Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

DOPADY PROJEVŮ KLIMAKTERIA NA ŽIVOT ŽENY A PROMÍTNUTÍ DO PRÁCE PA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KLÁRA SVOBODOVÁ

Praha 2017

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

DOPADY PROJEVŮ KLIMAKTERIA NA ŽIVOT ŽENY A PROMÍTNUTÍ DO PRÁCE PA

Bakalářská práce

KLÁRA SVOBODOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: MUDr. Magdalena Kučerová

Praha 2017

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

Svobodová Klára
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 16. 5. 2016 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Dopady projevů klimakteria na život ženy a promítnutí do práce PA

The Impact of Climacteric Symptoms in Women's Lives and Its Projection into Midwive´s Work

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Magdalena Kučerová

V Praze dne: 1. 11. 2016

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 24.4.2017

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce MUDr. Magdaleně Kučerové za trpělivost, rady, ochotu a za čas, který mi věnovala.

ABSTRAKT

SVOBODOVÁ, Klára. *Dopady projevů klimakteria na život ženy a promítnutí do práce PA*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Magdalena Kučerová. Praha 2017. 51 s.

Tématem bakalářské práce je Klimakterium. Skládá se ze dvou částí – teoretické a praktické. V teoretické části je popsáno, co to klimakterium je, jak se projevuje, jaké má komplikace a jak se léčí; co se v těle ženy během klimakteria děje, jak se mění hladiny hormonů a jakými vazomotorickými, psychickými a sexuálními změnami prochází. Dále se zmiňuji o nemocích spojených s tímto obdobím. Velká část práce se zabývá léčbou klimakterických syndromů, a to především hormonální substituční terapií. Praktická část práce je zaměřena na vyhodnocení dotazníků. Dotazník byl určen pro ženy po období klimakteria. Na dotazník odpovědělo 50 respondentek. Dotazník byl zaměřen na fyzické, psychické a zdravotní změny v období klimakteria.

Klíčová slova:
Hormonální substituční terapie. Hormonální změny. Klimakterium. Žena

ABSTRACT

SVOBODOVÁ, Klára. *The Impact of Climacteric Symptoms in Women's Lives and Its Projection into Midwife Work*. Medical collage. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Magdalena Kučerová. Prague 2017. 51 pages.

The theme of my bachelor thesis is climacteric. There are two sections – theoretical part and practical part. Theoretical part describes Climacteric, its syndromes, complications and how to treat it. What is happening in the women's body, hormonal levels and vasomotor, psychic, sexual changes. Next various diseases related women's life are included. Next it describes diseases related with climacteric. Big part of thesis is about climacterics symptoms treatment, especially hormonal replacement therapy. Practical part has been devoted to evaluation of a questionnaire. The Questionnaire considers women's after climacteric period. Fifty respondents have participated in the questionnaire. The paper focuses on physical, psychic and health changes in climacteric period.

Keywords:
Climacteric. Hormonal levels. HRT. Women

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD 11

1 KLIMAKTERIUM 12

1.1 ČÁSTI KLIMAKTERIA 12

1.2 PŘEDČASNÉ OVARIALNÍ SELHÁNÍ 13

2 FYZIOLOGIE KLIMAKTERIA 14

2.1 ESTROGENY 15

2.2 LABORATORNÍ ZNÁMKY 16

3 KLINICKÉ PŘÍZNAKY KLIMAKTERIA 18

3.1 VEGETATIVNÍ ZMĚNY 18

3.2 ORGANICKÉ ZMĚNY 19

3.3 METABOLICKÉ ZMĚNY 20

3.4 PSYCHIKA V KLIMAKTERIU 20

3.4.1 DUŠEVNÍ ZMĚNY 21

3.4.2 DUŠEVNÍ PORUCHY 21

3.5 SEXUOLOGIE 22

4 ONEMOCNĚNÍ SPOJENÁ S KLIMAKTERIEM 24

4.1 OSTEOPORÓZA 24

4.2 RAKOVINA 25

4.3 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ 26

4.4 UROGENITÁLNÍ PROBLÉMY 27

5 ŽIVOTNÍ STYL V KLIMAKTERIU 28

6 LÉČBA....29
6.1 VYŠETŘENÍ....29
6.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA....30
6.3 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA....32
6.3.1NEHORMONÁLNÍ FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA....32
6.3.2 HORMONÁLNÍ FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA....33
6.4 OPERATIVNÍ LÉČBA....38
6.5 SPECIFIKA PÉČE O ŽENU V KLIMAKTERIU....38
7 PRAKTICKÁ ČÁST....40
7.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ....42
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI....60
ZÁVĚR....61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY....62
PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	body massa index
CT	computed tomography
DXA	dual energy x-ray absorptiometry
FSH	folikulostimulační hormon
HRT	hormone replacement therapy, hormonální substituční terapie
ICHDK	ischemická choroba dolních končetin
ICHS	ischemická choroba srdeční
LH	luteinizační hormon
PA	porodní asistentka
RTG	radioizotopový termoelektrický generátor
TEN	tromboembolická nemoc
WHO	Word Health Organization, Světová zdravotnická organizace

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Algopareunie	bolest při pohlavním styku
Atrézie	zánik folikulů ve vaječnících
Denzitometrie	měření hustoty kostí
Dyspareunie	pohlavní styk s nepříjemnými pocity, mírně bolestivý
Dysurie	bolestivé močení, potíže s močením
Endometrium	děložní sliznice
Folikul	útvar tvořený oocytem a vrstvou podpůrných buněk
Hepatopatie	onemocnění jater
Hysterektomie	operativní odebrání dělohy
Inhibiny	nesteroidní hormonální látky, působící na vylučování FSH
Inkontinence	samovolný únik moči
Libido	touha, pohlavní pud
Myokard	srdeční svalovina
Nykturie	noční močení
Obturace	ucpání, uzavření
Ovaria	vaječníky
Palpitace	bušení srdce, rychlé a nepravidelné údery
Termoregulace	udržování teploty
Urogenitální	močopohlavní
Uroinfekce	močová infekce

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Faktory ovlivňující nástup menopauzy……..……14

Tabulka 2 Estrogeny……....16

Tabulka 3 Koppermanův index……..…….30

ÚVOD

Každá žena si ve svém životě projde mnoha psychickými i fyzickými změnami vlivem změn hormonálních. Ne vždy jsou tyto změny pro ženu příjemné a často obnášejí různé vedlejší příznaky, ať už mluvíme o pubertě, těhotenství, menstruačním cyklu, či klimakteriu.

Klimakterium je období, kdy se mění hladina produkce ženských pohlavních hormonů. Žena si prochází mnoha příznaky, od návalů horka po deprese. Každý jsme ovšem trochu jiný a každý na tyto změny reagujeme a vyrovnáváme se s nimi trochu jinak. Každé ženě se právě během klimakteria a po klimakteriu život osobní, sexuální, psychický a celkově kvalita života určitým způsobem změní.

V této bakalářské práci bych tedy chtěla popsat, co to klimakterium je, jaké má příznaky, a také zmínit rizika, která v klimakteriu vznikají. Téma klimakterium se velice vyvíjí a čím dál tím více žen se snaží toto období nepodcenit, co nejvíce si ho zpříjemnit, získat o něm dostatek informací a předcházet komplikacím. Vždyť každá žena je ráda, když ví, co se s ní děje, a když se cítí komfortně.

Práce se skládá ze dvou částí, části teoretické a praktické. V teoretické části se zaměřuji celkově na klimakterium a v části praktické bych chtěla zjistit a pomocí grafů zhodnotit dotazník o tom, jak vnímají klimakterium ženy po jeho prožití.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Cílem teoretické části je popsat, co to klimakterium je, jaké má příznaky, obtíže a jak je možné jeho příznaky léčit.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit věk, ve kterém ženy klimakterium prožily, a fyzické změny, které ženy v období klimakteria pocítily.

Cíl 2: Zjistit psychické a sexuální změny, které ženy v období klimakteria zaznamenaly.

Cíl 3: Zjistit zdravotní problémy, které ženy měly, a vyšetření, která ve spojitosti s klimakteriem podstoupily.

1 KLIMAKTERIUM

Klimakterium (perimenopauza), mezi lidmi více známé jako „přechod“, je období, kterým si projde každá žena, fyziologicky mezi 45. a 60. rokem. Může se vyskytnout také dříve než ve 45 letech, pak ale mluvíme o časném selhání ovarií a před 40. rokem se jedná o předčasném selhání ovarií. Nástup klimakteria ovlivňují různé faktory. Ženy, které měly první menstruaci (menarche) dříve, mohou většinou nástup klimakteria očekávat později. Dále čas nástupu klimakteria ovlivňuje životní styl ženy, kouření, genetická dispozice aj. Je to období, kdy žena z fertilní fáze přechází do začátku senia. Funkce ovarií vyhasínají. Během klimakteria se mění hladiny pohlavních hormonů a to s sebou nese mnoho fyzických, psychických i sociálních změn (FAIT, 2013), (LEXOVÁ, 2009), (CITTERBART, 2008).

Zhruba před sto lety byl průměrný věk menopauzy 48 let. Ženy se v té době dožívaly stejného průměrného věku. Za dalších sto let se průměrný věk, ve kterém je dosaženo menopauzy, příliš nezměnil a pohybuje se okolo 52 let, nedá se totéž říci o průměrném věku, kterého se ženy v současnosti dožívají – ten se ve vyspělých zemích pohybuje i nad 80 lety. Z tohoto faktu vyplývá, že žena v současné době stráví asi třetinu svého života v postmenopauzálním stavu (RAUŠ, 2002).

„Podle WHO (1981) je definováno jako období začínající přibližně jeden rok před menopauzou a charakterizované již nastupujícími klinickými obtížemi (FAIT, 2014, s. 6).“

1.1 ČÁSTI KLIMAKTERIA (KLASIFIKACE)

Můžeme říci, že klimakterium se skládá ze tří částí, které nazýváme premenopauza, menopauza a postmenopauza.

Premenopauza se vyskytuje 12 měsíců před menopauzou. Ovariální cyklus je tedy pořád zachován, ale mohou se začít objevovat, již v tomto období, syndromy spojené s klimakteriem neboli akutní klimakterické syndromy. Menstruační cyklus

může být nepravidelný. Může se objevovat špinění mezi menstruačními fázemi, nebo krvácení přicházející po intervalu kratším než 21 dní a naopak delším než 35 dní (FAIT, 2013).

Menopauza je poslední menstruační krvácení, které je ještě stále řízené vaječníky čili splňuje určitý periodický cyklus. Vyskytuje se průměrně kolem 50. roku života ženy (FAIT, 2013).

Postmenopauza nastává rok po menopauze. V tomto období je snížená produkce estrogenů a vysoká hladina FSH (folikulostimulačního hormonu). Dochází k výraznějším tělesným změnám. Riziko onemocnění spojených s hormonálními změnami je vyšší (FAIT, 2013).

1.2 PŘEDČASNÉ OVARIÁLNÍ SELHÁNÍ

O předčasném ovariálním selhání mluvíme, pokud žena ztrácí funkci ovarií neboli vaječníků již před 40. rokem, předčasná menopauza je také před 40. rokem. Rozlišujeme předčasné ovariální selhání a předčasnou menopauzu. Rozdíl je v tom, že předčasné ovariální selhání může být pouze dočasným stavem. Menopauzu před 45. rokem nazýváme časnou menopauzou. Vznik může být genetický, většinou je však příčina neznámá. Příznaky toho, že je žena předčasně v klimakteriu, jsou poruchy menstruačního cyklu, klimakterické symptomy. Diagnóza se ověřuje pomocí laboratorních výsledků FSH v krvi. Menopauza před 40. rokem je tělu i životu nebezpečnější a je spojována s mnoha zdravotními problémy. U předčasné i časné menopauzy je větší riziko vzniku osteoporózy a ischemické choroby srdeční. Jako prevence těchto nemocí se volí hormonální terapie, která je u menopauzy po 45. roce podávána na prevenci osteoporózy, nikoliv na ischemickou chorobu srdeční (DONÁT, 2011), (FAIT, 2013).

„V souboru 19 000 žen bylo prokázáno relativní riziko úmrtí na kardiovaskulární choroby 1,29, na cévní mozkovou příhodu 3,07, na nádory 1,83 a z jiných příčin 2,14 pro ženy s předčasným ovariálním selháním (FAIT, 2013, s. 19).“

2 FYZIOLOGIE KLIMAKTERIA

Základní příčinou nástupu klimakteria je vyčerpání ovariálních folikulů. Vyčerpání folikulů je způsobeno hlavně atrézií a jen část je spotřebována během života při ovulaci. Nástup atrézie je ovlivněn více faktory (viz Tabulka 1). V důsledku vyčerpání folikulů se snižuje hladina ovariálních steroidů, hlavně estrogenů. Dále dochází i ke snížení produkce inhibinů (nesteroidní hormonální látky, působící na vylučování FSH), naopak se ale zvýší hladina hypofyzárních hormonů a hormonů hypotalamických (FAIT, 2013).

Hypofyzární hormony – v souvislosti s klimakteriem jsou důležité především FSH a LH patřící mezi gonadotropiny. FSH znamená folikulostimulační hormon, podporuje růst folikulů a má vliv na uvolňování estrogenu. LH je luteinizační hormon, podporující tvorbu pohlavních hormonů.

Hypotalamické hormony – liberiny a statiny jsou hormony, které řídí uvolňování hormonů adenohypofýzy, neboli FSH a LH.

Tabulka 1 – Faktory ovlivňující nástup menopauzy

Věk menarche	Čím časnější menarche, tím pozdější nástup menopauzy
Doba trvání menstruačního cyklu	Čím delší menstruační cyklus, tím pozdější nástup menopauzy
Parita	Při větším počtu narozených dětí je nástup menopauzy pozdější
Kouření	U kuřaček je nástup menopauzy časnější
Rasa, zeměpisná poloha a nadmořská výška	
Socioekonomické faktory	

Zdroj: FAIT, 2013, s. 13

2.1 ESTROGENY

Estrogeny hrají asi nejvýznamnější roli ve změnách v klimakteriu. Estrogeny jsou ženské pohlavní hormony, vytvářející se ve vaječnících, placentě a nadledvinách. V pubertě mají vliv na sekundární pohlavní znaky, jako je růst prsů, pubické ochlupení, ženský typ postavy aj. V dospělosti mají vliv na růst endometria v menstruačním cyklu a mnoho dalších věcí (viz Tabulka 2), (FAIT, a kol., 2007), (ROZTOČIL, a kol., 2011).

Estrogeny zadržují vodu a sodík, zvyšují cholesterol v krvi, dále zvyšují bílkovinu a koagulaci, mají vliv na aktivitu osteoklastů, na psychiku aj. V klimakteriu se hladina estrogenů snižuje, což má vliv na fyzický i psychický stav ženy. Zvyšující se cholesterol může způsobit až aterosklerózu a snížení podpory růstu kostní hmoty může způsobit až osteoporózu (FAIT, a kol., 2007).

„Funkci centrálního systému a výdej estrogenů výrazně ovlivňuje také zevní prostředí. Za dlouhých polárních nocí je proto u žen na severu činnost vaječníků utlumena a vrací se s polárním dnem (FAIT, a kol., 2007).“

Vliv na uvolňování estrogenů má tedy světlo, dále však i výživa, stres, menstruační cyklus. Jinak je vznik estrogenů řízen v mozku, konkrétněji pomocí hypothalamu a hypofýzy. Hypothalamus vnímá informace z těla (žláz) a hypofýza pokyny přenáší (FAIT, a kol., 2007).

