



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Potřeby žen v klimakteriu

Vypracovala: Eva Persanová
Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou klimakteria a změnami, ke kterým v souvislosti s klimakteriem v životě ženy dochází. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části je nejdříve definován pojem klimakterium, dále fyziologie tohoto období a následně hormonální změny, ke kterým během klimakteria dochází. Nedílnou součástí teoretické části je popis klimakterického syndromu a to jak organického estrogen-deficitního syndromu, tak metabolického estrogen-deficitního syndromu. Další významnou kapitolou je terapie klimakteria, která se zaměřuje jak na léčbu hormonální, tak na léčbu alternativní. Následně jsou v bakalářské práci popsány potřeby ženy a to nejen během období klimakteria. V této kapitole je věnována pozornost především potřebám spánku, pohybu, výživy a potřebám sexuálním, které bývají v tomto významném období ženy nejvíce pozměněny. V neposlední řadě je v teoretické části poukázáno na edukaci. Nejprve je popsán obecný pojem edukace a na závěr teoretické části je uvedena edukace v klimakteriu porodní asistentkou.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda klimakterium ovlivňuje život žen. Byly stanoveny dvě výzkumné otázky: Jakým způsobem jsou u žen v období klimakteria pozměněny jejich potřeby? Jakým způsobem jsou ženy edukovány porodní asistentkou v období klimakteria?

K výzkumu bylo použito kvalitativní šetření a sběr dat probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Během rozhovoru bylo ženám položeno jedenáct předem připravených otázek. Respondentky měly možnost do rozhovoru volně zasahovat a odpovídat podle svých zkušeností jak s klimakteriem, tak s edukací probíhající v ordinaci obvodní gynekoložky. Výzkumný soubor byl tvořen deseti ženami prožívajícími období klimakteria. Rozhovory se ženami probíhaly v ordinaci obvodní gynekoložky, která svůj souhlas s výzkumným šetřením předem potvrdila podpisem Žádosti o souhlas ke spolupráci. Ženy byly seznámeny jak se zachováním jejich anonymity, tak s účelem výzkumu, a všechny respondentky byly ochotné podepsat Žádost o souhlas ke spolupráci. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu roku 2015. Rozhovory se ženami byly průběžně zapisovány, nahrávány a následně

analyzovány. Na základě získaných odpovědí byly členěny do hlavních kategorií a jejich podkategorií pomocí barvení textu, jehož cílem bylo zjistit shody v názorech dotazovaných žen a jejich získané zkušenosti.

První, hlavní kategorie zkoumala, jak ženy prožívaly nástup klimakteria, a tato kategorie byla členěna na pět podkategorií, které se zabývaly nástupem klimakteria, změněnými potřebami, životním stylem, zdravotními riziky spojenými s klimakteriem a léčbou klimakteria. Druhá kategorie se zaměřovala na edukaci porodní asistentkou a byla členěna na tři podkategorie: Seznámení s problematikou, Doporučení porodní asistentky v souvislosti s klimakteriem a Zdroj informací.

Ve výsledcích bylo zjištěno, v jakých oblastech byly ženy klimakteriem nejvíce ovlivněny. Nejčastěji ženy obtěžovaly návaly horka spojené s pocením, které byly příčinou nespavosti a únavy. Během celého období klimakteria došlo u žen k nejvýraznějším změnám v potřebě sociální interakce, což bylo způsobeno nepříjemným pocitem kvůli návalům horka spojených s pocením. Jako další pozměněná potřeba byla uváděna potřeba stravování, potřeba spánku a odpočinku a potřeba pohybové aktivity. Během výzkumného šetření bylo poukázáno na neefektivní edukaci ze strany porodní asistentky, která nevyvíjela žádnou vlastní iniciativu, aby ženy s tímto nelehkým obdobím seznámila a pomohla jim se zvládnutím projevů klimakteria. Nespokojené s edukací byly téměř všechny dotazované ženy, které raději hledaly pomoc u svých blízkých a na internetových stránkách, kde však informace a rady nemusejí být pravdivé a ověřené.

Bakalářská práce poukázala na oblasti, ve kterých došlo během nástupu klimakteria ke změně, a dále poukázala na nedostačující edukaci žen porodní asistentkou.

Klíčová slova: edukace, klimakterium, porodní asistentka, potřeby, žena

Abstract

The bachelor's work deals with the issues of menopause and changes, which take place in a woman's life in connection with it. The work is divided into a theoretical and a research part. At the beginning of the theoretical part there is a definition of the term "menopause", which is followed by the definition of the physiology of this period and hormonal changes which come up in the course of menopause. An integral part of the theoretical section is the description of climacteric syndrome, both organic estrogen deficiency syndrome and metabolic estrogen deficiency syndrome. Another important part of the work is the therapy of menopause, which is focused both on hormonal therapy and alternative one. Subsequently, the bachelor's work describes the needs of woman, not only in the period of menopause. This part of the work pays great attention especially to the issues of sleep, physical exercise, nutrition and sexuality, which are the aspects that undergo the greatest changes in this significant period in a woman's life. The theoretical part also points out education. First, the general term "education" is described, and the end of the theoretical part is dedicated to education during menopause, which is carried out by a midwife.

The goal of the bachelor's work was to find out whether menopause influenced the lives of women. Two research questions were asked: How are the needs of women being altered during menopause? How are women educated by a midwife during menopause?

Qualitative investigations were utilized for the research. The gathering of data was carried out through semi-structured interviews. In the course of an interview, women were asked 11 questions prepared in advance. The respondents were free to interfere in the interview and answer according to their experience both with menopause and education going on in the surgery of a district gynaecologist. The research group was composed of ten women passing through menopause. The interviews with the women were conducted in the surgery of a district gynaecologist, who had provided her consent to the research investigation in writing beforehand. The women were informed that they would remain in anonymity, were familiarized with the purpose of the research and all the respondents were willing to sign an "Application for Consent to Cooperation." The

research investigation took place in March 2015. The interviews with the women were continuously written down, recorded and subsequently analysed. Based on the answers acquired they were divided into main categories and subcategories, by means of marking the texts in colour, the aim being to ascertain agreements in the opinions of the women asked and their experience.

The first main category inquired into how the women felt at the beginning of menopause. This category was divided into five subcategories, which dealt with the beginning of menopause, changed needs, lifestyle, health risks associated with menopause and therapy of menopause. The second category was focused on education by a midwife and was divided into three subcategories: Familiarization with the problem, Recommendations of a midwife relating to menopause and Source of information.

The results showed in which areas the women were influenced by menopause most. Most frequently the women were troubled by hot flushes and sweating, which were the causes of insomnia and tiredness. Due to menopause the women identified the greatest changes in the following areas: need of social interaction, which was caused by their unpleasant feelings because of hot flushes and sweating, need to eat, need of sleep and rest and need of physical exercise. The research investigation pointed out an ineffective education on the part of the midwife, who was without any personal initiative – she failed in her task to acquaint the women with this hard period of life and to help them manage the symptoms of menopause. Almost all the women asked were dissatisfied with the education and preferred to approach their close persons for help or to browse the Internet, where, however, the information and advice needn't be true and verified.

The bachelor's work pointed out the areas in which changes occurred after menopause had begun, and also pointed out an insufficient education of the women by the midwife.

Key words: education, menopause, midwife, needs and woman

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2015

.....

Eva Persanová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat mé vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Romaně Belešové za odborné vedení a ochotu, kterou mi v průběhu psaní mé práce věnovala. Také chci poděkovat všem respondentkám, které byly tak hodné a udělaly si pár minut na zodpovězení mých otázek. V neposlední řadě bych také velmi chtěla poděkovat své rodině, která mne během celého studia trpělivě a ochotně podporovala.

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	10
1.1 Klimakterium	10
1.1.1 Fyziologie klimakteria	11
1.1.2 Hormonální změny v klimakteriu.....	12
1.1.3 Klimakterický syndrom	13
1.1.4 Organický estrogen-deficitní syndrom.....	14
1.1.5 Metabolický estrogen-deficitní syndrom.....	16
1.2 Terapie klimakteria	18
1.2.1 Hormonálně substituční terapie.....	18
1.2.2 Alternativní metody terapie v klimakteriu	20
1.3 Potřeby	23
1.3.1 Potřeby žen v období klimakteria	24
1.4 Edukace.....	25
1.4.1 Edukace žen v klimakteriu porodní asistentkou.....	27
2 Cíle práce.....	31
2.1 Cíl práce	31
2.2 Výzkumné otázky	31
3 Metodika.....	32
3.1 Použitá metodika	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	33
4 Výsledky výzkumu.....	34
4.1 Rozhovory se ženami.....	34
5 Diskuze.....	51
6 Závěr.....	57
7 Seznam použitých zdrojů.....	58
8 Seznam příloh	63

Úvod

Každá žena si v průběhu života projde obdobím, které nazýváme klimakterium. Klimakterium je charakterizované vyhasnutím ovariálních funkcí, kdy žena přestává menstruovat a již není reprodukčně aktivní. Označujeme tak období přechodu mezi plodným věkem ženy a začátkem senia. Začátek nástupu klimakteria může být ovlivněn několika faktory, jako například prodělanými chorobami, výživou nebo rodinnou dispozicí (Fait, 2006).

Prožívání tohoto období u žen bývá odlišné. Některá žena má nepříjemné pocity týkající se častých návalů horka, jiná žena trpí silným pocením. Na druhé straně se může stát, že žena nástup tohoto období ani nezaznamená. Kvůli různorodému prožívání nástupu tohoto velmi důležitého období je nezbytné, aby každá žena byla včas edukována o projevech klimakteria, o možnostech, jak se s projevy vypořádat a v neposlední řadě i o možnostech léčby. A to jak o léčbě hormonální, tak o metodách alternativní terapie. Velmi důležité je také sdělit ženě nutnost preventivních vyšetření, aby se zabránilo rozvoji závažnějších onemocnění, které mohou mít s klimakteriem souvislost. Pokud by žena byla poučena včas a důkladně, toto období by snášela lépe.

V teoretické části je popsána problematika klimakteria včetně hormonální i alternativní terapie. Dále je v této části zmíněna důležitost edukace žen ze strany porodní asistentky.

V praktické části zjišťujeme pomocí kvalitativního výzkumu, zda klimakterium ovlivňuje život žen.

1 Současný stav

1.1 Klimakterium

„Klimakterium je období přechodu mezi plodným věkem ženy a začátkem senia, ve kterém dochází k fyziologickému poklesu funkce ovarií a následným endokrinním, somatickým a psychickým změnám. Dle WHO je definováno jako období začínající přibližně 1 rok před menopauzou a charakterizované již nastupujícími klinickými obtížemi“ (Fait, 2006, s. 11). Klimakterium se u žen vyskytuje v rozmezí mezi 45. - 60. rokem života. Pokud toto období nastoupí již před 40. rokem života ženy, označuje se jako předčasné ovariální selhání (Fait, 2006; Kobilková, 2005).

Klimakterium se dělí na premenopauzu, menopauzu, postmenopauzu a senium.

Premenopauza je období před menopauzou, kdy je stále pravidelný menstruační cyklus, a to díky zachování hormonální hladiny jako v reprodukčním období. Plodnost ženy je v období premenopauzy stále zachována. Termín premenopauza bývá chápán dvojnásobně. Buď je přičítán celému reprodukčnímu období před samotnou menopauzou, nebo době 1 - 2 roky bezprostředně před menopauzou (Fait, Šnajderová, 2007).

Menopauzou označujeme poslední menstruační periodu ženy. Průměrný věk nástupu menopauzy u ženy je 49 - 51 let. Tato hranice je však pro každou ženu individuální a je ovlivněna řadou negativních vlivů, které přispívají k jejímu urychlení. Mezi nejdůležitější patří zejména genetické faktory nebo špatný životní styl ženy. V menopauze končí reprodukční období ženy. U žen dochází také k předčasné menopauze, která se může objevit před 40. rokem života ženy. (Kolařík, Halaška, 2011; Hrušková, 2007).

Postmenopauza je období, které začíná jeden rok po posledním menstruačním krvácení a končí obdobím senia. V tomto období se zvyšuje hladina folikulostimulačního hormonu, snižuje se hladina estrogenů a vyhasíná ovariální funkce (Fait, Šnajderová, 2007; Roztočil, 2011).

Senium je fáze života ženy po menopauze a rozděluje se na časnou geripauzu, která se vyskytuje v období mezi 65. – 85. rokem života ženy a dále se dělí na pozdní

geripauzu, která se vyskytuje po 85. roce věku. V období senia dochází k ústupu sekundárních pohlavních znaků, což je způsobeno sníženou produkcí anabolických steroidů po 60. roce věku (Fait, Šnajderová, 2007; Urbanová, 2010).

1.1.1 Fyziologie klimakteria

Příčina změn v klimakteriu a obtíží z toho vyplývajících je multifaktoriální. Za základní příčinu se považuje vyčerpání folikulů v ovariu. V období klimakteria přestávají vaječníky odpovídat na hypofyzární gonadotropiny a v důsledku toho dochází k nedostatku ovariálních steroidů, především estrogenů. Pokud dochází k redukci počtu folikulů v ovariu, nazýváme tento proces atrézií, která je ovlivňována různými faktory. Za spouštěcí mechanismus se pokládají multifokální změny neurotransmiterů. „Tvorba estradiolu se v období klimakteria snižuje o 90 % a tvorba estronu o 70 %. Pokles celkové produkce androgenů je minimální. Zdrojem estrogenů v postmenopauze je jednak periferní konverze androgenů produkovaných ve stromálních a hilových buňkách ovaria a též aromatizace nadledvinového androstendionu. V důsledku strmého poklesu tvorby estrogenů, zejména v prvním roce po menopauze stoupá koncentrace folikulo stimulujícího hormonu (dále jen FSH)“ (Fait, 2006, s. 13).

Mezi první laboratorní známky klimakteria řadíme zvýšenou hladinu FSH a estradiolu, zatímco hodnota luteinizačního hormonu (dále jen LH) se pohybuje ve fyziologické hladině. Následkem luteální insuficience dochází k prodloužení menstruačního cyklu, k vzniku anovulačních cyklů a k metroragii (krvácení z dělohy mimo menstruační cyklus). Změny funkce vaječníku se projevují poklesem plodnosti ženy (již od 35 let), neplodností (plodnost ženy končí zhruba 10 let před poslední menstruací), nepravidelností menstruačního cyklu a posléze následným vymizením menstruace. V konečném důsledku menstruační cyklus u ženy zcela ustane (Fait, 2006; Čepický, 2006).

1.1.2 Hormonální změny v klimakteriu

Hlavní hormonální charakteristikou perimenopauzálního období ženy je kolísání produkce ovariálních steroidů. Vývoj hladin steroidů a gonadotropinů je až do menopauzy individuální. Již od 30. roku života ženy dochází k postupnému vzestupu koncentrace FSH. Sekrece LH zůstává beze změn. Sekrece FSH se zvyšuje již v období, kdy zatím nelze prokázat sníženou produkci estrogenů. Vzestup koncentrace FSH na začátku cyklu nastává dříve a je výraznější, proto dochází k akceleraci růstu folikulů, a tím ke zkracování cyklu. Kratší je především folikulární fáze cyklu. Tento stav se u žen nejčastěji projevuje nepravidelným krvácením a je způsobený mnohočetným dozráváním folikulů (Kolařík, Halaška, 2008; Fait, Šnajderová, 2007).

Úbytek folikulů neumožňuje dostatečnou produkci estradiolu, čímž se opoždí spuštění zpětné vazby a následně dojde k vymizení ovulace. Anovulační cykly nejdříve bývají roztroušené mezi normálními ovulačními cykly. Před menopauzou počet anovulačních cyklů stoupá, tím dochází k poklesu hladiny progesteronu, a proto se cyklus protahuje zejména v důsledku prodloužení luteální fáze (Cibula, Henzl, 2002).

Produkce estradiolu se prudce snižuje v průběhu prvního roku po menopauze a poté následuje další mírný pokles. U žen v postmenopauze dochází ke změně poměru estradiolu E2 a E1. Hlavním zdrojem estradiolu E1 je androstendion, který je syntetizován převážně nadledvinou a přibližně 5 % jeho množství produkuje také ovarium. V postmenopauzálním období estrogeny vznikají také aromatizací androgenů v tukové tkáni, což způsobuje, že podíl aromatizovaného androstendionu je větší zejména u obézních žen (Citterbart, 2008; Čepický, 2006).

