

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

KVALITA ŽIVOTA ŽEN V OBDOBÍ KLIMAKTERIA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JANA MOTLOVÁ

Praha 2018

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

KVALITA ŽIVOTA ŽEN V OBDOBÍ KLIMAKTERIA

Bakalářská práce

JANA MOTLOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2018



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

MOTLOVÁ Jana
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

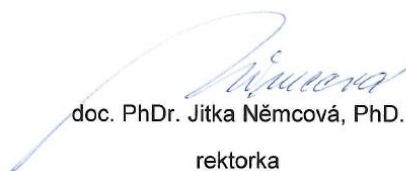
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Kvalita života žen v období klimakteria

Women's Quality of Life in the Climacteric Period

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne 1. listopadu 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a 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 30. 3. 2018

podpis

ABSTRAKT

MOTLOVÁ, Jana. *Kvalita života žen v období klimakteria*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2018. 75 stran.

Bakalářská práce na téma Kvalita života žen v období klimakteria je zaměřena na fyziologii klimakteria, problémy a potíže provázející klimakterium. Jde o aktuální téma v souvislosti s nedostatečnou informovaností žen o tomto období i o tom, jak doprovázejícím potížím čelit. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí: teoretické části, kde je popsána terminologie, změny a příznaky klimakteria, hormonální substituční terapie, kvalita života a jeho hodnocení. Praktická část, kde je proveden výzkum žen o kvalitě jejich života v období klimakteria. Výsledky průzkumu jsou vypracovány v tabulkách s doplňujícími komentáři.

Klíčová slova

Hormonální substituční terapie. Klimakterium. Menopauza. Návaly horka. Psychické potíže.

ABSTRACT

MOTLOVÁ, Jana. *Women's Quality of Life in the Climacteric Period*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2018. 75 pages.

The bachelor thesis on the topic of quality of the woman's life in the period of climacterium is focused on physiology of climacterium and difficulties accompanying climacterium. It is an actual topic related to the lack of awareness among women. They usually do not know how to face the difficulties typical for this period of life. The bachelor thesis consists of two parts: the theoretical part, where you can find terminology, symptoms of climacterium, hormone replacement therapy, quality of life and its rating. In the practical part where a research on women's quality of life during climacterium is carried out. The research results are drawn up in tables and with follow-up explanations.

Keywords

Hormone replacement therapy. Climacterium. Menopause. Hot flashes. Psychological problems.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	11
1 KLIMAKTERIUM	14
1.1 TERMINOLOGIE	15
1.2 OVARIÁLNÍ STÁRNUTÍ.....	16
1.3 CHARAKTERISTIKY FÁZÍ OVARIÁLNÍHO STÁRNUTÍ.....	16
1.4 PROJEVY NEDOSTATKU ESTROGENŮ.....	17
1.5 DŮSLEDKY DLOUHODOBÉHO DEFICITU ESTROGENŮ.....	18
1.6 HORMONÁLNÍ SUBSTITUČNÍ LÉČBA PROJEVŮ DEFICITU ESTROGENŮ.....	21
2 KVALITA ŽIVOTA	24
2.1 METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	25
2.2 KVALITA ŽIVOTA V KLIMAKTERIU.....	27
2.3 ZMĚNY V OBDOBÍ KLIMAKTERIA	29
2.3.1 ZTRÁTA ENERGIE	29
2.3.2 NÁVALY HORKA, NOČNÍ POCENÍ	29
2.3.3 POTÍŽE S USÍNÁNÍM A SPÁNKEM.....	31
2.3.4 STAVY SKLÍČENOSTI A DEPRESE, VÝKYVY NÁLAD, PŘECITLIVĚLOST.....	32
2.3.5 BOLEST HLAVY	32
2.3.6 ZVLÁDÁNÍ HMOTNOSTI.....	33
2.3.7 ZMĚNA POHYBLIVOSTI, ZTUHLOST.....	34
2.3.8 POHLAVNÍ TOUHA, AKTIVITA	34
2.3.9 INKONTINENCE MOČI	35
2.3.10 MENSTRUÁČNÍ CYKLUS V OBDOBÍ KLIMAKTERIA.....	36

2.3.11	TERAPIE PRO ZVLÁDÁNÍ KLIMAKTERICKÝCH PŘÍZNAKŮ.....	37
3	PRŮZKUM	40
3.1	CÍLE PRŮZKUMNÉ ČÁSTI.....	40
3.2	METODIKA PRŮZKUMU.....	40
3.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	41
3.4	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	42
3.5	OVĚŘENÍ VÝSLEDKŮ	55
4	DISKUZE.....	59
4.1	ZJIŠTĚNÁ FAKTA VE VZTAHU KE STANOVENÝM CÍLŮM.....	59
4.2	ZJIŠTĚNÁ FAKTA VE VZTAHU K VÝSLEDKŮM VÝZKUMU S OBDOBNOU TÉMATIKOU	62
	ZÁVĚR	65
5	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

WHO World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace

HRQoL..... Health Related Quality of Life – Měření kvality života z hlediska zdraví

(VOKURKA a kol., 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Klimakterium – je období života ženy, kdy dochází k postupnému vyhasínání funkce vaječnicků, kdy se snižuje tvorba hormonů estrogeneru a progesteronu. Zastavuje se menstruační cyklus a nastává ztráta plodnosti – žena není schopna otěhotnět.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Ztráta energie	42
Tabulka 2 Návaly horka, noční pocení	42
Tabulka 3 Potíže se spánkem, s usínáním.....	43
Tabulka 4 Sklíčenost, deprese	43
Tabulka 5 Bolest hlavy	44
Tabulka 6 Úzkostlivost, přecitlivělost	44
Tabulka 7 Agresivita, podrážděnost	45
Tabulka 8 Náladovost	45
Tabulka 9 Zvýšení hmotnosti	46
Tabulka 10 Ztráta pohyblivosti, ztuhlost	46
Tabulka 11 Ztráta pohlavní touhy.....	47
Tabulka 12 Diskomfort při pohlavním styku.....	47
Tabulka 13 Nedostatečné zvlhčení pochvy	48
Tabulka 14 Inkontinence	48
Tabulka 15 Menstruační cyklus	49
Tabulka 16 Hormonální terapie	49
Tabulka 17 Porovnání skupin žen užívajících HRT a žen, které ji neužívají.....	50
Tabulka 18 Zpozorování změn	51
Tabulka 19 Vyhodnocení míra obtíží, ženy celkem	52
Tabulka 20 Vyhodnocení míra obtíží, ženy užívající HRT	52
Tabulka 21 Vyhodnocení míra obtíží, ženy neužívající HRT	52
Tabulka 22 Vyhodnocení míra obtíží, hodnocení v bodech, ženy užívající HRT a ženy neužívající HRT	53
Tabulka 23 Vyhodnocení míra obtíží, hodnocení v bodech, ženy celkem	53
Tabulka 24 Vyhodnocení počtu žen, zařazení do skupin dle hodnoty syndromu	54
Tabulka 25 Znázornění datových souborů hypotézy	56
Tabulka 26 Znázornění datových souborů hypotézy	57
Tabulka 27 Kritické hodnoty chí-kvadrát pro hladinu významnosti 10 % a 5 % a stupně volnosti 1 - 18	58

„Náš život je tím, co z něj udělají naše myšlenky.“ (Marcus Aurelius)

ÚVOD

Téma „Kvalita života žen v období klimakteria“ je stále velmi aktuální. Menopauza je součástí ženského života. Všechny ženy ji prodělají, budou-li žít dostatečně dlouho. Některé ženy ji zvládnou s menšími obtížemi nebo téměř nebudou pociťovat problémy žádné a jiné ženy období klimakteria provází výrazné obtíže (klimakterický syndrom), snižující jejich kvalitu života. Jako při každé nevyhnutelné situaci je důležité, aby ženy věděly, co mají očekávat a kdy, ale zároveň musí vědět, že mohou nastat problémy, a pak by měly znát možnosti, jak situaci vhodně řešit. Proto je důležité zvýšit informovanost žen a projevy klimakteria dostat do obecného povědomí. Obor klimakterická medicína je hraniční medicínský obor s kořeny v gynekologické endokrinologii (FAIT, 2010). Zahrnuje etiologii, patofyziologii, diagnostiku a léčbu změn vyskytujících se v klimakteriu. *Divá se na ženu komplexněji, klade důraz na prevenci s věkem spojených patologických procesů, zdůrazňuje zásady zdravého životního stylu a hormonální substituční terapii považuje za součást celkové péče* (FAIT, 2013, s. 8). Cílí na zlepšení kvality života žen v období přechodu. Klimakterium je sice očekávanou změnou, která je součástí normálního vývoje, ale přesto může působit jako problematické a nekomfortní období v životě ženy. Žena přestává menstruat a často tento fakt bere jako konec své ženskosti. Toto období je považováno za jakýsi mezník, který potvrzuje počátek stárnutí. Tím, že se zhoršují některé funkce a objevují se první viditelné změny, dokládají tuto skutečnost. Zajímá nás, jak zdolat, zmírnit nebo vyloučit nežádoucí psychické, zdravotní a tělesné změny, které bývají s nástupem menopauzy spojeny. Všechny tyto potíže pak vytvářejí klimakterický syndrom, který je typický výhradně pro toto životní období. Ne všechny ženy jsou informované o tom, co pro své zdraví, psychickou pohodu mohou udělat. Je důležité jim pomoci se zorientovat v problematice, poučit a nabídnout jim případně vhodnou léčbu. V současné době není nutné, aby dnešní generace žen trpěla obtížemi, které klimakterium doprovází, tak, jak to dříve bývalo u předchozích pokolení žen.

Pro tvorbu bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit kvalitu života zkoumaného vzorku žen v období klimakteria.

Cíl 2: Zjistit, které symptomy nejčastěji snižují jejich kvalitu života.

Cíl 3: Zjistit, zda ženy užívající hormonální terapii mají menší obtíže než ženy, jež hormonální terapii nepodstupují.

Cíl 4: Předložit, zda existují statisticky významné rozdíly s ohledem k přibývajícimu věku ženy, užívání HRT, k symptomům a jejich intenzitě.

Cíl 5: Zmapovat, které obecně známé obtíže zkoumaný vzorek žen v klimakteriu postihuje.

Vstupní literatura

1. ROZTOČIL, A. a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2
2. FAIT, T., 2010. *Přechodem bez obav*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-219-3
3. CITTERBART, K, A. MARTAN a L. ROB, 2008. *Gynekologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.
4. GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

Popis rešeršní strategie

Rešerše byla provedena v databázích dostupných z online přístupů na Vysoké škole zdravotnické v Praze.

Základní prameny:

katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz),

databáze kvalifikačních prací (www.thesis.cz),

Jednotná informační brána (www.jib.cz),

Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>),

Discovery systém Summon (www.nlk.cz),

ProQuest Nursing(testovací přístup VŠZ).

Odbornou literaturu pro bakalářskou práci Kvalita života žen v období klimakteria jsme vyhledali v období od ledna do února 2018. Vyhledávací období pro rešerši a její časové omezení bylo rok 2008 po současnost.

Pro vyhledávání byla zadána tato klíčová slova: klimakterium, menopauza, kvalita života, substituční léčba, hormonální terapie, alternativní terapie.

Bylo nalezeno velké množství domácích článků, které se týkaly uvedené problematiky, k vypracování práce jich byla použita asi 1/3 z důvodů duplicitních informací.

Na základě klíčových slov bylo v databázích nalezeno celkem 43 záznamů. Pro bakalářskou práci bylo z rešerše použito 7 knih a monografií a 7 článků a sborníků.

1 KLIMAKTERIUM

Obvykle nastává mezi 45. až 55. rokem věku ženy, je většinou pocíťováno velmi výrazně. Může přijít dříve, ale také v ojedinělých případech později. U každé ženy je začátek tohoto období individuální a je ovlivněn např. prodělanými chorobami, stavem výživy, rodinnou dispozicí. Pro každou ženu znamená zcela zásadní změnu jejího těla: v přechodu se mění hladiny pohlavních hormonů, snižuje se tvorba estrogenu, menstruační cyklus se stává nepravidelným a méně častým, jinými slovy končí reprodukční schopnost ženy. Vlivem zlepšujících se životních podmínek se prodlužuje věk bez biologického opodstatnění. Fait uvádí, že v průběhu dvacátého století se život ženy prodloužil o 30 let, ale věk vyhasnutí funkce vaječnicků se změnil jen velmi málo. Žena tak prožije v estrogenním deficitu výrazně delší období. Průměrná délka života žen se zvyšuje. Začátek menopauzy se tím posunul do středního věku. Menopauzy se dožívá více jak 95% žen (FAIT, 2013).

Mezi faktory ovlivňující nástup menopauzy Fait řadí délku menstruačního cyklu, věk, paritu, rasu, socioekonomické faktory a zeměpisnou polohu (FAIT, 2013).

Klimakterium je období života ženy, kdy dochází k postupnému vyhasínání funkce vaječnicků, kdy se snižuje tvorba hormonů estrogenu a progesteronu. Menstruace je většinou slabší a kratší, stává se nepravidelnou – cykly se prodlužují, až se menstruace ztratí docela (menopauza). Zastavuje se menstruační cyklus a nastává ztráta plodnosti – žena není schopna otěhotnět. Do nástupu přechodu může výrazně zasáhnout gynekologická operace (odnětí vaječnicků). Symptomatologie potíží spojených s přechodem může být velice pestrá, ale nemusí se projevit u každé ženy v celém svém rozsahu. Klimakterium je často doprovázeno řadou nepříjemných projevů a zdravotních problémů. Nejznámějšími, nejčastějšími a pro ženy nejnepříjemnější jsou časté návaly horka s pocením, zvýšené pocení obecně, poruchy spánku (nespavost), časté změny nálad, deprese, nesoustředěnost, závratě. V důsledku nedostatku estrogenu dochází k úbytku vody v pokožce, tedy ke zvýšené tvorbě vrásek a zrychlenému stárnutí pokožky. Závažné jsou zdravotní potíže – možnost vzniku osteoporózy, sklony k nadváze, vysokému krevnímu tlaku a zvýšeným hodnotám cholesterolu a z toho plynoucí zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění, objevuje se močová inkontinence a zvýšené riziko zánětu močových cest. K potlačení těchto příznaků

a zdravotních problémů se používají léky, které dodávají organismu chybějící hormony (estrogen), tzv. hormonální substituční terapie (HRT).

1.1 TERMINOLOGIE

Vědecká skupina pro výzkum menopauzy WHO doporučila následující definice fází ovariálního stárnutí:

Přirozená menopauza je označení pro trvalou zástavu menstruace, která je výsledkem vymizení aktivity ovariálních folikulů. Věk přirozené menopauzy lze stanovit pouze retrospektivně po období amenorey v trvání 12 měsíců při chybění jiných fyziologických a patologických příčin. Průměrný věk menopauzy je 51 let. Základní úlohu hraje dědičnost z faktorů životního stylu má nepříznivý vliv nikotinismus.

