



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Možnosti hodnocení změn u žen v období
klimakteria a jejich vliv na kvalitu života**

DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Mgr. Romana Belešová

Školitel: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph. D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „Možnosti hodnocení změn u žen v období klimakteria a jejich vliv na kvalitu života“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě 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 disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 25. 7. 2023

.....

Romana Belešová

Poděkování

Ráda bych poděkovala mé školitelce prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. za rady, názory, trpělivost a velkou podporu při zpracování disertační práce. Také bych chtěla poděkovat MUDr. Milošovi Velemínskému, Ph.D. za podněty a odbornou konzultaci.

Mé poděkování patří i PhDr. Petrovi Sadílkovi za konzultaci, rady a pomoc při zpracování dat pro kvantitativní fázi výzkumu.

Dále bych chtěla poděkovat všem ženám a porodním asistentkám, které se účastnily jak na kvantitativní tak i na kvalitativní části výzkumu. Zároveň děkuji i porodním asistentkám v gynekologických ordinacích, které mi pomáhaly v rámci výzkumu s distribucí dotazníků ženám.

Také bych ráda poděkovala Grantové agentuře Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích za finanční podporu při zpracování výzkumu a všem kolegyním a kolegům, kteří se přímo i nepřímo podíleli na jeho realizaci.

Možnosti hodnocení změn u žen v období klimakteria a jejich vliv na kvalitu života

Abstrakt

Úvod: Klimakterium je období, které je vnímáno jako přirozená součást životního „cyklu“ ženy. V současné době se zvyšuje počet žen středního a staršího věku a tím se také navyšuje množství žen, které další část svého života mohou strávit v hypoestrogenním stavu. Prožívání tohoto období je individuální, liší se i intenzitou prožitku, na kterém se podílí řada faktorů. K těm nejvýznamnějším faktorům lze přiřadit faktory biologické, genetické, životního stylu, rodinného prostředí, vzájemné vztahy mezi lidmi, zaměstnání a také etnické a kulturní vlivy. Uvedené faktory se podílí na výskytu symptomů a změn v souvislosti z přechodu od reprodukční do postreprodukční fáze v životě žen. Tyto symptomy a změny participují na kvalitě života a kvalitě zdraví. K posouzení a hodnocení kvality života a kvality zdraví u žen jsou zdravotníkům k dispozici měřící nástroje, které jsou však na základě zjištěných dat využívány zejména v zahraničních zemích. Standardizované nástroje používané a nápomocné v klinické praxi by měly být reliabilní, senzitivní a specifické pro určité symptomy. Zdravotníkům by měly standardizované nástroje přinášet výhody v rámci získávání dat o ženách.

Cíl: Cílem disertační práce bylo zmapovat využití hodnotících nástrojů u žen v období klimakteria, analyzovat symptomy ovlivňující kvalitu života, vytvořit edukační program pro ženy a zjistit, zda edukace ovlivní znalosti žen o problematice klimakteria.

Metodika: Výzkum byl realizován v kombinaci dvou výzkumných metod - kvantitativní a kvalitativní. Design výzkumu byl smíšený, zpočátku byl proveden kvantitativní výzkum a následně byl aplikován výzkum kvalitativní, jehož součástí bylo vytvoření intervenčního programu pro ženy. U kvantitativního výzkumu se jednalo o design deskriptivní průřezové studie, ve které byly využity dva standardizované a jeden nestandardizovaný dotazník. Design popisné kvalitativní studie byl využit pro kvalitativní výzkum. Pro metodiku kvalitativního výzkumu posloužily Standardy pro kvalitativní výzkum (SRQR - Standards for reporting qualitative research a synthesis of recommendations). Pro kvantitativní výzkum byl stanoven výzkumný soubor I, který tvořily ženy s trvalým bydlištěm v Jihočeském kraji a byly ve věku 45-65 let. Pro tyto respondentky byly určeny standardizované dotazníky WHOQOL-

BREF (zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100 ke zjištění kvality života) a WHQ (Women's health questionnaire pro zjištění kvality zdraví žen v klimakteriu) a nestandardizovaný dotazník zaměřený na identifikační údaje respondentek a na zmapování znalostí a postojů žen ke zkoumané problematice. Analýza dat byla zhotovena pomocí programů SASD (Statistická analýza dat) a SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Kvalitativní výzkum byl realizován ve dvou etapách. První část výzkumu proběhla před realizací edukačního programu a druhá část výzkumu se uskutečnila 3 měsíce po absolvování edukačního programu. Účelem kvalitativního výzkumu bylo doplnění a bližší ilustrace jednotlivých oblastí kvantitativního výzkumu. Jako výzkumný nástroj posloužil polostrukturovaný rozhovor. Pro analýzu kvalitativního výzkumu byly aplikovány prvky zakotvené teorie za využití otevřeného a axiálního kódování. Výzkumné soubory kvalitativního výzkumu byly dva. Výzkumný soubor II byl tvořen ženami ve věku 45-55 let, které také měly trvalé bydliště v Jihočeském kraji. Výzkumný soubor III se skládal z porodních asistentek pracujících v primární péči (rovněž na území Jihočeského kraje).

Výsledky: V porodní asistenci v klinické praxi, respektive v primární péči, nejsou využívány měřicí nástroje za účelem vyhodnocení kvality života a kvality zdraví žen v období klimakteria. V současné době se hodnotící škály uplatňují spíše ve výzkumných studiích než v klinické praxi. V naší kvantitativní studii ženy hodnotily kvalitu života převážně jako dobrou. Při posuzování jednotlivých domén za využití nástroje WHOQOL-BREF ženy nejlépe hodnotily jejich fyzický stav na rozdíl od prostředí, ve kterém žily, to hodnotily nejhůře. Při klasifikaci zdraví na základě porovnání jednotlivých dimenzí při uplatnění standardizovaného nástroje WHQ ženy zmiňovaly jako obtěžující vasomotorické symptomy (návaly horka a noční pocení) oproti úzkosti/obavám, které je tolik nezatěžovaly. V kvalitativní části výzkumu posuzovaly ženy jako nejčastější symptomy návaly horka, noční pocení, změny nálad, narušený spánek, přibývání na tělesné hmotnosti, psychické a kognitivní změny.

Závěr: V rámci studie byla na základě výsledků, vyplývajících z kvantitativní části výzkumu, vytvořena edukační brožura pro ženy, která poskytla ženám stručné informace o problematice klimakteria, o příznacích (akutních, subakutních, chronických), o diagnostice a možnostech léčby klimakterických obtíží (hormonální substituční léčbě, nehormonální léčbě) a o režimových opatřeních přispívajících k mírnění obtíží. Zároveň byl jako součást výzkumného šetření připraven pro ženy

edukační program, zaměřený na podrobnější informace, cílené na klimakterické symptomy, na diagnostiku, terapii a na využití režimových opatření, nefarmakologických možností k mírnění klimakterických obtíží (tj. na zásady zdravého životního stylu; na využití fytoestrogenů, homeopatie, akupunktury, akupresury, hormonální jógy, atd.). V této oblasti zastává významnou roli porodní asistentka, která by v rámci svých kompetencí měla ženy vést jednak k tomu, aby akceptovaly pozitivní postoje k problematice klimakteria, využívaly získaných znalostí k ovlivnění změn, které s sebou přináší klimakterium. Pro ženy je také podstatné, aby respektovaly navrhovaná režimová opatření porodní asistentkou s cílem kvalitního a zdravého prožívání života. V souvislosti s výše zmíněným by se měla porodní asistentka také podílet na respektování a hodnocení změn u žen v klimakteriu.

Klíčová slova

Klimakterium; kvalita života; kvalita zdraví; měřicí nástroje; symptom; WHOQOL-BREF; WHQ; žena

Possibilities of evaluating changes by women during the period of menopause and their effects on the quality of life

Abstract

Introduction: Menopause is a period, which is perceived as a natural part of female lifecycle. Nowadays the population of women in middle and older age increases and therefore the number of women that may spent part of their life in hypoestrogenous state is also growing. The way how women experience this period is individual, it also differs in the intensity of the experience which is influenced by a variety of factors. Among the most important factors belong the biological as well as genetic factors, lifestyle, family environment, relationships between people, job as well as ethnical and cultural influences. The above-mentioned factors contribute to the occurrence of symptoms and changes connected to the transition from the reproductive to postreproductive phase in the life of a female. These symptoms and changes participate on the quality of life as well as quality of health. To judge and evaluate quality of life and quality of health of women, health professionals have measuring tools at their disposal, which, however, based on the detected data, are used mainly abroad. Standardised tools that are used and helpful in the clinical practice should be reliable, sensitive, and specific to certain symptoms. For health professionals these standardised tools should bring advantages in terms of acquiring data about women.

Objective: The objective of this doctoral theses is to map the use of evaluating tools with women in the period of menopause, to analyse symptoms influencing the quality of life, to create educational program for women and to find out if education has an impact on the knowledge of women on the menopause issues.

Methodology: The research was carried out in combination of two research methods – quantitative and qualitative. The design of the research was mixed, at the beginning the quantitative research was carried out and subsequently the qualitative research was applied. Creation of an educational programme for women was part of this qualitative study. The quantitative research was designed as a descriptive cross-sectional study, in which two standardised and one unstandardised questionnaires were used. The design of the descriptive qualitative study was used for the qualitative research. For the methodology of the qualitative research the Standards for qualitative research were

applied (SRQR - Standards for reporting qualitative research a synthesis of recommendations). For the quantitative research a research sample I was set up. It was composed of women with a permanent residence in the southbohemian region in the ages of 45-65. For these respondents three types of questionnaires were designed, the standardised WHOQOL-BREF (a shortened version of the WHOQOL-100 questionnaire to detect the quality of life), WHQ (Women's health questionnaire to detect the quality of health of women in the menopause period) and the unstandardised questionnaire to collect the identification data of the respondents and to monitor the knowledge and approach of women to the studied problematics. The data analyses were executed via SASD programmes (Statistical data analyses) and SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). The qualitative research was realised in two phases. The first part of the research was carried out before the educational programme was realised and the second part took place 3 month after finishing the educational programme. The purpose of the qualitative research was to supplement and more closely illustrate the individual areas of the quantitative research. To carry out this research a partly structured interview was used. For the purposes of the qualitative research analyses elements of embedded theory using open and axial coding were applied. There were two research samples that were subject to the qualitative study. The research sample II composed of women in the ages 45-55 with a permanent residence in the southbohemian region. The research sample III composed of midwives working in the primary care (also in the southbohemian region).

Results: In midwifery in the clinical practice, resp. in primary care, no measuring tools are used to evaluate the quality of life and health of women in menopause. Nowadays the evaluating scales are applied in research studies rather than in the clinical practice. In our quantitative study women evaluated the quality of life primarily as good. While evaluating the individual domains via the WHOQOL-BREF tool, women rated their physical condition the best and on the contrary the environment they live in the worst. When qualifying their health condition based on comparison of individual dimensions using the standardised WHQ tool, women mentioned the vasomotor symptoms (hot flashes and night sweats) as bothering and on the contrary, they rated anxieties/worries as not so bothering. In the qualitative part of the research women qualified the following symptoms as the most frequent: hot flashes, night sweats, mood swings, corrupted sleep, gaining weight, mental and cognitive changes.

Conclusion: In the framework of the study based on the results arising from the quantitative part of the research, an educational brochure for women was created. The aim of this brochure is to provide brief information about the problematic of the menopause period, about the symptoms (acute, subacute, chronic), about the diagnostics as well as possibilities of treatment of climacteric health issues (hormonal substitutional treatment, non-hormonal treatment) and about the regime precautions contributing to relieving these problems. At the same time as a part of the research an educational programme for women was prepared. This programme focused on more detailed information, specifically climacteric symptoms, diagnoses, therapy and the use of regime precautions, non-pharmacological treatments leading to relief from the menopause difficulties (i.e., healthy lifestyle, use of phytoestrogens, homeopathy, acupuncture, acupressure, hormonal yoga, etc.). In this field, midwives still play a significant role. In the framework of their competences, midwives should lead women to accept the positive approach to the issues of menopause period, make them use the acquired knowledge to affect the changes connected with this phase of life, and respect the regime precautions proposed by the midwives leading to quality and healthy life experience. With regards to that the midwives should also participate on respecting and evaluation of the changes by women in the climacteric period.

Key words

Climacteric; evaluating tools; quality of life; quality of health; symptom; WHQ;
WHOQOL- BREF; woman

Obsah

ÚVOD.....	13
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	14
1.1 Vývojová období v životě ženy.....	14
1.1.1 Žena v období klimakteria	17
1.1.2 Endokrinologie klimakteria	19
1.1.3 Klinické symptomy	20
1.1.3.1 Vegetativní organický syndrom - akutní příznaky.....	21
1.1.3.2 Organický syndrom - subakutní příznaky	22
1.1.3.3 Metabolický syndrom - chronické příznaky	23
1.1.4 Diagnostika v klimakteriu.....	24
1.1.5 Terapie v klimakteriu.....	27
1.1.5.1 Hormonální substituční terapie	28
1.1.5.2 Alternativní léčebné metody	30
1.1.6 Potřeby ženy	34
1.1.6.1 Změněné potřeby ženy v klimakteriu.....	35
1.1.6.2 Adaptační model Callisty Roy	39
1.1.7 Edukace ženy v klimakteriu porodní asistentkou	42
1.1.8 Životní styl ženy v klimakteriu	50
1.2 Kvalita života	57
1.2.1 Historie a kvalita života	59
1.2.2 Kvalita života a současnost.....	62
1.2.3 Kvalita života a zdraví	63
1.3 Měřicí nástroje k hodnocení kvality života.....	65
1.3.1 Měřicí nástroje k hodnocení kvality života žen po menopauze.....	66
1.3.1.1 Využití měřících nástrojů v České republice	68

1.3.1.2	Využití měřících nástrojů v zahraničí	69
2	CÍL PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU.....	79
2.1	Cíle práce	79
2.2	Hypotézy	79
2.3	Výzkumné otázky.....	79
2.4	Operacionalizace pojmů.....	79
3	METODIKA	81
3.1	Metodika kvantitativního výzkumu	81
3.1.1	Použité výzkumné nástroje kvantitativního výzkumu.....	82
3.1.2	Charakteristika výzkumného souboru I kvantitativního výzkumu.....	83
3.1.3	Sběr a analýza kvantitativních dat	84
3.2	Metodika kvalitativního výzkumu	85
3.2.1	Použité kvalitativní metody	86
3.2.2	Charakteristika výzkumného souboru II kvalitativního výzkumu (ženy)	87
3.2.3	Charakteristika výzkumného souboru III kvalitativního výzkumu (porodní asistentky).....	88
3.2.4	Sběr a analýza kvalitativních dat	88
3.2.5	Edukační program	89
4	VÝSLEDKY.....	92
4.1	Struktura výzkumného souboru I.....	91
4.2	Výsledky kvantitativního výzkumu - nestandardizovaná část.....	98
4.2.1	Životní styl žen.....	98
4.2.2	Znalosti, postoje, názory žen na problematiku klimakteria.....	104
4.2.3	Subjektivní prožívání žen období klimakteria.....	108
4.3	Výsledky kvantitativního výzkumu - standardizovaná část.....	121
4.4	Statistické testování hypotéz	124
4.5	Analýza vztahů mezi vybranými příznaky u žen v období klimakteria.....	143

4.6 Výsledky kvalitativního výzkumu	150
4.6.1 Struktura výzkumného souboru II	150
4.6.2 Kategorizace dat - před realizací edukačního programu	154
4.6.3 Kategorizace dat - po realizaci edukačního programu	168
4.6.4 Struktura výzkumného souboru III.....	180
4.6.5 Kategorizace dat - primární péče.....	181
5 DISKUZE.....	192
5.1 Znalosti žen o problematice klimakteria a zájem žen o oblast klimakteria	192
5.2 Změny a subjektivní symptomy u žen v klimakteriu	195
5.3 Hodnocení kvality života a kvality zdraví žen v klimakteriu	199
5.3.1 Komparace souvislostí v oblasti kvality života a kvality zdraví žen.....	202
5.4 Znalosti žen o možnostech léčby a využití různých způsobů léčby.....	205
5.5 Edukace žen a osvěta	207
5.6 Životní styl a režimová opatření	210
5.7 Limity výzkumu.....	215
6 ZÁVĚR.....	217
Seznam použité literatury.....	219
Seznam použitých zkratk.....	243
Seznam grafů.....	244
Seznam tabulek.....	246
Seznam obrázků.....	248
Seznam příloh.....	250

ÚVOD

Období klimakteria je považováno za přirozenou, fyziologickou etapu v životě ženy. Přesto může, ať již méně či více, ovlivnit její každodenní činnosti, kvalitu života i kvalitu zdraví. Tuto životní fázi prožívá každá žena individuálně, a to v období mezi 45. až 60. rokem věku. Klimakterium je poznamenáno ukončením funkce vaječníků, poklesem hladiny ženských pohlavních hormonů. Tím dochází u ženy k přechodu z reprodukčního do postreprodukčního stavu. Období klimakteria se rozlišuje na premenopauzu, perimenopauzu a postmenopauzu. Symptomy, které u ženy mohou nastat, se rozlišují na vegetativní (poruchy vasomotorické, psychické), organické (kožní změny, urogenitální, změny tělesné hmotnosti) a metabolické (ovlivnění lipidového spektra, aterosklerózy a osteoporózy).

Na vzniku, charakteru, prevalenci a intenzitě klimakterických symptomů u žen, také na jejich postojích ke zdraví a k dané problematice má vliv řada faktorů. Těmi nejvýznamnějšími jsou faktory biologické, genetické, mentální, faktory životního stylu, rodinné prostředí, mezilidské vztahy, zaměstnání. Vzhledem ke zlepšené životní úrovni, se zvyšuje dlouhověkost žen a v důsledku toho žijí ženy 1/3 svého života v postmenopauze. V souvislosti s tím je významné zmínit snahu zdravotníků o kvalitní prožití zmiňované části života žen. V této oblasti zastává významnou roli porodní asistentka, která by měla informovat ženy o symptomech, změnách, o jejich hodnocení a zároveň i o možnostech, kterými lze snížit nepříznivé projevy klimakteria. Lze jimi dosáhnout, aby ženy prožívaly období přechodu z reprodukční do postreprodukční fáze i své následné stáří kvalitně a ve zdraví.

Porodní asistentky v rozsahu svých kompetencí mohou ženám nabízet edukaci v problematice klimakteria, režimových opatření, kterými je například životní styl, pohybová aktivita, vhodná strava, abstinence nikotinu a alkoholu, pohoda i absence stresu.

V teoretické části disertační práce je věnována pozornost odborným a vědeckým poznatkům z dané problematiky, je definováno období klimakteria, kvalita života a zdraví a také je zmíněno využití měřicích nástrojů k hodnocení kvality života a kvality zdraví u žen v klimakteriu. V empirické části jsou mapovány znalosti, postoje žen, jejich zájem o danou oblast, vliv edukačního programu na vztah žen k danému problému a kvalita života a zdraví.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Vývojová období v životě ženy

Millová (2016) nahlíží na vývoj jako na jeden z nejuniverzálnějších procesů, kterým v průběhu svého života žena prochází, během něhož se u ní vyvíjí motorika, kognitivní schopnosti, emoce, či sociální vztahy. Sigelman a Rider (2018) však zastávají názor, že vývoj není dán jen systematickou a trvajícím změnou, ale je také určen kontinuitou, jež tvoří základ stability psychologických charakteristik. Roztočil et al. (2017) sdělují, že k výrazným tělesným a hormonálním změnám (vedle psychických) dochází v životě ženy v období při formování sekundárních pohlavních znaků, v době nástupu menstruace, v graviditě, při porodu, v šestinedělí, v klimakteriu i ve stáří. Slezáková et al. (2017) tyto významné mezníky v životě ženy diferencují na období novorozenecké, dětské, pubertu, fertilní období (pohlavní zralosti), klimakterium a senium.

Život ženy nezačíná až narozením (porod je jeden, i když velmi významný bod v procesu evoluce), ale její vývoj je brán na zřetel již od předpokládaného data početí s tím, že toto období (mezi početím a narozením) je definováno jako období prenatální trvající přibližně 40 týdnů (Lisá a Vágnerová, 2021). Smolík (2016) z biologického hlediska zmiňuje vznik života a zahájení prenatálního vývoje v okamžiku spojení genetické informace matky a otce. Slezáková et al. (2017) uvádějí, že během prenatálního vývoje plod ženského pohlaví v děloze matky ovlivňují zejména ženské hormony (estrogeny) a podle Marka et al. (2017) absence androgenů má za následek vývoj ovarií a gonocytů (prvopohlavních buněk), jež jsou již v 16. týdnu zaznamenány jako primordiální folikuly, později dochází k diferenciaci ženského genitálu na zevní a vnitřní.

Porodem plodu je završeno prenatální období a nastupuje období novorozenecké, které Smolík (2016) vymezuje věkem 28 dní (od přestřižení pupečníku) a specifikuje jej jako období adaptace na zásadní změnu prostředí z nitroděložního života na život mimo dělohu matky. Lisá a Vágnerová (2021) označují přechod z chráněného intrauterinního prostředí do světa nových podnětů za velkou zátěž pro novorozence po všech stránkách (tzn. i po stránce psychické). Všechny významné znaky, charakterizující psychický vývoj již v prenatálním období, se projevují na úrovni vyšší

(bezprostředně po narození), zvyšuje se schopnost novorozence ovládat prostředí a včlenit se do sociální interakce (Lisá a Vágnerová, 2021). Slezáková et al. (2017) popisují u novorozené dívky po porodu z jejího organismu vyplavování mateřských hormonů, u některé dívky může být zřejmé zduření prsní žlázy (pod vlivem estrogenů), či mírné vaginální krvácení nebo odchod hlenu (po dobu 6 týdnů od porodu), kdy se hladiny hormonů stabilizují a reakce odezní.

Další vývojové období v životě ženy lze nazvat obdobím dětským, do kterého Smolík (2016) i Lisá a Vágnerová (2021) zařazují období kojenecké, batolecí a předškolní věk, za který je označováno období ve věku od 3 do 6 let. Dobu mezi 6. a 11. rokem věku dívky nazývá Kollerová (2016) středním dětstvím, někdy tato etapa bývá představována jako klidná vývojová fáze. Slezáková et al. (2017) uvádějí, že je u dívky do 8 let hladina pohlavních hormonů v normě, zhruba v 9 letech dochází k výrazným proporcionálním změnám a může se postupně objevovat pubertální dospívání (nástup bývá u dívky rychlejší než u chlapce).

Po období dětském nastupuje životní etapa dospívání. Svoboda et al. (2021) v základním (biologickém) významu vymezují dospívání jako životní úsek z jedné strany ohraničený prvními známkami pohlavního zrání (výskytem prvních sekundárních pohlavních znaků), vyznačený růstovou akcelerací a na straně druhé završením pohlavní zralosti (plné schopnosti reprodukce) a zakončením tělesného růstu. Thorová (2015) zastává názor, že fáze dospívání začíná nástupem období, zvaném pubescence mezi 11. až 15. rokem a je zakončeno kolem 20. roku zahájením dospělosti. Dospívání dívky je na vrcholu, vyžívá její reprodukční soustava a vlivem vyplavování pohlavních hormonů nastávají u dívky tělesné i funkční změny (Thorová, 2015). Slezáková et al. (2017) popisují např. zvětšení svalstva, ukládání podkožního tuku, rozvíjení sekundárních pohlavních znaků v podobě růstu prsů, pubického a axilárního ochlupení, Roztočil et al. (2011) zmiňují ustálení průměrného věku pro nástup menarché mezi 12. a 13. rokem dívky. Průcha a Veteška (2012) ještě charakterizují období dospívání či adolescence jako životní etapu ženy, v níž jsou realizovány mentální i tělesné změny signalizující přechod od dětství do dospělého věku.

Významnou a nejdělsí etapu v životě ženy označují Slezáková et al. (2017) jako období pohlavní zralosti, které žena prožívá mezi 18. až 45. rokem. Tato část života ženy je považována za nejvhodnější pro koncepci, vzhledem k tomu, že žena je vyžralá jak

po stránce fyziologické, tak psychosociální i nervové (Slezáková et al., 2017). Hána (2015) uvádí, že se u ženy do 35. roku vyskytují a udržují poměrně vysoké hladiny pohlavních hormonů, které se po té začínají postupně snižovat až do období tzv. menopauzy. U ženy, která má pravidelný menstruační cyklus, jsou bazální hodnoty estradiolu v období pohlavní zralosti mezi 0,04 mmol/l - 1,93 mmol/l. Hladiny folikulostimulačního hormonu (FSH), luteinizačního hormonu (LH), tzv. gonadotropinů se mění v závislosti na dané fázi menstruačního cyklu (Hána, 2015).

Formálně dosahuje období dospělosti žena podle Průchy a Vetešky (2012) završením věku 18 let, po biologické a psychologické stránce se jedná o období vrcholu zrání ženy, období její životní stabilizace a životního realismu. Dospělost Průcha a Veteška (2012) rozděluje na mladší dospělost (13-30 let), střední (30-45 let) a starší dospělost (45-60 let), v rámci dospělosti rozlišují ranou, střední (zralou) dospělost a počáteční stárnutí, dále postupující stárnutí a stáří.

Thorová (2015) popisuje po období pohlavní zralosti další etapu v životě ženy jako fázi přechodnou, vyznačující se poklesem hladiny estrogenů a snižováním počtu folikulů. U ženy dochází k menopauze a k nástupu klimakteria, pro něž jsou charakteristické změny tělesné i psychické. Podrobněji bude problematika klimakteria uvedena v následujících podkapitolách.

Za hlavní hledisko života ženy v dospělosti Průcha a Veteška (2012) považují zejména rodinu, zaměstnání, stabilní zájmy, záliby, snahu o pohodlí a o určitý životní standard. Co se týká psychické dospělosti, ta se u ženy podle Průchy a Vetešky (2012) projevuje schopností myslet, jednat, být vytrvalá a odpovědná, disponovat myšlenkovou a pracovní stabilitou a plánovat si vlastní život.

Posledním vývojovým obdobím v životě ženy je senium. Slezáková et al. (2017) uvádějí, že je již pozastavena činnost ovarií a veškeré pohlavní orgány ženy se nachází ve fázi klidu. Blatný (2017) charakterizuje senium (stáří, stařeckou slabost) jako ústup sekundárních pohlavních znaků v souvislosti se snížením produkce anabolických steroidů v nadledvinách po 60. roce věku.

Šolcová a Blatný (2017) z psychologického hlediska považují stárnutí jednak za nezaměnitelnou zkušenost, která může být ovlivněna různými vnějšími i vnitřními faktory a také za poznatek postupné změny, týkající se všech aspektů ženy. Dochází ke

změnám ve vzhledu, tělesných funkcí, aktivit, vnímání času i sociálního okolí. Stárnoucí žena se musí smířovat také s tím, že lidé, kteří se vyskytovali v její blízkosti, postupně navždy odcházejí (Šolcová a Blatný, 2017).

1.1.1 Žena v období klimakteria

Žena v průběhu svého života prožije období prenatalní, dětství, dospívání, dospělosti. Některým ženám je dopřáno prožít i jedinečné až spirituální období těhotenství, porodu a mateřství. Velká část žen se ve své etapě vývoje setká s obdobím klimakteria. Zvyšování počtu žen středního a staršího věku v poslední době předznamenává nárůst počtu žen žijících větší část svého života v hypoestrogenním stavu (Dostál a Turková, 2017).

Už asi od 35. roku věku můžeme zaznamenat první laboratorní známky snižování ovariální funkce a snižování ovariální odpovědi na hypofyzární stimulaci. Tyto změny se postupně prohlubují, až posléze menstruační cyklus mizí, nastává trvalá amenorea a typickým hormonálním obrazem ovariální amenorey je tedy hypoestrinní a hypergonadotropní (Čepický, 2011, s. 99).

WHO (1981) definuje klimakterium jako období, které charakterizují již začínající klinické potíže a nastupující přibližně jeden rok před menopauzou. Fyziologicky se vyskytuje mezi 45. a 60. rokem věku ženy. Pokud nastoupí tento proces před 40. rokem, nazývá se předčasným ovariálním selháním (Fait, 2020).

Fait (2018) nahlíží na klimakterium (přechod, perimenopauzu) jako na přechod mezi plodným věkem ženy a začátkem senia, při němž se snižuje ovariální funkce a nastávají následné somatické a psychické změny. Čepický (2011) zdůrazňuje znalost správné terminologie v souvislosti s tímto obdobím ženy. Čepický (2011) uvádí, že menopauza je poslední menstruace, a to ta, po které již nenastalo další krvácení (obvykle kolem 50. roku života). Dostál a Turková (2017) charakterizují menopauzu jako univerzální a nezvratnou součást procesu stárnutí ženského reprodukčního traktu, menopauza bývá zpravidla diagnostikována po 12 měsících od poslední menstruace. Podle Faita (2018) je někdy menopauza vnímána jako synonymum klimakteria, většinou je takto označována poslední menstruační perioda (tzn. krvácení řízené ještě ovariální funkcí), průměrný věk menopauzy je 49-51 let. Mishra (2017) popisuje přirozenou menopauzu (vyskytuje se mezi 40. až 60. rokem) jako trvalé zastavení menstruace z důvodu bezprostřední ztráty

folikulární funkce vaječnicků a odlišuje přirozenou menopauzu od uměle vyvolané menopauzy, tzn. přerušением menstruace v důsledku lékařských ošetření nebo chirurgických intervencí (záření, oboustranné odstranění vaječnicků). Da Silva a Tanaka (2016) charakterizují tzv. indukovanou menopauzu (chirurgickou menopauzu), ke které dochází v takových případech, kdy byly vaječnický ženě odstraněny během chirurgického zákroku nebo v případě, že došlo k nevratnému poškození vaječnicků, např. v důsledku radiační léčby nebo chemoterapie.

Během dvacátého století se život žen prodloužil v průměru o 30 let. Vzhledem k tomu, že se nezměnil u žen věk vyhasnutí ovariální funkce, došlo k výraznému prodloužení prožívání doby v estrogenním deficitu (Fait, 2018). Zvyšování počtu žen ve středním a starším věku v posledních letech má za následek, že roste počet žen, žijících větší část svého života v hypoestrogenním stavu. Stále více žen se bude dožívat 80 a více let a bude žít s důsledky ztráty pohlavních hormonů (Dostál a Turková, 2017). Jakkoliv se pod vlivem prodloužené délky života prodloužila doba strávená v postmenopauze (nyní to představuje až 1/3 délky života ženy), průměrný věk menopauzy 52,5 roku je však od období antiky stejný (Al-Musa et al., 2017). Ženy starého Řecka prožívaly menopauzu ve stejném věku jako současné ženy (s výskytem symptomů přechodu cca ve věku 45,5 až 47,5 roku) (Fait, 2018). K faktorům snižujícím věk menopauzy lze přiřadit kouření, stav ženy po hysterektomii, autoimunní poruchy, nosičství fragilního chromozomu X a také například život ve vyšší nadmořské výšce (Dostál a Turková, 2017). Goncalves et al. (2016) uvádí jako příčinu ovlivňující příznaky a změny u žen biologické faktory (hypoestrogenismus), mentální faktory a faktory životního stylu.

Období po menopauze Čepický (2011) nazývá postmenopauzou, která začíná rok po poslední menstruaci, perimenopauza je doba kolem menopauzy, nastupuje 1 rok před menopauzou a končí 1 rok po menopauze. Rob et al. (2019) postmenopauzu popisuje jako období generačního klidu. Za perimenopauzu označují Dostál a Turková (2017) dobu 5-10 let před menopauzou, kdy se v tomto období vyskytují vasomotorické projevy, urogenitální symptomy a nepravidelná menstruace. Celé období po menopauze Dostál a Turková (2017) nazývají postmenopauzou, která zahrnuje časné postmenopauzální období i senium.

Klimakterium je podle Čepického (2011) nepřesně definovaný pojem. Klimakterium nastupuje přibližně v době, kdy se začnou projevat klinické příznaky klesající funkce

vaječnicků, a bývá zakončeno s nástupem postmenopauzy. Dostál a Turková (2017) uvádějí, že starší, stále používaný termín klimakterium zahrnuje období pozdní perimenopauzy až do menopauzy.

1.1.2 Endokrinologie klimakteria

V úvodu této podkapitoly je podstatné se zmínit zpočátku o endokrinním cyklu a fyziologii menstruačního cyklu ženy. Fyziologický menstruační cyklus Dostál a Pilka (2017) charakterizují jako cyklicky se opakující krvácení (menstruaci) přicházející v rozmezí 28 ± 7 dní a přetrvávající 4 ± 2 dny se ztrátou krve přibližně 20-60 ml. Podle Čepického (2011) trvá fyziologický menstruační cyklus v průměru 29,5 dne a 95 % cyklů spadá do hranice mezi 23-36 dnů. Dostál a Pilka (2017) rozlišují u menstruačního cyklu ženy dvě fáze, a to v případě cyklických změn, probíhajících na ovariu, rozeznávají preovulační folikulární fázi a poovulační luteální fázi a na úrovni endometria je s nimi v souladu proliferační a sekreční fáze. Čepický (2011) popisuje menstruační cyklus tím způsobem, že na endometriu probíhají cyklické změny ve smyslu proliferace a sekrece způsobené měnicími se hladinami estrogenů a progesteronu. Proliferační fáze (proliferace žlázek, stromatu, cév a povrchového epitelu endometria) nastupuje 5. den od začátku menstruace. Fáze sekreční začíná po ovulaci (přibližně 15. den, ve žlázkových buňkách jsou zřetelné bazální vakuoly, vytlačující jádra směrem k lumen). Menstruační fáze zahajuje krevním prosáknutím povrchových vrstev stromatu, vznikají hemoragie a leukolymfocytární infiltrace a následně 4. den menstruačního krvácení nastupuje regenerace endometria (Čepický, 2011). Menstruační cyklus ženy ve fertilním období je řízen kombinací hormonů na hypotalamo-hypofyzárně-gonadální ose a hlavními hormony, podílejícími se na menstruačním cyklu, jsou gonadotropin releasing hormon (GnRH, uvolňovaný z hypotalamu pulzatívním způsobem), FSH a LH (oba produkované předním lalokem hypofýzy), estrogeny a progesteron. GnRH stimuluje uvolnění FSH a LH a ty poté ovlivňují stimulaci a uvolnění estrogenů a progesteronu na úrovni ovaria (Dostál a Pilka, 2017).

U ženy po ukončení fertilního období následně dochází ke klimakterickým změnám. Příčinu změn a z toho vyplývajících potíží Fait (2018) vnímá jako multifaktoriální, ovšem základní důvod spatřuje ve vyčerpání folikulů v ovariu a v souvislosti s tím v nedostatku ovariálních steroidů, zejména estrogenů.

K menopauze dochází v důsledku ztráty citlivosti ovarií na stimulaci gonadotropinů a menopauza přímo závisí na počtu reziduálních folikulů, které podléhají ve vaječnicích atrezii během celého života ženy (Fait, 2018). Množství i kvalita folikulů klesají přibližně 20-25 let po menarche. Nepravidelné dozrávání folikulů nebo anovulace se podílí na variabilitě délky menstruačního cyklu v období perimenopauzy (Dostál a Turková, 2017). Začátek perimenopauzy a ztráta funkčních folikulů se odráží v poklesu cirkulujících hladin estrogenů (Čepický, 2011). U postmenopauzálních žen se dominantním estrogenem místo estradiolu stává estron, který je extra-folikulárního původu. Známkou blížící se menopauzy je vyšší hladina FSH oproti hladině LH, která je nižší (Dostál a Turková, 2017).

Podle Faita (2018) lze při porovnání hormonálních hladin konstatovat, že se tvorba estradiolu v klimakteriu snižuje o 90 %, tvorba estronu o 70 % oproti reprodukčnímu období ženy. Co se týká poklesu celkové produkce androgenů, ta je minimální, neboť ovariální produkce androgenů je nahrazena vyměšováním z nadledvin (Fait, 2020).

V postmenopauze je zdrojem estrogenů periferní konverze androgenů produkovaných ve stromálních a hilových buňkách ovaria a aromatizace nadledvinového androstendionu (Fait, 2018). V souvislosti se strmým poklesem (hlavně první rok po menopauze) se zvyšuje koncentrace FSH (Dostál a Turková, 2017). Pokles rezervy folikulů v ovariu nejprve způsobuje zvýšení hladiny FSH během folikulární fáze menstruačního cyklu, které během několika let vystředá růst hladin LH (Fait, 2018). Cano (2017) považuje za nejčasnější marker zrychlené ztráty folikulů sníženou hladinu inhibinu B. Fait (2018) uvádí, že kontrola hladiny FSH inhibiny se jeví být významnější než negativní zpětná vazba estrogenu. Zvýšení hladiny FSH při ještě fyziologické hladině LH a estradiolu (nejspíše v důsledku poklesu hladin inhibinu) bývá první laboratorní známkou peri-menopauzy (Fait, 2018). K následnému poklesu tvorby estradiolu a progesteronu dochází v důsledku snižování počtu folikulů, v souvislosti s tím se prodlužují menstruační cykly ženy, až zcela ustávají (Dostál a Turková, 2017).

1.1.3 Klinické symptomy

Čepický (2011) rozlišuje dva druhy klinických příznaků v perimenopauze, a to jednak nepravidelný menstruační cyklus a také známky vegetativního syndromu (návaly horka a noční pocení). V případě nepravidelného menstruačního krvácení (tzn. dysfunkčního krvácení) by měla být vždy žena vyšetřena gynekologem, měla by u ní být provedena

vyšetření jako např. ultrazvukové vyšetření, hysteroskopické vyšetření včetně bioptického vyšetření endometria z důvodu vyloučení závažných patologií v podobě polypů, děložních myomů či karcinomu endometria (Dostál a Turková, 2017). Je důležité mít na paměti, že příčinou všech symptomů nemusí být pouze změny hormonální, ale že na prožitky ženy v období klimakteria působí i ostatní faktory, jako partnerské či rodinné vztahy, prostředí, v němž žena žije a činnosti, které vykonává (Cano, 2017).

Fait (2018) rozsáhlou symptomatologii dělí na syndromy vegetativní (poruchy vasomotorické, psychické), organické (kožní změny, urogenitální, změny tělesné hmotnosti) a metabolické (ovlivnění lipidového spektra, aterosklerózy, osteoporózy). Vegetativní symptomy se podílí na snížení kvality života, ale zdraví ženy neohrožují. Jsou také charakterizovány jako akutní symptomy nebo klimakterický syndrom. Podle studie SWAN (Study of Women's Health Across the Nation) se jedná o dva syndromy - vasomotorický a psychosomatický. Organické (subakutní) a metabolické (chronické) změny mohou již vést k poškození zdraví. Označují se též jako estrogen-deficitní metabolický syndrom (Fait, 2018). Faitem (2018) zmiňovaný klimakterický syndrom definují Dostál a Turková (2017) jako období, v němž se vyskytují u žen fyziologické změny hormonálních hladin a řada příznaků (například nepravidelná menstruace, návaly horka, rudnutí v obličeji, bolesti hlavy, napínání v prsech, nadváha, otoky, noční pocení, nespavost, změny nálad). V problematice symptomatologie Čepický (2011) i Roztočil (2011) rozlišují stejně jako Fait (2013) u postmenopauzálních žen vegetativní, organický a metabolický syndrom.

1.1.3.1 Vegetativní organický syndrom - akutní příznaky

Nejběžnější klimakterický příznak jsou návaly horka, udává je až 75 % žen v peri- nebo v postmenopauze. Někdy se objevují jen několik měsíců, jindy trvají řadu let, bývají příčinou diskomfortu, emoční lability a poruchou spánku (až spánkové deprivace). Návaly horka obvykle trvají několik minut, objevují se variabilně, mohou se vyskytovat každou hodinu nebo naopak jednou za několik dní (Dostál a Turková, 2017). Vasomotorické návaly popisuje Fait (2020) jako začínající pocit horka či pálení, šíří se z oblasti hlavy kaudálně, jsou zakončeny záchvatem pocení, někdy se přidávají kardiovaskulární a neurologické symptomy (palpitace, nevolnost, lehké bolesti hlavy, závratě). Podle Čepického (2011) je vegetativní syndrom charakterizován návaly horka,

trvajících obvykle 3-4 minuty, jsou často doprovázeny profuzním pocením, vyskytují se u 60-85 % žen a u více než 50 % žen trvají déle jak 5 let (u 10 % žen přetrvávají více než 15 let). Llana (2017) uvádí, že v menopauze převládají návaly horka a noční pocení, které se obvykle označují jako vasomotorické příznaky v souvislosti s vaskulární reaktivitou, s počáteční vasodilatací a následnou vasokonstrikcí spojenou s abstinencí estrogenu. Ačkoli ženy popisují epizody podobné menopauzálním vasomotorickým symptomům v různých stádiích jejich reprodukčního životního cyklu, odhaduje se, že v určitém okamžiku během přechodu v menopauze se až u 80 % žen objeví návaly horka (Llana, 2017). Fait (2018) jako příčinu vasomotorických příznaků vnímá poruchu termoregulace v hypotalamu, pokles plazmatické hladiny estrogenů snižuje počet termosenzitivních neuronů, klesá α_2 adrenergní aktivita a zvyšuje se senzibilita drobných cév na podněty katecholaminů. Vedle toho Čepický (2011) zastává názor, že hormonálně koreluje začátek návalu s pulzem vyplavení LH, zatímco hladina FSH a estradiolu zůstává stejná.

U ženy mohou být zřejmé kromě fyzických symptomů i příznaky psychické v podobě změny nálady, úzkosti, deprese, ztráty libida, vyčerpání, pocitu osamělosti a podrážděnosti, bolesti hlavy, nespavosti či ztráty energie (Fait, 2020). Délka vegetativního syndromu s klimakterickými projevy je u žen variabilní, příznaky se mohou objevit během peri-menopauzy a pokračovat po menopauze ještě 5-10 let (Dostál a Turková, 2017).

1.1.3.2 Organický syndrom – subakutní příznaky

Za primární anatomickou změnu u ženy v klimakterickém období považuje Fait (2018) atrofii ovaria, jehož kůra je nahrazována fibrózní pojivovou tkání, mizí primární folikuly, nastává degenerace cév ovaria, tyto změny jsou pravděpodobně geneticky programovány a vše ostatní probíhá v důsledku snížení hladiny ovariálních estrogenů. Portman a Gass (2014) definují menopauzální genitourinární syndrom (zastřešující dříve užívané termíny jako urogenitální atrofie či vulvární a vaginální atrofie), kdy je pod vlivem nedostatku estrogenů atrofie kůže, kožních adnex vulvy a poševní sliznice příčinou atrofické vulvovaginitidy (spojené s dyspareunií, svěděním). K atrofizaci endometria dochází během stadia premenopauzální hyperproliferace či glandulárně cystické hyperplazie (Dostál a Turková, 2017). Pochva ztrácí elasticitu, zkracuje se, vaginální epitel se ztenčuje a za současného vymezení laktobacilů se mění pH

poševního prostředí na neutrální až alkalické, zmenšuje se děloha (spolu s ní i případné myomy), vaječníky a vulva. U mnoha starších žen dochází ke ztrátě tonu pánevního vaziva, což může způsobit descenzus či prolaps reprodukčních orgánů ženy (Dostál a Turková, 2017). Jeníček (2018) uvádí, že vlivem snížení hladiny estrogenů u ženy atrofuje a vysušuje se poševní sliznice, mění se přirozené vaginální prostředí (z kyselého na zásaditější), čímž je zvyšována predispozice ženy k různým infekcím.

Dostál a Turková (2017) dále zmiňují, že u ženy dochází ke změně v bakteriální flóře (způsobuje ji vzestup močového pH), což může vést až k svědění a k výskytu urinózně zapáchajícího fluoru. Dále se vyhlazují poševní stěny, to může být příčinou dyspareunie. Pokud není léčena, žena raději volí sexuální abstinenci (Dostál a Turková, 2017). Žena také udává častěji nucení na močení (je větší dispozice k močové infekci), problémy s udržení moči. Zkracování ureteru v důsledku menopauzálních atrofických změn může vést ve stresovou močovou inkontinenci (Jeníček, 2018).

1.1.3.3 Metabolický syndrom - chronické příznaky

Z extragenitálních změn lze uvést změnu tělesné hmotnosti (ve smyslu zvýšení), redistribuci podkožního tuku, zvláště v oblasti břicha, snižování elasticity pojivové tkáně, zvýšení pigmentace kůže, její šupinatění a ochabování. Nedostatek estrogenů se podílí na rychlejším stárnutí kůže, postupném ztenčování a na atrofii epidermis (zejména v místech vystavených světlu) (Fait, 2018). Dochází k degeneraci elastických a kolagenních vláken, kůže je suchá, svráštělá, snadno zranitelná, cévy jeví známky sklerózy (Dostál a Turková, 2017). Dostál a Turková (2017) ještě do chronických příznaků zařazují osteoartopatii a osteoporózu. Fait (2018) přiřazuje osteoporózu k dlouhodobým a velmi důležitým změnám spojenými s menopauzou, jež ovlivňuje svými důsledky morbiditu a mortalitu žen vyšších věkových kategorií. Po menopauze dochází ke zrychlení metabolismu v kostní tkáni, zvyšuje se novotvorba, ale o to více se zvyšuje resorpce kostí a objevuje se postmenopauzální osteoporóza (Fait, 2018). Dostál a Turková (2017) k rizikovým faktorům vzniku osteoporózy a osteopenie uvádějí ženské pohlaví, nízkou hladinu estrogenů a androgenů v séru, kouření, fyzickou inaktivitu, nízkou tělesnou hmotnost, nedostatečnou expozici slunci.

Vzhledem k tomu, že po menopauze dochází k poklesu HDL, ke zvýšení LDL, zvýšení triglyceridů a plasmatického cholesterolu, je u ženy vyšší riziko pro aterosklerózu, pro niž je příznačná multifaktoriální etiologie a je podkladem pro vznik ischemické

choroby srdeční (ICHS), ischemické choroby dolních končetin i cévní mozkové příhody (Fait 2018). Fait (2018) také zmiňuje, že na vzniku aterosklerózy se podílí řada klasických rizikových faktorů, jako například kouření, hypertenze, hyperlipoproteinemie, diabetes mellitus, nízká tělesná aktivita, androidní typ obezity.

Součástí metabolického syndromu u ženy jsou i změny v oblasti funkčních parametrů ledvin, snižuje se glomerulární filtrace, tubulární resorpce a průtok krve ledvinami (Dostál a Pilka, 2017). Pro gastrointestinální trakt je v tomto období typické snížení objemu žaludku, acidity sekretu a motility traktu (Dostál a Pilka, 2017).

Další změny nastávají v prsech ženy ve smyslu zmenšení a snížení pevnosti prsů. Dochází k atrofizaci žlázové tkáně, zmenšují se bradavky a ztrácejí erektilitu (Fait, 2018). Podle Dostála a Pilky (2017) prsní žlázy většinou po menopauze nahrazuje pojivová tkáň a tuk.

Jak uvádí Fait (2018) u ženy dochází v centrálním nervovém systému k atrofii frontálního a okcipitálního laloku. Čepický (2011) v souvislosti s centrálním nervovým systémem u postmenopauzálních žen zmiňuje relativně častý výskyt depresí, při jejichž prevalenci pokles hladiny estrogenů hraje svou roli. Vzhledem k tomu, že snížená hladina estrogenů může ovlivňovat do jisté míry i kognitivní schopnosti ženy, uvádí Čepický (2011) zvýšené riziko vzniku Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci. Podle Dostála a Turkové (2017, s. 72) *výzkumy prokazují, že ženy obecně mají sklon k vyššímu výskytu Alzheimerovy choroby než muži, z tohoto důvodu můžeme uvažovat o pozitivním vlivu estrogenů u žen s Alzheimerovou chorobou.*

1.1.4 Diagnostika v klimakteriu

Cílem péče, zaměřené na ženu v období klimakteria a postmenopauzy, je zabezpečit její zdravé stárnutí, to znamená, aby žena mohla uspokojovat své životní potřeby, aktivně se podílet na společenském životě až do vysokého věku a udržet si svou soběstačnost (Genazzani, 2017). Proto, aby mohl být u ženy využit její zdravý potenciál, je důležité, aby měla dostatečné množství adekvátních informací o této náročné etapě jejího života, jednak ohledně problematiky diagnostiky, ale i následné léčby a významných režimových opatření. Genazzani (2017) vnímá 3 základní body k úspěchu v přístupu k ženě, a to k podpoře ženy je nezbytné jednak určit správně příčinu potíží (stanovit diagnózu) a využít odborných zkušeností s jejich řešením, pochopit psychiku ženy

(je klíčem k individualizaci léčby), zvýšit znalosti ženy a dostat projevy klimakteria (premenopauzy, menopauzy a postmenopauzy) do obecného povědomí.

Diagnostika obecně je považována za velmi důležitý krok před počátkem léčby každého onemocnění, či vyskytujících se potížích a doprovázejících jakoukoliv etapu v životě ženy. Při stanovení diagnózy je nutné vnímat celou osobnost ženy, ne pouze její zdravotní potíže (Roztočil, 2011). Juklová et al. (2015, 68 s.) definují pojem *osobnost jako hypotetický konstrukt, strukturu, která je tvořená jednotlivými složkami; pojem, který zastřešuje nepřeborné množství případů, neboť zobecňuje jejich hlavní znaky. Toto pojetí vyzdvihuje, co mají všechny osobnosti společné. Osobnost je jako vyjádření jedinečnosti každého člověka, jako specifická kombinace psychických vlastností, procesů a stavů. Uvedené pojetí směřuje k nalezení psychických jevů, které jednotlivé osobnosti odlišují.* Roztočil (2011) zdůrazňuje také nutnost posouzení jak psychologického stavu ženy, tak i její sociální a rodinné zázemí, jejichž vliv na vznik, perzistenci nebo intenzitu somatických potíží by neměl být opomíjen.

Pilka a Dvořák (2017) také jako důležitou součást diagnostiky uvádějí laboratorní vyšetření moči, krve (zejména hladiny triglyceridů, celkového cholesterolu, LDL, HDL, hladiny glykemie, jaterních testů, hladiny hormonů) a zobrazovací metody (ultrazvuk abdominální, vaginální, v případě potřeby rentgenové vyšetření, CT či magnetickou rezonanci). Roztočil (2011) informuje v souvislosti s diagnostikou o významu fyzikálního vyšetření ženy, jehož součástí by mělo být např. zjištění hmotnosti v kilogramech, výšky v centimetrech, zjištění BMI (body mass indexu), změření krevního tlaku, pulzu, vyšetření celkového stavu ženy, zjištění stavu kůže.

Kromě výše zmíněných vyšetření Marek et al. (2017) doporučují ženě jednou za rok podstoupit mamografii. Česká onkologická společnost Linkos (2023) nahlíží na mamografický screening jako na pravidelné preventivní vyšetřování žen bez jakýchkoli příznaků onemocnění s cílem zachytit rozvíjející se zhoubný nádor prsu v co nejčasnějším stadiu. V České republice byl plošný mamografický screening oficiálně zahájen v září roku 2002. Dle České onkologické společnosti Linkos (2023) je preventivní mamografické vyšetření mléčné žlázy doporučováno ženám od 45 let jednou za dva roky. Fait (2018) nahlíží na mamografické vyšetření jako na nezbytnou součást sledování žen v klimakteriu, jejímž úkolem je objevit nehmatné tumory v prsu. Jedná se o jedinou metodu schopnou odhalit v prsu mikrocirkulace, jež mohou svědčit

o časném stadiu maligního tumoru (Fait, 2018). Fait (2013) v této problematice uvádí jako důležitou součást diagnostiky a zároveň preventivního opatření u ženy i samovyšetřování prsů.

Vzhledem k tomu, že je u žen s rostoucím věkem vyšší riziko vzniku osteoporózy a spolu s tím i vyšší výskyt fraktur, roste tím i prevalence morbidit a mortality u žen. V této souvislosti je důležité zmínit, že rizikovým skupinám žen je nabízeno vyšetření kostní denzity a biochemické vyšetření markerů kostního metabolismu (Brunerová, 2020).

Pro specifické hodnocení míry klimakterických obtíží ženy a jejich ovlivnění vzniklo mnoho měřících technik. Z důvodu statistického zpracování, pro výzkumné hodnocení léčebné modalit je nutné využívat srozumitelné a nejlépe číselně hodnotící dotazník (Fait, 2018). Také pro farmakoekonomické studie je na místě dokázat zhodnotit ovlivnění kvality života léčebnými či preventivními zásahy. Mezi nejznámější používané hodnotící techniky patří Kuppermanův index poprvé publikovaný kolektivem Kupperman a Blatt v r. 1953. Přesto, že má i své kritiky, zřejmě i proto, že je omezen pouze na akutní klimakterické obtíže, je podle Faita (2013) jednou z nejpoužívanějších technik. V minulých letech byly vytvořeny škály pro hodnocení závažnosti postmenopauzální symptomatologie u žen. Čepický (2011) na tuto problematiku zastává názor, že v současné době nachází hodnotící škály uplatnění spíše ve výzkumných studiích než v klinické praxi. Nejznámějším měřícím nástrojem je podle Čepického (2011) také Kuppermanův index.

Fait (2017a) kromě jiného zmiňuje, že snaha o kategorizaci žen (pacientek) je sice v rozporu s propagovanou individualizací terapie, ale v rámci diagnostiky je vhodné znát a definovat jednotlivá stadia přechodu rovněž s případným reprodukčním potenciálem těchto žen. Vural a Yangin (2017) stejně jako Fait (2017b) uvádějí, jako další používanou možnost k diagnostice klimakteria, klasifikaci 2001 States of Reproductive Aging Workshop (STRAW), přesněji řečeno její aktualizovanou verzi STRAW + 10. Harlow et al. (2012) sdělují, že za pomoci diagnostické metody STRAW + 10 lze u ženy charakterizovat 5 období, a to stadium reprodukční, raný a pozdní menopauzální přechod, brzkou a pozdní postmenopauzu. Diagnostická metoda STRAW + 10 informuje o fázi reprodukčního věku ženy (Křepelka, 2017), kdy rozhodujícími indikátory pro rozdělení těchto stadií jsou hladina FSH, inhibinu B, antimülleriánský

hormon a počet antrálních folikulů, pravidelnost menstruačního krvácení a délka menstruačního cyklu, dále přítomnost akutních, subakutních či chronických symptomů (Vural a Yangin, 2017).

Kromě výše popsaných metod, lze uvést k hodnocení emočního a fyzického stavu ženy ve věku 45-65 let speciální dotazník Women's Health Questionnaire (WHQ), má samostatné škály pro úzkost, deprese, poruchy spánku, somatické obtíže, menstruační obtíže, paměť, pocit atraktivnosti a sexuální chování (Hunter, 2003; Fait, 2018). Přídavnou škálu tvoří vasomotorické příznaky, Fait (2018) je toho názoru, že hodnocení této škály je poněkud složité - přítomnost (určitě ano, někdy ano) faktoru je hodnocena číslem 1, nepřítomnost (zřídka, vůbec ne) číslem 0; v každé podskupině je pak součet hodnot dělen počtem symptomů v podskupině; otázky jsou kladeny v podskupinách popořadě a výsledné hodnocení v každé podskupině symptomů se pohybuje mezi 0,0 a 1,0. Na rozdíl od Faita (2018) nahlíží Hunter (2003), autorka WHQ, jako na měřicí nástroj, který rozvíjela za účelem zjišťování stavu zdraví žen. Dotazník je spolehlivý, má přiměřenou souběžnou platnost, je citlivý na detekci změn, byl navržen tak, aby posuzoval vnímání symptomů během menopauzy a u starších žen po menopauze. Dotazník postihuje stránku fyzickou i emoční (Hunter, 2003). Další měřicí nástroje, využívané za účelem diagnostiky symptomů u ženy v klimakteriu a k hodnocení její kvality života, budou podrobněji popsány v podkapitole nazvané 1.4 Měřicí nástroje k hodnocení kvality života.

1.1.5 Terapie v klimakteriu

V současné době se ženě, prožívající období klimakteria a postmenopauzy, nabízí rozmanitá škála terapeutických možností. Klimakterické somatické potíže lze léčit pomocí režimových opatření nebo farmakologicky. Fait (2018) rozděluje farmakologii na hormonální a nehormonální léčbu. Pokud jsou ženě podávány estrogény, vede to k odstranění všech klimakterických příznaků. Aplikace estrogenů představuje účinnou prevenci symptomů dlouhodobého estrogenního deficitu i některých ostatních chorob, u kterých přímá souvislost není zcela jasná (Fait, 2018).

Simočková (2011) uvádí v léčbě psychických a psychosomatických problémů ženy v souvislosti s obdobím klimakteria uplatnění zejména psychoterapeuta. Velký vliv na intenzitě těchto stavů je spatřován zejména v rodinném zázemí a v zaměstnání ženy. Čím je žena ve svém životě spokojenější, tím je u ní nižší riziko

vyústění psychických problémů do trvalého a vážného poškození jejího psychického stavu (Simočková, 2011).

1.1.5.1 Hormonální substituční terapie

Hormonální substituční terapie (HRT – Hormone Replacement Therapy) zahrnuje skupiny přípravků, obsahující pohlavní hormony, které se podávají ženě v případě nedostatku estrogenů, ve snaze zabránit negativním důsledkům postmenopauzy (Čepický, 2011). Obsahuje-li léčebný přípravek pouze estrogenu, označuje se jako estrogenní substituční terapie (ET, ERT – Estrogen Replacement Therapy) (Fait, 2017). Dostál a Turková (2017) zmiňují během HRT možnost podávání ženě buď samotného estrogenu, nebo kombinaci estrogenu a progestinu, či podávání selektivních regulátorů tkáňové estrogenní aktivity (STEARs). Do této skupiny byl na základě klinických studií zařazen lék Tibolon, který ovlivňuje suchost pochvy, dyspareunii a zabraňuje ztrátě kostní hmoty. Co se týká formy podávání HRT Dostál a Turková (2017) uvádějí buď lokální aplikaci (vaginálně v podobě krému, tablet nebo kroužku) nebo celkovou (perorálně, injekčně, intranazálně, transdermálně či formou implantátů).

Pokud jsou ženě podávány estrogenu, vede to k odstranění všech klimakterických příznaků. Aplikace estrogenů představuje účinnou prevenci symptomů dlouhodobého estrogenního deficitu i některých ostatních chorob, u kterých přímá souvislost není zcela jasná (Fait, 2018). Fait (2017a) nahlíží na HRT jako na nejúčinnější léčbu vasomotorických příznaků, genitourinárního menopauzálního syndromu a také jako na prokazatelnou prevenci ztráty kostní hmoty a vzniku osteoporotických zlomenin. Křepelka (2017) popisuje HRT jako nejefektivnější léčebnou metodu vasomotorických symptomů klimakterického syndromu a vulvo-vaginální atrofie u ženy. HRT se také může podílet na zmírnění dalších nepříznivých obtíží, jako jsou např. změny nálad, bolesti kloubů nebo poruchy spánku a rovněž může příznivě ovlivnit sexuální dysfunkce a zlepšit kvalitu života ženy (Křepelka, 2017).

Vzhledem ke skutečnosti, že u postmenopauzálních žen bývají hlavní příčinou jejich mortality a morbidit nemoci koronárních tepen, je za přínosné považováno Dostálem a Turkovou (2017) zahájení HRT v peri- nebo v postmenopauzálním období, neboť nejsou zcela ještě rozvinuté signifikantní aterosklerotické změny a poškození cév se projevuje až po 9 letech od menopauzy. Dostál a Turková (2017) potvrzují příznivý

vliv estrogenů na kardiovaskulární systém ženy, neboť jedním z významných mechanismů je pozitivní vliv estrogenů na metabolismus lipidů.

Okamžik zahájení substituční léčby vychází z anamnézy ženy a z jejích klinických potíží, rozhodnutí o vhodném typu léčby je dáno jednak obdobím, ve kterém se žena nachází (perimenopauzou či postmenopauzou), také její životospřávou, zda žena kouří a ekonomickým hlediskem (Dostál a Turková, 2017). Ještě před tím, než je ženě ze strany lékaře nabídnuta a nasazena hormonální terapie, je nutné provést povinná vyšetření, jako například, již zmiňovanou anamnézu, gynekologickou onkologickou prevenci včetně mamografie, kontrolu krevního tlaku (TK) (Fait, 2013). V průběhu dalšího sledování ženy je doporučeno změřit TK po třech měsících a dále pak jednou ročně provádět preventivní onkologické prohlídky v daných intervalech. V anamnéze je potřebné se zaměřit na rizika nádorového onemocnění (hlavně karcinomu prsu), na rizika tromboembolické nemoci z pohledu možných komplikací HRT. Kromě toho významnou roli zastávají i informace o rodinném výskytu osteoporózy či dalších chorob ovlivnitelných hormonální terapií (Fait, 2017a).

Otoky, mastodynie, nepravidelné krvácení, bolesti hlavy mohou být přiřazovány k vedlejším účinkům HRT (Dostál a Turková, 2017). Kubíková (2014) popisuje jako možné nežádoucí účinky HRT pocit napětí prsů, nepravidelné krvácení z dělohy, při perorálním užívání žaludeční nevolnost. Ženy jsou během delšího užívání HRT vystaveny určitým rizikům, např. v podobě flebotrombózy dolních končetin, plicní embolie, cévní mozkové příhody, výskytu infarktu myokardu nebo ischemické choroby dolních končetin (Fait, 2013). Fait (2017a) uvádí, že riziko vzniku karcinomu prsu u ženy, užívající HRT, je závislé na dávce estrogenu, užitém progestinu a době podávání HRT. Dostál a Turková (2017) k problematice nežádoucích účinků HRT ještě sdělují, že estrogen je podáván ženám k léčbě symptomů menopauzy již od 50. let 20. století. V roce 1975 byl estrogen jedním z nejvíce předepisovaných léků v USA. Studie uskutečněná v 70. letech prokázala u žen, užívajících samotný estrogen, vyšší riziko vzniku karcinomu endometria. Zároveň však bylo zjištěno, že přidání progesteronu k estrogenům eliminovalo toto riziko (Dostál a Turková, 2017).

Rešlová (2012) uvádí jako kontraindikace pro užívání HRT karcinom prsu (v minulosti i v současnosti), nevyjasněné krvácení z dělohy, infarkt myokardu, cerebrovaskulární

onemocnění, neléčenou nebo neléčitelnou hypertenzi, závažné onemocnění jater, estrogen-dependentní maligní nádory.

HRT zůstává přesto dominantní léčebnou modalitou v klimakterické medicíně a jejími obecnými trendy jsou individualizace, časný start terapie a minimalizace dávky. Pokud jsou tato pravidla léčby dodržována, převažují přínosy léčby nad jejími riziky (Fait, 2013). Farmakoterapie by měla být považována pouze jako jeden z mnoha pilířů komplexní péče o stárnoucí ženu v klimakteriu (Fait, 2013).

1.1.5.2 Alternativní léčebné metody

Při léčbě akutního klimakterického syndromu nachází uplatnění i nehormonální a nefarmakologické alternativy, jež ale svůj bezpečnější profil dle Faita (2018) vykupují nižší účinností.

V současné době si může žena zvolit druh či metodu ke zmírnění akutních klimakterických symptomů z poměrně početné nabídky nehormonální terapie. Jedním z užívaných nehormonálních prostředků mohou být např. fytoestrogeny (Kubíková, 2014). Jak zmiňuje Fait (2016) přípravky ze skupiny fytoestrogenů v dřívější době v podobě potravinových doplňků pouze doplňovaly terapeutické vakuum u žen (ať již s objektivní či subjektivní nemožností užívat HRT). V současnosti se začíná jejich účinnost opírat o výsledky řádně prováděných studií (Fait, 2016). Ve více než 300 rostlinných druzích byly prokázány látky podobné estrogeneru, přestože jsou tyto estrogeny obsaženy v poměrně malém množství, mohou být účinné v případě, že se užívají pravidelně (Jessel, 2006). Fait (2016) nahlíží na fytoestrogeny jednak jako na nesteroidní rostlinné složky schopné vyvolávat estrogenní účinek a také jako na rostlinné složky, obvykle se rozdělující na izoflavony (daidzein, genistein, biochanin A, formononetin), lignany (secoisolariciresinol-diglucosid, matairesinol) a kumestany. Slíva (2016) zastává názor, že účinek fytoestrogenů, zejména izoflavonů, může u ženy poměrně výrazně modifikovat i střevní mikroflóru. Bělehradová a Hodická (2012) se domnívají, že fytoestrogeny (látky obsažené v rostlinách, chemickým složením se přibližují molekule estrogeneru, to umožňuje vazbu na estrogenové receptory v různých tkáních organismu) nachází zejména uplatnění při mírnění potíží žen v perimenopauze a v menopauze. Genazzani (2017) informuje o výsledcích srovnávací studie („Head to Head“), ze které je zřejmé, že účinná látka DT56a (nehormonální přírodní látka) má podobný vliv na neuroendokrinní systém v mozku ženy (zvýšení hladiny β -endorfinu

a úrovně allopregnanolonu) podobně jako působení E2 (estradiolu). Výsledky studie ještě prokázaly pozitivní vliv DT56a na hustotu kostní hmoty (BMD) z důvodu tvorby nové kostní hmoty a též vliv na zmírnění vaginální suchosti (Genazzani, 2017). Messina (2014), Tranche et al. (2016) i Hirose et al. (2018) uvádějí jako výrazné zdroje přírodního estrogenu sójové boby, klíčky sójových bobů, lněné, sezamové a slunečnicové semínko. Jessel (2006) ještě zmiňuje olivy, hrách, kukuřici, zelí, mrkev, dýni, petržel. Slíva (2015) spatřuje chmel a extrakt z květů chmele jako zdroj obohacený o fytoestrogeny, mající výrazný účinek na vasomotorické symptomy u ženy a na lepší prokrvení pochvy při její atrofii. Fait (2015) zmiňuje, že fytoestrogeny jsou ještě přítomné v semenech a květech vojtěšky a červeného jetele, v obilovinách, rýži, v rybízu, jahodách, v červené vinné révě, v česneku, v datlích i v lékořici. Fytoestrogeny lze užívat neomezeně, neboť jsou obsaženy v malých dávkách a jsou prakticky bez nežádoucích vedlejších účinků, proto přírodní rostlinné estrogeny jsou určitou alternativou pro ženu, jež odmítá terapii synteticky získanými hormony (Jessel, 2006). Jeníček (2018) popisuje výsledky klinické studie zaměřené na pozitivní vliv kyseliny hyaluronové v souvislosti s menopauzou. U žen, užívajících preparát s kyselinou hyaluronovou, došlo ke snížení suchosti poševní sliznice a atrofie a rovněž u nich ustoupily výrazné a nepříjemné pocity, v podobě svědění či pálení pochvy (Jeníček, 2018).

Jako další způsob alternativní terapie Jeníček (2016) popisuje produkt Séréllys (čistý pylový extrakt a kombinovaný extrakt pylu a pestíků), který obsahuje vitamíny B1, B2 a E (napomáhá při ochraně buněk před oxidačním stresem), je zcela nehormonální a bez aktivity fytoestrogenů a je bez alergie (neobsahuje pylové schránky). Podle Jeníčka (2016) má doplněk stravy Séréllys komplexní účinek u ženy na pocení, návaly horka, poruchu spánku, dysforii (rozmrzelost, nepohodu), podrážděnost, zadržování vody či bolesti kloubů.

Alternativní metodou zaměřenou na zmírnění klimakterických obtíží může být také homeopatie. Počátky homeopatie lze spatřovat v době působení německého lékaře a chemika Samuela Hahnemanna (1755-1843), který se podílel na vzniku prvního homeopatického léku (Holub, 2014). Podle Holuba (2014) se homeopatie vyznačuje třemi pilíři, prvním pilířem je zákon podobnosti (*similia similibus curentur*), který říká, že podobné se léčí podobným. Druhý pilíř homeopatie představuje vlastní příprava homeopatik (to znamená postupné ředění přírodních substancí, dynamické protřepávání

roztoku) a podstatou třetího pilíře je individuální přístup k člověku (Holub, 2014). *Profesor Albert Ignatěnko tvrdí, že člověk je energeticko-informační struktura a zákon zachování informace je klíčem k pochopení nesmrtelnosti člověka, respektive toho, co jsme zvyklí nazývat duší. V energeticko-informačním konceptu podstaty života leží klíč k pochopení homeopatie. Je-li totiž člověk energeticko-informační strukturou, pak je nabitelní, že skutečně účinná léčba musí být informačního charakteru* (Holub, 2014, s. 9). Homeopatika patří k lékům, které využívají léčivých informací přírodních substancí, stejně jako u hmoty, tak ani u informace nedojde nikdy k její ztrátě, ale může u ní dojít ke změně formy, či může být zachycena na různých nosičích. Homeopatické léky též nesou léčivé informace přírody (v zesílené podobě) (Fait, 2018) a není podstatné, zda těchto informací je využíváno v podobě globulí, kapek, tablet nebo v jiných lékových formách (Holub, 2014). Od výchozí přírodní substance, použité pro přípravu homeopatika, se odvozují názvy jednosložkových homeopatik (Ludvíková, 2013). Vedle názvu výchozí substance je ještě uvedeno číslo a písmeno označující stupeň a postup ředění, tzv. potenci homeopatika. Způsoby aplikace homeopatických přípravků jsou dány jednak jejich finální formulací, ale hlavně akutností potíží u ženy (Ludvíková, 2013). Ke zmírnění potíží v období klimakteria v podobě suchosti v pochvě může žena využívat homeopatikum *Lycopodium 9CH* a u ženy se sklonem k plačtivosti, neklidu, podrážděnosti až k depresi se může uplatnit např. *Sepia 15CH* (Holub, 2014).

Fait (2018) zmiňuje ještě v souvislosti s nepříznivými symptomy u ženy v období klimakteria využití tradiční čínské medicíny, kdy na základě potíží ženy, diagnostiky pulsu (hodnocení charakteru tepové frekvence radiálních tepen na obou horních končetinách) a na základě diagnostiky jazyka (vlhkosti, povlaku a barvy) jsou zjištěny příčiny potíží ženy a ty jsou pak za využití akupresury či akupunktury léčeny. Kim et al. (2010) popisují za účelem zmírnění pocitu úzkosti, pocení a návalů horka u ženy akupresuru jako další alternativní léčebnou a neinvazivní metodu, jejíž podstata tkví ve stlačování prsty adekvátních bodů v pokožce (na boltci ucha, na kotníku, na zápěstí), jejichž prostřednictvím dochází k uvolňování nervových hormonů (endorfinů) a neurotransmiterů (působící na termoregulaci). Liu et al. (2014) informuje o akupunktuře, při které jsou využívány drobné jehličky, které na energetických drahách na těle ženy stimulují aktivní body, následně je pomocí této stimulace navrácena tělu ženy energetická bilance, celkové uvolnění a také je zmírněna případná bolest.

Vedle výše zmíněných alternativních metod Fait (2013) sděluje o ájurvédské medicíně (základy byly položeny před 6000 lety), tzn. v překladu ze sanskrutu (jednoho z nejstarších starých jazyků) se jedná o vědu o dlouhověkosti, jejímž principem je udržování těla v souladu se zákony přírody, celostní přístup a rovněž propojení fyzického stavu a psychiky. Fait (2013) zmiňuje, že menopauza z pohledu ájurvédy není nemoc, obtíže ženy nejsou způsobeny snížením pohlavních hormonů, nýbrž se jedná o dřívější stav nerovnováhy a dále je zdůrazňováno, aby žena nevnímala menopauzu jako ukončení plodnosti, ale aby menopauzu přijala jako začátek nové fáze svého života. K prevenci a léčbě přistupuje ájurvéda individuálně podle daného typu ženy. Využívá pěti prvků a tří energií dóši: Váta, Pitta a Kapha. V terapii podle převažující energie se používá úprava jídelníčku a režimová opatření, také se využívají byliny (Fait, 2013). Součástí systému ájurvédy je jóga, kterou Hudáková (2018) představuje jednak jako systém cvičení se zaměřením se na duševní i tělesnou stránku ženy (podporující fyziologickou funkci vnitřních orgánů), dále vnímá jógu jako přínosnou při protahování, posilování zkrácených svalů, šlach a vazů (zlepšující pohyb kloubů) a také jako důležitou při zvyšování pružnosti těla. Vora a Dangi (2014) popisují jako alternativní metodu hormonální jógu, při níž jednotlivé cviky obnovují produkci ženských pohlavních hormonů a tím se podílí na zmírnění klimakterických symptomů. Vlivem hormonální jógy nastává u ženy reaktivizace ovaríí a s tím spojená tvorba pohlavních hormonů. Dále je posilováno a tvarováno tělo, je pozitivně stimulována psychika ženy. Jóga prostřednictvím dechové techniky napomáhá odstraňovat duševní nestabilitu, stres, depresi i nespavost. Také je ovlivněna energetická stránka ženy, tzn., že se zvyšuje její životní síla a je podpořena i činnost žláz s vnitřní sekrecí (Krejčík, 2013).

Křepelka (2017) sice zmiňuje hormonální terapii jako nejefektivnější léčebnou metodu vasomotorických symptomů klimakterického syndromu a vulvovaginální atrofie, ale také zdůrazňuje, že hormonální terapie je součástí celkové strategie, do které spadá životní styl, fyzická aktivita, dietní opatření, bezpečná konzumace alkoholu, vyloučení kouření u peri- a postmenopauzálních žen. Vedle toho Fait (2018) zastává názor, že v léčbě akutního klimakterického syndromu je nejúčinnějším alternativním postupem (kolem 70 %) zvýšená pohybová aktivita (za dostatečné lze považovat cvičení či rychlou chůzi nejméně 3x týdně po dobu 30 minut). Pohybová aktivita je významná i pro udržení kostní hmoty a k její funkční přestavbě, též se pohybová aktivita podílí na

udržení tělesné hmotnosti u ženy. Při aktivním pohybu dochází k uvolnění endorfinů, které se uplatňují při zlepšení psychického stavu ženy (Fait, 2018). Podrobněji je jednotlivým aspektům životního stylu věnována pozornost v podkapitole s názvem 1.1.8 Životní styl ženy v klimakteriu.

1.1.6 Potřeby ženy

U ženy se zachováním života a s jeho kvalitou velmi úzce souvisí pojem potřeba. Potřebu Šamánková et al. (2011) obecně popisují jako stav charakterizovaný dynamickou silou vznikající z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou čehosi dosáhnout v biologické, psychologické, sociální či duchovní oblasti. Množství i intenzita potřeb jsou dány pohlavím, věkem, inteligencí, zdravotním stavem, životní zkušeností, kulturní a společenskou úrovní, prostředím, v němž jedinec vyrůstal, či žije (Šamánková et al., 2011). Definice potřeby podle různých autorů zmiňují také Farkašová et al. (2006, s. 62), a to K. Lewin: „Potřeba je chápána jako motiv, síla, která uvádí do chodu a udržuje chování.“; H. H. Kendler: „Potřeba vyjadřuje odchylku od biologické homeostázy, tj. chápání potřeby jako vrozeného motivu.“; M. Nakonečný: „Potřeby jsou základní motivy, které vyjadřují nedostatky na úrovni fyzického i sociálního bytí, a cílem chování, které je s nimi spojeno jako instrumentální aktivita, je reakcí potřeb.“; A. Maslow: „Potřeby motivují chování jednatelce.“ Jeho model potřeb člověka zahrnuje fyziologické a psychologické potřeby, které hodnotí podle jejich významu pro jeho existenci. Hauke (2011) uvádí, že Abraham Harold Maslow vytvořil Maslowovu hierarchii potřeb, tím rozdělil potřeby do pěti úrovní (na fyziologické potřeby, potřeby bezpečí, potřeby sociální, potřeby autonomie, potřebu seberealizace), kdy platí, že nejdříve by měly být uspokojeny potřeby na nižších úrovních a po té lze uspokojovat potřeby na úrovních vyšších. Plevová et al. (2019) dále zmiňují, že toto nejpopulárnější rozlišení potřeb (hierarchické uspořádání potřeb dle Maslowa) vychází z humanistické psychologie. Farkašová et al. (2006) popisují vzájemný vztah mezi jednotlivými potřebami a to, že neuspokojením jedné potřeby, může dojít k neuspokojení další příbuzné potřeby.

Šamánková et al. (2011) ještě popisují dělení potřeb například podle podstaty ženy, tzn. na biologické (potřeba potravy, tekutin, spánku, oděvu); psychické, vyjadřující se prožíváním psychických stavů, vycházející z individuálního vnímání a prožívání světa a z potřeby rozvíjení osobnosti; estetické, odvíjející se od vyspělosti ženy a jejich

požadavků na krásno; potřeby sociální, závislé na společnosti a na touze mít sociální zázemí a postavení; sociální a kulturní potřeby (potřeba vzdělání, společenského a kulturního vyžití); potřeby sebevyjádření (touha pochopení, schopnost popsat své názory, svá přání, představit se svým životem) a potřeby duchovní, spojené s religiózním, filozofickým, psychologickým a duchovním zaměřením a cítěním ženy.

Kromě výše popsaného rozdělení potřeb, zmiňují Šamánková et al. (2011) rozlišení potřeb podle počtu osob (individuální, kolektivní), četnosti výskytu (trvalé, občasné, výjimečné), obsahu (materiální, nemateriální), podle ekonomického pohledu (ekonomické, neekonomické), způsobu vyvolání (hlavní, doplňkové), naléhavosti (nezbytné, zbytné) a dle času (současné, budoucí).

V problematice potřeb u žen nelze opomenout saturaci potřeb. Farkašová et al. (2006) zdůrazňují znalosti o potřebách, jejich rozpoznání a pochopení z důvodu zajištění jejich následného uspokojení. Podle Šamánkové et al. (2011) se na saturaci potřeb podílí jednak pud (vrozená pohnutka činnosti, energie či cílevědomá činnost a nutkání), zájem (získaný motiv, projevující se kladným vztahem ženy k činnostem či předmětům, jež upoutávají její pozornost po stránce poznávací nebo citové), ambice (snaha o sebeuplatnění, vyniknutí), cíl (uvědomělý směr aktivity při snaze něčeho dosáhnout, něco vykonat, něčemu se vyhnout), ideály (ideál životního partnera, způsobu života) a přesvědčení (např. to, čemu žena věří). Plevová et al. (2019) uvádějí jako faktory ovlivňující uspokojování potřeb např. individualitu ženy (osobnostní charakteristiku, temperament, individuální zvláštnosti citů, volní vlastnosti); vývojové stadium ženy; kulturu (vtiskuje vzorce uspokojování potřeb); rodinu a onemocnění (ráz onemocnění, způsob léčby, bolest, hospitalizaci, omezení pohybu).

1.1.6.1 Změněné potřeby ženy v klimakteriu

Hodnocení potřeb ženy, její rodiny nebo komunity, v závislosti na změnách zdraví souvisejících s klimakteriem, je významné při uspokojování potřeb a je specifickým předmětem zkoumání při poskytování péče ženě (Plevová et al, 2019). V rámci moderní porodní asistence a ošetřovatelství jsou požadovány změny v organizaci a poskytování péče, které budou směřovat k plánované péči vycházející z individuálních problémů a potřeb každé ženy (Dušová et al., 2019a). Posouzení, diagnostika a realizace problémů v oblasti potřeb je, jak ještě zmiňují Plevová et al. (2019), charakteristický znak klinické praxe. Podle Marečkové (2006) se porodní asistentka při poskytování péče podílí na

vyhledávání, odstraňování, zmírňování potíží, na předcházení problémům a zároveň se podílí i na procesu diagnostikování v oblasti potřeb. Za tímto účelem vznikly v ošetrovatelství, jako výsledek dlouhodobého úsilí odborníků o standardizaci ošetrovatelské terminologie, klasifikační systémy. Plevová et al. (2018) uvádějí v přehledu nejznámějších klasifikačních systémů např. klasifikaci ošetrovatelských diagnóz (NANDA International), klasifikaci ošetrovatelských intervencí (NIC – Nursing Interventions Classification), klasifikaci ošetrovatelských výsledků (NOC – Nursing Outcomes Classification), OMAHA ošetrovatelský klasifikační systém pro komunitu zdraví (Omaha Nursing Classification System for Community Health), klasifikaci domácí péče (Home Health Care Classification), mezinárodní klasifikaci ošetrovatelské praxe (International Classification for Nursing Practice), klasifikační systém klinické péče (Clinical Care Classification System), atd.

V souvislosti s problematikou změněných potřeb ženy v klimakteriu je v následující části textu věnována bližší pozornost rámci funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové, který je v současnosti, s ohledem na názor odborné veřejnosti z pohledu holistického pojetí člověka, v oblasti ošetrovatelského procesu v České republice, nejkompexnější (Tóthová et al., 2009).

V současné době je v péči o ženu, při posouzení a diagnostice změněných potřeb využívána NANDA Taxonomie II, založená na struktuře 13 diagnostických domén (jako je podpora zdraví, výživa, vylučování a výměna, aktivita/odpočinek, percepce/kognice, sebepercepce, vztahy mezi rolami, sexualita, zvládání/tolerance stresu, životní principy, bezpečnost/ochrana, komfort, růst/vývoj) vycházející z 11 funkčních vzorců zdraví již zmiňované Marjory Gordonové (Plevová et al., 2018; NANDA International©, 2020).

U ženy v období klimakteria v souvislosti s výskytem symptomů, způsobených vlivem estrogenního deficitu, mohou nastat změny v saturaci potřeb. V případě pocitu nenaplněné potřeby, může u ženy dojít ke vzniku zátěže, stresu (k reakci na vnější či vnitřní podněty narušující normální průběh funkce organismu), distresu (k zátěži spojené s negativně laděnými a prožívanými emočními procesy jako je zklamání, strach, neuspokojení z kvality života), a také se může objevit pocit frustrace (organismus připravený potýkat se s problémem, naráží na překážky odsuzující k pasivitě a nečinnosti) (Šamánková et al., 2011). Dušová et al. (2019a) zmiňuje vyhledávání bio-

psycho-sociálně-duchovních potřeb žen, jejich posuzování a uspokojování jako důležitou součást ošetřovatelského procesu v ošetřovatelství i porodní asistenci. Uspokojování jednotlivých potřeb se uskutečňuje v rámci jedinečného procesu a jejich neuspokojení může vyvolat frustraci, deprivaci. Tudiž to může vyvolat nepříznivé důsledky pro duševní rovnováhu u žen všech věkových kategorií (Dušová et al., 2019a).

Při bližším pohledu na ženu a její potřeby (ovlivněné klimakteriem s jeho změnami a symptomy) by měly být zmíněny zejména potřeby jako je výživa, vylučování, spánek a odpočinek, aktivita i sexualita.

Výživa (jídlo a tekutiny) ovlivňuje u ženy nejen zdraví a duševní pohodu, ale podílí se také na jejím celkovém zdravotním stavu a průběhu některých onemocnění. Potřeba výživy patří k primární biologické potřebě a je nezbytným předpokladem pro udržení biologické homeostázy v organismu (Trachtová et al., 2018). Přijímaná potrava se přímo podílí u ženy na její výkonnosti i osobní pohodě (Zanovitová, 2008). Zanovitová (2008) zdůrazňuje, že dostatečné množství potravy ještě nemusí automaticky znamenat dostatečné množství potřebných živin. Podle Trachtové et al. (2018) se výživa neuplatňuje pouze na uspokojení biologicko-fyziologické potřeby, ale je spjata i s potřebami psychosociálními.

Vylučování moče a stolice Trachtová et al (2018) považují za fyziologickou funkci a za základní biologickou potřebu ženy, z fyziologického hlediska se podílí stejně jako výživa na udržení homeostázy v organismu. Fait (2013) zmiňuje narušení potřeby vylučování moči způsobené estrogenním deficitem, úbytkem kolagenu, degenerací pánevních svalů, poruchami v inervaci v postmenopauze ženy, v podobě inkontinence moči.

Spánek i odpočinek patří k základním potřebám ženy, mají regenerační význam na funkci centrálního nervového systému i na další tělesné systémy a jsou nezbytné pro řadu metabolických procesů (Trachtová et al., 2018). Tomagová (2008) popisuje spánek jako stav zastřené vědomí, útlumový stav (je opakem bdělosti) a jako nervový fenomén, který je charakteristický snížením dráždivosti korových neuronů na sensorické podněty. Trachtová et al. (2018) uvádějí, že spánek stejně jako odpočinek jsou individuální, závisí na denní aktivitě ženy, na fyziologickém stavu, věku a jsou nezbytnou podmínkou pro zachování fyzického i psychického zdraví ženy. Podle Tomagové (2008) během odpočinku dochází u ženy k obnovení energie

a k uvolnění napětí. Trachtová et al. (2018) zastávají názor, že odpočinek nepředstavuje jen inaktivitu, za odpočinek považují klid, relaxaci bez emočního napětí a odpoutání se od úzkosti a napětí. Narušená potřeba spánku se podílí na ovlivnění psychického stavu ženy, působí na její pracovní aktivity a následně může ovlivnit i sociální vztahy (Trachtová et al., 2018).

Vzhledem k tomu, že u ženy v menopauze i postmenopauze dochází k vyššímu ukládání tuku a z toho důvodu může žena nabývat na tělesné hmotnosti, mění se u ní další potřeba, a to potřeba pohybové aktivity. Tomagová (2008) zařazuje pohyb mezi činnosti aktivního odpočinku. Bóriková (2008) uvádí, že pohyb je jedna ze základních biologických potřeb ženy, a pokud má žena dostatek pohybové aktivity, pozitivně se to odráží na jejím organismu (zlepšuje to zdravotní stav, chrání ženu před nemocemi, zvyšuje se výkonnost orgánů, navozuje pozitivní emoce a prodlužuje se délka života). Stejně jako u ostatních biologických potřeb má žena individuální požadavky na kvalitu pohybové aktivity i na to, jakým způsobem tuto potřebu uspokojí (Bóriková, 2008).

U ženy v období klimakteria dochází dále ke změnám i v sexuální potřebě, ve které je úzké propojení biologických, psychických a sociokulturních potřeb (Bašková, 2008). Tato potřeba je individuální, stále se měnící fenomén, který zasahuje do oblasti myšlení, pocitů, potřeb a touhy. Sexualita se skládá z pěti částí, a to ze sexuální sebekoncepce, obrazu těla, pohlavní identity, sexuální role, svobody a zodpovědnosti (Bašková, 2008). V dnešní společnosti se se sexualitou po padesátém roce života pojí řada předsudků, zejména to, že ženy přestávají být sexuálně aktivní. Skutečnost však je taková, že většina žen po padesátém roce života se sexuálním životem pokračuje, ačkoliv četnost pohlavních styků u ní klesá (Yücel a Eroglu, 2013). Hlavními biologickými faktory změn v sexuálním životě ženy jsou atrofizace pochvy, snížená lubrikace pochvy, snížená elasticita pochvy, omezení prokrvení pochvy (Křepelka, 2017). Na druhé straně mohou sexualitu ženy ovlivňovat i psychologické aspekty, kdy žena negativně vnímá své tělesné změny, celkový proces stárnutí, připadá si málo přitažlivá, což často vede k postupnému ubývání ženina libida (Pastor, 2010).