Během menopauzy nedochází ke změnám hladiny androgenů, jejich produkce je zachována dlouho po menopauze. První příčina při reprodukčním stárnutí je pokles hladiny inhibinů, jejichž hodnota je v období klimakteria menší než 75 IU/l. Tím dochází k vzestupu hladiny FSH (30-170 IU/l), což vede k rychlému dozrávání folikulů a zvýšené sekreci estrogenů u starších žen až do doby, než dojde k vyčerpání zásob folikulů. I delší dobu po nástupu menopauzy se objevují vzestupy koncentrace estrogenů, které však nejsou provázeny krvácením z dělohy. Elevace LH stimuluje

stromální buňky ovaria k produkci androgenů, především testosteronu. Hladina volného testosteronu v klimakteriu je mírně vyšší než v plodném období ženy (0,2-0,8 ng/ml). Zvýšení poměru mezi estrogény a androgeny může mít dopad v klinické symptomatologii klimakteria, protože androgeny mají významný vliv na funkci centrálního nervového systému, a to převážně na kvalitu paměti, náladu a libido ženy. I po menopauze zůstává u ženy koncentrace testosteronu na vysoké úrovni (Kolařík, Halaška, 2008; Citterbart, 2008).

1.1.3 Klimakterický syndrom

Potíže spojené s klimakterickým syndromem se u žen objevují individuálně ve vztahu k menopauze. Vyskytují se jak několik let před menopauzou, tak i po ní, a mohou přetrvávat mnoho let v postmenopauze. Dříve byla pod názvem klimakterický syndrom zahrnována jak symptomatologie vazomotorická, tak i metabolická a psychická. Nyní je termín vyčleněn pouze pro psychické a vazomotorické symptomy. Do klimakterického syndromu lze zařadit potíže, jako jsou návaly horka, pocení, psychické potíže, nespavost, nervozita, podrážděnost, bolest hlavy, bušení srdce atd. Některé ženy však v klimakteriu nemusí pociťovat žádné obtíže a menopauzu mohou snášet velmi dobře (Fait, Šnajderová, 2007; Jonáš, 2009).

Jedním z poměrně častých příznaků klimakterického syndromu bývají návaly horka, ke kterým dochází v důsledku úbytku estrogenů a hormonální nestability. Jejich příčinou je nerovnováha aktivity centrálních neurotransmiterů. Návaly horka bývají ženou nejvíce pociťovány v horní polovině těla, především v obličeji, na krku a na hrudi. Jsou považovány za intermitentní poruchu periferní vazomotorické regulace. Tyto obtíže mohou trvat v rozmezí od 0,5 – 5 minut a jejich frekvence je individuální. Nejčastěji se vyskytují v noci, nebo pokud má žena nějaký stres. V noci bývají návaly horka příčinou poruchy spánku a následnou zvýšenou únavou. Mohou se vyskytovat několik měsíců, ale také několik let. Většinou se objevují již před poslední menstruací (Hrušková, 2007; Čepický, 2006).

Návaly horka často doprovází silné pocení, nebo se mohou vyskytnout i samostatně. Charakter pocení je individuální jak intenzitou, tak lokalizací na těle. Pro ženy je pocení nepříjemné především v noci, kdy bývá velmi často provázené poruchami spánku, což způsobuje, že žena je ve dne nevyspalá, unavená a podrážděná. Příčinou pocení je porucha termoregulace v hypotalamu při nedostatku estrogenů (Urbanová, 2010).

Velkou část symptomatologie klimakterického syndromu představují potíže psychické, jako jsou depresivní nálady, úzkost, podrážděnost, nervozita, neschopnost soustředění a podobně. Sociální prostředí, osobnost ženy a klimakterium jako takové jsou faktory, které někdy predisponují vznik psychopatologie. Přecitlivělost a výbušnost jsou stavy, které jsou velice podobné těm, jaké doprovázejí premenstruační období. Pokud žena, která trpí psychickými problémy, nevyhledá odbornou pomoc, mnohdy dochází k jejich vystupňování. Problém pak ženě dělá například i ranní vstávání nebo večerní usínání. Nesnadným se stává celý její den. Zároveň ji mohou pronásledovat deprese z obavy, že již není pro své okolí půvabná a přitažlivá. (Fait, 2006; Citterbart, 2008).

U žen v klimakteriu se častěji objevují bolesti hlavy, které mohou mít až charakter migrény. Jejich příčinou může být podrážděnost, únava, nebo dehydratace (Hrušková, 2007).

Souvislost mezi změnami v sexualitě a klimakteriem se prokazují velice složitě. Řada změn v sexuální oblasti jsou následkem stárnutí a nemusí mít s menopauzou nic společného. Výrazný negativní vliv na sexualitu mají vazomotorické potíže a atrofie urogenitálního traktu. Nejčastějším problémem ženy v menopauze bývá dyspareunie. Svůj podíl na snížení libida mohou mít také návaly horka, intenzivní pocení, podrážděnost nebo únava (Phillipsová, 2005; Livotiová, 2005).

1.1.4 Organický estrogen-deficitní syndrom

Potíže spojené s organickým estrogen–deficitním syndromem ženě značně znepríjemňují život. Příčinou organického estrogen–deficitního syndromu je poškození

struktury některých orgánů atrofizací (zmenšení normálně vyvinutého orgánu nebo tkáně), kterou způsobuje nedostatek estrogenů. V těchto případech by léčba estrogény měla být kauzální. Atrofizace se klinicky projevuje příznaky, které jsou specifické pro každý jednotlivý orgán. V období klimakteria nejvíce postihuje pochvu, močovou trubici, kůži, prsa a některé další sliznice (Fait, Šnajderová, 2007).

Nejčastěji jsou ženy v období menopauzy postiženy atrofizací poševní sliznice. První příznaky spojené s atrofizací sliznice pochvy se mohou projevit již několik měsíců po menopauze a maxima dosahují po 10 – 15 letech. Sliznice poškozená atrofizací je suchá, náchylná k řadě infekcí a lehce zranitelná. Normální bakteriální flóra z pochvy vymizí a z kyselého prostředí se stane prostředí zásadité, které umožňuje přemnožení patogenních mikrobů. Žena začne trpět častějšími záněty pochvy, které se projevují subjektivními obtížemi a výtokem. Klinicky se zánět pochvy projevuje dyspareunií, pruritem, pálením v pochvě a jejím okolí. Suchost pochvy u žen vyvolává bolest, svědění a diskomfort při pohlavním styku, což negativně ovlivňuje nejen ženu, ale také jejího partnera a v souvislosti s tímto problémem u ženy velmi často dochází ke snížení libida (Urbanová, 2010; Citterbart, 2008).

Močová trubice a trigonium močového měchýře jsou kryty dlaždicobuněčným epitelem. Atrofizace močové trubice se klinicky projevuje celou řadou urologických příznaků, zejména častým nucením na močení, častým nočním močením, samovolným únikem moče (inkontinence), bolestivým močením a pálením při močení. Atrofizace vede k dysfunkci zejména dolní části močového ústrojí. Inkontinence moči je u žen v klimakteriu poměrně častý problém. U stresové inkontinence dochází k úniku moči po intraabdominálním tlaku, například při kýchnutí, nebo při smíchu. U urgentní inkontinence dojde k úniku moči při imperativním nutkání na močení. Inkontinence moči může u žen způsobit psychické problémy, deprese a narušuje jak společenský, tak sexuální život ženy. Pokud žena začne trpět močovou inkontinencí, je velice důležité, aby se nestyděla a ihned vyhledala lékařskou pomoc. Inkontinenci lze léčit jak farmakologicky, tak i operativně. Dále jsou atrofizací postiženy sliznice dutiny ústní, nosu, hltanu, hrtanu, oka, céka a vzestupného tračníku (Roztočil, 2011; Hloupá, 2009).

Atrofizace po menopauze postihuje také kůži. Její projevy jsou suchost, ztenčení a zvrásnění. Tyto projevy jsou následkem snížené mitotické aktivity ve stratum germinativum. Kůže je v klimakteriu náchylnější k popálení při výskytu na přímém slunci a zvyšuje se riziko vzniku nádorového onemocnění kůže. Změny postihují také podkožní pojivovou tkáň a kožní adnexa. Pokles ženských pohlavních hormonů v menopauze vyvolává nárůst mužských hormonů – androgenů, které ovlivňují způsob růstu a ztmavnutí ochlupení. Vlasy a ochlupení jsou řídké a suché, roční ztráta kolagenu se pohybuje okolo 1 % a nehty mají zvýšenou lámavost (Livotiová, 2005; Fait, 2006).

Kromě výše uvedených změn orgánů souvisejících s organickým estrogen-deficitním syndromem lze zmínit i prsy ženy, které jsou cílovým orgánem estrogení stimulace. Po menopauze prsy ženy atrofují s redukcí mléčné žlázy a tukové tkáně a u žen se vyskytuje vyšší riziko vzniku dysplazie a nádorového onemocnění prsu. Ženy by v tomto období měly pravidelně navštěvovat svého obvodního gynekologa, který by měl provést bimanuální vyšetření prsou, vyšetření pomocí UZ, nebo odeslat ženu do mamologické poradny, kde jí bude pravidelně prováděno mamografické vyšetření (Urbanová, 2010; Fait, 2006).

1.1.5 Metabolický estrogen-deficitní syndrom

Do metabolického estrogen-deficitního syndromu řadíme kardiovaskulární onemocnění a postmenopauzální osteoporózu.

Dnes se kardiovaskulární onemocnění považuje za nejčastější příčinu smrti u žen. Ischemická choroba srdeční (dále jen ICHS) byla brána jako typické onemocnění postihující muže. Incidence ICHS po menopauze značně roste a rozdíl mezi muži a ženami se výrazně vyrovnává. Mezi rizikové faktory ICHS řadíme hypertenzi, obezitu, dyslipidémii, diabetes mellitus, kouření, nedostatek pohybu, genetické predispozice, stres a vysoký věk. Druhou nejčastější příčinou mortality u žen po menopauze je vedle ICHS mozková mrtvice. Hlavní roli hraje v menopauze metabolický vliv estrogenů. Po přechodu stoupá hladina cholesterolu, který způsobuje ucpávání tepen aterosklerotickými pláty. Zvyšuje se také hladina triglyceridů, které

přispívají k aterogenezi. Tento stav zapříčiní zhoršenou pružnost cévy, tím pádem cévou hůře protéká krev a zvyšuje se riziko trombózy (ucpání tepny). Pokud dojde k uzavěru cévy, zůstane určitá část tkáně bez krve a může dojít k jejímu odumření (Phillipsová, 2005; Fait, Šnajderová, 2007).

Osteoporóza je považována za dlouhodobou změnu spojenou s klimakteriem. Nejen menopauza, ale také operativní odstranění vaječnicků a vejcovodů způsobuje osteoporózu. Obecně platí, že čím dříve u ženy nastoupí období klimakteria nebo operace vaječnicků, tím těžší obraz osteoporózy můžeme spatřit. Osteoporóza ovlivňuje morbiditu a mortalitu žen ve vyšší věkové kategorii. Kostní tkáň je průběžně remodelována, její novotvorba převažuje do 25 – 30 let věku a poté nastává resorpce. Osteoporóza u ženy může klinicky probíhat němě nebo se projevit až zlomeninou. Často se projevuje bolestivostí páteře, kostí a kloubů. V důsledku osteoporózy dochází ke snížení tělesné výšky přibližně o 4 cm za 10 let. Typické pro klimakterickou osteoporózu jsou zlomeniny obratlů, krčku kosti stehenní a zápěstí, způsobené kompresí. Osteoporóza čelisti může u ženy způsobovat vypadávání zubů. Zlomeniny krčku kosti stehenní mají za následek v 15 % mortalitu do 6 měsíců a způsobují v 50 % invalidizaci postižených žen. Diagnostiku osteoporózy stanovujeme měřením množství kostní hmoty. Mezi rizikové faktory patří genetika, nízká koncentrace pohlavních steroidů, hormonální faktory (hypertyreóza, diabetes mellitus I. typu), gastrointestinální obtíže (anorexie, malabsorpce), neuropatie, kortikoterapie, dlouhodobá imobilizace, nízká tělesná hmotnost (kdy BMI je nižší než 19 kg/m^2), stravování nebo kouření. Během klimakteria je důležité, aby žena měla dostatečný přísun vápníku ve stravě, velmi vhodné je mléko, mléčné výrobky a jako prevence osteoporózy se ženě doporučuje přijímat také zeleninu s tmavými zelenými listy. Pokud je příjem vápníku nedostatečný, podává se ženě kalcium karbonát, nebo kalcium laktát. Také se může doporučit kalcium glukonát, ale ten se využívá jen v 9 % případů (Broulík, 2007; Kopásková, Tkáčová, 2012; Beneš, 2007).

1.2 Terapie klimakteria

Klimakterické obtíže lze léčit jak farmakologicky, tak pomocí režimového opatření. Farmakologickou léčbu dělíme na léčbu hormonální a nehormonální.

K odstranění prakticky všech příznaků klimakteria pomáhá terapeutické podávání estrogenů. Jejich užívání je prevencí estrogenního deficitu a některých dalších chorob, kde není jasná přímá souvislost (Fait, 2006).

V perimenopauze přecházíme nejdříve na gestagenně dominantní kombinovanou sekvenční estrogen-gestagenní terapii (dále jen EPT). V léčbě ženy se začíná s nízkodávkovanou terapií a teprve poté, co léčba začne být účinná, lze dávku začít zvyšovat. Pokud se snažíme zachovat u ženy menstruační cyklus, řídíme se přáním pacientky, dobou podávání substituční terapie a věkem ženy. Někdy se za hranici pro podávání sekvenčních preparátů udává věk 52 let. Později v období postmenopauzy se přechází na kombinovanou kontinuální EPT. U žen, které nemají dělohu, se preferuje čistě estrogenní terapie (Fait, Šnajderová, 2007).

Jedinou alternativou hormonální terapie, která má stejný účinek na všechny typy příznaků estrogenního deficitu, je Tibolon, což je syntetický analog steroidů. V doporučené dávce, která je 2,5 mg denně, potlačuje vazomotorické obtíže, zlepšuje náladu ženy a navrácí jí její libido. Upravuje poševní atrofii, neovlivňuje endometrium a protektivně působí na kostní hmotu (Fait, 2006).

Klimakterický syndrom lze léčit také pomocí nehormonální terapie. Prostředky, které žena během klimakteria používá, zlepšují projevy akutního nedostatku estrogenů. V případech klimakterického syndromu spojeného s hypertenzí a bolestmi hlavy lze úspěšně použít antihypertenziva. Včelí a sójové produkty zlepšují symptomy akutního klimakterického syndromu. Lázeňská léčba a fyzické cvičení jsou vhodné k nápravě životosprávy a ke zlepšení životního stylu (Phillipsová, 2005).

1.2.1 *Hormonálně substituční terapie*

Způsob hormonální substituční terapie (dále jen HRT) určuje jak intenzita, tak druh potíží. Estrogeny mohou být podávány perorálně, transdermálně, perkutánně,

intranazálně, subkutánně nebo lokálně. V současnosti je k dispozici celá řada hormonálních substitučních preparátů. Estrogenní substituční terapie je určena pro ženy, které nemají dělohu. U žen, které dělohu mají je podávána estrogen–progestagenní směs. „Klasické a nízké dávky estrogenů mají mitogenní aktivitu pro buňky endometria, proto se u žen s dělohou musí podávat v kombinaci s progestiny. Progestiny podávané kontinuálně nebo sekvenčně 10 – 14 dní v druhé polovině cyklu přinášejí kontrolu růstu endometria, a tedy i pseudomenstruačního krvácení“ (Fait, 2006, s. 24). Trendem v hormonální terapii je individualizace léčby. Individuální léčba u žen vychází ze zkušeností lékaře a znalosti interakcí hormonálních složek, které jsou v léčích obsaženy. Hormonální terapie je velmi podobná antikoncepčním tabletám (Livotiová, 2010; Fait, Šnajderová, 2007).

Akutní symptomatologie klimakterického syndromu zahrnuje vazomotorické potíže, nespavost, bolest hlavy, deprese, obtížnou koncentraci, závratě, palpitaci a parestézii. U těchto potíží je úspěšnost hormonální léčby až 90%. Také u urogenitálních symptomů organického estrogen–deficitního syndromu je hormonální terapie účinnější než jiný způsob léčby. Tato léčba efektivně a rychle odstraňuje vaginální a urologické příznaky. Hormonální terapie snižuje frekvenci močení, zlepšuje dysurii a urgentní i stresovou inkontinenci. Také zabraňuje vzniku infekcí v močovém ústrojí. Největší význam hormonální terapie je ten, že je účinná v prevenci a léčbě kardiovaskulárního onemocnění a osteoporózy. Estrogenní substituční terapie vede v mnoha případech k vzestupu kostní denzity a snižuje výskyt osteoporotických fraktur. Při léčbě trvající více jak 6 let dochází ke snížení počtu zlomenin obratlů o více než 50 %. Hormonální léčba bývá pro většinu žen užitečná. Hlavní prospěch spočívá ve zlepšení kvality života. Hormonální terapie snižuje riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění, osteoporózy, Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci, stařecké slepoty, kolorektálního karcinomu a příznivě působí na prevenci stařeckého vypadávání zubů (Fait, Šnajderová, 2007; Citterbart, 2008).

