

Klimakterické potíže a kvalita života ženy

Jana Šašinková

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav porodní asistence
akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana ŠAŠINKOVÁ**
Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Klimakterické potíže a kvalita života ženy**

Zásady pro vypracování:

Přípravná fáze bakalářské práce, stanovení cílů a hypotéz.
Sběr odborné literatury a dat týkající se klimakterických potíží a kvality života ženy.
Stanovení metod kvantitativního výzkumu.
Zpracování získaných dat.
Interpretace výsledků výzkumného šetření.
Praktické využití výsledků.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. KINDERSLEY, Dorling. Hormonální terapie při menopauze. 1st edition. Prahaá: Euromedia Group, 2002. 96 s. ISBNá80-249-0032-7
2. SNEIDER, Sylvia. Hodným holkám začíná klimakterium : Ty druhé jdou dál. Praha : Pragma, 1999. 152 s. ISBNá80-7205-712-X.
3. FISHEROVÁ, Elisabeth, KÜHREROVÁ, Irene. Jak přirozenou cestou vyrovnat hladinu hormonů. 1. vyd. Bratislava : Noxi, s.r.o., 2007. 128 s. ISBNá987-80-89179-53-4
4. SCHNEIDER , Sylvia. Hormonální podvod na ženách. 1. vyd. Olomoucí: Fontána, 2004. 126 s. ISBNá80-7336-109-4.
5. JENÍČEK, Jaroslav. Žena v přechodu : aneb Ženou po celý život. 1. vyd. Praha 7á: Grada Publishingspol. s.r.o., 1999. 89 s. ISBNá80-7169-752-4.
6. JENÍČEK, Jaroslav. Žena v přechodu . 2. přeprac. vyd. Praha 7á: Grada Publishing spol. s.r.o., 2004. 104 s. ISBNá80-247-0679-2

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Helena Fremlová

Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

5. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

5. června 2009

Ve Zlíně dne 5. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Fremlová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně23.2.2008

.....
Čestmír Janda

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem mé závěrečné bakalářské práce jsou klimakterické potíže a kvalita života ženy. Práce se skládá ze dvou částí a to části teoretické a části praktické.

V teoretické části se zabývám anatomií a fyziologií pohlavních orgánů ženy, klimakteriem a potížemi s ním spojenými. V této části vysvětluji a rozebírám výše uvedené termíny. Dále zde informuji o možnostech hormonální substituční terapie nebo nehormonální léčbě, změnách v psychice žen v tomto období a vhodném životním stylu.

V části praktické zkoumám dotazníkovým šetřením informovanost žen v problematice klimakteria, ať už se jedná o vyskytující se potíže, jejich řešení, nebo také zjišťuji nejčastěji objevující se potíže u samotných respondentek a jak je ony samy řeší. Dále se zajímám o změnu kvality života v období klimakteria a možnosti využití preventivních opatření (ať lékařských nebo selfmonitoringu).

Klíčová slova:

klimakterium, menopauza, premenopauza, perimenopauza, postmenopauza, hormonální substituční terapie

ABSTRACT

My bachelor thesis deals with climacterical problems and the quality of woman's life. The thesis includes two parts: theoretical and practical ones.

The theoretical part treats the anatomy and physiology of female genitalia, climacterium and problems connected with climacterium. In this part I describe and analyze all the expressions mentioned above. Then I consider changes of women's mood, possibilities concerning a hormonal substitute therapy or a non-hormonal treatment and I give advice concerning an appropriate lifestyle.

In the practical part I use questionnaires to examine knowledge of women in climacterium and issues such as problems caused by climacterium, treatment of these problems. I also state the most common complications from which the informants suffer themselves, and I describe the way they solve their problems. Finally, I am interested in the change of the

quality of life in the period of climacterium and the usage of preventive precaution (medical prevention or self-monitoring).

Keywords:

Climacterium, menopause, pre-menopause, peri-menopause, post-menopause, hormonal substitute therapy

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Heleně Fremlové za odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat Gynekologicko-porodnickému oddělení KNTB ve Zlíně a privátním gynekologickým ambulancím za umožnění dotazníkového šetření při výzkumu pro bakalářskou práci a dále všem ženám, které ochotně vyplnily dotazník.

OBSAH

ÚVOD	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 JEDNOTLIVÁ OBDOBÍ ŽIVOTA ŽENY	14
1.1 NOVOROZENECKÉ A KOJENECKÉ OBDOBÍ.....	14
1.2 KLIDOVÉ OBDOBÍ.....	14
1.3 PUBERTA A ADOLESCENCE.....	14
1.4 REPRODUKČNÍ OBDOBÍ	15
1.5 KLIMAKTERIUM	15
2 ANATOMIE POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	16
2.1 VNĚJŠÍ POHLAVNÍ ORGÁNY	16
2.1.1 Hrma (<i>mons pubis, mons Veneris</i>).....	16
2.1.2 Velké stydké pysky (<i>labia majora pudendi</i>).....	16
2.1.3 Malé stydké pysky (<i>labia minora pudendi</i>).....	16
2.1.4 Poštěvák (<i>clitoris</i>)	16
2.1.5 Poševní vchod (<i>vestibulum vaginae</i>)	16
2.1.6 Bulbus vestibuli	17
2.1.7 Bartholinská žláza (<i>glandulae vestibularis major Bartholini</i>)	17
2.1.8 Hráz (<i>perineum</i>).....	17
2.1.9 Pubické ochlupení (<i>pubes</i>).....	17
2.2 VNITŘNÍ POHLAVNÍ ORGÁNY.....	17
2.2.1 Vaječník (<i>ovarium, oophoron</i>)	17
2.2.2 Vejcovod (<i>sapinx, tuba uterina Fallopii</i>).....	18
2.2.3 Děloha (<i>uterus, metra</i>).....	18
2.2.4 Pochva (<i>vagina, colpos</i>)	19
3 FYZIOLOGIE POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	20
3.1 ESTROGENY	20
3.2 GESTAGENY.....	21
3.3 ANDROGENY.....	22
4 MENSTUAČNÍ CYKLUS	23
4.1 OVULAČNÍ CYKLUS.....	23
4.2 DĚLOŽNÍ CYKLUS.....	24
4.3 VAGINÁLNÍ CYKLUS.....	25
5 KLIMAKTERIUM	26
5.1 KLASIFIKACE (ROZDĚLENÍ, TERMINOLOGIE).....	26
5.2 MECHANISMUS VZNIKU	29
5.3 ENDOKRINOLOGIE MENOPAUZY	29
6 KLIMAKTERICKÉ POTÍŽE	30

6.1	VEGETATIVNÍ SYNDROM – KLIMAKTERICKÝ SYNDROM.....	30
6.1.1	Primární	30
6.1.2	Sekundární	31
6.2	ORGANICKÝ – ESTROGEN DEFICITNÍ SYNDROM	31
6.2.1	Urogenitální atrofie.....	31
6.2.2	Atrofie ostatních sliznic.....	32
6.2.3	Prsy a pánevní dno.....	33
6.3	METABOLICKÝ – ESTROGEN DEFICITNÍ SYNDROM	33
6.3.1	Osteoporóza	33
6.3.2	Onemocnění kardiovaskulárního systému	34
6.3.3	Změny v centrálním nervovém systému	34
6.3.4	Karcinom tlustého střeva	36
	Estrogenová substituce po menopauze významně snižuje výskyt tohoto karcinomu.	36
6.4	DIAGNÓZA KLIMAKTERIA.....	36
7	HORMONÁLNÍ LÉČBA KLIMAKTERICKÝCH POTÍŽÍ	38
7.1	HORMONÁLNÍ SUBSTITUČNÍ TERAPIE (HRT – HORMON REPLACEMENT THERAPY).....	38
7.1.1	Indikace HRT	39
7.1.2	Kontraindikace HRT.....	39
7.1.3	Rizika HRT.....	39
7.1.4	Nežádoucí účinky	40
7.1.5	Vyšetření prováděná před zahájením HRT.....	40
7.1.6	Individualizace léčby.....	41
7.2	NEHORMONÁLNÍ TERAPIE	41
7.3	FYTOESTROGENY	42
8	PSYCHICKÉ ZMĚNY V PŘECHODU	43
8.1	STŘEDNÍ DOSPĚLOST 35 – 45 LET	43
8.2	STARŠÍ DOSPĚLOST 45 – 60 LET	44
9	ŽIVOTNÍ STYL ŽENY V PŘECHODU.....	46
9.1	SPRÁVNÁ VÝŽIVA	46
9.2	DOSTATEK POHYBU A SPRÁVNÁ HYGIENA.....	46
9.3	PREVENCE ONEMOCNĚNÍ	46
9.4	SEXUALITA	47
II	PRAKTICKÁ ČÁST	48
10	PRŮZKUMNÁ ČÁST	49
10.1	CÍLE A HYPOTÉZY	49
10.2	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	50
10.2.1	Vyhodnocení dotazníků.....	50
10.2.2	Výsledky výzkumu	51

10.3 ZHODNOCENÍ CÍLŮ.....	75
ZÁVĚR.....	79
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	81
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	82
SEZNAM TABULEK	83
SEZNAM GRAFŮ.....	85
SEZNAM PŘÍLOH.....	86

ÚVOD

Každá žena prochází během svého života spoustou hormonálně podmíněných změn. Jakmile si na změnu zvykne, přizpůsobí a sžije se s ní, ihned se projeví další hormonální změna. Pro většinu žen není jednoduché tyto hormonální změny přijímat, protože jsou to hlavně změny spojené se stárnutím a často rovněž změnou životního stylu. Toto všechno je jedním z mnoha důvodů, proč se ženy obvykle klimakteria obávají.

I když klimakterium patří do očekávaných změn, které jsou součástí fyziologického vývoje každé ženy, jen stěží ho ovšem přijímají jednoduše. Ony samy si již nepřipadají tak atraktivní a žádané jako v mládí. Což jim dává jejich tělo patřičně znát, ač okolí to vždy nevidí stejně. Přičemž je klimakterium v podstatě jen další nezadržitelnou záležitostí hormonální změny v jejich životě stejně jako např. puberta nebo těhotenství. My všichni jim musíme vyjít vstříc a podpořit každou ženu přijímat sebe samu takovou jaká je a se vším všudy. Zkrátka povzbudit je, aby se měly rády v každém věku a během každé životní etapy, vždyť ony si to zaslouží. Ženy by si měly zkrátka připustit, že i po přechodu jsou a budou stále plnohodnotnými ženami.

Žena v přechodu se cítí rozladěně, k tomu se ještě přidávají potíže se spánkem, návaly horka, časté pocení, náladovost, celková tělesná nepohoda atd. a ani pohlavní život již není stejný jako dříve. Pokud se žena s nastalou situací nesnaží vyrovnat zasáhne to znatelně i kvalitu jejího života. Toto období nemusí být ovšem tak složité a obtížné, jak se mnohdy zdá a píše v různých novinách a časopisech určených právě ženám. Svým životním stylem mohou hodně zmírnit dopad a negativa na ně působící v tomto období. Tedy i proto je důležité, aby měly dostatek informací o možných potížích, které v přechodu mohou nastat, a rovněž tak i o způsobech jejich léčby. Mohou tím pak předejít mnohým nepříjemnostem.

Časem mě jistě čeká tohle většinou nepříliš oblíbené období. Nejen proto jsem ráda, že jsem si vybrala jako téma své bakalářské práce právě klimakterium. Také věřím, že svou prací mohu přispět ke zvýšení a zlepšení informovanosti žen na dané téma a tím zmenšit jejich obavy právě z tak neoblíbeného přechodu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 JEDNOTLIVÁ OBDOBÍ ŽIVOTA ŽENY

Biologickým posláním ženy je reprodukce. Toto poslání je spjato s obdobím pohlavní zralosti, kdy je žena k reprodukci anatomicky i funkčně uzpůsobena.

Než však tohoto období dosáhne, prochází postupně obdobím novorozeneckým a kojeneckým, klidovým obdobím dětstvím, pubertou a adolescencí. Po skončení reprodukčního období přechází do klimakteria, které plynule přechází a končí ve stáří.

1.1 Novorozenecké a kojenecké období

Novorozenecké období je doba prvních 6 – 8 týdnů života. Organismus je ještě pod vlivem mateřských hormonů – estrogenů. Tyto hormony způsobí nárůst děložní sliznice a tvorbu hlenu, který může maminka pozorovat na rodidlech dítěte. Po 7 – 10 dnech hladina hormonů – estrogenů klesá a u děvčátek se může objevit i slabé krvácení z rodidel.

Poté následuje období **kojenecké**, které trvá až do 1. roku života ženy.

1.2 Klidové období

Na období kojenecké navazuje klidové období **dětství**. To je charakterizováno prakticky nulovými hladinami estrogenů v krvi, pohlavní orgány děvčátka jsou v klidu, neprodukují se téměř žádné estrogény. Tato doba trvá přibližně do 10. roku věku.

1.3 Puberta a adolescence

Produkcí pohlavních hormonů ve vlastním vaječníku je zahájeno období pohlavního **dospívání**. Následkem produkce hormonů dochází k souboru změn, které nazýváme **puberta**. V tomto období začíná růst prsní žláza, roste ochlupení v podpažních jamkách a na zevních rodidlech. Rozvíjejí se pohlavní orgány. Mezi 10. až 15. rokem se dostavuje první menstruace (menarche). Estrogény ovlivňují také tělesný růst a rozložení tuku.

Časový úsek od menarche do 18. roku věku je také označován jako **adolescence**, doba spojená s výraznými psychickými změnami a touhou po osamocení.

1.4 Reprodukční období

Od 18. roku věku nastává období pohlavní zralosti – tzv. **reprodukční období**. Na pohlavních orgánech probíhají cyklické změny, které jsou považovány za opakovanou přípravu k oplodnění a k těhotenství.

1.5 Klimakterium

Přibližně od 45. roku věku dochází k pozvolnému **přechodu reprodukčních orgánů do klidu**. Postupně vyhasíná funkce vaječnicků, což se projeví změnami na pohlavních orgánech (menstruační poruchy, ustává menstruační krvácení, děloha i vaječníky se zmenšují) i celkovými příznaky. Žena pociťuje návaly horka, potí se, může mít závratě, pocit bušení srdce. Některé ženy trpí nespavostí a jsou nervózní.

Asi po 55. roce úplně vyhasne činnost vaječnicků. U žen po **menopauze** je častější výskyt onemocnění cév a srdce. Dochází ke vzniku osteoporózy (úbytek kostní hmoty), která se může projevit bolestmi páteře, kloubů nebo zlomeninou. Změny se dotýkají také kůže a sliznic, které jsou ztenčené a suché, prsy atrofují.

2 ANATOMIE POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Ženské pohlavní orgány jsou vnější, vnitřní a pochva. Mezi vnější pohlavní orgány patří: hrma, velké a malé stydké pysky, poštváček, poševní vchod, bulbi vestibuli, bartholinské žlázy a vlastně i hráz a pubické ochlupení. Mezi vnitřní patří: vaječník, vejcovod, děloha.

2.1 Vnější pohlavní orgány

2.1.1 Hrma (*mons pubis, mons Veneris*)

Je ventrokranální část zevních rodidel ve trojúhelníkovém tvaru, tvoří ji podkožní tukový polštář pokryt silnou kůží a chlupy.

2.1.2 Velké stydké pysky (*labia majora pudendi*)

Jsou přímým pokračováním hrmy směrem ke konečníku (dorzokaudálně) a tvoří je párová kožní řasa, mohou být různě výrazně vyvinuty. Nejčastěji prakticky uzavírají genitál a tvoří tak tzv. rima pudendi. Vpředu u hrmy tvoří přední komisuru a vzadu zadní komisuru pokračující do hráze. Jejich kůže je pigmentovaná s chlupy a s tukovým podkožím. V hloubky velkých stydkých pysků jsou uložena párová topořivá tělesa.

2.1.3 Malé stydké pysky (*labia minora pudendi*)

Jsou kožně-slizniční párové řasy uložené pod velkými pysky. Jsou tvořeny řídkým kolagenovým vazivem a s hojným počtem elastických vláken.

2.1.4 Poštěváček (*clitoris*)

Je kavernózní orgán. Dělí se na dvě části, které v podobě kořenů zasahují až ke stydké kosti. Sliznice na něm je velmi jemná podobná kůži.

2.1.5 Poševní vchod (*vestibulum vaginae*)

Je vkleslina mezi malými stydkými pysky, do které ústí poševní štěrbinou pochva. Před ústím pochvy je vyústění močové trubice (*ostium urethrae externum*).

2.1.6 Bulbus vestibuli

Je párové kavernózní těleso, nacházející se vpředu a po stranách poševního vchodu.

2.1.7 Bartholinská žláza (*glandulae vestibularis major Bartholini*)

Je párová žláza uložená pod velkými pysky, ústící do poševní předsíně. Velikost žlázy je asi 2 x 1 cm. *Glandulae vestibulares minores* jsou drobné nepárové žlázy nacházející se po celém obvodu poševního vchodu.

2.1.8 Hráz (*perineum*)

Je přepážka mezi zadní komisurou velkých stydkých pysků a řitním otvorem, je asi 4 cm široká a tvoří ji kůže, podkoží a svalovina.

2.1.9 Pubické ochlupení (*pubes*)

Jedná se o druhotné pohlavní znaky a u žen pokrývá hru a velké stydké pysky. Jeho rozvoj je hormonálně ovlivněn.

2.2 Vnitřní pohlavní orgány

2.2.1 Vaječník (*ovarium, oophoron*)

Je vlastní párovou pohlavní žlázou ženy, která produkuje ženské pohlavní buňky, ale také je i endokrinní žlázou. V novorozeneckém věku je asi 20 x 5 x 5 mm velký s hladkým povrchem. V období dětství je vaječník bez činnosti a je hladký o velikosti asi 20 x 2 – 3 mm. Při pohlavním dospívání se zvětšuje, v dospělosti má oploštělý tvar a velikost okolo 4 – 5 x 3 x 2 cm, povrch vaječníku je díky dozrávání folikul hrbolatý. V období senia se ovarium postupně zmenšuje a srašťuje. Vaječníky jsou uloženy v pánevní dutině ženy, zavěšeny jsou na dvojitém listu pobřišnice (*mesovariu*). Na povrchu vaječníku nacházíme tzv. **zárodečný epitel** (jednovrstvý kubický; nemá nic společného se „zárodečnou“ funkcí vaječníku) a pod ní vrstvu z tuhého vaziva (*tunica albuginea ovarii*).

Dále nacházíme **kůru** (*cortex ovarii*), ve které se nacházejí **folikuly** v různém stupni vývoje a úplně ve středu orgánu je **dřeň** (*medulla ovarii*) s pletením krevních i mízních cév, nervů a snopců hladké svaloviny.

Hlavními funkcemi vaječníků jsou tvorba **vajíček** (*oogeneze*) a syntéza ženských pohlavních hormonů (**estrogeny, progesterony**). Po menopauze během pěti let úplně vymizí dozrávání folikul.