V problematice neuspokojených či uspokojených potřeb zastává významné místo porodní asistentka, ať je již přítomna v ordinaci gynekologa, nebo v lůžkovém zařízení na gynekologickém oddělení nebo pracuje v komunitní péči. Porodní asistentka při naplňování své profese vychází z Vyhlášky 55/2011 Sb. o činnostech

zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v platném znění (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022). Při své činnosti by svým postojem, empatickým přístupem měla být ženě k dispozici svými radami, informacemi, edukací, pomocí, měla by si všímat různých signálů v souvislosti se symptomy či neuspokojenými potřebami „vysílaných“ ze strany ženy, které prožívání klimakteria s sebou přináší.

1.1.6.2 Adaptační model Callisty Roy

Do poloviny 20. století byl vývoj ošetrovatelství zaměřený především na praktické dovednosti, ne tolik na teoretické základy. Od 2. poloviny minulého století byly ve Spojených státech amerických a v Kanadě rozvíjeny teoretické základy oboru ošetrovatelství (Pavlíková, 2006). V této době začaly vznikat jednotlivé konceptuální teorie a modely, které byly ovlivněny rozvojem vědomostí, filozofickými názory autorek a jejich zkušenostmi z praxe (Plevová et al., 2018). V současném ošetrovatelství je již vymezena vědomostní báze zahrnující specifické koncepce, teorie a koncepční modely (Pavlíková, 2006). Tóthová (2017) označuje ošetrovatelské modely jako rámce nebo paradigmatata ošetrovatelské vědy zabývající se metaparadigmatem, to znamená člověkem, zdravím a ošetrovatelstvím. Modely zdravotníkům umožňují pohled na člověka, o kterého pečují, strukturalizuje jejich kritické myšlení a rozhodování, které je při plánování a poskytování péče potřebné (Tóthová, 2017).

Plevová et al. (2018) popisují konceptuální model nejen jako soubor abstraktních, všeobecných představ a tvrzení (zakomponovaných do uspořádání mající smysl, význam), ale také jako soubor, vyjadřující všeobecné představy o jednotlivých skupinách, jevech a situacích (zajímavých z pohledu vědní disciplíny).

Konceptuální modely pomáhají všeobecným sestřám, porodním asistentkám a ostatním zdravotnickým pracovníkům identifikovat problémy, následně plánovat péči a vyhodnocovat výsledky ošetrovatelských intervencí (Simočková, 2011). Každý z konceptuálních modelů ošetrovatelství obsahuje tři základní části, to znamená asumpci (fakta, předpoklady, jež jsou základem koncepce ošetrovatelství, jsou odvozeny z vědecké teorie či praxe, jsou v praxi ověřitelné, a v jednotlivých modelech se odlišují); dále hodnotový systém tvořený hlavními myšlenkami oboru (v jednotlivých modelech jsou podobné a odráží filozofii autorky) a hlavní jednotky konceptuálních modelů (vznikly z východisek a hodnotového systému) (Plevová et al., 2018).

Koncepční modely vychází ze světového názoru, z filozofických přesvědčení. Farkašová (2006) zmiňuje různé kategorie koncepčních modelů jako například modely vývojové, interakční, modely potřeb a výsledků, energetického pole a systémové modely. Kromě těchto modelů popisují Plevová et al. (2018) i Pavlíková (2006) ještě humanistické modely, modely intervence, modely a teorie substituce, modely a teorie posílení a modely podpory.

Modely systémové věnují pozornost systémům, jeho jednotlivým částem a vztahům k prostředí (Farkašová et al., 2006). K základním modelům z kategorie systémových modelů patří - Model behaviorálního systému (autorka je Dorothy Johnson, vznikl v r. 1959); Systém a teorie cíle (autorkou je Imogene King, byl vytvořen v r. 1971); Systémový model (autorka je Betty Neuman, vytvořila jej v r. 1974) a Adaptační model (autorkou je Callista Roy, definovala jej v r. 1976) (Tóthová, 2017). Plevová et al. (2018) uvádějí zaměření modelu Callisty Roy na zkoumání jednotlivých částí systému, zkoumání jejich vztahů k času a prostředí a zjištění potenciálních či skutečných problémů ve funkci systému.

Autorka modelu Callista Roy vytvořila základ modelu v letech 1964-1966 (v průběhu studia ošetřovatelství), od roku 1970 v rámci pilotní studie při studiu magisterského programu byl model používán v praxi, výsledky studie byly publikovány v roce 1974, v roce 1976 publikovala model v monografii „Introduction to Nursing: An adaption Model“ (Pavlíková, 2006). Jako dětskou sestru C. Roy upoutala schopnost dětí přizpůsobovat se fyzickým a psychickým změnám, při vnímání adaptace dětí se u autorky zrodila myšlenka vytvoření ošetřovatelského modelu (Plevová et al., 2018). Roy (2016) zdůrazňuje při poskytování péče stále rostoucí význam konceptuálního modelu v ošetřovatelství, důležitost zaměření pozornosti poskytovatelů péče na potřeby osob, ať již jednotlivců či celé komunity a v neposlední řadě holistický pohled na člověka. Dle Frederickson (2011) adaptační model představuje určitou strukturu péče. I přesto, že využití praxe založené na důkazech v poslední době přineslo určité zlepšení v péči o člověka, jedná se spíše o výzkumnou strategii blížíci se specifickým problémům. Vedle toho model C. Roy poskytuje zdravotnickým pracovníkům integrovat strategii péče na všechny potřeby jedince a vnímat člověka celostně (Frederickson, 2011).

Jak již bylo zmíněno, u ženy v období klimakteria dochází ke změně v uspokojování potřeb v souvislosti s vyskytujícími se symptomy v oblasti somatické i psychické, a tím dochází ke změnám, jež mohou ovlivnit či zhoršit adaptaci ženy na danou situaci. Kaas a Olišarová (2017) sdělují, že obecně jádrem koncepčního modelu je podpora adaptace jedince v zájmu podpory jeho zdraví. Z důvodu účinně realizované podpory adaptace, je zpočátku důležité zmapovat individuální adaptační schopnosti každého jednotlivce či celé skupiny osob (Kaas a Olišarová, 2017). Pavlíková (2006) nahlíží na problematiku identifikace problémů (změněných potřeb), příčin a jejich následné řešení v souvislosti s ošetrovatelskými teoriemi a modely. Plevová et al. (2019) spatřují ve znalostech, týkajících se potřeb, významný aspekt, napomáhající zdravotníkům v porozumění ženě, v posouzení jejího chování, životních priorit a v plánování péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Podle Plevové et al. (2019) se nachází potřeby ženy v centru zájmu konceptuálního modelu Royové (kromě tohoto lze uvést i model Nightingalové, Hendersenové, Oremové, Roperové, Watsonové a další).

Vzhledem k tomu, že se u ženy v období klimakteria objevují symptomy somatické, psychické, dochází u ní ke změnám (v prožívání rolí či ve vztazích), které mohou ovlivnit či zhoršit její adaptaci na danou situaci, nachází Adaptační model C. Roy své uplatnění a lze na něj nahlížet jako na vhodný k aplikaci v souvislosti s problematikou období klimakteria u ženy. Při bližším pohledu na model C. Roy, je důležité uvést hlavní jednotky modelu, to znamená cíl ošetrovatelství (porodní asistence), kterým je adaptace ženy ve zdraví i nemoci v adaptačních oblastech (fyziologické funkce, sebepojetí, funkce rolí a vzájemné závislosti) (Plevová et al., 2018); ženu (jako bio-psycho-sociální a spirituální bytost v neustálé interakci s prostředím, reagující na stimuly z prostředí adaptivním chováním) (Pavlíková, 2006); roli porodní asistentky (poskytující péči metodou ošetrovatelského procesu, podporující adaptační mechanismy ženy s ohledem na její vlastní názor a zkušenosti) (Tomey a Alligood, 2007); zdroj potíží (neefektivní aktivity pro zachování integrity ženy); ohnisko zásahu (fokální, kontextuální, reziduální stimuly, působící na ženu z vnitřního či vnějšího prostředí) (Pavlíková, 2006); způsob zásahu (zjištění stimulů, následně jejich podporu, udržování, zvyšování nebo tlumení za účelem nápomoci procesu adaptace u ženy) (Stasková, © 2009); důsledky (adaptivní odpovědi na stimuly) (Pavlíková, 2006).

Na základě tvrzení Plevové et al. (2018) by v rámci adaptačního modelu též neměly být zanedbány základní pojmy, jako je adaptace (schopnost přizpůsobit se faktorům

z prostředí); stimul fokální (aktuálně působící a vyžadující okamžitou reakci ženy), stimul kontextuální (náhodně působící podnět v době vlivu fokálního stimulu), reziduální stimul (poměrně stálý podnět z osobnostní oblasti ženy - vlastnosti, názory, postoje, předcházející zkušenosti) (Pavlíková, 2006). Pavlíková (2006) definuje další základní pojem modelu, tzn. adaptační niveau (adaptační úroveň) jako individuální rozsah adaptivních (efektivních) individuálních reakcí ženy na stimuly. Kromě toho Tomey a Alligood (2007) ještě zmiňují adaptační systém, jež rozdělují na primární subsystém (kontrolní, regulační, představující naučené či získané mechanismy regulace procesů nebo zvládnání situace) a sekundární (efektorový, navazující na činnost primárního subsystému a přenášející reakce do čtyř adaptačních oblastí). Adaptační oblasti (mody) Farkašová et al. (2006) rozlišují na modus fyziologický, sebepojetí, modus rolové funkce a dále vzájemné závislosti. Pavlíková (2006) pod fyziologický modus zahrnuje dýchání, cirkulaci, výživu, tekutiny, vyprazdňování, odpočinek, aktivitu, spánek, celkovou regulaci (tzn. reakce spojené se strukturou těla a způsobem jeho funkce). Plevová et al. (2018) zmiňují modus sebepojetí zaměřený na psychologické a spirituální aspekty humánního systému a zahrnující fyzikální, osobnostní a interpersonální složku. Tomey a Alligood (2007) vnímají modus rolové funkce jako modus sociální, zaměřený na plnění rolí ve společnosti, kdy žena plní v životě roli primární, sekundární a terciární. Pavlíková (2006) uvádí snahu Royové, jež popsala tzv. rolový strom, na němž primární role (daná, relativně neměnná, související s pohlavím, věkem, např. mladá žena) je kmen stromu, sekundární role (je získaná v průběhu života, např. vybraná profese) tvoří větve stromu a terciární role (je dočasná, např. žena - pacientka) představuje listy stromu. Poslední modus vzájemné závislosti podle Tomey a Alligood (2007) zahrnuje individuální a kolektivní vztahy mezi lidmi, jejich cíle, strukturu, rozvoj a nezávislé vztahy vyžadující ochotu a schopnost akceptovat aspekty (např. lásku, respekt, hodnotu, výchovu, vědomosti, dovednosti, povinnosti, čas, talent i materiální zázemí).

1.1.7 Edukace ženy v klimakteriu porodní asistentkou

V souvislosti s problematikou přístupu porodní asistentky k ženě a poskytování péče ženě v období klimakteria úzce souvisí edukace, jež předpokládá kvalifikovanou pomoc při stavu ohrožení nemocí, při stresových situacích či jiných problémech. V porodní asistenci je edukace významná nejen pro zdravotníky, ale zejména pro samotné ženy. Edukace se podílí na růstu spokojenosti žen, na zajištění kontinuální péče a na prevenci

výskytu eventuálních komplikací (Dušová et al., 2019b). Kuberová (2010) z tohoto důvodu zdůrazňuje, aby byla edukace připravována, organizována a realizována z didaktického pohledu, dle didaktických zásad a podmínek, neboť tímto způsobem bývá dosaženo holistického přístupu, vyšší edukační a evaluační úrovně a též to působí i na erudici ženy a na její snahu o uzdravení, posílení zdraví a na její úsilí o vyšší kvalitu života. Kuberová (2010) ještě popisuje, že vztahy, vznikající během edukace při poskytování péče, jsou stavěny na základě vzájemné interakce subjektu edukace (porodní asistentky) a objektu edukace (ženy, celé populace), kdy při této interakci zúčastněných je očekáváno dodržování zásad sociální komunikace (verbální i neverbální), zastávající v ošetrovatelství, v porodní asistenci významnou roli.

Při obecném popisu pojmu edukace nelze opomenout jeho původ, jenž vychází z latinského slova *educō, educare*, vyjadřující vést vpřed, vychovávat. Tento termín lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v lidských vědomostech, postojích, dovednostech, návycích (Juřeniková, 2010). Juřeniková (2010) dále zmiňuje, že edukaci lze charakterizovat jako vzdělávání jedince a jeho výchovu (oba pojmy nelze od sebe oddělit, navzájem se prolínají). Šulistová a Trešlová (2012) vnímají v kontextu poskytované péče edukaci jako záměrné ovlivňování vědomostí, dovedností a postojů člověka s cílem dosáhnout požadované změny v jednání, chování, nejen směřující k osvojení si žádaných změn v životním stylu, ale také podporující efektivní léčbu, průběh uzdravení nebo stabilizaci stavu. Vzdělávání je tedy proces, rozvíjející u člověka jeho vědomosti, schopnosti, dovednosti a návyky a jeho výsledkem je vzdělanost, vzdělání, kvalifikace. Vzdělanost odráží celkovou úroveň vzdělávání, ať již v sociální skupině, ve státě či národě, vzdělanost také zahrnuje úroveň vědy, techniky, medicíny, ošetrovatelství a sociálně kulturní život společnosti (Juřeniková, 2010).

Edukaci lze rozdělit na edukaci základní, reedukační (pokračující, nápravnou, rozvíjející) a komplexní (Špirudová, 2015). Při základní edukaci jsou jedinci poskytovány nové vědomosti, dovednosti. Člověk je motivován ke změně hodnotového žebříčku i postojů; reedukační edukace navazuje na předchozí dovednosti a vědomosti edukovaného jedince (vědomosti, postoje a dovednosti jsou nadále prohlubovány); během komplexní edukace jsou jedinci etapově poskytovány ucelené vědomosti, budovány dovednosti a postoje ve zdraví prospěšných opatřeních, směřujících k udržení

nebo zlepšení zdraví (nejčastěji tento typ edukace probíhá v kurzech) (Juřeníková, 2010).

Špirudová (2015, s. 106) rozlišuje edukaci od prostého *poskytnutí informací, tedy informování pacienta. Jedná se o zcela rozdílné intervence. Edukace poskytování informací zahrnuje, ale informování nezahrnuje edukování. Poskytování informací pacientovi pouze cílí na jeho kognitivní rovinu učení. Naproti tomu edukace je proces, který ovlivňuje všechny tři roviny učení – jak kognitivní (poskytuje informace), tak emotivní (postojovou) a také behaviorální (konativní, praktickou, čili dovednostní).*

Podstatou edukace je tudíž edukační proces (podmiňovaný čtyřmi determinanty - edukantem, edukátorem, edukačními konstrukty, edukačním prostředím), který Juřeníková (2010) popisuje jako určitou činnost lidí, při níž dochází k učení buď záměrně (intencionálně), nebo nezáměrně (incidentálně) a jež probíhá od prenatálního života až do smrti jedince. Edukanta Kuberová (2010) popisuje jako subjekt (individuální osobnost, bez rozdílu věku i prostředí probíhající edukace), který je charakterizován svými fyzickými vlastnostmi (věkem, zdravotním stavem, pohlavím); afektivními vlastnostmi (postoji, motivací) a vlastnostmi kognitivními (schopností učit se). Charakteristiku edukanta podle Juřeníkové (2010) ovlivňuje i jeho etnická příslušnost, víra, sociální prostředí. Za edukátora Kuberová (2010) považuje aktéra edukační aktivity (lékaře, porodní asistentku, sestru, atd.). Další determinanty edukačního procesu edukační konstrukty uvádí Juřeníková (2010) jako plány, zákony, předpisy, edukační materiály, edukační standardy (závazné normy sloužící k zachování požadované úrovně edukační kvality), mající podíl na kvalitě edukačního procesu a edukačního prostředí, vnímané jako prostředí probíhající edukace. Během edukačního procesu je využívána edukační metoda, kterou Juřeníková (2010) popisuje jako promyšlené, cílevědomé působení edukátora a aktivizující edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení. Ve zdravotnictví jsou nejčastěji využívané edukační metody jako přednáška, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, rozhovor, diskuze, konzultace, brainstorming, práce s textem, e-learning. Další důležitou součástí edukace je zpracování edukačního plánu, který by měl být sestavován ve spolupráci s edukantem (napomůže ke zvýšení motivace edukanta a k usnadnění edukačního procesu) (Špirudová, 2015).

Při obecné charakteristice edukace nelze opomenout ani formy edukace popisované Svěrákovou (2012) jednak jako formu individuální edukace (individuální přístup k potřebám ženy - individuální rozhovor, výklad, konzultace, instruktáž, telefonické poradenské linky), formu skupinového působení, jejíž výhodou je možnost výměny názorů a zkušeností jednotlivých členů skupiny (přednáška, beseda, kurzy, klubové aktivity, problémové a inscenační metody, cvičení) a také jako formu distančního učení (e-learning) (Svěráková, 2012).

Součástí edukace jsou také cílové skupiny, které Juřeníková (2010) rozčleňuje na skupiny nedeterminované (nejsou dána kritéria pro zařazení do edukace), determinované (zařazení podléhá určitým kritériím, např. věku, druhu onemocnění) a na cílové uživatelské skupiny (edukace je individuálně plánována na základě edukační potřeby skupiny, u této skupiny lze hodnotit efekt edukace).

V kontextu s problematikou edukace a její správné realizace Juřeníková (2010) informuje o důležitosti znalostí základních mechanismů učení a jeho zákonitostí. Pojem učení není vymezen jednoznačně, mnoho autorů jej různě definuje; učení charakterizuje univerzální jev, mění se v závislosti na fylogenetickém a ontogenetickém vývoji organismu; schopnost učení je vrozená, úzce souvisí s funkcí paměti a se zvládnutím mechanismu řeči (Juřeníková, 2010). V širším slova smyslu Svěráková (2012) vnímá učení jako proces získávání individuální zkušenosti, kdy se organismus učí přizpůsobovat novým životním podmínkám a osvojuje si nové formy chování; tento proces probíhá neustále, spontánně. Dle formy lze učení rozdělit na záměrné (činnosti jedince směřující k tomu naučit se něčemu, kdy učení má konkrétní cíl), bezděčné (je výsledkem činnosti směřující k jinému cíli) (Juřeníková, 2010). Učení ovlivňují různé faktory, např. motivace (souhrn faktorů nutící člověka k určité aktivitě), osobnost samotného edukanta a jeho fyziologické a psychologické možnosti, zpětná vazba, rozsah látky a způsob opakování (Kuberová, 2010).

Vzdělávání a výchovu jedinců či determinovaných rizikových skupin rozděluje Svěráková (2012) do základních oblastí, jako je oblast primární prevence (orientovaná na relativně zdravou populaci), sekundární prevence (zaměřena na výchovu, vzdělávání pacientů s určitou diagnózou), terciární prevence (balneoterapie, fyzioterapie, ergoterapie). Sekundární prevenci (cílem je podílet se na vyléčení onemocnění a zamezit případnému rozvoji komplikací) charakterizuje Kuberová (2010) jako

vzdělávací činnost zdravotnických pracovníků se zaměřením na pacienty trpící již nějakým onemocněním. Významnou roli v této problematice hraje kromě medicínských poznatků i pedagogika (věda zkoumající podstatu a zákonitosti výchovy a vzdělávání) využívající i poznatky z psychologie, sociologie, atd. (Svěráková, 2012). K pedagogickým disciplínám přiřazuje Svěráková (2012) například všeobecnou pedagogiku (zkoumá obecné zákonitosti ve vzdělávacím procesu), dějiny pedagogiky (popisují vývoj výchovy a vzdělávání v historických souvislostech), komparativní pedagogiku (srovnává různé pedagogické směry a přístupy), didaktiku (zaměřuje se na problematiku vyučování a učení), teorii výchovy (zabývá se teoretickými základy výchovného procesu), sociální pedagogiku (sleduje sociální aspekty výchovy a vzdělávání), pedagogickou psychologii (využívá poznatků z psychologie při vzdělávání a výchově), speciální pedagogiku. V porodní asistenci jsou uplatňovány odpovídající poznatky z oblasti pedagogiky při vzdělávání a výchově ženy a různě definovaných cílových skupin obyvatelstva. Na snížení nákladů ve zdravotnictví se výrazně podílí efektivní výchova a vzdělávání ženy, neboť edukovaná žena obvykle zaujímá aktivnější přístup k léčbě a lze očekávat, že její léčba bude efektivnější a následná rekonvalescence kratší (Svěráková, 2012).

Jak zmiňuje Kuberová (2010) proces edukace při poskytování péče tvoří nepsanou náplň práce všech zdravotníků, od lékařů až po vysoce specializované odborníky (léčebné pedagogy) a porodní asistentky či sestry všech oborů. Porodní asistentka, provádějící edukaci ženy prožívající období klimakteria, by měla znát, jaké změny ve vědomostech, dovednostech, schopnostech, postojích, v návycích, hodnotové orientaci chce u ženy edukací dosáhnout současně se stanoveným cílem edukace (krátkodobým či dlouhodobým) za využití didaktické formy edukace (individuální nebo skupinové) (Šulistová a Trešlová, 2012).

Do edukačního procesu zasahuje řada proměnných, reprezentujících určitou „duševní výbavu“ ženy (např. psychické procesy, psychické stavy, specifické výsledky učení, psychické vlastnosti) (Svěráková, 2012). Juřeníková (2010) kromě toho ještě zdůrazňuje jednak pečlivou přípravu edukačního procesu pro usnadnění práce porodní asistentky a pro motivaci ženy. Dále je významné posouzení různých aspektů u ženy, jako je připravenost, ochota ženy učit se a přijímat změnu a dále Juřeníková (2010) podtrhuje i motivaci, přispívající k akceptování a uskutečňování změny, názory na hodnoty zdraví, společensko-ekonomické faktory, věk ženy i její úroveň vzdělání. Porodní asistentka by

se dále měla podílet na stanovení priorit v edukaci (sestavení pořadí jednotlivých témat edukace dle jejich důležitosti), vytyčení učebních cílů v oblasti kognitivní, afektivní, psychomotorické, na určení vhodných edukačních metod, obsahu edukace, harmonogramu, na organizaci, na stanovení pomůcek a na vyhodnocení výsledků edukačního procesu (Svěráková, 2012).

Klíčem k úspěšné edukaci je podle Kuberové (2010) dodržování základních pravidel komunikace mezi porodní asistentkou a ženou, jež je z různého sociálního, kulturního prostředí, různé věkové kategorie a má individuální zvláštnosti. Zacharová (2016) komunikaci (vycházející z latinského slova *communicare*) obecně vnímá jako přímý regulátor úrovně mezilidských vztahů, patří k univerzálním jevům lidské společnosti a je podmínkou existence každého sociálního systému. Špatenková a Králová (2009) zmiňují, že komunikace představuje poskytování zpráv, předávání informací, vyměňování si a sdělování myšlenek, tak aby si aktéři komunikace vzájemně rozuměli. V ošetrovatelském procesu je za komunikaci považována výměna informací, týkajících se zdraví a péče mezi porodní asistentkou a ženou, s tím, že obě účastnice komunikace jsou jak vysílačem, tak i příjemcem informací (Špatenková a Králová, 2009). Bez komunikace by nemohla existovat žádná sociální skupina, neboť komunikace se podílí na uspokojování potřeby sociálního styku a na sociálním začlenění jednotlivce do skupiny (Linhartová, 2006). Stejně tak i Špatenková a Králová (2009) zastávají názor, že bez komunikace mezi porodní asistentkou a ženou by kvalitní péče byla nepředstavitelná, že vzájemný vztah mezi ženou a porodní asistentkou by měl být lidsky v rovnováze (komunikují spolu dvě lidské bytosti), po profesní stránce by ale měl být lehce nevyvážený, neboť porodní asistentka je ze své profese určitou autoritou a z toho důvodu, by komunikaci se ženou měla do určité míry regulovat a určovat její obsah i formu. Komunikace má svůj smysl, účel, lze též hovořit o funkci, jíž chce splnit, nebo kterou běžně plní (Zacharová, 2016). Tomová a Křivková (2016) rozlišují základní funkce komunikace, mezi něž patří funkce informativní (předání nebo doplnění zprávy, tvoří podstatnou část vzájemného setkání porodní asistentky se ženou), instruktážní (naučení, navedení, vysvětlení, popsání postupu při dosažení něčeho, např. dodržování léčebného režimu), persuzivní (přesvědčení, pozměnění názoru, působení porodní asistentky na ženu, snaha získat ji na svou stranu racionálním přesvědčováním za pomoci adekvátních argumentů), operativní (projednání, domluvení se, dosažení dohody). Mikuláščík (2010) ještě doplňuje další funkce komunikace a to funkci

motivující (posílení pocitu sebevědomí a vlastní potřeby), socializační (vytváření vztahu, posílení pocitu sounáležitosti, navázání kontaktu mezi porodní asistentkou a ženou), společensky integrující (záleží na společenských vrstvách, z nichž účastnice komunikace pochází a také kam chtějí patřit), funkci osobní integrity (ujasnění názorů, postojů, informací o sobě samé), poznávací (sdělování si každodenních zážitků, fixace zkušeností jiných lidí), svěřovací (sdělování důvěrných informací, sdílení pocitů) a funkci únikovou (projevující se snahou si nezávazně popovídat, odreagovat se ve stavu sklíčenosti, znechucení či smutku).

Plevová et al. (2019) spatřují význam v komunikačním modelu, znázorňujícím průběh komunikačního procesu, jež se skládá z jednotlivých komponentů, kterými jsou záměr (úsilí osoby sdělit nějaký obsah), komunikátor (osoba vysílající informaci), kódování (přenos myšlenky do formy sdělení pochopitelné pro příjemce), komuniké (zpráva vytvořená komunikátorem), komunikační kanál (nosič, jehož prostřednictvím je zpráva šířena), komunikant (osoba zachycující odeslanou zprávu), dekódování (interpretace zprávy komunikantem), prostředí (klíma, situace probíhající komunikace), zpětná vazba (informace přijatá komunikátorem o reakci komunikanta na zprávu) a komunikační šum (zkreslení zprávy v libovolné fázi komunikačního procesu).

Vzhledem k popsanému významu komunikace je na místě zmínit i nezbytnost znalostí komunikačních dovedností, stejně tak, aby porodní asistentka měla osvojenou komunikační způsobilost při poskytování péče, v rámci komunikačního i edukačního procesu. Jak popisuje Tomová a Křivková (2016), na vztah mezi porodní asistentkou a ženou působí řada proměnných, oboustranných sympatií či antipatií, různá očekávání ve vztahu k rolím, dále projevy empatie, vřelosti nebo opravdovosti. V oblasti komunikačních dovedností se uplatňuje požadavek schopnosti zvládat každodenní interakci porodní asistentky se ženou. Co se týká způsobilosti porodní asistentky jako komunikátorky, měla by mít podle Tomové a Křivkové (2016) zvládnuté určité oblasti, týkající se komunikace, tzn., měla by oplývat interpersonálními dovednostmi, měla by dokázat vhodně a efektivně komunikovat v intelektuálních okamžicích, v dané situaci by měla dokázat rozumně, logicky uvažovat o adekvátnosti a vhodnosti podání informace a zároveň by neměla postrádat dovednost aktivního naslouchání. Jakým způsobem lze tedy komunikovat? Špatenková a Králová (2009), stejně tak Průcha a Veteška (2012) uvádějí verbální komunikaci, do které zahrnují slovo mluvené a psané. Vedle toho Tomová a Křivková (2016) popisují verbální komunikaci jako vyjadřování

se pomocí slov prostřednictvím kompetentního jazyka, kdy jazyk Plevová et al. (2019) zmiňují jako systém vyjadřovacích a dorozumívacích prostředků znakového charakteru, sloužící k ústnímu i písemnému vyjadřování. Jak sdělují Špatenková a Králová (2009), v komunikaci nejde pouze o slova, množství informací dokáže poskytnout i tzv. neverbální komunikace, kterou Vybíral (2009) charakterizuje jako mimoslovní komunikaci, zahrnující širokou škálu toho, co je naznačováno beze slov nebo spolu se slovy jako doprovod komunikace slovní. Za složky neverbální komunikace lze uvést mimiku (pohyby svalů v obličeji, kolem očí, nosu, úst), viziku (oční kontakt, jeho délku a střídání pohledů), kineziku (chůzi, celkový pohyb těla), haptiku (dotyky, podávání rukou), gestiku (pohyb rukou), posturiku (polohu těla, rukou a nohou), chronemiku (vyjádření a užívání času vůči jiným osobám), teritorialitu (prostor vytvářený jedincem kolem sebe), komunikaci zevnějškem (projevy v souvislosti s image jedince) a komunikaci činem (Tomová a Křivková, 2016).

Kromě výše popsaných důležitých aspektů, podílejících se na úspěšné a adekvátní edukaci, uplatňuje porodní asistentka ještě znalosti další vědní disciplíny, a to etiky (řecky ethos čili mrav), kdy mravnost je jejím hlavním objektem (Kutnohorská, 2007; Tomová a Křivková, 2016). Jako samostatný obor lidského bádání ji systematizoval starořecký filozof Aristoteles (největší filozofická autorita křesťanského středověku), jeho etika vycházela z nejvyššího konkrétního dobra (uskutečnitelného v praxi) nikoliv z dobra teoretického. Blaženost viděl v ctnosti, v dobrém životě a ve správném chování člověka. Podle Aristotela je touha po blaženosti člověku přirozená, dobro vidí v přátelství, etické vztahy jsou možné pouze ve společnosti, neboť člověka vnímá jako tvora společenského (Plevová et al., 2019). Etika v ošetrovatelství je to, co se dotýká dobra i prospěchu, nebo škody a ublížení nemocnému, či klientovi, neboť všechny ošetrovatelské činnosti mají dopad na morálku člověka (Plevová et al., 2019). Cílem etiky není pouze utvářet mravní povinnosti, ale zejména nacházet pro člověka platná kritéria, podle nichž by měl odlišit dobré od zlého a měl by stanovit, co je tou nejvyšší hodnotou, ke které by mělo jeho konání směřovat, neboť činit dobro a vyhýbat se zlu, je primárním principem etiky (Kutnohorská, 2007).

Morálku obecně představuje systém norem a pravidel, pomocí nichž je určováno jednání a chování lidí (Kutnohorská, 2007). Jankovský (2018) zmiňuje totožnost vývoje etiky s vývojem filozofie, jako součást etiky kultury dané společností, kdy kultura představuje naučené, sdílené, předávané hodnoty, přesvědčení, normy i zvyklosti dané

skupiny lidí a vychází z toho, že člověk je rozumná bytost, a že racionální a svobodná volba je nezbytnou podmínkou morální odpovědnosti každého jedince. I z tohoto důvodu by mělo být samozřejmostí, že porodní asistentka při poskytování péče ženě, prožívající klimakterium, v rámci edukace bude zastávat a dodržovat zásady etiky i vzhledem k tomu, že profese porodní asistentky je zařazována mezi tzv. pomáhající profese, kdy Špirudová (2015, s. 21) definuje obecně podstatu úspěšného vykonávání pomáhající profese jako *potřebu odbornosti - vědomosti, dovednosti, ale ještě něco navíc - ctít etické normy; největší nesnáze působí slabá místa osobnosti pomáhajícího - zacházení s přáními a úzkostmi, s citovou stránkou práce s lidmi se (bohužel) přenechává náhodě; kromě vzdělání je nezbytná i ochota přinášet oběti; všechna tato povolání nelze s úspěchem vykonávat, aniž by při tom byly respektovány určité etické zásady; mezi osobnostní předpoklady pomáhajících profesí jsou řazeny vedle empatie také náklonnost, trpělivost, vlídnost, osobnost vědomá si závazku vyplývajícího z étosu pomáhání, vědomá si potřeby sebevzdělávání a supervize, vědomá si rizik spojených s výkonem své profese.*

Kelnarová a Matějková (2014) ještě uvádějí nutnost dodržování etických principů ze strany porodní asistentky při poskytování péče, a to úctu (k ženě jako k lidské bytosti), obětavost (zdravotnickou profesí požadovanou), odpovědnost (nezbytná nutnost), mlčenlivost (záruka důvěry ženy), pracovitost (záruka poskytování kvalitní péče), morální vlastnosti porodní asistentky (základ kvalitního vzájemného vztahu mezi porodní asistentkou a ženou), komunikační dovednosti porodní asistentky, týmovou spolupráci (záruka efektivní péče) a vzdělání (odborné, psychologické, sociální, právní, atd.).

1.1.8 Životní styl ženy v klimakteriu

V současné době (v posledním desetiletí) je věnována pozornost tzv. zdravému životnímu stylu a oblasti zdravých životních podmínek (Čeledová a Čevela, 2010). Valjent (2013) obecně definuje životní styl jako časový prostor, či dobu, kdy se u jedince nevyskytují žádné povinnosti vůči jemu samotnému ani druhým lidem, ve kterém se pouze na základě vlastního rozhodnutí věnuje zvoleným činnostem, jež mu přináší radost a uspokojení a nejsou zdrojem obav nebo pocitů úzkosti. Machová (2015a) v otázce vlivu na zdraví popisuje životní styl jako stěžejní determinant zdraví, zahrnující formy dobrovolného chování v určitých životních situacích, založených

na individuálním výběru z rozmanitých možností. Na vliv životního stylu, jako determinant zdraví, je kladen velký důraz (Čeledová a Čevela, 2010). Čeledová a Čevela (2010) se domnívají, že se životní styl vyznačuje vnitřní integrací a kvalitativní koherencí všech prvků a že se změnou životního stylu lze začít kdykoliv. Valjent (2013) vymezuje formu životního stylu, tzv. aktivní životní styl, který definuje jako systém významných činností, vztahů a s nimi spojených praktik zaměřených k dosažení plnohodnotného a harmonického stavu mezi fyzickou, duševní a sociální složkou jedince.

Čeledová a Čevela (2010) rozlišují u životního stylu materiální a kulturní aspekt, kdy materiální aspekt se shoduje s pojmem životní úrovně (indikátorem je např. vybavení domácnosti předměty dlouhodobé spotřeby) a aspekt kulturní je vnímán jako kulturní úroveň (indexem kulturní aktivity je např. návštěva koncertu, sportovní události, návštěva kavárny). Jak ještě zmiňují Čeledová a Čevela (2010), chování ženy je ve shodě s rodinnými zvyklostmi, s tradicemi společnosti, je vymezeno ekonomickou situací společnosti i jejím sociálním postavením. Proto z důvodu klíčového významu životního stylu pro zdraví ženy je důležité, aby předávání adekvátních znalostí, rozvoj dovedností, návyků a upevňování postojů ženy bylo ze strany porodní asistentky součástí výchovy či edukace a bylo spojováno s výchovou k odpovědnosti za vlastní zdraví (Machová, 2015a).

Kastnerová (2012) považuje zdravý životní styl za základ zdraví ženy a k hlavním faktorům ovlivňující zdraví přiřazuje výživu, pohybovou aktivitu, denní režim, stres, relaxaci, kouření, návykové látky a alkohol. Fait (2018) kromě toho zmiňuje doporučení International Menopause Society, ve kterém se hovoří o zdravém životním stylu jako o základu péče o ženu v klimakteriu, v němž by měla být zahrnuta snaha o zdravé stravování, pitný režim, o přiměřenou pohybovou aktivitu, o minimalizaci návykových látek (nikotin, alkohol, drogy) a škodlivin, ale též i snaha o udržení duševního zdraví.

Zdravá výživa poskytuje organismu základ pro zdravý život a je považována za velmi důležitou oblast lidského chování (Valjent, 2013). Podle Řehulky (2011) dokáže zdravá výživa ve vysoké míře ovlivnit zdraví ženy (jak tělesné, tak i duševní) a nevhodně zvolenou stravou může žena dospět k problému, zvanému obezita. Stránský a Ryšavá (2014) zmiňují, že nejen kvantita, ale zejména složení stravy má rozhodující význam pro zdraví, tělesnou a duševní pohodu. Machová (2015b) uvádí, že správná (racionální

výživa) se podílí na zajištění potřebných stavebních látek a energie k výstavbě tkání a orgánů v organismu a i z tohoto důvodu by měla být strava vyvážená, jak po stránce kvalitativní tak i kvantitativní. Po kvalitativní stránce by strava měla být vyvážená, rozmanitá, aby byl zabezpečen dostatečný a vyrovnaný příjem živin, vitamínů a minerálů; z hlediska kvantitativního by se výživa měla podílet na příjmu energie odpovídající jejímu výdeji (Machová, 2015b). Csete (2016) zařazuje mezi základní složky výživy bílkoviny, tuky, cukry, minerální látky, stopové prvky a vodu.

Jak již bylo zmíněno, jednou ze základních složek výživy jsou bílkoviny (proteiny), jejichž základním stavebním kamenem jsou L-alfa-aminokyseliny (pospojované mezi sebou peptidovými vazbami), podle Kastnerové (2012) představují základní stavební složku orgánů a svalstva a podílí se na zajištění mnoha fyziologických funkcí (v podobě hormonů, enzymů a protilátek).

Machová (2015b) popisuje další základní složku výživy a tou jsou tuky (lipidy), které jsou v těle v podobě stavebního materiálu jako součást buněk nebo jsou vloženy v buňkách podkožního tukového vaziva a tukové tkáně kolem některých orgánů jako zásobní látka ve formě kapének. Čeledová a Čevela (2010) doporučují v rámci prevence vzniku aterosklerózy a kardiovaskulárních onemocnění, aby denní příjem tuků u ženy byl nižší než 30 % energetického příjmu (v zastoupení 1/3 tuků živočišného původu a 2/3 tuků rostlinného původu) a příjem cholesterolu aby za den nepřesahoval množství 300-400 mg. Vzhledem k vyššímu riziku onemocnění cév po menopauze, kterému je vystavena i žena s optimální tělesnou hmotností, jsou jí pro lepší poměr složek cholesterolu doporučovány rostlinné polynenasycené mastné kyseliny zejména v rybách (omega-3 nenasycené mastné kyseliny) (Fait, 2018).

Třetí základní složku výživy, které jsou spolu s proteiny a lipidy označovány za živiny, uvádí Machová (2015b) cukry (sacharidy). Jak zmiňuje Kastnerová (2012) sacharidy pokrývají polovinu, někdy až většinu potřebné energie ženy, zastávají jednak podpůrnou funkci (tvoří základní složku stěn buněk bakterií a rostlin) a také plní funkci stavební jako součást glykoproteinů a glykolipidů. V organismu je považován glykogen (živočišný zásobní polysacharid uschovaný v játrech a svalech) za zásobárnu cukru (Kastnerová, 2012).

Čeledová a Čevela (2010, s. 55) doporučují složení stravy prostřednictvím pyramidy zdravé výživy, v níž *základ pyramidy tvoří přílohy, jako je rýže, obiloviny, těstoviny,*

celozrnné pečivo s vyšším obsahem vlákniny, luštěniny a ořechy. To jsou potraviny, které představují základ zdravé výživy. Potraviny umístěné na vrcholu pyramidy bychom měli konzumovat jen ve velmi malém množství. Ve druhém patře pyramidy je ovoce a zelenina. Ve třetím patře jsou živočišné potraviny jak mléčné, tak masové. Vrchol pyramidy tvoří tuky a sladkosti, kterým bychom se měli spíše vyhýbat.

Kastnerová (2012) označuje za minerální látky sodík (udržuje stálý osmotický tlak v organismu, vodní rovnováhu a homeostázu krve), draslík (spolu se sodíkem je významným iontem k zachování acidobazické rovnováhy a stálého osmotického tlaku), vápník (je nezbytný pro zajištění stahu svalu, nervosvalového přenosu vzruchu, hraje důležitou roli pro zabezpečení správné funkce převodního systému srdce), hořčík (zastává hlavní úlohy při stavbě kostí, snižuje nervosvalovou dráždivost), fosfor (společně s vápníkem se uplatňuje při stavbě zubů a kostí a je rozhodující pro metabolismus energie) a síru (je součástí sloučeniny glutathionu, jenž se v organismu účastní při detoxikaci cizorodých látek).

Další významnou složku výživy představují stopové prvky, mezi něž Machová (2015b) zahrnuje např. železo (je složkou červeného krevního barviva a zajišťuje přenos kyslíku), zinek (má pozitivní vliv na hojení ran, zlomenin, podílí se na tvorbě inzulínu), fluor (zastává významnou roli při stavbě zubů a kostí), jod (nedostatek podporuje zvětšení štítné žlázy, které může skončit až poruchou růstu a intelektu, tzv. kretenismem), selen (je součástí enzymů, mající podstatné antioxidační účinky), měď (je součástí enzymů, plnicích důležitou roli při krvetvorbě a při buněčném dýchání), mangan (účastní se správné funkce metabolických enzymů, aktivuje metabolismus mědi, uplatňuje se při mineralizaci kostí a při zajištění správné funkce nervového systému), chrom (stimuluje účinek inzulínu, zvyšuje glukózovou toleranci), hliník (nebyl prokázán biologický význam), kobalt (je složkou vitamínu B12 a nachází uplatnění při krvetvorbě). Vzhledem k tomu, že se u ženy v klimakteriu ukládá vyšší množství podkožního tuku, zvyšuje se u ní tělesná hmotnost, měla by této skutečnosti být přizpůsobena i strava ženy. Jak doporučuje Fait (2018) strava ženy by měla být bohatá na vlákninu (minimálně 30 g za den). Stránský a Ryšavá (2014) doporučují upravení příjmu energie za účelem optimální tělesné hmotnosti, snížení podílu tuku na 30 % energetického příjmu, snížení množství cholesterolu na maximálně 300 mg za den, zvýšení příjmu vitamínu C na 100 g za den, zvýšení příjmu ochranných látek v podobě minerálů a vitamínů, snížení spotřeby soli na 5-7 g za den, zvýšení spotřeby

ovoce a zeleniny na 600 g za den, zvýšení spotřeby luštěnin a mořských ryb, snížení příjmu živočišných potravin s vysokým obsahem tuku.

Při výčtu důležitých složek výživy a života ženy, nelze opomenout vodu a pitný režim. Organismus ženy vyžaduje denně 1,5-2 litry vody, při tom potřebné množství je dáno věkem, prostředím, fyzickou aktivitou, tělesnou hmotností a způsobem stravování (Čeledová, Čevela, 2010). Machová (2015b) uvádí mnoho funkcí, jež voda zastává, jednak působí jako rozpouštědlo, jako transportní prostředek a dále se podílí na zachování tělesné teploty, s vodou úzce souvisí pitný režim.

Prostředkem k udržení zdravého životního stylu je vedle výživy pohyb, který Čeledová a Čevela (2010) popisují jako jeden ze základních projevů existence života. Juklová et al. (2015) chápe pohybovou aktivitu jako činnost, odrážející se zejména v tom, že sleduje a směřuje ke zdraví konkrétního jedince, tvoří složku jeho životního stylu a je v integraci s prožitkem. Hudáková (2018) zdůrazňuje pozitivní vliv pohybové aktivity (zejména pravidelné fyzické aktivity) na kvalitu života ženy a zároveň uvádí ovlivnění pohybem ve smyslu nižší mortality způsobené např. ischemickou chorobou srdce, cévní příhodou, hypertenzí, diabetem mellitus 2. typu, karcinomem tlustého střeva či karcinomem prsu. Kromě tohoto vlivu je fyzická aktivita považována za klíčový faktor energetického výdeje a tím je zásadní pro energetickou bilanci a taktéž pro regulaci hmotnosti ženy (WHO, 2010). Pohybovou aktivitu Hudáková (2018) popisuje jako neoddělitelnou součást života, která podporuje pozitivní emoce, je prostředkem relaxace a základem nezávislosti, zvyšuje schopnost duševního i fyzického uvolnění a také ovlivňuje sebeúctu a celkový vzhled ženy. Csete (2016) spatřuje působení pohybové aktivity na organismus ženy ještě v tom, že se zlepšuje metabolická rovnováha jejího organismu, zlepšuje se kvalita života a současně častá fyzická aktivita zpomaluje vznik osteoporózy, snižuje hladinu cukru v krvi, snižuje výskyt úzkosti a deprese a tím zlepšuje psychickou výkonnost ženy.

Jak je již výše uvedeno, denní režim, spánek a relaxace patří mezi další významné faktory ovlivňující životní styl ženy. Čeledová a Čevela (2010) informují o respektování životních rytmů, které by mělo být součástí optimálního režimu práce a odpočinku. Řehulka (2011) vnímá správný odpočinek (tzn. spánek a relaxaci), podporující fyzickou i psychickou kondici ženy, jako nedílnou složku zdravého životního stylu. Jako druhy relaxace Řehulka (2011) uvádí např. spánek (nejpřirozenější metodu sloužící

k odpočinku z hlediska fyzického i psychologického), zdravý pohyb (posilující srdce a cévy, snižující hladinu cukru v krvi, zvyšující hustotu kostní dřeně, podporující správné okysličení krve), aromaterapii (pozitivně působící proti stresu, proti potížím s pohybovým aparátem, proti potížím vznikajících v klimakteriu, proti snížené imunitě, atd.) a muzikoterapii (uzdravování za pomoci nebo spoluúčasti hudby). Kastnerová (2012) je toho názoru, že kvalitní spánek by měl u ženy zajistit jednotu mezi fyzickým i duševním zdravím a průměrná doba spánku by měla být 7-9 hodin denně.

Stres, jako ohrožující faktor zdravého životního stylu, se stal součástí každodenního života ženy (Kastnerová, 2012). Stres lze definovat jako fyziologické a psychologické odpovědi organismu na nové, neodkladně se vtírající a přetrvávající podněty (Řehulka, 2011). Kastnerová (2012, s. 107) uvádí, že *stres je soubor regulačních mechanismů, který vyvolá zátěž, tíseň, tlak, která ohrožuje vnitřní homeostázu organismu a integritu lidské osobnosti. Jedná se o komplexní proces, který vzniká jako odpověď na nadměrné požadavky kladené na naše tělesné a duševní zdraví. Je to adaptivní stresová odpověď, spouštěná jak fyzickými, tak emočními stresory, zabezpečuje přesuny v energetickém zásobení orgánů, zvýšení kardiovaskulární a imunitní reaktivity, zvýšení vigility a pohotovosti behaviorálních projevů. U predisponovaných osob stres přispívá ke vzniku poruch homeostázy, imunitních a mentálních funkcí.* Řehulka (2011) zastává názor, že stres je prokazován napětím ovlivňující emoce, myšlení, volní úsilí a fyzickou kondici jedince. To, co je u jednoho člověka posuzováno jako vysoký, negativní stres (distres), může být u druhého vnímáno jako pozitivní stimul (pozitivní stres – eustres).

Vzhledem k působení stresorů na organismus ženy, stoupá u ní jednak spotřeba vitamínů (A, BA, B2, B5, B6, C), hladina glukokortikoidů, to má za následek zvýšení hladiny draslíku v tkáních a navýšení požadavku zinku, manganu, železa, mědi a vápníku, aby mohlo dojít k fázi uzdravení a k adekvátní reakci na stresující činitele, je nezbytné, aby byla žena poučena o příjmu dostatečného množství vápníku, manganu, mědi, kobaltu, selenu, kyseliny listové a vitamínů B1, B12, C, D a E (Kastnerová, 2012). Wedlichová (2015) rozlišuje u ženy reakci na stres jednak v podobě somatických projevů (bolesti hlavy, svalové napětí, únavu, hypertenzi, poruchy trávení, nechutenství nebo přejídání, zácpu nebo průjem) a také ve formě emoční reakce na stres (rozzlobenosti, hněvu, různé fobie, frustrace, deprese, pocitu bezmocnosti, netrpělivosti, podrážděnosti, agitovanosti). Kastnerová (2012) spatřuje jako odpověď organismu ženy na stres v boji či v útěku (obě tyto reakce vyvolávají v organismu změny mobilizující

k tvorbě energie), Wedlichová (2015) nahlíží na stres jako na faktor mající negativní účinek na zdraví a vyvolávající změnu v chování ženy (např. změnu životního stylu).

Jak již bylo zmíněno výše, kouření a alkohol, významné a závažné problémy zdravotnické ale i celospolečenské, jak v České republice, tak i ve světě, lze označit za jedny z nejrizikovějších faktorů životního stylu ženy v klimakteriu.

Kastnerová (2012) zmiňuje, že v Evropě i v České republice je kouření důvodem každého pátého úmrtí zejména na kardiovaskulární onemocnění, kromě toho podmiňuje kouření vznik téměř třetiny onkologických onemocnění a přes 80 % výskyt plicních chorob u populace obecně. Csémy et al. (2019) uvádějí, že užívání tabáku i alkoholu, je podle informací Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislým chováním 2019-2027, jednou z hlavních příčin morbidity a mortality, kdy téměř 20 % z celkové úmrtnosti lze dedikovat vlivu kouření a 6 % konzumaci alkoholu, přitom největší zátěž v souvislosti s tabákem a alkoholem lze spatřit u osob ve středním a starším věku. Ze zprávy Státního zdravotního ústavu České republiky z roku 2019, která se zabývá výzkumem uskutečněným v roce 2018 v České republice u 1804 respondentů (výzkumný soubor byl získáván kvótním výběrem), je zřetelné, že je 16,3 % kuřáků (z toho 9,0 % žen v porovnání s 21,3 % mužů), z toho nejvyšší prevalence kuřáků tabákových výrobků byla zaznamenána u skupiny ve věku 25-44 let a to 35,2 % (Csémy et al., 2019). Co se týká problematiky konzumace alkoholu, uvádějí Csémy et al. (2019) ve výsledcích z jejich výzkumu, že pravidelné pití alkoholu (tzn. pití alkoholu denně nebo obden) zmínilo 16,7 % dotázaných respondentů (z toho 8,1 % žen a 25,6 % mužů).

Kastnerová (2012) popisuje způsoby, jakými může žena konzumovat tabák, jednak jako bezdýmný (smokeless, žvýkáci tabák nebo porcovaný) nebo tabák, jenž hoří (ve formě doutníků, cigaret a dýmek) a současně charakterizuje aktivní kouření (přijímání a spotřebu tabáku ve všech jeho formách). Králíkovou et al. (2015, s. 24) udivuje skutečnost, že cigarety *nejsou mezi „nebezpečnými výrobky na trhu“ na stránkách MZČR, ačkoli jejich kouř obsahuje dioxiny, močovinu, formaldehyd, acetaldehyd, benzen, benzo-a-pyren...celkem stovku kancerogenů včetně několika suspektních kancerogenů či kokancerogenů. Z cigaret se nikotin vstřebává nejrychleji, jsou tedy nejnávykovější formou tabáku a smrtonosným vynálezem, jak je označil Robert Proctor ve své knize Zlatý holokaust.* Kastnerová (2012) uvádí škodlivé účinky nikotinu

v podobě aktivace sympaticko-adrenergního systému s vasokonstrikcí orgánů (cév kožních, mozkových, koronárních, pánevních). Vedle toho ještě Machová (2015c) definuje kouření pasivní jako nedobrovolné vystavení ženy cigaretovému kouři vznikajícího z volně hořící cigarety a Kastnerová (2012) doplňuje informaci o okamžitém a dlouhodobém vlivu pasivního kouření na zdraví ženy v podobě podráždění očí, nosu, hrdla, plic, bolesti hlavy, pocitu nevolnosti a závratí.

Králíková et al. (2015) jsou toho názoru, že dostupnost psychosociální a behaviorální i farmakologické léčby by měla být pro ženu co nejširší. Zdravotníci (lékaři, porodní asistentky, všeobecné sestry) by měli být vzděláváni v problematice závislosti na tabáku a měli by doporučovat ženám kuřačkám, aby přestaly kouřit. Kontextuální podpora by měla být aktivitou celého zdravotnického systému, v souvislosti jak s ambulantní péčí, tak s komunitní i nemocniční péčí. Kliničtí pracovníci by měli informovat ženy kuřačky o možnostech léčby závislosti na tabáku, a v co nejvyšší možné míře ji podle svých možností nabízet těm kuřačkám, které samy přestat nedokázaly (Králíková et al., 2015).

Co se týká problematiky konzumace alkoholu a jeho škodlivosti na zdraví ženy prožívající období klimakteria, charakterizuje Machová (2015d) alkohol jako bezbarvou tekutinu vznikající kvašením sacharidů, chemickým složením odpovídající látce etanolu a v případě jejího dlouhodobého a opakovaného příjmu, vzniká v organismu závislost. Kastnerová (2012) popisuje možné zdravotní postižení ženy konzumující alkohol v psychických i somatických onemocněních, kdy somatická poškození mohou postihnout všechny systémy jejího organismu.

1.2 Kvalita života

Pokud bychom měli nejprve věnovat pozornost sousloví kvalita života jednotlivě, je nutno podotknout, že život je určitá forma pohybu, která vzniká za daných podmínek bytí (bytí je vlastním smyslem jsoucna, jeho nejhlubší podstatou, díky které jsoucno i člověk je) (Olšovský, 2005). Můžeme také říci, že se život skládá z určitých protikladů, které si navzájem odpovídají (Poněšický, 2006). Platón označoval život za „vážnou hru“. S. Kierkegaard uvažoval o životě existenciálně, to znamená, člověk by měl žít svůj život se zřetelem ke své osobní autentické existenci, k rozvoji své niternosti, tedy sebe sama (Olšovský, 2005). Myšlenky z historie, týkající se podstaty člověka, jeho existence a postavení ve světě, zůstávají dodnes aktuální a jsou problematické. Filozofové si neustále kladou otázku existence nějakého řádu

světa, jakož i lidského bytí, které se uskutečňuje v člověku (Lear, 2016.) Platón to podstatné vidí v duši, v duchovních principech „vězněných“ v lidském těle, které se jeví jako cesty k harmonii mezi rozumem, vůlí a pudy (Poněšický, 2006). Postmoderní člověk v dnešním světě je spatřován Frommem, Heideggerem, Patočkou i Sokolem jako jedinec, jenž se odcizil přírodě i vlastní přirozenosti, stal se svobodným i nezávislým, ale současně hledá spojení jak se světem tak i se sebou (Poněšický, 2006). Na základě sdělení Fajkuse (2005, s. 264) *ve 20. století se konstituuje filosofická hermeneutika, a to především v díle M. Deideggera Bytí a čas z r. 1927. Heidegger zavádí tzv. ontologickou diferenci, rozlišování mezi jednotlivými jsoucnými a bytím. Zatím co jednotlivá jsoucna (jednotlivé předměty) jsou přijímána člověkem v jejich každodennosti, obstarávání a manipulaci, bytí představuje odlišnou dimenzi, a to porozumění světu. Člověk je takovým jsoucnem, jemuž jde v životě o porozumění bytí, a toto porozumění představuje překonání tradiční metafyziky, která se právě zabývá pouze jednotlivými jsoucnými, jejich vztahy a syntézou.* Fajkus (2005) k této problematice také uvádí, že porozumění a bytí se stávají sourodými kategoriemi, u člověka *jde vždy o porozumění bytí. Lidské porozumění tak vlastně vytváří bytí, jako prostředí smysluplného života, jakousi fundamentální ontologii* (Fajkus, 2005, s. 264).

Při obecné charakteristice pojmu kvalita slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského *qualis* a to zase od kořene *qui* – *kdo*? Ve významu „*kdo to je*“, případně „*jaké to je*“? V češtině kořen slova *Kdo* – „*k*“ nás vede ke slovíčce typu „*kéž*“ či „*kýžený*“, tj. žádoucí stav. To se ozývá i v českém termínu pro kvalitu „*jakost*“ - např. v souběhu s upřesněním typu *dobrá, prvotřídní až výtečná* či *naopak špatná jakost*. Vyjadřuje se tak charakteristický rys toho, o čem se hovoří, kterým se daný předmět odlišuje od jiného jedince (ve smyslu *lepší* či *horší než*), případně od skupiny jedinců obdobného druhu (Křivohlavý, 2004, s. 9).

K pojmu kvality života ještě Balcar (2005) připomíná, že tento pojem je multidimenzionální jako samotný lidský život a z toho důvodu je nutné určit dimenze (stránky, životní kvality), ve kterých je pojmově a operacionálně kvalita života definovaná a zjišťovaná. *Při zjišťování kvality života v dimenzi tělesné či „fyzické“ odkazujeme zde na „ideální normu“ fyzické harmonie a zdatnosti tělesných funkcí, tj. na tradičně pojímané „zdraví“ člověka. Při zjišťování kvality života v dimenzi duševní či „prožitkové“ odkazujeme na její tradiční znaky v podobě prožívané slasti*

a uplatňované moci v životě člověka, které v úspěšném případě vystihuje tradiční pojem prožívaného „štěstí“. Při zjišťování kvality života v dimenzi duchovní či „noické“, „existenciální“, ji vnímáme jako „prožitek smyslu (plnosti)“ vlastního života, který je v životě člověka zakotven v jeho odezvách na hodnotové výzvy, které mu poskytuje jeho svědomí, a v činech, které ze své vůle činí k uskutečnění hodnotového potenciálu obsaženého v přítomné situaci (Balcar, 2005, s. 255).

1.2.1 Historie a kvalita života

Patrně ve vědecké literatuře nenajdeme shodu ohledně začátků výzkumů týkajících se kvality života. Z tohoto důvodu můžeme tvrdit, že kvalita života lidí zajímala již od pradávných dob (Heřmanová, 2012). Lze spatřovat již v řecké a římské mytologii koncepci kvality života spojovanou se jmény Asclepia, Aesculapa (Vaňurová a Mühlpachr, 2005).

To, co je v současné době nazýváno kvalitou života, nazývali lidé poněkud rozdílně. Je vhodné uvést, že existovaly dva druhy studijního zájmu o otázky kvality života (Heřmanová, 2012). První druh zájmu tvořili lidé, které zajímal duchovní (náboženský) život (spiritualita nejrůznějšího druhu), v tomto případě se jednalo o otázky „dobrého života“ či „moudrého života“ v protikladu k životu řízeného chytrostí a vychytralostí (Lear, 2014). Druhý studijní zájem o otázky kvality života se ubíral cestou filozofickou (speciálně etickou a antropologickou), zde se jednalo zejména o otázky „dobrého“ v protikladu ke „špatnému“ životu (Fay, 2002). Tyto otázky mají bohatou historii zejména ve filozofii evropské. Můžeme se s nimi setkat již v antice, ve které se výrazně formoval směr zvaný hédonismus (význam slova hédoné představuje slast, a v tomto smyslu i štěstí) (Olšovský, 2005). Pokud se nad daným problémem zamyslíme obecně, můžeme říci, že dobře a šťastně žije ten, který si v bohaté míře dokáže užívat smyslovými cestami přicházejících slastí. Tak to například formuloval Sokratův žák Aristipos z Kyrény (Vaňurová a Mühlpachr, 2005). I jiná antická škola měla poměrně blízko k tomuto směru, jednalo se o školu Epikurovu, jež zdůrazňovala pocit slasti. Šlo o poněkud odlišný pocit slasti pramenícího z klidu (Olšovský, 2005). Dalším směrem pojetí toho, co je „dobré“ a tím i kvalitní v životě, byl utilitarismus, do kterého se v průběhu dějin začlenila i skupina anglických filozofů - Jeremy Bentham, David Hume, Thomas Hobbes, ti pohlíželi z druhé strany na to, co je dobré (z hlediska následků) a hodnotili užitečnost toho či onoho konání (Olšovský, 2005). Prosazovali

při tom radost či štěstí z uspokojování potřeb a zájmů. Ctilo je to, že začali nahlížet nejen na štěstí individualit, ale zajímali se i o to, jak se cítí druzí lidé. Obě uvedená pojetí a řada obdobných moderních pojetí vychází z empirie (smyslově dané zkušenosti) (Křivohlavý, 2004).

Tato výše zmiňovaná pojetí ovšem nejsou jediná, existují vedle nich pojetí, jež chápou „dobro“ odlišně; jako příklad pojetí, které nevychází ze smysly zprostředkovaných slastí, nýbrž z rozumu. Můžeme uvést pojetí spatřované již u Sokrata, které mistrně zpracoval Immanuel Kant (Křivohlavý, 2004). Kant odlišil myšlení (vlastní kognitivní činnost) od vnímání, což považoval za specifické pro člověka, neboť podle něj myšlení (rozum) překračuje smysly (vnímání). Nahlížel na člověka nejen jako na empirickou (zážitky definovanou) bytost, ale i jako na bytost myslící (Heidegger, 2014). Druhou rovinu, překračující rovinu empirickou, vnímal Kant jako oblast či sféru duchovní (v tomto smyslu hovořil i o duši). Křivohlavý (2004) popisuje tvrzení Kanta, v němž z duše vycházejí určité principy, které ovlivňují naše jednání, a mohou vést k dobrému nebo špatnému životu. Kant definoval dvě roviny těchto rozumových řídicích momentů, jako byl kategorický imperativ a maxima (Křivohlavý, 2004). Termínem maxima lze popsat principy nebo subjektivní praktické zásady jednání, které v životě řídí naše chování a činy; na jedné straně vychází z vlastní empirické zkušenosti, a také z toho, co jsme přijali od druhých lidí (například z kultury, v níž žijeme) a přijali to za vlastní (Heidegger, 2014). Jedná se o vyjádření praktických postojů lidí. Každý jedinec má svá maxima, která si buď uvědomuje, nebo jsou hluboce skryta či potlačena v jeho vědomí; člověk žije v přesvědčení, že pokud jedná dle svých maxim, která si v životě utvořil (ať jsou jakákoliv), jeho život je dobrý čili kvalitní (Křivohlavý, 2004). Kant vnímal nad maximy člověka ještě něco, co je převyšuje, spatřoval v tom právě tu skutečnost, která dělá člověka člověkem a pojmenoval ji kategorickým imperativem, který by měl platit pro jakékoliv lidské jednání (Křivohlavý, 2004). Kantovo doslovné znění kategorického imperativu je - *jednej tak, aby maxima tvé vůle vždy mohla být zároveň principem obecného zákonodárství* (Křivohlavý, 2004, s. 13). Kant zastával názor, že pokud člověk jedná v symbióze s tímto kategorickým imperativem, je mu jako člověku dobře (naopak jedná-li s ním v rozporu, dobře mu být nemůže) (Křivohlavý, 2004).

Při bližším zamyšlení se nad kvalitou života, si uvědomíme, že bychom se měli ptát na kvalitu života kromě otázek popisujících stávající stav (tak se ptají deskriptivní studie),

ale i tak, že nebudeme klást otázku, „jaké to bylo nebo momentálně je“, ale „jaké by to mělo být“ (Křivohlavý, 2004). Na kvalitu života se mohou dotazovat různí lidé a podle jejich otázek, zájmu bude stanoveno i to, čemu bude věnována větší pozornost. Kvalitou života člověka se může zabývat vědec, ať je to psycholog, sociolog, lékař, pedagog, filozof, politik, podnikatel a další (Drbal a Bencko, 2005). Payne (2005) uvádí důležitost uvědomit si podstatu, v jakém kontextu se na kvalitu života ptáme, neboť může jít o výzkum, o distribuci určitého druhu zboží nebo například o zavedení standardů pro hodnocení kvality péče. Filozofie si dává za cíl prozkoumat filozofickou povahu toho, o co jde každému člověku a to, aby život byl „naplněný“, „šťastný“, „hodnotný“, „pěkný“, atd. (Payne, 2005). Pokud kromě tohoto usilujeme i o proniknutí do toho, co je vlastně myšlení, musíme sami myslet, aby se nám to podařilo, musíme se připravit na myšlení se učit (Heidegger, 2014). Jakmile se do takového učení pustíme, tím také připouštíme fakt, že jsme dosud myslet neuměli. Člověk je nazýván „tím, kdo myslet umí“ a je tak právem nazýván, neboť člověk je rozumný živočich (Olšovský, 2006). Ratio (rozum) se rozvíjí v myšlení. *Člověk chce dokonce myslet velmi mnoho, a proto je schopen myslet tak málo. Člověk může myslet, pokud k tomu má možnost. Sama tato možnost nám však nezaručuje, že jsme toho schopni. Neboť schopni jsme jenom toho, co máme rádi a o co nám jde* (Heidegger, 2014, s. 7). S tímto souvisí určitý pohled na filozofy, kteří jsou nazýváni myslitelé, neboť myšlení ve vlastním smyslu se odehrává ve filozofii. Heidegger (2014) uvádí, že se v současné době uplatňuje zájem o filozofii, přesto existuje něco, o co se člověk příliš nezajímá. Patrný zájem o filozofii ještě nijak nehovoří o připravenosti člověka k myšlení (Heidegger, 2014).

Kvalita života může být středem zájmu skupiny lidí, která se bude zajímat o zcela konkrétní skupinu lidí (Křivohlavý, 2004). Tak tomu může být i v případě, kde se jedná o kvalitu života například žen v období klimakteria s jejich symptomy. V odborném jazyce je termín kvalita života využíván k popisu pozitivních či negativních aspektů života. Hodnocení, zda je život jedince kvalitní, souvisí s porovnáváním života člověka se žádoucí, očekávanou úrovní existence, nebo se životem ostatních lidí. Z toho důvodu se nabízí otázka: „Je daný život jednotlivce kvalitní? Co znamená dobrý život?“ (Gurková, 2011).

S pojmem kvality života bývá také spojována osobní pohoda (well-being), při vymezení pojmu well-being se odborníci poměrně shodují v názoru, že jde o dlouhodobý emoční

stav, ve kterém je upřednostňována spokojenost člověka s jeho životem (Čeledová a Čevela, 2010). Rovněž existuje shoda v tom, že osobní pohoda by měla jednak být vnímána a měřena prostřednictvím svých kognitivních komponent (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních záhad); komponent emočních (pozitivní a negativní emoce) a také že pro osobní pohodu je i charakteristická konzistence v různých situacích a stabilita v čase (Šolcová, 2004). V případě, že bychom se chtěli „pohlédnout do historie“, dnešnímu pojetí osobní pohody se v antické filozofii a psychologii nejvíce blíží pojem blaženosti (eudaimonía) (Olšovský, 2005). Pro Aristotela blaženost představovala pro člověka nejvyšší dobro uskutečnitelné lidským jednáním (Šolcová, 2004). Dosažení blaženosti nevychází pouze ze subjektivní rozumové činnosti a dosažení štěstí a radosti (Lear, 2014). Blaženost představuje více než štěstí (eutuchía), jež může být leckdy jen náhodné (to znamená, že závisí na náhodě čili týché) (Šolcová, 2004). Šolcová (2004) také uvádí, že blaženost v Aristotelově pojetí obsahuje i významný mravní rozměr; blaženost počítá také s úsilím o dosažení mravní dokonalosti. Aristoteles zastával názor, že blaženost je tedy uskutečňováním (entelecheia) a každodenním naplňováním ctností (areté) (Šolcová, 2004).

1.2.2 Kvalita života a současnost

Jestliže se zamyslíme nad konceptem kvality života v souvislosti s porodní asistencí či s ošetrovatelstvím, je nutné uvést, že zde zastává kvalita života specifické a zároveň nezastupitelné místo. Kvalita života souvisí s pojmy, jako jsou lidské potřeby, zdraví, sebe péče, pohoda, denní aktivity a existencionalní rozměr lidského života (Gurková, 2011). Nelze pochybovat o tom, že prostředí, zdraví a kvalita života patří ke kategoriím, které jsou od sebe neoddělitelné a jsou vzájemně spjaté (Drbal a Bencko, 2005).

S progresivním vývojem nástrojů měření kvality života rozvoj teoreticko-metodologické báze kvality života neprobíhal simultánně (současně), pouze v malém množství ošetrovatelských modelů (iniciálně vytvořených pro určité skupiny pacientů – zejména v oblasti onkologického ošetrovatelství) byla kvalita života zakomponována (Heřmanová, 2012). Jak zmiňuje Gurková (2011) nedostatek modelů usměrňujících vývoj výzkumu (včetně měřících nástrojů) v problematice kvality života a charakteristice kvality života (za účelem specifických studií) limitoval možnost porovnávat výsledky četných studií, a tak i zevšeobecnění daného konceptu v ošetrovatelství. Insuficientní konceptuální báze se odrazila i v tvorbě nástrojů

(Heřmanová, 2012). V rámci ošetrovatelského výzkumu pozorujeme implementaci heterogenního spektra nástrojů měření kvality života (Gurková, 2011).

Pojem kvalita života v současné době běžně nalezneme jak v laickém tak i v politickém slovníku. Jedná se také o sousloví, které se objevuje v poslední době i v řadě vědních disciplín, také může jít i o pojem, jež je spojen s různými přívlastky (Poněšický, 2006). Na jedné straně lze říci, že jde o pojem relativně nový, interdisciplinární a multidimenzionální, ale též o pojem poměrně kontroverzní a těžko uchopitelný (Heřmanová, 2012). Kvalitu života lze chápat v širších souvislostech kvality života jedince, např. zdravého životního prostředí, komunikace, atd. Skutečnou kvalitu lidského života se snaží postihnout index lidského rozvoje, který zahrnuje zdraví, bohatství a vzdělanost (Čeledová a Čevela, 2010).

Kvalita lidského života je ve velké míře závislá na zdraví, pocitu uspokojení, na vztazích mezi lidmi a je vnímána jako dynamický, měnící se proces, na který má vliv mnoho faktorů (Hudáková a Majerníková, 2013). Kvalita života je součástí společenského života a v souvislosti s ošetrovatelstvím, s porodní asistencí, představuje kritérium i cíl poskytované péče. Vzhledem k tomu, že se porodnická praxe soustřeďuje na uspokojování potřeb ženy, upřednostňuje holistický přístup k ženě, zastává porodní asistence i ošetrovatelství dominantní postavení mezi obory zabývajícími se problematikou kvality života. Uskutečňování změn jak v ošetrovatelské tak i v porodnické praxi očekává symbiózu vědy, techniky, financování zdravotní péče, aktivní součinnost ženy i její rodiny (Sherwood a Barnsteiner, 2012).

1.2.3 Kvalita života a zdraví

V kontextu s kvalitou života je důležité se zamyslet i nad pojmem zdraví. *Zdraví je výsledkem mnoha vlivů - od samého biologického vzniku jedince přes širokou společenskou aktivitu zahrnující činnost mnoha odvětví, až k působení populace jako celku a důsledkem individuálních a kolektivních rozhodnutí a činů. Lidé jsou při výběru ovlivňováni mnoha faktory: vlastní individuální biologickou a genetickou výbavou, kvalitou prostředí, společensko-ekonomickými okolnostmi i životními podmínkami, různými politickými a kulturními charakteristikami i mírou, do jaké mohou a jsou schopni přijímat individuální rozhodnutí v zájmu svého zdraví* (Světová zdravotnická organizace, 2001, s. 56). Zdraví bývá uváděno na prvních místech žebříčků životních hodnot, je považováno za významnou součást (i nutnou podmínku) plnohodnotného

života, za předpokládanou samozřejmost (Heřmanová, 2012). Úsilím člověka o co nejlepší zdravotní stav v průběhu celého života stoupá možnost prožít život na delší dobu ve zdraví, to přináší jak individuální, tak sociální i ekonomický užitek (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014). Nelze popřít skutečnost, že podporou individuálního zdraví (fyzického či duševního) lze navyšovat objektivní i subjektivně vnímanou kvalitu života (hlavně ve smyslu a pocitu soběstačnosti, schopnosti práce a pohybu, nezávislosti na ostatních lidech) (Čeledová a Čevela, 2010). Reálně existující sociální souvislosti (prolínání biologických, psychologických a sociálních predispozic) ovlivňují vnímání hranice mezi nemocí a zdravím (Sherwood a Barnsteiner 2012). Obsah pojmů zdraví a nemoc může být odlišně posuzován v různém čase a prostoru, v různých kulturních kontextech a v odlišných sociálních a institucionálních systémech (Gurková, 2011). Kromě psychiky jedince (jeho emocionální odolnosti, schopnosti vyrovnávání s traumatem a se stresem) významnou behaviorální úlohu zastává i interakce jeho sociálního okolí (Plevová et al., 2018). Stav zdraví je v současnosti chápán jako „metasystém“, obsahující vzájemně těsně propojené systémy, psychické, fyzické, sociální, ve kterém je podstatné, jak osoba, sociální skupina vnímá a interpretuje zdraví a nemoc, jak reaguje na představy o fungování lidského těla (Kastnerová, 2011). Všeobecně přijímanou a celosvětově nejrozšířenější definicí zdraví lze uvést definici WHO, která vymezuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Zdraví je považováno v 21. století, se zřetelem na převážně se zhoršující obecné podmínky života, za jednu z nejvyšších hodnot člověka a celé společnosti, proto také je velká pozornost věnována problematice zdravého vývoje a rozvoje populace (Řehulka, 2011). Zdraví je pokládáno za celospolečenskou hodnotu, promítající se do veškerého lidského konání. Každý jedinec by si měl uvědomovat skutečnost, že zdraví nevzniká v nemocnicích, v ordinacích lékařů, ale vyvíjí se v domácím prostředí, ve školách i na pracovištích, to znamená všude tam, kde se lidé rodí, vyrůstají, vzdělávají se, pracují, odpočívají a stárnou (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020). Zdraví a nemoc se významně podílí na kvalitě života, Čeledová a Čevela (2010) sdělují, že obvykle bývá kvalita života vnímána jako kulturnost životního stylu.

Gurková (2011, s. 51) v souvislosti s kvalitou života uvádí, že *souhrnně se dá říci, že globální definice v ošetrovatelství mají následující společné znaky:*

- *Kladou důraz na kognitivní aspekt, proces hodnocení individuálních životních podmínek nebo jejich subjektivní vnímání.*
- *Definují kvalitu života ve významu celkové životní spokojenosti, pohody nikoliv zdraví.*
- *Explicitně nekladou důraz na determinaci zdravím.*
- *Kladou důraz na subjektivnost, dominanci subjektivních indikátorů - percepce nebo hodnocení je založené na interních standardech (hodnotách, očekáváních, aspiracích, apod.)*
- *Zdůrazňují multidimenzionálnost kvality života.*

1.3 Měřicí nástroje k hodnocení kvality života

V 70. letech 20. století byl v rámci systému péče o zdraví zahájen výzkum kvality života, na jehož základě byl iniciován vznik konceptu kvality života, související se zdravím (HRQoL), jež se začal používat v 80. letech 20. století. Využívání konceptu navázalo na konceptualizaci zdraví, podpory zdraví a hodnocení dopadů na zdraví, vývoj byl podporován a usměrňován zejména tvorbou a rozvojem nástrojů měření kvality zaměřených na zdraví (Gurková, 2011). Gurková (2011) zpočátku zmiňuje používání generických nástrojů měření zdravotního stavu, jejichž cílem bylo porovnat úroveň HRQoL u zdravé a vedle toho u nemocné populace (respektive mezi různými druhy onemocnění).

V současné době jsou již vypracovány evaluační nástroje k podchycení jednak objektivního fyzického zdraví jedinců, tak i k určení jejich spokojenosti se zdravím. Podnět k vyhotovení základního dotazníku k měření kvality života WHOQOL-100 (World health Organization Quality of Life Assessment) dala v roce 1991 Sekce duševního zdraví WHO (Heřmanová, 2012). Podle Heřmanové (2012) se dotazník věnuje otázkám zdraví a hodnocení vlastního zdravotního stavu respondentem, kromě výše uvedeného úplného základního dotazníku se v praxi využívá i jeho na čtvrtinu zkrácená verze WHOQOL-BREF. Tyto měřicí nástroje poskytují hodnocení odlišných aspektů života (fyzického zdraví, úrovně nezávislosti, sociálních vztahů, spirituality, prostředí a celkové kvality života) i jejich prožívání (včetně spokojenosti se zdravím) (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Nástroje, které obsahují specifické oblasti (subškály) a vychází z podmínek vlivu a z potřeby konkrétního onemocnění, by se měly zaměřit na přesné zaznamenání efektivity ošetrovatelské intervence (Gurková, 2011).

Gurková (2011) dále zdůrazňuje, že při výběru nástrojů by měla být věnována pozornost určitým kritériím, jako je například obsah nástroje, na jaké cílové skupině byl nástroj validizován, jaké jsou vlastnosti nástroje a psychometrická analýza. V neposlední řadě je nutný i souhlas autora daného nástroje s jeho využitím (Gurková, 2011).

1.3.1 Měřicí nástroje k hodnocení kvality života žen po menopauze

Ke komplexnímu pohledu na somatické, psychické a sociální problémy souvisejícími s obdobím klimakteria, napomáhá hodnocení individuálně vnímané a prožívané kvality života žen (Moravcová a Holá, 2017). Moravcová a Holá (2017) se domnívají, že nástroje, využívané v klinické praxi k hodnocení kvality života, by měly být reliabilní, dostatečně senzitivní, specifické pro určitou symptomatologii a také by měly být přívětivé pro ženy při jejich užívání a praktické pro zdravotníky, kterým slouží ke zjištění důležitých dat o ženách.

K objektivizaci akutního klimakterického syndromu u žen, k posouzení úrovně kvality života ovlivněné symptomy a změnami doprovázející pre-, menopauzu a postmenopauzu, za účelem zvolení adekvátní léčby byly sestaveny specifické hodnotící nástroje (Fait, 2013). V níže popsaném přehledu jsou uvedeny nejvíce využívané hodnotící nástroje u žen prožívající náročnou etapu jejich života, a tím bezesporu může být období klimakteria.

Měřicí nástroj Green Climate Scale (GCS) slouží k hodnocení závažnosti symptomů v menopauze, postihuje 21 příznaků rozdělených do 4 hlavních domén - vasomotorická (2 položky), psychologická (11 položek), somatická (7 položek), na symptomy sexuality (1 položka). Celkové skóre se pohybuje od 0 (asymptomatické) až 63 (nejvyšší stupeň obtíží) (Green, 1998).

Capistrano et al. (2015) popisují Kupperman index (KI) využívaný zejména k hodnocení jednotlivých symptomů, jako jsou návaly horka, zvýšené pocení, poruchy spánku, podrážděnost, deprese, poruchy soustředění, závratě, bolesti hlavy, bolesti

kloubů, palpitace (míra obtíží je hodnocena body 0-3 a výsledek je součtem násobků index symptomu x míra obtíží).

Menopause Rating Scale (MRS) se skládá z jedenácti položek hodnotících symptomy žen v klimakteriu rozdělené do tří podskupin - symptomy somatické (návaly horka, narušený spánek, bolesti svalů a kloubů) zahrnující body 1-3 a 11; psychické symptomy (depresivní nálada, podrážděnost, úzkost, tělesné a duševní vyčerpání) představující body 4-7 a urogenitální symptomy (sexuální problémy, problémy s močovým měchýřem, suchost pochvy) obsahující body 8-10. V každé položce může být symptom hodnocen body od 0 bodů (nepřítomný) až 4 body (1 = mírný, 2 = střední, 3 = těžký, 4 = velmi závažný). Celkové skóre MRS je součtem bodů získaných pro každou podskupinu (kdy celkové skóre za každou podskupinu je součtem každé klasifikované položky obsažené v dané podskupině) (Heinemann et al., 2004). MRS se stala mezinárodně uznávaným měřicím nástrojem, její první překlad byl v anglickém jazyce (Schneider et al., 2000a), následně byly k dispozici verze v jazyce – portugalském, francouzském, německém, indonézském, italském, španělském, švédském a tureckém (Heinemann et al., 2003). Dle Faita (2013) je MRS využívanou hodnotící technikou ke zhodnocení klimakterických obtíží u žen. V současné době je k dispozici v 27 světových jazycích (Moravcová et al., 2014).

Také měřicí nástroj The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL) je zaměřený na hodnocení obtíží žen způsobené akutním klimakterickým syndromem. Nástroj obsahuje 29 položek rozdělených do 4 domén: vasomotorická doména (3 položky), psychosociální doména (7 položek), doména fyzická (16 položek) a sexuální doména (3 položky). Jednotlivé položky jsou stejného formátu a žena odpovídá na otázky, vztahující se k závažnosti jednotlivých položek (příznaků), které jsou hodnoceny na 7 bodové Likertové škále (0=vůbec neobtěžovalo, 6=extrémně obtěžovalo) (Ghazarfarpour et al., 2013).

Fait (2013) uvádí The Utian Quality of life Scale (UQoLS), což je upravený dotazník Short Form-36 profesorem Utianem, který zdůrazňuje také vliv klimakterického syndromu; dotazník obsahuje 23 otázek, jež jsou hodnoceny na škále 1 (vůbec ne) - 3 (zcela jistě). Hodnotit se může buď celkové skóre, nebo čtyři oddělené faktory jako je zaměstnání, zdraví, emoce, sex (Fait, 2013).

Standardizovaný dotazník The Women's Health Questionnaire (WHQ) byl dle Hunter (2003) rozvíjen za účelem zjišťování stavu zdraví žen. Je spolehlivý, má přiměřenou souběžnou platnost, je citlivý na detekci změn, byl navržen tak, aby posuzoval vnímání symptomů během menopauzy a u starších žen po menopauze (postihuje stránku fyzickou i emoční) (Hunter, 2003). Lze jej hodnotit jak ve studiích, při kterých je aplikována u žen hormonální substituční terapie, tak i ve studiích, v nichž ženy substituční léčbu neužívají. Na základě studií, v nichž byl nástroj testován a zaváděn do praxe, bylo stanoveno 9 domén jako depresivní nálada (6 položek), somatické příznaky (7 položek), úzkost/obavy (4 položky), vasomotorické příznaky (2 položky), problémy se spánkem (3 položky), sexuální chování (3 položky), menstruační příznaky (4 položky) a paměť/koncentrace (3 položky), "přitažlivost" (2 položky – při testování vyšel výsledný malý stupeň rozptylu, nyní je tato doména vynechána). V současné době nachází uplatnění v široké škále studií, je součástí preventivních intervencí pro peri- i postmenopauzální ženy v Evropě, Austrálii, Severní Americe (Hunter, 2000).

1.3.1.1 Využití měřících nástrojů v České republice

Co se týká využití hodnotících nástrojů v České republice k hodnocení míry a závažnosti příznaků u žen v souvislosti s klimakteriem, lze zmínit studii, jejímž cílem bylo vytvořit českou verzi dotazníku Menopauze Rating Scale. Moravcová et al. (2014) si stanovili za cíl zmapovat psychometrické vlastnosti MRS a ověřit její využitelnost v klinické praxi v českých podmínkách. Opakovaným a zpětným překladem autoři studie vytvořili českou verzi MRS (testovanou na vzorku 204 žen po přirozené menopauze ve věku 49-63 let), jež může být využívána k orientačnímu posouzení kvality života žen v postmenopauze a též umožňuje zhodnotit spektrum menopauzálních symptomů, jejich intenzitu a eventuální efekt terapie. Nástroj má 11 položek (stejně jako v původní verzi MRS), jež jsou seskupeny do 3 domén (somato-vegetativní, psychologické a urogenitální) (Moravcová et al., 2014). Autoři české verze změnili a konkretizovali hodnocené období ženami - „za poslední měsíc“ (Moravcová et al., 2014) oproti originálnímu dotazníku Heinemanna et al. (2004), ve kterém je použita neurčitá formulace - „v poslední době“. Na základě mínění Moravcové et al. (2014) hodnocení konkrétně specifikovaného časového období pomůže ženám lépe se zorientovat v aktuálním stavu.

Další využití měřicího nástroje v České republice zmiňují Urbánková et al. (2016), kdy v měsíci březen až říjen v roce 2015 bylo uskutečněno výzkumné šetření, ve kterém u 334 českých žen ve věku 45-60 let byly hodnoceny symptomy estrogenního deficitu. Ženy vyplňovaly hodnotící nástroj MRS v gynekologických ambulancích. Respondentky během studie udávaly nejčastěji mírnou intenzitu obtíží nebo nepřítomnost některých symptomů. Nejvíce příznaků o vyšší intenzitě zmiňovaly ženy zejména v somato-vegetativní doméně (Urbánková et al., 2016). Na základě výsledků v jednotlivých doménách i v celkovém skóre autoři zmiňované studie poukazují na fakt, že kvalita života žen přítomnými symptomy estrogenního deficitu byla ovlivněna pouze v malé míře. Kromě toho podtrhují důležitost připravenosti žen na změny a adekvátní informovanosti žen o změnách souvisejících s menopauzou. Také zdůrazňují možnost zdravotníků mít k dispozici nástroj hodnotící změny, související s menopauzou a následně odpovídajícím způsobem ženám pomoci (Urbánková et al., 2016).

1.3.1.2 Využití měřících nástrojů v zahraničí

V problematice využívání měřících nástrojů u žen v klimakteriu lze zmínit zejména studie, které byly zaměřené na standardizaci a validaci měřících nástrojů, studie zaměřené na bolesti svalů a kloubů u žen, studie zabývající se metabolickým syndromem, zaměřené na urogenitální systém, na psychiku, na symptomy klimakteria u žen rozdílných kultur, využití alternativních metod i hormonální substituce k léčbě v klimakteriu a na životní styl.

Heinemann et al. (2003) v jejich studii, směřované ke standardizaci a validaci měřících nástrojů, komparují data získaná z různých studií a podávají přehled psychometrických a dalších metodologických charakteristik měřících nástrojů pro hodnocení menopauzy. MRS byla navržena jako „samo-spravovaná“ stupnice. MRS byla standardizována a celosvětově rozšířena (Heinemann et al., 2003). Jak zmiňují Potthoff et al. (2000) menopauzální hodnocení (MRS) bylo vyvinuto na počátku 90. let jako reakce na nedostatek standardizovaných nástrojů pro měření závažnosti příznaků stárnutí (periodické pocení nebo návaly horka, porucha paměti, nedostatek koncentrace, nervozita, deprese, nespavost, bolesti kloubů a kostí) a jejich dopadu na zdravotní kvalitu života žen (HRQoL). První verze dotazníku MRS měla být zpočátku vyplňována ošetřujícím gynekologem, ovšem metodologické kritiky vedly ke vzniku nového nástroje, který mohly vyplňovat již ženy (ne pouze lékař) (Potthoff et al., 2000).

Na začátku 21. století došlo k validaci MRS se záměrem vytvořit nástroj pro měření zdravotní kvality života (HRQoL) s cílem: a) posoudit symptomy u stárnoucích žen za různých podmínek; b) vyhodnotit závažnost příznaků v průběhu času a c) změřit změny při substituční terapii u žen před a po léčbě (Potthoff et al., 2000; Schneider et al., 2000a; Schneider et al., 2000b; Schneider et al., 2000c).

Chaikittisilpa et al. (2013) informují svým příspěvkem ještě o studii probíhající v letech 2009 až 2011, zaměřené na studium menopauzálních aspektů u peri- a postmenopauzálních thajských žen, s cílem systematicky vyvinout a validovat standardizovaný dotazník (MS-QoLS). Hodnocení dotazníku prokázalo přijatelnou úroveň platnosti a spolehlivosti pro toto etnikum (Chaikittisilpa et al., 2013).