Tabulka 2 – Estrogeny

Vliv estrogenů	Nedostatek estrogenů
Vývoj sekundárně pohlavních znaků	Nedostatečný sekundární vývoj
Menstruační cyklus. Výstavba endometria během menstruačního cyklu, změny na čípku v době ovulace, změny na pochvě, změny aktivity vejcovodů a vaječníků	Poruchy menstruačního cyklu, nepravidelnost, ztráta menstruačního cyklu, změny pohlavních orgánů
Vliv na růst, tvar, funkci mléčné žlázy, ovlivňuje tzv. cyklus mléčné žlázy v menstruačním cyklu, podporuje nahromadění tekutin	Ztráta elasticity a tvaru prsní tkáně
Vliv na metabolismus. Hladina cholesterolu, zadržení vody a sodíku, zlepšení vstřebávání vápníku, snížení resorpce kostní hmoty, zvýšení srážlivosti krve	Zvýšená hladina cholesterolu, riziko vzniku osteoporózy, aterosklerózy, snížená srážlivost krve, noční pocení, poruchy spánku, nedostatek energie
Elasticita kůže	Kůže stárne, není dostatečně elastická, tvoří se pigmentové změny
Změny v těhotenství. Rozvoj mléčné žlázy, vyšší dráždivost děložního svalu, zvětšení myometria	Problémy s otěhotněním a udržením těhotenství

Zdroj: vlastní (FAIT, 2013), (ROZTOČIL, 2011).

2.2 LABORATORNÍ ZNÁMKY

V klimakteriu se snižuje hladina estrogenu, inhibinů, progesteronu a naopak roste hladina gonadotropinů, luteinizačního hormonu (LH) a folikulostimulačního hormonu (FSH) (FAIT, 2013).

V premenopauze, pokud má žluté tělísko nedostatečnou činnost, progesteron se přestane vylučovat. Pokud se progesteron nevylučuje, menstruační fáze může trvat déle,

mění se její intenzita a frekvence. Ve chvíli, kdy není vylučován progesteron, tělo pociťuje přebytek estrogenu. Hladina FSH je zvýšená.

„První laboratorní známkou perimenopauzy je zvýšení FSH při ještě normální hladině LH a estradiolu, snad v důsledku poklesu hladiny inhibinu. S dalším snižováním počtu folikulů dochází k poklesu tvorby estradiolu a progesteronu. V důsledku toho se menstruační cyklus prodlužuje, až zcela ustává. Dochází ke zvýšení hladiny LH (3–7krát) a FSH (4–10krát). Poměr LH/FSH je menší než 1. Laboratorním kritériem je sériová hladina FSH > 40 IU/l, 17β-estradiolu < 0,1 nmol/l a inhibinu < 72 IU/l (FAIT, 2013, s. 14).“

Na konci klimakteria, v postmenopauze je již menstruace zastavena. Vysoká je především hladina FSH. Nízká je hladina estrogenu a progesteronu. Hladina mužských hormonů se naopak může zvýšit. Důsledkem toho se u ženy mohou vyskytnout nějaké z mužských znaků, jako je ochlupení na obličeji, výraznější rysy apod.

3 KLINICKÉ PŘÍZNAKY KLIMAKTERIA

Klimakterium může být asymptomatické nebo může mít relativně mnoho příznaků. Zcela jistě každá žena přestane mít menstruační krvácení, to se může buďto zastavit náhle, většinou však žena delší dobu trpí poruchy menstruačního cyklu. Může jít o krátké menstruační fáze, vynechání menstruace klidně několik měsíců, nepravidelnost apod. Symptomy klimakteria můžeme rozdělit na symptomy vegetativní, metabolické a organické. Do vegetativních symptomů můžeme zařadit poruchy vazomotorické, psychické a somatické, které většinou neohrožují zdraví, ale jednoznačně zhorší kvalitu života ženy. Jsou to třeba návaly horka, pocení, psychické poruchy aj. Mezi organické symptomy zařazujeme změny kůže, urogenitální obtíže, změny hmotnosti. Nejzávažnějšími příznaky jsou příznaky metabolické, kam zařazujeme například osteoporózu či aterosklerózu (PHILLIPSOVÁ, 2005), (FAIT, 2013), (DONÁT, 2012).

3.1 VEGETATIVNÍ ZMĚNY

Jak jsme již zmínili, do vegetativních změn patří poruchy vazomotorické, psychické a somatické. Jsou to příznaky akutní, které můžeme jinak nazývat klimakterický syndrom. Jedná se o symptomy zhoršující kvalitu života. Do vazomotorických poruch tedy patří: návaly horka, pocení, změny nálad, bolesti hlavy, svalů a kloubů, úzkost, žaludeční potíže aj. Vazomotorické příznaky vznikají sekundárně v důsledku zhoršení napětí cévních stěn a poruchou termoregulace vlivem estrogenu na hypotalamus. Těmito příznaky začínají ženy trpět už od 45 let a mohou přetrvávat až do 70 let (kolem 10 % žen). Návaly horka a pocení pociťuje 70–80 % žen. Některé tím trpí rok, některé i pět, deset či více let (LEXOVÁ, 2009), (PHILLIPSOVÁ, 2005), (FAIT, 2013).

Návaly horka se mohou vyskytovat po celou dobu klimakteria, a to jak v premenopauze, tak až do věku 70 let. Ženu zaplaví horko po celém těle, především v oblasti obličeje a horních končetin. Tento symptom je spojený s dalšími symptomy. S návalem horka většinou přijde i pocení, které může být velice intenzivní., obličej se

začne zbarvovat do červena, srdce začne bušit rychleji, může následovat zimnice, nevolnost, bolesti hlavy a v noci narušení spánku. Pokud žena trpí častými návaly horka, je dobré dostatečně pít, nejíst sladké a kořeněné jídlo, dostatečně se pohybovat (CITTERBART, 2008), (PHILLIPSOVÁ, 2005).

Dále se mohou vyskytnout somatické změny, kam zařazujeme: palpitaci, časté bolesti hlavy, závratě, bolesti svalů a kloubů a také mravenčení či svědění končetin nebo obličeje (PHILLIPSOVÁ, 2005).

Psychické symptomy jsou způsobené změnou hladiny estrogenů, můžeme však říci, že psychické symptomy mohou být spojené také se změnou životní role a také s uvědoměním si stárnutí. Psychický stav můžou zhoršovat právě vazomotorické potíže a somatické příznaky. Ženě, která má problém se spánkem, v noci se probouzí kvůli nočnímu pocení, nebo přes den trpí bolestmi hlavy, když je ve společnosti, začne se potit, bolí ji svaly a klouby apod., nepřispívají tyto obtíže ke zlepšení psychického stavu. Mezi psychické symptomy můžeme zařadit depresi, pocity úzkosti, podrážděnost, ztrátu sebevědomí, únavu, nervozitu aj.

3.2 ORGANICKÉ ZMĚNY

Mezi organické změny patří různé kožní a urogenitální změny a změny tělesné hmotnosti.

Snížení hladiny estrogenů má vliv na stárnutí kůže. Znamená to, že se začne ztenčovat, objevují se pigmentové skvrny a elastičnost kůže se zhoršuje. Kůže je suchá a svraštělá, začnou se více tvořit vrásky a pigmentové skvrny. Dále pociťuje žena změny na nehtech a vlasech. Vlasy i nehty jsou slabší a více se lámou. Důležité je mít dostatečný přísun vitaminů a minerálů. Také na genitálu pociťujeme jisté změny. Genitál se prokrvuje v klimakteriu i po něm méně než dřív, sliznice se degeneruje, sníží se uzávěrový tlak, což způsobuje větší náchylnost k uroinfekcím. Svalstvo pánevního dna povoluje a může se vyskytnout dyspareunie, což je bolestivý pohlavní styk. Ženy častěji trpí inkontinencí či jinými urogenitálními problémy (např.: nykturie, dysurie aj.). Sliznice v pochvě se ztenčuje a je méně elastická, pochva je menší a kratší. Snižuje se lubrikace a také se snižuje pH, pochva je tedy citlivější a náchylnější k infekcím a na

podráždění. Estrogen má také vliv na ukládání tuků, tím pádem žena v období klimakteria nabírá na tělesné hmotnosti. Vliv na to má i změna metabolismu (KOŠŤÁLOVÁ, 2007), (CITTERBATR, 2008), (FAIT, 2013).

3.3 METABOLICKÉ ZMĚNY

Mezi změny metabolické můžeme zařadit aterosklerózu, osteoporózu, kardiovaskulární onemocnění, neboli změny, které mohou vést k poškození zdraví.

Jsou to závažné změny, které ovlivňují morbiditu i mortalitu žen po menopauze. Nejzávažnějším problémem nejen z metabolických změn, ale ze všech příznaků klimakteria je ateroskleróza, která může vést k infarktu či cévní mozkové příhodě. Ateroskleróza je onemocnění cév a cévních stěn. Cévní stěny se zužují a mohou se až uzavřít. Cílové orgány pak nemají dostatečné zásobení krví, zejména kyslíkem a tím postupně selhávají. U kardiovaskulárních nemocí můžeme zmínit také vyšší riziko tromboembolické nemoci. Další závažné onemocnění je osteoporóza. Osteoporóza znamená, že kosti ztrácejí vápník a jiné minerály, tím dochází k řídnutí kostí. Způsobuje to větší náchylnost ke zlomeninám, ale může to vést i ke kompresivním zlomeninám obratlů. Dále jsou časté bolesti kloubů či zlomeniny kyčelního kloubu (FAIT, 2013), (KLENER, 2006).

3.4 PSYCHIKA V KLIMAKTERIU

Klimakterium nemá vliv jen na fyzickou stránku, ale také na psychickou. Ženy v klimakteriu často trpí změnami nálad, úzkostí, pocity osamělosti (syndrom prázdného hnízda), podrážděností až depresemi. Snížení hladiny estrogenu také sníží serotonin v mozku, který způsobuje deprese, dále je nižší hladina endorfinu, tzv. „hormonu štěstí“, a má vliv na zhoršení kvality spánku. Vliv na psychiku v klimakteriu nemá jen pokles hormonů, ale i celkové smiřování se se situací a okolní sociální změny. Patří k tomu příznaky fyzické, díky nimž si žena uvědomuje, že stárne. Na její psychiku působí obtíže, kterými si prochází, ztráta libida, děti odcházející z domu – s tím vším může žena mít spojené pocity osamělosti a prázdnoty. V práci přijímají nové mladé zaměstnance. Záleží na sebekritičnosti a psychické vyrovnanosti ženy, jak se s věcmi

vyrovná. Může se s nimi vyrovnat adekvátně, tedy přijmout je a přizpůsobit se jim, nebo neadekvátně (FAIT, 2014).

3.4.1 DUŠEVNÍ ZMĚNY

Mezi duševní změny zařazujeme poruchy spánku, změny nálad, pocity úzkosti, syndrom opuštěného hnízda. Jsou to změny spojené s psychikou, které mohou dále přispívat k rozvinutí duševní poruchy, např. deprese. Většina žen se však s těmito změnami zvládne vyrovnat, ať už sama, nebo s pomocí psychologa (FAIT, 2014).

Žena má problémy s usínáním, ale také se spánkem samotným. Často se v noci probouzí a „delta spánek“ (hluboký spánek) se zkracuje. A pokud má člověk delší dobu zhoršený spánek, v tomto případě můžeme říci i zkrácený spánek, má to mnoho dalších souvislostí. Může se začít objevovat motání hlavy, nevolnost, celková slabost a také se zhoršuje soustředěnost. To může přispívat ke změnám nálad nebo k úzkosti (FAIT, 2014), (PHILLIPSOVÁ, 2005).

Dále jsme zmínili syndrom opuštěného hnízda, což jsou až depresivní pocity ve chvíli, kdy děti opustí své rodiče a v domě poté zavládne pocit prázdnoty a osamělosti. Žena se zase musí naučit žít sama se svým partnerem, což často znamená začít hledat opět náplň jejich vztahu. Žena má více času na sebe, může to však mít v období klimakteria jak pozitivní, tak negativní vliv.

3.4.2 DUŠEVNÍ PORUCHY

Duševní poruchou v klimakteriu je rozvoj depresivní poruchy. Celkově mají ženy větší sklon k depresím než muži. A v době hormonálních změn je náchylnost k takovým poruchám ještě silnější (FAIT, 2014).

Deprese

Deprese je psychické onemocnění považované za patologický smutek. Tento smutek nepřejde ze dne na den, ale trvá po dobu alespoň dvou týdnů. Je to přehnaný smutek vhledem k situaci, ve které se člověk momentálně nachází. Je neustále utrápený, smutný a je hodně těžké ho nějakým způsobem odreagovat, v důsledku toho se člověk straní od společnosti a uzavírá se do sebe. Ovlivňuje to jeho zařazení do společnosti,

dále také výkon v práci a může to zvýšit riziko vzniku některých nemocí, např. demence, Parkinsonovy choroby nebo kardiovaskulárních onemocnění. Deprese je většinou stále hluboká, pokud přejde, opět se navrací, ale nezeslabuje. Pokud žena trpí depresí již před nástupem klimakteria, může to nástup klimakteria zrychlit. Deprese během klimakterického období má většinou horší prognózy. To je ovlivněné celkovými změnami a komplikacemi v klimakteriu, jako jsou např. poruchy spánku (FAIT, 2014), (SVITKO, 2006).

Léčba se dá rozdělit podle závažnosti deprese. Při lehké depresi navštívíme psychiatra a měla by pomoci hormonální substituční terapie. Při těžké depresi je volena léčba antidepresivy.

3.4 SEXUOLOGIE

V období klimakteria ženě začnou selhávat ovaria a sníží se hladina estrogenů. Žena tak ztrácí své libido neboli smyslnost, touhu a sexuální pud. Dále se začnou měnit pohlavní orgány a celkově vzhled ženy. Stránku sexuologie ženy v klimakteriu můžeme rozdělit na vlivy fyzické a psychické (FAIT, 2013).

Fyzický vliv na sexuologii a ženu v klimakteriu má jak změna pohlavních orgánů, tak vnější vzhled ženy. Pohlavní orgány ztrácejí elasticitu, vchod poševní se zužuje a také se snižuje lubrikace, oblast vagíny se hůře a méně prokrvuje. Vzhledem k těmto faktorům může žena pociťovat sex bolestivě. Pokud jde o nepříjemný pocit při sexu, kdy může žena během pohlavního styku nebo po něm pociťovat nevolnost, jedná se o dyspareunii. Nebo může jít přímo o bolestivý pohlavní styk, který nazýváme algopareunie. Při sexuálním vyvrcholení mohou být kontrakce pochvy pociťovány bolestivě. A po pohlavním styku bývá častější pocit nucení na močení. Při fyzických problémech se sexuálním životem žena může použít lokální aplikaci estrogenu pomocí mastí, lubrikační gel, léčit se hormonální substituční terapií neboli přijímat estrogeny pomocí tablet (CITTERBART, 2008), (FAIT, 2013), (PHILIPSOVÁ, 2005).

Na druhou stranu nejde jen o prožívání pohlavního styku, ale také o to, jak se žena cítí, čili o psychický vliv na sexualitu v klimakteriu. Jiné ukládání tuků a větší sklon k obezitě nebo známky stárnutí, jako jsou například vrásky či zhoršená

pohyblivost, ubírají také na sexuální atraktivitě ženy. Dále mohou sexuální dyskomfort způsobovat různé zdravotní problémy.

Je důležité si ale uvědomit, že hormonální substituční terapie není antikoncepce a poruchy menstruačního cyklu ze začátku klimakteria neznamenají 100% neplodnost.

4 ONEMOCNĚNÍ SPOJENÁ S KLIMAKTERIEM

Jak jsme již zmínili, je mnoho onemocnění spojených s klimakteriem a mezi nejzávažnější je zařazována ateroskleróza, poté osteoporóza. Dále mají hormonální změny vliv na vznik karcinomů (zejména karcinomu dělohy a prsu), kardiovaskulárních nemocí a časté jsou i urogenitální problémy. Všechny tyto problémy neovlivňují pouze určitý komfort ženy, ale mají vliv i na zdraví (JONÁŠ, 2009).