2.2.2 Vejcovod (*sapinx, tuba uterina Fallopii*)

Vejcovod je párová nálevkovitá trubice z hladké svaloviny dlouhá asi 10 – 12 cm a tloušťky asi 0,5 cm. Zajišťují transport vajíčka po **ovulaci** směrem k děloze. Podobně jako vaječníky jsou i vejcovody fixovány pomocí pobřišnicové duplikatury (*mezosalpinx*). Břišní ústí vejcovodu (*ostium abdominale tubae uterinae*) je širší a má roztřepený okraj – zachycuje uvolněné vajíčko po ovulaci; umí přilnout k vaječníku a nasát vajíčko dovnitř. Děložní ústí vejcovodu (*ostium uterinum tubae uterinae*) je úzké vyústění vejcovodu do rohu děložního. Vnitřek vejcovodu je vystlán sliznicí (*endosalpinx*), která vyběhá v četné řasy a tvoří tak hustý labyrint. Povrch sliznice je tvořen jednovrstvým cylindrickým epitelem s řasinkami kmitajícími směrem k děloze. Během cyklu se mění morfologie řasinkové i sekreční buňky sliznice, ale také se mění i směr kmitání řasinek. Střední vrstva je tvořena hladkou svalovinou. Na povrchu je salpinx kryt viscerálním peritoneem.

2.2.3 Děloha (*uterus, metra*)

Je nepárový dutý orgán hruškovitého předozadně zploštělého tvaru uložený v centru pánve. Rozeznáváme na ní **tělo** (*corpus uteri*), **úžinu děložní** (*ismus uteri*) a **hrdlo děložní** (*cervix uteri*). Všechny části se liší nejen svou funkcí, ale také morfologií, citlivostí na pohlavní hormony a také patologickými procesy. Do **dutiny děložní** (*cavitas uteri*) ústí shora do dvou rohů děložních vejcovody. Vespod v oblasti děložního hrdla ústí děloha do pochvy; zaoblený úsek, který vyčnívá do pochvy, označujeme jako **děložní čípek** (*portio vaginalis cervicis*).

Na stavbě děložní sliznice se podílejí 3 vrstvy:

Endometrium - děložní sliznice s jednovrstvým cylindrickým epitelem a četnými žlázkami. Nasedá na podslizniční vazivo. Endometrium lze rozdělit ještě na dvě vrstvy, a to *stratum basale*. Je srosteno s myometriem a při menstruaci se neodlučuje. A na *stratum functionale*, které prodělává cyklické změny závislé na hormonálních výkyvech známých jako endometriální cyklus. Na sliznici probíhají změny vzhledem k fázím **menstruačního cyklu**.

Myometrium – svalová vrstva je tvořena několika vrstvami různě uspořádané hladké svaloviny. Je nejtlustší vrstvou stěny děložní. Během těhotenství dotáhne hladké svalové buňky svoji délkou až zdesetinásobit.

Perimetrium – tenká vazivová vrstvička s pobřišnicí, která pokrývá dělohu. Děloha je ve své pozici v pánvi fixována pomocí podpůrného aparátu – parametria, což jsou různé vazivové provazce, spojující dělohu s dalšími útvary v pánvi. Na fixaci se podílejí i svaly pánevního dna (zdvíhač dna pánevního – *m. levator ani*) a svaly hráze (*m. perinei*).

Velikost dělohy se během života ženy mění a je uložena do anteverze a anteflexe. Velikost vyvinuté dělohy u ženy, která ještě nerodila je 7 – 9cm na délku, šířka ve fundu je 4 – 5cm a předozadní průměr je 2,5 – 3,5cm. U rodivších žen jsou uvedené rozměry asi o 10mm větší. Po menopauze a v seniu se děložní tělo opět zmenšuje v důsledku vymizení estrogenu.

2.2.4 Pochva (*vagina, colpos*)

Je nepárová trubice, sloužící jako ženský kopulační orgán. Na horním konci přechází skrze čípek děložní do dělohy, na dolním konci ústí jako štěrbina poševní do předsíně na povrch těla. Pochva svírá s osou děložního hrdla úhel 70 až 100°. Pochva je okolo 9 cm dlouhá a až 3cm široká. Stěna pochvy je složena ze tří vrstev, a to sliznice, svaloviny a zevního vazivového obalu (*adventicie*). Sliznici tvoří mnohvrstevný dlaždicový epitel, od kůže se liší tím, že nerohovatí a nemá žádné žlázy a chlupy; při sexuálních podnětech se sliznice zvlhčuje vodnatým sekretem. Během menstruačního cyklu se mění cyklicky stavba poševní sliznice, po menopauze se epitel pochvy ztenčuje díky úbytku a postupnému vymizení estrogenu (*senilní atrofie*). Svalovina pochvy je tvořena hladkou svalovinou síťovitě uspořádanou.

Těsně před vyústěním pochvy do předsíně poševní nacházíme **panenskou blánu** (*hymen*), což je slizniční řasa variabilního rozsahu. Během první soulože se panenská blána natrhává (*deformace*), definitivně jsou zbytky panenské blány rozrušeny při prvním porodu. (Citterbart, 2001)

3 FYZIOLOGIE POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Pohlavní orgány produkují pohlavní buňky (vajíčka) a pohlavní hormony. Reprodukční funkce ženy zajišťuje systém složený z hypotalamu, hypofýzy a ovaria. Regulace se uskutečňuje prostřednictvím hormonů a neurotransmiterů. Ženské pohlavní hormony jsou estrogeny tvořené převážně v ovariu. Ale také se v ženském těle tvoří malé množství androgenů.

3.1 Estrogeny

Estrogeny nacházíme převážně v ovariu, v placentě a menší množství v nadledvinách.

Ovariální estrogeny se tvoří v theca interna a ve stratum granulosum ve zrajícím Graafově folikulu a po ovulaci ve žlutém tělísku. Produkce těchto hormonů řídí hypofyzární hormon FSH (folikulostimulační hormon), který je regulovaný z hypotalamu hormonem GnRH a je vyplavován v pulsech.

Koncentrace estrogenů v plazmě se mění v průběhu menstruačního cyklu a zaznamenáváme dva vrcholy sekrece. První je před ovulací a druhý, nižší, je uprostřed luteální fáze.

Denní produkce estradiolu se udává v závislosti na cyklu 50 - 500 μ g / 24 hod., v celém cyklu je to až 5 mg.

Estrogeny mají proliferační a stimulační účinek na pohlavní orgány, sekundární pohlavní znaky, přídatné reprodukční orgány, ale také mají metabolické účinky.

- Estrogeny vyvolávají proliferaci buněk v děložním hrdle, v myometriu a v endometriu
- Jejich účinkem se vyvíjí zevní genitál
- Podporují růst svaloviny a motilitu vejcovodů
- Nepřímo pomocí gonadotropinů ovlivňují vaječník a stimulují počáteční růst folikulů
- Ovlivňují produkci a sekreci gonadoliberinu a důsledkem toho i změny ve výdeji LH a FSH
- Snižují hladinu cholesterolu a β -lipoproteinů v plazmě

- Působí diabetogenně
- Zadržují kalium v buňce a natrium v extracelulárním prostoru, což má za důsledek retenci vody v tkáních a edémy
- Urychlují zrání osifikačních center, uzavírání epifyzárních štěrbin a chrání před vznikem osteoporózy
- Zvyšují v plazmě hladinu globulinu, který váže tyroxin a kortison a tím je biologicky inaktivuje
- Ovlivňuje vývoj sekundárních pohlavních orgánů, ale také ovlivňuje psychiku, jednání a chování
- Působí parasymptoticky
- Zpevňuje cévní stěnu, zvyšuje její retenci a snižuje fragilitu kapilár
- Snižením tvorby erytrocytů působí na erytropoézu
- Ovlivňuje vývoj prsů tím, že podporuje růst a větvení mlékovodů
- Zvyšuje tvorbu feromonu kopulinu v pochvě, a tím se podílejí na stimulaci sexuální aktivity

3.2 Gestageny

Gestagenů (progesteronů nebo progestinů) je malé množství na rozdíl od estrogenů.

Fyziologicky nejdůležitější je progesteron, je tvořen luteiními buňkami žlutého tělíska ovariu. Malé množství je také tvořeno thekálními buňkami zrajícího folikulu před ovulací a nadledvinou. Velké množství progesteronu tvoří trofoblast v placentě. Jeho produkce v proliferační fázi je 2,5 – 5,4mg/ 24 hod., v luteální fázi 22 – 43mg/24 hod..

Hlavním úkolem gestagenů je příprava a udržení těhotenství. Působí na reprodukční orgány, ale má také i metabolické účinky.

- Gestageny působí na endometrium, které je připravené proliferačním účinkem estrogenů
- Působí na myometrium, kde tlumí motilitu hladkého svalstva

- Vyvolávají sekreci žláz, žlázy se spirálně stácejí, lumen se rozšiřuje a tvoří glykogen
- V děložním hrdle způsobuje snížení hlenu a jeho zahuštění
- Podporuje vývoj alveolů v mléčné žláze
- Přes hypotalamus negativní zpětnou vazbou inhibují po ovulaci sekreci LH
- Zabraňují ovulaci tlumením účinku estrogenů
- Tlumivě působí na nervový systém a ve vysokých dávkách působí až anesteticky

3.3 Androgeny

Patří k nim testosteron, dihydrotestosteron, androstendion, dehydroepiandrosteron (DHEA) a androsteron. Tvoří se v ovariu v hilových stromálních buňkách, v rostoucích folikulech a žlutých těliscích. U žen je produkce testosteronu 0,23 – 0,34mg/24 hod., tj. asi 20krát nižší než u mužů. V průběhu menstruačního cyklu se jejich produkce výrazně nemění.

Mají androgenní a proteonabolické účinky.

- Ovlivňují růst pubického a axilárního ochlupení
- Udržují libido
- Při normální biosyntéze a také při extraglandulární syntéze estronu z androsteronu nadledvin v období menopauzy jsou prekurzory estrogenu (Citterbart, 2001)

4 MENSTRUAČNÍ CYKLUS

Reprodukční systém ženy prochází cyklickými změnami, které jsou považovány za opakovanou přípravu tohoto systému k fertilizaci a k těhotenství.

Hlavním znakem menstruačního cyklu je pravidelné krvácení způsobené odlučováním částí děložní mukózy (menstruace). Délka cyklu, tj. doba od začátku jednoho krvácení do začátku dalšího krvácení, je nejčastěji 28 dnů. Délka cyklu není u všech žen stejná, fyziologicky se pohybuje v rozmezí 24 – 36 dnů.

4.1 Ovulační cyklus

Základní anatomickou a funkční jednotkou v ovariu je folikul, jež obsahuje oocyt. U plodu v 5. – 6. měsíci těhotenství je největší počet oocytů a to 6 – 7 milionů v obou ovarích, při narození jich je již jen 1 – 2 miliony a v období menarche přibližně 500 000. Na začátku každého cyklu se zvětšuje několik folikulů a kolem oocytu se tvoří dutina. U ženy pouze jeden dominantní folikul v jednom ovariu od 6. dne cyklu roste rychleji. Ostatní folikuly se regresivně mění, atrezují a vznikají atretické folikuly. Folikulární buňky syntetizují estrogenu, po ovulaci vzniká corpus luteum, které syntetizuje rovněž steroidy. Tyto děje jsou ovlivňovány gonadotropiny - FHS a LH. Ovarium není jen místem tvorby hormonů, ale je také cílovým orgánem pro pohlavní steroidy tzn., že se tyto hormony podílí na vzniku folikulu, ovulace a corpus luteum.

Při folikulárním růstu máme folikul primordiální, primární, sekundární a terciární folikul – Graafův.

Ovulace probíhá kolem 14. dne menstruačního cyklu, vajíčko je vypuzeno do dutiny břišní. Po té jej zachytí fimbrie vejcovodu a transportují do dělohy. Nedojde-li k oplodnění vajíčka, degeneruje a je vypuzeno do pochvy.

Prasklý folikul se okamžitě vyplní krví a vzniká tzv. Corpus haemorrhagicum. Thekalní a granulózové buňky jej pak mění na corpus luteum, které je zdrojem estrogenu a progesteronu v luteální fázi. Corpus luteum degeneruje (asi 4 dny před začátkem menstruace) nenastane-li koncepce a mění se na corpus albicans neboli corpus fibrosum.

Dojde-li však k oplodnění vajíčka, mění se corpus luteum menstruationis na corpus luteum graviditatis.

4.2 Děložní cyklus

Děloha obsahuje v jednotlivých částech receptory pro progesterony a estrogeny. V závislosti na ovariačním cyklu dochází ke změnám v endometriu, myometriu a cervixu.

- Endometriální cyklus – trvá 28 dní a je rozdělen do 3 následujících fází.
 - Proliferační fáze – začíná asi 5. den menstruačního cyklu a jeví se proliferací žlázek, stromatu, cév a povrchového epitelu. Ke konci této fáze je endometrium vysoké 3 – 5mm.
 - Sekreční fáze – začíná 15. den cyklu a končí 26. den. V této fázi dochází k přeměně proliferovaného endometria v endometrium sekreční a kolem 20. dne cyklu je jeho výška 7 mm. Délka sekreční fáze je relativně stálá, trvá asi 14 dnů.
 - Menstruační fáze – v této fázi dochází k degenerativním změnám na endometriu. Asi 26. den cyklu se vyvíjí ischemická nekróza v pars functionalis. Nekróza postihuje celou pars functionalis endometria, která se po té odlučuje a s krví odchází z dělohy jako menstruační krvácení.

Menstruační krev je z velké části krev arteriální, pouze 25 % krve je venózní. Obsahuje buněčnou drť, prostaglandiny a velké množství fibrinolyzinu tvořeného v endometriu. Jeho funkcí je rozpouštění krevních koagul, proto se za normálních okolností menstruační krev nesráží.

Menstruační období dělíme na 2 fáze a to: deskvamační, trvající 1 – 2 dny, a regenerační, které trvá 2 – 3 dny. Obvykle menstruační krvácení trvá 3 – 5 dnů, ale fyziologické je rozmezí 1 – 8 dnů. Průměrně při menstruaci dochází ke ztrátě 30 až 80 ml krve. Při opakované ztrátě nad 80 ml dochází k deficitu železa a vyvíjí se sideropenická anémie.

- Myometrální cyklus – v proliferační fázi postupně stoupá děložní motilita, vrcholu dosahuje při ovulaci a zaniká v sekreční fázi. Děložní stahy se podílejí na

odlučování sliznice, vypuzování obsahu dutiny děložní a zástavě krvácení během menstruace.

- Cervikální cyklus - periodické změny během menstruačního cyklu se na hrdle projevují na sekreci a kvalitě hlenu, na funkci endocervikální sliznice a na aktivitě svaloviny. V průběhu cyklu se mění biochemické a biofyzikální vlastnosti cervikálního hlenu, které mají vliv na pronikání spermií do dělohy, ale také jsou diagnosticky cenné. Největší množství hlenu při ovulaci, ale viskozita je nejnižší. V době ovulace je v hlenu nejnižší počet leukocytů a rychlost spermií při průniku cervikálním hlenem je nejvyšší.

Změny v cervikální svalovině se projevují v první fázi cyklu hypotonií a hypertonií ve druhé fázi cyklu.

4.3 Vaginální cyklus

V průběhu cyklu mění svou výšku a hustotu vaginální epitel v závislosti na stimulaci pohlavními steroidy. Tyto změny jsou shodné s ovariálním cyklem.

I pH poševního prostředí prodělává cyklické změny. V proliferační fázi je pH kyselé, během ovulace je neutrální a v sekreční fázi je opět kyselé. Hormonální působení, především estrogenů, na sliznici poševní, můžeme sledovat morfologickým hodnocením funkční cytologie. (Citterbart, 2001)

5 KLIMAKTERIUM

Každá žena se jednou dostane do nového životního období, které s sebou přináší významné fyzické a emoční změny, ovlivňující celý organismus.

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. Délka života ženy se za posledních 100 let prodloužila o 30 let. Průměrná délka života žen se zvyšuje (78 let).

Začátek menopauzy se tím posunul do středního věku. Menopauzy se dožívá více jak 95% žen. Ženy v postreprodukčním věku (50 – 80 let) tvoří asi 30 % naší populace.

Problémy postmenstruačních žen jsou významné zdravotně i společensky.

5.1 Klasifikace (rozdělení, terminologie)

Definice vychází z endokrinních změn, klinických příznaků a věku.

Menopauza

Jedná se o poslední fyziologické krvácení z endometria. Může se určit až retrospektivně. Uplyne-li 1 rok a více od posledního menstruačního krvácení jde o krvácení menopauzální. Menopauza je dělicí mezník mezi obdobím premenopauzálním a postmenopauzálním.

Průměrně se poslední menstruační krvácení objevuje u žen ve věku 49 – 51 let. Poslední krvácení před 35. rokem života se označuje jako předčasná menopauza.

Premenopauza

Dá se tak označit celé reprodukční období. Ale většinou se počítá od 40. roku, s nástupem nepravidelného krvácení, deficitem progesteronu.

Menopauzální přechod

Termín menopauzální přechod by měl být vyhrazen pro čas před poslední menstruační periodou, kdy obvykle stoupá variabilita menstruačního cyklu. Tento termín může být užit synonymně s perimenopauzou, i když posledně zmíněný může být nepřesný a měl by být vypuštěn.

Perimenopauza

Jde o období bezprostředně před menopauzou, kdy jsou již přítomny endokrinní, biologické a klinické známky blížící se menopauzy a jeden rok po menopauze. V tomhle období se objevuje nepravidelná menses, vzestup FSH (20-30 IU/L), pokles E2 < 20 pg/ml, nedostatek progesteronu.

Toto období trvá čtyři až šest let. Časový úsek před menopauzou je individuální, není přesně ohraničen.

Perimenopauza se částečně překrývá s pre- a postmenopauzou.

Postmenopauza

Začíná od poslední menstruace a končí poklesem produkce estrogenu v ovariu na minimum. Plynule přechází v senium.

Klimakterium

Klimakterium je období v životě ženy, kdy přechází z reprodukčního období postupnou zástavou reprodukční schopnosti až úplným ukončením funkce ovarii, do období stáří. Jde tedy o přechod mezi plodným obdobím a začátkem stáří.

Klimakterický syndrom

Klimakterium je někdy, ale ne nezbytně vždy, spojeno se symptomatologií. Přítomnost těchto symptomů může definovat klimakterický syndrom.

Předčasná menopauza

Ideálně by předčasná menopauza měla být definována jako menopauza, která se objeví ve věku o dvě standardní odchylky nižší, než je průměr pro referenční populaci. V praxi se často užívá věk 40 let jako arbitrážní hranice, pod níž menopauzu označujeme jako předčasnou. (Jeníček, 2001)

Indukovaná menopauza

Indukovaná menopauza je definován jako zástava menstruace, která následuje po chirurgickém odstranění obou vaječníků (s nebo bez hysterektomie), nebo po iatrogení ablací ovariální funkce (chemoterapií nebo radiací).

Průměrný věk endokrinních změn vrcholí kolem 50. až 52. roku věku. Klimakterické období trvá plus/minus 6 let kolem 51. – 52. roku. Před 51. rokem dominují vegetativní potíže, pak se postupně zvýrazňují organické potíže. Se zvyšujícím se věkem nabývají na závažnosti osteoporóza a kardiovaskulární změny.