U žen v klimakteriu bývá poměrně často kvalita života narušena bolestmi svalů a kloubů, z tohoto důvodu byla uskutečněna řada studií věnovaných právě této problematice. Např. průřezová studie, probíhající v 18 městech v 12 zemích Latinské Ameriky u 8 373 žen ve věku 40-59 let, zkoumala, zda bolesti svalů a kloubů souvisí s hormonálními změnami v období klimakteria. Jako měřicí nástroj ke zmapování kvality života žen byl využit standardizovaný dotazník MRS (Blümel et al., 2013). Prevalence bolesti kloubů a svalů u zkoumaného souboru byla poměrně vysoká, významně souvisela s menopauzou a zejména s vasomotorickými příznaky vyskytujícími se u žen v tomto období. Tato asociace může souviset s hormonálními změnami v patogenezi bolesti svalů a kloubů. V posledním desetiletí v důsledku vysoké prevalence bolesti kloubů a svalů zaznamenaly výzkumy, týkající se tohoto problému, výrazný nárůst (Ceko et al., 2012). Odhaduje se, že 10 % obecné populace si stěžuje na bolesti kloubů a svalů, zejména pak ženy středního věku udávající problémy se spánkem, změnou nálady. Tyto symptomy jsou jednotně označeny pojmem fibromyalgie (Blümel et al., 2012a). Etiologie syndromu fibromyalgie není zcela známa, ale zahrnuje neurofyziologické poruchy související s vnímáním bolesti a modulace nálady, spánku a poznávání (Ceko et al., 2012). Na druhé straně se u žen středního věku vyskytuje klimakterický syndrom, zahrnující skupinu symptomů vznikajících na základě snížené sekrece ovariálních hormonů, což má za následek vasomotorické příznaky, poruchy nálady, zhoršenou kvalitu spánku a často i fibromyalgii (Blümel et al., 2012b). Vzhledem k tomu, že fibromyalgie a klimakterický syndrom mají podobnou epidemiologii, etiologii i symptomatologii, mohla by terapie vést u některých žen s etiologií fibromyalgie ke spoléhání se na

hormonální změny v průběhu klimakteria. Studie prováděná v Latinské Americe měla spojit fibromyalgii s různými souvisejícími faktory klimakteria a měla stanovit korelaci intenzity fibromyalgie a klimakterických příznaků u žen. Uskutečněný výzkum prokázal vysokou prevalenci fibromyalgie u žen středního věku významně spojenou s menopauzálními symptomy (zejména vasomotorickými) (Blümel et al., 2013). Studii zaměřenou na bolesti svalů a kloubů provedli Joseph et al. (2014) v Indii v roce 2011 u 110 žen ve věku 40-65 let. Cílem studie bylo, za pomoci vyhodnocení MRS, posoudit výskyt a závažnost symptomů menopauzy a zároveň zjistit faktory ovlivňující menopauzální příznaky. Jak již bylo zmíněno, z výsledků vyplynuly nejčastější symptomy jako bolesti svalů, kloubů, dále pak urogenitální příznaky, také fyzické a duševní vyčerpání žen (Joseph et al., 2014).

Jako další výzkum, zabývající se výše popisovanou problematikou, AlQuaiz et al. (2013) zmiňují zaměření se na hodnocení příznaků souvisejících s klimakteriem u arabských žen, které žily v Saúdské Arábii. K hodnocení klimakterických symptomů a jejich závažnosti byl opět použit hodnotící nástroj MRS. Tato studie porovnávala symptomy jako problémy svalů a kloubů (83,3 % žen), fyzické a duševní vyčerpání (80,2 %), poruchu spánku (71,2 % žen), podráždění (71,0 %), psychické problémy (36,5 %). Počet žen ze Saúdské Arábie, které uváděly návaly horka, noční pocení, byl analogický s počtem žen ze západních zemí. Kromě toho byly somatické symptomy srovnatelné zejména u žen v perimenopauze i premenopauze (AlQuiaz et al., 2013). Od ledna do března v roce 2016 Al-Musa et al. (2017) taktéž ze Saúdské Arábie (za využití standardizovaného měřicího nástroje MRS) zaměřili svůj výzkum jednak na to, jak sociálně demografické faktory, kultura, životní styl mohou u žen ovlivnit vnímání příznaků během menopauzy a také na to, jak dané symptomy působí na kvalitu života těchto žen. Z výsledků šetření je zřejmé, že 96,1 % žen si stěžovalo na postižení kloubů a svalů, podrážděnost uvedlo 94,7 % žen, úzkost 89,0 % a návaly horka a pocení zmínilo 80,7 % žen. Studie Al-Musa et al. (2017) demonstruje skutečnost, že ženy ze Saúdské Arábie mají mírně zhoršenou kvalitu života prokazatelnou vyšším skóre MRS v porovnání s dalšími studii realizovanými v Saúdské Arábii. Ženy více uváděly somatické symptomy (zejména bolesti svalů a kloubů) ve srovnání s těmito symptomy před menopauzou. Výsledky studie dokázaly fakt, že jak demografické údaje (jako rodinný stav - vdova; nižší vzdělání), tak i nedostatek tělesné aktivity významně ovlivňují symptomy menopauzy a tím i snižují kvalitu života těchto žen (Al-Musa

et al., 2017). Z obecně využívaných měřicích nástrojů lze uvést v souvislosti s klimakteriem Beckův index deprese a Pittsburský index kvality (PSQI) spánku (Haliloglu et al., 2014). Haliloglu et al. (2014) v jejich studii uskutečňované v Turecku vyhodnocovali za pomoci těchto dvou zmiňovaných nástrojů účinky bolestí zad na kvalitu spánku, kvalitu života a na depresi u žen s postmenopauzální osteoporózou. Potvrdili hypotézu, že bolest, deprese a narušená kvalita spánku ovlivňují (zhoršují) kvalitu života žen (Haliloglu et al., 2014). Vedle toho Tao et al. (2016) uvádějí studii, ve které také za pomoci PSQI (kromě toho ještě využili Kuppermanův index a MRS) si u menopauzálních žen dali za cíl prokázat, zda existuje souvislost mezi potížemi se spánkem a s menopauzou. Hypotézu, že menopauza má výrazný specifický vliv na problémy žen v souvislosti se spánkem, však výzkumem nepotvrdili (Tao et al., 2016). V další studii Devi et al. (2015) porovnávali příznaky menopauzy u 40 žen, žijících ve městě, se 40 ženami, žijícími na venkově (všechny ženy byly ve věku 40-60 let). V průřezové studii uskutečněné v roce 2014 v Indii byly symptomy menopauzy u žen rovněž definovány pomocí dotazníku MRS, který byl modifikován pro potřeby kultury indických žen. Byla prokázána statistická významnost v porovnání symptomů (v pořadí a dle počtu somatické, psychické, vasomotorické příznaky; genitourinární systém; změny sexuálního života) u městských žen s venkovskými ženami, kdy problémy u městských žen byly mírnější (Devi et al., 2015). Podobné výsledky popsali i Ashraf et al. (2008) z výzkumu prováděného u žen v menopauze v Malajsii.

V oblasti studií zaměřených na metabolický syndrom dle Lee et al. (2012) u 25 % žen ve středním věku je prokázán metabolický syndrom a jeho hlavní složka obezita se podílí na zvyšující se prevalenci a závažnosti symptomů u žen v menopauze. Chedraui et al. (2014) vycházeli ve svém výzkumu ze zmiňovaného poznatku Lee et al. (2012). Studie probíhala v Ekvádoru od prosince 2011 do června 2012 a mapovala výskyt a závažnost symptomů menopauzy u 204 postmenopauzálních žen ve věku 40-65 let. Chedraui et al. (2014) se zaměřili zejména na obezitu a posuzovali (na základě screeningového programu - vyšetření metabolického syndromu) její vliv na zvyšující se intenzitu symptomů v menopauze, pro vyhodnocení symptomů u žen využili MRS. Jejich zkoumáním neprokázali výrazný vliv metabolického syndromu spolu s obezitou na zvyšující se prevalenci a závažnost symptomů u žen v menopauze (Chedraui et al., 2014).

Cílem studie Lee et al. (2012) také bylo zmapovat možnost souvislosti a zvýšené prevalence metabolického syndromu jako rizikového faktoru kardiovaskulárního onemocnění spolu se symptomy v menopauze u žen. Výzkum proběhl v Koreji u 183 žen v letech 2008 a 2009, k hodnocení symptomů byl použit měřicí nástroj MRS. Z výsledků výzkumu je zřejmé, že bylo pozorováno vyšší skóre MRS u somatických symptomů ve skupině žen s metabolickým syndromem a také pozitivně korelovaly s hladinou triglyceridů v séru (Lee et al., 2012).

Další studii se zaměřením na prověření souvislosti mezi nadváhou až obezitou v menopauze a za využití MRS jako nástroje pro hodnocení příznaků v menopauze popisují Gonçalves et al. (2016). Tohoto výzkumu v Brazílii se v roce 2013 zúčastnilo 253 žen. Kromě vlivu nadváhy na vyšší prevalenci symptomů u žen v menopauze zmínili Gonçalves et al. (2016) i působení biologických faktorů (hypoestrogenismus), psychosociálních faktorů a faktorů životního stylu.

Také Ghazanfarpour et al. (2013) popisují studii, při které zkoumali, zda index tělesné hmotnosti (BMI), abdominální obezita či rozložení tuku ovlivňuje kvalitu života u žen v postmenopauze. Výzkum byl prováděn v Íránu u 233 žen (ve věku 45-70 let) s intaktní děložní sliznicí a s vaječníky. Ženy byly sexuálně aktivní a neužívaly hormonální terapii (Ghazanfarpour et al., 2013). U žen bylo provedeno antropometrické měření, následně výsledky byly zaznamenány a dále byly ženy dotazovány na otázky, týkající se kvality života ve vztahu ke zdraví za pomoci měřicího nástroje MENQOL (The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire). Na základě zhodnocení výsledků MENQOL bylo zřejmé, že obézní ženy (31,5 %) zaznamenaly více příznaků ve fyzické oblasti, ženy s androidním typem tuku měly vyšší počet bodů ve vasomotorické a fyzické doméně. Z šetření vyplývá, že obezita neovlivnila celkovou kvalitu života u žen v postmenopauze, ale byl patrný vliv obezity v oblasti psychické (Ghazanfarpour et al. 2013).

Účelem studie Capistrano et al. (2015) bylo identifikovat sociodemografický a antropometrický profil a korelovat je se závažností menopauzálních symptomů u žen po menopauze. Uskutečnili průřezovou studii u 201 žen v roce 2013 v Brazílii a k hodnocení symptomů využili Kuperrmanův index (zaměřený zejména na přítomné symptomy). Z výsledků jejich výzkumu vyplývá, že obezita žen nebyla spojena s menopauzálními symptomy, že závažné až středně závažné příznaky souvisely

s věkem žen. Téměř o 1,4 násobek vyšší prevalence zmiňované intenzity příznaků byla prokázána u žen, které byly 6-10 let po menopauze ve srovnání s těmi, u nichž došlo k menopauze po více než 10 letech (Capistrano et al., 2015).

Abdulah et al. (2017) prováděli výzkum u 258 žen žijících v Malajsii (z toho bylo 82 % malajských žen, 14,1 % zastupovalo indiánské etnikum a 3,9 % bylo Číňanek), u kterých na základě posuzování standardizovaného dotazníku (MRS) zjišťovali prevalenci symptomů menopauzy a jejich vliv na kvalitu života žen. Významná souvislost vlivu etnika na menopauzální symptomy byla prokázána u vyššího výskytu problémů v sexuálním životě u malajských žen (3,1x vyšší) než u Indiánek. Naopak u Indiánek byl 2,6x vyšší výskyt změny nálady (ve smyslu vyšší podrážděnosti) než u malajských žen (Abdulah et al., 2017).

V okruhu studií, zabývajících se urogenitálním systémem menopauzálních žen, Di Bonaventura et al. (2015) podávají informace o mezinárodní studii (průzkumu uskutečňovaného přes internet) zaměřené na vulvovaginální atrofii (má za následek vaginální suchost, nervozitu, dyspareunii) v souvislosti s menopauzou. Ve výzkumu byly definovány příznaky vulvovaginitidy prostřednictvím hodnotícího nástroje pro menopauzu (MRS), šetření probíhalo u žen ve věku 45-70 let v roce 2010 v USA (3 267 žen), v Německu (970 žen), v Itálii (387 žen), ve Velké Británii (1096 žen), ve Španělsku (294 žen) a ve Francii (1054 žen). Bylo prokázáno, že příznaky vulvovaginitidy jsou spojeny s výrazným a klinicky významným snížením kvality života žen (Di Bonaventura et al., 2015). Další průřezová studie uskutečněná v roce 2012 u žen ve věkovém rozmezí 40-60 let v Iránu, zabývajících se kvantifikací klimakterických symptomů v souvislosti se sexualitou (zejména byla hodnocena doména touhy, vzrušení, spokojenosti a bolesti při pohlavním styku), prokázala souvislost mezi závažností somatických a urogenitálních příznaků se sexuální dysfunkcí u žen (Eftekhar et al., 2016).

Problematikou psychiky u žen se zabývala např. studie Da Silvy a Tanaky (2013), kdy v Brazílii v měsících červenec roku 2011 až leden roku 2012 byla provedena u 1 415 žen ve věku 35-65 let průřezová studie za účelem určit frekvenci a závažnost menopauzálních symptomů a souvisejících faktorů. Da Silva a Tanaka (2013) uvedli, že během výzkumu využili několika měřících nástrojů z důvodu možného navržení intervencí zaměřených na zmírnění symptomů, u nichž je důležité zjistit jejich intenzitu

a závažnost. Pro tento účel kromě MRS Da Silva a Tanaka (2013) ještě hodnotili Kupperman index a Green Climate Scale a na základě analýzy získaných dat prokázali, že u žen v Brazílii zhoršují kvalitu jejich života zejména příznaky psychické; taktéž popsali vliv socioekonomických aspektů v souvislosti se zdravotním a menopauzálním stavem žen.

Wariso et al. (2017) popsali další studii (zaměřenou na psychický stav žen), která probíhala v USA v letech 1999 až 2014 u žen ve věku 40-60 let, jež uváděly v anamnéze depresi a amenoreu nejméně 6 měsíců (a ne déle než 1 rok). V tomto výzkumu byla porovnávána kvalita života, sociální přizpůsobení se a zdravotní postižení u žen s depresí v osobní anamnéze se ženami bez deprese na základě vyhodnocování standardizovaných dotazníků Quality of Life Enjoyment Scale Questionnaire (Q-LES-Q-SF), The Sheehan disability scale, The Social Adjustment Scale (škála sociálního přizpůsobení). Dle Wariso et al. (2017) stav žen v perimenopauze ani přítomnost návalů horka neměly výrazný dopad na snížení kvality života u žen, neboť kvalitu života významně snižovala jejich dominantní diagnóza z osobní anamnézy, a to deprese.

Využití Green Climate Scale (GCS) zmiňovali Abdelrahman et al. (2014), kteří zkoumali u jordánských žen ve věku 40-55 let vnímání úrovně stresu v souvislosti s menopauzálními příznaky. Vědci zjistili, přestože ženy v perimenopauze neprojevovaly přílišnou psychickou pohodu (více popisovaly přítomný stres), že nebyly tyto změny ovlivněny menopauzou. Vedle toho byly prokázány intenzivní vasomotorické příznaky a ztráta zájmu o sex u postmenopauzálních žen (Abdelrahman et al., 2014).

Vzhledem k tomu, že rozdílná kultura patří také mezi faktory, mající vliv na prožívání klimakteria, byly realizovány studie s tímto zaměřením. Vural a Yangin (2017) popisují statistické rozdíly mezi příznaky menopauzy u 160 tureckých a 160 německých žen. Symptomy u žen vědci vyhodnocovali prostřednictvím MRS. Se zvyšujícím se věkem tureckých žen, se zvyšovaly zejména jejich urogenitální příznaky, na rozdíl od žen z německé kultury (Vural a Yangin, 2017). S rostoucím věkem žen z Německa se u nich zhoršují příznaky v oblasti somatické, psychické. Celkový výsledek studie prokazuje, že ženy z Turecka prožívají intenzivnější příznaky, na rozdíl od žen německých. Na tomto faktu se podílí odlišná sociokulturní charakteristika žen (Vural

a Yangin, 2017). Vliv rozdílných kultur na prožívání klimakteria u tureckých a německých žen byl obdobně zjištěn i v dříve prováděných studiích (Cebeci et al., 2012; Kisa a Ozdemir, 2013), kdy turecké ženy zmiňovaly výraznější problémy zejména v oblasti sexuality (vaginální suchost, dyspareunii) oproti ženám německým.

Sdělení Liu et al. (2014) lze zařadit do výzkumů, které věnovaly pozornost alternativním metodám léčby v klimakteriu. Liu et al. (2014) uvádějí, že ve 12 nemocnicích v Číně, v době od června roku 2013 do května 2015, uskutečnili multicentrickou randomizovanou kontrolovanou studii, v níž na základě vyhodnocování měřících nástrojů (MRS, MENQOL, Kupperman index) posuzovali ženy, které se účastnily elektroakupunktury po dobu 8 týdnů z důvodu snížení specifických symptomů menopauzy (návalů horka) a z důvodu zvýšení kvality jejich života. Liu et al. (2014) zmiňují a porovnávají výsledky z dalších dřívějších studií zaměřených na ovlivnění symptomů u žen v menopauze za pomoci akupunktury. Jedna studie byla provedena v USA (Vincent et al., 2007) další v Korejské republice (Kim et al., 2010). Do těchto uváděných studií výzkumníci zahrnuli poměrně malý počet peri-menopauzálních a postmenopauzálních žen, sledované období bylo krátké (7 týdnů a 4 týdny), tudíž nebyl prokázán přínos akupunktury v souvislosti s možným snížením symptomů u žen (Vincent et al., 2007; Kim et al., 2010). Ani v ostatních prováděných studiích v Číně nebyly zjištěny signifikantní účinky elektroakupunktury na symptomy u žen ve smyslu snížení návalů horka (Jin et al., 2007; Qin et al., 2007; Xia et al., 2008; Hong et al., 2012).

Další oblastí, ve které jsou využívány měřící nástroje v souvislosti s klimakteriem, je životní styl. Hirose et al. (2018) zmiňují randomizovanou, dvojitě zaslepenou, placebem kontrolovanou studii, uskutečněnou u žen (40-60 let) od února do července v roce 2015 v Japonsku, za účelem posoudit vliv sójového lecitinu na menopauzální symptomy. Při výzkumu použili standardizovaný dotazník týkající se kvality života v oblasti zdraví (MHR-QOL). Při hodnocení byly získány údaje ohledně faktorů životního stylu; tělesných, psychických symptomů menopauzy; subjektivních symptomů (nespavosti, únavy); dále údaje souvisící s tělesnou kompozicí, kardiovaskulárními parametry a s fyzickou aktivitou. Byly prokázány pozitivní účinky vysokých dávek sójového lecitinu v souvislosti se snížením diastolického krevního tlaku a stejně tak byla pozorována i nižší úroveň únavy u žen (Hirose et al., 2018).

Kim et al. (2018) popisují pilotní studii z roku 2017 v Koreji, ve které si kladli za cíl prozkoumat účinnost, bezpečnost a použitelnost rostlinného přípravku „Danggwijagyaksan“ jako součást alternativní terapie klimakterického syndromu u žen v peri- a postmenopauze s diagnostikovanou anémií v osobní anamnéze (za využití měřících nástrojů WHOQL-BREF a MRS). Cílem pilotní studie bylo poskytnout lékařům informace o účinnosti a bezpečnosti tohoto rostlinného přípravku a umožnit navrhnout další studie v souvislosti s touto problematikou (Kim et al., 2018). Také lze uvést další randomizovanou studii (využívající standardizované dotazníky WHOQOL-BREF a MRS), zabývající se účinky alternativní terapie (rostlinných preparátů) na klimakterický syndrom u žen s diagnózou anémie, uskutečněné v Číně a v Japonsku (Kim et al., 2017).

Další alternativní metodou terapie v klimakteriu se zabývali Vora a Dangi (2014), v jejich studii se věnovali vlivu jógy (v podobě Pranayamy a Surya namaskar) na symptomy a kvalitu života žen v časně menopauze. Z výsledků jejich šetření vyplynulo, že pod vlivem jógy byly výrazně sníženy symptomy z 3 domén MRS (somato-vegetativní, psychické a uro-genitální) a došlo též k významnému snížení příznaků menopauzy na základě hodnocení MENQOL (Vora a Dangi, 2014).

Zdravý životní styl, a v souvislosti s ním i konzumace rostlinných nápojů, se stává v současné době poměrně populární u populace žen v západních evropských zemích (Matthews et al., 2011) neboť fytoestrogenní účinky sójových isoflavonů a isoflavonových doplňků jsou ženám navrhovány jako alternativní léčba ke konvenční hormonální terapii (Messina, 2014). Několik studií prokázalo (za pomoci MRS při hodnocení symptomů) pozitivní vliv pravidelného příjmu isoflavonů v souvislosti se snížením klimakterických příznaků, snížením markerů ischemické choroby srdeční a stejně tak i působení isoflavonů jako prevence osteoporózy (Castelo-Branco a Cancelo Hidalgo, 2011; Castelo-Branco a Soveral, 2013; Lethaby et al., 2013). Cílem další randomizované, otevřené, kontrolované klinické studie, také s využitím standardizovaného nástroje (MRS), uskutečněné ve Španělsku v roce 2012 u 147 žen, bylo taktéž zhodnocení působení sójového nápoje s vysokým obsahem isoflavonů na klimakterické symptomy žen. Rovněž bylo prokázáno jednak zlepšení, jak somatických, tak urogenitálních příznaků, tak i zlepšení kvality života žen související se zdravím v pre- a postmenopauze u žen (Tranche et al., 2016).

Za využití Pittsburghského indexu kvality spánku (PSQI) byla uskutečněna studie v souvislosti s vlivy aspektů životního stylu v západní části Teheránu v roce 2012 (Taavoni et al., 2014). Výzkumníci u žen (50-60 let) v menopauze zjistili sníženou kvalitu spánku ovlivněnou hypoestrogenismem, vzděláním a druhem zaměstnání žen. Neprokázali však nijak významnou korelaci mezi věkem žen, jejich osobnostní charakteristikou, věkem partnera, počtem dětí, spotřebou kávy, čaje a poruchou spánku (Taavoni et al., 2014).

Kromě výše zmíněných oblastí, kterým výzkumy, za využití měřicích nástrojů, věnují pozornost, lze ještě zmínit studii zabývající se metodou hormonální substituční terapie. Bonilla-Cortés et al. (2016) zmiňují poznatky ze sekundární analýzy multicentrické, randomizované, jednorázové studie, kterou uskutečnili u 103 mexických žen. Intenzitu příznaků menopauzy hodnotili před léčbou a po léčbě (6 měsíců intramuskulární aplikace 17 β -estradiolu, progesteronu) za pomoci standardizovaného nástroje Greene Climate Scale (GCS) a Utian Quality Life Scale (UQoLS). U žen, užívajících hormonální substituční terapii, bylo zřejmé zlepšení u menopauzálních symptomů, stejně tak došlo i ke zlepšení kvality jejich života (Bonilla-Cortés, 2016).

2 CÍL PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, jaké hodnotící nástroje využívají porodní asistentky v praxi.

Cíl 2 Aplikovat měřicí nástroj k hodnocení změn u žen s estrogenním deficitem.

Cíl 3 Zjistit, jaké symptomy ovlivňují život žen v období klimakteria.

Cíl 4 Vytvořit edukační program a zjistit, zda zvolený edukační program ovlivní znalosti žen o dané problematice.

2.2 Hypotézy

H1 Život žen v klimakteriu více ovlivňují psychické symptomy než symptomy somatické.

H2 Ženy vnímají zhoršenou kvalitu života více v oblasti sociálních vztahů oproti fyzickému zdraví.

H3 Ženy s vyšším vzděláním dodržují více navrhovaná režimová opatření oproti ženám s nižším vzděláním.

H4 Ženy s vyšším vzděláním oslovují porodní asistentku v souvislosti s režimovými opatřeními oproti ženám s nižším vzděláním.

2.3 Výzkumné otázky

VO1 Jak vnímají ženy období klimakteria?

VO2 Jaké intervence využívají ženy ke zmírnění obtíží?

VO3 Jaké hodnotící nástroje využívají porodní asistentky v klinické praxi za účelem specifikace klimakterických symptomů u žen?

2.4 Operacionalizace pojmů

Pro vysvětlení případných nejasností byly operacionalizovány významné pojmy, které souvisí se zkoumanou oblastí. Hlavním subjektem realizovaného výzkumu byly ženy v klimakteriu.

Klimakterium - období, pro které je charakteristický vznik klinických potíží, které nastupují přibližně jeden rok před menopauzou. Fyziologicky se vyskytuje mezi 45.

a 60. rokem věku ženy. Nastane-li tento proces před 40. rokem, je nazýván předčasným ovariálním selháním.

Kvalita života - dynamický, měnící se proces, ovlivňovaný řadou faktorů a ve velké míře závislý na zdraví, pocitu uspokojení a na vzájemných vztazích mezi lidmi.

Měřicí nástroj - prostředek ke specifikaci objektivních údajů o člověku, jehož výsledkem je zhodnocení jeho aktuálního stavu, na tomto základě lze stanovit intervence a poskytovat adekvátní, efektivní ošetrovatelskou péči. V této studii jsme diferencovali standardizovaný hodnotící nástroj (vychází z jednotné metodiky) a nestandardizovaný nástroj (má rozdílnou metodiku).

Jednotlivé zkoumané domény byly:

Fyzické zdraví - tělesná pohoda, funkčnost a kondice lidského organismu.

Prostředí - všechny faktory a jevy vně člověka, působící na jeho organismus a ovlivňující kvalitu života; prostředí není pouze nositelem vztahů člověka k podnětům a objektům vně, ale do určité míry je i součástí samotného organismu.

Prožívání - vnitřní, ryze subjektivní dění, zahrnující poznávání, cítění, představy a snažení člověka, projevující se v chování jedince.

Sociální vztahy - společenský vztah mezi dvěma nebo více lidmi, z nichž každý má své určité sociální postavení, plní sociální roli a je založený na množství sociálních interakcí.

Zdraví - není pouze nepřítomnost nemoci nebo vady, ale jedná se o stav úplné duševní a sociální pohody člověka.

Další zkoumané aspekty byly:

Symptom - příznak, vnější projev obtížně pozorovaného stavu či procesu, umožňuje rozpoznání určitého onemocnění, i když není jeho příčinou.

Režimová opatření - souhrn činností, jejichž dodržování směřují ke zdravému způsobu života.

3 METODIKA

Následující kapitola předkládá deskripci prostředí výzkumu a výzkumných metod, které byly součástí výzkumného procesu. Dále jsou v kapitole popsány kroky jednotlivých výzkumných fází využitých za účelem zjištění výsledků výzkumu.

Výzkum byl sestaven v kombinaci (triangulaci) kvantitativní a kvalitativní výzkumné metody. Hendl a Remr (2017) charakterizují triangulaci v souvislosti se sběrem dat a jejich interpretací jako využití více metod s cílem dosažení výstižnější a rozmanitější prezentace zkoumaného jevu.

Kvantitativní výzkum měl design observační deskriptivní průřezové studie. Pro kvalitativní výzkum byl použit design kvalitativní popisné studie. Kvalitativní výzkum doplnil a objasnil jednotlivé zkoumané oblasti kvantitativního výzkumu. Součástí kvalitativního výzkumu bylo vytvoření edukačního programu pro ženy, které se zúčastnily kvalitativní výzkumné fáze.

Záměr výzkumu byl realizován v kontextu s cíli práce a se snahou přispět k udržení či zlepšení kvality života a kvality zdraví žen v klimakteriu. Vzhledem k triangulaci a designu výzkumu byly zvoleny tři výzkumné soubory. Jeden výzkumný soubor tvořily ženy, které se podílely na kvantitativní části výzkumu. Pro lepší přehlednost byl soubor respondentek označen jako „výzkumný soubor I“. Druhý výzkumný soubor zahrnoval ženy, které participovaly na kvalitativní fázi výzkumu. V tomto případě byly informantky pojmenovány jako „výzkumný soubor II“. Součástí třetího výzkumného souboru byly porodní asistentky, které se také podílely na kvalitativní části výzkumu. Tento výzkumný soubor byl pro lepší orientaci nazván jako „výzkumný soubor III“.

Výzkum byl podporován Grantovou agenturou Jihočeské univerzity (GAJU) v Českých Budějovicích a byl realizován v rámci týmového grantového projektu - Využití měřících nástrojů v ošetrovatelství s číslem 058/2018/S.

3.1 Metodika kvantitativního výzkumu

V souvislosti se zkoumanou problematikou na podkladu teoretických východisek byla nejdříve zahájena kvantitativní výzkumná část, pro kterou byly zvoleny dva standardizované měřící nástroje zaměřené na vyhodnocení základních aspektů života

žen v klimakteriu. Na základě konzultace s odborníky z klinické praxe a se statistikem byl vyhotoven jeden nestandardizovaný dotazník.

Nejdříve bylo v rámci předvýzkumu realizováno testování nestandardizovaného dotazníku, jehož cílem bylo otestování srozumitelnosti otázek. V součinnosti s tímto testováním následně došlo ke specifikaci problému, který se vztahoval k ukončení menstruace a k vymezení otázky, týkající se profese porodní asistentky a jejích kompetencí. Po finální aktualizaci dotazníku byla ve spolupráci se statistikem určena velikost výběrového souboru pro hlavní fázi kvantitativního výzkumu, která byla uskutečněna v měsících března až června v roce 2019.

3.1.1 Použité výzkumné nástroje kvantitativního výzkumu

Pro kvantitativní výzkum byla jako výzkumná metoda zvolena metoda dotazování a to za využití již výše zmíněných dotazníků (Příloha 1).

Za účelem vyhodnocení kvality života žen v klimakteriu byla aplikována zkrácená verze WHOQOL-100 ve standardizované podobě dotazníku WHOQOL-BREF. Tento dotazník vychází ze struktury se čtyřmi doménami - fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí a představuje výběr 26 položek, z nichž 24 zastupuje facety a dvě položky jsou samostatným hodnocením celkové kvality života a celkového zdravotního stavu. Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF se vyjadřují jako doménové skóry, které představují průměrný hrubý skór spočítaný z příslušných položek včetně transformace na škálu od 4 do 20 a hodnoty dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav. Tento nástroj jsme zvolili na základě analýzy standardizovaných nástrojů využívaných k subjektivnímu posouzení kvality života. Využili jsme českou verzi zvoleného dotazníku na základě získání souhlasu od autorek dotazníku (Příloha 2).

Abychom mohli dále zhodnotit kvalitu zdraví žen v klimakteriu, použili jsme standardizovaný nástroj WHQ (Women's Health Questionnaire). Tento dotazník obsahuje 37 položek (otázek) členěných do 9 dimenzí - depresivní nálada, somatické příznaky, paměť/soustředění, vasomotorické příznaky, úzkost/obavy, sexuální chování, problémy se spánkem, menstruační příznaky a přitažlivost/půvab. Výsledky dotazníku WHQ se vyjadřují jako skóry jednotlivých dimenzí, které představují průměrný hrubý skór spočítaný z příslušných položek, včetně transformace na škálu od 0 do 1. Poslední

položku tvoří polootevřená otázka, zjišťující obtížnost zvládnutí některých z dříve uvedených příznaků. Využili jsme českou verzi zvoleného dotazníku na základě získání souhlasu od autorky dotazníku (Příloha 3).

Námi sestavený nestandardizovaný dotazník se skládal z 35 otázek. Respondentky byly kategorizovány podle biologických faktorů, jako byl věk, přítomnost či nepřítomnost menstruace, přítomnost či nepřítomnost subjektivních příznaků, hodnota BMI a také na základě sociodemografických faktorů, které se týkaly vzdělání, rodinného stavu, bydliště, zaměstnání, parity, kojení, účasti žen na gynekologické prevenci. Dále součástí nestandardizovaného dotazníku byly otázky zaměřené na životní styl žen, na možnosti léčby klimakterických obtíží. Kromě toho jsme získali i data vztahující se ke znalostem žen o problematice klimakteria, k zájmu žen o zkoumanou oblast, k zájmu žen o intervence, zacílené na zmírnění obtíží ze strany porodní asistentky.

3.1.2 Charakteristika výzkumného souboru I kvantitativního výzkumu

Výzkumný soubor I v rámci kvantitativního výzkumu tvořily ženy, které jsme oslovili za využití metody záměrného výběru. Reprezenativní vzorek byl volen tak, aby splňoval důležité kvóty, kterými bylo pohlaví (žena), věk 45 až 65 let, trvalé bydliště v Jihočeském kraji České republiky a spolupráce při vyplnění dotazníku. Výzkumný soubor I čítal 425 žen. Všechny respondentky byly informovány o cíli studie, o postupu výzkumu a o možném využití výsledků výzkumného šetření. Dále respondentky získaly informace o anonymním využití získaných dat pro účely výzkumu a o skutečnosti, že osobní údaje účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Co se týká vlastního sběru dat, preferovali jsme samostatné vyplnění dotazníku respondentkami. Respondentky byly požádány o vyplnění dotazníku v jejich známém prostředí nebo v čekárnách gynekologických ordinací. Ženy potřebovaly k vyplnění dotazníku v průměru 15-25 minut. Lékaři z gynekologických ordinací vyjádřili písemný souhlas s realizací sběru dat od žen (Příloha 4).

Výzkumný soubor I zahrnoval ženy, které ještě měly menstruaci (měly pravidelné, nepravidelné menstruační cykly), ženy s přirozenou menopauzou a ženy, jež měly menopauzu vyvolanou uměle, tzn., měly odstraněnou dělohu a ovaria.

Pro výzkumný soubor I bylo dohromady distribuováno 425 dotazníků. Celkem 25 (5,9 %) dotazníků nebylo zpracováno, neboť 19 (4,5 %) dotazníků se nevrátilo vyplněných a 6 (1,4 %) dotazníků bylo ženami vyplněno nekompletně. Po vyřazení 25 dotazníků bylo podrobena analýze 400 (94,1 %) validních dotazníků.

3.1.3 Sběr a analýza kvantitativních dat

Statistické zpracování dat bylo realizováno v programu Statistické analýzy sociálních dat (SASD) a v programu Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Analýza dat byla prováděna na bázi prvního a druhého stupně třídění. V prvním stupni třídění byly pro jednotlivé ukazatele konstruovány frekvenční tabulky a vypočítány absolutní a relativní četnosti a střední hodnoty (modus, medián, průměr, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí, odhad rozptylu a směrodatné odchylky a intervalový odhad střední hodnoty a rozptylu na úrovni 0,05).

Ve druhém stupni třídění byly konstruovány kontingenční tabulky s absolutními a relativními četnostmi (sloupcovými, řádkovými, celkovými i očekávanými) a znaménkové schéma. V rámci analýzy souvislosti byly aplikovány dle charakteru znaků a počtu pozorování test Chí kvadrát dobré shody (v textu je znázorňován znakem χ^2) (Pearson Chi-Square) a Test nezávislosti. Následně byly provedeny výpočty Pearsonova koeficientu kontingence, Normovaného Pearsonova koeficientu kontingence, Čuprovova koeficientu, Cramerova koeficientu, Walisova koeficientu, Spearmanova koeficientu a Korelačního koeficientu. Síla vztahu byla měřena na třech úrovních hladiny významnosti, a to $\alpha = 0,05$, $0,01$ a $0,001$.

V rámci popisu analyzovaných statisticky významných vazeb jsou standardně uváděny hodnoty testu Chí kvadrát dobré shody a Testu nezávislosti. Aby bylo možné stanovit směr statisticky významného vztahu mezi dvěma znaky, byla úroveň možné odchylky vypočítána pro každé políčko kontingenční tabulky. V případě nedostatečného počtu pozorování byla aplikována Yatesova korekce.

Dále bylo realizováno v rámci další analýzy testování statisticky významných vztahů. Ke korelaci vzájemných faktorů byly použity Kendall's tau-c a Cramer's V test. Zjišťovali jsme korelace mezi somatickými příznaky a věkem, vzděláním, velikostí místa bydliště (populace), zaměstnáním a preventivními gynekologickými prohlídkami. Také byla hodnocena korelace mezi somatickými klimakterickými příznaky a BMI.

Kromě somatických symptomů byly srovnávány psychické symptomy a sledována jejich korelace s věkem, rodinným stavem, vzděláním, velikostí místa bydliště (populace), zaměstnáním a preventivními gynekologickými prohlídkami. Zajímalo nás také srovnání korelací mezi věkem, rodinným stavem, vzděláním, velikostí místa bydliště (populace), zaměstnáním, preventivními gynekologickými prohlídkami a vasomotorickými příznaky. Pozornost byla věnována také věku, rodinnému stavu, vzdělání, velikosti místa bydliště (počet obyvatel), povolání a preventivním gynekologickým prohlídkám. Také byla prováděna korelace vztahů mezi somatickými příznaky a aspekty životního stylu žen, jako bylo kouření nikotinových produktů, konzumace alkoholu a vykonávání pohybové aktivity. Rovněž byla hodnocena korelace mezi kvalitou života a věkem, rodinným stavem, vzděláním, velikostí místa bydliště (počtu obyvatel), zaměstnáním a preventivními gynekologickými prohlídkami. Rovněž jsme se zabývali srovnáním vzájemných vztahů mezi fyzickým zdravotním stavem žen a nástupem amenorey, mezi celkovou spokojeností žen se zdravím a věkem a se vzděláním. Ještě jsme posuzovali vzájemné vztahy mezi celkovou spokojeností s kvalitou života žen a jejich věkem, vzděláním a zaměstnáním.

3.2 Metodika kvalitativního výzkumu

Kvalitativní část výzkumu byla uskutečněna jako doplňující a rozšiřující výzkumné šetření k prvotnímu výzkumu, který byl realizován kvantitativní výzkumnou metodou. Hlavním cílem kvalitativní části výzkumu bylo získat a popsat fakta, která nebylo možné zjistit od žen v průběhu kvantitativního výzkumu. Pomocí kvalitativní metody byla upřesněna data, související s konkrétnější a bližší specifikací kvality života a kvality zdraví žen v klimakteriu a také data, týkající se názorů a postojů žen ke zkoumané problematice.

Kromě výše zmíněného byla kvalitativní část výzkumu ještě zaměřena na porodní asistentky působící v primární péči.

Pro metodiku kvalitativního výzkumu posloužily Standardy pro kvalitativní výzkum (SRQR - Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations). Cílem SRQR je zlepšit transparentnost všech aspektů kvalitativního výzkumu a pomoci autorům při aplikaci a syntéze výsledků studie (O'Brien et al., 2014).

3.2.1 Použité kvalitativní metody

Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo u žen ve dvou fázích. První fáze byla realizována před poskytnutím edukačního programu ženám a druhá část se uskutečnila tři měsíce po absolvování edukace.

V kvalitativní části výzkumu byla v obou fázích k získávání dat od žen využita technika individuálních polostrukturovaných rozhovorů a tematická analýza dat.

Podklad pro realizaci rozhovorů v první fázi kvalitativního šetření (Příloha 5) byl sestaven v takovém rozsahu, aby vystihl blíže problematiku klimakteria, prožívání žen tohoto období, jejich názory a postoje ke zkoumané oblasti. Součástí tohoto segmentu výzkumného šetření bylo rovněž postihnout názory žen na profesi porodní asistentky (včetně jejich kompetencí v rámci edukace) a na osvětu. V úvodní části rozhovoru, při kterém bylo ženám položeno celkem 16 předem připravených otázek, byly zjišťovány identifikační údaje o informantkách (věk, vzdělání, zaměstnání, pravidelnost menstruace, užívání hormonální antikoncepce nebo hormonální substituční léčby).

Sběr dat první fáze kvalitativního šetření probíhal v roce 2021 v měsících březen až duben. V úvodu rozhovorů byly ženy seznámeny s problematikou výzkumu a byly ujistěny o dodržení anonymity při zpracování dat. Vzhledem k protiepidemickým opatřením v souvislosti s pandemií COVID-19 byly rozhovory realizovány převážně prostřednictvím video-hovoru nebo v klidném prostředí, které si ženy pro rozhovor zvolily (za dodržení preventivních opatření). Průměrná délka rozhovorů byla 30-50 minut.

Co se týká podkladu pro realizaci druhé fáze kvalitativního šetření (Příloha 6), byl zkonstruován tak, aby zmapoval u žen uplynulé tříměsíční období po absolvování edukace. Věnovali jsme pozornost tomu, zda došlo u žen ke změnám v souvislosti s klimakterickými příznaky, zda edukační program přispěl u žen k posílení jejich znalostí v souvislosti s klimakteriem, nebo také jestli bylo dosaženo pozitivních změn u žen v jejich postojích ke zkoumané oblasti.

Druhá fáze kvalitativního výzkumu byla u žen realizována po uplynutí doby třech měsíců od absolvování edukačního programu. Individuální polostrukturované rozhovory byly realizovány v měsících září až prosinec 2021 rovněž formou video-hovoru nebo v prostředí, které si ženy vybraly. Vzhledem k tomu, že se jednalo o stejné informantky,

rozhovory byly omezeny o základní identifikační údaje informantek (věk, vzdělání, zaměstnání), tudíž průměrná délka rozhovorů byla oproti první fázi mírně zkrácena, a to na 30-40 minut.

Jak již bylo zmíněno, vedle sběru dat od žen bylo pro komplexnější pohled na zkoumanou problematiku realizováno i získávání dat od porodních asistentek. Nabývání těchto dat se uskutečňovalo v roce 2021 v měsících květen až říjen. Data byla získávána technikou individuálních polostrukturovaných rozhovorů. V úvodu rozhovorů byly porodní asistentky seznámeny s problematikou výzkumu a s dodržáním anonymity při zpracování dat. Vzhledem k protiepidemickým opatřením v souvislosti s pandemií COVID-19 a také z důvodu časových možností porodních asistentek a rozmanitosti lokalit gynekologických ordinací, byly rozhovory realizovány zejména prostřednictvím video-hovoru. Průměrná délka rozhovoru byla 40-50 minut. Otázky pro porodní asistentky byly orientované na problematiku žen s estrogenním deficitem a také na to, jaké měřicí nástroje eventuálně používají k vyhodnocení symptomů a kvality zdraví u žen (Příloha 7).

3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru II kvalitativního výzkumu (ženy)

Výzkumný soubor II byl vytvořen na základě využití metody záměrného výběru, která je považována za nejrozšířenější metodu, se kterou se při aplikaci kvalitativního přístupu lze setkat (Mioviský, 2006). Za záměrný výběr výzkumného vzorku je značen takový postup, kdy účastníci výzkumu jsou cíleně determinováni dle jejich určitých vlastností. Za kritérium výběru lze označit vlastnost či projev této vlastnosti nebo stav (příslušnost k určité sociální nebo jiné skupině) (Mioviský, 2006). Mioviský (2006) rozlišuje kvótový záměrný výběr, kdy je základním předpokladem pro využití této metody znalost a popis kritérií, podle kterých lze podskupiny základního souboru odlišit. V souvislosti se získáváním informací jsme stanovili důležité kvóty výběru, tzn., pohlaví (žena), věk žen 40 až 55 let, trvalé bydliště v Jihočeském kraji v České republice, zájem o účast na edukačním programu, účast na následném rozhovoru po uplynutí 3 měsíců od edukačního programu a spolupráce při vedení rozhovoru. Informantky výzkumného souboru II byly za účelem zachování anonymity označeny Ž1 až Ž17 a sběr dat byl ukončen nasycením výzkumného vzorku.

3.2.3 Charakteristika výzkumného souboru III kvalitativního výzkumu (porodní asistentky)

Vzhledem k potřebám našeho kvalitativního výzkumu byl vymezen ještě výzkumný soubor III. Výzkumný soubor III byl opět zvolen na základě kvótového záměrného výběru. Při získávání informací byly osločovány porodní asistentky pod podmínkou dodržení kvót. Porodní asistentky musely vykonávat svou profesi v oblasti primární péče v Jihočeském kraji v České republice, uplatňovaly své kompetence v rámci gynekologické péče o ženy a byly ochotné spolupracovat na kvalitativní části výzkumného šetření. Informantky výzkumného souboru III byly z důvodu zachování anonymity označeny PA1 až PA5 a sběr dat byl zakončen opět při nasycení výzkumného vzorku.

3.2.4 Sběr a analýza kvalitativních dat

Získaná data z rozhovorů s informantkami z výzkumného souboru II v první fázi kvalitativního šetření byla doslovně přepsána a jsou uchována v elektronické podobě. Digitalizovaná data byla analyzována za využití softwaru ATLAS.ti 9. Pro analýzu kvalitativních dat byly využity prvky zakotvené teorie, technika otevřeného a axiálního kódování. Miovský (2006, s. 226) zastává názor, že zakotvená teorie je *teorie induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je vytvořena a prozatím ověřena prostřednictvím systematického shromažďování údajů o zkoumaném jevu a analýzy těchto údajů.* Pojem otevřené kódování znamená, že významové jednotky jsou složeny z pojmů označující jednotlivé události, jako např. pocity, jevy, atd. Kategorii lze charakterizovat jako třídu pojmů, která vzniká tím, že jsou vzájemně porovnávány a tříděny významové jednotky a v nich obsažené pojmy. Proces shromažďování dílčích pojmů se nazývá kategorizace (Miovský, 2006). Data byla v rámci porovnávání a strukturování kategorizována. Vznikly hlavní kategorie: Asociace s obdobím klimakteria; Prožívání klimakteria; Edukace. Vzhledem k obsáhlému množství získaných dat vznikly také subkategorie: Nepříznivé projevy; Změny, omezení; Odborná rada, pomoc; Režimová opatření, životní styl; Názory žen; Osvěta. Pro autentičnost výsledků jsou následně zvolené přímé citace informantek v kapitole 4 Výsledky psány kurzívou.

Digitalizovaná data z druhé části kvalitativního výzkumu byla opět analyzována za využití softwaru ATLAS.ti 9. Pro analýzu kvalitativních dat byly také využity prvky

zakotvené teorie, technika otevřeného a axiálního kódování. Zakódovaná data také byla následně porovnávána, strukturována do kategorií a subkategorií. Vznikly hlavní kategorie: Asociace s obdobím klimakteria po edukaci; Prožívání klimakteria po edukaci; Intervence porodní asistentky. Dále vznikly subkategorie: Nepříznivé projevy po edukaci; Obecná opatření; Nové změny; Režimová opatření, životní styl po edukaci; Kompetence porodní asistentky; Spokojenost s edukací. Pro autentičnost výsledků jsou rovněž zvolené přímé citace informantek v kapitole 4 Výsledky psány kurzívou.

Stejně tak data získaná z rozhovorů s porodními asistentkami byla doslovně přepsána, jsou uchována v elektronické podobě, digitalizována a analyzována za využití softwaru ATLAS.ti 9. Pro tematickou analýzu kvalitativních dat byly také využity prvky zakotvené teorie, technika otevřeného a axiálního kódování. Zakódovaná data opět byla následně porovnávána, strukturována do kategorií a subkategorií. Vznikly hlavní kategorie: Primární péče; Porodní asistentky a kompetence. Byly vytvořeny subkategorie: Názory porodních asistentek; Symptomy žen; Hodnocení změn u žen; Edukace žen a Zpětná vazba. Pro autentičnost výsledků jsou také zvolené přímé citace informantek v kapitole 4 Výsledky psány kurzívou.

3.2.5 Edukační program

Edukační program byl pro ženy připraven (v rámci kompetencí porodní asistentky) na základě získaných výsledků a poznatků z první fáze kvalitativního šetření. To znamená z rozhovorů, které byly uskutečněny s informantkami před realizací intervenčního programu. V této souvislosti byl připraven nejen edukační program, ale rovněž edukační brožura pro ženy, vycházející z potřeb žen orientovat se lépe v období doprovázeném změnami v souvislosti s deficitem ženských pohlavních hormonů (zejména estrogenů). Tuto brožuru ženy dostávaly v rámci edukačního programu a také byla poskytnuta k dispozici gynekologickým ambulancím, ve kterých vyplňovaly ženy dotazník pro kvantitativní část výzkumu. Edukace byla zaměřena na klimakterické symptomy, na diagnostiku, terapii a na využití režimových opatření, nefarmakologických možností k mírnění klimakterických obtíží (tj. na zásady zdravého životního stylu; na využití fytoestrogenů, homeopatie, akupunktury, akupresury, hormonální jógy, atd.). Obsah edukačního programu pro ženy ve formě prezentace (power point) je uveden v Příloze 8. Vzhledem k tomu, že kvalitativní část výzkumu byla realizována v době s požadovanými protiepidemickými opatřeními

proti šíření nemoci COVID-19, byl edukační program uskutečňován pro ženy individuálně podle jejich zdravotních a časových možností. Edukační program probíhal v měsících červen až září v roce 2021 v prostorech Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v Centru prevence civilizačních chorob. Jednotlivá setkání se ženami v příjemném prostředí v rámci edukace trvalo v průměru 60-70 minut.

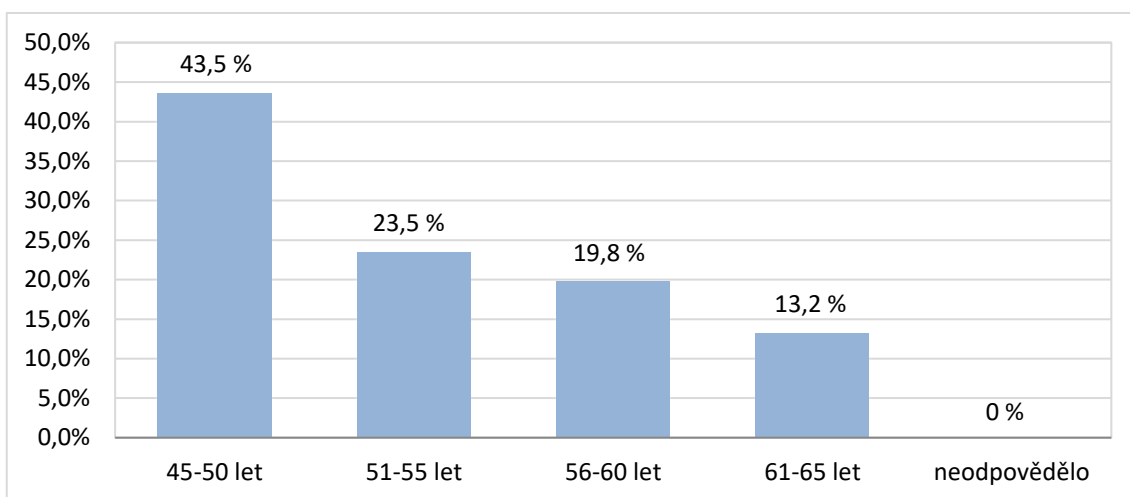
4 VÝSLEDKY

Kapitola 4 Výsledky je rozčleněna na šest segmentů (strukturu výzkumného souboru I, kvantitativní výzkumné šetření, testování hypotéz, strukturu výzkumného souboru II a výzkumného souboru III a na kvalitativní výzkumné šetření).

4.1 Struktura výzkumného souboru I

Graf 1 Věk žen

n=400

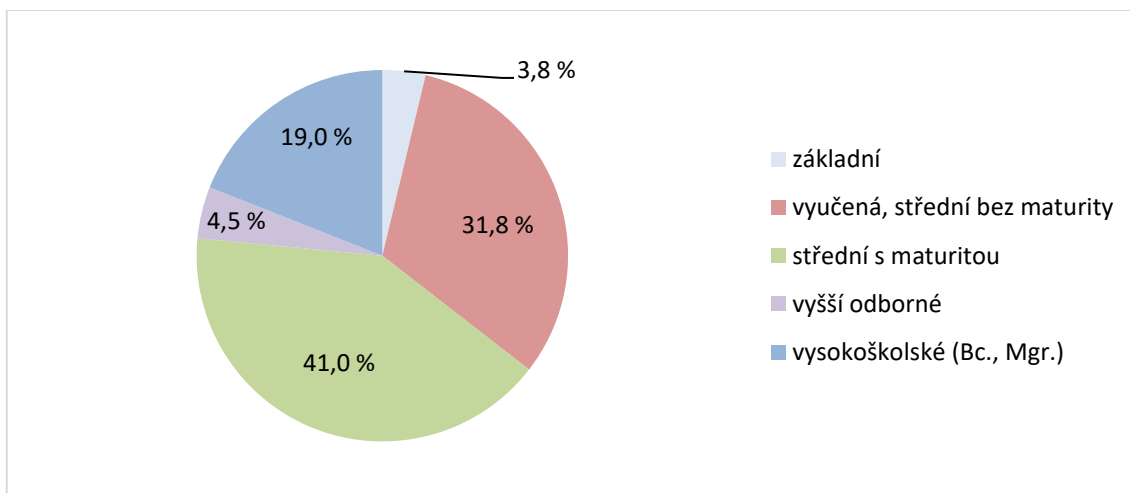


(Zdroj:vlastní výzkum)

Graf 1 znázorňuje jednotlivé věkové kategorie žen, které se účastnily výzkumného šetření. Věkovou kategorií 45-50 let reprezentovalo 174 (43,5 %) žen, ve věkové kategorii 51-55 let bylo 94 (23,5 %) žen, 79 (19,8 %) žen tvořilo věkovou kategorii 56-60 let a ve věkové kategorii 61-65 let se nacházelo 53 (13,2 %) respondentek.

Graf 2 Vzdělání žen

n=400

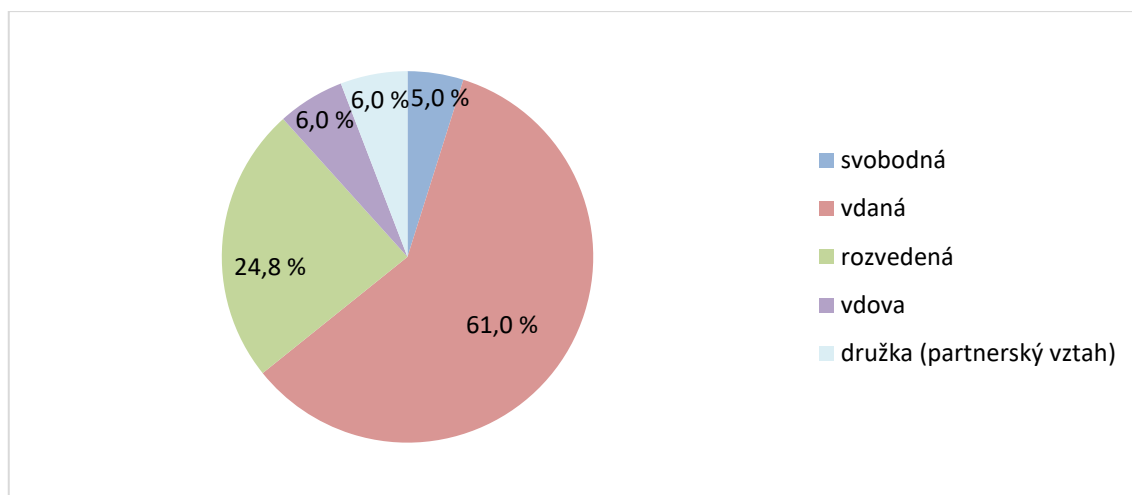


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 2 se zabývá nejvyšším ukončeným vzděláním respondentek. Ukončené základní vzdělání sdělilo 15 (3,8 %) žen, 127 (31,8 %) žen bylo vyučených nebo mělo ukončenou střední školu bez maturity, střední školu s maturitou uvedlo 164 (41,0 %) respondentek, vyšší odborné vzdělání mělo 18 (4,5 %) žen a s vysokoškolským vzděláním (titulem Bc., Mgr.) bylo 76 (19 %) respondentek.

Graf 3 Rodinný stav žen

n=400

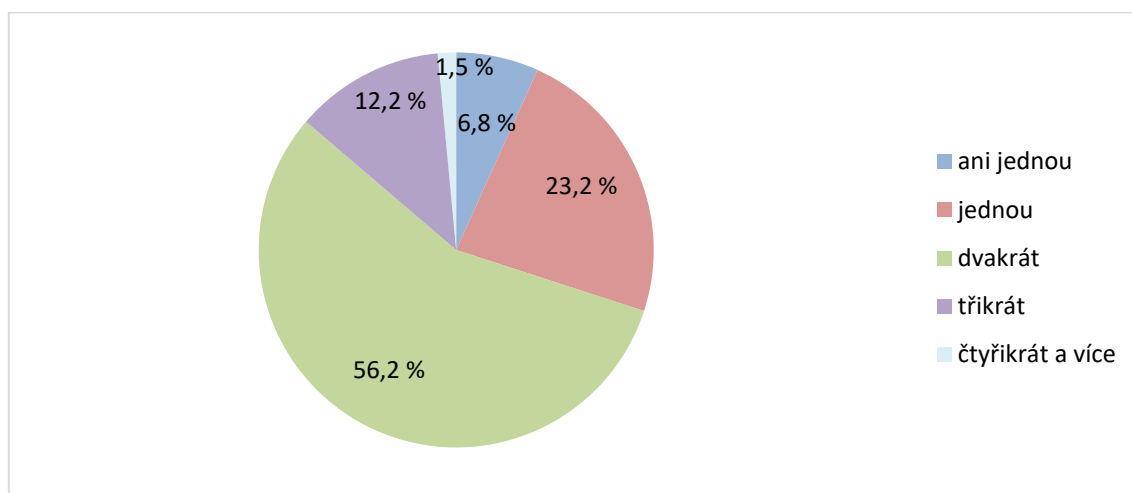


(Zdroj: vlastní výzkum)

Z Grafu 3 je zřejmá struktura výzkumného souboru z aspektu rodinného stavu. Svobodný stav zmínilo 20 (5,0 %) žen, 244 (61,0 %) žen bylo vdaných, 99 (24,8 %) respondentek uvedlo, že jsou rozvedené, 24 (6,0 %) žen bylo vdov a 24 (6,0 %) respondentek žilo v partnerském vztahu jako družka.

Graf 4 Parita žen

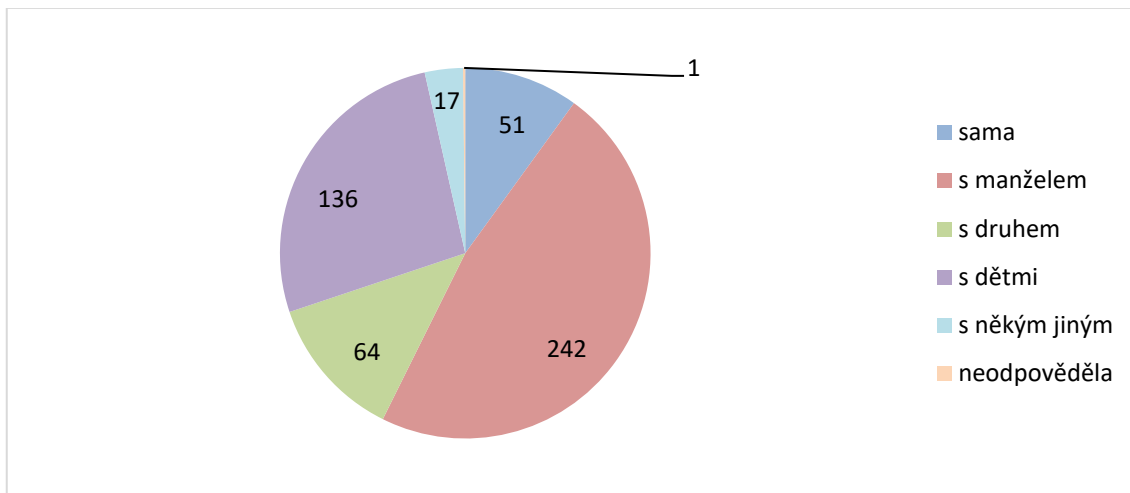
n=400



(Zdroj: vlastní výzkum)

V Grafu 4 je znázorněno, kolikrát respondentky ve svém životě rodily. Ani jednu nerodilo 27 (6,8 %) žen, 93 (23,2 %) žen zmínilo jeden porod, 225 (56,2 %) respondentek rodilo dvakrát, 49 (12,2 %) žen uvedlo ve svém životě tři porody a 6 (1,5 %) žen rodilo čtyřikrát a více.

Graf 5 Společná domácnost

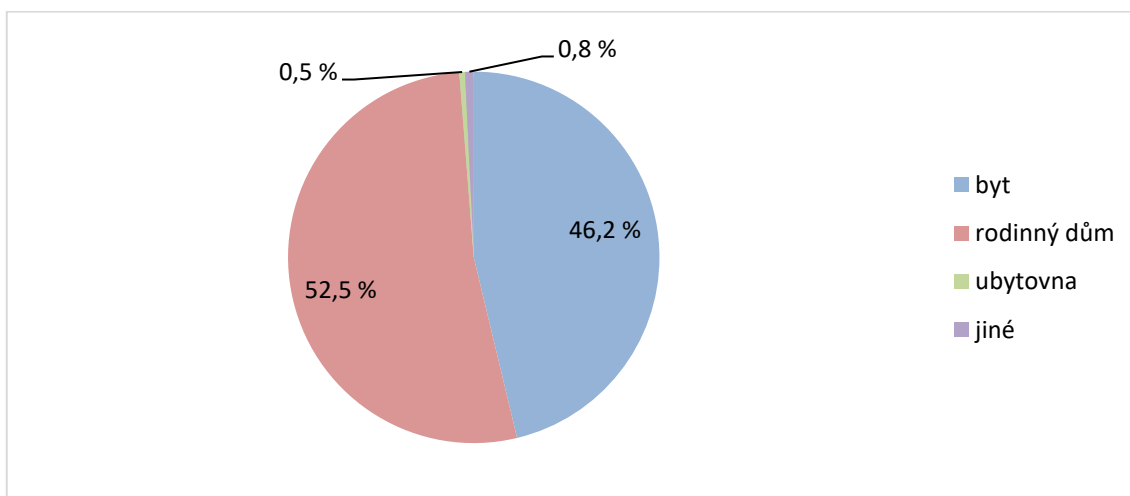


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 5 prezentuje, s kým sdílely respondentky společnou domácnost. Pro tuto oblast mohly respondentky volit z více možností odpovědí, tudíž bylo získáno celkem 511 odpovědí. 51x odpověděly ženy, že žijí v domácnosti samy, 242x byla uvedena možnost sdílené domácnosti s manželem a 64x s druhem. Možnost společné domácnosti s dětmi byla uvedena 136x. 17x zvolily respondentky, že žijí ve společné domácnosti s někým jiným a 1x nebyla zvolena žádná varianta.

Graf 6 Druh bydlení

n=400

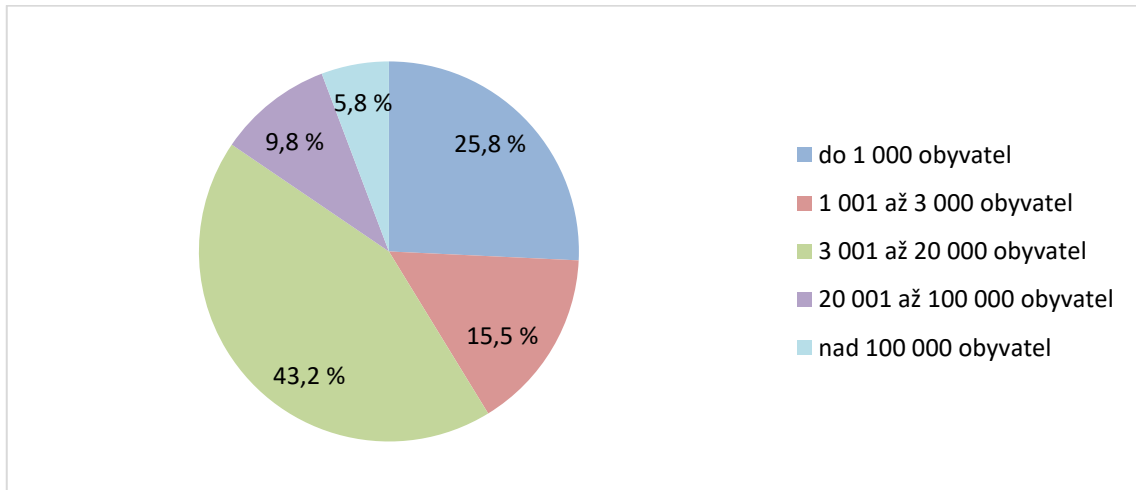


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 6 seznamuje se strukturou výzkumného souboru podle druhu bydlení. Byt zmínilo 185 (46,2 %) žen, v rodinném domě žilo 210 (52,5 %) žen, na ubytovně bydlely 2 (0,5 %) respondentky a jinou možnost sdělily 3 (0,8 %) respondentky.

Graf 7 Počet obyvatel v místě bydliště

n=400

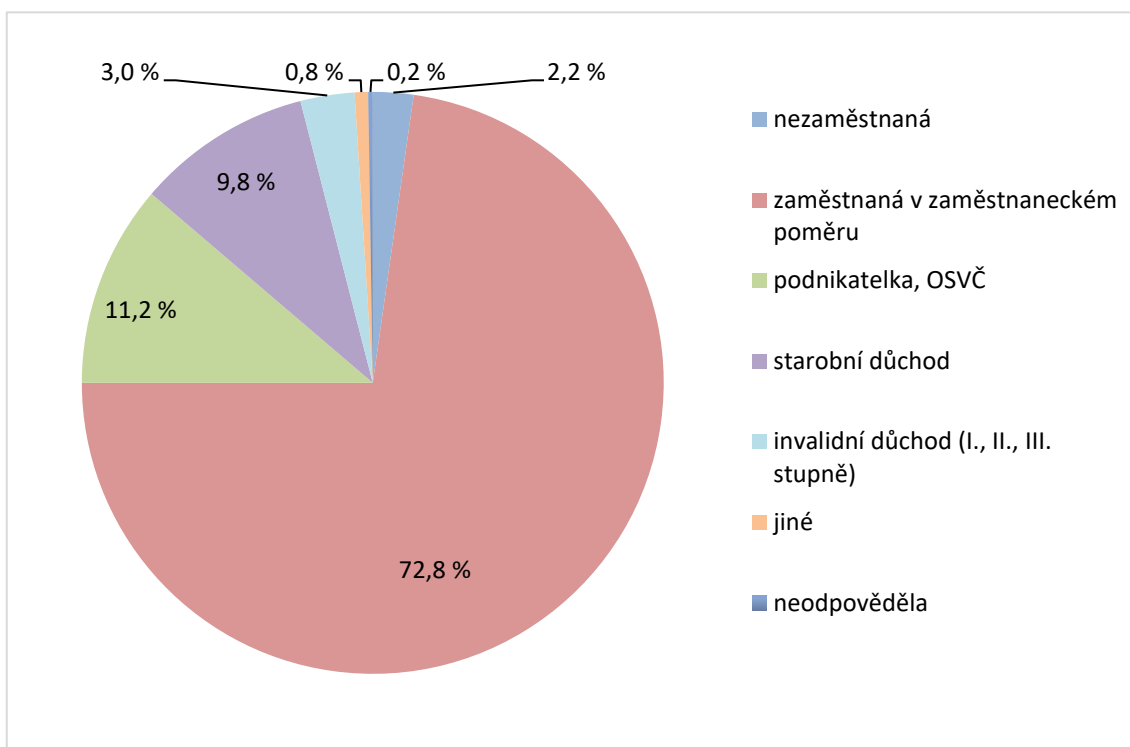


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 7 prezentuje strukturu výzkumného souboru podle počtu obyvatel v místě bydliště. V bydlišti s počtem do 1000 obyvatel žilo 103 (25,8 %) žen, v místě s počtem obyvatel 1001 až 3000 bydlelo 62 (15,5 %) respondentek, v bydlišti s počtem 3001 až 20 000 obyvatel žilo 173 (43,2 %) respondentek. Město s počtem obyvatel 20 001 až 100 000 zmínilo 39 (9,8 %) žen, nad 100 000 obyvatel uvedlo 23 (5,8 %) respondentek.

Graf 8 Zaměstnání žen

n=400

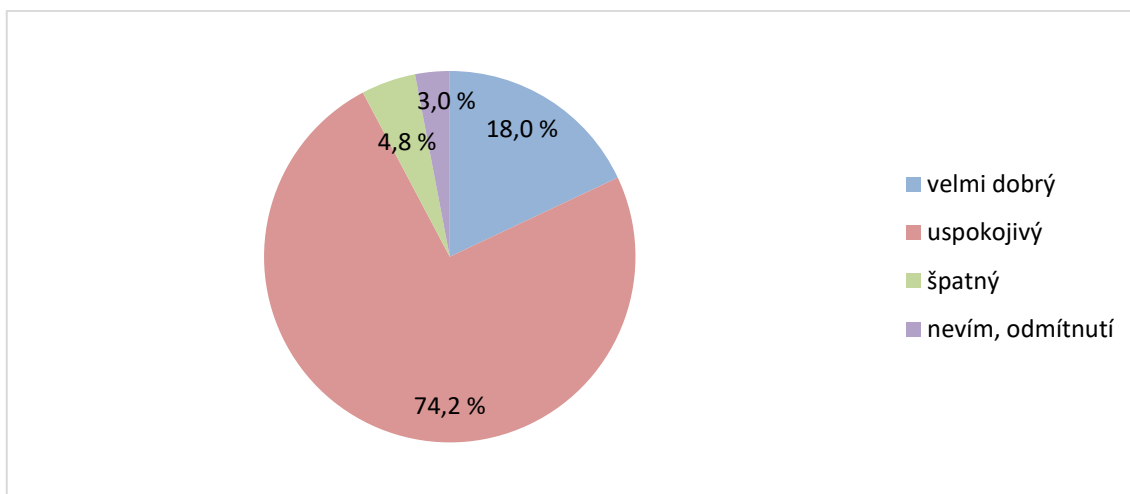


(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 8 vyplývá zaměstnanost žen. Nezaměstnaných bylo 9 (2,2 %) žen, v zaměstnaneckém poměru bylo 291 (72,8 %) respondentek. Možnost podnikatelka, OSVČ zvolilo 45 (11,2 %) respondentek, starobní důchod zmínilo 39 (9,8 %), invalidní důchod (I., II. nebo III. stupně) sdělilo 12 (3,0 %) respondentek, možnost jiné uvedly 3 (0,8 %) ženy a 1 (0,2 %) žena na problematiku zaměstnání neodpověděla.

Graf 9 Fyzický zdravotní stav

n=400

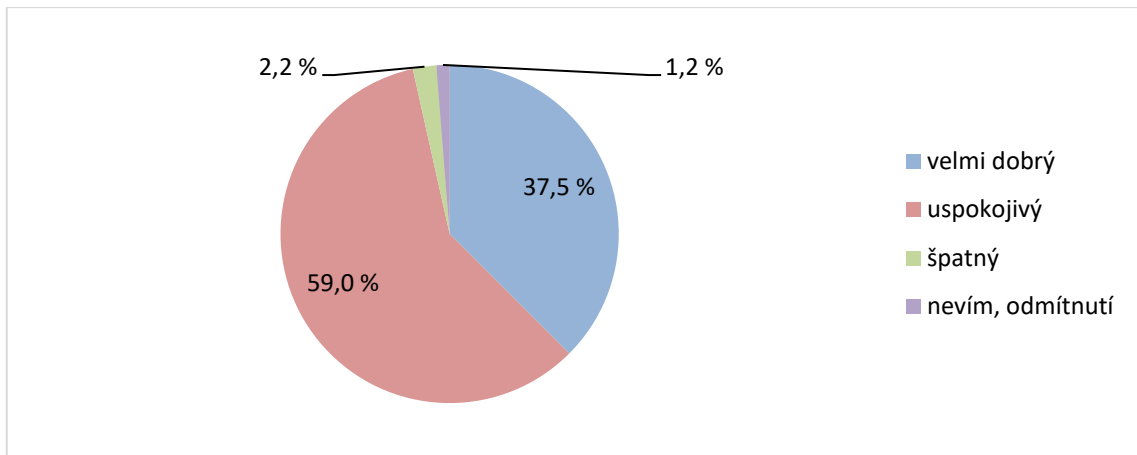


(Zdroj: vlastní výzkum)

Z Grafu 9 je patrné, jak ženy nahlížely na své fyzické zdraví. Jako velmi dobrý vnímalo svůj fyzický zdravotní stav 72 (18,0 %) žen, 297 (74,2 %) respondentek popisovalo svůj fyzický zdravotní stav uspokojivý. Na svůj fyzický zdravotní stav jako na špatný nahlíželo 19 (4,8 %) žen a 12 (3,0 %) respondentek nemělo na fyzický zdravotní stav vyhraněný názor.

Graf 10 Psychický zdravotní stav

n=400

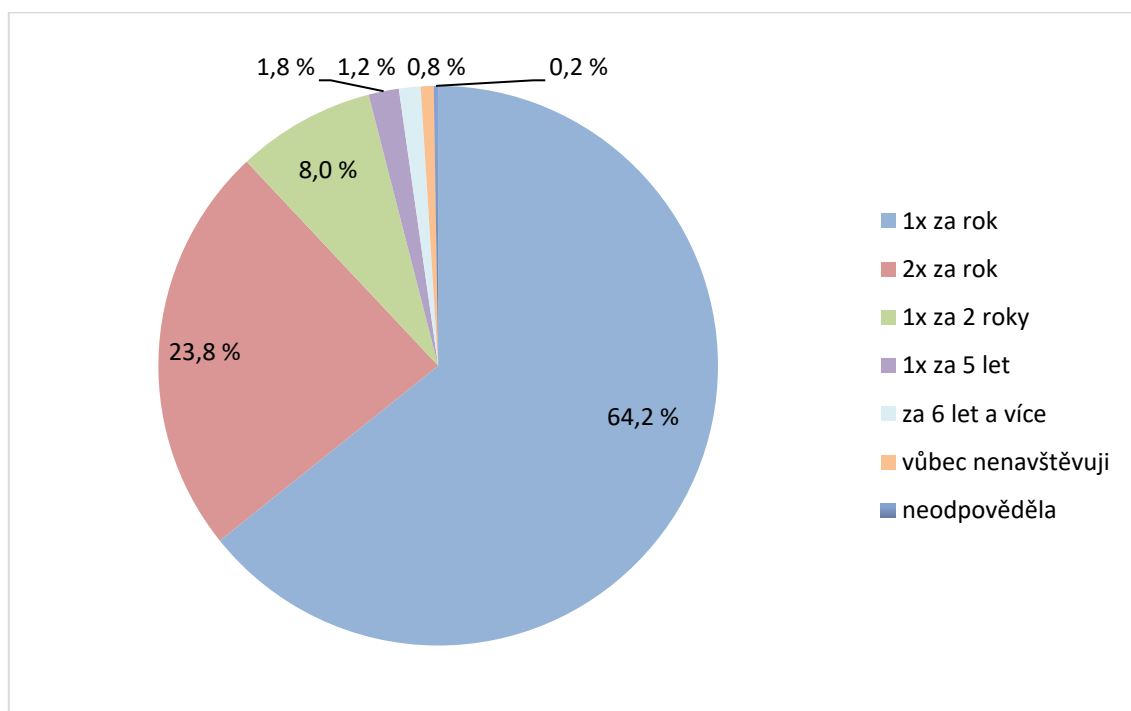


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 10 prezentuje názory žen na jejich psychický zdravotní stav. Jako velmi dobrý psychický stav označilo 150 (37,5 %) respondentek, uspokojivý psychický zdravotní stav popsalo 236 (59,0 %) žen, 9 (2,2 %) označilo svou psychiku za špatnou a 5 (1,2 %) respondentek nevědělo, jak by svůj psychický zdravotní stav označilo.

Graf 11 Pravidelná gynekologická prevence

n=400

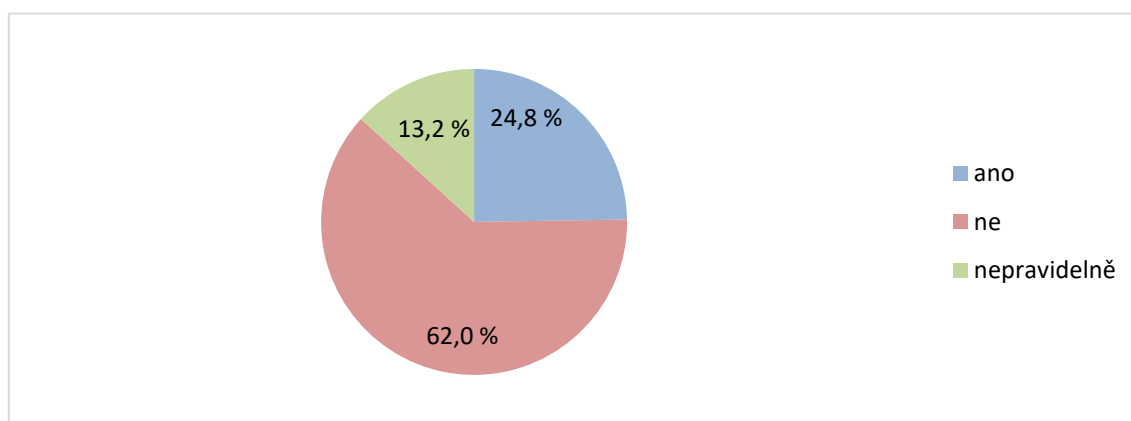


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 11 zobrazuje četnost návštěv žen v gynekologické ambulanci v rámci pravidelné gynekologické prevence. 1x za rok se účastnilo pravidelného preventivního gynekologického vyšetření 257 (64,2 %) žen, 2x za rok absolvovalo gynekologické vyšetření 95 (23,8 %) respondentek, 32 (8,0 %) respondentek šlo na preventivní gynekologické vyšetření 1x za 2 roky, 1x za 5 let se jednalo o 7 žen (1,8 %). Za 6 let a více se podrobilo preventivnímu gynekologickému vyšetření 5 (1,2 %) respondentek, 3 (0,8 %) ženy se gynekologického preventivního vyšetření neúčastnily vůbec a 1 (0,2 %) žena neodpověděla.

Graf 12 Menstruace

n=400

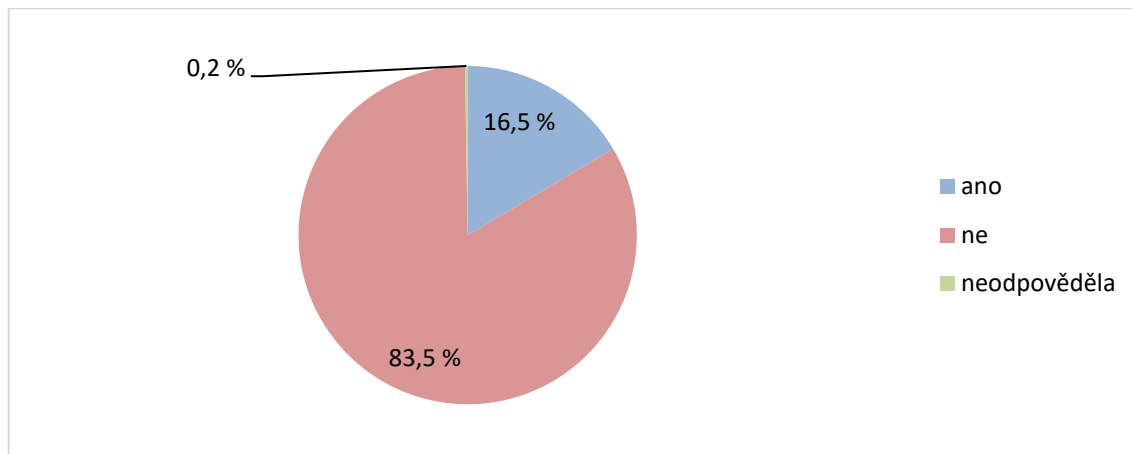


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 12 dokládá přítomnost menstruace u výzkumného souboru žen. Pravidelný menstruační cyklus zmiňovalo 99 (24,8 %) žen, nepravidelný menstruační cyklus mělo 53 (13,2 %) respondentek a 248 (62,0 %) respondentek uvádělo amenoreu.

Graf 13 Hormonální antikoncepce

n=400



(Zdroj: vlastní výzkum)

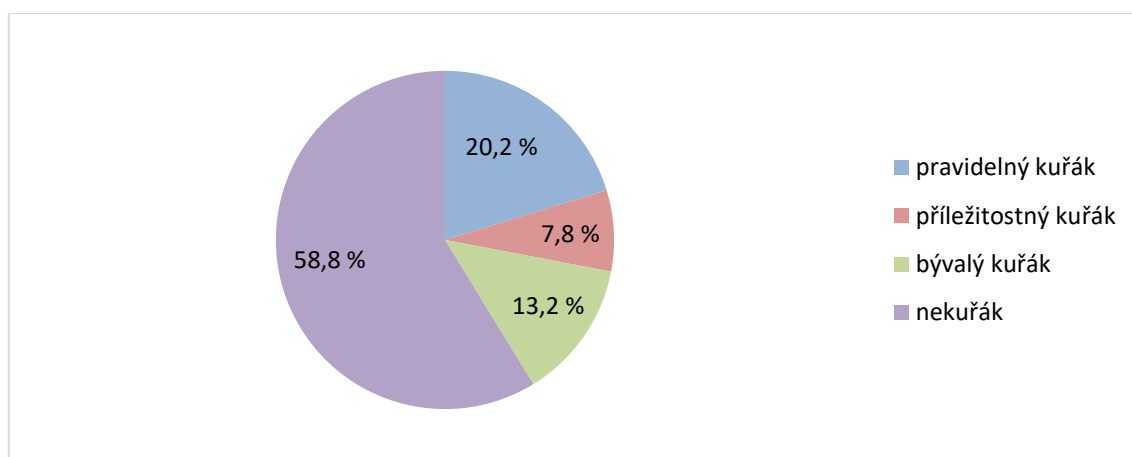
Graf 13 informuje o tom, kolik žen užívalo hormonální antikoncepci. Možnost ano zvolilo 66 (16,5 %) žen a 333 (83,5 %) žen již hormonální antikoncepci neužívalo, 1 (0,2 %) žena neodpověděla.

4.2 Výsledky kvantitativního výzkumu – nestandardizovaná část

4.2.1 Životní styl žen

Graf 14 Kouření nikotinových produktů

n=400

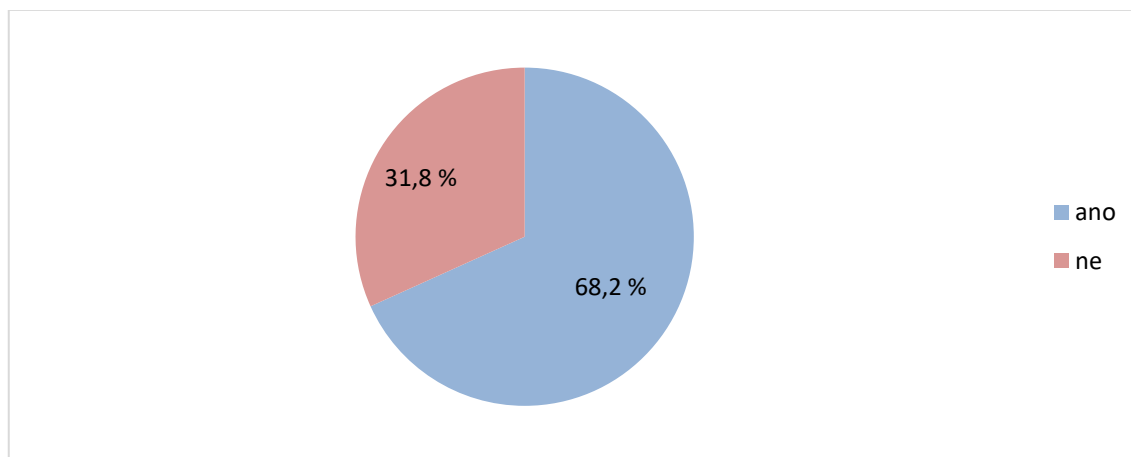


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 14 zobrazuje strukturu výzkumného souboru v souvislosti s kouřením. Za pravidelného kuřáka se označilo 81 (20,2 %) respondentek, možnost příležitostný kuřák zvolilo 31 (7,8 %) respondentek, 53 (13,2 %) žen určilo možnost bývalý kuřák a 235 (58,8 %) žen nikdy nekouřilo.

Graf 15 Konzumace alkoholického nápoje

n=400

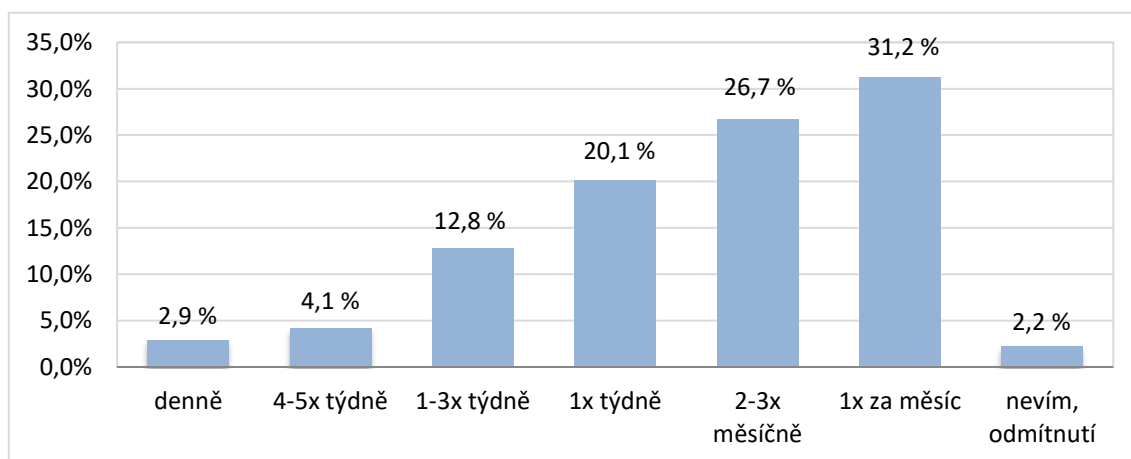


(Zdroj: vlastní výzkum)

Z Grafu 15 lze vyčíst, kolik žen konzumovalo alkoholický nápoj (tj. 1 sklenice vína nebo 1 plechovka/láhev piva nebo ovocného piva či 4 dcl destilátu). 273 (68,2 %) žen konzumovalo alkoholický nápoj a 127 (31,8 %) respondentek uvedlo, že alkoholický nápoj nepožívalo.

Graf 16 Množství konzumovaného alkoholického nápoje během 30 dní

n=273



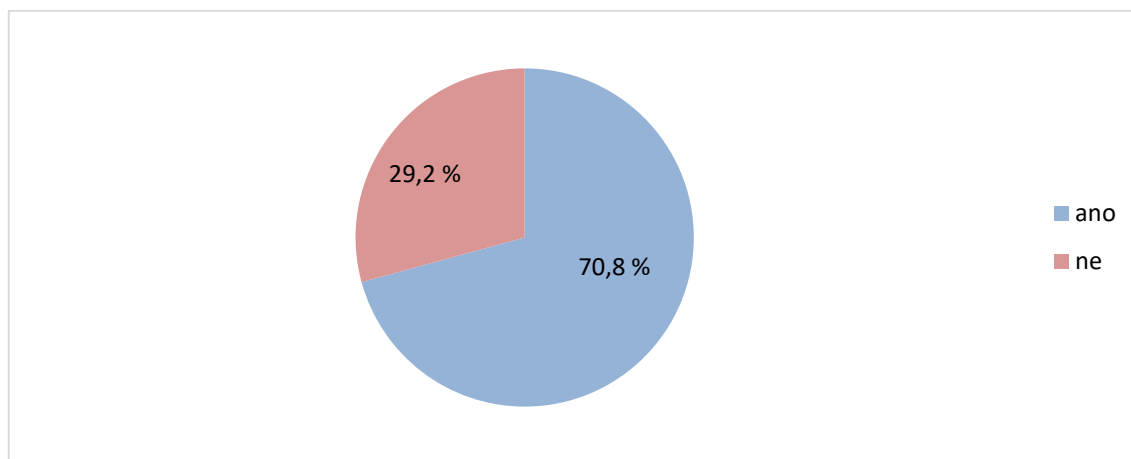
(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 16 prezentuje, jak často během 30 dní ženy konzumovaly alkoholický nápoj. Denně konzumaci alkoholu zmínilo 8 (2,9 %) žen, 11 (4,1 %) respondentek požívalo alkohol 4-5krát týdně, možnost konzumace alkoholu 1-3krát týdně zvolilo 35 (12,8 %)

respondentek, 1krát týdně konzumovalo alkohol 55 (20,1 %) respondentek, 2-3krát měsíčně uvedlo konzumaci 73 (26,7 %) žen, konzumaci alkoholu 1krát za měsíc sdělilo 85 (31,2 %) žen a 6 (2,2 %) respondentek nevědělo a odpověď odmítlo.