Stejně jako každá léčba i hormonální terapie s sebou přináší jistá rizika a nežádoucí účinky, se kterými se musí počítat. Při hormonální terapii se může objevit bolest a napětí v prsou i retence tekutin. S užíváním estrogenů se spojuje nevolnost, křeče

zejména v dolních končetinách a silnější bolesti hlavy. Může se objevit také krvácení způsobené spádem hormonálních hladin. Podávání gestagenní složky s sebou přináší nežádoucí účinky, jako jsou deprese, napětí ve svalech, nadýmání a zvýšení chuti k jídlu. Léčba samotnými estrogy zvyšuje riziko vzniku karcinomu endometria a prsu, nebo také vznik kardiovaskulárních příhod. Při pětiletém užívání se riziko zvyšuje až dvojnásobně. Dlouhodobé užívání hormonální substituční terapie, které trvá déle jak 10 let, zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu o 30 %. Pokud se léčba estrogy doplní o progestogeny, riziko vzniku karcinomu endometria a prsu se téměř eliminuje (Fait, 2006).

Hormonální terapie má také určité kontraindikace. Dříve byly uváděny kontraindikace jako hypertenze, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus, migréna, benigní nádory prsu, jaterní onemocnění, akutní žilní trombóza, krvácení z dělohy nejasného původu a endometrióza. Tyto kontraindikace však v současnosti byly opuštěny jako neodůvodněné. Zůstává pouze několik kontraindikací, ale i tak je nutno si uvědomit, že po důkladném zaléčení nejsou důvodem k odmítnutí substituční terapie. Jedná se o karcinom prsu nebo endometria, hlubokou žilní trombózu a akutní zánět jater (Fait, 2006).

1.2.2 Alternativní metody terapie v klimakteriu

Kromě hormonální substituční terapie klimakteria lze využít metody z alternativní medicíny. Alternativní medicína je souhrnný termín jak pro tradiční, tak i pro nové diagnostické a léčebné postupy, používané v současnosti, které se odlišují svými teoretickými východisky i svou praxí od principů vědecké medicíny. Bývá často označována jako doplňková, neortodoxní, přírodní nebo nevědecká (Mornstein, 2005).

Ženy s určitým onemocněním, jako například akutní žilní trombóza, tromboembolizace, neléčený karcinom prsu a endometria, nemohou nebo nechtějí využívat hormonální terapii. V takovém případě ženě porodní asistentka (dále jen PA) může doporučit alternativní léčbu, která ovšem není tak účinná, jako terapie hormonální. U žen v klimakteriu, které se rozhodly pro využití alternativní léčby, PA

doporučuje úpravu životosprávy, kdy je vhodný režim s dostatečnou fyzickou aktivitou a vhodnou skladbou stravy. Do svého jídelníčku by žena měla zařadit například sóju, zeleninu, ovoce a jídlo bohaté na vápník, popřípadě užívat některé látky ve formě doplňků stravy s vitamíny, minerály a stopovými prvky. Do alternativních metod terapie v klimakteriu lze zařadit užívání fytoestrogenů, homeopatii, aromaterapii, akupunkturu a akupresuru (Grygárková, 2014).

Fytoestrogeny jsou látky rostlinného původu, které se v zažívacím traktu mění na látky s estrogenními účinky a snižují riziko vzniku rakoviny prsu, osteoporózy a kardiovaskulárního onemocnění. Fytoestrogeny, stejně jako estrogeny syntetické, mají ochranný účinek na kostní tkáň, snižují hladinu cholesterolu a mají antioxidační účinky. Nejvíce využívanými zdroji fytoestrogenů jsou sója, luštěniny a červený jetel. Oproti lidským a syntetickým estrogenům mají fytoestrogeny odlišnou afinitu k alfa a betaestrogenovým receptorům, a proto jsou vhodné i pro ženy se zvýšeným rizikem trombózy. Aby preventivní účinky fytoestrogenů v menopauze byly co největší, doporučuje se konzumace okolo 60 mg isoflavonů, což není možné běžnou stravou dosáhnout. Proto ženám v klimakteriu PA doporučuje zařadit do jídelníčku více luštěnin. Účinek rostlinných estrogenů je mnohonásobně nižší než účinek ženského hormonu. Fytoestrogeny se dělí do čtyř skupin na isoflavonoidy, kumestany, stilbeny a lignany, z nichž největší pozornost je věnována isoflavonoidům (Turčan, 2011; Arndt, 2010).

Mezi alternativní metody terapie klimakteria lze zařadit i homeopatii, která vznikla jako ryze lékařská metoda, kterou před více než 200 lety založil Samuel Hahnemann. Tato alternativní metoda léčby vychází z faktu, že mysl je úzce spojena s fyzickými orgány. Pokud se fyzické onemocnění projeví, je důležité nejprve odstranit jeho příčinu a nemoc poté sama vymizí. Homeopatii lze aplikovat různými způsoby. Takzvaná příznaková homeopatie léčí pouze příznaky nemoci a člověk si ji může naordinovat sám. Druhá a účinnější metoda je klasická homeopatie, která podrobně studuje nitro člověka. V tomto případě je nutné zkontaktovat homeopata, který pátrá po traumatech a snaží se člověka co nejvíce poznat a poté teprve může homeopat stanovit správnou léčbu. Homeopatická léčiva nepůsobí chemicky, ale energeticky povzbuzují tělo ženy

k dosažení rovnováhy. Homeopatika se vyrábějí na přírodní bázi ze základní substance, která se musí mnohonásobně před použitím naředit. Základem homeopatik jsou minerály, rostliny a živočichové. Například sépie se u ženy užívá na snížené libido a nedostatek energie. Při návalech horka se používá jed jihoamerického hada. V České republice může klasickou homeopatii praktikovat bez jakéhokoli omezení jak lékař, tak člověk bez lékařského diplomu jako je i PA. Homeopatické léky jsou do České republiky dováženy, protože zde zatím nepůsobí žádná homeopatická lékárna, která by byla schopna si homeopatika sama vyrábět. Homeopatika jsou jako léky v České republice registrována ve Státním ústavu pro kontrolu léčiv. V současnosti je homeopatie využívána ve více než osmdesáti zemích světa. Například ve Francii a Indii je vyučována i na lékařských fakultách. Nejrozšířenější je homeopatie v Indii, Bulharsku a Argentině. Naproti tomu téměř neznámá je v Číně, Koreji a Japonsku (Kořínková, 2014; Dvořáková, 2012).

V aromaterapii se pracuje s aromaterapeutickými preparáty, jejichž základem jsou éterické oleje, které každá rostlina obsahuje ve svých listech, kořenech, lodyhách, semenech a květech. Aromaterapie používá éterické oleje k posílení rovnováhy a harmonii organismu po fyzické i psychické stránce. Během klimakteria může PA ženě doporučit například růžový olej, který si přidá do koupele, a v lázni bude alespoň jednu hodinu. Při používání silic jsou rizika minimální. Je důležité, aby se člověk vyvaroval vysokým koncentracím silic. Některé silice mohou při větší koncentraci způsobit například bolesti hlavy a pocit na zvracení. Silice z cypřiše, kakostu smrdutého a růže, pomáhají ženám, které trpí silnou menstruací. Naopak silice citronely a ylang-ylang tlumí premenstruační syndrom. Vedle toho bazalku lze použít při vyčerpanosti a únavě. Při depresivních stavech pomáhá silice šalvěže a růže. (Grygárková, 2014).

Jako další metodu alternativní medicíny lze uvést akupunkturu jako starodávné léčivé umění, které se začalo rozvíjet před 5000 lety v Asii. K léčbě se používá systém čtrnácti energetických drah, meridiánů. Meridiány probíhají tělem a rozpoznávají se na nich blokády životní energie, jinak řečené čchi. Vpíchnutím velmi drobných jehel do akupunkturálních bodů se napravit proudění čchi celým systémem a tím se dosáhne v organismu optimálního stavu. Akupunktura je velmi podobná akupresura, která také

využívá meridiány. U této metody se však místo jehel využívá tlak. Tím dochází k nervosvalové masáži. Stlačují se dané body a tím je stimulována energie orgánů. Každá žena v klimakteriu si může akupresuru provádět sama (Rozhoňová, 2006, on-line).

1.3 Potřeby

Jedním z hlavních znaků současné porodní asistence je hodnocení potřeb ženy a jejich uspokojování. K uspokojení potřeb slouží ošetřovatelský proces. Potřeba je chápána jako nedostatek něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Uspokojení potřeb je velice důležité pro veškerou psychickou činnost ženy. Neuspokojené potřeby ovlivňují pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím pádem zcela ovlivňují chování jednotlivce. Lidské potřeby se mění, vyvíjejí se, na rozdíl od lidských instinktů a pudů, které jsou biologicky dané. Každý člověk uspokojuje své potřeby jiným způsobem a jejich nedostatek se projevuje u každého jedince jinak. I když mají dva lidé stejné potřeby, každý z nich je uspokojuje jiným způsobem, který nikdy nebude stejný. Lidské potřeby ovlivňuje řada faktorů, například nemoc, individualita, pohlaví, životní zkušenosti atd. (Trachtová a kol., 2005; Tóthová, 2009).

Potřeby lze uspokojovat jak žádoucím, tak nežádoucím způsobem. Žádoucí uspokojování potřeb neškodí ani danému jedinci, ani jeho okolí, a potřeby jsou uspokojovány v mezích zákona. Naopak nežádoucí uspokojování potřeb může škodit dané osobě nebo jiným jedincům nebo přesahuje meze zákona (Trachtová a kol., 2005).

Obecně potřeby člověka dělíme na primární a sekundární. Primární potřeby se jinak nazývají biologické a sekundární potřeby jsou potřeby ekonomické a psychologické. Biologická potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy. Ekonomická potřeba vyjadřuje nutnost vlastnit a užívat určitý ekonomický objekt, např. TV, obuv, ošacení atd. Psychologická potřeba je specifická a vyjadřuje psychický stav, který odráží nedostatek něčeho (Vaculková, 2009).

Psychologický význam potřeby bývá spojen se sociálním významem, který vyjadřuje nedostatek v sociálním životě jedince. V psychologii se potřeby dělí na

biogenní, fyziologické, psychogenní, sociogenní a psychologické. Jde o dělení umělé, protože některé sociální potřeby, jako například potřeba lásky a tělesného kontaktu, mají pravděpodobně vrozený, tedy biologický základ. Psycholog A. H. Maslow uspořádal lidské potřeby hierarchicky, kdy jsou potřeby děleny na nižší a vyšší (viz Příloha 1) (Trachtová a kol., 2005).

1.3.1 Potřeby žen v období klimakteria

U žen v klimakteriu dochází k pozměnění některých potřeb. Nejvíce se změny týkají potřeby spánku, pohybu, výživy a potřeby sexuální.

Spánek je základní lidskou potřebou, primárně charakterizovaný jako nervový fenomén, který je způsobený poklesem dráždivosti korových neuronů na sensorické podněty. Spánek má regenerační význam na funkci centrálního nervového systému a i na další tělesné systémy a je nevyhnutelný pro mnoho metabolických procesů. Také má vliv na psychický stav ženy a pozitivně působí na pracovní úspěšnost a sociální vztahy. Během spánku se neustále střídají dvě fáze. Jsou to fáze Non - REM a REM. V Non-REM fázi se snižuje frekvence dýchání, klesá srdeční frekvence a svalový tonus. Během REM fáze se srdeční frekvence zvyšuje a dýchání zrychluje. Během REM fáze dochází k rychlému pohybu očních bulbů a objevují se sny (Trachtová, 2008).

Jelikož u žen v klimakteriu dochází ke zvýšenému ukládání podkožního tuku a přibývání na váze, mění se u žen potřeba pohybu. Pohyb je jedna ze základních biologických potřeb žen, a pokud má žena dostatek pohybové aktivity, má to pozitivní účinek na celý její organismus. Zlepšuje zdravotní stav, chrání před nemocemi, zvyšuje výkonnost orgánů, navozuje pozitivní emoce a prodlužuje délku života. Stejně jako u ostatních biologických potřeb má každý jedinec individuální požadavky na kvalitu pohybové aktivity i na způsob, jak tuto potřebu uspokojí (Tomagová, 2008).

Jak již bylo zmíněno výše, se zvyšujícím se věkem i s nástupem klimakteria mají ženy problém s přibýváním na váze a jejich tělo v tomto období potřebuje spoustu důležitých vitaminů a živin než před klimakteriem. V důsledku toho je změněna také potřeba výživy, která ovlivňuje u ženy nejen duševní pohodu a zdraví, ale podílí se také

na celkovém zdravotním stavu a průběhu některých onemocnění. Potřeba výživy je primární biologickou potřebou a je nezbytným předpokladem pro udržení biologické homeostázy organismu. Výživa neuspokojuje pouze biologicko-fyziologické potřeby, ale je úzce spjata také s psycho-sociálními potřebami (Trachtová, 2008).

Další poměrně častá potřeba žen, je potřeba sexuality. Sexualita je úzké propojení biologických, psychických a sociokulturních potřeb. Tato potřeba je individuální, stále se měnící fenomén, který zasahuje do oblasti myšlení, pocitů, potřeb a touhy. Sexualita se skládá z pěti částí jako je sexuální sebekoncepce, obraz těla, pohlavní identita, sexuální role, svoboda a zodpovědnost. Potřeba sexuality je ovlivněna mnoha faktory, jako například věkem, pohlavím, nemocí, psychosociálními faktory, kulturními faktory, životním stylem atd. (Tomagová, 2008).

1.4 Edukace

Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educio*, což znamená vychovávat. „Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (Juřeníková, 2010, s. 9). Pojmy výchova a vzdělávání se navzájem prolínají a nelze je oddělit. Vzdělávání je proces, který rozvíjí vědomosti ženy, její dovednosti a návyky. Výsledným efektem je vzdělanost a kvalifikace. Edukace pacientky je považována za součást základní péče, která je ženě poskytována. Poučování ženy by mělo být součástí terapeutické i ošetrovatelské péče. Edukace probíhající ve zdravotnickém zařízení by měla přispět k prevenci, udržení nebo navrácení zdraví, či pomoci ke zlepšení kvality života ženy. Edukační proces hraje důležitou roli v rámci primární, sekundární, terciární prevence (viz Příloha 2). Edukace by měla být trvalá a cílená (Nemcová, 2010; Juřeníková, 2010; Míčková, 2009).

Edukaci lze ještě rozdělit na základní, reedukační a komplexní. Základní edukace je taková edukace, kdy edukátor jedinci předává nové vědomosti a dovednosti. Žena bývá motivována ke změně hodnot a postojů. Reedukační edukace je taková, při které navazujeme na předchozí vědomosti a dovednosti ženy. Její již získané vědomosti

a dovednosti dále prohlubujeme a zdokonalujeme. Za komplexní edukaci považujeme edukaci, kdy edukátor ženě etapově předává ucelené vědomosti a dovednosti například v kurzech (Kuberová, 2008; Juřeníková, 2010).

Cílové skupiny edukace porodních asistentek lze rozdělit na skupiny nedeterminované, determinované a cílové uživatelské skupiny. Nedeterminovaná skupina je taková skupina, která nemá jasně daná kritéria pro zařazení do edukačního procesu. Determinovaná skupina podléhá kritériím, jako jsou věk, nebo druh onemocnění. Cílová uživatelská skupina má edukaci individuálně naplánovanou na základě jejich edukačních potřeb (Kuberová, 2008; Juřeníková, 2010).

Edukační proces je činnost, při které dochází k učení. Učení může být buď záměrné, nebo nezáměrné. Tento proces probíhá již od prenatálního života až do smrti. Jako příklad může být uvedeno osvojení si mateřského jazyka. Do edukace patří čtyři složky: edukant, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí (viz Příloha 3) (Juřeníková, 2010).

