



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Sexualita žen v klimakteriu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Eliška Průšová

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Sexualita žen v klimakteriu*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis

Poděkování

Mé poděkování patří především paní Mgr. Romaně Belešové za odborné vedení, za cenné rady, kterých nebylo málo a za ochotu, kterou mi po celou dobu psaní práce věnovala. Také děkuji všem respondentkám, které se zúčastnily výzkumného šetření, za jejich upřímné odpovědi a čas věnovaný rozhovoru. V neposlední řadě také velmi děkuji své rodině, která mne během celého studia trpělivě podporovala.

Sexualita žen v klimakteriu

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je Sexualita žen v klimakteriu. Práce je tvořena částí teoretickou a částí výzkumnou. V úvodu teoretické části jsou čtenáři seznámeni s fyziologickými obdobími ženy, s terminologií vztahující se ke klimakterickému období a následně je stručně popsána endokrinologie klimakteria. Neodmyslitelnou součástí teoretické části jsou i klinické příznaky klimakteria. Zde jsou shrnuty příznaky vegetativního syndromu, organického syndromu a metabolického syndromu. Podstatnou roli hrají i diagnostické metody, kterými se teoretická část také zabývá. Zvláštní pozornost je věnována léčbě klimakteria. Ta zahrnuje možnost hormonální substituční terapie a alternativní způsob terapie. Dále se teoretická část zabývá problematikou sexuality žen v období klimakteria. Opět jsou nejprve definovány pojmy týkající se sexuality. Následuje kapitola Sex a sexualita u žen v klimakteriu, v jejíž podkapitole jsou vysvětleny konkrétní sexuální dysfunkce, které u ženy mohou v tomto období nastat. I zde má své nezastupitelné místo diagnostika sexuálních potíží a léčba sexuálních dysfunkcí. V neposlední řadě je v teoretické části zdůrazněna důležitost edukace žen porodní asistentkou a úplný závěr se zabývá komunikací, na kterou by porodní asistentky neměly zapomínat a měly by ji zdárně ovládat.

Pro výzkumnou část byly stanoveny tři hlavní cíle. Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda změny u žen v klimakteriu ovlivnily jejich sexualitu. Druhý cíl se zaměřuje na znalosti žen o změnách v klimakteriu. Posledním cílem bylo vyzkoumat, zda porodní asistentky informují ženy o změnách sexuality v období klimakteria. Uvedeným cílům byly určeny tři výzkumné otázky. První otázka zjišťuje, jakým způsobem byla u žen pozměněna jejich sexualita v období klimakteria. Druhá otázka se zaměřuje na to, jaké informace mají ženy o klimakteriu a o změnách s ním souvisejících a třetí otázka zkoumá, jakým způsobem informují porodní asistentky o sexualitě v klimakteriu.

K výzkumné části bylo zvoleno kvalitativní šetření, kdy sběr dat byl proveden pomocí hloubkových individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Vybraným ženám byl nejprve dán k vyplnění Kuppermanův index pro zjištění, zda mají ženy nějaké potíže, a tudíž jestli se ženy již nacházejí v klimakteriu. Podklad pro rozhovory tvořilo 22 předem připravených otázek. Prvních šest otázek zjišťovalo identifikační údaje žen. Následně měly respondentky možnost subjektivně se vyjadřovat na otázky nejen

k problematice období klimakteria, ale také k sexualitě v klimakteriu dle svých znalostí a osobních zkušeností. Výzkumný soubor tvořilo dvanáct respondentek v rozmezí věku od 45 do 65 let prožívajících období klimakteria. Rozhovory se ženami probíhaly v měsících únor a březen roku 2018 na předem určených klidných místech s ohledem na soukromí respondentek. Před samotným šetřením byla respondentkám předložena Žádost o souhlas ke spolupráci, která obsahovala informace o účelu rozhovoru, zdůrazňovala anonymitu získaných informací a zahrnovala také povolení k nahrávání rozhovorů na diktafon. Následně byly rozhovory doslovně přepsány do písemné formy. Analýza dat probíhala metodou barvení textu. Z kódování a třídění získaných odpovědí byly vytvořeny tři hlavní kategorie a jejich podkategorie, které shrnují shody v názorech a osobních zkušenostech všech respondentek. První kategorie s názvem Klimakterium byla rozčleněna na pět podkategorií, které se zabývaly představami žen o klimakteriu, subjektivními příznaky žen, změnou životního stylu, zdrojem informací a léčbou klimakteria. Kategorie Sexualita, druhá hlavní kategorie, byla rozdělena na čtyři podkategorie: Znalost změn, Subjektivní změny žen, Zdroj informací a Terapie. Třetí kategorie se zabývala edukací porodní asistentkou a byla tvořena podkategorií Seznámení se změnami sexuality v klimakteriu a podkategorií Forma edukace.

Z výzkumného šetření bylo zřejmé, že nejčastěji si ženy pod pojmem klimakterium vybaví návaly horka spojené s pocením. V kontextu s klimakteriem si spojily dále ženy především tělesné změny, změny nálad, hormonální změny, konec menstruace a sexuální potíže. Jako konkrétní subjektivní změny ženy uváděly problémy s menstruací, úplné ukončení menstruace, pocení a jako nejmarkantnější symptom z rozhovorů jasně vyplynuly návaly. Bylo zjištěno, že respondentky v období klimakteria byly nuceny pozměnit své hygienické návyky a styl oblékání. Většina respondentek přešla k aktivnějšímu způsobu života, a především ke zdravějšímu stravování. Bylo zjištěno, že ženy získávají informace o období klimakteria zpravidla od svého gynekologa. Znalost metod léčby klimakteria byla povětšinou u všech respondentek podobná a ve své podstatě dostačující. Z oblasti změn v sexualitě respondentky zdůraznily snížené libido, které se také ukázalo jako nejčastější změna u dotázaných žen. Výzkum odhalil, že informovanost žen v oblasti změn v sexualitě je téměř nulová a respondentky v případě potřeby vyhledávají pomoc na internetu. Stejně tak nekvalitně jsou ženy informovány i o terapii sexuálních potíží. Výzkumná část poukázala na to, že porodní asistentky v ambulancích obvodních gynekologů needukují ženy o změnách sexuality v období klimakteria ani

o klimakteriu takovém, ačkoliv by respondentky takovou formu edukace uvítaly. Stejně tak by ocenily i informační materiál, který by byl dostupný v čekárnách jejich obvodních gynekologů. Návrh informační brožury o klimakteriu, o změnách s ním souvisejících a o možnostech léčby případných potíží je přiložen k bakalářské práci.

Klíčová slova

Edukace; klimakterium; porodní asistentka; sexualita; žena

Sexual life of women in menopause

Abstract

The topic of this bachelor thesis is Sexuality of women in climacterium. The thesis consists of the theoretical part and the research part. At the beginning of the theoretical part, the readers are acquainted with the physiological periods of women, with the terminology related to the climacterium period, followed by a brief description of the climacterium endocrinology. An essential part of the theory are also the clinical symptoms of climacterium. Here are summarized the symptoms of vegetative syndrome, organic syndrome and metabolic syndrome. Diagnostic methods, which the theoretical part also deals with, play a significant role. Particular attention is paid to the climacterium treatment. This includes the possibility of hormone substitution therapy and an alternative method of therapy. Furthermore, the theoretical part deals with the issue of sexuality of women during climacterium. Again, the terminology of sexuality is defined first. The following is the chapter Sex and sexuality of women in the climacterium, in the subchapter there are explained the specific sexual dysfunctions that can occur during this period. Diagnostics of sexual problems and treating sexual dysfunctions have here also its essential place. Last but not least, in the theoretical part, the importance of the education of women by the midwife is emphasized, and the real conclusion deals with the communication which midwives should not forget and should be able to control it.

For the research part, three main aims were set. The first aim of the bachelor thesis was to find out whether changes of women in the climacterium influenced their sexuality. The second aim focuses on women's knowledge of changes in the climacterium. The last aim was to research whether midwives inform women about changes of sexuality during the climacterium. Three research questions were set for these aims. The first question gets to know how the sexuality of women was changed during the climacterium. The second question focuses on information women have about the climacterium and about the changes associated with it, and the third question researches how midwives inform about the sexuality in the climacterium.

A qualitative survey was selected for the research part and the data collection was carried out by means of detailed individual semi-structured interviews. Selected women were first given to complete the Kupperman Index to see if women had any difficulties, and so if those women were already in the climacterium. The basis for the interviews consisted

of 22 pre-prepared questions. The first six questions asked about women's identification data. Subsequently, respondents had the opportunity to express subjectively on questions not only about the climacterium, but also about the sexuality in the climacterium according to their knowledge and personal experience. The study consisted of twelve respondents aged between 45 and 65 in the climacterium. The interviews with women took place in February and March 2018 in pre-agreed quiet places with the respect to the privacy of respondents. Before the investigation, respondents were given a Co-operation Request containing information about the purpose of the interview, pointing out the anonymity of received information, and included permission to record interviews on the recorder. Subsequently, interviews were literally rewritten into the written form. Data analysis was done using the text coloring method. From coding and classifying the received answers, three main categories and their subcategories were compiled, summarizing the opinions and personal experience of all respondents. The first category, called Climacterium, was divided into five subcategories which focused on women's images of climacterium, women's subjective symptoms, lifestyle changes, information source, and climacterium treatment. The category Sexuality, the second main category, was divided into four subcategories: Knowledge of Changes, Subjective Changes of Women, Source of Information, and Therapy. The third category deals with midwifery education and was compiled by the subcategory Getting to know the changes of sexuality in the climacterium and the subcategory Form of education.

It is clear from the research that women most often have the climacterium connected with flushing accompanied by sweating. In the context of the climacterium, women mainly think of body changes, mood swings, hormonal changes, end of menstruation and sexual problems. As a particular subjective change, women reported menstruation problems, complete end of menstruation, sweating, and the interviews clearly showed flushing as the most noticeable symptom. It was found out that respondents during the climacterium were forced to change their hygienic habits and style of clothing. Most respondents switched to more active lifestyle and, above all, to healthier eating. It was found out that women usually receive information about the climacterium period from their gynecologist. The respondents' knowledge of climacterium treatment methods was, in most cases, similar and sufficient. In terms of sexuality changes, the respondents emphasized the reduced libido, which also proved to be the most frequent change of interviewed women. The research revealed that women's awareness of sexuality changes

is almost zero and respondents seek help online if needed. Equally poorly, women are also informed about the treatment of sexual problems. The research part pointed out that midwives at local gynecologists do not educate women about sexuality changes during the climacterium or neither about the climacterium itself, although the respondents would welcome such a form of education. They would also appreciate information material that would be available in the waiting rooms of their local gynecologists. Draft of the information brochure about climacterium, the changes related to it and the possibilities of treatment of possible problems is attached to the bachelor thesis.

Key words

Education; menopause; midwife; sexuality; woman

Obsah

Úvod.....	12
1 Současný stav.....	13
1.1 Fyziologická období ženy	13
1.2 Terminologie a definice pojmů týkajících se klimakteria.....	14
1.3 Endokrinologie klimakteria.....	15
1.4 Klinické příznaky klimakteria.....	16
1.4.1 Vegetativní syndrom – akutní příznaky.....	17
1.4.2 Organický syndrom – subakutní příznaky	17
1.4.3 Metabolický syndrom – chronické příznaky	19
1.5 Diagnostické metody v klimakteriu	20
1.6 Léčba klimakteria.....	21
1.6.1 Hormonální substituční terapie	21
1.6.2 Alternativní terapie	23
1.7 Vymezení pojmů týkajících se sexuality.....	25
1.8 Sex a sexualita u žen v klimakteriu.....	27
1.8.1 Ženské sexuální dysfunkce v klimakteriu.....	28
1.9 Diagnostika sexuálních dysfunkcí.....	29
1.10 Léčba sexuálních dysfunkcí u žen v klimakteriu	30
1.10.1 Psychoterapie - sexoterapie	31
1.10.2 Farmakologická léčba	31
1.10.3 Terapie mechanickými prostředky, cvičením.....	32
1.11 Edukace ženy porodní asistentkou	33

1.12	Komunikace jako nezbytný nástroj porodní asistentky	35
2	Cíl práce a výzkumné otázky	37
2.1	Cíle práce	37
2.2	Výzkumné otázky.....	37
2.3	Operacionalizace pojmů.....	37
3	Metodika	38
3.1	Popis metodiky.....	38
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	39
4	Výsledky výzkumu	40
4.1	Rozhovory se ženami v klimakteriu ve věku od 45 do 65 let	40
5	Diskuze	59
6	Závěr	66
7	Seznam zdrojů.....	67
8	Přílohy.....	75
8.1	Seznam příloh.....	75
9	Seznam zkratk	87

Úvod

Ženy během svého života zažijí celou řadu pomyslných životních mezníků, které většinou značně ovlivní a změní jejich žití. Jedním z takových životních mezníků je i klimakterium. Klimakterium nebo také jinak zvaný „přechod“ je přirozené období v životě ženy, vyznačující se postupným vyhasínáním funkce vaječnicků. Dochází tedy k úbytku ženského pohlavního hormonu estrogeneru. Tento nedostatek se následně odráží nejen ve stránce fyzického dyskomfortu, ale i ve stránce psychické nepohody. Tyto nepříjemnosti následně mohou vést i ke změnám v sexualitě žen.

Nástup a prožívání tohoto období je u každé ženy jiné. Pro některé ženy je tato životní fáze velice těžká, některé ženy si naopak na tomto období dokáží najít svá pozitiva. Je však velice podstatné, jakým způsobem žena tuto etapu přijímá a toleruje. Negativní vnímání této životní fáze může značně ovlivnit budoucí život žen či narušit kvalitu jejich partnerského vztahu. Už z tohoto důvodu by ženy měly být včas informovány o symptomech klimakteria a o možnostech případné terapie. Navzdory intimnosti by ženy měly být upozorněny i na souvislost klimakteria se změnami v sexualitě. I v tomto případě je velmi důležité ženám včas podat pomocnou ruku. Ačkoliv současná éra nabízí mnoho možností jak si vyhledat dostatek informací, počínaje internetem a konče bohatou literaturou, neodmyslitelnými rádci a pomocníky by měly být pro ženy i porodní asistentky v gynekologických ambulancích nebo komunitní péči. Je důležité překlenout i v dnešní době přetrvávající tabu v sexualitě a hlavně si uvědomit, že dobrá rada je „často nad zlato“.

Cílem bakalářské práce je tedy zjistit všeobecnou informovanost žen právě prožívajících klimakterické období, zmapovat, jakým způsobem klimakterium ovlivnilo jejich sexualitu, a především vyzkoumat, jakým způsobem se porodní asistentky podílejí na edukaci o změnách sexuality v této životní etapě.

1 Současný stav

1.1 Fyziologická období ženy

Slezáková (2017) rozděluje z fyziologického hlediska život ženy na šest období. Konkrétně se jedná o období novorozenecké a dětské, o pubertu, o období pohlavní zralosti (fertilní období), o klimakterium a o senium (Slezáková, 2017). Specifika těchto období jsou uvedena v následujících stručných definicích.

Prenatální období je prvním životním obdobím, které začíná početím (splnutím mužské a ženské pohlavní buňky) a končí narozením dítěte, fyziologicky tedy trvá 40 týdnů, přesněji 9 měsíců a 280 dnů (Thorová, 2015). Během tohoto období je plod ženského pohlaví v děloze ovlivňován především hormony matky, konkrétně estrogeny (Slezáková, 2017). U geneticky ženských plodů se absencí androgenů vyvíjejí ovaria (vaječníky) a gonocyty (prvopohlavní buňky), které jsou již v 16. týdnu prenatálního vývoje registrovány jako primordiální folikuly, posléze je modifikován ženský vnitřní genitál a ženský zevní genitál (Marek, Hána, 2017).

Novorozenecké období nebo také neonatální období začíná přestřižením pupečníku, je datováno až do 28. dne po porodu a jeho hlavní charakteristikou je adaptace novorozence na nové prostředí mimo dělohu (Machová, 2016). Po porodu se postupně začínají z těla dítěte vyplavovat mateřské hormony, některé novorozené dívky mohou mít vlivem estrogenů zduřelou prsní žlázu, z pochvy mohou mírně krvácet, popřípadě odchází z rodidel hlen, a to po dobu až šesti týdnů (poté se hladiny hormonů ustálí a reakce pominou) (Slezáková, 2017).

Období dětské souhrnně zahrnuje období kojenecké, následuje věk batolecí, předškolní věk, který trvá od 3 do 6 let, a v sedmi letech začíná mladší školní věk, kdy dívky nastupují do školy (Machová, 2016). Do osmi let jsou u dívek hladiny hormonů v normě a nijak se neprojevují, přibližně od devíti let přichází však značné proporcionální změny a postupně se začíná projevovat pubertální vyspívání, které je u dívek rychlejší než u chlapců (Slezáková, 2017).

Mezi jedenáctým až patnáctým rokem života (velmi individuální) začíná životní období *pubescence*, kdy je dospívání na svém vrcholu (včetně hormonálních hladin), dozrává reprodukční soustava dívek a vyplavováním pohlavních hormonů dochází také k tělesným a funkčním změnám (Thorová, 2015). Příkladem je ukládání podkožního

tuku, zvětšení svalstva, rozvoj sekundárních pohlavních znaků (pubické a axilární ochlupení, růst prsů) a u dívek také dochází k prvnímu menstruačnímu krvácení (menarche) (Rodrigues, 2014).

Období pohlavní zralosti považuje Slezáková (2017) za nejdelší období života ženy, neboť je časováno od 18 do 45 let. Po stránce biologické je toto období neoptimálnější k otěhotnění (Machová, 2016), neboť žena je vyžralá nejen po stránce fyziologické, ale i po stránce psychosociální a nervové (Slezáková, 2017). Vysoké hladiny pohlavních hormonů přetrvávají u ženy až do 35. roku života, poté se začínají hladiny postupně snižovat až do samotné menopauzy (Rodrigues, 2014). Bazální hodnoty estradiolu se u menstruuujících žen v tomto období pohybují od 0,04 nmol/l – 1,93 nmol/l (Hána, 2014). Hladiny gonadotropinů (LH, FSH) se poté mění dle fáze menstruačního cyklu (Hána, 2014).

Klimakterium, jak uvádí Skorunková (2013), je přechodné období ženy, pro které jsou v důsledku snižujících se hladin estrogenu charakteristické tělesné i psychické změny, a tedy je to i konečné období reprodukční schopnosti ženy. Více pozornosti bude této problematice věnováno ve druhé podkapitole.

Posledním fyziologickým obdobím ženy je *senium*, které začíná okolo 60. roku života (Machová, 2016). V tomto období je schopnost vaječnicků již zcela zastavena a pohlavní orgány ženy jsou v klidovém stavu (Slezáková, 2017).

1.2 Terminologie a definice pojmů týkajících se klimakteria

Klimakterium je přechodné období, ke kterému dochází mezi plodným věkem ženy a počátkem senia (Fait, 2013, 2014). Pro toto poměrně dlouhé časové období je příznačný, a zároveň fyziologický pokles ovariální funkce, vyhasíná reprodukční schopnost ženy a výrazné změny nastávají i po stránce endokrinní, somatické a psychické (Vokurka, 2015). Jak uvádí Fait (2014), podle WHO (1981), tedy Světové zdravotnické organizace, začíná toto období přibližně rok před menopauzou a je charakterizované postupným nástupem klinických obtíží. Hošková et al. (2012) definují klimakterium jako určitý čas před poslední menstruací až do jednoho roku po této poslední menstruaci. Jde o přirozenou fázi života, která je ovlivněna mnoha faktory, a proto se u jednotlivých žen liší nástupem i svým samotným průběhem (Bernaciková et al., 2014). Jak ale uvádí Čepický (2012), a stejně tak Roztočil et al. (2011), klimakterium je nesespecifický termín, který definuje období začínající stagnací činnosti vaječnicků a končící počátkem

postmenopauzy. I Petrovičová (2017) je toho názoru, že pro klimaktérium není přesná definice, neboť nevystihuje fyziologii všech třech fází, tedy perimenopauzy, menopauzy a postmenopauzy, na které bylo v minulosti rozděleno.