4.1 OSTEOPORÓZA

Osteoporóza je onemocnění kostí, kdy dochází k řídnutí kostí. Kost ztrácí vápník a minerály a tím pádem je křehčí a má vyšší sklon ke zlomeninám. Nejčastěji se vyskytují zlomeniny krčku stehenní kosti a zlomeniny obratlů. Výskyt osteoporózy může být ovlivněn různými faktory. Větší sklon k osteoporóze bývá u lidí, kteří mají osteoporózu v rodině, velké množství zlomenin, metabolické poruchy, špatnou výživu (neobohacenou dostatečným množstvím vitaminů, vápníku, bílkovin), kouří, nemají dostatek pohybu, a mimo jiné také trpí nedostatkem či malým množstvím estrogenů v těle. Osteoporózu dělíme na primární a sekundární (KLENER, 2006).

Primární osteoporóza se dělí na tři typy, podle stáří: 1. typ, 2. typ. Osteoporóza spojená s klimakteriem je 1. typu. Po klimakteriu může být senilní osteoporóza neboli 2. typu (KLENER, 2006).

Sekundární osteoporóza je závislá na příčině vzniku. Vzniká totiž v důsledku užívání farmaceutických přípravků či v návaznosti na jiné chronické problémy. Může být spojena s genetickým onemocněním, alkoholismem, depresemi, nemocemi krve, endokrinním onemocněním, gastrointestinálním onemocněním aj. (KELNER, 2006).

Symptomy se dlouho nemusejí vůbec projevovat, a pokud ano, projevuje se osteoporóza nejčastěji ostrými bolestmi zad, zmenšením postavy, častějším vznikem zlomenin, deformováním postavy nebo zakulacením zad.

Osteoporóza se vyšetřuje více metodami, důležitá je rodinná anamnéza a v ní výskyt osteoporózy v rodině. U osobní anamnézy se díváme na užívané léky, chronické onemocnění a případné závislosti (kouření, alkohol). Nejčastější zobrazovací metodou je denzitometrie. Denzitometrie určuje hustotu tkáně a minerály v kosti. Provádí se na radiologických pracovištích a patří mezi ultrazvukové metody. Vyšetření se provádí dále RTG snímky, pomocí CT a DXA přístrojů. Mimo zobrazovací metody odebíráme krev na biochemické vyšetření (KLENER, 2006).

Osteoporóza se dá zmírnit, málokdy však vyléčit úplně. Můžeme ji léčit nefarmakologicky nebo farmakologicky. Nefarmakologicky se léčí pomocí úpravy jídelníčku, rehabilitací, dostatečným pohybem, u obézních lidí je vhodná dieta na upravení hmotnosti aj. Farmakologicky jsou podávány vitamin D, vápník, bisfosfonáty, fluoridy, anabolické steroidy, léky na uvolnění bolesti, pomáhá také fyzioterapie (KLENER, 2006).

Klimakterium a postmenopauzální období je pro osteoporózu rizikovější, jelikož estrogeny mají vliv na kostní resorpci. Nedostatek estrogenů tedy zvyšuje riziko osteoporózy, proto by žena během klimakteria měla myslet na dostatečný příjem vápníku, vitaminu D, vitaminu K, fyzickou aktivitu, měla by omezit či úplně vyloučit alkohol, kouření, kávu a dávat pozor na pády. Ve chvíli, kdy se během klimakteria objevují a potvrdí známky osteoporózy, nabízí se otázka hormonální substituční terapie, která reguluje hladinu estrogenů (FAIR, 2013), (PHILLIPSOVÁ, 2005).

4.2 RAKOVINA

U žen v klimakteriu a postmenopauzálním období je častější výskyt karcinomu prsu a vnitřních pohlavních orgánů. U všech těchto onemocnění je jeden z rizikových faktorů věk nad padesát let. Jak se může zdát, někdo si může tyto typy karcinomů spojovat s obdobím klimakteria. Jediné, co však může mít vliv (z klimakterického období), je hormonální substituční terapie. Vznik karcinomu, a to především prsu, je spojován s počtem let, kdy byl do těla uvolňován estrogen. Častější výskyt karcinomu prsu a vnitřních pohlavních orgánů je u žen s pozdější menopauzou a časným menarche. Hormonální substituční terapie může být založena pouze na dodávání estrogenu. Jedná se o ženy po hysterektomii, u kterých se volí léčba pouze estrogeny. Pak má žena vyšší

riziko výskytu karcinomu prsu, pokud je z jiného důvodu, než je hysterektomie, vybrána čistě estrogenní léčba, jde i o karcinom dělohy aj. Pokud je ženě dodáván jak estrogen, tak i progesteron, riziko karcinomů neroste (DONÁT, 2011), (FAIT, 2013).

4.3 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Kardiovaskulární onemocnění, jak z názvu vyplývá, jsou onemocnění vaskulární (cévní) a kardia (srdce). Mezi kardiovaskulární onemocnění patří: hypertenze, ICHS, ICHDK, poruchy srdečního rytmu, ateroskleróza, srdeční selhání apod. Estrogeny mají vliv na kardiovaskulární systém, jedná se o snížení cholesterolu v krvi, zvyšují koagulaci a mají celkově příznivý vliv na kardiovaskulární onemocnění. Ženy procházející menopauzou mají tedy zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění, zejména aterosklerózy, a tím i zvýšené riziko následné ischemické choroby srdeční (KLENER, 2006), (FAIT, 2013).

Estrogen má přímo vliv na krevní cévy, jejichž svalovina ve stěnách je vybavena estrogenovými receptory. Estrogen pak způsobuje, že tato svalová tkáň pruží, povoluje a smršťuje se, a tak udržuje cévy poddajnější, roztažené a krevní tlak nízký (PHILLIPSOVÁ, 2005).

Ateroskleróza je onemocnění tepenného systému. Jedná se o stav, kdy jsou poškozené cévy, zejména pak jejich stěna. O poškození cévní stěny mluvíme při ukládání především lipidů na stěnu, čímž se stěny zužují a mohou se až uzavřít. Cílové orgány pak nemají dostatečné zásobení krví, zejména kyslíkem a postupně selhávají. Hrozí také obturace cévy trombem, který brání prokrvení cílové tkáně, ale také u něj hrozí uvolnění se do cévního řečiště a dle cílového orgánu může způsobit plicní embolii či mozkovou příhodu. Mezi rizikové faktory aterosklerózy patří mimo jiné i mužské pohlaví a období po klimakteriu. V klimakteriu se zvyšuje hladina cholesterolu, triglycerinu a lipoproteinů a to způsobuje usazování látek na cévní stěnu. Dalšími rizikovými faktory jsou tedy vysoká hladina cholesterolu, hypertenze (TK nad 140/90), nikotinismus, vysoký BMI index, diabetes mellitus - I. a II. typu (KLENER, 2006), (FAIT, 2013).

Ateroskleróza se diagnostikuje anamnézou, skrze symptomy, měřením krevního tlaku, hladinou cholesterolu a cukru v krvi, BMI indexem a ultrazvukem cév. Projevů aterosklerózy může být mnoho, podle místa vzniku zúžení či trombu. Symptomy mohou být chronické nebo akutní. Nejzávažnějším akutním problémem může být infarkt myokardu nebo cévní mozková příhoda (KLENER, 2006).

4.4 UROGENITÁLNÍ PROBLÉMY

Urogenitální problémy jsou problémy týkající se pohlavního a močového ústrojí ženy nebo muže. Patří sem například ledvinové kameny, záněty močového měchýře, infekce, chlamydie, pálení pochvy aj.

V klimakteriu prochází urogenitální trakt mnoha změnami. V pochvě se nachází dlaždicový epitel, ten se ztenčuje a ztrácí elasticitu. Dále se celá pochva zmenšuje, neboli se zkracuje a zužuje. Je tak tedy citlivější a náchylnější k poškození. Lubrikace se také snižuje a pH v pochvě stoupá. Normální pH pochvy je 4,5–4,8, což vytváří kyselé prostředí chránící před choroboplodnými mikroorganismy. Během klimakteria se pH v pochvě zvyšuje, vytváří se tak zásadité prostředí. Celkové změny v pochvě vedou k bolestivému sexu, tím pádem i ke ztrátě zájmu o pohlavní styk, k pocitu dyskomfortu v pochvě, jako třeba svědění či pálení pochvy, a k vyšší náchylnosti k infekcím. Sliznice v pochvě je celkově citlivější. Na tyto vaginální problémy lze používat mast obsahující estriol, kde by estriol měl zmírňovat vaginální příznaky spojené s úbytkem estrogenu (CITTERBART, 2008), (FAIT, 2007).

Co se týče urologických problémů, ženy často trpí častým močením. Také se častěji objevuje stresová inkontinence (únik moči při smíchu, kašli či zvedání těžkých těles).

5 ŽIVOTNÍ STYL V KLIMAKTERIU

Vzhledem k dnešní době, díky internetu, odborným a neodborným časopisům či jiným mediím, mají ženy přístup k získání jak pravdivých, tak nepravdivých informací o tom, co se s nimi děje a co je pro ně v danou chvíli nejlepší dělat. Ženy prý často mění své stravovací zvyky podle toho, která studie zrovna něco prokázala. Žena v klimakteriu může mít problémy s bolestí svalů a kloubů, může mít známky osteoporózy, zpomaluje se jí trávení apod. Kvůli bolestem či nemocím spojeným s klimakteriem žena nemůže dělat sporty, na které byla zvyklá. Vzhledem k tomu, že ženy v klimakteriu mohou mít problém se sebevědomím, mohou se snažit dohnat to cestou péče o tělesnou stránku, neboli chtějí vypadat hezky a líbit se i samy sobě. Každá studie dokazuje něco jiného, ale na čem se shodnou, je hlavně pestrý jídelníček. I žena v klimakteriu by měla jíst všechno, ale s mírou. Nutný je dostatečný příjem vitaminů a minerálů, dostatek pohybu a dodržování pitného režimu. Pokud se žena nemůže věnovat kvůli nemoci aktivnějším a pohyblivějším sportům, na procházku může jít téměř vždy. Pokud má žena problém s klouby, je dnes možné pořídit si vycházkové hole, které snižují zátěž kolenních kloubů. Svůj životní styl si každý musí upravit sám podle toho, co mu vyhovuje, a jaké má zdravotní problémy (PHILLIPSOVÁ, 2005).

Zcela jistě můžeme říci, jak jsme již zmínili, že klimakterium má vliv na kardiovaskulární systém, hladinu cholesterolu, vznik osteoporózy a že žena s věkem přibírá na hmotnosti. Obezita má nepříznivý vliv na všechny zmíněné problémy, proto je důležité svou hmotnost regulovat. Obezita je samostatným rizikovým faktorem aterosklerózy. Důležité je dodržovat pitný režim. Není to jen pro usnadnění látkové výměny v těle, ale také ke zlepšení některých příznaků klimakteria. Nedostatek tekutin může přispívat k bolestem hlavy či únavě. Aktivní pohyb naopak zlepšuje náladu, uvolňuje endorfin a odstraňuje úzkost. Pomáhá i k regulování hmotnosti a je prospěšný pro lidské zdraví. Dobrý je také pestrý jídelníček s dostatkem potřebných vitaminů (LEXOVÁ, 2009).

6 LÉČBA

Jak již bylo zmíněno, v období klimakteria si žena projde mnoha příznaky a může trpět chorobami spojenými s klimakteriem. Někdo má příznaky mírné, někdo naopak velmi závažné, některé mohou významně omezovat ženu v životě, který vedla doposud. Jako u více chorob či problémů má i klimakterium farmakologickou, nefarmakologickou, a dokonce až operativní léčbu. Před zvolení léčby je nutné podstoupit různá vyšetření a volí se nejvhodnější léčba. Důležité je také vědět, zda žena nemá žádnou kontraindikaci léčby.

6.1 VYŠETŘENÍ

Pro určení postupu a zjištění problému jsou určité důležité vyšetřovací metody. Nejprve bychom se zmínili o subjektivním pocitu ženy, na který můžeme použít různá skórovací schémata. Tato schémata pomáhají nejen k upřesnění problémů ženy, na co se u nich soustředit a jaká je jejich závažnost, ale dále po léčbě (během léčby) ukazují, jak žena léčbu pociťuje.

„Asi nejznámější používané skórovací schéma je Kuppermanův index poprvé publikovaný kolektivem Kepperman a Blatt v roce 1953. Je omezen pouze na akutní klimakterické obtíže (viz Tabulka 3). Dále existuje např.: Women's Health Questionnaire (WHQ) pro hodnocení emočního a fyzického stavu žen, Menopause-Specific-Quality of Life Questionnaire (MENQOL) zahrnující čtyři domény (vazomotorickou, fyzickou, psychosociální, sexuální) aj. (FAIT, 2013, s. 21).“

Dále žena podstupuje různá vyšetření. Mezi vyšetření v klimakteriu patří: biochemické vyšetření krve, z krve musíme zjistit také hladinu hormonů, ultrazvukové vyšetření pro zjištění výšky endometria, anamnéza, mamografie (v ČR je doporučeno chodit na ni jednou za dva roky po dosažení 45 let), denzitometrie, sledování TK, gynekologické prohlídky a stejně jako u antikoncepce musíme před hormonální léčbou provést jaterní testy (FAIT, 2013).

Během léčby kontrolujeme, jak žena na danou léčbu reaguje. Subjektivní pocity, jak již bylo zmíněno, můžeme kontrolovat pomocí Koppermanova indexu. Žena podstupuje ultrazvukové kontroly, mamografická vyšetření, jaterní testy (FAIT, 2013).

Tabulka 3 – Koppermanův index

Symptom	**Index**	Míra obtíží: - silné 3 - střední 2 - lehké 1 - žádné 0 Výsledek je součtem násobků: index symptomu × míra obtíží Hodnocení: - > 35 těžký klimakterický syndrom - 20 – 35 střední klimakterický syndrom - 15–20 lehký klimakterický syndrom
návaly horka	4	
zvýšené pocení	2	
poruchy spánku	2	
podrážděnost	2	
deprese	1	
poruchy soustředění	1	
závratě	1	
bolesti hlavy	1	
bolesti kloubů	1	
bušení srdce	1	

Zdroj: FAIT, 2013, s. 21

6.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Některé ženy nerady užívají farmakologickou formu léčby a raději se spoléhají na alternativní, přírodní přípravky. I v klimakteriu, pokud žena nemá hodně vážné příznaky nebo zkrátka farmakologickou léčbu odmítá, existují přírodní látky a alternativní postupy, které by údajně měly snížit příznaky klimakterického syndromu.

Přírodní přípravky na pomoc při klimakterických obtížích jsou fytoestrogeny. Existují tři hlavní skupiny fytoestrogenů: isoflavony, kumestany a lignany Jsou obsaženy v různých potravinách a měly by být schopny se vázat na estrogenové

receptory. V těle by měly mít podobné účinky jako estrogeny. Jelikož mají podobné účinky jako estrogeny, údajně zmírňují klimakterické příznaky. Tyto fytoestrogeny jsou obsaženy v sójových bobech, čočce, fazolích, výhoncích semen, sezamových semínkách, zrnech pšenice, jeteli aj. (PHILLIPSOVÁ, 2005), (ŽITŇÁKOVÁ, 2009).

Jiné možnosti alternativní terapie jsou aromaterapie, homeopatie, byliny, akupunktura a akupresura, jóga aj.

Aromaterapie – její název můžeme přeložit jako „léčba vůní“. Člověk má jako jeden ze smyslů dobře vyvinutý čich. Vůně tedy může pomoci při problémech s různými bolestmi, jež může žena mít právě v období klimakteria, také zmírňuje různé klimakterické příznaky, jako jsou deprese, únava a již zmíněné bolesti kloubů, svalů či hlavy. Aromaterapie se provádí pomocí olejů. Nejrychlejší cesta, jak dostat vůni do těla, je pomocí inhalace, tedy čichu. K aromaterapiím se využívají koupelové směsi, masážní oleje, aromatické oleje v sauně. Jeden z klimakterických příznaků jsou například bolesti svalů a kloubů, na které by měla pomoci levandule nebo rozmarýn. Levandule působí také na bolesti hlavy a na problémy se spánkem, především nespavost. Na psychické potíže, jako jsou deprese, úzkost a špatné nálady, údajně pomáhá šalvěj (GRYGÁRKOVÁ, 2007).