Předčasná menopauza je menopauza ve věku nižším, než jsou dvě směrodatné odchylky od průměrného věku menopauzy v dané populaci. Pro použití v praxi byla stanovena věková hranice 40 let. Příčiny: autoimunitní onemocnění, genetické vlivy, familiární a nefamiliární odchylky chromosomu X.

Indukovaná menopauza znamená zástavu menstruace chirurgickým odstraněním obou ovarii (nezávisle na tom, zda byla současně provedena hysterektomie) nebo iatrogenním ukončením jejich funkce chemoterapií či aktinoterapií. Amenorea indukovaná chemoterapií může být přechodná. Určujícím faktorem je věk.

Perimenopauza zahrnuje období bezprostředně před menopauzou (jsou přítomny endokrinologické, biologické a klinické známky blížící se menopauzy) a jeden rok po menopauze.

Přechod k menopauze je část perimenopauzy, pro kterou jsou typické poruchy menstruačního cyklu ukončené menopauzou.

Premenopauza je označení pro celé reprodukční období.

Postmenopauza začíná od poslední menstruace bez ohledu na to, zda šlo o přirozenou nebo indukovanou menopauzu.

Klimakterium znamená přechod z reprodukčního do postreprodukčního období s variabilní délkou pre-i postmenopauzální fáze (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008, s. 269).

1.2 OVARIÁLNÍ STÁRNUTÍ

V organismu ženy postupně zaniká funkce vaječníků. S tím, jak se přibližuje menopauza, klesá produkce ženských pohlavních hormonů estrogeneru a progesteronu, dochází k zastavení menstruace. Pokles hladiny hormonů může vyvolat řadu obtíží. Některé z nich mohou trvat jen krátce, například návaly horka, vyčerpání, noční pocení, ztráta libida, bolesti hlavy. Jiné trvají delší dobu, například gynekologické a urologické problémy. Jsou to potíže, které neohrožují život, ale mohou se stát trvalými. Žena se může vyléčit nebo alespoň zmírnit potíže nějakou vhodnou terapií.

Menopauzou končí reprodukční funkce a s výjimkou tvorby testosteronu i endokrinní funkce ovaria. Příčinou ukončení reprodukce je vyčerpání značného, ale neobnovitelného počtu vajíček.

Reprodukce ženy končí v okamžiku, kdy riziko spojené s těhotenstvím a porodem převyšuje prospěch vlastního rozmnožování (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008, s. 270).

1.3 CHARAKTERISTIKY FÁZÍ OVARIÁLNÍHO STÁRNUTÍ

Na řízení menstruačního cyklu se podílí hypotalamo-hypofyzární systém.

Perimenopauza:

Ženy v pokročilém reprodukčním věku mají menstruaci pravidelnou, zkrácenou o 2-3 dny. Plodnost se snižuje, zvyšuje se počet spontánních potratů.

Přechod k menopauze:

Typické jsou poruchy menstruačního cyklu při insuficienci žlutého tělíska, a pokud nedochází k ovulaci. Prodlužuje se interval mezi menstruacemi. Začíná období fyziologické sterility. Objevují se vazomotorické potíže u části žen.

Postmenopauza:

Amenorea je základním klinickým znakem. Ukončen je vývoj primordiálních folikulů což má za následek výrazný pokles plazmatické koncentrace estrogenů (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008, s. 270).

1.4 PROJEVY NEDOSTATKU ESTROGENŮ

V roce 1942 byla uvedena na trh první ET. Znalosti mechanismu účinků estrogenu a progestagenů na různé orgánové systémy a tkáně byly omezené. V roce 1975 došlo ke změně. Byly uveřejněny varovné zprávy o nárůstu relativního rizika vývoje karcinomu endometria u žen s dělohou užívajících samostatné estrogenu. Snahy o snížení rizika vedly k doplnění estrogenu progestageny a na scénu vstoupila EPT v osmdesátých letech dvacátého století. V roce 1996 byl objeven druhý estrogenový receptor β . Jediné změny, které prodělala ET/EPT, je preferování estrogenu organismu vlastních a vývoj progestagenů, které napodobují progesteron, ale nemají jeho nežádoucí účinky. V současné době neznáme mechanismus, který zodpovídá za změny v termoregulaci během návalu horka. Předpoklad je: nestabilita termoregulačního centra v předním hypotalamu při deficitu estrogenu a odchylkách v aktivitě neurotransmiterů. Estrogeny podporují syntézu endorfinů a serotoninu, které tlumí tvorbu noradrenalinu (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008).

Organický estrogen – deficitní syndrom přináší řadu subjektivních potíží, které ženě značně znepríjemňují život. Příčinou těchto potíží je nedostatek estrogenu, který vede k atrofizaci některých orgánů. Atrofizace se pak projevuje příznaky specifickými pro jednotlivé orgány (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008).

Farmakologická léčba

Estrogenní (ET) a kombinovaná estro-progestagenní hormonální substituční léčba (EPT) je nejúčinnější léčba nedostatku estrogenů. Tibolon je stejně účinný jako EPT. Progestageny jsou méně účinné. Vitamín E není účinnější než placebo. Fytoestrogeny jsou látky se slabou estrogenní aktivitou, jsou rostlinného původu. Antidopaminergní látky jsou až 2x účinnější než placebo. Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu jsou látky méně účinné než ET/EPT (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008, s. 271).

Časné projevy deficitu estrogenů

Nejčastěji uváděným vazomotorickým symptomem jsou **návaly horka**. Projevují se téměř u 80 % žen již v perimenopauze. Přetrvávají většinou déle než jeden rok, u 25–50 % žen déle než 5 let a 10 % žen má potíže déle než 15 let. Intenzita a frekvence návalů se snižují s délkou estrogenního deficitu.

Psychické symptomy jako je podrážděnost, poruchy soustředění a paměti, úzkost, depresivní nálady nebyly prokázány. Vztah mezi estrogenním deficitem a vazomotorickými projevy je zřejmý (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008).

1.5 DŮSLEDKY DLOUHODOBÉHO DEFICITU ESTROGENŮ

Pozdní projevy (organické a metabolické) - kožní změny, urogenitální atrofie, osteoporóza, zvýšená incidence kardiovaskulárních onemocnění, změny v centrálním nervovém systému, změny sexuality.

Kůže a kožní adnexa

Na tloušťku epidermis a dermis, strukturu elastických vláken, cévní komponenty a obsah mukopolysacharidů působí estrogeny (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008).

Urogenitální atrofie

Vaginální tkáň je ztenčená, je redukována cévní složka a průtok krve ve sliznici. Tím je snížena elasticita pochvy a její délka. Sliznice je zranitelná a při zvýšeném pH náchylná k rozvoji atrofické vaginitidy. Obdobně jako pochva obsahují estrogenové receptory močová trubice a močový měchýř. Úbytek estrogenů vede k anatomickým a funkčním změnám a přispívají k vývoji inkontinence moči (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008).

Osteoporóza

Přítomnost estrogenových receptorů (ER) v kostních buňkách ukazuje na význam estrogenů v procesu novotvorby a resorpce skeletu a částečně vysvětluje příčinu zvýšené ztráty kostní hmoty po menopauze (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008).

Osteoporóza je jedním z hlavních problémů žen prošlých menopauzou. Osteoporóza je nejdůležitější dlouhodobou změnou spojenou s menopauzou, a jak uvádí Fait, osteoporóza nebolí, pokud nedojde ke zlomenině (FAIT, 2010).

V indikovaných případech je vhodné u ženy provést denzitometrii - vyšetření hustoty kostní hmoty (HANÁČEK, 2009).

Principem denzitometrie je měření míry oslabení paprsku procházejícího kostí a pak následné vypočítání kostní hustoty (BMD). Tato vyšetřovací metoda umožňuje sledovat účinnost případné léčby.

Pro diagnostiku jsou důležitá fyzikální vyšetření, aby došlo k odhalení stavu kostí. V první řadě je to stanovení BMD (mineral bone density) je DXA (dual X-ray absorptiometry), které je měřeno v oblasti pánve, krčku femuru a lumbální páteře. Doporučuje se měřit u všech žen nad 65 let věku, u žen s onemocněním nebo léčbou, které snižují BMD. Vyšetření by mělo být prováděno každé dva roky (HANÁČEK, 2009).

Osteoporóza je definována úbytkem kostní hmoty a změnou stavební struktury kostních trámci. Záludnost osteoporózy spočívá v nepozorovaném nástupu. Celosvětová epidemiologická data uvádí tato prognostická čísla: od roku 2050 dojde každým rokem

ke zlomenině krčku stehenní kosti u 6,4 milionu lidí, uvádí v publikaci Žalmanová. Výzkumy ukázaly, že k 25% nárůstu zlomenin kyčle došlo mezi rokem 1990 až roku 2000. WHO řadí osteoporózu mezi prvořadě problémy zdravotnictví (ŽALMANOVÁ, 2011, s. 31).

Osteoporóza je ve vyspělých zemích, kde se lidé dožívají průměrně věku kolem 70 až 80 let, významným problémem, a to nejen problémem zdravotnickým, ale též sociálním. Je to onemocnění, které výrazně zvyšuje nemocnost i úmrtnost pacientů ve věkové skupině nad 65 let. Vyskytuje se přibližně u 10% populace, ve věkové skupině nad 65 let pak u 30 až 50 %. Zvýšený výskyt osteoporózy na začátku jednadvacátého století je způsoben prodloužením délky života, lepší diagnostikou osteoporózy. Na druhé straně se zde projevuje i negativní vliv způsobu života, typického pro vyspělé civilizace. Osteoporózu tedy počítáme k civilizačním nemocem. Na jejím vzniku se může podílet snížení pohybové aktivity v populaci, nevhodná dieta, nedostatek vitamínů v potravě, pravidelné požívání alkoholu a kouření. Především tělesná aktivita v období hromadění vápníku do 30 až 35 let je důležitým faktorem, který může oddálit vznik osteoporózy o 30 až 40 let.

Hormonální změny v klimakteriu ovlivňují stav kostního zdraví, zejména změny vzájemného poměru gestagenů a tím představují riziko vzniku osteoporózy. Mění se kvalita ukládání vápníku do kostí. Před nástupem klimakteria byla tvorba kostní hmoty a odbourávání staré hmoty vyvážená, ale nedostatek estrogenu zapříčinil nerovnováhu tvorby kostní hmoty. S řídnutím kostí je spojeno vyšší riziko pádů a tím i nebezpečí zlomenin, nejčastěji krčku stehenní kosti, zápěstí a obratlů (PAVLÁTOVÁ, 2010).

Bylo odhadnuto, že v průběhu menopauzy a dalších deset let po ní dochází každý rok k úbytku kostní hmoty o 1 - 2 % uvádí v publikaci Borrelli, Ernst (BORRELLI, ERNST, 2010).

Lexová uvádí, že osteoporóza a kardiovaskulární onemocnění je řazeno mezi chronické změny (LEXOVÁ, 2009).

Kardiovaskulární systém

V rozvinutých zemích je nejčastější příčinou úmrtí kardiovaskulární onemocnění. U žen v reprodukčním období v porovnání s muži v obdobném věku je u

žen úmrtnost nižší. Tato skutečnost je spojována s ochranným účinkem estrogenů (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008).

Sexualita

Faktory, které ovlivňují sexualitu postmenopauzální ženy nemají přímý vztah k menopauze. Působí zde negativně chronická onemocnění, užívání léků, chirurgické výkony, změna fyzického vzhledu, sociálního, společenského a partnerského zázemí. Vliv má i postoj společnosti ke stárnoucím ženám.

Vazomotorické potíže a urogenitální atrofie související s menopauzou nepříznivě působí na ženu. Tyto změny mohou ovlivnit libido (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008).

Centrální nervová soustava

Receptory pro estrogény, progesteron a androgeny byly prokázány v řadě oblastí centrálního nervového systému. Cílem pohlavních hormonů jsou složky glie i gangliové buňky. Je proto pravděpodobné, že deficit estrogenů po menopauze ovlivní fyziologické děje a přispěje k vývoji některých neurodegenerativních onemocnění (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008).

1.6 HORMONÁLNÍ SUBSTITUČNÍ LÉČBA PROJEVŮ DEFICITU ESTROGENŮ

Aby byla zajištěna převaha prospěchu ET/EPT nad rizikem, je důležité dodržet dvě podmínky. Individuálně zvažovat indikace a kontraindikace a respektovat postoje ženy k vlastnímu zdraví. Oprostit se od zjednodušeného pohledu na hormonální substituci.

Indikace hormonální terapie: Pokud se u ženy vyskytují střední a těžké vazomotorické symptomy, urogenitální symptomy, noční pocení, nespavost, špatná kvalita spánku, snížení libida.

Hormonální substituční léčba slouží k doplnění hladiny ženských pohlavních hormonů. Tato léčba je známá jako HRT (hormony nahrazující terapie) nebo jako ET

(terapie estrogenem) i EPT (terapie estrogenem-progestagenem). Hlavní komponent hormonální terapie je estrogen. Před menopauzou estrogen produkují vaječníky. V období kolem menopauzy se jeho produkce zmenšuje a to způsobuje různé potíže. Hormonální substituční léčba se podává v podobě tablet či injekcí, krémů nebo kožních náplastí, podkožních implantátů, vaginálních krémů a nosních sprejů. HRT terapie dobře působí na potlačení subjektivních potíží spojených s klimakteriem. Preventivně působí na sliznice, kůži, vlasy a nehty. Je vhodná jako prevence osteoporózy, kardiovaskulárních chorob a dalších. Léčba by měla být vždy zvolena individuálně pro každou jednotlivou pacientku. Při volbě preparátu je nutné znát interní stav pacientky, hormonální profil, hladiny lipidů, hladiny jaterních testů a zkontrolovat krevní tlak. Za nezbytné je považováno gynekologické vyšetření, cytologie hrdla děložního, ultrazvuk malé pánve a mamografie. Samozřejmostí jsou pravidelné kontroly.

Hormonální léčba není léčbou nevyhnutelnou, uvádí Jeníček, ale může zlepšit kvalitu života ženy a ochránit ji před některými chorobami. V současné době není jednoduché aplikovat výsledky zahraničních studií do evropské lékařské praxe. Při předepisování hormonální léčby je nejdůležitější komunikace s pacientkou, důležitý je i individuální přístup a dostatek času. Pravdivě informovat, vysvětlit prospěch i možná rizika, ale i připravit pacientku na případné nežádoucí účinky léčby. Neustálý rozvoj poznání v medicíně, vývoj nových preparátů, zlepšující se komunikace s pacientkou by měla vést k zmenšování známých rizik (JENÍČEK, 2010).