Komunikace je chápána jako dorozumívání se a je nepostradatelnou součástí edukačního procesu. Mezilidská komunikace není jen výměna informací a udržování sociálního kontaktu, ale je i forma sdílení společného prostoru. V edukaci řadíme komunikaci do sociální komunikace. Každý, kdo chce edukovat, musí mít jak komunikační znalosti, tak i dovednosti. Na komunikaci se podílí edukátor, který vysílá informace posluchači, a edukant neboli posluchač, který zprávu musí přijmout a dekodovat, případně na ni reagovat přiměřeným způsobem. V komunikaci se mohou objevovat komunikační šumy, které mohou způsobit zkreslení sdělované informace. Šumy mohou být způsobeny například špatnou pozorností posluchače nebo nedostatečnou koncentrací na edukaci, kterou může způsobit například bolest nebo únava posluchače. Komunikaci dělíme obecně na verbální a neverbální a v edukačním procesu splňuje mnoho funkcí. Umožňuje výměnu informací a zkušeností, umožňuje vzájemný kontakt mezi edukátorem a edukantem, ovlivňuje všechny účastníky edukačního procesu a je prostředkem k samotnému uskutečnění edukace (Venglářová, Mahrová, 2006; Lederová, 2014).

Edukace probíhá v pěti etapách jako záměrný, řízený, cílevědomý a plánovaný proces. Kvalita edukace závisí na vzájemné interakci edukátora a edukanta, na jejich osobnostních kvalitách, hodnotách, postojích a zájmech. Fáze edukačního procesu v porodní asistenci jsou posuzování, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení (viz Příloha 4) (Svěráková, 2014).

Jelikož jsou na edukaci ženy kladeny stále vyšší požadavky, musí se těmto požadavkům přizpůsobit i porodní asistentka, která vykonává roli edukátorky. Pro úspěšnou edukaci by edukátorka měla mít určité předpoklady. Měla by být trpělivá, tolerantní, důsledná, zručná a obratná. Správná edukátorka by měla mít jak pozitivní vztah k lidem, tak i odborné znalosti a dovednosti. Je důležité umět své znalosti aplikovat v praxi. Porodní asistentka jako edukátorka plní roli poskytovatele vědomostí a zkušeností. Zastává pozici poradce a snaží se ženu co nejvíce podporovat. Edukátorka je autorkou edukačního plánu, diagnostikuje edukační potřeby ženy, realizuje edukaci a zastává úlohu hodnotitelky. Současně je také koordinátorkou celého edukačního procesu. Sama edukátorka by měla provádět sebereflexi, což vyžaduje osobnostní upřímnost a zralost. Sebereflexe nemusí být pro edukátorku příjemná, ale může jí pomoci vyvarovat se vlastních chyb, může být prováděna pomocí otázek a odpovědí. Porodní asistentka si klade otázky a sama si na ně odpovídá. Tento druh sebereflexe patří společně s rozhovorem a dotazníkovým hodnocením mezi nejčastější druhy sebereflexe (Juřeníková, 2010).

1.4.1 Edukace žen v klimakteriu porodní asistentkou

Každá porodní asistentka, která pracuje buď v nemocnici, nebo u obvodního gynekologa, by měla znát problematiku klimakteria v životě ženy. Porodní asistentka by ženě měla radit, jak toto období nejlépe zvládnout. Měla by jí sdělit, co se s jejím tělem bude dít a že je to naprosto fyziologický děj, který potká každou ženu. Edukace by měla být zaměřena jak na ženu, kterou klimakterium již potkalo, tak na ženu, která je zatím v reprodukčním věku, ale pomalu se blíží k menopauze. U ženy v klimakteriu by porodní asistentka měla pečlivě hlídat krevní tlak, váhu ženy, ultrazvukové vyšetření

a jednou za dva roky ženě doporučit vyšetření v mamologické poradně (Michalíčková, 2006; Phillipsová, 2005)

Nejčastějším příznakem nastupujícího klimakteria jsou návaly horka. Ženě může porodní asistentka doporučit některé způsoby, jak návaly horka zmírnit. Vhodné je osprchovat se vlažnou vodou, nechat téct chladnou vodu na zápěstí, vypít studený nápoj, otírat obličej vlhkou žínkou, používat kapesní ventilátor, kolem krku přiložit chladný obklad nebo se postavit k otevřené lednici. Není však vhodné používat příliš ledovou vodu, aby nedošlo k nachlazení ženy. Návaly horka jsou také často způsobovány kouřením, proto je ženám doporučováno omezit kouření na minimum, nejlépe s ním přestat úplně (Turčan, 2011). Návaly horka se dají také zmírnit pravidelným pohybem, který zlepší krevní oběh ženy. Během návalu se ženě také doporučuje přejít do klidného a tichého prostředí, kde se žena může posadit a být v klidu. Jelikož návaly horka provází silnější pocení, je důležité věnovat pozornost i vhodnému oblékání. Nedoporučuje se oblečení z umělých vláken, ale je lepší dát přednost přírodním materiálům, aby nedocházelo k zadržování potu. Pokud je to možné, navrhneme ženě nošení oděvu s krátkým rukávem, který je volný kolem krku a šíje. Pokud žena trpí nočním pocením, navrhneme úpravu teploty v ložnici, kde žena spí. Teplota by se měla pohybovat okolo 18°C. Noční prádlo by mělo být z přírodního materiálu a před spaním se doporučuje osprchovat se vlažnou vodou. Návalům horka se dá předejít také užíváním některých vitamínů, jako například vitamín B1, B6 a vitamín C, přičemž zvýšená potřeba vitamínu C je zejména u žen kuřáček (Phillipsová, 2005).

Problémy se spánkem narůstají všeobecně s rostoucím věkem. Menopauza je období, ve kterém se problémy s nespavostí u žen objevují poprvé. Pokud žena trpí nespavostí, může jí porodní asistentka doporučit vhodná dietní omezení, které nespavost může vyřešit. Před spaním by žena neměla jíst těžké pokrmy, ale například ovoce nebo zeleninu. Velice přínosné je vypít sklenici teplého mléka, které obsahuje tryptofan, což je přírodní vyvolávač spánku. Dobrým zdrojem tryptofanu jsou také banány nebo burské oříšky. Poslední konzumace by měla být zhruba hodinu před ulehnutím. Pokud žena neuvažuje o změně jídelníčku, může jí porodní asistentka či lékař nabídnout

doplňky stravy, které obsahují dostatečné množství železa, které je pro zdravý spánek velice důležité (Phillipsová, 2005; Jílková, 2010).

Mnoho žen, které procházejí klimakteriem, si stěžuje na častější bolesti hlavy. Existuje například celá řada potravin, které jsou jejím spouštěčem, jako například mléčné výrobky, čokoláda, vejce, cibule, jablka, citrusy, ořechy, rajčata a alkohol. Jako prevence bolesti hlavy je vhodná chůze na čerstvém vzduchu. Je nutné dbát na to, aby nedošlo k přetížení svalů, které může bolesti hlavy naopak vyvolat. Při bolestech hlavy není vhodné přemísťovat se mezi místy, kde jsou výraznější teplotní rozdíly. Nejdůležitější je ženě doporučit, aby dodržovala pravidelný pitný režim (Raudenská, 2006).

Co se pohlavního ústrojí týče, je nejčastějším problémem suchost a svědění pochvy. Tyto problémy mohou jak ženě, tak jejímu partnerovi způsobovat diskomfort v sexuálním životě a jsou častou příčinou ztráty libida. Porodní asistentka může poskytnout ženě informace týkající se použití lubrikačního gelu, který žena může sehnat buď v lékárně, nebo v kterékoli drogerii. Také je ženě ze strany porodní asistentky doporučena vhodná úprava životního stylu, především zvýšit denní příjem tekutin. V klimakteriu se ženě nedoporučuje provádět výplach pochvy ani užívat parfémované sprchové gely, jelikož je kvůli změně poševního prostředí zvýšené riziko vzniku poševní infekce, která se projevuje výtokem z pochvy a má specifický rybí zápach. Spodní prádlo by mělo být prodyšné a prané v jemném pracím prostředku. Pokud se u ženy vyskytnou nějaké problémy, jako jsou výtok, svědění nebo zápach, doporučí jí porodní asistentka návštěvu gynekologa. Kromě toho je také důležité ženě zdůraznit nutnost pravidelných preventivních prohlídek u jejího obvodního gynekologa (Záhumenský, 2012).

Hormonální změny také působí na kůži a vlasy ženy. Kůže je oslabená, ztrácí svou přirozenou vlhkost a elasticitu. Proces stárnutí kůže může žena zmírnit používáním vhodné kosmetiky a doplňky stravy s obsahem fermentovaného pylu. Vhodná je kosmetika z kakaového másla nebo z mandlových jader, které způsobují zvýšení vlhkosti kůže. Velký vliv na kůži má také životospráva ženy, proto by jí porodní asistentka měla doporučit omezení konzumace alkoholu a černé kávy. Jednou

z nejčastějších příčin stárnutí kůže je ultrafialové záření slunce, proto ženám porodní asistentka doporučuje kůži ochránit vhodnými krémy, které obsahují ochranný faktor 15. Vlasy v období klimakteria bývají vysušené, více lámavé a začínají šedivět. Užíváním vhodných vitamínů a doplňků stravy může žena tyto problémy zmírnit. Jestliže si žena své šediny zakrývá barvou na vlasy, je vhodné přejít na barvení vlasů přírodní barvou, takzvanou henou (Phillipsová, 2005; Turčan, 2011).

Co se týká problematiky zvýšeného rizika vzniku nádorového onemocnění prsu, měla by být žena porodní asistentkou edukována o důležitosti samovyšetření prsu, které bývá při preventivní prohlídce u gynekologa názorně předvedeno, popřípadě ženě může doporučit návštěvu v mamologické poradně z důvodu důkladné kontroly pomocí mamografu a ultrazvuku. V některých ambulancích se provádí také edukace o zvýšeném riziku vzniku kolorektálního karcinomu, kterému lze předejít pravidelným prováděním testu na okultní krvácení (Phillipsová, 2005).

2 Cíle práce

2.1 Cíl práce

Cíl 1

Zjistit, zda klimakterium ovlivňuje život žen.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Jakým způsobem jsou u žen v období klimakteria pozměněny jejich potřeby?

Výzkumná otázka 2

Jakým způsobem jsou ženy edukovány porodní asistentkou v období klimakteria?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Pro bakalářskou práci s názvem „Potřeby žen v klimakteriu“ bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat probíhal pomocí polostrukturovaných individuálních rozhovorů. Tato metoda byla zvolena proto, aby respondentky měly možnost samy se k problematice vyjádřit a říci své vlastní názory a zkušenosti.

Před začátkem rozhovoru bylo připraveno jedenáct otázek (viz Příloha 1). Na začátku rozhovoru byly zjištěny identifikační údaje žen. Dále následovaly otázky, jejichž cílem bylo zjistit, jak klimakterium ovlivňuje život žen. Rozhovory byly uskutečněny se ženami navštěvujícími gynekologickou ambulanci. Zahájení rozhovorů předcházela písemná žádost o povolení výzkumu k bakalářské práci, která byla schválena lékařkou v gynekologické ambulanci (viz Příloha 2). Písemná žádost byla předložena k podpisu také ženám (viz Příloha 3). Před podpisem souhlasu ženy byly seznámeny s účelem sběru dat a byla zdůrazněna jejich anonymita. Po seznámení s výzkumem tento souhlas následně podepsalo deset respondentek.

Rozhovory byly v celém průběhu zapisovány a nahrávány, poté analyzovány metodou barvení textu a členěny do hlavních kategorií a jejich podkategorií (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Ve výzkumné části byly určeny dvě hlavní kategorie Klimakterium a Edukace porodní asistentkou, které jsou dále rozděleny do podkategorií. Kategorie Klimakterium je rozdělena na pět podkategorií: Nástup klimakteria, Změny potřeb, Životní styl, Zdravotní rizika a Léčba. Druhá hlavní kategorie Edukace porodní asistentkou je dále rozdělena na tři podkategorie: Seznámení s problematikou, Doporučení porodní asistentky v souvislosti s klimakteriem a Zdroj informací. Při interpretaci dat získaných od respondentek byly použity citáty žen, které jsou v textu pro přehlednost zvýrazněny kurzívou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Jako výzkumný soubor bylo zvoleno deset žen ve věku od 45 - 55 let, které navštěvují gynekologickou ambulanci. Hlavním kritériem při výběru respondentek bylo to, že se ženy nacházely v období klimakteria, byly ochotné ke spolupráci a svůj souhlas potvrdily podepsáním písemného souhlasu. Originál žádosti je uložen u řešitele výzkumného šetření. Z důvodu zachování anonymity respondentek jsou v textu označovány jako R1 - R10. Identifikační údaje jsou ve výzkumné části bakalářské práce znázorněny Tabulkou 1.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Rozhovory se ženami

Rozhovory probíhaly se ženami, které se nacházely v období klimakteria a které byly ochotné spolupracovat.

Základní charakteristiku respondentek znázorňuje Tabulka 1.

Tabulka 1 Identifikační údaje dotazovaných žen

Respondentka=R	Věk	Vzdělání	Nástup klimakteria
R1	51	vyučená	45
R2	51	SŠ s maturitou	48
R3	54	SŠ s maturitou	54
R4	54	vyučená	49
R5	55	základní	50
R6	54	SŠ s maturitou	52
R7	51	SŠ s maturitou	50
R8	50	vyučená	50
R9	48	VŠ	45
R10	48	SŠ s maturitou	44

(SŠ = střední škola; VŠ = vysoká škola)

Zdroj: vlastní

Z Tabulky 1 vyplývá, že ženy byly ve věku od 48 do 55 let.

R1 bylo 51 let, byla vyučená prodavačka, pracovala jako dělnice ve firmě v Českých Budějovicích a klimakterium u ní nastoupilo ve 45 letech.

R2 bylo 51 let a vystudovala střední školu s maturitou. Pracovala ve školní družině na základní škole v Českých Budějovicích a nástup klimakteria začala pociťovat ve 48 letech.

R3 bylo 54 let, navštěvovala střední školu průmyslovou a po maturitě nastoupila na vyšší odbornou školu. V době provádění výzkumného šetření pracovala jako OSVČ a klimakterium se u ní začalo projevovat v 54 letech.

R4 bylo 54 let, vyučila se prodavačkou a pracovala v nejmenované firmě v Českých Budějovicích. Klimakterium u respondentky nastoupilo ve 49 letech.

R5 bylo 55 let, měla základní vzdělání a pracovala jako dělnice. Nástup klimakteria zaznamenala v 50 letech.

R6 bylo 54 let, vystudovala střední školu s maturitou. Poté nastoupila na VŠ a pracovala jako učitelka na prvním stupni základní školy. Nástup klimakteria byl v 52 letech.

R7 bylo 51 let, vystudovala střední školu s maturitou a pracovala jako asistentka advokáta v Českých Budějovicích. Projevy klimakteria se začaly vyskytovat v 50 letech.

R8 bylo 50 let, vyučila se cukrářkou a řadu let pracovala jako cukrářka v Českých Budějovicích. Klimakterium u ní nastoupilo v 50 letech.

R9 bylo 48 let, měla vysokoškolské vzdělání a pracovala jako učitelka na speciální základní škole. Klimakterium u respondentky nastoupilo ve 45 letech.

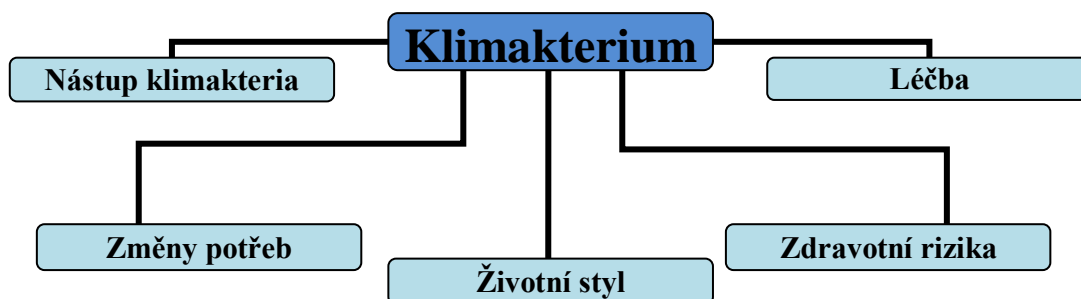
R10 bylo 48 let, vystudovala střední školu s maturitou, obor knihkupec a pracovala v knihkupectví. Klimakterium se začalo projevovat ve 44 letech.

Kategorie 1 Klimakterium

V kategorii Klimakterium bylo zjišťováno, jak ženy prožívaly nástup klimakteria a jak proti příznakům bojovaly, zda v průběhu nástupu hledaly nějakou pomoc, případně u koho. Dále je tato kategorie zaměřena na potřeby, které jsou v tomto období značně pozměněné, a k jakým změnám došlo v životním stylu ženy. Nezanedbatelnou součástí této kategorie je také znalost zdravotních rizik, které jsou s klimakteriem spojené a jestli ženy užívají nějakou léčbu, ať hormonální či alternativní.

