat fázi klimakteria, pečlivě zvažovat délku užívání, zvažovat a vybírat dávku estrogenu a gestagenu, podávat nejnižší účinnou dávkou, zvažovat způsob aplikace a využívat alternativní léčbu.

Estrogeny mohou být podávány perorálně, transdermálně, perkutánně, intranasálně, subkutánně nebo lokálně (vaginálně). Terapeutická dávka je 2 mg 17 - estradiolu nebo 0,625 mg konjugovaných equinních estrogenů (CCE) denně podávaná perorálně. Ekvivalentní je podání jednou nebo dvakrát týdně ve formě transdermálního terapeutického systému (TTS) uvolňujícího 50 g estradiolu denně, nebo perkutánní aplikace jedenkrát denně ve formě gelu. Také subkutání depotní podávání 25 mg estradiolu zajišťující kontinuální uvolňování dávky po dobu šesti měsíců. Všechny tyto formy aplikace se snaží o dosažení co nejrovnoměrnejší hladiny estrogenu. Při léčbě

přetrvávajících příznaků klimakterického syndromu lze užít dávky dvojnásobné. Trendem současné klimakterické medicíny je snaha o minimalizaci dávky. Terapie je obvykle zahájena nízkými dávkami. (ŽIVNÝ, 2003)

Aplikační režimy spočívají v podávání estrogenů kontinuálně nebo cyklicky po dobu 21 dnů se sedmidenní přestávkou.

Cyklická terapie - používá se u žen v premenopauze, tedy u těch, které stále ještě menstrují. Podobně jako u kombinované hormonální kontracepce se užívá estrogen po dobu 21 dní, po nichž následuje sedmidenní pauza, kdy dochází ke krvácení ze spádu.

Kontinuální kombinovaná terapie- je určena ženám, které již přestaly menstruat, nebo již menstruat nechtějí. Zde je estrogen podáván každý den bez přestávky. V obou případech se při kombinované terapii přidává ještě progestyn, který je buď podáván po celých 21 dní, nebo pouze v druhé polovině podávání estrogenu po dobu 10-12 dní, případně jiným způsobem dle individuálních potřeb každé ženy.

Tablety

Kromě řady různých schémat podávání existují také různé lékové formy a způsoby aplikace hormonů. Tradičním způsobem je perorální podávání ve formě tablet, které se podávají pravidelně jedenkrát denně vždy ve stejnou dobu, nezávisle na jídle. Vyrábějí se komfortně uspořádaná kalendářní balení, která dávají ženě přehled, kdy má brát jakou tabletu, což je důležité hlavně u cyklických schémat, zejména sekvenčních, kdy se mění dávky podávaných hormonů. Příklad: Kliogest, Klimonorm, Trisequens, Presomen, Climen, Livial

Gely

Stejně rozšířená je také aplikace formou gelů podávaných na neporušenou kůži, přes kterou se vstřebávají do krevního oběhu. Vhodnými místy aplikace jsou ramena a paže, vnitřní plochy stehien, obličej a krk. Zde však není umožněno přesné dávkování hormonů. Příklad: Chmara, Estracomb, Oestrogel

Transdermální náplasti (TTS)

Obsahují zásobník, z něhož se po určitou dobu postupně uvolňuje přesná dávka hormonu. Výhodou je konstantní hladina hormonů mající význam pro účinnější potlačení neurovegetativních obtíží. Další výhodou je méně častá aplikace. Náplast se

nalepí na kůži a podle konstrukce se mění jeden a dvakrát týdně. Lepí se na suchou, čistou, nemastnou, neochlupenou a neporušenou kůži, nejlépe v oblasti hýždí nebo zad. Místo aplikací se střídá. Př.: Estraderm, System, Conti,

Podkožní implantáty

Na trhu je dostupný implantát obsahující estradiol, určený hlavně k HT u žen po vynětí dělohy. Po aplikaci implantátu pod kůži se z něj rovnoměrně uvolňuje hormon po dobu asi šesti měsíců. Nevýhodou implantátu je obtížné přerušování léčby při nežádoucích účincích. Pro jeho odstranění je nutné provést malý chirurgický zákrok.

Př.: Riselle

Nosní sprej

Jedná se o nejnovější aplikační formu, při níž se vstřebává odměřená dávka hormonu z nosní sliznice. Př.: Octodiol (KLIMAKTERIUM, 2013)

6 NEHORMONÁLNÍ TERAPIE

HT nemá pouze výhody. Při jejím podávání se vyskytují i nežádoucí účinky. Mezi nejčastější patří zadržování sodíku a otoky. Estrogeny zvyšují riziko tromboembolických komplikací a to zejména u kuřáček a žen s vysokým krevním tlakem. Také se hovoří o dosud neprokázaném zvyšování rizika vzniku rakoviny mléčné žlázy. V případech, kdy není možné podávat HT nebo žena tuto léčbu odmítá, je možné po konzultaci s lékařem využít přípravky pocházející z přírodních zdrojů. (KLIMAKTERIUM, 2013)

Nehormonální léčba se může uplatnit tam, kde při potížích ještě nemusíme prokázat nedostatek hormonů. Kromě preparátů na bázi včelích produktů, sojových proteinů, extraktu z červeného jetele, řadíme do alternativní terapie zdravý životní styl, cvičení, jógu, bylinné čaje, meditace, aromaterapii, homeopatii, hydroterapii, masáže, akupunkturu, akupresuru, elektroanalgezi, lázeňskou léčbu a psychofarmaka. Žádnou z těchto metod však nelze považovat za adekvátní náhradu HT. (HOFMANOVÁ, 2005)

Základem větší části doplňků stravy využívaných v léčbě klimakterických potíží jsou fytoestrogeny, mateří kašička a pyl. Fytoestrogeny označujeme estrogeny rostlinného původu nebo estrogeně aktivní přirozené metabolity látek výhradně rostlinného původu. Nejvíce využívanými zdroji fytoestrogenů je červený jetel a sója luštinatá. Fytoestrogeny mohou užívat i ženy se zvýšeným rizikem trombózy proto, že mají odlišnou afinitu k alfa a beta-estrogenovým receptorům. Jejich užíváním se nezvyšuje ani riziko onemocnění rakovinou prsu, ale naopak na prsní tkáň mají spíše ochranný vliv. Také na kostní tkáň mají ochranný vliv a snižují hladinu cholesterolu. Rovněž mají antioxidační účinky. K léčbě akutního klimakterického syndromu jsou využívány přípravky s obsahem fermentovaného pylu, které jsou biologicky účinnější. (TURČAN, 2011)

Fytoestrogeny mají společný příznivý účinek na akutní klimakterické obtíže, ženskou psychiku, kardiovaskulární systém a snížení rizika karcinomu prsu. Jsou obsaženy v četných potravinových doplncích a léčebných přípravcích. Proklamované účinky velmi závisí na původu účinné látky, jejím obsahu a schopnosti daného ženského organismu tyto látky metabolizovat. Jako příklad můžeme uvést Ploštičník hroznatý (*cimicifuga racemosa*). Hlavní účinnou látkou je flavonid formonetin. Dle dostupných studií nestimuluje dělení buněk děložní sliznice. Je netoxický, extrakt z ploštičníku

prokazatelně snižuje frekvenci návalů a zlepšuje další projevy klimakterického syndromu, aniž by stimuloval růst děložní sliznice či dělení buněk prsní tkáně. Extrakt z této byliny vykazuje rovněž schopnost pohlcovat volné radikály. To ve svém důsledku znamená ochranný účinek proti nádorovému bujení. Některé studie prokazují také příznivý účinek na kostní hmotu a cévní stěnu.