S ukončením ovariální funkce je spojen výrazný pokles plazmatické koncentrace estrogenů, který vede k rozvoji více či méně závažných funkčních, somatických a psychických změn.

Specifické řešení klimakterických symptomů a onemocnění způsobené nedostatkem endogenních estrogenů je hormonální substituční léčba.

5.2 Mechanismus vzniku

Menopauza je příznak charakterizující ukončení cyklických dějů a umožňující reprodukční funkci ženy. Příčinou ukončení reprodukce je vyčerpání neobnovitelného počtu oocytů.

Úbytek začíná již ve 20. týdnu intrauterinního vývoje, v polovině těhotenství je v ovariích dítěte sedm milionů folikulů, při porodu dva milióny, při menarche 300 tisíc a v postmenopauze jen ojedinělé. V postmenopauze jsou přítomny pouze ojediněle. K menopauze dochází dříve, než byla populace rostoucích folikulů vyčerpána úplně. Menší rezerva nerostoucích folikulů znamená dřívější vstup do menopauzy. K rychlejší ztrátám primordiálních folikulů dochází po 36. roce života ženy.

Oocyty (folikuly) v průběhu reprodukčního věku regredují.

Spolu se zánikem folikulárního aparátu klesá hladina estrogenů, až klesne pod hranici nezbytnou k proliferaci endometria (menopauza). Podobně dochází ke změnám ve všech estrogensenzitivních cílových tkáních.

Ovaria si i po menopauze zachovávají endokrinní aktivitu – produkují androgeny.

Dochází k rozvoji klimakterického syndromu v důsledku deficitu estrogenů.

5.3 Endokrinologie menopauzy

Klimakterium je odstartováno poklesem hladin inhibinů a vzestupem FSH, který vede k urychlenému dozrávání folikulů a zvýšené sekreci estrogenů u starších žen do doby vyčerpání zásoby folikulů. Klesá zásoba folikulů v ovariu pod prahové množství a mizí citlivost folikulů ke gonadotropinům. Ovarium ztrácí schopnost cyklické produkce estrogenu a progesteronu. Nízké hladiny estrogenu pochází z extraglandulární přeměny v tukové tkáni. (Donát, 2000)

6 KLIMAKTERICKÉ POTÍŽE

Nedostatek estrogenů působící na cílové orgány a tkáně může vést ke vzniku specifických potíží označovaných pojmem klimakterický syndrom. Klimakterický syndrom můžeme také nazývat estrogenním deficitním syndromem. Určité symptomy souvisí s nedostatkem estrogenů a u dalších z nich je těžké odlišit podíl hormonálních vlivů a stárnutí organismu.

Klimakterický syndrom se dělí na 3 kategorie:

1. Vegetativní – akutní – klimakterický syndrom
2. Organický – subakutní – estrogen - deficitní syndrom
3. Metabolický – chronický – estrogen - deficitní syndrom

Symptomy se také mohou dělit na:

1. časně
2. pozdní (metabolické a organické)

6.1 Vegetativní syndrom – klimakterický syndrom

6.1.1 Primární

Vazomotorické symptomy

Symptomy v této kategorii jsou velmi pestré. Mohou se začít objevovat již u nepravidelné a silné menstruace, čili v perimenopauze.

Hlavními symptomy dané kategorie jsou návaly horka a profuzní pocení. Podkladem je kožní vazodilatace. Většinou trvají déle než rok, u 25 – 50 % žen déle než 5 let a v 10 % případů trvají déle než 15 let. S délkou deficitu estrogenů se frekvence a intenzita návalů snižuje.

Mezi rizikové faktory patří nízká koncentrace cirkulujících estrogenů, kouření, nízká tělesná hmotnost, nízký socioekonomický stav, nízká úroveň vzdělání, předčasná i indukovaná menopauza. Návaly mohou vnikat spontánně, nebo mohou být vyvolány stresem, alkoholem, kávou a při vyšší okolní teplotě. Trvají průměrně čtyři minuty, ale kolísají od 30 sekund až do 10 minut. Návaly horka mohou provázet palpitace, úzkost, podrážděnost, závratě a pocity slabosti. Ženy někdy uvádí jenom noční pocení. Při častém výskytu návalů horka se výrazně snižuje kvalita života.

6.1.2 Sekundární

Psychické symptomy

Na jejich vzniku se bez pochyb podílí více faktorů s podílem sociokulturních vlivů a životním stylem.

Mezi psychické příznaky klimakteria patří nespavost, únava, nervozita, předrážděnost, tenze, cefalgie, poruchy soustředění a paměti, deprese a úzkost.

Potíže se mohou negativně promítnout do rodinných problémů, pracovní výkonnosti, sexuálního života aj.

6.2 Organický – estrogen deficitní syndrom

Patří sem nejen anatomické změny na cílových orgánech a tkáních, vnímané jako projevy stárnutí organismu, ale také změny, podmiňující vznik patologií a klinických obtíží. Genitální atrofie patří k nejzřetelnějším změnám. Důsledkem je řada objektivních a subjektivních nepříjemných potíží. Patří sem:

6.2.1 Urogenitální atrofie

Dochází ke ztenčení vaginálního epitelu a k redukování průtoku krve v něm. Snižuje se elasticita pochvy a její délka, sliznice se stává zranitelnější a je náchylnější k rozvoji

atrofické vaginitidy při zvýšeném pH. Některé ženy si stěžují na dyspareunii a kontaktní krvácení.

Atrofická senilní vaginitis

Jedná se o atrofii poševní sliznice se změnou vaginální mikroflóry a vzestupem pH. Epitel se stává méně odolným vůči patogenním mikrobům. Poševní stěna se ztenčuje, pochva se zkracuje a zužuje. Dochází k rozvoji vaginálních infekcí a vznikají záněty, které se klinicky projevují obvykle suchostí v pochvě, bolestivostí, fluorem, dyspareunií a pálením při močení. Klesá tedy lubrikace, je pruritus, fluor (porucha biocenozy), krvácení z atrofie.

Atrofická senilní uretritis

Vznik atrofické senilní uretritis souvisí s atrofií trigonia močového měchýře a uretry při depleci estrogenů. Dochází tak k dysfunkci dolní části močového ústrojí. Deficit estrogenů se projevuje častým močením, urgencí, dysurií, nykturií a inkontinencí. Vyšetření ukáže na zarudnutí orificia uretry a častou everzí mukózy na jeho zadním okraji. Uretroskopickým a cytoskopickým vyšetřením se obvykle prokáže zarudnutí a zhrubnutí uretrální sliznice s možnou stenózou uretry v některých úsecích.

6.2.2 Atrofie ostatních sliznic

Estrogenový nedostatek se může projevit atrofizací sliznic dutiny ústní, nosu, hltanu, oka, céka a vzestupného tračníku s řadou obtíží.

Atrofie kůže

Atrofizace kůže se projevuje suchostí, ztenčením a zvrásněním jako následek snížené mitotické aktivity ve stratum germinativum. Změna poměru mezi androgeny a estrogeny po menopauze pravděpodobně přispívají ke zvýšenému ochlupení v obličeji, k redukci v pubické a axilární oblasti a k prořidnutí a ztenčení vlasů a nehty jsou zvýšeně lomivé. Ubývá podkožní tuk na mons veneris a v labia maiora.

6.2.3 Prsy a pánevní dno

Prsy

Po menopauze prsy atrofují s redukcí tukové tkáně, která je nahrazena tkání fibrózní. Zvyšuje se sklon k dysplazii prsu.

Pánevní dno

V souvislosti s nedostatkem estrogenů ztrácí tonus svalovina pánevního dna. Atrofizace postihuje podpurný a závěsný aparát dělohy.

6.3 Metabolický – estrogen deficitní syndrom

Do této kategorie se zahrnuje osteoporóza, onemocnění kardiovaskulárního systému a změny v centrálním nervovém systému.

6.3.1 Osteoporóza

V ČR je postiženo osteoporózou 7 - 8% obyvatel. V mládí kost přibývá, po 35 roce začíná ubývat (před menopauzou 0,5 – 2% za rok).

Osteoporóza je progresivní systémové a metabolické onemocnění kostní tkáně, které je charakteristické úbytkem kostní hmoty, čili řidnutím kostí. Při němž je snížena odolnost kostí

a dochází tak k predispozici ke zvýšenému riziku fraktury. Mechanická odolnost závisí na množství kostní hmoty a na její kvalitě.

Osteoporóza je buď primární (klimakterická), nebo sekundární, tj. vyvolaná jiným onemocněním (např. při hypothyreóze, hyperparathyreóze, endometrióze, hyperkortikalismu), nebo vyvolaná medikamentózní léčbou (např. při dlouhodobé heparinizaci), nebo také vyvolaná dlouhodobou imobilizací. Předstupeň osteoporózy je osteopenie.

Patogeneze: Pro udržení celistvosti kostního skeletu postmenopauzálních žen je nezbytná správná koordinace činnosti osteoblastů (= buňky podílející se na novotvorbě kosti).

Estrogeny mají multifaktoriální antiresorbční účinek. Při deficitu estrogenů kost ubývá tvorbou resorpčních kavit, které nestačí osteoblasty vyplnit a zvyšuje se tak riziko jejich důsledků, jako je fraktura krčku femuru, kompresivní zlomeniny obratlů apod.. Vysoké riziko fraktur při osteoporóze je závažným problémem. Většina zlomenin se hojí bez následků, ale některé vyvolávají dlouhodobé nebo trvalé poškození se zvyšující se závislostí postižené na pomoci druhých nebo i s jejím trvalým upoutáním na lůžko.

Při diagnostice postmenstruační osteoporózy je využíváno osteodenzitometrické měření s anamnestickými údaji zaměřenými na rizikové faktory.

Rizikových faktorů je více

- a) neovlivnitelné – pohlaví, pozdní menarche, předčasná menopauza, nulliparita, asthenie, rodinná anamnéza, endokrinopatie, rasa...
- b) ovlivnitelné – kouření, alkohol, kofein, fyzická inaktivita, potrava s deficitem Ca, GIT choroby, léky.

6.3.2 Onemocnění kardiovaskulárního systému

Nižší incidence kardiovaskulárních chorob u žen v reprodukčním období při srovnání s muži stejné věkové kategorie je spojována s ochranným účinkem estrogenů. Po menopauze dochází ke změnám v lipidovém a karbohydrátovém metabolismu, zhoršuje se poměr HDL/LDL, a roste riziko výskytu aterosklerózy a kardiovaskulárních chorob. Estrogeny tak mají přímý kardioprotektivní efekt, snižují riziko cerebrovaskulárních příhod a oddalují vznik hypertenze.

Při deficitu estrogenů je vývoj aterosklerózy cév urychlen a incidence hypertenze, cévních mozkových příhod a ischemické choroby srdeční rapidně stoupá. Bývá přírůstek tělesné hmotnosti. Rizikové faktory jsou v této problematice následující: hypertenze, kouření, cholesterol, diabetes mellitus, fyzická inaktivita, vyšší věk, rodinná anamnéza.

6.3.3 Změny v centrálním nervovém systému

V řadě oblastí CNS byly prokázány receptory pro estrogeny, progesteron a androgeny. Cílem pohlavních hormonů jsou gliové buňky i složky glie (astroglie, mikroglie,

oligodendroglie). Je tedy pravděpodobné, že deficit estrogenů po menopauze ovlivňuje fyziologické děje a přispívá k vývoji některých neurodegenerativních chorob.

Při kadenci estrogenů dochází k:

- snížení průtoku mozkovými cévami, snížení tvorby a plasticity synapsí
- urychlení progresu arteriosklerózy
- zhoršení reparatických dějů
- snížení aktivity neuronů
- podpora ukládání β -amyloidů
- porucha metabolismu glukózy v hipokampu přispívající k poškození neuronů
- prevence stárnutí vyvolané degenerace myelinových vláken v periferním nervovém systému
- snížení tvorby neurotropních a růstových faktorů

Alzheimerova demence

Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou demence. U nás asi 130 tisíc nemocných. Ženy jsou 2 - 3x častěji postižené než muži. Řada rizikových faktorů – genetické predispozice, věk, ženské pohlaví, toxiny, nižší duševní aktivita. Diskutuje se vliv estrogenového deficitu.

Nově se nyní spojuje patogeneze Alzheimerovy choroby s vyšší koncentrací gonadotropinů (luteinizačního hormonu).

Nemoc se rozvíjí pomalu a nenápadně (ztráta epizodické, později sémantické paměti až poruchy emocí a úplná invalidizace).

Primární příčina není známá – genetika, cholinergní a estrogenová teorie.

Estrogenová léčba neovlivní již rozvinutou AD, ale zdá se, že hraje roli v primární prevenci.

Probíhá řada velkých epidemiologických studií. Estrogeny chrání mozkové buňky, potencují větvení neuronů, zvyšují prokrvení mozku a stimulují tvorbu neurotransmiterů.

6.3.4 Karcinom tlustého střeva

Estrogenová substituce po menopauze signifikantně snižuje výskyt tohoto karcinomu.

6.4 Diagnóza klimakteria

Ve snaze vyjádřit míru obtíží a jejich reakci na léčbu číselně jsou používána různá skórovací schémata. Asi nejužívanější je Kuppermanův index (Tabulka 1). Diagnóza klimakteria se stanovuje na základě klinických příznaků objevujících se v určitém věkovém období, vyšetření hladiny hormonů z krve (hypoestrogenie a hypergonadotropie), somatickým a gynekologickým vyšetřením. Analýzou **biochemických** nálezů se určuje Osteoporóza - měření denzity kostí (**DEXA** – dvoufotonová rtg osteodenzitometrie). Nález se porovnává s populačním průměrem zdravých mladých. Vyjadřuje se T- skórem (pod 2,5 = Osteoporóza).

Stupeň postižení kardiovaskulárního systému aterosklerózou se stanovuje pomocí pečlivého vyšetření krevních lipidů, cholesterolu, triglyceridů, změny na cévních stěnách odhalí měření průtoku pomocí Doppler-flowmetrie, těžší postižení velkých cév je možno odhalit i na rtg snímcích. Mnoho příznaků má multifaktoriální příčinu a odlišení míry významu klimaxu nemusí být snadné. Subjektivní příznaky se vyskytují individuálně různě často a intenzivně.

Podíl estrogenového deficitu na zhoršení prognózy kardiovaskulárních chorob a osteoporózy je prokázáný, ale *spolupůsobí hodně jiných vlivů* (civilizační, hypertenze, obezita, kouření, fyzická aktivita, stravování.....). (Donát, 2000; Jeníček, 2004; Fait, 2004)

Tabulka 1: *Kuppermanův index* (Fait, 2004)

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

7 HORMONÁLNÍ LÉČBA KLIMAKTERICKÝCH POTÍŽÍ

Terapie klimakterických potíží může být hormonální či nehormonální. Prevence dlouhodobých organických změn je však prokázána pouze u hormonální substituční terapie.

7.1 Hormonální substituční terapie (HRT – Hormon Replacement Therapy)

Hormonální substituční terapie je metoda kauzální terapie všech stavů spojených s deficitem estrogenů po ukončení produkce hormonů ovariem. Tato metoda léčby se užívá především u žen v období perimenopauzy a postmenopauzy. Nejen že HRT odstraňuje subjektivních potíží spojených s klimakteriem, ale také pozitivně působí na sliznice, kůži, vlasy a nehty. Existují většinou observační studie, které prokazují pozitivní vliv HRT na Alzheimerovu chorobu, parkinsonismus, riziko vzniku karcinomu tlustého střeva, senilní makulární degeneraci a symptomy revmatoidní artritidy. Nicméně tyto vlivy nejsou natolik prokázány, aby byly samostatnou indikací k podávání HRT. S prevencí a terapií by se mělo začít již nějakou dobu před menopauzou, z počátku by se měly dodávat chybějící vestaveny a později i estrogeny. Vzhledem k široké škále HRT preparátů si téměř každá žen nakonec najde vhodný preparát, který splní její požadavky na minimální výskyt vedlejších účinků.

Pro ženy, které nechtějí HRT užívat, nebo je u žen kontraindikováno užívání HRT, lze zvolit jiný druh léčby.

Základem HRT jsou estrogeny. Formy aplikace estrogenů jsou perorální, parenterální, vaginální, transdermální, nasální a lokální. Progesteron se dodává jen k indukci děložního krvácení, pro vyvolání odloučení děložní sliznice. Progesteron se v těle rychle rozkládá, tudíž není jeho účinek dlouhodobý. Dalším důležitým hormonem je testosteron, který je také tvořen v ovariu. K jeho účinku se řadí u žen chuť k pohlavnímu životu. HRT by se dala označit za jeden z nejefektivnějších způsobů léčby působící proti dlouhodobým nemocem.

7.1.1 Indikace HRT

Tento druh léčby by měl být zahájen až po pečlivém komplexním vyšetření pacientky a po zvážení všech zdravotních rizik, která pacientku ohrožují. Léčit by se mělo až po zjištění aktuálního hormonálního stavu pacientky a řešit jen již vzniklý deficit hormonů. Při terapeutickém podávání estrogenů dochází k odstranění všech symptomů akutního klimakterického syndromu a prevenci některých organicko-metabolických změn. Významná je zejména prevence osteoporózy.

7.1.2 Kontraindikace HRT

Jako každý exogenně podávaný prostředek přináší s sebou i HRT jistá rizika a nežádoucí účinky, se kterými je nutno počítat.

Při užívání HRT se může objevit mastodynie a retence tekutin, s estrogeny spojujeme nežádoucí krvácení ze spádu hormonálních hladin, nauseu, křeče dolních končetin a bolesti hlavy, s gestagenní složkou deprese, anxieta, nadýmání a nežádoucí zvýšení chuti k jídlu.

Zůstává pouze několik stavů, kdy je HRT kontraindikována, ale i u těch je nutno si uvědomit, že po jejich řádném zaléčení nejsou důvodem k odmítnutí substituční terapie.

Stavy kontraindikovány při léčbě HRT

- neléčený karcinom endometria a prsu
- aktivní hepatopatie
- akutní žilní trombóza a tromboembolizace
- krvácení z dělohy nejasného původu

7.1.3 Rizika HRT

Riziko vývoje karcinomu prsu

Provedené klinické studie a tím také názory jednotlivých odborníků na klimakterickou medicínu si zatím v pohledu na HRT a riziko karcinomu prsu protirečí. Při ERT (estrogen replacement therapy) trvající 5 let je relativní riziko vývoje karcinomu prsu velmi nízké.

K výraznějšímu vzestupu rizika dochází po 10 letech léčby. Riziko klesá po vysazení HRT a zcela vymizí po 5 letech. Estrogeny nejsou příčinou karcinomu prsu ve smyslu onkogenu, ale mohou být promotorem jeho růstu. Před zahájením ERT/HRT je vhodné u klientky hodnotit míru rizika onemocnět karcinomem prsu. V některých studiích uživatelky HRT vykazují nižší úmrtnost na karcinom prsu oproti ženám, jež HRT neužívaly. To je dáno včasným záchytem nádoru a jeho menší agresivitou.