Rizika ET/EPT

Karcinom prsu

Jak uvádí Citterbart, absolutní riziko je malé, riziko karcinomu prsu pravděpodobně zvyšuje EPT podávaná ženě po dobu delší než je pět let. V porovnání žen užívajících EPT a neužívajících se úmrtnost neliší. Studie neprokázaly u žen po hysterektomii zvýšení rizika vývoje karcinomu prsu po 6,8 letech léčby. Neprokázal se vztah mezi vyšší rizika a dávkou, způsobem aplikace ani typem estrogenu a progestogenu (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008).

Ischemická choroba srdeční

Pro primární i sekundární prevenci není ET/EPT vhodná.

Tromboembolická nemoc

ET/EPT užívaná per os zvyšuje riziko, bezpečnější by mohla být ET/EPT transdermální.

Náhlá příhoda mozková

Zvýšené riziko ischemické příhody by mohlo být u postmenopauzálních žen užívajících ET/EPT. Pro primární i sekundární prevenci není ET/EPT vhodná.

Demence

Pro prevenci ani léčbu demence není ET/EPT vhodná.

2 KVALITA ŽIVOTA

WHO definovala již v roce 1994 kvalitu života takto: Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.

Toto je pouze jedna z možných definic. Na otázku, co to vlastně kvalita života je, není možné nalézt přesnou odpověď. Ve vědecké literatuře, jak uvádí Heřmanová, neexistuje shoda týkající se počátků výzkumů kvality života. Lze tedy tvrdit, že lidé měli o kvalitu života zájem od pradávna. Ve starověké mytologii najdeme koncepci kvality života spojovanou s Asclepiem, Aesculapou a jinými autory (HEŘMANOVÁ, 2012).

Existuje mnoho publikací, které řeší tuto problematiku z pohledu jiných vědních oborů jako je sociologie, psychologie, shodují se však pouze v tom, že celkový koncept kvality života se skládá z řady jednotlivých domén, které kvalitu života různou mírou ovlivňují. Mezi tyto oblasti patří fyzický stav a funkční schopnosti, psychologické parametry, celková spokojenost, sociální interakce, ekonomická situace a spirituální stav. Můžeme tedy říci, že definice vycházejí z Maslowovy teorie potřeb. Jak uvádí Gurková, termín kvalita života se stále častěji vyskytuje nejen ve vědeckých studiích, ale i v běžném životě člověka. Nárůst zájmu o problematiku kvality života zaznamenáváme v posledních třech desetiletích (GURKOVÁ, 2011).

Podle Heřmanové, zdraví je významnou součástí (a většinou i podmínkou kvalitního) plnohodnotného života. Objevuje se na čelných místech žebříčků životních hodnot. Lze říci, že podporou individuálního zdraví (fyzického nebo duševního) můžeme zvyšovat objektivně i subjektivně pocíťovanou kvalitu života a to zejména ve smyslu a pocitu soběstačnosti, schopnosti pohybu a práce, nezávislosti na jiných lidech. Zdravotní stav je chápán jako metasystém obsahující vzájemně těsně propojené systémy fyzické, psychické a sociální, v němž záleží na tom, jak osoba, vnímá a interpretuje zdraví a nemoc, jak reaguje na představy o lidském těle a jeho fungování (Heřmanová, 2012). V souvislosti s nejednoznačným používáním pojmu kvalita života lze rozlišovat na objektivní kvalitu života (ve smyslu životních podmínek, popř. životní úrovně),

subjektivní přijímání a hodnocení této objektivní kvality života a subjektivní přijímání života vlastního.

Kvalita života ve vztahu ke zdraví znamená kvalitu života primárně danou zdravotním stavem jednotlivce. V anglické literatuře se vztah hodnocení kvality života ke zdraví označuje termínem (HRQoL) Health Related Quality of Life.

V medicíně je kvalita života poměrně novým termínem, oproti například sociologii. V sociologii kvalita života označuje celek socioekonomických indikátorů pocitu životní spokojenosti obyvatelstva z materiální, ekonomické a politické perspektivy. Při mapování vývoje tohoto pojmu v medicíně nacházíme posuny od padesátých let, kdy bylo hodnocení, které může být vyjádřeno jako míra nezávislosti a normálního fungování v běžném životě. V šedesátých letech se medicína soustředí na kvalitu přežití a až s příchodem sociálních věd a možností výběru mezi metodami léčby přichází v osmdesátých letech k diskuzím o zlepšení kvality života (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

2.1 METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

U dospělých osob hodnotíme kvalitu života různými metodami. Metody měření dělíme do tří skupin. Jednou z nich je metoda měření, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba, další metodou je měření, kde sama daná osoba je sama hodnotitelem a poslední je metoda měření smíšená, která vzniká kombinací prvního a druhého typu.

Metody se dělí také podle výzkumného cíle na kvantitativní (dotazníky, posuzovací škály), kvalitativní (rozhovory) a na metody smíšené.

Metody dělíme podle použitelnosti na generické (obecně použitelné metody), specifické (použitelné v jednom konkrétním kontextu, u konkrétního onemocnění) a smíšené (generický přístup doplněn speciálním modulem, týkajícím se určité nemoci).

Metody měření, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba

V těchto metodách jde o pokus zachytit zdravotní stav pacienta, jak je viděn z obecně fyziologického hlediska. Hodnotitelem je druhá osoba, nejčastěji lékař, zdravotní sestra, rodinný příslušník.

Nejznámějším příkladem je metoda zvaná Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System). Touto metodou se měří odchylky od všech abnormálních fyziologických funkcí, výsledek se vyjadřuje jedním číslem.

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

Metody měření, kde sama daná osoba je sama hodnotitelem

V těchto metodách hodnotí svůj stav sám pacient. Interní pohled na kvalitu života znamená změnu v měření. Měří se kvalita života metodou tzv. HRQoL – měření kvality života z hlediska zdraví, kdy se do popředí dostává fenomenální hledisko a tzv. vnitřní referenční rámec a analýza subjektivního posuzování.

Obecně uznávaný generický dotazník SF – 36 (Short Form – tzv. krátká forma dotazníku) je zaměřený na subjektivní hodnocení kvality života, celkového zdravotního stavu a využívá se pro zjištění dopadu ordinované lékové terapie na kvalitu života pacientů. Dotazník je tvořen 36 otázkami a hodnotí 8 oblastí zdraví pacienta, jako jsou: fyzický stav, psychický stav, společenská aktivita, bolest, vitalita, vlastní vnímání zdraví, fyzická omezení, funkční psychická omezení.

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

Dalšími příklady v měření kvality života je metoda MANSA a metoda LSS. MANSA (Manchester Short Assesment of Quality of Life – Krátký způsob hodnocení kvality života).

V této metodě se nehodnotí jenom celková spokojenost člověka se svým životem, ale také spokojenost s řadou předem stanovených dimenzí života. V rámci metody MANSA je zpracována metoda LSS – škála životního uspokojení. Cílem metody MANSA je vystihnout celkový obraz kvality života tak, jak se to člověku v dané chvíli jeví. Zjišťuje se, jak je člověk spokojen se svým zdravotním stavem, rodinnými a sociálními vztahy, sebepojetím, bezpečnostní situací, vírou, zaměstnáním (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

2.2 KVALITA ŽIVOTA V KLIMAKTERIU

Z pohledu kvality života je klimakterium náročné životní období, ve kterém žena prochází závažnými fyzickými, psychickými a sociálními problémy. Ztrácí schopnost otěhotnět, pociťuje nepohodlí způsobené klimakterickým syndromem, vlivem hormonálních změn je ohrožena různými zdravotními riziky. Věková hranice 50 let je považována za pomyslný mezník, který s definitivní platností potvrzuje počátek stárnutí. Ačkoliv je prokázáno, že stárneme rozdílně, mnoho žen má s přijetím tohoto procesu problémy. Nejdůležitějšími změnami ve stáří je opotřebování orgánů. Metabolismus ženy se zpomaluje. Stárnutí orgánů probíhá u jednotlivých orgánů jinak a nestejně. Snižuje se fyzická síla a dochází častěji k únavě. Pro ženy bývá velmi stresující fakt, že se mění jejich vzhled, začínají šedivět, pokožka ztrácí hutnost, tělo a svaly ztrácejí pružnost. Slábne zrak, snižuje se pohyblivost páteře a kloubů, snižuje se výkonnost srdce, zpomalují se reakce na vnější podněty a další nepříznivé změny.

Pro mnoho žen menopauza znamená úlevu od cyklu, konec fáze, kdy se orientovaly na potřeby druhých, a začátek fáze, ve které mohou prožívat svůj život za sebe a pro sebe. Mají více času věnovat se svým koníčkům, učit se něco nového, tvořit, cestovat, vzdělávat v tom, co je celý život zajímalo. Proto je chybou si myslet, že menopauza je branou ke stárnutí, intelektuálnímu úpadku a ztrátě ženskosti.

Ženy by neměly zapomínat v tomto období na svoje zdraví, nebrat na lehkou váhu příznaky, které souvisí se změnami hormonálních hladin. Velmi důležitou roli v této oblasti hraje prevence, pravidelná návštěva gynekologa. Samozřejmostí by měla být komplexní péče o ženu, sledování změn v psychice, v chování, změny v kognitivních funkcích a emociálních funkcích. Spolupráce lékařů z různých oborů,

zejména s internistou, očním lékařem, urologem, psychologem či psychiatrem, by měla být hlavní zásadou v péči o ženu v menopauze. Cílem je zabránit nenávratnému poškození zdraví ženy v důsledku metabolického syndromu z nedostatku estrogenů, adekvátně léčit potíže žen v klimakteriu a postmenopauze dle zásad indikované, účinné a bezpečné hormonální substituční léčby. Hormonální substituční terapie je jednou z možností, jak zvládnout obtíže, ale není možností jedinou. Určitě není vhodná pro každou ženu a záleží na dalších zdravotních problémech, které ženu trápí.

Když žena dovrší věk padesáti let, obvykle cítí, že tím vstupuje do nové, svým způsobem přelomové etapy svého života. V tomto období dochází ke změnám v rodině, v rodinném zázemí, vztazích a často dochází k řešení různých životních událostí. Žena se musí vyrovnávat s odchodem dětí ze společné domácnosti, tzv. „syndromem prázdného hnízda“, s odchodem do důchodu, popř. manželskými problémy a rozvodem, což může ženy ohrožovat pocitem osamělosti. To vše v konečném důsledku vede k hodnocení klimakteria jako období „zavírání dveří“. Velkou zátěží bývá péče o své staré rodiče, kteří se už o sebe nedokážou postarat, péče o těžce nemocného partnera nebo starost o vnoučata.

Lidé po padesátce dobře cítí, že již nejsou mladí, a mnohdy jsou svým okolím a názorem společnosti „tlačeni“ do různých rolí, které se s tímto věkem spojují. Například musí čelit společenskému tlaku, že jsou již zbyteční a překážejí, že se mají stáhnout z aktivního života a dát přednost dynamickému mládí (VNEKOVÁ, 2013, s. 4).

Současný trend ve společnosti je upřednostňovat mládí, přitažlivost, sexy vzhled a plodnost, zatímco zralou ženu vnímá jako neatraktivní a zbytečnou. O to těžší je pak se s celou situací vyrovnat. Je důležité, aby žena v sobě nepřistoupila na to, že je zbytečná jen pro to, že již není mladá.

Pojem „kvalita života“ by měl být zrcadlem, vypovídajícím ukazatelem o fyzickém, psychickém, tak sociálním stavu ženy. Faktory, které, ovlivňují kvalitu života, jsou: věk, pohlaví, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, náboženské aspekty, kulturní zázemí. Během života se potřeby ženy mění. Klimakterium zasahuje ženu na velmi citlivém místě, často se s ním těžce vyrovnává, bilancuje, co udělala, co ji ještě čeká, co vše na ní závisí.

Nejdůležitější je především celkově aktivní postoj k životu. Ten by si žena měla vytvořit a jít do toho, že ji život stále zajímá, že se nebojí jít do nových a neznámých věcí, že do nich jde stále kvůli sobě, ne kvůli někomu jinému. Neměla by ztrácet důvěru v sebe, aby pak snadněji zvládala situace, do kterých se dostane, a požadavky, jež na ni budou kladeny. Negativní myšlení se často odráží na zdravotním stavu ženy a klimakterium bude prožívat mnohem obtížněji než s pozitivním životním přístupem.

Fait uvádí, že pro vyhodnocení obtíží je důležité mít srozumitelný a číselně hodnotitelný dotazník, který umožní statistické zpracování (FAIT, 2008).

Nejčastěji je využíván tzv. Kuppermanův index, který slouží k hodnocení intenzity klimakterických příznaků. Hodnotí se 10 příznaků: návaly horka, zvýšené pocení, poruchy spánku, podrážděnost, deprese, poruchy soustředění, závratě, bolesti hlavy, bolesti kloubů, bušení srdce.

2.3 ZMĚNY V OBDOBÍ KLIMAKTERIA

2.3.1 ZTRÁTA ENERGIE

Některé ženy nepocítují žádné obtíže a klimakterium snášejí tak dobře, že žádnou výraznou změnu oproti předchozím létům nevnímají a žádné obtíže nepocítují. (JONÁŠ, 2009).

U jiných žen tomu tak být nemusí. Potýkají se s různými problémy a jedním z nich může být i únava a ztráta energie jako jeden z často udávaných příznaků menopauzy. Jejím nejběžnějším důvodem je nedostatek spánku, převážně jako důsledek kolísavé hormonální hladiny. V této době začínají ubývat androgeny, sdružené s energií a smyslem pro pohodu. Pokles úrovně estrogenů může také vyvolat problémy se spaním. Dalším všeobecným viníkem je dieta.

2.3.2 NÁVALY HORKA, NOČNÍ POCENÍ

Nejčastějšími a nejméně příjemnými obtížemi žen v menopauze jsou návaly horka. Jejich intenzita je popisována od lehkého opocení několikrát týdně do nesnesitelných návalů horka několikrát za den a noc, kdy se musí i převlékat. Frekvence

návalů se liší, některé ženy mají několik mírných návalů týdně po omezené období, jiné ženy mají návaly denně po mnoho let.

Lexová uvádí návaly a pocení jako nejtypičtější znaky období přechodu. Intenzita symptomů je však individuální. Návaly horka mohou spustit např. faktory jako je alkohol, káva, černý čaj, nikotin, rozčilení, stres, náhlá radost, tělesná práce, sportovní vypětí, teplo v místnosti, těsné a příliš teplé oblečení (LEXOVÁ, 2009).

V článku Borovský a Křišťůvková uvádí: *Návaly tepla sú najtypickejším klimakterickým symptómom, ktoré udáva až 80 % žien. Až tretina žien máva epizódu návalu tepla až 10krát za deň. Austrálska štúdia ukázala, že veľká časť žien (42 %) vo veku 60 až 65 rokov pociťuje stále návaly tepla a že nie sú adekvátne liečené. Až 74 % žien pod 55 rokov udávalo klimakterické ťažkosti. Menej ako 12 % žien po menopauze bolo hormonálnou substitučnou liečbou liečených* (BOROVSKÝ, KRIŠTÚFKOVÁ, 2015, s. 8).