Homeopatie – je považována za alternativní léčebnou metodu, kde jsou symptomy pacienta posuzovány jako celek. Je to léčba přírodními látkami, které jsou vyráběny z rostlinných, minerálních a živočišných látek. Cílem homeopatie je obnovení zdraví a návrat harmonie organismu, tento cíl se homeopatie snaží splnit nikoli pouze potlačením stavů, ale odstraněním příčin. Homeopatika se podávají ve formě globulí, tablet, kapek, mastí, gelů nebo čípků. Před užíváním homeopatik by měla žena konzultovat léčbu s odborníkem neboli s homeopatem. Na návaly horka pomáhá z homeopatik lachesin a sedmikráska. Na únavu, potíže se soustředěním, pocity nejistoty a nedůvěry v sebe samu pomáhá habr obecný (FORMÁNKOVÁ, 2008).

Byliny – léčba bylinkami je užívána už několik generací, často v podobě čajů. Je dobré poradit se před jejich užíváním s odborníkem. Na klimakterické problémy můžeme použít šalvěj, která pomáhá při nadměrném pocení a návalech horka. Dále můžeme zmínit třezalku a meduňku, které by měly pomoci při depresích, úzkostech či

nespavosti. Zázvor pravý pomáhá na nevolnosti, závratě, mdloby. Andělika čínská pomáhá na návaly horka, vysoušení pochvy (ŽITŇANOVÁ, 2009), (PHILLIPSOVÁ, 2005).

Akupunktura a akupresura jsou svým způsobem stejné metody, jen každá prováděná trochu jinak. Obě jsou alternativními léčebnými metodami ze staré Číny, vycházejícími z toho, že životní procesy jsou založeny na energii. Tato energie má v těle dráhy, kterými proudí (meridiány). Na těchto drahách probíhajících částečně i na povrchu těla leží akupunkturní či akupresurní body. Pokud energie v těle správně neproudí, dochází k určitému problému, např. k bolesti hlavy, svalů, kloubů, oparům aj. Při akupunktuře jsou používány jehly, které se vpichují právě do míst, kde dle léčitele energie neproudí. Při akupresuře je používán pouze tlak. Během klimakteria pomáhá především na bolesti, dále i na únavu, nespavost aj. (PHILLIPSOVÁ, 2005).

Jóga je cvičení, kdy má člověk obnovit své vlastní já a bytí. Dříve byla jóga považována za způsob meditace. Jóga obsahuje mnoho pozic či poloh, ve kterých se koncentruje, posiluje (zejména vnitřní svalstvo) a zároveň i protahuje. Jóga se tedy používá nejen jako způsob posilování, ale působí i na duševní rovnováhu a koncentraci. Cestou protažení pomáhá při bolestech zad, svalů a zlepšuje kloubní rozsah.

6.3 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Farmakologická léčba v klimakteriu může být nehormonální nebo hormonální. Do nehormonální farmakologické léčby patří antihypertenziva, psychofarmaka apod. Do hormonální léčby zařazujeme hormonální substituční terapii, podávání hormonů v podobě mastí, tablet, náplastí apod.

6.3.1 NEHORMONÁLNÍ FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Nehormonální léčba bývá aplikována pouze na určité příznaky, či jednotlivé potíže ve spojitosti s klimakteriem. Mezi nehormonální farmakologickou léčbu můžeme zařadit psychofarmaka, antihypertenziva, vitamin D, bisfosfonáty aj. Léčba je většinou specializovaná na jeden základní problém: psychofarmaka na psychické problémy, antihypertenziva na vysoký krevní tlak apod. Vitamin D a bisfosfonáty jsou důležité jako prevence osteoporózy, pomáhají při poruchách vstřebávání vápníku. Důležitý je

také vitamin B, který posiluje imunitu, je dobrý na nervový systém, játra, fungování metabolismu. Naopak nedostatek vitaminu B se projevuje vypadáváním vlasů, tvorbou aftů, nervozitou a únavou. Vitamin E zabraňuje oxidaci krevních tuků (způsobující různá cévní a srdeční onemocnění), je dobrý na imunitu, nervový systém, oči, kůži, údajně omlazuje pleť a v období menopauzy může mít příznivé podmínky proti návalům horka. Každý vitamin má vliv na něco jiného, důležitý je i dostatek železa, hořčíku, zinku aj. (FAJTOVÁ, 2013), (PHILLIPSOVÁ, 2005).

6.3.2 HORMONÁLNÍ FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Mezi hormonální farmakologickou léčbu můžeme zařadit masti podávané lokálně, kroužky nebo čípky, kožní náplasti s obsahem estrogenu, ale nejznámější hormonální léčbou v klimakteriu je hormonální substituční terapie založená především na estrogenu a progesteronu (FAIT, 2013).

Na lokální užití v klimakteriu se používá mastička s obsahem estrogenu, estriolu. Nanáší se na genitál a pomáhá při ztrácení elasticity, snižování lubrikace a celkově na prokrvování a problémy spojené s genitáliemi v období klimakteria, pozitivně působí také na močové ústrojí ženy (FAIT, a kol., 2007).

Náplasti, kroužky či čípky jsou také na principu estrogenu. Ve všech těchto pomůckách je obsažen estrogen, který je dále uvolňován do těla. Kroužky a čípky jsou užívány vaginálně, čili mají vliv hlavně na vaginální prostředí. Náplasti můžeme lepit na jakoukoli část těla a přes kůži je estrogen vstřebáván do celého těla. Mastičky působí pouze lokálně v okolí nanášeného místa (FAIT, a kol., 2007), (PHILLIPSOVÁ, 2005).

Hormonální substituční terapie

Hormonální substituční terapie patří zřejmě mezi nejvíce diskutovanou léčbu směřující ke zmírnění příznaků v klimakterickém období. Jedná se o léčbu zejména steroidními pohlavními hormony. Mezi tyto hormony zařazujeme estrogeny, gestageny a androgeny. Léčba může být pouze jednohormonální (monoterapie), nebo se dá použít kombinace více hormonů. O tom, který hormon nebo jakou kombinaci léků zvolíme, rozhoduje období, ve kterém se žena nachází, to znamená perimenopauza nebo postmenopauza, věk a zdravotní stav ženy. Do zdravotního stavu ženy zařazujeme také

přítomnost dělohy. Pokud žena již nemá dělohu, používá se zejména monoterapie, kde volíme estrogen (FAIT, 2013).

Estrogeny

Estrogen je nejužívanější hormon při substituční terapii. Dá se říci, že u každé léčby je určitá hladina estrogenů. Estrogen je hormon, který má největší vliv na problémy spojené s klimakteriem. Používají se estradiol, estriol aj. Dá se používat perorálně, intramuskulárně, subkutánně, nebo v podobě již zmíněných mastí, kroužků či čípků. Podle toho, kterou účinnou látku podáváme, upravujeme množství. Pokud budeme perorálně podávat konjugované equinní estrogeny (CEE), které obsahují estrogeny a equlinin, equilin-sulfat standardně podáváme 0,625 mg. Equilin je estrogenní koňský hormon. Pokud žena užívá například estrion, také perorálně, standardně užívá 2–8 mg estradiolu (FAIT, 2013).

Substituce gestageny

Mezi gestageny patří progesteron, což je nejdůležitější gestagen, který je uvolňován především ve žlutém tělísku a připravuje dělohu na těhotenství. Progesteron je však hormon, který je velice rychle vstřebáván játry, proto při užívání progesteronu perorálně pro klimakterické příznaky musí být užíván dvakrát až třikrát denně. Dále se používá intramuskulárně v podobě medroxyprogesteronacetátu. Aplikuje se jednou za tři měsíce. Tento typ progesteronu se používá zejména pro antikoncepční účinky. Má však příznivý vliv i na klimakterické příznaky (FAIT, 2013).

Nízkodávková hormonální antikoncepce

Antikoncepce obsahuje jisté množství hormonů. Nemusí být brána pouze perorálně, ale také pomocí náplastí a vaginálních kroužků. Nevýhodou je, že ne každá žena ve věku perimenopauzy může antikoncepci užívat. Musí tedy splňovat jistá kritéria: musí být nekuřačka, nesmí být obézní a mít nemoci spojené s kardiovaskulárním systémem, zejména hypertenzi a koagulační poruchy. Antikoncepce vytváří pseudomenstruační cyklus. Obsah estrogenních hormonů má příznivý vliv na klimakterické příznaky (FAIT, 2013).

Selektivní modulátor estrogenních receptorů (SERM)

Mezi selektivní modulátory estrogenních receptorů patří tamoxifen a raloxifen. Jsou to modulátory, které mají schopnost vázat se s estrogenními receptory. Někde mají stejný vliv jako estrogeny, jinde však působí jako antiestrogeny. První byl používán tamoxifen. Tamoxifen se používá na léčbu karcinomu prsu. V prsní žláze působí jako antagonista estrogenu, díky tomu zastavuje množení nádorových buněk, ovšem pokud jsou nádorové buňky obsaženy estrogenními receptory. Jinde v těle tamoxifen působí jako estrogen. Raloxifen se používá v postmenopauzálním období klimakteria. Je zkoumán a používám především kvůli příznivému vlivu na prevenci osteoporózy. Obě tyto látky, jak tamoxifen, tak i raloxifen, však mají nepříznivý vliv na vznik tromboembolické nemoci (FAIT, 2013).

„Studie MORE (Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation) prokázala, že čtyřleté podáváni raloxifenu v dávce 60 mg denně snížilo o 50 % riziko vertebrálních fraktur u žen s osteoporózou (FAIT, 2013, s. 41).“

Tribolon

Tribolon je řazen mezi selektivní regulátory tkáňové estrogenní aktivity. Tribolon je dobrý obecně na všechny klimakterické potíže. Má příznivý vliv na psychiku, libido, vaginální a urogenitální změny aj. Pokud má žena v osobní anamnéze endometriózu, je vhodný tento druh hormonální terapie. Tribolon by neměl mít vliv na endometrium a dá se užívat i v případě stavu po insuflaci dělohy. Tribolon byl prvně vyvíjen na léčbu osteoporózy (FAIT, 2013).

Celkově tedy hormonální substituce zmírňuje klimakterické symptomy. Podle toho, jestli je žena v perimenopauzálním, či postmenopauzálním období, volíme druh hormonů. Účinky terapie se dostavují až po nějakém čase, ne hned v tom období, kdy žena začne hormony užívat. Poté sledujeme a zjišťujeme, jak žena subjektivně změny vnímá. Na sledování používáme již zmíněná skórovací schémata, dle jednotlivých hodnocení problémů.

Hormonální terapie a vliv na onemocnění spojená s klimakteriem

Při určitých onemocnění se hormonální léčba přímo indikuje. Mezi tato onemocnění patří osteoporóza, opakované infekce močových cest v klimakteriu, při riziku kolorektálního karcinomu, kastrace a při akutním klimakterickém syndromu (FAIT, 2010).

Vznik osteoporózy je ovlivněn úbytkem estrogenu. Je tedy jasné, že žena, která v období klimakteria užívá hormonální substituci, má snížené riziko osteoporózy. Důležité také je, kterou hormonální léčbu žena či lékař zvolí. Dále se musí zvažovat dávka daného léku. Estrogen snižuje riziko zlomenin. Pokud žena v klimakterickém období projde menopauzou, od té doby by měla být estrogenní léčba užívána do pěti let. Pokud žena bude s hormonální substitucí čekat, kostní tkáň bude méně hustá, a ač hormonální terapie pomůže, nenavrátí kost do zcela původního stavu (FAIT, 2013).

Hormonální terapie má vliv i na kardiovaskulární systém. U kardiovaskulárního systému má estrogen vliv na elasticitu cév, vznik aterosklerózy, hladinu cholesterolu v krvi a celkově na kardiovaskulární nemoci. Hormonální terapie a užívání estrogenní léčby má lehce příznivý vliv na vznik aterosklerózy i na hladinu cholesterolu. Co se týče kardiovaskulárních onemocnění, jako je například ICHS, kde je zvýšené riziko nemoci u mužů a žen vyššího věku, hormonální terapií nemoc nevyloučíme. Na téma hormonální terapie a ICHS existuje řada studií a článků, avšak každá studie má trochu jiné výsledky. Někdo tvrdí, že vliv na ICHS je příznivý, a jiný zas, že nepříznivý. Hormonální terapie se tedy nepoužívá na prevenci vzniku ICHS. Vliv hormonální terapie na kardiovaskulární systém zůstává stále velmi zkoumaným tématem (FAIT, 2008), (CITTERBATR, 2008).

Na urogenitální problémy se používají spíše lokální masti, čípky či tablety. Co se týče atrofické vaginity, mají estrogeny jednoznačný vliv. Užívání hormonální substituce má zajisté vliv na poševní problémy, avšak nejefektivnější léčbou jsou v tomto případě lokální estrogenní masti. Pomáhají na urogenitální infekce a na inkontinenci. Vaginální masti může používat i žena, u které je kontraindikována hormonální substituce (PHILLIPSOVÁ, 2005).

Hormonální substituce má vliv na mnoho problémů, někde spekulativní, někde jistý. Začátek užívání hormonální substituce bylo na zmírnění akutních klimakterických syndromů. Snižuje akutní vazomotorické a psychické problémy spojené s klimakteriem. Má jistý pozitivní vliv na urogenitální problémy a ještě diskutovaný, avšak spíše pozitivní vliv na osteoporózu, jeho účinky na kardiovaskulární systém jsou ještě zkoumány a diskutovány, ale jisté je, že nezhoršují kardiovaskulární systém, a např. na aterosklerózu mají spíše dobrý vliv (FAIT, 2008).

Hormonální terapie má pozitivní vliv na prevenci a na výskyt akutních kardiovaskulárních příhod (SCHIERBECK, 2012).

Nežádoucí účinky a kontraindikace

Jako každý lék, který užíváme, a jako každá léčba má i hormonální terapie jisté nežádoucí účinky a kontraindikace.

Hormonální terapie je kontraindikována, pokud je žena přecitlivělá na některou ze složek léčby, v anamnéze se vyskytuje tromboembolická nemoc, aktivní či nedávná arteriální tromboembolie, hepatopatie, estrogen-dependentní nádor nebo podezření na něj (karcinom endometria), karcinom prsu v osobní anamnéze. Podání hormonální terapie se zde považuje za více riskantní než přínosné (FAIT, 2010), (FAIT, 2013).

Na hormonální substituci a karcinom prsu proběhla řada studií a většinou udávají negativní vliv užívání hormonální terapie na vznik karcinomu prsu. Jedním z rizik pro karcinom prsu je věk. Čím je žena starší, tím má větší riziko karcinomu prsu. Určitou roli hraje také genetika a pro nás důležité estrogeny. Estrogeny ovlivňují růst prsu, čili čím déle se v ženském těle tvoří estrogen (vliv i první a poslední menstruace), tím vyšší je riziko karcinomu prsu. Užívání hormonální substituce prodlužuje trvání vysoké hladiny estrogenu a tím pádem i zvyšuje riziko karcinomu prsu. Podle analýzy Collaborative Group Study je riziko zvýšeno až po více než pěti letech užívání hormonální terapie. Někdy se zas uvádí, že ženy s hormonální terapii mají sice vyšší riziko karcinomu, avšak s menším rizikem úmrtnosti. Hormonální terapie má vliv na karcinom prsu. Karcinom endometria má podobné rizikové faktory jako rizika karcinomu prsu, a sice vyšší věk a vliv estrogenu. Čím déle je hormonální terapie

užívána, tím větší je riziko rakoviny endometria. Při rakovině endometria volíme léčbu tribolonem (FAIT, 2010), (FAIT, a kol., 2009).

Tromboembolická nemoc (TEN) je poškození koagulační rovnováhy v krevním řečišti. Je to utvoření krevní sraženiny (trombu) v cévě, která způsobuje horší průchodnost až ucpání cévy a možné následné utržení trombu do cévního řečiště. Riziko tromboembolické nemoci přibývá s věkem, v těhotenství a šestinedělí a při užívání hormonů (antikoncepce, hormonální substituční terapie). HRT tedy zvyšuje riziko TEN a nejvíce ohrožena je žena první rok užívání (FAIT, 2008), (FAIT, 2013).