Fytoestrogeny se obvykle rozdělují podle své chemické struktury na:

- isoflavony
- lignany
- kumestany

Další možností léčby akutního klimakterického syndromu je užití směsi mikronutrientů (vitaminy, minerály a stopové prvky), přípravek Menopace.

Problematiku ztenčení vaginální sliznice a bolestivosti při sexuálním styku lze řešit použitím vaginálních globulí s obsahem kyseliny hyaluronové. Je to přírodní látka, která dlouhodobě zvlhčuje vaginální sliznice. Lze ji tedy použít ve výše uvedených případech, ale i na zlepšení hojení po operacích v oblasti pochvy. (FAIT, 2010)

7 PREVENCE V KLIMAKTERIU

Do kategorie prevence klimakterických obtíží a s nimi souvisejícími onemocněními patří screeningová vyšetření. Absolvování těchto vyšetření však bohužel není samozřejmostí. Do screeningu zhoubného nádoru prsů či hrdla děložního se zapojovalo spontánně 40 % žen, přesto, že tato vyšetření jsou plně hrazena ze zdravotního pojištění. Cílem screeningu je zachytit nádor v časném stádiu, tedy v době, kdy je řešení možné ještě bez významných vedlejších potíží. Mnohé ženy nenavštěvují preventivní prohlídky v předstevě, že již jednou byly vyšetřeny a vše bylo v pořádku. Typické případy nádoru hrdla děložního ve vysokém věku postihují ženy, které navštívily gynekologa naposledy při porodu. Do screeningových vyšetření prevence nádorových onemocnění v klimakteriu tedy patří: screening karcinomu hrdla děložního, screening karcinomu prsu, screening kolorektálního karcinomu, screening osteoporózy, gynekologická prevence a prevence u praktického lékaře, očkování proti lidským papilomavirům.

K prevenci v klimakteriu samozřejmě patří zdravý životní styl, tedy boj s nadváhou, nekuřáctví, prevence osteoporózy, podpora imunitního systému.

Přechod lze označit jako mezník v životě ženy. Není možné jej vnímat jako konec reprodukčních schopností. Je to zcela jistě začátek další životní etapy, která má své kouzlo i své potíže. Řekněme si, že přechod je začátek podzimu života. A záleží jen na každé z nás, zda je to podzim sychravý, šedivý, plný bláta a plískanic, nebo podzim se sluncem babího léta, sklizní ovoce a barvami zlátoucívho listí. (FAIT, 2010)

II PRAKTICKÁ ČÁST

8 Ošetřovatelský proces podle Virginie Avenel Henderson – Teorie základní ošetřovatelské péče

Virginie Hendersonová je autorkou teorie základní ošetřovatelské péče. Zároveň jí náleží autorství definice moderního ošetřovatelství. Narodila se v Kansas City, ve státě Missouri v USA, roku 1897. Studovala vojenskou ošetřovatelskou školu ve Washingtonu, kterou absolvovala v roce 1921. O rok později začala svoji pracovní kariéru jako učitelka ošetřovatelství na protestantské škole při nemocnici v Norfolku ve státě Virginia. Titul bakalářky získala v roce 1932 na Kolumbijské univerzitě. O dva roky později promovala jako magistra. Na Yalské a Kolumbijské univerzitě působila jako profesorka. Od roku 1953 - 1971 pracovala jako vedoucí ošetřovatelských studií a výzkumu na Yale Univerzity of Nursing in New Havana. Její publikace „Basic Principle of Nursing Care“, publikovaná v roce 1960 byla přeložena do více než 20 jazyků. V knize „The nature of Nursing“ publikované v roce 1966 zrevidovala svoji definici ošetřovatelství z roku 1955. *„Jedinečnou úlohou sestry je pomáhat nemocnému nebo zdravému jedinci provádět činnosti, které přispívají k jeho zdraví, návratu zdraví nebo ke klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, kdyby měl potřebné schopnosti, vůli nebo vědomosti. A dělá to tak, aby mu pomohla co nejrychleji dosáhnout samostatnosti.“* (HENDERSON, 2012)

O Virginii Henderson se hovoří jako o Nightingalové 20. století. Zájem o ošetřovatelství se u ní rozvinul během první světové války. Při studiu vojenské ošetřovatelské školy byly přednášky lékařů pojímány jako zjednodušená verze medicíny. Hovořilo se pouze o nemoci, diagnostice, terapii. Ošetřovatelství bylo prezentováno jako doplněk lékařské praxe. Kvalita sestry byla měřena její primární zručností. Klinická praxe sestry byla realizována jako neorganizovaný sebevzdělávací proces během péče o raněné a nemocné v nemocnici. Profesionálním jednáním byl formální charakter péče a neosobní vztah k nemocným. Přáním Hendrsonové bylo, aby právě pacient byl středem pozornosti vzdělané sestry i dalších zdravotníků. Nelíbilo se jí, že pacient jako příjemce zdravotnických služeb, tedy i ošetřovatelské péče, neměl zajištěnou kvalifikovanou péči a ochranu před zneužitím. Prosazovala regulaci ošetřovatelské praxe licencí a usilovala o právní zajištění ošetřovatelských služeb. Pro

dosažení těchto cílů bylo nezbytné explicitně definovat ošetřovatelství a vymezit jasné funkce a úkoly sester. Svoji definici ošetřovatelství postavila na otázkách: *Co je ošetřovatelská praxe? Které jsou specifické funkce sester? Které jsou jedinečné činnosti ošetřovatelství?* Při vývoji své definice ošetřovatelství stavěla na rozsáhlých praktických zkušenostech, které získala během studia, pedagogické činnosti, sesterské praxe i jako aktivní účastník mnoha ošetřovatelských konferencí. (HENDERSON, 2012)

Kladla veliký důraz na vědeckou práci. Od roku 1959 řídila projekt Nursing Studies Index, kdy byl vytvořen přehled hlavních publikací ošetřovatelské literatury od roku 1900. Za svou vědeckou práci získala 7x čestný doktorát. V roce 1985 byla oceněna cenou ICN. Také byla čestnou členkou mnoha ošetřovatelských společností a akademií, byla čestnou členkou ANA. Zemřela v hospici v Connecticutu v roce 1996. Na skromném náhrobku má uvedeno, že je tvůrkyní ošetřovatelství.

Filozofií Virginie Henderson bylo zapojení jedince do rozvoje vlastní soběstačnosti, jeho spolupráce a aktivita. Úlohou sestry bylo pacienta vést, edukovat a pomáhat mu v ochotě a schopnosti starat se o své zdraví a udržet se nezávislým na svém okolí. Tato myšlenka byla zásadním posunem od pasivního ošetřovatelství k aktivnímu. Její model znamenal změnu ve vzdělávání sester a jejich posunutí k samostatné práci. Patří mezi humanistické modely. Zabývá se potřebami člověka a vychází z předpokladu, že jedinci mají biologické, psychologické, sociální a spirituální komponenty. S těmito součástmi je spojeno čtrnáct základních lidských potřeb, zaměřených převážně na aspekty tělesné.