Menopauza je definována jako poslední menstruační krvácení (Koliba, 2015). Aby mohla být tato diagnóza stanovená, nemělo by následujících dvanáct po sobě jdoucích měsíců (po již zmiňované poslední menstruaci) dojít u ženy k žádnému dalšímu krvácení (Kubíková, 2014). Dle Faita (2013, 2014) je to poslední ovariálně řízená menstruace. Menopauza se dostavuje většinou mezi 49. – 51. rokem života ženy (Hošková, 2012). Kouření, podvýživa, vegetariánství, nepravidelná menstruace a život ve vyšších nadmořských výškách ovlivňují časnější nástup menopauzy (Marek, Hána, 2017).

Roztočil et al. (2011) časují *perimenopauzu* v období jednoho roku před menopauzou až do jednoho roku po menopauze. Rozdílné tvrzení uvádějí však Pilka a Turková (2012), kteří jsou toho názoru, že perimenopauza může nastat 5 – 10 let a dokonce i více let před menopauzou. V tomto období se u ženy objevují různé symptomy, jako nepravidelná menstruace nebo urogenitální problémy (Dostál, Turková, 2017). Fait (2013, 2014) přikládá stejný význam pojmu *premenopauza*, kdy určuje počátek tohoto období od jednoho roku před posledním krvácením s pravidelnou menstruací, avšak u žen se již mohou projevovat akutní příznaky spojené s klimaktériem. Naopak Pastor a Uzel (2010) definují premenopauzu jako období od menarche do menopauzy, jinak řečeno se dle nich jedná o plodné období ženy.

Postmenopauzou se rozumí období, které začíná rok po menopauze, tedy po posledním menstruačním krvácení (Čepický, 2012). Toto období trvá přibližně do 65 let života ženy, neboť posléze fyziologicky začíná sénium (Vlček, 2014).

1.3 Endokrinologie klimakteria

Během fertilního věku probíhá v těle ženy hypotalamo-hypofyzárně-ovariální osa, kdy hypotalamus působí na hypofýzu gonadoliberiny (GnRh – gonadotropin releasing hormone), v hypofýze jsou následně produkovány gonadotropiny FSH (folikulostimulační hormon) a LH (luteinizační hormon), ty řídí funkci vaječnicků a poté negativní zpětnou vazbou estrogeny a gestageny ovlivňují vylučování gonadotropinů (Pastor, Uzel, 2010). Samotné estrogeny jsou tedy produkovány v granulózních buňkách zrajícího oocyty, avšak v období klimaktéria je tato tvorba velice proměnná (Magowan et al., 2014). Přibližně už od 35. roku života ženy se počet folikulů snižuje a také klesá

postupně jejich kvalita, tedy stávají se odolnými vůči gonadotropní stimulaci (Roztočil et al., 2011). Následkem toho nebo také anovulací či nepravidelným dozráváním oocytů se menstruační cykly zkracují (především folikulární fáze) a když dojde k ovulaci, následná luteální fáze přetrvává 14 dnů bez jakékoliv změny (Pilka, Turková, 2012). Vzhledem k rezistenci folikulů také dochází ke zvýšení hladin FSH a po určité době se zvyšuje i tvorba LH, což vede stimulací vaječnicků ke snížení estradiolu (Dostál, Turková, 2017). Čepický (2012) upozorňuje na to, že pokud je bazální hladina FSH 2. – 4. den u menstrující ženy 10 IU/l, jedná se o takzvané skryté ovariální selhání, pokud je však bazální hladina FSH 40 IU/l, jde již o postmenopauzu. Když poté porovnáme hladiny estrogenů v reprodukčním věku ženy a v období klimakteria, zjistíme, že je tvorba estradiolu až o 90 % nižší (Fait, 2013). Hladina estradiolu se u žen v klimakteriu pohybuje od 0,04 nmol/l do 0,14 nmol/l (Hána, 2014).

V období postmenopauzy je estradiol nahrazen estronem, který je z 50 % přeměňován z androstendionu aromatizací (Reid, 2015). K tomuto procesu dochází hlavně v tukové tkáni, dále také ve svalech, játrech, kostní dřeni a fibroblastech (Dostál, Turková, 2017). Protože aromatizace probíhá z největší části v již zmíněné tukové tkáni, na základě tohoto dění Reid (2015) předpokládá, že u obézních žen by poté mohly být zmírněny následky estrogen-deficitního syndromu. Pilka a Turková (2012) však toto tvrzení vyvrací, neboť se dle nich klimakterické symptomy u obézních žen nijak zvlášť neliší od symptomů u žen štíhlých.

1.4 Klinické příznaky klimakteria

Během perimenopauzy trpí ženy nepravidelnými cykly, kdy postupným odlučováním endometria se může objevit i dysfunkční krvácení (Čepický, 2012). V tomto případě by měl praktický gynekolog vždy ženu důkladně gynekologicky vyšetřit, následně provést ultrazvukové vyšetření, hysteroskopii či biopsii endometria k histologickému vyšetření, aby mohly být vyloučeny závažnější patologie, jako jsou děložní myomy, polypy nebo endometriální karcinom (Dostál, Turková, 2017). Je nutné si uvědomit, že za veškerými příznaky nestojí pouze hormonální změny, ale žena je v období klimakteria také ovlivňována prostředím, ve kterém žije, svou prací, partnerskými i rodinnými vztahy apod. (Reid, 2015). Snížená hladina estrogenů se projevuje u ženy akutními, subakutními a chronickými symptomy (Kubíková, 2014). Někteří autoři, jako například Roztočil et al. (2011), Čepický (2012) nebo Vlček (2014), rozdělují potíže způsobené deficitem estrogenu na vegetativní syndrom, organický syndrom a metabolický syndrom.

1.4.1 Vegetativní syndrom – akutní příznaky

Jak píše Malý a Doseděl (2012), do vegetativního syndromu jsou řazeny vazomotorické a psychické problémy, které jsou souhrnně nazývány také jako akutní klimakterický syndrom. Mezi akutní příznaky jsou řazeny návaly horka, které trvají přibližně 3 minuty, jsou často doprovázeny nevolností, bušením srdce a silným pocením, objevují se u 50 % - 85 % žen a pocity horka jsou lokalizovány především v horní části těla, tedy na hlavě, krku, na pažích a hrudníku (Magowan et al., 2014). Vlček (2014) uvádí, že pocity horka jsou způsobené rozšířením cév a následným větším průtokem krve kůží od hlavy po paže. Předpokládá se, že příčinou návalů horka a pocení je porucha řízení hypotalamických neurotransmiterových systémů, které jsou za fyziologických podmínek ovlivňovány estrogeny (Čepický, 2012). Dle Fajta (2013, 2014) postupné klesání hladiny estrogenů snižuje počet těchto neuronů a termoregulační centrum je narušeno (Pastor, Uzel, 2010). Organismus posléze chybně hodnotí teplotu daných oblastí těla, aktivuje vazomotorický systém, ten dilatuje tepny (pro zvýšené proudění krve) a místo cílené obnovy rovnovážné teploty dochází v těchto částech těla k negativním návalům horka (Rodrigues, 2014).

Kromě fyzických příznaků se projevuje u žen i mnoho psychických příznaků jako například změny nálad, pláčivost, citlivost, nespavost, úzkost, ztráta koncentrace, zhoršení paměti, dokonce ztráta sebevědomí či libida (Shifren, Gass, 2014). Dle Borovského a Křišťůvkové (2015) trpí ženy vazomotorickými příznaky 6 měsíců až 2 roky, u některých však mohou přetrvávat až 13 let, což může být spojeno s nižším věkem, s nižším stupněm vzdělání, s kouřením, nebo také se strachem z klimakterického období a celkově se špatným prožitkem všech změn, které u ženy nastávají. Dostál a Turková (2014) také uvádějí časové rozmezí vegetativního syndromu velice rozsáhle, příznaky se mohou objevit již v perimenopauze a přetrvávat ještě 5 – 10 let po menopauze. Příčina negativního prožívání ženy opět spočívá v úbytku receptorů v mozku, které jsou ovlivňovány hladinami estrogenů a progesteronů (Rodrigues, 2014).

1.4.2 Organický syndrom – subakutní příznaky

Nízká hladina estrogenů se projevuje nezvratnými změnami na tkáních orgánů, které jsou na těchto hormonech závislé (Kubíková, 2014). Mezi orgány, které obsahují estrogenové receptory patří vulva, pochva, močová trubice, močovody, močový měchýř a svaly pánevního dna (Fait, 2013, 2014). Důsledkem estrogenového deficitu dochází k atrofii

těchto orgánů, podle lokalizace problémů se jedná buďto o vulvo-vaginální syndrom či uretrální syndrom, avšak od roku 2014 je celkově nazýván jako genitrouretrální syndrom menopauzy – GSM (Petrovičová, 2017).

Řídnutím podkožního vaziva dochází k postupnému ztenčení kůže vulvy, dochází ke zmenšení velkých stydkých pysků, typická je i ztráta pubického ochlupení a u některých žen se objevuje i krauróza, tedy onemocnění přechodné zóny mezi kůží a sliznicí, které se projevuje svěděním a může být i prekancerózou (Vlček, 2014). Deficit estrogenů také způsobuje zmenšení vaginálního dlaždicového epitelu a ztrátu přirozené lubrikace pochvy (Reid, 2015). Jak uvádějí Roztočil et al. (2011), změna na poševním epitelu vede ke změně bakteriální flóry, tím je snížena přirozená bariéra pochvy proti infekcím a ženy často trpí atrofickou vaginitidou, která je doprovázena různými intimními problémy, například výtoky, svěděním či pálením. Ztenčená vaginální tkáň je také velmi citlivá na jakýkoliv tlak, při neuvážených sexuálních aktivitách proto může být porušena stěna pochvy a žena poté pociťuje bolest, dokonce po pohlavním styku může začít krvácet (Portman, Gass, 2014).

U žen v postmenopauze se snižuje i napětí pánevního vaziva, přičemž mnohdy dochází k poklesu dělohy, močového měchýře a močové trubice do pochvy, či k úplnému výhřezu urogenitálních orgánů ven z pochvy (Dostál, Turková, 2017). Změny na pánevním dnu mohou být příčinou i stresové inkontinence (nechtěný samovolný únik moči), která výrazně narušuje v životě ženy její rodinné, pracovní i sociální vztahy, působí i na sexuální aktivitu, a především na vnímání sebe sama (Horčíčka, 2017). Celkové omezení průtoku krve urogenitálním ústrojím snižuje rezistenci proti močovým infekcím a ženy eventuálně trpí pálivou až řezavou bolestí při močení a také častějším nutkáním k močení, především v noci (Fait, 2013,2014).

Charakteristické také je, že dochází ke snížení kolagenu (bílkoviny obsažené v kůži) a atrofizace kůže se poté projevuje například na struktuře a pevnosti nehtů či vlasů (Rodrigues, 2014). Dle Vlčka (2014) byl zaznamenán i pokles funkce potních a mazových žláz, pokožka je také více citlivá na poranění, změnu teplot či vyrážky, postupně ztrácí svou elasticitu a hydrataci, což se u žen projevuje vráskami v obličeji a v dekoltu. Ztráta pevnosti kůže se projevuje i v oblasti prsou (Kubíková, 2014). Transformací hormonálních hladin se mění i struktura vlasů, kdy v kombinaci s genetickými faktory

a změnou kognitivních pochodů mohou ženy po menopauze zaznamenat jejich větší ztrátu (Shifren, Gass, 2014).

Změnou sliznic ženy často trpí suchostí v ústech, či syndromem suchého oka (Čepický, 2012). Reid (2015) také předpokládá, že deficit estrogenu vede u žen k častějšímu výskytu šedého zákalu a ztrátě centrálního vidění (postižení žluté skvrny).

1.4.3 Metabolický syndrom – chronické příznaky

Chronické příznaky se u žen objevují většinou v průběhu cca 8 – 12 let, kdy dochází k postupné destrukci estrogen-senzitivních orgánů, avšak tyto metabolické změny mohou být pro ženu velice nebezpečné a významně snižovat kvalitu jejího života (Vlček, 2014).

Jedna z nejzávažnějších diagnóz, která zvyšuje nemocnost žen staršího věku je osteoporóza (Fait, 2014). Z důvodu klesající hladiny estrogenů se zvětšuje počet osteoklastů (buňky odstraňující kostní hmotu), které zapříčiňují převahu resorpce kostní tkáně nad novotvorbou a výsledkem je tedy celkový úbytek kostní hmoty (Roztočil et al., 2011). Důsledky postupného vývoje osteopenie a následně osteoporózy jsou různé, nejčastěji se však setkáváme se zlomeninou krčku stehenní kosti, se zlomeninami obratlů a se zlomeninami zápěstí (Kubíková, 2014). Více bývají poté postiženy ženy štíhlé, kuřačky a ženy s osteoporózou v rodinné anamnéze (Čepický, 2012). Se snížením hustoty minerálů v kostech souvisí i vypadávání zubů (především z horní čelisti) a ženy jsou následně i více ohroženy paradontózou, ústními traumaty a periodontálními záněty (Shifren, Gass, 2014). Je důležité si uvědomit, že na tvorbě osteoporózy se podílí i genetické faktory, celkový životní styl ženy (včetně pohybové aktivity či stravování) a v neposlední řadě i další onemocnění, kterými žena v dané době trpí (Petrovičová, 2017).

Dalším závažným problémem, jehož manifestaci zvyšuje nízká hladina estrogenů, je onemocnění koronárních tepen, kdy defekty vznikají přibližně po 9 letech po menopauze (Dostál, Turková, 2017). Podle studií se vyskytují v endotelu cév (vnitřní vrstvě cév) estrogenové receptory, které ovlivňují jejich průsvit, přesněji řečeno zvyšují hustotu látek rozšiřující tepny, a naopak zeslabují účinek látek zužující tepny (Payer, Bernárová, Jackuliak, 2016). Svou roli má v tomto stavu také změna glycidového a lipidového metabolismu, přičemž dochází ke zvýšené tvorbě celkového cholesterolu, triglyceridů a LDL (nízkodenzitní lipoprotein) cholesterolu (Reid, 2015).

Naopak HDL (vysokodenzitní lipoprotein) cholesterol, který má za normálních podmínek ochranný vliv na cévy a udržuje tepny průchodné, klesá (Rodrigues, 2014).

Typické pro klimakterické období je, že ženy podstatně přibývají na váze a tuková tkáň se ukládá především v oblasti břicha (Vrablík, 2014). Hlavní příčinou je větší míra androgenů (mužských pohlavních hormonů) než estrogenů v těle ženy, dále má svůj vliv i snížení pohybu a špatná životospráva, neboť ženy často řeší své psychické problémy přejídáním se (Vlček, 2014). Nízká hladina estrogenů také zpomaluje metabolismus v těle ženy, který rovněž ovlivňuje rozložení tuku v těle (Rodrigues, 2014). Ve spojitosti se stoupající váhou dochází k inzulinové rezistenci a k následnému zvyšování krevního tlaku (Piřha, 2016).

Jak již bylo zmíněno v akutních příznacích, snížená hladina estrogenů ovlivňuje i určité kognitivní schopnosti a s tímto faktem by mohl souviset rozvoj Alzheimerovy choroby, která je častější u žen ve starším věku než u mužů (Borovský, Ožvoldová, 2017). Další neurodegenerativní onemocnění, které je u žen časté a má jistou spojitost s klimakteriem, je Parkinsonova choroba (Pastor, Uzel, 2010). Jak vysvětluje Fait (2014), estrogeny mají protektivní vliv na nervové buňky, působí na jejich růst i větvení, zajišťují dostatečný průtok krve mozkovým řečištěm, podněcují nervové synapse i tvorbu neurotransmiterů, proto v souvislosti s klesáním hladin estrogenů se mohou u žen objevit i tyto choroby.

1.5 Diagnostické metody v klimakteriu

Diagnostika je zásadní krok pro zahájení léčby, tudíž je velmi důležité provést podrobné vyšetření ženy, které se skládá ze zjištění detailní anamnézy, z gynekologického vyšetření, kontroly vaginálním ultrazvukem a stěru ze sliznice děložního čípku za účelem cytologického vyšetření (Koliba, 2015). U ženy je také měřena výška, váha, obvod pasu a BMI (body mass index), tlak a tep (Vrablík, 2014). Praktický lékař by měl posléze indikovat laboratorní vyšetření krve a moči, kde jsou důležité především hladiny celkového cholesterolu, LDL a HDL cholesterolu, triglyceridů, hladiny glykemie a hodnoty jaterních testů (Vrablík, 2014). Již při prvních akutních potížích charakteristických pro klimakterické období je možné provést hormonální vyšetření krve a falzifikovat tak u ženy případný přechod (Vlček, 2014). Dále je doporučováno ženě jedenkrát ročně podstoupit mamografické vyšetření a u rizikových pacientek je vhodné

provést vyšetření kostní denzity a biochemických markerů kostního metabolismu (Marek, Hána, 2017).

Aby u žen mohl být posouzen rozsah symptomů, bylo vytvořeno mnoho standardizovaných dotazníků a měřících škál, které jsou logicky sestavené pro jasné statistické vyhodnocení, a proto jsou využívány po celém světě (Fait, 2013). Dle Faita (2014) je hojně využívána hodnotící škála Kuppermanův index, který byl publikován již v roce 1953 kolektivem Kupperman a Blatt (Příloha 1). Nejpoužívanějším dotazníkem ke zhodnocení klimakterických obtíží je v dnešní době dle Faita (2017) Menopause rating scale (MRS). Moravcová et al. (2014) validizovali tento dotazník a následně vytvořili standardizovanou českou verzi (Příloha 2), která se zaměřuje na typické klimakterické symptomy z oblasti somato-vegetativní, urogenitální a psychické, na intenzitu potíží v daném období ženy, na míru změn v životním komfortu ženy a na účinek eventuální léčby.

Další velmi využívanou možností pro diagnostiku klimakteria a zároveň i zlatým standardem pro charakteristiku reprodukčního stárnutí je metoda STRAW+10 (Stages of Reproductive Aging Workshop + 10) (Příloha 3) (Harlow et al., 2012). Tato diagnostická metoda zjišťuje stádium reprodukčního věku ženy, kdy hlavními indikátory pro jednotlivé dělení těchto stádií jsou hladina FSH, hladina AMH a AFC, hladina Inhibinu B, pravidelnost menstruačního krvácení, délka menstruačního cyklu, přítomnost akutních, subakutních a chronických příznaků (Petrovičová, 2017). STRAW+10 charakterizuje 5 období, konkrétně je to pozdní reprodukční stádium, brzký a pozdní menopauzální přechod a brzká a pozdní postmenopauza (Harlow et al., 2012).

1.6 Léčba klimakteria

Současná medicína nabízí mnoho léčebných postupů, jejichž záměrem je nejen zlepšit životní komfort žen, ale i zmírnit genitourinární menopauzální syndrom a zastavit modifikaci cév a kostní dřevě (Rešlová, 2012). Tyto postupy jsou založeny buď na alopatickém postupu nebo na alternativním (přírodním) přístupu (Rodrigues, 2014).

1.6.1 Hormonální substituční terapie

Nejvyužívanější možností prevence, respektive léčby klimakterických příznaků je hormonální substituční terapie (hormone replacement therapy, dále jen HRT) (Vlček, 2014). Dle NAMS (The North American Menopause Society) je HRT stále

nejlepší možností léčby všech klimakterických obtíží, avšak je důležité, aby praktický gynekolog na základě důkladné diagnostiky stanovil léčbu individuálně, a to užívanou dávkou, způsobem aplikace, režimem podávání a délkou léčby. Také je důležitá neustálá kontrola případných nežádoucích účinků HRT u ženy (Pinkerton et al., 2017). Nežádoucími účinky, které ve většině případů narušují spolupráci se ženou, mohou být například napětí a bolestivost prsou, nepravidelné krvácení, či žaludeční potíže a ženy při jejich výskytu často chtějí léčbu ukončit (Kubíková, 2014).

Hlavní složkou HRT jsou pohlavní hormony, kdy se ženám po hysterektomii podávají pouze estrogény (estrogen therapy, dále jen ET) a ostatním ženám kombinace estrogenů a gestagenů (estrogen-progestogen therapy, dále jen EPT) (Fait, 2017). Důvodem podávání EPT je, že užívání samotných estrogenů u žen se zachovalou dělohou zvyšuje riziko hyperplazie endometria, v horším případě vznik karcinomu endometria, avšak kombinace estrogenů s gestageny slouží v této situaci jako blokátor nadměrného růstu endometria (Kubíková, 2014). Mnoho benefitů v prevenci osteoporózy přináší i tibolon, selektivní modulátor tkáňové estrogení a androgení aktivity (Rešlová, 2012). Tento typ HRT je výjimečný pro svůj účinek na androgenové receptory, proto je vhodný pro ženy se sníženým libidem a při výskytu sexuálních dysfunkcí ženy (Pastor, Uzel, 2010). Ženám, kterým nevyhovuje ET nebo EPT, se nabízí možnost terapie selektivními modulátory estrogenových receptorů (dále jen SERM), a to především v léčbě GSM (Petrovičová, 2017). SERM je typ hormonální léčby fungující na způsob imitace účinku estrogenu na estrogen dependentní tkáň a kromě pozitivního vlivu na urogenitální systém je významnou prevencí osteoporózy a aterosklerózy (Dostál, Turková, 2017).