Kontraindikace a možné nežádoucí účinky budou vždy u všech léků. Obor medicíny a farmakologie se však neustále vyvíjí a probíhá stále mnoho nových studií. Pro tuto chvíli je léčba hormonální substituční terapií riziková pro pacientky s anamnézou tromboembolické nemoci, karcinomy prsu a endometria.

6.4 OPERATIVNÍ LÉČBA

Operativní léčba v klimakteriu je nejčastěji indikována pro nadměrné krvácení z dělohy, myomy, sestup či vyhřeznutí dělohy, inkontinenci aj. Sestup ženských rodidel není ovlivňován pouze věkem, ale vliv má také prodělání těžkých porodů, nadváha, náročná fyzická práce. Krvácení, myomy a sestup či vyhřeznutí dělohy se řeší buď odebráním vnitřních ženských orgánů, nebo hysterektomií s poševní plastikou či bez ní, eventuálně se provádí resekce sestouplé tkáně. Hysterektomie s poševní zadní plastikou znamená odebrání dělohy, kde se svalstvo pánevního dna v dolní části pochvy sešívá. Sešití dolní části pochvy způsobí funkční a užší pochvu. Dále sem můžeme zařadit různé plastické operaci k úpravě pochvy, např. při inkontinenci nebo po hysterektomii. Operace ženských pohlavních orgánů je doprovázena cvičením pánevního dna a často také hormonální terapií

6.5 SPECIFIKA PÉČE O ŽENU V KLIMAKTERIU

Žena v klimakteriu prochází mnoha fyzickými, psychickými a někdy sociálními změnami. Porodní asistentka pracující v nemocnici na gynekologickém oddělení se setkává každý den s ženami, které jdou na operace spojené s ženskými pohlavními

orgány. Porodní asistentka by si měla uvědomit, že každý gynekologický nebo urologický problém či operace jsou pro každou ženu velice citlivou záležitostí. Dále by ženy v klimakteriu měly pravidelně docházet do gynekologické ambulance. Zdravotní stav ženy se mění a je více kontrolován. Během klimakteria by si žena měla hlídat především návštěvy u svého gynekologa a praktického lékaře, dále již po čtyřicátém roku života docházet na mamografii, a také ne vždy jsou ženy v klimakteriu vyšetřeny denzitometrem, sledují si krevní tlak a podstupují jiné screeningové metody. Žena může přijít na konzultaci léčby klimakterických syndromů, operací, zmírnění určitého problému. Vždy jí sdělíme veškeré možnosti, rizika, výhody a nevýhody dané léčby. Ženu edukujeme a při psychickém problému sloužíme někdy i jako nevystudovaní psychologové.

S ženou v klimakteriu bychom měli jednat citlivě, protože musíme myslet na možnost zhoršeného psychického a sociálního stavu. Při probírání a dotazování problémů dbáme na soukromí pacienta, jelikož, jak jsme již zmínili, se téměř vždy jedná o nejcitlivější ženské části těla. Ženu informujeme o možnostech a o průběhu léčby. Klimakterium není nakažlivé a není to porucha myšlení či IQ.

7 PRAKTICKÁ ČÁST

Jako praktickou část jsme zvolili výzkum. Utvořili jsme dotazník o třinácti otázkách. Cílem dotazníků je celkové zhodnocení subjektivního stavu ženy v klimakteriu; v jakém věku si ženy klimakteriem procházely, jaké měly fyzické, psychické a zdravotní problémy.

Průzkumné problémy:

V dnešní době je relativně velká dostupnost informací o období klimakteria. Ženy se o sebe více starají a každý má právo vědět, co se s ním děje. I v mediální podobě najdeme reklamy na léky v klimakteriu. Jaké tedy je období klimakteria z pohledu žen, které si jím již samy prošly? Je nutné používat léky na zmírnění potíží?

Cíle dotazníků:

Hlavním cílem dotazníků bylo zjistit, jak ženy období klimakteria prožily a jaké změny pociťovaly.

Cíl 1: Zjistit věk, ve kterém žena klimakterium prožila, a fyzické změny, které ženy v období klimakteria pocítily.

Průzkumné otázky č. 1: V kolika letech si ženy klimakteriem prošly? Jaké změny na svém těle pociťovaly? Které fyzické příznaky klimakteria nejvíce zaznamenaly?

Cíl 2: Zjistit psychické a sexuální změny, které ženy v období klimakteria zaznamenaly.

Průzkumné otázky č. 2: Jaké psychické a sexuální změny pociťovaly ženy během klimakteria? Léčily se pro psychické problémy během klimakteria?

Cíl 3: Zjistit zdravotní problémy, které ženy měly, a vyšetření, která ve spojitosti s klimakteriem podstoupily.

Průzkumné otázky č. 3: Jaká zdravotní vyšetření během klimakteria ženy podstoupily? Potvrdily se jim nějaké zdravotní problémy? Kolik žen užívalo léky na zmírnění klimakterických potíží?

Metodika průzkumu:

Pro získání potřebných dat jsme použili metodu podání anonymních dotazníků. Vytvořili jsme dotazník s třinácti uzavřenými otázkami. Většina otázek měla jednu možnost odpovědi, některé měly možnost i více odpovědí. Průzkumnou otázku č. 1 (fyzické změny) jsme ověřovali položkami 1, 2, 3, 4. K průzkumné otázce č. 2 (psychické a sexuální změny) se vztahují položky 5, 6, 7, 8. Na průzkumné otázky č. 3 (zdraví a léčba) odpovídají položky 9, 10, 11, 12, 13. Odpovědi jsme vyhodnotili v programu MS Office Excel 2007 a následně převedli do grafického znázornění. Výsledky jsou zaznamenány v absolutních a relativních hodnotách.

Na začátku dotazníků byla uvedena informovanost o účelu a využití získaných informací. Dotazníky jsme rozdávali vytištěné (jen po známých) a dále jsme využili internetovou stránku www.survio.cz, kam jsme dotazník vložili. Odkaz na stránku jsme umístili na sociální sítě. K vyhodnocení bylo použito 50 dotazníků.

Časový harmonogram:

V listopadu 2016 jsme na základě průzkumných otázek vytvořili dotazník o 13 otázkách. Vlastní sběr dat probíhal od poloviny prosince 2016 do poloviny února 2017. Zpracování získaných informací pomocí dotazníků proběhlo na konci února 2017.

Průzkumný soubor:

Pro anketu jsme hledali ženy, které měly již období klimakteria za sebou, anebo byly na konci klimakterického období. Umístili jsme dotazníky na sociální síť s prosbou o vyplnění a případné rozeslání. Dále jsme v okolí a po známých rozdávali dotazníky s prosbou o vyplnění. Dohromady jsme vyhodnotili 50 dotazníků.

7.1 Analýza výsledků

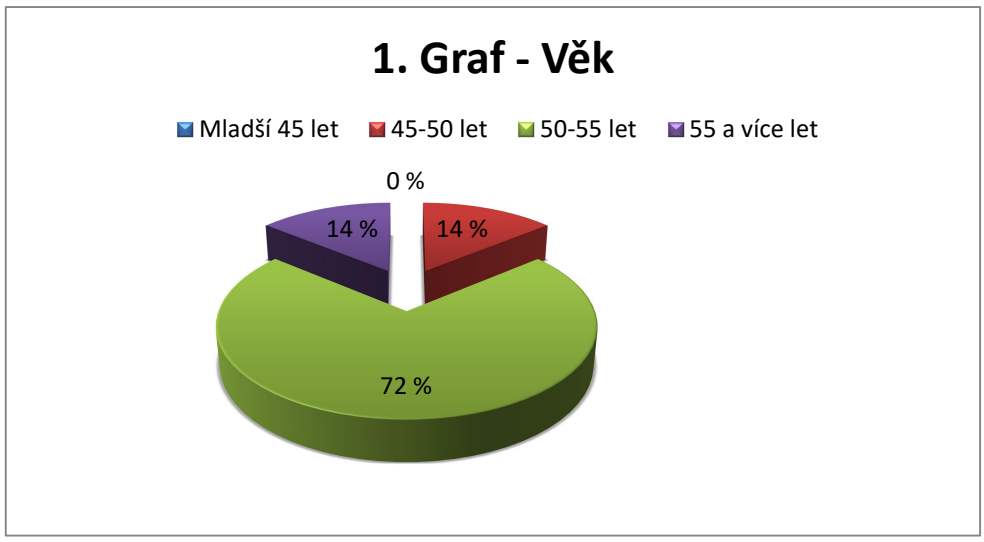
V této kapitole jsou napsány a vyhodnoceny dotazníkové otázky na téma klimakterium.

Položka č. 1

Otázka 1: V jakém věku jste prožila období klimakteria?

Tabulka 1 – Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mladší 45 let	0	0 %
45–50 let	7	14 %
50–55 let	36	72 %
55 a více let	7	14 %
Celkem odpovědí	50	100 %



Zdroj: vlastní

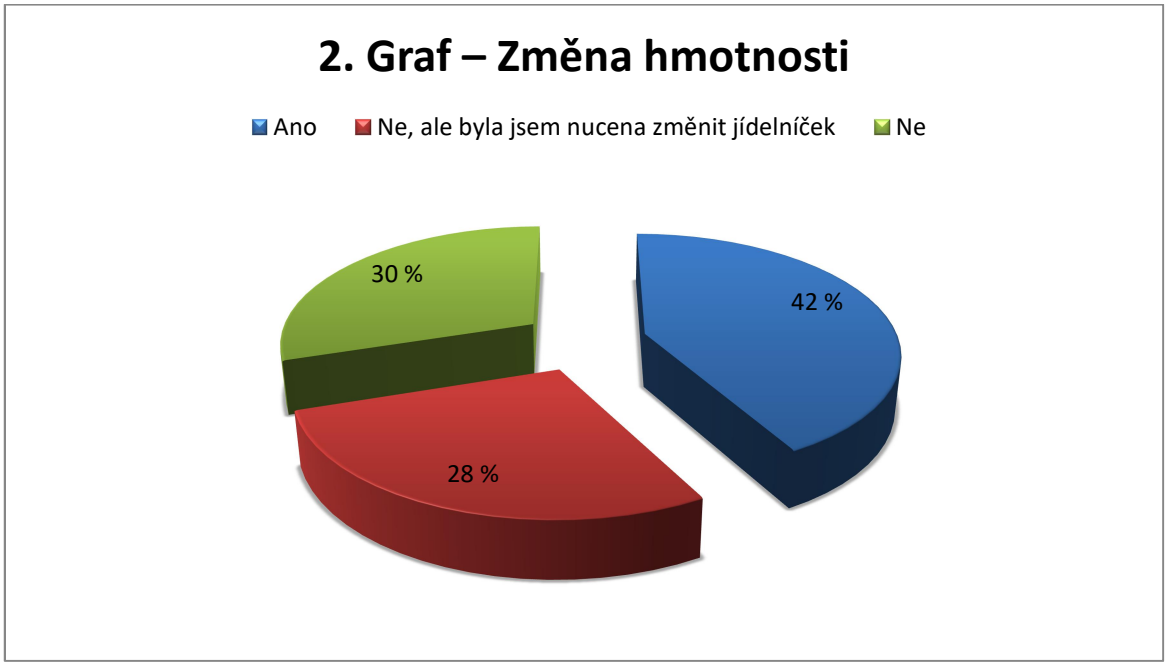
Z celkového počtu 50 respondentek neprožila období klimakteria ani jedna ve věku mladším 45 let (0 %). Sedm respondentek odpovědělo, že prožilo období klimakteria ve 45–50 let (14 %), a stejný počet respondentek ve věku 55 let a více (14 %). Nejvíce respondentek, tedy 36, prožilo období klimakteria ve věku 50–55 let (72 %).

Položka č. 2

Otázka 2: Zaznamenala jste v období klimakteria nárůst tělesné hmotnosti?

Tabulka 2 – Změna hmotnosti

Nárůst hmotnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	21	42 %
Ne, ale byla jsem nucena změnit jídelníček	14	28 %
Ne	15	30 %
Celkem odpovědí	50	100 %



Zdroj: vlastní

U druhé otázky 21 respondentek uvedlo, že během klimakteria nabraly na tělesné hmotnosti (42 %). Většina respondentek změnu hmotnosti nezaznamenala (58 %), ale 14 respondentek muselo změnit jídelníček (28 %) a 15 respondentek nezaznamenalo nárůst tělesné hmotnosti, bez změny jídelníčku (30 %)

Položka č. 3

Otázka 3: Pociťovala jste výrazné změny na kůži?

Tabulka 3 – Změny na kůži

Změny na kůži	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, hlavně zvýšené vysychání kůže	21	40,4 %
Ano, hlavně stárnutí kůže (např. pigmentové skvrny)	21	40,4 %
Ne	10	19,2 %
Celkem odpovědí	52	100 %

Zdroj: vlastní

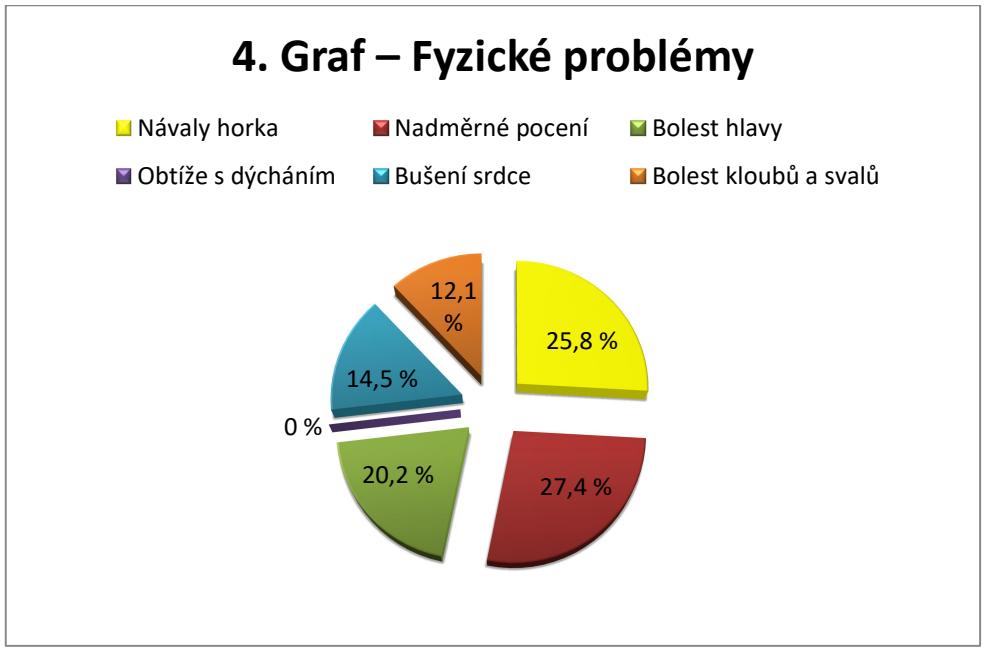
Celkem 40 respondentek (80 %) pocítilo změny na kůži v období klimakteria a 10 respondentek žádné změny na kůži nepociťovalo (20 %). Z toho 21 respondentek (40,38 %) pociťovalo zvýšené vysychání kůže a 21 respondentek (40,38 %) pociťovalo stárnutí kůže (např. pigmentové skvrny).