Ženy v období klimakteria si často stěžují na návaly horka. Jsou to obtíže, které pociťují jako nepříjemnost ovlivňující jejich život a tím i kvalitu života. Fait uvádí, že návaly horka jsou zapříčiněny chybnou regulací průtoku krve cévami. Objevují se u 70 % žen v perimenopauze, po šedesátém roku věku ženy se vyskytuje ve 30 % a po sedmdesátém roce věku ženy pouze v 9 % (FAIT, 2010).

Mnoho žen prodělává návaly horka už dlouho před svou poslední menstruací. Zpočátku jsou méně časté a jsou pociťovány pouze v obličeji, na krku a bedrech. Po nějaké době se mohou objevovat stále častěji a delší než předchozí, a tak to může pokračovat až pět let, i když na krátký čas mohou návaly ustát.

Citterbart, Martan, Rob uvádí, že *návaly se šíří z horní části hrudníku na krk, a pokračují do obličeje. Návaly trvají přibližně čtyři minuty s kolísáním od 30 sekund do 10 minut. Návaly mohou u některých žen provázet palpitace, úzkost, podrážděnost a závrať. Některé ženy postihuje noční pocení. Návaly, které se opakují často a jsou intenzivní, významně ovlivňují kvalitu života žen* (CITTERBART, MARTAN, ROB, 2008, s. 319).

Základní fyziologická příčina je komplikovaná, ale počátek návalu možná souvisí se vzrůstem hladiny folikulostimulačního hormonu (FSH), produkovaného hypofýzou. Významné změny v úrovních sekrece FSH jsou obvyklé s blížící se

menopauzou a jsou odezvou na svraštění tkáně vaječníků spojenou s úbytkem vyměšování estrogenu. Samotný úbytek estrogenu činí cévní svalovinu nestabilní, z tohoto důvodu se termín „vasomotorická nestabilita“ obvykle popisuje jako „horký nával“. Také další hormony během tohoto návalu kolísají, například významný je vzestup úrovně hladin nadledvinkových hormonů v krvi. Potní žlázy pracují méně efektivně než dříve, protože nedostatek estrogenu změní ráz jejich programování. Nejenže potní žlázy neochlazují tak efektivně jako dříve, ale zdá se, že dojde také ke změně v chemii mozku, která ovlivní teplotu řídicího centra v hypotalamu. To nastaví úroveň normální teploty na nižší stupeň než je obvyklé, což vede k roztažení krevních cév v kůži a pocení, jak se tělo pokouší řídit svým „termostatem.“ Tyto úpravy nejsou vždy jemné a tělo často překompenzuje, proto dochází k návalům horka.

Klimakterické obtíže má v průběhu perimenopauzy a menopauzy 80 % žen uvádí Colau et al.. U 50 % žen návaly horka do 4 let odezní, ale u zbývajících 30 % žen starších šedesáti let tyto potíže přetrvávají (COLAU et al., 2012).

Zcela individuální je doba trvání návalů. Průměrně návaly trvají tři až čtyři minuty, mohou ale také trvat i jednu hodinu. Začínají pocitem horka nebo pálení, následuje záchvat pocení, mohou se přidat i bolesti hlavy či bušení srdce (FAIT, 2010).

2.3.3 POTÍŽE S USÍNÁNÍM A SPÁNKEM

Nespavost můžeme definovat jako neschopnost pokračovat ve spánku po probuzení. Potíže se spánkem a usínáním bývají častým vedlejším projevem menopauzy. Právě v tomto období mnoho žen začne trpět nespavostí. S rostoucím věkem problémy se spánkem všeobecně narůstají a prohlubují se. Klidný spánek narušuje nezdravá strava, požívání alkoholických nápojů, léky, chronická úzkost, stres a deprese. V době ukládání se ke spánku není vhodné nadměrně pít, protože plný močový měchýř ruší ve spaní. Je vhodné, nechodit spát s plným žaludkem.

2.3.4 STAVY SKLÍČENOSTI A DEPRESE, VÝKYVY NÁLAD, PŘECITLIVĚLOST

Mnoho žen ve středním věku prožívá smutek, pesimismus, sklíčenost, úzkost a podrážděnost, přecitlivělost, která může být výsledkem hormonálních změn a vývojem situace. Výkyvy nálady se nejčastěji objevují během perimenopauzy, kdy změny v hormonální rovnováze jsou největší. Přitom psychické příznaky ohrožují ženu na zdraví v mnohem větší míře. Chronicky unavené ženy pak bývají psychicky labilní a depresivní bojí se stáří, cítí se opuštěné, nepotřebné.

Jednou z hlavních příčin psychických potíží v klimakteriu je především ztráta estrogenů v krevním séru. Estrogeny zasahují do produkce metabolismu dalších látek, stimulují například produkci serotoninu, který má přímý vliv na psychiku. Jejich nedostatek se projeví poklesem nálady. Zasahují i do metabolismu dalších látek např. noradrenalinu. Nedostatek noradrenalinu způsobuje poruchy spánkového rytmu na úkor tzv. REM fáze, tedy časového úseku, ve kterém se nám zdají sny. Další látkou, na kterou mají estrogeny přímý vliv, je melatonin. Melatonin je hlavním regulátorem spánku a případná nespavost vede zase k psychickým problémům. Poruchy spánku považují výzkumníci za ekvivalent deprese. A to zejména v případech, pokud je provází zhoršení nálady a ztráta zájmu o okolí.

Podle Hanáčka existuje skupina žen, která je v období perimenopauzy náchylnější a mohou se v období menopauzy objevit depresivní stavy. Důkazy týkající se účinku hormonální terapie na náladu žen po menopauze, které netrpí klinickou depresí, jsou nejednoznačné. Zároveň chybí dostatek důkazů k užití hormonální terapie v léčbě depresí (HANÁČEK, 2009).

2.3.5 BOLEST HLAVY

Mnoho žen v přechodu trpí bolestmi hlavy. Je mnoho příčin, které odstartují bolest hlavy, např. nemoc, silné emoce, léky, způsob stravování a spaní, faktory vyvolané prostředím, tělesná námaha a hormony. Kolísání hormonálních hladin je příznačné pro perimenopauzu a může ovlivnit rozvoj a intenzitu bolesti hlavy. Migrénu mohou vyvolat různí činitelé. Mezi nejčastější patří určité potraviny i absence potravy.

Spouštěčem mohou být vlivy způsobené okolím např. hluk, prudké světlo, změny počasí.

2.3.6 ZVLÁDÁNÍ HMOTNOSTI

V průběhu menopauzy se společně, s tím jak se snižuje hladina estrogenu, spustí změny ve tvaru těla a tuk se začne usazovat v oblasti břicha a zejména pak kolem pasu. Méně často se tuk usazuje kolem hýždí. Přibírání na váze není nevyhnutelným důsledkem menopauzy. Každá žena by si v tomto období měla hlídat svoji váhu. Naše hmotnost je odrazem rovnováhy mezi kaloriemi, které přijímáme, a energií, kterou využijeme. Jestliže se příjem energie rovná energetickému výdeji, zůstává váha těla stabilní, ale pokud příjem převyšuje výdej, pak se přebytečná energie ukládá v těle jako tuk. Nejjednodušším způsobem, jak zjistit svoji váhu je tzv. BMI (body mass index), ukazatel tělesné hmotnosti. Je důležité si uvědomit, že tělo se s přibývajícím věkem mění a určité nabývání váhy je obvyklé, ale je vhodné si nechat situaci pod kontrolou. Pokud zjistíte, že se váha zvedá, je dobré provést změny ve stravovacích návycích. Změny takové, které povedou k redukci energetického příjmu, a kombinovat je se zvýšenou fyzickou aktivitou, vedoucí ke zvýšenému energetickému výdeji. Lepší je se vyhnout drastickým dietám na hubnutí podporující jo-jo efekt, které bývají ničivé pro zdraví i sebeúctu.

Váhové přírůstky stoupají vlivem zpomaleného metabolismu, leckdy vyústí až v obezitu. Tělo si vypomáhá výrobou hormonů i v tukové tkáni, proto se začínají u žen v klimakteriu a po něm objevovat změny v ukládání tuku. To však vyvolává nežádoucí zdravotní komplikace. Stoupá hladina cholesterolu v krvi, který se usazuje na cévních stěnách, což vede k ateroskleróze, která by se mohla stát příčinou ICHS, IM, CMP nebo ischemické choroby dolních končetin (PAVLÁTOVÁ, 2010, s 20).

U žen v období menopauzy vedl i mírný úbytek na váze k výraznějšímu pozitivnímu metabolickému ovlivnění (ŠRÁMKOVÁ, 2009).

Otázka zní, co mohou ženy udělat, aby přechod byl kvalitním obdobím života? Turčan radí, důležitá je správná životospráva, úprava životního stylu. Vhodný je častý pohyb na zdravém vzduchu, každodenní dostatek spánku, správný pitný režim, nepřetěžovat organismus nadměrným stresem (TURČAN, 2009).

Pojmy aktivní životní styl či aktivní zdraví jsou chápány jako systém důležitých činností a vztahů a s nimi provázaných praktik zaměřených k dosažení harmonického stavu mezi fyzickou, psychickou a sociální stránkou člověka (BUNC, 2008, s 14).

Zdravý životní styl (systém) Valjent popisuje konkrétně jako vzájemné kladné působení především faktorů zdravé a pravidelné výživy, pitného režimu, rizikových faktorů jako je např. kouření, drogy, alkohol, sledování médií např. TV, PC a pohybové aktivity. Hovoří o pravidle 3 P: Přiměřenosti v příjmu energie a živin, Pravidelnosti pohybové aktivity a Prevenci v předcházení nezdravým životním návykům (VALJENT, 2008).

2.3.7 ZMĚNA POHYBLIVOSTI, ZTUHLOST

Pokud si uvědomíme, že po menopauze žena bude žít ještě dalších 30 let, a že menopauza není cílem našeho snažení, ale spíše startovní čarou nové fáze života, je potřeba ji prožít aktivně. Důležitý je životní styl, účelný pohyb a aktivita. Cvičení je velmi důležité pro udržování kostí a kloubů zdravých a pružných. Je dobré mít na paměti, že zátěžová cvičení, dokonce i v jednoduché formě jako je chůze, mohou pomoci předejít kostní ztrátě a udržet svaly silné a klouby ohebné. Zvýšená svalová síla a zlepšená kondice mohou samy o sobě pomoci předcházet pádům a zlomeninám. Mezi vhodné sportovní aktivity patří rychlá chůze, běh, plavání, tanec, jóga, jízda na kole, golf a další. Tělesná aktivita zmírní působení obtíží, které doprovázejí menopauzu. Cvičení pomůže lépe zvládat vše v běžném životě, žena se bude cítit lépe. Navíc nárůst svalové hmoty a posílení bazálního metabolismu, které s sebou cílené cvičení a přiměřeně intenzivní pohyb přináší, jsou tím nejlepším prostředkem pro snížení a regulaci váhy a nejúčinnější prevencí osteoporózy.

2.3.8 POHLAVNÍ TOUHA, AKTIVITA

Mnoho žen pociťuje po menopauze a těsně před ní ztrátu libida. Existuje řada příčin, proč tomu tak je. Menopauza je charakterizována ztrátou pravidelného schématu krvácení a někdy těžším krvácením, což je zneklidňující a může to mít vážný dopad na

libido a náladu. Hrušková uvádí, že u žen dochází ke ztrátě libida ve 20 % (HRUŠKOVÁ, 2007).

Nepravidelná menstruace může přispět k celkovému napětí v páru. Další potíže jako je noční pocení nebo potíže se spánkem mohou také přispět ke snížení libida. V době menopauzy postihují některé ženy problémy se zvlhčováním a svěděním pochvy. Souběžně s hladinami estrogenu začne zvlhčování výrazně klesat, některé ženy pociťují menší produkci maziva během pohlavního styku a obtížněji se sexuálně vzrušují. Sliznice pohlavních orgánů se mění. Pochva ztrácí elasticitu, dochází k jejímu zkracování. Fait uvádí, že dochází ke ztenčení sliznice, mění se pH poševního prostředí na neutrální až alkalické, dochází k vymizení laktobacilů (FAIT, 2013).

Estrogen je vasodilatátor, což znamená, že s jeho přibýváním roste velikost a pružnost krevních cév, naopak při poklesu tohoto hormonu je krevní zásobování zmenšené a buňky v poševních stěnách prořidnou, stěny jsou vyschlejší a více náchylné ke svědění a podráždění. Pokud není mazání dostatečné, pohlavní styk může vést k podráždění, dokonce způsobit bolest a postkoitální krvácení. Při pocitu nepohody nebo krvácení během styku je důležité problém řešit.

2.3.9 INKONTINENCE MOČI

Inkontinence moči je nechtěný únik moči, který je objektivně prokazatelný a je pro ženy sociálním, hygienickým, psychickým a fyzickým problémem. Představuje rozšířený a významný problém ve společnosti. Uvádí se, že v běžné populaci postihuje až 30% dospělých žen starších padesáti let a je jedním z nejčastějších zdravotních problémů.

Stresová inkontinence u žen je dle ICS definována jako mimovolný únik moči při zvýšení nitrobřišního tlaku bez kontrakce detruzoru (uzavírací mechanismus) močového měchýře. Příčinou je patologická pohyblivost močové trubice následkem poruchy podpurných a závěsných struktur nebo nedostatečnost vnitřního ústí močové trubice.

Časté noční močení, inkontinence a bolestivé močení jsou zaviněny infekcí močového traktu a čím je žena starší, tím je častější.

Hanáček popisuje, tím jak se mění struktura poševní sliznice, dochází k zvyšování pH a snižování chemické ochrany pochvy. Důsledkem jsou častější záněty pochvy a následně i močových cest (HANÁČEK, 2009).

Svalstvo pánevního dna může být u stresové inkontinence ochablé a pánevní orgány poklesávají. K samovolnému úniku moči může docházet při kýchní, kašli, smíchu, při prudším pohybu, změně polohy, zdvihání břemene, běhu, chůzi do schodů.

Účinné jsou Kegelovy cviky, které posilují pánevní svaly, pánevní dno. Kegelovo cvičení představují dva cviky, které by měly být prováděny 5x denně. Procvičování svalů je možné provádět kdekoli, při sezení v práci, ve výtahu, při čekání na dopravní prostředek. Prvním cvikem stahujeme pubococcygeální sval. K identifikaci tohoto svalu je dobré vyzkoušet zastavení výtoku středního proudu moči stahem svalů na 5-10 sekund, přesvědčit se, zda se nestahují současně břišní svaly, pak následuje uvolnění. Pozornost by se měla soustředit na stahy a uvolňování. Cvik opakujeme 10x. Druhým cvikem provádíme 10 stahů a držíme tak dlouho, pokud to jde.