Metod užívání HRT je mnoho, ženám může být léčivo aplikováno perorálně (tablety), (náplasti), intramuskulárně (injekce), perkutánně (gely, krémy), subkutánně (podkožní implantát), intranazálně (spreje) nebo vaginálně (Hána, 2014). Dávkování může být denní, týdenní, dokonce i měsíční, to vše záleží na obvodním gynekologovi, na jeho znalostech a zkušenostech s danými léčivy a samozřejmě na individualizaci léčby dle potíží dané pacientky (Fait, 2017).

Kontraindikací pro užívání HRT je zhoubný nádor endometria a nádor prsu, onemocnění jater, akutní hluboká žilní trombóza a děložní krvácení, u kterého není jasný původ (Koliba, 2015). Petrovičová (2017) následně udává další onemocnění, například diabetes

mellitus, migrénu, endometriózu, hypertenzi, epilepsii, hypertyreózu, varixy a další, která sice nejsou kontraindikací HRT, ale pokud žena trpí některým z těchto onemocnění a je léčena HRT, je důležitá zvýšená observace ženy.

Delší užívání HRT s sebou nese pro ženy rizika, jako je například možný výskyt tromboembolické nemoci, kdy toto riziko následně stoupá s vyšším věkem ženy a její případnou obezitou (Kubíková, 2014). Nejčastěji dochází k flebotrombóze v dolních končetinách, může však nastat i plicní embolie, žena je ohrožena výskytem infarktu myokardu, cévní mozkovou příhodou či ischemickou chorobou dolních končetin (Fait, 2014a). HRT také ovlivňuje rozvoj karcinomu prsu (podporuje jeho růst) a to až o 10 - 30 % (Fait, 2017).

1.6.2 Alternativní terapie

Přírodní terapie nabízí v dnešní době mnoho metod, ze kterých si ženy mohou vybírat (Rodrigues, 2014). Jednotlivé akutní klimakterické příznaky se dají mírnit například nehormonálními prostředky, a to konkrétně fytoestrogeny (Kubíková, 2014). Fytoestrogeny jsou přírodní látky obsažené v rostlinách a na základě jejich podobnosti s estrogy po stránce molekulární dokáží indukovat v těle ženy estrogenní efekt (Mončilová, 2016). Ze zkušeností mají pozitivní vliv především na akutní klimakterické příznaky, jsou podstatnou prevencí osteoporózy i atrofie pochvy (Fait, 2016). Ačkoliv nemají dlouhodobý účinek, zájem o tuto alternativní metodu se neustále zvyšuje především u žen, které nechtějí nebo nemohou užívat HRT (Kašparová, 2013). Fytoestrogeny se nacházejí především v sóje, dále jsou obsaženy ve květech a semenech červeného jetele a vojtěšky, v červené vinné révě, v obilovinách, v rýži, v jahodách a rybízu, v česneku, v lékořici a v datlích (Fait, 2015a). Rodrigues (2014) dále uvádí potraviny jako je mrkev, olivy, kukuřice, zelí, hrách, petržel, dýně, jablka, třešně, papája, švestky, oves, pšenice, sezamová semínka, slunečnicová semínka a lněná semínka. Zvláštním zdrojem obohacným o fytoestrogeny je chmel, kdy extrakt z chmelových květů má velmi pozitivní vliv na vazomotorické příznaky a na prokrvení pochvy při atrofii (Slíva, 2015). Malý a Doseděl (2012) také upozorňují na příznivý vliv chmele při problémech se spánkem.

Další možností nehormonální terapie je produkt Séréllys obsahující čistý pylový výtažek a směs výtažků z pylu a pestíků, který se ukázal jako velmi účinný v mírnění vazomotorických příznaků, konkrétně při návalech horka, při poruchách spánku a při

ovlivnění tělesné teploty (Jeníček, 2016). Podobným přípravkem je PM Estromenox, jehož základem je včelí pyl obohacený o extrakt z vinné révy, který napomáhá k navrácení duševní rovnováhy, pozitivně ovlivňuje transformaci kostních buněk a v neposlední řadě je prevencí civilizačních chorob (Mihulová, 2013). Všeobecně pyl obsahuje vitamíny A, B_{1,2,5} a růstový hormon (napomáhá vstřebávání gonadotropinu) a mateří kašička je bohatá na vitamíny, aminokyseliny, minerály a enzymy, působí také proti únavě a pozitivně stimuluje činnost mozku (Rodrigues, 2014).

Zvláště alternativní metodou pro zmírnění klimakterických příznaků je homeopatie, která se řídí heslem „podobné léčí podobné“, kde hlavním cílem je posílení imunitního systému ženy, zvýšení obranných mechanismů těla a podpora vylučování škodlivých látek z těla ženy (Mihulová, 2013). Základem homeopatik jsou silné přírodní látky, které se však podávají ženám ředěné, neboť vysoká dávka těchto substancí naopak dané onemocnění vyvolává (Holub, 2014). Homeopatický lékař by měl zhodnotit celkový stav ženy, na základě rozhovoru zjistit její aktuální problémy, odebrat podrobnou anamnézu, provést potřebné klinické vyšetření (TK, BMI, vyšetření prsů, vyšetření dělohy, celková konstituce těla) a teprve poté vytvořit individuální homeopatický plán terapie (BesnardCharvet, 2014).

Pro zmírnění návalů horka, pocení a úzkosti je využívána také akupresura, což je neinvazivní léčebná metoda pocházející z Číny, při níž jsou prsty stlačovány určité body v pokožce (na kotníku, na zápěstí, na uchu), které uvolňují neurotransmitery (ovlivňují termoregulaci) a nervové hormony (endorfiny) (Armand, 2017). Podobnou alternativní metodou je i akupunktura, kdy za pomoci malých jehliček jsou stimulovány tzv. aktivní body ležící na energetických drahách (Machová, 2017). Tato stimulace posléze vede k navrácení energetické bilance v těle a je vhodná pro mírnění bolesti nebo pro celkové uvolnění (Machová, 2017).

Dle doporučení IMS (International Menopause Society) z roku 2016 by měla žena v klimakteriu změnit celkově svůj životní styl, tedy začít aktivně a pravidelně sportovat, dále by měla žena řádně upravit své stravovací návyky, omezit pití alkoholu, a především abstinovat od kouření. Jídelníček žen v klimakteriu by měl obsahovat všechny potřebné makronutrienty a mikronutrienty, měl by být rozmanitý (Starnovská, 2016). Naopak je nutné redukovat množství koření, soli, cukru, horkých jídel a těžkých jídel a snížit tak počet ataků návalů horka (Rodrigues, 2014). Ženy by

neměly opomíjet konzumovat potraviny bohaté na vápník, fosfor, křemík, vitamín K, vitamín D a omega-3 mastné kyseliny, důležité je také zařadit do jídelníčku dostatek rostlinných bílkovin (Besnard-Charvet, 2014). Fait (2014a) následně poukazuje na dodržování optimálního pitného režimu, tedy cca 2-2,5 litrů za den a naopak pití kávy omezit na minimum. Pravidelný pitný režim napomáhá při lámavosti vlasů a nehtů, více je také hydratována a prokrvena pokožka a poševní sliznice (Rodrigues, 2014).

Svou nezaměnitelnou roli v prevenci klimakterického syndromu má již zmíněný pravidelný pohyb, který je potřebný ke správnému fungování vnitřního prostředí lidského těla (Krejčík, 2016). Pohybovou variantou může být například hormonální jógová terapie, která díky svým speciálním technikám zabezpečuje rychlejší efekt na tělo jako celek i na jeho jednotlivé orgány (Fait, Gedeonová, 2015). Jednotlivé cviky aktivují, respektive obnovují tvorbu ženských pohlavních hormonů a zároveň snižují intenzitu klimakterických symptomů (Rodrigues, 2014). Ve své podstatě hormonální jóga účinkuje na čtyřech stupních zároveň (Rožumberská, 2016). Konkrétně se jedná o fyziologický stupeň, kdy dochází k reaktivizaci vaječníků a opětovné produkci hormonů (Krejčík, 2013). Druhým stupněm je tělesný, neboť je posilováno svalstvo (především hlubokého stabilizačního systému), tvaruje se tělo, posilují se kosti a žena se učí správně držet postoj těla a využívat ladných pohybů (Rodrigues, 2014). Dále je pozitivně ovlivňována psychika ženy, jelikož pomocí správných dechových technik napomáhá jóga odbourávat stres, depresi, duševní nestabilitu i nespavost, žena je více koncentrovaná a klidná, a poslední stupeň je energetický, kdy je aktivován tělesný klid a životní síla a pozitivně jsou uvedeny v činnost i žlázy s vnitřní sekrecí (Krejčík, 2013). Aby výsledky byly optimální, je důležité, aby žena byla vytrvalá a pravidelně cvičila (Rodrigues, 2014). Fait (2014a) uvádí, že jakákoliv tělesná aktivita třikrát týdně po dobu třiceti minut napomáhá ženě udržovat tělesnou hmotnost, zajišťuje stálou funkčnost kostí a u 2/3 žen je prevencí akutních příznaků. Jakákoliv tělesná aktivita je také významná v prevenci ICHS a v prevenci obezity (Rosolová, 2016).

1.7 Vymezení pojmů týkajících se sexuality

Následující kapitola obsahuje stručné definice několika pojmů týkajících se sexuality.

Kořeny *lékařské sexuologie* zasahují až do 19. století, avšak k největšímu rozmachu tohoto oboru došlo ve 20. století, a to především v Evropě (Šrámková, 2015). Lékařská sexuologie se principiálně řídí zásadami WHO (v souvislosti se sexuálním

zdravím) a přijímá sexualitu jako součást každé osobnosti, jakožto základní lidskou potřebu (Zvěřina, 2012a). Lékařská sexuologie se zaměřuje na diagnostiku a léčbu sexuálních poruch (poruchy plodnosti, sexuální dysfunkce), na nápravu sexuální delikvence a deviace, na prevenci sexuálně přenosných chorob i na poradenství v oblasti sexuality (sexuální orientace, sexuální vývoj, plánování postupu při změně pohlaví u transsexuálů) (Procházka, 2016). Lékařská sexuologie posléze spolupracuje s mnoha dalšími obory, jako je pedagogika, psychologie, sociologie, antropologie, filozofie či biologie (Turčan et al., 2012), a je tedy klinickým výrazně interdisciplinárním oborem (Zvěřina, 2016).

Sexualita je soubor vlastností a jevů vyplývajících z pohlavních rozdílů muže a ženy (Procházka, 2016). Konkrétně se jedná o anatomické, hormonální a reprodukční rozdíly, o odlišnosti v erotických projevech jednotlivců, o celkové jednání osob a o jejich emoční citění; důležitou podstatu mají i odlišnosti sociálních rolí (Procházka, 2016). Na základě těchto komponentů osoby přijímají nebo naopak emitují pomyslné signály sexuálního charakteru a následně vytvářejí vztahy s perspektivním partnerem (Zvěřina, 2014a). Z evolučního hlediska je tedy sexualita neodmyslitelnou součástí lidské reprodukce (Zvěřina, 2014b), avšak lidé častěji využívají sexualitu pro své potěšení (Uzel, 2012). Je důležité si uvědomit, že sexualita je ovlivňována biologickými, psychickými, sociálními a spirituálními faktory a je jedním z aspektů kvality života (Reisman, 2017).

Termín *reprodukční a sexuální zdraví* je definován Světovou zdravotnickou organizací (2011) jako stav tělesného, psychického a sociálního blaha ve vztahu k sexualitě a každá osoba by si měla být vědoma své zodpovědnosti a vést bezpečný sexuální život. S tím souvisí i *reprodukční a sexuální práva*, kdy každý má právo rozhodovat se o svém sexuálním uspokojování, o výběru bezpečné a účinné antikoncepce, má právo zplodit a porodit zdravé dítě, má právo na využívání kvalitních zdravotnických služeb a získávat dostatek informací o svém zdravotním stavu a jeho podpoře (Procházka, 2016).

Sexuální vzrušení je přirozený pocit, který má stránku psychickou s výrazným vnitřním prožitkem a stránku fyzickou projevující se tumescencí (prokrvením) genitálu (Zvěřina, 2014a). Významný vliv na sexuální vzrušení u žen po stránce psychické má testosteron, na který je ženský mozek velice citlivý, na vzrušení z fyzického pohledu (na lubrikaci a prokrvení pochvy) se podílejí především estrogeny (Zvěřina, 2014b).

Dalším pojmem je *orgasmus*, vyjadřující lidskou fyziologickou emoci, která je charakteristická vnitřním intenzivním prožitkem a také specifickým periferním projevem tonických a klonických stahů pánevního dna (Zvěřina, 2014b). Orgasmus u ženy lze přivodit stimulací (drážděním) místa, kde se setkávají stydké pysky s klitorisem (Berne, 2017). Aby se u ženy dostavil orgasmus, musí nejprve dojít k lubrikaci a prokrvení pochvy (fáze excitace) (Šrámková, 2015). Posléze musí dojít ke vzniku orgastické manžety (fáze plató), která vzniká nahromaděním žilní krve v oblasti vulvy, kdy se zduřením malých stydkých pysků a klitorisu, celkově zúží zevní třetina pochvy (Šrámková, 2015). Délka a intenzita orgasmu je u žen velice odlišná, průměrně však trvá 3-12 sekund s cca 3-15 kontrakcemi (Pastor, 2016).

Termín *sexuální uspokojení* popisuje stav, ke kterému dochází po orgasmu, kdy žena pociťuje celkové tělesné uvolnění (Zvěřina, 2012), avšak některé ženy mohou v této fázi zažívat přetrvávající stimulaci další orgasmy, neboť sexuální dráždivost může u ženy přetrvávat i delší dobu (Šrámková, 2015).

1.8 Sex a sexualita u žen v klimakteriu

Se sexualitou po padesátém roce se pojí jeden zásadní předpoklad a to takový, že ženy, všeobecně lidé, přestávají být po tomto věku sexuálně aktivní (Pondělíček, 2016). Pravdou ale je, že většina žen po padesátém roce života se sexuálním životem pokračuje, ačkoliv četnost pohlavních styků klesá (Yücel, Eroglu, 2013). Hlavními biologickými faktory změn v sexuálním životě ženy jsou subakutní příznaky, především atrofizace pochvy a s ní spojené problémy typu snížené lubrikace pochvy, snížené elasticity pochvy nebo omezení prokrvení pochvy (Pastor, Uzel, 2010). Na druhé straně sexualitu ženy značně ovlivňují i psychologické aspekty, kdy žena může těžce nést své tělesné změny, celkový proces stárnutí či si připadá málo přitažlivá, a to velmi často vede k postupnému ubývání ženina libida (Pastor, Uzel, 2010). Tento fakt potvrzují i Houshyar et al. (2016), kteří na základě své studie zjistili, že ženy, které nejsou spokojeny s obrazem vlastního těla, uvádějí nižší sexuální aktivitu na rozdíl od žen, které jsou se svým tělem spokojené. Pokud je však u žen v období klimakteria sex pouze občasnou záležitostí, dochází poté k hlubšímu rozvoji poševní atrofizace a občasný koitus je pro ženy stále více nepříjemný, bolestivý a žena se může začít sexuálním aktivitám zcela vyhýbat (Fait, 2012).

Jak uvádí Pondělíček (2016), ženy se s postupnými změnami v sexuálním životě smiřují podstatně snáz, některé dokonce používají své problémy jako alibi, avšak existují i takové

ženy, pro které je sexuální život s partnerem důležitým aspektem jejich vztahu a do určité míry i psychologickou podporou. Pro udržení zdravé a uspokojující sexuální aktivity je však důležité včas vyhledat lékařskou pomoc a případné sexuální problémy adekvátně řešit (Yücel, Eroglu, 2013).

1.8.1 Ženské sexuální dysfunkce v klimakteriu

Ženské sexuální dysfunkce (dále jen FSD) se objevují u 30 – 50 % žen v klimakteriu a jejich prevalence se neustále zvyšuje (Pastor, Uzel, 2010). Dříve se považovaly sexuální dysfunkce hlavně za psychogenní poruchy, avšak stále se rozvíjející medicína a její nové poznatky uvádějí, že až 80 % sexuálních problémů má organický podklad (Zvěřina, 2016). Veselský (2012) tvrdí, že etiologie FSD je převážně smíšená, tedy psychogenní i morfogická. FSD vznikají tedy na základě konstitučních, biologických a sociálních faktorů a u většiny problémů se setkáváme s multifaktoriální etiologií (Zvěřina, 2012a). V životě ženy FSD značně narušují její komfort, způsobují somatické potíže, podněcují emoční vypětí a v některých případech stojí i za sociální izolací (Pastor, 2012). U žen v klimakteriu se objevují nejčastěji níže popsané sexuální poruchy.

Souhrou klesající hladiny estrogenů s psychosociálními změnami je u žen v klimakteriu jednou z nejčastějších sexuálních poruch (až 50 %) *snížená sexuální apetence* (Zvěřina, 2012), což je stav ztráty či značného úbytku touhy po pohlavním styku, kdy žena nemá dostatek motivace (podnětů) k sexuálnímu vzrušení a chybí jí i myšlenky či fantazie o sexu (Hollá et al, 2012). Ke snížení sexuálního zájmu může přispět také podávání léků, jako jsou psychofarmaka či antihypertenzíva (Zvěřina, 2012b). Tohoto tvrzení jsou i Břegová a Vrublová (2015), které si tento fakt ověřily v rámci jejich výzkumu. Zvěřina (2013) uvádí, že některé ženy subjektivně pociťují ztrátu své sexuální atraktivity, což se může projevit i jejich celkovou rezignací k sexuální roli, kdy ženy přestanou pečovat o svůj vzhled a zaměří se například na rozvoj svého profesního postavení.

Pokud žena zcela odmítá sexuální kontakt, ze kterého má strach či velice negativní pocity, jedná se o tzv. *sexuální averzi* (Pastor, Uzel, 2010). Hollá et al. (2012) uvádějí, že sexuální averze je dokonce chápána jako fobie, která může být trvalá nebo opakovaná a způsobuje ženě stres.

Poruchy sexuálního vzrušení se projevují většinou nedostačující lubrikací pochvy či poruchami tumescence (prokrvení), což často vede k poruše sexuálního prožitku a posléze k narušení pohlavního styku (Pastor, 2012). Pokud se u ženy objeví porucha sexuálního vzrušení v kombinaci s poruchou sexuální apetence, označuje se tento stav jako *frigidita* (Šrámková, 2015). Příčinou nízkého sexuálního vzrušení jsou ve většině případů psychologické aspekty, užívání farmak, kouření, konzumace alkoholu, ale také partnerské problémy (Hollá et al., 2012).

Za *dysfunkční orgasmus* je označován stav, při kterém žena nedosáhne orgasmu po dostatečné sexuální stimulaci a následném adekvátním vzrušení (Pastor, Uzel, 2010). Za poruchu je však dysfunkční orgasmus považován v takovém případě, pokud absenci orgasmu žena pokládá za osobní problém, neboť mnoho žen obvykle orgasmus neprožívá, a i přesto jsou se svým sexuálním životem spokojeny (Hollá et al., 2012). Příčiny jsou opět spíše psychosociální, kdy ženy trpí více změnami nálad, stresem, nebo si připadají málo sexuálně přitažlivé, popřípadě velkou roli hrají v těchto situacích i partnerské problémy (Pastor, 2012).

U některých žen se během pohlavního styku, tedy při penetraci vaginy penisem mohou objevovat značně nepříjemné pocity, tento stav je označován jako *dyspareunie* (Zvěřina, 2012b). V případě, že žena při sexuálním styku pociťuje přetrvávající bolest, jedná se již o *algopareunii* (Šrámková, 2015). Nejčastější příčinou této poruchy u žen v klimakteriu je atrofie pochvy a záněty vzniklé změnou poševního prostředí (Pastor, Uzel, 2010). Dalšími příčinami však mohou být i případné tumory nebo prolaps dělohy (Budinský, 2013).