1. normální dýchání
2. adekvátní příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. výběr vhodného oblečení – oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování čistoty a úpravy těla
9. odstraňování rizik z prostředí a vyvarování se poškození jiných
10. komunikace s jinými vyjadřováním emocí, potřeb, strachu, názorů
11. náboženské vyznání
12. smysluplná práce

13. hra nebo účast na různých formách rekreace

14. učení, odhalování nového nebo zvědavost, která vede k normálnímu rozvoji zdraví a využití vhodných zdravotnických zařízení

Při tvorbě svého modelu vycházela z předpokladu, že pokud je člověk zdravý, je schopen sám si uspokojovat všechny své potřeby.

Lidé se snaží své potřeby uspokojovat ve zdraví i nemoci individuálním způsobem. Problémy s uspokojením základních potřeb mohou nastat v některých obdobích života jako je např. dětství, těhotenství, přechod, stáří, kdy jedinec potřebuje pomoc druhých. V těchto situacích pomáhá podle Henderson ošetrovatelství, které je zaměřeno na co nejrychlejší znovunabytí nezávislosti jedince. Aktivity sestry jako vykonavatelky ošetrovatelských činností přitom vycházejí z jednotlivých lidských potřeb. Sestra má jedinci pouze asistovat při jejich uspokojování, rozhodovat za něj může pouze v případě jeho úplné závislosti. Musí však brát v úvahu faktory, které ovlivňují potřeby a zdravotní stav jedince.

Henderson rozdělila poskytování základní ošetrovatelské péče do tří fází.

1. fáze zahrnuje zjištění, ve které ze čtrnácti oblastí základní péče má pacient/klient deficit sil, vůle nebo vědomostí. To znamená, že sestra musí určit oblasti pomoci a podle toho následně naplánovat zásahy a jejich realizaci

2. fáze přichází po poskytnutí adekvátní pomoci pacientovi/klientovi. Toto se projeví zlepšením narušeného zdraví nebo patologického stavu a zlepšením soběstačnosti. Nové zkušenosti sestra promítne do změny plánu péče

3. fáze se zaměřuje na edukaci pacienta/klienta a jeho rodiny

Základními pojmy modelu Hendersonové jsou:

jedinec/člověk

Je tvořen čtyřmi základními složkami, včleněnými do čtrnácti elementárních lidských potřeb – biologické, psychické, sociální a spirituální. Tyto potřeby jsou u každého jedince uspokojovány různými způsoby.

společnost/prostředí

Jedinci jsou ve vzájemném vztahu k jejich rodinám. Soukromá a veřejná zařízení mají podporovat zdraví lidí. Společnost očekává pomoc od sester jedinci, který není schopen samostatných a nezávislých činností. Společnost by měla přispívat ke zkvalitnění sesterského vzdělání, které sestřím umožňuje pochopit lépe pacienta jako příjemce ošetrovatelské péče a faktory prostředí ovlivňující člověka.

zdraví

Definice zdraví je založena na schopnosti člověka nezávisle a samostatně plnit své funkce ve všech čtrnácti základních složkách. Sestry musí zdůrazňovat podporu zdraví, prevenci a léčbu nemocí. Hendersonová usiluje o specifickou funkci sestry jako nezávislého profesionálního zdravotníka.

ošetrovatelství

Hlavním cílem ošetrovatelství je udržet člověka maximálně soběstačného a nezávislého na svém okolí. v situaci, kdy vlastní potenciál nestačí, nahrazuje úbytek soběstačnosti vhodnou ošetrovatelskou péčí sestry. Přesně formulované ošetrovatelství umožňuje sestře vykonávat samostatné úkoly. Současně plní terapeutický plán lékaře, je členkou zdravotnického týmu, pacientovým pomocníkem. To vše pro dobro a uzdravení pacienta. (HENDERSON, 2012)

9 Použití teorie V. Hendersonové v ošetrovatelském procesu

Výběr vhodného modelu

Klimakterium, jak již bylo uvedeno, není samo o sobě onemocnění, ale mnohá onemocnění jej provázejí. Vzhledem k tomuto faktu jsem si vybrala právě model V. Hendersonové, která klade důraz na spolupráci a aktivitu pacienta, na rozvoj a podporu jeho soběstačnosti, na spolupráci s jeho rodinou a okolím. Myslíme si, že její teorie základní ošetrovatelské péče a uspokojování potřeb nemocného je nejvhodnější pro použití v mé práci. Pacientka, která byla vybrána pro vytvoření ošetrovatelského procesu, má v souvislosti s klimakteriem onemocnění, která vyžadují právě uspokojování základních potřeb, ale i snahu o udržení a zlepšení soběstačnosti. V první fázi bude nutné zjistit, ve které ze čtrnácti oblastí základních potřeb nemá pacientka dostatek sil, vůle nebo vědomostí potřeby uspokojit a potřebuje pomoc sestry. Následně pak naplánovat a realizovat ošetrovatelské intervence. Ve druhé fázi, po poskytnutí adekvátní pomoci pacientce v souvislosti se zlepšením zdravotního stavu i soběstačnosti změnit plán péče. Třetí fáze je zaměřena hlavně na edukaci pacientky, její rodiny a přátel. Průběh onemocnění se dá začlenit do jednotlivých fází ošetrovatelského procesu, kdy koresponduje s teorií Hendersonové. Celý ošetrovatelský proces bude probíhat paralelně s vedením, edukací a pomocí pacientce v zachování schopnosti starat se o své zdraví a motivací za účelem udržet se nezávislým na svém okolí.

9.1 Osobní údaje

Jméno a příjmení: XY

Pohlaví: žena

Rodné číslo:-----

Datum narození:-----

Věk: 52

Stav: vdaná

Číslo zdr. pojišťovny: 111

Zaměstnání: učitelka

Bydliště:-----

Státní příslušnost: ČR

Telefon:-----

Vzdělání: vysokoškolské

Bydliště příbuzných:-----

Vztah k zařízení: hospitalizace

Důvod přijetí: vyšetření

Oddělení: gynekologické

Pooperační den: 0

Ošetřující lékař: MUDr. J.T.

Den pobytu: 4.

Příjem: 1.

9.2 Sociální situace

Žije sama: s manželem

Zaměstnání dnes: Učitelka na střední škole

Zaměstnání dříve: dtto

Stav: vdaná

Jak chce být oslokována: paní magistro

Kontakt se sociální sestrou: ne

Příbuzní a osoby, které chce kontaktovat: manžel, dcera

Lékařská diagnóza: Estrogen deficitní syndrom, Osteoporóza

Důvod přijetí: recidivující močové infekce, opakovaná zlomenina HK, palpitace, závratě

Alergie: 0

Riziko: 0

9.3 Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka: St. p. cholecystektomii, hysterektomii, fr. pelvis, fr. femoris, primární hypertenze, osteoporósis, opakované uroinfekce

Otec: Primární hypertenze, hypercholesterolemie, st. p. apendektomii, st. p. adenotomii, ulcerózní choroba žaludku, DM II. typu

Bratr: zdrav

Sestra: St. p. apendektomii, varixy DK,

Děti: dcera- 24 let, atopik, alergie na zvířecí srst

syn- 21 let, zdrav

Osobní anamnéza

Prodělaná onemocnění: záněty močových cest a močového měchýře, akutní gastroenteritis, pneumonie, tracheobronchitis, běžné dětské choroby

Úrazy: 0

Očkování: dle očkovacího kalendáře

Léky: neužívá

Alergie: neudává

Abúzy: Alkohol minimálně, dle příležitosti.