V kategorii Klimakterium byly vytvořeny podkategorie: Nástup klimakteria, Změny potřeb, Životní styl, Zdravotní rizika a Léčba (viz Schéma 1). V podkategorii Nástup klimakteria byly ženy tázány, v kolika letech se u nich klimakterium začalo projevovat, jak nástup prožívaly, jak se s příznaky vyrovnaly a kde hledaly pomoc. Další podkategorii je Změna potřeb. V této podkategorii bylo důležité zjistit, jaké potřeby se v tomto období u žen nejvíce změnily. U podkategorie Životní styl byly ženy dotazované na změny v jejich životním stylu, ke kterým došlo po nástupu klimakteria. Další a neméně důležitou podkapitolou jsou Zdravotní rizika. V této části byly respondentky dotazovány na to, zda znají nějaká zdravotní rizika, která jsou spojená s klimakteriem. Poslední podkategorii je Léčba, v níž ženy odpovídaly na otázky, zda jim byla doporučena hormonální či alternativní léčba.

Schéma 1 Kategorie Klimakterium a její podkategorie



Kategorie 1 Klimakterium

Podkategorie Nástup klimakteria

Z podkategorie Nástup klimakteria je zřejmé, jak ženy prožívaly nástup klimakteria a jak se vyrovnávaly s jeho symptomy. Zda měly pravidelné problémy, nebo jen ojedinělé obtíže a kdo jim v danou chvíli nejvíce poradil a pomohl.

Většina respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10) uvedla, že při nástupu klimakteria je začaly velmi trápit návaly horka a silné pocení. Pouze jedna respondentka (R1) byla nevyspalá a podrážděná. Mnoho žen (R1, R2, R3, R5, R6) uvádělo, že silné návaly horka a intenzivní pocení byly příčinou špatného usínání a nočního buzení. Respondentka R3 ve své odpovědi uvedla: *„Začaly mne trápit intenzivní návaly, které byly v noci příčinou nespavosti. První tři měsíce jsem v noci spala maximálně tři hodiny a často jsem se budila kvůli nadměrnému pocení, což bylo velice obtěžující. K nespavosti a únavě se začaly přidávat deprese. Začala jsem si připadat stará a pro muže neatraktivní. Zrovna v té době jsem začala mít vztahové problémy, které tomu také moc nepřidaly.“* Respondentka R5 během rozhovoru sdělila, že kromě návalů horka a silného pocení se jí zvýšila tělesná hmotnost: *„Nástup klimakteria jsem prožívala dost špatně, protože jsem začala mít problémy, buď jsem menstruaci vůbec nedostala, takže jsem musela jít ke gynekoložce na injekci, nebo naopak když jsem menstruovala, má menstruace trvala déle než čtrnáct dní a nebrala konce. Trvalo to dva roky, doktorka se mě snažila podporovat hormonální léčbou, která mi nevyhovovala, neboť jsem začala přibírat na váze. Hormonální léčbu jsem tedy odmítla a po dvou letech jsem přestala menstruat a poté se dostavily klasické příznaky postmenopauzy jako je únava, časté změny nálad, návaly horka, noční probouzení a nespavost.“*

Každá žena podle výzkumu s těmito problémy bojovala trochu jinak. Respondentky R2, R4, R6, R7, R8 se shodli na tom, že jim pomáhá osvěžit se studenou vodou a pokud je to možné, jít na chvíli na čerstvý vzduch. Pokud ne, vždy mají u sebe láhev s čistou vodou a osvěží se alespoň douškem studené vody. Když byla ženě R4 položena otázka, jak proti příznakům klimakteria bojovala, odpověděla takto: *„Těžko. Bylo to velmi náročné. Proti návalům horka jsem bojovala studenými obklady a čerstvým vzduchem.“*

Pokud jsem byla doma a byl čas, šla jsem na zahradu a chvíli poseděla ve stínu nebo pobyla na větru. Když jsem byla ve společnosti, zašla jsem si na toalety a obličej si opláchla studenou vodou.“ Respondentka R7 dodala, že ani opláchnutí obličeje studenou vodou jí nepomáhá a pokud se nemůže osprchovat, cítí se velmi nepříjemně: „Vždy jsem se potřebovala rychle osprchovat studenou vodou, nepomohlo mi jen si otřít obličej. A pokud jsem byla v práci a do sprchy jsem nemohla, bylo to něco strašného.“ R3 sdělila, že jí přítelkyně poradila, aby vyzkoušela jógu: „Známá mi doporučila, že na únavu je výborná jóga. Vyzkoušela jsem jí a musím říct, že od té doby se mi spí o něco lépe. I když se v noci budím kvůli návalům a hroznému horku, usínám lépe a ráno jsem alespoň o trochu čilejší.“

Ženám byla během rozhovoru položena doplňující otázka, kde v tomto období hledaly pomoc. Sedm žen uvedlo (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R9), že během nástupu klimakteria nacházely pomoc u svých kamarádek. Dále byl častým rádcem internet, kde zjišťovaly informace respondentky R1, R5 i R6. Dalšími možnostmi na koho se obrátit byly matka, porodní asistentka, lékařka nebo knihy. Respondentka R9, která své problémy konzultovala přímo v ordinaci, odpověděla: *„Navštívila jsem svou obvodní gynekoložku, kde mi lékařka navrhla možnost HRT, tu jsem odmítla a začala jsem na doporučení porodní asistentky užívat přípravek Decolen, který obsahuje výtažky z bylinek. Jako další doplněk stravy užívám hořčičk, zinek a vápník.“* Respondentka R3 během rozhovoru sdělila, že v počátcích období klimakteria získávala znalosti z čínské medicíny: *„Ohledně mé špatné nálady jsem párkrát navštívila psychologa, ale to mi moc nepomohlo. Spíše si pro radu zajdu například do specializované prodejny čínské medicíny.“*

Podkategorie Změny potřeb

Tato podkategorie se zaměřuje na potřeby žen, které byly v souvislosti s klimakteriem změněné, a zjišťuje, zda byl s nástupem klimakteria změněn jejich partnerský život.

Osm respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R10) během rozhovoru sdělilo, že od doby, kdy se začalo klimakterium projevovat, došlo u nich k největší změně

v sociální interakci vlivem častých návalů horka a silného pocení. Ve svých názorech se ženy shodly, že pokud jsou ve společnosti druhých lidí a objeví se u nich návaly doprovázené pocením, cítí se v tu chvíli nepříjemně a musí odejít například na toaletu nebo na vzduch. Respondentka R6 se během rozhovoru ještě svěřila, že se jí změnil nejen společenský, ale také pracovní život: *„Nejvíce mě klimakterium omezuje v zaměstnání a ve společnosti. Návaly horka jsou ubíjející a pocení také. Návaly horka mám vždy v oblasti hlavy a krku a v ten moment si přijdu jako rudé rajče. Pokud se začnu silně potit, je to velmi nepříjemné a pokud nemám možnost se převléci, občas se cítím dost trapně. Proto si беру do práce náhradní triko. Ale pokud mě to chytne například v restauraci, pokud máme s přítelkyněmi nějaký sraz, raději odejdu na čerstvý vzduch, popřípadě rovnou domů, pokud je nával horka a pocení opravdu silný.“* Také respondentka R7 se svěřila, že od doby, kdy se klimakterium začalo objevovat, se jí velice změnil společenský život: *„Nejvíce mě omezuje v zaměstnání, jelikož v práci nemám možnost se jít osprchovat a pocení hold musím vydržet u otevřeného okna. Ale moc mi to nepomáhá. V práci trpím hodně a také někdy ve společnosti. Na doporučení vždy u sebe nosím láhev s vodou a deodorant s parfémem, ať mám alespoň trochu lepší pocit.“*

Druhá velmi často pozmeněná potřeba u žen byla potřeba spánku a odpočinku. V tomto směru zaznamenalo změnu pět žen (R1, R2, R3, R5, R6). Ženy měly problémy s usínáním a přes noc se častěji budily. Například R3 si uvědomila, že kvůli únavě začala dělat chyby v práci a necítila se bezpečně ani za volantem: *„Nejvíce mne omezovala nespavost a únava. Jak jsem již říkala, spím velmi málo a kvůli návalům se v noci budím. Kvůli únavě jsem si uvědomila, že jsem začala v práci dělat chyby a i za volantem, když řídím, si uvědomuji, jak mne únava omezuje. Také v sociální oblasti pociťuji omezení, nemám moc náladu vysedávat s přáteli a už si nepřipadám tak atraktivní, jako kdysi. Pro přítele si připadám nepřitažlivá.“* Návaly horka spojené se silným pocením popisovala i respondentka R1: *„Nejvíce mne omezuje nespavost a únava. A to jak v práci, tak v domácnosti. Usínám pozdě večer, přes noc se často budím a ráno vstávám před 5. hodinou. Celý den v práci je tím pádem náročnější a po příjezdu domů si musím na chvíli lehnout a odpočinout si, abych měla alespoň trochu*

síly na péči o domácnost. Dále mě omezuje silné pocení a návaly horka. Je mi to velice nepříjemné zejména ve společnosti.“

Ke změně v partnerském životě vlivem klimakteria došlo pouze u jedné ženy (R6). Respondentka R6 měla pouze chvilkové problémy kvůli suchosti pochvy, které jí začaly trápit a které zvládla díky doporučení porodní asistentky. V rozhovoru R6 přesně uvedla: *„V jednu chvíli jsem měla pocit, že má vlhkost pochvy není taková, jako bývala. Proto jsem volala na gynekologii a bylo mi doporučeno, koupit si lubrikační gel. Od té doby je vše bez problémů.“* Respondentka R3 měla takové partnerské problémy, že si pro partnera nepřipadala atraktivní a sexuálně přitažlivá. Avšak přítel jí to nedal nikdy najevo: *„Pro přítele si připadám nepřitažlivá. Občas si připadám stará a milostně nepoužitelná.“* S úsměvem na tváři tato respondentka dodala: *„Ale musím říci, že přítel je velice milý a stále mi dává najevo svou lásku.“*

Pouze u jedné respondentky (R9) nastala změna v potřebě pohybové aktivity. Vzhledem k časté únavě a nevyspání nebyla schopna provozovat takovou fyzickou aktivitu jako před nástupem klimakteria, což jí začalo omezovat a obtěžovat: *„Dříve jsem byla více aktivní, víkendy a prázdniny jsme s partnerem trávili turistikou nebo cyklistikou. Časté pocity únavy mě v tomto ohledu velmi omezují.“*

Podkategorie Životní styl

V podkategorii Životní styl bylo zjišťováno, k jakým změnám v životním stylu u žen v období klimakteria došlo.

Co se změny životního stylu týče, šest žen (R3, R4, R5, R6, R7, R10) uvedlo, že k největší změně došlo ve změně životosprávy. Respondentky (R1, R3, R4, R6, R6, R10) se bály přibývání na váze, a proto pozměnily svůj jídelníček. Například respondentka R5 odpověděla: *„Jelikož jsem kvůli hormonům značně přibrala na váze, určitě jsem největší změnu provedla ve stravování. Jím více ovoce a zeleniny. Snažím se jíst pravidelně a přiměřené porce.“*

Mnohdy u žen došlo ke zvýšenému příjmu tekutin, kvůli častému pocení. Respondentce R7 pomáhal dostatečný příjem tekutin při návalech horka: *„Zvýšila jsem*

svůj pitný režim. Začala jsem pocítovat, že kvůli nadměrnému pocení mám více žízeň a také mi pití vody pomáhá při návalech.“

Čtyři dotazované ženy (R4,R5,R7,R10) během rozhovoru odpověděly, že omezily jak pití kávy a alkoholu, tak přestaly také kouřit. Respondentka R4 řekla: *„Omezují se v pití kávy a snažím se pít pouze čistou vodu, občas ochucenou citronem.*“ Podobná odpověď byla u R7: *„Také jsem přestala kouřit a omezila jsem pití kávy a alkoholu.*“ R5 a R10 se v odpovědích shodly, že jim místo pití kávy více prospívá pití cereálního nápoje. Respondentka R10 uvedla: *„Snažím se dodržovat pitný režim a kávu jsem vyměnila za Caro.*“

Další častou změnou v životním stylu respondentek bylo dodržování pravidelného pohybu. Například respondentka R9 začala před spaním pravidelně cvičit a řekla: *„Začala jsem před spaním doma trochu cvičit a usíná se mi tak lépe.*“ R3 na otázku odpověděla: *„Začala jsem se více hýbat, chci si udržet kondici.*“

Poslední změnou v životním stylu u žen bylo dodržování důkladnější hygieny a jejich častější převlékání. Respondentky R1 a R2 se shodly na provádění častější osobní hygieny. Studená sprcha jim pomáhala ve zvládnutí návalů, a pokud byly ve společnosti a neměly možnost se osprchovat, volily rezervu v podobě parfémů a kosmetických deodorantů. Odpověď ženy R1 byla: *„Častěji se převlékám a to i do zaměstnání si беру více čistého oblečení a také používám častěji deodoranty, které jsem před klimakteriem moc nepoužívala.*“ Stejná odpověď zazněla také od R2, která dala přednost i pohodlnějšímu oblečení: *„Dbám více na hygienu, jelikož se více potím, častěji si měním oblečení a i do sprchy chodím více než dříve. Také dávám přednost bavlněnému prádlu před umělým vláknem. Je to mnohem pohodlnější.*“ V oblékání došlo ke změně také u respondentky R5, která začala nosit oblečení většinou z bavlny.

Pouze respondentka R8 zatím nepocítovala žádné změny týkající se životního stylu. V rozhovoru sdělila: *„Zatím ke změnám nedošlo. V klimakteriu jsem zatím začátečník. Uvidím, co mi přinese čas a k jakým změnám dojde.*“

Podkategorie Zdravotní rizika

V podkategorii Zdravotní rizika se výzkum zaměřuje na zjištění, jaká zdravotní rizika spojená s klimakteriem ženy znají.

O žádném riziku nevěděly respondentky R2, R6 a R10. O riziku vzniku osteoporózy hovořily respondentky R1, R3, R4, R5, R7, R8 a R9. Zvýšené riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění znaly ženy R1, R4 a R9. Pouze R1, R4 a R9 znaly jak zvýšené riziko vzniku osteoporózy, tak riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění. Jiné možné riziko vzniku onemocnění v souvislosti s klimakteriem nevěděla žádná žena.

Na riziko vzniku osteoporózy si vzpomnělo 7 respondentek (R1, R3, R4, R5, R7, R8, R9). Respondentka R3 odpověděla: *„Abych se přiznala, tak si na žádné riziko nemohu vzpomenout. Snad osteoporóza, ale nejsem si tím jistá.“* Respondentka R5 se během rozhovoru svěřila s tím, že jediné riziko, které zná je osteoporóza, kterou uměla i charakterizovat: *„Dochází k úbytku vápníku a pociťuji to na kloubech i kostech, které mě bolí. O žádných dalších rizicích nevím.“*

Respondentka R1 znala dvě možná rizika spojená s klimakteriem, a to osteoporózu a riziko výskytu kardiovaskulárního onemocnění. Na otázku, zda zná nějaká rizika spojená s klimakteriem, reagovala: *„Jediná rizika spojená s klimakteriem, která znám, je zvýšené riziko vzniku osteoporózy a infarktu. Nic víc nevím.“* R4 si možná rizika přečetla v jedné z brožurek, které si vzala z čekárny své obvodní gynekoložky a do které doma občas nahlédla, pokud potřebovala ohledně klimakteria radu. Reakce R4 byla obdobná: *„Dozvěděla jsem se, že v klimakteriu je zvýšené riziko vzniku osteoporózy a srdečních onemocnění.“*

Některé ženy (R2, R6, R10) si během rozhovoru nevzpomněly na žádné riziko, které je spojené s obdobím klimakteria. Například R2 uvedla: *„Podle mne s klimakteriem nejsou spojena žádná rizika. Alespoň si to tedy myslím.“* Podobná odpověď s úsměvem zazněla také od R6: *„Jsem trochu ostuda. Žádná zdravotní rizika spojená s klimakteriem neznám.“*

Podkategorie Léčba

V podkategorii Léčba jsme se zaměřili na problematiku doporučené léčby v období klimakteria, a zda nějakou možnost léčby ženy využily.