Sexuální porucha, při které nastává úplná nemožnost penetrace vaginy penisem, se nazývá *vaginismus*. Tento stav se vyznačuje mimovolnými kontrakcemi poševního svalstva (poševního vchodu) (Cowan, Frodsham, 2015), nulovou lubrikací a výraznou citlivostí či bolestivostí při doteku na zevním genitálu (Veselský, 2012). Některé ženy mající tyto symptomy však mohou verbálně projevovat sexuální zájem (Hollá et al., 2012). Ženy, které trpí vaginismem, mají velmi často i problémy se sexuální touhou a sexuální vzrušivostí (Pastor, 2012).

1.9 Diagnostika sexuálních dysfunkcí

Diagnostika sexuálních dysfunkcí ženy je ve většině případů zahájena důkladnou anamnézou zaměřující se na anatomické a fyziologické aspekty, psychické a somatické

poruchy, na prodělaná a soudobá onemocnění, na úrazy a operace, na užívanou medikaci a souhrnně na celkové období sexuálního života ženy se zaměřením na aktuální partnerský vztah (Pastor, 2012). Důležité je také zjistit, zda má žena sexuální sny či fantazie a zda se věnuje autoerotickým aktivitám (Zvěřina, 2012a). Pro některou ženu může být anamnestický rozhovor nepříjemný, hlavně z důvodu kladených intimních otázek ze strany lékaře, proto se posléze může stát, že lékař zvolí nevhodnou léčbu na základě zkreslených odpovědí ženy (Clayton, 2013). Proto je důležité, aby byl rozhovor veden zkušeným lékařem/zdravotnickým pracovníkem, který má značné komunikační dovednosti, respektuje stud ženy, poskytuje ženě dostatečné množství času pro vyjádření všech pocitů a všímá si i dalších projevů ženy (grimasy, síly hlasu, postoje těla), na které adekvátně reaguje (Cowan, Frodsham, 2014). Následně by mělo být provedeno u ženy gynekologické vyšetření, vyšetření TK, P a TT, vyšetření krve (KO, biochemický profil, zánětlivé markery, hormonální hladiny) a pro vyloučení jiných příčin problémů může být ženě provedeno i vertebrogenní, gastrointestinální nebo urologické vyšetření (Šrámková, 2015). Zvěřina (2012a) uvádí, že každá sexuální dysfunkce ženy by měla být kategorizována jako primární nebo sekundární, a buďto jako úplná (ztráta dané sexuální kvality) nebo částečná (narušení sexuální kvality). Také by mělo být zhodnoceno, zda je sexuální porucha generalizovaná (nesouvisí s partnerským vztahem) nebo selektivní (souvisí s kvalitou partnerského vztahu) a zda je převážně psychogenní či převážně organicky podmíněná (Zvěřina, 2012b).

Další diagnostickou metodou jsou sexuologické dotazníky, které však vyžadují dostatek času, vhodné prostředí a navození správné důvěryhodné atmosféry (Pastor, 2012). Velmi užívaným dotazníkem je dle Pastora (2012) Female Sexual Function Index (FSFI), který zahrnuje 19 otázek. V české sexuologii je nejvyužívanější Mellanův dotazník Sexuální funkce ženy, který byl rozšířen Kratochvílem (2012) na *kroměřížskou verzi* o několik dalších položek (Příloha 4). Jak uvádí Pastor (2012), v České republice jsou hojně využívány v diagnostice sexuálních dysfunkcí i křivky průběhu sexuálního vzrušení ženy pro rozbor kvality její sexuální reakce (Příloha 5).

1.10 Léčba sexuálních dysfunkcí u žen v klimakteriu

Léčba sexuálních dysfunkcí u žen v klimakteriu je především symptomatická (Šrámková, 2015) a psychosomatická, tedy orientuje se na tělo a na psychologické faktory ovlivňující sexualitu ženy (Zvěřina, 2012b). Sexuálními dysfunkcemi se primárně

zabývá sexuolog, který ve své péči kombinuje postupy psychiatrické, psychologické, dále gynekologické, urologické a mikrobiologické (Veselský, 2012).

1.10.1 Psychoterapie - sexoterapie

Dominantní postavení v léčbě sexuálních dysfunkcí má behaviorální sexoterapie (Zvěřina, 2012b). Východiskem této terapie je postupný nácvik sexuálních aktivit, který byl vytvořen v USA Mastersem a Johnsonovou již v roce 1970 (Pastor, 2012). V České republice byla škola sexoterapie založena panem Stanislavem Kratochvílem, který také vytvořil systém cvičení a návodů k léčbě různých sexuálních poruch, kdy základem je naplánované pravidelné domácí cvičení ve spolupráci s partnerem (Pastor, 2012). Cvičení je rozděleno do 7 bloků, které na sebe vzájemně navazují za podmínky 100 % splnění předcházejícího úkolu (Kratochvíl, 2012). Jedním z bodů je poznávání svého vlastního těla pomocí dotyků, což napomáhá například u poruch orgasmu (Veselský, 2012). Dle Uzla (2012) je nejlepším prostředím pro tuto párovou terapii lázeňské prostředí, poukazuje tak na celkové pozitivní účinky balneoterapie při léčbě FSD.

1.10.2 Farmakologická léčba

U žen v klimakteriu je jednou z farmakologických možností podávání estrogenů v rámci HRT (Šrámková, 2015), neboť podporují prokrvení pochvy, podněcují lubrikaci pochvy, zabraňují vaginální atrofii a udržují pH pochvy v normě (Pastor, Uzel, 2010).

Dalším hormonem, který se využívá v léčbě FSD u žen v klimakteriu, jsou androgeny (Zvěřina, 2012a). Mimo skutečnost, že androgeny podporují sexuální reaktivitu ženy, zvyšují její sexuální apetenci, přispívají k samotnému orgasmu, substituce androgeny signifikantně zlepšuje celkovou kvalitu života ženy, podporuje její metabolismus (Davis, Worsley, 2014) a podílí se i na správné mineralizaci kostí, podporuje posturální svalstvo a celkově zlepšuje kognitivní funkce ženy (Reisman, 2017). Ženě jsou většinou podávány nízké dávky testosteronu formou per os, nebo pomocí gelů, krémů či náplastí (transdermálně) (Stárka, 2010). Mezi rizika u podávání androgenů ve vyšších dávkách patří překrvení v oblasti vulvy, transformace endometria, krvácení (Tungmunsakulchai et al., 2015), může také dojít k maskulinizaci, ke zvýšenému růstu ochlupení, ke zbytnění klitorisu, k hlasovým změnám nebo k častějšímu výskytu akné (Reisman, 2017). Proto je velmi důležité pravidelně kontrolovat ženu po celou dobu její léčby (Stárka, 2010).

Ženě je také nabízena možnost nehormonální farmakologické léčby přípravky, které účinkují centrálně (antidepresiva, anxiolytika, dopaminergenty) nebo periferně (spasmolytika, vazodilatancia) (Zvěřina, 2012b). Tyto léky ovlivňují relaxaci vaginálních svalů, sexuální chování ženy, sexuální vzrušení ženy, prokrvení a lubrikaci pochvy (Pastor, 2012). Do této skupiny léčiv je řazen i Flibanserin, první schválený lék na sníženou sexuální touhu ženy (Reddy, Vijay, 2017).

1.10.3 Terapie mechanickými prostředky, cvičením

Jak uvádí Turčan (2012), jednou z terapií mechanickými prostředky je repetitivní periferní magnetická stimulace, která neinvazivně pomocí magnetických pulsů stimuluje senzorycká a motorická nervová zakončení jak ve svalu, tak i v CNS. Indikací k této metodě je například inkontinence moči, oslabení pánevního dna či orgastické poruchy (Turčan, 2012). Další velmi moderní léčebnou technikou je fototerapie, kdy použitím upraveného polarizovaného světla pronikajícího do buněk tkáně dochází k nápravě svalových spasmů, chronických zánětů a pozitivní účinky byly zjištěny i při léčbě dyspareunie či vaginismu (Uzel, 2012). Speciální registrovanou autoerotickou pomůckou, která byla představena roku 2000, je Eros therapy, která na základě podtlakového sání po nasazení na klitoris zvyšuje jeho prokrvení, a tedy i senzitivitu a vzrušení ženy (Pastor, 2012). Při léčbě vaginismu, která spočívá v postupné dilataci poševního vchodu, se zprvu používají prsty (ženy či jejího partnera) (Zvěřina, 2012b), posléze se používají vaginální dilatátory různých velikostí, které jsou postupně zaváděny ženě do pochvy, a cílem je, aby si žena byla schopna zavádět dilatátor sama (Veselský, 2012).

V terapii dysfunkčního orgasmu jsou ženám doporučovány Kegelovy cviky pro posílení pánevního dna, které by žena měla provádět v určitých sériích alespoň 3x denně (Šrámková, 2015). Přestože byly tyto cviky původně určeny pro léčbu inkontinence, bylo zjištěno, že stimulace musculus pubococcygeus zvyšuje vzrušivost a orgastickou schopnost ženy (Kratochvíl, 2010). Pro ověření správného stahování svalů žena může použít své prsty (zavedené v pochvě), nebo lze použít patentovanou rehabilitační pomůcku MediLady, kterou si žena zavede do pochvy a postupně na ní věší různě těžká závaží a trénuje se v udržení této pomůcky v pochvě (Uzel, 2012). Stejně účinnou a hojně doporučovanou pomůckou jsou i Venušiny kuličky (Vrzáčková, 2012).

Při poruchách lubrikace pochvy je ženám všeobecně doporučováno používat lubrikační gely, které ihned usnadňují samotnou penetraci (Šrámková, 2015). Další výhodou je, že ženy mohou zakoupit gely bez předpisu lékaře a mohou si vybírat z podstatně velkého množství druhů (Vrzáčková, 2012). Při terapii dyspareunie mohou přispět dezinfekční a lokálně anestetické gely, které si žena aplikuje před sexuálním stykem (Veselský, 2012).

1.11 Edukace ženy porodní asistentkou

Neodmyslitelnou součástí práce porodní asistentky je edukace, která zajišťuje vzdělávání ženy v oblasti jejích problémů a za předpokladu kratší rekonvalescence či dlouhodobé prevence se snaží ženu co nejvíce aktivizovat (Svěráková, 2012).

Dle Juřeníkové (2010) je edukace dělena do 5 fází. První fází je *diagnostika*, tedy porodní asistentka zpravidla pomocí rozhovoru zjišťuje dosavadní dovednosti, návyky, vědomosti a potřeby ženy (Šulistová, Trešlová, 2012). Je důležité informovat se o věku ženy, o její ekonomické situaci, o její zručnosti a v neposlední řadě i o jejím nejvyšším dosaženém vzdělání (Svěráková, 2012). Druhou fází je *projektování*, kdy porodní asistentka na základě získaných informací vytváří cíle edukačního procesu, zvažuje vhodné metody, stanovuje obsah, bere v potaz využití různých pomůcek a plánuje celkový harmonogram edukačního procesu (Slezáková, 2017). Edukační plán připravuje vždy ve spolupráci se ženou a zohledňuje získané informace (Šulistová, Trešlová, 2012). Třetí fází je *realizace*, která zahrnuje poskytování nových informací a dovedností, jejich zafixování a následně reálné využití v praxi (Juřeníková, 2010). Čtvrtá fáze je *upevňovací* a *prohlubovací*, zde je cílem porodní asistentky zopakovat učivo a opětovně procvičit se ženou veškeré naučené dovednosti (Juřeníková, 2010). Poslední fází je fáze *zpětné vazby*, kdy porodní asistentka klasifikuje nejen nové poznatky a dovednosti ženy, ale také hodnotí efektivnost svého edukačního plánu a vše si pečlivě zaznamenává do dokumentace (Slezáková, 2017). Je vhodné provádět evaluaci edukace i po určitém časovém odstupu pro ověření, zda žena nezapomněla již naučené a zda uplatňuje získané dovednosti/znalosti ve svém reálném životě (Špirundová, 2015). Následně dle výsledku může porodní asistentka přistoupit k reedukaci nebo naplánovat další edukační plán (Špirundová, 2015).

Hlavními principy edukačního procesu je individuální přístup k ženě s ohledem na její nynější zdravotní stav a podstatné je zakládat edukaci na aktuálních potřebách ženy

(Svěráková, 2012). Dále je důležité užívat srozumitelný jazyk bez odborných výrazů, ženě podávat informace systematicky, tedy od jednoduššího ke složitějšímu, zásadní je i uvádět modelové situace, či naučené informace porovnávat s dosavadními zkušenostmi ženy (Slezáková, 2017). Informace podává porodní asistentka nejen ženě, ale také jejímu partnerovi či rodině (Svěráková, 2012). Edukace by měla probíhat v klidném a ničím nerušeném prostředí, které bude pro ženu dostatečně soukromé (Svěráková, 2012).

Porodní asistentka jakožto edukátorka by měla být trpělivá, tolerantní, svědomitá, měla by být také zručná, technicky zdatná, odborně vzdělaná, předpokladem je i intelekt porodní asistentky ve smyslu identifikace potřeb ženy či zvládnání pohotového řešení problémů ženy (Juřeníková, 2010). Velmi podstatné jsou u porodní asistentky také interpersonální dovednosti, jako je schopnost empatie, soucitu, umění dát najevo radost či zájem, neméně důležitá je schopnost adekvátní komunikace se ženou a mít základní znalosti i v oblasti psychologie (Škorníčková, 2015). Jak uvádějí Kelnarová a Matějková (2014), porodní asistentka by měla být kreativní, flexibilní, pohotová a rychlá, neměla by však zapomínat na sebekritičnost, asertivitu, altruismus a evalvací. Porodní asistentka by měla po celou dobu edukace podporovat ženu při udržování jejího zdraví a motivovat ji k rozšíření jejích dosavadních dovedností (Svěráková, 2012). Souhrnně zastupuje porodní asistentka v edukačním procesu role komunikátorky, poradkyně, edukátorky (učitelky), advokátky, navrhovatelky, vyjednavatelky, koordinátorky, dále také organizátorky, hodnotitelky, zprostředkovatelky, průvodkyně a konzultantky (Šulistová, Trešlová, 2012).

Při edukaci žen v období klimakteria by se porodní asistentka měla zaměřovat především na zdravý životní styl, tedy měla by poradit ženě se správným stravováním, aby se předcházelo obezitě, nabízet ženě vhodné tělesné aktivity, upozornit ženu na negativní vliv kouření a alkoholu (Škorníčková, 2015). Dále porodní asistentka edukuje ženu o správných hygienických návycích, o správné aplikaci léků a jejich vedlejších či nežádoucích účincích, doplňuje informace ze strany lékaře, popřípadě si ověřuje, zda žena všemu porozuměla a v neposlední řadě také poskytuje ženě různé informační materiály (Škorníčková, 2015).

1.12 Komunikace jako nezbytný nástroj porodní asistentky

Komunikace je všeobecně prostředkem dorozumívání se mezi lidmi, je podstatou vzniku každého sociálního systému, je prostředkem pro výměnu informací, uspokojuje potřebu sociálního styku a v neposlední řadě umožňuje začlenění jedince do dané skupiny (Zacharová, 2016). V práci porodní asistentky je komunikace prioritou, neboť slouží k navazování přátelského vztahu se ženou, také je hlavním nástrojem poskytování adekvátní péče (Kelnarová, Matějková, 2014) a na druhé straně je nezbytná i pro navození kontaktu s rodinou či příbuznými ženy (Zacharová, 2016). Je důležité si uvědomit, že porodní asistentka velmi často během poskytování péče zachází do osobních a intimních zón ženy, kdy je obzvláště podstatné volit vhodnou komunikaci a předcházet tak nepříjemným situacím (Ledererová, 2014). Komunikace je tedy nezbytná pro poskytování kvalitní péče a porodní asistentka by se měla neustále zdokonalovat ve svých komunikačních dovednostech a schopnostech (Zacharová, 2016).

Během péče porodní asistentky se uplatňují tři druhy profesionální komunikace – sociální komunikace, specifická komunikace a terapeutická komunikace (Kelnarová, Matějková, 2014). Sociální komunikací se rozumí běžný rozhovor při setkání a na základě této komunikace následně navozuje porodní asistentka vztah se ženou (Zacharová, 2016). Specifickou komunikaci využívá porodní asistentka při sdělování důležitých informací, při edukaci a s ní spojené motivaci ženy při léčbě (Kelnarová, Matějková, 2014). Při této komunikaci je nutné dbát na srozumitelnost a formu sdělovaných faktů a je vhodné se vždy ženy na závěr dotázat, zda všechna podaná sdělení přijala a rozumí jim (Zacharová, 2016). Díky terapeutické komunikaci poskytuje porodní asistentka ženě oporu, pomáhá jí přijímat nepříjemné skutečnosti (Zacharová, 2016), motivuje ji ke změně životního stylu (tělesná a psychická aktivita), podporuje soběstačnost ženy a vede ji ke smysluplnému životu (Kelnarová, Matějková, 2014). Terapeutická komunikace se tedy zaměřuje především na zdraví ženy a na její well-being – pohodu (Šulistová, Trešlová, 2012).

Pro efektivnost verbální komunikace je podstatné, aby porodní asistentka ovládala její jednotlivé složky, jako je rychlost řeči, hlasitost, výška hlasu, intonace, využívání pomlky či úplných pauz během komunikace či odhadnutí vhodné délky projevu (Zacharová, 2016). Dále je důležité mluvit jednoduše, stručně, srozumitelně, také se ženě přizpůsobovat, a umožnit jí dostatek času pro zpracování informací (Kelnerová, Matějková, 2014). Na druhou stranu by se porodní asistentka měla vyhnout

častému opakování „parazitních“ slov, která by rozhovor mohla narušovat (Fontana, 2017). Jednotlivých aspektů verbální komunikace by si porodní asistentka měla všimnout i u žen a adekvátně na ně reagovat (Zacharová, 2016). Porodní asistentka by tedy měla vědět, co chce oznámit ženě, vybrat k tomu vhodné prostředí, vybrat náležitou formu podání informace, zvolit srozumitelná slova, sledovat reakce ženy, brát v potaz pocity ženy, uvědomovat si své emoce a neverbální vyjádření, umožnit ženě prostor pro vyjádření a posléze si ověřit, zda žena všemu rozuměla (Zacharová, 2016).

Další důležitou složkou efektivní komunikace je schopnost naslouchat (Fontana, 2017). Při aktivním naslouchání je schopna porodní asistentka pochopit ty informace, které žena vyjadřuje jak verbálně, tak i neverbálně (Šulistová, Trešlová, 2012). Empatickým nasloucháním projevuje porodní asistentka zájem a ochotu ženě pomoci, což následně vytváří důvěryhodnou a přátelskou atmosféru (Ledererová, 2014). Při naslouchání by měla porodní asistentka se ženou udržovat neustálý oční kontakt ve stejné rovině, zaujmout otevřenou pozici těla a vyjadřovat pochopení například pokyvováním hlavy či zvuky souhlasu (Brožová Doubková, Thelenová, 2012). Dalšími aspekty pro zvýšení pocitu zájmu o ženu je kladení otázek pro další informace, držení ženy u tématu a nespěchat na ženu s řešením jejích problémů (Fontana, 2017).

Významnou komunikační dovedností je také neverbální komunikace, kdy porodní asistentka by měla umět dešifrovat nejen neverbální projevy ženy, ale také umět dokonale ovládat svou „řeč těla“ (Zacharová, 2016). Jak uvádí Brožová Doubková a Thelenová (2012) i Kelnarová a Matějková (2014), neverbální formou je řečeno 60 - 80 % všech informací. Neverbální komunikace napomáhá porodní asistentce zjišťovat aktuální pocity a nálady ženy, její postoje k řešeným problémům a může také sdělovat celkový zájem ženy (Kelnarová, Matějková, 2014). Naopak v práci porodní asistentky neverbální komunikace také napomáhá zvyšovat efektivitu komunikace, modifikovat komunikaci žadáným směrem, potlačovat komunikační překážky, usměrňovat vlastní jednání, ovlivňovat celkový dojem na ženu nebo pochopit prožívání a emoce ženy (Zacharová, 2016). Při neverbální komunikaci jsou nejčastěji informace podávány mimikou (výrazy obličeje), kinetikou (pohyby těla), proxemikou (vzdálenost osob), haptikou (doteky), posturologií (držení těla), očním kontaktem (Brožová Doubková, Thelenová, 2012) a gesty (Zacharová, 2016). Podle Fontany (2017) je dotyk prvkem terapeutické komunikace a upřímný úsměv porodní asistentky je znakem vřelosti, empatie a porozumění.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda změny u žen v klimakteriu ovlivnily jejich sexualitu.