Kouření: 0

Káva: 1-2x denně

Léky: neužívá

Drogy: neužívá

Gynekologická anamnéza

Menzes: od 14 let, pravidelně, bolest občasná

A: 0

UPT: 0

Antikoncepce:0

Menopauza: začala v květnu 2012

Klimakterické potíže: návaly horka, nespavost, vertigo, únava, bolesti kostí, pocení, podrážděnost, palpitace, změny nálad, pocit suché pokožky

Poslední gynekologická prohlídka: listopad 2012, sledovaná mamograficky, samovyšetření prsou provádí pravidelně

9.4 Fyzikální vyšetření sestrou ze dne 11. 12. 2012

Celkový vzhled: Hlava – pacientka udává občasné bolesti hlavy tupého charakteru. Tvar hlavy je mezocefalický, na pohmat a poklep nebolestivá, výstupy hlavových nervů nebolestivé, nepřítomnost deformit.

Oči – bulvy ve středním postavení, zornice izokorické, reakce na osvit výbavná, skléry bílé, spojivky růžové, klidné

Dutina ústní – sliznice růžové, vlhké, bez povlaků. Jazyk plazen ve střední čáře, vlhký s mírným bělavým povlakem. Rty oschlé, růžové, bez cyanózy.

Chrup – bez známek zánětu, bez povlaku, sanován, tonzily klidné, bez povlaků.

Nos, uši – bez sekrece.

Krk – šíje volná, náplň krčních žil nezvýšená, pulzace karotid hmatná. Štítná žláza na pohled i pohmat nezvětšená. Lymfatické uzliny nezvětšené.

Hrudník – pacientka udává občasné potíže s dýcháním v souvislosti s návaly horka, které trvají několik sekund. Na hrudníku nejsou patrné žádné deformity, je symetrický, klenutý. Lymfatické uzliny nehmatné, axily bez změny barvy kůže. Prsa dle gynekologa bez patologických změn. Dýchání pravidelné, volné, při poslechu patrné vrzoty. Poklep jasný, nezvučný.

Srdce – pacientka má palpitace, říká, že v souvislosti s návaly horka. Akce srdeční pravidelná, 82 /min., bez šelestů, ozvy ohraničené. Akrální části těla bez cyanózy.

Břicho – pacientka neudává žádné bolesti břicha, ani potíže v souvislosti s GIT. Břicho palpačně nebolestivé, měkké, prohmatné. Stěna břišní je pevná, bez strií, jizev, rezistencí.

Urogenitální systém – pacientka má pocit suché sliznice pochvy. Užívá lubrikanty. Genitál ženský, bez odchylek, třísla volná, uzliny nehmatné. Moč čirá v dostatečném množství.

Kosterně-svalový systém – pacientka udává bolesti kostí HK i DK. Byla diagnostikována osteoporóza. Horní i dolní končetiny souměrné bez vad a deformit. Hybnost normální. Jemná i hrubá motorika v normě. Poloha aktivní. Páteř bez patologických změn. Svaly normotónní, bolest udává v souvislosti se zvýšenou tělesnou námahou, na škále bolesti č. 4.

Nervově-smyslový systém – pacientka v této oblasti potíže neudává. Je plně při vědomí, orientovaná. Čich a sluch bez patologie. Zrak-nosí brýle na čtení. Staropaměť i

novopaměť bez potíží. Reflexy výbavné.

Endokrinní systém – gynekologem byl diagnostikován estrogendeficitní syndrom. V souvislosti s tím pacientka pociťuje výše uvedené příznaky a obtíže charakteristické pro období klimakteria. Jiné endokrinologické potíže neudává.

Kůže a její adnexa – pacientka má pocit suché, svědící kůže. Kůže je suchá, opálená, bez zarudnutí, akrální části bez cyanózy. Kožní turgor přiměřený. Bez edémů, dekubitů a jizev. Ochlupení odpovídá ženskému pohlaví. Vlasy upravené, barvené, čisté, nehty upravené.

Úprava, hygiena: pacientka je čistá, upravená, oblečena přiměřeně situaci i ročnímu období

Puls: 82

Krevní tlak: 145/85

Dech: 24

Tělesná teplota: 36,6 °C

Kůže: suchá, čistá, bez jizev a hematomů, opálená

Výška: 178 cm

Váha: 76 kg

Chybějící části těla: 0

Chůze: souměrná

Riziko pádu: zvýšené

Riziko dekubitů: 0

9.5 Ošetřovatelská dokumentace dle Hendersonové

1. dýchání

doma: občas se jí hůře dýchá v souvislosti s palpitací a návaly horka

yní: dýchání v pořádku

kouření: nekuřák

kašel: nemá

sputum: nevykašlává

léky na dýchání: neužívá

léčba kyslíkem: neindikována

2. výživa a hydratace

stav výživy: přiměřený, normostenická

chuť k jídlu: dobrá

změna váhy: za minulé dva roky přibrala 5 kg

způsob přijímání stravy: ústy

forma stravy: normální, formovaná

porucha polykání: nemá

stav chrupu: dospělý chrup, plomby

nauzea: pouze při návalech horka

zvracení: nezvrací

pálení žáhy: nemívá

složení stravy: žádné komponenty nevyklučuje, stravuje se zdravě

frekvence: 5x za den

oblíbená jídla: ovoce, zelenina, rýže, italská a čínská kuchyně

dieta doma: nedodržuje

schopnost sám se najíst: zvládá

potřeba pomoci: nepotřebuje

příjem tekutin: 2-3 l denně

dostatek tekutin: má

pocit sucha v ústech: mívá poslední tři roky

oblíbené nápoje: minerální vody, ovocný čaj, džus, pivo, mléčné koktejly

3. vylučování

mikce: močí v závislosti na množství přijatých tekutin

změna v poslední době: močí méně

obtíže s močením: pociťuje pálení při močení, občas pociťuje únik moče

příměsí v moči: nemá

vyprazdňování střeva: pravidelné, 1x denně

stolice: formovaná

barva: hnědá

vyprazdňovací návyky: ráno

změna v poslední době: žádná

užívání preparátů k vyprazdňování: neužívá

obtíže během vyprazdňování: nemá

4. pohyb

pocit dostatečného elánu: teď už nemá, cítí se unavená

chybějící části těla: 0

kompenzační pomůcky: nepoužívá

úroveň soběstačnosti: snižená

prevence imobilizačního syndromu: není nutná

režim v nemocnici:

5. spánek a odpočinek

kvalita: spí hůře, probouzí se

ráno se cítí: nevyspalá

bolest: má, bolí ji kosti

bolest vnímá: č. 6 na škále bolesti

bolest tiší: netiší

intenzita bolesti: č. 6 na škále bolesti

6. oblékání

obléká se sama

7. regulace tělesné teploty

změna: mívá zvýšenou teplotu někdy ráno, asi 37,4 °C

potíže: při vstávání

raději má: chlad

raději spí: v chladu

8. hygiena

dříve: bez potíží zvládla

nyní: po ránu, než se rozhybe, zvládá hůře

schopnost: déle jí to trvá, ale zvládne

častost: 2x denně

vyžadovaná pomoc: nevyžaduje

teplota vody: cca 26 °C

mytí vlasů: 3x za týden

stříhání nehtů: 1x za týden

čištění chrupu: 3x denně

změny na kůži: má teď suchou kůži, to dříve nemívala

9. ochrana před nebezpečím

informovanost: dobrá

adaptace na nové prostředí: špatná, těžko se adaptuje

závislost: netrpí
sdělování informací komu: manžel, dcera
nejbližší člověk: dcera
návštěvy: má- dcera, manžel, syn
vědomí: nezměněné
sluch: dobrý
zrak: vidí hůře na blízko
kompenzační pomůcky: brýle