Pěti ženám (R1, R2, R7, R8, R9) nebyla doporučena žádná léčba. Ani hormonální, ani alternativní možnost terapie. R1 odpověděla: „*Léčba mi nebyla doporučena žádná. Ani nevím, že se klimakterium dá nějak léčit.*“ Obdobnou odpověď sdělila i respondentka R7: „*Žádná. Ani alternativní, ani žádná jiná.*“

Hormonální terapii lékařka doporučila respondentkám R3, R4, R5, R6 a R10. Pouze R5 užívala HRT dva roky, ale poté kvůli výraznému přibývání na váze hormonální léčbu ukončila. Respondentky R3, R4, R6 a R10 uvedly, že hormonální léčbě nevěřily a bály se ji užívat. Hormonální léčbu by zvolily pouze jako poslední možnost. Například R6 na otázku, proč doporučenou léčbu neužívala, odpověděla: „*Alternativní léčba mi nebyla doporučena žádná. Lékařka se pouze zmínila o možnosti hormonální léčby, ale já se hormonů děším. Ani jsem nikdy neužívala hormonální antikoncepci, proto jsem tuto možnost prozatím odmítla.*“

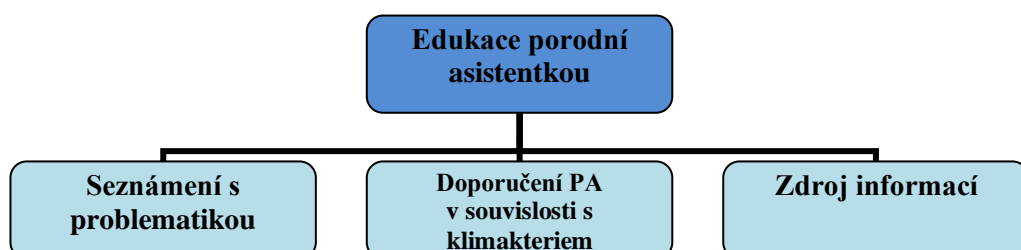
Alternativní léčbu klimakteria upřednostňovaly dvě respondentky (R5, R3). Tato možnost jim však nebyla doporučena porodní asistentkou, ale informace o této léčbě si dohledávaly samy. R5 měla problém s přibývajícím kilogramy a dala přednost alternativní léčbě: „*Nejprve mi byla doporučena hormonální léčba, kterou jsem po dvou letech a nabraných deseti kilech odmítla a začala jsem sama vyhledávat přírodní medikamenty, které obsahují hormony na přírodní bázi. Postupem času jsem užívala mnoho preparátů, jako jsou šalvějové kapky či kapky z ptačího jeřábu, různé preparáty, které jsou předmětem komerčních reklam v televizi. Posledním a pro mne velmi účinným přípravkem je Minapent, který mi doporučila kamarádka, a díky němu se mé potíže zmírnily.*“ Také respondentce R3 byla nabídnuta hormonální léčba, ale dala raději přednost alternativním postupům: „*Lékařka mi naordinovala hormony a antidepresiva, ale neužívám je. Jsem zastánce alternativní léčby. Začala jsem užívat Ajurvédské léky, které mi pomáhají.*“

Kategorie 2 Edukace porodní asistentkou

V kategorii Edukace porodní asistentkou bylo výzkumným šetřením zjišťováno, zda a jak byly ženy v ordinaci obvodního gynekologa edukovány porodní asistentkou. V případě, že edukace proběhla, tak jak byly ženy seznámeny s problematikou klimakteria a jaké doporučení ženám bylo ze strany porodní asistentky sděleno. Dále byly ženy dotazovány, z jakých zdrojů čerpají v oblasti klimakteria informace a jaká forma edukace by byla podle nich prospěšná.

V kategorii Edukace porodní asistentkou byly vytvořeny tři podkategorie: Seznámení s problematikou, Doporučení porodní asistentky v souvislosti s klimakteriem a Zdroj informací. V podkategorii Seznámení s problematikou bylo zjišťováno, zda porodní asistentka v ordinaci obvodního gynekologa věnovala ženám čas a podrobně je seznámila s obdobím klimakteria. Zda jim sdělila projevy nastupujícího klimakteria, možnosti léčby, alternativní způsoby terapie, možná zdravotní rizika a důležitost preventivních prohlídek. Podkategorie Doporučení porodní asistentky v souvislosti s klimakteriem se zabývala tím, zda porodní asistentka sdělovala ženám rady ohledně klimakteria. Bylo zjišťováno, zda porodní asistentka doporučila ženě možné způsoby, jak bojovat proti příznakům klimakteria, nebo alespoň jak zmírnit jeho nástup a zda poskytovala ženě informace sama, nebo pouze na žádost ženy. Poslední podkategorii je Zdroj informací. Tato podkategorie znázorňuje, jakým zdrojům informací dávají ženy přednost. Zda odborné radě lékařky, nebo radě své přítelkyně. Jestli má dostatek informačních materiálů a jaký druh edukace by případně uvítala.

Schéma 2 Kategorie Edukace porodní asistentkou a její podkategorie



Podkategorie Seznámení s problematikou

Tato podkategorie zkoumá, zda byla žena edukována porodní asistentkou o problematice klimakteria a pokud nebyla, zda se sama o dané téma zajímala a aktivně se porodní asistentky vyptávala na určité informace.

Nejčastěji na otázku, zda žena byla seznámena s obdobím klimakteria, zaznívala odpověď: „*Nebyla.*“ Všechny desítky žen uvedlo, že porodní asistentka neměla žádný zájem ženy o něčem poučit, nebo je s klimakteriem seznámit a upozornit na změny, které je čekají. Pokud se samy nezeptaly na požadovaný dotaz, spontánní reakce se ani jedné ženě od porodní asistentky nedostala. Respondentka R7 odpověděla: „*Pokud jsem se jí ptala na věci, které mě zajímaly, ráda mi odpověděla. Sama od sebe mi žádné rady nesdělila.*“

Porodní asistentka vůbec neinformovala ohledně problematiky klimakteria respondentky R1, R2, R3, R5, R6, R9 a R10. Respondentka R5 během rozhovoru odpověděla: „*Nikdy jsem se nesečkala s tím, že by mě ženská sestra seznámila s problematikou klimaktéria.*“ Tyto respondentky se ani z vlastní iniciativy porodní asistentky na žádné informace neptaly a spíše daly přednost radě od přítelkyně nebo se na požadovanou informaci zeptaly přímo gynekoložky v ordinaci během lékařské prohlídky. Občas byla zmíněna odpověď, že je ani nenapadlo, aby se zeptaly porodní asistentky, a raději se zeptaly své gynekoložky. Tuto možnost uvedlo během rozhovorů pět žen (R2, R3, R5, R9 a R10). Respondentka R2 řekla, že jí ani nenapadlo, ptát se na problémy porodní asistentky a raději se na potřebné informace ptala vždy jen lékařky: „*Nikdy mne nenapadlo, ptát se sestry v ordinaci. Pokud jsem seděla v ordinaci s lékařkou, na nějaké věci jsem se ptala přímo jí. Ale to jsem se ptala spíše, kdy tyto příznaky odezní a ne na takové ty babské rady jak nástup lépe zvládnout.*“ Další možnou odpovědí bylo, že nechtějí lékařku rušit a jelikož k ní chodí jen jednou za rok, raději se poradí s kamarádkami, jako například respondentka R6: „*Jelikož docházím na prohlídky jen jednou za rok, tak se raději optám u známých nebo na internetu. A abych sestře kvůli tomu telefonovala, to nechci. U kamarádek najdu vždy radu, která pomůže.*“ Také se v rozhovorech objevil názor, že žena dá raději přednost své přítelkyni před

lékařkou kvůli větší otevřenosti a důvěře. Tuto možnost sdělila například R1: „*Spíše jsem dávala přednost radám od přítelkyň, které jsou také v přechodu. Raději se poradím s někým blízkým, než s cizím člověkem. Pokud něco nevěděly ony, pak jsem se zeptala, ale moc často to nebylo. Spíše než PA jsem se raději ptala lékařky.*“ Stejnou zkušenost uvedla také respondentka R5: „*Spíše se radím s kamarádkami. Přece jen jsme mezi sebou více otevřené a toto téma probíráme bez zábran.*“

Tři ženy (R4, R7, R8) v rozhovoru však uvedly, že seznámeny s problematikou klimakteria byly, ale jen díky své aktivitě a vlastnímu dotazování. Na své připravené dotazy se porodní asistentky zeptaly a dostalo se jim dostačující odpovědi. Například R4 řekla: „*Jelikož jsem ženská zvědavá, ptala jsem se sestry na vše, co mě napadlo. Znala odpověď na každou moji otázku.*“ Pouze respondentka R10 nebyla spokojena s odpovědí, která se jí po dotazu na porodní asistentku dostala: „*Dala mi letáček, více se mnou problém neřešila.*“

Podkategorie Doporučení porodní asistentky v souvislosti s klimakteriem

Druhá podkategorie se zaměřuje na zjištění, zda porodní asistentka doporučila ženám potřebné informace a způsoby, jak lépe zvládat projevy klimakteria, zda je možnost jim předejít a která preventivní vyšetření ženám eventuálně doporučila.

Podle respondentek porodní asistentka nejčastěji ženám sdělovala změny v životním stylu, které by ulehčily průběh klimakteria. Čtyři ženy (R1, R2, R9 a R10) žádná navrhovaná řešení, jak lépe zvládnout průběh klimakteria, od porodní asistentky nedostaly a ani neměly potřebu se samy vyptávat. Tyto ženy si raději vyhledaly informace na internetu nebo si doporučení vyslechly od známých, přítelkyň, matek, nebo samy již přišly na způsoby, jak proti symptomům klimakteria bojovat. R2 na tuto otázku odpověděla: „*Žádné změny mi PA nedoporučila, informace si zjišťuji sama od kamarádek a ty mi prozatím vyhovují a stačí.*“ Ostatním ženám (R3, R4, R5, R6, R7, R8) porodní asistentka sdělila potřebné informace pouze tehdy, pokud se jí ženy na určité informace samy zeptaly. R3 se porodní asistentky ptala, co by jí mohlo pomoci proti návalům horka a bylo jí doporučeno spát ve větrané místnosti, při nástupu návalu si dát chladnou sprchu a do svého životního stylu přidat pravidelný pohyb a zvýšený

pitný režim. Ohledně pitného režimu bylo ženě doporučeno zvýšit příjem čisté vody, omezit pití kávy i alkoholu a při návalu horka například v práci odejít k umyvadlu a opláchnout si obličej a krk studenou vodou. Na stejný dotaz týkající se doporučení při návalech horka se porodní asistentky dotazovaly také ženy R5 a R7, které od ní získaly stejnou odpověď. Respondentka R5 podotkla: *„Jediné, na co jsem se ohledně životního stylu ptala, bylo, co pomáhá na návaly horka. Jak jim předejít neví asi nikdo. Bylo mi doporučeno, najít si nějaké chladnější místo a na chvíli se posadit. Pokud jsem doma, tak si dát chladnější sprchu, popřípadě si opláchnout obličej a krk studenou vodou.“* Podobnou reakci porodní asistentky uvedla také respondentka R7: *„V noci se mám přikrývat například jen prostěradlem a spát s otevřeným oknem, nebo alespoň v dobře vyvětrané místnosti. Také mi řekla, že je vhodné, mít u sebe vždy láhev vody při ruce, což mi dost pomáhá. Bylo toho více, ale teď si nemohu vzpomenout na další.“*

Dále bylo od žen zjišťováno, zda jim porodní asistentka doporučila nějaké preventivní vyšetření z důvodu zvýšeného rizika vzniku některého onemocnění způsobeného klimakteriem. Třem respondentkám (R1, R2, R3) bylo doporučeno pravidelné vyšetření prsů pomocí mamografu, avšak ne porodní asistentkou, ale gynekoložkou. Respondentka R1 na otázku odpověděla: *„Žádné preventivní vyšetření mi nenabídla. Jen gynekoložka mi nabídla mamografické vyšetření prsu, na které pravidelně docházím. Preventivní vyšetření mi doporučuje spíše má obvodní lékařka a ne gynekoložka.“* Šesti ženám (R4, R5, R6, R7, R8, R10) porodní asistentka navrhla pravidelné preventivní vyšetření, a to mamografické vyšetřování prsu. Na doporučení, obdržené v gynekologické ordinaci začaly na pravidelné mamografické vyšetření docházet čtyři ženy (R5, R7, R8, R10). Kromě toho bylo respondentce R7 nabídnuto vyšetření stolice na okultní krvácení, kvůli nepříznivé rodinné anamnéze a na obě vyšetření pravidelně dochází. V rozhovoru se svěřila s touto odpovědí: *„Doporučila mi vyšetření prsu a vyšetření stolice na okultní krvácení, protože moje babička zemřela na rakovinu tlustého střeva. Na obě vyšetření pravidelně docházím.“*

Ještě dříve, než na doporučení porodní asistentky, začaly ženy R4 a R6 navštěvovat mamologickou poradnu z důvodu jejich dobrého pocitu, aby nic nezanedbaly. Odpověď respondentky R4 byla: *„Na mamograf chodím již od 45 let, jelikož jsme v rodině měli*

výskyt rakoviny prsu.“ Podobná odpověď zazněla také u R6: „Doporučila mi vyšetření prsu mamografem, ale na to docházím již od 45 let. Žádná jiná vyšetření ne.“ Respondentka R3 kvůli svému dobrému pocitu dochází na pravidelné gynekologické prohlídky dvakrát do roka: „Svoji gynekoložku navštěvuji dvakrát do roka. Dvakrát za rok chodím jen pro svůj klid. Ze svého okolí vím, že i za rok se v těle může stát spousta věcí, proto nechci nic podcenit a radši půjdu častěji, než přijít pozdě a zjistit něco ošklivého.“ Pouze respondentce R9 nebylo preventivní vyšetření doporučeno žádné a ani sama respondentka se o žádné možnosti prevence nezajímala. Dochází pouze na pravidelné prohlídky ke své obvodní gynekoložce.

Podkategorie Zdroj informací

Poslední podkategorie výzkumného šetření byla Zdroj informací, ve které byly ženy dotazovány na zdroje, ze kterých čerpaly potřebné informace týkající se klimakteria a jaká forma edukace by pro ně byla nejpříjemnější.

Když byly ženy dotazovány na zdroje, ze kterých čerpaly pro ně potřebné informace a rady, jejich jednotlivé odpovědi si byly podobné. Všechny dotazované ženy uvedly, že velice cenné rady dostaly od svých přítelkyň, které mají stejné problémy jako ony, a mohou s nimi své potřeby a problémy prodiskutovat a sdělit si nové informace. Tento zdroj informací ženy hodnotily jako nejlepší a nejužitečnější. Z toho sedm respondentek (R1, R3, R5, R6, R7, R8 a R9) informace hledá nejen u svých přítelkyň, ale také na internetu, kde navštěvují různé stránky, ať odborné, tak vytvořené pro potřeby laiků. R9 při rozhovoru sdělila: „Spoléhala jsem především na internet a kamarádky s obdobnými problémy.“ Čtyři ženy (R2, R3, R5, R6) získávají rady nejen od známých a internetu, ale čerpají informace také z knih, které jsou k dispozici v knihkupectví. Respondentka R6 ještě k těmto třem možnostem přidala také svou matku, od které dostala mnoho užitečných rad. Na otázku respondentka R6 odpověděla: „Jak jsem již řekla, tak u přítelkyň, na internetu, nebo pokud v knihkupectví narazím na zajímavou knihu, tak ji hned prolistuji. Také moje maminka mi dala mnoho zajímavých rad.“ Dvě ženy (R7, R4) se pro radu obrátily přímo na gynekoložku, nebo na porodní asistentku. R4 řekla: „Hlavně od kamarádek, které jsou ve stejném věku jako já nebo

starší. Pohádkám na internetu moc nevěřím a mám radši ověřené zdroje. Takže se vždy ptám svého gynekologa nebo porodní asistentky. Také jsem četla nějaké knihy, ale už si nepamatuji jejich názvy.“ Dvě respondentky (R2, R5) uvedly, že se pokoušely hledat informace také v brožurkách, které jsou k dispozici v čekárně obvodního gynekologa, ale jejich obsah nebyl dostačující.

Nejrozmanitější odpovědi byly zaznamenány u doplňující otázky, jakou formu edukace by ženy v klimakteriu uvítaly. Ženy R1 a R5 se v odpovědi shodly, když řekly, že by uvítaly nějaký nový pořad, který by byl pouštěn v čekárně u obvodní gynekoložky a který by ženám podrobněji popsal období klimakteria a upozornil by ženy na možné příznaky, kterými se klimakterium projevuje, seznámil je s alternativními metodami, jak zmírnit jeho nástup, a sdělil i možnosti léčby.