Cíl 2: Zjistit znalosti žen o změnách v klimakteriu.

Cíl 3: Zjistit, zda PA informují ženy o změnách v sexualitě v klimakteriu.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem byla u žen pozměněna jejich sexualita v období klimakteria?

Výzkumná otázka 2: Jaké informace mají ženy o klimakteriu a o změnách s ním souvisejících?

Výzkumná otázka 3: Jakým způsobem informují PA o sexualitě v klimakteriu?

2.3 Operacionalizace pojmů

Klimakterium je významné období v životě ženy, které se vyznačuje značným počtem endokrinních, metabolických, organických a psychických změn (Kubíková, 2014). To vše je způsobeno postupným vyhasínáním ovariální funkce a následně nízkou hladinou estrogenů v krvi ženy (Vokurka, Hugo, 2015).

Sexualita je souhrn vlastností a jevů, které jsou patrné z pohlavních rozdílů ženy a muže (Procházka, 2016). Z hlediska evolučního je sexualita podstatnou součástí lidského rozmnožování (Zvěřina, 2014b).

Edukace je proces systematického působení na chování člověka, kdy hlavním cílem edukace je pozměnit kladným směrem jeho postoje, dovednosti, znalosti a návyky (Juřeníková, 2010). Slovo edukace pochází z latinského slova educo, které v překladu znamená vést vpřed, vychovávat (Juřeníková, 2010).

Symptom neboli příznak umožňuje rozpoznání nemoci či diagnózy (Vokurka, Hugo, 2015). Výskyt více symptomů dohromady je označován jako syndrom (Vokurka, Hugo, 2015).

3 Metodika

3.1 Popis metodiky

Teoretická část bakalářské práce s názvem „Sexualita žen v klimakteriu“ byla zpracována na základě odborné literatury. K výzkumné části bylo zvoleno kvalitativní šetření. Sběr dat byl založen na polostrukturovaných rozhovorech. Zvolená metoda dotazování a technika hloubkového rozhovoru umožnila získat subjektivní vyjádření respondentek k problematice tématu, jejich zkušenosti a dosavadní znalosti.

Před zahájením rozhovoru respondentky vyplnily standardizovaný dotazník takzvaný Kuppermanův index (Příloha 1), který slouží jako měřicí nástroj ke stanovení klimakteria u žen a ke zjištění jejich symptomů. Následně byla ženám předložena písemná Žádost o souhlas ke spolupráci (Příloha 6), kde byly seznámeny s účelem rozhovoru a byla zde zdůrazněna anonymita získaných informací. Žádost také obsahovala povolení k nahrávání rozhovorů na diktafon z důvodu časové náročnosti písemného zaznamenávání. Rozhovory byly vedeny se ženami s trvalým bydlištěm na okrese Benešov podle předem sestavených výzkumných otevřených otázek (Příloha 7), které byly doplněny dotazováním. Výzkumné šetření probíhalo v období od února do března roku 2018 na předem dohodnutých místech s ohledem na soukromí respondentek. Ačkoliv byl rozhovor o velmi citlivém tématu, většina respondentek se nestyděla odpovídat upřímně. Všechny rozhovory byly po předešlém souhlasu nahrávány na diktafon a posléze doslovně přepsány do písemné formy.

Analýza získaných dat probíhala metodou barvení textu, jinak řečeno metodou papír a tužka (Švaříček, Šedová, 2014). Data byla zakódována do jednotlivých kategorií a podkategorií, které vznikly na základě shody ve zkušenostech a znalostech dotazovaných respondentek. Úvodem rozhovoru byly zjištěny identifikační údaje žen, které jsou znázorněny v Tabulce 1. Výzkumná část bakalářské práce obsahuje tři hlavní kategorie a ty jsou následně rozděleny do několika podkategorií. Pro přehlednost kategorií a jejich podkategorií byla vytvořena schémata. Konkrétně byly vytvořeny tři hlavní kategorie: Klimakterium, Sexualita a Edukace porodní asistentkou. Kategorie Klimakterium dále obsahuje podkategorie: Klimakterium jako pojem, Subjektivní příznaky žen, Změna životního stylu, Zdroj informací a Léčba. Do kategorie Sexualita jsou zařazeny podkategorie: Znalost změn, Subjektivní změny žen, Zdroj informací, Terapie. Třetí kategorie zahrnuje podkategorie Seznámení se změnami sexuality

v klimakteriu a Forma edukace. Při interpretaci informací získaných od respondentek byly použity přímé citace žen, které jsou v textu zvýrazněny kurzívou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří dvanáct žen, které v době výzkumného šetření prožívaly období klimakteria. Tento fakt byl jedním z hlavních výběrových kritérií a pro ověření této skutečnosti ženy vyplňovaly Kuppermanův index. Druhým důležitým kritériem byl věk žen, který byl limitován v rozsahu od 45 do 65 let. Posledním kritériem výběru byla ochota žen ke spolupráci a potvrzení souhlasu podepsáním již zmíněné Žádosti o souhlas ke spolupráci. Pro zachování anonymity jsou respondentky v textu označovány jako R1-R12.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Rozhovory se ženami v klimakteriu ve věku od 45 do 65 let

Hlubkové rozhovory byly vedeny se ženami v období klimakteria ve věku od 45 do 65 let. V Tabulce 1 jsou uvedeny základní identifikační údaje o všech ženách, kterými jsou v první řadě věk, rodinný stav, nejvyšší ukončené vzdělání a zaměstnání. Dále jsou údaje uvedené v Tabulce 1 zaměřeny na sexuální aktivitu, přibližný věk nástupu klimakterických obtíží a na to, zda ženy menstrují.

Tabulka 1 Identifikační údaje žen

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Věk	47 let	53 let	49 let	62 let	56 let	50 let
Rodinný stav	vdaná	vdaná	vdaná	vdaná	rozvedená	vdaná
Nejvyšší ukončené vzdělání	SŠ s maturitou	VŠ - Mgr.	VŠ - Mgr.	VŠ - Mgr.	VŠ - Mgr.	VŠ - Mgr.
Zaměstnání	účetní v soukr. firmě	učitelka	učitelka	učitelka	učitelka	učitelka
Sexuální aktivita	ano	ano	ne	ne	ano	ano
Věk nástupu klimak. obtíží	46 let	50 let	40 let	49 let	50 let	49let
Menstruace	ano, IUD	ne	ne	ne	ne	ne

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 Identifikační údaje žen - pokračování

	R7	R8	R9	R10	R11	R12
Věk	50 let	48 let	45 let	54 let	55 let	48 let
Rodinný stav	vdaná	vdaná	rozvedená	vdaná	rozvedená	vdaná
Nejvyšší ukončené vzdělání	VŠ - Mgr.	SOV s maturitou	SŠ s maturitou	VŠ – Mgr.	SŠ s maturitou	SŠ s maturitou
Zaměstnání	učitelka	strážná	kontrolor	lékárník	vedoucí PaM	administrativní pracovnice
Sexuální aktivita	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Věk nástupu klimak. obtíží	47 let	45 let	43 let	40 let	50 let	46 let
Menstruace	ne	ne	ne	ne	ne	ano, nepravidelná

Zdroj: vlastní výzkum

(R=respondentka; SŠ = středoškolské; VŠ = vysokoškolské; SOV = střední odborné vzdělání; IUD = nitroděložní antikoncepce; PaM = personální a mzdové oddělení; klimak. = klimakterický; Mgr. = magistr; soukr. = soukromá)

Respondentce R1 je 47 let, je vdaná a sexuálně aktivní. Vystudovala střední školu s maturitou a momentálně pracuje jako účetní v soukromé firmě. Klimakterické potíže se u ní objevily přibližně ve 46 letech. Má zavedené nitroděložní tělíčko, proto stále menstruuje.

Respondentka R2 je vdaná, je jí 53 let a je také stále sexuálně aktivní. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské s titulem magistr. Pracuje jako učitelka na druhém stupni základní školy a učí konkrétně matematiku a pracovní výchovu. První potíže se u respondentky R2 objevily v padesáti letech a již nemenstruuje.

Respondentce R3 je 49 let a je vdaná. Od ukončení vysokoškolského studia učí na prvním stupni základní školy. Dává také soukromé lekce ve hře na kytaru. První příznaky

klimakteria se u ní objevily již ve 40 letech a také nemá menstruaci. Udává, že není sexuálně aktivní.

Respondentkou R4 je 62letá vdaná žena, profesí učitelka druhého stupně základní školy. Nejvyšší dosažené vzdělání má vysokoškolské s titulem magistra. Prvních příznaků klimakteria si u sebe začala všimnout ve 49 letech. Sexuální aktivitu i menstruaci neguje.

Respondentce R5 je 56 let. Již 25 let je rozvedená, ale momentálně žije se svým o deset let mladším přítelem. Po dokončení vysokoškolského studia s titulem magistr začala pracovat jako učitelka na druhém stupni základní školy. První potíže související s klimakteriem se u ní objevily cca v 50 letech. Je stále sexuálně aktivní a nemenstruuje.

Respondentka R6 je vdaná učitelka na prvním stupni základní školy a je jí 50 let. První příznaky se u ní objevily okolo 49 let, kdy také přestala menstruat. Udává, že je stále sexuálně aktivní.

Respondentce R7 je 50 let. Podruhé se šťastně vdala a žije se svým novým manželem v rodinném domku. Vystudovala vysokou školu, má titul magistr a učí na prvním stupni základní školy. Menstruaci již neudává, je sexuálně aktivní a potíže začala zaznamenávat okolo 47 let.

Respondentce R8 je 48 let a je vdaná. Po vystudování střední odborné školy pracovala několik let jako prodavačka. Momentálně pracuje jako strážná u brány jedné obchodní společnosti. Potíže u ní nastaly ve 45 letech a je sexuálně aktivní. Podstoupila hysterektomii, tudíž menstruaci nemá.

Respondentka R9 je rozvedená a je jí 45 let. Momentálně pracuje jako kontrolor kvality. Po ukončení středního vzdělání s maturitou však vystřídala mnoho zaměstnání. Před dvěma lety na sobě začala pociťovat problémy spojené s klimakteriem. Žije s o deset let starším partnerem a je sexuálně aktivní.

Respondentkou R10 je vdaná, 54letá žena pracující jako lékárnice. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské s titulem magistr. První příznaky klimakteria se u ní začaly projevovat už ve 40 letech. Udává, že je stále sexuálně aktivní a že nemenstruuje.

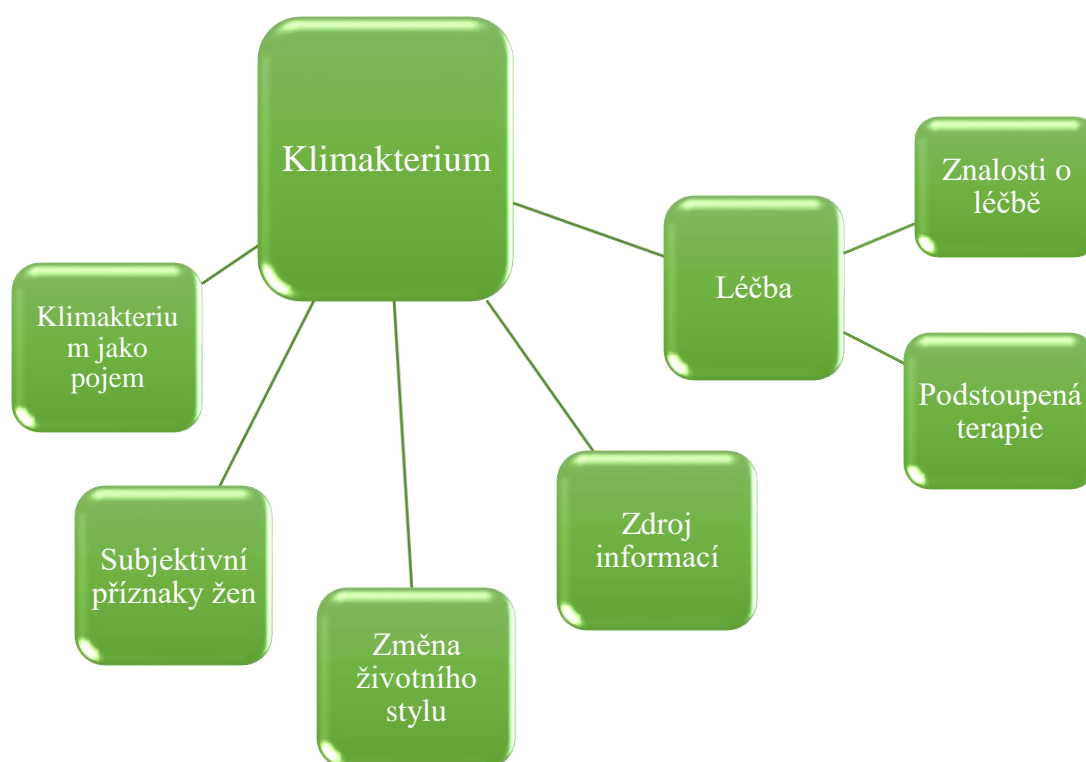
Respondentce R11 je 55 let. 10 let je rozvedená a udává, že nemá momentálně stálého přítele. Je však sexuálně aktivní. Pracuje jako vedoucí prodejny. Klimakterické obtíže u ní začaly okolo 50 let a již nemenstruuje.

Respondentka R12 je vdaná a je jí 48 let. Po vystudování střední školy s maturitou začala pracovat jako administrativní pracovnice v rodinné firmě, kde pracuje dodnes. Od 46 let má nepravidelnou menstruaci. Je stále sexuálně aktivní.

Kategorie 1 Klimakterium

Kategorie Klimakterium vypovídá v první řadě o změnách/problémech souvisejících s obdobím klimakteria, kde bylo zjišťováno, co si pod slovem klimakterium ženy představí a k jakým může docházet změnám v tomto období. Podstatné bylo odhalit subjektivní příznaky, které se objevily u jednotlivých respondentek. Dále z této kategorie vyplývá, jakým způsobem ovlivnilo klimakterium život respondentek. Významnou součástí této kategorie je zdroj informací respondentek, jakým způsobem jsou informované o případné léčbě a jejích rizicích a zda užívají nějakou léčbu, či co dělají pro zmírnění svých obtíží. V kategorii Klimakterium jsou zpracovány podkategorie s názvy: Klimakterium jako pojem, Subjektivní příznaky žen, Změna životního stylu, Zdroj informací a Léčba. Schéma 1 znázorňuje jednotlivé podkategorie vytvořené k první hlavní kategorii.

Schéma 1 Kategorie Klimakterium a její podkategorie



Podkategorie Klimakterium jako pojem

Podkategorie Klimakterium jako pojem se zabývá všeobecnými znalostmi respondentek o období klimakteria, co vše se ženám pod pojmem klimakterium vybaví, popřípadě jak toto období popisují. Jako velmi dyskomfortní symptom uvedly respondentky R2, R3, R4, R5, R7, R9, R10, R11 a R12 výskyt návalů horka. „*Vybaví se mi na prvním místě horko,*“ uvedla respondentka R8. Respondentka R4 odpověděla: „*Vybaví se mi špatná regulace tělesné teploty a s tím spojená častá změna tělesných teplot.*“ Dalším nepříjemným symptomem spojeným s klimakteriem je dle respondentek R1, R3, R5, R6 a R10 pocení. R1 uvedla konkrétně pojem upocenost. Respondentkám R1 a R3 se v souvislosti s pocením vybavuje i noční buzení, také respondentka R6 zmínila horší spánek a respondentka R10 měla problémy s častou nespavostí. V návaznosti na narušený spánek si vybavila respondentka R1 pocity únavy. Větší únava se vybaví pod pojmem klimakterium i respondentce R7. Ta uvedla také, stejně tak jako respondentky R2 a R8, časté bolesti hlavy.

Na otázku, jaké změny mohou nastat u žen v souvislosti s klimakteriem, uvedly všechny respondentky změnu váhy. Respondentka R7 poznamenala, že se tělo více zavodňuje, což dle jejích slov souvisí se zmíněnou změnou váhy. Následně byly odpovědi na klimakterické změny různé. Respondentka R1 uvedla: „*Určitě největší změny nastávají v té psychice.*“ Podobně tak odpověděly respondentky R9 a R11. „*Představí se mi pocit, že člověk nic nestíhá a ujíždí mu vlak, takže především ta psychika se mění,*“ odvětila respondentka R3. Jako další klimakterickou změnu zmiňovaly respondentky R2, R4, R5, R7, R9, R11 a R12 změny nálad. Respondentky R3 a R10 připomněly v této souvislosti nervozitu. Pouze respondentka R8 uvedla častější zapomínání.

Dle respondentek R1, R2, R3, R4, R6 a R11 nastávají v období klimakteria značné změny i v sexualitě, lépe řečeno v chuti na sex. „*Po té šedesátce tedy klesá především libido a vše, co je spojené se sexem,*“ řekla respondentka R4. Respondentka R3 v souvislosti s tímto faktem uvedla dokonce absolutní nechut' k sexu. Respondentce R11 se také vybavují sexuální problémy. Pouze respondentkám R8, R9 a R10 se představily pod pojmem klimakterium hormonální změny. V kontextu s hormonálními změnami uvedla respondentka R8: „*Tak u žen se objevuje nejprve nepravidelná menstruace, až dojde k jejímu úplnému skončení.*“ Menstruační problémy zmínily i respondentky R3 a R12.

Ačkoliv ve skutečnosti menstruuji pouze respondentky R1 a R12, konec menstruace si v souvislosti s pojmem klimakterium vybavily pouze respondentky R5, R6, R7, R8, R9, R10 a R12. „*Určitě žena nemá menstruaci, to je základ. Potom mě ještě napadají zdravotní změny, jako třeba zvýšený tlak,*“ odvětila respondentka R6. Podobný symptom, tedy konkrétně srdeční arytmií, zmínila i respondentka R2 a bušení srdce si vybavila respondentka R3.

Dalším symptomem, který uvedly respondentky R6, R7 a R10, byl stres. Pouze respondentka R5 si vzpomněla ještě na deprese. Respondentka R12 řekla: „*Kůže už není tak pevná, mohou se i více lámat kosti.*“ Osteoporózu, tedy ubývání kostní hmoty, zmínila i respondentka R10. Ta si také vybavuje v souvislosti s klimakteriem suchost kůže, suchost sliznic, nedostatek slin a vypadávání vlasů. Respondentka R3 jako jediná sdělila zvýšené chutě na sladké a přejídání se.

Podkategorie Subjektivní příznaky žen

Podkategorie Subjektivní příznaky žen pojednává o konkrétních příznacích, které se objevily u jednotlivých respondentek. Průměrný věk nástupu klimakterických obtíží u dotazovaných respondentek činil 46 let. Jak je zřejmé z identifikační Tabulky 1, respondentka R1 menstruuje z důvodu zavedeného nitroděložního tělíška a respondentka R12 má druhým rokem nepravidelnou menstruaci. Ostatní respondentky uvedly, že již nemenstruuji. Průměrný věk konce menstruace u respondentek R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10 a R11 byl 47 let.

Jako jeden z prvních symptomů klimakteria uvedly respondentky R3, R4, R6, R10 a R12 nepravidelnou menstruaci, či problémy s menstruací. „*Tak prvotně začaly ty problémy s menstruací. Vždy jsem měla pravidelnou menstruaci, nikdy žádné problémy, záněty, nic! A to už tak postupně přicházelo okolo té čtyřicítky,*“ zmínila respondentka R3. Podobně odpověděla i respondentka R10: „*U mě už ve 40 letech začala nepravidelná menstruace, ve 42 letech jsem přestala menstruuvat úplně a příznaky jako takové začaly až v 51 letech a byly to ty návaly a pocení.*“ U respondentek R2, R5 a R11 došlo v první řadě k ukončení menstruace. Do té doby braly hormonální antikoncepci. Respondentku R2 trápí od konce menstruace mírné návaly a lehká inkontinence. „*Okolo těch padesáti let mi doktor udělal nějaký krevní test a řekl mi, že s klidem můžu antikoncepci vysadit. Takže jsem ji vysadila, přestala jsem menstruuvat a poté se objevily ty návaly a pocení,*“ uvedla respondentka R5. Velmi podobně počalo klimakterium

i u respondentky R11: *„Bylo to asi v padesáti, kdy jsem přestala po vysazení antikoncepce menstruovat, a potom až začaly návaly. Potom se u mě začala měnit i psychika, začala jsem přibírat a přestávala jsem mít chuť na sex.“* Respondentka R6 také řekla, že jedním z prvních příznaků u ní samotné bylo, že začala tloustnout, ačkoliv se domnívá, že příčinou jejího tloustnutí je především snížená aktivita z důvodu prodělané nemoci tenisového loktu.