Graf 17 Pohybová aktivita

n=400

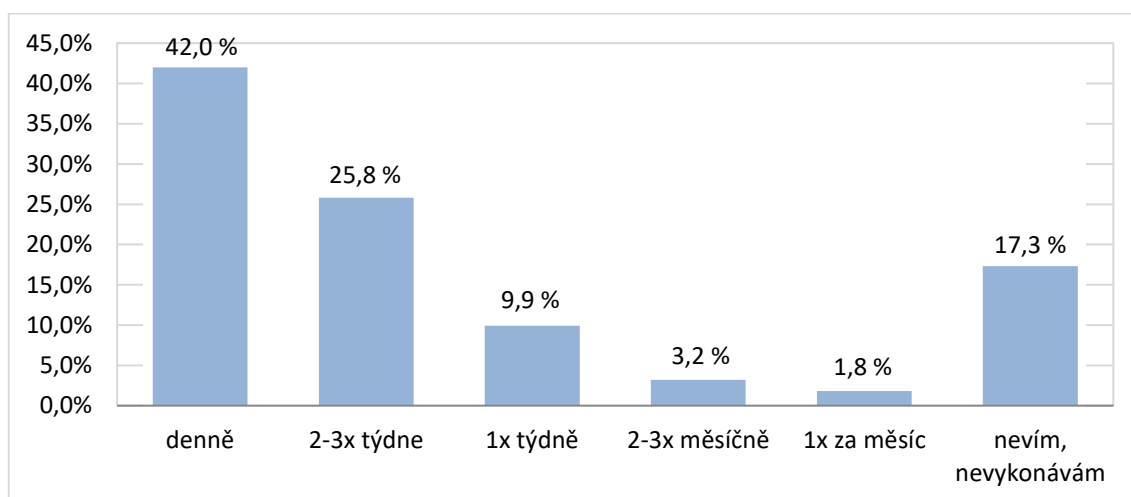


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 17 zobrazuje informace o tom, zda ženy vykonávaly pohybovou aktivitu jako jednu z důležitých zásad zdravého životního stylu v klimakteriu. Pohybovou aktivitu uskutečňovalo 283 (70,8 %) žen a 117 (29,2 %) respondentek nevykonávalo žádný druh pohybové aktivity.

Graf 18 Druh pohybové aktivity – chůze

n=283



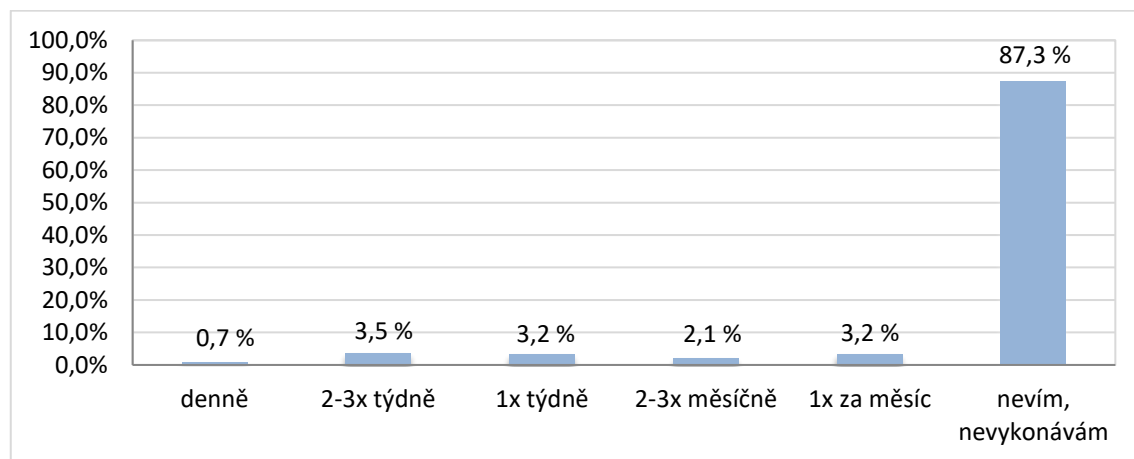
(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 18 znázorňuje frekvenci, s jakou ženy vykonávaly chůzi jako jeden z druhů pohybové aktivity. Denně chodilo minimálně 30 minut svižnou chůzí 119 (42,0 %) žen, 2-3krát týdně provozovalo chůzi 73 (25,8 %) respondentek, 1krát za týden minimálně

30 minut chodilo 28 (9,9 %) žen, 2-3krát měsíčně zmínilo chůzi 9 (3,2 %) respondentek, 1krát za měsíc uvedlo 5 (1,8 %) respondentek chůzi a 49 (17,3 %) respondentek nevědělo nebo chůzi nevykonávalo.

Graf 19 Druh pohybové aktivity – běh

n=283

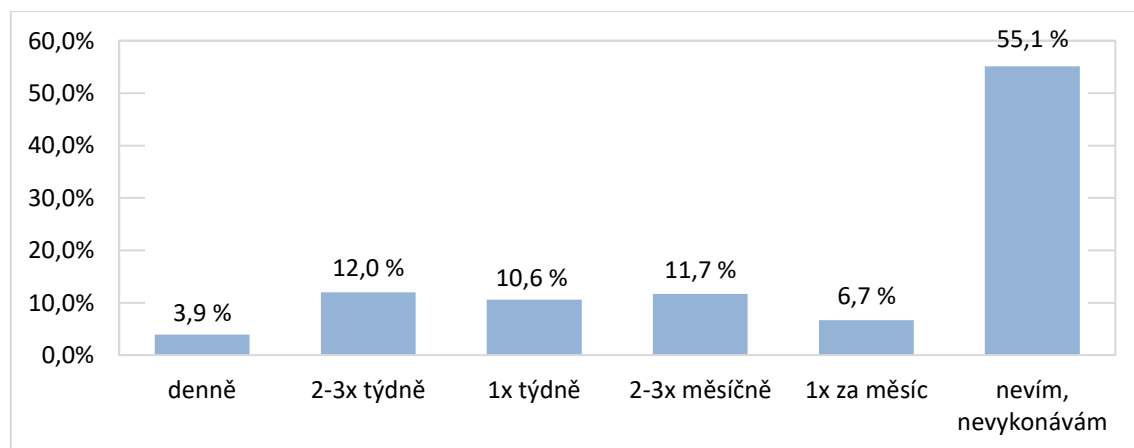


(Zdroj: vlastní výzkum)

Z Grafu 19 je zřejmé, kolik žen a v jaké frekvenci provádělo další druh pohybové aktivity, a to běh. Denně zmínily běh 2 (0,7 %) ženy, 2-3krát týdně běhalo 10 (3,5 %) respondentek, 1krát týdně uvedlo běh 9 (3,2 %) žen, 6 (2,1 %) respondentek běhalo 2-3krát měsíčně, 9 (3,2 %) žen sdělilo, že běhaly 1krát za měsíc a 247 (87,3 %) žen nevědělo, nebo neběhalo vůbec.

Graf 20 Druh pohybové aktivity – jízda na kole

n=283



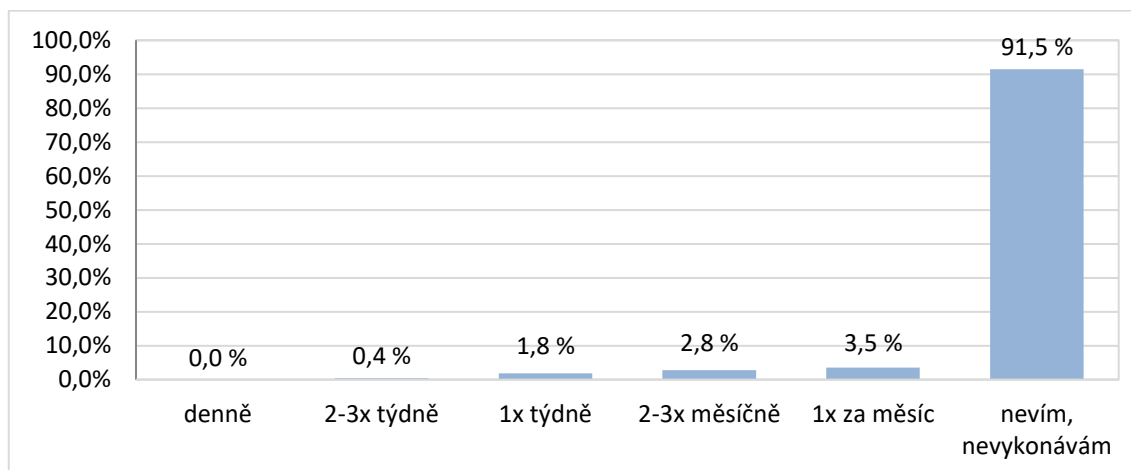
(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 20 vypovídá o tom, v jaké frekvenci ženy jezdily na kole. Denní jízdu na kole uvedlo 11 (3,9 %) respondentek, 2-3krát týdně jezdilo na kole 34 (12,0 %) respondentek, 30 (10,6 %) respondentek zmínilo jízdu na kole 1krát týdně, 2-3krát

měsíčně jezdilo na kole 33 (11,7 %) respondentek, 19 (6,7 %) žen sdělilo, že jezdí na kole 1krát za měsíc a 156 (55,1 %) respondentek nevědělo, nebo vůbec na kole nejezdilo.

Graf 21 Druh pohybové aktivity – bruslení

n=283

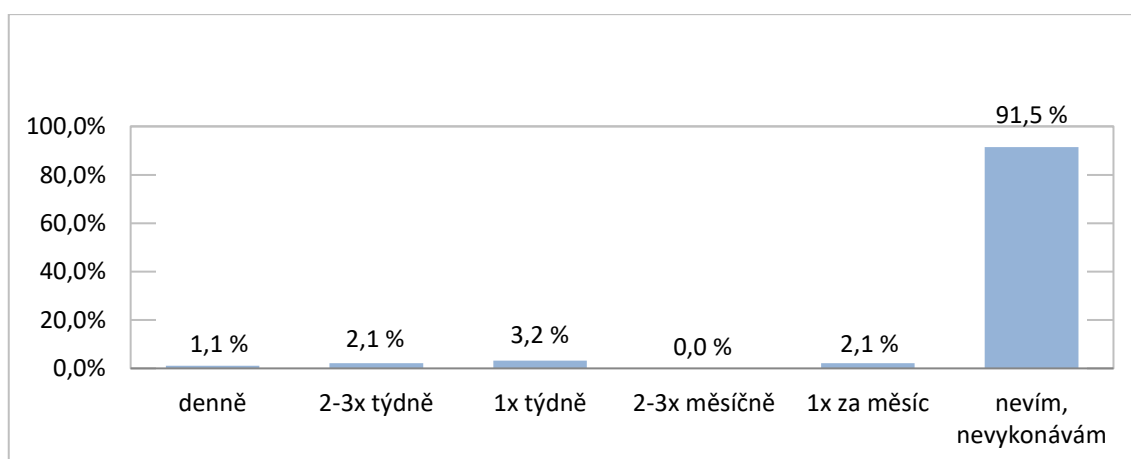


(Zdroj: vlastní výzkum)

Z Grafu 21 je patrná frekvence dalšího druhu pohybové aktivity, kterým bylo bruslení. Ani jedna respondentka nevykonávala tento druh pohybové aktivity denně, 1 (0,4 %) žena bruslila 2-3krát týdně, 5 (1,8 %) respondentek zmínilo bruslení 1krát týdně, 2-3krát měsíčně provozovalo bruslení 8 (2,8 %) respondentek, 1krát za měsíc bruslilo 10 (3,5 %) žen a nevědělo nebo nebruslilo 259 (91,5 %) respondentek.

Graf 22 Druh pohybové aktivity – pilates

n=283



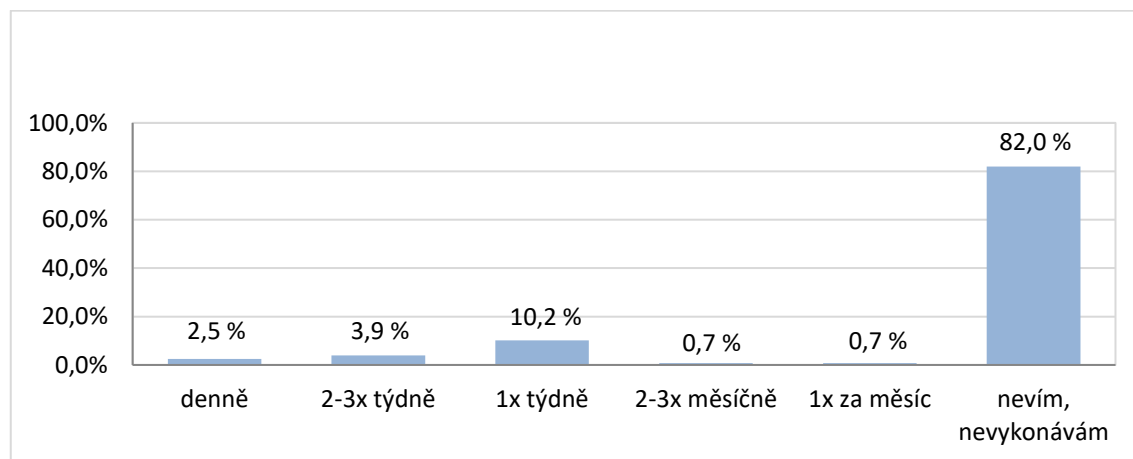
(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 22 se zabývá druhem pohybové aktivity, zvané pilates. Tento pohyb denně vykonávaly 3 (1,1 %) ženy, 2-3krát týdně pilates provozovalo 6 (2,1 %) respondentek,

9 (3,2 %) žen cvičilo pilates 1krát týdně, žádná žena (0,0 %) jej neprovozovala 2-3krát měsíčně, 6 (2,1 %) respondentek vykonávalo tuto pohybovou aktivitu 1krát za měsíc a 259 (91,5 %) žen nevědělo, nebo pilates nevykonávalo.

Graf 23 Druh pohybové aktivity – jóga

n=283

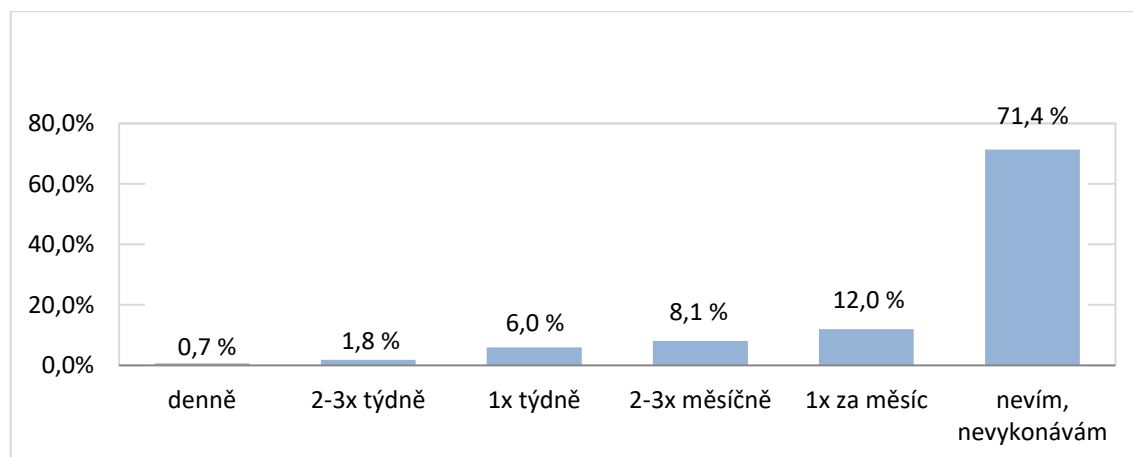


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 23 zobrazuje frekvenci, v jaké se ženy účastnily cvičení jógy. Denně jógu vykonávalo 7 (2,5 %) respondentek, 11 (3,9 %) žen cvičilo jógu 2-3krát týdně, 1krát týdně provádělo jógu 29 (10,2 %) respondentek, 2-3krát měsíčně se jednalo o 2 (0,7 %) ženy, stejné to bylo i u frekvence 1krát za měsíc a 232 (82,0 %) žen nevědělo nebo jógu nevykonávalo.

Graf 24 Druh pohybové aktivity – plavání

n=283



(Zdroj: vlastní výzkum)

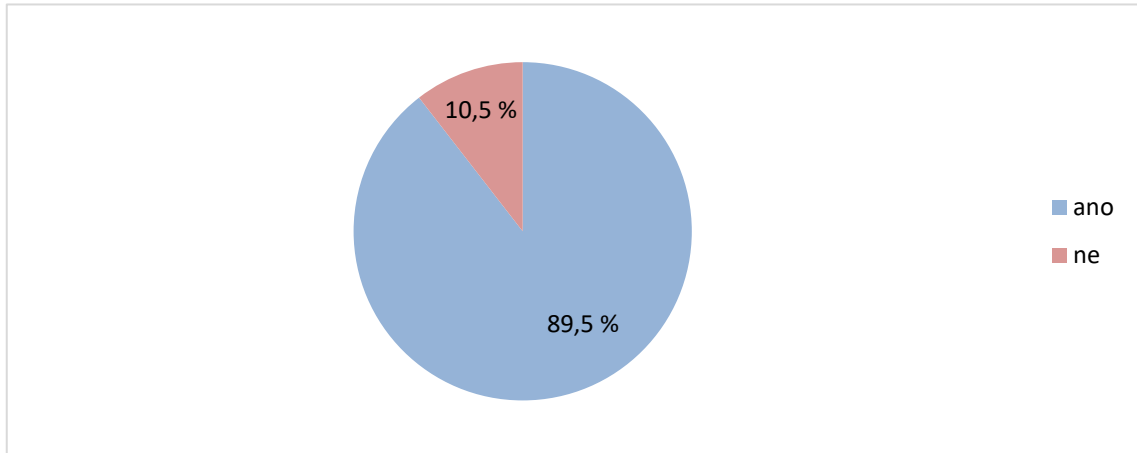
Z Grafu 24 je zřejmé, jak často ženy chodily plavat. Denně tento pohyb vykonávaly 2 (0,7 %) ženy, 2-3krát týdně plavalo 5 (1,8 %) respondentek, 1krát týdně zmínilo plavání 17 (6,0 %) respondentek, 23 (8,1 %) žen plavalo 2-3krát měsíčně, 1krát za měsíc bylo

v tomto pohybu aktivních 34 (12,0 %) respondentek a 202 (71,4 %) žen nevědělo nebo plavání nevykonávalo.

4.2.2 Znalosti, postoje, názory žen na problematiku klimakteria

Graf 25 Znalost termínu klimakterium

n=400

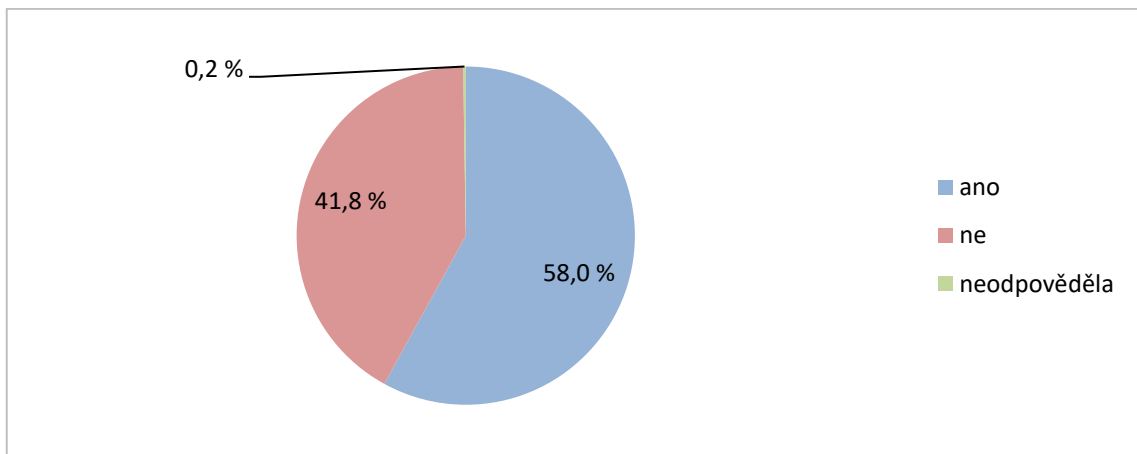


(Zdroj: vlastní výzkum)

Z Grafu 25 je zřejmá znalost žen termínu klimakterium. Termín klimakterium mělo v povědomí 358 (89,5 %) respondentek a 42 (10,5 %) žen termín klimakterium neznalo.

Graf 26 Zájem žen o problematiku klimakteria

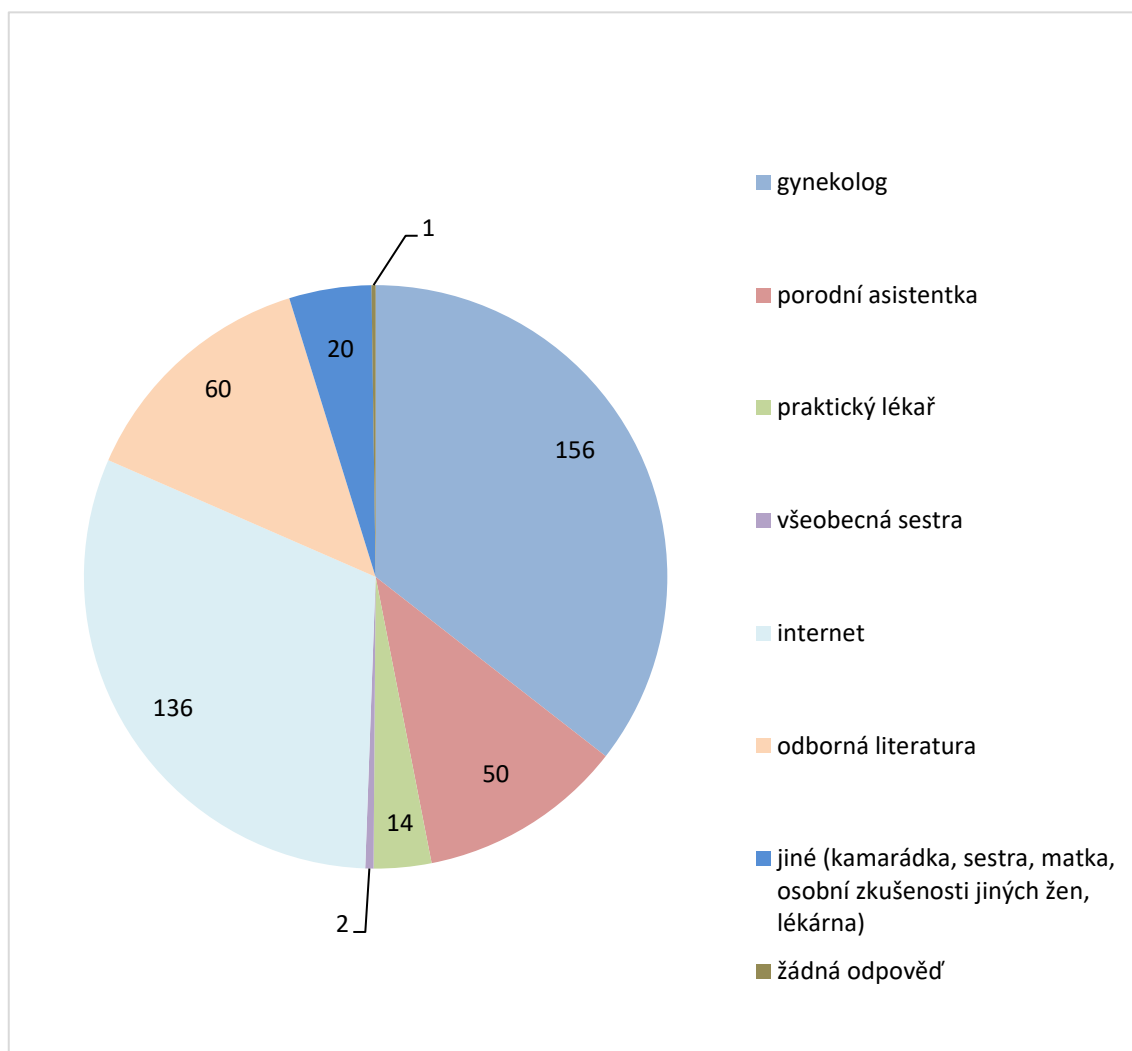
n=400



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 26 prezentuje zájem žen o problematiku klimakteria. O problematiku klimakteria projevilo zájem 232 (58,0 %) žen a 167 (41,8 %) žen se o problematiku klimakteria nezajímalo, 1 (0,2 %) respondentka odmítla odpovědět.

Graf 27 Zdroje informací v souvislosti s problematikou klimakteria

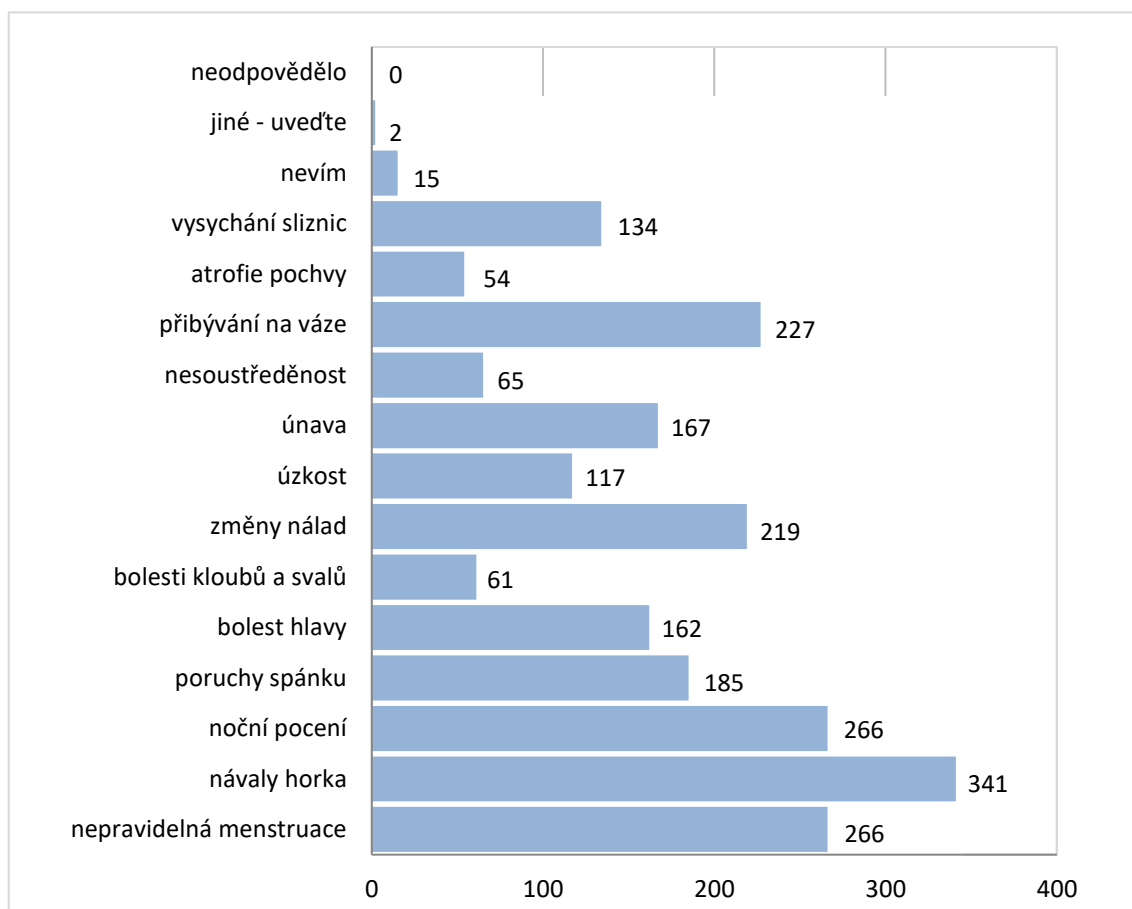


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 27 znázorňuje, kde ženy, které se zajímaly o problematiku klimakteria, získávaly informace. Pro tuto oblast mohly respondentky volit z více možností odpovědí, proto bylo získáno celkem 606 odpovědí.

Gynekolog jako hlavní zdroj informací byl zvolen 156x, 50x byla označena jako konzultantka se ženou o období klimakteria porodní asistentka, 14x byl zmíněn praktický lékař a 2x všeobecná sestra. Internet jako zdroj informací byl respondentkami vybrán 136x a odborná literatura 60x. Možnost „jiné“ byla vybrána 20x a respondentky uváděly kamarádku, sestru, matku, osobní zkušenost jiných žen a lékárnu jako zdroj svých informací. 1x nebyla zvolena ani jedna vyrianta.

Graf 28 Názory žen na druhy symptomů v klimakteriu

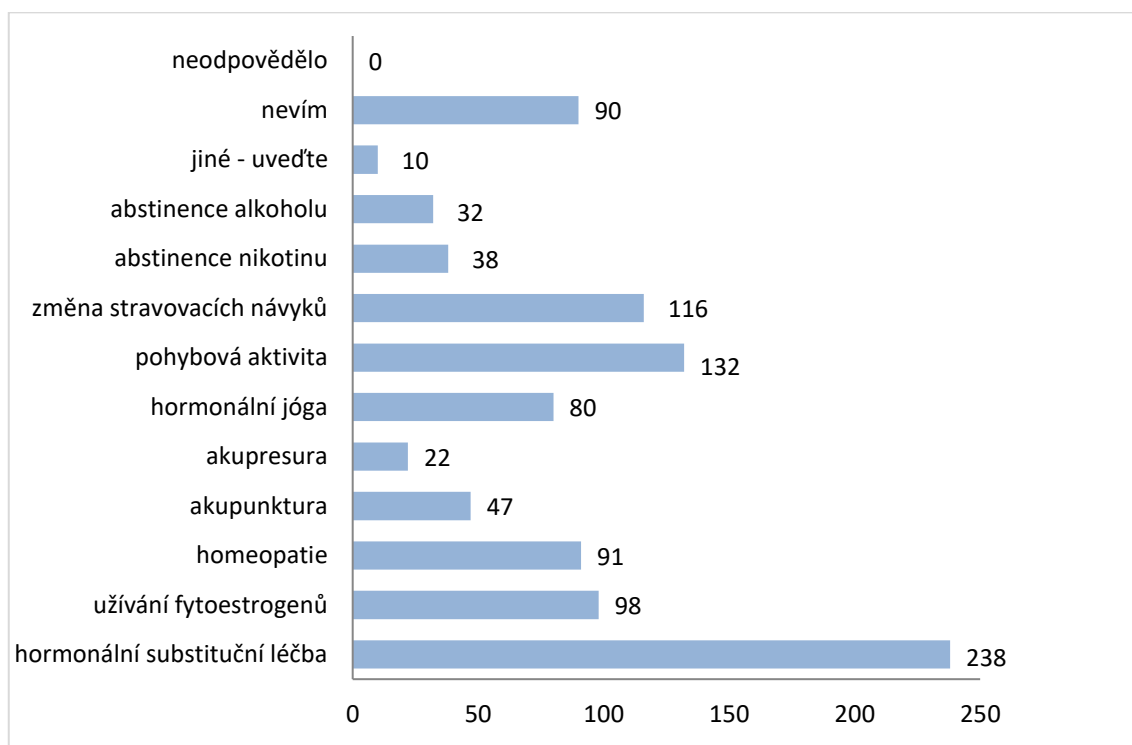


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 28 znázorňuje, jaké znalosti měly respondentky o symptomech a změnách, které se mohou vyskytovat u žen v období klimakteria. V této části si mohly respondentky vybrat z více možností odpovědí a celkový počet odpovědí byl 2281.

Možnost odpovědi návaly horka jako symptomy v klimakteriu byla zvolena 341x, nepravidelná menstruace byla uvedena 266x, stejně jako noční pocení. Varianta přibývání na váze byla zmíněna 227x, změny nálad 219x, poruchy spánku 185x. 167x byla vybrána únava, 162x bolest hlavy. Možnost vysychání sliznic jako symptom v klimakteriu byla uvedena 134x, 117x byla zvolena úzkost, nesoustředěnost 65x. 61x byla vybrána bolest kloubů, atrofie pochvy byla zvolena 54x a 15x nebyla vybrána žádná možnost z důvodu neznalosti symptomů vyskytujících se v klimakteriu. Jako možnost jiné bylo 1x zmíněno bušení srdce a 1x byla uvedena nechut' na sex.

Graf 29 Znalosti žen o možnostech léčby klimakterických obtíží



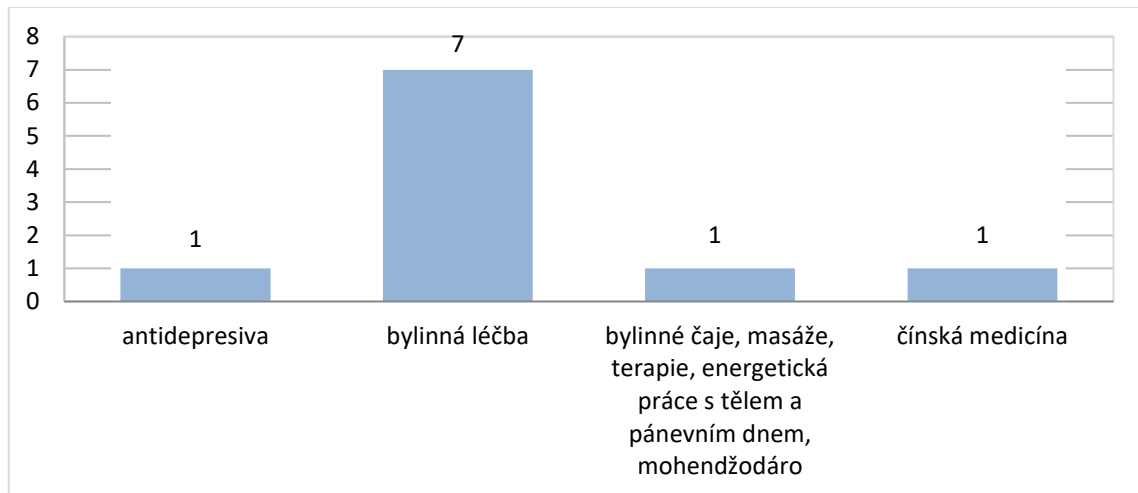
(Zdroj: vlastní výzkum)

Z Grafu 29 jsou zřetelné znalosti žen o možnostech léčby obtíží v klimakteriu. Pro tuto oblast také byla možnost volby více odpovědí, proto celkový počet odpovědí byl 994.

Hormonální substituční léčba jako možnost léčby klimakterických obtíží byla zvolena respondentkami 238x, užívání fytoestrogenů bylo vybráno 98x, homeopatie jako možná léčba byla zmíněna 91x, akupunktura byla uvedena 47x. Hormonální jóga jako jedna z možností léčby byla vybrána 80x, 132x byla popsána pohybová aktivita jako možnost zmírnění klimakterických obtíží, možnost změny stravovacích návyků byla zvolena 116x. Dále byla zmíněna abstinence nikotinu 38x, abstinence alkoholu 32x, 10x byla vybrána jiná možnost léčby klimakterických potíží a 90x byla zvolena varianta nevím.

Graf 30 Znalosti žen o jiných možnostech léčby klimakterických obtíží

n=10



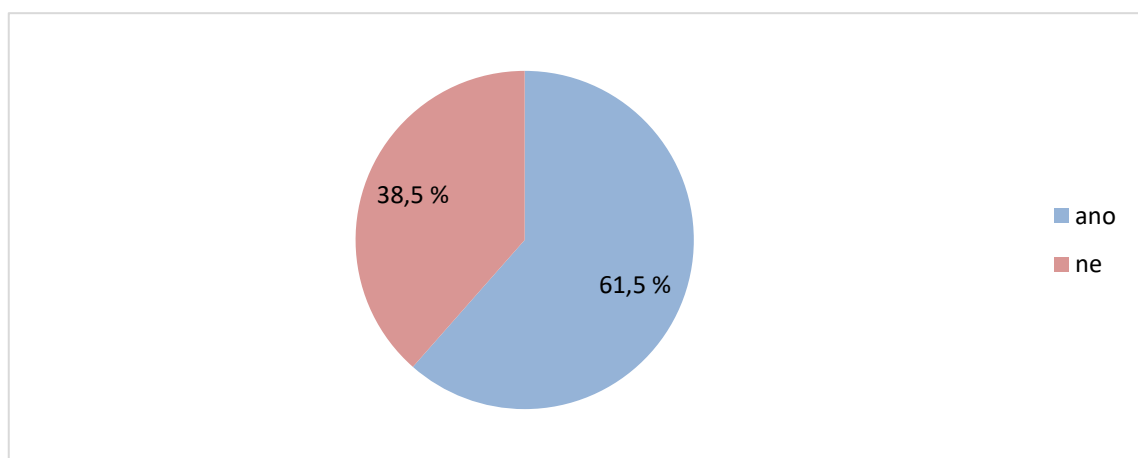
(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 30 vypovídá o tom, jaké jiné možnosti léčby klimakterických obtíží ženy znaly. Vzhledem k malému počtu respondentek, které se vyjadřovaly k jiným možnostem léčby klimakterických obtíží, jsou uvedeny pouze absolutní četnosti odpovědí respondentek. Možnost využití antidepresiv k léčbě klimakterických potíží uvedla 1 žena, bylinnou léčbu zmínilo 7 respondentek. Jako další jinou možnost léčby klimakterických obtíží popsala 1 žena bylinné čaje, masáže, terapii, energetickou práci s tělem a pánevním dnem, mohendžodáro a 1 respondentka uvedla čínskou medicínu jako možnost léčby klimakterických obtíží.

4.2.3 Subjektivní prožívání žen období klimakteria

Graf 31 Subjektivní symptomy žen

n=400

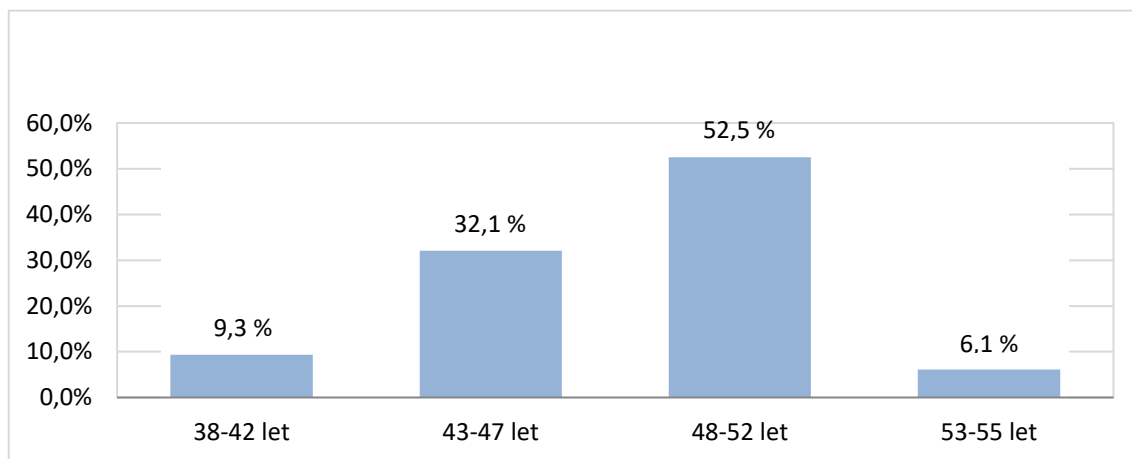


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 31 prezentuje vnímání subjektivních symptomů ženami v klimakteriu. Pozitivní subjektivní symptomy uvedlo 246 (61,5 %) respondentek a 154 (38,5 %) žen subjektivní příznaky nepociťovalo.

Graf 32 Věkové kategorie žen při prvních symptomech

n=246

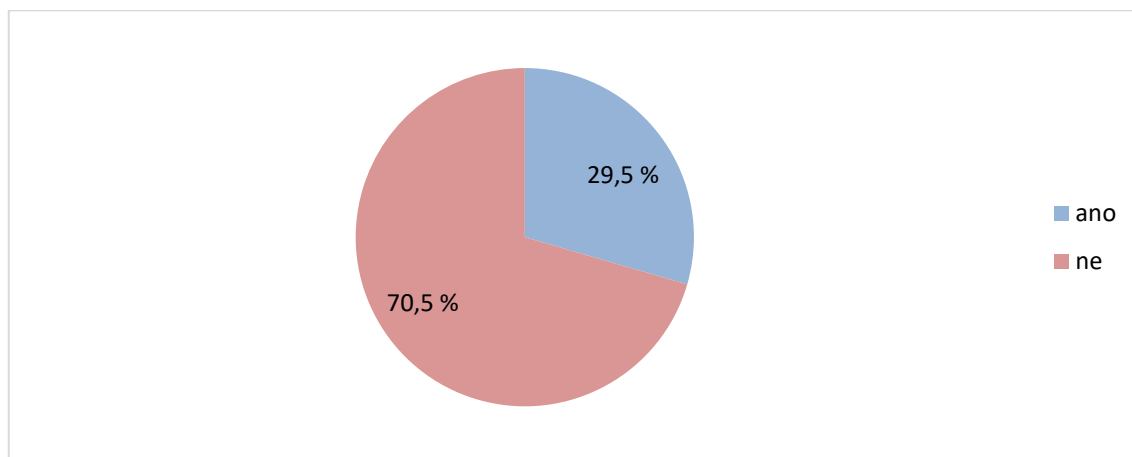


(Zdroj: vlastní výzkum)

Z Grafu 32 vyplývá, v jakých věkových kategoriích si začaly ženy uvědomovat první nepříznivé symptomy v souvislosti s klimakteriem. Ve věkovém rozpětí 38-42 let uvedlo první symptomy 23 (9,3 %) respondentek, mezi 43-47 lety věku první příznaky zmínilo 79 (32,1 %) žen, mezi 48-52 lety věku sdělilo první nepříznivé symptomy 129 (52,5 %) respondentek a ve věkovém rozpětí 53-55 let uvedlo první symptomy 15 (6,1 %) respondentek.

Graf 33 Využití léčby

n=400

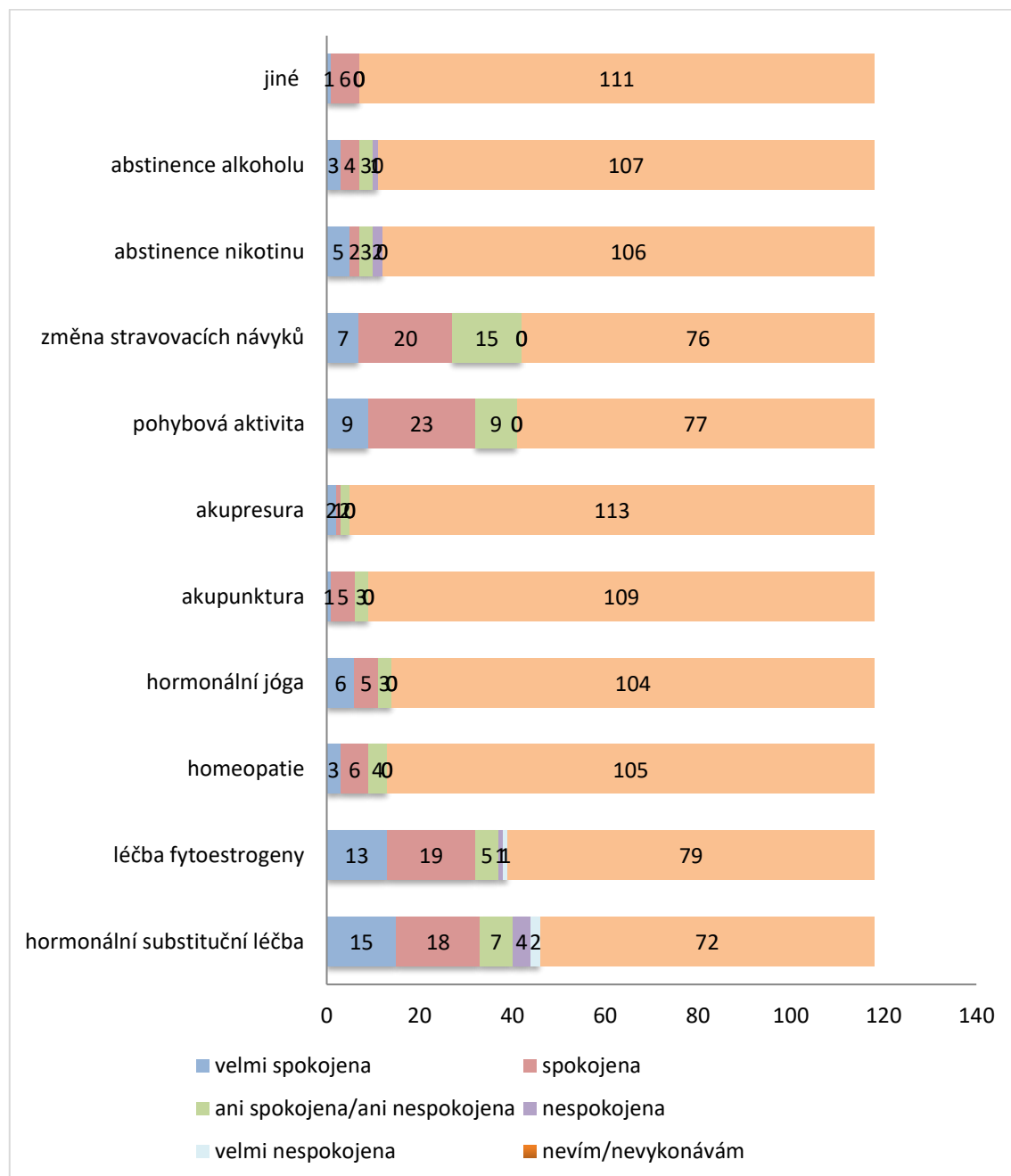


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 33 vypovídá o zájmu žen o využití léčby klimakterických obtíží. Léčbu ke zmírnění nepříznivých symptomů využilo 118 (29,5 %) respondentek a 282 (70,5 %) respondentek zájem o léčení příznaků v klimakteriu neprojevovalo.

Graf 34 Spokojenost žen s druhy léčby klimakterických obtíží

n=118



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 34 vyjadřuje spokojenost žen s využitím možností léčby klimakterických obtíží.

Vzhledem k malému počtu respondentek, které zmiňovaly spokojenost či nespokojenost s jednotlivými druhy léčby, jsou uvedeny absolutní četnosti odpovědí žen. S hormonální

substituční léčbou bylo velmi spokojeno 15 žen, spokojeno bylo 18 respondentek, ani spokojena/ani nespokojena bylo 7 respondentek, nespokojenost s využitím hormonální substituční léčby sdělily 4 respondentky, možnost velmi nespokojena vyjádřily 2 ženy a 72 respondentek zvolilo možnost nevím/nevykonávám v souvislosti s využitím hormonální substituční léčby k mírnění nepříznivých klimakterických symptomů.

Také je zobrazena spokojenost žen s využitím fytoestrogenů k léčbě nepříznivých klimakterických příznaků na základě doporučení od porodní asistentky. Velmi spokojeno s užíváním fytoestrogenů za účelem zmírnění subjektivních příznaků v klimakteriu bylo 13 respondentek, spokojenost s užitím fytoestrogenů vyjadřovalo 19 respondentek, možnost ani spokojena/ani nespokojena s léčbou fytoestogeny zvolilo 5 žen, nespokojena s léčbou fytoestrogeny byla 1 respondentka, stejně tak i velmi nespokojena byla 1 respondentka. Při hodnocení spokojenosti s využitím léčby fytoestrogeny 79 respondentek vybralo možnost nevím/nevykonávám.

Dále se graf zabývá spokojeností žen s použitím homeopatie jako jedné z možností léčby nepříznivých subjektivních symptomů v klimakteriu. Velmi spokojeno s homeopatií při léčbě byly 3 respondentky, 6 žen zvolilo možnost spokojena, ani spokojena/ani nespokojena uvedly 4 ženy, možnosti nespokojena a velmi nespokojena nezvolila ani jedna žena a 105 respondentek vyjadřovalo svou spokojenost s využitím homeopatie k léčbě klimakterických obtíží zvolenou variantou nevím/nevykonávám.

Jako další možnost využití léčby a svou spokojenost vyjadřovaly respondentky hormonální jógu při zmírňování subjektivních klimakterických příznaků. Velmi spokojeno s hormonální jógou bylo 6 respondentek, spokojeno bylo 5 žen, možnost ani spokojena/ani nespokojena zvolily 3 ženy. Nespokojena, rovněž velmi nespokojena nebyla ani jedna respondentka. Variantu nevím/nevykonávám v rámci vyjádření spokojenosti žen s hormonální jógou vybraly 104 ženy.

Graf také zobrazuje, jak byly ženy v klimakteriu spokojené s aplikací akupunktury ke zmírnění jejich nepříjemných potíží. Velmi spokojena byla 1 žena, 5 žen se vyjádřilo, že bylo s akupunkturou spokojeno, 3 respondentky nebyly ani spokojeny/ani nespokojeny, žádná respondentka nezvolila možnost nespokojena ani velmi nespokojena a 109 žen odpovědělo v souvislosti se spokojeností s užitím akupunktury možnost nevím/nevykonávám.

Z grafu jsou ještě patrné výsledky týkající se spokojenosti žen s akupresurou v souvislosti se snížením nepříjemných příznaků v období klimakteria. Velmi spokojené s akupresurou byly 2 respondentky, 1 žena byla spokojena, dvě respondentky vyjádřily možnost ani spokojena/ani nespokojena, ani 1 žena neodpověděla nespokojena ani velmi nespokojena a 113 respondentek ohledně použití akupresury ke zmírnění klimakterických potíží zvolilo možnost nevím/nevykonávám.

Rovněž jsou zřetelné výsledky vypovídající o tom, jak byly ženy spokojené s pohybovou aktivitou jako s jednou z možností využívanou ke zmírnění nepříjemných příznaků. S pohybovou aktivitou bylo velmi spokojeno 9 žen, 23 respondentek zvolilo možnost spokojena v souvislosti s pohybovou aktivitou, 9 žen nebylo ani spokojeno/ani nespokojeno, žádná žena nebyla s pohybovou aktivitou nespokojena ani velmi nespokojena. Možnost nevím/nevykonávám týkající se vyjádření spokojenosti s využitím pohybové aktivity vybralo 77 respondentek.

Jako další prezentuje graf spokojenost žen při mírnění klimakterických obtíží za využití změny ve stravovacích návycích ve smyslu zdravé výživy. Velmi spokojeno se změnou stravy bylo 7 respondentek, 20 žen zvolilo možnost spokojena, variantu ani spokojena/ani nespokojena vybralo 15 respondentek, žádná žena nebyla nespokojena ani velmi nespokojena a 76 respondentek nezastávalo vyhraněný názor na spokojenost s využitím změny stravovacích návyků ke zmírnění klimakterických symptomů a odpovědělo nevím/nevykonávám.

Dále je zřejmá spokojenost s další navrhovanou možností ze strany porodní asistentky ke zmírnění klimakterických potíží žen, a to abstinence nikotinu. Velmi spokojeno s abstinencí nikotinu bylo 5 respondentek, spokojeny byly 2 ženy, možnost ani spokojena/ani nespokojena vybraly 3 ženy, 2 respondentky byly nespokojeny s abstinencí nikotinu ve smyslu zmírnění nepříjemných klimakterických potíží, žádná žena nezvolila nabídku odpovědi velmi nespokojena, 106 respondentek odpovědělo nevím/nevykonávám.

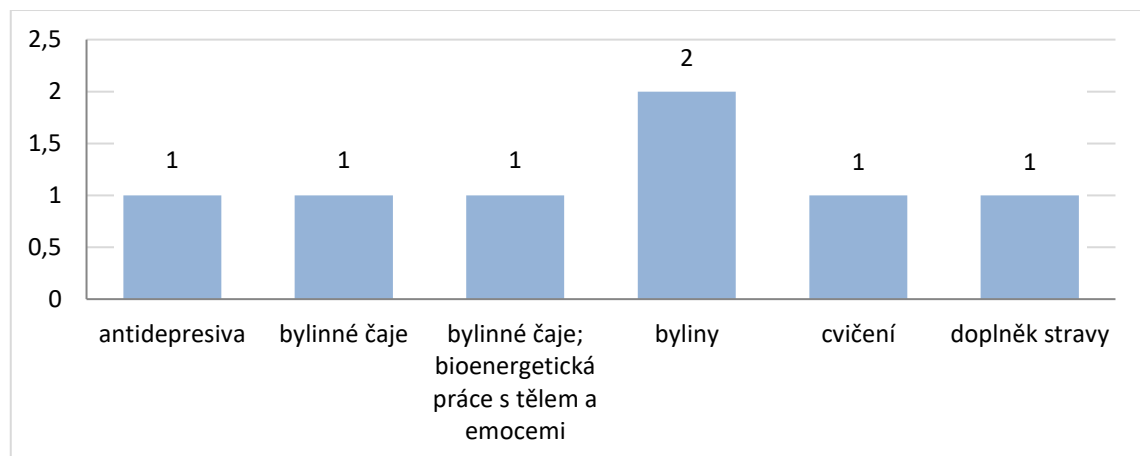
Graf zobrazuje i spokojenost žen s abstinencí alkoholu ve smyslu zmírnění klimakterických obtíží. Možnost velmi spokojena s abstinencí alkoholu zvolily 3 respondentky, variantu spokojena vybraly 4 ženy, ani spokojena/ani nespokojena odpověděly 3 ženy, nespokojena byla 1 respondentka, velmi nespokojena nebyla žádná

respondentka a nevím/nevykonávám uvedlo v souvislosti se spokojeností s abstinencí alkoholu 107 žen.

Variantu jiné v nabídce možností využití léčby klimakterických obtíží a spokojenosti s léčbou zvolila 1 respondentka, že je velmi spokojena, spokojeno bylo 6 respondentek, ani spokojena/ani nespokojena, nespokojena a velmi nespokojena ne zvolila ani jedna respondentka.

Graf 35 Jiné možnosti léčby

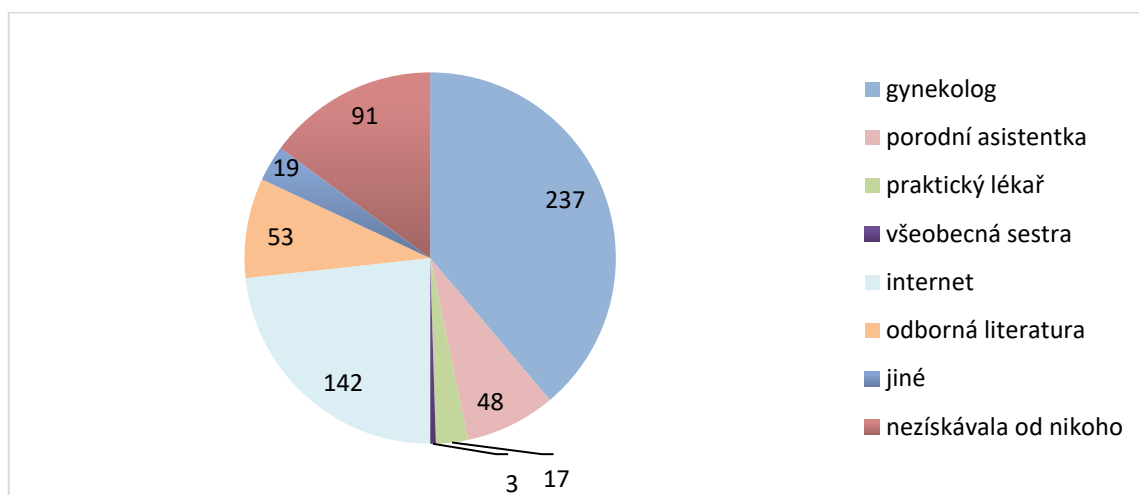
n=7



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 35 zobrazuje, jaké jiné možnosti léčby respondentky volily. Vzhledem k malému počtu respondentek, které zvolily možnost jiné při léčbě klimakterických potíží, jsou také uvedeny pouze absolutní četnosti odpovědí respondentek. Možnost využití antidepresiv uvedla 1 respondentka, bylinné čaje zmínila 1 žena, bylinné čaje a bioenergetickou práci s tělem a emocemi také uvedla 1 žena, byliny volily 2 respondentky, cvičení uvedla 1 žena a doplněk stravy uvedla také 1 žena.

Graf 36 Zdroje informací žen v souvislosti s léčbou v klimakteriu



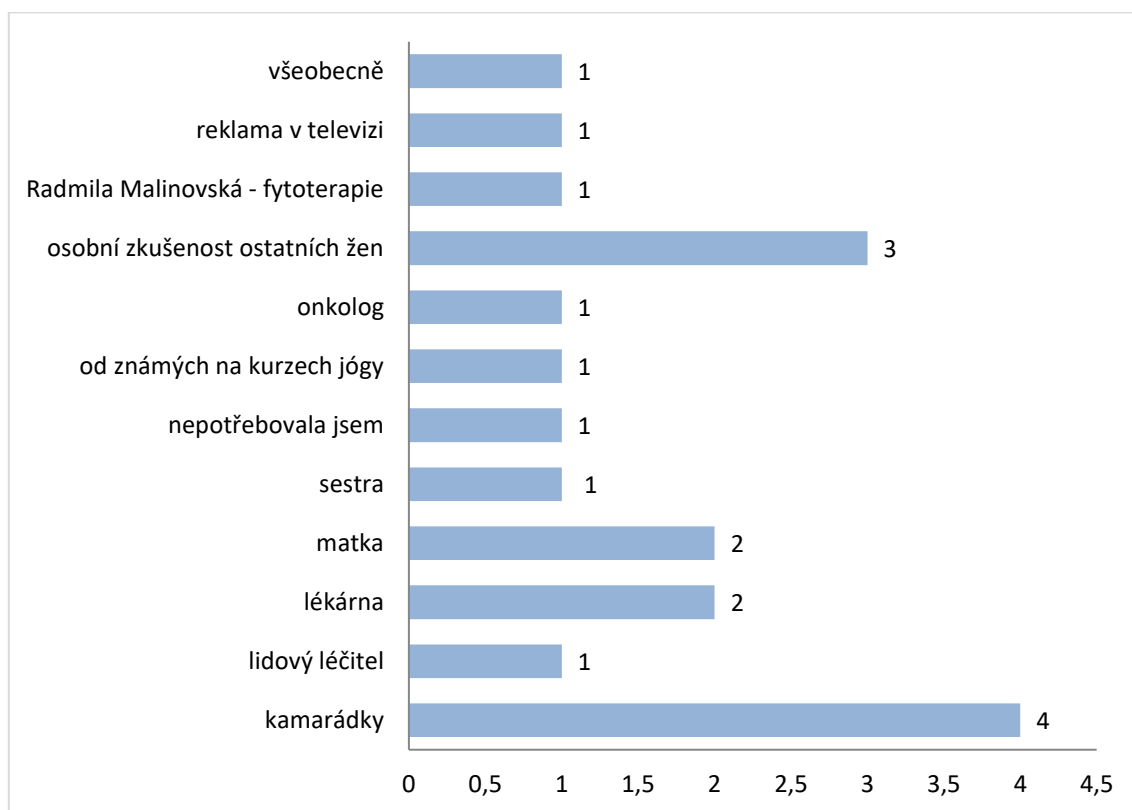
(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 36 prezentuje, od koho nebo odkud čerpaly respondentky informace týkající se léčby klimakterických obtíží. Ženám byla nabídnuta možnost volby více odpovědí, z toho důvodu byl celkový počet odpovědí 610.

Možnost získávání informací ohledně léčby od gynekologa byla zvolena respondentkami 237x, 48x byla vybrána možnost získávání informací od porodní asistentky, od praktického lékaře 17x, 3x byla zmíněna všeobecná sestra. Internet jako zdroj informací byl uveden 142x, odborná literatura 53x, jiné zdroje k získávání informací byly uvedeny 19x a 91x zvolily respondentky variantu, že nezískávaly informace od nikoho.

Graf 37 Jiné zdroje informací žen v souvislosti s léčbou v klimakteriu

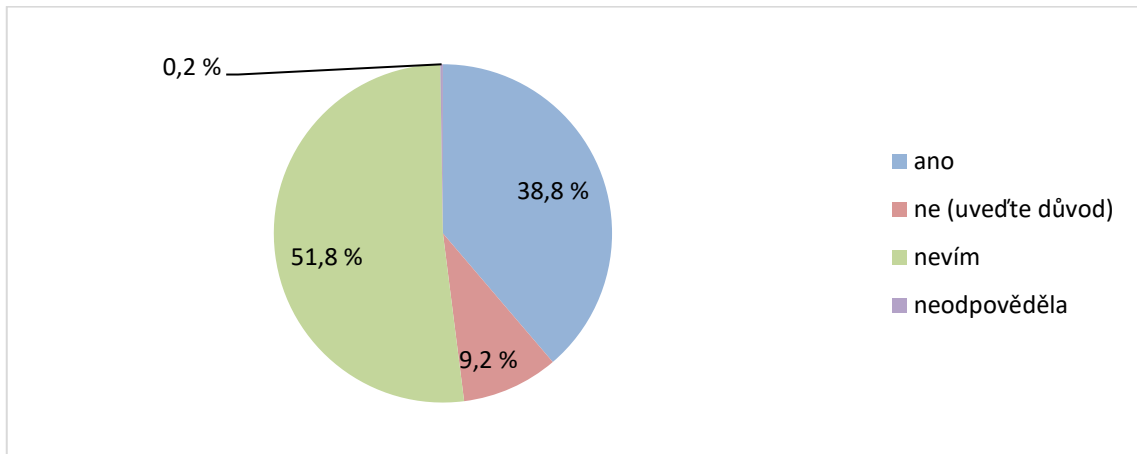
n=19



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 37 zobrazuje, jaké jiné zdroje k získávání informací v souvislosti s léčbou respondentky uváděly. Jako zdroj informací byly 4x uvedeny kamarádky, lidový léčitel byl zmíněn 1x, lékárna 2x, matka také 2x, sestra 1x. 1x bylo uvedeno, že nebylo potřeba informací od nikoho. Znamé na kurzech jógy byly uvedeny 1x, 1x byl zmíněn jako zdroj informací onkolog, 3x jako jiný zdroj informací byla popsána osobní zkušenost ostatních žen. 1x byla uvedena Radmila Malinovská (vedoucí kurzu fytoterapie), dále 1x byla jako zdroj informací označena reklama v televizi a 1x byla uvedena získaná informace všeobecně.

Graf 38 Zájem žen o edukaci o zásadách dodržování zdravého životního stylu v klimakteriu n=400

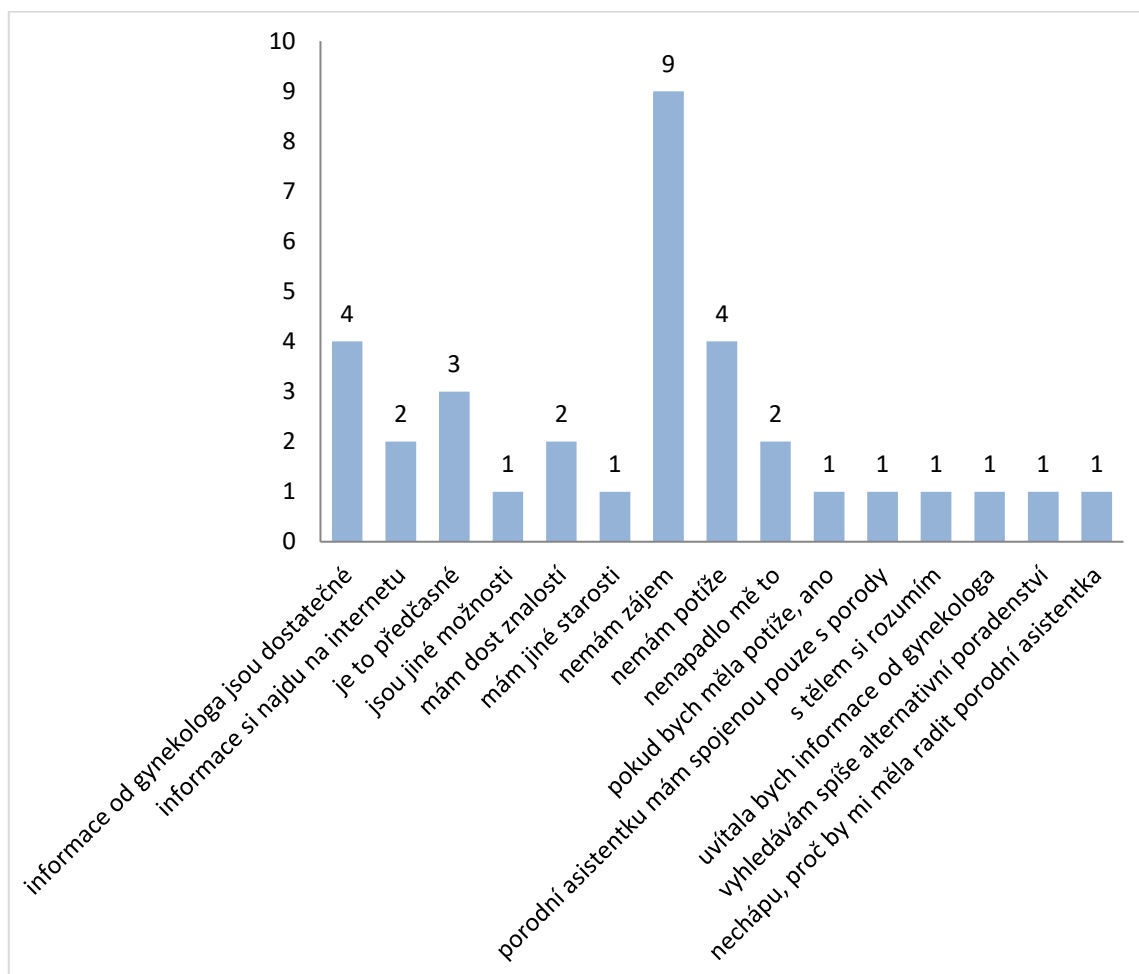


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 38 zobrazuje, zda by se ženy zajímaly o edukaci ze strany porodní asistentky v oblasti dodržování zásad zdravého životního stylu. Zájem o edukaci projevilo 155 (38,8 %) žen, naopak 37 (9,2 %) respondentek by se o edukaci v souvislosti se zdravým životním stylem nezajímalo, 207 (51,8 %) respondentek nevědělo, zda by mělo zájem o edukaci od porodní asistentky a 1 (0,2 %) žena neodpověděla.

Graf 39 Důvod nezájmu žen o edukaci porodní asistentky o zásadách zdravého životního stylu

n=34

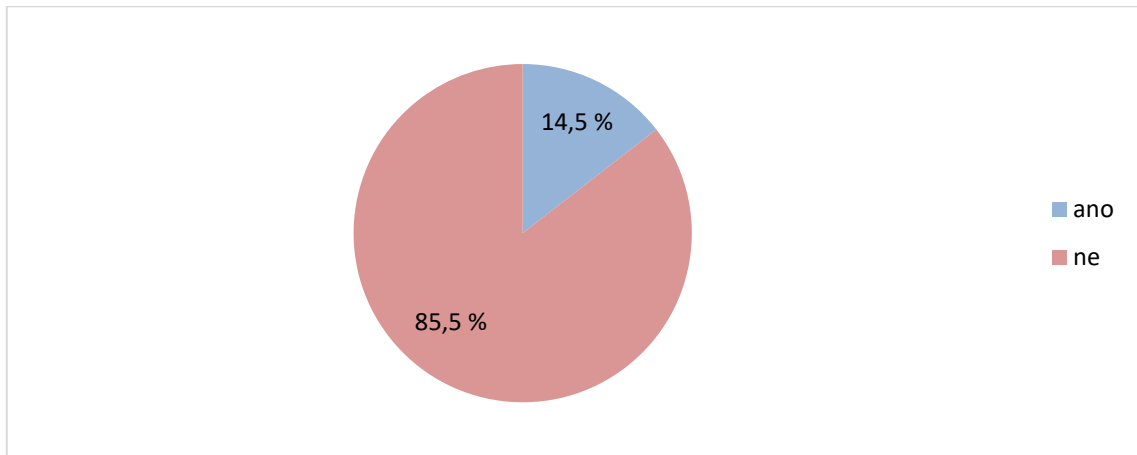


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 39 zobrazuje, z jakého důvodu by se respondentky nezajímal o edukaci realizované ze strany porodní asistentky. V souvislosti s malým počtem respondentek jsou uvedeny absolutní četnosti odpovědí od žen. Pro 4 respondentky byly informace od gynekologa dostačující, 2 respondentky uvedly, že by si informace vyhledaly na internetu, 3 ženy spatřovaly edukaci od porodní asistentky jako předčasnou, 1 žena zmínila, že jsou i jiné možnosti, jak získat informace. Dostatečné množství znalostí z problematiky zdravého životního stylu v klimakteriu měly 2 respondentky, 1 žena odpověděla, že má jiné starosti, 9 respondentek neprojevovalo zájem, 4 respondentky jako důvod nezájmu o edukaci zmínily, že neměly potíže. Dalším důvodem nezájmu o edukaci od porodní asistentky bylo u 2 respondentek to, že je tato skutečnost nenapadla. Pokud by 1 respondentka měla potíže, zajímala by se o edukaci od porodní asistentky o zásadách zdravého životního stylu. Další 1 respondentka sdělila, že porodní

asistentku má spojenou pouze s porody, následující 1 žena odpověděla, že si s tělem rozumí. Jiná 1 respondentka svůj nezáměr o edukaci od porodní asistentky odůvodnila tím, že by uvítala informace od gynekologa. Dále 1 respondentka preferovala alternativní poradenství před edukací od porodní asistentky a 1 žena sdělila, že nechápe, proč by ji o zásadách zdravého životního stylu měla radit porodní asistentka.

Graf 40 Využití edukace od porodní asistentky o alternativních možnostech léčby obtíží
n=400

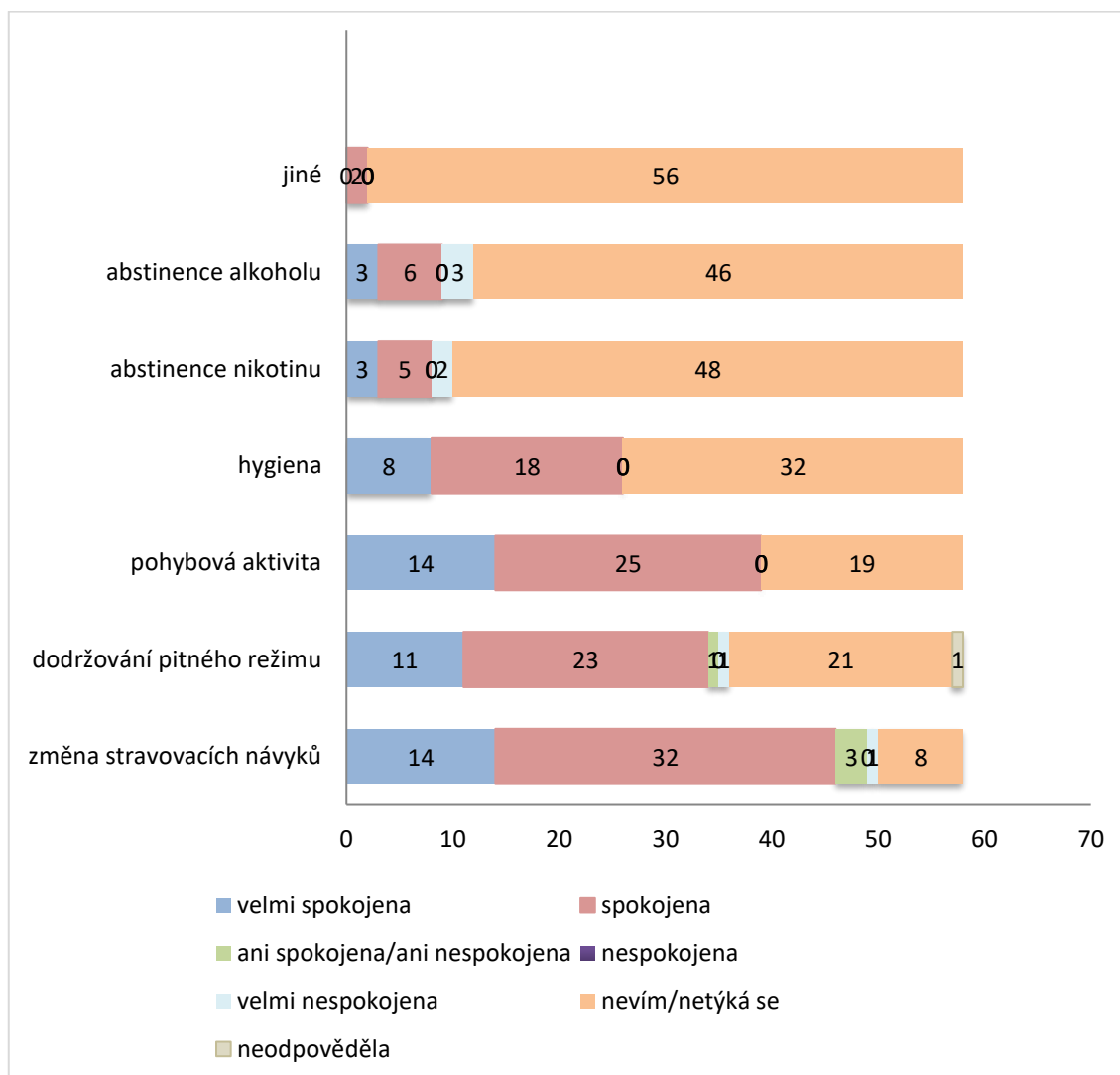


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 40 prezentuje zájem žen o edukaci v souvislosti s využitím alternativních možností léčby klimakterických obtíží ze strany porodní asistentky. O edukaci ze strany porodní asistentky vyjadřovalo zájem 58 (14,5 %) respondentek, oproti tomu o edukaci porodní asistentkou v souvislosti s využitím alternativních možností léčby nepříznivých symptomů neusilovalo 342 (85,5 %) žen.

Graf 41 Využití a spokojenost žen s dodržováním rad od PA o zdravém životním stylu

n=58



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 41 prezentuje, jak ženy využívaly rady od porodní asistentky o zdravém životním stylu a jak s těmito informacemi byly spokojené. Vzhledem k malému počtu odpovědí jsou uvedeny absolutní četnosti. Se změnou stravovacích návyků bylo velmi spokojeno 14 žen, spokojeno bylo 32 respondentek, 3 respondentky byly ani spokojeny/ani nespokojeny, žádná žena nebyla nespokojena, velmi nespokojena byla 1 žena a nevědělo/netýkalo se 8 respondentek.

Co se týká dodržování pitného režimu, 11 respondentek bylo velmi spokojeno, spokojeno bylo 23 žen, ani spokojena/ani nespokojena byla 1 žena, nespokojena nebyla žádná žena, velmi nespokojena byla 1 respondentka a odpověď nevím/netýká se zvolilo 21 respondentek.

S navrženým dodržováním pohybové aktivity ze strany porodní asistentky bylo velmi spokojeno 14 žen, spokojeno bylo 25 respondentek, žádná žena nebyla ani spokojena/ani nespokojena, nespokojena ani velmi nespokojena. Odpověď nevím/netýká se zvolilo 19 respondentek.

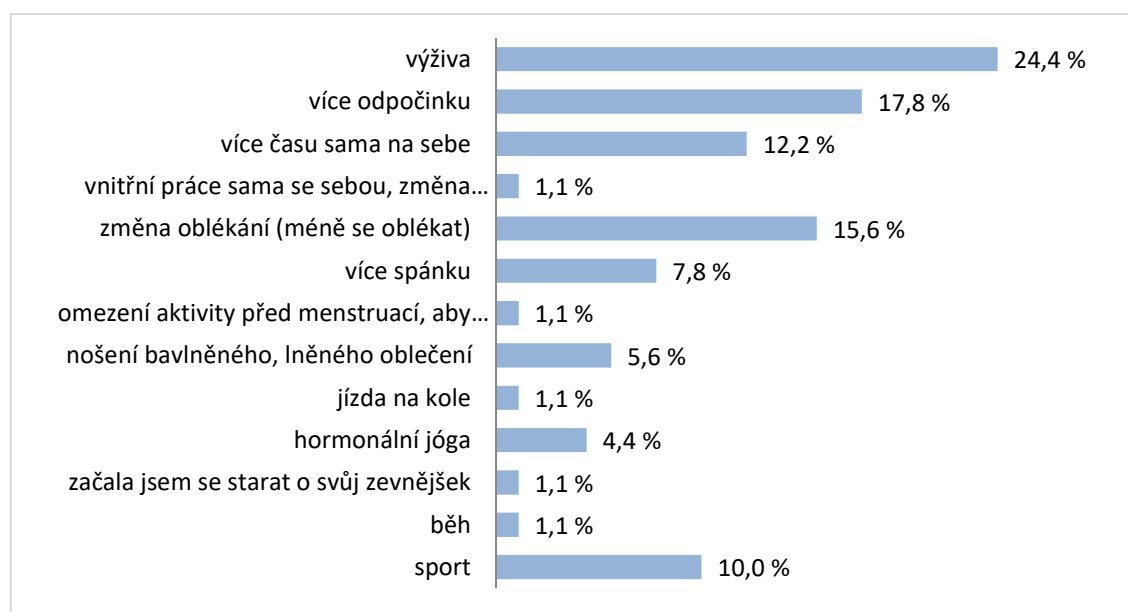
S dodržováním zvýšené osobní hygieny bylo velmi spokojeno 8 respondentek, spokojenost vyjádřilo 18 žen, ani spokojena/ani nespokojena, nespokojena ani velmi nespokojena nebyla žádná respondentka a možnost odpovědi nevím/netýká se zvolilo 32 respondentek.

S dalším navrženým opatřením v podobě abstinence nikotinu byly velmi spokojeny 3 respondentky, spokojeno bylo 5 žen, žádná žena nebyla ani spokojena/ani nespokojena ani nespokojena. Velmi nespokojeny s abstinencí nikotinu byly 2 ženy a nevědělo/netýkalo se 48 respondentek.

S abstinencí alkoholu se vyjádřily jako velmi spokojené 3 respondentky, 6 respondentek bylo spokojených, ani spokojena/ani nespokojena nebyla žádná žena, stejně tak nebyla žádná žena nespokojena a 46 respondentek zvolilo odpověď nevím/netýká se. S variantou jiné nebyla velmi spokojena žádná respondentka, 2 byly spokojeny, žádná respondentka nebyla ani spokojena/ani nespokojena, nespokojena a také ani velmi nespokojena. Odpověď nevím/netýká se si vybralo 56 respondentek.

Graf 42 Využití jiných možností zásad zdravého životního stylu

n=90



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 42 zobrazuje, jaké jiné možnosti ženy využívaly z doporučení od porodní asistentky. Doporučení ohledně zdravé výživy uvedlo 22 (24,4 %) respondentek, více odpočinku preferovalo 14 (15,6 %) žen, 11 (12,2 %) respondentek věnovalo více času samy sobě.

Další jinou možnost jako vnitřní práce sama se sebou, změna subjektivního myšlení, „hýčkáni se“ odpověděla 1 (1,1 %) respondentka.

Odpověď změna oblékání (méně se oblékat) uvedlo 14 (15,6 %) žen, 7 (7,8 %) respondentek preferovalo více spánku, 1 (1,1 %) respondentka omezovala aktivitu v období před začátkem menstruace, aby u ní nedošlo k vyvolání migrény.

Oblékání se do bavlněného, lněného oblečení preferovalo 5 (5,6 %) respondentek, jízdu na kole uplatňovala 1 (1,1 %) žena, hormonální jógu uvedly 4 (4,4 %) respondentky, 1 (1,1 %) respondentka zmínila jako jinou možnost zásadu zdravého životního stylu běh a 9 (10 %) respondentek uvedlo sport.

4.3 Výsledky kvantitativního výzkumu – standardizovaná část

V první standardizované části výzkumu byla využita zkrácená verze dotazníku na kvalitu života WHOQOL-100 ve standardizované podobě dotazníku WHOQOL-BREF. Výsledky hodnocení jednotlivých domén zobrazuje Tabulka 1 a hodnocení kvality života ženami znázorňuje Graf 43.

Tabulka 1 Hodnocení kvality života žen (WHOQOL-BREF)

Hodnocené domény	Deskriptivní statistika				
	Počet žen	Min.	Max.	Průměrný hrubý skór	Směrodatná odchylka
Doména 1 – fyzické zdraví	400	4,57	20,00	15,4886	2,33313
Doména 2 – prožívání	400	4,00	20,00	15,1217	2,34952
Doména 3 – sociální vztahy	400	4,00	20,00	15,3400	2,75541
Doména 4 – prostředí	400	8,00	20,00	15,0463	2,10108
Validní počet odpovědí	400				

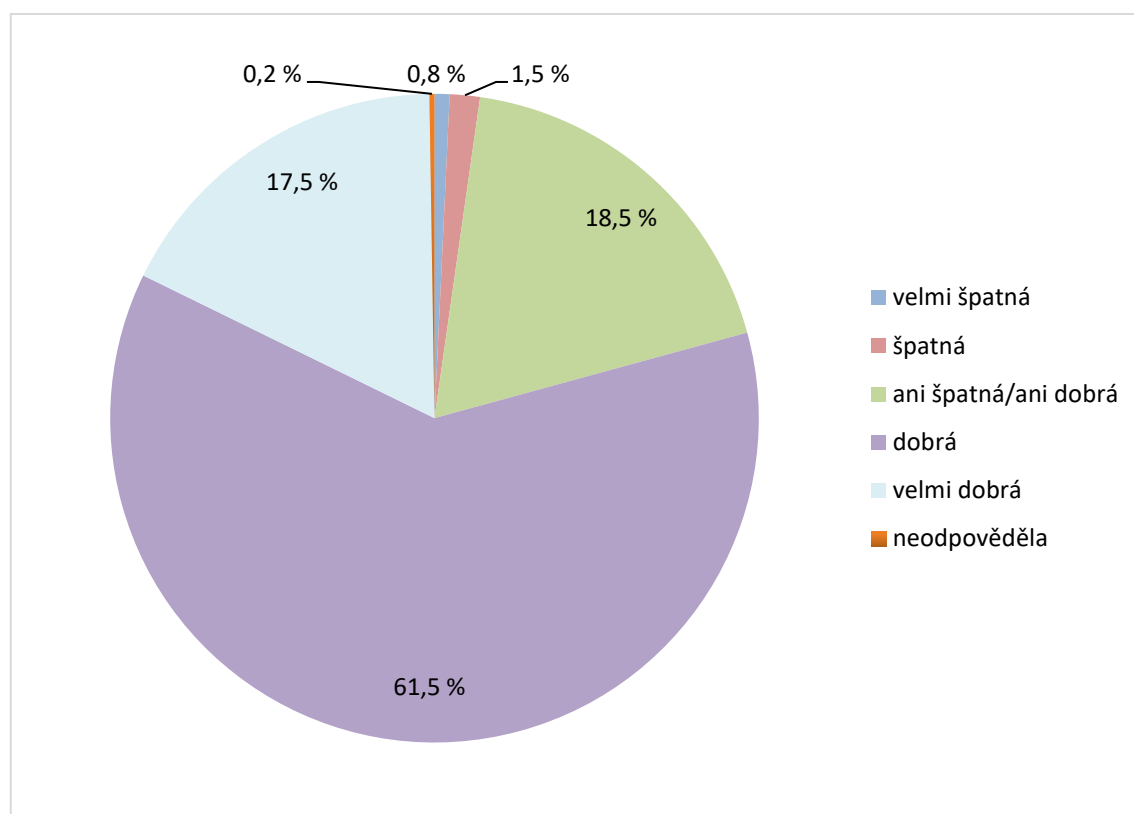
Legenda: Min. - minimum; Max. - maximum

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 1 informuje o tom, jak respondentky hodnotily jednotlivé domény. Jsou uvedeny průměrné hrubé skóry jednotlivých domén. Hodnota škály má mezní body od 4 do 20 a platí, že čím vyšší je hodnota průměru, tím lepší je kvalita života v dané doméně. Hodnoty průměrů jednotlivých domén se významně nelišily a pohybovaly se v rozmezí od 15,0463 do 15,4886. Na základě porovnání jednotlivých domén lze konstatovat, že nejlépe hodnotily ženy v klimakteriu své fyzické zdraví, průměrný hrubý skór měl hodnotu 15,4886. Oproti tomuto průměrný hrubý skór u domény prostředí měl hodnotu 15,0463, tudíž lze prohlásit, že respondentky shledaly prostředí jako nejhorší v rámci hodnocení kvality jejich života.

Graf 43 Hodnocení kvality života (WHOQOL-BREF)

n=400



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 43 zobrazuje hodnocení kvality života ženami. Kvalitu života jako velmi špatnou hodnotily 3 (0,8 %) respondentky, 6 (1,5 %) žen nahlíželo na kvalitu svého života jako na špatnou, ani dobrou/ani špatnou kvalitu života hodnotilo 74 (18,5 %) respondentek, jako dobrou posoudilo kvalitu života 246 (61,5 %) žen, jako velmi dobrou kvalitu života ohodnotilo 70 (17,5 %) žen. Jedna (0,2 %) respondentka svou kvalitu života nijak neklasifikovala.

Další část výzkumu byla uskutečněna za aplikace standardizovaného nástroje Dotazníku zdravotního stavu pro ženy (Women's Health Questionnaire, WHQ). Výsledky hodnocení jednotlivých dimenzí znázorňuje Tabulka 2 a spokojenost žen se zdravím prezentuje Graf 44.