Riziko vývoje karcinomu endometria

Léčba samotnými estrogeny u žen po menopauze zvyšuje riziko vzniku karcinomu endometria při pětiletém užívání dvojnásobně, při delším užívání několikanásobně.

Doplnění estrogenů o progestageny v dostatečné denní dávce a trvání vede k vyloučení rizika vzniku karcinomu endometria a do určité míry je prevencí.

Riziko žilního tromboembolismu

Riziko hluboké žilní trombózy a plicní embolizace se u uživatelky zvyšuje 2 až 4krát. Nejvyšší riziko je v prvních 5 letech léčby. Riziko vzniku lze ovlivnit zejména pečlivým odběrem anamnézy.

7.1.4 Nežádoucí účinky

Nežádoucí účinky způsobené estrogeny jsou bolesti v prstech, retence tekutin, křeče v dolních končetinách a metrorrhagie. Při metrorrhagii je nutno vyloučit organický problém – polyp, karcinom (UZ, kyretáž, hysteroskopie). Nežádoucí účinky způsobené gestageny jsou bolesti v prstech, retence tekutin, zvýšená chuť k jídlu, nadýmání, předrážděnost až agresivita, úzkost, deprese. Hormonální léčba nezpůsobuje zvýšení hmotnosti. Ženy po menopauze přibývají i bez hormonální léčby. Hmotnostní přírůstek je způsoben vyšším energetickým příjmem, nikoli hormonální léčbou. Výskyt nežádoucích účinků vede často k přerušování léčby a k definitivnímu rozhodnutí ženy neuzívat hormonální léčbu.

7.1.5 Vyšetření prováděná před zahájením HRT

Obvyklá preventivní gynekologická prohlídka (s odběrem stěru z čípku na cytologické vyšetření a kolposkopické vyšetření), mammografie, ultrazvukové vyšetření dělohy (se

zaměřením na sílu sliznice), měření krevního tlaku a zjištění hmotnosti a také vyšetření krve na celkový cholesterol a triacylglyceroly a jaterní testy.

7.1.6 Individualizace léčby

- Respektovat fázi klimakteria (timing)
- Pečlivě zvažovat délku užívání
- Výběr a dávka estrogeneru a vestavenu
- Nejnižší účinná dávka
- Způsob aplikace
- Využití alternativní léčby

7.2 Nehormonální terapie

Užívané prostředky různou měrou zlepšují projevy akutního nedostatku estrogenů, ale nemají vliv na dlouhodobé změny z estrogenního deficitu. Pozitivní vliv byl zaznamenán na zlepšení psychického stavu, ale somatické projevy ovlivnily preparáty jen velmi málo.

Antihypertenziva clonidin, methyldopamin a vasodilatans vinpocetin lze úspěšně použít v případech klimakterického syndromu spojeného s hypertenzí a migrenózními bolestmi. Psychofarmaka (antidepresiva, sedativa, hypnotika) se užívají u léčby psychických příznaků, léčba urologických potíží včetně inkontinence, léčba kolpitis.

Včelí produkty zlepšují symptomy akutního klimakterického syndromu. Jisté zlepšení přináší též sojové proteiny nebo fytoestrogeny

Reflexní elektroanalgesie, lázeňská léčba a psychofarmaka jsou možnými terapeutickými prvky, které napravují nedostatky v životosprávě a životním stylu bez dostatečně tělesné aktivity.

Komplexní antiosteoporotická léčba

- Prevence - výživa, fyzická aktivita, slunce
- Zábava resorbce kosti – Calcium, vit. D, HRT, bifosfonáty

- Podpora novotvorby kosti – Fluor, anabolika
- Komplexní léky – růstový faktor

7.3 Fytoestrogeny

Fytoestrogeny jsou rostlinné přípravky, které jsou schopny vyvolat estrogení efekt, přičemž obsahují minimální množství hormonů. Užívají se při klimakterickém syndromu, ve srovnání s klasickou hormonální terapií je jejich efekt slabý. Na ostatní potíže nebyl jejich efekt prokázán. Nejčastěji jsou zastoupeny v sóje, jeteli a vojtěšce trhané v době květu. Tyto rostliny jsou i zdrojem pro firemní přípravky. Užívají se u žen, které nesmějí nebo nechtějí hormonální terapii.

Při léčbě klimakterického syndromu je důležitý multidisciplinární přístup a to gynekolog, urolog, stomatolog, otorinolaringolog, oftalmolog, dermatolog, sexuolog, internista, neurolog, osteolog, onkolog, ale také psycholog. (Jeníček, 2001; Schneider, 2004; Stoppard, 2002)

8 PSYCHICKÉ ZMĚNY V PŘECHODU

Optimálním stavem pro člověka ale není trvale dobrá nálada, která by nezávisela na okolnostech. Nespokojenost, rozladěnost, nervozita, obavy, samozřejmě pokud nás neovládají, jsou důležitým signálem a motorem k řadě rozhodnutí a opatření, která nám pomáhají zlepšovat naši situaci.

8.1 Střední dospělost 35 – 45 let

Ve středním věku hraje důležitou roli stereotyp. Je pohodlný, snadný a předvídatelný. Nepřináší žádné nové a nejisté situace. Na druhou stranu nemusí být taková jistota spojena s emočním uspokojením. Mluví se o krizi středního věku, která představuje šanci opustit dosavadní stereotyp života, emancipovat se od formálního plnění vnějších očekávání a směřovat k životu, který by měl hlubší smysl. C. G. Jung označuje tuto proměnu jako proces individuace.

Vlivem krize má žena středního věku tendenci bilancovat. Ta se projevuje 2 *způsoby*:

a/ bilancování minulosti – srovnává svou situaci s dřívějšími ideály a posuzuje míru jejich naplnění

b/ představy o budoucnosti – hledá smysluplné cíle pro druhou polovinu života.

Má poslední možnost něco změnit, ale tato volba je omezena. Uvědomění ztráty mnoha možností může být spojeno s pocity smutku, s úzkostí a strachem z budoucnosti. To může vést:

a) ke zkratkovitému řešení – ukvapené změně

b) k rezignaci na jakoukoliv změnu a postoji demonstující vlastní
bezmocnost

Člověk v tomto věku dosahuje profesního vrcholu. Profesní role by měla především uspokojovat potřebu seberealizace a potvrzovat kvalitu kompetencí daného jedince. Bilancování ohledně profese nemusí vést ke změně postoje k ní. Někdy je strach ze ztráty zaměstnání tak silný, že se úvahy o osobním významu práce jeví jako nemístné.

Uchovat vztah k takové podobě, v jaké fungoval na počátku manželství, to možné není. Manželský vztah prochází vývojem, mění se. Stav partnerského vztahu v tomto období je

typický stereotypem, odklonem od ideálu, akceptací kompromisu a někdy i rezignací. Tendence ke změně partnerského vztahu bývá ovlivněna 2 potřebami:

- a) potřebou zbavit se stereotypu a závislosti na vztahu k partnerovi
- b) potřebou zkusit naposled dosáhnout hlubší vztahové intimity ovlivněnou mýtem poslední šance tuto potřebu stimulujícím. Pokud je manželský vztah citově přijatelný, stabilizovaný a představuje slušné zázemí, taková epizoda jej nerozbíjí.

Obsah rodičovské role se s postupným dospíváním dětí mění. Rodiče mívají ve vztahu k dospívání svých dětí ambivalentní pocity.

Nepříjemné pocity, které dospívání vlastních dětí vyvolává, může mít různé příčiny:

- a) dospívání dětí je signálem vlastního stárnutí
- b) rodiče ztrácejí svou privilegovanou pozici formální autority

Nastává posun rolí od asymetrie směrem k symetrii. Pro mnohé rodiče není lehké tuto změnu akceptovat a naplnit rodičovskou roli novým obsahem.

8.2 Starší dospělost 45 – 60 let

Stárnutí je proces spojený s pozvolným úpadkem všech tělesných funkcí. Specifické znaky stárnutí žen: fáze klimakteria – mezi 45. -55. rokem.

Sociální význam klimakteria je negativní. Termín klimakterická ženská slouží dokonce i jako nadávka. Zafixovaný stereotyp klimakteria je spojen s očekáváním psychické krize a nápadné proměny zevnějšku. Tato představa je do značné míry mýtem. Reakce na tuto fázi je individuálně specifická, ale u většiny žen k ničemu tak bouřlivému nedochází.

Starší dospělost je fází postupného uzavírání profesní kariéry. V tomto období může být postoj k profesní roli:

- a) akcentovaný – projevuje se nadměrným pracovním úsilím, které má až nutkavý charakter – workoholik. Tento postoj je posilován vědomím poslední možnosti dosáhnout v profesní roli žádoucí cíl.
- b) vyzrálý – projevuje se nadhledem, omezením ambicí, akceptací dosažené úrovně, tendencí přistupovat k práci bez tenze.

c) vyhořený – ztráta pocitu smysluplnosti vlastní práce. Postihuje především pracovníky v sociálně zaměřených profesích (syndrom burnout).

Postoj je ovlivněn charakterem práce:

- a) fyzická činnost – nastává jednoznačný pokles výkonnosti, co se projevuje snížením možnosti konkurovat mladým, hrozbou ztráty zaměstnání, stagnujícím finančním ohodnocením
- b) intelektuální činnost – dosahuje vrcholu, co se projevuje lepším finančním ohodnocením i vyšším sociálním statusem

Většina manželství, která do této chvíle vydržela, je považována alespoň za přijatelná. Manželský partner je hodnocen realisticky, partner si uvědomuje jeho negativní vlastnosti a chápe, že je nelze změnit. Proti rozpadu manželství působí potřeba klidu a jistoty, kterou uspokojuje stereotyp dlouholetého manželství.

Žena prožívá tzv. syndrom prázdného hnízda. Reagují na odchod svých dětí mnohdy velmi citlivě, což je dáno i proměnou jejich osobnosti, typickou pro tento věk, kterou je zvýšení jejich pečovatelských tendencí. Adaptace na takovou změnu není jen ženským problémem. Role rodičů a dospělých dětí jsou nyní symetrické. (Langmeier, 2006; Vágnerová, 2000)

9 ŽIVOTNÍ STYL ŽENY V PŘECHODU

Důležité je si uvědomit, že obdobím klimakteria život nekončí. Aktivně žijící ženy proplovají klimakteriem bez větších výkyvů. A nastanou-li, okamžitě je řeší. K potlačování nepříjemných pocitů v klimakteriu ženám pomáhá zdravý životní styl. Rizika nesprávné životosprávy jsou dostatečně známa, mezi ty nejdůležitější náleží možnost vzniku cukrovky, ohrožení nemocemi srdce a cév. Proto by se ženy měly zaměřit na změnu životního stylu již před samotnými změnami hladin hormonů.

9.1 Správná výživa

V období menopauzy je potřebné hlídat hmotnost, jelikož se zmenšuje energetická potřeba, ale požadavky na množství vitaminů a minerálů jsou stejné. Jídelníček by se měl skládat převážně z nezpracovaných a čerstvých potravin, tedy: celozrnné obiloviny, zelenina, ovoce, ryby, mořské plody, vejčička a některé oleje (rostlinné oleje a margariny). Také je nezbytné jíst stravu bohatou na vápník a další minerály, ale i na vitaminy a tzv. stopové prvky. Nesmí se také zapomínat pít dostatečné množství tekutin. I zde je důležité nenutit se do věcí, které nám vyloženě nedělají dobře, ale najít takové, které vycházejí z původních stravovacích návyků a budou jenom nepatrně pozměněny. Nemá cenu se snažit držet různé diety na zhubnutí, je účinnější se spíše soustředit na vybalancované a pestré složení stravy. Nejlepší je poradit se v tomto ohledu s dietologem.

9.2 Dostatek pohybu a správná hygiena

Jak člověk stárne, ubývá výkonnost srdce a plic, síla a pružnost těla. U aktivních lidí jsou tyto procesy pomalejší. Dlouhodobé cvičení taktéž zpevňuje kosti a tím snižuje riziko vzniku osteoporózy. Je však vhodné zvolit přiměřenou aktivitu vzhledem ke zdravotnímu stavu, ale také vzhledem k tomu, co je každému milé. Cviky na posílení dna pánevního jsou důležité pro prevence proti uniku moči. Nošením bavlněného prádla, které je vzdušné a dobře saje pot, předejde žena podráždění kůže.

9.3 Prevence onemocnění

I po menopauze je důležité, aby žena navštěvovala pravidelně a preventivně svého lékaře. Některá vyšetření se musí provádět častěji, aby se zachytilo případné onemocnění včas.

Samovyšetření prsou

Vyšetřování provádí žena sama v pravidelnou dobu jednou měsíčně a to nejlépe ke konci menstruace, kdy nejsou prsa zduřelá a citlivá. V postmenopauze lze již vyšetření prsou provádět kdykoliv. Vyšetření si žena provádí pohmatem a pohledem.

Mammografie

Jedná se o rentgenové vyšetření odkrývající změny architektiky prsu a přítomnost cyst a tumorů ještě dříve, než se stačí rozšířit do okolní tkáně. Od 45 let by se mammografické vyšetření mělo provádět pravidelně každé dva roky. U žen s rodinnou anamnézou ca prsu se začíná dříve, obzvláště při onemocnění matky, nebo sestry.

9.4 Sexualita

Spokojený sexuální život ukazuje nejen na celkovou spokojenost ženy, ale také celkovou pohodu zpětně ovlivňuje. Žena po přechodu není méně vzrušivá než před ním. Někdy to platí dokonce naopak, ale v klimakteriu dochází ke snížené produkci estrogenů, a to ovlivňuje negativním způsobem stav genitálu. Dochází ke ztenčování poševní sliznice a poševní stěna ztrácí pružnost a je sušší. Důsledkem může být bolest při pohlavním styku nebo svědění a pálení při pohlavním styku a po něm. Pravidelná pohlavní aktivita může uchovat pohlavní orgány zdravé a předcházet tak jejich atrofii a suchosti pochvy. Při deficitu hormonů může být sníženo zvlhčení pochvy a důsledkem toho může být zhoršená kvalita pohlavního styku. S přechodem končí možnost otěhotnět a to vede ženy k různým druhům chování. Některé ženy mají vyšší zájem o sexualitu a to může vést i k hledání nových partnerských vztahů. Naopak u jiných žen zase může dojít ke snížení zájmu o sexualitu v důsledku bolestivého styku.

Tělesné problémy, jako jsou osteoporóza, kardiovaskulární nemoci a obezita mohou přímo zasahovat do sexuality a to převážně zhoršenou pohyblivostí, nebo nepřímo, zhoršováním celkového subjektivního pocitu zdraví. (Fischerová, 2007)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

10 PRŮZKUMNÁ ČÁST

10.1 Cíle a hypotézy

Před začátkem svého průzkumu sem si stanovila následující cíle a hypotézy.

Cíl č. 1.

Zjistit informovanost žen o možných klimakterických potížích.

Hypotéza 1: Domnívám se, že je více než 65% dotazovaných žen dostatečně informována o možných klimakterických potížích.

Hypotéza 2: Domnívám se, že má více než 65% respondentek nějaké potíže v přechodu.

Hypotéza 3: Předpokládám, že se méně než 65% respondentek snaží potíže řešit bez lékařské pomoci.

Cíl č. 2.

Zjistit jak ovlivňují klimakterické potíže kvalitu života ženy.

Hypotéza 1: Předpokládám, že více než 65% dotazovaných žen pravidelně navštěvují svého gynekologa.

Hypotéza 2: Domnívám se, že více než 65% respondentek žije aktivním pohlavním životem.

Hypotéza 3: Předpokládám, že si více než 65% dotazovaných žen provádí samovyšetření prsou.

Hypotéza 4: Domnívám se, že více než 65% respondentek mírně pozměnila své dosavadní stravovací návyky po klimakteriu.

Cíl č. 3.

Vytvořit informační materiál pro ženy v klimakteriu.

10.2 Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření jsem prováděla v privátních gynekologických ambulancích a na gynekologickém oddělení KNTB ve Zlíně. Anonymní dotazník se skládal ze 24 otázek a byl určen ženám ve věkovém rozmezí 40 – 60 let. U všech otázek, s výjimkou otázky číslo 7, byla možnost pouze jedné odpovědi. U otázky číslo 7 byla možnost označit více odpovědí. Odpovědi byly již předem definované, jen u otázek číslo 11 a 23 bylo možné doplnit odpověď vlastními slovy. Otázky 1 – 5 jsem u žen zjišťovala osobní údaje, jako je věk, vzdělání atd. Další otázky u respondentek mapovaly informovanost v oblasti klimakteria. Otázky 11 – 15 byly již zaměřeny na klimakterium a prožívání změn s ním spojených. Od 16. otázky jsem se zaměřila na životní styl.

10.2.1 Vyhodnocení dotazníků

Dotazník jsem rozdala 130 ženám, vrátilo se mi 100 vyplněných. Návratnost tedy činí 76,92%.

Otázky jsem zpracovala do tabulek Word a následně pak i do grafů. U každé otázky je tedy vyhotovena tabulka, graf a shrnutí. V grafech jsem uváděla jen číselné zastoupení počtu žen u dané odpovědi. Procentuální zastoupení je uvedeno v příslušné tabulce. Celý dotazník je uveden v Příloze I.

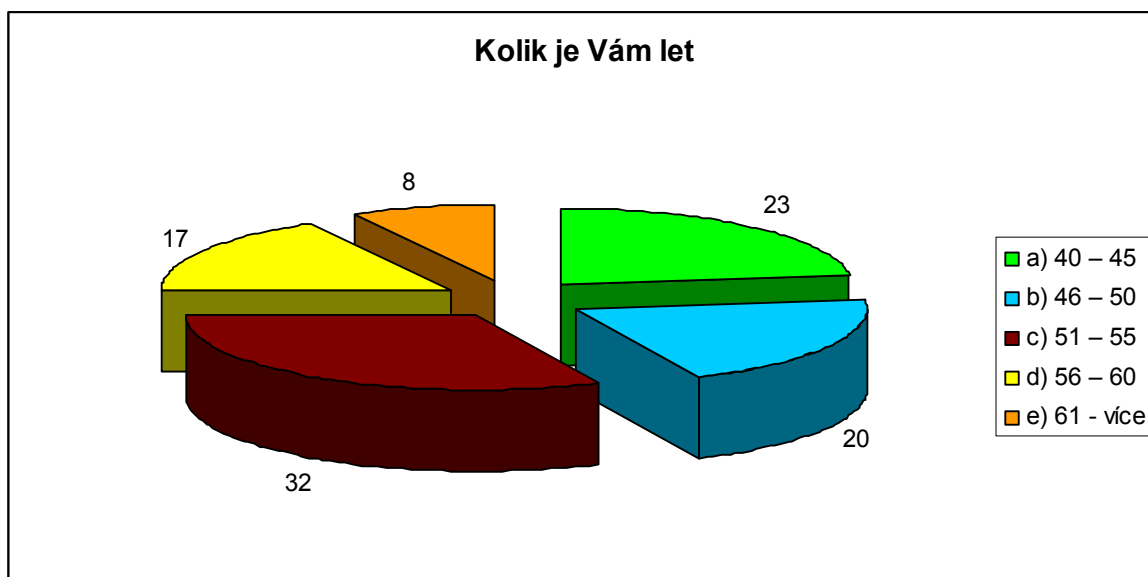
10.2.2 Výsledky výzkumu

Otázka číslo 1. Kolik je Vám let?