Respondentky R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R10 a R11 během rozhovoru uvedly, že počínajícím příznakem klimakteria byly návaly. *„Tak asi mi bylo 47 let a začalo to teda u mě obrovskými návaly horka, to znamená, že hlavně v noci jsem se budila, musela jsem se sprchovat, protože jsem byla úplně zpotená,“* svěřila respondentka R7. Respondentku R1 kromě návalů nejvíce trápilo v počátku klimakteria pocení. V rozhovoru sdělila: *„Pocení, určitě to pocení, kdy jsem se najednou v noci probudila a bylo mi strašné horko, tak jsem se musela odkrýt, chvíli být v klidu a pak třeba jsem i znovu usnula.“* To prý trvalo tak rok. Nyní má tyto stavy velmi zřídka.

Zcela jiným způsobem počaly klimakterické příznaky u respondentek R8 a R9. U těchto dvou žen byla ze zdravotních důvodů provedena hysterektomie. U respondentky R9 byla dokonce provedena hysterektomie s oboustrannou adnexektomií. Uvedla, že příznaky klimakteria, tedy především návaly a pocení, u ní začaly v podstatě ihned po operaci. U respondentky R8 nastoupily příznaky až déle: *„Tak já jsem ve 42 letech byla na hysterektomii, protože jsem měla v děloze myomy a poté jsem tedy přestala menstruovat. Okolo těch 45 jsem začala zaznamenávat na sobě návaly. To mi najednou bylo hrozné horko a musela jsem si třeba sundat svetr. Prostě se odsvléknout.“*

Podkategorie Změna životního stylu

V podkategorii Změna životního stylu bylo zpracováno, jakým způsobem klimakterium ovlivnilo obecně život žen a jakým způsobem samy respondentky pozměnily svůj životní styl na základě nástupu klimakterických obtíží.

Respondentky R8 a R12 se jednoznačně shodly v tom, že klimakterium zatím jejich životní styl nijak neovlivnilo. Respondentka R1 se také domnívala, že zatím její život nebyl výrazným způsobem klimakteriem poznamenán, ale byla toho názoru, že větší potíže u ní teprve nastanou. Uvedla však, že se občas kvůli návalům více zpotí a musí si dát sprchu, nebo si vyměnit tričko během dne. Podobně odpovídaly i respondentky

R3, R5, R7 a R10. „*Tak určitě je mi menší zima. Já jsem byla vždycky hrozně zimomřivá, ale teď je mi pořád hrozný teplo. Rozhodně se více sprchuju, opravdu i někdy v noci se musím jít vysprchovat,*“ zmínila respondentka R7. Respondentka R5 musela kvůli častým návalům a pocení přestat nosit roláky a celkově svetry. Občas se také prý musí vysprchovat po příchodu z práce. „*To pocení mě vyčerpávalo, hlavně v začátcích, opravdu jsem to nesla špatně. Teď už je to mnohem lepší. Stejně si však každé ráno musím dát ranní sprchu, protože i v noci se potím a používám více antiperspirant, konkrétně od Vichy, jiné mi totiž nepomáhají. Také jsem si vlastně musela pořídít i lehčí deku na spaní,*“ svěřila respondentka R10. Také respondentka R6 poznamenala, že používá během dne více deodorant a celkově se více voní. Respondentka R2 v souvislosti s návaly sdělila, že častěji se u ní vyskytují, když je ve stresu, když něco nestihá, nebo když má z něčeho strach. Nejvíce ovlivnily návaly život respondentky R4. Ta posléze dodala: „*No a po té šedesátce už je celkově ten život jiný, i ten partnerský.*“

Respondentky R2, R5, R6 a R7 na sebe prozradily, že začaly přibírat na váze. „*Kdybych na sobě více pracovala, tak to nebude tak hrozné. Na druhou stranu ještě předtím, než jsem přestala menstruovat, tak když jsem si dala lehčí stravu, tak jsem ty dvě kila shodila, teď už ne. Teď když si dám lehčí stravu, tak jsem na své váze, ve chvíli, kdy ujedu, tak jdu nahoru,*“ řekla respondentka R2. Poté se ještě rozpovídala o tom, že přes týden jedla poměrně zdravě, ale o víkendu své stravování nehlídá. Také ve snaze jíst zdravou stravu jí byl překážkou manžel, kvůli kterému nemohla vařit stále zdravě, neboť zdravou stravu odmítal. Respondentka R7 sice zmínila, že již přibrala pět kilo, ale nijak své stravování nezměnila. Respondentka R6 naopak začala jíst zdravě a pravidelně, protože je momentálně indisponována ve sportovních aktivitách. Přechod ke zdravějšímu stravování uvedly respondentky R1, R2, R5, R6, R9, R10 a R11.

Respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R7, R9, R10 a R11 se zmínily během rozhovoru o zvýšeném pohybu. Respondentka R11 snížila tělesnou hmotnost ještě před obdobím klimakteria přibližně o 25 kg. „*Po té padesátce jsem ale musela zařadit více pohybu. Hodně si kontroloju svou váhu. Hodně běhám, jezdím na kole, v zimě na lyžích, běžkuji. Stal se ze mě hodně aktivní člověk,*“ popsala respondentka R11. Pohybové aktivity, které respondentky zmiňovaly, byly různé. Respondentky R3, R5, R7 a R10 cvičí pravidelně jedenkrát týdně pilates. Respondentky R2 a R4 chodí jedenkrát týdně do sauny. Ve svém volném čase chodí respondentka R9 plavat. Oblíbenou aktivitou respondentek R1, R2, R3, R5 a R7 jsou procházky do přírody. „*Pohybu jsem měla vždy dostatek. Mám*

mladšího partnera, s kterým hodně jezdíme na kole, lyžujeme, jezdíme do hor na túry. Sama chodím pravidelně na jógu, občas na pilates a také mám pejska, s kterým chodím hodně ven,“ odpověděla respondentka R5.

Respondentka R3 se během rozhovoru velmi otevřeně svěřila: *„Především mě toto období ovlivnilo v té psychice. Připadám si osamělá a nehezká, to jsem dříve takhle neměla. A také dost v tom sexu, ale my máme vztahové problémy, takže to asi je jedno s druhým. Výhodou tohoto období je, že alespoň ten člověk je osvobozen od jiných povinností, že už ty děti jsou dospělý, nebojí se, že náhle otěhotní a nachází si jiné cesty k tomu uspokojení.“* I respondentky R2 a R5 sdělily, že se při sexu cítily mnohem uvolněnější, protože věděly, že již nemohou otěhotnět.

Respondentky R7, R9 a R11 se v kontextu s životním stylem zmínily o kouření. Všechny byly svým gynekologem upozorněny, že by měly přestat kouřit. Tak učinila pouze respondentka R11. Respondentka R9 údajně kouření omezila a respondentka R7 kouří stále stejné množství cigaret.

Podkategorie Zdroj informací

Podkategorie Zdroj informací znázorňuje, jaké zdroje ženy využívaly pro získávání informací týkajících se období klimakteria, či na koho se ženy obracely s žádostí o pomoc a zda byly pro respondentky podané informace dostačující.

Na otázku, na koho se ženy obracely s žádostí o pomoc při prvních příznacích a jakým způsobem získávaly informace o období klimakteria, se zmínily téměř všechny respondentky o svém gynekologovi. Konkrétně se jednalo o respondentky R1, R3, R4, R6, R7, R8, R9, R10 a R12. Některé respondentky však byly značně nespokojeny, neboť jim gynekolog ve své podstatě nijak nepomohl. *„Ano, chtěla jsem se zeptat, jestli už náhodou nejsem v klimakteriu své paní doktorky, gynekoložky, co k ní chodím, a ta se mně vysmála a řekla, že ještě nemám nárok být v přechodu. Takhle zajímavě mi odpověděla,*“ uvedla respondentka R1. Podobnou zkušenost má i respondentka R3: *„U svého doktora gynekologa, když jsem byla na kontrole, říkala jsem mu, jaké mám problémy a že nejspíše se jedná o toto, ale bylo mi odpovězeno, že ve 45 jsem na to mladá.“* Respondentce R4 bylo jejím gynekologem řečeno, ať si o tomto období moc nečte. Zbylé respondentky byly relativně spokojeny s informacemi, které jim gynekolog poskytl. *„On mi v podstatě řekl, že je to přirozené a normální vývoj. Ale*

uklidnil mě, že to všechno k tomu patří, to horko, a tak a že to přejde,“ sdělila respondentka R7. „Samozřejmě jsem si i něco hledala sama na internetu nebo v časopisech, když jsem objevila nějaké články týkající se tohoto období,“ dodala následně. Internet, jako zdroj informací a rad, uvedly i respondentky R4, R5, R8, R10 a R12. Časopis byl jednoznačným pomocníkem pro respondentku R2, R4 a R7. „Vše jsem si více méně vyčetla sama a jinak jsem nikoho nepožádala a pomoc mi nabídnuta ani nebyla,“ zmínila respondentka R2, pro kterou byly zdrojem informací i reklamy. Pro respondentku R4 byly ještě obohacující letáky, které získala v ambulanci svého gynekologa.

Respondentka R11 hledala pomoc a podporu u své přítelkyně lékárnice. Radu u kamarádek a starších zkušenějších žen hledala i respondentka R5, které velmi pomohlo, že své problémy mohla právě s nimi prodiskutovat.

Podkategorie Léčba

Podkategorie Léčba se v první řadě zabývá znalostí žen o léčbě klimakterických obtíží. Respondentky byly dotazovány, jaké možnosti léčby znají, jaká znají rizika hormonální substituční léčby a jaké znají alternativní metody léčby. Dále byly ženy dotazovány na konkrétní léčbu, kterou podstoupily, či co dělají pro zmírnění svých obtíží a jak jsou se svou volbou terapie spokojeny.

Znalost respondentek o možnostech léčby klimakterických obtíží byla rozličná. Respondentky R1, R2, R4, R5, R7, R8, R9, R10, R11 a R12 se zmínily během rozhovoru o hormonální léčbě. Rizika užívání hormonální léčby znaly respondentky R2, R4, R5, R8, R9, R10, R11 a R12. „Tak jsou třeba častější nádory prsů diagnostikovaný, možná i nádory ženských pohlavních orgánů a další věc, vím ze zkušenosti jiných, že ta substituční hormonální léčba sice v tu chvíli zabere, pomůže, ale po určité době po vysazení, tak se prostě ty problémy stejně objeví, třeba i s větší intenzitou,“ řekla respondentka R1. Velmi podobně odpověděla i respondentka R5, které bylo řečeno, že hormonální léčba může způsobovat rakovinu vaječníků nebo prsu a ve své podstatě hormony zapříčiňují pouze posun klimakterických obtíží. Rakovinu, jako riziko hormonální léčby, uvedly dále respondentky R9, R10, R11 a R12. Když se respondentka R7 ptala svého gynekologa na hormonální léčbu, bylo jí sděleno, že hormonální léčba je zcela zbytečná a že její problémy přejdou samy. Konkrétní rizika tedy nezná. „Někde jsem četla, že způsobuje obezitu a ovlivňuje psychiku, žena má potom

časté změny nálad,“ svěřila respondentka R8. I respondentka R9 byla obeznámena s tím, že v případě užívání hormonální léčby dochází ke změně psychiky. Odpověď respondentky R10 se zcela odlišovala od ostatních, neboť jako jediná zařadila do rizik hormonální léčby kromě rakoviny ještě cévní mozkovou příhodu, žilní nedostatečnost a bolesti hlavy.

Hormonální léčbu podstoupily pouze respondentky R4 a R10. Respondentka R4 prozradila, že již před 50. rokem měla problémy s menstruací, a proto jí gynekolog nasadil hormonální substituční léčbu Activelle. Tuto hormonální podporu užívala přibližně čtyři roky, a protože pocítila ihned úlevu od klimakterických obtíží, byla s volbou terapie velmi spokojená. *„Pan gynekolog by mi to předepisoval i nadále, ale já si myslím, že upravování toho stavu hormony není tak důležité, abych byla aktivní do sedmdesáti. Myslím, že se udržovat mohu i jinými způsoby. Takže jsem to sama přestala brát, neboť je to chemie, zbytečná chemie do těla,*“ dodala k tomuto tématu respondentka R4. Ačkoliv vyjmenovala respondentka R10 mnoho rizik užívání substituční hormonální terapie, přiznala, že již dva a půl roku užívá hormonální léčbu Gynovel, která jí pomáhá především v ústupu návalů, které byly pro respondentku velice dyskomfortní.

Možnost nehormonální léčby uvedly během rozhovoru respondentky R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10 a R12. Jako jeden z typů nehormonální léčby zmínily respondentky R2, R3, R4, R6, R9, R10 a R12 doplňky stravy. Respondentka R2 byla v této oblasti velmi bohatě informovaná: *„Obsahují fytoestrogeny, což jsou látky, které jsou podobné těm našim estrogenům, které nám chybí v klimakteriu a ty se dají částečně nahradit z rostlin.*“ Jako alternativní podporu uvedla konkrétně jetel a sóju. Shodně byly znalé i respondentky R10 a R12, které se také zmínily o podpůrných účincích jetele a sóji. Doplňky stravy pro zmírnění klimakterických symptomů užívají respondentky R2, R3 a R6. Respondentka R2 užívá konkrétně Ive kvůli problémům s inkontinencí. Její potíže jsou momentálně mnohem mírnější, tudíž je s tímto přípravkem spokojená. Respondentka R3 začala brát ze své vlastní vůle minerály, doplňky stravy na kosti. Respondentce R6 gynekolog předepsal doplněk stravy Sarapis, který respondentce pomáhá lépe se vyrovnat s pocením a s návaly. Nespokojená s doplňky stravy byla respondentka R4. Na toto téma uvedla: *„Vyzkoušela jsem Feminal, no ale to mi přišlo prostě, že to působí pouze po tu dobu, co se to užívá, pak ještě třeba tři měsíce po vysazení a pak už se ty problémy navrátí.*“ Respondentky R3, R4, R5, R8 a R10 vyzkoušely pití bylinných čajů speciálně

míchaných pro pomoc při klimakterických potížích, avšak všechny tyto respondentky se shodly na minimálním pozitivním účinku těchto směsí.

Alternativní možnost terapie klimakteria zvolily respondentky R2, R3, R4, R5, R7, R10 a R11. Respondentkám R3 a R10 výrazně pomohlo, že změnilly své stravovací návyky. Respondentky R3, R5, R7, R10 a R11 byly přesvědčené o pozitivním efektu obyčejného pohybu. „*Myslím, že mi ten sport pomáhá, přijdu na jiné myšlenky a celkově zapomínám na problémy. Své obtíže se snažím vysportovat,*“ sdělila respondentka R11. Shodnou odpověď měla i respondentka R5: „*Nejvíce mi vyhovuje ten sport, u něj přijdu na jiné myšlenky a udržuje mě to v kondici.*“ Respondentky R2 a R4 svěřily, že občas provádí cviky na posilování pánevního dna.

Kategorie 2 Sexualita

V kategorii Sexualita bylo výzkumným šetřením zjišťováno, jaké obecné znalosti mají ženy o změnách sexuality v období klimakteria. Dalším cílem této kategorie bylo zjistit, jaké konkrétní změny v sexualitě nastaly u jednotlivých respondentek. Následně byly opět ženy tázané na zdroj informací, tedy na koho se respondentky obrátily s žádostí o pomoc či radu. Poslední část této kategorie je zaměřena na případnou léčbu/terapii, kterou respondentky podstoupily, či co dělají pro snížení svých problémů v případě, že nějaké mají. Zpracovány byly tedy čtyři hlavní podkategorie: Znalost změn, Subjektivní změny žen, Zdroj informací a Terapie. Schéma 2 pro lepší přehlednost znázorňuje jednotlivé podkategorie.

Schéma 2 Kategorie Sexualita a její podkategorie



Podkategorie Znalost změn

Podkategorie Znalost změn je zaměřena na vědomosti respondentek týkající se změn a potíží v sexualitě žen v období klimakteria.

Jednou ze zmíněných změn v sexualitě byla nechuť k sexu. Tuto skutečnost sdělily během rozhovoru respondentky R1, R2, R3, R6 a R12. „*Tak vím, že je jako menší chuť na ten sex,*“ uvedla respondentka R5. Shodně odpovídaly i respondentky R7, R8 a R11. „*Já bych řekla, že ženy mají méně chuť na sex, prostě méněkrát ho vyžadují, provozují, spíše ho oddalují,*“ ujasnila respondentka R7. Snížené libido zmínily i respondentky R3 a R10. Respondentka R6 uvedla do spojitosti se sníženou chutí na sex častější výskyt výtoků a zánětů pochvy. Se sníženým libidem také souvisí fakt, že ženy nemají sexuální styk již příliš často. Pokles četnosti sexuálních styků poznamenaly při rozhovoru respondentky R9 a R11.

Další změnou v oblasti sexuality, kterou uvedly respondentky R2, R3, R4, R10 a R12, byla suchost pochvy. Respondentka R2 zdůraznila, že právě ona nechuť k sexu vede posléze k suchosti sliznice. Respondentka R4 svěčila: „*Tak po té šedesátce všechno vysychá, takže už ten sex není vůbec příjemný, je bolestivý, takže by se neustále musely používat nějaké gely a přestává být ta chuť.*“ Bolest při styku byla také zmiňovanou potíží v sexualitě žen v období klimakteria. „*Tak vím, že je jako menší chuť na sex, že teda vlastně člověk může mít i nějaké bolesti, že už to není tak ideální, jako to bylo, a to si*

myslím, že je hlavní potíž,“ odpověděla respondentka R5. Respondentka R1 se domnívá, že ženu přestane sexuální styk zcela bavit, a že po určitém čase bude pro ženu sexuální styk nepříjemný.

Protože je sexuální akt záležitostí muže a ženy, může v některých případech nastat potíže i ve vzájemné sexuální přitažlivosti. *„Ten chlap je okoukaný, takže prostě není ta chuť, vzrušení, libido, ten chlap se prostě nelíbí a ani ta ženská sama sobě se nelíbí, to je další věc,*“ prozradila respondentka R3. Respondentka R8 sdělila: *„Myslím, že nebude již taková chuť na sex, a hlavně se do toho přidávají i problémy partnera, jako s erekcí a podobně.*“ Východiskem, které by pomohlo od obtíží týkající se sexuality v klimakteriu, by mohl být dle respondentky R4 nový mladý partner. I respondentka R12 duchaplně dodala, že vše by mohlo být jiné s mladším a perspektivnějším partnerem.

Podkategorie Subjektivní změny žen

Podkategorie s názvem Subjektivní změny žen pojednává o konkrétních potížích a změnách v oblasti sexuality, které nastaly u jednotlivých respondentek.

Co se týče konkrétních změn v sexualitě tázaných respondentek, nejčastěji zaznívala z úst žen snížená chuť k pohlavnímu styku. Toto svěřily respondentky R1, R3, R4, R5, R8, a R11. *„Nějaké obtíže občas mám, jako třeba sníženou tu chuť, ale nemyslím si, že jsou takové. Řekla bych, že na to potřebuju delší čas, jako ne abychom si řekli, a bude to tak najednou, ale potřebuju delší předeheru, když to tak řeknu,*“ rozpovídala se respondentka R5. Jak již bylo napsáno v předešlé podkategorii, některé sexuální obtíže mohou vznikat na základě vztahových problémů a utichající partnerské touhy. Tento fakt dokazuje respondentka R3 svou odpovědí: *„U nás je to především vztahový problém, ale myslím si, že ta nechut, prostě ten muž se mi nelíbí a když se ani sama sobě nelíbím, tak nemám ani chuť dělat někomu perfektní milenku.*“ Potíž v nelibosti sebe samotné přiznala i respondentka R11. U ní také docházelo na základě této skutečnosti k postupnému snižování libida. U respondentky R4 začal klesat sexuální apetit z důvodu snížené lubrikace pochvy a bolestivého styku.