Položka č. 4

Otázka: Které problémy Vás nejvíce obtěžovaly? (maximálně 3 možnosti)

Tabulka 3 – Fyziologické problémy

Fyz. problémy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Návaly horka	32	25,8 %
Nadměrné pocení	34	27,4 %
Bolest hlavy	25	20,2 %
Obtíže s dýcháním	0	0 %
Bušení srdce	18	14,5 %
Bolest kloubů a svalů	15	12,1 %
Celkem odpovědí	124	100 %



Zdroj: vlastní

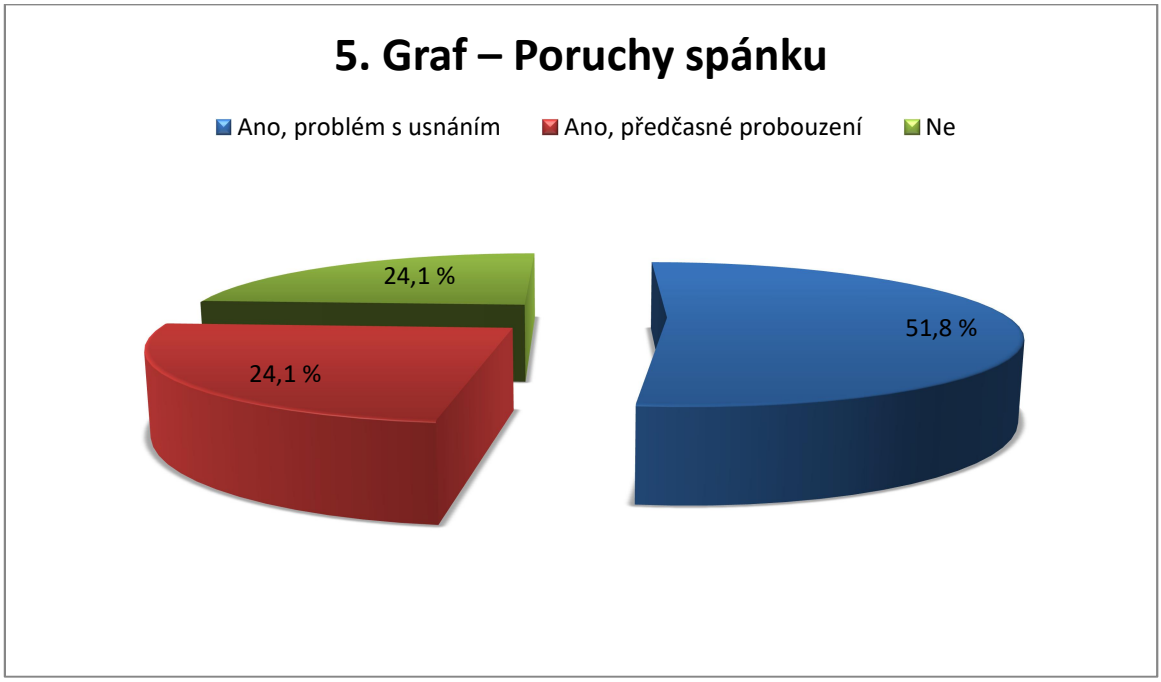
Respondentky měly možnost maximálně tří odpovědí. Nikdo nezvolil obtíže s dýcháním (0 %). Nejméně pociťovaly respondentky v období klimakteria bolesti svalů a kloubů (12,1 %), poté bylo bušení srdce (14,5 %), bolesti hlavy (20,2 %) a návaly horka (25,8 %). Nejvíce však ženy v klimakteriu obtěžovalo nadměrné pocení, a to 34 respondentek (27,4 % ze 124 odpovědí a z celkového počtu padesáti respondentek je to 68 %).

Položka č. 5

Otázka 5: Měla jste nějakou poruchu spánku?

Tabulka 5 – Poruchy spánku

Poruchy spánku	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, problém s usínáním	30	51,8 %
Ano, předčasné probouzení	14	24,1 %
Ne	14	24,1 %
Celkem odpovědí	58	100 %



Zdroj: vlastní

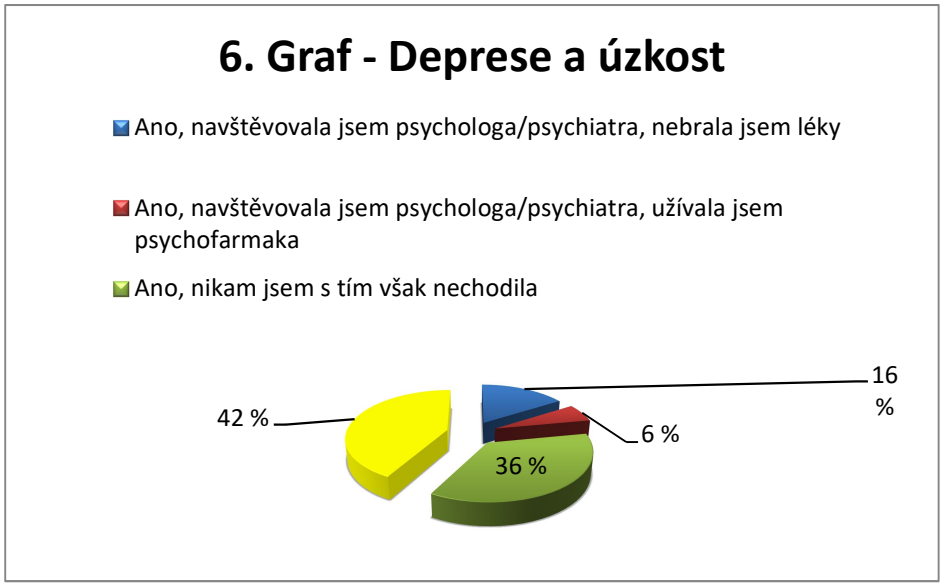
Na otázku poruchy spánku mohly respondentky odpovědět na více možností. Celkem mělo problém se spánkem 36 respondentek (75,9 %), z toho větší část měla problémy s usínáním. Z celkového počtu respondentek měla více než polovina problém s usínáním (51,8 %). Dále s předčasným probouzením mělo problém 14 respondentek (24,1 %) a zbytek uvedl, že neměly žádné problémy se spánkem (24,1 %).

Položka č. 6

Otázka 6: Měla jste v období klimakteria deprese či úzkosti?

Tabulka 6 – Deprese a úzkost

Deprese a úzkost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, navštěvovala jsem psychologa/psychiatra, nebrala jsem léky	8	16 %
Ano, navštěvovala jsem psychologa/psychiatra, užívala jsem psychofarmaka	3	6 %
Ano, nikam jsem s tím nechodila	18	36 %
Ne	21	42 %
Celkem odpovědí	50	100 %



Zdroj: vlastní

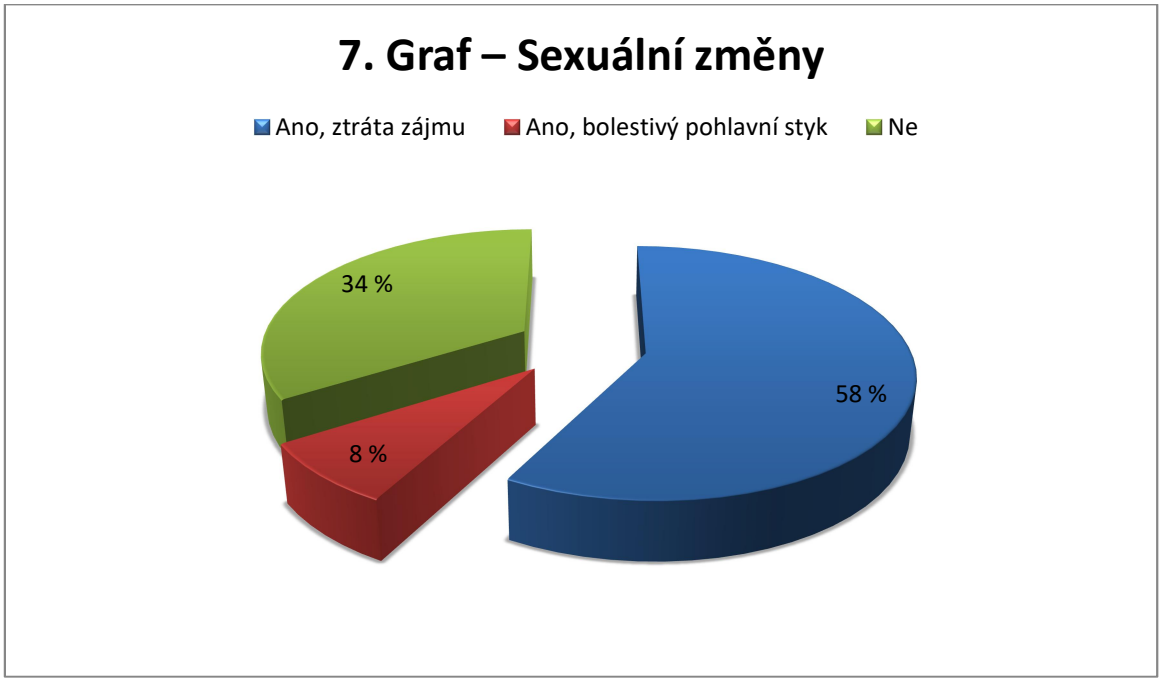
Většina respondentek měla v období klimakteria psychické potíže (68 %), z toho 11 respondentek uvedlo, že navštěvovaly psychologa. Psychofarmaka užívaly 3 respondentky (6 %) a pouze návštěvy u psychologa/psychiatra bez užívání léků absolvovalo 8 respondentek (16 %). Žádné psychické problémy neprožívalo 21 respondentek (42 %).

Položka č. 7

Otázka 7: Pociťovala jste změny v sexuálním životě?

Tabulka 7 – Sexuální změny

Sexuální změny	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, ztráta zájmu	29	58 %
Ano, bolestivý pohlavní styk	4	8 %
Ne	17	34 %
Celkem odpovědí	50	100 %



Zdroj: vlastní

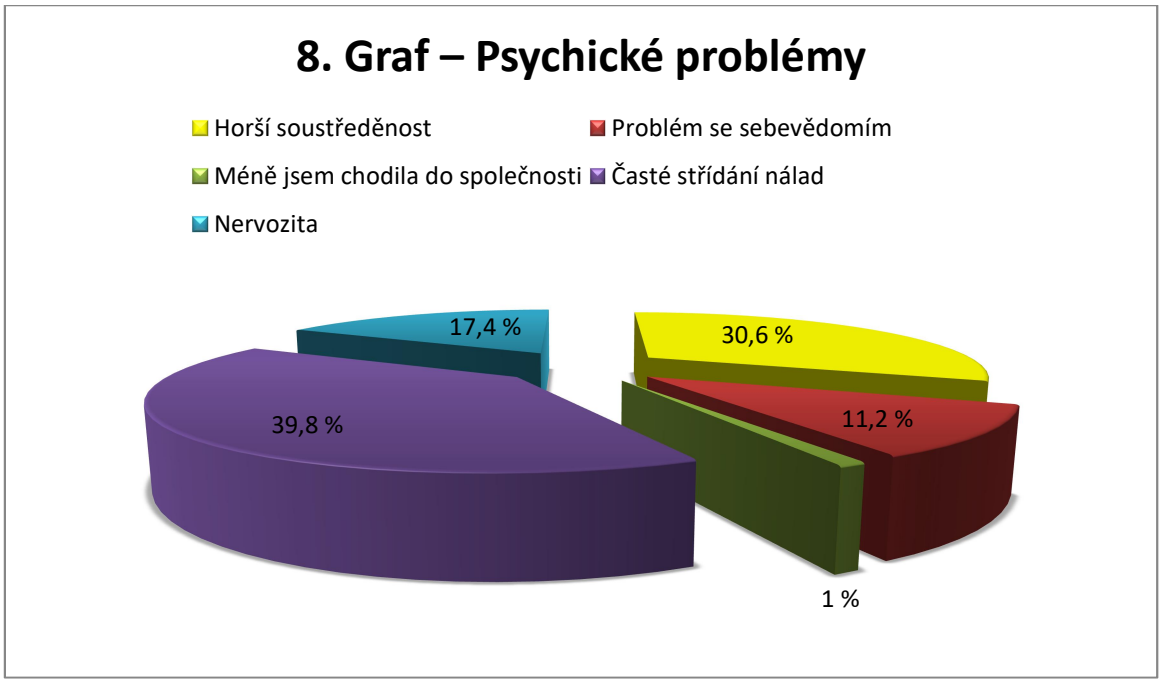
Bez pociťování jakýchkoli sexuálních změn bylo 17 respondentek (34 %). Většina respondentek sexuální změny pociťovala (66 %). Ztrátu zájmu o pohlavní styk pociťovalo 29 respondentek (58 %) a bolestivý pohlavní styk uvedly 4 respondentky (8 %).

Položka č. 8

Otázka 8: Měla jste nějaký z těchto problémů? (maximálně 3 odpovědi)

Tabulka 8 – Psychické problémy

Psychické problémy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Horší soustředěnost	30	30,6 %
Problém se sebevědomím	11	11,2 %
Méně jsem chodila do společnosti	1	1 %
Časté střídání nálad	39	39,8 %
Nervozita	17	17,4 %
Celkem odpovědí	98	100 %



Zdroj: vlastní

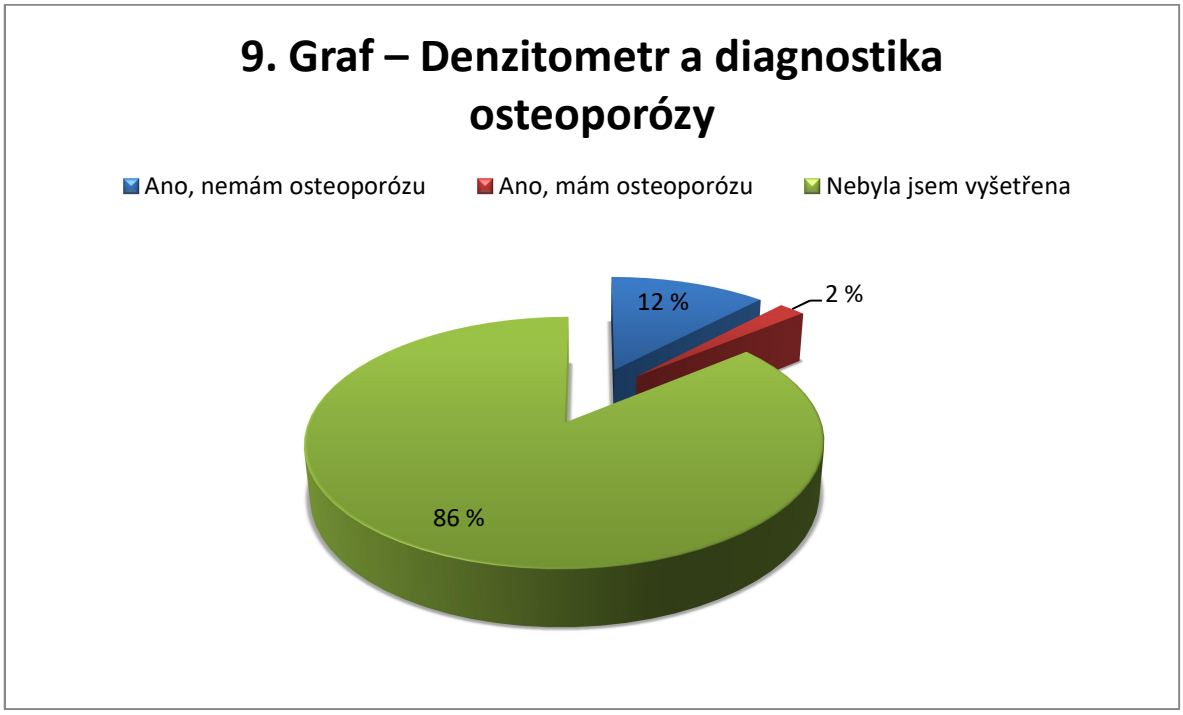
Z psychických problémů nejvíce respondentek uvedlo, že měly časté střídání nálad (39,8 % z celkového počtu 98 odpovědí, z 50 respondentek je to 78 %). Hned za častým střídáním nálad uváděly respondentky problém se soustředěním (60 %). Dále nervozitu uvedlo 17 respondentek (17,4 %), problém se sebevědomím mělo 11 respondentek (11,2 %). Pouze 1 respondentka uvedla, že méně chodila do společnosti (1 %).