Pro procvičování svalů pánevního dna jsou určeny pomůcky (např. ve tvaru malého kužele, kuliček), které se zavádí do pochvy. Dnes lze i procvičovat, analyzovat a kontrolovat účinnost cvičení pomocí mobilní aplikace v telefonu. Unikátní aplikace dokáže analyzovat prostorové údaje cvičení (např. sílu stisku, jeho intenzitu, výdrž a opakování). Senzory tlaku sbírají data a předávají je přes Bluetooth do aplikace v mobilním telefonu. Aplikace poté tato data vyhodnotí (www.boom.cz).

Skřivánek došel k závěru, že obezita má značný vliv na riziko inkontinence. Alarmující je zvýšení BMI o 5 kg/m² zvyšuje riziko inkontinence o 60-100 %, přestože k rizikovým faktorům inkontinence patří i věk, počet těhotenství, počet a průběh porodů, délka menstruačního cyklu, těžká fyzická práce. Obezita je i rizikovým faktorem chirurgického řešení inkontinence, je u ní 2x vyšší riziko selhání metody (SKŘIVÁNEK, 2008, s. 6).

2.3.10 MENSTRUAČNÍ CYKLUS V OBDOBÍ KLIMAKTERIA

Menstruační cyklus je naší součástí celý dospělý život, svým způsobem i během těhotenství a v menopauze až do doby úplného zastavení menstruačních period.

Periodické krvácení způsobené odlučováním části děložní mukózy (menstruace) je hlavním znakem menstruačního cyklu. Délka tohoto cyklu, tj. doba od začátku jednoho krvácení do začátku krvácení dalšího, je nejčastěji 28 dnů. Délka není u všech žen stejně dlouhá, kolísá v rozmezí 24-36 dnů. Toto rozmezí je bráno jako fyziologické.

U většiny žen v klimakteriu platí, že změny v charakteru časového sledu menstruace se dají plně vysvětlit kolísáním hormonálních hladin. Je zcela normální mít období nepravidelné menstruace trvající čtyři až osm let před skutečně poslední periodou a je také běžné, že menstruace je lehčí nebo těžší, delší nebo kratší. Jakmile se začne cyklus měnit, je vhodné navštívit lékaře. Lékař určí, zda se jedná o změnu cyklu v období perimenopauzy nebo zda jde o něco jiného. Není normální, když ke krvácení dojde déle než rok po poslední menstruaci. Obecně se dá říci, že lékaře je třeba navštívit, když dochází k velmi těžkému krvácení, menstruace je dlouhá, ustavičně se tvoří skvrny, žena „špiní“ nebo krvácení provází silná bolest, krvácení provází horečka, dojde k náhlému zastavení menstruace nebo se krvácení objeví za šest měsíců po měsíčkách, které vypadaly jako poslední.

2.3.11 TERAPIE PRO ZVLÁDÁNÍ KLIMAKTERICKÝCH PŘÍZNAKŮ

Hormonální terapie (hormonální substituční terapie)

Vlastní menopauza bývá předcházena obdobím, které se vyznačuje příznaky jako zkrácení ovulačního cyklu, návaly horka a pocení, zvýšená podrážděnost, bolesti hlavy a kloubů, depresivní pocity a další. Nastává několik let před vlastní menopauzou. Toto období se vyznačuje ztrátou chutí na sex, přírůstkem hmotnosti, potížemi s močením, zhoršením prokrvení pokožky, osteoporózou a zvýšeným rizikem cévních chorob. Ke zmírnění těchto nežádoucích příznaků lékaři často předepisují hormonální preparáty. Žena může podle svého zdravotního stavu, svých potřeb zvolit některou z terapií, která klimakterické obtíže eliminuje. Jedna z možností je HRT, další možností je alternativní způsob léčby. Mezi alternativní způsoby léčby patří fytohormony, isoflavony, psychoterapie, rehabilitace, lázeňská léčba, akupunktura a úprava životního stylu. Alternativní způsoby léčby mohou úspěšně doplňovat i léčbu hormonální.

Výhody a rizika užívání HRT se velmi liší v závislosti na individuálních okolnostech, ale výzkum v posledních deseti letech pomohl ukázat, že riziko může být

minimalizováno a výhody můžou být maximální při správném výběru optimálního režimu na optimální dobu. Bezpečnost HRT do značné míry závisí na věku (KOLIBA, 2014, s 8).

Perlín uvádí, že řádně poučené ženy, zdravě sebevědomé vědí, že klimakterium není nemoc, ale přirozený projev fyziologického stavu (PERLÍN, 2009).

Pro úlevu od obtíží spojených s klimakteriem se v rámci samoléčby využívají doplňky stravy, které obsahují výtažky ze sóji luštinaté, jetele lučního a ploštičniku hroznovitého. K dalším přípravkům patří minerály, vitamíny nebo přípravky s obsahem včelích produktů (SLÍVA, FAIT, 2012).

Prospěch fytohormonů spočívá v pozitivním účinku na vazomotorické příznaky, zlepšují tím kvalitu života, spolu s kalcium mají pozitivní vliv na kostní hustotu, jsou bezpečné pro endometrium a v podstatě nemají kontraindikace. Preparáty sójových isoflavonů, obsahující kalcium a lactobacil, jsou účinnější, protože lactobacil zlepšuje jejich absorpci ve střevě (DONÁT, 2010).

Alternativní přístupy k menopauze se obvykle soustřeďují na změny v dietě, protože určité rostliny a pokrmy jsou považovány za prospěšné při udržování nebo dokonce úplné náhradě hladin některých hormonů. Některé tyto látky se nacházejí i v léčivých rostlinách. Většinou obsahují fytoestrogeny, přírodní látky, které napomáhají obnově hormonální nerovnováhy. Tyto fytoestrogeny bývají označovány jako isoflavony. Jednou z nejznámějších je andělíka čínská (*Angelica sinensis*). Pomáhá odstraňovat návaly horka, pomáhá proti vysušení poševní sliznice, předchází rozvoji osteoporózy a je mimo jiné doporučována i jako prevence proti kvasinkovým zánětům. Podobné fytoestrogeny se nacházejí v sóje a další léčivé rostlině, kterou je červený jetel (*Trifolium pratense*).

Mezi další faktory, které pomáhají zvyšovat hladinu ženských hormonů, jsou především zdravé životní návyky. Patří sem tělesné cvičení a pohyb, zdravá vyvážená strava, a emoční rovnováha. Neméně důležité je naučit se a nacvičit si, jak zvládat stresové situace, co nejlépe. Pro psychicky labilní ženy je vhodná psychoterapie, která jim během rozhovoru s terapeutem přináší úlevu. Jako doplňková léčba je vhodná rehabilitace, lázeňská léčba, masáže a především pravidelný pohyb. Jednou z možností cvičení je hormonální jógová terapie. Cvičení hormonální jógové terapie působí na

organismus jako celek a působí na několika úrovních současně. Na fyziologické úrovni – znovu aktivuje tvorbu hormonů, snižuje intenzitu symptomů menopauzy. Na tělesné úrovni – posiluje svaly, napomáhá správnému držení těla, zvyšuje pružnost a ladnost pohybů, tvaruje tělo, posiluje kosti. Na psychické úrovni – pomáhá zvládat stres, odstraňuje nespavost, napravuje emoční nerovnováhu. Na energetické úrovni – přináší vitalitu a duševní pohodu. Hormonální jógová terapie je přírodní léčbou, která obnovuje a zvyšuje tvorbu hormonů, posiluje funkci vaječnicků, štítné žlázy, hypofýzy a nadledvinek.

3 PRŮZKUM

3.1 CÍLE PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Téma: Kvalita života žen v období klimakteria.

Problém: Jaké obtíže nejvíce postihují ženy v období klimakteria.

Cíl 1: Zjistit kvalitu života zkoumaného vzorku žen v období klimakteria.

Cíl 2: Zjistit, které symptomy nejčastěji snižují jejich kvalitu života.

Cíl 3: Zjistit, zda ženy užívající hormonální terapii mají menší obtíže než ženy, jež hormonální terapii nepodstupují.

Cíl 4: Předložit, zda existují statisticky významné rozdíly s ohledem k přibývajícimu věku ženy, užívání HRT či neužívání HRT, vzhledem k symptomům a jejich intenzitě.

Cíl 5: Zmapovat, které obecně známé obtíže zkoumaný vzorek žen v klimakteriu postihuje.

3.2 METODIKA PRŮZKUMU

Pro zjištění stanovených cílů jsme použili metodu průzkumnou za pomoci dvou kvantitativních dotazníků. První dotazník obsahoval celkem 17 testových otázek na zkušenosti žen s problémy, které se obvykle vyskytují v období klimakteria, druhý dotazník vyjadřuje míru obtíží v rámci klimakterického syndromu (Kuppermanův index). Dotazníky jsme z části rozdali osobně známým ženám autorky práce, které byly ochotné dotazníky vyplnit, dále prostřednictvím elektronického sběru dat. Vytvořený dotazník byl umístěn na profilu autorky na stránkách www.facebook.com, kde odpovídaly ženy, které jsou s autorkou v kontaktu a ve skupině. Pro vyplnění bylo důležité kritérium věku od 45-65 let. Dotazníky, kde ženy nevyplnily všechny odpovědi na kladené otázky, byly vyřazeny. Otázky v dotazníku byly položeny jako uzavřené. Ženy na vyplnění obou dotazníků potřebovaly přibližně 5-10 minut.

Pro výpočet statistických rozdílů závislosti věku žen na míře a intenzitě klimakterických obtíží a žen užívajících HRT či žen neužívajících HRT v závislosti na

míře a intenzitě klimakterických obtíží jsme využili tabulku zjišťující syndrom klimakterických obtíží (Kuppermanův index). Pro výpočet nezávislosti byla použita kontingenční tabulka s testem chí-kvadrátu.

Pro výpočet intenzity klimakterického syndromu a počtu dosažených bodů v jednotlivých symptomech jsme použili kontingenční tabulku. Tím jsme zjistili, které jsou nejčastěji obtěžující symptomy zkoumaných žen v období klimakteria. Data byla použita z dotazníku (Zjištění míry klimakterického syndromu u žen v období klimakteria = Kuppermanův index).

Průzkumné šetření jsme vyhodnotili a výsledky vyčíslili v absolutních číslech a v procentech.

Zkoumané ženy byly v úvodu dotazníku informovány, že je anonymní, a zjištěné údaje a vypočítané výsledky poslouží jako podklad ke zpracování bakalářské práce.

3.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

Průzkumný vzorek tvořilo 150 žen ve věkovém rozpětí od 45 let do 65 let. Respondentky obdržely dotazníky v tištěné nebo elektronické formě. Řádně vyplněných a v bakalářské práci použitých bylo 150 dotazníků.

Stanovení průzkumných cílů a podoby dotazníků jsme si stanovili v říjnu 2017. Sběr dat pro bakalářskou práci a její teoretickou část proběhl od listopadu 2017 do ledna 2018. V únoru 2018 jsme data zpracovali, porovnali a vyhodnotili.

3.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Položka 1 Pociťujete ztrátu energie?

Tabulka 1 Ztráta energie

ztráta energie	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	28	56	29	58	29	58	86	57
Ne	22	44	21	42	21	42	64	43
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Ztrátu energie pociťuje 57 % všech žen. V porovnání mezi zkoumanými skupinami únavu pociťují téměř všechny ženy stejně, rozdíl je minimální.

Položka 2 Trápí vás návaly horka nebo noční pocení?

Tabulka 2 Návaly horka, noční pocení

Návaly horka, noční pocení	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	21	42	27	54	35	70	83	55
Ne	29	58	23	46	15	30	67	45
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Potíže s návaly horka a nočním pocením uvádělo celkem 55 % žen. Nejčastěji tyto stavy pociťovaly ženy ve skupině 59-65 let a to v 70 % odpovědí.

Položka 3 Máte potíže se spánkem nebo s usínáním?

Tabulka 3 Potíže se spánkem, s usínáním

Potíže se spánkem, s usínáním	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	21	42	23	46	32	64	76	51
Ne	29	58	27	54	18	36	74	49
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Potíže se spánkem uvádělo 51 % všech žen.

Položka 4 Jste sklíčená nebo depresivní?

Tabulka 4 Sklíčenost, deprese

Sklíčenost, deprese	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	16	32	15	30	20	40	51	34
Ne	34	68	35	70	30	60	99	66
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Stavy sklíčenosti nebo deprese zažilo 34 % všech žen.

Položka 5 Bolí vás častěji hlava?

Tabulka 5 Bolest hlavy

Bolest hlavy	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	12	24	18	36	19	38	49	33
Ne	38	76	32	64	31	62	101	67
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Z výzkumu vyplývá, že celkem 33 % žen má problémy s častějšími bolestmi hlavy. Nejčastěji bolest hlavy uváděla skupina žen 59-65 let a to v 38 %, oproti tomu skupina žen ve věku 45-51 let tyto problémy uváděla ve 24 %.

Položka 6 Jste úzkostlivější nebo přecitlivější?

Tabulka 6 Úzkostlivost, přecitlivělost

Úzkostlivost, přecitlivělost	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	25	50	28	56	23	46	76	51
Ne	25	50	22	44	27	54	74	49
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Pocity úzkosti a přecitlivělosti zažívá celkem 51 % všech žen. Nejvíce změny v psychice pociťují ženy ve skupině 52-58 let a to v 56 % a ženy ve skupině 45-51 let celkem v 50 %. Nejméně často uváděly problémy s úzkostí a přecitlivělostí ženy ve skupině 59-65 let a to v 46 % odpovědí.

Položka 7 Jste agresivnější nebo podrážděnější?

Tabulka 7 Agresivita, podrážděnost

Agresivita, podrážděnost	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	15	30	18	36	18	36	51	34
Ne	35	70	32	64	32	64	99	66
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Ze vzorku zkoumaných žen je vidět, že podrážděnějších nebo agresivnějších je 34 % všech žen. Nejvíce agresivitu a podrážděnost uváděly skupiny žen 52-58 let a 59-65 let obě shodně ve 36 %. Skupina žen 45-51 let tyto stavy zaškrtnula v dotazníku ve 30 % odpovědí.

Položka 8 Jste náladová?

Tabulka 8 Náladovost

Náladovost	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	19	38	27	54	20	40	66	44
Ne	31	62	23	46	30	60	84	56
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Náladovost zaznamenává celkem 44 % všech respondentek. Nejčastěji tuto skutečnost uváděly ženy ve věkové kategorii 52-58 let a to 54 %.

Položka 9 Přibrala jste na váze?