Ve výzkumném šetření zazněly i odpovědi, ve kterých čtyři respondentky (R2, R5, R8 a R9) sdělily, že po odeznění menstruačního cyklu jsou během sexuálního styku uvolněnější, protože jsou si jisté, že již nemohou otěhotnět. *„Tak asi mám snížený zájem o ten sex, prostě už nejsem mladá. Na druhou stranu, po té hysterektomii jsem*

začala být u sexu mnohem více uvolněnější, protože jsem věděla, že už nemůžu otěhotnět. V tom jsem našla docela pozitivum,“ přiznala respondentka R8. Uvolněnější a klidnější se při sexuálním styku cítila i respondentka R9, která také podstoupila před pár lety hysterektomii.

Respondentky R7 a R12 se shodly, že nepocítují v jejich sexualitě žádné výrazné změny, pouze nemají sexuální styk se svým manželem tak často, než tomu bylo dříve. Respondentky R2 a R6 uvedly, že v jejich sexualitě nenastala zatím žádná výrazná změna.

Podkategorie Zdroj informací

V podkategorii Zdroj informací jsou shrnuta data o tom, jakým způsobem ženy získávaly potřebné informace o problematice sexuality v období klimakteria, popřípadě na koho se obrátily s žádostí o pomoc. Respondentky R1, R2, R3, R5, R6, R7, R9 a R12 uvedly, že zatím jejich problémy v sexualitě nebyly tak relevantní, aby se obracely na někoho s prosbou o pomoc či radu. Tyto respondentky byly následně dotazovány, na koho by se obrátily v případě, že by u nich nastaly nějaké závažnější potíže. Na tuto otázku již byly odpovědi rozličné. Respondentky R2, R4, R5, R6, R8, R10 a R12 uvedly jako zdroj informací internet. *„Občas si přečtu na internetu nějaký článek, když mě zaujme, především pokud je to článek, který se týká mě, tak to si přečtu a zatím mi to vždy stačilo. Za svým gynekologem bych s těmito problémy taky nešla. Ten mě chválí, že mám všechno v pořádku, takže já mu to radši neříkám, stejně si myslím, že by mi nijak neporadil,*“ svěřila respondentka R5. Obdobné tvrzení měla i respondentka R2. Ta řekla, že by se na svého gynekologa také neobrátila, neboť ví, že by jí nabídl jen možnost hormonální léčby, kterou by ona jednoznačně podstoupit nechtěla. Respondentka R6 uvedla: *„Tak asi bych s tím hned nešla za svou gynekoložkou, ani za sestřičkou, všechno bych si hledala na internetu, nebo v časopisech. Samozřejmě ale kdybych měla nějaký závažnější problém, tak bych za doktorkou asi šla a ozvala se, zjišťovala, co s tím.*“ Při zhoršení potíží by se na svého gynekologa obrátily i respondentky R1, R7, R8 a R11.

Respondentky R6 a R10 zmínily během rozhovoru jako další zdroj informací časopisy, kde si zjišťovaly potřebné informace. Časopisy dle respondentek nebyly odborného rázu. Respondentka R3 se také zmínila ve své odpovědi o literatuře. Její názor však nebyl zcela pozitivní: *„Slyšela jsem o nějaké knize, kde šedesátníci vyřvávají, že v šedesáti letech poprvé prožili svůj první orgasmus a podobně, ale nikdy jsem se o toto*

nezajímala. Ten sex je samozřejmě pro někoho důležitý, ale je spoustu lidí, kteří ho nemají a žijí stejně tak kvalitní život. Samozřejmě pokud by jeden z nás začal najednou tlačit na pilu, tak bych šla rovnou k sexuologovi, což mi bylo doporučeno od kamarádky. Jinak to neřeším.“ Respondentky R2 a R11 se ještě přiklánějí k možnosti rady a pomoci od starších a zkušenějších kamarádek v této problematice.

Podkategorie Terapie

Poslední podkategorie spadající do kategorie Sexualita nese název Terapie. Podkategorie se zabývá skutečností, zda některá z respondentek podstoupila léčbu pro snížení sexuálních problémů. Vzhledem k tomu, že žádná respondentka to neuvedla, znázorňuje podkategorie spíše znalosti žen v oblasti léčby potíží v sexualitě. Shrnuje také zkušenosti jednotlivých respondentek s různými metodami alternativní terapie.

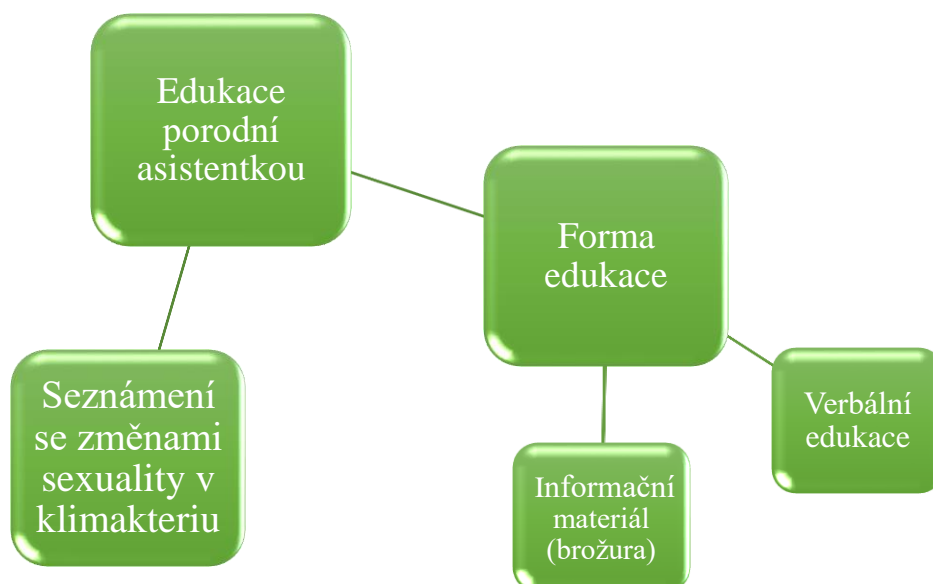
Při dotazování, jaké znají respondentky možnosti řešení sexuálních obtíží, byly odpovědi velice strohé a ve své podstatě shodné. Respondentky R2, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11 a R12 uvedly jako jednu z alternativních metod pomoci lubrikační gely. Většina z nich by v případě potřeby lubrikační gel použila. Pouze respondentky R4, R8 a R10 se svěřily, že lubrikační gely užívají. *„Občas s manželem používáme lubrikační gel, ale to jsme používali vždy,“* odpověděla respondentka R8. Respondentka R10 vysvětlila, že z důvodu suchosti pochvy musí používat při pohlavním styku zvlhčující krém. Na internetu se dočetla o Vagisan krému, který dle potřeby využívá, avšak není s tímto přípravkem moc spokojená. Naopak respondentka R4 byla s užíváním lubrikačního gelu spokojená: *„Tak nějaké ty lubrikační gely, zkoušeli jsme také s manželem nějaké, poté sexuální pomůcky, jako vibrátory, to jsme také zkoušeli a to pomáhá, ale to je asi vše, co znám,“* sdělila respondentka R4.

Sexuální pomůcky, jako pomocníky při řešení sexuálních potíží uvedly respondentky R1, R3, R7 a také již výše citovaná respondentka R4. Respondentka R1 si myslí, že sexuální pomůcky by jí mohly zvýšit sexuální apetit, ale zatím nic se svým manželem nevyzkoušela. Respondentku R3 sice sexuální pomůcky napadly, ale přiznala se, že takové věci ji absolutně nepřitahují. Důvěrně však sdělila: *„Ale přemýšlela jsem o hypnóze, tedy terapii pomocí hypnózy, kterou mi doporučovala kamarádka, kdy vlastně na základě změny vědomí se zaměřuje pozornost na určitou věc, kterou chce člověk změnit, nebo tedy ten daný problém.“* Respondentka R7 by se při případné potřebě ve využití sexuálních pomůcek neomezovala. Tu ještě napadly jako možnost terapie léky.

Kategorie 3 Edukace porodní asistentkou

Kategorie Edukace porodní asistentkou se zabývá tím, jakým způsobem jsou ženy informovány v ordinaci svého obvodního gynekologa porodními asistentkami o změnách sexuality v klimakteriu. Dále tato kategorie shrnuje odezvy respondentek na navrhované způsoby podávání informací o změnách v období klimakteria, o sexualitě v klimakteriu, o možnostech léčby apod. Na základě analýzy dat získaných v rozhovorech s respondentkami byly v této kategorii vytvořeny dvě podkategorie: Seznámení se změnami sexuality v klimakteriu a Forma edukace.

Schéma 3 Kategorie Edukace porodní asistentkou a její podkategorie



Podkategorie Seznámení se změnami sexuality v klimakteriu

Podkategorie Seznámení se změnami sexuality v klimakteriu zjišťuje aktivitu porodních asistentek v nabízení pomoci, v poskytování rad a informací ženám o potížích v sexualitě v období klimakteria.

Žádná z vybraných respondentek nepožádala porodní asistentku o radu, ale na druhou stranu ani jedné ženě nebyla nabídnuta pomoc ze strany porodních asistentek. Respondentky R2 a R7 přiznaly určitou nedůvěru v porodní asistentky, se kterými se setkávají u svých obvodních gynekologů: „Nikdy jsem se s nimi nebavila ani o klimakteriu a já bych se jich možná i zeptala, ale obávám se, možná jim křivdím, ale myslím si, že bych se od nich nic nedozvěděla. Nemám v tomto směru k nim takovou

důvěru,“ vysvětlila respondentka R2. Respondentka R7 by se na porodní asistentky neobrátila z toho důvodu, že vždy komunikovala o svých potížích se svým gynekologem a domnívá se, že ten by jí byl více schopen pomoci i v této oblasti. Respondentky R1, R4, R9 a R12 však při rozhovoru zmínily, že by se s žádostí o pomoc na porodní asistentky obrátily. Respondentky R1 a R4 se dokonce shodly v tom, že by se raději obrátily na porodní asistentku než na svého gynekologa. Respondentka R12 byla poněkud rozpačitá, ale nakonec uvedla: „Nejsem si jistá, jestli bych měla tu odvahu za ní jít a zeptat se. Sestřička u pana doktora je moc milá, ale možná kdyby mi ona nabídla tu pomoc, že by s tím přišla první, tak bych si určitě nechala poradit.“

Podkategorie Forma edukace

Podkategorie s názvem Forma edukace zpracovává odpovědi respondentek na dvě závěrečné otázky. Při první otázce byly ženy tázány, zda by ocenily větší edukaci ze strany porodních asistentek. Druhá otázka se zaměřila na zájem respondentek o informační materiál shrnující informace o klimakteriu a sexualitě v klimakteriu (př. brožura), který by byl dostupný v čekárnách obvodních gynekologů.

Rozsáhlejší informace ze strany porodních asistentek by ocenily respondentky R1, R2, R4, R5, R7, R9, R10 a R12. Respondentka R1 sdělila, že se s porodní asistentkou u svého obvodního gynekologa zná více osobně a bylo by jí příjemnější komunikovat spíše s ní o této problematice než se svou gynekoložkou, u které si je občas nejistá a stydí se jí na některé věci zeptat. Respondentka R2 svěřila: „*No určitě. Myslím si, že lépe se o tomto bude hovořit se ženou, která to třeba zažila a má s tím zkušenosti, ale nevadilo by mi, kdyby neměla. Možná, že mladá porodní asistentka by ve mně budila větší důvěru, že se o to bude více zajímat. Dříve se tyto věci příliš neřešily, žena přišla do přechodu a byla stará, tečka. Ale určitě jako pacientce by mně vyhovovalo, že by ta sestřička za mnou přišla a nabídla mi dle mých problémů možnosti řešení, nebo alespoň kde o tom mohu najít nějaké informace.*“ Podobně odpověděly i respondentky R5 a R12. Respondentka R5 vysvětlila, že je stydlivější typ, takže sama by se na porodní asistentku o radu neobrátila. Každopádně pokud by jí byla nabídnuta pomoc, ráda by ji přijala. Respondentka R6 si nebyla v edukaci porodní asistentkou zcela jistá: „*Ta sestřička nevím, ona si ode mě vždy vezme kartičku a v podstatě komunikuje s doktorem, ale se mnou ne. Neumím si představit, že by mi měla něco sdělovat. Ale třeba kdybych se zeptala, tak by mi dokázala říct, ale fakt jsem zatím neměla příležitost se na ní obrátit*

s žádostí o pomoc.“ Respondentka R9 se rozvyprávěla o velice pozitivních zkušenostech s porodními asistentkami u svého porodu. Od té doby měla v jejich práci velkou důvěru a edukaci o klimakteriu i informace o sexualitě by od porodních asistentek přijala s radostí. Respondentka R10 dodala, že by ocenila nejen více informací od porodních asistentek, ale také od svého gynekologa. Respondentka R4 vyjádřila velké nadšení: *„No to určitě ano, protože na tom internetu mi přijde, že to jsou více méně bulvární zprávy, jako že je to perfektní a pomalu lepší než ve třiceti a tomu já prostě nevěřím. To poctivé, to se málo kdo otevře, a to mi tam chybí. Takže kdyby sestřičky byly v tomto také více otevřené a nabídly tu pomoc, přijala bych to určitě. Bohužel je toto téma stále tabuizované, ačkoliv si myslím, že je hodně žen, které toto období prožívají mnohem více než já a třeba i trpí mnohem většími problémy. Pamatuji si i na své starší kolegyně, které trpěly návaly a pocením, ale bohužel jejich informovanost také byla v podstatě nulová.“* Respondentky R3 a R11 se vyjádřily k této problematice zcela odlišně. Dle názoru respondentky R3, by ženy při zájmu o toto téma měly jít za svými kamarádkami či blízkými a právě s nimi si popovídat a svěřit se se svými problémy. Respondentka R11 vkládá svou důvěru pouze do rukou svého gynekologa. Respondentka R8 jako jediná sdělila, že je spokojená v podávání informací jak od svého gynekologa, tak od porodních asistentek.

Poslední otázka byla zaměřena na názor respondentek na informační materiál dostupný v čekárnách jejich obvodních gynekologů. Respondentky R8 a R12 řekly, že informací takového rázu je dostatek. Respondentka R12 však tuto možnost neodmítá. Zbylé respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R10 a R11 se jednoznačně shodly v pozitivním postoji k informačním letákům či brožurám. Respondentky R1 a R2 uvedly, že jejich potíže nejsou ještě tak závažné, ale do budoucna by se rády dozvěděly více. Respondentka R5 zmínila: *„Určitě informace toho odborného rázu jsou lepší než nějaké články na internetu, které třeba nejsou někdy ideální, pravdivé, takže toto bych ocenila.“* Podobný názor měla i respondentka R6: *„Jo, to asi jo. Na prostudování na doma ideálně. Na tom internetu je sice informací hafo, ale těžko říct, co je pravdivé a co ne. Jsou tam sice zkušenosti různých žen, ale je to takové rozkouskované a není to přehledné.“* Respondentka R9 sdělila: *„Jo, určitě. Stručně, jasně, srozumitelně, nic úplně odborného, to by mi vyhovovalo.“*

5 Diskuze

Klimakterium, jak uvádí Fait (2014), je přechodné období v životě ženy a jedná se ve své podstatě o přirozené období mezi plodným věkem ženy a počátkem sénia. Fyziologicky v tomto období dochází k poklesu ovariální funkce, vyhasíná reprodukční schopnost ženy a charakteristické jsou také pro tuto životní etapu značné změny po stránce endokrinní, somatické a psychické (Vokurka, 2015). Jak uvádí Kubíková (2014), tyto změny jsou způsobené sníženou hladinou estrogenů a jsou děleny na akutní, subakutní a chronické symptomy klimakteria.

Jedním z cílů bakalářské práce bylo zjistit znalosti žen o změnách v klimakteriu. Odpovědi respondentek jsou zpracovány v podkategorii Klimakterium jako pojem. Respondentky R2, R3, R4, R5, R7, R9, R10, R11 a R12 si pod pojmem klimakterium ihned vybavily návaly horka. „*Vybaví se mi špatná regulace tělesné teploty a s tím spojená častá změna tělesných teplot,*“ sdělila respondentka R4. Pocity horka, které jsou řazeny do akutních příznaků, se dle Magowan et al. (2014) objevují u 50 % - 85 % žen a jsou často doprovázeny silným pocením. Pocení ve spojitosti s výskytem návalů uvedly následně respondentky R1, R3, R5, R6 a R10. Mezi akutní symptomy jsou dále řazeny psychické problémy jako například změny nálad, nespavost, úzkost, zhoršení paměti či ztráta libida (Shifren, Gass, 2014). I tyto symptomy byly dotazovaným respondentkám známé. Změny nálad si představily respondentky R2, R4, R5, R7, R8, R11 a R12, nespavost zmínily respondentky R1, R3, R6 a R10, zhoršenou paměť však uvedla pouze respondentka R8. Dalším symptomem zmiňovaným respondentkami R6, R7 a R10 byl stres. Respondentka R5 si vzpomněla ještě na deprese, coby psychickou změnu. Povšechnou změnu psychiky uvedly respondentky R1, R3, R9 a R11. „*Představí se mi pocit, že člověk nic nestíhá a ujíždí mu vlak, takže především ta psychika se mění,*“ vyjádřila se k této problematice respondentka R3. Změny v sexualitě, konkrétně v chuti na sex, vyjádřily poté respondentky R1, R2, R3, R4, R6 a R11.

Subakutní příznaky se projevují jako nezvratné změny na tkáních orgánů, které jsou estrogen-dependentní (Kubíková, 2014). V první řadě se jedná konkrétně o změny pohlavních orgánů, vylučovacích orgánů a svalů pánevního dna (Fait, 2014). Dle Rodrigues (2014) také postupně dochází ke snižování kolagenu v kůži, což se projevuje ztrátou pevnosti kůže, lámavostí nehtů či padáním vlasů. Změny pokožky v kontextu s klimakteriem poznamenaly respondentky R10 a R12. Respondentka R10 posléze

zmínila ještě suchost sliznic a nedostatek slin, což jsou také typické subakutní symptomy (Čepický, 2012).

Na otázku týkající se změn v souvislosti s klimakteriem odpověděly všechny respondentky změnu váhy. Jak vysvětluje Rogdrigues (2014), nízká hladina estrogenů zpomaluje metabolismus, je pozměněno rozložení tělesného tuku, avšak hlavní příčinou je, že v těle ženy se v tomto období nachází větší míra androgenů než estrogenů (Vlček, 2014). Přibývání na váze je jeden z příznačných chronických symptomů v období klimakteria (Vrablík, 2014). Nejzávažnějším chronickým příznakem klimakteria je dle Faita (2014) osteoporóza. Ženy se tedy mohou setkat v období klimakteria s hojnými zlomeninami krčku stehenní kosti, zlomeninami obratlů nebo zlomeninami zápěstí. Tuto skutečnost uvedly do spojitosti s klimakteriem pouze respondentky R10 a R12.

Za povšimnutí stojí určitě ten fakt, že i když menstrují pouze respondentky R1 a R12, menstruační problémy či konec menstruace si v souvislosti s klimakteriem vybavily pouze respondentky R3, R5, R6, R7, R8, R10 a R12.

Dalo by se konstatovat, že znalosti žen o změnách v klimakteriu dle rozhovorů jsou poměrně bohaté. Lze předpokládat, že odpovědi žen se často odrážely od příznaků, které samy prožily. Když se podíváme na subjektivní příznaky u dotazovaných respondentek, na prvním místě se opět objevují návaly. U respondentek R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R10 a R11 byly návaly dokonce počátečním symptomem. „*Mně nejvíc vadilo to, že nikdy v životě jsem se nepotila a teď mám návaly, potím se, nemůžu nosit ani rolák, protože mi je okamžitě horko,*“ sdělila respondentka R5. U té však nejprve došlo k ukončení menstruačního cyklu. Stejně tak klimakterium nastalo i u respondentek R2 a R11, neboť do té doby užívaly hormonální antikoncepci. „*Bylo to asi v padesáti, kdy jsem přestala po vysazení antikoncepce menstruat, a potom až začaly návaly,*“ svěřila respondentka R11. Dalo by se předpokládat, že užívání hormonální antikoncepce je příčinou pozdějšího nástupu klimakterických symptomů.