Tabulka 2: Věk respondentek

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) 40 – 45	23	23%
b) 46 – 50	20	20%
c) 51 – 55	32	32%
d) 56 – 60	17	17%
e) 61 - více	8	8%
Celkem	100	100%

Graf 1: Věk respondentek



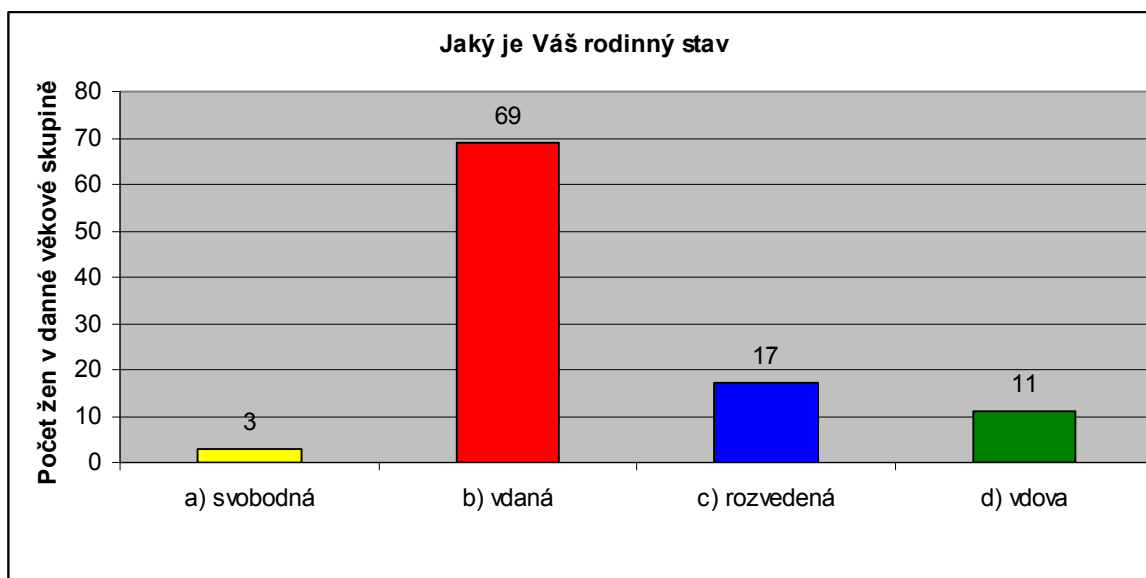
Nejčastější věkovou skupinou dotazovaných žen bylo rozmezí 51 – 55 let a to ve 32%. Dále rozmezí 40 – 45 let bylo zastoupeno 23 respondentkami (23%). 20 žen (20%) bylo ve věku 46 – 50 let, 17 respondentek (17%) patřilo do rozmezí 56 – 60 let. A věkovou kategorií 61 – více zaujímalo 8 žen (8%).

Otázka číslo 2. Jaký je Váš rodinný stav?

Tabulka 3 : Rodinný stav

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) svobodná	3	3%
b) vdaná	69	69%
c) rozvedená	17	17%
d) vdova	11	11%
Celkem	100	100%

Graf 2 : Rodinný stav



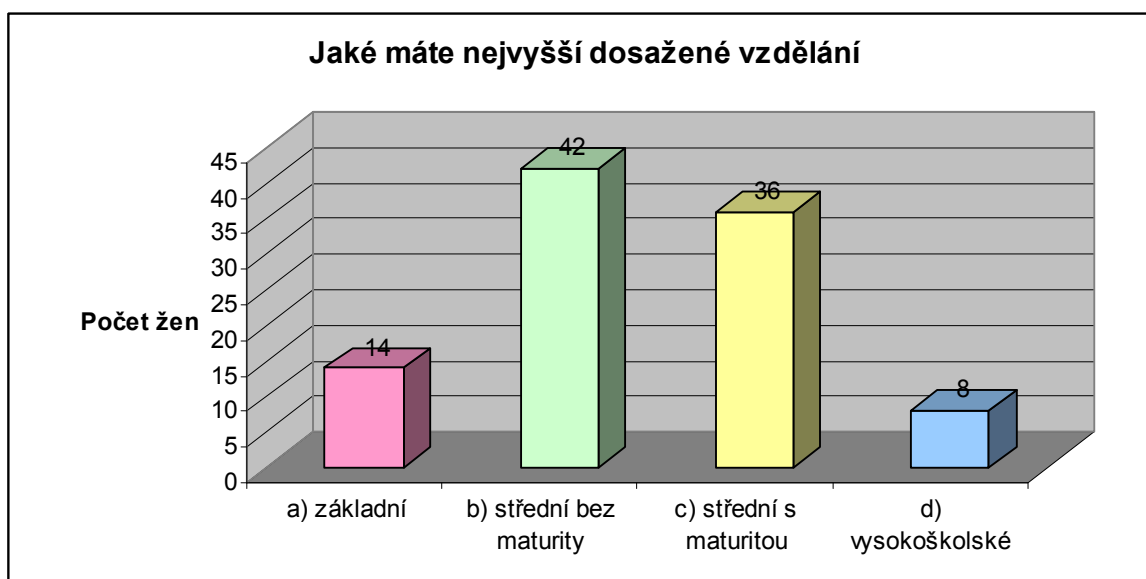
V 69% šlo o vdané ženy, 17 žen (17%) bylo rozvedených a 3 ženy (3%) byly svobodné. Mezi dotazovanými bylo 11 vdov (11%).

Otázka číslo 3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 4 : Vzdělání respondentek

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) základní	14	14%
b) střední bez maturity	42	42%
c) střední s maturitou	36	36%
d) vysokoškolské	8	8%
Celkem	100	100%

Graf 3 : Vzdělání respondentek



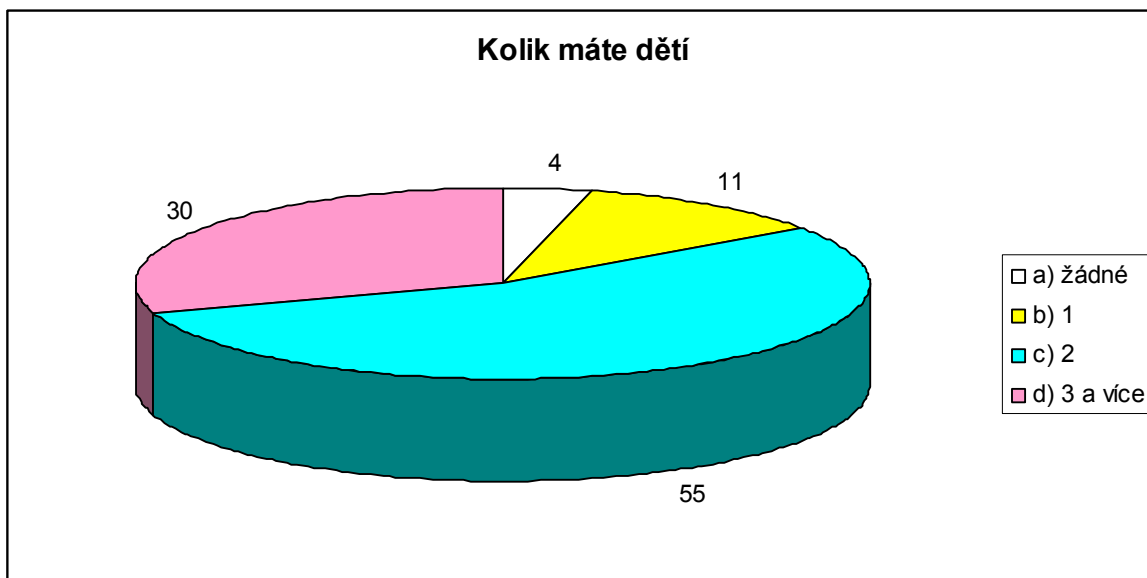
Ve 3 otázce jsem se ptala na nejvyšší dosažené vzdělání. Vzdělání střední bez maturity mělo 42 žen (42%), střední s maturitou 36 žen (36%), vysokoškolsky vzdělaných žen bylo 8(8%). A se základním vzděláním bylo 14 respondentek(14%).

Otázka číslo 4. Kolik máte dětí?

Tabulka 5 : Počet dětí

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) žádné	4	4%
b) 1	11	11%
c) 2	55	55%
d) 3 a více	30	30%
Celkem	100	100%

Graf 4 : Počet dětí



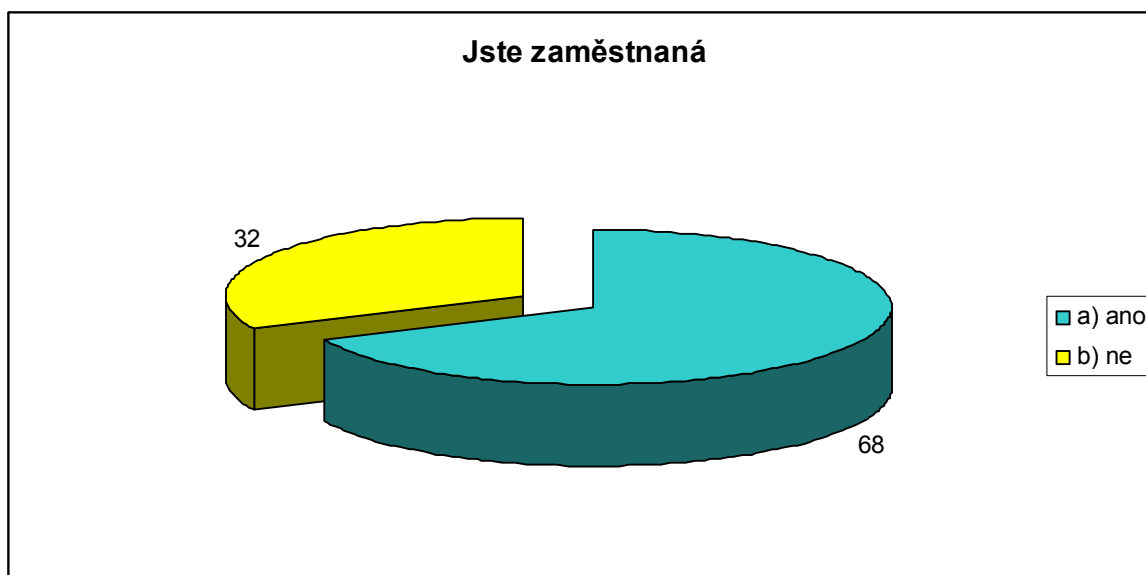
Počet dětí u dotazovaných žen byl následující: žádné dítě neměly 4 ženy (4%), 1 dítě mělo 11 žen (11%), 2 děti 55 žen (55%) a 3 a více dětí mělo 30 respondentek.

Otázka číslo 5. Jste zaměstnaná?

Tabulka 6 : Zaměstnanost

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) ano	68	68%
b) ne	32	32%
Celkem	100	100%

Graf 5 : Zaměstnanost



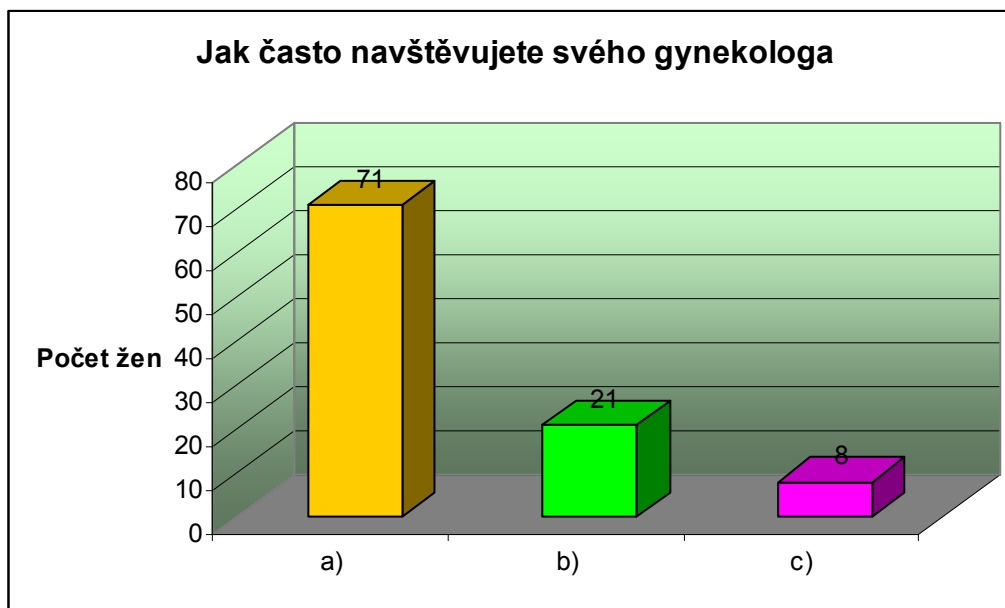
V tabulce 6 vidíme zastoupení zaměstnaných a to 68 žen (68%) a nezaměstnaných 32 žen (32%).

Otázka číslo 6. Jak často navštěvujete svého gynekologa?

Tabulka 7 : Návštěvy gynekologa

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) chodím pravidelně na preventivní prohlídky 1 – 2 x za rok	71	71%
b) pravidelně 1 x za 2 roky	21	21%
c) gynekologa navštěvuji jen při potížích	8	8%
Celkem	100	100%

Graf 6 : Návštěvy gynekologa



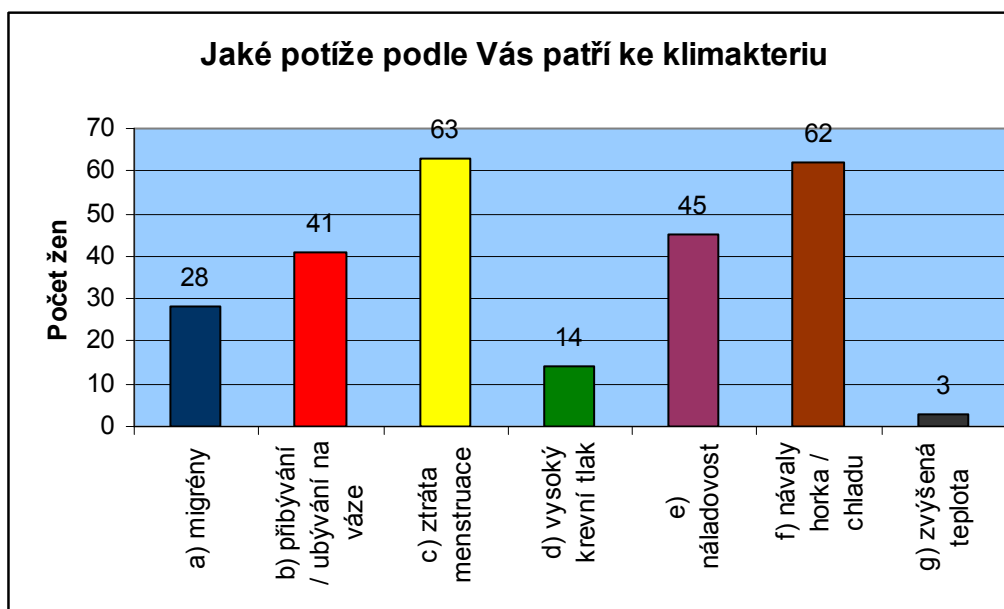
V průzkumu jsem zjistila, že 71% žen chodí na preventivní prohlídky ke gynekologovi 1 – 2 x do roka. 21% žen navštěvuje gynekologa 1 x za 2 roky a pouze 8% dotazovaných žen navštěvuje gynekologa jen při potížích.

Otázka číslo 7. Jaké potíže podle Vás patří ke klimakteriu?

Tabulka 8 : Klimakterické potíže

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) migrény	28	10,94%
b) přibývání / ubývání na váze	41	16,02%
c) ztráta menstruace	63	24,61%
d) vysoký krevní tlak	14	5,47%
e) náladovost	45	17,58%
f) návaly horka / chladu	62	24,22%
g) zvýšená teplota	3	1,17%
Celkem	256	100%

Graf 7 : Klimakterické potíže



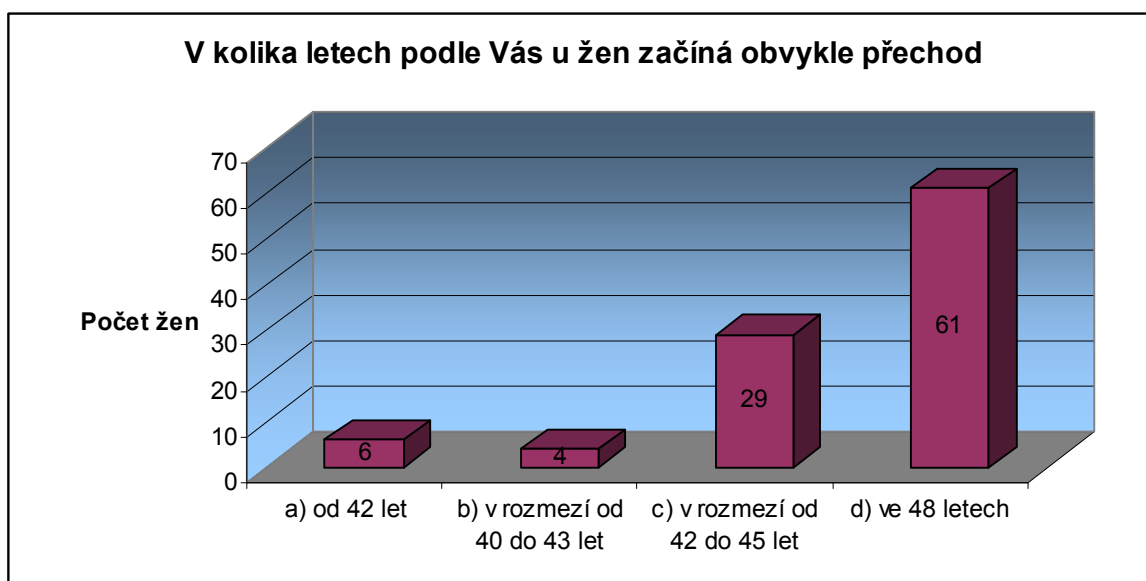
Na otázku číslo 7 bylo možno vybrat více správných odpovědí. Ženy nejčastěji řadily mezi klimakterické potíže ztrátu menstruace ve 24,61%, návaly horka/ chladu ve 24,22%, náladovost v 17,58%, přibývání/ ubývání na váze v 16,02%.

Otázka číslo 8. V kolika letech podle Vás u žen začíná obvykle přechod?