Tabulka 9 Zvýšení hmotnosti

Zvýšení hmotnosti	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	27	54	41	82	34	68	102	68
Ne	23	46	9	18	16	32	48	32
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Zvýšení hmotnosti uvádělo celkem 68 % všech zkoumaných žen. Nejčastěji příbytek na váze uváděla skupina žen 52-58 let a to v 82 %. Naopak nejméně tento problém s váhou uváděla skupina žen 45-51 let a to v 54 %.

Položka 10 Pociťujete zhoršení pohyblivosti, ztuhlost?

Tabulka 10 Ztráta pohyblivosti, ztuhlost

Ztráta pohyblivosti, ztuhlost	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	22	44	25	50	36	72	83	55
Ne	28	56	25	50	14	28	67	45
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Z průzkumu vyplývá, že 55 % všech žen pociťuje zhoršení pohyblivosti nebo ztuhlost. Podle mého očekávání nejčastěji tyto stavy uváděly ženy ve skupině 59-65 let a to v 72 %.

Položka 11 Máte pocit, že vaše pohlavní touha je zlomkem té původní?

Tabulka 11 Ztráta pohlavní touhy

Ztráta pohlavní touhy	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	16	32	21	42	29	58	66	44
Ne	34	68	29	58	21	42	84	56
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Ztrátu pohlavní touhy pociťuje celkem 44 % žen. Nejméně tuto ztrátu uváděla skupina žen ve skupině 45-51 let a to v 32 %. Nejvíce ztrátu libida uvádí skupina žen 59-65 let a to v 58 %.

Položka 12 Máte nepříjemné pocity při pohlavním styku?

Tabulka 12 Diskomfort při pohlavním styku

Diskomfort při pohlavním styku	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	6	12	9	18	11	22	26	17
Ne	44	88	41	82	39	78	124	83
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Nepříjemné pocity při pohlavním styku uvádí 17 % všech žen. Nejvíce nepříjemných pocitů uváděly ženy ve věkové skupině 59-65 let a to ve 22 % odpovědí.

Položka 13 Máte problémy s nedostatečným zvlhčením pochvy nebo svěděním?

Tabulka 13 Nedostatečné zvlhčení pochvy

Nedostatečné zvlhčení pochvy	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	11	22	19	38	13	26	43	29
Ne	39	78	31	62	37	74	107	71
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Z výzkumu vyplývá, že problémy s nedostatečným zvlhčením pochvy nebo svěděním má celkem 29 % žen. Nejčastěji tyto stavy uváděly ženy ve skupině 52-58 let a to v 38 %.

Položka 14 Máte problémy s udržení moči?

Tabulka 14 Inkontinence

Inkontinence	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	9	18	10	20	15	30	34	23
Ne	41	82	40	80	35	70	116	77
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Problémy s inkontinencí moči uvádělo celkem 23 % žen. Podle mého očekávání s přibývajícím věkem roste i procento žen s tímto problémem. Ve věkové skupině 59-65 let tento problém uvádělo 30 % žen zatím co ve skupině 45-51 let je to 18 % žen.

Položka 15 Je váš menstruační cyklus pravidelný?

Tabulka 15 Menstruační cyklus

Menstruační cyklus	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	27	54	10	20	1	2	38	25
Ne	9	18	16	32	2	4	27	18
Nemám	14	28	24	48	47	94	85	57
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Výzkum ukazuje, že 57 % žen menstruaci nemá, 18 % žen uvádělo, že má nepravidelnou menstruaci a 25 % žen má menstruaci pravidelnou. Ve skupině žen 45-51 let uvádělo pravidelnou menstruaci 54 % žen, 20 % žen ze skupiny 52-58 let má menstruaci pravidelnou a pouze 2 % žen ze skupiny 59-65 let uvedlo tuto skutečnost.

Položka 16 Užíváte hormonální terapii pro zvládnání klimakterických příznaků?

Tabulka 16 Hormonální terapie

Hormonální terapie	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	3	6	9	18	6	12	18	12
Ne	47	94	41	82	44	88	132	88
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Hormonální terapii pro zvládnání klimakterických příznaků užívá 12 % žen. Častěji užívání hormonální terapie uváděly ženy v kategorii 52-58 let a to v 18 %.

Tabulka 17 Porovnání skupin žen užívajících HRT a žen, které ji neužívají

Sledované obtíže		Ženy užívající hormonální terapii								ostatní	
		45 – 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem		ženy	
		počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ztráta energie	ANO	2	67	4	45	5	83	11	61	75	57
	NE	1	33	5	55	1	17	7	39	57	43
Návaly horka	ANO	1	33	5	55	5	83	11	61	72	55
	NE	2	67	4	45	1	17	7	39	60	45
Potíže se spánkem	ANO	2	67	4	45	5	83	11	61	65	49
	NE	1	33	5	55	1	17	7	39	67	51
Skříčenost, deprese	ANO	1	33	1	11	5	83	7	39	44	33
	NE	2	67	8	89	1	17	11	61	88	67
Bolest hlavy	ANO	1	33	5	55	6	100	12	67	37	28
	NE	2	67	4	45	0	0	6	33	95	72
Úzkostlivost, deprese	ANO	1	33	5	55	5	83	11	61	65	49
	NE	2	67	4	45	1	17	7	39	67	51
Agresivita	ANO	1	33	3	33	6	100	10	56	41	31
	NE	2	67	6	67	0	0	8	44	91	69
Náladovost	ANO	1	33	5	55	6	100	12	67	54	41
	NE	2	67	4	45	0	0	6	33	78	59
Zvýšení váhy	ANO	2	67	8	89	3	50	13	72	89	67
	NE	1	33	1	11	3	50	5	28	43	33
Zhoršení pohyblivosti	ANO	1	33	4	45	5	83	10	56	73	55
	NE	2	67	5	55	1	17	8	44	59	45
Ztráta pohlavní touhy	ANO	2	67	4	45	2	33	8	44	58	44
	NE	1	33	5	55	4	67	10	56	74	56
Diskomfort při pohlavním styku	ANO	1	33	1	11	2	33	4	22	22	17
	NE	2	67	8	89	4	67	14	78	110	83
Nedostatečné zvlhčení pochvy	ANO	1	33	4	45	1	17	6	33	37	28
	NE	2	67	5	55	5	83	12	67	95	72
Inkontinence moči	ANO	3	100	5	55	4	67	12	67	22	17
	NE	0	0	4	45	2	33	6	33	110	83

Zdroj: autor, 2018

Provedli jsme porovnání mezi ženami, které užívají HRT a skupinou žen, které HRT neužívají. I přes skutečnost, že rozdíl v počtu žen v porovnávaných skupinách je veliký, získané údaje jsme vyhodnotili. Celkový počet zkoumaných žen je 150, z toho 18 žen užívá hormonální terapii a 132 žen, které terapii nepodstupují. Vyhodnocením tabulky jsme zjistili zajímavý fakt, že zkoumané ženy podstupující hormonální

substituční terapii nemají méně obtíží v porovnání s ženami, které hormonální terapii neužívají.

Položka 17 V kolika letech věku jste zpozorovala některou z uvedených změn?

Tabulka 18 Zpozorování změn

Zpozorování změn	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
45 let	26	52	2	4	2	4	30	20
46 let	4	8	1	2	3	6	8	5
47 let	7	14	4	8	-	-	11	8
48 let	4	8	9	18	5	10	18	12
49 let	1	2	11	22	2	4	14	10
50 let	-	-	13	26	5	10	18	12
51 let	-	-	5	10	-	-	5	3
52 let	-	-	3	6	7	14	10	7
53 let	-	-	1	2	7	14	8	5
54 let	-	-	-	-	5	10	5	3
55 let	-	-	-	-	-	-	-	-
56 let	-	-	-	-	4	8	4	3
57 let	-	-	-	-	-	-	-	-
58 let	-	-	-	-	3	6	3	2
59 let	-	-	-	-	2	4	2	1
60 let	-	-	-	-	2	4	2	1
Nezaznamenala	8	16	1	2	3	6	12	8
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce žen zpozorovalo nějakou z uvedených změn ve věku mezi 45-51 lety a to v 70 %. Ve 45 letech tyto změny pocítilo 20 % žen.

Tabulka 19 Vyhodnocení míra obtíží ženy celkem

Míra obtíží ženy celkem	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
žádný	35	70	28	56	25	50	88	59
lehký klimakt.syndrom	9	18	8	16	13	26	30	20
střední klimakt.syndrom	6	12	14	28	12	24	32	21
těžký klimakt. syndrom	-	-	-	-	-	-	-	-
Celkem	50	100	50	100	50	100	150	100

Zdroj: autor, 2018

Z výsledků vyplývá, že 59 % zkoumaných žen nemá žádné obtíže, popř. pouze minimální obtíže doprovázející období klimakteria. U žádné zkoumané ženy nebyl výsledek takový, že by dosahovala počet bodů nad 35 = těžký klimakterický syndrom.

Tabulka 20 Vyhodnocení míra obtíží ženy užívající HRT

Míra obtíží ženy užívající HRT	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
žádný	2	67	7	78	3	50	12	67
lehký klimakt. syndrom	1	33	2	22	3	50	6	33
střední klimakt. syndrom	-	-	-	-	-	-	-	-
těžký klimakt. syndrom	-	-	-	-	-	-	-	-
Celkem	3	100	9	100	6	100	18	100

Zdroj: autor, 2018

Tabulka 21 Vyhodnocení míra obtíží ženy neužívající HRT

Míra obtíží ženy neužívající HRT	45 - 51 let		52 - 58 let		59 - 65 let		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
žádný	33	70	21	51	22	50	76	58
lehký klimakt. syndrom	8	17	6	15	10	23	24	18
střední klimakt. syndrom	6	13	14	34	12	27	32	24
těžký klimakt. syndrom	-	-	-	-	-	-	-	-
Celkem	47	100	41	100	44	100	132	100

Zdroj: autor, 2018

Tabulka 22 Vyhodnocení míra obtíží, hodnocení v bodech, ženy užívající HRT a ženy neužívající HRT

Míra obtíží symptomy	18 žen užívající HRT				132 žen neužívající HRT			
	45-51 let	52-58 let	59-65 let	Celkem body	45-51 let	52-58 let	59-65 let	Celkem body
Návaly horka	4	28	20	52	140	208	208	556
Zvýšené pocení	2	16	12	30	70	88	100	258
Poruchy spánku	4	16	10	30	62	70	82	214
Podrážděnost	4	10	13	27	44	52	28	124
Deprese	1	2	5	8	24	25	24	73
Poruchy soustředění	-	5	4	9	29	36	21	86
Závratě	-	4	3	7	18	13	11	42
Bolesti hlavy	1	7	10	18	20	22	22	64
Bolesti kloubů	1	5	9	15	32	40	53	125
Bušení srdce	1	5	2	8	19	17	5	41

Zdroj: autor, 2018

Tabulka 23 Vyhodnocení míra obtíží, hodnocení v bodech, ženy celkem

Míra obtíží symptomy	150 žen celkem			
	45-51 let	52-58 let	59-65 let	Celkem body
Návaly horka	144	236	228	608
Zvýšené pocení	72	104	112	288
Poruchy spánku	66	86	92	244
Podrážděnost	48	62	41	151
Deprese	25	27	29	81
Poruchy soustředění	29	41	25	95
Závratě	18	17	14	49
Bolesti hlavy	21	29	32	82
Bolesti kloubů	33	45	62	140
Bušení srdce	20	22	7	49

Zdroj: autor, 2018

Tabulky prezentují pořadí symptomů klimakterického syndromu tak, jak ženy hodnotily intenzitu obtíží jednotlivých symptomů v dotazníku Kuppermanův index. Hodnoty ve sloupci „body“ představují intenzitu obtíží vyjádřenou dotázanými ženami.

Dle odpovědí respondentek nejintenzivněji snižují kvalitu života žen v klimakteriu návaly horka, zvýšené pocení, poruchy spánku, podrážděnost a bolesti kloubů. Nejméně intenzivními obtížemi jsou závratě a bušení srdce.

Tabulka 24 Vyhodnocení počtu žen, zařazení do skupin dle hodnoty syndromu

Ženy zařazené do skupin dle dosažených bodů		HRT		Celkový součet žen
míra obtíží - syndromu	body obtíží	ne	ano	
bez syndromu	0	11	1	12
	1	3	1	4
	2	5	1	6
	3	9		9
	4	9	1	10
	5	2	1	3
	6	5		5
	7	4		4
	8	2		2
	9	1		1
	10	7	2	9
	11	4		4
	12	4		4
	13	7	1	8
14	4	4	8	
lehký klimakterický syndrom	15	9		9
	16	4	1	5
	17	7	1	8
	18	1		1
	19	2	4	6
střední klimakterický syndrom	20	10		10
	21	4		4
	22	5		5
	23	1		1
	24	2		2
	25	2		2
	26	4		4
	27	1		1
	28	1		1
	29	1		1
	30	1		1
Celkový součet		132	18	150

Zdroj: autor, 2018

Ze zkoumaného vzorku jsme zjistili, že 88 žen nemá žádné nebo má pouze minimální obtíže, které byly v rozpětí od 0-14 bodů, což znamená, že jsou bez klimakterického syndromu. Z počtu 88 žen je 12 žen užívajících HRT. Lehký klimakterický syndrom postihuje 30 žen, z toho 6 žen, které užívají HRT. Střední klimakterický syndrom postihuje 32 žen. Střední klimakterický syndrom se vyskytuje pouze u zkoumaných žen, které neužívají HRT. Ze vzorku zkoumaných žen pouze jedna žena dosáhla 30 bodů v Kuppermanově testu, což odpovídá střednímu klimakterickému syndromu. Tyto hodnoty uvedla žena, která neužívala HRT.

3.5 OVĚŘENÍ VÝSLEDKŮ

Výpočty sloužící k vyhodnocení průzkumných otázek.

Statistické ověření výsledků pomocí chí-kvadrát testu

Datový soubor obsahuje zjištěné výsledky z odpovědí respondentek. Ověření proběhlo za pomoci testu chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce. Hladinu statistické významnosti jsme zvolili 10 % ($\alpha = 0,1$).

V tabulce 25 jsme určili nulovou hypotézu: Věk zkoumaných žen nemá vliv na obtíže.

Výsledkem je: Nulovou hypotézu nezamítáme a nepřijímáme hypotézu o závislosti.

V tabulce 26 jsme určili nulovou hypotézu: Užívání HRT či neužívání HRT nemá vliv na symptomy.

Výsledkem je: Nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme hypotézu o závislosti.