10. komunikace, kontakt

přiměřenost: adekvátní
řeč: normální, bez vad a poruch
oční kontakt: souvislý
orientace: dobrá
komunikační bariéry: lépe se jí hovoří v soukromí
psychický stav: částečně úzkostná

11. víra

není věřící

12. práce

druh práce: učitelka na střední škole
spokojenost: spokojená, neumí si představit svůj život bez práce
pracovní problémy: nemá, jen teď má pocit zhoršené pohyblivosti

13. aktivity- zájmy

koničky: sporty, turistika, cestování, četba, divadla, tanec
fyzická aktivita: běžné domácí práce, kolo, lyže, volejbal, plavání
bydlí: v rodinném domě s manželem

14. učení

dosažené vzdělání: vysokoškolské
role, mezilidské vtahy: manželka, matka, babička, kamarádka, spolupracovnice
dodržuje ústavní režim: ano
seznámena s dokumenty zařízení: ano, porozuměla
zná lékaře-sestru: ano
edukace v oblasti: základního onemocnění, sebekpěče, zájmových aktivit
zaměření edukace: na pacientku, její rodinu, přátele

9.6 Vyšetření biologického materiálu

Naordinovaná vyšetření: biochemické vyšetření krve a moči, krevní obraz, vyšetření hladiny ženských pohlavních hormonů.

Výsledky:

KREVNÍ OBRAZ		REFERENČNÍ MEZE
Erytrocyty	4,04	3,8 - 5,2
Hematokryt	0,372	0,35 - 0,47
Hemoglobin	126	120 - 160
Leukocity	5,40	4 - 10
Trombocity	120	150 - 400

MOČ CHEMICKY A SEDIMENT

U - pH	5,0	5 - 5,6
ostatní negativní		

BIOCHEMIE

S - CRP	1	0 - 8
S - Glukoza	5,3	3,6 - 5,6
S - Močovina	3,6	3 - 8
S - Kreatinin	79	55 - 100

Medikamentózní léčba

Užívá Estraderm náplasti, které aplikuje na kůži hýždí a vyměňuje 2x týdně.

Konzervativní léčba

Dieta: D3 racionální + potravinové doplňky s obsahem vápníku

Pohybový režim: snížený

RHB: fyzikální, vodoléčba

Chirurgická léčba: 0

9.7 Kazuistika

Pacientka, 57 let navštívila svého praktického lékaře se srdečními obtížemi. Popisovala časté palpitace, které se objevovaly nejčastěji v souvislosti s návaly horka. Tyto přicházely hlavně v noci. Pacientku probouzely ze spánku. Po odeznění těchto obtíží již neusnula nebo jen velmi obtížně a pak se opět probouzela. K těmto stavům docházelo několikrát za noc. Ráno se nemohla vzbudit ani na zvonění budíku. Během dne potom v práci byla velmi unavená, usínala, nebyla schopna se soustředit. Nyní má strach, že když se její potíže neupraví, mohla by přijít o práci. S těmito obavami se v noci probouzí, nemůže na to přestat myslet. Také si stěžovala na bolesti kloubů a kostí a s tím spojený ztížený pohyb. Vždy sportovala, nikdy neměla takové potíže. Na dotaz lékaře na dobu trvání těchto potíží odpověděla, že jimi trpí přibližně deset měsíců. V současné době má zlomeninu loketní kosti, která vznikla při úderu o dveře. Další zlomeninu prodělala před rokem. Jednalo se o zlomeninu kosti klíční při pádu na zledovatělém chodníku. Jinak pociťuje celkovou únavu bez zjevné příčiny. Doma je vše v pořádku, rodinné vztahy bez problémů. V zaměstnání to zvládá hůře než dřív, bývá unavená, nevyspalá.

9.8 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Aktuální diagnózy:

- Bolest chronická z důvodu změn kostní struktury, projevující se stížnostmi na bolest, únavou, poruchami spánku.
- Porucha tkáňové integrity z důvodu úrazu PHK, projevující se poškozením celistvosti tkáně, známkami zánětu v okolí rány, zvýšenou TT, stížnostmi na bolest v okolí rány.
- Porucha spánku z důvodu návalů horka a pocení, projevující se častým buzením, obtížným usínáním, nervozitou.
- Porucha soběstačnosti z důvodu fraktury HK, projevující se sníženou sebepéčí, žádostmi o pomoc při běžných činnostech.

9.9 Rozpracování ošetřovatelských diagnóz

- **Bolest chronická**

z důvodu změn kostní struktury, projevující se stížnostmi na bolest, únavou, poruchami spánku.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka netrpí bolestí do měsíce

Cíl krátkodobý: Pacientce se výrazně uleví od bolesti během tří dnů

Výsledná kritéria:

- Pacientka umí označit intenzitu bolesti na škále bolesti (ihned)
- Pacientka zná úlevové polohy vedoucí ke zmírnění bolesti (do jednoho dne)
- Pacientka zná techniky umožňující úlevu od bolesti (do dvou dnů)
- Pacientka je edukována a o složení potravy a potravinových doplňcích pomáhajících odstranit příčinu bolesti (do druhého dne)
- Pacientka je seznámena s příčinou bolesti a chápe souvislosti (do druhého dne)
- Pacientka je edukována o nutnosti dodržování léčebného režim (ihned)

Plán intervencí:

- Seznam pacientku s příčinami vyvolávajícími bolest (všeobecná sestra)
- Vezmi v úvahu věk, pohlaví i intelekt pacientky (všeobecná sestra)
- Edukuj pacientku o škále bolesti a možnosti jejího označení (všeobecná sestra)
- Seznam pacientku s možnostmi zaujetí úlevových poloh, pomoz vyhledat nejvhodnější (všeobecná sestra)
- Edukuj pacientku o složkách potravy substituující calcium (všeobecná sestra)
- Všímej si možných vědomých i nevědomých projevů bolesti (všeobecná sestra)

- Seznam pacientku s příčinou bolesti a vysvětlí souvislosti s léčbou a stravou (všeobecná sestra)
- Odpovídej na otázky pacientky týkající se bolesti (všeobecná sestra)
- Edukuj pacientku o nutnosti dodržování léčebného režimu a nutnosti odpočinku (všeobecná sestra)
- Seznam pacientku s možností užívání analgetik dle ordinace lékaře (všeobecná sestra)

Realizace: 14. 11. - 22. 11. 2012

Pacientka je mojí dlouholetou známou, proto jsem si s ní domluvila spolupráci již před hospitalizací. Několikrát navštívila se současnými problémy svého gynekologa, který po poslední návštěvě doporučil hospitalizaci. Důvodem hospitalizace na gynekologickém oddělení byla úprava medikace, vyšetření kostní denzitometrie a řešení bolesti v souvislosti s osteoporózou. Dosud pacientka užívala nahodile Ibuprofen 400 mg a to pouze v případě velkých bolestí. Poučila jsem ji o nutnost upravit analgetickou medikaci a dodržovat ordinace lékaře. Ukázala jsem a vysvětlila škálu bolesti. Bolest označila stupněm 7. Všechny otázky pacientky jsem zodpověděla.