Tabulka 9 : Věk v přechodu

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) od 42 let	6	6%
b) v rozmezí od 40 do 43 let	4	4%
c) v rozmezí od 42 do 45 let	29	29%
d) ve 48 letech	61	61%
Celkem	100	100%

Graf 8 : Věk v přechodu



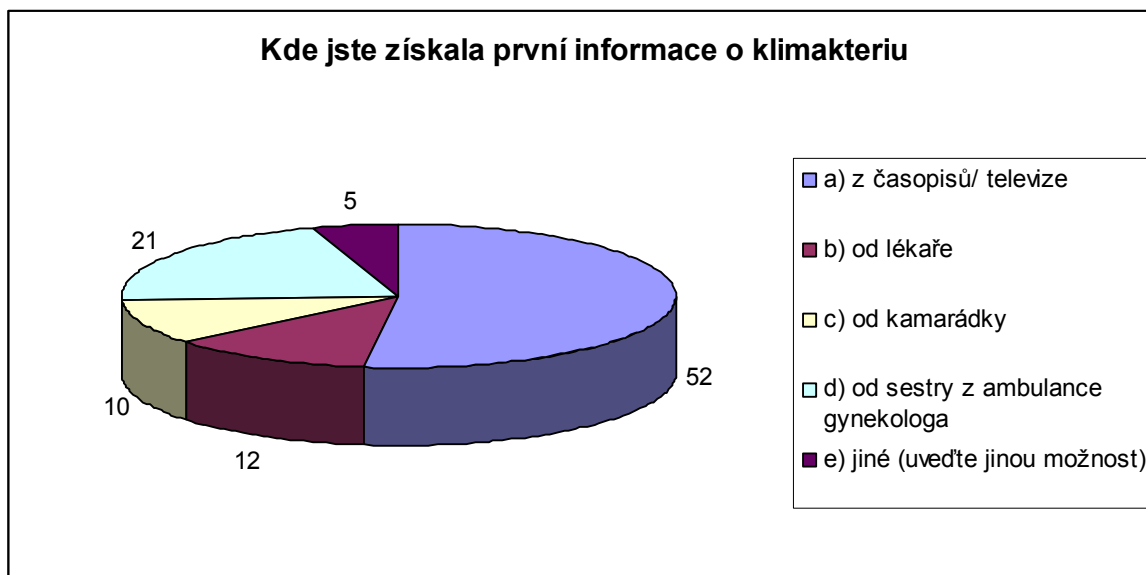
Otázka zjišťuje informovanost žen o začátku klimakteria. Nejčastější ženy udávaly začátek klimakteria ve 48 letech a to v 61%, ve 29% označily odpověď c) v rozmezí od 42 do 45 let, 6% odpověď a) od 42 let a 4% b) v rozmezí od 40 do 43 let.

Otázka číslo 9. Kde jste získala první informace o klimakteriu?

Tabulka 10 : První informace

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) z časopisů/ televize	52	52%
b) od lékaře	12	12%
c) od kamarádky	10	10%
d) od sestry z ambulance gynekologa	21	21%
e) jiné (uveďte jinou možnost)	5	5%
Celkem	100	100%

Graf 9 : První informace



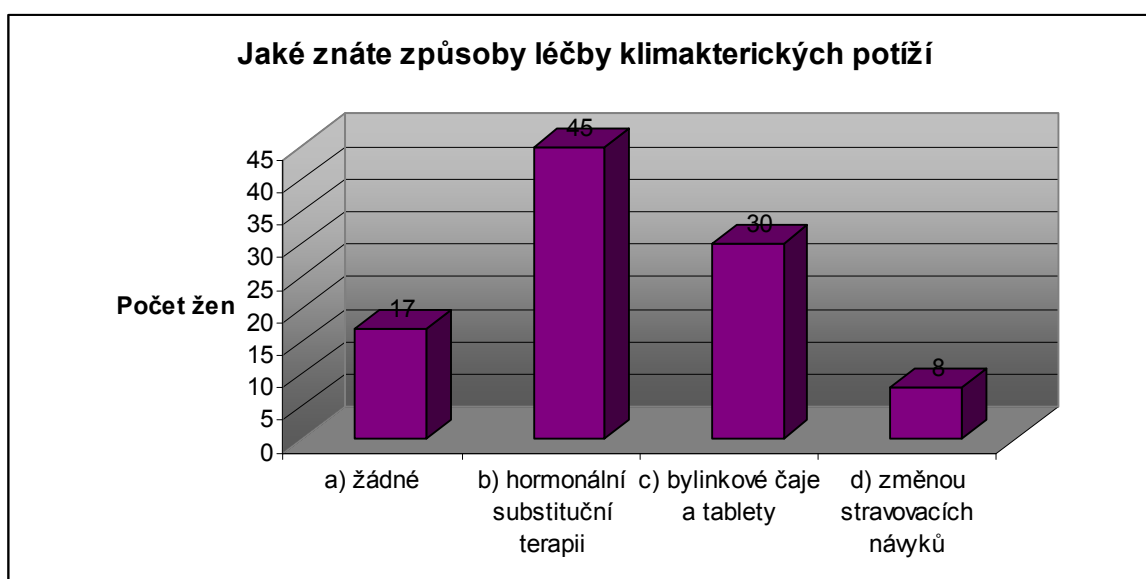
Informace nejčastěji ženy v 52% získávali v médiích. 21 žen (21%) získalo informace od sestry z gynekologické ambulance, 12 žen (12%) informoval lékař, 10 žen (10%) získalo informace od kamarádky. 5 žen (5%) uvedlo, že informace o klimakteriu získalo z jiných zdrojů a to z internetu, základní školy a od matky.

Otázka číslo 10. Jaké znáte způsoby léčby klimakterických potíží?

Tabulka 11 : Léčba klimakteria

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) žádné	17	17%
b) hormonální substituční terapii	45	45%
c) bylinkové čaje a tablety	30	30%
d) změnou stravovacích návyků	8	8%
Celkem	100%	100%

Graf 10 : Léčba klimakteria



V tabulce vidíme informovanost žen o léčbě klimakterických potíží. Z celkového počtu 100 žen uvedlo 45% žen hormonální substituční terapii, 30% žen uvedlo bylinkové čaje a tablety. 17 % žen nezná žádné z uvedených možností k léčbě klimakterických potíží a 8 % žen uvedlo změnu stravovacích návyků.

Otázka číslo 11. Máte nějaké klimakterické potíže?

Tabulka 12 : Četnost potíží

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) ne	54	54%
b) ano, jaké	46	46%
Celkem	100	100%

Graf 11 : Četnost potíží



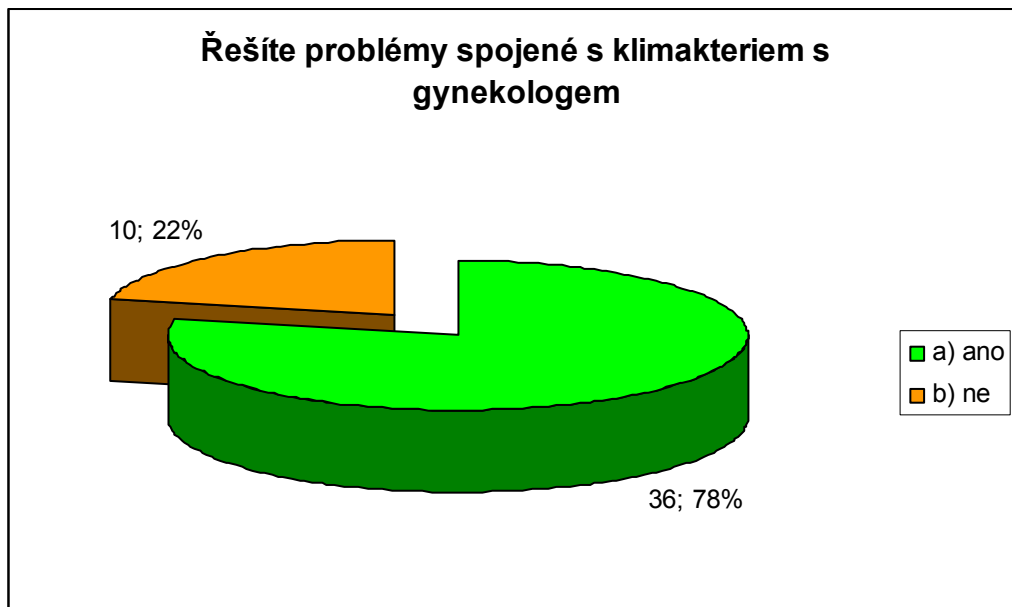
Z celkového počtu dotazovaných žen nemá klimakterické potíže 54 žen (54%) a 46 žen (46%) klimakterické potíže má. Ženy udávaly návaly horka, náladovost, opoždění menstruace, nespavost, migrény, pocení a přibývání na váze.

Otázka číslo 12. Řešíte problémy spojené s klimakteriem s gynekologem?

Tabulka 13 : Řešení problémů

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) ano	36	78,26%
b) ne	10	21,74%
Celkem	46	100%

Graf 12 : Řešení problémů



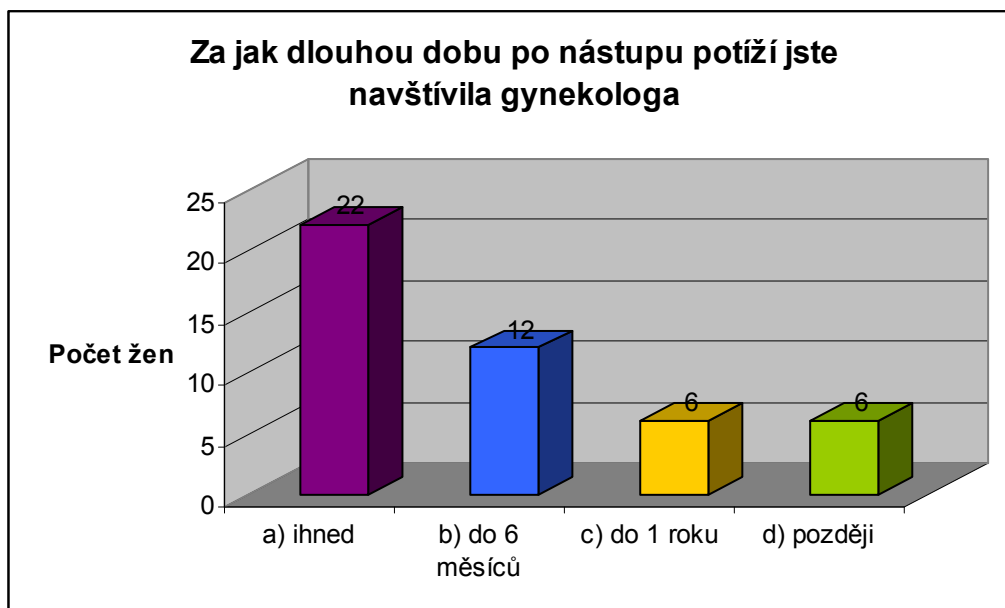
Na otázku jestli ženy řeší klimakterické problémy s gynekologem odpovědělo 10 žen (21,74%) záporně, kladně odpovědělo 36 žen (78,26%).

Otázka číslo 13. Za jak dlouhou dobu po nástupu potíží jste navštívila gynekologa?

Tabulka 14 : *Návštěva gynekologa po nástupu potíží*

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) ihned	22	47,83%
b) do 6 měsíců	12	26,08%
c) do 1 roku	6	13,04%
d) později	6	13,04%
Celkem	46	100%

Graf 13 : *Návštěva gynekologa po nástupu potíží*



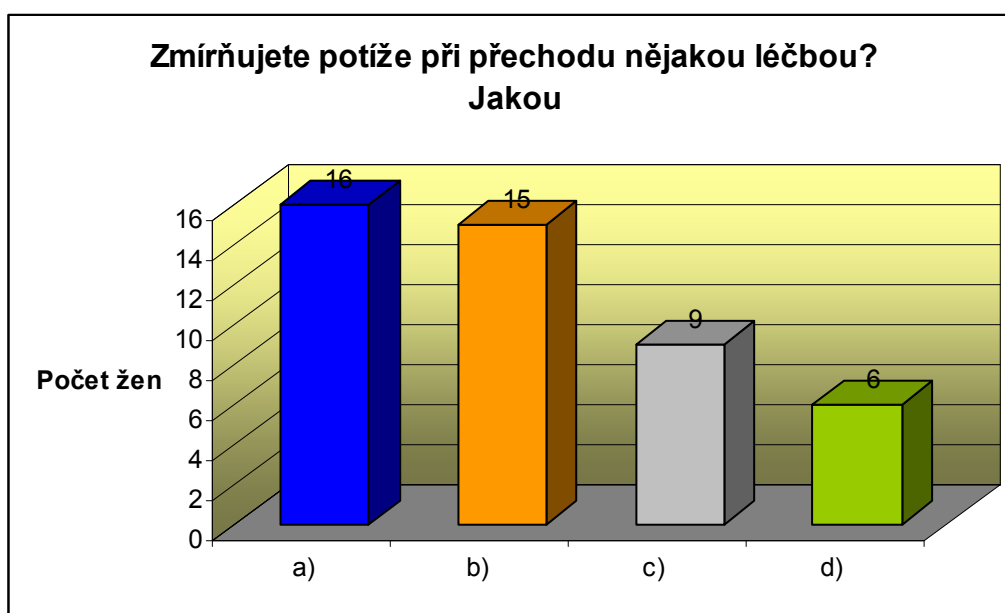
Ze 46 žen šlo ihned po nástupu potíží ke gynekologovi 22 žen (22%), do 6 měsíců po nástupu potíží navštívilo gynekologa 12 žen (12%), 6 žen (6%) navštívilo gynekologa do 1 roku a později od vzniku potíží gynekologa navštívilo 6 žen (6%).

Otázka číslo 14. Zmírňujete potíže při přechodu nějakou léčbou? Jakou?

Tabulka 15 : Zmírnění potíží

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) žádnou	16	34,78%
b) hormonální léčbou předepsanou gynekologem	15	32,60%
c) volně prodejnými preparáty	9	19,56%
d) domácími „babskými radami“	6	13,04%
Celkem	46	100%

Graf 14 : Zmírnění potíží



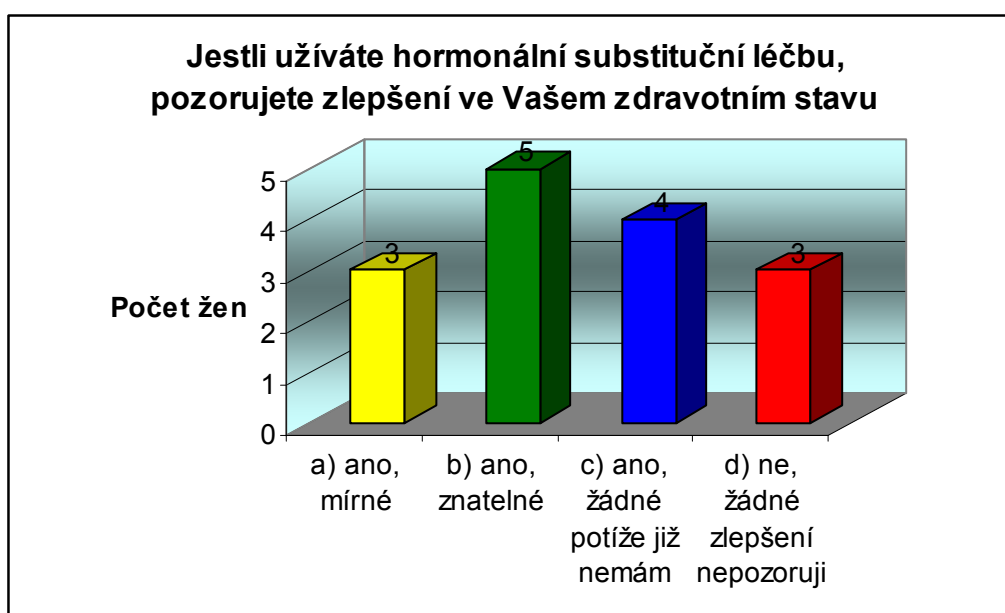
Pro zmírnění potíží při přechodu 15 žen (32,60%) užívá hormonální léčbu předepsanou gynekologem. Volně prodejné preparáty užívá 9 žen (19,56%), 6 žen (13,04%) se pomáhá domácími „babskými radami“. A 16 žen (34,78%) potíže nijak nezmiňuje.

Otázka číslo 15. Jestli užíváte hormonální substituční léčbu, pozorujete zlepšení ve Vašem zdravotním stavu?

Tabulka 16 : Zlepšení potíží po HRT

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) ano, mírné	3	20%
b) ano, znatelné	5	33,34%
c) ano, žádné potíže již nemám	4	26,67%
d) ne, žádné zlepšení nepozoruji	3	20%
Celkem	15	100%

Graf 15 : Zlepšení potíží po HRT



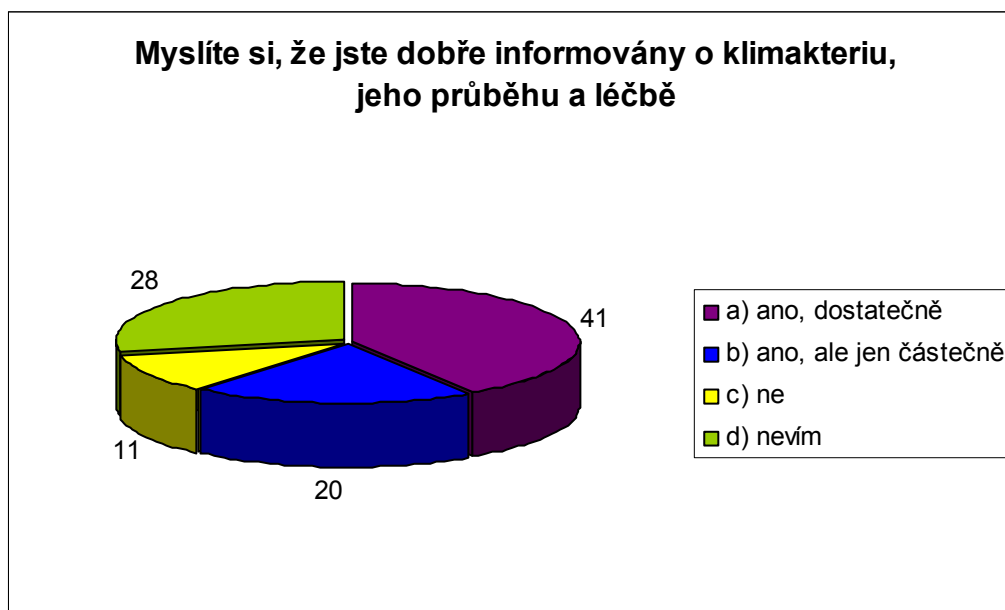
Při užívání HRT mírní zlepšení zaznamenaly 3 ženy (20%), znatelné zlepšení zaznamenalo 5 žen (33,34%), úplné zlepšení zdrav. stavu udávají 4 ženy (26,67%). 3 ženy (20%) nezaznamenaly žádné zmírnění.

Otázka číslo 16. Myslíte si, že jste dobře informovány o klimakteriu, jeho průběhu a léčbě?