Tabulka 2 Hodnocení zdraví žen (WHQ – Women's Health Questionnaire)

Hodnocené dimenze	Deskriptivní statistika				
	Počet žen	Min.	Max.	Průměrný hrubý skór	Směrodatná odchylka
DEP - depresivní nálada	400	0,00	0,86	0,2654	0,18853
SOM - somatické příznaky	400	0,00	1,00	0,3561	0,27007
MEM - paměť/soustředění	400	0,00	1,00	0,3533	0,36199
VAS - vasomotorické příznaky	400	0,00	1,00	0,3950	0,42946
ANX - úzkost/obavy	400	0,00	1,00	0,1850	0,27219
SEX - sexuální chování	333	0,00	1,00	0,2870	0,32209
SLE - problémy se spánkem	400	0,00	1,00	0,3792	0,36079
MEN - menstruační příznaky	400	0,00	1,00	0,2294	0,25780
ATT - přitažlivost/působ	400	0,00	1,00	0,2800	0,34372
Validní počet odpovědí (SEX)	333				

Legenda: Min. - minimum; Max. - maximum

(Zdroj: vlastní výzkum)

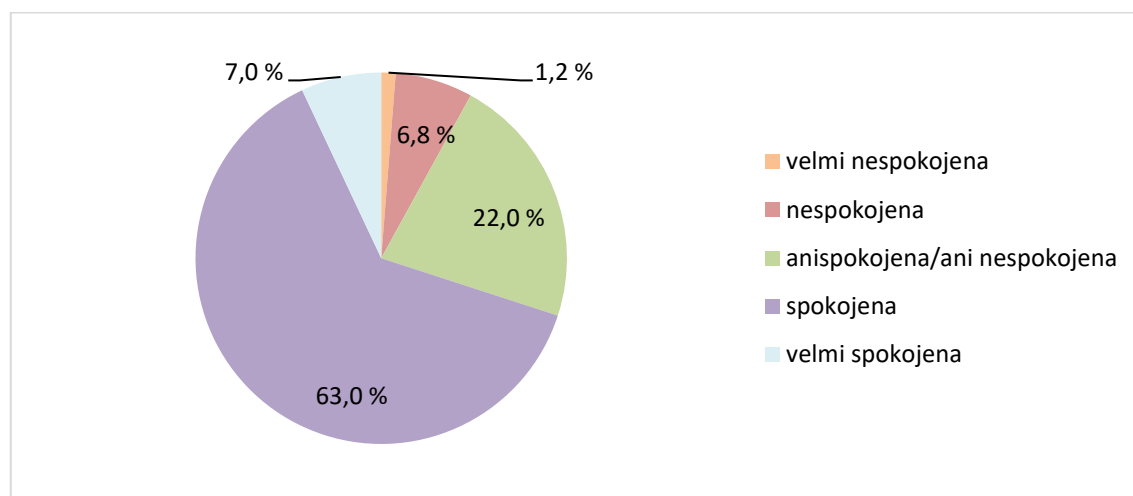
Tabulka 2 znázorňuje výsledky jednotlivých dimenzí, které ženy hodnotily. Součástí standardizovaného dotazníku, zaměřeného na zdraví žen v klimakteriu, byly konkrétně dimenze - depresivní nálada (DEP), somatické příznaky (SOM), paměť/soustředění (MEM), vasomotorické příznaky (VAS), úzkost/obavy (ANX), sexuální chování (SEX), problémy se spánkem (SLE), menstruační příznaky (MEN), přitažlivost/působ (ATT).

V Tabulce 2 jsou uvedeny průměrné hrubé skóry jednotlivých dimenzí. Hodnota škály měla mezní body od 0 do 1 a platí, že čím vyšší byla hodnota průměru, tím horší byla kvalita zdraví žen v dané dimenzi. Hodnoty průměrů jednotlivých dimenzí se pohybovaly v rozmezí od 0,1850 do 0,3950. Z porovnání jednotlivých dimenzí vyplývá, že nejméně pociťovaly ženy v klimakteriu úzkost/obavy, průměrný hrubý skór měl hodnotu 0,1850. Naopak nejčastěji se u žen vyskytovaly vasomotorické příznaky, jejichž hrubý skór prokazoval hodnotu 0,3950. V případě dimenze „sexuální chování“

bylo zaznamenáno nejvíce chybějících odpovědí a počet validních dotazníků tak činil 331. V ostatních dimenzích byly validní všechny odpovědi.

Graf 44 Spokojenost žen se zdravím (WHQ)

n=400



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 44 vyjadřuje spokojenost žen se zdravím. Velmi nespokojených se svým zdravím bylo 5 (1,2 %) žen, nespokojených se svým zdravím bylo 27 (6,8 %) respondentek, ani nespokojena/ani spokojena bylo 88 (22,0 %) respondentek, spokojenost se svým zdravím vyjádřilo 252 (63 %) žen a velmi spokojeno bylo 28 (7,0 %) žen.

4.4 Statistické testování hypotéz

Vzhledem k tomu, že byl u všech testovaných hypotéz zaznamenán nízký počet voleb v hodnotách škály u některých otázek, bylo nutné při všech výpočtech Chí-kvadrátu aplikovat Yatesovu korekci.

Hypotéza 1 - Život žen v klimakteriu více ovlivňuje psychické symptomy než symptomy somatické

Aby mohla být potvrzena či vyvrácena Hypotéza 1, bylo nutné prokázat statisticky významné souvislosti mezi jednotlivými psychickými a somatickými symptomy. Vzájemně posouzené souvislosti zobrazují Tabulky 3-11.

Souvislost výskytu pocitu děsu nebo paniky bez zjevného důvodu se somatickými symptomy žen

Byla prokázána statisticky významná souvislost výskytu pocitu děsu nebo paniky bez zjevného důvodu se všemi somatickými symptomy, uvedenými v Tabulce 3, s výjimkou existence silné menstruace.

Tabulka 3 Souvislost děsu nebo paniky se somatickými symptomy žen n=400

Výskyt děsu nebo paniky bez zjevného důvodu a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Předčasné probouzení a špatný spánek poté	104,657	9	<0,001	***
Výskyt bušení srdce nebo roztřeseného žaludku	122,637	9	<0,001	***
Strach ze stárnutí	35,329	9	<0,001	***
Bolesti hlavy	43,395	9	<0,001	***
Pocity větší únavy než je obvyklé	61,549	9	<0,001	***
Výskyt závratí	85,188	9	<0,001	***
Pocity napětí nebo nepříjemné pocity v prsech	50,390	9	<0,001	***
Bolesti zad nebo rukou a nohou	30,393	9	<0,001	***
Výskyt křečí, nepříjemných pocitů v dolní části břicha	55,465	9	<0,001	***
Výskyt nevolnosti nebo pocitů jako na zvracení	74,188	9	<0,001	***
Existence silné menstruace	10,313	9	0,326	n. s.
Výskyt nafouklého břicha	49,210	9	<0,001	***
Výskyt problémů s usínáním	77,905	9	<0,001	***
Časté mravenčení v rukou a chodidlech	41,345	9	<0,001	***
Častější močení než obvykle	60,377	9	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význ. - statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; *** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,001$)

Z Tabulky 3 je patrné, že byla prokázána statisticky významná souvislost mezi výskytem děsu nebo paniky bez zjevného důvodu a předčasným probouzením a špatným spánkem po zbytek noci, výskytem bušení srdce nebo roztřeseného žaludku,

strachem ze stárnutí, bolestmi hlavy, pocity větší únavy, než je obvyklé, výskytem závratí, pocity napětí nebo nepříjemnými pocity v prsech, bolestmi zad nebo rukou a nohou, výskytem křečí a nepříjemných pocitů v dolní části břicha, výskytem nevolnosti nebo pocitů na zvracení, výskytem nafouklého břicha, výskytem problémů s usínáním, častým mravenčením v rukou a chodidlech a častějším močením než obvykle. Ve všech těchto případech platí, že ženy, které uvedly, že se u nich děs nebo panika bez zjevného důvodu nevyskytují, významně častěji sdělovaly, že nemají problém s uvedenými somatickými symptomy. Ženy, které zmínily, že se u nich děs nebo panika bez zjevného důvodu vyskytují, se významně častěji projevovaly, že se u nich uvedené somatické symptomy vyskytují. Nebyla identifikována statisticky významná souvislost pouze v případě vztahu mezi výskytem děsu nebo paniky bez zjevného důvodu a existencí silné menstruace.

Souvislost pocitu mizérie a smutku se somatickými symptomy žen

Byla prokázána statisticky významná souvislost výskytu pocitu mizérie a smutku se všemi somatickými symptomy, uvedenými v Tabulce 4, s výjimkou existence silné menstruace.

Tabulka 4 Souvislost pocitu mizérie a smutku se somatickými symptomy u žen

n=400

Výskyt pocitu mizérie a smutku a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam.
Předčasné probouzení a špatný spánek poté	92,336	9	<0,001	***
Výskyt bušení srdce nebo roztřeseného žaludku	139,115	9	<0,001	***
Strach ze stárnutí	50,725	9	<0,001	***
Bolesti hlavy	43,098	9	<0,001	***
Pocity větší únavy než je obvyklé	94,505	9	<0,001	***
Výskyt závratí	53,618	9	<0,001	***
Pocity napětí nebo nepříjemné pocity v prsech	48,368	9	<0,001	***
Bolesti zad nebo rukou a nohou	55,743	9	<0,001	***
Výskyt křečí, nepříjemných pocitů v dolní části břicha	40,672	9	<0,001	***

Výskyt nevolnosti nebo pocitů jako na zvracení	63,909	9	<0,001	***
Existence silné menstruace	13,408	9	0,145	n. s.
Výskyt nafouklého břicha	72,629	9	<0,001	***
Výskyt problémů s usínáním	79,184	9	<0,001	***
Časté mravenčení v rukou a chodidlech	36,034	9	<0,001	***
Častější močení než obvykle	42,966	9	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význ. - statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; *** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,001$)

Statisticky prokázanou významnou souvislost prezentuje Tabulka 4 a to, mezi výskytem pocitu mizérie a smutku a předčasným probouzením a špatným spánkem po zbytek noci, výskytem bušení srdce nebo rozřeseného žaludku, strachem ze stárnutí, bolestmi hlavy, pocity větší únavy, než je obvyklé, výskytem závratí, pocity napětí nebo nepříjemnými pocity v prsech, bolestmi zad nebo rukou a nohou, výskytem křečí a nepříjemných pocitů v dolní části břicha, výskytem nevolnosti nebo pocitů na zvracení, výskytem nafouklého břicha, výskytem problémů s usínáním, častým mravenčením v rukou a chodidlech a častějším močením než obvykle. Ve všech těchto případech platí, že ženy, které uvedly, že se u nich pocity mizérie a smutku nevyskytují, významně častěji sdělovaly, že nemají problém s uvedenými somatickými symptomy. Ženy, které odpověděly, že se u nich pocity mizérie a smutku vyskytují, významně častěji zmiňovaly, že se u nich uvedené somatické symptomy projevují. Nebyla identifikována statisticky významná souvislost pouze v případě vztahu mezi pocitem mizérie a smutku a existencí silné menstruace.

Souvislost pocitu úzkosti při odchodu osamocené ženy z domova se somatickými symptomy

Dále byla v rámci Hypotézy 1 testována a prokázána statisticky významná souvislost výskytu pocitu úzkosti v případě, kdy žena vychází z domu ven sama se všemi somatickými symptomy, které jsou zřejmé z Tabulky 5, s výjimkou existence silné menstruace.

Tabulka 5 Souvislost pocitu úzkosti při odchodu osamocené ženy z domova se somatickými symptomy

n=400

Výskyt pocitu úzkosti při odchodu osamocené ženy a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Předčasné probouzení a špatný spánek poté	30,425	9	<0,001	***
Výskyt bušení srdce nebo roztřeseného žaludku	105,652	9	<0,001	***
Strach ze stárnutí	56,833	9	<0,001	***
Bolesti hlavy	28,767	9	<0,001	***
Pocity větší únavy než je obvyklé	37,667	9	<0,001	***
Výskyt závratí	43,494	9	<0,001	***
Pocity napětí nebo nepříjemné pocity v prsech	48,785	9	<0,001	***
Bolesti zad nebo rukou a nohou	28,730	9	<0,001	***
Výskyt křečí, nepříjemných pocitů v dolní části břicha	38,894	9	<0,001	***
Výskyt nevolnosti nebo pocitů jako na zvracení	68,724	9	<0,001	***
Existence silné menstruace	10,343	9	0,323	n. s.
Výskyt nafouklého břicha	24,252	9	<0,01	**
Výskyt problémů s usínáním	66,072	9	<0,001	***
Časté mravenčení v rukou a chodidlech	24,842	9	<0,01	**
Častější močení než obvykle	28,236	9	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význ. - statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; ** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,01$); *** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,001$)

Tabulka 5 představuje prokázanou statisticky významnou souvislost mezi výskytem pocitu úzkosti v případě, kdy žena vychází z domu ven sama a předčasným probouzením a špatným spánkem po zbytek noci, výskytem bušení srdce nebo roztřeseného žaludku, strachem ze stárnutí, bolestmi hlavy, pocity větší únavy, než je obvyklé, výskytem závratí, pocity napětí nebo nepříjemnými pocity v prsech, bolestmi zad nebo rukou a nohou, výskytem křečí a nepříjemných pocitů v dolní části břicha, výskytem nevolnosti nebo pocitů na zvracení, výskytem nafouklého břicha, výskytem

problémů s usínáním, častým mravenčením v rukou a chodidlech a častějším močením než obvykle. Ve všech těchto případech platí, že ženy, které uvedly, že se u nich pocity úzkosti v případě, kdy vycházejí z domu ven samy, nevyskytují, významně častěji sdělovaly, že nemají problém s uvedenými somatickými symptomy. Ženy, které uváděly, že se u nich pocity úzkosti v případě, kdy vycházejí z domu ven samy, vyskytují, významně častěji odpovídaly, že se u nich uvedené somatické symptomy projevují. Nebyla identifikována statisticky významná souvislost pouze v případě vztahu mezi pocitem úzkosti v případě, kdy žena vychází ven z domu sama a existencí silné menstruace.

Souvislost ztráty zájmu o věci se somatickými symptomy žen

Byla prokázána statisticky významná souvislost výskytu ztráty zájmu o věci se všemi sledovanými znaky, uvedenými v Tabulce 6, s výjimkou existence silné menstruace a výskytu bolesti hlavy.

Tabulka 6 Souvislost ztráty zájmu o věci se somatickými symptomy žen n=400

Ztráta zájmu o věci a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Předčasné probouzení a špatný spánek poté	43,715	9	<0,001	***
Výskyt bušení srdce nebo roztřeseného žaludku	111,772	9	<0,001	***
Strach ze stárnutí	24,079	9	<0,01	**
Bolesti hlavy	15,552	9	0,079	n. s.
Pocity větší únavy než je obvyklé	69,558	9	<0,001	***
Výskyt závratí	45,507	9	<0,001	***
Pocity napětí nebo nepříjemné pocity v prsech	52,139	9	<0,001	***
Bolesti zad nebo rukou a nohou	45,085	9	<0,001	***
Výskyt křečí, nepříjemných pocitů v dolní části břicha	19,045	9	<0,05	*
Výskyt nevolnosti nebo pocitů jako na zvracení	32,170	9	<0,001	***
Existence silné menstruace	10,692	9	0,297	n. s.
Výskyt nafouklého břicha	33,422	9	<0,001	***

Výskyt problémů s usínáním	50,288	9	<0,001	***
Časté mravenčení v rukou a chodidlech	31,725	9	<0,001	***
Častější močení než obvykle	53,630	9	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význ. – statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; * - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,05$); ** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,01$); *** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,001$)

Tabulka 6 ukazuje prokázanou statisticky významnou souvislost mezi ztrátou zájmu o věci a předčasným probouzením a špatným spánkem po zbytek noci, výskytem bušení srdce nebo roztřeseného žaludku, strachem ze stárnutí, pocity větší únavy, než je obvyklé, výskytem závratí, pocity napětí nebo nepříjemnými pocity v prsech, bolestmi zad nebo rukou a nohou, výskytem křečí a nepříjemných pocitů v dolní části břicha, výskytem nevolnosti nebo pocitů na zvracení, výskytem nafouklého břicha, výskytem problémů s usínáním, častým mravenčením v rukou a chodidlech a častějším močením než obvykle. Ve všech těchto případech platí, že ženy, které sdělovaly, že zájem o věci neztrácí, významně častěji uváděly, že nemají problém s uvedenými somatickými symptomy. Ženy, které zmiňovaly, že zájem o věci ztrácí, významně častěji odpovídaly, že se u nich uvedené somatické symptomy projevují. Nebyla identifikována statisticky významná souvislost pouze mezi ztrátou zájmu o věci a existencí silné menstruace a bolestí hlavy.

Souvislost pocitu, že život nestojí za to žít se somatickými symptomy žen

V souvislosti se statistickým testováním Hypotézy 1, byla také prokázána statisticky významná souvislost pocitu, že život nestojí za to žít se všemi somatickými symptomy, které znázorňuje Tabulka 7, s výjimkou existence silné menstruace.

Tabulka 7 Souvislost pocitu, že nestojí za to žít se somatickými symptomy žen

n=400

Pocit, že život nestojí za to žít a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Předčasné probouzení a špatný spánek poté	46,131	9	<0,001	***
Výskyt bušení srdce nebo roztřeseného žaludku	88,791	9	<0,001	***
Strach ze stárnutí	50,015	9	<0,01	**
Bolesti hlavy	31,869	9	<0,001	***
Pocity větší únavy než je obvyklé	51,950	9	<0,001	***
Výskyt závratí	31,209	9	<0,001	***
Pocity napětí nebo nepříjemné pocity v prsech	43,206	9	<0,001	***
Bolesti zad nebo rukou a nohou	33,557	9	<0,001	***
Výskyt křečí, nepříjemných pocitů v dolní části břicha	38,461	9	<0,001	***
Výskyt nevolnosti nebo pocitů jako na zvracení	48,953	9	<0,001	***
Existence silné menstruace	12,474	9	0,188	n. s.
Výskyt nafouklého břicha	53,014	9	<0,001	***
Výskyt problémů s usínáním	44,948	9	<0,001	***
Časté mravenčení v rukou a chodidlech	24,223	9	<0,01	**
Častější močení než obvykle	34,783	9	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význ. - statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; ** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,01$); *** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,001$)

Tabulka 7 znázorňuje prokázanou statisticky významnou souvislost mezi pocitem, že život nestojí za to žít a předčasným probouzením a špatným spánkem po zbytek noci, výskytem bušení srdce nebo roztřeseného žaludku, strachem ze stárnutí, bolestmi hlavy, pocity větší únavy, než je obvyklé, výskytem závratí, pocity napětí nebo nepříjemnými pocity v prsech, bolestmi zad nebo rukou a nohou, výskytem křečí a nepříjemných

pocitů v dolní části břicha, výskytem nevolnosti nebo pocitů na zvracení, výskytem nafouklého břicha, výskytem problémů s usínáním, častým mravenčením v rukou a chodidlech a častějším močením než obvykle. Ve všech těchto případech platí, že ženy, které sdělily, že pocitem, že život nestojí za to žít, netrpí, významně častěji uvedly, že nemají problém s uvedenými somatickými symptomy. Ženy, které řekly, že pocitem, že život nestojí za to žít, trpí, významně častěji sdělovaly, že se u nich uvedené somatické symptomy projevují. Nebyla identifikována statisticky významná souvislost pouze mezi pocitem, že život nestojí za to žít a existencí silné menstruace.

Souvislost pocitu napětí nebo nervozity se somatickými symptomy žen

Byla prokázána statisticky významná souvislost pocitu napětí nebo nervozity se všemi sledovanými znaky, uvedenými v Tabulce 8, s výjimkou existence silné menstruace.

Tabulka 8 Souvislost pocitu napětí nebo nervozity se somatickými symptomy žen

n=400

Pocit napětí a nervozity a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Předčasné probouzení a špatný spánek poté	58,288	9	<0,001	***
Výskyt bušení srdce nebo roztřeseného žaludku	140,479	9	<0,001	***
Strach ze stárnutí	32,932	9	<0,01	**
Bolesti hlavy	46,982	9	<0,001	***
Pocity větší únavy než je obvyklé	117,449	9	<0,001	***
Výskyt závratí	57,081	9	<0,001	***
Pocity napětí nebo nepříjemné pocity v prsech	42,969	9	<0,001	***
Bolesti zad nebo rukou a nohou	46,747	9	<0,001	***
Výskyt křečí, nepříjemných pocitů v dolní části břicha	49,384	9	<0,001	***
Výskyt nevolnosti nebo pocitů jako na zvracení	63,766	9	<0,001	***
Existence silné menstruace	10,046	9	0,347	n. s.
Výskyt nafouklého břicha	59,498	9	<0,001	***
Výskyt problémů s usínáním	78,023	9	<0,001	***
Časté mravenčení v rukou a chodidlech	48,216	9	<0,001	***
Častější močení než obvykle	42,664	9	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význ. - statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; ** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,01$); *** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,001$)

V Tabulce 8 je zobrazena prokázaná statisticky významná souvislost mezi pocitem napětí nebo nervozity a předčasným probouzením a špatným spánkem po zbytek noci, výskytem bušení srdce nebo roztřeseného žaludku, strachem ze stárnutí, bolestmi hlavy, pocity větší únavy, než je obvyklé, výskytem závratí, pocity napětí nebo nepříjemnými pocity v prsech, bolestmi zad nebo rukou a nohou, výskytem křečí a nepříjemných pocitů v dolní části břicha, výskytem nevolnosti nebo pocitů na zvracení, výskytem nafouklého břicha, výskytem problémů s usínáním, častým mravenčením v rukou a chodidlech a častějším močením než obvykle. Ve všech těchto případech platí, že ženy, které odpověděly, že pocitem napětí nebo nervozity netrpí, významně častěji uváděly, že nemají problém s uvedenými somatickými symptomy. Ženy, které sdělovaly, že pocitem napětí nebo nervozity trpí, významně častěji zmiňovaly, že se u nich uvedené somatické symptomy projevují. Nebyla identifikována statisticky významná souvislost pouze mezi pocitem napětí nebo nervozity a existencí silné menstruace.

Souvislost výskytu stavu roztěkanosti a neklidu se somatickými symptomy žen

Byla prokázána statisticky významná souvislost výskytu stavu roztěkanosti a neklidu se všemi sledovanými znaky, uvedenými v Tabulce 9.

Tabulka 9 Souvislost výskytu stavu roztěkanosti a neklidu se somatickými symptomy

žen

n=400

Stav roztěkanosti a neklidu a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Předčasné probouzení a špatný spánek poté	61,972	9	<0,001	***
Výskyt bušení srdce nebo roztřeseného žaludku	90,006	9	<0,001	***
Strach ze stárnutí	49,288	9	<0,01	**
Bolesti hlavy	33,006	9	<0,001	***
Pocity větší únavy než je obvyklé	112,936	9	<0,001	***
Výskyt závratí	47,771	9	<0,001	***

Pocity napětí nebo nepříjemné pocity v prsech	62,769	9	<0,001	***
Bolesti zad nebo rukou a nohou	27,046	9	<0,01	**
Výskyt křečí, nepříjemných pocitů v dolní části břicha	44,609	9	<0,001	***
Výskyt nevolnosti nebo pocitů jako na zvracení	70,427	9	<0,001	***
Existence silné menstruace	23,519	9	<0,01	**
Výskyt nafouklého břicha	43,501	9	<0,001	***
Výskyt problémů s usínáním	58,899	9	<0,001	***
Časté mravenčení v rukou a chodidlech	27,627	9	<0,01	**
Častější močení než obvykle	70,185	9	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význ. – statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; ** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,01$); *** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,001$)

Tabulka 9 informuje o prokázané statisticky významné souvislosti mezi stavem roztěkanosti a neklidu a předčasným probouzením a špatným spánkem po zbytek noci, výskytem bušení srdce nebo roztřeseného žaludku, strachem ze stárnutí, bolestmi hlavy, pocity větší únavy, než je obvyklé, výskytem závratí, pocity napětí nebo nepříjemnými pocity v prsech, bolestmi zad nebo rukou a nohou, výskytem křečí a nepříjemných pocitů v dolní části břicha, výskytem nevolnosti nebo pocitů na zvracení, existencí silné menstruace, výskytem nafouklého břicha, výskytem problémů s usínáním, častým mravenčením v rukou a chodidlech a častějším močením než obvykle. Ve všech těchto případech platí, že ženy, které uváděly, že stavem roztěkanosti a neklidu netrpí, významně častěji odpovídaly, že nemají problém s uvedenými somatickými symptomy. Ženy, které zmiňovaly, že stavem roztěkanosti a neklidu trpí, významně častěji odpovídaly, že se u nich uvedené somatické symptomy projevují.

Souvislost pocitu větší podrážděnosti než obvykle se somatickými symptomy žen

Byla prokázána statisticky významná souvislost pocitu větší podrážděnosti než obvykle se všemi sledovanými znaky, uvedenými v Tabulce 10, s výjimkou existence silné menstruace.

Tabulka 10 Souvislost pocitu větší podrážděnosti než obvykle se somatickými symptomy žen n=400

Pocit větší podrážděnosti než obvykle a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam.
Předčasné probouzení a špatný spánek poté	57,328	9	<0,001	***
Výskyt bušení srdce nebo roztřeseného žaludku	104,614	9	<0,001	***
Strach ze stárnutí	45,826	9	<0,001	***
Bolesti hlavy	37,623	9	<0,001	***
Pocity větší únavy než je obvyklé	145,226	9	<0,001	***
Výskyt závratí	39,496	9	<0,001	***
Pocity napětí nebo nepříjemné pocity v prsech	64,905	9	<0,001	***
Bolesti zad nebo rukou a nohou	34,612	9	<0,001	***
Výskyt křečí, nepříjemných pocitů v dolní části břicha	57,469	9	<0,001	***
Výskyt nevolnosti nebo pocitů jako na zvracení	51,844	9	<0,001	***
Existence silné menstruace	8,984	9	0,439	n. s.
Výskyt nafouklého břicha	62,149	9	<0,001	***
Výskyt problémů s usínáním	64,880	9	<0,001	***
Časté mravenčení v rukou a chodidlech	38,284	9	<0,001	***
Častější močení než obvykle	40,966	9	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význam. - statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; *** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,001$)

Z Tabulky 10 je zřetelná prokázaná statisticky významná souvislost mezi pocitem větší podrážděnosti než obvykle a špatným spánkem po zbytek noci, výskytem bušení srdce nebo roztřeseného žaludku, strachem ze stárnutí, bolestmi hlavy, pocity větší únavy, než je obvyklé, výskytem závratí, pocity napětí nebo nepříjemnými pocity v prsech, bolestmi zad nebo rukou a nohou, výskytem křečí a nepříjemných pocitů v dolní části

břicha, výskytem nevolnosti nebo pocitů na zvracení, výskytem nafouklého břicha, výskytem problémů s usínáním, častým mravenčením v rukou a chodidlech a častějším močením než obvykle. Ve všech těchto případech platí, že ženy, které odpovídaly, že pocitem větší podrážděnosti než obvykle netrpí, významně častěji sdělovaly, že nemají problém s uvedenými somatickými symptomy. Ženy, které uváděly, že pocitem větší podrážděnosti než obvykle trpí, významně častěji zmiňovaly, že se u nich uvedené somatické symptomy projevují. Nebyla identifikována statisticky významná souvislost pouze mezi pocitem větší podrážděnosti než obvykle a existencí silné menstruace.

Souvislost špatné paměti se somatickými symptomy žen

Při testování Hypotézy 1 byla ještě prokázána statisticky významná souvislost špatné paměti se všemi sledovanými znaky, uvedenými v Tabulce 11, s výjimkou existence silné menstruace.

Tabulka 11 Souvislost špatné paměti se somatickými symptomy žen

n=400

Špatná paměť a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam.
Předčasné probouzení a špatný spánek poté	30,317	9	<0,001	***
Výskyt bušení srdce nebo roztřeseného žaludku	50,070	9	<0,001	***
Strach ze stárnutí	35,118	9	<0,001	***
Bolesti hlavy	31,781	9	<0,001	***
Pocity větší únavy než je obvyklé	90,828	9	<0,001	***
Výskyt závratí	44,630	9	<0,001	***
Pocity napětí nebo nepříjemné pocity v prsech	31,899	9	<0,001	***
Bolesti zad nebo rukou a nohou	46,891	9	<0,001	***
Výskyt křečí, nepříjemných pocitů v dolní části břicha	22,609	9	<0,01	**
Výskyt nevolnosti nebo pocitů jako na zvracení	22,441	9	<0,01	**
Existence silné menstruace	7,130	9	0,624	n. s.
Výskyt nafouklého břicha	70,831	9	<0,001	***
Výskyt problémů s usínáním	52,684	9	<0,001	***

Časté mravenčení v rukou a chodidlech	38,800	9	<0,001	***
Častější močení než obvykle	66,257	9	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význ. - statistická významnost; X^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; ** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,01$); *** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,001$)

Tabulka 11 ukazuje prokázanou statisticky významnou souvislost mezi špatnou pamětí a špatným spánkem po zbytek noci, výskytem bušení srdce nebo rozřeseného žaludku, strachem ze stárnutí, bolestmi hlavy, pocity větší únavy, než je obvyklé, výskytem závratí, pocity napětí nebo nepříjemnými pocity v prsech, bolestmi zad nebo rukou a nohou, výskytem křečí a nepříjemných pocitů v dolní části břicha, výskytem nevolnosti nebo pocitů na zvracení, výskytem nafouklého břicha, výskytem problémů s usínáním, častým mravenčením v rukou a chodidlech a častějším močením než obvykle. Ve všech těchto případech platí, že ženy, které uváděly, že špatnou paměť nemají, významně častěji odpovídaly, že nemají problém s uvedenými somatickými symptomy. Ženy, které sdělovaly, že špatnou paměť mají, významně častěji zmiňovaly, že se u nich uvedené somatické symptomy projevují. Nebyla identifikována statisticky významná souvislost pouze mezi špatnou pamětí a existencí silné menstruace.

Hypotéza 2 - Ženy vnímají zhoršenou kvalitu života více v oblasti sociálních vztahů oproti fyzickému zdraví

Při testování Hypotézy 2 musely být zkoumány souvislosti mezi jednotlivými položkami, které se vztahovaly k doméně sociálních vztahů společně s položkami z domény fyzické zdraví. Posuzované souvislosti potřebné k potvrzení či vyvrácení Hypotézy 2 prezentují Tabulky 12-15.

Souvislost přístupu k informacím potřebným pro každodenní život s fyzickým zdravím žen

Během statistického testování Hypotézy 2 byla prokázána statisticky významná souvislost přístupu k informacím, potřebným pro každodenní život se všemi sledovanými znaky, uvedenými v Tabulce 12, s výjimkou omezení běžné činnosti bolestí.

Tabulka 12 Souvislost přístupu k informacím, potřebným pro každodenní život

s fyzickým zdravím žen

n=400

Souvislost přístupu k informacím, potřebným pro každodenní život a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Míra omezení běžné činnosti bolestí	24,887	16	0,072	n. s.
Dostatek energie pro každodenní život	240,318	16	<0,001	***
Schopnost pohybu	219,503	16	<0,001	***
Spokojenost se spánkem	79,137	16	<0,001	***
Schopnost provádět každodenní činnost	155,884	16	<0,001	***
Spokojenost se sexuálním životem	91,109	16	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význ. - statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; *** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,001$)

Tabulka 12 zobrazuje prokázanou statisticky významnou souvislost mezi úrovní přístupu k informacím, potřebným pro každodenní život a dostatkem energie pro každodenní život, schopností pohybu, spokojeností se spánkem, schopností provádět každodenní činnost a spokojeností se sexuálním životem. Ve všech těchto případech platí, že ženy, které odpovídaly, že mají zcela přístup k informacím, potřebným pro každodenní život, významně častěji uváděly, že mají dostatek energie pro každodenní život, dokážou se pohybovat bez omezení, jsou maximálně spokojeny se svým spánkem, schopností provádět každodenní činnosti a jsou spokojené se sexuálním životem. Ženy, které zmiňovaly, že mají omezený nebo nemají přístup k informacím, potřebným pro každodenní život, významně častěji hodnotí uvedené oblasti jako horší. Nebyla identifikována statisticky významná souvislost pouze v případě vztahu úrovně přístupu k informacím, potřebným pro každodenní život a míry omezení běžné činnosti bolestí.

Souvislost možnosti věnovat se svým zálibám s fyzickým zdravím žen

Byla prokázána statisticky významná souvislost možnosti věnovat se svým zálibám se všemi sledovanými znaky, uvedenými v Tabulce 13.

Tabulka 13 Souvislost možnosti věnovat se svým zálibám s fyzickým zdravím žen

n=400

Souvislost možnosti věnovat se svým zálibám a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Míra omezení běžné činnosti bolestí	65,436	16	<0,001	***
Dostatek energie pro každodenní život	176,648	16	<0,001	***
Schopnost pohybu	265,444	16	<0,001	***
Spokojenost se spánkem	100,997	16	<0,001	***
Schopnost provádět každodenní činnost	168,356	16	<0,001	***
Spokojenost se sexuálním životem	79,276	16	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význ. - statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; *** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,001$)

Tabulka 13 prezentuje prokázanou statisticky významnou souvislost mezi možností věnovat se svým zálibám a mírou omezení běžné činnosti bolestí, dostatkem energie pro každodenní život, schopností pohybu, spokojeností se spánkem, schopností provádět každodenní činnost a spokojeností se sexuálním životem. Ve všech těchto případech platí, že ženy, které odpovídaly, že mají možnost věnovat se svým zálibám, významně častěji uváděly, že nejsou omezeny v běžné činnosti bolestí, mají dostatek energie pro každodenní život, dokážou se pohybovat bez omezení, jsou maximálně spokojeny se svým spánkem, schopností provádět každodenní činnosti a jsou spokojené se sexuálním životem. Ženy, které sdělovaly, že nemají možnost věnovat se svým zálibám nebo je tato možnost omezena, významně častěji hodnotí uvedené oblasti jako horší.

Souvislost spokojenosti s osobními vztahy s fyzickým zdravím žen

Byla prokázána statisticky významná souvislost spokojenosti se svými osobními vztahy se všemi sledovanými znaky, uvedenými v Tabulce 14, s výjimkou omezení běžné činnosti bolestí.

Tabulka 14 Souvislost spokojenosti s osobními vztahy s fyzickým zdravím žen

n=400

Souvislost s osobními vztahy a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Míra omezení běžné činnosti bolestí	24,914	16	0,071	n. s.
Dostatek energie pro každodenní život	69,542	16	<0,001	***
Schopnost pohybu	36,910	16	<0,01	**
Spokojenost se spánkem	102,134	16	<0,001	***
Schopnost provádět každodenní činnost	156,927	16	<0,001	***
Spokojenost se sexuálním životem	284,801	16	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význ. - statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; ** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,01$); *** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,001$)

V Tabulce 14 je zobrazena prokázaná statisticky významná souvislost mezi spokojeností se svými osobními vztahy a dostatkem energie pro každodenní život, schopností pohybu, spokojeností se spánkem, schopností provádět každodenní činnost a spokojeností se sexuálním životem. Ve všech těchto případech platí, že ženy, které uváděly, že jsou spokojeny se svými osobními vztahy, významně častěji zmiňovaly, že mají dostatek energie pro každodenní život, dokážou se pohybovat bez omezení, jsou maximálně spokojeny se svým spánkem, schopností provádět každodenní činnosti a jsou spokojené se sexuálním životem. Ženy, které sdělovaly, že nejsou zcela nebo vůbec spokojeny se svými osobními vztahy, významně častěji hodnotí uvedené oblasti jako horší. Nebyla identifikována statisticky významná souvislost pouze v případě vztahu spokojenosti se svými osobními vztahy a míry omezení běžné činnosti bolestí.

Souvislost spokojenosti s podporou od přátel s fyzickým zdravím žen

Při testování Hypotézy 2 byla také prokázána statisticky významná souvislost spokojenosti s podporou, kterou poskytují přátelé se všemi sledovanými znaky, uvedenými v Tabulce 15, s výjimkou omezení běžné činnosti bolestí.

Tabulka 15 Souvislost spokojenosti s podporou od přátel s fyzickým zdravím žen

n=400

Souvislost spokojenosti s podporou od přátel a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Míra omezení běžné činnosti bolestí	22,234	16	0,136	n. s.
Dostatek energie pro každodenní život	53,806	16	<0,001	***
Schopnost pohybu	35,508	16	<0,01	**
Spokojenost se spánkem	75,005	16	<0,001	***
Schopnost provádět každodenní činnost	101,102	16	<0,001	***
Spokojenost se sexuálním životem	195,150	16	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význ. – statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; ** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,01$); *** - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,001$)

V Tabulce 15 je znázorněna prokázaná statisticky významná souvislost mezi spokojeností s podporou, kterou poskytují přátelé a dostatkem energie pro každodenní život, schopností pohybu, spokojeností se spánkem, schopností provádět každodenní činnost a spokojeností se sexuálním životem. Ve všech těchto případech platí, že ženy, které uváděly, že jsou spokojeny s podporou od svých přátel, významně častěji zmiňovaly, že mají dostatek energie pro každodenní život, dokážou se pohybovat bez omezení, jsou maximálně spokojeny se svým spánkem, schopností provádět každodenní činnosti a jsou spokojené se sexuálním životem. Ženy, které odpovídaly, že nejsou zcela nebo vůbec spokojeny s podporou od svých přátel, významně častěji hodnotí uvedené oblasti jako horší. Nebyla identifikována statisticky významná souvislost pouze v případě vztahu spokojenosti s podporou od svých přátel a míry omezení běžné činnosti bolestí.

Hypotéza 3 - Ženy s vyšším vzděláním dodržují více navrhovaná režimová opatření oproti ženám s nižším vzděláním

V souvislosti se statistickým testováním Hypotézy 3 byla prokázána statisticky významná souvislost vzdělání s využíváním možností léčby klimakterických obtíží (Tabulka 16).

Tabulka 16 Souvislost vzdělání žen s dodržováním režimových opatření n=400

Vzdělání a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam.
Využívání možností léčby klimakterických obtíží	10,997	4	<0,05	*
Změny v dodržování životního stylu	9,273	8	0,320	n. s.
Využití informací k životnímu stylu od porodní asistentky	2,130	4	0,712	n. s.

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význam. - statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl; * - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti ($\alpha = 0,05$)

Tabulka 16 informuje o identifikované statisticky významné souvislosti pouze u vzdělání s využíváním možností léčby klimakterických obtíží. Platí, že tyto možnosti významně více využívají ženy s vyšším odborným vzděláním. Statisticky významná souvislost mezi vzděláním a ostatními znaky, uvedenými v Tabulce 16 nebyla identifikována.

Hypotéza 4 - Ženy s vyšším vzděláním oslovují porodní asistentku v souvislosti s režimovými opatřeními oproti ženám s nižším vzděláním

Při testování Hypotézy 4 nebyla prokázána statisticky významná souvislost vzdělání se znaky uvedenými v Tabulce 17.

Tabulka 17 Souvislost vzdělání žen s oslovením porodní asistentky ohledně režimových opatření n=400

Vzdělání a...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam.
Zdroj informací ohledně možností léčby obtíží v klimakteriu	31,414	28	0,299	n. s.
Zájem o poskytování informací (edukaci) ze strany porodní asistentky, týkající se zásad zdravého životního stylu	12,327	8	0,137	n. s.

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: stat. význ.- statistická významnost; χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti; n. s. - statisticky nevýznamný rozdíl

Tabulka 17 zobrazuje, že nebyla identifikována statisticky významná souvislost mezi vzděláním a zdrojem informací ohledně možnosti léčby obtíží v klimakteriu. Rovněž nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a zájmem o poskytování informací (edukaci) ze strany porodní asistentky, týkajících se zásad zdravého životního stylu v období klimakteria. Vzdělání uvedené oblasti statisticky významně neovlivňuje.

Na základě statistického testování výše uvedených souvislostí, lze konstatovat, že Hypotéza 1, Hypotéza 2 a Hypotéza 3 byla potvrzena. Hypotéza 4 byla statistickým testováním vzájemných sledovaných znaků vyvrácena.

4.5 Analýza vztahů mezi vybranými příznaky u žen v období klimakteria

Analýza vztahů se somatickými příznaky

V rámci kvantitativního výzkumu jsme dále posuzovali vzájemné souvislosti mezi somatickými příznaky žen s věkem, vzděláním, rodinným stavem, zaměstnáním, velikostí bydliště (podle počtu obyvatel), návštěvami u gynekologa z důvodu prevence. Během výzkumu nebyla nalezena souvislost somatických příznaků u žen v klimakteriu s velikostí bydliště (podle počtu obyvatel), stejně tak frekvence návštěv u gynekologa z důvodu prevence nenaznačovala žádnou souvislost se somatickými příznaky klimakterických žen. Za pomoci Kendallova korelačního koeficientu (Kendall's τ) bylo prokázáno, že somatické příznaky, jako je bolest hlavy, závratě, pocit na zvracení (nevolnost) s věkem žen v klimakteriu, nesouvisí. Jednotlivé prokázané souvislosti znázorňuje Tabulka 18.

Tabulka 18 Souvislost somatických příznaků s věkem, vzděláním, rodinným stavem, zaměstnáním, indexem BMI žen n=400

Souvislost mezi...	Míra vysvětlené variability
Únavou a věkem	slabá souvislost
Bolestí končetin, zad a věkem	slabá souvislost
Mravenčením v rukou, v chodidlech a věkem	slabá souvislost

Častějším močením a věkem	2,7 %
Bolestí končetin, zad a vzděláním	5,4 %
Bolestí hlavy a rodinným stavem	1,8 %
Závratí a zaměstnáním	2,9 %
Častějším močením a zaměstnáním	slabá souvislost
Únavou a indexem BMI	slabá souvislost
Bolestí končetin, zad a indexem BMI	6,7 %
Mravenčením v rukou, v chodidlech a indexem BMI	slabá souvislost
Častějším močením a indexem BMI	slabá souvislost

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 18 prezentuje výsledky získané statistickým měřením ordinálního spojení mezi měřenými veličinami. Kendallův korelační koeficient prokázal, že únava, bolest končetin a zad, mravenčení v rukou, v chodidlech a častější močení s věkem žen v klimakteriu slabě souvisí. U častějšího močení byla identifikována nejvyšší míra vysvětlené variability a to 2,7 %. Lze říci, že se stoupajícím věkem žen je frekvence těchto somatických příznaků deklarována častěji.

Dále byla zjišťována pomocí Kendall's tau-c souvislost somatických příznaků a vzdělání žen v klimakteriu. Při vyloučení bolesti hlavy, se ukázaly ostatní somatické příznaky jako lehce související se vzděláním, přitom nejvyšší míra vysvětlené variability byla objevena u bolesti končetin a zad 5,4 %. Na základě testu můžeme říci, že se stoupající úrovní vzdělání žen frekvence výskytu těchto příznaků klesá.

Při testování souvislosti somatických příznaků a rodinného stavu byla pomocí Cramerova V testu (Cramer's V) nalezena pouze souvislost u bolesti hlavy, kdy míra vysvětlené variability je 1,8 %.

Cramer's V test vyjádřil souvislost somatických příznaků u žen v klimakteriu ve vztahu se zaměstnaností pouze u závratě a častějšího močení. Souvislost je poměrně nízká, nepatrně vyšší je míra vysvětlené variability u závratě, tj. 2,9 %.

Kendall's tau-c test zkoumal také souvislost indexu BMI se somatickými příznaky. Naopak únava, bolest končetin a zad, mravenčení v rukou a v chodidlech a častější močení s indexem BMI u žen v klimakteriu souvisí, tzn. se stoupající úrovní indexu BMI je frekvence výskytu těchto somatických příznaků deklarována častěji. Nejvyšší míra vysvětlené variability 6,7 % je zřejmá u bolesti končetin a zad ve vztahu s indexem BMI.

Analýza vztahů s vasomotorickými příznaky

V kvantitativní části výzkumu jsme také testovali vasomotorické příznaky, přičemž nás zajímaly jejich souvislosti s věkem, rodinným stavem, vzděláním, zaměstnáním, bydlištěm (podle počtu obyvatel), preventivními gynekologickými prohlídkami. Při testování nebyla prokázána vzájemná souvislost vasomotorických příznaků žen v klimakteriu s rodinným stavem, s velikostí bydliště (podle počtu obyvatel) a ani s frekvencí návštěv gynekologa z důvodu prevence. Prokázané souvislosti prezentuje Tabulka 19.

Tabulka 19 Souvislost vasomotorických příznaků s věkem, vzděláním, zaměstnáním, indexem BMI žen n=400

Souvislost mezi...	Míra vysvětlené variability
Návaly horkosti a věkem	1,5 %
Nočním pocením a věkem	1,5 %
Návaly horkosti a vzděláním	1,5 %
Nočním pocením a vzděláním	2,5 %
Nočním pocením a zaměstnáním	2,1 %
Návaly horkosti a indexem BMI	<1 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z Tabulky 19 je zřejmé, že ačkoliv souvisel věk u žen v klimakteriu s vasomotorickými příznaky, byla naměřena Kendall's tau-c testem nízká souvislost, míra vysvětlené variability byla 1,5 %. Lze konstatovat, pokud souvislost je, kauzalita je v tomto případě jasná, a to, jsou-li ženy ve vyšším věku, tím častěji u nich dochází k výskytu vasomotorických příznaků (k návalům horkosti a k nočnímu pocení).

Stejně tak slabá souvislost byla nalezena i u vzdělání a vasomotorických příznaků u žen v klimakteriu (návalů horkosti a nočního pocení). Byla zjištěna míra vysvětlené variability od 1,5 % do 2,5 %. Nicméně, v případě, že se souvislost vyskytovala, byla zde kauzalita opět zřetelná, čím měly ženy dosažené vyšší vzdělání, tím méně se u nich tyto příznaky (návaly horkosti a noční pocení) vyskytovaly.

Cramer's V test prokázal nepatrnou souvislost u nočního pocení a zaměstnanosti žen, míra vysvětlené variability byla 2,1 %.

Na základě měření Kendall's tau-c testu byla velmi okrajově zjištěna souvislost indexu BMI s vasomotorickými příznaky (návaly horkosti) u žen v klimakteriu, míra vysvětlené variability byla necelé 1 %. Testováním bylo potvrzeno, že s nočním pocením index BMI zcela nesouvisel.

Analýza vztahů s psychickými příznaky

Vzhledem k tomu, že estrogenní deficit u žen v klimakteriu ovlivňuje také jejich psychiku, z toho důvodu jsme v kvantitativní části výzkumu testovali i souvislost psychických příznaků žen s jejich věkem, rodinným stavem, vzděláním, zaměstnáním, bydlištěm (podle počtu obyvatel) a s preventivními gynekologickými prohlídkami. Testováním nebyla prokázána statisticky významná souvislost psychických příznaků s bydlištěm (podle počtu obyvatel) ani s preventivními gynekologickými prohlídkami žen v klimakteriu. Statisticky významné vztahy prezentuje Tabulka 20.

Tabulka 20 Souvislost psychických příznaků s věkem, vzděláním, rodinným stavem, zaměstnáním žen n=400

Souvislost mezi...	Míra vysvětlené variability
Náhlým propadnutím panice a věkem	1,1 %
Úzkostí při vycházení z domova a vzděláním	<1%
Úzkostí při vycházení z domova a rodinným stavem	2 %
Úzkostí při vycházení z domova a zaměstnáním	2,3 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z Tabulky 20 je patrné, jak bylo testováním ověřeno, že věk žen souvisel s psychickými příznaky pouze okrajově, a to u náhlého propadnutí panice bez zjevného důvodu.

Pomocí měření Kendall's tau-c testu byla míra vysvětlené variability u zmiňovaného znaku pouze 1,1 %.

Obdobný výsledek jsme zjistili u souvislosti psychických příznaků se vzděláním. To znamená, vzájemný vztah psychických příznaků (konkrétně úzkost při odchodu z domu) se vzděláním byl okrajový, při měření Kendall's tau-c testu nebyla míra vysvětlené variability u tohoto znaku ani 1 %.

Stejně tak i rodinný stav souvisel s psychickými příznaky u žen v klimakteriu (úzkost při odchodu z domu) okrajově. Na základě měření pomocí Cramer's V testu byla míra vysvětlené variability u daného znaku 2 %.

Cramer's V test prokázal nízkou souvislost mezi zaměstnáním a úzkostí při odchodu z domu. Míra vysvětlené variability byla 2,3 % a platí, že zaměstnané ženy pocívaly úzkost při odchodu z domu velmi málo.

Analýza vztahů v oblasti životního stylu žen

V kvantitativní části výzkumu jsme se také zajímali o souvislosti vztahující se k oblasti životního stylu žen. Zdravý životní styl se podílí na prožívání klimakteria, a proto jsme také testovali souvislosti mezi kouřením nikotinových produktů a somatickými příznaky (bolest hlavy, únava, závratě, bolest zad a končetin, nevolnost, mravenčení v rukou, častější močení), konzumací alkoholu a somatickými příznaky. Také jsme se zabývali souvislostmi mezi vykonávanou pohybovou aktivitou a somatickými příznaky. Testováním nebyly prokázány vzájemné souvislosti mezi kouřením nikotinových produktů a somatickými příznaky, kterými byly - bolest hlavy, závratě, bolesti zad a končetin, nevolnost/pocit na zvracení, mravenčení v rukou a chodidlech a častějším pocitem na močení. Také nebyly prokázány souvislosti mezi konzumací alkoholu a somatickými příznaky – jako byla bolest hlavy, únava, závratě, nevolnost/pocit na zvracení, mravenčení v rukou a chodidlech a častější pocit na močení. Co se týká souvislosti mezi vykonávanou pohybovou aktivitou a somatickými příznaky, nebyly prokázány vztahy s bolestí hlavy, únavou, závratěmi, nevolností/pocitem na zvracení, mravenčením v rukou a v chodidlech. Statisticky významné vztahy jsou prezentovány v Tabulce 21.

Tabulka 21 Souvislost somatických příznaků s kouřením nikotinových produktů, konzumací alkoholu, vykonávanou pohybovou aktivitou n=400

Souvislost mezi...	Míra vysvětlené variability
Kouřením nikotinových produktů a únavou	1,6 %
Konzumací alkoholu a bolestí zad a končetin	2,1 %
Vykonávanou pohybovou aktivitou a bolestí končetin a zad	2,0 %
Vykonávanou pohybovou aktivitou a častějším močením	2,3 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

V Tabulce 21 jsou uvedeny výsledky měření souvislostí nikotinových produktů se somatickými příznaky žen v klimakteriu. Pomocí Cramer's V testu se prokázala pouze jedna souvislost, a to s únavou. Míra vysvětlené variability byla velmi malá - 1,6 %. Platí, že ženy, které pravidelně kouří, deklarují o něco málo vyšší míru únavy oproti nekouřícím ženám. Obdobným testováním konzumace alkoholu se somatickými příznaky žen za využití Cramer's V testu byla nalezena pouze jedna souvislost – bolest končetin a zad. Hodnota vysvětlené variability byla 2,1 %. Znamená to, že ty ženy, které konzumovaly alkohol, častěji hovořily o bolesti končetin a zad. Cramer's V test stanovil i souvislost mezi pohybovou aktivitou a bolestí zad a končetin. Míra vysvětlené variability byla 2,0 % u žen, které pohybovou aktivitu nevykonávaly. Cramer's V testem byla rovněž zjištěna souvislost mezi vykonáváním pohybové aktivity a častějším močením. Míra vysvětlené variability byla 2,3 %.

Analýza vztahů s fyzickým zdravotním stavem žen, s celkovou spokojeností s kvalitou zdraví žen

V kvantitativní části výzkumu jsme se dále zabývali testováním vzájemných vztahů mezi fyzickým zdravotním stavem žen a nástupem amenorey, mezi celkovou spokojeností žen se zdravím a věkem a se vzděláním. Tabulka 22 zobrazuje statisticky významné vztahy.

Tabulka 22 Souvislost fyzického zdravotního stavu s nástupem amenorey; souvislost celkové spokojenosti s kvalitou zdraví žen a věkem, se vzděláním a frekvencí gynekologických prohlídek n=400

Souvislost mezi...	Míra vysvětlené variability
Fyzickým zdravotním stavem a nástupem amenorey	1,3 %
Kvalitou zdraví žen a věkem	0,6 %
Kvalitou zdraví žen a vzděláním	1,5 %
Kvalitou zdraví žen a frekvencí gynekologických prohlídek	1,1 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z Tabulky 22 je zřejmé, že Cramer's V test potvrdil vztah mezi zdravotním stavem a nástupem amenorey. To, jestli žena v klimakteriu má menstruaci, souvisí s jejím osobním pohledem na vlastní fyzický stav, míra vysvětlené variability byla 1,3 %.

Pomocí Kendall's tau-c testu jsme zjistili, že byla souvislost věku (i když vskutku jen zanedbatelná) s celkovou spokojeností s kvalitou zdraví žen v klimakteriu. Míra vysvětlené variability byla 0,6 %.

Rovněž byly prokázány za použití Kendall's tau-c testu statisticky malé souvislosti úrovně vzdělání a celkové spokojenosti s kvalitou zdraví žen v klimakteriu, míra vysvětlené variability byla 1,5 % a frekvence gynekologických prohlídek z důvodu prevence a celkové spokojenosti s kvalitou zdraví žen, míra vysvětlené variability byla 1,1 %.

Analýza vztahů s celkovou spokojeností s kvalitou života žen

Rovněž jsme v kvantitativní části výzkumu testovali vzájemné vztahy mezi celkovou spokojeností s kvalitou života žen a jejich věkem, vzděláním a zaměstnáním. V Tabulce 23 jsou prezentovány vztahy statisticky významné.

Tabulka 23 Souvislost celkové spokojenosti s kvalitou života a věkem, vzděláním a zaměstnáním n=400

Souvislost mezi...	Míra vysvětlené variability
Kvalitou života a věkem	2,3 %
Kvalitou života a vzděláním	3,8 %
Kvalitou života a zaměstnáním	2,1 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Při testování vzájemného vztahu věku a celkové spokojenosti s kvalitou života žen v klimakteriu byla Kendall's tau-c testem zjištěna souvislost, míra vysvětlené variability byla 2,3 %.

Kendall's tau-c test také prokázal souvislost úrovně vzdělání a celkové spokojenosti s kvalitou života žen v klimakteriu, míra vysvětlené variability činila 3,8 %.

Při posuzování vztahu mezi zaměstnáním a celkovou spokojeností s kvalitou života byla deklarována míra vysvětlené variability 2,1 %.

4.6 Výsledky kvalitativního výzkumu

4.6.1 Struktura výzkumného souboru II

Identifikační údaje výzkumného souboru II z realizované kvalitativní části výzkumu znázorňuje Tabulka 24. Tyto identifikační údaje jsou platné i pro informantky v podkapitole 4.6.3 Kategorizace dat - po realizaci edukačního programu.

Tabulka 24 Základní údaje o ženách

Informantka	Věk (let)	Vzdělání	Zaměstnání	Menstruace/ ATK, HST	Subj. sympt.	Zájem o radu před rozh./ zájem o edukaci po rozh.
Ž1	52	VŠ (Bc.)	st. zam.	ano neprav./ne	ano	ano/ano
Ž2	52	SŠ	dělnice	ano prav./ne	ano	ano/ano
Ž3	41	SŠ	st. zam.	ano prav./ne	ne	ne/ano
Ž4	45	SŠ	adm. prac.	ne/ATK	ne	ne/ano
Ž5	51	SŠ	účetní	ne/HST	ano	ano/ano
Ž6	47	SŠ	OSVČ	ano prav./ne	ano	ne/ano
Ž7	44	SŠ	dělnice	ne/ATK	ne	ne/ano
Ž8	49	SŠ (bez mat.)	adm. prac.	ano prav./ne	ano	ne/ano
Ž9	43	SŠ	adm. prac.	ano prav./ ATK	ano	ne/ano
Ž10	50	SŠ	adm. prac.	ne/ATK	ne	ne/ano
Ž11	52	SŠ	účetní	ne/ne	ano	ne/ano
Ž12	54	SŠ	st. zam.	ne/ne	ano	ne/ano
Ž13	49	SŠ	účetní	ne/ATK	ano	ano/ano
Ž14	42	SŠ	účetní	ano prav./ne	ne	ne/ano
Ž15	54	SŠ	adm. prac.	ne/HST	ano	ne/ano
Ž16	54	SŠ	st. zam.	ne/ATK	ano	ano/ano
Ž17	49	VŠ	OSVČ	ne/ATK	ne	ne/ano

(Zdroj: vlastní výzkum)

Legenda: VŠ (Bc.) - vysokoškolské vzdělání (bakalářské); SŠ - středoškolské vzdělání s maturitou; SŠ (bez mat.) - středoškolské vzdělání bez maturity; st. zam. - státní zaměstnanec; adm. prac. - administrativní pracovník; OSVČ - osoba samostatně výdělečně činná; prav. - pravidelná; neprav. - nepravidelná; ATK - hormonální antikoncepce; HST - hormonální substituční léčba; subj. symp. – subjektivní symptomy; rozh. - rozhovor

Informantka Ž1 byla ve věku 52 let, měla ukončené vysokoškolské (bakalářské) vzdělání a pracovala jako státní zaměstnanec. Uváděla nepravidelný menstruační cyklus, hormonální antikoncepci ani hormonální substituční léčbu nevyžívala. Nepříznivé symptomy pociťovala a o problematiku klimakteria a odbornou radu se zajímala ještě před uskutečněním rozhovoru. Zájem o edukační program ze strany porodní asistentky projevovala.

Informantce Ž2 bylo 52 let, nejvyšší ukončené vzdělání měla středoškolské s maturitou a byla zaměstnána jako dělnice. Menstruační cyklus měla pravidelný, nežívala hormonální antikoncepci ani hormonální substituční léčbu. Uváděla přítomnost příznaků souvisejících s estrogenním deficitem. Před realizací rozhovoru projevovala zájem o odbornou radu a rovněž plánovala zúčastnit se edukace ze strany porodní asistentky.

Informantka Ž3 byla ve věku 41 let, vystudovala střední školu s maturitou a pracovala jako státní zaměstnanec. Menstruační cyklus měla pravidelně, nežívala hormonální antikoncepci ani hormonální substituční léčbu, subjektivní symptomy nevnímala. Odbornou radou či pomocí se do doby uskutečněního rozhovoru nezabývala, ale o navrhovaný edukační program projevovala zájem.

Informantce Ž4 bylo 45 let, nejvyšší ukončené vzdělání měla středoškolské s maturitou, pracovala jako administrativní pracovník. Menstruaci neměla, subjektivní příznaky neuváděla žádné, měla zavedené intrauterinní tělísko Mirenu (s postupným uvolňováním hormonů). Odbornou radu ještě nevyhledávala před realizací rozhovoru, zájem o edukaci od porodní asistentky na problematiku klimakteria prokazovala.

Informantce Ž5 bylo 51 let, měla ukončené vzdělání středoškolské s maturitou a zastávala profesi účetní. Neměla již menstruaci, subjektivní symptomy pociťovala a užívala hormonální substituční terapii. Využila odborné rady i pomoci ke zmírnění příznaků a měla zájem zúčastnit se edukačního programu.

Informantka Ž6 se nacházela ve věku 47 let, vystudovala střední školu s maturitou a působila jako osoba samostatně výdělečně činná. Menstruační cyklus měla pravidelný, uváděla subjektivní příznaky, hormonální antikoncepci ani hormonální substituční léčbu nežívala. O odbornou radu či pomoc před provedeným rozhovorem nežádala.

Intervenčního programu týkajícího se problematiky klimakteria měla v plánu se zúčastnit.

Informantka Ž7 byla ve věku 44 let, nejvyšší ukončené vzdělání získala středoškolské s maturitou a pracovala jako dělnice. Menstruaci neměla, měla zavedené intrauterinní tělísko Mirenu, subjektivní příznaky nevnímala. Žádnou odbornou pomoc ani radu před uskutečněným rozhovorem nezjišťovala. O účast na edukačním programu měla zájem.

Informantce Ž8 bylo 49 let, měla ukončené středoškolské vzdělání bez maturity a byla zaměstnána jako administrativní pracovník. Prokazovala pravidelný menstruační cyklus i subjektivní příznaky. Nevyužívala hormonální antikoncepci ani hormonální substituční léčbu. Před realizací rozhovoru nevyhledala odbornou radu ani pomoc a plánovala zúčastnit se edukačního programu.

Informantce Ž9 bylo 43 let, vystudovala střední školu s maturitou a pracovala jako administrativní pracovník. Menstruační cyklus uváděla pravidelný, užívala hormonální antikoncepci. Klimakterické příznaky si uvědomovala, o odbornou radu ani pomoc nežádala, o edukační program projevovala zájem.

Informantka Ž10 byla ve věku 50 let, měla středoškolské vzdělání s maturitou, pracovala jako administrativní pracovník. Menstruaci neměla, měla zavedené intrauterinní tělísko Mirenu, subjektivní příznaky nepociťovala. Odbornou pomoc ani radu nezjišťovala, měla v plánu účastnit se edukačního programu.

Informantce Ž11 bylo 52 let, absolvovala střední školu s maturitou, zastávala profesi účetní. Menstruaci neměla, neužívala hormonální antikoncepci ani hormonální substituční léčbu. Pociťovala subjektivní příznaky, o odbornou radu ani pomoc neprojevowała zájem. Zamýšlela se zúčastnit edukace od porodní asistentky.

Informantce Ž12 bylo 54 let, měla ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, působila jako státní zaměstnanec. Menstruaci neměla, užívání hormonální antikoncepce či hormonální substituční léčby popírala. Subjektivně uváděla nepříznivé projevy klimakteria, odbornou radu ani pomoc nevyhledávala, o nabízenou edukaci měla zájem.

Informantka Ž13 byla ve věku 49 let, nejvyšší ukončené vzdělání měla střední s maturitou, vykonávala profesi účetní. Menstruaci neměla, měla zavedené intrauterinní

tělísko Mirenu, subjektivní potíže vnímala. Odbornou radu vyhledala a měla v plánu se zúčastnit edukačního programu.

Informantce Ž14 bylo 42 let, měla středoškolské vzdělání s maturitou, pracovala jako účetní. Měla pravidelný menstruační cyklus, hormonální antikoncepci ani hormonální substituční terapii neuplatňovala a subjektivní potíže neuváděla. O odbornou radu ani pomoc zatím neprojevovala zájem. O nabízenou edukaci zájem projevovala.

Informantce Ž15 bylo 54 let, absolvovala střední školu s maturitou a byla zaměstnána jako administrativní pracovník. Menstruaci neměla, využívala hormonální substituční terapii. Nepříznivé symptomy pociťovala. Odbornou radu ani pomoc nežádala, plánovala zúčastnit se edukačního programu.

Informantka Ž16 byla ve věku 54 let, ukončené vzdělání měla střední s maturitou, pracovala jako státní zaměstnanec. Menstruaci neměla, měla zavedené intrauterinní tělísko Mirenu. Nepříznivé projevy klimakteria uváděla, odbornou pomoc nebo radu vyhledala ještě před realizací rozhovoru a zamýšlela zúčastnit se edukace.

Informantce Ž17 bylo 49 let, nejvyšší ukončené vzdělání uvedla vysokoškolské a působila jako osoba samostatně výdělečně činná. Menstruaci neměla, užívala hormonální antikoncepci, subjektivní potíže nevnímala. O odbornou radu ani pomoc nežádala. Plánovala zúčastnit se edukačního programu.

4.6.2 Kategorizace dat – před realizací edukačního programu

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky vyplývající z hlavních kategorií a jejich subkategorií.

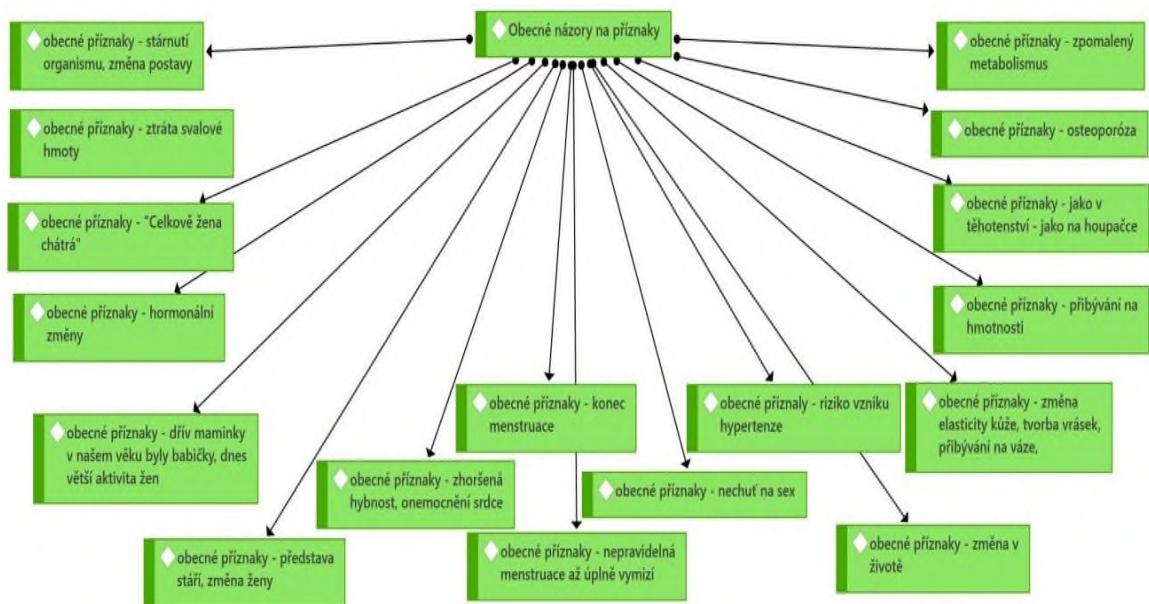
Hlavní kategorie Asociace s obdobím klimakteria

Z kategorie Asociace s obdobím klimakteria a ze subkategorie Nepříznivé projevy je zřejmé, jakou měly ženy asociaci ve spojení s termínem klimakterium. Dále vypovídá o tom, jaké znalosti měly ženy v souvislosti s problematikou klimakteria, zejména co se týká změn a symptomů, které se mohou vyskytovat v tomto období.

Subkategorie Nepříznivé projevy

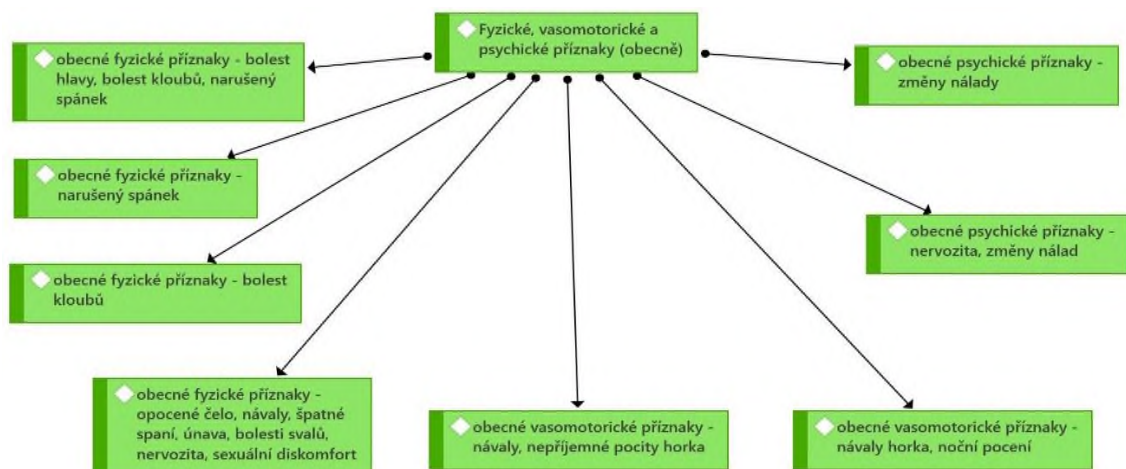
Ženy charakterizovaly klimakterium jako přechodné období, ve kterém ustává menstruace. V souvislosti s termínem klimakterium definovaly zejména návaly, pocity horka, noční pocení, porušený spánek, hormonální nerovnováhu v organismu, nepravidelnosti v menstruačním cyklu až jeho úplné vymizení, zvyšování tělesné hmotnosti, ubývání svalové hmoty, změny nálad, kognitivní změny, psychické změny a změny v sexualitě (Obrázek 1, Obrázek 2).

Obrázek 1 Nepříznivé projevy (a) (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek 2 Nepříznivé projevy (b) (ATLAS.ti 9)

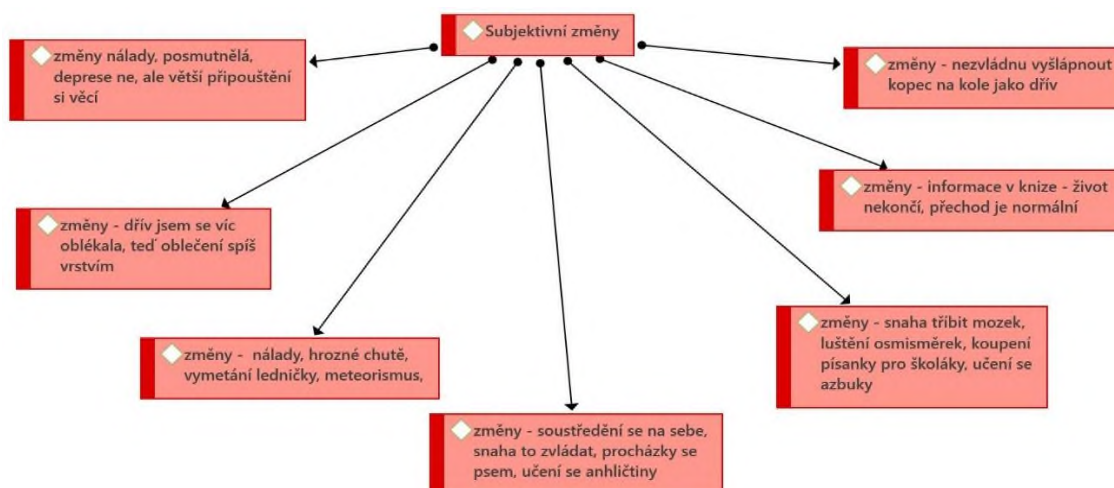


(Zdroj: vlastní výzkum)

U informantek Ž1, Ž2, Ž7, Ž8, Ž9, Ž10, Ž11, Ž13, Ž14, Ž17 vyvolával pojem klimakterium zejména asociaci, jako byly návaly, nepříjemné pocity horka. Tyto informantky také zmiňovaly nepravidelný menstruační cyklus až do úplné amenorey. Žena Ž1 k tomuto dodala, že s klimakteriem je spojeno riziko vzniku hypertenze, pomalejší metabolismus, bolesti kloubů: „*Celkově žena chátrá.*“ Informantka Ž2, zastávala ještě názor, že se u žen často vyskytují výkyvy nálad, rovněž nastávají změny týkající se postavy a dochází ke stárnutí organismu. Informantka Ž9 kromě toho měla s klimakteriem spojenou větší únavu, zhoršenou hybnost a dále zmínila riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění. Zvyšování tělesné hmotnosti a ubývání svalové hmoty u žen přidala informantka Ž10. Informantka Ž11 zmínila ještě změny v elasticitě kůže, které jsou spojené s tvorbou vrásek. Sexuální problémy navíc uvedla informantka Ž13. Informantky Ž7 a Ž14 sdělily, že u žen v přechodné fázi je i možnost rizika vzniku osteoporózy a informantka Ž17 měla termín klimakterium spojený, kromě výše uvedeného, s narušeným spánkem.

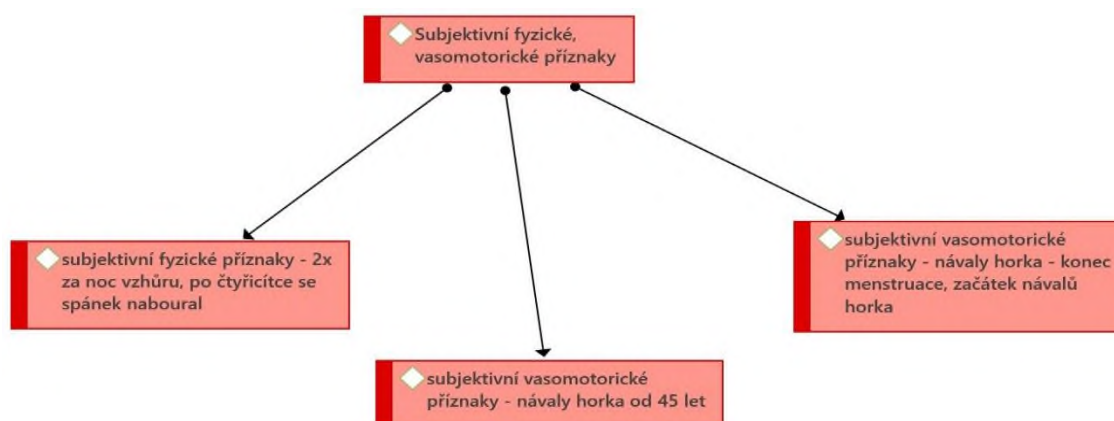
Ostatní informantky se k danému tématu příliš nevyjadřovaly. U ženy Ž3 termín klimakterium vyvolal asociaci stáří, změnu ženy, pokles hladiny ženských pohlavních hormonů, návaly horka a Ž3 dále sdělila: „*Protože se mění ty hormony, tak se mění i nálada. Je to podobně jako v těhotenství, jako na houpačce. Samozřejmě taky předpokládám, když ubývají hormony, ubývá i chuť na sex. Víc mě už nic nenapadá, víc jsem o klimakteriu nepřemýšlela.*“ Informantka Ž4 si ve spojení s termínem klimakterium vybavila ukončení menstruace, nadměrné pocení, únavu, psychické problémy, emoce. Další znalosti již neprojevila a řekla: „*Nic dalšího nevím, já jsem o tom zatím nijak s nikým nemluvila.*“ Podobně jako žena Ž4 reagovala i žena Ž5, která zpočátku neměla žádnou představu v souvislosti s pojmem klimakterium. Po chvíli se přestala smát a uvedla, že se jí vybavilo noční pocení a s tím spojený narušený spánek. Informantka Ž6 zmínila, že se jí jako první vybavily návaly horka, změny nálady a nepravidelný menstruační cyklus, který následně zcela ustane. Ž6 ještě uvedla: „*Já jsem o tom ještě vůbec nepřemýšlela...Právě, jak mě to ještě úplně nepotkalo, tak jsem se tím nezabývala.*“ Informantka Ž12 zmínila v souvislosti s pojmem klimakterium ukončení menstruace, návaly horka, zvyšování tělesné hmotnosti, nervozitu u ženy a: „*...tak, protože hormonální hladina je jiná, takže určitě to může mít nějaký vlivy, ale ani po nich radši popravdě nepátrám...*“ Ženě Ž15 se vybavily pouze návaly horka a sdělila: „*Mě asi nic jiného nenapadne, ty návaly, to*

Obrázek 4 Subjektivní změny u žen (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek 5 Subjektivní fyzické, vasomotorické příznaky u žen (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Informantka Ž1 sdělila, že 3-4 roky před tím, než začala pozorovat nepravidelnosti v menstruačním cyklu (v době výzkumného šetření se nepravidelnost týkala tří až pětiměsíční amenorey), měla diagnostikovanou hypertenzi. Posléze v souvislosti s nepravidelným cyklem začala pociťovat mírné návaly horka, které ji příliš neomezovaly (ani v noci). Naopak žena Ž1 na základě nepravidelností v menstruačním cyklu přestala vnímat projevy premenstruačního syndromu, které ji dříve obtěžovaly.

Informantka Ž2 od 51 let na sobě ve větší míře pozorovala změny nálady, sdělila, že nikdy nebyla tak náladová, jako v poslední době. Také uvedla: „*Já přemýšlím, takový to stárnutí, no (pousmála se), změna postavy. I když se snažím být aktivní, tak jako se člověk tomu brání pomyslně, ale to stárnutí tam je.*“ Dále si informantka Ž2 stěžovala, že více zapomíná a bývá v určitých situacích velmi nerozhodná, často

ji bolí hlava, mívá velký hlad a rozličné chutě a také pociťuje nadměrný meteorismus. Z vasomotorických symptomů zmínila častější pocity tepla, z tohoto důvodu prý začala využívat více vrstev při oblékání, aby měla možnost si v případě potřeby cokoliv odložit.

Informantka Ž5 udávala, že se začala od 47 let nadměrně potit, obtěžovalo ji to velmi, zejména v zaměstnání v tomto ohledu pociťovala výrazný diskomfort. Nosila si s sebou náhradní oblečení, aby se mohla v případě potřeby převléknout. Měla obavy, aby nezapáchala. Dále žena Ž5 řekla: „*Obtěžovala mě hodně to noční pocení. Kvalita mého života byla horší. V noci to bylo třeba 3x za noc, že jsem se vzbudila, byla jsem úplně celá mokrá. Měla jsem s tím pocením spojený i návaly horka. Pak jsem měla problém s usnutím. Možná se to trochu odráželo i na té mojí psychice, že jsem byla podrážděnější.*“ Jako další výrazný problém uváděla Ž5 i nepříjemné migrenózní bolesti hlavy.

Informantka Ž6 zmínila pouze, že pozoruje od 40 let jen větší pocení a v noci občasné probouzení se. Informantka Ž8 uvedla, že po 40. roce věku pozorovala horší kvalitu spánku, přibližně po 45. roce věku si začala uvědomovat návaly horka a při nich nepříjemnou, zvýšenou palpitaci. Zároveň vnímala, že mívá i změny nálady a řekla: „*Jsem někdy posmutnělá, někdy jsem taková, ne jako úplně v depresi, ale prostě víc si věci беру. To jsem dřív taky neměla. Takže si myslím, že jsem připravená na ten přechod a řekla jsem si - Aha, stárneš, holka. Nehroutila jsem se z toho.*“

Informantka Ž9 si uvědomovala největší změnu poslední 1 až 2 roky, začal se u ní objevovat narušený spánek, při probuzení se vyskytovaly vasomotorické symptomy (návaly horka a pocení), které stále trvají. Dále uvedla zvýšení tělesné hmotnosti a změnu postavy.

Informantku Ž11 v době výzkumného šetření nejvíce trápila únava, noční pocení, návaly horka, zhoršení kognitivní funkce (výrazná ztráta paměti), zvyšování tělesné hmotnosti a uvedla: „*Zvětšuje se mi objem v oblasti pasu, trošku se zakulacuji, i když není to tak hrozný, ještě pořád si to držím, ale dá mi to daleko víc práce. Začínají se mi dělat vrásky. Vidím to na těch pažích, je taková ta třaslavá kůžička (usmála se). Poslední rok se mi na nohou dělá celulitida. Řekla bych, že to všechno začalo před tou padesátkou 2-3 roky. Všechny ty příznaky se snažím nějak zvládat, ale je to pro mě větší únava. Teď navíc máme třetí dítě v 15 letech, to je teď v pubertě. O to je to horší,*

já jsem nervózní, takže dochází ke střetům, navíc do toho ta korona, takže i ta nemožnost si povídat s lidma, nemožnost se s nima setkávat.“ Informantka Ž11 sdělila, že se snaží s tím vším vyrovnávat, ale že tato fakta vnímá jako změny v jejím životě.

Informantka Ž12 uvedla jako subjektivní symptomy občasné návaly horka, které ji obtěžovaly zejména při jejich počátečním výskytu (v 52 letech) a v pozdější době jí přináší s sebou diskomfort zejména ve chvílích, kdy se cítí být nervózní nebo řeší nějaké starosti. Žena Ž12 také jako změnu u sebe vnímá zvýšení tělesné hmotnosti, zvětšení rozměrů zejména v oblasti pasu a břicha. Dále sdělila, že pozoruje střídavě bolest velkých kloubů: *„...No vidíte, to by mě třeba vůbec nenapadlo dát to do souvislosti s klimakteriem...“*

Informantka Ž13 se domnívá, že od 44 let se jí tvoří více otoky, zvětšuje se jí obvod břicha a dodala: *„Myslím, že od té doby, co nemám menstruaci, že zadržuji hodně vodu. Mám pocit, jako bych se zavodňovala, zvětší se mi i velikost prsů o 2 čísla.“*

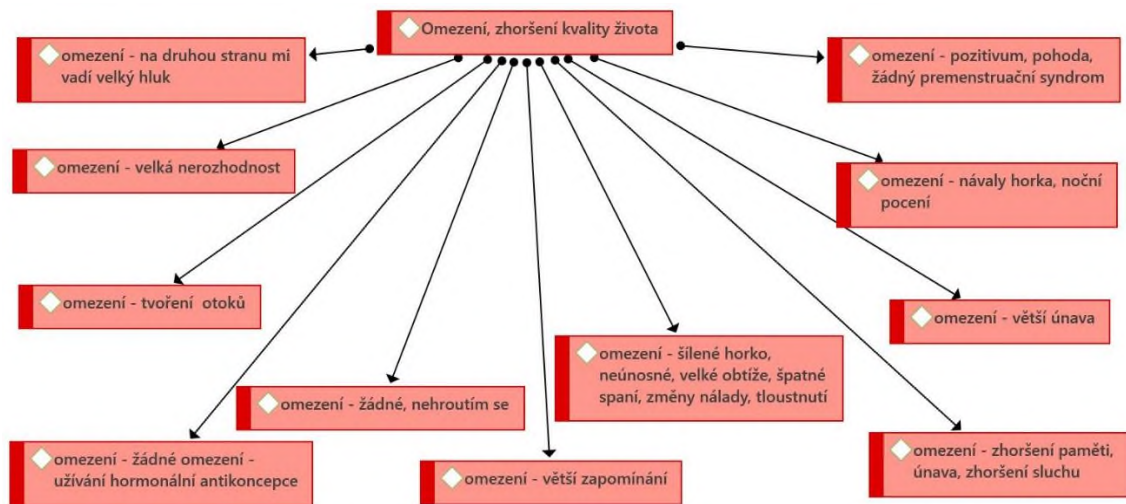
Informantka Ž15 zmínila jako první příznaky (v 52 letech věku) návaly horka, velmi narušený spánek (celé noci nespala), zhoršenou psychiku a výrazné změny nálady. Stejně jako Ž15, se vyjádřila i informantka Ž16 a ještě dodala: *„Čajičky jsem nezkoušela, nechala jsem si napsat natvrdo hypnotika. Potřebovala jsem se vyspat, když musím ve 4 hodiny vstávat, bych byla úplně, úplně na kaši. Já nekouřím, nepiju alkohol, chovám se zdravě, ale ty návaly a noční pocení mám hrozný, i když mám Mirenu. Ráno se vzbudím celá mokrá.“* Ž16 ještě uvedla, že návaly horka pociťuje ještě intenzivněji, když je nervózní, ve stresu nebo ji někdo rozzlobí.

Informantky Ž3, Ž4, Ž7, Ž10, Ž14 a Ž17 nevnímaly žádné změny, vzhledem k tomu, že buď užívaly hormonální antikoncepci, nebo využívaly hormonální substituční léčbu či dlouhodobě opakovaně měly zavedené hormonální tělísko (Mirenu).

Subkategorie Odborná rada, pomoc

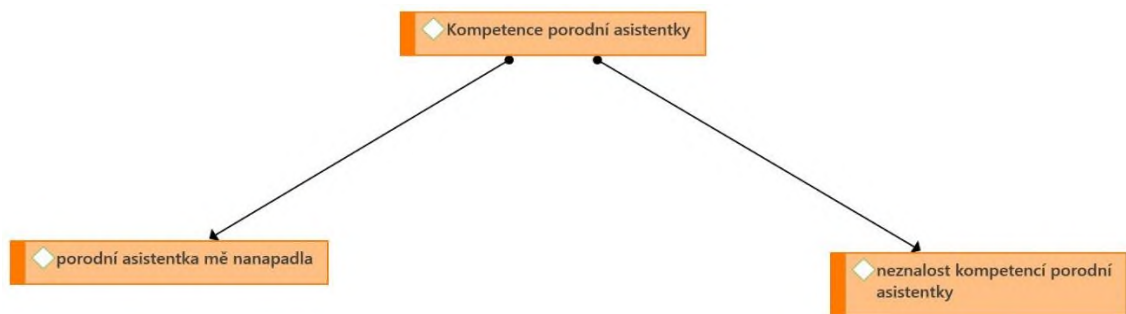
Ze subkategorie Odborná rada, pomoc vyplývá, s kým ženy řešily problémy, změny, které u nich nastaly a působily jim potíže. Dále informuje o oblastech, ve kterých ženy změny nejvíce omezovaly (Obrázek 6). V této podkategorii je nastíněn i názor, respektive neznalost informantek o kompetencích porodní asistentky v rámci poskytování odborných rad v souvislosti s problémy a změnami u žen (Obrázek 7).

Obrázek 6 Omezení v životě (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek 7 Neznalost kompetencí porodní asistentky (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Informantka Ž1 se podrobila gynekologickému vyšetření (bylo v pořádku), když začala mít nepravidelný menstruační cyklus. Subjektivní změny ji příliš v ničem neomezovaly, tak prozatím neřešila výrazné intervence ze strany zdravotníků a dále sdělila: „*Já žiju sama už dost dlouho, takže sex neprovozuju delší dobu, takže nepocituju nějaký problémy při sexu, jako třeba vysychání vagíny a tak.*“

Informantka Ž2, když potřebovala informace ohledně klimakteria, tak se jednak zeptala své kamarádky, která je porodní asistentka a také si koupila knihu zabývající se touto problematikou. Ž2 omezuje její nerozhodnost, zapomětlivost, větší únava a nižší fyzická zdatnost.

Své subjektivní potíže informantka Ž5 řešila s gynekologem, vzhledem k tomu, že její příznaky byly výrazné a podílely se na snížení kvality jejího života, požádala lékaře o hormonální substituční léčbu, která jí zlepšila kvalitu života na takovou úroveň, kterou

měla před menopauzou. Informantka Ž15 (stejně jako Ž5) požádala gynekologa, aby jí předepsal hormonální substituční léčbu, protože ji velmi omezoval narušený spánek v souvislosti s návaly horka. Ačkoliv potíže informantky Ž6 byly mírné, prozatím ji nijak neomezovaly (oproti ženě Ž5), zmínila, že v případě potřeby by se také obrátila na gynekologa a dodala: „*No to by mě nenapadlo, vidíte to...Že by mi jako mohla porodní asistentka taky poradit.*“

Informantka Ž8 si zatím vyhledávala informace ohledně estrogenního deficitu pouze na internetu, nebo si vyzvedla v čekárně u gynekologa informační brožuru a tu si přečetla. Na gynekologa, ani na porodní asistentku se ohledně informací v této problematice zatím neobracela a řekla: „*Já jsem zatím nevyhledala nikoho, porodní asistentky v ordinaci jsem se na nic neptala vůbec. Oni se mě taky na nic neptali, jestli mám nějaký potíže nebo tak... vůbec.*“ Informantka Ž8 popřela, že by ji příznaky omezovaly v nějaké oblasti nebo zhoršovaly kvalitu života. Informantka Ž9 se také zatím na žádného odborníka neobracela, pouze o problematice klimakteria hovořila s kamarádkou. Hůře snášela zvyšování tělesné hmotnosti a změnu své postavy.

Informantka Ž11 zkoumané téma probírala s kolegyněmi v zaměstnání. Neradila se prozatím s žádným odborníkem a zmínila, že ji omezuje únava a zejména zhoršená paměť. Oproti tomu informantka Ž12 se poradila s gynekologem, ale porodní asistentku ohledně klimakteria neoslovila. Neuvedla žádné obtíže, které by ji výrazně limitovaly, a dodala: „*Než jsem si to v sobě srovnala, tak jsem nevěděla, jestli hormony nebo ne... Ale pak jsem si to v hlavě srovnala a bylo to dobrý.*“

Informantka Ž 13 se obrátila s problémem otoků na lékařku v gynekologické ordinaci, protože ty ji dle jejího sdělení, omezovaly nejvíce. Ohledně klimakteria ji nenapadlo, že by měla oslovit porodní asistentku.

Informantka Ž16 sdělila, že zatím své problémy s žádným odborníkem neřešila, pouze o problematice hovoří s kolegyní v práci. Uvedla, že návaly horka a noční pocení ji omezují hlavně v souvislosti s tím, že nemůže v noci spát a je poté unavená.