-15.11.2012 jsem překontrolovala, jestli pacientka užívá naordinovanou analgetickou medikaci. Zeptala jsem se, jestli rozumí příčinám bolesti a zodpověděla všechny dotazy. Zkusily jsme společně vyhledat vhodnou polohu pro úlevu od bolesti a doplnily pomůcky k polohování. Pacientka říkala, že bolest trochu ustoupila a označila ji stupněm 5 na škále.

-16.11.2012 pacientka se cítila lépe. Užívá předepsanou medikaci, často mění polohu a dlouho nezůstává ve stejné. Naučila se používat pomůcky k polohování a zeptala se, kde si je může koupit.

-17.11.2012 navštívila jsem pacientku v odpoledních hodinách. Dodržuje klidový režim, užívá předepsanou medikaci, polohu si vybírá dle momentální situace. Zeptala se, jaké potraviny a doplňky by měla užívat pro zlepšení svých potíží s bolestmi kostí. Domluvila jsem návštěvu nutriční terapeutky, která pacientku edukuje o vhodné stravě. Cítí se lépe, dokáže si ulevit od bolesti změnou polohy. Myslí si, že by nemusela užívat analgetika trvale. Bolest označila stupněm 3.

15.12.2012 pacientka při kontrole na ambulanci říkala, že bolest výrazně ustoupila. Prý nevyziměla, i když dodržuje předepsané ordinace, ale cítí se lépe.

Byla by ráda, kdyby nemusela užívat analgetika, ale chápe, že to jinak nepůjde. Bolest by označila stupněm č. 3.

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Patientce se výrazně ulevilo od bolesti do tří dnů, ale bolest úplně nevymizela. Bude proto nutné v intervencích pokračovat.

- **Porucha spánku**

z důvodu nočních návalů horka a pocení, projevující se častým probouzením v noci, obtížným usínáním, nervozitou, únavou.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka kvalitně spí a cítí se v celkové tělesné pohodě po probuzení (do 3 týdnů)

Cíl krátkodobý: Pacientka má kvalitnější a hlubší spánek (do 1 týdne)

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná důvody poruchy spánku (do 1 dne)
- Pacientka je poučena o spánkové hygieně (do 1 dne)
- Pacientka zná svoje spánkové návyky (do 2 dnů)
- Pacientka je ví o možnost medikamentózní léčby (ihned)
- Pacientka zná techniky navozující spánek (do 1 dne)
- Pacientka ví, že může spát během dne (ihned)

Plán intervencí:

- Zhodnot' duševní stav pacientky a její individuální projevy (všeobecná sestra).
- Hovoř s pacientkou o příčině jejího narušeného spánku (všeobecná setra).
- Edukuj pacientku o relaxačních technikách před spaním (všeobecná sestra).
- Zeptej se pacientky na návyky před spaním a spánkové rituály

(všeobecná sestra).

- Vysvětlí pacientce nutnost dodržení spánkového schématu (všeobecná sestra).
- Zajisti pro pacientku klidné prostředí pro spánek (všeobecná sestra).
- Rozvrhni léčebně-ošetrovatelskou péči tak, aby nenarušovala odpočinek a spánek pacientky (všeobecná sestra).
- Pacientku během spánku a odpočinku zbytečně neprobouzej (všeobecná sestra).
- Zhodnot' všechny okolnosti spojené u nemocného s usínáním a spánkem (všeobecná sestra).
- Vysvětlí pacientce účinky hypnotik a odpovídej na její dotazy (všeobecná sestra).
- Snaž se zjistit všechny okolnosti, které spánek narušují (všeobecná sestra).
- Dbej na to, aby pacientka před spaním omezila nebo vyloučila všechny potraviny a nápoje, které zvyšují bdělost (všeobecná sestra)

Realizace: 14.11 - 22. 11. 2012

Pacientka byla při našem rozhovoru unavená, nevyspalá a podrážděná. Říkala, že špatně spí a trvá to již delší dobu. V noci se často probouzí, když má návaly horka a pocení a tyto stavy přetrvávají i při hospitalizaci. Říká ale, že špatně spí, i když tyto potíže nemá. Hůře se jí usíná, spí lehce a za krátko se probudí. Potom během dne bývá ospalá, nemůže se soustředit, je nervózní a podrážděná. Navrhla jsem jí, že probereme všechny důvody, které vedou k těmto stavům. Pacientka udává, že, popisované potíže trvají přibližně rok. Poslední dobou návaly horka a pocení ustupují, ale spánek je neustále krátký, mělký, nekvalitní. Navrhla jsem jí, aby si odpočinula a spala přes den, kvůli velké únavě, kterou pociťovala. Během dne pacientku nikdo při spánku nerušil. Spala dvakrát po dvou hodinách.

-15.11.2012 ráno pacientka říká, že se opět probouzela, ale necítí se tak unavená. Hovořily jsme o jejích zvycích před spaním. Nemá ráda horko, pije kávu cca ve 20 hod. Spát chodí ve 23 hod. Má ráda tmu na spaní a upřednostňuje ticho. Zde v nemocnici je i v noci slyšet zvuky z chodby. To ji probouzí. Nabídla jsem jí možnost ušních zátek, kterou přijala. Dohodli jsme se, že vynechá kávu a zkusí

bylinkový čaj. Má ráda mateřídoušku a meduňku. Manžel jí čaje rád přinese.

-17.11.2012 pacientka před spaním pije čaj místo kávy. Večer jí jen lehké jídlo. Před spaním si do uší vloží ušní zátky. Žaluzie má zatažené. Zatím odmítá možnost užívání hypnotik. Prý zkusí nejprve něco "lehčího". Říká, že během dne spala jen jednou, ale dobře si odpočinula. V noci se probudila jen jednou, na toaletu. Myslí si, že není tak unavená a spalo se jí lépe.

-19.11.2012 pacientka po pěti dnech spala celou noc. Říká, že nespala úplně hluboce, ale dnes v noci se neprobudila. Čaj před spaním je fajn, ani hluk už tolika neslyší. Nemá potřebu dnes spát přes den, není unavená. Myslí si, že to může být i pobytem v nemocnici. Docela si odpočinula, není ve stresu a strachu, že bude ospalá. Říká, že jí pomáhá i uvolňování s rehabilitační pracovníci.

22.11.2012 pacientka se v noci neprobudila. Říká, že se cítí dobře, unavená není a je patrné, že i nervozita a podrážděnost ustoupily. Má pocit, že spala hluboce a nepamatuje si, co se jí zdálo. Je umístěna na nadstandardním pokoji na konci chodby. Má tam klid a ticho. Je odpočatá. Myslí si, že měla 1x nával, ale není si jistá, spala. Ráno se probudila zpocená.

Pacientka navštívila ambulanci 12.12. Říká, že se jí spí daleko lépe, neprobouzí se tak často jako dříve, ale probouzí se. Tedy částečný diskomfort v souvislosti se spánkem cítí. Pomáhají jí návyky, které nastartovala za hospitalizace a přes den se necítí tak unavená a neusíná.