Tabulka 17 : *Informovanost*

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) ano, dostatečně	41	41%
b) ano, ale jen částečně	20	20%
c) ne	11	11%
d) nevím	28	28%
Celkem	100	100%

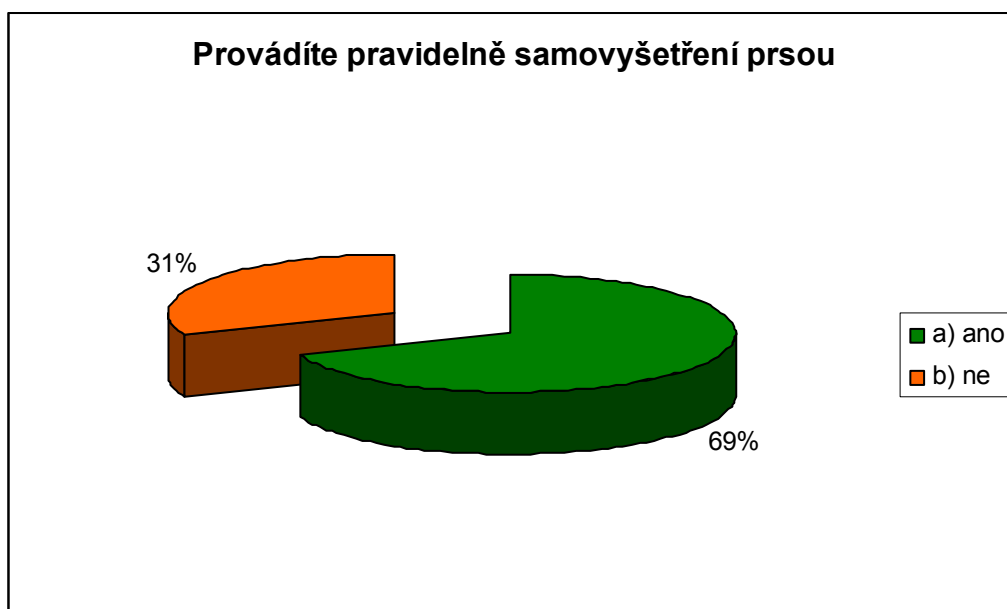
Graf 16 : *Informovanost*



V otázce 16 ženy hodnotily svou informovanost v na téma klimakterium. Dostatečně informováno se cítilo 41% žen, 20% žen si myslí, že jsou částečně informovány. 11% žen udává, že nejsou podle nich dobře informované a 28% žen neví zda mají dostatečné vědomosti o této problematice.

Otázka číslo 17. Provádíte pravidelně samovyšetření prsou?Tabulka 18 : *Samovyšetření prsou*

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) ano	69	69%
b) ne	31	31%
Celkem	100	100%

Graf 17 : *Samovyšetření prsou*

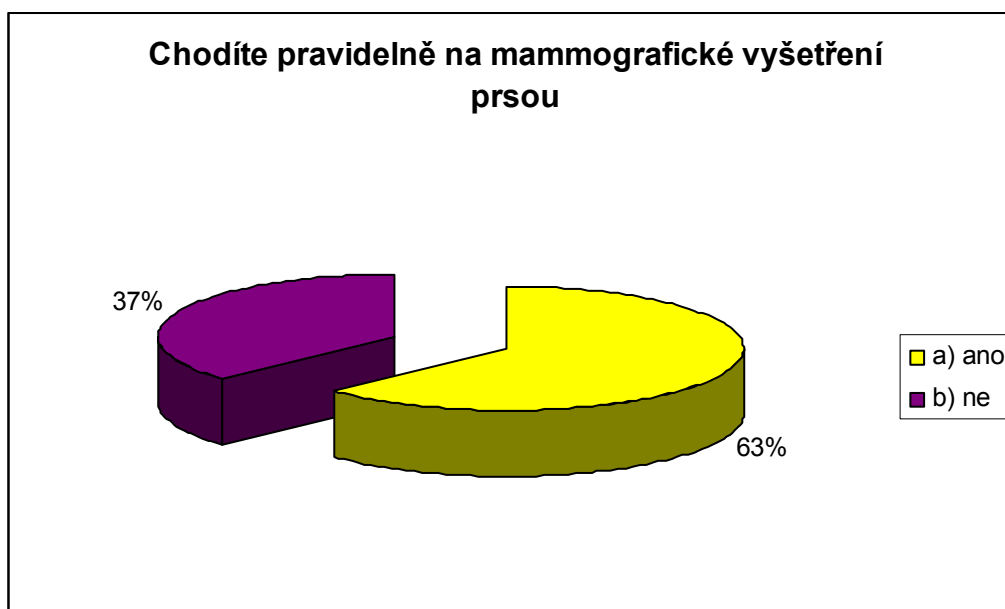
Pravidelně si provádí samovyšetření prsou 69% žen a 31% žen pravidelně samovyšetření prsou neprovádí.

Otázka číslo 18. Chodíte pravidelně na mammografické vyšetření prsou?

Tabulka 19 : Mammografické vyšetření

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) ano	63	63%
b) ne	37	37%
Celkem	100	100%

Graf 18 : Mammografické vyšetření



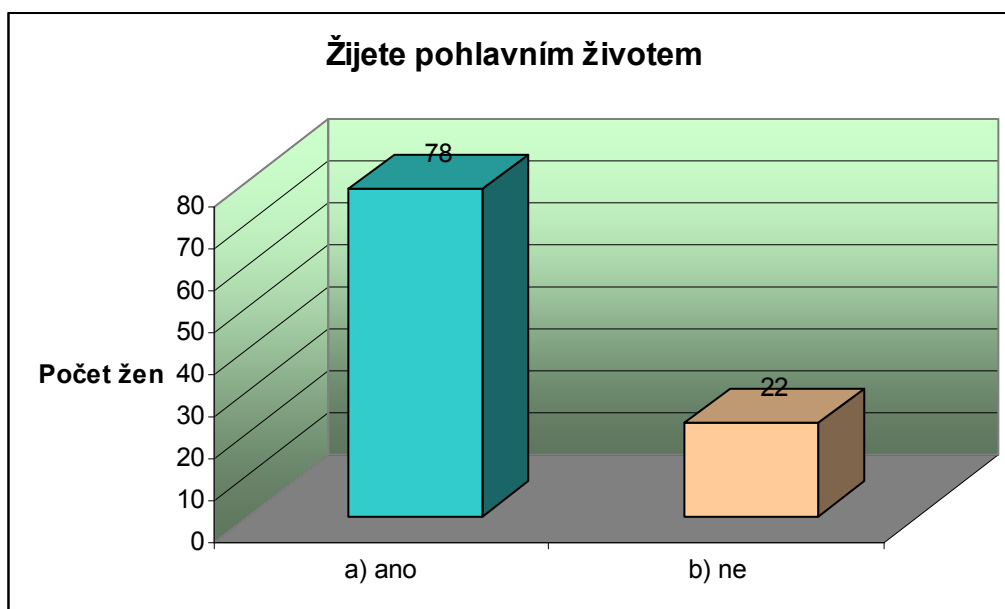
Pravidelně chodí na mammografické vyšetření 63 žen (63%), zbylých 37 žen (37%) nechodí na mammografické vyšetření pravidelně.

Otázka číslo 19. Žijete pohlavním životem?

Tabulka 20 : Pohlavní život

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) ano	78	78%
b) ne	22	22%
Celkem	100%	100%

Graf 19 : Pohlavní život



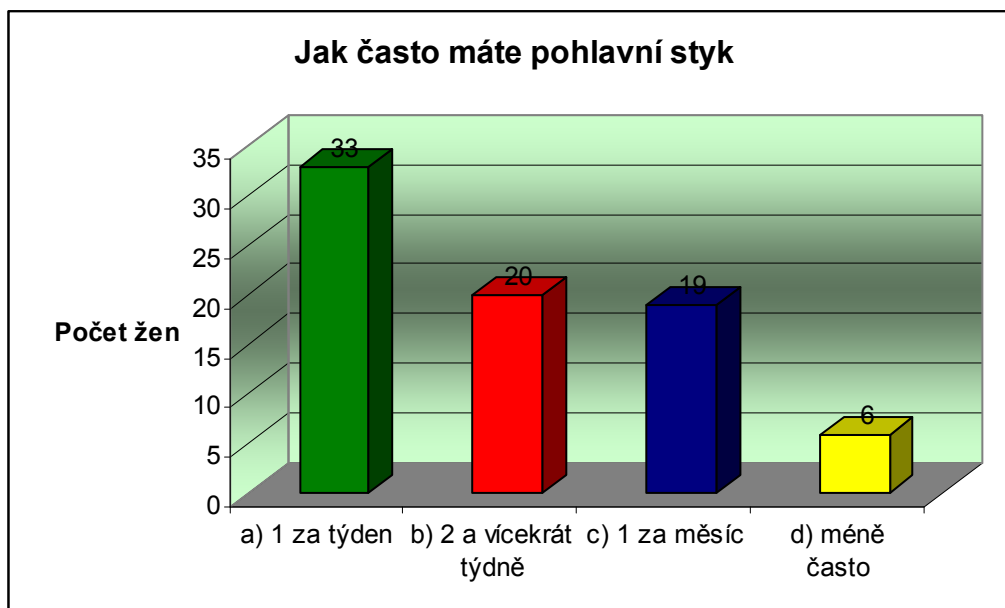
V otázce 19 jsem se ptala zda ženy žijí pohlavním životem. Kladně odpovědělo 78% žen, 22% žen odpovědělo záporně.

Otázka číslo 20. Jak často máte pohlavní styk?

Tabulka 21 : Pohlavní styk

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) 1 za týden	33	42,31%
b) 2 a vícekrát týdně	20	25,64%
c) 1 za měsíc	19	24,36%
d) méně často	6	7,69%
Celkem	78	100%

Graf 20 : Pohlavní styk



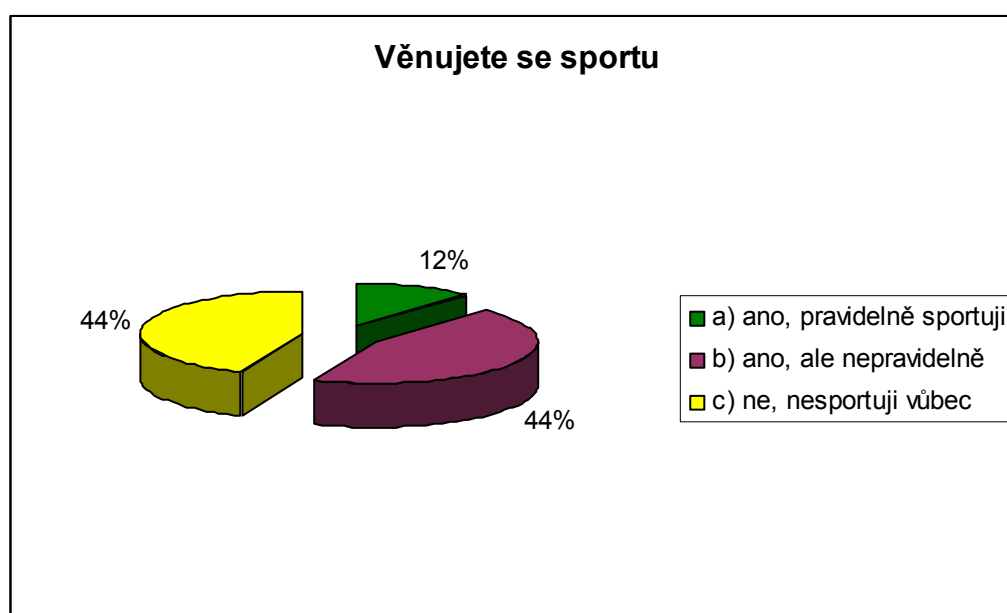
Ze 78 žen má 1 za týden pohlavní styk 42,31%, 25,64% žen má pohlavní styk 2 a vícekrát týdně, 1 za měsíc má pohlavní styk 24,36% žen a zbylých 7,69% méně často.

Otázka číslo 21. Věnujete se sportu?

Tabulka 22 : Sport

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) ano, pravidelně sportuji	12	12%
b) ano, ale nepravidelně	44	44%
c) ne, nesportuji vůbec	44	44%
Celkem	100%	100%

Graf 21 : Sport



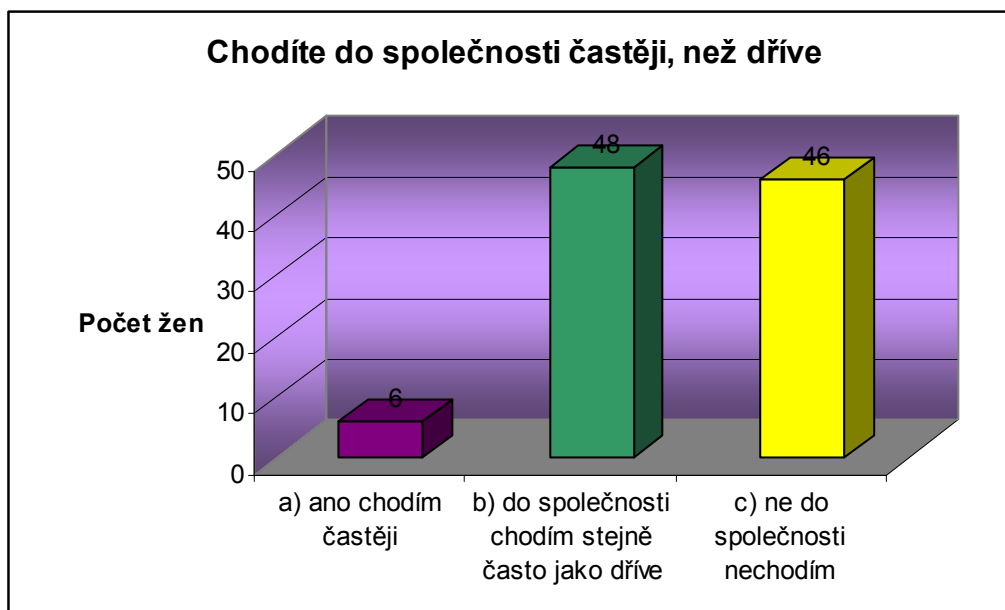
Sportu se pravidelně věnuje 12 žen (12%). 44 žen (44%) sportuje, ale nepravidelně zbylých 44% žen nesportuje vůbec.

Otázka číslo 22. Chodíte do společnosti častěji, než dříve?

Tabulka 23 : Společnost

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) ano chodím častěji	6	6%
b) do společnosti chodím stejně často jako dříve	48	48%
c) ne do společnosti nechodím	46	46%
Celkem	100	100%

Graf 22 : Společnost



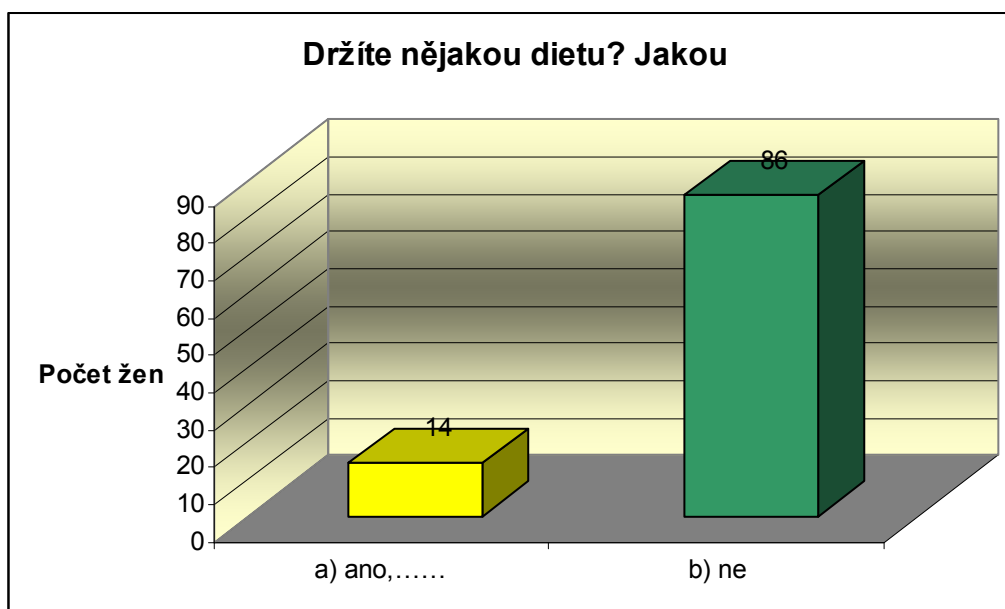
Na otázku zda chodí ženy do společnosti častěji než dříve, mi výzkum odhalil, že 48 žen (48%) chodí do společnosti stejně často jako dříve, 46 žen (46%) do společnosti nechodí a 6 žen (6%) do společnosti chodí častěji.

Otázka číslo 23. Držíte nějakou dietu? Jakou?

Tabulka 24 : Dieta

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) ano,.....	14	14%
b) ne	86	86%
Celkem	100	100%

Graf 23 : Dieta



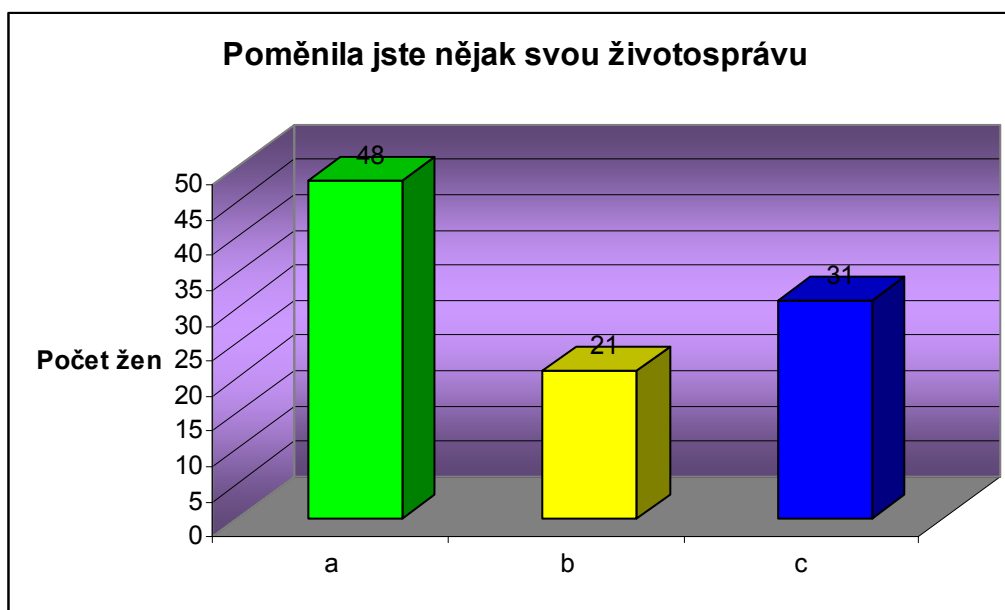
Ze 100 žen dietu drží pouze 14 žen (14%), jde o dietu diabetickou, se snížením tuků, snížení příjem sladkostí a dodržují zdravou výživu. Zbýlých 86 žen (86%) žádnou dietu nedrží.