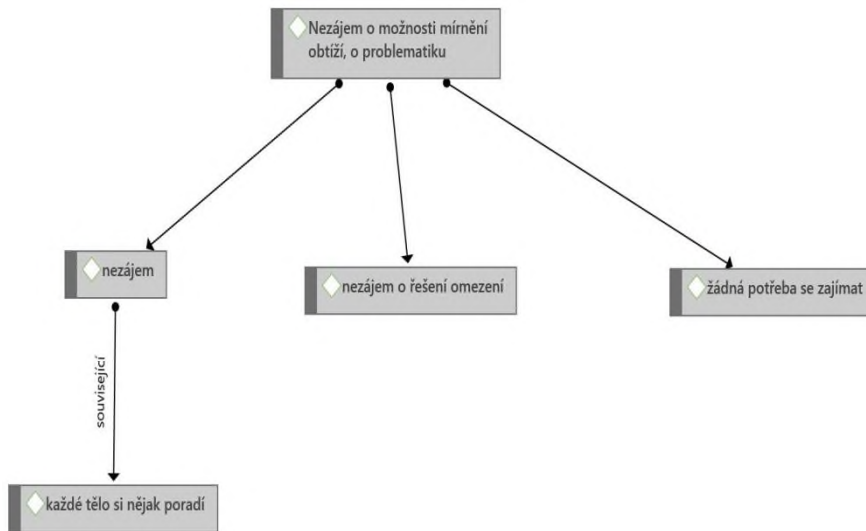
Informantky Ž3, Ž4, Ž7, Ž10 uvedly, že nevyhledávaly doposud odbornou radu ani žádné intervence od zdravotnických pracovníků ohledně problematiky klimakteria. Pouze informantky Ž17 a Ž14 by výhledově oslovily svého gynekologa. Ž14 ještě

dodala, že o kompetencích porodní asistentky v dané problematice neměla tušení, tudíž by ji dříve o radu ani prý nežádala.

Subkategorie Režimová opatření, životní styl

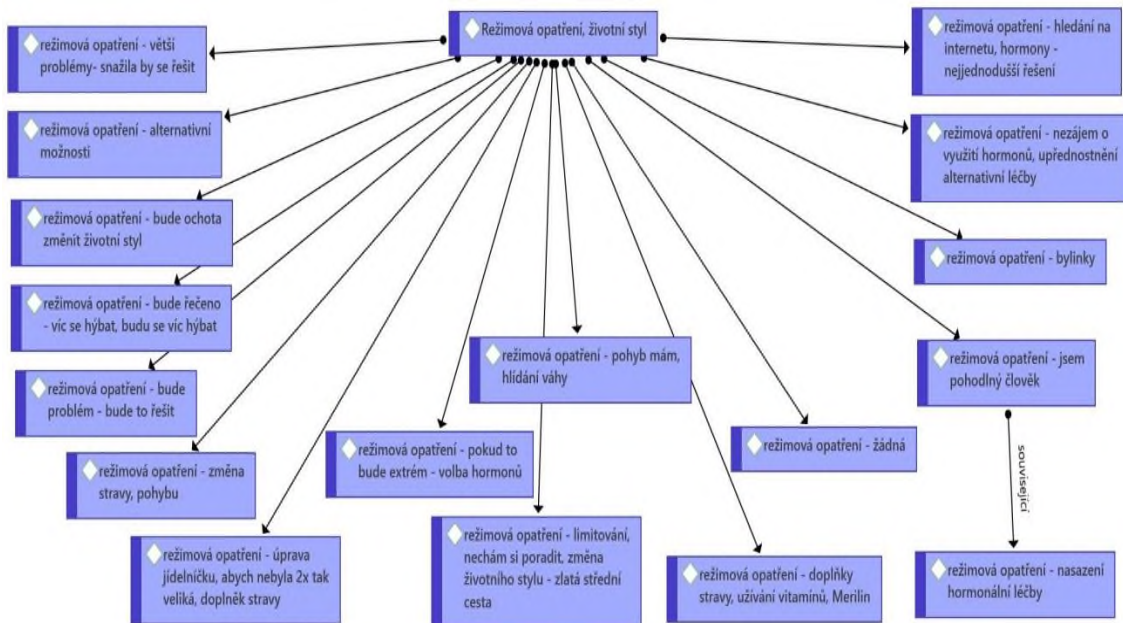
Subkategorie Režimová opatření, životní styl informuje o tom, zda a jak se ženy zajímaly o zmírnění obtíží (Obrázek 8) a jaké možnosti ke zmírnění klimakterických symptomů využily (Obrázek 9).

Obrázek 8 Nezámě žen o mírnění obtíží (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek 9 Režimová opatření (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Informantka Ž1 plánuje při nástupu menopauzy kontrolu u gynekologa. Sdělila, že určitě nevyužije hormonální substituční léčbu, vzhledem k tomu, že i ve fertilním věku odmítala užívat hormonální antikoncepci, raději zvolí alternativní možnost zmírnění klimakterických obtíží.

Informantka Ž2 se zajímala o zkoumanou problematiku, přečetla si knihu, užívala doplněk stravy (Merilin) na základě rady od kamarádky porodní asistentky.

Informantka Ž5 se o možnosti zmírnění obtíží nezajímala, pouze se inspirovala vzorem své matky v tom, že si také nechala od gynekologa předepsat hormonální substituční léčbu a řekla: *„Je pravda, že jak s tou Mirenou, tak i s tímhle, s tou substitucí, jsem šla za gynekologem, protože to je takový pohodlí, jak antikoncepce, tak i tohle. Nejsem si vědomá, že bych u sebe něco změnila kvůli tomu klimakteriu, kromě těch hormonů“*.

Informantka Ž6 nejevila zájem o možné intervence ohledně mírnění příznaků, ale uvedla, že v případě větších potíží a potřeby zvolí možnost alternativní terapie (čínské medicíny). Vzhledem k prodělané trombóze odmítala hormonální léčbu.

V případě, že by se obtíže u informantky Ž8 stupňovaly, přemýšlela o řešení a řekla: *„...asi bych to nějak alternativně řešila, aby ten přechod byl jako takový příjemnější pro mne.“*

Informantka Ž9 se ještě o oblast klimakteria v ordinaci u gynekologa nezajímala, ale na webových stránkách si vyhledávala informace týkající se nočního pocení. Informantka Ž11 vedla rozhovory s kamarádkami, které již klimakterium prožily, za účelem získání určitých poznatků ke zmírnění obtíží. Také si vyhledávala informace na internetu a sdělila: *„Co se týká režimových opatření, snažím se upravit jídelníček, abych prostě nebyla dvakrát tak velká. Myslím si, že budu muset začít přemýšlet, jaký doplněk stravy budu muset začít brát, protože to asi nezvládnou jenom tak, takže asi budu přemýšlet tady nad tímhle tím.“* Oproti informantce Ž11, žena Ž12 se prozatím nezajímala o žádné možnosti směřující ke zmírnění klimakterických obtíží a sdělila: *„Popravdě řečeno, já to nedělám, čím víc informací hledám, tím víc by mi toho mohlo být. Takhle já to prostě mám.“* Dále dodala, že pokud by ji obtíže příliš limitovaly a byly intenzivní a dlouhodobé, řešila by danou situaci a zvolila by i variantu hormonální substituční léčby. Také informantka Ž13 by se o možnosti mírnění obtíží zajímala v případě výskytu výraznějších klimakterických potíží a problémů a snažila by se to řešit, buď s lékařkou v gynekologické ordinaci, nebo by se zajímala

o informace na internetu, či v odborné literatuře. Informantka Ž15 byla spokojena s hormonální substituční léčbou a sdělila: „*Na změnu životního stylu, na nějaká režimová opatření, na to jsem ani nepomyslela.*“ Informantka Ž16 věnovala pozornost problematice klimakteria rovněž na internetu a četbou odborné literatury.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že informantky Ž3, Ž4, Ž7, Ž10, Ž14, Ž17, které ještě neřešily žádné intervence v souvislosti s mírněním obtíží, tak se nad problematikou zamyslely a vyjadřovaly se k tomu, jak budou reagovat, jestli se u nich nějaké klimakterické problémy objeví. Ž3 sdělila, že se řadí mezi jedince, kteří postupují i při léčbě od jednoduššího ke složitějšímu. To znamená, že by se nejdříve pokusila tlumit obtíže změnou životního stylu (větší pohybovou aktivitou, bylinnými čaji). Také by se o informace, s tímto spojené, zajímala na internetu. Pokud by se u ní po nějakém čase neobjevily žádné výsledky, oslovila by prý ohledně rady a pomoci gynekologa. Informantka Ž4 řekla: „*Určitě si to budu zjišťovat. Ted' už jste mě nařukla, už ted' mě to zajímá...*“ Dále sdělila, že bude preferovat variantu alternativní léčby před hormonální substituční léčbou. Stejný názor na léčbu zastávaly i informantky Ž10 a Ž7, která ještě dodala: „*Nevím, jestli bych kvůli tomu za někým šla. Za porodní asistentkou, možná. Záleželo by, jakým způsobem by mi informace podala a co by mi nabídla.*“ Informantka Ž17 by se jako informantka Ž3 rozhodla změnit svůj životní styl, pokud by na její eventuální problémy měl pozitivní vliv. Raději na internetu, než v odborné knize by se ohledně znalostí o dané problematice orientovala informantka Ž14, nebo by si o tématu popovídala s nějakou ženou ve svém okolí, která by dané období prožívala také.

Hlavní kategorie Edukace

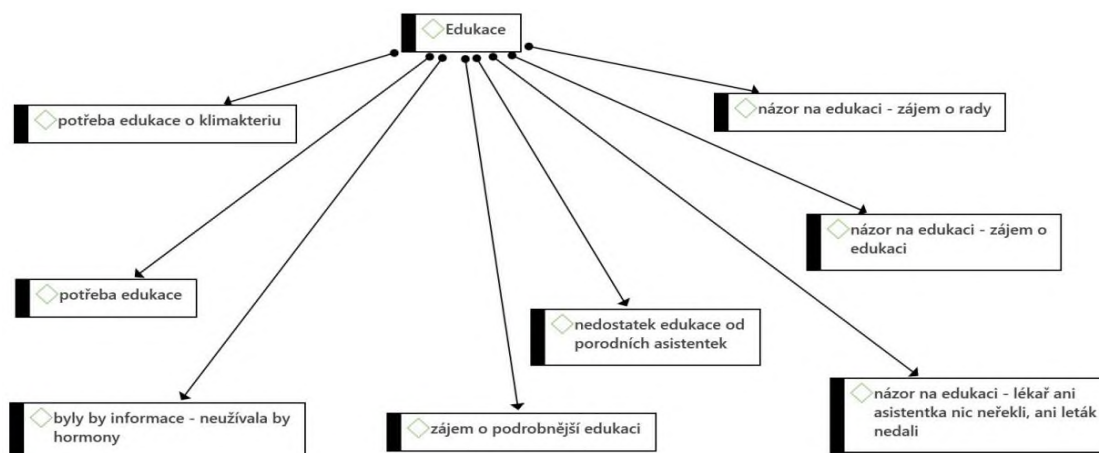
Kategorie Edukace přináší v subkategoriích Názory žen a Osvěta postoje žen k edukaci a osvětě v oblasti klimakteria. Součástí výzkumu bylo vytvoření edukačního programu pro ženy, které spolupracovaly na rozhovorech. Z této kategorie je také zřetelné, jak se ženy vyjadřovaly k edukaci obecně a také, jaký projevovaly zájem o připravený a nabízený intervenční program a jaký měly k tomuto tématu přístup.

Subkategorie Názory žen

Subkategorie Názory žen prezentuje výsledky výzkumného šetření, které vypovídají o pohledu žen, zda si problematika klimakteria žádá, aby ženy byly ze strany porodních

asistentek edukovány o projevech, změnách, které souvisí s estrogenním deficitem, o diagnostice a o možnostech, kterými lze zachovat kvalitu zdraví a kvalitu života žen na patříčné úrovni (Obrázek 10). Také se ženy vyjadřovaly k tomu, zda nějakou edukaci ke zkoumané oblasti někdy zažily.

Obrázek 10 Názory žen na edukaci (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Informantka Ž1 zastávala názor, že by byla vhodná edukace. Žádnou edukaci ale na zmiňované téma neabsolvovala, stejně jako žena Ž2, která by edukaci ze strany porodní asistentky uvítala a k tématu uvedla: „*Určitě bych ocenila podrobnější edukaci. Že by například, jako jsou poradny pro těhotné ženy, že by byly i poradny pro ženy v klimakteriu, že by se tam člověk dozvěděl víc o tom.*“ Ohledně intervenčního programu sdělila, že jej velmi ráda absolvuje, vzhledem k tomu, že dle jejího názoru: „*...dřív bylo toto téma tabu, dnes se o tom mluví víc.*“ Podle informantek Ž3, Ž4 není situace ohledně poskytování edukace porodními asistentkami příliš uspokojivá a domnívají se, že porodní asistentky informují ženy o samovyšetřování prsů, o prevenci rakoviny děložního čípku, o těhotenství, v péči o novorozence, ale o klimakteriu se ženami dostatečně nehovoří. Informantka Ž5 se také domnívá, že ženy o specifické fázi svého života nejsou porodními asistentkami adekvátně edukovány. Sdělila: „*No je to asi moje vina, ale kdybych měla víc informací, asi bych po těch hormonech nesáhla.*“ O intervenční program také projevila zájem.

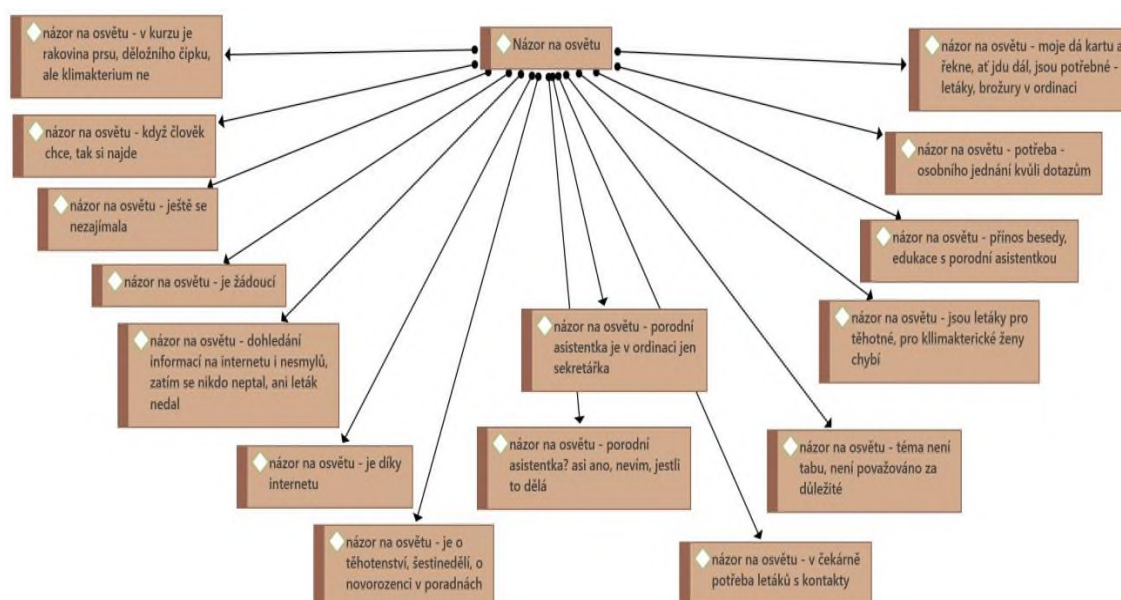
K problematice dostatečné či nedostatečné edukace žen v klimakteriu porodními asistentkami se ostatní informantky jako Ž6 až Ž12, Ž14, Ž16, Ž17 příliš nevyjadřovaly, ale projevily zájem o nabízenou edukaci. Vedle toho informantka Ž13 sdělila, že bude mít velký zájem o intervenční program, vzhledem k tomu, že její lékařka

v gynekologické ordinaci ani porodní asistentka s ní o ničem nehovořily, ani jí nic nedoporučovaly. Informantka Ž16 rovněž vyjádřila pozitivní postoj k účasti na nabízené edukaci a dodala: „*Třeba teď přijdu na gynekologický vyšetření a gynekolog mi řekne, že už je třeba ty hormony vysadit, takže určitě budu ráda, když budu vědět o nějakým jiným řešení pro mne, takže se tomu vůbec nebráním.*“

Subkategorie Osvěta

Ze subkategorie Osvěta jsou zřetelné názory žen na to, zda existuje v současnosti osvěta žen o problematice klimakteria a jak by si ženy představovaly adekvátní a dostatečnou osvětu a v jaké formě by měla být ze strany porodních asistentek ženám poskytována (Obrázek 11).

Obrázek 11 Osvěta (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Informantky Ž2, Ž3, Ž4, Ž6, Ž7, Ž8, Ž9, Ž11, Ž12, Ž15, Ž16 zastávaly názor, že osvěta ohledně životní etapy, kterou ženy prožívají pod vlivem estrogenního deficitu, je nedostatečná, že se o ní příliš nehovoří. Tyto informantky zmiňovaly, že jsou obecně ženy edukovány zejména o období těhotenství, šestinedělí, v péči o novorozence v rámci psychoprofylaktické přípravy v prenatálních poradnách či předporodních kurzech. Co se týká klimakteria, v tomto ohledu je prý osvěta nedostatečná. Ženy by například uvítaly možnost získat informace z informačních letáků nebo edukačních brožur, které by měly k dispozici v čekárnách u gynekologických ordinací. Oproti tomu

informantka Ž10 k formě osvěty sdělila: „*Já nejsem takový ten typ, že by mi někdo dal do ruky leták a já bych si to prostudovala. Já potřebuji takový to osobitý jednání, spíš abych mohla mít i nějaký dotazy a tak. Aby to byl takový vzájemný dialog. Abych řekla pravdu, v tuhle chvíli ještě nevím, na co se přímo ptát, protože moje tělo ještě nereaguje, jak by asi reagovat mělo. Kdyby ta situace nastala, tak bych si ty body připravila konkrétně, abych věděla, přímo osobně bych se ptala. Takhle bych to v budoucnu asi řešila.*“

Informantka Ž14 ve zkoumané oblasti ještě žádnou osvětu nezaznamenala, ani co se týká reklamy ohledně přípravků, doplňků stravy atd. Nejspíše je to i z toho důvodu, že se o toto téma příliš nezajímala a dodala: „*Myslím si, že vaše profese porodních asistentek může být nápomocná. Myslím si, že by si to klimakterium větší osvětu rozhodně zasloužilo. Nemyslím, že by to téma bylo vyloženě tabu, nevím, spíš to asi nikdo moc nepovažuje za důležitý. Myslím, že se to bere jako samozřejmost, že se o tom tak nějak moc nemluví.*“ Informantka Ž17 se také domnívala, že osvěta žen v problematice klimakteria není dostačující a dodala, že by bylo vhodné a přínosné pro ženy, aby byla realizována například setkání s porodní asistentkou v rámci edukace, kde by ženy byly informovány o příznacích, o diagnostice a o možnostech mírnění příznaků.

4.6.3 Kategorizace dat - po realizaci edukačního programu

V následující podkapitole jsou znázorněny výsledky vyplývající z hlavních kategorií a jejich subkategorií.

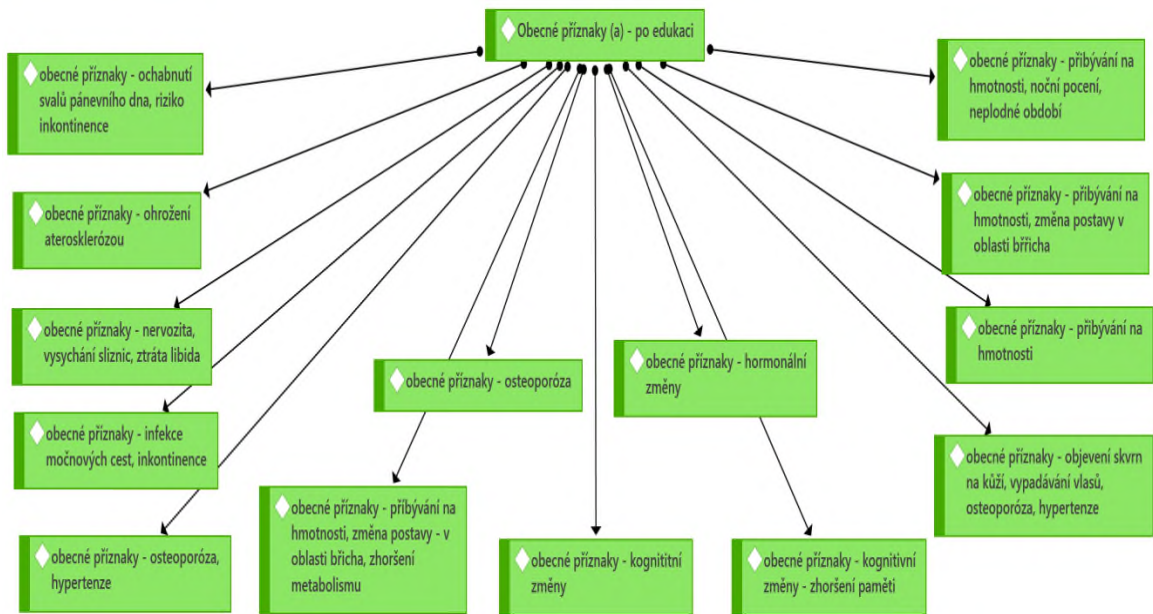
Hlavní kategorie Asociace s obdobím klimakteria po edukaci

Z kategorie Asociace s obdobím klimakteria po edukaci a ze subkategorií Nepříznivé projevy a Obecná opatření vyplývá, jakou měly ženy asociaci ve spojení s termínem klimakterium. Dále vypovídá o efektu poskytnutého intervenčního programu ve smyslu posílení znalostí žen v souvislosti s problematikou klimakteria, zejména co se týká změn, symptomů, které se mohou vyskytovat v tomto období a jaká opatření obecně lze využít pro zmírnění klimakterických potíží.

Subkategorie Nepříznivé projevy po edukaci

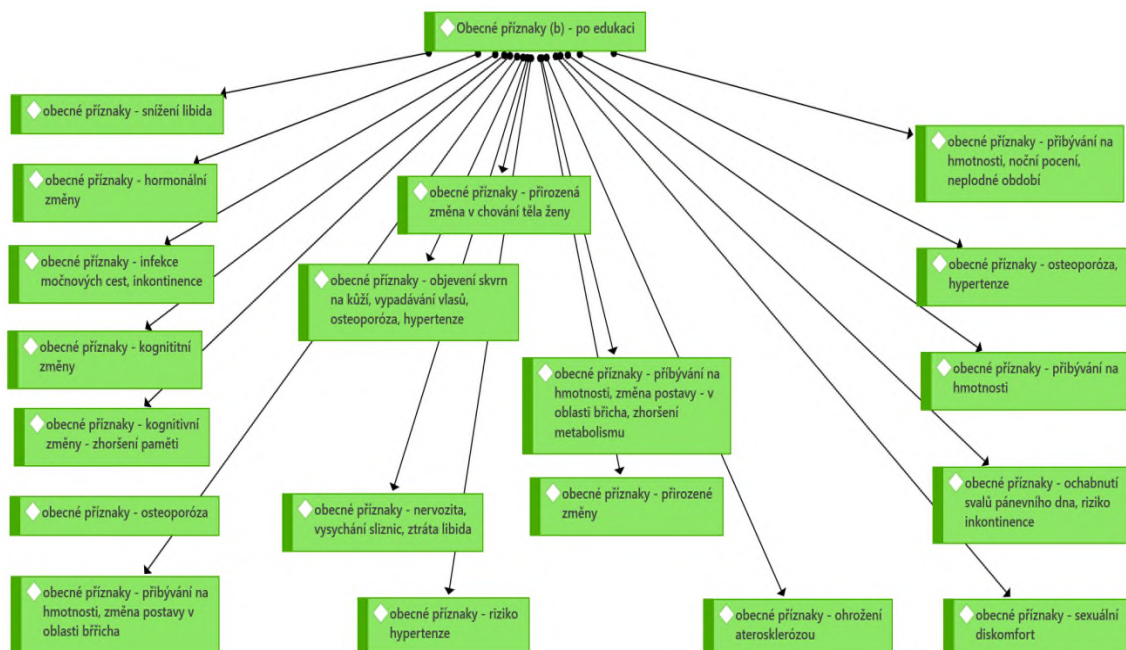
Subkategorie Nepříznivé projevy po edukaci deklaruje, jaká byla u žen asociace s pojmem klimakterium na základě získaných informací z edukace, kterou absolvovaly (Obrázek 12, Obrázek 13, Obrázek 14).

Obrázek 12 Obecné příznaky (a) – po edukaci (ATLAS.ti 9)



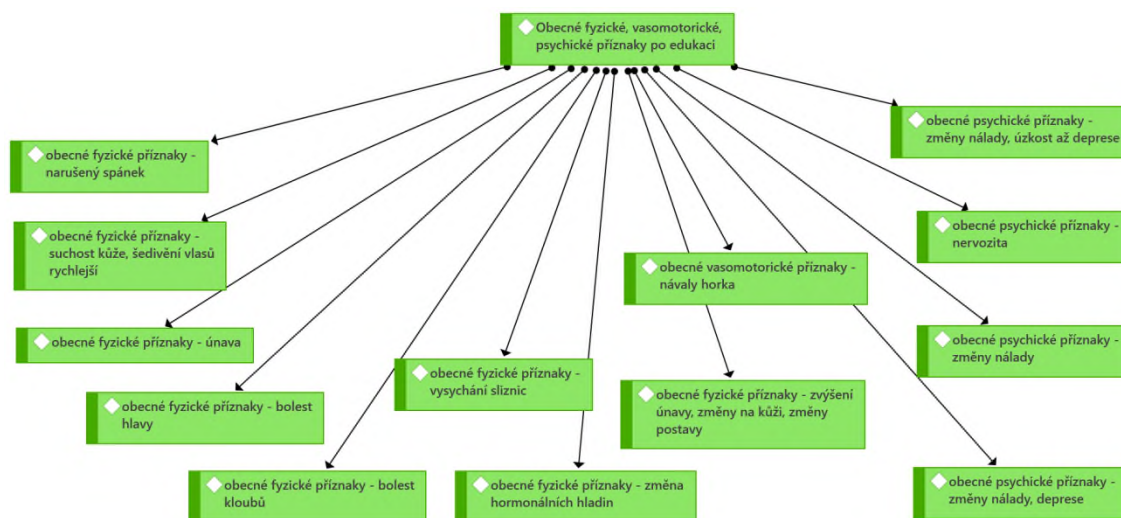
(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek 13 Obecné příznaky (b) – po edukaci (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek 14 Obecné fyzické, vasomotorické, psychické příznaky po edukaci (ATLAS. ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Informantky si spojovaly s termínem klimakterium zejména úbytek ženských pohlavních hormonů, v návaznosti na to uváděly ztrátu menstruace, návaly horka, noční pocení, poruchy spánku, únavu, přibývání na tělesné hmotnosti, psychické a kognitivní změny, riziko vzniku osteoporózy, aterosklerózy a onemocnění srdce, bolesti svalů a velkých kloubů. Dále si ženy vybavovaly, že nedostatek estrogenů způsobuje i orgánové změny, jako je vysychání sliznic a zkracování pochvy a močové uretry, což může u žen následně způsobit jednak inkontinenci moči a také vznik častějších infekcí močového ústrojí.

Informantky Ž3 až Ž7, Ž10 až Ž15, Ž17 společně uváděly zejména nepříjemné pocity jako návaly horka a noční pocení vyplývající z hormonální nerovnováhy. Ženy Ž3, Ž17 ještě k tomu dodaly bolesti kloubů, svalů, změny v psychice, změny nálady, větší podrážděnost, přibývání na tělesné hmotnosti, snížení libida v souvislosti s narušením partnerských vztahů a zvýšenou únavu. Zvýšenou únavu také zmiňovala informantka Ž4 a kromě toho jmenovala i bolest hlavy a změny v nervovém a cévním systému ženy, stejně jako informantka Ž5, která kromě toho ještě uvedla palpitaci a hypertenzi. Riziko vzniku osteoporózy, narušený spánek, změnu nálady, únavu, nervozitu a diskomfort při pohlavním styku v podobě vysychání sliznic pohlavního ústrojí ženy si s pojmem klimakterium spojovala informantka Ž6. Rovněž jako informantka Ž6, žena Ž10 také uvedla vyšší riziko vzniku osteoporózy, narušený

spánek, změnu nálady. Kromě toho dodala změny na kůži v podobě stařeckých skvrn, vypadávání vlasů a hypertenzi. Hypertenzi zmiňovala také informantka Ž11 a dodala: „*Co se mi vybaví? No, velká změna, skončí měsíčky, objeví se úzkosti až deprese, zhoršuje se paměť, mění se kůže, postava, snižuje se libido, můžou být častější záněty. Prostě s tou ženou to zamává...*“ Informantky Ž12 až Ž14 ještě také dodávaly změnu nálady, přibývání na tělesné hmotnosti, změny v prsní žláze, riziko vzniku osteoporózy, vysychání sliznic a častější záněty močových cest.

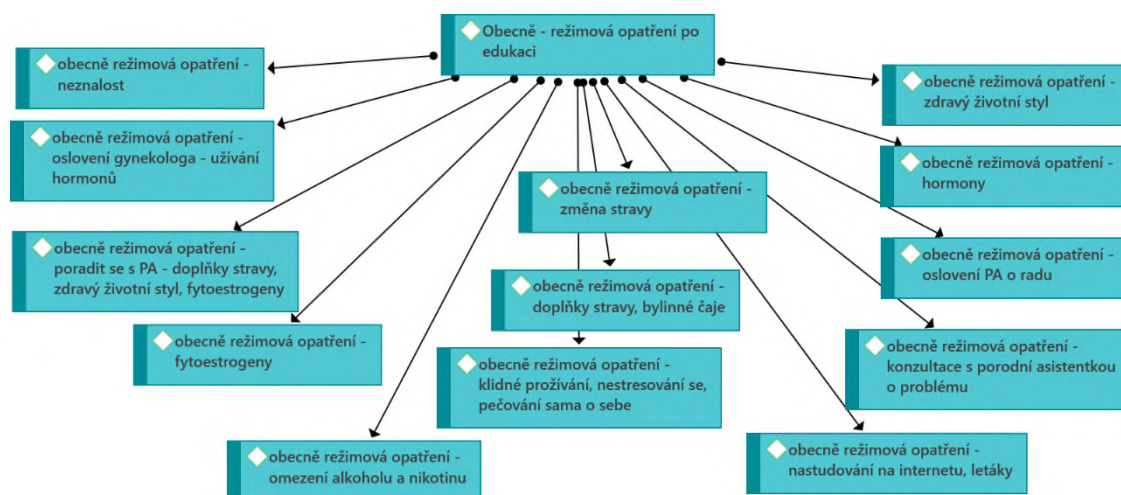
Informantka Ž1 si představila úbytek ženských pohlavních hormonů, změny v psychice, změny nálady, nadměrnou suchost pokožky, zhoršenou výživu vlasů, s tím spojenou i sníženou kvalitu vlasů a jejich nadměrné vypadávání. Další změny spatřovala ve vysychání sliznic pohlavních orgánů ženy, ukládání tuku v oblasti břicha, vznik hypertenze.

Informantka Ž2 popsala klimakterium jako druhou fázi v životě ženy, ve které žena přechází do neplodného období, také uváděla nepříjemné pocity návaly horka a noční pocení, jako většina informantek. V této souvislosti ještě zdůrazňovala úplnou ztrátu menstruace, riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, zvyšování tělesné hmotnosti, psychické změny a změny nálady. Změny nálady a návaly horka zmiňovala rovněž informantka Ž8, která ještě sdělovala nadměrnou chuť k jídlu, změny v chutích, snížení libida. Žena Ž16 stejně jako Ž2 řekla, že končí plodnost ženy. Kromě toho uvedla bolesti velkých kloubů, svalů, úbytek fyzické síly, únavu, nervozitu, narušený spánek, kognitivní změny. Informantka Ž9 si pojem klimakterium spojovala: „*...se změnami v chování toho těla ženy. Když se na to podívám, po tom, co jste nám na přednášce řekla, tak mi to přijde jako přirozenější a možná nemám už z toho takový obavy*“.

Subkategorie Obecná opatření

Ze subkategorie Obecná opatření je zřetelné, jaká obecná opatření považovaly ženy za podstatné a přispívající ke zmírnění nepříznivých projevů klimakteria (Obrázek 15).

Obrázek 15 Obecně - režimová opatření po edukaci (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Informantky Ž1 až Ž5, Ž11 zmiňovaly jako možnosti ke zmírnění nepříznivých projevů, způsobených hormonální disbalancí, především zásady zdravého životního stylu v podobě zdravého stravování, dostatečného pohybu, omezení požívání alkoholu a vyloučení nikotinu. Kromě toho žena Ž5 sdělila využití homeopatie ke zmírnění symptomů.

Informantky Ž6 až Ž9, Ž12, Ž13, Ž15, Ž17 na základě získaných informací z edukace zastávaly názor, že přijímání fytoestrogenů, využívání bylinných čajů se může pozitivně podílet na snížení nepříjemných pocitů návalů horka či nočního pocení. Žena Ž16 k tomuto ještě uvedla: „Taky je důležitý navozovat si nějakým způsobem klid, nestresovat se. Aby si to dokázaly ženy udělat hezčí (i doma), aby o sebe víc pečovaly, udělaly si víc času na svoje koníčky, a tak.“ Informantka Ž17 dodala: „A taky se může žena poradit s porodní asistentkou nebo s gynekologem, i když ten jí asi hlavně nabídne, aby užívala hormony. To asi záleží na každé ženě jednotlivě, jestli bude brát hormony nebo to zkusí zmírnit přírodně.“

Informantka Ž14 se k této problematice příliš nevyjadřovala, pouze uvedla: „Ženy by se měly udržovat v kondici, aby jejich tělo posilovalo, tak nějak všeobecně.“

Ženy Ž3, Ž4, Ž7, Ž17 zdůraznily, že by v případě výskytu klimakterických příznaků využily získané informace z edukace ohledně zdravého životního stylu, zkusily by provozovat jógu, užívat přírodní přípravky, obohatily by svůj jídelníček o potraviny obsahující fytoestrogeny. Informantka Ž3 navíc sdělila, že by jako poslední variantu

ke zmírnění nepříjemných potíží volila hormonální substituční léčbu. Informantka Ž10 by využila intervence ze strany lékařky a od porodní asistentky v gynekologické ordinaci, nebo by získala bližší informace ke zkoumané problematice na internetu. Informantka Ž15 by ke zmírnění potíží volila, zejména před spaním, bylinné čaje (třezalku, meduňku). Žena Ž14 zmínila, že by ženy v klimakteriu měly považovat za důležité udržet si svou tělesnou hmotnost na přijatelné a zejména zdravé úrovni.

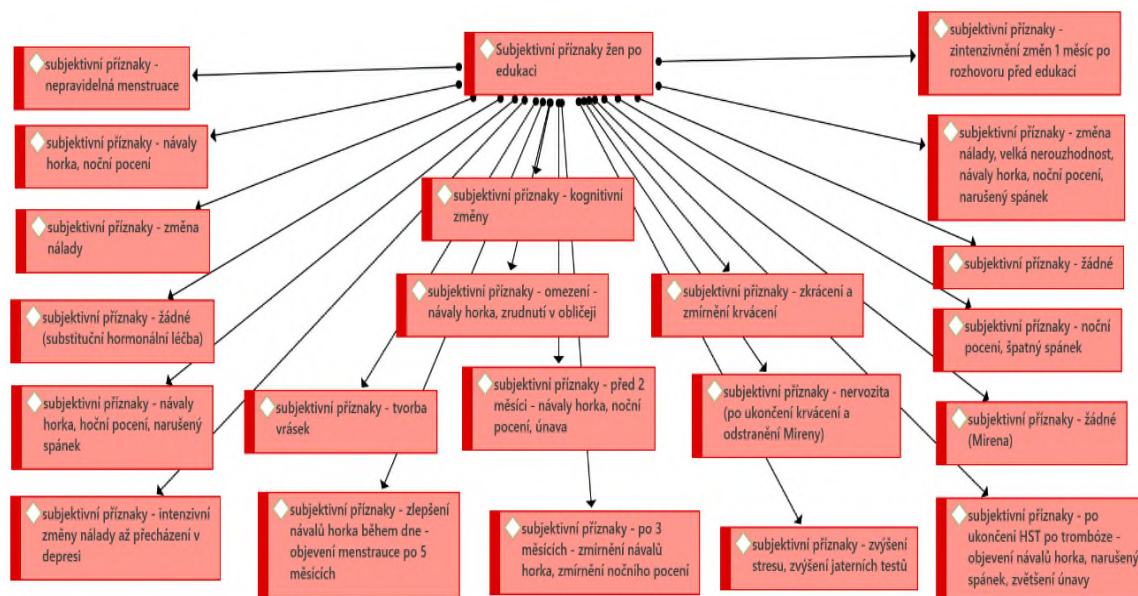
Hlavní kategorie Prožívání klimakteria po edukaci

Kategorie Prožívání klimakteria po edukaci znázorňuje v subkategoriích Nové změny, jaké u žen nastaly změny. Dále subkategorie Režimová opatření, životní styl po edukaci zobrazuje, jaká režimová opatření ženy realizovaly za účelem mírnění svých klimakterických obtíží.

Subkategorie Nové změny

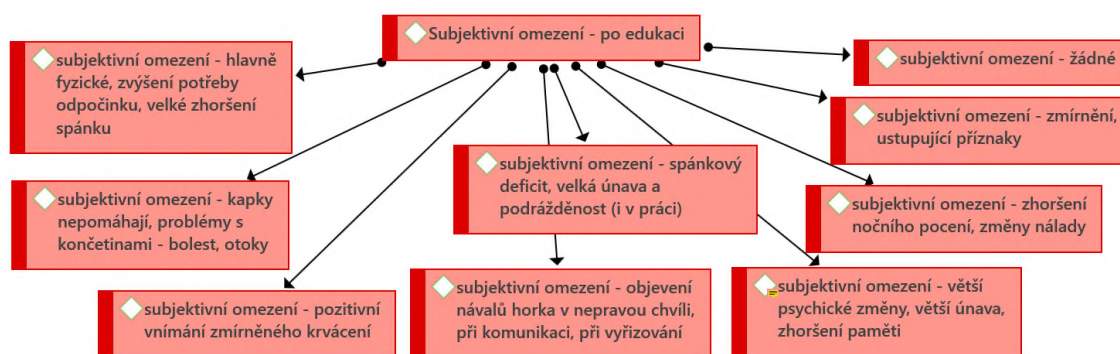
Ze subkategorie Nové změny je zřejmé, jaké nové příznaky a změny (včetně změn menstruačního cyklu) se u žen vyskytovaly a k jakým omezením v jejich životě eventuálně v kvalitě života či zdraví docházelo po uplynutí třech měsíců od edukačního programu (Obrázek 16, Obrázek 17, Obrázek 18).

Obrázek 16 Nové příznaky (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek 17 Nová omezení (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

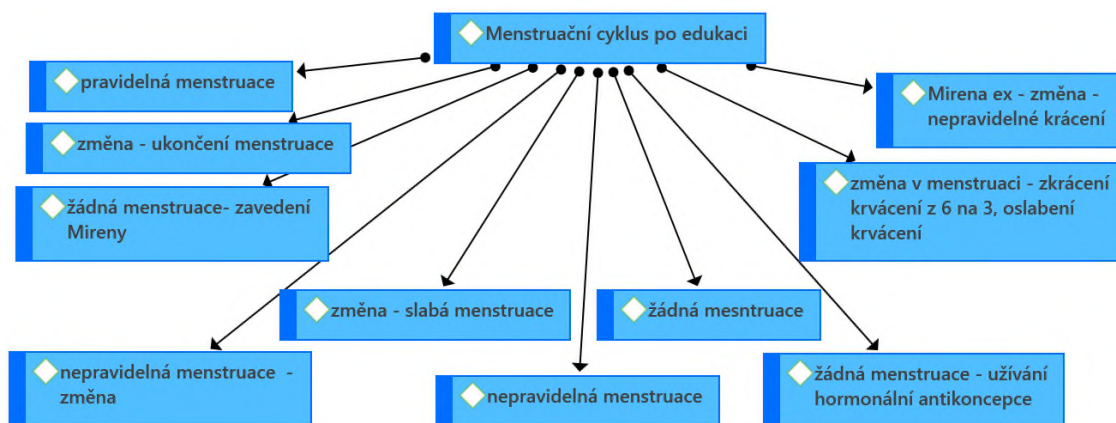
Informantky se vyjadřovaly ke změnám v souvislosti s klimakterickými příznaky, zda jim tyto změny ovlivňovaly kvalitu života či kvalitu jejich zdraví.

Stejnou kvalitu života (to znamená bez zjevných klimakterických příznaků, beze změn ve zdravotním stavu) jako při první fázi kvalitativního výzkumného šetření, nadále prožívaly informantky Ž3, Ž4, Ž5, Ž7, Ž10, Ž14, Ž17. Tyto ženy buď měly stále pravidelnou menstruaci, nebo užívaly hormonální antikoncepci, hormonální substituční léčbu, či měly zavedené hormonální tělísko Mirenu a tudíž u nich nenastaly žádné změny, které by je nějakým způsobem omezovaly.

Oproti výše zmíněným ženám, informantka Ž1 naopak uvedla: „Řekla bych, že ty návaly, co jsem mívala dříve během dne, tak už je nemám tak často a je to o něco mírnější. Asi taky proto, že jsem zase měla menstruaci.“ Stejně jako hodnotila své návaly informantka Ž1, tak i žena Ž12 popsala ustupující návaly horka i mírnější noční pocení. Naopak informantka Ž2 pozorovala nové změny ve smyslu občasného nočního pocení, v souvislosti s tím i se zhoršeným spánkem. Také ji obtěžuje její nadměrná náladovost a nerozhodnost v určitých situacích, které dříve dokázala řešit bez problémů a racionálně. Informantky Ž6, Ž11 uvedly jako výraznější změny návaly horka, noční pocení, v kontextu s tím častější buzení v noci a větší únavu během dne. Žena Ž11 ještě dodala: „Ty změny mě začaly víc obtěžovat asi před dvěma měsíci, a to hlavně po té psychický stránce, ty nálady to je opravdu hrozný. Člověk se víc stresuje a určitě to má vliv na ty moje současné potíže. Někdy nevím, co mám sama se sebou dělat. Paměť se mi taky od toho prvního rozhovoru ještě víc zhoršila.“ Stejně jako ženy Ž6, Ž11 i žena Ž8 více negativně vnímala únavu (oproti období před třemi měsíci). Také informantka Ž13 uvedla, jako ženy Ž6, Ž11, změny v návalech horka,

nočním pocení a ve zhoršené kvalitě spánku. Velmi negativně vnímala: „...*taky ty nálady, jak se mi rychle mění, to je protivný. Z ničeho nic vystartuju, vyjedu na manžela, ani třeba pro to nemám důvod. Ale, jak jste říkala při té přednášce, že si mám popovídat o tom, co cítím, tak jsem to udělala a myslím, že má manžel pro mě trochu víc pochopení, než před tím, než jsme si o tom doma promluvili.*“ Podobně jako žena Ž11, hodnotila negativně informantka Ž15 větší únavu a zhoršení kognitivní funkce, zapomíná více než v dřívější době. Informantka Ž16 se k dané problematice vyjádřila: „*Ty změny mě hlavně omezují ve fyzicku...V tom se mi zhoršila určitě kvalita života. Myslím, že potřebuju hodně odpočinku, fakt jako, no...Taky mi vadí, že někdy ty návaly přijdou v nepravou chvíli. Já teda už až tak nerudnu, ale cítím, že to na mě jde a je mi to nepříjemný. Samozřejmě, když má člověk někde něco vyřizovat...To je teda hodně náročný.*“ Na rozdíl od zmíněných žen, informantka Ž9 vnímala změny v kvalitě menstruačního cyklu jako pozitivní změny ve svém životě: „*Mně ten kratší cyklus ovlivnil spíš pozitivně, ostatní zůstává stejně, jako při tom našem prvním rozhovoru.*“

Obrázek 18 Změny v menstruačním cyklu (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

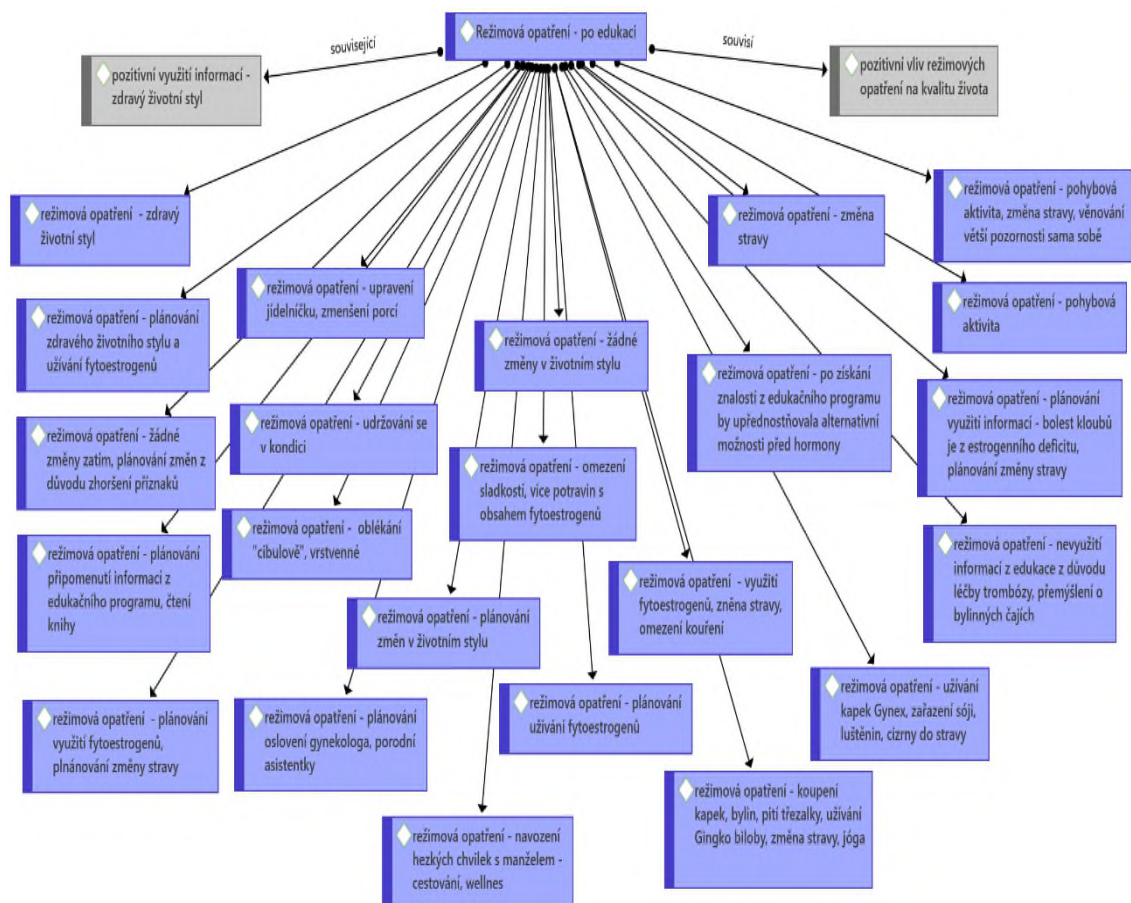
Ze subkategorie Nové změny dále vyplývá, že v souvislosti s menstruačním cyklem nenastaly u informantek Ž1, Ž2, Ž4, Ž5, Ž7, Ž10, Ž11, Ž12, Ž14 až Ž17 žádné změny a stav je stejný, jaký byl sdělován při prvním rozhovoru před edukací (Tabulka 24). Ostatní informantky zaznamenaly určité změny co do intenzity menstruačního krvácení či jeho doby trvání. Ženy Ž3, Ž6, Ž8, Ž9 popsaly svůj menstruační cyklus jako nepravidelný, pro který bylo charakteristické krvácení slabší intenzity, trávající kratší dobu, než byly ženy dříve zvyklé. K problematice existujících změn v menstruaci se ještě vyjadřovala informantka Ž13: „*Změna u mě nastala. Mirenu už nemám. Lékař*

mi ji vyndal, začala jsem špinit, tak šla ven...Hned po tom, co jsme spolu mluvily. Po vyndání jsem začala krvácet, nedá se říct, že by to byly měsíčky, bylo to nepravidelné. Krvácela jsem třeba po 12 dnech, pak jsem zašpinila, 14 dní nic a pak zase slabé krvácení, takhle to bylo dva měsíce a teď už nekrvácím a ani měsíčky jsem nedostala.“

Subkategorie Režimová opatření, životní styl po edukaci

V subkategorii Režimová opatření, životní styl po edukaci je zřetelné, jak informantky nahlížely na získané informace a zda v jejich přístupu (chování) k dané problematice, nebo vzhledem k prožívaným nepříznivým symptomům, došlo k určitým změnám v rámci edukačního procesu. Dále je patrné, jaká konkrétní opatření ke zmírnění nepříznivých a obtěžujících projevů souvisejících s estrogenním deficitem informantky využily a s jakým efektem (Obrázek 19).

Obrázek 19 Režimová opatření, životní styl po edukaci (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Informantka Ž1 uvedla: „*Neberu žádné doplňky stravy, ale chystám se zkusit ty fytoestrogeny...Ted' jsem zrovna začala takovou očišťovací kůru, nechala jsem si napíchat jehličky do uší proti hladu, proti stresu. Jí se k tomu hodně odlehčovací strava. Jí se hodně zeleniny, ovoce, omezují se tuky, laktóza, lepek a cukry. Taky bych chtěla začít chodit cvičit. Je to ztíženo tím kovidem, jsou omezené počty lidí. Takže se tam vůbec nedostanu. Snad se to trošku víc uvolní časem, protože to rezervování dopředu mi vůbec nevyhovuje. Zatím aspoň se snažím dál jezdit na kole.*“ Ženy Ž2, Ž6, Ž8, Ž9, Ž13 se snažily mírnit klimakterické obtíže změnami v jejich životním stylu. To znamená, zejména upravily svou stravu, jedly více zeleniny, potravin obsahujících fytoestrogeny a vícezrného pečiva. Dále zařadily do svého denního režimu i více pohybu (v podobě chůze, jógy či jízdy na kole). Informantka Ž11 k tomu ještě dodala: „*Jím hodně zeleniny, jak syrové, tak i vařené, koupila jsem si kapičky, piju čaj třezalky, užívám Ginkgo bilobu. Na ty fytoestrogeny jsem úplně zapomněla, ale zaměřím se na to...*“

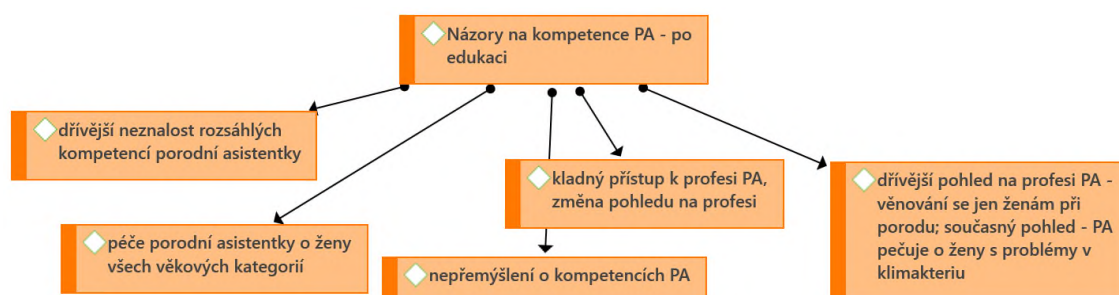
Hlavní kategorie Intervence porodní asistentky

O problematice, týkající se profese porodní asistentky v rámci edukace žen ve fázi života z přechodu od plodného do postreprodukčního období, vypovídají výsledky analyzované v hlavní kategorii Intervence porodní asistentky a v subkategoriích Kompetence porodní asistentky a Spokojenost s edukací. Z této kategorie je zřetelné, jak se změnilo postoje žen k profesi porodní asistentky oproti názorům, které ženy zastávaly v první fázi kvalitativního výzkumného šetření, tzn. při rozhovorech před realizací edukačního programu. Dále je z této kategorie zřejmé, jak ženy reagovaly na intervenční program zaměřený na problematiku klimakteria.

Subkategorie Kompetence porodní asistentky

Ze subkategorie Kompetence porodní asistentky jsou patrné názory na profesi porodní asistentky (Obrázek 20).

Obrázek 20 Názory na kompetence porodní asistentky po edukaci (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

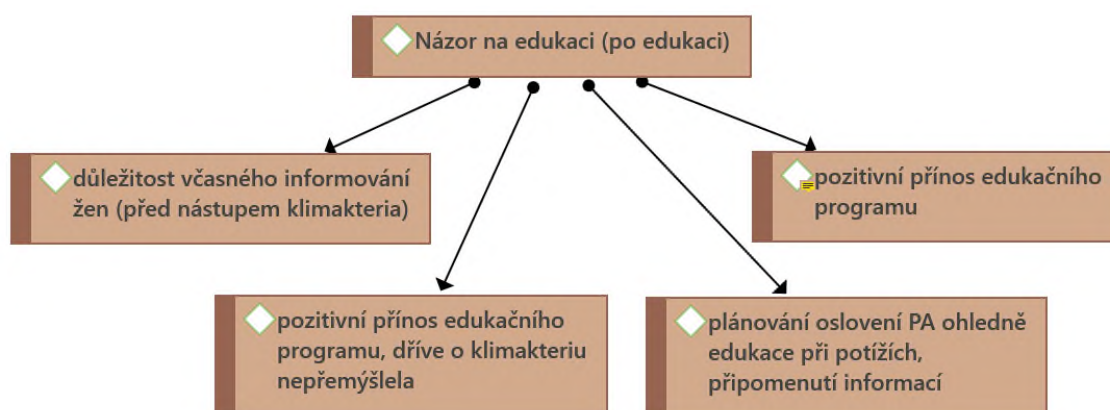
Informantky Ž1 až Ž6, Ž8 až Ž17 sdělily, že porodní asistentka poskytuje péči ženám ve všech jejich vývojových obdobích. Ženy dále vyjadřovaly jisté překvapení, že právě porodní asistentka je kompetentní zabývat se a pečovat o ženy s klimakterickými obtížemi. Informantka Ž2 k tomu řekla: „*Nahlížím na to v dobrém, že je dobře, že jsou, že pomáhají všem ženám. Určitě se mi v tomhle rozšířily obzory. Protože já jsem si myslela, že porodní asistentka je jenom u toho porodu. Jsem vlastně zjistila, že jste takhle i dál, jakoby i ženská sestra...Že je dobře, že ta žena má někoho celý život, na koho se může obrátit, že jí může poradit.*“ Informantka Ž5 spatřovala jako vhodné možnost poskytnuté rady i pomoci ze strany porodní asistentky: „*Asi by to bylo dobrý, kdyby v ordinaci byla taková porodní asistentka. No, asi to nestačí, když vám dají jen papír, leták, to většinou člověk vyhodí.*“ Informantky Ž8 až Ž11 ještě uvedly, že by v dřívější době neoslovily se svými problémy porodní asistentku, neboť při své úvaze předtím vycházely z termínu profese porodní asistentka, tudíž to byl podle žen nelékařský zdravotník, který pečuje pouze o těhotné ženy, ženy při nebo po porodu.

Pouze informantka Ž7 se k problematice profese porodní asistentky nijak blíže nevyjádřila.

Subkategorie Spokojenost s edukací

Subkategorie Spokojenost s edukací deklaruje, jak ženy vnímaly absolvovaný edukační program (Obrázek 21). Informantky hodnotily úroveň získaných informací a kromě jiného i to, zda v jejich přístupu (chování) k dané problematice nebo vzhledem k prožívaným nepříznivým symptomům došlo k určitým změnám v rámci edukačního procesu.

Obrázek 21 Názory žen na edukaci (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Všechny ženy hodnotily absolvovaný edukační program jako přínosný, zároveň i příjemný zážitek v poměrně nepříznivém období protiepidemických opatření v souvislosti s onemocněním COVID-19. Např. informantka Ž2 sdělila: „*Vnímala jsem tu edukaci velmi pozitivně. I když jsem o tom četla knížku, to osobní setkání mi dalo víc. Člověk tak nějak zjistil, že to klimakterium není konec světa (smích).*“ Informantky Ž3, Ž4, Ž13 také ještě zastávaly názor, že je důležité, aby ženy získávaly informace ohledně problematiky klimakteria ještě dříve před tím, než u nich začne docházet k hormonálním změnám, než se ve svém životě dostanou do fáze přechodu z fertilního do postreprodukčního období. Zdůrazňovaly, že pro ženy je výhodné disponovat informacemi, neboť tak se mohou na přicházející klimakterické změny lépe připravit. Informantka Ž3 popsala získané vědomosti: „*Pomohlo mi to taky hlavně v tom, že jsem nevěděla tak podrobně, co všechno ty ženský hormony ovlivňují a co se může stát u ženy, když ty hormony potom chybí. Taky je dobře, když se ženy dozví o tom, co můžou proti tomu dělat. Že nemusí hned brát ty hormony, ale můžou zkusit nejdřív tu jednodušší variantu. Mě zajímala hlavně ta informace o fytoestrogenech, a tak...*“ Tvrzení informantky Ž3 podpořila žena Ž5 svou vlastní zkušeností: „*Mě mrzelo, že jsem to všechno neslyšela dřív, že jsem to před tím tak rychle vzdala a vzala jsem si hned při prvních potížích ty hormony, no. V tom jste mě asi ovlivnila nejvíc. Myslím si, že je úplně super, když by se ženy před klimakteriem setkávaly takhle s porodní asistentkou, ona jim o tom řekla to, co vy nám, že by to měly vědět dopředu a včas, ale. Že by jim to měly říkat už někdy v těch 45 letech, když už to začne přicházet. Nebo se chystat na to.*“ Oproti tomu informantka Ž10 se vyjádřila: „*Jako poznatky jsem měla velký, ale v tý hlavě mi toho moc nezůstalo (smích). Já se omlouvám, ale jak ještě*

se mě to příliš netýká, tak to vypouštím a neřeším. Ale zůstalo mi v hlavě hlavně to, že se můžu s tím pak obrátit na porodní asistentku.“

Informantka Ž8 sdělila, že na základě edukace získala více konkrétnějších informací k dané problematice a: *„...jsem spíš teď taková, i k tomu, víc otevřenější.“* Pro ženy Ž11 a Ž13 bylo příjemné zjištění, že problematika klimakteria je v zájmu porodní asistentky, která se ženám věnuje. Dříve neměly informace o tom, jaké změny v organismu ženy mohou souviset s disbalancí ženských pohlavních hormonů. Ž11 dále sdělila: *„Edukace pro mě přišla v pravou chvíli, zrovna v době, kdy jsem ty informace potřebovala, protože jsem se začala potýkat s nepříjemnostmi v mém životě.“*

Informantka Ž14 zastávala názor: *„Já jsem ještě v situaci, že to úplně neřeším, tak ty informace jsem tak trošku vsřebala, ale nebrala jsem si je všechny do hlavy, protože se mě to úplně až tak netýká. Určitě bych brala takovou edukaci přímo ve chvíli, kdy mě to třeba bude trápit a kdy budu chtít to nějakým způsobem řešit.“* Dále projevovala pozitivní postoj k tomu, že by to mohlo být žádané, když by porodní asistentky pořádaly častější edukační setkání se ženami, neboť: *„většina žen to když tak jen řekne svému gynekologovi. Ale většina neví, co má dělat, nikdo jim neporadí. Maximálně se poradí s kamarádkami, ale takhle tyhle přednášky, podle mne, jsou přínosný.“*

4.6.4 Struktura výzkumného souboru III

Základní identifikační údaje porodních asistentek, které působily v primární péči a poskytovaly péči ženám v období klimakteria zobrazuje Tabulka 25.

Tabulka 25 Identifikační údaje porodních asistentek

Informantka	Věk (let)	Vzdělání	Počet let praxe v porodní asistenci (celkově)	Počet let praxe v primární péči
PA 1	53	SŠ	31	30
PA 2	63	VŠ (Bc.)	42	28
PA3	46	VO	17	15
PA4	38	VŠ (Bc.)	16	4
PA5	44	VO	23	6

Legenda: PA - porodní asistentka; VO - vyšší odborné; VŠ (Bc.) - vysokoškolské (bakalářské); SŠ - středoškolské s maturitou (Zdroj: vlastní výzkum)

Informantka PA1 byla ve věku 53 let, měla ukončené středoškolské vzdělání s maturitou (gymnázium a následně studium absolventů gymnázia pro porodní asistentky). Profesi porodní asistentky vykonávala celkem 31 let, v primární péči působila 30 let.

Informantce PA2 bylo 63 let, nejvyšší ukončené vzdělání měla vysokoškolské (bakalářské). Profesi porodní asistentky vykonávala 42 let. Zpočátku byla zaměstnána v nemocnici na gynekologicko-porodnickém oddělení, poté 28 let působila současně v nemocnici i v primární péči a pozdějších 5 let pracovala pouze v primární péči.

Informantce PA3 bylo 46 let, vystudovala vyšší odbornou školu, obor porodní asistentka. V porodní asistenci působila 17 let, na začátku své profesní kariéry 2 roky pracovala v nemocnici na gynekologicko-porodnickém oddělení. Pozornost ženám v primární péči věnovala 15 let.

Informantka PA4 byla ve věku 38 let, měla ukončené vysokoškolské (bakalářské) vzdělání. Profesi porodní asistentky vykonávala 16 let, v primární péči působila 12 let. Před tím 4 roky poskytovala péči ženám hospitalizovaným v nemocnici na gynekologicko-porodnickém oddělení.

Informantce PA5 bylo 44 let, ukončené vzdělání měla vyšší odborné v oboru porodní asistentka. V porodní asistenci působila celkem 23 let, 17 let pracovala v nemocnici na gynekologicko-porodnickém oddělení a posledních 6 let využívala svých kompetencí v primární péči.

4.6.5 Kategorizace dat - primární péče

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky vyplývající z hlavních kategorií a jejich subkategorií.

Hlavní kategorie Primární péče

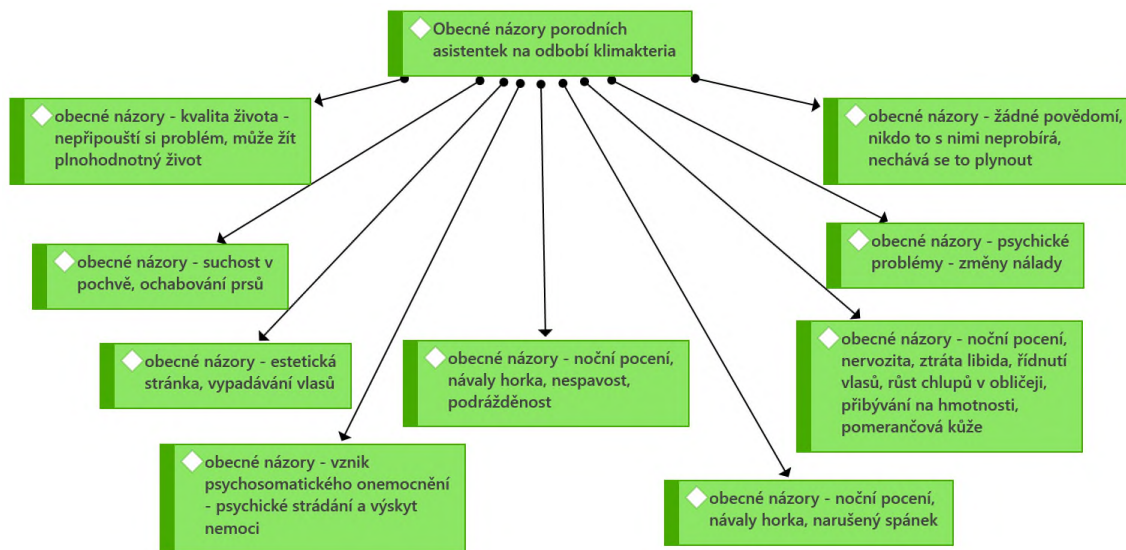
Kategorie Primární péče v jednotlivých subkategoriích Názory porodních asistentek, Symptomy žen, Hodnocení změn u žen vypovídá o názorech porodních asistentek na problematiku klimakteria. Dále je zřejmé, na jaké symptomy a změny si nejčastěji ženy v primární péči stěžují a rovněž, jaké jsou názory porodních asistentek na související kvalitu života a kvalitu zdraví žen. Z této kategorie také vyplývá,

jakým způsobem, eventuálně za využití jakého konkrétního měřícího nástroje porodní asistentky hodnotí změny u žen v období klimakteria.

Subkategorie *Názory porodních asistentek*

Subkategorie *Názory porodních asistentek* vypovídá o úsudku porodních asistentek obecně na problematiku spojenou s estrogenním deficitem u žen, na kvalitu života a kvalitu zdraví žen v klimakterickém období (Obrázek 22).

Obrázek 22 Obecné názory na klimakterium (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Všechny informantky uváděly obecně v souvislosti s klimakteriem symptomy jako návaly horka, noční pocení, narušený spánek a únavu.

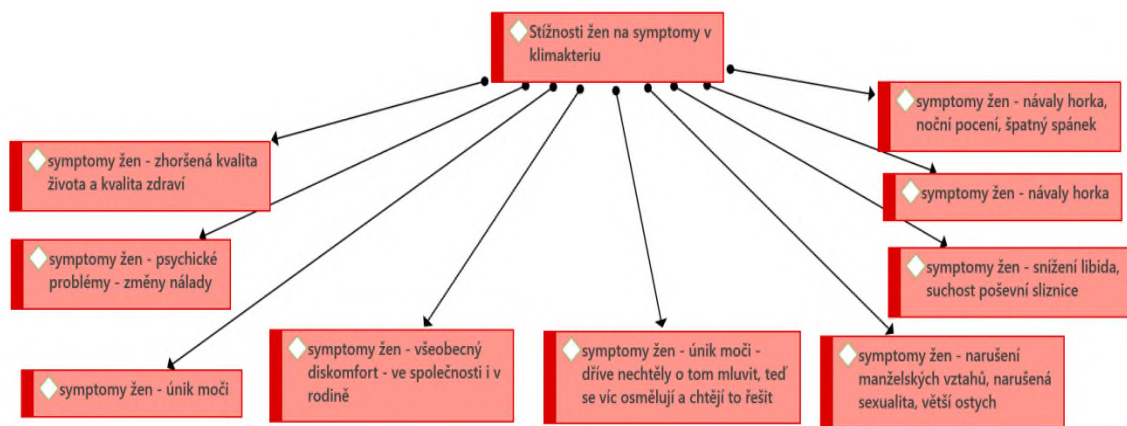
Informantka PA2 ještě zmínila ztrátu libida, řídnutí vlasů, nadměrný růst ochlupení i v obličejí, zvětšování objemu břicha, vznik strií na dolních končetinách. Při zamyšlení se nad vlivem klimakteria na kvalitu života sdělila: „Řekla bych to trochu jinak. Asi záleží na tom, jak se s tím ta žena dokáže vyrovnat. Žena, která si nechce připustit, že k tomu může dojít a myslí si, že bude stále mladá a nechce si připustit ani tu roli třeba babičky, tak tam je to problém. Myslím si, že ty ženy potom jsou strašně frustrovaný a jsou z toho třeba trochu psychicky na dně. Třeba víc se ubírají do nemoci. Ta, která si to nepřipouští, řekne si, jsem šťastná, že jsem babička a je to perfektní, protože svoje děti mám pryč a už si můžu žít svým životem, tak tam si myslím, že ten problém není. Myslím, že i v tom klimakteriu můžou ženy žít plnohodnotným životem.“ Informantka PA4 zastávala také názor, že klimakterické symptomy určitě ovlivňují

kvalitu života i kvalitu zdraví u žen. Zdůraznila, že je to pro ženy určitý diskomfort, který se také může podílet i na narušení partnerských vztahů. Ještě k této problematice dodala: „*No já si myslím, že hlavně ty ženy o tom vůbec nemají povědomí. Že s nimi tuto oblast nikdo neprobírá. Když se blíží do nějakého věku, kdy tohle období nastává, že nemají tyhle informace dopředu s nikým probraný. Že se to tak nechává plynout...*“ Na rozdíl od informantky PA4, se porodní asistentka PA3 domnívala, že je tato problematika poměrně hodně rozšířená a k návalům horka, nočnímu pocení, narušenému spánku, také dodala ještě zvýšenou podrážděnost u žen. Informantka PA5 rovněž jako informantka PA3 uváděla v souvislosti s narušeným spánkem zvýšenou podrážděnost a jako porodní asistentky PA2, PA4 také hovořila o zhoršené kvalitě života a stejně tak i porodní asistentka PA1.

Subkategorie Symptomy žen

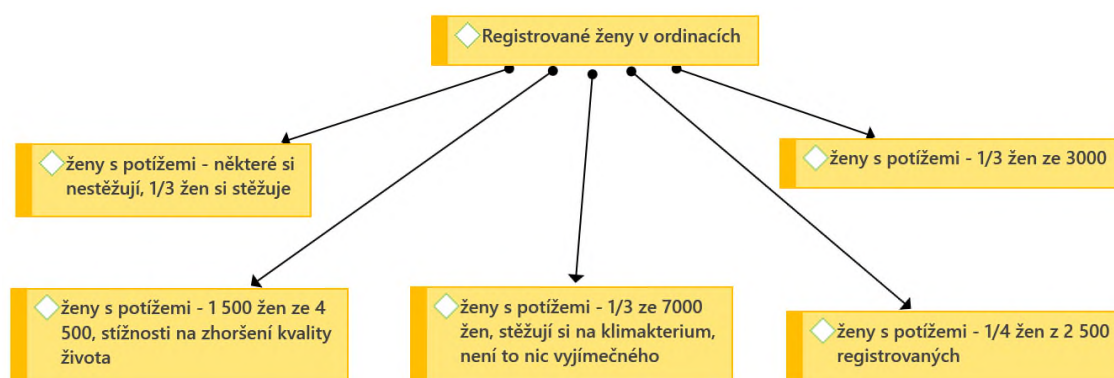
Ze subkategorie Symptomy žen je patrné, jak vnímaly porodní asistentky ženy s estrogenním deficitem, jak se ženy s přechodným obdobím vyrovnávaly (Obrázek 23) a také je zřejmé, kolik přibližně žen s klimakterickými obtížemi navštěvovalo gynekologickou ordinaci (Obrázek 24).

Obrázek 23 Symptomy žen (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek 24 Registrované ženy v gynekologické ordinaci (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Všechny informantky uváděly jako symptomy, na které si ženy v gynekologické ambulanci stěžovaly, návaly horka, noční pocení, narušený spánek, špatnou kvalitu vlasů a jejich zvýšené vypadávání. Informantka PA3 sdělila: „*Nejčastěji jsou to návaly, noční pocení. Ženy jsou z toho otrávené, některé říkají, už aby to bylo za nimi, že nemůžou fungovat, jak fungovaly dřív, že neví, co se s nimi děje. Jak tak ale pozorují, současný trend je, že spousta žen nechce hormonální substituční léčbu, co je vázaná na lékařský předpis. Hodně žen se snaží to, jako že, přetrpět nebo si koupí v lékárně doplňky stravy, snaží se spíš užívat to. Samozřejmě, některým, kterým to nepomůže, opravdu ty potíže mají hodně obtěžující, tak ty přijdou za gynekologem a říkají, že chtějí napsat hormony. Ale řekla bych, že je teďka pokles. Když vezmu tak 5 let zpátky, tak hlavně se ta substituční léčba psala víc a teď bych spíš řekla, že tíhnou k tý přírodě a nechtějí do sebe dávat ty hormony.*“ Informantka PA3 uvedla, že v jejich gynekologické ambulanci je zaregistrováno celkem 4000 až 4500 žen a v období přechodu z reprodukční do postreprodukční fáze se nachází přibližně 1500 žen.

Informantka PA1 ještě dodala: „*No a pak si taky stěžují na suchost poševní sliznice, snížené libido i na náladovost.*“ Porodní asistentka PA1 zmínila přibližně 1/3 žen (z celkového počtu žen, které navštěvují gynekologickou ordinaci) majících klimakterické obtíže. Sdělila, že některé ženy klimakterické období zvládají zcela bez terapie, část žen se zaměřuje na přírodní preparáty a 1/3 žen si vyžádá od gynekologa na předpis hormonální substituční terapii.

Informantky PA4, PA5 rovněž jako stížnosti žen zmiňovaly sexuální diskomfort a změny v psychice v podobě častého střídání nálad a podrážděnosti. Informantka

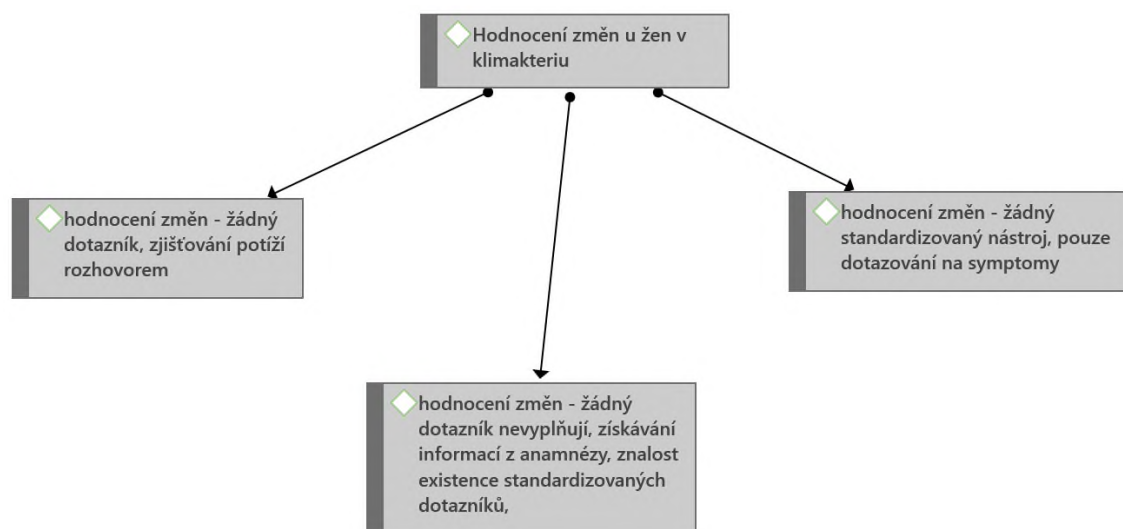
PA4 vysvětlila: „*Hodně řešily ty partnerský vztahy, včetně narušený sexuality. Stěžovaly si na suchost sliznice pochvy. V oblasti tý sexuality je to o tom, že se začaly víc stydět, že měly víc strach před tím partnerem, že prostě je něco trápí, že to na nich partner pozná.*“ Informantka PA4 uvedla, že v jejich gynekologické ambulanci měly registrován velký počet žen, a to 7000, z toho tak 1/3 žen si stěžuje na problémy spojené s klimakteriem. Porodní asistentka PA5 sdělila, že si ženy také ještě stěžují na přibývání na tělesné hmotnosti, na změnu postavy. Dále řekla, že do jejich gynekologické ordinace aktivně dochází 3000 žen a k tomu dodala: „*Co se týče, když si vezmu ženy od těch 45/50 let, které mají ty potíže, tak jich je odhadem do 1000. Ne všechny to řeknou, někdo to totiž řeší přírodními produkty. Řeší si to spíš samy a pak je zbytek těch, který ty potíže přivedou k lékaři a řeší to s ním. Lékař napíše spray, tabletky, nebo píchám na návaly injekce. Myslím si, že se na něho obrátí hlavně ty, kterým ty přírodní produkty opravdu nepomůžou.*“

Porodní asistentka PA2 jako jediná hovořila ještě v souvislosti se stížnostmi žen o inkontinenci moči. Dále uvedla, že celkově mají v gynekologické ordinaci registrovaných 2500 žen a ¼ žen patří do skupiny žen s klimakterickými obtížemi.

Subkategorie Hodnocení změn u žen

Subkategorie Hodnocení změn u žen deklaruje názory informantek na to, jaké mají ženy možnosti vyjádřit změny, nepříznivé symptomy, nebo kvalitu svého života či zdraví v souvislosti s estrogenním deficitem (Obrázek 25).

Obrázek 25 Hodnocení změn (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Informantky PA1 až PA5 k tomuto uvedly, že k objektivizaci akutního klimakterického syndromu, k posouzení úrovně kvality života a kvality zdraví neposkytují ženám k vyplnění žádný standardizovaný dotazník. Informantka PA3 sdělila: „*My ženám v ambulanci nic takového nedáváme k určení symptomů. My se jich jenom ptáme, na symptomy, a jestli to chtějí nějak řešit.*“ Informantka PA4 se nad problematikou standardizovaného měřicího nástroje více zamyslela a připojila poznámku, že získávají informace rozhovorem se ženami: „*...i když musím říct, že vyplňování dotazníku, mohlo by to být zajímavé...*“

O možnosti využít standardizovaný měřicí nástroj k hodnocení změn u žen v klimakteriu byla blíže informována porodní asistentka PA5 a sdělila: „*Vím o tom, že jsou standardizované dotazníky přímo pro tyhle ženy, už jsem to viděla, ale to my nemáme. Já to vyloženě s nimi proberu anamnesticky, jaké ty problémy mají. Já s nimi i proberu ty přírodní produkty a samozřejmě to pak řeknu lékaři, když mu donesu kartu a ten se s nimi pak dál domluví.*“

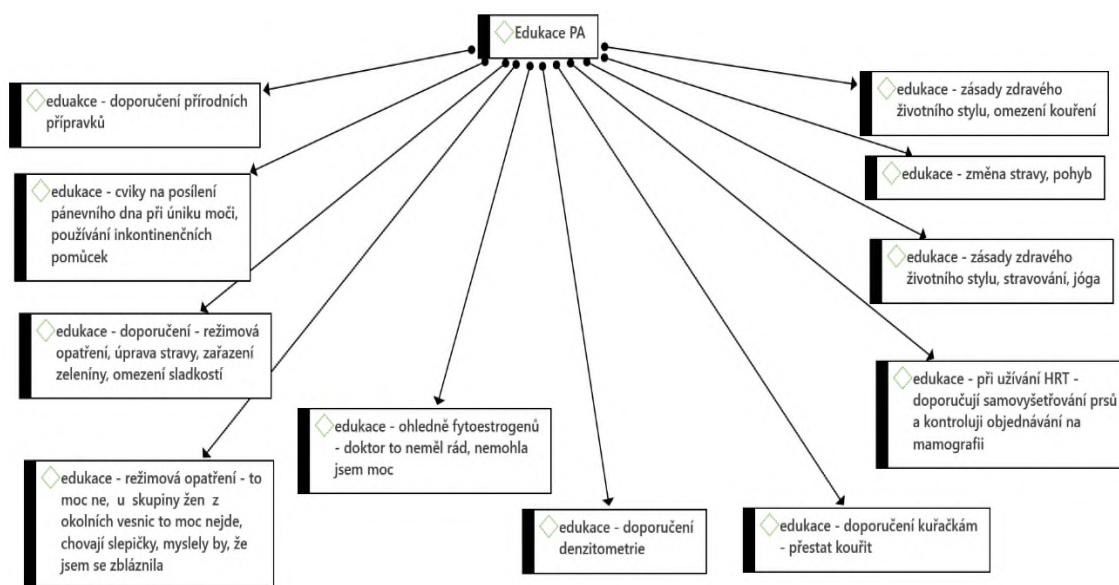
Hlavní kategorie Porodní asistentka a kompetence

O názorech informantek na využití jejich kompetencí při poskytování primární péče ženám s klimakterickými obtížemi vypovídá hlavní kategorie Porodní asistentka a kompetence. Tato kategorie dále přináší přehled o výsledcích výzkumného šetření v oblasti edukace žen porodními asistentkami a o zpětné vazbě žen vůči porodním asistentkám v gynekologických ambulancích.

Subkategorie Edukace žen

Ze subkategorie Edukace žen je zřejmé, zda a jakým způsobem porodní asistentky v rámci primární péče o ženy využívají svých kompetencí i v oblasti edukace (Obrázek 26).

Obrázek 26 Edukace porodní asistentkou (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Informantky PA1, PA3, PA5 vedly ženy k dodržování zásad zdravého životního stylu, zejména co se týká stravování, přípravy jídel, udržování optimální tělesné hmotnosti a využití pohybu (hlavně v podobě jógy). Informantka PA5 k tomu sdělila: „*O stravování a tělesné hmotnosti s nimi mluvím hodně, ale musím říct, že ne každá žena to chce ode mne slyšet. Musím si to tak nějak odhadnout, který to můžu říct a který ne. Ne každá žena to vezme. Některé se pak cítí spíš jako uražené, že jim do toho někdo mluví.*“ Porodní asistentka PA1 řekla, že dále ženám v gynekologické ambulanci doporučuje vyšetření zaměřené na densitometrii v rámci prevence osteoporózy. Vzhledem k tomu, že poskytuje také péči ženám s Leidenskou mutací, u kterých hrozí vyšší riziko vzniku tromboembolické nemoci v případě, že by tyto ženy užívaly hormonální substituční léčbu, tak proto těmto ženám doporučuje užívat ke zmírnění klimakterických obtíží zejména přírodní preparáty. Informantka PA3 zdůraznila: „*Já jim říkám, aby to tomu partnerovi řekly, že je to normální období prostě u té ženy, že to společnými silama, jako že..., je to dobrý překonat. Aby ten partner byl tolerantní vůči jejím náladám, prostě někdy ta úzkost přijde nebo z ničeho nic plačtivost, tak aby i partner věděl, co to období přináší. Myslím si, že je to hodně tabu pro ty muže, že o tom vůbec nic neví.*“ Stejně tak jako porodní asistentka PA3, tak i informantka PA4 edukovala ženy o tom, aby o své situaci hovořily s partnerem, aby mohl lépe porozumět tomu, proč u nich dochází většinou bez příčiny ke změně nálady.

Informantka PA3 se dále domnívala, že současné ženy ve věku 50 let mají dostatek informací, např. z internetu, z knih. Ohledně informačních letáků či brožur zastávala informantka PA3 názor, že v čekárnách u gynekologických ordinací chybí, a přitom je to pro ženy důležité. Podle porodní asistentky PA3 se v jejich čekárně nachází zejména letáky zabývající se problematikou těhotenství, porodu, péče o novorozence a co se týká informací pro ženy s gynekologickými obtížemi, mají k dispozici pouze letáky v souvislosti s inkontinencí či vaginálními potížemi. Informantka PA3 se ještě snaží vést ženy k tomu, aby si uvědomovaly priority v jejich životě, aby věnovaly více času samy sobě, radovaly se z každého dne s tím, že pro ně pak bývá přechod do stáří o něco snazší a také dodala: „*Samozřejmě, některé ženy o tohle nestojí, to co jsem teď říkala. Ano, jsou i takové, které si to období chtějí přetrpět, nechtějí pomoci ani od lékaře ani nechtějí žádnou radu ode mne. Je tak 1/3 žen, který o tu mou péči nestojí. Tak se jim nevnucuju a snažím se ty informace podat těm, který o to stojí.*“

Oproti informantkám PA1, PA3 zdravému životnímu stylu informantka PA2 ve svém edukačním působení nevěnovala příliš mnoho pozornosti: „*Ohledně režimových opatření, zdravýho životního stylu, to moc ne...Protože s tou skupinou žen, co máme my v ordinaci, tak ty jsou třeba z těch okolních vesnic a to si, myslím, že by mě za chvílku vynesly v zubech a řekly, jestli jsem se nezbláznila. To jsou ženy, který si chovají slepičky, králíčky... Ohledně fytoestrogenů, doplňků stravy, doktor to nemá moc rád, to jsem ani moc nemohla, takže mu do toho moc nezasahuji.*“ Informantka PA2 se zaměřovala ve větší míře spíše na edukaci žen, která se týkala močového měchýře, cvičení a posilování pánevního dna a využití inkontinenčních pomůcek. Také ženám doporučovala v rámci prevence osteoporózy přijímat zvýšeně vitamín D a vápník a sdělila, že méně pohyblivým ženám navrhovali s lékařem denzitometrii. K edukaci spojené s únikem moči se vyjádřila i informantka PA3, která uvedla, že ženy se již tolik neostýchají a své problémy s únikem moči sdělují jí a rovněž i lékaři. Dodala k tomu: „*Když se mi zmíní, dám jim letáček. Jinak se přiznám, to je moje slabina. Kegelovy cviky jim nedoporučuji, dám jim ten letáček. Ale že bychom to spolu probíraly, to úplně ne. Ještě pan doktor na základě nějaké studie jim doporučuje Venušiny kuličky, ženy se tomu vždycky smějí, že je posílá do erotického klubu (úsměv). Ale musím říct, že ty ženy, co si to koupily, jsou disciplinovaný, používají to pravidelně, dělají ty cviky, že pak u nich to zlepšení je.*“ Rovněž informantka PA5 edukovala ženy v souvislosti s únikem moči, poskytovala jim brožury s touto tematikou a také zdůrazňovala cvičení

spojené s posilováním svalů pánevního dna a dodala: „Když je edukuji o těch přírodních produktech, tak jim taky říkám, že hodně těch produktů obsahuje vitamín K, D, což je taky důležitý na kosti, že dochází v klimakteriu k řídnutí kostí. Měla jsem pacientku, která měla zlomeniny v klimakteriu, měla velký úbytek kostní hmoty. O kostech, řídnutí kostí, o tom s nimi hodně mluvím, no. Ony si na tu denzitometrii dojdou, zaplatí si ji, pak řeknou, že jim pan doktor předepsal Vigantol, takže i o tom hodně mluvíme spolu.“

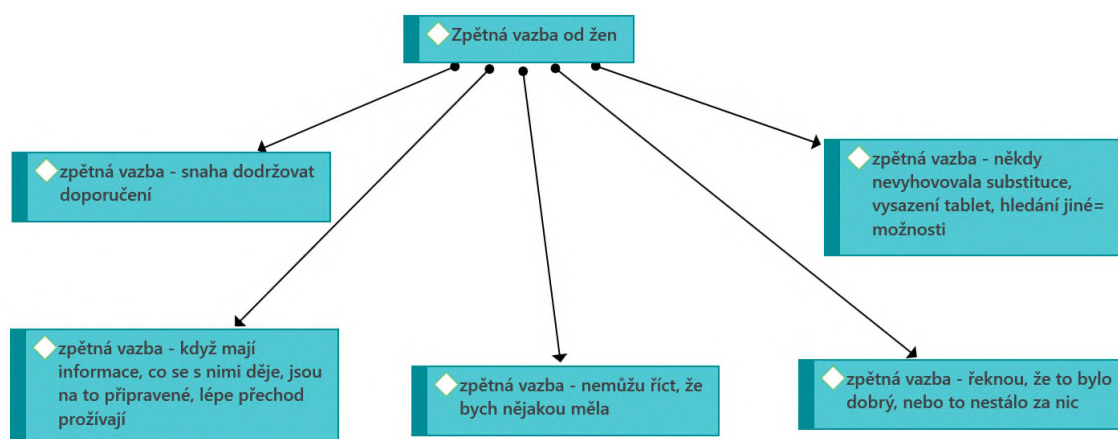
Edukací v souvislosti s doporučováním fytoestrogenů, se změnou stravy se informantka PA4 příliš nezabývala: „Ta doporučení byla vždycky o tom, k čemu se žena konkrétně přikláněla. Když se ona zmínila o tom, jestli by mohla něco brát, nebo dělat, tak jsem ji v tom podpořila, že to je určitě vhodný, ale sama od sebe jsem ji k tomu nenaváděla.“ Ještě k tomuto PA4 sdělila, že edukuje ženy, které si stěžují na narušený spánek, aby si před spánkem uvařily čaj z meduňky nebo máty peprné: „My to máme v ordinaci zavedeno tak, že když jim to řeknu, co mohou dělat a tak, vždy to ještě musí prokonzultovat s gynekologem.“ Na rozdíl od informantky PA4 informantka PA5 doporučovala ženám přírodní preparáty, bylinné čaje a informovala je: „Vždycky jim říkám, že je lepší začít těma přírodníma produktama, někomu to zabere, někomu ne a pak se tedy obrací na lékaře a přistupuje se k hormonální léčbě.“ Informantka PA5 ještě hovořila o ženách, které si zvolily variantu užívání čaje z červeného jetele a kterým to přinášelo úlevu. Jako jediná informantka PA5 uvedla edukaci žen v souvislosti se samovyšetřováním prsů v rámci sekundární prevence karcinomu prsu.