Tabulka 25 Znázornění datových souborů hypotézy

Ženy celkem	45 - 51 let	52 - 58 let	59 - 65 let	Celkem
Symptom	počet	počet	počet	počet
žádné	35	28	25	88
očekávané	30	30	30	59%
lehký klimakt. syndrom	9	8	13	30
očekávané	10	10	10	20%
střední klimakt. syndrom	6	14	12	32
očekávané	10	10	10	21%
Celkem	50	50	50	150

Zdroj: autor, 2018

Výpočet:

statistika významnosti $\alpha = 10\% = 0,1$

statistika chí kvadrát χ

statistika chí-kvadrát při nulové hypotéze $\chi^2 = 6,8$

stupně volnosti = (počet řádku -1) krát (počet sloupců - 1) = 4

kritická hodnota chí-kvadrát při hladině významnosti 10 % a stupni volnosti 4 = 7,78

nulová hypotéza: Věk zkoumaných žen nemá vliv na obtíže.

Je-li kritická hodnota menší než vypočtená hodnota testového kritéria, zamítáme nulovou hypotézu a na dané hladině významnosti a přijímáme hypotézu o závislosti.

$7,78 > 6,8$ Nulovou hypotézu nezamítáme a nepřijímáme hypotézu o závislosti.

Tabulka 26 Znázornění datových souborů hypotézy

Ženy celkem	Užívají HRT	Neužívají HRT	Celkem
Symptom	počet	počet	počet
žádné	12	76	88
očekávané	10	78	59%
lehký klimakt. syndrom	6	24	30
očekávané	4	26	20%
střední klimakt. syndrom	0	32	32
očekávané	4	28	21%
Celkem	18	132	150

Zdroj: autor, 2018

Výpočet:

statistika významnosti $\alpha = 10\% = 0,1$

statistika chí kvadrát χ

statistika chí-kvadrát při nulové hypotéze $\chi^2 = 6,8$

stupně volnosti = (počet řádku - 1) krát (počet sloupců - 1) = 2

kritická hodnota chí-kvadrát při hladině významnosti 10 % a stupni volnosti 2 = 4,61

nulová hypotéza: Užívání HRT či neužívání HRT nemá vliv na obtíže.

Je-li kritická hodnota menší než vypočtená hodnota testového kritéria, zamítáme nulovou hypotézu a na dané hladině významnosti a přijímáme hypotézu o závislosti.

$4,61 < 6,18$ Nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme hypotézu o závislosti.

Tabulka 27 Kritické hodnoty chí-kvadrát pro hladinu významnosti 10 % a 5 % a stupně volnosti 1 - 18

Stupeň volnosti	10 % - 0,1	5 % - 0,05	Stupeň volnosti	10 % - 0,1	5 % - 0,05
1	2,71	3,84	10	15,99	18,31
2	4,61	5,99	11	17,28	19,68
3	6,25	7,82	12	18,55	21,03
4	7,78	9,49	13	19,81	22,36
5	9,24	11,07	14	21,06	23,69
6	10,65	12,59	15	22,31	25,00
7	12,02	14,07	16	23,54	26,30
8	13,36	15,51	17	24,77	27,59
9	14,68	16,92	18	25,99	28,87

Zdroj: autor, 2018

4 DISKUZE

Porovnávat naši bakalářskou práci s jinými autory obdobně zaměřených prací není jednoduché. Problematika kvality života žen v klimakteriu je důležitá a aktuální, ale každý autor se zaměřuje na jinou oblast, která ho zaujala, nebo klade ženám jiné otázky než my. Přesto jsme některé položky našeho průzkumného šetření porovnali s výsledky průzkumů jiných prací. Nebylo možné porovnat další oblasti neboť obdobné výzkumné práce, které byly k dispozici, byly vedeny rozdílným způsobem.

4.1 ZJIŠTĚNÁ FAKTA VE VZTAHU KE STANOVENÝM CÍLŮM

Cíl 1: Zjistit kvalitu života zkoumaného vzorku žen v období klimakteria.

Dotazník 2 – Zjištění míry klimakterického syndromu u žen v období klimakteria (Kuppermanův index)

Při hodnocení kvality života podle dotazníku Kuppermanův index jsme vycházeli z toho, čím vyššího počtu bodů žena dosáhla, tím intenzivnějšími obtížemi trpěla a měla tedy nižší kvalitu života v období klimakteria.

Zkoumané ženy hodnotily intenzitu obtíží na stupnici od 0 = žádné obtíže, 1 = lehké obtíže, 2 = střední obtíže, 3 = silné obtíže. Jednotlivé položky dotazníku představují nejčastější symptomy klimakterického syndromu, kterých je 10. Největší intenzitě obtíží všech symptomů odpovídá maximální počet 48 bodů.

Maximální hodnoty nedosáhla žádná ze zkoumaných žen. Rovněž žádná z žen nedosáhla hranici 35 bodů, která odpovídá těžkému klimakterickému syndromu. Nejvíce bodů dosáhla jedna z žen, intenzitu obtíží vyjádřila 30 body, což odpovídá střednímu klimakterickému syndromu.

Největší počet žen vyjádřilo intenzitu obtíží v rozmezí 0-10 bodů, a to 65 žen ze 150 dotázaných žen. V rozmezí 20-29 bodů dosáhlo 31 žen ze 150 zkoumaných žen.

Cíl 2: Zjistit, které symptomy nejčastěji snižují jejich kvalitu života.

Vyhodnocení tabulky 24 (Kuppermanův index, jednotlivé symptomy) ukazuje počty bodů, které ženy dosáhly v jednotlivých symptomech.

Dle odpovědí respondentek nejintenzivněji snižují kvalitu života žen v klimakteriu návaly horka 608 bodů, zvýšené pocení 288 bodů, poruchy spánku 244 bodů, podrážděnost 151 bodů a bolesti kloubů 140 bodů.

Maximální počet získaných bodů byl 48, při čemž platí, čím vyšší počet získaných bodů, tím větší intenzita obtíží a tedy nižší kvalita života.

Cíl 3: Zjistit, zda ženy užívající hormonální terapii mají menší obtíže než ženy, jež hormonální terapii nepodstupují.

Vyhodnocením tabulky 20 (Kuppermanův index) bylo zjištěno, že 12 žen užívajících HRT, nemá obtíže nebo jsou obtíže minimální a 6 žen uvádí takový počet bodů, který znamená lehký klimakterický syndrom. Těžkého a středního klimakterického syndromu nedosáhla bodově žádná zkoumaná žena užívající HRT.

Cíl 4: Předložit, zda existují statisticky významné rozdíly s ohledem k přibývajícimu věku ženy, užívání HRT, ve vztahu k symptomům a jejich intenzitě.

Toto hodnocení testu nezávislosti jsme provedli, i když víme, že máme malý vzorek žen užívajících HRT (18 žen) v porovnání s ženami, které HRT neužívají (132 žen).

Dle statistického propočtu, tabulka 25 s pomocí kontingenční tabulky a chí-kvadrát testu nám nepotvrdil, že by věk ženy měl vliv na intenzitu obtíží tedy hodnocení klimakterického syndromu.

Potvrdilo se, že užívání HRT nebo neužívání HRT mělo vliv na intenzitu obtíží, tabulka 26. Užívání HRT má kladný vliv na projevy symptomů a jejich intenzitu, tedy na hodnocení klimakterického syndromu.

Cíl 5: Zmapovat, které obecně známé obtíže zkoumaný vzorek žen v klimakteriu postihuje.

Z výzkumného šetření pomocí dotazníku 1 Kvalita života žen v období klimakteria vyplývá následující:

- Ztrátu energie pociťuje 57 % všech žen, tabulka 1.
- Potíže s návaly horka a nočním pocením uvádělo celkem 55 % žen. Nejčastěji tuto skutečnost pociťovaly ženy ve věkové skupině 59-65 let a to v 70 % odpovědí, tabulka 2.
- Potíže se spánkem uvádělo 51 % všech žen, tabulka 3.
- Stavby sklíčenosti nebo deprese zažilo 34 % žen, tabulka 4.
- Častějšími bolestmi hlavy trpí 33 % žen. Nejčastěji bolest hlavy uváděla skupina žen 59-65 let a to v 38 % odpovědích, tabulka 5.
- Pocity úzkosti a přecitlivělosti zažívá celkem 51 % zkoumaných žen, tabulka 6.
- Podrážděnější nebo agresivnější je 34 % zkoumaných žen, tabulka 7.
- Náladovost uvádí 44 % všech žen, tabulka 8.
- Zvýšení hmotnosti uvádělo celkem 68 % zkoumaných žen. Nejčastěji příbytek na váze uváděly respondentky ve skupině žen 52-58 let a to v 82 % odpovědí, tabulka 9.
- Zhoršení pohyblivosti nebo ztuhlost pociťuje 55 % všech žen. Nejčastěji tyto stavy uváděly ženy ve skupině 59-65 let a to v 72 %, tabulka 10.
- Ztrátu pohlavní touhy pociťuje celkem 44 % žen, tabulka 11.
- Nepříjemné pocity při pohlavním styku uvádí 17 % žen, tabulka 12.
- Problémy s nedostatečným zvlhčením pochvy nebo svěděním má celkem 29 % žen, tabulka 13.
- Problémy s inkontinencí moči zaznamenalo 23 % žen, tabulka 14.
- Pravidelnou menstruaci má 25 % žen, nepravidelnou menstruaci má 18 % žen, menstruaci již nemá 57 % zkoumaných žen, tabulka 15.
- Hormonální terapii pro zvládnání klimakterických příznaků užívá 12 % žen ze zkoumaného vzorku, tabulka 16.
- Nejvíce žen upozorovalo nějakou z uvedených změn v dotazníku ve věku mezi 45-51 lety a to v 70 % odpovědí, tabulka 17.

4.2 ZJIŠTĚNÁ FAKTA VE VZTAHU K VÝSLEDKŮM VÝZKUMU S OBDOBNOU TÉMATIKOU

Při porovnávání výsledků získaných dotazníkem Kvalita života žen v období klimakteria a dotazníkem pro zjištění klimakterického syndromu (Kuppermanův index), s prací Bc. Hvězdové, A. z Univerzity Karlovy v Praze, Lékařské fakulty v Hradci Králové, která zkoumala Kvalitu života žen v období klimakteria a s prací PhDr. Vrublové, Y., PH.D., z Ostravské univerzity, která se zabývala Vlivem klimakteria na kvalitu života, a s prací Bc. Šašinkové, J. z Univerzity Tomáše Baři ve Zlíně, která zkoumala Klimakterické potíže a kvalitu života ženy, a v porovnání s výsledky uvedené v publikaci: Klinické příznaky klimakteria, Hrušková H., jsme zjistili následující skutečnosti:

Položka, která byla možná porovnat s prací PhDr. Vrublové, se týká změny nálad u zkoumaných žen v její práci a to tak, že ve 45 % ženy odpověděly, že ano, pociťují změny nálad. V našem výzkumu na otázku č. 8 Jste náladová? Uvádělo 44 % žen, že pociťují změny nálad. Výsledky v porovnání obou prací v tomto symptomu jsou stejné.

Položka, kterou je možné porovnat je předrážděnost (nervozita, vnitřní tíseň, pocity agresivity) uvádělo v práci Bc. Hvězdové 60 % zkoumaných žen před léčbou HRT, po zahájení léčby došlo k poklesu na 18 % všech zkoumaných žen. V naší práci na otázku č. 7 Jste agresivnější nebo podrážděnější? Ženy odpovídaly, že ano ve 34 % výsledky jsou uvedeny v tabulce 7.

Výsledky v práci Bc. Hvězdové (zkoumaný vzorek 50 žen) a v práci naší (zkoumaný vzorek 150 žen) jsme porovnali intenzitu obtíží v tabulce 23, které doprovázejí klimakterický syndrom. Největší obtíže před léčbou HRT ve výzkumu Bc. Hvězdové byly návaly horka, pocení 122 bodů (50 žen) v našem výzkumu to bylo u návalů horka celkem 608 bodů (150 žen) vyčíslené v tabulce 23 a zvýšené pocení dosáhly ženy 288 bodů (150 žen). Poruchy spánku byly dalším nejčastějším symptomem, který ženy obtěžuje. V práci Bc. Hvězdové ženy dosáhly 116 bodů, v naší práci ženy dosáhly 244 bodů. Lze konstatovat, že ačkoliv zkoumaných žen užívajících HRT v našem výzkumu tabulka 16 bylo pouze 18 (tj. 12 %) v porovnání s ostatními ženami, které neužívají HRT 132 (tj. 88 %), uváděly ženy užívající HRT ve všech položených otázkách dotazníku 1 ve vyšším procentu sledované obtíže než ženy, které

HRT neužívají. Z tohoto šetření vyplývá, že ženy užívající HRT nemají méně obtíží. Tento výsledek nás překvapil, a proto byly vhodné další doplňující výzkumy. Doplňující šetření zaměřené na intenzitu obtíží ukázalo další zajímavé výsledky. Důležité bylo porovnání obou skupin žen v dotazníku 2 (Kuppermanův index), kde zkoumané ženy vyjadřují intenzitu obtíží u jednotlivých symptomů a z výsledků, které subjektivně posoudily a zaznamenaly, vyšel součet bodů, podle kterého jsme ženy zařadily do skupiny, na jaký klimakterický syndrom dosahují. Toto šetření ukazuje, ženy užívající HRT dosahují méně bodů, tzn. méně obtíží a tím i mají lepší kvalitu života. Výzkum ukazuje, že tyto ženy sice problémy mají (návaly horka, zvýšené pocení, poruchy spánku aj.) ale ne v tak vysoce obtěžující míře jak je tomu u žen, které HRT neužívají. V tabulce 24 uvedlo celkem 88 žen body v rozmezí 0-14 bodů = bez syndromu, z toho je 12 žen užívajících HRT. Dále 30 žen dosáhlo rozmezí 15-19 bodů = lehký klimakterický syndrom, z toho 6 žen užívajících HRT. Střední klimakterický syndrom = rozmezí 20-35 bodů dosáhlo pouze 32 žen, které HRT neužívají.

Z dalšího šetření pomocí kontingenční tabulky a chí-kvadrát testu tabulka 26 vyplývá, že užívání HRT má vliv na míru obtíží. Žen užívajících HRT, zařazených do skupiny žen bez klimakterického syndromu v počtu 12 (očekávaný výsledek byl stanoven na 10 žen), u žen s lehkým klimakterickým syndromem v počtu 6 (očekávaný výsledek stanoven na 4 ženy), a u žen se středním klimakterickým syndromem v počtu 0 (očekávaný výsledek stanoven na 4 ženy) propočít znamená, že u žen bez klimakterického syndromu a lehkého klimakterického syndromu byl očekávaný výsledek = počet o 2 ženy nižší než byla skutečnost, ale u středního klimakterického syndromu byl stanovený očekávaný výsledek = počet 4 ženy a skutečnost byla 0 žen. Zatím co ve zkoumané skupině žen, které HRT neužívají, byly zařazeny následovně do skupiny bez klimakterického syndromu v počtu 76 (očekávaný výsledek stanoven na 78 žen), u žen s lehkým klimakterickým syndromem v počtu 24 (očekávaný výsledek stanoven na 26 žen) a u žen se středním klimakterickým syndromem v počtu 32 (očekávaný výsledek stanoven na 28 žen) propočít ukazuje, že očekávaný předpoklad byl u žen bez klimakterického syndromu a u žen s lehkým klimakterickým syndromem o 2 ženy vyšší než byla skutečnost, ale u žen se středním klimakterickým syndromem byl očekávaný výsledek 28 žen, skutečnost však byla 32 žen, tedy o 4 ženy vyšší.