Položka č. 9

Otázka 9: Byla jste vyšetřena denzitometrem na osteoporózu? Byla Vám diagnostikována osteoporóza?

Tabulka 9 – Denzitometr a diagnostika osteoporózy

Denzitometr a diagnostika osteoporózy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, nemám osteoporózu	6	12 %
Ano, mám osteoporózu	1	2 %
Nebyla jsem vyšetřena	43	86 %
Celkem odpovědí	50	100 %



Zdroj: vlastní

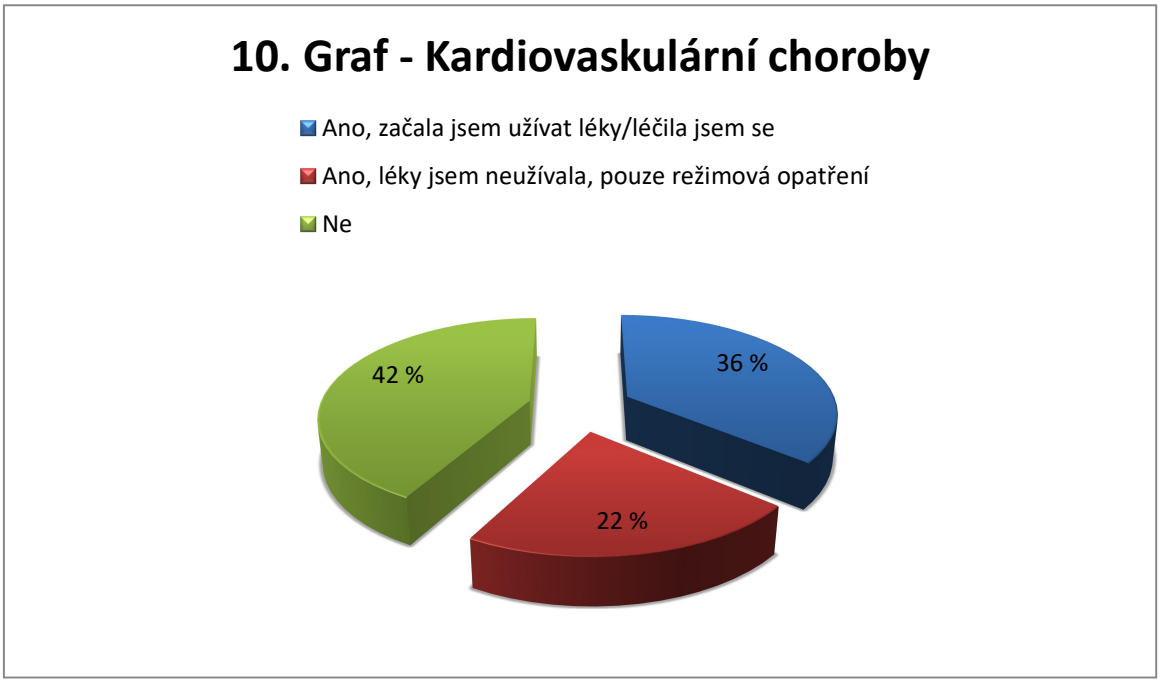
Většina respondentek (86 %) nebyla v období klimakteria vyšetřena denzitometrem na osteoporózu. Jedna respondentka uvedla, že na osteoporózu vyšetřena byla a byla jí také potvrzena (2 %). Šesti respondentkám (12 %) byla udělána denzitometrie, ale nebyla diagnostikována.

Položka č. 10

Otázka 10: Objevily se u Vás, v souvislosti s klimakteriem, rizikové faktory kardiovaskulárních chorob (hypertenze, vysoký cholesterol)?

Tabulka 10 – Rizika kardiovaskulárních chorob

Rizika kardiovaskulárních chorob	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, začala jsem užívat léky/léčila jsem se	18	36 %
Ano, léky jsem neužívala, pouze režimová opatření	11	22 %
Ne	21	42 %
Celkem odpovědí	50	100 %



Zdroj: vlastní

Více než polovina respondentek začala, nebo již měla, nějakou z kardiovaskulárních potíží. Osmnáct respondentek se s potížemi léčilo, nebo užívalo léky (36 %), pouze režimová opatření mělo 9 respondentek (18 %). Kardiovaskulární problémy nemělo 24 respondentek (48 %).

Položka č. 11

Otázka 11: Užívala jste nějaké léky na zmírnění klimakterických obtíží?

Tabulka 11 – Léky na zmírnění obtíží

Léky na zmírnění potíží	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hormonální substituce	3	6 %
Jiné léky (např. psychofarmaka)	26	52 %
Neužívala	21	42 %
Celkem odpovědí	50	100 %

Zdroj: vlastní

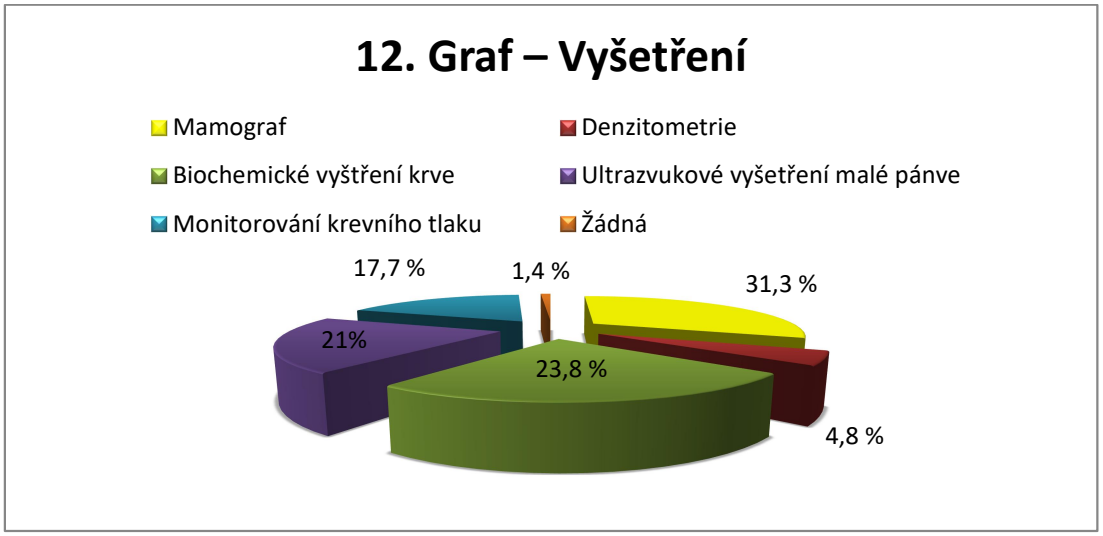
Léky na zmírnění klimakterických obtíží užívalo 29 respondentek (58 %). Žádné léky neužívalo 21 respondentek (42 %). Hormonální substituci užívaly 3 respondentky (6 %) a jiné léky pomáhající na jednotlivé potíže užívalo 26 respondentek (52 %).

Položka č. 12

Otázka 12: Která vyšetření jste absolvovala v souvislosti s klimakteriem?

Tabulka 12 – Vyšetření

Vyšetření	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mamografie	46	31,3 %
Denzitometrie	7	4,8 %
Biochemické vyšetření krve (krevní obraz, hladina cholesterolu)	35	23,8 %
Ultrazvukové vyšetření malé pánve	31	21 %
Monitorování krevního tlaku	26	17,7 %
Žádná	2	1,4 %
Celkem odpovědí	147	100 %



Zdroj: vlastní

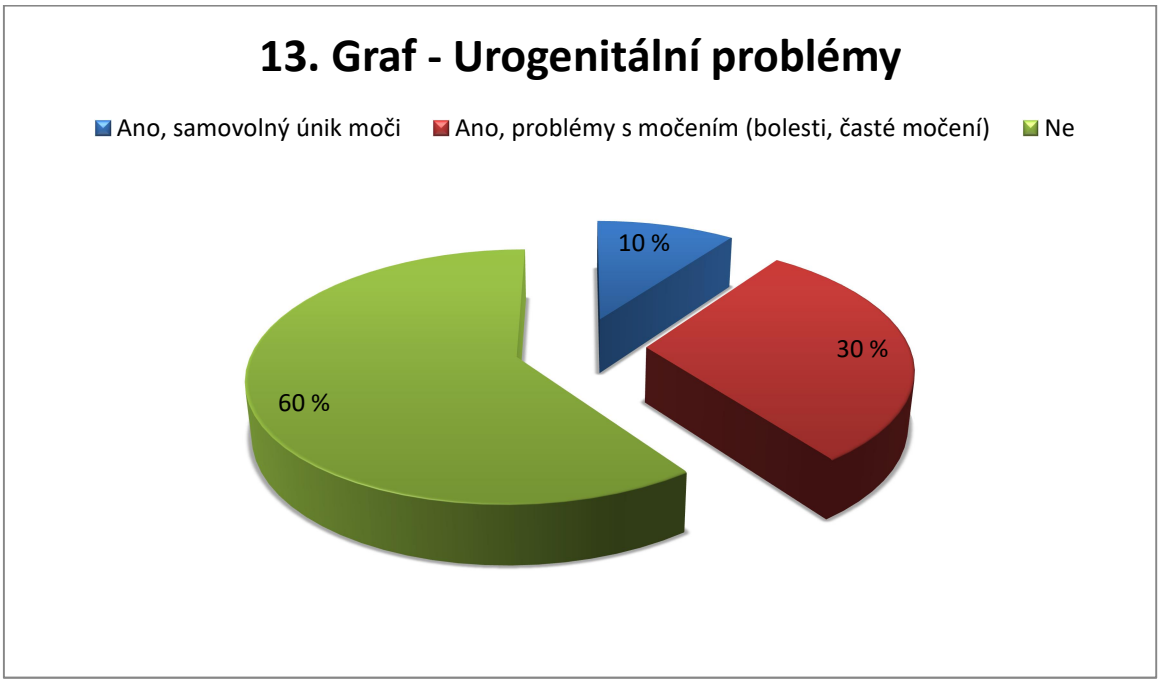
Na otázku, jaká vyšetření respondentky absolvovaly v období klimakteria, uvedlo nejvíce respondentek mamografii (31,3 % z celkového počtu 147 odpovědí, z 50 respondentek je to 92 %). Dvě respondentky uvedly, že neabsolvovaly žádná vyšetření v období klimakteria (1,4 % ze všech odpovědí, z 50 respondentek jsou to 4 %). Biochemické vyšetření krve uvedlo 35 respondentek, monitorování krevního tlaku 26 respondentek, ultrazvukové vyšetření pánve 31 respondentek a denzitometrii absolvovalo 7 respondentek.

Položka č. 13

Otázka 13: Měla jste nějaké urogenitální problémy?

Tabulka 13 – Urogenitální problémy

Urogenitální problémy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, samovolný únik moči	5	10 %
Ano, problémy s močením (bolesti, časté močení)	15	30 %
Ne	30	60 %
Celkem odpovědí	50	100 %



Zdroj: vlastní

V poslední otázce jsme zjišťovali, kolik respondentek mělo urogenitální problémy. Více než polovina respondentek žádné problémy nepociťovala (60 %). Z respondentek, které uváděly urogenitální problémy, netrpěly více inkontinencí (10 %), ale celkově problémy s močením, jako jsou bolesti při močení či časté močení (30 %).

Chí kvadrát

K propočtu jsme použili tyto dvě otázky:

1. Zaznamenala jste v období klimakteria nárůst tělesné hmotnosti?

Ano – 21 respondentek, Ne – 29 respondentek

2. Pociťovala jste výrazné změny na kůži?

Ano – 40 respondentek, Ne – 10 respondentek

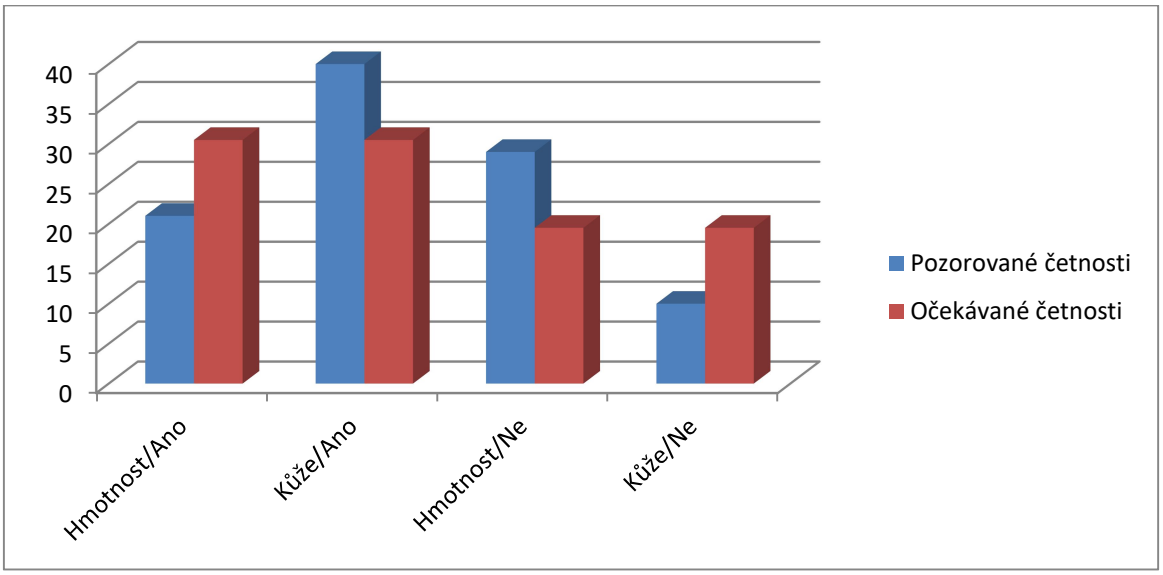
Skutečné četnosti

	1. otázka	2. otázka	$n_{\bullet j}$
Ano	21	40	61
Ne	29	10	39
$n_{i\bullet}$	50	50	**100**

Očekávané četnosti

	1. otázka	2. otázka	$n_{\bullet j}$
Ano	30.5	30.5	61
Ne	19.5	19.5	39
$n_{i\bullet}$	50	50	**100**

Skutečná a očekávaná četnost



Zdroj: www.highcharts.com

Testové kritérium: G = 15,174

Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha);\,df} = 3{,}841$

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu H_1, která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

Vyhodnocení cílů

Cíl 1:

Cílem bylo zjistit věk, ve kterém ženy klimakterium prožily, a fyzické změny, které ženy v období klimakteria pocítily. V některých otázkách měly respondentky pouze jednu možnost, v některých více. Nejvíce žen si období klimakteria prožilo ve věku 50–55 let (72 %), naopak žádná z respondentek neprožila období klimakteria ve věku 45 a méně let. Dále tu byla otázka směřující na nárůst tělesné hmotnosti. Většina žen nárůst tělesné hmotnosti nezaznamenala (58 %), ale téměř polovina z nich byla nucena změnit jídelníček. Nárůst tělesné hmotnosti zaznamenalo 21 respondentek (42 %). Změny na kůži pocítila většina (80 %), pouze 5 respondentek nezaznamenalo žádné změny na kůži v období klimakteria (20 %). V další otázce byly dány možnosti, aby respondentky samy zvolily, jaké fyzické problémy je v období klimakteria obtěžovaly nejvíce. Nejvíce žen uvedlo jako největší obtíž nadměrné pocení (68 %) o něco méně jich mělo návaly horka (62 %).

Celkové zhodnocení:

Respondentky nejvíce procházely období klimakteria ve věku 50–55 let. Většina z nich vnímala nějaké změny na svém těle v období klimakteria, z toho každá ve výběru z problémů v klimakteriu zvolila alespoň jeden.