Respondentka R1 kromě pořadu pouštěného v čekárně ambulance také uvedla, že by jí nadchla telefonní linka, kam by mohla kdykoli zavolat a na cokoli se ohledně klimakteria zeptat. Přímo odpověděla: *„Uvítala bych nějaký poučný pořad. Takové, jaké se pouštějí v čekárnách, to by se mi docela líbilo. Nebo nějaká forma brožur, kterou bych mohla mít stále po ruce. A také něco jako telefonní linka, stejně jako má linku laktační liga. Někam, kam bych zavolala a mohla se poradit.*“

R3 by potěšila ověřená internetová stránka, kde by mohla být vedena diskuse buď s porodní asistentkou, nebo s gynekologem a měla by jistotu, že informace dané na webovou stránku by byly pravdivé a kontrolované, aby jim mohla bez starosti důvěřovat a řídit se radami, které jsou na internetu napsané. V rozhovoru R3 uvedla: *„Určitě bych uvítala nějakou lékařsky ověřenou internetovou stránku, kam by se člověk mohl kdykoli podívat a zjistil by, co by potřeboval.*“

Respondentky R7 a R8 jsou se svými zdroji spokojeny a žádnou novou možnost edukace by nevolily.

Naproti tomu respondentka R10 by se ráda zúčastnila přednášky, která by byla vedená zdravotníkem přímo na téma „Klimakterium“ a kde by i ostatní ženy formou diskuze mohly sdělit své zkušenosti s obdobím klimakteria. Podobný návrh zazněl také od R4: *„Uvítala bych nějaký spolek žen, které mají stejné problémy, jaké jsem měla já.*

Fungovala by tam třeba porodní asistentka a ta by si s námi povídala o problémech a jejich řešení.“

Respondentky R2 a R6 by uvítaly obsáhlejší brožurky, které by byly k dispozici v čekárnách gynekologie a kde by byly sděleny možnosti, jak se vypořádat s projevy klimakteria, které ženu obtěžují. Jedna z odpovědí respondentky R6 byla: „*Určitě by se mi líbila nějaká obsáhlá brožurka, kde bych našla užitečné rady, jak se s klimakteriem vypořádat a která by bylo volně přístupná v ordinaci gynekologa.“*

5 Diskuze

Klimakterium je období přechodu mezi plodným věkem ženy a začátkem senia, které se vyskytuje mezi 45. až 60. rokem věku a ve kterém dochází k fyziologickému poklesu funkce ovarií a následným endokrinním, somatickým a psychickým změnám (Fait, 2006, s. 11).

Výzkumné šetření se zaměřovalo na to, k jakým změnám u žen v tomto období dochází a zda jsou ženy o tomto období edukovány porodní asistentkou.

Pro bakalářskou práci byl zvolen jeden cíl, který se zaměřoval na to, zda klimakterium ovlivňuje život žen.

Rozhovory byly prováděny s deseti ženami, u kterých se klimakterium již začalo projevovat a které byly ochotné sdělit, jak nástup a projevy klimakteria prožívají a zda byly s tímto obdobím porodní asistentkou seznámeny.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na prožívání nástupu klimakteria ženami, jaké projevy klimakteria se u nich začaly vyskytovat, jak proti projevům bojovaly a kde hledaly pomoc. Čepický (2006) uvádí, že jedním z poměrně častých příznaků klimakterického syndromu bývají návaly horka, ke kterým dochází v důsledku úbytku estrogenů (Čepický, 2006). Tento symptom klimakteria prožívala většina dotazovaných žen (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10). Tyto ženy uváděly, že časté návaly horka doprovázené pocením bývaly příčinou špatného usínání a nočního buzení. Pouze respondentku R1 trápila více podrážděnost a nevyspání. Phillipsová (2005) radí osprchovat se vlažnou vodou, nechat téct chladnou vodu na zápěstí, vypít studený nápoj, otírat obličej vlhkou žínkou, používat kapesní ventilátor, kolem krku přiložit chladný obklad, nebo se postavit k otevřené lednici (Phillipsová, 2005). Pět žen (R2, R4, R6, R7, R8) proti příznakům bojovalo stejným způsobem, a to osvěžením se chladnou vodou, pobytem na čerstvém vzduchu například u otevřeného okna a pitím čisté vody. Během nástupu klimakteria sedm žen (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R9) hledalo pomoc u přítelkyň se stejnými problémy a tři ženy (R1, R5, R6) hledaly pomoc na internetových stránkách. Radu od porodní asistentky si vyžádala pouze jedna žena R9. Dle našeho názoru by prvním pomocníkem v této oblasti měla být právě porodní

asistentka, která má více zkušeností a dobrých rad než například internetové stránky, kde informace nemusejí být pravdivé a ověřené.

V podkategorii, která zkoumala změny potřeb, bylo u žen zjišťováno, k jakým změnám potřeb u nich po nástupu klimakteria došlo. Livotiová (2005) ve své knize uvádí, že nejčastěji je ovlivněna potřeba spánku, pohybu, výživy a potřeba sexuální (Livotiová, 2005). U osmi respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R10) došlo k největší změně v potřebě sociální interakce. Tyto respondentky sdělily, že pokud se dostavily návaly horka spojené se silným pocením a v případě, že se nacházely ve společnosti druhých lidí, bylo to pro ně velice nepříjemné a občas se cítily trapně, například pokud neměly možnost použít deodorant nebo se opláchnout studenou vodou. Občas ženy musely společnost opustit a někdy se jim stalo, že kvůli těmto pocitům raději ani do společnosti nešly a zůstaly doma.

Druhá nejčastěji pozměněná potřeba byla potřeba výživy. Šest žen (R3, R4, R5, R6, R7, R10) změnilo svůj stravovací i pitný režim. Ženy začaly jíst zdravější pokrmy, většinou kvůli přibývání na váze a zvýšily svůj pitný režim. Domníváme se, že zdravý životní styl by ženy měly dodržovat nejen v období klimakteria, ale v průběhu celého života.

Kromě sociální interakce a potřeby výživy byla další poměrně častou změněnou potřebou u respondentek potřeba spánku a odpočinku. V této potřebě pocíťovalo změnu pět žen (R1, R2, R3, R5, R6). Všechny pět žen (R1, R2, R3, R5, R6) uvedlo, že měly problémy s usínáním a přes noc se častěji budily, a to kvůli návalům horka, které bývaly doprovázeny pocením. Únava ženy často ovlivňovala jak v soukromém, tak v pracovním životě. Dle našeho názoru by ženám rady v této oblasti velmi pomohly, aby se cítily jak v soukromém, tak v pracovním životě lépe a sebevědoměji. Potřeba pohybové aktivity byla narušena pouze u R9, která kvůli únavě nebyla schopna vykonávat takovou fyzickou aktivitu, na kterou byla před nástupem klimakteria zvyklá.

Poslední zmíněná změna potřeby byla uvedena u R6, která měla chvilkovou změnu potřeby sexuální, a to díky zvýšené suchosti pochvy, která byla odstraněna pomocí lubrikačního gelu. Domníváme se, že pokud by byly ženy lépe edukovány například

v rámci preventivní prohlídky u obvodního gynekologa, k tak velkým změnám potřeb by v jejich životě po nástupu klimakteria nemuselo docházet.

Dále bylo zjišťováno, jak ženy v období klimakteria změnily svůj životní styl. Šest respondentek (R3, R4, R5, R6, R7, R10) změnilo své stravování, z důvodu obav nadměrného zvyšování jejich tělesné hmotnosti. Zaměřily se na zdravější stravu a zvýšily svůj pitný režim. Jsme toho názoru, že by ženám velice pomohlo, pokud by byla k dostání například kuchařka pro ženy v klimakteriu, kde by jim byla nabídnuta vyvážená a zdravá strava. Čtyři ženy omezily pití kávy i alkoholu a přestaly kouřit. Phillipsová (2005) uvádí, že kouření způsobuje silnější návaly horka a proto je vhodné s kouřením v menopauze přestat (Phillipsová, 2005). Druhá nejčastější změna v životním stylu respondentek bylo dodržování hygieny a jejich zvýšená osobní hygiena. Tři respondentky (R1, R2, R5) se vlivem silnějšího pocení začaly častěji během dne sprchovat a to i 6x za den, zvolily jiný druh materiálu svého oblečení, zejména upřednostňovaly bavlněné a pohodlné oblečení. Dvě ženy (R9, R3) v rámci změny životního stylu začaly dodržovat pravidelný pohybový režim a tím se zlepšil i jejich narušený spánek. Pouze jedna respondentka R8 doposud nepozměnila svůj životní styl.

Ve čtvrté podkategorii bylo zkoumáno, jaká zdravotní rizika spojená s klimakteriem ženy znají. Citterbart (2008) ve své publikaci zmiňuje, že s klimakteriem stoupá riziko vzniku psychických problémů, migrény a roste také riziko vzniku rakoviny prsu (Citterbart, 2008). Tři ženy (R2, R6, R10) přiznaly, že nikdy nevěděly, že klimakterium s sebou nese také nějaká zdravotní rizika. O zvýšeném riziku vzniku osteoporózy vědělo sedm žen (R1, R3, R4, R5, R7, R8, R9). Zvýšené riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění znaly tři respondentky (R1, R4, R9). O zvýšeném riziku vzniku jak osteoporózy, tak kardiovaskulárního onemocnění věděly tři respondentky (R1, R4, R9). Žádná jiná možná rizika během výzkumu nebyla ženami zmíněna. Zastáváme názor, že ohledně zdravotních rizik v klimakteriu jsou ženy velmi málo poučené a tudíž nemohou docházet na určitá preventivní vyšetření, aby výskytu případného onemocnění v souvislosti s klimakteriem mohly předejít.

Výzkumné šetření se dále zabývalo léčbou klimakteria. Zajímalo nás, zda ženám byla doporučena léčba a zda ji využily. Fait (2006) uvádí, že klimakterium se dá léčit buď farmakologicky, nebo pomocí režimového opatření (Fait, 2006). Pěti ženám (R1, R2, R7, R8, R9) lékař nedoporučil žádnou léčbu. Hormonální léčba byla navržena pěti ženám (R3, R4, R5, R6, R10). Jen jedna žena (R5) možnost využila, ale po nadměrném zvyšování tělesné hmotnosti tuto léčbu ukončila. Ostatní ženy (R3, R4, R6, R10) možnost hormonální terapie odmítly, většinou z důvodu nedůvěry k hormonům. Pouze dvě ženy (R5, R3) využily terapii alternativní, avšak ne na doporučení porodní asistentky, ale z vlastní iniciativy. Dle našeho názoru by ženy měly více využívat alespoň terapii alternativní, pokud nevěří hormonální léčbě, aby zmírnily příznaky klimakteria. Také se domníváme, že by se porodní asistentky měly na tuto oblast zaměřit a důkladně ženy poučovat o všech možnostech a seznámit je se všemi klady i zápory léčby, a to jak alternativní, tak i hormonální.

Další část výzkumného šetření se zaměřovala na seznámení ženy s problematikou klimakteria. Bylo zjišťováno, zda ženy byly porodní asistentkou s klimakteriem seznámeny a pokud ne, zda se samy aktivně ptaly na potřebné informace. Všechny deset žen (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) uvedlo, že je porodní asistentka s klimakteriem vůbec neseznámila a o průběhu tohoto období jim nic neřekla. Pokud se respondentky samy nezeptaly, porodní asistentka z vlastní iniciativy ženy v oblasti klimakteria needukovala. Němcová (2010) zmiňuje, že poučování žen by mělo být nezbytnou součástí terapeutické i ošetrovatelské péče a edukace ženy je považována za součást základní péče, která je ženám poskytována (Němcová, 2010). Sedm žen (R1, R2, R3, R5, R6, R9, R10) nebylo o klimakteriu poučeno vůbec a samy se porodní asistentky na nic neptaly a raději si potřebné informace zjistily od přítelkyň nebo vyhledaly na internetu. Tři ženy (R4, R7, R8) sdělily, že byly informovány o klimakteriu, ale pouze na základě vlastních dotazů. Sama od sebe porodní asistentka respondentkám žádné informace ani rady neposkytla. Dle našeho názoru by se této oblasti edukace měla důkladně věnovat každá porodní asistentka, jelikož se jedná o stav, který potká každou ženu a v našich silách by mělo být, aby žena byla připravená na vše, co jí během tohoto období potká.

Ve výzkumném šetření bylo dále zjišťováno, zda porodní asistentka dala ženám určitá doporučení v souvislosti s klimakteriem a zda ženám bylo doporučeno nějaké preventivní vyšetření, na které by měly docházet. Podle respondentek (R3, R4, R5, R6, R7, R8) jim porodní asistentka nejčastěji sdělovala, jaké změny v životním stylu by měly udělat, aby si ulehčily projevy klimakteria. Šesti ženám (R3, R4, R5, R6, R7, R8) porodní asistentka určité rady poskytla, ale pouze pokud se ženy samy ptaly. Ženám bylo doporučeno, aby spaly ve větrané místnosti, při nástupu návalů se osprchovaly chladnou vodou, dodržovaly pitný režim, omezily pití kávy a alkoholu a hlavně aby omezily kouření. Rady jako vyvětrat ložnici před ulehnutím, osprchovat se chladnou vodou a dodržovat pitný režim uvádí ve své literatuře také Phillipsová (2005). Čtyřem ženám (R1, R2, R9, R10) porodní asistentka nesdělila žádné rady, jak se lépe vyrovnat s projevy klimakteria a ani samy neměly potřebu se vyptávat. Pokud byly ženy dotazovány na doporučené preventivní vyšetření ze strany porodní asistentky, šesti ženám (R4, R5, R6, R7, R8, R10) bylo navrženo preventivní vyšetření prsu pomocí mamografu. Jedna respondentka (R7) uvedla, že jí ohledně nepříznivé rodinné anamnézy bylo doporučeno vyšetření na okultní krvácení a čtyřem ženám (R1, R2, R3, R9) porodní asistentka nedoporučila preventivní vyšetření žádné. Myslíme si, že o možnostech preventivního vyšetření by žena měla být seznámena ještě před nástupem klimakteria, aby se na případný problém přišlo co nejdříve.

Co se zdroje informací týče, všechny ženy hledaly pomoc nejčastěji u svých přítelkyň, které mají stejné problémy, jako ony. Sedm žen (R1, R3, R5, R6, R7, R8, R9) hledalo rady také na internetových stránkách a další čtyři ženy (R2, R3, R5, R6) využily i možnost čerpat informace z odborné literatury. Pouze dvě ženy (R7 a R4) šly pro pomoc přímo do ordinace obvodní gynekoložky. Když ženy měly možnost navrhnout formu edukace, která by jim vyhovovala, odpovědi byly velmi různorodé. Dvě respondentky (R1, R5) by uvítaly nový poučný pořad, který by se promítal v čekárně u gynekologa. Další dvě ženy (R4, R10) by rády navštěvovaly přednášku na téma klimakterium, která by byla vedená porodní asistentkou a kde by byla možnost ptát se na potřebné dotazy. Jako další možnost edukace byla uvedena ověřená internetová

stránka, kam by ženy mohly nahlížet, a jedna žena navrhla založení speciální telefonní linky. Dvě ženy jsou se stávajícími zdroji spokojené a nic by neměnily.

6 Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na potřeby žen v klimakteriu. Hlavním cílem bylo zjistit, zda klimakterium ovlivňuje život žen. V souvislosti s daným cílem byly položeny dvě výzkumné otázky, a to jakým způsobem jsou u žen v období klimakteria pozměněny jejich potřeby a jakým způsobem jsou ženy edukovány porodní asistentkou v období klimakteria.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že klimakterium je období ženy, které její život velice ovlivní a během něhož dochází k pozměnění několika potřeb, jako například potřeby sociální interakce, potřeby stravování a potřeby spánku a odpočinku. Tyto potřeby byly nejčastěji pozměněny v souvislosti s častými návaly horka, které byly doprovázené silným pocením. Výzkumné šetření také poukazuje na nepostačující edukaci žen porodní asistentkou. Žádná dotazovaná žena nebyla porodní asistentkou edukována bez předchozích dotazů, pouze z vlastní iniciativy porodní asistentky. Ženy se raději obrátily se žádostí o získání informací na své přítelkyně nebo na internetové stránky. Porodní asistentka by se měla sama od sebe zapojovat do edukace ohledně tohoto velice důležitého období, které během života potká každou ženu a které nemusí být vždy lehce snášeno. Porodní asistentka by měla ženy s tímto obdobím důkladně seznámit, popsat jim, jak se symptomy klimakteria projevují a jak se žena může s jeho projevy vyrovnat.

Výsledky výzkumného šetření mohou být použity pro vytvoření edukační brožury, semináře nebo přednášky určené ženám, které prožívají období klimakteria. Jako výstup z této bakalářské práce jsme zvolili vytvoření edukační brožury.

7 Seznam použitých zdrojů

ARNDT, Tomáš, 2010. *Fytoestrogeny*. [on-line]. [cit.11-1-2015] dostupné z <http://www.celostnimediceina.cz/fytoestrogeny.htm>

BENEŠ, Luboš, 2007. *Lékařské listy 18 [Klinické případy osteoporózy]*. Praha: Mladá Fronta. s. 6-7. ISSN 0044-1996.