Hodnocení:

Dlouhodobý cíl splněn nebyl. Pacientka se cítí lépe, ale stále nespí spánkem, který by označila za hluboký. Během dne se cítí unavená jen někdy.

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka do týdne spala lépe, necítila se tolik unavená. Oproti dřívějšímu spala tvrdším spánkem.

Porucha tkáňové integrity

z důvodu úrazu PHK, projevující se poškozením celistvosti tkáně, známkami zánětu v okolí rány, zvýšenou tělesnou teplotou, stížnostmi na bolest v místě rány.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má celistvou zhojenou tkáň bez známek zánětu (do měsíce)

Cíl krátkodobý: Pacientka nemá zvýšenou tělesnou teplotu (do tří dnů)

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná příčinu zvýšené tělesné teploty (do 1 dne)
- Pacientka je seznámena s nutností s dodržování léčebných postupů (do 1 dne)
- Pacientka je edukována o možnostech léčby (do 1 dne)
- Pacientka ví, že může konzultovat svůj stav se všeobecnou sestrou (ihned)
- Pacientka jak pečovat kůži v okolí rány a o ránu samotnou (do 1 dne)

Plán intervencí

Edukuj pacientku o příčině porušení tkáňové integrity (všeobecná sestra)
Seznam pacientku s léčebnými postupy a zdůrazni nutnost je dodržovat (všeobecná sestra)

Výkony péče o ránu prováděj aseptickým způsobem (všeobecná sestra)

- Zapoj rodinu do péče o pacientku a spolupráce se sestrou (všeobecná sestra)
- Vysvětli pacientce možná rizika nesprávné péče o ránu (všeobecná sestra)
- Všímej si stavu rány a posuzuj stádia hojení (všeobecná sestra)
- Snaž se odhadnout psychický dopad rány na pacientku (všeobecná sestra)
- Posuzuj krevní zásobení a inervaci postiženého tkáňového okrsku (všeobecná sestra)
- Nezapomínej na léčbu základního onemocnění (všeobecná sestra)

Realizace: 14.11. - 16. 12.2012

Problémy s porušenou kožní integritou jsme s pacientkou řešily zároveň s ostatními problémy. Vzhledem k tomu, že v době hospitalizace a docházení do ambulance měla pacientka úraz PHK s porušenou vrchní vrstvou kůže, domluvily jsme se na řešení i tohoto problému. Pacientka upadla při nastupování do tramvaje

a přivodila si tak frakturu loketní kosti s hlubokou exkoriací. Po převozu do nemocnice pacientce zrentgenovali předloktí PHK a ošetřily ránu. Poté přiložili ortézu z důvodu snadnějšího přístupu k ráně. Po dvou dnech byla pacientce opakovaně naměřena zvýšená hodnota tělesné teploty.

-15.11.2012 při převazu, který proběhl za přísně aseptických podmínek, byly zjištěny v okolí rány známky zánětu: zarudnutí, otok, bolestivost, horkost a zvýšená TT. Po domluvě s lékařem byly zahájeny intervence proti rozvoji zánětu. Pacientce byla nasazena antibiotická léčba.

-16.11.2012 byly hodnoty TT normalizovány a rána při převazu nebyla zarudlá. Okraje byly oschlé a hojily se směrem ke středu. Pacientka říkala, že ji rána již tolik nebolí a ulevilo se jí.

-20.11.2012 se rána převazuje po čtyřech dnech. Je vidět patrné zlepšení a rána je zmenšená, nebolí a není oteklá.

-16.12.2012 přišla pacientka na kontrolu. Ortézu má stále ještě přiloženou, i když fraktura je již zhojená. Rána byla zcela zhojená, v místě přetrvávala pouze zvýšená citlivost na pohmat.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka neměla zvýšené hodnoty TT do tří dnů. Dlouhodobý cíl se také podařilo splnit, pacientka do měsíce měla celistvou zhojenou tkáň bez známek zánětu.

Porucha soběstačnosti

z důvodu fraktury HK projevující se sníženou sebepéčí, žádostí o pomoc při běžných činnostech.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka je soběstačná a zvládá sebepéči (do 1 měsíce).

Cíl krátkodobý: Pacientka se sama aktivně snaží o sebepéči (do týdne)

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná příčinu poruchy soběstačnosti (do 1 dne)
- Pacientka ví, kde a koho může požádat o pomoc (do 1 dne)
- Pacientka zná následky stagnace daného problému (hned)
- Pacientka se aktivně zapojuje do běžných denních činností (do týdne)
- Pacientka se aktivně vrací ke svým zájmovým aktivitám před úrazem (do dvou týdnů)

Plán intervencí:

- Hovoř s pacientkou o příčinách jejího problému (všeobecná sestra)
- Trpělivě odpovídej na všechny dotazy pacientky (všeobecná sestra)
- Doporuč pacientce rehabilitačního pracovníka k rozcvičení postižené končetiny (všeobecná sestra)
- Zapoj do spolupráce rodinu pacientky (všeobecná sestra)
- Vyslechni trpělivě pacientčiny připomínky a názory k plánovaným intervencím (všeobecná sestra)
- Dbej na dodržování léčebného režimu pacientky (všeobecná sestra)
- Průběžně kontroluj a vyhodnocuj pokroky v činnostech soběstačnosti pacientky (všeobecná sestra)
- Zpočátku pacientce aktivně pomáhej v běžných denních činnostech, postupně činnosti převáděj na pacientku a buď připravena pomoci (všeobecná sestra)
- Dohlížej na správné užívání medikace dle ordinace lékaře (všeobecná sestra)
- Dej pacientce najevo, její zodpovědnost za své zdraví (všeobecná sestra)
- Navštěvuj nemocného i v domácím prostředí a dohlédni na plnění léčebných požadavků (všeobecná sestra)

Realizace: 14.11. - 22. 12. 2012

14.11.2012 jsme s pacientkou v nemocnici zhodnotily její situaci a naplánovaly intervence. Pacientka po úrazu HK trpěla bolestmi a nebyla schopná vykonávat běžné denní činnosti. Ani její psychický stav nebyl dobrý. Nevěděla jak požádat o pomoc a sama péči o sebe nezvládla tak, jak by si představovala. Souhlasila s navrženými intervencemi a byla ochotná na sobě pracovat.

21.11.2012 jsem pacientku opět navštívila. Spolupracovala s rehabilitační

pracovníci a pomáhala jí i její rodina. Pokrok v sebeděči byl zjevný. I její psychický stav se upravil a sama projevovala spokojenost. Fraktura se hojila a HK se vracela do stavu před úrazem.

2.12.2012 pacientka byla propuštěna do domácí péče. Byla schopna se o sebe postarat, rodina jí pomáhala. Psychický stav pacientky byl uspokojivý. Říkala, že se cítí dobře, domů se těší a většinu činností zvládne sama. Těší se i na své přátel a koníčky.

Hodnocení: Dlouhodobý cíl byl splněn. Pacientka při propuštění z hospitalizace zvládla běžné úkony sebeděče. Také krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka se zapojovala do naplánovaných aktivit dříve, než bylo předpokládáno.