Cíl 2:

Cílem bylo zjistit, zda ženy během klimakteria pociťovaly nějaké psychické či sexuální změny a zda se pro psychické problémy léčily. Na zjištění tohoto cíle byly položeny čtyři otázky. První z nich byla na poruchu spánku, jelikož spánek hraje roli na psychiku člověka. Většina respondentek poruchami spánku, buďto problémy s usínáním, nebo předčasným probouzením, trpěla (72 %). Další otázka se vztahovala na deprese či úzkosti v období klimakteria, a zda respondentky navštěvovaly psychologa v období klimakteria. Většina respondentek měla problém s depresemi či úzkostí (58 %). Psychologa navštěvovalo 11 respondentek (22 % z celku). Dále jsme se dotazovali na změny v sexuálním životě. Změny pocítilo 33 respondentek (66 %), buď ztrátu zájmu, nebo bolestivý pohlavní styk. Z psychických problémů nejvíce žen uvedlo problém s častým střídáním nálad (78 %) a následovala horší soustředěnost (60 %).

Celkové zhodnocení:

U všech otázek kromě poslední (vybrán určitý problém) mělo vždy více než 50 % respondentek dotazovaný problém. Většina žen tedy pociťovala sexuální a psychické změny v období klimakteria. Nejvíce byl uváděn problém s častým střídáním nálad.

Cíl 3:

Cílem bylo zjistit zdravotní problémy ženy v klimakteriu a vyšetření, která během tohoto období podstoupila. Na zjištění cíle bylo položeno pět otázek. První se vztahovala přímo na vyšetření denzitometrem a diagnostiku osteoporózy. Pouze jedna žena měla diagnostikovanou osteoporózu a většina žen nebyla denzitometrem vyšetřena (86 %). Druhá otázka byla, zda se u nich objevily rizikové faktory kardiovaskulárních chorob. U 58 % respondentek byl diagnostikován některý z rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob. Na otázku, zda užívaly léky na zmírnění klimakterických obtíží, uvedla většina, že užívaly léky. Předposlední otázka byla s možností více odpovědí. Byla zaměřena na vyšetření, která žena absolvovala. Nejvíce žen uvedlo návštěvu mamografie (92 %) a dvě ženy uvedly, že neabsolvovaly žádné vyšetření. Poslední otázka byla na urogenitální problémy. Většina žen neuváděla žádný urogenitální problém (60 %).

Celkové zhodnocení:

Celkově ženy ze zdravotních problémů nejvíce uváděly rizika kardiovaskulárních chorob. Překvapující bylo, že dvě ženy uvedly nepodstoupení žádných vyšetření v souvislosti s klimakteriem. Nejvíce respondentek bylo vyšetřeno mamografem.

DISKUSE

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na subjektivní vnímání fyzických, psychických, sociálních a zdravotních změn v období klimakteria. Dotazníky jsme rozdali po známých a zveřejnili je skrz odkaz ze sociální sítě. Chtěli jsme zjistit, jak ženy, které si již klimakteriem prošly nebo zrovna procházejí, vnímaly/vnímají změny svého těla.

Bakalářské práce na téma klimakterium jsme našli poměrně snadno. Snažili jsme se však najít také otázky, ať už podobné, či přímo shodné s našimi. Většina bakalářských prací, které byly zveřejněny, se zaměřují především na informovanost žen o období klimakteria. Našli jsme i práce s podobnými otázkami, jaké jsme pokládali my. Právě s těmito pracemi některé z otázek porovnáme. Dále bych chtěla zmínit a také vyhodnotit jisté předpoklady před vyhodnocením dotazníků, jak otázka dopadne a zda jsme se mýlili, či zda jsme měli pravdu.

První však porovnáme některé z vybraných otázek. Nejvíce nás zajímala otázka, kolik žen užívalo hormonální substituční terapii. Porovnávali jsme výsledky s prací Salamánková (2008), kdy autorce na otázku odpovědělo 150 respondentek. Hormonální substituční terapii užívalo 42 % respondentek, což je 63 dotazovaných žen. My jsme v dotazníku položili otázku, zda respondentky užívaly léky na zmírnění klimakterických potíží. Hormonální substituční terapii užívalo 6 %, což jsou 3 respondentky. Rozdíl je tedy 36 %.

Další otázka, která nás zajímala, byla otázka ohledně osteoporózy. Výsledky jsme tentokrát porovnávali s bakalářskou prací Holá (2012), kde bylo uvedeno, že ze 134 žen bylo 9 žen (6,72 %) léčeno na osteoporózu. Nám vyšlo, že pouze 1 respondentka (2 %) měla potvrzenou osteoporózu. Tento rozdíl není zas tak velký. Osteoporóza je závažné onemocnění, které je nutné podchytit a léčit.

My jsme se před zhodnocením dotazníků domnívali, že hormonální substituční terapii užívalo více než 30 % respondentek. To se nám však nepotvrdilo, jelikož hormonální terapii užívalo pouze 6 % žen. Dále jsme přemýšleli nad otázkou ohledně

věku, mysleli jsme si, že více než 50 % respondentek prožilo období klimakteria ve věku 50–55 let, což se nám potvrdilo. Celkově prožilo období klimakteria v tomto věku 72 % respondentek. Poslední domněnkou bylo, že nejvíce žen trápí v období klimakteria návaly horka. To se nám nepotvrdilo, jelikož největší počet respondentek odpověděl, že nejvíce je v období klimakteria trápilo nadměrné pocení. Když jsme nad tím přemýšleli, tak návaly horka jsou téměř vždy spojené s nadměrným pocením.

Dotazník jsme utvořili tak, abychom zjistili rozdíl mezi tím, co se udává na internetu či v knížkách, a tím, jak to vidí ženy, které si klimakteriem již prošly. Celkové výsledky jsme čekali horší, v tom smyslu, že ženy procházejí více problémy a jsou více léčeny. Každá žena pocítí, kdy klimakteriem prochází, problémy jako nadměrné pocení, návaly horka, bolest hlavy či svalů pociťuje téměř každá žena. Celkem mnoho respondentek mělo problém s kardiovaskulárním systémem a nejméně respondentek uvádělo urogenitální problémy, které bychom čekali častější. Z hlediska sexuálních změn, ženy uváděly častěji ztrátu zájmu o pohlavní styk, nežli bolesti či problémy při pravidelném pohlavním styku. Celkově jsou však tyto soubory malé na vyhodnocení definitivního závěru.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jako doporučení pro praxi, jak již bylo zmíněno, by bylo dobré opravdu dodržovat soukromí pacientky, které již často zachováno není. Nejedná se jen o pacientky na chodbě nebo v čekárně, ale také o pacientky, s nimiž je žena v případě hospitalizace na pokoji. Nejednat s ženou jako s dítětem, nebo jako s duševně nemocným. Jednáme jako s dospělou, nám rovnocennou ženou. Zdravotní personál by měl ženy více informovat o možnostech alternativní nebo farmakologické léčby. U gynekologa by bylo vhodné zajistit informační letáček o tom, co to klimakterium je a jaké jsou nejčastější příznaky klimakteria, u toho by mohly být stručně popsány možnosti léčby či zmírnění daných symptomů.

Klimakterium je součást života každé ženy a samozřejmě hodně záleží na rodině, jak žena danou situaci zvládá. Dále záleží také na lékařích a porodních asistentkách. V nemocnici se s těmito ženami setkáváme každý den a může to být právě zdravotnický personál, který ženě s klimakteriem pomůže. Z tohoto důvodu by měla každá porodní asistentka absolvovat kurz o klimakteriu.

ZÁVĚR

Klimakterium si každá žena prožívá trochu jinak. Některá má více příznaků, některá méně. Někdo se se situací vyrovnává psychicky i fyzicky lépe a někdo hůře. Změny v klimakteriu však ovlivňují ženu mnoha faktory. Prochází si změnami hladiny hormonů v těle, především estrogenů, což má vliv na psychiku, vzhled, způsobuje ztrátu menstruačního cyklu čili ztrátu plodnosti, ztrátu zájmu o sexuální život a vazomotorické změny v organismu. Zvyšují se rizika vzniku především psychických poruch, kardiovaskulárních nemocí, osteoporózy, urogenitálních problémů a rakoviny prsu či endometria.

V klimakteriu je důležité snažit se dodržovat jistý pitný režim a stravovací návyky s dostatkem vitaminů, vápníku a jiných minerálů. Cílem teoretické části práce bylo popsat, co to klimakterium je a jaké má příznaky, obtíže a jak je možné příznaky léčit. Všechny tyto věci jsme v teoretické části uvedli.

Některé ženy projdou klimakteriem bez potřebné léčby, nebo využívají léčbu pouze na jednotlivé symptomy. Někdy je však nutné zasáhnout do léčby více, a to pomocí hormonů až operativních zákroků. Známá a pořád velice zkoumaná pro své vlivy a nepříznivé účinky je hormonální substituce, kdy se podávají jisté hormony pro zmírnění příznaků. Důležité je načasování a individuální přístup ke každé ženě, která chce hormonální substituci podstoupit.

Pomocí dotazníků jsme zjistili, že fyzické obtíže vnímají ženy nejvíce. Hodně žen v dotazníku uvedlo změny v kardiovaskulárním systému, naopak jsme očekávali, že urogenitální potíže bude mít více dotazovaných. Cíle v praktické části práce jsme splnili a vyhodnotili.

Až budu v praxi, ráda bych, když se setkám se ženou v tomto náročném období, uměla poradit a informovat o možnostech a o možných problémech. Byla bych také ráda, kdyby si i ostatní porodní asistentky uvědomovaly, že období klimakteria je náročné období pro každou ženu, a podle toho k ní přistupovaly a uměly jí poradit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CITTERBART, K., L. ROB a A. MARTAN, 2008. *Gynekologie*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.

DONÁT, Josef, 2012. *Klimakterický a estrogen-deficitní syndrom*. Lékařské listy. 2012(6), 13-15. Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/archiv/priloha-lekarske-listy/covers.

DONÁT, Josef, 2011. *Ženské zdraví a menopauza*. Postgraduální medicína. 13(7), 125-128. ISSN 1212-4184.

FAJFROVÁ, J. a V. PAVLÍK, 2013. *Vitaminy, jejich funkce a využití*. Medicína pro praxi [online]. 10(2), 81-84. ISSN 1803-5310. Dostupné z: http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/02/09.pdf.

FAIT, Tomáš, 2014. *Deprese a přechod*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-417-3.

FAIT, Tomáš, 2013. *Klimakterická medicína*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-342-8.

FAIT, Tomáš, 2010. *Doporučení pro hormonální substituční terapii v postmenopauze*. Postgraduální medicína. 12(2), 160-161. ISSN 1212-4184.

FAIT, Tomáš, 2008. *Hormonální substituční terapie a kardiovaskulární systém*. Medicína pro praxi. 5(2), 70-73. ISSN 1214-8687.

FAIT, T., M. ŠNAJDEROVÁ a kol., 2007. *Estrogenní deficit*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-128-8.

FAIT, T., V. DVOŘÁK, A. SKŘIVÁNEK a kol., 2009. Almanach ambulantní gynekologie. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-191-2.

FORMÁNKOVÁ, K., M. KABELKOVÁ a I. LUDVÍKOVÁ, 2008. *Poznáváme homeopatii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2736-3.

GRYGÁRKOVÁ, Simona, 2007. *Léčení vůněmi*. Meduňka. č.12, 10-14. ISSN 1214-4932.

JONÁŠ, Josef, 2009. *Menopauza*. Sestra. 19(6), 25. ISSN 1210-0404.

KLENER, P. a kol., 2006. *Vnitřní lékařství*. 3. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-430-X.

KOŠŤÁLOVÁ, M. a M. KOŠŤÁL, 2007. *Menopauza a stárnutí kůže*. Gynekolog. 16(3), 96-101. ISSN 1210-1133.

LEXOVÁ, Hana, 2009. *Klimakterium (klíčovou dírkou v ordinaci gynekologie)*. Moderní babictví. Praha: Levret. č.18, s. 34-37. ISSN 1214-5572.

PHILLIPSOVÁ, Robin, 2005. *Kniha knih o menopauze*. Praha: Fortuna Libri. ISBN 978-80-7321-163-9.

RAUŠ, Karel, 2002. *Klimakterium*. Zdravotnické noviny [online]. 51(10). [cit. 4.1.2017]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/klimakterium-143076.

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

SCHIERBECK, L.L. & group, 2012. *Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomised trial*. Thebmj [online]. BMJ 2012;345:e6409. ISSN 1736-1833. Dostupné z: http://www.bmj.com/content/345/bmj.e6409.

SVITKO Jelena, 2006. Stres, nespavost a deprese. Bratislava: Eugenika. ISBN 80-89227-35-X.

ŽITŇANOVÁ, Ingrit, 2009. *Alternatívna liečba príznakov klimaktéria*. Lekársky obzor [online]. č. 7-8. ISSN nezjištěno. Dostupné z: http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-7-8-2009/alternativna-liecba-priznakov-klimakteria.

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník I

Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů V

Příloha A - Dotazník

Dotazník

Téma: Klimakterium

Dobrý den, jsem třetím rokem studentkou Vysoké školy zdravotnické o.p.s, oboru porodní asistentka. Tento rok píši bakalářskou práci na téma Klimakterium („přechod“). Tímto Vás prosím o vyplnění následujícího dotazníku, na již zmíněné téma, o 13 otázkách. Pomůžete mi tím k vypracování bakalářské práce. (Všechny otázky se týkají období klimakteria a u některých je možno více odpovědí.)

1. V jakém věku jste prožila období klimakteria?

a) mladší 45 let

b) 45-50 let

c) 50-55 let

d) 55 a více let

2) Zaznamenala jste v období klimakteria nárůst tělesné hmotnosti?

a) ano

b) ne, ale byla jsem nucena změnit jídelníček

c) ne

3) Pociťovala jste výrazně změny na kůži?

a) ano, hlavně zvýšené vysychání kůže

b) ano, hlavně stárnutí kůže (např. pigmentové skvrny)

c) ne

4) Které problémy Vás nejvíce obtěžovali? (maximálně 3 možnosti)

a) Návaly horka

b) Nadměrné pocení

c) Bolest hlavy

d) Obtíže s dýcháním

e) Bušení srdce

g) Bolest kloubů a svalů

5) Měla jste některou poruch spánku? (možné více odpovědí)

a) ano, problém s usínáním

b) ano, předčasné probouzení

d) ne, neměla jsem žádnou poruchu spánku

6) Měla jste v období klimakteria deprese či úzkosti?

a) ano, navštěvovala jsem psychologa/psychiatra, nebrala jsem léky

b) ano, navštěvovala jsem psychologa/psychiatra, užívala jsem psychofarmaka

b) ano, nikam jsem s tím však nechodila

c) ne

7) Pociťovala jste změny v sexuálním životě?

a) ano, ztráta zájmu

b) ano, bolestivý sex

c) ne

8) Měla jste některý z těchto problémů?

a) horší soustředěnost

b) problém se sebevědomím

c) méně jsem chodila do společnosti

d) časté střídání nálad

e) nervozita

9) Byla jste vyšetřena denzitometrem na osteoporózu a byla Vám diagnostikována osteoporóza?

a) ano, nemám osteoporózu

b) ano, mám osteoporózu (všechna stadia)

c) nebyla jsem vyšetřena

10)Objevili se u vás v souvislosti s klimakteriem, rizikové faktory kardiovaskulárních chorob (hypertenze, vysoký cholesterol)?

a) ano, začala jsem užívat léky/léčila jsem se

b) ano, ale léky jsem neužívala, pouze režimová opatření

c) ne

11) Užívala jste nějaké léky na zmírnění klimakterických obtíží?

a) hormonální substituce

c) jiné léky (např. psychofarmaka)

c) neužívala

12) Která vyšetření jste absolvovala v souvislosti s klimakteriem?

a) mamografie

b) denzitometrie

c) biochemická vyšetření (krevní obraz, hladina cholesterolu)

d) ultrazvukové vyšetření malé pánve

e) monitorování krevního tlaku

f) žádná

13) Měla jste nějaký urogenitální problémy?

a) ano, samovolný únik moči

b) ano, problémy s močením (bolesti, časté močení)

c) ne

Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Dopady projevů klimakteria na život ženy a promítnutí do práce PA v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 a se souhlasem pacientky.

V Praze dne: 24.4.2017

podpis