BROULÍK, Petr, 2007. *Lékařské listy 18 [Sekundární osteoporóza]*. Praha: Mladá Fronta s. 8-12. ISSN 0044-1996.

CIBULA, David, HENZL, Milan a kol., 2002. *Základy gynekologické endokrinologie*. Praha: Grada. 340 s. ISBN 80-247-0236-3.

CITTERBART, Karel, MARTAN, Alois, ROB, Lukáš, 2008. *Gynekologie*. Praha: Galén. 320 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

ČEPICKÝ, Pavel, 2006. *Lékařské listy 16 [Definice a endokrinologie klimakteria a postmnpauzy]*. Praha: Mladá Fronta. s. 12-13. ISSN 0044-1996.

DVOŘÁKOVÁ, Hana, 2012. *Sestra 7-8 [Alternativní medicína – homeopatie]*. Praha: Mladá Fronta. s. 43. ISSN 1210-0404.

FAIT, Tomáš, 2006. *Klimakterická medicína*. Praha: Maxdorf. 103 s. ISBN 80-7345-001-8.

FAIT, Tomáš, ŠNAJDEROVÁ, Marta a kol., 2007. *Estrogenní deficit*. Praha: Maxdorf. 276 s. ISBN 978-80-7345-128-8.

GRYGÁRKOVÁ, Simona, 2014. *Aromaterapie – použití*. [on-line]. [cit.13-1-2015] dostupné z <http://www.celostnimediceina.cz/aromaterapie-pouziti.htm>

HLOUPÁ, Jana, 2009. *Sestra 7-8 [Inkontinence]*. Praha: Mladá fronta. s. 69-70. ISSN 1210-0404.

HRUŠKOVÁ, Hana, 2007. *Medicína po promoci [Klinické příznaky klimakteria]*. s. 9-13. ISSN 1212-9445.

JÍLKOVÁ, Jana, 2010. *Sestra 9 [Minerály a pastí zdravé výživy]*. Praha: Mladá Fronta. s. 23. ISSN 1210-0404.

JONÁŠ, Josef, 2009. *Sestra 6 [Menopauza]*. Praha: Mladá Fronta. s. 25. ISSN 1210-0404.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KOBILKOVÁ, Jitka, 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Karolinum. 368 s. ISBN 80-246-1112-0.

KOLAŘÍK, Dušan, HALAŠKA, Michael a kol., 2011. *Repetitorium gynekologie*. Maxdorf: Jessenius. 1032 s. ISBN 978-80-7345-267-4.

KOPÁSKOVÁ, Ludmila, TKÁČOVÁ, Lubomíra, 2012. *Sestra 3 [Osteoporóza]*. Praha: Mladá Fronta. s. 30-34. ISSN 1210-0404.

KOŘÍNKOVÁ, Světlá, 2014. *Sestra 1 [Homeopatie u nás a v zahraničí]*. Praha: Mladá Fronta. s. 31-32. ISSN 1210-0404.

KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

LEDEREROVÁ, Kateřina, 2014. *Sestra 1 [Komunikace ve zdravotnictví]*. Praha: Mladá Fronta. s. 25-26. ISSN 1210-0404.

LIVOTIOVÁ, Carol, 2005. *Vagina*. Praha: Smart Press: Grada. 234 s. ISBN 80-239-4113-5.

MÁRTL, Radek, 2005. *Akupunktura*. [on-line]. [cit.13-1-2015] dostupné z <http://www.celostnimedicina.cz/akupunktura.htm>

MÍČKOVÁ, Iveta, 2009. *Sestra 12 [Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu]*. Praha: Mladá Fronta. s. 44-45. ISSN 1210-0404.

MICHALÍČKOVÁ, Radka, 2006. *Sestra 9 [Specifika práce sestry v gynekologické ordinaci]*. Praha: Mladá Fronta. s. 39. ISSN 1210-0404.

MORNSTEIN, Vojtěch, 2005. *Postgraduální medicína 6 [Alternativní medicína]*. Praha: Mladá Fronta. s. 277. ISSN 1212-4184.

NEMCOVÁ, Jana a kol., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

PHILLIPSOVÁ, Robin, 2005. *Kniha knih o menopauze*. Praha: Fortuna Print. 256 s. ISBN 80-7321-163-7.

POKORNÁ, Andrea, 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

RAUDENSKÁ, Jaroslava, 2006. *Sestra 12 [Psychoterapie při léčbě bolesti]*. Praha: Mladá Fronta. s. 32. ISSN 1210-0404.

ROZHOŇOVÁ, Ilona, 2006. *Menopauza – pomoc najdete v přírodě*. [on-line]. [cit.11-1-2015] dostupné z <http://www.celostnimediceina.cz/menopauza-pomoc-najdete-v-prirode.htm>

ROZTOČIL, Aleš a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

SOUKUPOVÁ, Dagmar, BUDAYOVÁ, Karla, 2010. *Sestra 4 [Inkontinence a možnosti její léčby]*. Praha: Mladá Fronta. s. 41-42. ISSN 1210-0404.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

TOMAGOVÁ, Martina, 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

TÓTHOVÁ, Valérie a kol., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2005. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 185 s. ISBN 978-80-7013-324-8.

TURČAN, Pavel, 2011. *Sestra 9 [Klimakterium, včelí produkty, fytoestrogeny]*. Praha: Mladá Fronta. s. 26-28. ISSN 1210-0404.

URBANOVÁ, Eva a kol., 2010. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrova'elstva a porodnej asistencie*. Martin: Osveta. 256 s. ISBN 978-80-8063-343-1.

VACULKOVÁ, Eva, 2009. *Sestra 6 [Potřeby bezpečí a jistoty v gynekologické ambulanci]*. Praha: Mladá Fronta. s. 48. ISSN 1210-0404.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriel, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VRÁNOVÁ, Dana, 2012. *Fytoestrogeny*. [on-line]. [cit.11-1-2015] dostupné z <http://www.chempoint.cz/fytoestrogeny>

ZÁHUMENSKÝ, Jozef, 2012. *Postgraduální medicína 3 [Vaginální záněty]*. Praha: Mladá Fronta. s. 238. ISSN 1212-4184

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Příloha 2 – Edukace v primární, sekundární a terciární prevenci

Příloha 3 – Složky edukace

Příloha 4 – Fáze edukačního procesu

Příloha 5 – Otázky pro rozhovor

Příloha 6 – Žádost o povolení výzkumu pro bakalářskou práci

Příloha 7 – Žádost o souhlas ke spolupráci

Příloha 1 – Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Podle psychologa Maslowa má každý člověk individuální systém motivů, který je uspořádán hierarchicky, jelikož některé motivy jsou silnější než druhé a některé ze všech nejsilnější. Hierarchie potřeb se dělí na potřeby nižší a vyšší. Do nižších potřeb patří potřeba bezpečí a potřeby fyziologické. Do vyšších potřeb řadíme potřebu seberealizace, uznání a sounáležitosti. Člověk je integrovaný celek, což znamená, že každá potřeba je výrazem celého jedince. Potřeba seberealizace, postavená nejvýše, vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. Jedinec musí být vždy všeobecně uspokojen a duševně zdravý. Jen pokud je uspokojena i ta nejnižší potřeba, může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jedince. Častá frustrace potřeb může v dětství determinovat trvalé osobnostní rysy jedince. U novorozenců dominují potřeby fyziologické (potřeba hladu, žízně a bezpečí). Mladší děti jsou ovládány potřebou lásky a bezpečí, u starších dětí dominuje potřeba lásky a uznání. Na začátku adolescence se u jedinců objevuje potřeba seberealizace. Lidé jsou však v tomto směru plně ovládnuti až v dospělém věku. Pokud jsou základní potřeby člověka trvale frustrovány, nevyhnutelně dochází k vytvoření psychopatologie. Maslow vyzoroval, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, bývají šťastnější, výkonnější a zdravější, než lidé s neuspokojenými potřebami (Trachtová a kol., 2005; Tomagová a kol., 2008).

Příloha 2 – Edukace v primární, sekundární a terciární prevenci

Edukace v primární prevenci se zaměřuje na zdravé jedince, především na prevenci onemocnění a zdraví prospěšná opatření, aby došlo k udržení zdraví ženy a ke zlepšení kvality jejího života. Jsou to například projekty, které se zaměřují na prevenci rakoviny děložního čípku formou očkování. Tyto projekty bývají většinou zaměřené na konkrétní rizikové faktory, které prokazatelně ovlivňují vznik a vývoj onemocnění. Projekty primární prevence bývají zaměřené na širokou veřejnost (Svěráková, 2012).

Edukace v sekundární prevenci je prováděna již u nemocných žen. Edukátor se snaží ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje nemocného jedince tak, aby došlo k jeho uzdravení, a ne ke komplikacím. Edukace v sekundární prevenci je zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a také na prevenci recidivy daného onemocnění. Smyslem sekundární edukace je vedení ženy k osvojení si potřebných dovedností a k vytvoření nových hodnotových struktur osobnosti. Zárukou efektivní edukace je aktivní spoluúčast ženy na vytváření edukačního programu. Příkladem sekundární prevence je zaučování ženy s diagnózou diabetes mellitus v aplikaci inzulínu inzulínovou injekční stříkačkou. Během edukace v sekundární prevenci v klimakteriu radíme ženám, jak například zvládat návaly horka spojené s pocením (Svěráková, 2012).

Edukace v terciární prevenci se zaměřuje na jedince s trvalým a nevratným poškozením zdravotního stavu. Edukace je zaměřena na zlepšení kvality života, aby nedošlo k možným komplikacím (Svěráková, 2012).

Příloha 3 – Složky edukace

Edukant je subjekt učení, u kterého nehraje roli rozdíl věku ani prostředí, ve kterém probíhá edukace. Nejčastějším subjektem učení v porodní asistenci bývá jak zdravá, tak nemocná žena. Edukantem může být porodní asistentka, která si prohlubuje své dovednosti a vědomosti v rámci celoživotního vzdělávání. Edukant je individuální osobnost, která je charakterizována fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi. Edukantovu charakteristiku ovlivňuje i celá řada dalších faktorů, jako například etnická příslušnost, víra a sociální prostředí, ve kterém žije (Juřeníková, 2010).

Edukátor je aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví to jsou nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, nutriční terapeut atd. (Juřeníková, 2010).

Edukační konstrukty ovlivňují kvalitu edukačního procesu. Jsou to plány, zákony, edukační standardy a edukační materiál (Juřeníková, 2010).

Místo, ve kterém edukace probíhá, nazýváme edukační prostředí. Charakter tohoto prostředí ovlivňují podmínky ergonomické, kam patří osvětlení, nábytek, zvuk atd. Příkladem edukačního prostředí je například ambulance či ordinace praktického lékaře, kde probíhá edukační proces, kdy edukátorem je lékař, všeobecná sestra či porodní asistentka. Edukantem v tomto prostředí bývá vždy klient (Juřeníková, 2010).

Příloha 4 – Fáze edukačního procesu

Podstatou úspěšného edukačního procesu je důkladný sběr a analýza údajů o ženě. Tyto údaje získáváme rozhovorem, pozorováním, fyzikálním vyšetřením, dotazníkem a z dokumentace dané ženy (Kuberová, 2010; Tóthová, 2009).

Porodní asistentka by měla dobře zhodnotit všechny faktory ovlivňující proces učení a analyzovat schopnost ženy učit se. Důležité je sledovat postoj ženy k sobě samé, k onemocnění a k životu. Ideální bývá, když potřeba naučit se něco nového vychází přímo od ženy (Kuberová, 2010).

Po získání a ověření všech údajů o ženě může porodní asistentka přistoupit ke druhé etapě edukačního procesu, kterou je stanovení edukační diagnózy. Edukační diagnóza vymezuje problémy a potřeby ženy, příčiny těchto problémů, ovlivňující faktory a jejich přesnou charakteristiku. V primární prevenci se diagnózy zaměřují na zdraví a změněné návyky. V sekundární prevenci se diagnózy vztahují k potřebám ženy něco se naučit (Tóthová, 2009; Svěráková, 2012).

Po stanovení edukační diagnózy se může porodní asistentka zaměřit na fázi třetí, a to na fázi plánování. Hlavním cílem této fáze je utvoření edukačního plánu. Je třeba stanovit cíle, jejichž prostřednictvím dosáhneme upevnění zdraví ženy nebo odstranění zdravotního problému. Rozhodujeme se o aktivitách, s jejichž pomocí cíle splníme. Důležité je, aby edukační plán byl pružný a bylo možné ho přizpůsobit změnám podmínek. Obsah edukace je daný cíli, které vyplývají z potřeb ženy. Stanovený edukační cíl je chápán jako bod, kterého je za úkol dosáhnout. Je to hypotetická představa a ideální hranice, k níž chceme pomocí edukace dospět (Tóthová, 2009).

Při plánování edukačního plánu je důležité přihlídnout k tělesnému a psychickému stavu ženy, nejprve by porodní asistentka měla začít s tím, co ženu zajímá a baví, a tím zlepšit její sebedůvěru. Ve fázi realizace má porodní asistentka dokázat jak své teoretické, tak především praktické dovednosti vedení edukačního procesu. Je vhodné tempo edukace přizpůsobit tak, aby ženě co nejvíce vyhovovalo (Kuberová, 2010; Svěráková, 2012).

Samotný edukační proces může zlepšit vhodný výběr edukační metody, který odpovídá cílům edukace, obsahu a potřebám účastníků edukačního procesu. V porodní asistenci je nevhodné volit metodu přednášky, neboť je při ní složité zhodnotit zpětnou vazbu. Pro laickou veřejnost není vhodné používat odbornou terminologii, ale vhodnější je využívat srozumitelné výrazy. Po celou dobu edukace je vhodné, aby porodní asistentka ženu dostatečně povzbuzovala a chválila. Úspěšná realizace by měla zlepšit kvalitu života žen, zlepšit jejich soběstačnost a rozšířit jejich poznatky o preventivních a léčebných zásadách (Juřeníková, 2010).

V poslední fázi porodní asistentka společně s edukovanou ženou hodnotí to, jak změnila své jednání a chování a důležité je zaměřit se i na to, co se žena naučila. Dosažení stanovených cílů se hodnotí pomocí hodnotících kritérií. Nejčastěji se používá kladení otázek v rozhovoru. Porodní asistentka by se měla ptát citlivě a s porozuměním. Ve fázi hodnocení edukačního procesu porodní asistentka hodnotí i sebe jako realizátorku edukace. Může využívat i zpětnou vazbu ze strany edukované ženy. Pokud nějaký stanovený cíl nebyl splněn, je nutné učební plán zopakovat. (Tóthová, 2009).

Příloha 5 – Otázky pro rozhovor

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše vzdělání a kde pracujete?
3. Jak často navštěvujete svého obvodního gynekologa?
4. V kolika letech se u Vás klimakterium začalo projevovat?
5. Jak jste prožívala nástup klimakteria?
6. Jak Vás porodní asistentka v ordinaci obvodního gynekologa seznámila s problematikou klimakteria?
7. Jaká léčba Vám byla doporučena? (Informovala Vás PA o alternativních metodách zvládnutí klimakterického syndromu?)
8. K jakým změnám došlo ve Vašem životním stylu?
9. V jakých oblastech Vás projevy klimakteria nejvíce omezují?
10. Jaká zdravotní rizika spojená s klimakteriem znáte?
11. Jaké preventivní vyšetření Vám PA doporučila?

Zdroj: vlastní

Příloha 6 - Žádost o povolení výzkumu k bakalářské práci

ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMU K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI



Vážená paní doktorko,

touto cestou bych Vás chtěla požádat o povolení k výzkumu potřebného pro zpracování bakalářské práce.

Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, kde studuji obor
Porodní asistentka.

Bakalářská práce má název „Potřeby žen v klimakteriu“ a budu ji zpracovávat pod odborným vedením paní Mgr. Romany Bešešové. Cílem výzkumného šetření je zjistit, zda klimakterium ovlivňuje život žen. Výzkumné šetření by probíhalo u klientek v klimakteriu, které navštěvují Vaši ordinaci.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována anonymita všech respondentek.

Děkuji za ochotu a spolupráci

V Českých Budějovicích, dne 19. 3. 2015



Zdroj: vlastní

Příloha 7 - Žádost o souhlas ke spolupráci

Žádost o souhlas ke spolupráci

Vážená respondentko,

jmenuji se Eva Persanová a jsem studentka 3. ročníku oboru Porodní asistentka, Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci za účelem sběru dat pro bakalářskou práci, která má název „Potřeby žen v klimakteriu“.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována anonymita. Děkuji.

V Českých Budějovicích, dne.....

Podpis studentky.....

Podpis respondentky.....

Zdroj: vlastní