K problematice edukace žen zastávala informantka PA4 názor, že by ženy určitě uvítaly semináře, přednášky ze strany porodních asistentek ohledně problematiky klimakteria, neboť: „Co si budeme povídat, kde jsou velký obvody, kde je zaregistrováno hodně žen, tam opravdu není na to taková časová dotace, jak by si třeba člověk představoval. Takový ten prostor mimo, na to popovídání si s těmi ženami, aby se jim člověk mohl věnovat, něco s nimi probrat, je hrozně minimální. Myslím si, že zájem ze strany žen by o to byl.“

Subkategorie Zpětná vazba

V subkategorii Zpětná vazba je patrné, jakou měly informantky zpětnou vazbu od žen, které edukovaly o dodržování režimových opatření v souvislosti se snížením nepříznivých klimakterických symptomů (Obrázek 27).

Obrázek 27 Zpětná vazba (ATLAS.ti 9)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Informantka PA1 uvedla, že ženy na základě její edukace zaměřují svou pozornost na dodržování zdravého životního stylu, na sestavování zdravého jídelníčku. Ženy, které byly dříve závislé na nikotinu, se snaží omezit či zcela ukončit kouření. Informantka PA1 se ještě domnívá: „Ženy se snaží řídit tím doporučením, docela to dělají, co jim radím. Myslím si, že je to pro ně docela nepříjemný stav, tak se snaží pro to něco udělat, aby ty příznaky zmírnily. Snaží se něco udělat i s tou váhou.“ Také informantka PA3 má zpětnou vazbu od žen, které jí po půl roce či po roce sdělí, že ta režimová opatření, která podle ní dodržovaly, jim pomohla cítit se lépe a ještě dodala: „Když přijdou, je na nich vidět ta změna, z nich prostě září to štěstí a ta pohoda, takže určitě, ty který na tom začnou pracovat, tak je na nich vidět ten pokrok, že to moje snažení k něčemu je.“

Pokud informantka PA4 podpořila ženu v užívání nějakého doplňku stravy na základě vlastního rozhodnutí ženy, měla od ní zpětnou vazbu při další kontrole u lékaře v podobě sdělení, jak s tím je spokojená.

Vyjádření informantky PA2 k ohlasu žen na její edukaci bylo poměrně stručné: „Tak řekly, jo bylo to dobré, nebo řekly, nestálo to vůbec za nic.“ Rovněž informantka

PA5 neprojevovala příliš rozsáhlou zpětnou vazbu od žen, kterým poskytovala v rámci primární péče edukaci.

5 DISKUZE

Období klimakteria je v posledních desetiletích celosvětově věnována výrazně větší pozornost jak v biomedicíně, ve veřejném zdraví tak i ve společenských vědách (Morrison a Brown, 2014).

Klimakterium představuje v životě žen období, ve kterém se vyskytuje fyziologický jev stárnutí, nastává změna hladiny hormonů hypofýzy, jako jsou folikuly stimulační hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH), také se mění hladina hormonů produkovaných vaječníky (estrogen, progesteron) (Dalal a Agarwal, 2015). Přírozená menopauza je charakterizována trvalou zástavou menstruace, ovlivněnou bezprostřední ztrátou folikulární funkce vaječníků. Bývá diagnostikována po 12 měsících od poslední menstruace (Mishra, 2017). Dalal a Agarwal (2015) popisují fyziologický nástup klimakteria mezi 40. až 60. rokem věku. Během období přechodu z reprodukčního na postproduktivní stav prochází ženy třemi fázemi - premenopauzou, perimenopauzou a postmenopauzou (Harlow et al, 2012).

Zmiňované přechodné období bývá označováno jako fyziologická nekonzistence v endokrinních žlázách ženy a nepředvídatelná změna hladiny hormonů (Anjaly et al., 2014). Pokles funkce vaječníků způsobuje nedostatek estrogenu. S tím souvisí u žen vznik řady fyziologických změn, jako jsou například urogenitální potíže (časté močení, cystitida, nebakteriální uretritida), vasomotorická nestabilita (návaly horka, noční pocení), bolesti hlavy (Sorpreso et al., 2015). Dále se objevuje atrofie kůže, dyspareunie. Kromě fyziologických změn dochází u žen i ke změnám psychickým a psychosociálním, kterými mohou být úzkost, deprese, nízká sebeúcta, podrážděnost, sociální izolace (Jami et al., 2014). Rovněž se mohou vyskytovat sexuální problémy, snížení kognitivních funkcí a psychosociální problémy, jako je únava, poruchy spánku, špatná koncentrace a zapomínání (Sharifi et al., 2015).

5.1 Znalosti žen o problematice klimakteria a zájem žen o oblast klimakteria

Adekvátní znalosti a pozitivní přístup žen k problematice klimakteria jsou pro ženy významné zejména proto, aby se vypořádaly se změnami, které s sebou menopauza přináší (Gebretatyos et al., 2020).

Pro ženy je důležitá znalost symptomů, neboť jim napomáhá lépe se přizpůsobit nevyhnutelné fázi života (Elnaggar et al, 2013; Noroozi et al., 2013; Hamid et al., 2014;

Sabariah et al., 2015; Orabi, 2017). V dané souvislosti je kladen důraz i na postoj žen k této problematice. Pozitivní přístup a zájem ze strany žen se může podílet na snížení klimakterických symptomů (Noroozi et al., 2013). Na základě zohlednění těchto argumentů je pro ženy ve středním věku významné, aby se orientovaly v definici menopauzy, měly také povědomí o věku, ve kterém mohou klimakterický proces očekávat. Výsledky kvantitativního výzkumu u většiny žen potvrdily znalost termínu klimakterium. Ovšem, co se týká zájmu žen o sledovanou problematiku, bylo zřejmé, že téměř polovina žen z našeho výzkumného souboru I se tímto tématem nezabývala. Lze se domnívat, že ženy, které ještě ve svém životě nezaznamenaly z nedostatku estrogenů přítomnost nepříznivých symptomů, těmto záležitostem nevěnují příliš pozornost a nepřemýšlí o nich. Rovněž v kvalitativní části výzkumu před realizací edukačního programu jsme u výzkumného souboru II zaznamenali více žen, které o zkoumanou problematiku neprojevovaly zájem. Také tyto informantky nám potvrdily naši domněnku, že ženy o zkoumanou oblast neprojevují přílišný zájem, pokud nepocít'ují nepříznivé projevy klimakteria.

Stejně jako jsme se my ve výzkumném šetření zajímali o postoje a názory žen ke klimakteriu, tak i Vaccaro et al., (2021) realizovali u 1028 italských žen ve věku 45-65 let průzkum, jehož cílem bylo informovat o tom, jak vnímají italské ženy menopauzu a jak k ní přistupují. Povědomí, znalosti o menopauze a pozitivní postoj k dané problematice vyjádřilo 82,8 % italských žen a 77 % žen považovalo menopauzu za fyziologický stav. Přestože i v ostatních zahraničních studiích velké procento žen nahlíželo na menopauzu jako na fyziologický proces (Gambacciani, et al. 2019; Golezar et al., 2019), vnímali Vaccaro et al. (2021) v jejich výzkumu za znepokojivé, že 38,7 % premenstruálních žen neplánovalo specifická klinická nebo biochemická vyšetření, která by prokázala, v jaké fázi klimakteria se ženy nacházejí. Tyto údaje nejsou příliš uspokojivé, neboť při nástupu symptomů z nedostatku estrogenů, mohou být u žen lépe identifikovatelná rizika rozvoje příznaků chronických onemocnění (Golezar et al., 2019; Gambacciani, et al. 2019).

Kromě výše zmíněného jsme také věnovali pozornost tomu, zda disponují ženy znalostmi o symptomech, které se mohou u žen v období klimakteria projevat. Ženy z výzkumného souboru I jako nepříznivé symptomy nejčastěji zmiňovaly nepříjemné návaly horka, ve velké míře nepravidelnou menstruaci a noční pocení, poté poruchy spánku, bolest hlavy, bolesti kloubů a svalů, změny nálad, úzkost, únavu,

nesoustředěnost, přibývání na váze, atrofii pochvy, vysychání sliznic, palpitaci a snížené libido. Stejně tak ze studie Ambikairajah et al. (2019) je zřejmé, že snížení ženských pohlavních hormonů může negativně ovlivňovat zdraví žen, návaly horka, artralgie, vaginální suchost, poruchy spánku a nálady, úbytek kostní a svalové hmoty a také zvýšení tukové vrstvy v oblasti břicha. Všechny tyto symptomy mohou urychlit u žen proces stárnutí z důvodu škodlivých následků na kardiovaskulární systém a muskuloskeletální systémy (Olszanecka et al., 2016; Ambikairajah et al., 2019). Podobné znalosti a názory žen na symptomy v období klimakteria jsme zaznamenali i v kvalitativním výzkumném šetření před realizací edukačního programu u výzkumného souboru II, ve kterém například ženy jako nepříznivé symptomy zejména zmiňovaly nepravidelnou menstruaci, návaly horka, noční pocení, poruchy spánku, bolest hlavy, bolesti kloubů a svalů, změny nálad, úzkost, únavu, nesoustředěnost, přibývání na váze, atrofii pochvy, vysychání sliznic (Belešová a Tóthová, 2023). Porovnáme-li tyto zjištěné výsledky u výzkumného souboru I v kvantitativní části výzkumu s názory žen z výzkumného souboru II na symptomy po absolvování intervenčního programu, lze konstatovat přínos edukace realizované ze strany porodní asistentky. Ženy kromě výše popsaných symptomů prokázaly v souvislosti s estrogením deficitem ještě znalosti v oblasti orgánových změn (vysychání sliznic, zkracování pochvy a močové uretry), to může následně způsobit inkontinenci moči a častější infekci močového ústrojí. Dále ženy disponovaly informacemi týkajícími se vyššího rizika vzniku onemocnění, jako je osteoporóza, ateroskleróza, srdeční onemocnění. Na základě konfrontace uvedených výsledků s výsledky výzkumného souboru III v kvalitativním výzkumném šetření lze uvést, že všechny porodní asistentky, stejně jako ženy výzkumných souborů I a II zmiňovaly klimakterické příznaky, jako jsou zejména návaly horka, noční pocení, narušený spánek, únava. Jednotlivě pak porodní asistentky navíc uváděly ztrátu libida, řidnutí vlasů, nadměrný růst ochlupení i v obličeji, zvětšování objemu břicha, zvýšenou podrážděnost a zhoršenou kvalitu života.

Se znalostmi samozřejmě úzce souvisí i skutečnost, od koho či odkud ženy získávají informace o zkoumané oblasti. Z průřezové studie, kterou uskutečnili výzkumníci v Korejské republice v roce 2015 u 2 330 žen (ve věku 45-65 let), je prokazatelné, že jako zdroje informací v problematice klimakteria uvedlo 64,6 % žen své přátele nebo rodinné příslušníky; 50,5 % žen se v získávání informací spoléhalo na masmédia

(TV/rádio), a služeb internetu/sociálních sítí využilo 45 % žen (zejména se jednalo o ženy ve věku 40-50 let) (Kim et al., 2017). Kim et al. (2017) ještě doplňují, že 65 % korejských žen zná termín klimakterium a nahlíží na toto období jako na nemoc, která vyžaduje léčbu. Z výsledků získaných v kvantitativním výzkumu u výzkumného souboru I byl zjištěn jako hlavní zdroj informací gynekolog v primární péči. Internet jako zdroj informací, byl ženami také ve velké míře označován. Ovšem pouze 12,5 % žen konzultovalo o zkoumaném období s porodní asistentkou. Rovněž v kvalitativním výzkumu, realizovaném u výzkumného souboru II před uskutečněním edukačního programu, jsme prokázali velmi malé znalosti žen o kompetencích porodní asistentky. Tudíž téměř žádné informantce nepřišlo na mysl oslovit se symptomy porodní asistentku. Nutno říci, vzhledem k tomu, jaké má porodní asistentka kompetence, očekávali bychom větší počet žen, které by se obrátily na porodní asistentku v souvislosti s informacemi a doporučeními v této oblasti. Porodní asistentka je zdravotnický pracovník, který poskytuje zdravotní péči v porodní asistenci. To znamená, že zajišťuje nezbytný dohled, poskytuje péči a rady ženám během těhotenství, při porodu a v šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vede fyziologický porod a poskytuje péči novorozenci. Součástí této zdravotní péče je také péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022). Informantky z výzkumného souboru II v kvalitativním výzkumu před edukací se nejvíce obracely v souvislosti se získáváním informací v dané problematice zejména na gynekologa, kamarádky či kolegyně v zaměstnání. Ovšem v této souvislosti je nutné podotknout, že pohled žen na profesi a kompetence porodní asistentky po absolvování edukačního programu se změnil. Informantky z výzkumného souboru II pozměnily a aktualizovaly své předešlé tvrzení o tom, že porodní asistentka poskytuje péči pouze těhotným ženám, ženám při porodu, v šestinedělí a v rámci komunitní péče i novorozenci. Potěšily nás výsledky, ze kterých vyplynulo, že informantky začaly nahlížet na porodní asistentku jako na osobu, která poskytuje péči ženám ve všech jejích vývojových obdobích.

5.2 Změny a subjektivní symptomy u žen v klimakteriu

Klimakterium je životní etapa, kterou různým způsobem prožívá většina žen. Ženy čelí rozličným výzvám a v některých případech doprovází jejich životy závažné změny (Hoga et al., 2015). Prožívání zmiňovaného období bývá u žen odlišné (Utian a Woods,

2013). Ataei-Almanghadim et al. (2020) zastávají názor, že pokles až postupné zastavení produkce estrogenu způsobuje řadu symptomů, které mohou postihovat každou ženu jinak. Závažnost symptomů menopauzy může být podle Utian a Woods (2013) rozdílná i na základě etnického původu a geografie. Na podkladě výsledků literárního přehledu, který byl realizován Belešovou a Tóthovou (2022), lze konstatovat prokazatelnou platnost tvrzení odborných publikací, ve kterých je zmiňováno, že na vzniku, charakteru, prevalenci, intenzitě klimakterických symptomů u žen, dále na postojích žen ke zdraví a k problematice klimakteria (v přechodu z reprodukčního do postreprodukčního období) se podílí celá řada faktorů. Těmi nejvýznamnějšími jsou faktory biologické (hypoestrogenismus), genetické, mentální, faktory životního stylu, rodinné prostředí, mezilidské vztahy, zaměstnání a v neposlední řadě jsou to i etnické a kulturní vlivy (Belešová a Tóthová, 2022). Delamater a Santoro (2018) se také zmiňují o tom, že většina žen středního věku prožívá klimakterické symptomy, jako jsou návaly horka, noční pocení, potíže se spánkem, únava, problémy s pamětí, depresivní nálada a snížené libido. Lehman et al. (2017) a Brzezinski (2019) k tomu dodávají, že menopauza se u žen středního věku vyskytuje paralelně i s jinými psychosociálními změnami a z toho důvodu mohou být menopauzální symptomy výsledkem biologických, psychologických a osobnostních faktorů. Vzhledem k tomu, že se zlepšuje životní úroveň, roste dlouhověkost v současné populaci. Ženy tak prožijí 1/3 svého života v postmenopauze (Malik et al., 2018). Griffiths et al. (2016) zmiňují, že se rovněž zvyšuje počet žen, které jsou zaměstnané ve vyšším věku. Také autoři dalších studií Hardy et al. (2018) a Converso et al. (2019) deklarovali skutečnost, že klimakterické symptomy mohou více postihovat ženy, které jsou zařazené v pracovním procesu, oproti nezaměstnaným ženám, tudíž se na výskytu symptomů může podílet i vyšší pracovní vyčerpání, stres a vliv pracovního prostředí (Hardy et al., 2018; Converso et al., 2019).

Změny mohou zasahovat do oblasti fyziologické, psychologické i ekonomické. I když je menopauza považována za přirozený proces, může participovat na ovlivnění zdraví a kvality života žen. Obecně platí, že průměrný věk při přirozené menopauze je 51 let (Malik et al., 2018). Průměrný věk žen z výzkumného souboru I v kvantitativní části výzkumu při přirozené menopauze byl 48 let a celkem 246 (61,5 %) žen zmínilo pociťování subjektivních symptomů (Belešová a Tóthová, 2021). Dostál a Turková (2017) uvádějí u žen nástup symptomů při přechodu od reprodukční do postreprodukční

fáze přibližně ve věku 45,5 až 47,5 roku. Z výsledků souvisejících s výzkumným souborem I vyplývá nejvyšší procentuální zastoupení 129 (32,2 %) žen, jež označily věkové rozmezí 48-52 let, při kterém začaly pociťovat první nepříjemné klimakterické příznaky. Co se týká výsledků souvisejících s výzkumným souborem II v kvalitativním výzkumném šetření před realizací edukačního programu, lze zmínit převážně věkové rozmezí žen 47-52 let při prvních subjektivních příznacích klimakteria. Výjimečně informantky uváděly věk 40 let, kdy si začínaly uvědomovat prvotní projevy nástupu klimakteria (zvýšené pocení a občasné probouzení v noci).

V souvislosti se subjektivním prožíváním příznaků v rámci kvalitativního výzkumného šetření před realizací edukačního programu u výzkumného souboru II lze uvést jako konkrétní příznaky, které informantky sdělovaly - nepravidelnosti v menstruačním cyklu, návaly horka, změny nálady, větší nerozhodnost, bolesti hlavy, bolest velkých kloubů, zvýšenou palpitaci, nadměrné noční pocení, zhoršenou kvalitu spánku a s tím spojenou únavu. Dále informantky vyjadřovaly jako vnímané klimakterické potíže zvýšení tělesné hmotnosti, změnu postavy (zvětšení rozměrů zejména v oblasti pasu a břicha), zhoršení kognitivní funkce (výraznou ztrátu paměti). Můžeme konstatovat, že všechny zmiňované příznaky a obtíže ze strany informantek u výzkumného souboru II se vztahují k **Výzkumné otázce 1 – Jak vnímají ženy období klimakteria?**

Žádné změny v souvislosti s klimakteriem nevedly pouze informantky, které buď užívaly hormonální antikoncepci, nebo využívaly hormonální substituční léčbu či opakovaně měly dlouhodobě zavedené hormonální tělísko (Mirenu). Jednalo se o informantky Ž3, Ž4, Ž7, Ž10, Ž14 a Ž17.

Klimakterickými symptomy, jež udávaly ženy v našem výzkumném šetření, se zabývali i AlQuiaz et al. (2013) ze Saúdské Arábie v realizované studii u arabských žen. Porovnávali u nich symptomy, jako jsou problémy svalů a kloubů (83,3 %), fyzické a duševní vyčerpání (80,2 %), poruchy spánku (71,2 %), podráždění (71 %), psychické problémy (36,5 %). Počet žen ze Saúdské Arábie, které zmiňovaly návaly horka a noční pocení, byl srovnatelný i s počty žen z realizovaných výzkumů ze západních zemí (AlQuiaz et al., 2013). Pokud uskutečníme komparaci výsledků získaných od porodních asistentek pracujících v primární péči s odpověďmi informantek z výzkumného souboru II z kvalitativního výzkumného šetření, je nutné podotknout, že obtíže (návaly horka,

noční pocení, špatná kvalita vlasů a jejich nadměrné vypadávání, narušený spánek), na které si ženy v gynekologických ambulancích dle porodních asistentek stěžovaly, se shodovaly s výše uvedenými subjektivními příznaky žen. Dále porodní asistentky jednotlivě uváděly, totožně s informantkami z výzkumného souboru II, změny v psychice, střídání nálad, podrážděnost. S těmito kvalitativními výsledky lze i zmínit korelaci se statisticky potvrzenou **Hypotézou H1 - Život žen v klimakteriu více ovlivňují psychické symptomy než symptomy somatické.** Ženami vnímané a porodními asistentkami popisované symptomy nejsou zcela v rozporu ani s výsledky ze studie Vaccaro et al. (2021), kde výzkumníci zaznamenali u žen návaly horka (37,9 %), narušený spánek (37,7 %) a také změny nálady (32,7 %). Co se týká intenzity obtíží, tak ta se liší podle fáze klimakteria, na základě vnímání a postojů žen k tomuto období, podle socioekonomických a demografických vlivů a životního stylu. Určitou roli zastávají i stresové události v životě žen (Hunter a Smith, 2017; Lehman et al., 2017; Jalava-Bromana et al., 2020). Kromě toho porodní asistentky (oproti sdělení informantek z výzkumného souboru II), jako častou stížnost žen zaregistrovaných v jejich ambulancích, zmiňovaly sexuální diskomfort. Porodní asistentka PA2 v souvislosti s obtížemi žen jako jediná hovořila o inkontinenci moči. Golmakany et al. (2016) k výše zmíněnému zastávají názor, že hlavními problémy menopauzálního věku jsou fyzické, psychické, a sexuální problémy, včetně vasomotorických příznaků (návaly horka, noční pocení), vaginální suchost a dyspareunie, urogenitální atrofie, deprese, napětí, bolest hlavy, nespavost, nedostatek energie, zadržování tekutin, bolest zad, potíže s koncentrací, zmatenost a kognitivní pokles. Al-Musa et al. (2017) realizovali studii v Saúdské Arábii v roce 2016, ve které byla zaměřena pozornost zejména na to, jak demografické faktory, kultura, životní styl mohou u žen ovlivnit vnímání příznaků během menopauzy a také na to, jak dané symptomy působí na kvalitu života těchto žen. Z výsledků tohoto šetření je zřejmé, že 96,1 % žen si stěžovalo na postižení kloubů a svalů, podrážděnost uvedlo 94,7 % žen, úzkost 89,0 % žen, návaly horka a pocení zmínilo 80,7 % žen (Al-Musa, 2017). S výsledky studie Al-Musa et al. (2017) se ovšem neshodují výsledky z našeho kvantitativního výzkumu, neboť stanovená **Hypotéza H2 – Ženy vnímají zhoršenou kvalitu života více v oblasti sociálních vztahů oproti fyzickému zdraví,** byla statistickým testováním potvrzena.

Pokud budeme posuzovat změny a subjektivní příznaky u žen i po uplynutí třech měsíců po absolvování edukačního programu, je nutno poznamenat, že u informantek

Ž3, Ž4, Ž5, Ž7, Ž10, Ž14 a Ž17 nadále setrval stejný stav, to znamená beze změn a bez výskytu jakýkoliv symptomů, vzhledem k tomu, že ženy nadále měly pravidelný menstruační cyklus, užívaly hormonální antikoncepci, nebo využívaly hormonální substituční léčbu, či opakovaně měly dlouhodobě zavedené hormonální tělísko (Mirenu). Pozitivní zjištění pro nás bylo, když informantky Ž1 a Ž12 uváděly mírnější návaly horka i noční pocení. Naopak informantky Ž2, Ž6, Ž11 zmínily výraznější změny, a to návaly horka, noční pocení a v kontextu s tím si stěžovaly na častější buzení v noci a zvýšenou únavu během dne. Také další informantky velmi negativně posuzovaly návaly horka, noční pocení, zhoršenou kvalitu spánku, větší únavu, zhoršené kognitivní funkce.

5.3 Hodnocení kvality života a kvality zdraví žen v klimakteriu

Klimakterické symptomy, které se u žen objevují ve fázi přechodu z období reprodukčního do postreprodukčního, dokáží být nepříjemné a závažné a mohou se podílet na ovlivnění běžných denních aktivit žen (Resmi et al., 2020).

Uváděné změny a symptomy mají hlavní negativní odezvu na kvalitě života žen (Sorpreso et al., 2015). Kvalita života je obecně vnímána jednak jako široký, vícerozměrný koncept (včetně fyziologických, psychologických a psychosociálních faktorů) a také jako subjektivní zkušenost negativních i pozitivních aspektů života (Zagozdzon et al., 2011). Podpora zdraví a zajištění pocitu pohody má podíl v životě žen na zlepšení kvality života a přináší tím řadu výhod pro komunitu žen (Faraji et al., 2018).

Kvalitu života lze charakterizovat také jako subjektivní opatření, které odráží pohled ženy na její zdraví, spíše než jako objektivní hodnocení jeho složek. Kvalita života žen v klimakteriu představuje důležitý problém v oblasti veřejného zdraví a podílí se také na ovlivňování rolí, které ženy vykonávají, tudíž působí i na jejich rodiny a celou společnost (Żońnierczuk-Kieliszek et al., 2012).

Za účelem hodnocení kvality života bylo vyvinuto několik měřících nástrojů. Mezi nejznámější a poměrně často využívané nástroje, pomocí kterých může být hodnocena kvalita života žen, lze zahrnout WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF, který vychází z nástroje WHOQOL-100 (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

V rámci získávání dat od žen z výzkumného souboru I během kvantitativního výzkumu jsme využili standardizovaný nástroj WHOQOL-BREF (zkrácenou verzi nástroje WHOQOL-100) k hodnocení kvality života žen. Ženy z našeho výzkumu posuzovaly domény (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a na základě analýzy těchto domén lze konstatovat pozitivní hodnocení fyzického zdraví ženami oproti prostředí, které ženy posuzovaly jako nejhorší. Pokud měly ženy specifikovat kvalitu života z nabídky na Likertově škále jako velmi špatnou, špatnou, ani špatnou/ani dobrou, dobrou nebo velmi dobrou, tak 246 (61,7 %) žen posuzovalo kvalitu svého života jako dobrou.

Je nutné říci, že s hodnocením kvality zdraví žen v klimakteriu také úzce souvisí využití měřících nástrojů. Za účelem specifického hodnocení míry klimakterických potíží žen a jejich ovlivnění vzniklo mnoho měřících technik. V souvislosti se statistickým zpracováním je vhodné využívat pro výzkumné hodnocení léčebné modality srozumitelný a nejlépe číselně hodnotící dotazník (Fait, 2018). Na podkladě přehledové studie, která byla zaměřená na využívání měřících nástrojů v zahraničí a v České republice, realizované Belešovou a Tóthovou (2019), byly identifikovány měřící nástroje, zabývající se příznaky a změnami u žen v menopauze a přispívající k hodnocení a vyhodnocení míry problémů u žen (Belešová, 2021). Na základě analýzy zahraničních výzkumných studií lze potvrdit jako nejčastěji používané měřící nástroje: stupnici Green Climate Scale, Kuppermanův index, Menopause Rating Scale, The Menopauses-Specific Quality of Life Questionnaire, The Utian Quality of Life Scale a The Women's Health Questionnaire (Belešová a Tóthová, 2019). V této souvislosti musíme poznamenat, že na základě zmiňované souhrnné studie byl odhalen velký počet zahraničních studií, zabývajících se uplatněním hodnotících stupnic ve spojení s příznaky, změnami žen v menopauze, se zdravím žen a s úrovní jejich kvality života. Z toho vyplývá skutečnost, že v zahraničí je problematice využití měřících nástrojů u žen v období klimakteria věnována velká pozornost. Je nám líto, že v České republice o tuto oblast není proječován takový zájem jako v zahraničí. Je nezbytné uvést, že při analýze studií, publikovaných ve vědeckých databázích, byla nalezena pouze jedna česká studie. Byly získány informace o realizované studii v České republice, jejímž cílem bylo vytvořit českou verzi dotazníku Menopause Rating Scale (MRS) (Belešová a Tóthová, 2019). Tato zjištěná skutečnost nás také vedla k záměru realizovat výzkum zaměřený na ženy v klimakteriu a na využití měřících nástrojů v této oblasti.

V souvislosti s následujícím využitím měřicího nástroje, lze konstatovat naši výzkumnou studii, ve které jsme hodnotili kvalitu zdraví u žen pomocí standardizovaného nástroje The Women's Health Questionnaire. Na základě analýzy kvantitativních dat, kdy se ženy z výzkumného souboru I vyjadřovaly k jednotlivým dimenzím (depresivní nálada, somatické příznaky, paměť/soustředění, vasomotorické příznaky, úzkost/obavy, sexuální chování, problémy se spánkem, menstruační příznaky a přitažlivost/půvab), můžeme sdělit, že ženám nejvíce působily obtíže vasomotorické příznaky oproti úzkosti/obavám, které zatěžovaly ženy nejméně. V souvislosti s vyjádřením žen s celkovou spokojeností se zdravím, můžeme zmínit, že se svým zdravím bylo spokojeno 252 (63 %) žen. Na základě výsledků interpretovaných autory ze zahraniční studie je zřejmé, že frekvence a intenzita vasomotorických příznaků byla u zkoumaných žen přibližně v souladu s výsledky ze standardizovaného dotazníku MENQOL a s parametry spánku, a proto byla spojena se snížením pocitu návalů horkosti a zlepšením kvality života, specifické pro menopauzu. Toto zjištění může deklarovat skutečnost, že působení vasomotorických příznaků na kvalitu života je více ovlivněno intenzitou než frekvencí vasomotorických příznaků (Mirkin et al., 2019). Další výzkum prováděný u korejských žen prokázal, že nejčastěji prožívají ženy vasomotorické příznaky, jako jsou návaly horkosti (75,4 %), poté vaginální suchost (50,9 %), únava (50,3 %) a nespavost (47,6 %) (Kim et al., 2017). Na základě porovnání výsledků ostatních prováděných studií ve světě lze říci, že také zejména návaly horka a noční pocení mají hlavní negativní dopad na kvalitu zdraví žen (Gonçalves et al., 2016). Rovněž další uskutečněné zahraniční výzkumy potvrdily negativní vliv vasomotorických příznaků na kvalitu života, a to na rostoucí počet poruch spánku a nočního bdění, narušení sociálních vztahů, zhoršení nálady, snížení produktivity práce (de Zambotti et al., 2014). Ženy se středně těžkými až těžkými vasomotorickými příznaky častěji přiznávají zhoršenou kvalitu zdraví a je u nich i 2,8krát vyšší pravděpodobnost výskytu středně těžkých až těžkých depresivních příznaků než u žen s mírnými vasomotorickými příznaky (Worsley et al., 2017).

V oblasti hodnocení kvality života a kvality zdraví u žen v klimakteriu nelze opomenout skutečnost, že ani v kvalitativní části výzkumného šetření jsme nezískali žádnou informaci o tom, že by informantky z výzkumného souboru III využívaly k objektivizaci akutního klimakterického syndromu, ani k posouzení úrovně kvality života a kvality zdraví nějaký specifický standardizovaný nástroj. Porodní asistentky

neposkytovaly ženám k vyplnění žádný z výše zmiňovaných standardizovaných dotazníků, které jsme analyzovali v literárním přehledu, na základě kterého by vyhodnocovaly u žen kvalitu života a kvalitu zdraví. Pouze porodní asistentka PA5 se k této problematice vyjádřila konkrétněji a sdělila: „*Vím o tom, že jsou standardizovaný dotazníky přímo pro tyto ženy, už jsem to viděla, ale to my nemáme.*“ Na základě zjištěných dat lze zodpovědět **Výzkumnou otázku 3 - Jaké hodnotící nástroje využívají porodní asistentky v klinické praxi za účelem specifikace klimakterických symptomů u žen?** Porodní asistentky v klinické praxi nevyužívají žádný hodnotící nástroj pro určení změn u žen v klimakteriu a v souvislosti s tím ani pro posouzení kvality života a zdraví.

5.3.1 Komparace souvislostí v oblasti kvality života a kvality zdraví žen

Kromě kvality života a kvality zdraví žen jsme věnovali pozornost vzájemným souvislostem, vyplývajícím ze života žen v období premenopauzy, perimenopauzy a postmenopauzy. Zajímali jsme se o vzájemné vztahy mezi somatickými, vasomotorickými, psychickými příznaky, kvalitou zdraví žen, kvalitou života s věkem žen, rodinným stavem, bydlištěm (podle počtu obyvatel), vzděláním, frekvencí preventivních gynekologických prohlídek a amenoreou (Belešová, Tóthová a Nagórská, 2022). Bień et al. (2015) se také zabývali porovnáváním klimakterických příznaků v souvislosti se vzděláním respondentek, jejich bydlištěm, rodinným stavem a s kvalitou života. Zrealizovali výzkum, ve kterém provedli analýzu vlivu klimakterických příznaků a aktivit žen na kvalitu jejich života. Respondentky pociťovaly mírné až závažné klimakterické příznaky (Bień et al., 2015). Ženy se závažnými příznaky ve studii Bień et al. (2015) uváděly ve větší míře pocity vlastního selhání, ztráty mládí, krásy a přitažlivosti ve srovnání se ženami, které pociťovaly mírné či žádné klimakterické příznaky. Intenzita klimakterických příznaků výrazně ovlivňuje životy žen a jejich aktivity. Čím jsou klimakterické příznaky závažnější, tím je nižší kvalita života žen, o čemž svědčí například vnímání pocitu selhání, ztráty mládí, krásy a přitažlivosti (Bień et al., 2015). V průřezové studii v Indii v roce 2014 porovnávali pomocí měřicí škály Manopause rating scale (s modifikací pro potřeby kultury indických žen) vztahy mezi výskytem klimakterických příznaků a velikostí bydliště u 40 žen žijících ve městě a 40 žen žijících na venkově (u všech žen byl věk 40-60 let) (Devi et al., 2015). Na rozdíl od naší studie, byla v indické studii prokázána statistická významnost v porovnání symptomů (v pořadí a podle počtu somatické, psychické,

vasomotorické příznaky; genitourinární systém; změny sexuálního života) u městských žen s venkovskými ženami, kdy městské ženy vykazovaly mírnější příznaky (Devi et al., 2015).

Statistickým měřením jsme zjistili slabou souvislost věku s únavou žen, bolestí končetin a zad, mravenčením rukou, v chodidlech a s častějším močením. U častějšího močení byla identifikována nejvyšší míra vysvětlené variability a to 2,7 %. Lze tedy říci, se stoupajícím věkem žen, je častěji deklarována frekvence somatických příznaků. Co se týká souvislosti věku a psychických příznaků, jako je např. úzkost, test neprokázal žádnou souvislost. Pouze byla zaznamenána souvislost věku a náhlého propadnutí panice bez zjevného důvodu, kdy míra vysvětlené variability činila 1,1 %. Oproti tomu je zajímavý protiklad výsledků výzkumu v Minnesotě. U žen ve věku 50-70 let (n=932) zařazených do Minnesota Green Tea Trial studie autoři pozorovali u respondentek vyššího věku snížení závažnosti klimakterických příznaků, celkově (u standardizovaného dotazníku MENQOL) a v každé testované doméně. Ženy ve věku 50-54,9 let uváděly silnější noční pocení a celkově pocení než jiné věkové skupiny a stejně tak zmiňovaly i závažnější návaly horkosti než ženy starší 60 let; ženy ve věku 50-54,9 let popisovaly více příznaky související s negativní náladou (včetně úzkosti, nebo nervozity) než ženy starší 65 let; ženy starší 65 let uváděly nižší skóre i pro pocit únavy, nedostatku energie, potíží se spánkem, méně než mladší věkové skupiny. Co se týká močových příznaků, v souvislosti s věkem nebyly prokázány žádné vzájemné vztahy (Webster et al., 2018).

Vzhledem k tomu, že obezita je (vedle hypertenze, fyzické nečinnosti) považována za důležitý faktor, který by měl být analyzován u klimakterických žen, tak se může podílet na zhoršení charakteristických příznaků tohoto období a tím i na snížení kvality života (Blümel, 2015). Z tohoto důvodu nás zajímaly také vzájemné souvislosti indexu BMI a somatických a vasomotorických příznaků žen. Testování těchto vztahů ozřejmilo fakt, že únava, bolest končetin a zad, mravenčení v rukou, v chodidlech a častější močení s indexem BMI u žen v klimakteriu souvisí, tzn. frekvence výskytu zmiňovaných somatických příznaků se stoupající úrovní indexu BMI je častěji deklarována. Nejvyšší míra vysvětlené variability 6,7 % je zřejmá u bolesti končetin a zad. V Íránu u 233 ve věku 45-70 let byl realizován výzkum, při kterém byl zkoumán vztah mezi indexem BMI a somatickými, vasomotorickými i psychickými příznaky.

Z šetření vyplynulo zjevně více somatických a vasomotorických příznaků u 31,5 % obézních žen (Ghazanfarpour et al., 2013).

Co se týká dalšího statistického měření vztahů u výzkumného souboru I, byla prokázána souvislost vasomotorických příznaků návalů horkosti s věkem, se vzděláním a zaměstnáním. Přestože věk u žen v klimakteriu souvisí s vasomotorickými příznaky (Kim et. al., 2017), u našich respondentek byla naměřena nízká souvislost, míra měřitelné variability byla 1,5 %. Lze zmínit, v případě, že se vyskytuje souvislost, je kauzalita v tomto případě jasná, a to, nachází-li se ženy ve vyšším věku, tím častěji se u nich objevují vasomotorické příznaky (návaly horkosti a noční pocení). Nízká souvislost byla nalezena u vzdělání a vasomotorických příznaků (návalů horkosti a nočního pocení), míra vysvětlené variability byla od 1,5 % do 2,5 %. Přesto, v případě prokazatelnosti vztahů, je zde kauzalita opět zřetelná, čím mají ženy vyšší úroveň vzdělání, tím méně se u nich příznaky (návaly horkosti a noční pocení) vyskytují.

Lze se domnívat, ženy s vyšším vzděláním přistupují k problematice klimakteria odlišně a více zodpovědně na rozdíl od žen s nižším vzděláním. Zastáváme názor, že se o tuto oblast více zajímají a tudíž mají adekvátní informace o změnách a jejich příčinách, které v organismu ženy nastávají. Čím vyšší vzdělání ženy mají, přistupují k problematice klimakteria zodpovědně. Rovněž byla souvislost nočního pocení se zaměstnaností žen, míra vysvětlené variability byla 2,1 %.

Závažnost menopauzálních symptomů může být také určena osobními faktory. Četné studie naznačují, že jsou spojeny vlastnosti, jako je optimismus, sebevědomí a agrese s prostředky reakce a zvládnání menopauzálních symptomů, ať už vasomotorických, psychických (poruchy nálady, deprese) nebo psychosomatických (Hunter a Chilcot, 2013). V Polsku uskutečnili studii u 815 zdravých žen ve věku 45-60 let, ve které porovnávali biologické, sociodemografické a psychické proměnné, s cílem identifikovat faktory, které se podílí na kvalitě života premenopauzálních, perimenopauzálních i postmenopauzálních žen (Szkup et al., 2018). Výzkumníci zjistili predispozici k ovlivnění psychických symptomů (ve smyslu výskytu depresivních příznaků) v souvislosti s faktory, jako byly nižší úroveň vzdělání, svobodný rodinný stav, nezaměstnanost, úzkost a neurotická osobnost žen (Szkup et al., 2018). Ze statistického měření vztahů u výzkumného souboru I byla také prokázána souvislost psychických příznaků se vzděláním, rodinným stavem a zaměstnaností klimakterických

žen. Z naší studie vyplynula okrajová souvislost mezi úzkostí při odchodu z domu a vzděláním. Míra vysvětlené variability byla u tohoto znaku < 1 %; míra vysvětlené variability u vztahu mezi úzkostí při odchodu z domu a rodinným stavem byla 2 % a mezi úzkostí při odchodu z domu a zaměstnaností činila míra měřitelné variability 2,3 %.

Výzkum, který jsme realizovali, prokázal souvislost úrovně vzdělání žen a celkové spokojenosti s kvalitou zdraví žen v klimakteriu, míra vysvětlené variability byla 1,5 %. Zjistili jsme, čím vyšší úroveň vzdělání ženy uváděly, o to více byly s kvalitou zdraví spokojené. Při testování vztahu věku a celkové spokojenosti s kvalitou života jsme zjistili míru vysvětlené variability 2,0 % a u vztahu úrovně vzdělání a celkové spokojenosti s kvalitou života žen v klimakteriu jsme prokázali míru vysvětlené variability 3,8 %. Ve studii, realizované v Řecku u 1140 žen ve věku 45–65 let, si výzkumníci také stanovili za cíl zhodnotit, jak sociodemografické parametry a intenzita klimakterických symptomů ovlivňují kvalitu života (Giannouli et al., 2012). Giannouli et al. (2012) dokázali, že menopauza jako životní událost nemá žádný vliv na kvalitu života řeckých žen. Naopak přítomnost a intenzita klimakterických symptomů měly negativní dopad na všechny aspekty kvality života. Významným prediktorem kvality života byl rodinný stav a zaměstnanost. Vyšší celkové skóre kvality života bylo ovlivněno rodinným stavem (manželstvím) a zaměstnaností (dobrým finančním ohodnocením) žen a naopak výraznější klimakterické příznaky snižovaly kvalitu života žen (Giannouli et al., 2012).

5.4 Znalosti žen o možnostech léčby a využití různých způsobů léčby

V tomto okamžiku je významné zmínit skutečnost, že se symptomy žen, s kvalitou života a kvalitou zdraví, s hodnocením kvality života a kvality zdraví úzce souvisí i léčba a její využití k odstranění či zmírnění nepříjemných klimakterických obtíží. Léčba je samozřejmě závislá na diagnostice, na vyšetřeních a doporučeních, která představují součást preventivních opatření u žen v rámci pravidelné gynekologické prevence. Z našeho kvantitativního výzkumu je zřetelné, že 396 (99 %) žen z výzkumného souboru I si uvědomuje význam a důležitost gynekologické prevence a absolvuje preventivní gynekologická vyšetření. Lze konstatovat fakt, že větší skupina žen přistupuje ke gynekologické prevenci v podobě pravidelných návštěv u lékaře

zodpovědně. Stejně zodpovědně pravidelnou gynekologickou prevencí vnímaly i všechny informantky v kvalitativní části výzkumu z výzkumného souboru II.

V kontextu se znalostmi různých způsobů léčby lze uvést u výzkumného souboru I v kvantitativním výzkumu jako nejčastější zmínku o hormonální substituční léčbě. Ve studii Vaccaro et al. (2021) ze 74,6 % postmenopauzálních žen uvedlo 7,6 %, že se obrátilo na gynekologa v souvislosti s terapií klimakterických obtíží, a to konkrétně s žádostí o využití hormonální substituční léčby. Dále ženy z našeho výzkumného souboru I jmenovaly jako variantu ke snížení symptomů pohybovou aktivitu, změny stravovacích návyků, užívání fytoestrogenů, homeopatii, hormonální jógu, akupunkturu, akupresuru a abstinenci nikotinu a alkoholu. Překvapivé výsledky z této části kvantitativního výzkumu pro nás byly, že 90 (22,5 %) žen neznalo žádnou možnost léčby k odstranění či zmírnění klimakterických potíží.

Co náleží k léčbě nepříznivých potíží, lze říci, že k léčbě z výzkumného souboru I u kvantitativní části výzkumu přistupovalo pozitivně 118 (29,5 %) žen, 282 (70,5 %) žen neuplatnilo žádnou z variant léčby. Ze získaných výsledků je také zřejmé, že poměrně nízké procento žen využilo edukaci porodní asistentky v souvislosti s alternativními možnostmi v léčbě klimakterických symptomů. Zjištěná data pro nás byla překvapivá, neboť porodní asistentka by měla v tomto ohledu zastávat významnou roli a vést ženy k dodržování režimových opatření, jež by se mohla podílet na zmírnění obtíží vyvolaných estrogenním deficitem. Ženy se dále v oblasti léčby vyjadřovaly jednak k jednotlivým využívaným možnostem, jako byla hormonální substituční léčba, léčba fytoestrogeny, pohybová aktivita, homeopatie, hormonální jóga, akupunktura, akupresura, změna stravovacích návyků, abstinence nikotinu, abstinence alkoholu a ještě také sdělovaly spokojenost s danými způsoby léčby. Na základě zjištěných výsledků v oblasti alternativních možností léčby můžeme sdělit, že tuto léčbu využívalo a bylo s ní velmi spokojeno malé množství žen, a to pouze 3,2 % (13) žen. Co se týká výsledků, získaných v kvalitativní části výzkumu před realizací edukačního programu u výzkumného souboru II, je nutno podotknout, že žádná informantka nepřemýšlela o tom, že měla možnost oslovit porodní asistentku, která by ji edukovala v oblasti využití fytoestrogenů při potížích vycházejících z hormonální disbalance. Abdi et al. (2021) zastávají názor, že fytoestrogeny v různých formách (gel, vaginální krém, vaginální čípky, kapsle, extrakt, obohacená strava) jsou považovány za bezpečnou a nekomplikovanou metodu, která se může pozitivně podílet na zmírnění urogenitálních

potíží u žen, a jsou stejně účinné jako hormonální substituční terapie. Phytoestrogeny mohou kladně podpořit kvalitu života žen po menopauze (Abdi et al., 2021). Aplikací phytoestrogenů v léčbě klimakterických obtíží se zabývala i klinická studie autorů Tranche et al. (2016), uskutečněná u výběrového souboru 147 peri- a postmenopauzálních žen ve Španělsku. Cílem tohoto výzkumu bylo zhodnotit účinky sójového nápoje s vysokou koncentrací isoflavonů (ViveSoy) na klimakterické příznaky u žen. Autoři studie ozřejmili fakt, že pravidelná konzumace ViveSoy dokázala snížit klimakterické příznaky o 20,4 %, příznaky v urogenitální oblasti o 21,3 % a rovněž konzumace sójového nápoje zlepšila i kvalitu života žen související s jejich zdravím o 18,1 %. Účinky sójového lecitinu zkoumala v Japonsku randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná studie, realizovaná u 96 žen ve věku 40 až 60 let (Hirose et al., 2018). Výzkumníci Hirose et al. (2018) si určili za cíl prozkoumat vliv sójového lecitinu na únavu, další menopauzální příznaky a zdravotní problémy u žen středního věku. Ze závěru výzkumného šetření je zřetelné, že u skupiny žen, které přijímaly ve vysokých dávkách sójový lecitin (1 200 mg/den), byla zaznamenána zvýšená vitalita, menší únava, rovněž i snížená hodnota diastolického tlaku (Hirose et al., 2018). Co se týká využití ostatních možností v léčbě klimakterických obtíží, měla by být zmíněna skutečnost, že bylo vyhodnoceno vyšší procento žen výzkumného souboru I, které neupřednostňovalo další nabízené alternativní způsoby léčby z našeho nestandardizovaného dotazníku. Jednalo se o homeopatii, hormonální jógu, akupunkturu, akupresuru. Kromě uvedených možností způsobů léčby ke zmírnění obtíží vyvolaných estrogenním deficitem ženy rovněž v malém množství zmiňovaly uskutečnění změn ve stravovacích návycích, abstinenci nikotinu a alkoholu. Vedle toho na pohybovou aktivitu nahlížely ženy pozitivněji, v rámci využívaných alternativních způsobů ke zmírnění symptomů, a byly s touto variantou více spokojeny.

5.5 Edukace žen a osvěta

Na základě výsledků kvalitativní části výzkumného šetření u výzkumného souboru II před uskutečněním edukačního programu je nutné zmínit, že informantky nevyužívaly téměř vůbec edukaci porodní asistentkou, ani se k tématu edukace příliš nevyjadřovaly. Pouze malé množství žen zastávalo názor, že situace v edukaci klimakterických žen není příliš uspokojivá. Porodní asistentky se dle výpovědí informantek zaměřují zejména na edukaci žen ve smyslu samovyšetřování prsů, prevence rakoviny děložního čípku, těhotenství a péče o novorozence. Byla by vhodná

změna stanoviska žen ohledně významu edukace, neboť Gambacciani et al. (2019) zdůvodňují, že je potřebné a zásadní definovat klimakterické příznaky nejen pro zvýraznění jejich celkového dopadu na zdraví žen, ale také pro snadnější identifikaci žen s vyšším rizikem pro dlouhodobé následky klimakteria (Gambacciani et al., 2019).

Na základě analýzy dat, získaných v kvantitativním výzkumu u výzkumného souboru I, 207 (51,8 %) respondentek nevědělo, zda by se zajímalo o edukaci u porodní asistentky v souvislosti s životním stylem a 37 (9,2 %) žen o edukaci v oblasti zdravého životního stylu neprojevovalo zájem. Ženy z výzkumného souboru II se před realizací výzkumného šetření příliš nezajímaly o edukaci v kontextu s režimovým opatřením (zmírňujícím nepříznivé klimakterické symptomy), kterou může nabízet a poskytovat porodní asistentka. Nelze tedy popřít skutečnost, že se informantky o problematiku klimakteria nezajímaly, nepodstoupily žádnou edukaci a nevyhledávaly prozatím vůbec žádné informace ani odborné intervence. Podle získaných dat ostatních výzkumníků je zřejmé, že většina žen si neuvědomuje důležitost včasného rozpoznání a ovlivnění příznaků klimakteria. Některé z poruch, jako jsou např. výkyvy nálady, mastodynie, svědění pochvy a přibývání na tělesné hmotnosti (jsou obvykle méně časté, než návaly horka), bývají spojovány s negativním pohledem žen na menopauzu více než na ostatní symptomy (Jane a Davis, 2014). Ovšem vedle nezájmu o informace, tak většina informantek našeho kvalitativního šetření zastávala názor, že osvěta v oblasti klimakteria je nedostatečná a příliš se o daném tématu nehovoří. Toto zjištění nevyznívá příliš optimisticky, i přesto, že je porodní asistence specifická oblast, zahrnující edukaci, jak zdravých žen v rámci reprodukčního zdraví, porodu, po porodu, tak žen hospitalizovaných na gynekologických ošetrovacích jednotkách s různým typem onemocnění nebo žen v gynekologických ambulancích v období klimakteria (o prevenci inkontinence, prevenci dalších onemocnění a o zvládání klimakterických obtíží) (Dušová et al., 2019b). S tímto tvrzením byly v rozporu názory informantek, které si uvědomovaly a sdělovaly pouze edukaci žen porodní asistentkou o období těhotenství, šestinedělí, v péči o novorozence. Ženy uváděly, že tyto edukace probíhají v rámci prenatálních poraden či předporodních kurzů. Některé informantky by například uvítaly možnost získat informace z informačních letáků nebo edukačních brožur, které by mohly mít k dispozici v čekárnách u gynekologických ambulancí. Falkingham et al. (2021) v jejich studii zdůraznili fakta, že menopauza je složitý fyziologický proces, doprovázený často dalšími vlivy, jako jsou změny sociálních rolí. Adekvátní

porozumění období menopauzálního přechodu, jeho příznakům a biosociálním atributům, by se mohlo podílet na podpoře lepšího povědomí a znalostí žen středního věku, což by umožňovalo včasnou identifikaci a terapii symptomů menopauzy (Falkingham et al., 2021). Jsou uváděné i další zahraniční studie, které také zmiňují nedostatečný zájem a negativní postoj žen k menopauze a zdůrazňují v této souvislosti význam pozitivního přístupu žen k dané oblasti (Batoool et al., 2017; Orabi et al., 2017; Pathak et al., 2017). Yazdkhasti et al. (2015) potvrzují ještě důležitost výchovy ke zdraví, jako jeden z mnoha způsobů, kterými lze dosáhnout zlepšení znalostí žen a postojů k menopauze. Také Gebretatyos et al. (2020) kladou důraz na zvyšování povědomí žen o problematice klimakteria, na zlepšení jejich vztahu k danému tématu, na pozitivní zdravotní chování a zdravotní návyky, neboť toto nakonec může vést ke zlepšení kvality života žen. Ženy ve středním věku prochází určitou kritickou životní fází, kterou doprovází řada fyziologických i psychosociálních změn, jež vyžadují optimalizovat zdraví a prospívání žen (Harlow a Derby, 2015). Oproti tomu Leone (2019) zastává názor, že i přesto se celkovému zdravotnímu stavu a optimální kvalitě života žen středního věku věnuje relativně malá pozornost, zejména v zemích s nižšími i středními příjmy.

Všechny ženy, které byly součástí výzkumného souboru II, se shodly na tom, že je edukace na téma klimakteria důležitá a projevíly zájem o plánovaný a navrhovaný intervenční program, zaměřený na symptomy, diagnostiku, terapii a využití režimových opatření ke zmírnění klimakterických obtíží. Lambrinouadaki et al. (2022) ve své studii uvádějí způsob péče Evropské společnosti pro menopauzu a andropauzu (EMAS), která poskytuje aktualizovaný způsob sledování, vedení a edukace žen ve středním věku se zaměřením zejména na ženy, které se nachází na konci své reprodukční životní fáze, procházejí přechodem menopauzy do stáří. Manuál péče je tvořen odborníky zabývajícími se zdravím žen a podporuje individuální přístup, stratifikovaný podle potřeb, symptomů a reprodukčního stádia žen. Kromě toho se zabývá i podrobnostmi o screeningu chronických onemocnění souvisejících s menopauzou a stárnutím (Lambrinouadaki et al., 2022). Možnosti terapie klimakterických příznaků sahají od hormonální substituční terapie po nehormonální alternativní léčbu a úpravy životního stylu. Tato péče si klade za cíl nabídnout holistický, vyvážený přístup k monitorování žen středního věku s cílem efektivně kontrolovat zdravotní problémy a zajistit ženám zdravé stárnutí (Lambrinouadaki et al.,

2022). Namazi et al. (2019) v jejich přehledové studii zkoumali sociální determinanty zdraví v období klimakteria u žen a potřebu vzdělávání žen v této oblasti. Ze studií publikovaných ve světových databázích, které analyzovali Namazi et al. (2019), je zřetelné, že je kladen důraz na potřebu vzdělávání a poradenství za zlepšení postojů žen a jejich okolí směrem ke klimakteriu, zlepšení emocí a plánování zlepšení životního stylu.

Na základě získaných výsledků z kvalitativní části výzkumného šetření u výzkumného souboru II, můžeme konstatovat, že všechny ženy hodnotily edukační program jako přínosný a zároveň jako příjemnou zkušenost v poměrně nepříznivém období protiepidemických opatření v souvislosti s pandemií COVID-19. Informantky nabyly pod vlivem edukace přesvědčení, že je pro ženy důležité, aby získávaly informace ohledně problematiky klimakteria ještě dříve před tím, než u nich nastanou změny hormonálních hladin a spolu s tím se začnou objevovat klimakterické příznaky. Informantky také zdůrazňovaly, že je pro ženy prospěšné, pokud disponují znalostmi o dané problematice ještě před nástupem klimakterického období, neboť tak se mohou lépe na přicházející změny lépe připravit.

5.6 Životní styl a režimová opatření

Jak již bylo několikrát zmíněno, s edukací úzce souvisí režimová opatření včetně životního stylu. Jsou to významné atributy, které mohou do jisté míry mít vliv na to, jak budou ženy klimakterium prožívat a jaká bude jejich kvalita života i kvalita zdraví. V této souvislosti byla testována stanovená **Hypotéza 3 - Ženy s vyšším vzděláním dodržují více navrhovaná režimová opatření oproti ženám s nižším vzděláním**. Tato hypotéza byla na základě statistického testování potvrzena. Vedle toho **Hypotéza 4 – Ženy s vyšším vzděláním oslovují porodní asistentku v souvislosti s režimovými opatřeními oproti ženám s nižším vzděláním**, byla statistickým testováním vyvrácena. Kouření nikotinových produktů, konzumace alkoholu, nedostatek pohybové aktivity, významné a závažné problémy zdravotnické ale i celospolečenské, jak v České republice, tak i ve světě lze označit za jednu z nejrizikovějších faktorů životního stylu (Belešová, 2021). Na základě těchto faktů jsme ve výzkumu zaměřili naši pozornost i na vybrané aspekty životního stylu žen. Na podkladu získaných výsledků lze uvést, že ženy se příliš nezabývaly životním stylem, a v souvislosti s tím ani potřebnými změnami v zásadách životního stylu pro zlepšení

kvality života a kvality zdraví v klimakteriu. Z kvantitativního výzkumu u výzkumného souboru I je zřetelné, že 90 (22,5 %) žen uskutečnilo ve svém životním stylu změny, u 243 (60,8 %) k žádným změnám v souvislosti s objevením se klimakterických příznaků nedošlo a 67 (16,8 %) žen si neuvědomovalo, že by v dodržování zásad svého životního stylu cokoliv pozměnilo (Belešová a Tóthová, 2020). Kastnerová (2012) považuje zdravý životní styl za základ zdraví ženy. K hlavním aspektům, které mají význam pro udržení zdraví a pohody, je přiřazována výživa, pohybová aktivita, denní režim, relaxace, stres, nikotin, alkohol a návykové látky (Kastnerová, 2012). Fait (2013) kromě toho zmiňuje a doplňuje o doporučení International Menopause Society, ve kterém se hovoří o zdravém životním stylu jako o základu péče o ženu v klimakteriu, v němž by měla být zahrnuta nejen snaha o zdravé stravování, pitný režim, o přiměřenou pohybovou aktivitu, o minimalizaci návykových látek (nikotin, alkohol, drogy) a škodlivin, ale též i snaha o udržení duševního zdraví. Jedním ze sledovaných hledisek životního stylu u výzkumného souboru I bylo kouření nikotinových produktů. Z naší statistické analýzy dat vyplynulo, že 81 (20,2 %) žen se označilo za pravidelné kuřačky nikotinových produktů, vedle toho 235 (58,8 %) žen nikdy nekouřilo, příležitostných kuřaček bylo 31 (7,8 %) žen a respondentek, které kouřily dříve, bylo 53 (13,2 %) (Belešová a Tóthová, 2020). Csémy et al. (2019) uvádějí, že užívání tabáku i alkoholu je podle informací Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislým chováním v letech 2019-2027 jednou z hlavních příčin morbidit a mortality. Vzhledem k tomu, že klimakterické potíže lze ovlivnit či zmírnit pomocí režimových opatření, jsme se ve výzkumu také zabývali komparací vzájemných souvislostí somatických, vasomotorických příznaků žen s vybranými aspekty životního stylu, s kouřením, konzumací alkoholu a pohybovou aktivitou. Při měření souvislostí kouření nikotinových produktů se somatickými příznaky žen v klimakteriu byla prokázána souvislost, a to, ženy, které kouřily pravidelně, deklarovaly o něco málo vyšší míru únavy oproti ženám, které nekouřily. V souvislosti závislosti člověka na nikotinu se Kastnerová (2012) zmiňuje o tom, že v Evropě i v České republice je kouření příčinou každého pátého úmrtí zejména na kardiovaskulární onemocnění, kromě toho podmiňuje kouření vznik téměř třetiny onkologických onemocnění a způsobuje přes 80 % výskyt plicních chorob u populace obecně.

V oblasti životního stylu jsme také zjišťovali, zda respondentky z výzkumného souboru I konzumují alkohol a jaká je u nich frekvence v požití alkoholu v průběhu 30 dní.

V rozmezí 30 dní konzumovalo alkohol 273 (68,2 %) žen a denní konzumace alkoholu byla zjištěna u 8 (2 %) žen (Belešová a Tóthová, 2021). Výsledná data vypovídající o denním požití alkoholu u žen jsou pozitivnější oproti výsledkům studie Csémy et al. (2019), ze kterých je zřetelná pravidelná konzumace alkoholu (tj. pití alkoholu denně nebo obden) u 16,7 % dotázaných respondentů (z toho u 8,1 % žen). Při testování konzumace alkoholu se somatickými příznaky, byla u žen v klimakteriu prokazatelná vzájemná souvislost u bolesti zad, bolesti rukou a nohou.

Vzhledem k tomu, že i Hudáková (2018) zdůrazňuje pozitivní vliv pohybové aktivity (zejména pravidelné fyzické aktivity) na kvalitu života ženy, proto dalším zkoumaným aspektem životního stylu byla pohybová aktivita, které jsme věnovali pozornost u výzkumného souboru I. Z analýzy dat v oblasti pohybové aktivity u cílové skupiny žen bylo prokázáno, že 283 (70,8 %) žen uvádělo vykonávání pohybové aktivity, oproti tomu 117 (29,2 %) žen žádnou pohybovou aktivitu nevykazovalo (Belešová, 2021). Vedle toho pohybovou aktivitu Hudáková (2018) popisuje jako neoddelitelnou součást života, která podporuje pozitivní emoce, je prostředkem relaxace a základem nezávislosti. Dále Hudáková (2018) nahlíží na pohybovou aktivitu jako na faktor, který zvyšuje schopnost duševního i fyzického uvolnění a také ovlivňuje sebeúctu a celkový vzhled ženy. Csete (2016) spatřuje působení pohybové aktivity na organismus ženy také v tom, že se zlepšuje metabolická rovnováha jejího organismu, zlepšuje se kvalita života a současně častá fyzická aktivita zpomaluje vznik osteoporózy, snižuje hladinu cukru v krvi, snižuje výskyt úzkosti a deprese, a tím zlepšuje psychickou výkonnost ženy. Při bližší specifikaci druhu pohybové aktivity a její frekvence zmínilo nejvíce žen - 119 (29,8 %) chůzi denně. Fait (2018) zastává názor, že v léčbě akutního klimakterického syndromu je nejúčinnějším alternativním postupem (kolem 70 %) zvýšená pohybová aktivita, kdy za dostatečnou aktivitu lze považovat cvičení či rychlou chůzi nejméně 3krát týdně po dobu 30 minut. Csete (2016) i Fait (2018) spatřují význam pohybové aktivity i pro udržení kostní hmoty v organismu ženy. Také se pohybová aktivita podílí na zachování optimální tělesné hmotnosti u ženy, rovněž při aktivním pohybu dochází k uvolnění endorfinů, uplatňujících se při zlepšení psychického stavu ženy (Fait, 2018). Co se týká komparace pohybové aktivity se somatickými symptomy, byla nalezena souvislost mezi vykonáváním pohybové aktivity a deklarovanou častější potřebou močení a rovněž bolestmi zad a končetin. Zde se jednalo spíše o ženy, které nevykonávaly žádnou pohybovou aktivitu. Hudáková (2018)

zdůrazňuje pozitivní vliv pohybové aktivity (zejména pravidelné fyzické aktivity) na kvalitu života ženy. Juklová et al. (2015) vnímají pohybovou aktivitu jako činnost odrážející se zejména v tom, že sleduje a směřuje ke zdraví konkrétního jedince, tvoří složku jeho životního stylu a je v integraci s prožitkem člověka. V oblasti komparace vybraných aspektů životního stylu s vasomotorickými symptomy nebyly prokázány žádné vzájemné souvislosti.

Problematiku režimových opatření, životního stylu jsme rozpoznávali i v kvalitativním výzkumném šetření u výzkumného souboru II před i po realizaci edukačního programu. Položili jsme si **Výzkumnou otázku 2 – Jaké intervence využívají ženy ke zmírnění obtíží?** V této souvislosti některé informantky před absolvováním edukačního programu v oblasti režimových opatření zmiňovaly, že by preferovaly variantu alternativní léčby před hormonální substituční léčbou, nebo by se pokusily změnit svůj dosavadní životní styl. Z výzkumného šetření také vyplynulo, že menší část informantek, která ještě neřešila žádné intervence v souvislosti s mírněním obtíží, se nad touto problematikou zamyslela. Ženy se vyjadřovaly k tomu, jaký postoj by zaujaly ke zmírnění klimakterických obtíží v souvislosti s režimovým opatřením. Informantky by např. nejdříve změnilly životní styl (využití pohybové aktivity a bylinných čajů). Dále by přijímaly doporučený doplněk stravy, zajímaly by se o informace na internetu. Pokud by se nedostavily žádné výsledky, pak by oslovily gynekologa. Vedle toho další informantky by se inspirovaly vzorem své matky nebo své kamarádky. Nechaly by si předepsat od gynekologa hormonální substituční léčbu: „*Na změnu životního stylu, na nějaká režimová opatření, na to jsem ani nepomyslela,*“ uvedla informantka Ž15 (Belešová a Tóthová, 2023). V souvislosti s výsledky získanými v kvalitativní části výzkumného šetření u výzkumného souboru II po účasti na edukačním programu je nutno podotknout, že názory žen byly podpořeny informacemi, které ženy získaly při participaci na edukačním programu. Potěšující pro nás bylo zjištění, že byly informantky, které se na základě účasti na intervenčním programu a získaných znalostí rozhodly učinit určité změny ve svém životním stylu a realizovat některá z doporučených režimových opatření. Například ženy upravily svou stravu, jedly více zeleniny, potravin obsahujících fytoestrogeny a vícezrné pečivo. Také do svého denního režimu zařadily více pohybu (chůzi, jógu, jízdu na kole). Informantky, které ještě nevnímaly žádné obtíže, by v případě výskytu klimakterických symptomů využily získané informace z edukace ohledně zdravého životního stylu. Pokusily by se

provozovat jógu, užívat přírodní přípravky, obohatily by svůj jídelníček o potraviny obsahující fytoestrogeny. Konkrétně informantka Ž3 k tomuto dodala, že by jako poslední variantu ke zmírnění nepříjemných potíží volila hormonální substituční léčbu. Ženy dále jednotlivě zmiňovaly možnosti jako využití informací od lékařky a od porodní asistentky v gynekologické ambulanci nebo by se inspirovaly informacemi, které by získaly z internetu, či by ke zmírnění potíží volily před spaním požití bylinných čajů (třezalku, meduňku). Metyš (2020) nahlíží na kombinaci ploštičnicku hroznatého a třezalky jako na přírodní, optimální a bezpečnou alternativu, účinnou nejen proti pocení a návalům horka, ale také proti depresivním náladám, poruchám spánku, které se u žen v klimakteriu vyskytují a podílí se na snížení jejich kvality života.

S oblastí režimových opatření a životního stylu úzce souvisí výsledky, kterých jsme dosáhli v kvalitativním výzkumném šetření u výzkumného souboru III. Porodní asistentky zmiňovaly, jak v rámci poskytované primární péče ženám využívají svých kompetencí v oblasti edukace o režimových opatřeních a zásadách zdravého životního stylu s cílem zmírnit u žen důsledky klimakterických změn. Ze získaných dat vyplývá, že porodní asistentky vedly ženy k dodržování zásad zdravého životního stylu, zejména se jejich rady ženám týkaly stravování, přípravy jídel, udržování optimální tělesné hmotnosti a využívání pohybové aktivity. Dále se informantky z výzkumného souboru III vyjadřovaly jednotlivě, například o návrhu ženám podrobit se preventivně vyšetření na densitometrii v rámci prevence osteoporózy. Brunerová (2020) zastává názor, že osteoporóza patří mezi nejčastěji se vyskytující metabolická kostní onemocnění, jehož prevalence stoupá s věkem žen a zvyšuje riziko vzniku fraktur. Slíva (2020) uvádí, že osteoporóza patří k jedné z nejvýznamnějších příčin morbidit a mortality u žen v postmenopauze, u každé šesté ženy ve věku nad 50 let se osteoporóza vyskytuje. Informantka PA5 mimo jiné ženám zdůrazňovala: „...*hodně těch produktů obsahuje vitamín K, D, což je taky důležitý na kosti, že dochází v klimakteriu k řídnutí kostí...*“ S doporučením porodní asistentky PA5 koresponduje i tvrzení Brunerové (2020), že základ léčby osteoporózy představuje kromě režimových opatření, také v první linii užívání antiosteoporotik a substituce vitamínu D a vápníku. Pravidelně užívaná léčba snižuje riziko fraktur až o polovinu (Brunerová, 2020). Slíva (2020) k této problematice dodává, že cílená suplementace vitamínem K, může výrazně pomoci ke zpomalení ztráty kostní hmoty a to s sebou nese i nižší riziko vzniku osteoporotických zlomenin u žen. Porodní asistentka také v rámci režimových opatření ženám poskytuje informační

brožury v souvislosti s únikem moči a zdůrazňuje cvičení, zaměřené na posilování svalů pánevního dna. Dostál a Turková (2017) zmiňují, že ženy mohou udávat častěji nucení na močení (je větší dispozice k močové infekci), dále problémy s udržení moči, neboť zkracování ureteru v důsledku menopauzálních atrofických změn může vést až ke stresové močové inkontinenci. Kromě výše uvedených intervencí, v oblasti edukace a režimových opatření, informantky výzkumného souboru III se jednotlivě vyjadřovaly k problematice užívání fytoestrogenů. Bělehradová a Hodická (2012) sdělují, že fytoestrogeny (látky obsažené v rostlinách, chemickým složením se přibližují molekule estrogenu, to umožňuje vazbu na estrogenové receptory v různých tkáních organismu) se uplatňují zejména při mírnění potíží žen v perimenopauze a v menopauze. Porodní asistentky se ještě snažily vést ženy k tomu, aby o svých potížích a přítomných změnách v jejich stavu hovořily i s partnerem, aby jim porozuměl a lépe se orientoval i v příčinách náhlých změn nálady u ženy. Informantka PA3 zastávala názor, že ženy ve věku 50 let mají v současné době dostatečné množství informací, které získávají na internetu nebo z knih. Vedle toho se domnívala, že v čekárnách u gynekologických ambulancí, nedisponují dostatečně s informačními letáky či brožurami s problematikou klimakteria. Porodní asistentka PA3 ještě informovala, že směřuje ženy k tomu, aby si uvědomovaly priority v jejich životě a věnovaly více času samy sobě. Co se týká zpětné vazby od žen, tu získávají některé porodní asistentky v podobě dodržování doporučených režimových opatření ze strany žen a také ve formě sdělení, zda jsou ženy s opatřením spokojené, či nikoliv.

5.7 Limity výzkumu

Předkládaný výzkum v disertační práci věnoval pozornost ženám v období klimakteria a využití měřících nástrojů k hodnocení kvality života a kvality zdraví. V této souvislosti je nutné poznamenat, že při podrobné analýze odborných publikací jsme zaregistrovali pouze jednu studii, která byla realizována v České republice s cílem vytvořit českou verzi dotazníku Menopauze Rating Scale (MRS). Zmiňovaná studie byla také zaměřena na ženy žijící ve stejných kulturních i etnických podmínkách, jako ženy z našich výzkumných souborů. Žádné další obdobné studie jsme nezaznamenali. V tomto ohledu spatřujeme určité omezení našeho výzkumu. Vzhledem k této skutečnosti nebylo možné zejména v kapitole Diskuze konfrontovat výsledky našeho výzkumu s poznatky a výsledky dalších studií, které by byly realizované u žen žijících

v podobných podmínkách, jako žily ženy z našeho výzkumu, to znamená v České republice.

6 ZÁVĚR

Disertační práce se zaměřila na specifické období v životě ženy, na období klimakteria. Cílem práce bylo zmapovat a zhodnotit (za využití měřicích nástrojů) kvalitu života, kvalitu zdraví u žen v klimakteriu a také analyzovat symptomy a změny v souvislosti s vyhasínající funkcí ovarií, v kontextu s estrogenním deficitem při přechodu z reprodukční do postreprodukční fáze v životě ženy. Lze konstatovat, že stanovený cíl práce byl naplněn.

Teoretická část práce byla zpracována tak, aby poukázala na vědecké poznatky, které korespondují s problematikou klimakteria u žen, včetně kvality života a kvality zdraví. V souvislosti s teoretickými východisky a s širokým obsahem zkoumané oblasti byla zahájena výzkumná část kvantitativním výzkumem. Stanovené hypotézy byly verifikovány statistickým testováním. **Hypotéza 1** očekávala vliv psychických symptomů na život žen. Tato hypotéza byla na základě posuzování statisticky významných souvislostí jednotlivých dimenzí potvrzena. **Hypotéza 2** předpokládala vnímanou zhoršenou kvalitu života ženami v oblasti sociálních vztahů. Tato hypotéza byla rovněž potvrzena na základě porovnání statisticky významných souvislostí jednotlivých položek. **Hypotéza 3** očekávala u vysokoškolsky vzdělaných žen dodržování navrhovaných režimových opatření a byla posouzením statisticky významných souvislostí také potvrzena. Stanovením **Hypotézy 4** jsme čekali od žen s vysokoškolským vzděláním oslovení porodní asistentky v souvislosti s navržením režimových opatření ke zmírnění klimakterických potíží. U této hypotézy nebyly prokázány žádné statisticky významné souvislosti, tudíž tato hypotéza byla vyvrácena.

Prezentovaný výzkum při hodnocení kvality vlastního života u velké většiny žen potvrdil kvalitu života jako dobrou, stejně tak i majoritní počet žen uvedl spokojenost s vlastním zdravím. Dále je z odhalených výsledků výzkumu zřejmé, že při vyhodnocení standardizovaného nástroje WHQ deklarujícího zdraví žen, pociťují ženy nejméně úzkost/obavy, vedle toho se u nich nejčastěji vyskytují vasomotorické příznaky. S těmito výsledky jsou v kontextu i získaná data od informantek z výkumného souboru II a III v kvalitativní části výzkumného šetření. Nejčastěji si ženy v rozhovorech stěžovaly na návaly horkosti, noční pocení, narušený spánek. Stejně tak i porodní asistentky působící v primární péči zmiňovaly, že ženy, které dochází do gynekologické ambulance, v největší míře obtěžují vasomotorické symptomy. V této

souvislosti by mělo být zmíněno, že porodní asistentky, pečující o ženy v období klimakteria, nevyužívají k objektivizaci ani k hodnocení symptomů a změn u žen v klimakteriu žádné hodnotící nástroje.

Naším záměrem v rámci kvalitativního výzkumu rovněž byla snaha zkvalitnit a podpořit znalosti a získání pozitivních postojů u žen k problematice klimakteria. V této souvislosti byl připraven a prezentován edukační program. Je významné v kontextu s dosaženými výsledky, dokládajícími důležitost v provádění změn v životním stylu, vyzdvihnout význam edukace se zaměřením na zdravý životní styl a na jeho vliv na kvalitu života a kvalitu zdraví žen. Na základě zmiňovaného argumentu vnímáme jako podstatné informovat ženy ještě před nástupem menopauzy o problematice symptomů, změn, které se mohou u žen vyskytovat v souvislosti s následným estrogenním deficitem. Stěžejní roli by v této oblasti měly zastávat porodní asistentky v rámci svých kompetencí, s cílem poskytovat holistickou, kvalitní i efektivní péči ženám.

V této souvislosti je nutné zmínit fakt, že i když na období klimakteria větší část naší společnosti nahlíží jako na zcela přirozenou součást ženského života, je podstatné, abychom pomáhali ženám v tomto obtížném životním období vyrovnat se s ním a prožívat jej ve zdraví a kvalitně.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABDELRAHMAN, R. et al., 2014. Predictors of psychological well-being and stress among Jordanian menopausal women. *Quality of Life Research*. 23(1), 167-3, doi: 10.1007/s11136-013-0464-z

ABDI, F., RAHNEMAEI, F., A., ROOZBEH, N., PAKZAD, R., 2021. Impact of phytoestrogens on treatment of urogenital menopause symptoms: A systematic review of randomized clinical trials. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 261, 222-35, doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.03.039.

ABDULAH, B. et al., 2017. Prevalence of menopausal symptoms, its effect on quality of life among Malaysian women and their treatment seeking behaviour. *Med J Malaysia*. 72(2), 94-8.

AL-MUSA, H. et al., 2017. The prevalence of symptoms experienced during menopause, influence of socio-demographic variables on symptoms and quality of life among women at Abha Saudi Arabia. *Biomed Res*. 28(4), 2587-95. ISSN 0970-938X.

ALQUAIZ, A., M. et al., 2013. Assessment of symptoms of menopause and their severity among Saudi women in Riyadh. *Annals of Saudi Medicine*. 33(1), 63-7, doi: 10.5144/0256-4947.2013.63.

AMBIKAI RAJAH, A., WALSH, E., TABATABAEI-JAFARI, H., CHERBUIN, N., 2019. Fat mass changes during menopause: a metaanalysis. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 221(5), 393-409, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.04.023>.

ANJALY, N., VISWANATH, L., ANJU, P., T., 2014. Assess the knowledge on menopausal self-care among perimenopausal women. *J South Asian Fed Menopause Soc*. 2(2), 55-8, http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=7022&Type=FREE&TYP=TOP&IN=_eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=527&isPDF=YES

ATAEI-ALMANGHADIM, K., FARSHBAF-KHALILI, A., OSTADRAHIMI, A., R., SHASEB, E., MIRGHAFORVAND, M., 2020. The effect of oral capsule of curcumin and vitamin E on the hot flashes and anxiety in postmenopausal women: A triple blind randomised controlled trial. *Complement Ther Med*. 48, 102267, doi: 10.1016/j.ctim.2019.102267.

- BALCAR, K., 2005. Životní smysl a kvalita života. In: PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, s. 253-261. ISBN 80-7254-657-0.
- BAŠKOVÁ, M., 2008. Sexuálne potreby. In: TOMAGOVÁ, M. *Potreby v ošetrovateľ'stve*. Martin: Osveta, s. 101-7. ISBN 978-80-8063-270-0.
- BĚLEHRADOVÁ, I., HODICKÁ, Z., 2012. Využití fytoestrogenů v gynekologii. *Prakt Gyn.* 16(1), 13-5. ISSN 1803-6597.
- BELEŠOVÁ, R., TÓTHOVÁ, V., 2019. Use of evaluation tools to evaluate symptoms and changes in climacteric women in the Czech Republic and abroad. *Cent Eur J Nurs Midw.* 10(4), 1143-54, doi: 10.15452/CEJNM.2019.100026.
- BELEŠOVÁ, R., TÓTHOVÁ, V., 2021. Kvalita života ženy v období přechodu od reprodukční do postreprodukční fáze života. *Zdravotnické listy.* 9(2), 56-2. ISSN 1339-3022.
- BELEŠOVÁ, R., 2021. Využití měřících nástrojů u žen v období klimakteria. In: TÓTHOVÁ, V., HELLEROVÁ, V. (eds). *Využití měřících nástrojů v ošetrovatelství*. Praha: NLN, s.r.o., 136-166. ISBN 978-80-7422-817-9.
- BELEŠOVÁ, R., TÓTHOVÁ, V., 2022. The influence of ethnicity on symptoms of post-reproductive women. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation.* 1-2, 7-16.
- BELEŠOVÁ, R., TÓTHOVÁ, V., NAGÓRSKA, M., 2022. Factors affecting the quality of life and health status of Czech women during the transition from reproductive to post-reproductive life. *Kontakt.* 24(4), 294-1, doi: 10.32725/kont.2022.025.
- BELEŠOVÁ, R., TÓTHOVÁ, V., 2023. Climacterium – opinions, experiences, and attitudes of women regarding menopause. *Cent Eur J Nurs Midw.* 14(2), 869–76, doi: 10.15452/CEJNM.2023.14.000.
- BIEN B, A., RZOŃCA, E., IWANOWICZ-PALUS, G., PAŃCZYK-SZEPTUCH, M., 2015. The Influence of Climacteric Symptoms on Women's Lives and Activities. *Int J Environ Res Public Health.* 12(4), 3835–46, doi: 10.3390/ijerph120403835.
- BLATNÝ, M., 2017. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum. 292 s. ISBN 978-80-246-3524-8.

BLÚMEL, J., E. et al., 2012a. Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: a detailed analysis of a multinational study. *Climacteric*. 15(6), 542-51, doi: 10.3109/13697137.2012.658462

BLÚMEL, J., E. et al., 2012b. Is fibromyalgia part of the climacteric syndrome? *Maturitas*. 73, 87-3, doi: 10.1016/j.maturitas.2012.06.001.

BLÚMEL, J., E. et al., 2013. Menopause could be involved in the pathogenesis of muscle and joint aches in mid-aged women. *Maturitas*. 75(4), 94-0, doi: 10.1016/j.maturitas.2013.02.012.

BLÚMEL, J., E., CHEDRAUI, P., AEDO, S., FICA, J., MEZONES-HOLGUIN, E., BARÓN, G., 2015. Obesity and its relation to depressive symptoms and sedentary lifestyle in middle-aged women. *Maturitas*. 80(1), 100–5, doi: 10.1016/j.maturitas.2014.10.007.

BONILLA-CORTÉS, M. et al., 2016. Improvement of quality of life and menopausal symptoms in climacteric women treated with low-dose monthly parenteral formulations of non-polymeric microspheres of 17 β estradiol/progesterone. *Gynecol Endocrinol*. 32(10), 831-4, doi: 10.1080/09513590.2016.1183628.

BÓRIKOVÁ, I., 2008. Pohybová aktivita. In: TOMAGOVÁ, M. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, s. 89-100. ISBN 978-80-8063-270-0.

BRUNEROVÁ, L., 2020. Diagnostika a léčba osteoporózy – stručný manuál pro běžnou gynekologickou praxi. *Klimakterická medicína*. 25(3), 14-15. ISSN 1211-4278.

BRZEZINSKI, A., 2019. Menopausal symptoms: not just estrogen deficiency. *Menopause*. 26(3), 229-30. doi: 10.1097/GME.0000000000001290.

CANO, A., 2017. Menopause: The Concepts and the Biological Background. In: CANO, C. *Menopause. A Comprehensive Approach*. Cham: Springer, p. 9-21. ISBN 978-3-319-59317-3.

CAPISTRANO, E., J., M. et al., 2015. Figueiredo Marinheiro LP, et al. Factors associated with the severity of menopausal symptoms in postmenopausal Brazilian women. *Reprodução&Climaterio*. 30(2), 7-8, doi:org/10.1016/j. recli.2015.09.002.

CASTELO-BRANCO, C., CANCELO HIDALGO, M., J., 2011. Isoflavones: effects on bone health. *Climacteric*. 14(2), 204-1, doi: 10.3109/13697137.2010.529198.

CASTELO-BRANCO, C., SOVERAL, I., 2013. Phytoestrogens and bone health at different reproductive stages. *Gynecol Endocrinol*. 29(8), 735–3, doi: 10.3109/09513590.2013.801441.

CEBECI, F., YANGIN, H., B., TEKELI, A., 2012. Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 16(4), 406-2, doi: 10.1016/j.ejon.2011.09.003.

CEKO, M., et al., 2012. Neurobiology underlying fibromyalgia symptoms. *Pain Research and Treatment*. 2012, 585419.

CHAIKITTISILPA, S., NIMMUAN, C., CHIRAWATKAL, S., JIRUPINYO, M., TECHATRAISAK, K., RATTANACHAIYANONT, M., SRISUPARP, S., PANYAKHAMLERD, K., JAISAMRARN, U., TAECHAKRAICHANA, N., LIMPONGSANURAK, S., 2013. Development and validation of the Menopause-specific Quality of Life Scale for menopausal Thai women. *Climacteric*. 16(3), 387–2.

CONVERSO, D., VIOTTI, S., SOTTIMANO, I., LOERA, B., MOLINENGO, G., GUIDETTI, G., 2019. The relationship between menopausal symptoms and burnout. A cross-sectional study among nurses. *BMC Womens Health*, 19(1), 1-12, doi: org/10.1186/s12905-019-0847-6.

CSÉMY, L. et al., 2019. *Užívání alkoholu a tabáku v České republice 2018*. Státní zdravotní ústav. 1-40 s.[online]. [citováno 2019-08-06]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_alkoholu_cr_2018.pdf

CSETE, M., 2016. *1000 tipů pro zdraví*. Nové Zámky: Ex. 144 s. ISBN 978-80-89742-64-6.

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČEPICKÝ, P., 2011. Gynekologická endokrinologie. In: ROZTOČIL, A. et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, s. 66-94. ISBN 978-80-247-2832-2.

ČESKÁ ONKOLOGICKÁ SPOLEČNOST LINKOS, 2023. Program screeningu karcinomu prsu. [online]. [citováno 04-01-2023]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/onkologicka-prevence/screening/program-screeningu-karcinomu-prsu/>.

DALAL, M., S., AGARWAL, M., 2015. Postmenopausal syndrome. *Indian J. Psychiatry*. 57, 222-2, doi: 10.4103/0019-5545.161483.

DA SILVA, A., R., TANAKA, A., C., A., 2013. Factors associated with menopausal symptom severity in middle-aged Brazilian women from the Brazilian Western Amazon. *Maturitas*. 76, 64-69, doi: 10.1016/j.maturitas.2013.05.015.

DELAMATER, L., SANTORO, N., 2018. Management of the perimenopause. *Clin Obstet Gynecol*. 61(3), 419-432. doi: 10.1097/GRF.0000000000000389.

DEVI, S., A. et al. 2015. Assessment of Menopausal Symptoms Using Modified Menopause Rating Scale (MRS) Among Middle Age Women Urban and Rural Area of Pune District. *J Adv Sci Res*. 6(3), 47-0.

DE ZAMBOTTI, M., COLRAIN, I., M., JAVITZ, H., S., et al., 2014 Magnitude of the impact of hot flashes on sleep in perimenopausal women. *Fertil Steril*. 102(6), 1708-5, doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.08.016.

DI BONAVENTURA, M. et al., 2015. The Association Between Vulvovaginal Atrophy Symptoms and Quality of Life Among Postmenopausal Women in the United States and Western Europe. *Journal of Women's Health*. 24(9), 714-2, doi: 10.1089/jwh.2014.5177.

DOSTÁL, J., TURKOVÁ, M., 2017. Perimenopauza a postmenopauza. In: PILKA, R., et al. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, s. 65-75. ISBN 978-80-7345-530-9.

DOSTÁL, J., PILKA, R., 2017 Endokrinologie a menstruační cyklus. In: PILKA, R. et al. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, s. 21-33. ISBN 978-80-7345-530-9.

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J., 2006. *WHOQOL – BREF, WHOQOL – 100*. Praha: Psychiatrické centrum. 88 s. ISBN 978-80-85121-82-7.