9.10 Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče

Péče pacientku s onemocněním estrogendeficitním syndromem, osteoporózou a frakturou PHK s porušením kožní integrity probíhala střídavě za hospitalizace a v ambulantní léčbě. Vzhledem k tomu, že šlo o pacientku s vysokoškolským vzděláním, bylo nutné přístup k ní přizpůsobit jejím nárokům. Společně jsme plánovaly péči a dohadovaly intervence. Pacientka byla vstřícná se zájmem o svoji osobu a s chutí zlepšit co se dalo. Dodržovala stanovená pravidla a maximálně se snažila o spolupráci. Ne vždy bylo vše jednoduché, ale kompromis se vždy našel. Aktivně se zapojila do spolupráce, kterou hodnotila kladně. Celý proces ošetrovatelské péče hodnotila kladně a pochopila jeho přínos pro svoji osobu. Ze spolupráce s pacientkou jsem i já měla dobrý pocit a potěšilo mě kladné hodnocení.

9.11 Doporučení pro praxi

Doporučení pro management

- zajistit dostatečné proškolení a průběžné doplňování informací pro personál týkající se bolesti
- motivovat personál k aktivnímu vyhledávání spolupráce s nespolupracujícím pacientem

Doporučení pro pacienta

- dodržovat důsledně léčebný režim
- hledat pozitiva na svém dosavadním působení v zaměstnání i rodině
- přizpůsobit svůj denní režim současnému onemocnění

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se snažili poskytnout náhled do problematiky klimakteria. Tato problematika je diskutovaná ve všech vrstvách obyvatelstva. Po přečtení práce můžeme změnit názor na danou tematiku a také pochopit složitosti popisovaného problému. Dozvíme se informace, které nám pomohou proniknout do tématu, jenž byl tabuizován a často poskytoval podnět ke vtipkování. Zjistíme souvislosti se změnami v ženském organismu na přelomu fertilního období a chováním a prožíváním klimakteria u ženy.

Ke vzniku projevů klimakteria vedou popsané změny v organismu ženy, které zakončí jednu etapu ženina života a odstartují novou. Z vypracované práce můžeme vidět, že přechod nejsou jen návaly horka a přibrané kilogramy, ale také začátek nové životní etapy. Ženám odpadají starosti o děti a mají čas pro sebe a své zájmy. Jsou vitální, udržované a mladistvé se spoustou životního elánu. Jsou také babičkami, které vypadají mladě a báječně a jejich věk by jim určitě nikdo nehádal.

V práci byla nastíněna změna, kterou prošla žena během několika posledních století. Můžeme zde sledovat změnu chování a přístupu společnosti k ženám v popisovaném životním období. Teoretická část práce se věnuje změnám, které probíhají v organismu ženy v klimakteriu. Během zpracování dané problematiky jsme zjistili, že se obtížně sbírá materiál k práci, ale také se obtížně hledá pacientka, jejíž problém by byl vhodný ke zpracování a ona byla ochotná poskytnout informace. Ženy stále nechtějí o projevech klimakteria a problémech s ním spojených hovořit. To nám dokazuje, že některá tabu stále přežívají.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- CITTERBART, K., et al., 2001. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-094-0.
- FAIT, T., 2006. *Klimakterická medicína*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-001-7.
- FAIT, T., 2010. *Přechodem bez obav*. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-219-3.
- GALAJDOVÁ, L., 2000. *O nemocech močového měchýře*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-950-0.
- Gynekologie-Klimakterium* [online]. [cit. 9. ledna 2013]. Dostupné na: <http://vnl.xf.cz/gyn-klimakterium.php>
- HANÁKOVÁ, T. *Sexualita v menopauze* [online]. [cit. 25. března 2013]. Dostupné na: <http://www.hanakovagynekologie.cz/sexualita-v-menopauze>
- HENDERSON, V. *Teorie základní ošetrovatelské práce* [online]. [cit. 11. listopadu 2012]. Dostupné na: <http://vnl.xf.cz/osetrovatelstvihenderson.php>
- HOFMANNOVÁ, L., 2005. Klimakterium. In *Sestra*. 2005, č. 4, s. 54.
- IKEM. *Hormonální substituční terapie* [online]. [cit. 9. ledna 2013]. Dostupné na: <http://www.ikem.cz/www?docid=1001206>
- Klimakterium a menopauza* [online]. [cit. 6. dubna 2013]. Dostupné na: <http://tema.apatykar.info/clanek-172/>
- Intimní život v období klimakteria* [online]. [cit. 11. listopadu 2012]. Dostupné na: <http://www.clinic24.eu/clanky/31/intimni-zivot-v-obdobi-klimakteria.aspx>
- KOVAŘÍK, D., HALAŠKA, M., FEYEREISL, J., 2008. *Repetitorium gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-138-7.
- KOLIBA, P., 2007. Možnosti alternativní léčby klimakterických obtíží. In *Medicína po promoci*. 2007, roč. 8, č. 3, s. 21.
- MORAVCOVÁ, M., 2006. Kvalita života a klimakterium. In *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, č. 8, s. 315.
- NĚMCOVÁ, J., MAURITZOVÁ, I., 2011. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň: Maurea, 2011, ISBN 978-80-902876-8-6.
- PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1211-6.

- PETROŠOVÁ, M., KLÍMOVÁ, K., NEUMANNOVÁ, A. *Klimakterium-Jak správně jíst a jak se správně hýbat* [online]. [cit. 11. listopadu 2012]. Dostupné na: <http://www.vemeste.cz/2012/04/klimakterium-jak-spravne-jist-a-jak-se-spravne-hybat>
- Příznaky klimakterického syndromu* [online]. [cit. 15. prosince 2012]. Dostupné na: www.vitalion.cz
- Příznaky klimakteria* [online]. [cit. 11 prosince 2012]. Dostupné na: <http://www.clinic24.eu/clanky/27/priznaky-klimakteria.aspx>
- STOPPARDOVÁ, M., 1995. *Klimakterium*. 1. vyd. Bratislava. 1995. ISBN 80-85680-60-2.
- STOPPARDOVÁ, M., 1993. *Žena od A do Z*. Martin: Neografia, 1993. ISBN 80-85186-26-8.
- TURČAN, P., 2011. Klimakterium, včelí produkty a fytoestrogeny. In *Sestra*. 2011, č. 9, s. 26.
- UZEL, R., 2009. *Ženské klimakterium a sexualita třetího věku* [online]. [cit. 25. března 2013]. Sborník z kongresu Pardubice, 2009. Dostupné na: <http://planovanirodiny.cz/view.php?ciloclanku=2009110103>.
- ŽIVNÝ, J., FAIT, T., 2003. Endokrinologie klimakteria a hormonální substituční terapie. In *Psychiatrie pro praxi*. 2003, č. 3 [online]. [cit. 11. listopadu 2012]. Dostupné na: www.solen.cz

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Kuppermanův index

Příloha B – Čestné prohlášení

Příloha A

I. KUPPERMANŮV INDEX

Symptom	Index	Míra obtíží
návaly horka		<ul style="list-style-type: none">• silné 3• střední 2• lehké 1• žádné 0 <p>Výsledek je součtem násobků: index symptomu × míra obtíží</p> <p>Hodnocení:</p> <p>> 35 těžký klimakterický syndrom 20–35 střední klimakterický syndrom 15–20 lehký klimakterický syndrom</p>
zvýšené pocení		
poruchy spánku		
podrážděnost		
deprese		
poruchy soustředění		
závratě		
bolesti hlavy		
bolesti kloubů		
bušení srdce		

Příloha B - Čestné prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY V KLIMAKTERIU“ zpracovala v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Praha 5, Duškova 7.

V Praze dne 28. 3. 2013