Výsledky v práci Bc. Šašinkové (zkoumaný vzorek žen je 100) a v naší práci jsme porovnali výsledky v otázce: Jaké klimakterické potíže ženy mají a které to jsou

nejčastěji? V práci Bc. Šašinková uvádí: z celkového počtu dotazovaných žen nemá klimakterické potíže 54 žen (54%) a 46 žen (46%) klimakterické potíže má. Ženy udávaly nejčastěji návaly horka, náladovost, opoždění menstruace, nespavost, migrény, pocení a přibývání na váze. V našem výzkumu v tabulce 2 pociťují ženy návaly horka a pocení v 55 %, náladovost ve 44 % tabulka 8, opoždění menstruace jsme nezkoumali, nespavost nebo potíže se spánkem uvádělo 51 % žen v tabulce 3, v tabulce 5 jsou uvedeny výsledky zkoumání častější bolesti hlavy ve 33 %, a zvýšení hmotnosti ženy uváděly v 68 %, výzkum je uveden v tabulce 9.

Na otázku Zmírňujete potíže při přechodu nějakou léčbou? Jakou? V práci Bc. Šašinkové ženy odpovídaly takto: Pro zmírnění potíží při přechodu 15 žen (32,60%) užívá hormonální léčbu předepsanou gynekologem. Volně prodejné preparáty užívá 9 žen (19,56%), 6 žen (13,04%) si pomáhá domácími „babskými radami“. A 16 žen (34,78%) potíže nijak nezmiňuje. Výsledky našeho výzkumu v tabulce 16 ukazují, že 18 žen (to je 12 %) užívá pro zmírnění obtíží HRT. Rozdíl mezi výzkumy je o více než 20 %.

Další možnou položkou, kterou lze porovnat je ztráta pohlavní touhy, libida. V našem výzkumu ženy uvedly takto: ztrátu pohlavní touhy, tabulka 11 pociťuje celkem 44 % žen. Nejméně tuto ztrátu uváděla skupina žen ve skupině 45-51 let a to v 32 %. Nejvíce ztrátu libida uvádí skupina žen 59-65 let a to v 58 %. V porovnání s údaji, které uvádí Hrušková ve své publikaci, u žen dochází ke ztrátě libida ve 20 %. Rozdíl mezi výsledky je poměrně vysoký a to téměř o 25 %.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, jaké obtíže ženy v období klimakteria nejvíce postihují. Problematika klimakteria a kvalita života žen v klimakteriu je živé a velmi diskutované téma. Je stále mnoho žen, které nemají dostatečné a správné informace nebo mají informace značně zkreslené. Menopauza vyžaduje určitou formu uznání a přijetí. Někdy je chápána jako známka konce, rozkladu, zmenšující se užitečnosti a prvních příznaků stárnutí a smrti. Ale podobně jako jednotlivé fáze ženského menstruačního cyklu je to pouze jedna fáze života, kterou by měla přijmout takovou, jaká je. Může ji zcela plnohodnotně prožít a ne jen přežít. Může ženě nabídnout větší uspokojení a možnost projevit se v životě. Žena by se neměla nechat ovládnout negativními informacemi, nebrat menopauzu jako nemoc, ale jako nový začátek své životní cesty. Je to období, ve kterém žena stráví téměř jednu třetinu svého života. Proto je velmi důležité, jakým způsobem a jak kvalitně toto období prožije. Z pohledu žen bývá toto období velmi obávané, které často bývá doprovázeno tělesnými a psychickými problémy. V samotném stárnutí žena dochází k poznání, že klimakteriem její život nekončí.

Doporučení pro praxi

Pro zlepšení informovanosti žen bychom navrhli informační leták, ve kterém bychom se zaměřili především na to, co mohou udělat ženy samy pro zlepšení svého zdravotního a psychického stavu, zejména je to změna životního stylu. Pozornost bychom směřovali na úpravu životosprávy a stravy. Již před více než 2000 lety Hippokrates, otec moderní medicíny, napsal: „Nech potravu, aby byla tvým lékem.“ Střídmá, zdravá a vyvážená strava hraje klíčovou roli v předcházení a zvládnání mnoha zdravotních potíží spojených s menopauzou. Změna stravování souvisí i s pravidelným pitným režimem. Potíže klimakterického syndromu může žena překonat sama, proto bych se soustředila na pravidelný pohyb, rychlou chůzi, jízdu na kole. Vhodná jsou relaxační cvičení, jóga, pomalé hluboké dýchání. Příjemnou metodou povznášející ducha je aromaterapie. Duševní rovnováhu mohou v různých životních obdobích narušit rozmanité události a situace.

Letáky by bylo vhodné umístit v gynekologických ambulancích, u praktického lékaře nebo v místech s větší koncentrací žen.

Doporučení pro ženy

Pokud si chce žena v době menopauzy zachovat emoční zdraví, musí se naučit zvládnout různé stresující změny. Jak zvládat menopauzu by se dalo shrnout do 5 bodů: Žena by měla být poučená, měla by mít situaci pod kontrolou, měla by se naučit zvládat stres, dále by se měla zaměřit na vyhledávání podpory a myslet pozitivně.

Cíl 1: Zjistit kvalitu života zkoumaného vzorku žen v období klimakteria.

Cíl práce byl splněn.

Cíl 2: Zjistit, které symptomy nejčastěji snižují jejich kvalitu života.

Cíl práce byl splněn.

Cíl 3: Zjistit, zda ženy užívající hormonální terapii mají menší obtíže než ženy, jež hormonální terapii nepodstupují.

Cíl práce byl splněn.

Cíl 4: Předložit, zda existují statisticky významné rozdíly s ohledem k přibývajícimu věku ženy, užívání HRT, k symptomům a jejich intenzitě.

Cíl práce byl splněn.

Cíl 5: Zmapovat, které obecně známé obtíže zkoumaný vzorek žen v klimakteriu postihuje.

Cíl práce byl splněn.

5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BOROVSKÝ, M. a A. KRIŠTÚFKOVÁ, 2015. Hormonálna substitučná liečba, pre a proti v roku 2015. *Klimakterická medicína*, **20**(2), s. 8-11. ISSN 1211-4278.
- BORRELLI, F., ERNST, E. Alternative and complementary therapies for the menopause. *Maturitas*. 2010, 66: 333-343. ISSN: 0378-5122.
- BUNC, V. Aktivní životní styl dětí a mládeže jako determinant jejich zdatnosti a tělesného složení, *Studia Kinetropologica*, České Budějovice: Jihočeská univerzita České Budějovice, ISSN 1213-2101 2008, roč. 1, č. 9, s. 13-17
- CITTERBART, K., A. MARTAN a L. ROB, 2008. *Gynekologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.
- COLAU, J., VINCENT, S., MARIJNEN, P., & ALLAERT, F. 2012. Efficacy of a non-hormonal treatment, BRN-01, on menopausal hot flashes. *Drugs in R & D* [online]. September 2012 vol. 12, iss. 3, s. 107 - 119. [cit. 2013-11-25] ISSN: 179-6901
Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.2165/11640240-000000000-00000>
- DONÁT, J., 2010. Současný pohled na hormonální léčbu po menopauze. *Klimakterická medicína*, **15**(1), s. 5-9. ISSN 1211-4278.
- FAIT, T., c2013. *Klimakterická medicína*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345342-8.
- FAIT, T., c2010. *Přechodem bez obav*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-219-3.
- GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HANÁČEK, J., 2009. Klimakterium a hormonální terapie v gynekologické praxi. *Postgraduální medicína*, **11**(5), s. 516-522. ISSN 1212-4184.

HEŘMANOVÁ, E., 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studijní texty. ISBN 978-80-7419-106-0.

HRUŠKOVÁ, H., Fyziologie klimakteria. *Medicína po promoci*, 2007, roč. 8, Suppl. 3, s. 4-8. ISSN: 1212-9445.

HRUŠKOVÁ, H., Klinické příznaky klimakteria. *Medicína po promoci*, 2007, roč. 8,

JENÍČEK, J., 2010. Kam kráčí klimakterická medicína? *Moderní gynekologie a porodnictví*, **19**(2), s. 163-166. ISSN 1211-1058.

JONÁŠ, J., Menopauza. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. 2009, č. 6 [cit. 2014-04-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/menopauza-429760>

KOLIBA, P., 2014. Aktualizované doporučení IMS k hormonální léčbě. *Klimakterická medicína*, **19**(4), s. 5-8. ISSN 1211-4278.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

LEXOVÁ, H., 2009. Klimakterium (klíčovou dírkou v ordinaci gynekologie). *Moderní babičtví*, **7**(18), s. 34-37. ISSN 80-903183-5-5.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

PAVLATOVÁ, E. Klimakterium, prostě přechod, *Zdravotnické noviny, příloha Pacientské listy*, Praha: Mladá fronta, ISSN 0044-1996, 2010, č. 18, s. 20

PERLÍN, C. Kvalita výživy v menopauze, *Klimakterická medicína* Praha: Domena, ISSN 1211-4278, 2009, roč. 14, č. 4, s. 30-33

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

SKŘIVÁNEK, A. Obezita v gynekologické ambulanci, *Zdravotnické noviny- příloha Lékařské listy*, Praha:Mladá fronta, ISSN 0044-1996 2008, č.9, s. 6

SLÍVA, J. a T. FAIT., c2012. *Samoléčba v gynekologii, aneb, Sama sobě gynekologem*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-282-7.

ŠRÁMKOVÁ, P. Léčba obezity v perimenopauze a postmenopauze, *Klimakterická medicína*, Praha: Domena, ISSN 1211-4278, 2009, roč. 14, č. 3, s. 21-23

TURČAN, P., 2009. Jakou pomoc zvolit v klimakteriu? *Sestra*, **19**(2), s. 29. ISSN 1210-0404.

VALJENT, Z. Pokus o vymezení pojmu Aktivní životní styl, *Studia Kinatropologica*, České Budějovice: Jihočeská univerzita, ISSN 1213-2101 2008, roč. 2, č 12, s 42-50

VNENKOVÁ, S. a L. PACHEROVÁ. *Je mi padesát - no a?: [druhá polovina života začíná]*. 1. vyd. Brno: CPress, 2013. ISBN 978-80-264-0162-9.

VOKURKA, M., J. HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-807-3452-025.

VRUBLOVÁ, Y. *Ženské klimakterium a jeho vliv na kvalitu života. Klimakterická medicína*. 2005, roč. 10, č. 3, s. 9-10. ISSN 1211-4278

ŽALMANOVÁ, S, 2011. Osteoporóza – známá nemoc dostupná diagnostika, dostupná léčba, známá prevence. *Klimakterická medicína*, **16**(3), s. 31. ISSN 1211-4278.

„Dostupné z:“ [www. boom.cz](http://www.boom.cz)

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník 1 Kvalita života žen v období klimakteria.....	I
Příloha B – Dotazník 2 Zjištění míry klimakterického syndromu u žen v období klimakteria	II
Příloha C – Tabulka Kuppermanův index	III
Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	VI

Dotazník 1 **Kvalita života žen v období klimakteria**

Dobrý den. Na začátku mého dotazníku bych se Vám ráda představila, jmenuji se Jana Motlová, jsem studentka Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. Praha. Byla bych ráda, kdybyste si našly chvíli času na vyplnění mého dotazníku. Je anonymní a mám ho pouze pro zpracování mé bakalářské práce, poté budou dotazníky zničeny. Děkuji Vám za Váš čas.

Klimakterium je přirozený stav v životě ženy, kdy dochází k útlumu funkce vaječnicků, snižuje se tvorba hormonů estrogenu a progesteronu. Zastavuje se menstruační cyklus a nastává ztráta plodnosti. Nízká hladina hormonů je původcem nepříjemných zdravotních potíží, které klimakterium provází. Např. zavodňování organismu, kolísavá psychika, návaly pocení, nespavost, migrény, pocity úzkosti, příbytek na váze, vysoušení kůže a tělních tekutin, deprese.

Věk ženy: 45 – 51 let 52 – 58 let 59 – 65 let

V období po dosažení 45 roku věku, kdy může začínat období klimakteria, pociťujete následné změny:

1. Ztrátu energie?
ano ne
2. Trápí vás návaly horka nebo noční pocení?
ano ne
3. Máte potíže s usínáním nebo spánkem?
ano ne
4. Jste sklíčená nebo depresivní?
ano ne
5. Bolí vás častěji hlava?
ano ne
6. Jste úzkostlivější nebo přecitlivější?
ano ne

7. Jste agresivnější nebo podrážděnější?
ano ne
8. Jste náladová?
ano ne
9. Přibrala jste na váze?
ano ne
10. Pociťujete zhoršení pohyblivosti, ztuhlost?
ano ne
11. Máte pocit, že vaše pohlavní touha je jen zlomkem té původní?
ano ne
12. Máte nepříjemné pocity při pohlavním styku?
ano ne
13. Máte problémy s nedostatečným zvlhčením pochvy nebo svěděním?
ano ne
14. Máte problémy s udržení moči?
ano ne
15. Je váš menstruační cyklus pravidelný?
ano ne menstruaci nemám
16. Užíváte hormonální terapii pro zvládnání klimakterických příznaků?
ano ne
17. V kolika letech věku jste zpozorovala některou z uvedených změn?
45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 letech
zatím jsem žádnou z uvedených změn nezaznamenala

Příloha B – Dotazník 2 Zjištění míry klimakterického syndromu u žen v období klimakteria

Dotazník 2 Zjištění míry klimakterického syndromu u žen v období klimakteria

Věk ženy: (zakroužkujte Váš věk)

45 – 51 let

52 – 58 let

59 – 65 let

Míra obtíží: (jak žena vnímá svoje obtíže)

žádné – označí 0

lehké – označí 1

střední – označí 2

silné – označí 3

Symptomy:

žádné = 0

lehké = 1

střední = 2

silné = 3

1. Návaly horka

2. Zvýšené pocení

3. Poruchy spánku

4. Podrážděnost

5. Deprese

6. Poruchy soustředění

7. Závratě

8. Bolesti hlavy

9. Bolesti kloubů

10. Bušení srdce

Příloha C – Tabulka Kuppermanův index

Kuppermanův index

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

Zdroj: FAIT, 2010, s. 20

Skórovací schéma pro možnost ověření přítomnosti klimakterického syndromu. (FAIT, 2010, s. 20)

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Kvalita života žen v období klimakteria v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 30. 3. 2018

.....

Jméno a příjmení studenta