- DRBAL, C., BENCKO, V., 2005. Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života. In: PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, s. 234-241. ISBN 80-7254-657-0.
- DUŠOVÁ, B. et al., 2019a. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4.
- DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., JANÍKOVÁ, E., SALOŇOVÁ, R., 2019b. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.
- EFTEKHAR, T. et al., 2016. Female Sexual Function During the Menopausal Transition in a Group of Iranian Women. *Journal of Family and Reproductive Health*. 10(2), 52-8.
- ELNAGGAR, S., A., MOHAMMED, A., H., EL-R-IBRAHEEM, S., A., 2013. Health Education Effect on Knowledge and Attitude of Peri-Menopausal and Menopausal Women toward Menopause at El-Arabin District in Suez Governorate. *Life Sci J*. 10(4), 2838-6.
- FAIT, T., 2008. Možnosti objektivizace akutního klimakterického syndromu. *Prakt Gyn* 12(4), 230-5. ISSN 1803-6597.
- FAIT, T., 2013. *Klimakterická medicína*. 2. přepracované vydání. Praha: Maxdorf, 2013. 189 s. ISBN 978-80-7345-342-8.
- FAIT, T., 2015. Nehormonální terapie klimakterického syndromu. *Prakt Gyn*. 19(2), 123-6. ISSN 1803-6597.
- FAIT, T., 2016. Od fytoestrogenů k fytoSERMům. *Klimakterická Medicína*. 21(2), 19-20. ISSN 1212-4710.
- FAIT, T., 2017a. Klasifikace STRAW +10. *Klimakterická Medicína*. 22(2), 8-10. ISSN 1212-4710.
- FAIT, T., 2017b. The 2017 HT Position Statement of NAMS. *Klimakterická Medicína*. 22(2):24-7. ISSN 1212-4710.
- FAIT, T., 2018. *Klimakterická medicína*. 3. přepracované vydání. Praha: Maxdorf. 228 s. ISBN 978-80-7345-594-1.

FAIT, T., 2020. Antagonisté neurokinin3 receptorů – nový směr v léčbě akutního klimakterického syndromu. *Klimakterická medicína*. 25(3), 13-4. ISSN 1212-4710.

FAJKUS, B., 2005. *Filosofie, vývoj a metodologie vědy: vývoj, současnost a perspektivy*. 339 s. Praha: Academia. ISBN 80-200-1304-0.

FALKINGHAM, J., EVANDROU, M., QIN, M., VLACHANTONI, A., 2021. Chinese women's health and wellbeing in middle life: Unpacking the influence of menopause, lifestyle activities and social participation. *Maturitas*. 43, 145-50, doi: 10.1016/j.maturitas.2020.10.008.

FARAJI, K., KAMRANI, M., A., SAEIEH, S., E., FARID, M., 2018. Could a Midwife Leading Health Behaviour Counseling Improve Self-Care of Women During Perimenopause? A Quasi- Experimental Study. *J Mid-life Health*. 9, 195-9. doi: 10.4103/jmh.JMH_18_17.

FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

FAY, B., 2002. *Současná filosofie sociálních věd*. Praha: SLON. 324 s. ISBN 80-86429-10-5.

FREDERICKSON, K., 2011. Callista Roy's Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*. 24(4), 301-3, doi: 10.1177/0894318411419215.

GAMBACCIANI, M., CAGNACCI, A., LELLO, S., 2019. Hormone replacement therapy and prevention of chronic conditions. *Climakteric*. 22(3), 303-6, doi: 10.1080/13697137.2018.1551347.

GEBRETATYOS, H., GHIRMAI, L., AMANUEL, S., GEBREYOHANNES, G., TSIGHE, Z., TESFAMARIAM, E., H., 2020. Effect of health education on knowledge and attitude of menopause among middle-age teachers. *BMC Women's Health*. 20(1), 232, doi: 10.1186/s12905-020-01095-2.

GENAZZANI, A., R., 2017. The role of progesterone therapy in early pregnancy: from physiological role to therapeutic utility. *Gynecological Endocrinology*. 33(6), 421-4.

GHAZANFARPOUR, M. et al., 2013. Association between anthropometric indices and quality of life in menopausal women. *Gynecological Endocrinology*. 29(10), 917-20, doi: 10.3109/09513590.2013.819078.

- GIANNOULI, P., ZERVAS, I., ARMENI, E. et al., 2012. Determinants of quality of life in Greek middle-age women: A population survey. *Maturitas*. 71(2), 154-61.
- GOLEZAR, S., RAMEZANI TEHRANI, F., KHAZAEI, S., EBADI, A., KESHAVARZ, Z., 2019. The global prevalence of primary ovarian insufficiency and early menopause: a meta-analysis. *Climacteric*. 22(4), 403–11, doi: 10.1080/13697137.2019.1574738.
- GOLMAKANY, A., SHARIATI SARCHESHMEH, M., MAROUZI, P., REZAIIE SANI, T., 2016. Body Mass Index and its relation to menopausal women's quality of life. *J Holist Nurs Midwifery*. 26(1), 48–5.
- GONÇALVES, J., T., T. et al., 2016. Sobrepeso e obesidade e fatores associados ao climatério. *Ciência & Saúde Coletiva*. 21(4), 1145-56, doi: 10.1590/1413-81232015214.16552015.
- GREEN, J., 1998. Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas*. 29(1), 25-31.
- GRIFFITHS, A., CEAUSU, I., DEPYPERE, H., LAMBRINOUDAK, I., MUECK, A., PÉREZ-LÓPEZ, F., R., VAN DER SCHOUW, Y., T, SENTURK, L., M., SIMONCINI, T., STEVENSON, J., C., STUTE, P., REES, M., 2016. EMAS recommendations for conditions in the workplace for menopausal women. *Maturitas*, 85, 79-81, doi: org/10.1016/j.maturitas.2015.12.005.
- GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HALILOĞLU, S. et al., 2014. Postmenopozal Osteoporozlu Hastalarda Sırt Ağrısının Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi*. 20(1), 6-91, doi: 10.4274/tod.35229.
- HAMID, S., AL-GHUFLI, F., R., RAEESI, H., A., AL-DHUFARI, K., M., AL-DHAHERI, N., S., AL-MASKARI, F., BLAIR, I., SHAH, S., M., 2014. Women's knowledge, attitude and practice towards menopause and hormone replacement therapy: a facility based study in Al Ain, United Arab Emirates. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 26(4), 448–54.

HÁNA, V., 2015. *Endokrinologie pro praxi*. 224 s. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-414-2.

HARDY, C., THORNE, E., GRIFFITHS, A., HUNTER, M., S., 2018. Work outcomes in midlife women: the impact of menopause, work stress and working environment. *Women's Midlife health*, 4(1), 3, doi: 10.1186/s40695-018-0036-z.

HARLOW, S., D. et al., 2012. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*. 19(4), 387-95, doi: 10.1097/gme.0b013e31824d8f40.

HARLOW., S., D., Derby, C., A., 2015. Women's midlife health: Why the midlife matters. *Women's Midlife Health*. 5, 1-3, doi: 10.1186/s40695-015-0006-7.

HAUKE, M., 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování. Praktický průvodce*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3849-9.

HEIDEGGER, M., 2014. *Co znamená myslet?* Praha: OIKOYMENH. 60 s. ISBN 978-80-7298-494.

HEINEMANN, L., A., J., POTTHOFF, P., SCHNEIDER, H., P., G., 2003. International versions of the Menopause rating Scale (MRS). *Health and Quality of Life Outcomes*. 1, 28, doi: 10.1186/1477-7525-1-28.

HEINEMANN, K. et al., 2004. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2, 45, doi: 10.1186/1477-7525-2-45

HENDL, J., REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. 376 s. ISBN 978-80-262-1192-1.

HEŘMANOVÁ, E., 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.

HIROSE, A. et al., 2018. Effect of soy lecithin on fatigue and menopausal symptoms in middle-aged women: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Nutrition Journal*. 17(1), 1-8, doi: 10.1186/s12937-018-0314-5.

- HOGA, L., RODOLPHO, J., GONCALVES, B., QUIRINO, B., 2015. Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 13(8), 250–37, doi: 10.11124/jbisrir-2015-1948.
- HONG, Y. et al., 2012. A randomized controlled study on insomnia during menopause treated with the combination of acupuncture and Chinese herb. *Luaoning J Tradit Chin Med.* 39, 519-20.
- HOLUB, J., T., 2014. *Jak se léčit homeopatií ve středním a vyšším věku.* Brno: Albatros Media. 124 s. ISBN 978-80-264-0343-2.
- HUDÁKOVÁ, Z., 2018. *Pohybová aktivita a životný štýl vo vyššom veku.* Břeclav: Sovenio. 144 s. ISBN 978-80-907337-0-1.
- HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství.* Praha: Grada. 123 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
- HUNTER, M., 2000. The Women's Health Questionnaire (WHQ): The development, standardization and application of a measure of mid-aged women's emotional and physical health. *Quality of Life Research.* 9, 733-38.
- HUNTER, M., S., 2003. The Women's Health Questionnaire (WHQ): Frequently Asked Questions (FAQ). *Health and Quality of Life Outcomes.* 1(41),1-5.
- HUNTER, M., CHILCOT, J., 2013. Testing a cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats. *J. Psychosom. Res.* 74(4), 307-12, doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.12.005.
- HUNTER, M., S., SMITH, M., 2017. Biopsychosocial perspectives on the menopause. In: EDOZIEN, L., C., SHAUGHN O'BRIEN, P., M., (eds.). *Biopsychosocial Factors in Obstetrics and Gynaecology.* Cambridge: University Printing House, p. 160–168. ISBN 978-1-107-12014-3.
- CHAIKISITTILPA, S. et al., 2013. Development and Validation of the Menopause-specific Quality of Life Scale for menopausal Thai women. *Climacteric.* 16, 387-92, doi: 10.3109/13697137.2012.707707.

- CHEDRAUI, P. et al., 2014. Evaluation of the presence and severity of menopausal symptoms among postmenopausal women screened for the metabolic syndrome. *Gynecol Endocrinol.* 30(12), 918-24, doi: 10.3109/09513590.2014.971236.
- JAMI, A., Z., BIJEH, N., HASHEMI G., A., 2014. The effect of aerobic exercise on menopausal symptoms and quality of life in non-athlete postmenopausal women. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 12, 173-82.
- JANE, F., M., DAVIS, S., R., 2014. A practitioner's toolkit for managing the menopause, *Climacteric.* 17(5), 564-79. doi: 10.3109/13697137.2014.929651.
- JANKOVSKÝ, J., 2018. *Etika pro pomáhající profese. 2.* doplněné a podstatně přepracované vydání. Praha: Triton. 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9.
- JALAVA-BROMANA, J., JUNTILAB, N., SILLANMÄKIA, N., MÄKINENE, J., RAUTAVA, P., 2020. Psychological behavior patterns and coping with menopausal symptoms among users and non-users of hormone replacement therapy in Finnish cohorts of women aged 52–56 years. *Maturitas.* 133, 7-12, doi: 10.1016/j.maturitas.2019.12.009.
- JENÍČEK, J., 2016. Sérélys - nový přístup k řešení akutních příznaků menopauzy. *Klimakterická Medicína.* 21(4), 15-17. ISSN 1211-4278.
- JENÍČEK, J., 2018. Kyselina hyaluronová v léčbě suchosti poševní sliznice a dalších indikacích. *Klimakterická Medicína.* 23(2), 23-25. ISSN 1211-4278.
- JESSEL, CH., 2006. *Úspěšně proti osteoporóze. Preventivní a bolest zmírňující cvičení.* Praha-Plzeň: BETA. 93 s. ISBN 80-7306-232-1.
- JIN, H. et al., 2007. Clinical observation on acupuncture at the five-zangshu for treatment of perimenopausal syndrome. *Chinese Acupuncture Moxibustion.* 27(8):572-4.
- JOSEPH, N. et al., 2014. Assessment of menopausal symptoms among women attending various outreach clinics in South Canara District of India. *Journal of Mid-life Health.* 5(2), 84-90, doi: 10.4103/0976-7800.133996.
- JUKLOVÁ, K. et al., 2015. *Vybrané kapitoly z pedagogiky a psychologie nejen pro speciální pedagogy.* Hradec Králové: Gaudeamus. 160 s. ISBN 978-80-7435-427-4.

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

KAAS, J., OLÍŠAROVÁ, V., 2017. Možnosti využití modelů Royové a Neumannové u generace 50+. In: TÓTHOVÁ, V., OLÍŠAROVÁ, V. (eds.), 2017. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN, s.r.o., s. 46-82. ISBN 978-80-7422-630-4.

KASTNEROVÁ, M., 2012. *Poradce zdravého životního stylu*. České Budějovice: Nová Forma. 378 s. ISBN 978-080-7453-250-4.

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie 2. díl*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3600-6.

KIM, K. et al., 2010. Effects of acupuncture on hot flashes in perimenopausal and postmenopausal women-a multicenter randomized clinical trial. *Menopause*. 17(2), 269-80, doi: 10.1097/gme.0b013e3181bfac3b.

KIM, J., E. et al., 2017. Effect of guizhifulingwan (keishibukuryogan) on climacteric syndrome: study protocol for a randomized controlled pilot trial. *Trials*. 18(135), doi: 10.1186/s13063-017-1877-8.

KIM, M. et al., 2018. Danggwijagyaksan for climacteric syndrome in peri- and postmenopausal women with a blood-deficiency dominant pattern: study protocol for a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot trial. *Trials*. 19(1), doi:10.1186/s13063-018-2443-8.

KOLLEROVÁ, L., 2016. Střední dětství. In: BLATNÝ, M. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum, s. 85-116. ISBN 978-80-246-3462-3.

KISA, S., OZDEMIR, N., 2013. Vaginal dryness problems among southeastern women aged 40-65 years in Turkey. *Sexuality and Disability*. 1(31), 71-82.

KRÁLÍKOVÁ, E., 2015. *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta. 102 s. ISBN 978-80-204-3711-2.

KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2015. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitř Lék*. 61(5, Suppl1), 154-1515. [online]. [cit. 2019-08-06]. Dostupné z: http://www.kardio-cz.cz/data/upload/Doporučení_pro_lečbu_zavislosti_na_tabaku.pdf

- KREJČÍK, V., 2013. *Powerjóga nová cesta*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-4757-6.
- KŘEPELKA, J., 2017. Zdraví žen středního věku a hormonální terapie – doporučení IMS 2016 (International Menopause Society). *Klimakterická Medicína*. 22(2), 8-12. ISSN 1211-4278.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2004. Kvalita života Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví, s. 9-20. In: *Kvalita života Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 120 s. ISBN 80-86625-20-6.
- KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
- KUBÍKOVÁ, D., 2014. Menopauzální symptomy a hormonální substituční terapie. *Praktické lékařství*. 10(2), 68-73.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- LAMBRINOUDAKI, I., ARMENI, E., GOULIS, D., BRETZ, S., CEAUSU, I., DURMUSOGLU, F., ERKKOLA, R., FISTONIC, I., GAMBACCIANI, M., GEUKES, M., HAMODA, H., HARTLEY, C., LIND'EN HIRSCHBERG, A., MECZEKALSKI, B., MENDOZA, N., MUECK, A., SMETNIK, A., STUTE, P., VAN TROTSENBURG, M., REES, M., 2022. Menopause, wellbeing and health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society. *Maturitas*. 163, 1-14, doi: 10.1016/j.maturitas.2022.04.008.
- LEAR, J., 2016. *Aristotelés. Touha rozumět*. Praha: OIKOYMENH. 367 s. ISBN 978-80-7298-222-6.
- LEE, S. et al., 2012. Association between menopausal symptoms and metabolic syndrome in postmenopausal women. *Arch Gynecol Obstet*. 285, 541-48. doi: 10.1007/s00404-011-2016-5.
- LEHMAN, B., J., DAVID, D., M., GRUBER, J., A., 2017. Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Soc Personal Psychol Compass*. e12328, doi: 10.1111/spc3.12328.

- LETHABY, A. et al., 2013. Phytoestrogens for menopausal vasomotor symptoms. *Cochrane Database Syst Rev.* 12, CD001395. doi: 10.1002/14651858.CD001395.pub4.
- LINHARTOVÁ, V., 2006. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- LISÁ, L., VÁGNEROVÁ, M., 2021. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. 3. vydání. Praha: Karolinum. 542 s. ISBN 978-80-246-4961-0.
- LIU, Z. et al., 2014. Efficacy of electroacupuncture for symptoms of menopausal transition: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 15, 242.
- LLANEZA, P., 2017. Clinical Symptoms and Quality of Life: Hot Flashes and Mood. In: CANO, C. *Menopause. A Comprehensive Approach*. Cham: Springer, p. 69-78. ISBN 978-3-319-59317-3.
- LUDVÍKOVÁ, I., 2013. *Homeopatie a sport*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-8777-0.
- MACHOVÁ, J., 2015a. Definice životního stylu. In: MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ D., et al. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, s. 15-16. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MACHOVÁ, J., 2015b. Výživa. In: MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ D., et al. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, s. 17-36. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MACHOVÁ, J., 2015c. Kouření. In: MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ D., et al. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, s. 60-67. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MACHOVÁ, J., 2015d. Vztah k alkoholu. In: MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ D., et al. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, s. 67-74. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MALIK, E., SHEORAN, P., SIDDIQUI, A., 2018. Health-promoting behaviors and menopausal symptoms: an interventional study in rural India. *J Mid-life Health*. 9(4), 200-6. doi: 10.4103/jmh.JMH_96_18.
- MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MAREK, J. et al., 2017. *Endokrinologie*. Praha: Portál. 692 s. ISBN 978-80-7262-484-3.

MATTHEWS, V., L. et al., 2011. Soy milk and dairy consumption is independently associated with ultrasound attenuation of the heel bone among postmenopausal women: the Adventist Health Study-2. *Nutr Res.* 31, 766-75, doi: 10.1016/j.nutres.2011.09.016.

MESSINA, M., 2014. Soy foods, isoflavones, and the health of postmenopausal women. *Am J Clin Nutr.* 100 (Suppl 1), 423-30, doi:10.3945/ajcn.113.071464.

METYŠ, K., 2020. Jakou roli plní ploštičník a třezalka v klimakteriu. *Klimakterická medicína.* 25(3), 21-24. ISSN 1211-4278.

MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. dopl. a přeprac. vydání. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

MILLOVÁ, K., 2016. Krátké uvedení do psychologie celoživotního vývoje. In: BLATNÝ, M. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum, s. 17-21. ISBN 978-80-246-3462-3.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemoci*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ISBN 978-80-85047-47-9.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. *Zdraví 2030. Strategický rámec péče o zdraví v České republice do roku 2030*. [online]. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2022. *Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [online]. [cit. 2022-08-14]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 1. vydání. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MIRKIN, S. et al., 2019. Relationship between vasomotor symptom improvements and quality of life and sleep outcomes in menopausal women treated with oral, combined 17 β estradiol/progesterone. *Menopause.* 26(6), 637-42, doi: 10.1097/GME.0000000000001294.

- MISHRA, G., D., 2017. Menopause, A stage in the Life of Women. In: CANO, C. *Menopause. A Comprehensive Approach*. Cham: Springer, p. 3-7. ISBN 978-3-319-59317-3.
- MORAVCOVÁ, M., HOLÁ, J., 2017. Utilizing the Menopause Rating Scale questionnaire in electronic form for evaluating the quality of life in postmenopausal women. *Kontakt*. 19(1), 13-8, doi:10.1016/j.kontakt.2017.01.008.
- MORAVCOVÁ, M. et al., 2014. Menopause rating scale – validation Czech version specific instrument for assessing health-related quality of life in postmenopausal women. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 5(1), 36-5.
- MORRISON, L., A., BROWN, D., E., 2014. Voices From the Hilo Women's Health Study: Talking Story About Menopause. *Health Care for Women International*. 35, 529-48, doi: 10.1080/07399332.2013.829067.
- NANDA international, 2020. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2018-2020*. 11. vydání. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-271-0710-0.
- NAMAZI, M., SADEGHI, R., BEHBOODI MOGHADAM, Z., 2019. Social Determinants of Health in Menopause: An Integrative Review. *Int J Womens Health*. 9(11), 637-47, doi: 10.2147/IJWH.S228594.
- NOROOZI, E., DOLATABADI, N., K., ESLAMI, A., A., HASSANZADEH, A., DAVARI, S. 2013. Knowledge and attitude toward menopause phenomenon among women aged 40–45 years. *Journal of Education and Health Promotion*, 2, 25, doi: 10.4103/2277-9531.112701.
- O'BRIEN, B., C., HARRIS, I., B., BECKMAN, T., J., REED, D., A., COOK, D., A., 2014. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 89(9), 1245-51. doi: 10.1097/ACM.0000000000000388.
- OLSZANECKA, A., KAWECKA-JASZCZ, K., CZARNECKA, D., 2016. Association of free testosterone and sex hormone binding globulin with metabolic syndrome and subclinical atherosclerosis but not blood pressure in hypertensive perimenopausal women. *Arch. Med. Sci.* 12(3), 521–28. doi: 10.5114/aoms.2016.59925.

- OLŠOVSKÝ, J., 2005. *SLOVNÍK filozofických pojmů současnosti*. 2. rozšířené vydání. Praha: Academia, nakladatelství Akademie věd České republiky. 261 s. ISBN 80-200-1266-4.
- ORABI, E., 2017. Effect of health education intervention on knowledge, and attitude regarding menopausal period among premenopausal female employees. *Egypt J Community Med*. 35(3), 71–4, doi: 10.21608/EJCM.2017.4100
- PASTOR, Z., 2010. *Tajemství ženské sexuality*. Kralice na Hané: Computer Media. 192 s. ISBN 978-80-7402-070-4.
- PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
- PAYNE, J., 2005. *Autenticita a kvalita života*. Praha: Triton. In: PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, s. 61-69. ISBN 80-7254-657-0.
- PATHAK, V., AHIRWAR, N., GHATE, S., 2017. Study to assess knowledge, attitude and practice regarding menopause among menopausal women attending outdoor in tertiary care Centre. *Int J Reprod Contracept Obstetr Gynecol*. 6(5), 1848-53, doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20171544>.
- PILKA, R., DVOŘÁK, V., 2017. Gynekologická anamnéza, vyšetření a diagnostické metody. In: PILKA, R., et al. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, s. 34-64. ISBN 978-80-7345-530-9.
- PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
- PLEVOVÁ, I. et al., 2019. *Ošetrovatelství II. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
- PONĚŠICKÝ, J., 2006. *Člověk a jeho postavení ve světě*. Praha: Triton. 265 s. ISBN 80-7254-861-1.
- PORTMAN, D., J., GASS, M., L., S., 2014. Genitourinary syndrome of menopause. *Menopause*. 21(10), 1063-8, doi: 10.1097/GME.0000000000000329.
- POTTHOFF, P. et al., 2000. Menopause-Rating Skale (MRS): Methodische Standardisierung in der deutschen Bevölkerung. *Zentralbl Gynakol*. 122, 280-6.

PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2012. *Andragogický slovník*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-3960-1.

QIN, Z., Y. et al., 2007. Effects of electroacupuncture of Sanyinjiao (SP 6) on genito-endocrine in patients with perimenopausal syndrome. *Acupunct Res.* 32(4), 255-9.

RESMI, S., ANIL BINDU, S., BENNY, P., V., 2020. Climacteric symptoms among women residing in a rural area of Kerala state – A cross-sectional study. *Clinical Epidemiology and Global Health.* 8(4), 1341-44, doi: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.05.008>.

REŠLOVÁ, T., 2012. Menopauza - léčba potíží. *Medicina pro praxi.* 9(11): 445-50. ISSN 1803-5310.

ROB, L., MARTAN, A., VENTRUBA, P. et al., 2019. *Gynekologie*. 3. přeprac. a doplněné vydání. 356 s. ISBN 978-80-7492-426-2.

ROY, C., 2016. Editorial. From the Past into Future. *AQUICHAN.* 16(16), 135-6. ISSN 1657-5997. doi: 10.5294/aqui.2016.16.2.1.

ROZTOČIL, A., 2011. Gynekologická propedeutika. In: ROZTOČIL, A. et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, s. 54-63. ISBN 978-80-247-2832-2.

ROZTOČIL, A. et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. přeprac. a doplněné vydání. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

ŘEHULKA, E., 2011. *School and Health 21. Education and Healthcare*. Brno: Masarykova univerzita. 290 s. ISBN 978-80-210-5721-0.

SABARIAH, A., NURAIN, M., KHARTIGA, A., 2015. Knowledge and perception of menopause among residents in Taman Bahagia, Sg. Pelek, Sepang, Selangor. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 2(6), 48–8.

SHARIFI, N., JALILI, L., NAJAR, S., YAZDIZADEH, H., HAGHIGHIZADEH, M., H., 2015. Survey of general health and related factors in menopausal women in Ahvaz city, 2012. *Razi J Med Sci.* 21(128), 59-5.

- SHERWOOD, G., BARNSTEINER, J., 2012. *Quality and Safety in Nursing: A Competency Approach to Improving Outcomes*. Wiley-Blackwell. 452 s. ISBN 978-0-470-95958-9.
- SIGELMAN, C., K., RIDER, E., A., 2018. *Life-span human development*. 6. vydání. Belmont: Cengage Learning. ISBN 978-1-337-10073-1.
- SCHNEIDER, H., P., G. et al., 2000a. The Menopause Rating Scale (MRS): Reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric*. 3(1), 59-4, doi: 10.3109/13697130009167600.
- SCHNEIDER, H., P., G. et al. 2000b. The Menopause Rating Scale (MRS): Comparison with Kupperman Index and Quality of Life Scale SF-36. *Climacteric*. 3(1), 50-8, doi: 10.3109/13697130009167599.
- SCHNEIDER, H., P., G. et al., 2000c. Application and factor analysis of the menopause rating scale [MRS] in a post-marketing surveillance study of Climen®. *Maturitas*. 3(72), 113-24. doi: 10.1016/s0378-5122(00)00177-8.
- SCHNEIDER, H., P., G., BRIKHÄUSER, M., 2014. Quality of life in climacteric women. *Climacteric*. 20(3), 187–94. doi: 10.1080/13697137.2017.1279599.
- SIMOČKOVÁ, V., 2011. *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovatel'stvo. Učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. 216 s. ISBN 978-80-8063-362-2.
- SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
- SLÍVA, J., 2015. Estrogenní potenciál chmelu a jeho využití v klimakterické medicíně. *Klimakterická Medicína*. 20(4), 5-6. ISSN 1211-4278.
- SLÍVA, J., 2016. Střevní mikrobiom ve vztahu k léčbě klimakterického syndromu. *Klimakterická Medicína*. 21(4), 8. ISSN 1211-4278.
- SLÍVA, J., 2020. Vitamín K v menopauze. *Klimakterická medicína*. 25(1), 8-9. ISSN 1211-4278.

SMAIL, L., JASSIM, G., A., SHARAF, K., I., 2020. Emirati women's knowledge about the menopause and menopausal hormone therapy, *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 17 (13), 4875, doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134875>.

SMOLÍK, F., 2016. Vývoj před vstupem do školy: od prenatálního stadia po předškoláka. In: BLATNÝ, M. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum, s. 65-84. ISBN 978-80-246-3462-3.

SORPRESO, I., C., SOARES JÚNIOR, J., M., FONSECA, A., M., BARACAT, E., C. 2015. Female aging. *Rev Assor Med Bras*. 61(6), 553-6, doi: [org/10.1590/1806-9282.61.06.553](https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.06.553).

STASKOVÁ, V., © 2009. *Překážky a možnosti ve využití adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny*. [online]. Rigorózní práce. České Budějovice: ZSF JCU v Českých Budějovicích [cit. 2019-07-15]. Dostupné z : <https:wsta.jcu.cz/portal/prohlizeni/index>>

STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L., 2014. *Fyziologie a patologie výživy*. 2. doplněné vydání. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-478-0.

SVĚRÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry. Úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2001. *Zdraví 21 – zdraví do 21. století*. Praha: Světová zdravotnická organizace. ISBN 80-85047-19-5.

SVOBODA, M., (ed.), KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M., 2021. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 3. vydání. Praha: Portál. 792 s. ISBN 978-80-262-1851-7.

SZKUP, M., KOTWAS, A., KOPE' C, J. et al., 2018. Analysis of Sociodemographic, Psychological, and Genetic Factors Contributing to Depressive symptoms in Pre-, Peri- and Postmenopausal Women. *Int J Environ Res Public Health*. 15(4), 1-15. doi: [10.3390/ijerph15040712](https://doi.org/10.3390/ijerph15040712).

ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

- ŠOLCOVÁ, I., 2004. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: *Kvalita života Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 120 s. ISBN 80-86625-20-6.
- ŠOLCOVÁ, I., BLATNÝ, M., 2017. Pozdní dospělost. In: BLATNÝ, M. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum, s. 157-172. ISBN 978-80-246-3524-8.
- ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
- ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovateľskej péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
- TAAVONI, S. et al., 2014. Quality of Sleep and Its Related Factors in Postmenopausal Women in WestTehran. *Womens Health Bull.* 1(3), 1-5, doi: 10.17795/whb-23651.
- TAO, M., F. et al., 2016. Poor sleep in middle-aged women is not associated with menopause per se. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research.* 49(1), 1-8, doi: 10.1590/1414-431X20154718.
- THOROVÁ, K., 2015. *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
- TOMAGOVÁ, M. 2008. Spánok a odpočinok. In: TOMAGOVÁ, M. et al. *Potreby v ošetrovateľ'stve*. Martin: Osveta, s. 83-89. ISBN 978-80-8063-270-0.
- TOMEY, A., M., ALLIGOOG, M., R., 2007. *Nursing Theorists and Their Work*. 6. vydání. St. Louis Missouri: Mosby. 828 s. ISBN 13 978-0-323-0310-6.
- TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
- TÓTHOVÁ, V. et al., 2009. *Ošetrovateľský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

- TÓTHOVÁ, V., 2017. Koncepční modely v ošetrovatelství. In: TÓTHOVÁ, V., OLÍŠAROVÁ, V. (eds.), 2017. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN, s.r.o., s. 17-25. ISBN 978-80-7422-630-4.
- TRACHTOVÁ, E. et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: NCO NZO. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
- TRANCHE, S. et al., 2016. Impact of a soy drink on climacteric symptoms: an open-label, crossover, randomized clinical trial. *Gynecological Endocrinology*. 32(6), 477-2, doi:10.3109/09513590.2015.1132305.
- URBÁNKOVÁ, M. et al., 2016. *Jak ovlivňuje menopauza kvalitu života ženy?* Digitální knihovna Univerzity Pardubice. [online]. [cit. 2018-06-11]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/1019/5/64751>.
- UTIAN, W., H., WOODS, N., F., 2013. Impact of hormone therapy on quality of life after menopause. *Menopause*. 20(10), 1098-5, doi: 10.1097/GME.
- VACCARO, C., M., CAPOZZI, A., ETTORE, G., BERNORIO, R., CAGNACCI, A., GAMBACCIANI, M., COLETTA, V., MAFFEI, S., NAPPI, R., E., SCAMBIA, G., VIORA, E., LELLO, S., 2021. What women think about menopause: An Italian survey. *Maturitas*. 147, 47-2, doi: 10.1016/j.maturitas.2021.03.007.
- VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. PF MU Brno. 145 s. 7. ISBN 80-210-3754-7.
- VALJENT, Z., 2013. *Výchova k aktivnímu životnímu stylu (nejen zdravotnických záchranářů)*. Praha: Česká technika – nakladatelství ČVUT. 88 s. ISBN 978-80-01-05367-6.
- VINCENT, A. et al., 2007. Acupuncture for hot flashes: a randomized, sham controlled clinical study. *Menopause*. 14(1), 45-2, doi: 10.1097/01.gme.0000227854.27603.7d.
- VOKURKA, M., HUGO, J. et al., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vydání. Jessenius Maxdorf. 1190 s. ISBN 978-807-7345-2.
- VORA, R., DANGI, A., 2014. Effect of yoga on menopausal symptoms in the early menopausal period: A randomized controlled trial. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*. 8(3), 49-53, doi:10.5958/0973-5674.2014.00355.4.

VURAL, P., I., YANGIN, H., B., 2017. Assessing Menopausal Symptoms among Turkish and German Women with the Menopause Rating Scale: A Cross-Cultural Study. *International Journal of Caring Sciences*. 10(2), 979-6.

VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*. 2. vydání. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.

WARISO, B., A., GUERRIERI, G., M., THOMSON, K., KOZIOL, D., E., HAQ, N., MarARTINEZ, P., E., RUBINOW, D., R., SCHMIDT, P., J., 2017. Depression during the menopause transition: impact on quality of life, social adjustment, and disability. *Arch Womens Ment Health*. 20(2), 273-2. doi: 10.1007/s00737-016-0701-x.

WEBSTER, A., D., FINSTAD, D., A., KURZER, M., S., TORKELSON, C., J., 2018. Quality of life among postmenopausal women enrolled in the Minnesota Green Tea Trial. *Maturitas*. 108, 1-6, doi: 10.1016/j.maturitas.2017.10.013.

WEDLICOVÁ, I., 2015. Psychická zátěž. In: MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ D., et al. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, s. 134-152. ISBN 978-80-247-5351-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. 60 s. [online]. [cit. 2019-06-11]. Dostupné z http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf. ISBN 978-92-4-159-997-9.

WORSLEY, R., BELL, R., J., GAROULLA, P. et al., 2017. Moderate-severe vasomotor symptoms are associated with moderate-severe depressive symptoms. *J Womens Health (Larchmt)*. 26(7), 712-8, doi: 10.1089/jwh.2016.6142.

XIA, X., H. et al., 2008. Multicentral randomized controlled clinical trials about treatment of perimenopausal syndrome with electroacupuncture of sanyinjiao (SP 6). *Acupunct Res*. 33(4), 262-6.

YAZDKHASTI, M., SIMBAR, M., ABDI, F., 2015. Empowerment and coping strategies in menopause women: a review. *Iran Red Crescent Med J*. 17(3), doi: 10.5812/ircmj.18944.

YÜCEL, C., EROGLU, K., 2013. Sexual Problems in Postmenopausal Women and Coping Methods. *Sexuality and Disability*. 31(3), 217-28, doi: 10.1007/s11195-013-9306-8.

ZAGOZDZON, P., KOLARZYK, E., Marcinkowski, J., T., 2011. Quality of life and rural place of residence in Polish women-Population based study. *Ann. Agric. Environ. Med.* 18(2), 429-2.

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZANOVITOVÁ, M., 2008. Výživa. In: TOMAGOVÁ, M. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, s. 53- 61. ISBN 978-80-8063-270-0.

ŻOŁNIERCZUK-KIELISZEK, D., KULIK, T., B., JAROSZ, M., J. et al., 2012. Quality of life in peri- and post-menopausal Polish women living in Lublin Province- Differences between urban and rural dwellers. *Ann. Agric. Environ. Med.* 19(1), 129-3.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMD	Hustota kostní hmoty
BMI	Body mass index
CT	Počítačová tomografie
E2	Estradiol
ET, ERT	Substituční léčba estrogeny (Estrogen Replacement Therapy)
HRT	Hormonální substituční léčba (Hormone Replacement Therapy)
FSH	Folikul stimulační hormon
HDL	Cholesterol (lipoprotein s vysokou hustotou)
ICHS	Ischemická choroba srdeční
LDL	Cholesterol (lipoprotein s nízkou hustotou)
LH	Luteinizační hormon
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMAHA	Omaha Nursing Classification Systém for Community Health
SERM	Selektivní modulátory estrogenových receptorů
STRAW	States of Reproductive Aging Workshop
SWAN	Study of Women's Health Across the Nation
TK	Krevní tlak
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
WHOQOL-100	Dotazník Světové zdravotnické organizace Kvalita života (World Health Organization Quality of Life)
WHOQOL-BREF	Dotazník Světové zdravotnické organizace Kvalita života – zkrácená verze (World Health Organization Quality of Life)
WHQ	Dotazník pro zdraví žen (Women's Health Questionnaire)

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk žen

Graf 2 Vzdělání žen

Graf 3 Rodinný stav žen

Graf 4 Parita žen

Graf 5 Společná domácnost

Graf 6 Druh bydlení

Graf 7 Počet obyvatel v místě bydliště

Graf 8 Zaměstnání žen

Graf 9 Fyzický zdravotní stav

Graf 10 Psychický zdravotní stav

Graf 11 Pravidelná gynekologická prevence

Graf 12 Menstruace

Graf 13 Hormonální antikoncepce

Graf 14 Kouření nikotinových produktů

Graf 15 Konzumace alkoholického nápoje

Graf 16 Množství konzumovaného alkoholického nápoje během 30 dní

Graf 17 Pohybová aktivita

Graf 18 Druh pohybové aktivity - chůze

Graf 19 Druh pohybové aktivity - běh

Graf 20 Druh pohybové aktivity - jízda na kole

Graf 21 Druh pohybové aktivity - bruslení

Graf 22 Druh pohybové aktivity - pilates

- Graf 23 Druh pohybové aktivity - jóga
- Graf 24 Druh pohybové aktivity - plavání
- Graf 25 Znalost termínu klimakterium
- Graf 26 Zájem žen o problematiku klimakteria
- Graf 27 Zdroje informací v souvislosti s problematikou klimakteria
- Graf 28 Názory žen na druhy symptomů v klimakteriu
- Graf 29 Znalosti žen o možnostech léčby klimakterických obtíží
- Graf 30 Znalosti žen o jiných možnostech léčby klimakterických obtíží
- Graf 31 Subjektivní symptomy žen
- Graf 32 Věkové kategorie žen při prvních symptomech
- Graf 33 Využití léčby
- Graf 34 Spokojenost žen s druhy léčby klimakterických obtíží
- Graf 35 Jiné možnosti léčby
- Graf 36 Zdroje informací žen v souvislosti s léčbou v klimakteriu
- Graf 37 Jiné zdroje informací žen v souvislosti s léčbou v klimakteriu
- Graf 38 Zájem žen o edukaci o zásadách dodržování zdravého životního stylu v klimakteriu
- Graf 39 Důvod nezájmu žen o edukaci porodní asistentky o zásadách zdravého životního stylu
- Graf 40 Využití edukace od porodní asistentky o alternativních možnostech léčby obtíží
- Graf 41 Využití a spokojenost žen s dodržováním rad od PA o zdravém životním stylu
- Graf 42 Využití jiných možností zásad zdravého životního stylu
- Graf 43 Hodnocení kvality života (WHOQOL-BREF)
- Graf 44 Spokojenost žen se zdravím (WHQ)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Hodnocení kvality života žen (WHOQOL-BREF)

Tabulka 2 Hodnocení zdraví žen (WHQ – Women's Health Questionnaire)

Tabulka 3 Souvislost děsu nebo paniky se somatickými symptomy žen

Tabulka 4 Souvislost pocitu mizérie a smutku se somatickými symptomy u žen

Tabulka 5 Souvislost pocitu úzkosti při odchodu osamocené ženy z domova se somatickými symptomy

Tabulka 6 Souvislost ztráty zájmu o věci se somatickými symptomy žen

Tabulka 7 Souvislost pocitu, že nestojí za to žít se somatickými symptomy žen

Tabulka 8 Souvislost pocitu napětí nebo nervozity se somatickými symptomy žen

Tabulka 9 Souvislost výskytu stavu roztěkanosti a neklidu se somatickými symptomy žen

Tabulka 10 Souvislost pocitu větší podrážděnosti než obvykle se somatickými symptomy žen

Tabulka 11 Souvislost špatné paměti se somatickými symptomy žen

Tabulka 12 Souvislost přístupu k informacím, potřebným pro každodenní život s fyzickým zdravím žen

Tabulka 13 Souvislost možnosti věnovat se svým zálibám s fyzickým zdravím žen

Tabulka 14 Souvislost spokojenosti s osobními vztahy s fyzickým zdravím žen

Tabulka 15 Souvislost spokojenosti s podporou od přátel s fyzickým zdravím žen

Tabulka 16 Souvislost vzdělání žen s dodržováním režimových opatření

Tabulka 17 Souvislost vzdělání žen s oslovením porodní asistentky ohledně režimových opatření

Tabulka 18 Souvislost somatických příznaků s věkem, vzděláním, rodinným stavem, zaměstnáním, indexem BMI žen

Tabulka 19 Souvislost vasomotorických příznaků s věkem, vzděláním, zaměstnáním, indexem BMI žen

Tabulka 20 Souvislost psychických příznaků s věkem, vzděláním, rodinným stavem, zaměstnáním žen

Tabulka 21 Souvislost somatických příznaků s kouřením nikotinových produktů, konzumací alkoholu, vykonávanou pohybovou aktivitou

Tabulka 22 Souvislost fyzického zdravotního stavu s nástupem amenorey; souvislost celkové spokojenosti s kvalitou zdraví žen a věkem, se vzděláním a frekvencí gynekologických prohlídek

Tabulka 23 Souvislost celkové spokojenosti s kvalitou života a věkem, vzděláním a zaměstnáním

Tabulka 24 Základní údaje o ženách

Tabulka 25 Identifikační údaje porodních asistentek

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Nepříznivé projevy (a) (ATLAS.ti 9)

Obrázek 2 Nepříznivé projevy (b) (ATLAS.ti 9)

Obrázek 3 Subjektivní příznaky u žen (ATLAS.ti 9)

Obrázek 4 Subjektivní změny u žen (ATLAS.ti 9)

Obrázek 5 Subjektivní fyzické, vasomotorické příznaky u žen (ATLAS.ti 9)

Obrázek 6 Omezení v životě (ATLAS.ti 9)

Obrázek 7 Neznalost kompetencí porodní asistentky (ATLAS.ti 9)

Obrázek 8 Nezájem žen o mírnění obtíží (ATLAS.ti 9)

Obrázek 9 Režimová opatření (ATLAS.ti 9)

Obrázek 10 Názory žen na edukaci (ATLAS.ti 9)

Obrázek 11 Osvěta (ATLAS.ti 9)

Obrázek 12 Obecné příznaky (a) – po edukaci (ATLAS.ti 9)

Obrázek 13 Obecné příznaky (b) – po edukaci (ATLAS.ti 9)

Obrázek 14 Obecné fyzické, vasomotorické, psychické příznaky – po edukaci (ATLAS.ti 9)

Obrázek 15 Obecně – režimová opatření po edukaci (ATLAS.ti 9)

Obrázek 16 Nové příznaky (ATLAS.ti 9)

Obrázek 17 Nová omezení (ATLAS.ti 9)

Obrázek 18 Změny v menstruačním cyklu (ATLAS.ti 9)

Obrázek 19 Režimová opatření, životní styl po edukaci (ATLAS.ti 9)

Obrázek 20 Názory na kompetence porodní asistentky po edukaci (ATLAS.ti 9)

Obrázek 21 Názory žen na edukaci (ATLAS.ti 9)

Obrázek 22 Obecné názory na klimakterium (ATLAS.ti 9)

Obrázek 23 Symptomy žen (ATLAS.ti 9)

Obrázek 24 Registrované ženy v gynekologické ordinaci (ATLAS.ti 9)

Obrázek 25 Hodnocení změn (ATLAS.ti 9)

Obrázek 26 Edukace porodní asistentkou (ATLAS.ti 9)

Obrázek 27 Zpětná vazba

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník pro hodnocení potřeb žen v období klimakteria

Příloha 2 Souhlas s využitím standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF

Příloha 3 Souhlas s využitím standardizovaného dotazníku WHQ

Příloha 4 Vzor žádostí o povolení výzkumného šetření

Příloha 5 Otázky pro rozhovory se ženami před edukací

Příloha 6 Otázky pro rozhovory se ženami po edukaci

Příloha 7 Otázky pro rozhovory s porodními asistentkami

Příloha 8 Otázky pro rozhovory s porodními asistentkami v primární péči

Příloha 1 Dotazník pro hodnocení potřeb žen v období klimakteria

dotazník ŽK



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

DOTAZNÍK PRO HODNOCENÍ POTŘEB ŽEN V OBDOBÍ KLIMAKTERIA

Pro výzkumný projekt: GAJU č. 058/2018/5 Využití měřicích nástrojů v ošetřovatelství

Období realizace: roky 2018–2020

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je popsát využívané hodnoticí a měřicí nástroje v ošetřovatelské péči u vybraných skupin respondentů a navrhnout či ověřit postup, který by byl při poskytování péče vhodnější. Jednou z oblastí, kterou se zabýváme, je období klimakteria u žen se symptomy a změnami doprovázejícími toto období. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají výhody, že na základě získaných výsledků lze stanovit, jaké druhy změn se mohou podílet na ovlivnění kvality života žen, anebo nevýhody, jakými je Váš čas věnovaný vyplňování dotazníku.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, jež pro mne zúčasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely výzkumu. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a prezentovány prostřednictvím příspěvků na odborných konferencích, v odborných člancích a v monografiích.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Děkujeme za spolupráci.

Řešitelé projektu:

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.;

Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.; Mgr. Romana Belešová;

Mgr. Jitka Doležalová; Mgr. Jan Neugebauer;

Mgr. Šárka Franková; Bc. Vendula Dvořáková;

Bc. Inka Kratochvílová; Bc. Simona Berková

1. Kolik je Vám let? Vypište dosažený věk při posledních narozeninách:
2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
 - 1) základní
 - 2) vyučena, střední bez maturity
 - 3) střední s maturitou
 - 4) vyšší odborné
 - 5) vysokoškolské (Bc., Mgr.)
3. Jaký je Váš rodinný stav? Můžete označit více odpovědí:
 - 1) svobodná
 - 2) vdaná
 - 3) rozvedená
 - 4) vdova
 - 5) družka (partnerský vztah)
4. Kolikrát jste rodila?
 - 1) ani jednou (pokračujte otázkou č. 7)
 - 2) jednou
 - 3) dvakrát
 - 4) třikrát
 - 5) čtyřikrát a více
5. V případě, že jste rodila, kojila jste?
 - 1) ano
 - 2) ne (pokračujte otázkou č. 7)
6. V případě, že jste kojila, jak dlouho jste kojila? Vypište počet měsíců (u každého porodu zvlášť), prosím:
.....
7. S kým žijete ve společné domácnosti? Můžete označit více odpovědí:
 - 1) sama
 - 2) s manželem
 - 3) s družkou
 - 4) s dětmi
 - 5) s někým jiným, vypište, prosím:.....

8. Kde bydlíte?

- 1) byt
- 2) rodinný dům
- 3) ubytovna
- 4) jiné, napište, prosím

9. Jaký je počet obyvatel v obci či ve městě, kde bydlíte?

- 1) do 1 000 obyvatel
- 2) 1 001–3 000 obyvatel
- 3) 3 001–20 000 obyvatel
- 4) 20 001–100 000 obyvatel
- 5) nad 100 000 obyvatel

10. Jaké je Vaše zaměstnání? Uveďte jedno zaměstnání, které považujete za hlavní:

- 1) nezaměstnaná
- 2) zaměstnaná v zaměstnaneckém poměru
- 3) podnikatelka, OSVČ
- 4) starobní důchod
- 5) invalidní důchod (I., II., III. stupně)
- 6) jiné, napište, prosím

11. Jaká je Vaše hmotnost? Vypište v kilogramech, prosím

12. Jaká je Vaše výška? Vypište v centimetrech, prosím

13. Kouříte nikotinové produkty? Vyberte a označte, prosím, variantu, která odpovídá Vašemu stavu. Jsem:

- 1) pravidelný kuřák (v snubné době kouřím nejméně jednu cigaretu denně)
- 2) jsem příležitostný kuřák (v současné době kouřím méně než jednu cigaretu denně)
- 3) bývalý kuřák (kouřila jsem, ale v současné době nekouřím – minimálně jeden rok)
- 4) nekuřák (nikdy jsem nevykouřila 100 a více cigaret)

14. Konzumujete alkohol?

- 1) ano
- 2) ne (pokračujte otázkou č. 15)

a. Pokud ano, vyberte jednu z odpovědí, která odpovídá Vašemu stavu, kolikrát jste v průběhu 30 dní pila alkoholický nápoj (jedním alkoholickým nápojem se myslí = 1 sklenice vína nebo 1 plechovka/láhev piva nebo ovocného piva nebo 4 cl destilátu):

- 1) denně
- 2) 4–5krát týdně
- 3) 2–3krát týdně
- 4) 1krát týdně
- 5) 2–3krát měsíčně
- 6) 1krát za měsíc
- 7) nevím, odmítnutí

15. **Vykonáváte nějakou pohybovou aktivitu (jedná se o pohyb trvající souvisle 30 min. a více)?**

- 1) ano
- 2) ne (pokračujte otázkou č. 16)

a. **Pokud ano, vyplňte prosím následující tabulku, frekvenci a druh pohybové aktivity, kterou vykonáváte. V každém řádku označte jednu možnost. V každém řádku následující tabulky označte jednu možnost.**

	1) denně	2) 2–3x/ týden	3) 1x/ týden	4) 2–3x/ měsíc	5) 1x/měsíc	6) nevím/ nevykonávám
A) chůze	1	2	3	4	5	6
B) běh	1	2	3	4	5	6
C) jízda na kole	1	2	3	4	5	6
D) bruslení	1	2	3	4	5	6
E) aerobik	1	2	3	4	5	6
F) pilates	1	2	3	4	5	6
G) jóga	1	2	3	4	5	6
H) plavání	1	2	3	4	5	6
I) jiné, vyplňte:	1	2	3	4	5	6

16. **Jaký je Váš fyzický zdravotní stav?**

- 1) velmi dobrý
- 2) uspokojivý
- 3) špatný
- 4) nevím, odmítnuti

17. **Jaký je Váš psychický zdravotní stav?**

- 1) velmi dobrý
- 2) uspokojivý
- 3) špatný
- 4) nevím, odmítnuti

18. **Pokud se léčíte na nějaké/á onemocnění, vyplňte, prosím, na které/á se léčíte:**

.....

.....

.....

19. **Máte menstruaci?**

- 1) ano, pravidelně (pokračujte otázkou č. 21)
- 2) ne
- 3) nepravidelně (pokračujte otázkou č. 21)

20. V případě, že již nemáte menstruaci, napište, v kolika letech (počet let) byla poslední.
Můžete odpovědět i v případě, že Vám byla menstruace ukončena uměle (předčasně, tzn. při gynekologické operaci Vám byla odstraněna děloha. Pokud Vám děloha byla odstraněna, doпишите i tuto, prosím, do poznámky k otázce o poslední menstruaci):
-

21. Jak často navštěvujete gynekologa z důvodu prevence?

- 1) 1x za rok
 - 2) 2x za rok
 - 3) 1x za 2 roky
 - 4) 1x za 5 let
 - 5) za 6 a více let
 - 6) vůbec ne navštěvuji, uveďte důvod, proč.....
-

22. Užíváte hormonální antikoncepci?

- 1) ano
- 2) ne

23. Znáte termín klimakterium?

- 1) ano
- 2) ne

24. Jaké příznaky se podle Vás u ženy vyskytují v období klimakteria? Můžete označit více možností:

- 1) nepravidelná menstruace
- 2) návaly horka
- 3) noční pocení
- 4) poruchy spánku
- 5) bolest hlavy
- 6) bolest kloubů a svalů
- 7) změny nálad
- 8) úzkost
- 9) únava
- 10) nescoufědnost
- 11) přibývání na váze
- 12) atrofie pochvy
- 13) vysychání sliznic
- 14) nevím
- 15) jiné, vypište, prosím.....

25. Vyskytují se u Vás nějaké příznaky související s klimakteriem?

- 1) ano
- 2) ne (pokračujte otázkou č. 27)

26. V jakém věku (počet let) se u Vás projevily první příznaky klimakteria? Vypište, prosím:

.....

27. Zajímáte/zajímala jste se o problematiku klimakteria (nástup klimakteria; příznaky; změny, které mohou nastat)?

- 1) ano
- 2) ne (pokračujte otázkou č. 28)

a. V případě, že jste se zajímala o problematiku klimakteria (nástup klimakteria; příznaky; změny, které mohou nastat), od koho nebo kde jste čerpala informace? Můžete uvést více možností:

- 1) gynekolog
- 2) porodní asistentka
- 3) praktický lékař
- 4) všeobecná sestra
- 5) internet
- 6) odborná literatura
- 7) jiné, vypište, prosím.....

28. Jaké možnosti léčby klimakterických obtíží znáte? Můžete označit více možností:

- 1) hormonální substituční léčba
- 2) užívání fytoestrogenů
- 3) homeopatie
- 4) akupunktura
- 5) akupresura
- 6) hormonální jóga
- 7) pohybová aktivita
- 8) změna stravovacích návyků
- 9) abstinence nikotínu
- 10) abstinence alkoholu
- 11) jiné, vypište, prosím
- 12) nevím

29. Využíváte/využila jste nějakou z možností léčby klimakterických obtíží?

- 1) ano
2) ne (pokračujte otázkou č. 30)

a. Pokud jste odpověděla „ano“, vyplňte, prosím následující tabulku týkající se metody léčby a spokojenosti s léčbou. V každém řádku následující tabulky označte jednu možnost.

	1) velmi spokojena	2) spokojena	3) ani spokojena, ani nespokojena	4) nespokojena	5) velmi nespokojena	6) nevím/ nevyslovením
A) hormonální substituční léčba	1	2	3	4	5	6
B) užívací tylnostrogeny	1	2	3	4	5	6
C) homeopatie	1	2	3	4	5	6
D) akupunktura	1	2	3	4	5	6
E) akupresura	1	2	3	4	5	6
F) hormonální jóga	1	2	3	4	5	6
G) pohybová aktivita	1	2	3	4	5	6
H) změna stravovacích návyků	1	2	3	4	5	6
I) abstinence nikotinu	1	2	3	4	5	6
J) abstinence alkoholu	1	2	3	4	5	6
K) jiné, napište:	1	2	3	4	5	6

30. Od koho jste získávala informace ohledně možností léčby obtíží v klimakteriu? Můžete uvést více možností:

- 1) gynekolog
2) porodní asistentka
3) praktický lékař
4) všeobecná sestra
5) internet
6) odborná literatura
7) jiné, napište, prosím:

31. Došlo u Vás v souvislosti s výskytem klimakterických příznaků k nějakým změnám v dodržování životního stylu?

- 1) ano
2) ne (pokračujte otázkou č. 33)
3) nevím (pokračujte otázkou č. 33)

32. V případě, že jste změnila svůj životní styl v období klimakteria, napište, prosím, které oblasti se změna/y týkala/y (výživa, hygiena, oblékání, druh pohybové aktivity, omezení kouření, omezení konzumace alkoholu atd.):

.....
.....
.....

33. Uvítala byste poskytnutí informací (edukaci) ze strany porodní asistentky týkající se zásad **oddržování zdravého životního stylu v období klimakteria?** (Porodní asistentka je zdravotnický pracovník, který poskytuje zdravotní péči v porodní asistenci, to jest, zajišťuje nezbytný dohled, poskytuje péči a rady ženám během těhotenství, při porodu a v šestineděli, pokud probíhají fyziologicky, vede fyziologický porod a poskytuje péči a novorozence; součástí této zdravotní péče je také péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči.)

- 1) ano
- 2) ne, vyplíšu, prosím, důvod.....
- 3) nevím

34. Využila jste poskytnutí informací ze strany porodní asistentky týkající se zásad **oddržování zdravého životního stylu v období klimakteria?**

- 1) ano
- 2) ne (pokračujte otázkou č. 36 (kvalita života))

35. V případě, že jste využila poskytnutí informací ze strany porodní asistentky, které oblasti životního stylu se rady týkaly? Byla jste s edukací spokojena? V každém řádku následující tabulky označte jednu možnost.

	1) ve mí spokojena	2) spokojna	3) ani spokojena, ani nespokojena	4) nespokojena	5) velmi nespokojena	6) nevím/ netýká se
A) změna stravovacích návyků	1	2	3	4	5	6
B) dodržování pitného režimu	1	2	3	4	5	6
C) pohybové aktivita	1	2	3	4	5	6
D) hygiena	1	2	3	4	5	6
E) abstinence: nikotinu	1	2	3	4	5	6
F) abstinence alkoholu	1	2	3	4	5	6
G) jiné, vyplíšte:	1	2	3	4	5	6

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byla šťastná nebo spokojená s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojena	nespokojena	ani spokojena, ani nespokojena	spokojena	velmi spokojena
36.16 Jak jste spokojena se svým spánkem?	1	2	3	4	5
36.17 Jak jste spokojena se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
36.18 Jak jste spokojena se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
36.19 Jak jste spokojena sama se sebou?	1	2	3	4	5
36.20 Jak jste spokojena se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
36.21 Jak jste spokojena se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
36.22 Jak jste spokojena s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
36.23 Jak jste spokojena s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
36.24 Jak jste spokojena s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
36.25 Jak jste spokojena s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, jak často jste prožívala určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
36.26 Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, bezraděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

37. Dotazník zdravotního stavu pro ženy (WHQ)

Ormažle, prosím, jak se nyní cítíte nebo jak jste se cítila v POSLEDNÍCH NĚKOLIKA DNECH. U každé z následujících položek zakroužkujte číslo s vhodnou odpovědí:

	1) určitě ano	2) někdy ano	3) zřídka	4) vůbec ne
37.1 Předčasně se probouzím a zbytek noci potom špatně spím	1	2	3	4
37.2 Velmi se vyděším nebo propadnu panice, i když pro to není žádný zjevný důvod	1	2	3	4
37.3 Cítím se mizerně a je mi smutno	1	2	3	4
37.4 Když jdu sama ven z domu, cítím úzkost	1	2	3	4
37.5 Ztratila jsem zájem o věci	1	2	3	4
37.6 Mívám bušení srdce nebo roztrášený žaludek	1	2	3	4
37.7 Nepřestávají mě bavit věci, které jsem měla ráda	1	2	3	4
37.8 Mívám pocit, že život nestojí za to žít	1	2	3	4
37.9 Cítím napětí nebo nervozitu	1	2	3	4
37.10 Mám chuť k jídlu	1	2	3	4
37.11 Jsem roztrášená a nevydržím v klidu	1	2	3	4
37.12 Jsem podrážděnější než obvykle	1	2	3	4
37.13 Bojím se stárnutí	1	2	3	4
37.14 Bolí mě hlava	1	2	3	4
37.15 Cítím se unavenější než obvykle	1	2	3	4
37.16 Mívám závratě	1	2	3	4
37.17 Cítím napětí nebo jiné nepříjemné pocity v prsou	1	2	3	4
37.18 Bolí mě záda nebo ruce a nohy	1	2	3	4
37.19 Mívám návaly horkosti	1	2	3	4

Označte, prosím, jak se nyní cítíte nebo jak jste se cítila v POSLEDNÍCH NĚKOLIKA DNECH.
U každé z následujících položek zakroužkujte číslo s výnosnou odpovědí:

	1) určitě ano	2) někdy ano	3) zřídka	4) vůbec ne
37.20 Jsem neohrobanější než obvykle	1	2	3	4
37.21 Cítím se docela piná života a elánu.....	1	2	3	4
37.22 Mívám křeče nebo nepříjemné pocity v dolní části břicha..	1	2	3	4
37.23 Bývá mi nevolno nebo mám pocit jako na zvracení.....	1	2	3	4
37.24 Ztratila jsem zájem o sex.....	1	2	3	4
37.25 Jsem se sebou spokojená.....	1	2	3	4
37.26 Mám silnou menstruaci	1	2	3	4
(vynechejte, prosím, pokud vůbec nemenstrujete)				
37.27 Trápí mě noční pocení.....	1	2	3	4
37.28 Mám nafouklé břicho	1	2	3	4
37.29 Mám problémy s usínáním	1	2	3	4
37.30 Často pozoruji mravenčení v rukou a chodidlech.....	1	2	3	4
37.31 Jsem spokojená se svým současným sexuálním životem (vynechejte, prosím, pokud nejste sexuálně aktivní)	1	2	3	4
37.31 Připadám si fyzicky přetěžlivá.....	1	2	3	4
37.33 Mám problémy se soustředěním.....	1	2	3	4
37.34 Sexuální styk se pro mě stal nepříjemný kvůli nedostatečnému zvlhnutí pochvy	1	2	3	4
(vynechejte, prosím, pokud nejste sexuálně aktivní)				
37.35 Musím chodit častěji močit než obvykle.....	1	2	3	4
37.36 Mám špatnou paměť.....	1	2	3	4
37.37 Je pro Vás velmi obtížné zvládat některé z výše uvedených příznaků? 1) ano – uveďte, které:				
2) ne				

Příloha 2 Souhlas s využitím standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF

Souběžně s e-mail: z.w.p@ujk.cz

mailto:post@comunicace_ukf.cz;ukf_spr_ukf_id=95945;mailto:post@comunicace_ukf.cz

From: Romana Balašová [mailto:romana@ujk.cz]
Sent: Tuesday, October 05, 2016 1:21 PM
To: Dragoslinda, Eva <eva.dragoslinda@ujk.cz>
Subject: Průběh

Vážená paní doktoro,

obracím se na Vás s prosbou o zobrazení s daty, který se týká možnosti využít standardizovaný dotazník Kvalita života WHOQOL-BREF (krátká verze).

Jsem studentkou doktorského programu oboru Ošetrovatelství na ZMÚ v Českých Budějovicích a zpracovávám disertační práci na **temu Možnosti hodnocení zdraví žen v obecní klinice** a jejich vliv na kvalitu života.

Jsem členkou vědeckého týmu grantového projektu se zaměřením na nástroje hodnocení a pérení v ošetrovatelství. Můj výzkum je podporován Grantovou agenturou Jihočeské univerzity v českých budějovicích, nejedná se o komerční výzkum.

Děkuji Vám za odpověď.

S pozdravem, Romana Balašová.

Mgr. Romana Balašová
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Lékařská fakulta
Borečnická 27, 370 11 České Budějovice
Mikolovičův U výstaviště 26, 370 05 Česká Budějovice / +420 377 416 51
romana@ujk.cz, romana@ujk.cz

www.ujk.cz, www.zdravimujk.cz

[id:50/114314@12022016-0974]

V souvislosti se získáním Vašich osobních údajů, které jsou v NÚD zpracovány podle čl. 6 odst. 1 písm. b) příp. c) nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů si Vás dovolujeme upozornit na informace dle článku 13 GDPR: <http://www.ujk.cz/114314@12022016-0974>

Dr. Dragomírečka
Mgr. Renata Bolešková
Oblastní zdravotní středisko, porodní asistence a neodkladná péče
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotná sociální fakulta
J. Boreckého 2/1, 370 11 České Budějovice
pracoviště: U Vojtovy 25, 370 85 Česká Budějovice
T: 389 837 419
E: rboleskova@zst.jcu.cz
www.zst.jcu.cz

-----Original Message-----

From: Prájsova Dítka [mailto:ditka.prajsova@zst.jcu.cz]
Sent: Wednesday, October 14, 2014 9:37 AM
To: rboleskova@zst.jcu.cz
Subject: Re: Prájsa

Vážena kolegyně Bolešková,

aniž bychom si posílala Váš e-mail v výřezcích, přejete ohavy jako
opisovatelka manžila a kolegyně Dr. Dragomírečka, takže pokud budete mít
jakékoli dotazy ohledně tohoto dotazníku, neváhejte a obraťte se na nás...

Nicméně, použití dotazníku je vázáno na prostou registraci. Registrovaní
uživatelé Váš profil v přístupu. Ten profil vyplíte, předejte a nahraďte
zde jméno na svou e-mailovou adresu (ditka.prajsova@zst.jcu.cz). Obratem Vám
bude poslá elektronickou verzi dotazníku.

S pozdravem

Mgr. DITKA PRAJSOVÁ
výzkumný pracovník

Miroslav Dítka mateřského oddělení
Topolová 248, 370 67 Třebešín
Email: ditka.prajsova@zst.jcu.cz
Tel: + 420 389 838 476
Web: www.zst.jcu.cz

[cid:image001.png@088FF6.50F4A876]

Dr. Dragomírečka, Eva
Odesláno: 5. října 2014 15:34
Kому: Prájsova Dítka
Předmět: Re: Prájsa

(Zdroj: vlastní výzkum)

Příloha 3 Souhlas s využitím standardizovaného dotazníku WHQ

----- Původní zpráva -----

Předmět: information and permission to use the questionnaire (Women's Health Questionnaire)

Datum: 2018-09-18 13:57

Odesílatel: Romana Bešešová <rbelesova@zsf.jcu.cz>

Adresát: <myra.hunter@kcl.ac.uk>

Dear, Professor Hunter,

I would like to ask you about conditions of use the Women's Health Questionnaire in czech version. It is not possible to deliver a question about the questionnaire to F-mail: instdoc@map.fr.

I'm participate on grant project which is focused on evaluation and measurement tools in nursing. One of the areas which we research are changes and measurement of symptoms menopausal women. We would like to use your questionnaire to as a part of menopausal women.

Therefore I would like to ask on fees by use it. Our research is support by the Grant Agency of the University of South Bohemia in České Budějovice. This support use to support research activity by students of magister and doctoral programme of nursing. It is not commercial research.

Best regards Romana Bešešová.

Mgr. Romana Bešešová
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta J. Boreckého 27, 370 11 České Budějovice
pracoviště: U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice T/ +385 037 416 F/ rbelesova@zsf.jcu.cz

www.zsf.jcu.cz [1]

Links:

[1] <http://www.zsf.jcu.cz/>

--

Mgr. Romana Bešešová
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče U Výstaviště 26
370 05 České Budějovice
Česká Republika
E-mail: rbelesova@zsf.jcu.cz

----- Původní zpráva -----

Předmět: Re: information and permission to use the questionnaire (Women's Health Questionnaire)

Datum: 2018-09-21 14:40

Odesílatel: "Hunter, Myra" <myra.hunter@kcl.ac.uk>

Adresát: Romana Bešešová <rbelesova@zsf.jcu.cz>

Website:

Mapi-trust.org

Is now the website where you can find telephone and correct address I understand.

If you are carrying out the project for non-profit research it is free to use; however please do contact mapi because there may well already be a translated version of the WHQ that you can use.

I am sorry that you have had difficulty accessing this.

Best regards

Myra

Myra S Hunter PhD C Psychol FRPS,

Emeritus professor of clinical health psychology, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, Kings College London, 5th Floor Bermondsey Wing, Guy's Campus, London SE1 9RT.

Tel: 020 7188 0189

Fax: 020 7188 0184

Email: myra.hunter@kcl.ac.uk

New book: Managing Hot Flashes with Group CBT: an evidence based manual for health professionals, Hunter & Smith, Routledge 2015.

<http://www.routledge.com/books/details/9781138026155/>

(Zdroj: vlastní výzkum)

Příloha 4 Vzor žádosti o povolení výzkumného šetření

MUDr. Aleš Říman

ARIGYN s.r.o.

Platná 158

381 01 Český Krumlov

Věc:

Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážený pane doktore,

obracím se na Vás se žádostí o povolení výzkumného šetření. Jsem studentkou doktorského studia oboru Ošetrovatelství na ZSP JU v Českých Budějovicích. Získaná data budou sloužit ke zpracování disertační práce nazvané Možnosti hodnocení změn u žen v období klimakteria a jejich vliv na kvalitu života. Disertační práce vzniká v rámci výzkumného projektu, který je realizován za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Cílem výzkumu je popsat využívané hodnotící a měřicí nástroje v ošetrovatelské péči u vybraných skupin respondentů.

Osobní údaje účastníků výzkumu budou v rámci výzkumného projektu GAJU č. 058/2018/S Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Za Vaše vyjádření děkuji.

V Českých Budějovicích, 8.4.2019

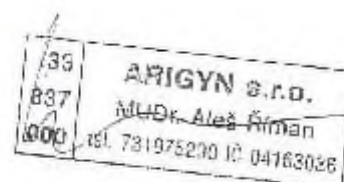
Mgr. Romana Belešová

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neúkladné péče

U Výstaviště 26

370 05 České Budějovice

8.4.19 Souhlasím



(Zdroj: vlastní výzkum)

Příloha 5 Otázky pro rozhovory se ženami před edukací

1. Kolik je Vám let?
2. Jaký je Váš rodinný stav? S kým žijete v jedné domácnosti?
3. Kolik máte dětí?
4. Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání?
5. Jaké je Vaše zaměstnání?
6. V případě, že máte menstruaci, jaký je Váš menstruační cyklus?
7. Absolvujete gynekologickou prevenci?
8. Co se Vám vybaví, když slyšíte pojem klimakterium?
9. Jaké změny a příznaky může podle Vás žena u sebe pozorovat s nástupem klimakteria?
10. V případě, že u Vás nastaly nějaké změny v souvislosti s klimakterickým syndromem, jaké změny to byly a v kolika letech jste si je začala uvědomovat?
11. Na koho jste se obrátila s žádostí o pomoc či radu ohledně problematiky klimakteria?
12. V jakých oblastech Vás změny a příznaky z nedostatku estrogenů nejvíce omezovaly nebo omezují?
13. Zajímala jste se o možnosti zmírnění nepříjemných klimakterických příznaků? Od koho jste získala informace? Čeho se získané informace zejména týkaly?
14. V případě, že jste usilovala o zmírnění nepříjemných symptomů, co jste pro to udělala a co jste ve svém životě změnila?
15. Ocenila byste rozsáhlejší edukaci a péči ze strany porodní asistentky v rámci klimakteria?
16. Ocenila byste informační materiál (např. brožuru, zahrnující základní informace o klimakteriu) v čekárnách u gynekologických ambulancí?

(Zdroj: vlastní výzkum)

Příloha 6 Otázky pro rozhovory se ženami po edukaci

1. V případě, že máte v současné době menstruaci, jaký je Váš menstruační cyklus?
Pokud nastala v této oblasti nějaká změna, o jakou změnu se jedná?
2. Co se Vám vybaví nyní po absolvování edukace, když slyšíte pojem klimakterium?
3. Jaké změny a příznaky může podle Vás žena u sebe pozorovat s nástupem klimakteria?
4. Co podle Vás může žena udělat pro zmírnění klimakterických potíží?
5. V případě, že u Vás nastaly nějaké změny v souvislosti s klimakterickým syndromem, jaké změny to byly a kdy jste si je začala uvědomovat? Jak jste nástup změn nebo přítomnost nepříjemných příznaků prožívala?
6. V jakých oblastech Vás změny a příznaky z nedostatku estrogenů nejvíce začaly omezovat nebo omezují?
7. Jaké informace a jaká doporučení jste využila pro své vlastní potřeby v rámci zmírnění nepříjemných příznaků?
8. Jaké změny jste uskutečnila ve svém životě a jaký vliv měly tyto změny na kvalitu Vašeho života a zdraví?
9. Jak nahlížíte po edukaci na profesi porodní asistentky a na kompetence porodní asistentky?
10. Jak jste vnímala proběhlou edukaci?

(Zdroj: vlastní výzkum)

Příloha 7 Otázky pro rozhovory s porodními asistentkami v primární péči

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
3. Jak dlouho vykonáváte profesi porodní asistentky?
4. Jak dlouho pracujete v primární péči?
5. Jak nahlížíte na problematiku estrogenního deficitu u žen? S jakými problémy se na Vás ženy v souvislosti s klimakteriem obracejí?
6. Kolik žen přibližně navštěvuje vaši ordinaci a stěžuje si na problémy v souvislosti s klimakteriem?
7. V případě, že si ženy stěžují na zhoršenou kvalitu života nebo kvalitu zdraví, využíváte ve vaší ordinaci nějaký měřicí nástroj (dotazník) k snazšímu definování problémů u žen a zjištění jejich kvality života a kvality zdraví?
8. V případě, že poskytujete ženám v rámci svých kompetencí edukaci, čeho se týkají informace, které ženám předáváte?
9. V případě, že ženy edukujete, jakou máte od nich zpětnou vazbu?

(Zdroj: vlastní výzkum)

Edukace žen v jejich životní etapě („v klimakteriu“)

Romana Belešová, Valérie Tóthová
ZSF, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích



Co je
klimakterium
(„přechod“)?

Kdy klimakterium přichází?

- Fyziologicky → mezi 45. a 60. rokem věku
- Nástup cca 1 rok před menopauzou
- Pokud nastoupí před 40. rokem věku → **předčasné ovariální selhání**

Co je menopauza?

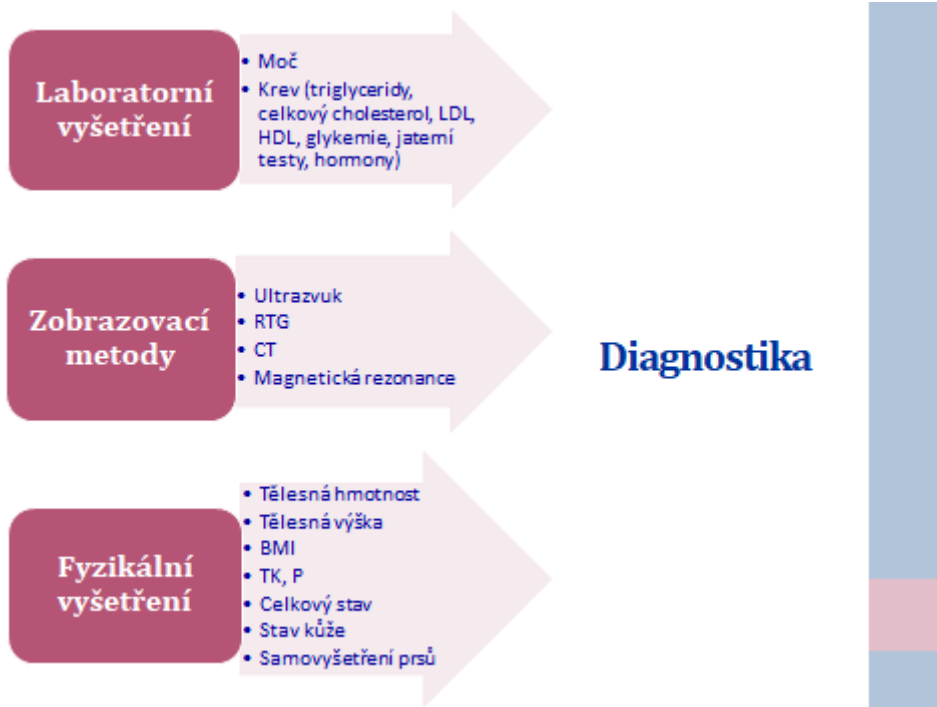
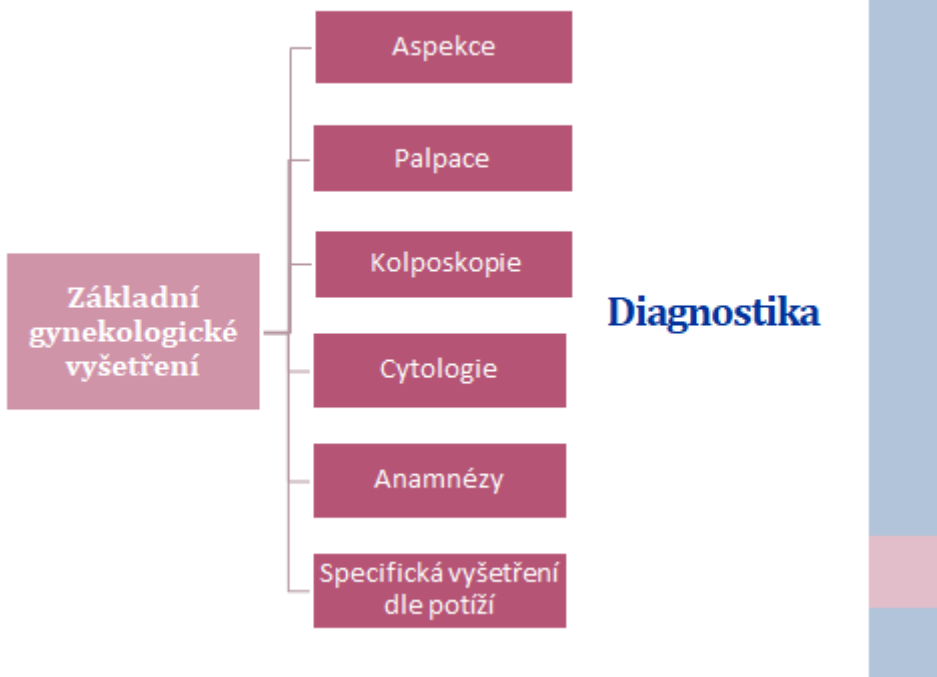
- Poslední menstruace
- Diagnostikována bývá po 12 měsících od poslední menstruace
- **Přirozená menopauza** → **mezi 40. až 60. rokem**
= trvalé zastavení menstruace vlivem ztráty folikulární funkce ovarií
- **Uměle vyvolaná (indukovaná) menopauza**
= přerušení menstruace → **chirurgické intervence** (*oboustranné odstranění vaječnicků*), *záření, chemoterapie*

Menopauza

- Průměrný věk = **52, 5 roku**
- **Faktory snižující věk menopauzy:**
 - ✓ životní styl
 - ✓ život ve ↑ nadmořské výšce
 - ✓ autoimunní poruchy
 - ✓ stav po hysterektomii
 - ✓ biologické faktory
 - ✓ mentální faktory



Symptomy



Farmakologická

- Hormonální
- Nehormonální (fytoestrogeny, homeopatika)

Alternativní

- Akupunktura
- Akupresura
- Hormonální jóga
- Životní styl

Terapie

Hormonální terapie

- Aplikace estrogenů
 - ✓ Prevence příznaků estrogenního deficitu
 - ✓ Prevence dalších onemocnění
- Aplikace estrogeneru a progestinu
- Aplikace lokální
 - ✓ Vaginálně (krém, tablety, kroužek)
- Aplikace celková (perorálně, injekčně, transdermálně, implantáty)

Účinky hormonální terapie

- **Pozitivní vliv na zmírnění potíží**
 - ✓ Změny nálad
 - ✓ Bolesti kloubů
 - ✓ Porucha spánku
 - ✓ Sexuální dysfunkce
- **Kvalita života**
- **Pozitivní vliv na metabolismus lipidů**

„Možné“ nežádoucí účinky hormonální terapie

- Otoky
- Mastodynie
- Nepravidelné krvácení
- Bolesti hlavy
- Riziko vzniku:
 - ✓ Flebotrombóza DK
 - ✓ Plicní embolie
 - ✓ CMP
 - ✓ IM
 - ✓ ICHDK
 - ✓ Ca prsu

Nehormonální terapie – fytoestrogeny

- **Nesteroidní rostlinné složky**
- Rozdělují se na izoflavony a kumestany
- Chemické složení podobné molekule estrogenu, vazba na \longrightarrow estrogenové receptory v tkáních organismu
- Schopnost vyvolávat estrogenní účinek
- Zmírňují potíže v peri- a v menopauze (hl. vazomotorické)

Nehormonální terapie – zdroje přírodního estrogenu

- Sójové boby, klíčky sójových bobů
- Lněné, sezamové, slunečnicové semínko
- Olivy, datle
- Hrách, kukuřice
- Zelí, dýně, mrkev, petržel, česnek
- Extrakt z květů chmele
- Semena a květy vojtěšky, červeného jetele
- Obiloviny, rýže
- Rybíz, jahody, červená vinná réva

Nehormonální terapie – homeopatika

- Léky
- ✓ Využití léčivých informací přírodních substancí
- ✓ Užívání v podobě globulí, kapek, tablet

Alternativní terapie – akupresura

- **Stlačování prsty** adekvátních bodů v pokožce (boltec ucha, kotník, zápěstí)
- Uvolňování endorfinů a hormonů ovlivňujících termoregulaci
- Zmírnění pocitu úzkosti, návalů horka a pocení

Alternativní terapie – akupunktura

- **Využití drobných jehliček**
- Energetické dráhy na těle – **stimulace aktivních bodů**
- Navrácení těla energetické bilance
- Celkové uvolnění
- Zmírnění bolesti

Alternativní terapie – jóga (hormonální)


- Cvičení zaměřené **na tělo i duši**
- Podporuje fyziologickou funkci vnitřních orgánů
- Přínosná při protahování, posilování zkrácených svalů, šlach, vazů
- **Obnovuje produkci ženských pohlavních hormonů**
 ➔ **zmírnění klimakterických symptomů**
- Podporuje reaktivizaci ovaríí
- Posiluje, stimuluje tělo
- Pozitivně stimuluje psychiku, pomáhá odstraňovat duševní nestabilitu, stres, depresi, nespavost

Životní styl

- **Aktivní životní styl**
- Systém činností, vztahů



k dosažení plnohodnotného a harmonického stavu ženy
(*bio-psycho-socio-spirituální*)

- Přístup k životnímu stylu, chování ženy
 - shoda s  – rodinnými zvyklostmi
 - tradicemi společnosti
 - vymezení ekonomickou situací
 - společnosti a sociální situací



Zdravý životní styl – základ zdraví

Výživa

- Vliv na zdraví **fyzické i psychické**
- Vliv na zdraví má:
 - ✓ kvantitativní stránka stravy (příjem energie = výdeji)
 - ✓ kvalitativní stránka stravy (vyrovnaný příjem živin, vitamínů, minerálů, stopových prvků)

Základní složky výživy

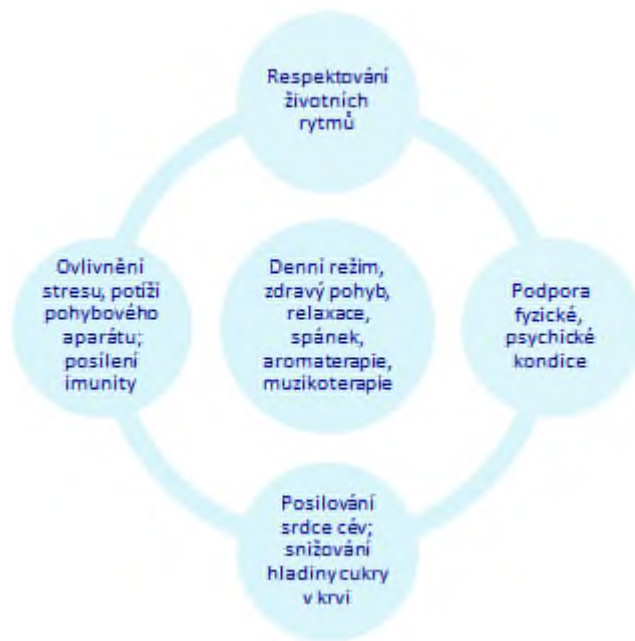
- **Bílkoviny** (proteiny)
 - ✓ základní stavební složka orgánů, svalů
 - ✓ vliv na zajištění fyziologických funkcí (v podobě hormonů, enzymů, protilátek)
- **Tuky** (lipidy)
 - ✓ stavební materiál
 - ✓ součást buněk
- **Cukry** (sacharidy)
 - ✓ pokrývají ½ potřebné energie
 - ✓ podpůrná funkce
 - ✓ stavební funkce

Základní složky výživy

- **Minerální látky:**
 - ✓ **Na** (udržení stálého osmotického tlaku)
 - ✓ **K** (zachování acidobazické rovnováhy, stálého osmotického tlaku)
 - ✓ **Ca** (zajištění stahu svalu, nervosvalového přenosu vzruchu, správné funkce převodního systému srdce)
 - ✓ **P** (s Ca uplatnění při stavbě zubů, kostí a při metabolismu energie)
 - ✓ **S** (účast při detoxikaci cizorodých látek)
- **Stopové prvky** (Fe, Zn, F, I, Se, Mn, Cr, Al, Co)
- **Voda** (1,5-2 l/den)

Pohybová aktivita (fyzická)

- Vliv na:
 - ✓ kvalitu života
 - ✓ snižování mortality
 - ✓ energetický výdej
 - ✓ regulaci tělesné hmotnosti
 - ✓ pozitivní emoce
 - ✓ zpomalení vzniku osteoporózy
 - ✓ snížení hladiny cukru v krvi, úzkosti, deprese



Další faktory pro zdravý životní styl

Stres

- Fyziologická a psychologická odpověď organismu na podněty
- Ohrožuje zdravý životní styl
- Součást každodenního života
- Přispívá ke **vzniku poruch homeostázy; imunitních, mentálních funkcí**

Somatické projevy	<ul style="list-style-type: none"> • Bolesti hlavy • Svalové napětí, únava • Hypertenze • Poruchy trávení, nechutenství, přejídání, zácpa, průjem
Emoční reakce	<ul style="list-style-type: none"> • Rozzlobenost, hněv • Fobie, frustrace • Deprese • Bezmocnost, netrpělivost, podrážděnost
Negativní vliv na zdraví	<ul style="list-style-type: none"> • Vyvolává změnu v chování (změna životního stylu)

Reakce organismu na stres

Kouření, alkohol, návykové látky

- Nejrizikovější faktory životního stylu
- Dlouhodobý, opakovaný příjem → závislost
- Závislé chování – hlavní příčina morbidity a mortality

Použité zdroje

- BĚLEHRADOVÁ, I, HODICKÁ, Z, 2012. Využití fytoestrogenů v gynecologii. *Prakt. Gyn.* 16(1):13-15.
- CSETE, M, 2016. *1000 otázek pro zdravotní Nové Zámky*. Ex. 144 s. ISBN 978-80-89742-64-6.
- ČEŠMÝ, L, et al., 2019. *Užívání alkoholu a tabáku v České republice 2018. Sborník zdravotní ústav*. 1-40 s.[online]. [citováno 2019-08-06]. Dostupné z http://www.vszu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_alkoholu_or_2018.pdf
- ČELEDŇOVÁ, L, ČEVELA, R, 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- ČEPIČKÝ, R, 2011. Gynecologická endokrinologie. In: ROZTOČIL, A, et al. *Moderní gynecologie*. Praha: Grada s. 66-94. ISBN 978-80-247-2832-2.
- DOSTÁL, J, PILKA, R, Endokrinologie a menstruační cyklus. In: PILKA, R, et al. *Gynecologie*. Praha: Moxdorf s. 21-33. ISBN 978-80-7345-530-9.
- DOSTÁL, J, TURKOVÁ, J, M, 2017. Perimenopauza a postmenopauza. In: PILKA, R, et al. *Gynecologie*. Praha: Moxdorf s. 65-75. ISBN 978-80-7345-530-9.
- FAIT, T, 2013. *Nimakterická medicína 2, připravované vydání*. Praha: Moxdorf. 190 s. ISBN 978-80-7345-342-8.
- HOLLUB, J, T, 2014. *Jak se žít: hormony, tělo, zdraví a váš život*. Brno: Albatros Media. 124 s. ISBN 978-80-264-0843-2.
- HUDÁKOVÁ, Z, 2018. *Polymorfní akné a životní styl ve vyšším věku*. Breda: Soverio. 144 s. ISBN 978-80-907337-0-1.
- JENÍČEK, J, 2016. Sběrýs - nový přístup k řešení akutních příznaků menopauzy. *Nimakterická Medicína* 21(4):15-17.
- KIM, K, et al., 2010. Effects of acupuncture on hot flashes in perimenopausal and postmenopausal women: multicenter randomized clinical trial. *Menopause* 17(2):269-80.
- KUBÍKOVÁ, D, 2014. Menopauzální symptomy a hormonální substituční terapie. *Praktické ženské lékařství* 10(2): 68-73.
- LIU, Z, et al., 2014. Efficacy of electroacupuncture for symptoms of menopausal transition: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 15:242.
- MACHOVÁ, J, 2015. Výživa. In: MACHOVÁ, J, KUBÁTOVÁ, D, et al. *Výchova ke zdraví 2, aktualizované vydání*. Praha: Grada s. 17-36. ISBN 978-80-247-5351-5.
- PILKA, R, DVORÁK, V, 2017. Gynecologická anamnéza, vyšetření a diagnostické metody. In: PILKA, R, et al. *Gynecologie*. Praha: Moxdorf s. 34-64. ISBN 978-80-7345-530-9.
- SLIVA, J, 2015. Estrogení potenciál čmou a jeho využití v nimakterické medicíně. *Nimakterická Medicína* 20(4):5-6.
- VALJENT, Z, 2013. *Výchova ke zdraví: životní styl (nejin zdravotnických záchranářů)*. Praha: Česká technika – nakladatelství ČVUT. 88 s. ISBN 978-80-01-05367-6.
- WEDLICHOVÁ, I, 2015. Psychická zátěž. In: MACHOVÁ, J, KUBÁTOVÁ, D, et al. *Výchova ke zdraví 2, aktualizované vydání*. Praha: Grada s. 134-152. ISBN 978-80-247-5351-5.

(Zdroj: vlastní výzkum)