Otázka číslo 24. Pozměnila jste nějak svou životosprávu?

Tabulka 25 : Životospráva

Odpověď	Počet žen	Procenta
a) ano, pozměnila jsem stravovací návyky	48	48%
b) ne, dodržuji správnou životosprávu celý život	21	21%
c) ne, nijak jsem nezměnila své dosavadní stravovací návyky	31	31%
Celkem	100	100%

Graf 24 : Životospráva



Z tabulky vyplývá, že 48% žen pozměnila své stravovací návyky. 31% žen nijak nezměnilo své dosavadní stravovací návyky a 21% žen dodržuje správnou životosprávu po celý život.

10.3 Zhodnocení cílů

Cíl 1 : Zjistit informovanost žen o možných klimakterických potížích.

- *Hypotéza 1 : Domnívám se, že je více než 65% dotazovaných žen dostatečně informována o možných klimakterických potížích.*

K ověření této hypotézy jsou určeny otázky 7, 8, 10. Předem jsem si určila kritéria pro dobrou informovanost a to tyhle: - dobře informovaná žen odpoví na všechny tři otázky správně

- dobře informovaná žena zatrhne v otázce 7 minimálně 3 ze 4 správných variant

V otázce 7 mohly respondenty zatrhnout více možností. Celkový počet označených odpovědí bylo 256. Správných odpovědí bylo označeno 211. 21 žen zatrhlo čtyři správné odpovědi. Tři správné odpovědi zatrhlo 24 žen. 45 žen odpovědělo správně na tuto otázku.

Na otázku 8 odpovědělo správně 61 žen (61%).

U otázky 10 zatrhlo 75 žen (75%) jednu ze dvou správných odpovědí .

Na tyto tři otázky správně odpovědělo 45% žen.

45% < 65% => Hypotéza se nepotvrdila.

- *Hypotéza 2 : Domnívám se, že má více 65% respondentek nějaké potíže v přechodu.*

K této hypotéze byla určena otázka 11. Z celkového počtu 100 respondentek uvádí pouhých 46 respondentek (46%) nějaké klimakterické potíže. 54 % respondentek nemá žádné klimakterické potíže.

46% < 65% => Domněnka se nepotvrdila.

Zpracování hypotézy pomocí Chí – kvadrátu χ^2

Ke statistickému zpracování této hypotézy jsem si vybrala statistickou metodu Chí – kvadrátu. Budu zde pracovat s pozorovanou četností (P) a očekávanou četností (O).

Alternativní hypotéza: Více než 65% z dotazovaných žen má nějaké klimakterické potíže.

Nulová hypotéza: Méně než 50% z dotazovaných žen má nějaké klimakterické potíže.

Tabulka 26 : Počet žen s a bez klimakterických potíží.

Potíže	P	O	P – O	(P – O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Ženy udávající klimakterické potíže	46	50	- 4	16	0,32
Ženy neudávající klimakterické potíže	54	50	4	16	0,32
Suma	$\Sigma = 100$	$\Sigma = 100$	$\Sigma = 0$		$\Sigma = 0,64$

$$\chi^2_{0,01(1)} = 6,635$$

Určený stupeň volnosti v tabulkách četností 1

Protože platí, že $6,635 > 0,64$, alternativní hypotéza se *nepotvrdila*, potvrdila se nulová hypotéza.

- *Hypotéza 3 : Předpokládám, že se více než 65% respondentek s potížemi se snaží jejich potíže řešit bez lékařské pomoci.*

Otázka 12 se vztahuje k této hypotéze. Ze 100 žen udává klimakterické potíže 46 žen (46%). Ze 46 žen tyto potíže řeší se svým gynekologem 36 žen (78,26%). Bez pomoci gynekologa se obejde 21,74% z dotazovaných žen.

78,26% > 65% => Hypotéza se potvrdila.

Cíl 2. : Zjistit, jak ovlivňují klimakterické potíže kvalitu života ženy.

- *Hypotéza 1 : Předpokládám, že více než 65% dotazovaných žen pravidelně navštěvují svého gynekologa.*

Tuto hypotézu potvrzuje otázka 6. Pravidelně 1 – 2 x za rok navštěvuje svého gynekologa 71% z dotazovaných žen, 21% dotazovaných žen navštěvuje gynekologa pravidelně 1 x za 2 roky. Pouhých 8% dotazovaných žen gynekologa navštěvuje jen při potížích.

71% > 65% => Domněnka se potvrdila.

- *Hypotéza 2 : Domnívám se, že více než 65% respondentek žije aktivním pohlavním životem.*

Otázka 19 ověřuje tuto hypotézu. Aktivním pohlavním životem žije 78 žen (78%) ze 100 dotazovaných žen. Pouhých 22 žen (22%) aktivním pohlavním životem již nežije.

78% > 65% => Hypotéza se potvrdila.

- *Hypotéza 3 : Předpokládám, že si více než 65% dotazovaných žen provádí samovyšetření prsou.*

Tuto hypotézu si ověřuji v otázce 17. Pravidelné samovyšetření prsou provádí 69 žen (69%) ze 100 respondentek (100%). 31 žen (31%) žen neprovádí samovyšetření prsou.

69% > 65% => Tato hypotéza se potvrdila.

- *Hypotéza 4 : Domnívám se, že více než 65% respondentek mírně pozměnila své dosavadní stravovací návyky po klimakteriu.*

K hypotéze č. 4 směřuje otázka 24. Z celkového počtu 100 respondentek pozměnilo stravovací návyky 48 žen (48%), 21 žen (21%) dodržuje správnou životosprávu celý život a 31 žen (31%) nijak nezměnilo dosavadní stravovací návyky.

48% < 65% => Hypotéza se nepotvrdila.

ZÁVĚR

Klimakterium bylo odjakživa viděno jako konečná etapa života ženy. Nebylo tedy nijak vábně vnímáno. Dříve tomu přispíval i jistý ostych a veřejné tabu. Což se ženám také tak vrylo do podvědomí. Nyní se stěží tyto velmi nepravdivé informace o jedné ze životních etap ženám vyvrací a složitě se skrže již dávno vryté informace nahrazují jinými pravdivými a pozitivnějšími informacemi o dané problematice.

Přechod není v žádném případě konečnou etapou života ženy, jen se jedná o jakousi přestupnou fázi mezi plodným obdobím a obdobím klidu. Naštěstí se dnes toto téma rozebírá a je také žhavým tématem ve spoustě diskusích jak laické veřejnosti, tak též i na vědecké úrovni. Náhled na klimakterium pomáhají výrazně zlepšit hlavně masové sdělovací prostředky (televize, rozhlas, tisk), které dosahují v dnešní době nevídaných rozměrů. Ale stále je mnoho žen, kterým chybí dostatečné informace o této problematice. Což se mi rovněž potvrdilo při zpracování mého výzkumu. Pořád ještě není dostatečně rozvinutá komunikace mezi lékařem a ženou. Ta je právě nahrazena mnohdy již zmíněnými sdělovacími prostředky, které ovšem nemusí vždy poskytovat relevantní úplně a přesné informace. K nedostatečné informovanosti přispívá i samotný ostych žen o tomto tématu hovořit veřejně a nahlas a také se o něj vůbec veřejně zajímat. A to je právě ten hlavní problém. Proto bychom se měli snažit vzdělání organizovat na odborné i na laické linii. Ženu je třeba léčit jako celek a celkově ji informovat i o životním stylu. Spousta žen trpí vedle gynekologických potíží ještě třeba diabetem, onemocněním štítné žlázy a nebo dnes častější obezitou. Žena by měla být dostatečně informovaná o způsobu své léčby a pro brzké dosažení cíle léčby by měla plně spolupracovat.

V dotazníkovém šetření mi vyšlo, že ženy v klimakteriu moc nesportují. Samotná aktivita je v tomto věkovém období důležitá. Není potřeba zabývat se náročnými sportovními aktivitami. V dnešní době je spousta jiných vhodnějších aktivit, kterými jde udržet stále dobrou fyzickou kondici. K těmto aktivitám patří např. cvičení na míčích, procházky, ale také nyní velmi propagované orientální tance. Je dokázáno, že lidé starší dospělosti, kteří pravidelně cvičí, se cítí jak po fyzické stránce, ale také po duševní stránce, lépe a jsou zdravější než ti, kteří necvičí. Při zvládání různých fyzických úkonů často pocítují uspokojení a také si tím sami upevňují sebevědomí.

Překvapil mě výsledek u otázky, zda ženy pozměnily svou životosprávu. Očekávala jsem, že žen, které změnilly svou životosprávu bude podstatně méně, než mi vyšlo ve výzkumu. Příčinou toho je nejspíš dostupnost různých druhů zeleniny a ovoce, ale také i dostupnost obchodů se zdravou výživou a to po celý rok.

Nejprve jsem si myslela, že bude velmi obtížné vcítit se do dané problematiky a to především z toho důvodu, že mě toto období teprve čeká. Ovšem nebylo to tak složité, jak se mi zprvu zdálo a hlavně to byly pro mě velmi poučné a užitečné informace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CITTERBART, Karel et al. *Gynekologie*. 1. dopl. vyd. Praha 5 : Galén a Karolinum, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0 (Galén), ISBN 80-246-0318-7 (Karolinum).
- [2] DONÁT, Josef. *Klimakterium*. 1. vyd. Praha: Jan Vašut, 2000. 32 s. ISBN 80-7236-174-0.
- [3] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
- [4] FISHEROVÁ, Elisabeth, KÜHREROVÁ, Irene. *Jak přirozenou cestou vyrovnat hladinu hormonů*. 1. vyd. Bratislava: Noxi, s.r.o., 2007. 128 s. ISBN 987-80-89179-53-4
- [5] JENÍČEK, Jaroslav. *Hormonální substituční terapie a klimakterium. Průvodce pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 103 s. ISBN 80-247-0133-2.
- [6] JENÍČEK, Jaroslav. *Žena v přechodu: aneb Ženou po celý život*. 1. vyd. Praha 7 : Grada Publishing spol. s.r.o., 1999. 89 s. ISBN 80-7169-752-4.
- [7] JENÍČEK, Jaroslav. *Žena v přechodu*. 2. přeprac. vyd. Praha 7 : Grada Publishing spol. s.r.o., 2004. 104 s. ISBN 80-247-0679-2
- [8] LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- [9] SCHNEIDER, Sylvia. *Hormonální podvod na ženách*. 1. vyd. Olomouc: Fontána, 2004. 126 s. ISBN 80-7336-109-4.
- [10] SCHNEIDER, Sylvia. *Hodným holkám začíná klimakterium. : Ty druhé jdou dál*. Lydia Stočesová. Praha: Pragma, 1999. 152 s. ISBN 80-7205-712-X.
- [11] STOPPARD, Miriam. *Hormonální terapie při menopauze*. 1st edition. Praha: Euro media Group, 2002. 96 s. ISBN 80-249-0032-7
- [12] FAIT, Tomáš. *Klimakterium a hormonální substituční terapie. Moderní babičtví 3* [online]. 2004, leden [cit. 2009-04-01]. Dostupný z WWW: <levret.cz>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

FHS	Folikulostimulační hormon
LH	Luteinizační hormon
m.	Musculus, sval
mm.	Musculi, svaly
Aj.	A jiné
Tzv.	Tak zvaný
GnRH	Gonadoliberin
Tj.	To je
Tzn.	To znamená
pH	Kyselost
Např.	Na příklad
Apod.	A podobně
Ca	Karcinom, zhoubný nádor
GIT	Gastrointestinální trakt
HDL	Lipoprotein s vysokou hustotou
LDL	Lipoprotein s nízkou hustotou
CNS	Centrální nervový systém
AD	Alzheimerova demence
HRT	Hormon Replacement Therapy, hormonální substituční terapie
ERT	Estrogen replacement therapy, estrogenová substituční terapie
UZ	Ultrazvukové vyšetření

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 : <i>Kuppermanův index</i>	36
Tabulka 2 : <i>Věk respondentek</i>	51
Tabulka 3 : <i>Rodinný stav</i>	52
Tabulka 4 : <i>Vzdělání respondentek</i>	53
Tabulka 5 : <i>Počet dětí</i>	54
Tabulka 6 : <i>Zaměstnanost</i>	55
Tabulka 7 : <i>Návštěvy gynekologa</i>	56
Tabulka 8 : <i>Klimakterické potíže</i>	57
Tabulka 9 : <i>Věk v přechodu</i>	58
Tabulka 10 : <i>První informace</i>	59
Tabulka 11 : <i>Léčba klimakteria</i>	60
Tabulka 12 : <i>Četnost potíží</i>	61
Tabulka 13 : <i>Řešení problémů</i>	62
Tabulka 14 : <i>Návštěva gynekologa po nástupu potíží</i>	63
Tabulka 15 : <i>Zmírnění potíží</i>	64
Tabulka 16 : <i>Zlepšení potíží po HRT</i>	65
Tabulka 17 : <i>Informovanost</i>	66
Tabulka 18 : <i>Samovyšetření prsou</i>	67
Tabulka 19 : <i>Mammografické vyšetření</i>	68
Tabulka 20 : <i>Pohlavní život</i>	69
Tabulka 21 : <i>Pohlavní styk</i>	70
Tabulka 22 : <i>Sport</i>	71
Tabulka 23 : <i>Společnost</i>	72
Tabulka 24 : <i>Dieta</i>	73

Tabulka 25 : *Životospráva*.....74

Tabulka 26 : *Počet žen s a bez klimakterických potíží*.....76

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 : <i>Věk respondentek</i>	51
Graf 2 : <i>Rodinný stav</i>	52
Graf 3 : <i>Vzdělání respondentek</i>	53
Graf 4 : <i>Počet dětí</i>	54
Graf 5 : <i>Zaměstnanost</i>	55
Graf 6 : <i>Návštěvy gynekologa</i>	56
Graf 7 : <i>Klimakterické potíže</i>	57
Graf 8 : <i>Věk v přechodu</i>	58
Graf 9 : <i>První informace</i>	59
Graf 10 : <i>Léčba klimakteria</i>	60
Graf 11 : <i>Četnost potíží</i>	61
Graf 12 : <i>Řešení problémů</i>	62
Graf 13 : <i>Návštěva gynekologa po nástupu potíží</i>	63
Graf 14 : <i>Zmírnění potíží</i>	64
Graf 15 : <i>Zlepšení potíží po HRT</i>	65
Graf 16 : <i>Informovanost</i>	66
Graf 17 : <i>Samovyšetření prsou</i>	67
Graf 18 : <i>Mammografické vyšetření</i>	68
Graf 19 : <i>Pohlavní život</i>	69
Graf 20 : <i>Pohlavní styk</i>	70
Graf 21 : <i>Sport</i>	71
Graf 22 : <i>Společnost</i>	72
Graf 23 : <i>Dieta</i>	73
Graf 24 : <i>Životospráva</i>	74

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník.....

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Jana Šašinková a jsem studentka 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás požádat, zda by jste mi pomohla vyplnit tento dotazník. Vyplnění dotazníku Vám nezabere více, než jen pár minut. Dotazník je zcela anonymní, nemusíte se tedy obávat úniku informací. Poslouží mi ke zpracování závěreční bakalářské práce na téma: Klimakterické potíže a kvalita života ženy. Předem děkuji za Váš čas strávený nad vyplňováním dotazníku a za Vaši spolupráci.

1. Kolik je Vám let?
 - a) 40 – 45
 - b) 46 – 50
 - c) 51 – 55
 - d) 56 – 60
 - e) 61 - více

2. Jaký je Váš rodinný stav?
 - a) svobodná
 - b) vdaná
 - c) rozvedená
 - d) vdova

3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) základní
 - b) střední bez maturity
 - c) střední s maturitou
 - d) vysokoškolské

4. Kolik máte dětí?
 - a) žádné
 - b) 1

- c) 2
 - d) 3 a více
5. Jste zaměstnaná?
- a) ano
 - b) ne
6. Jak často navštěvujete svého gynekologa?
- a) chodím pravidelně na preventivní prohlídky 1 – 2 x za rok
 - b) pravidelně 1 x za 2 roky
 - c) gynekologa navštěvuji jen při potížích
7. Jaké potíže podle Vás patří ke klimakteriu? (vyberte více možností)
- a) migrény
 - b) přibývání / ubývání na váze
 - c) ztráta menstruace
 - d) vysoký krevní tlak
 - e) náladovost
 - f) návaly horka / chladu
 - g) zvýšená teplota
8. V kolika letech podle Vás u žen začíná obvykle přechod?
- a) od 42 let
 - b) v rozmezí od 40 do 43 let
 - c) v rozmezí od 42 do 45 let
 - d) ve 48 letech
9. Kde jste získala první informace o klimakteriu?
- a) z časopisů / televize
 - b) od lékaře
 - c) od kamarádky
 - d) od sestry z ambulance gynekologa
 - e) jiné (uveďte jinou možnost)
10. Jaké znáte způsoby léčby klimakterických potíží?
- a) žádné

- b) hormonální substituční terapie
- c) bylinkové čaje a tablety
- d) změnou stravovacích návyků

11. Máte nějaké klimakterické potíže?

- a) ne
- b) ano, jaké.....

12. Řešíte problémy spojené s klimakteriem s gynekologem?

- a) ano
- b) ne

13. Za jak dlouhou dobu po nástupu potíží jste navštívila gynekologa?

- a) ihned
- b) do 6 měsíců
- c) do 1 roku
- d) později

14. Zmírňujete potíže při přechodu nějakou léčbou? Jakou?

- a) žádnou
- b) hormonální léčbou předepsanou gynekologem
- c) volně prodejnými preparáty
- d) domácími „babskými radami“

15. Jestli užíváte hormonální substituční léčbu, pozorujete zlepšení ve Vašem zdravotním stavu?

- a) ano, mírné
- b) ano, znatelné
- c) ano, žádné potíže již nemám
- d) ne, žádné zlepšení nepozoruji

16. Myslíte si, že jste dobře informována o klimakteriu, jeho průběhu a léčbě?

- a) ano, dostatečně
- b) ano, ale jen částečně
- c) ne
- d) nevím

17. Provádíte pravidelně samovyšetření prsou?
- a) ano
 - b) ne
18. Chodíte pravidelně na mammografické vyšetření prsou?
- a) ano
 - b) ne
19. Žijete pohlavním životem?
- a) ano
 - b) ne
20. Jak často máte pohlavní styk?
- a) 1 za týden
 - b) 2 a vícekrát týdně
 - c) 1 za měsíc
 - d) méně často
21. Věnujete se sportu?
- a) ano, pravidelně
 - b) ano, ale nepravidelně
 - c) ne, nesportuji vůbec
22. Chodíte do společnosti častěji, než dříve?
- a) ano chodíme častěji
 - b) do společnosti chodím stejně často jako dříve
 - c) ne do společnosti často nechodím
23. Držíte nějakou dietu? Jakou?
- a) ano,.....
 - b) ne
24. Pozměnila jste nějak svou životosprávu?
- a) ano, pozměnila jsem stravovací návyky
 - b) ne, dodržuji správnou životosprávu celý život
 - c) ne, nijak jsem nezměnila své dosavadní stravovací návyky