Dalším výchozím příznakem pro respondentky R3, R4, R6, R10 a R12 byly problémy s menstruací, kdy se ve většině případů jednalo o nepravidelné krvácení. „*Před padesátkou jsem začala mít nepravidelnou menstruaci. Dále se objevily určitě ty návaly toho tepla,*“ zavzpomínala respondentka R4. Velice zajímavé jsou však životní zkušenosti respondentek R8 a R9. Respondentka R9 podstoupila ve 43 letech hysterektomii s oboustrannou adnexektomií a ihned poté začala pociťovat návaly

a zvýšené pocení. Respondentka R8, které byla provedena pouze hysterektomie, začala pociťovat první příznaky až po několika letech.

Dalším cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda změny u žen v klimakteriu ovlivnily jejich sexualitu. Dle Zvěřiny (2012a) jsou východiskem ženských sexuálních dysfunkcí konstituční, biologické, psychické a sociální skutečnosti a ve většině případů se jedná o multifaktoriální původ. Většina respondentek svou pozměněnou sexualitu přisuzovala přirozenému procesu stárnutí. „*Prostě, kdo si sexuální život neužil ve třiceti, tak to v šedesáti rozhodně nedožene,*“ sdělila důvtipně respondentka R4. Nejčastějším problémem byla u dotazovaných respondentek R1, R3, R4, R5, R8 a R11 postupně ubývajícím zájem o pohlavní styk. Snížená sexuální apetence je jednou z nejčastějších poruch u žen v klimakteriu (Zvěřina, 2012). Respondentka R3 přiznala, že příčinou jejich sexuálních potíží jsou také vztahové problémy, které má se svým mužem. Další překážkou je respondentce R3 i nelibost k sobě samotné, čemuž se svěřila i respondentka R11: „*Možná to bylo tím, že jsem se tak nějak přestávala líbit sama sobě a odráželo se to i v tom sexu.*“ Dle Pastora a Uzla (2010) je tato skutečnost přirozená, neboť některé ženy těžce přijímají tělesné změny či samotný nástup stárnutí. I Houshyar et al. (2016) ve své studii zjistili jistou spojitost mezi změnami v sexualitě žen a vlastním negativním sebehodnocením. Důvod snižujícího se sexuálního apetitu u respondentky R4 byl zcela odlišný: „*Tak po té šedesátce všechno vysychá, takže už ten sex není vůbec příjemný, je bolestivý, takže by se neustále musely používat nějaké gely a přestává být ta chuť.*“ Nedostačující lubrikace pochvy je projevem poruchy sexuálního vzrušení (Pastor, 2012). Počínající příčina spočívá v první řadě ve změně poševních stěn, ke které dochází deficitem estrogenů (Reid, 2015). Dle Pines a Sturdee (2015) by ženy měly otevřeně mluvit o těchto potížích s porodními asistentkami či s gynekology, aby byla včas zahájena terapie či opatření pro zlepšení jejich sexuálních prožitků. V jiných případech mohou být důvodem psychologické aspekty nebo již zmíněné partnerské problémy (Hollá et al., 2012). I v takovém případě mohou porodní asistentky podotknout možnost návštěvy specialistů, podpořit ženu a přimět ji, aby se nestyděla své sexuální problémy řešit. Dále vyplynulo z rozhovorů, že změny v sexualitě nemusí být pouze nežádoucí. To dokazují odpovědi respondentek R2, R5, R8 a R9, které sdělily, že se po ukončení menstruace cítily při sexuálním styku mnohem uvolněnější než dříve, neboť se nemusely již obávat nechtěného těhotenství. „*Asi jsem uvolněnější při sexu, z důvodu, že asi vím,*

že nemůžu otěhotnět, neboť jsem poprvé otěhotněla nechtěně a poté se to se mnou neslo, ačkoliv jsem užívala antikoncepci,“ svěřila respondentka R2.

Posledním cílem práce bylo zjistit, zda porodní asistentky informují ženy o změnách v sexualitě v období klimakteria. Kompetence porodní asistentky jsou poměrně rozsáhlé. Podstatnou dovedností porodní asistentky je edukace, která by měla být zaměřena především na preventivní zásady v oblastech potíží ženy (Svěráková, 2012). Vzhledem k tomu, že potíže v sexualitě se vyznačují výraznou intimitou, je pochopitelné, že se ženy často stydí mluvit otevřeně o této problematice. Respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 přesto uvedly, že se během rozhovoru cítily dobře a neměly žádný problém na otázky odpovídat. Pouze respondentky R11 a R12 měly pocity jiné. Respondentka R11 vysvětlila: *„Tento rozhovor pro mě nebyl příjemný. O této problematice se bavím jenom s lidmi, který jsou mi blízký, anebo se svým lékařem.“* Podobně tak přiznala respondentka R12, které také bylo nepříjemné odpovídat na některé otázky. Přesto však žádná z respondentek neodmítala během rozhovoru odpovídat ani na otázky týkající se sexuality. Z této skutečnosti je zřejmé, že pokud jsou ženy vybídnuty, komunikují na téma sexualita či klimakterium ve své podstatě upřímně a bez zábran. Otázkou poté zůstává, proč porodní asistentky nejsou hlavními iniciátorkami těchto debat.

Velice překvapujícím zjištěním bylo, že žádná z dotazovaných respondentek nebyla informovaná ze strany porodních asistentek o změnách v sexualitě souvisejících s klimakteriem, ačkoliv bylo pravděpodobné, že se již v klimakterickém období nachází. Dle Škorníčkové (2015) by se porodní asistentka při edukaci žen měla mimo jiné zaměřovat na doporučení ohledně zdravého životního stylu. Rady by se tedy měly týkat zdravého stravování, sportovních aktivit a hygienických návyků. Je vhodné ženy upozornit i na škodlivost alkoholu a kouření. Porodní asistentky by se neměly ostýchat informovat ženy ani o změnách v oblasti sexuality. Z výzkumného šetření vyplynulo, že by ženy tyto informace rády přivítaly, avšak prvotní impuls k řešení této problematiky by musel vycházet od porodní asistentky. Samozřejmostí edukace je v neposlední řadě nabídnout ženám možnosti mírnění klimakterických potíží. Bohužel ani takové informace žádná z vybraných respondentek nezmínila. Respondentky R1, R4, R9 a R12 následně k této skutečnosti dodaly, že by informace od porodní asistentky rády přijaly. Respondentka R2 svěřila, že nemá důvěru v porodní asistentky u svého obvodního gynekologa. Podobně tak se vyjádřila i respondentka R7: *„Spíše bych se obrátila na toho*

gynekologa, protože si myslím, že by mi toho řekl více než ty sestřičky. Přece jen vždy komunikuji s ním.“ Ona důvěra hraje v těchto případech podstatnou roli. Jak uvádí Carpenter et al. (2011), nejistota v práci porodních asistentek či gynekologů může značně ovlivnit názor žen na bezpečnost či účinnost nabídnuté terapie. Proto by přístup k ženám měl být striktně individuální, měly by se zohledňovat dosavadní nemoci ženy, její životní styl či sociální podmínky.

Je důležité však podotknout, že respondentky R1, R2, R3, R5, R6, R7, R9 a R12 neměly zatím potřebu vyhledávat někoho s žádostí o pomoc, neboť jejich problémy v sexualitě nebyly tak markantní. Zaměříme-li se však na zdroje informací, které respondentky využívaly, zjistíme, že nejčastější odpovědí tázaných žen byl internet. „*Popravdě jsem se o tomto moc neinformovala, ale když už, tak spíše na tom internetu opět, ačkoliv ty informace jsou podle mě zkreslené,*“ sdělila respondentka R4. Internet jako zdroj pomoci dále uvedly i respondentky R2, R5, R6, R8, R10 a R12. Genius (2012) tvrdí, že mnoho žen není spokojeno s informacemi od svého lékaře, a proto vyhledávají informace na internetu, i přes to, že si uvědomují neodbornost informací získaných z těchto zdrojů. Genius (2012) je také toho názoru, že ženy shledávají pozitivum především v tom, že na internet jsou přidávány pravidelně stále nové poznatky a rady. Dalším zmíněným pomocníkem respondentek R6 a R10 byly neodborné časopisy. Tyto respondentky však byly s informacemi v nich získaných spokojené. Přirozeně literatura je podstatným pramenem znalostí. Tuto skutečnost potvrzují i Chew a Wu (2017), kteří ve své studii zjistili, že mezi primární zdroje informací o zdraví patří především časopisy. Ty jsou pro čtenářky kdekoliv dostupné, obsahují praktické znalosti, užitečné tipy a rady a tím si získávají důvěru žen (Chew, Wu, 2017). Bohužel ne pro všechny je tato možnost přijatelná. Příkladem je respondentka R3, která se rozpovídala o knize, ve které je údajně popsán aktivní sexuální život „šedesátníků“. Respondentka R3 se o toto však nezajímá, neboť dle jejího názoru se kvalitní život dá žít i bez sexuálních aktivit. Odbornou pomoc by hledala však jinde: „*Já bych šla asi rovnou k sexuologovi, bylo mi to doporučeno od kamarádky.*“ Respondentky R1, R7, R8 a R11 by se při relevantnějších problémech obrátily na svého gynekologa. Respondentkami R2 a R11 byla ještě zmíněna pomoc od starších a zkušenějších kamarádek. Genius (2012) také ve své studii zmiňuje přátele či rodinu jako primární zdroj informací pro ženy vyhledávající pomoc v období klimakteria. Velmi podstatná zjištění se však ukázala až u poslední podkategorie s názvem Forma edukace. Zde byly zpracovány odpovědi respondentek na základě dvou otázek. První

zjišťovala, zda by ocenily rozsáhlejší edukaci o klimakteriu a změnách s ním souvisejících ze strany porodních asistentek. Respondentky R1, R2, R4, R5, R7, R9, R10 a R12 se k obsáhlejší informovanosti od porodních asistentek vyjádřily kladně. „*Určitě, protože zrovna svou sestřičku znám více osobně, víc než paní doktorku a u té paní doktorky občas nevím, možná u ní se stydím zeptat na některé věci. Spíše bych se zeptala té sestřičky. Určitě by mi to bylo příjemnější,*“ vysvětlila respondentka R1. Respondentka R2 k této skutečnosti sdělila, že určitě mnohem lépe by se jí hovořilo o tomto tématu se ženou, která toto období zažila a je plna zkušeností, avšak nevdala by jí ani mladší porodní asistentka. Domnívá se totiž, že mladé porodní asistentky by mohly být zase více ambiciózní a mohly by se v problematice klimakteria více orientovat. „*Asi možná jsem stydlivější typ, takže nevím, jestli bych si takhle s někým cizím o tom dokázala povídat, ale kdyby třeba ta sestra přišla a řekla, jste v přechodu a doporučila bych Vám tohle a tohle, tak to bych třeba uvítala, ale když ta osoba o tom nezačne, tak já také ne,*“ přiznala respondentka R5. Respondentka R6 vyjádřila určitou nedůvěru v podávání informací od porodní asistentky. Dle jejích slov s ní porodní asistentka u obvodního gynekologa nekomunikuje, takže neměla zatím příležitost se na ni obrátit s žádostí o pomoc. Jejich znalosti však zcela neztracuje. Respondentka R11 má k porodním asistentkám absolutně negativní postoj a své problémy by řešila pouze se svým obvodním gynekologem. Respondentka R3 by edukaci od porodních asistentek také nevyžadovala, neboť podstatu pomoci vidí v úplně jiných aspektech: „*Myslím si, že ženy, které mají o toto zájem a chtějí s tím něco dělat, tak jdou za kamarádkami, řeknou si mezi sebou, co a jak, nebo nad tím mávnou rukou a neřeší to, prostě si myslím, že je to o tom svěřit se někomu blízkému. Nevím, zda by se ta sestřička uměla do někoho cizího vcítit.*“ Pouze respondentka R8 uvedla, že je s péčí svého gynekologa i porodních asistentek spokojena. Je přirozené, že spokojenost respondentek v poskytování informací bude odlišná. Avšak jak uvádějí Chew a Wu (2017), bylo prokázáno, že ačkoliv se ženy s klimakterickými obtížemi obracely s žádostí o pomoc na poskytovatele zdravotních služeb, přesto byly jejich znalosti nedostatečné, především v oblasti možných příznaků klimakteria a rizicích hormonální terapie. Není poté překvapující zjištění, že ženy se raději řídí informacemi z médií a internetu. Je důležité si však uvědomit nekvalitnost těchto zdrojů. Porodní asistentky by se měly angažovat v profylaxi klimakterických obtíží, odkazovat ženy na kvalitní zdroje informací či diskutovat s nimi o výhodách a rizicích případné terapie (MinFang, et al., 2011).

Jako přijatelná se respondentkám zamlouvala i forma edukace pomocí informačních materiálů, které by byly dostupné v čekárnách jejich obvodních gynekologů. Navrhovaným materiálem byla kupříkladu brožura obsahující základní informace o klimakteriu, o změnách souvisejících s tímto obdobím a možnosti případné terapie či řešení pro zmírnění klimakterických obtíží. Respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R10 a R11 vyjádřily jednoznačně pozitivní postoj k takovýmto informačním podkladům. „*Samozřejmě, ano, to by bylo ze všeho nejlepší. Protože jak říkám, myslím si, že ty mé problémy zatím nejsou takové, takže se o to nezajímám, ale až přijde ta doba, kdy ty problémy budou horší, tak mi každá rada bude dobrá,*“ uvedla respondentka R1. Stejně tak by ocenila takovou brožuru do budoucna i respondentka R2. Respondentky R5 a R6 se shodly v tom názoru, že právě takové informační letáky odborného rázu jsou mnohem kvalitnějším zdrojem informací než články na internetu, kde je velkou pravděpodobností, že informace nejsou v některých případech zcela pravdivé. Respondentky R8 a R12 poznamenaly, že informací takového charakteru je k dispozici dostatek. Respondentka R12 však zcela tuto možnost nezamítá.

6 Závěr

Klíčovým námětem bakalářské práce byla sexualita žen v klimakteriu. Stanoveny byly tři hlavní cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda změny u žen v klimakteriu ovlivnily jejich sexualitu. Druhý cíl měl odhalit znalosti žen o změnách v klimakteriu a poslední cíl zkoumal, zda porodní asistentky informují ženy o změnách v sexualitě v období klimakteria.

Z výzkumného šetření zcela jasně vyplynulo, že sexualita u dotazovaných respondentek pozměněna byla. Ve většině případů se jednalo o sníženou chuť k sexuálním aktivitám. Důvody přisuzovaly respondentky často přirozenému procesu stárnutí, avšak příčinou se ukázala i nelibost sebe samotné či potíže s lubrikací pochvy. Dále výzkumné šetření odhalilo, že znalosti žen v oblasti změn v klimakteriu jsou poměrně kvalitní. Porodní asistentky by se však v edukaci žen o období klimakteria měly kromě obecných informací zaměřit i na možnosti řešení klimakterických problémů a doplnit tak určité nedostatky ve vědomostech žen, které byly z rozhovorů patrné. K velkému zklamání však výzkumné šetření ukázalo, že právě ona informovanost žen ze stran porodních asistentek je absolutně nedostačující. Žádná žena během rozhovoru neuvědla, že by byla informována porodní asistentkou o změnách v sexualitě v období klimakteria. Dotazované respondentky nebyly však informované ani obecně o klimakteriu, o klimakterických obtížích, ani o možnostech řešení těchto potíží. Porodní asistentky by měly samy iniciativně zahájit edukaci o tomto velice podstatném období, respektovat individualitu žen a včas jim podat pomocnou ruku. Je důležité, aby si porodní asistentky uvědomovaly, že pro některé ženy je tato životní etapa velice svízelná. Ženy prožívající klimakterium bezpochyby ocení otevřený přístup porodních asistentek k této problematice a rády přijmou nové informace a užitečné rady.

Výsledky výzkumného šetření by mohly být prezentovány na odborných seminářích či být publikovány v odborných časopisech. Jako vhodné uplatnění se jeví i souhrnné zpracování informací o období klimakteria, o souvisejících změnách a následných možnostech řešení potíží formou informační brožury, která by byla ženám dostupná v gynekologických ambulancích. Tato brožura by mohla ženám pomoci zorientovat se v problematice klimakteria a navést je částečně na správnou cestu prevence.

7 Seznam zdrojů

- 1) ARMAND, M. et al., 2017. Effect of Acupressure on Early Complications of Menopause in Women Referring to Selected Health Care Centers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 22, 237-42. Doi: 10.4103/1735-9066.208165.
- 2) BABER, R., J. et al., 2016. 2016 IMS Recommendations od women´s midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 19(2), 109-50. DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166.
- 3) BERNE, E., 2017. *Sex v lidském milování*. Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-262-1089-4.
- 4) BESNARD-CHARVET, CH., 2014. *Homeopatie & perimenopauza*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5191-7.
- 5) BOROVSÝ M., OŽVOLDOVÁ R., 2017. Nehormonálna liečba klimakterického syndrómu a medzinárodné sledovanie symptómov menopauzy (POMMSIS) – štúdia fytoSERM (DT56a) v Českej a Slovenskej republike. *Klimakterická medicína*. 22(2), 27-31. ISSN 1211-4278.
- 6) BOROVSÝ, M., KRIŠTÚFKOVÁ, A., 2015. Hormonálna substitučná liečba, pre a proti v roku 2015. *Klimakterická medicína*. 20(2), 8-10. ISSN 1211-4278.
- 7) BROŽOVÁ DOUBKOVÁ, A., THELENOVÁ, K., 2012. *Efektivní komunikace v pomáhajících profesích*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 90 s. ISBN 978-80-7372-941-7.
- 8) BŘEGOVÁ, B., BRUBLOVÁ, Y., 2015. The effect of antihypertensive therapy on human sexuality. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 6(2), 237-44. DOI: 10.15452/CEJNM.2015.06-0010.
- 9) CARPENTER, J. S. et al., 2011. Factors related to menopausal symptom management decisions. *Maturitas*. 70(2011), 10-15. DOI:10.1016/j.maturitas.2011.06.002.
- 10) CLAYTON, A., H. et al., 2013. Validity of the Decreased Sexual Desire Screener for Diagnosing Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 39(2), 132-43. DOI: 10.1080/0092623X.2011.606496.
- 11) COWAN, F., FRODSHAM, L., 2015. Management of common disorders in psychosexual medicine. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 17(1), 47-53. DOI: 10.1111/tog.12163.
- 12) ČEPICKÝ, P., 2011. Gynekologická endokrinologie. In: ROZTOČIL, A., BARTOŠ, P. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, s. 65-93. ISBN 978-80-247-2832-2.

- 13) ČEPICKÝ, P., 2012. *Gynekologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. 162 s. ISBN 978-80-87553-60-2.
- 14) DAVIS, S., R., WORSLEY, R., 2014. Androgen treatment of postmenopausal women. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*. 142(2014), 107-14. DOI: 10.1016/j.jsbmb.2013.05.006.
- 15) DOSTÁL, J., TURKOVÁ, M., 2017. Perimenopauza a postmenopauza. In: PILKA, R. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, s. 65-73. ISBN 978-80-7345-530-9.
- 16) DRIÁK, D., 2014. Menopauza a hormonální substituční léčba. In: VLČEK, J., FIALOVÁ, D., VYTRÍŠALOVÁ, M. *Klinická farmacie II*. Praha: Grada, s. 129-142. ISBN 978-80-247-4532-9.
- 17) FAIT, T., 2012. Klimakterium a sex. In: TURČAN, P. et al. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, Jessenius, s. 36-45. ISBN 978-80-7345-291-9.
- 18) FAIT, T., 2013. *Klimakterická medicína*. Praha: Maxdorf. 200 s. ISBN 978-80-7345-342-8.
- 19) FAIT, T., 2016. Od fytoestrogenů k fytoSERMům. *Klimakterická medicína*. 21(2), 19-22. ISSN 1211-4278.
- 20) FAIT, T., a2014. *Deprese a přechod: informace pro pacientky*. Praha: Maxdorf. 23 s. ISBN 978-80-7345-417-3.
- 21) FAIT, T., a2015. Nehormonální terapie klimakterického syndromu. *Praktická gynekologie*. 19(2), 123-126. ISSN 1211-6645.
- 22) FAIT, T., b2014. *Klimakterium a rozvoj depresivní poruchy*. Praha: Maxdorf. 24 s. ISBN 978-80-7345-415-9.
- 23) FAIT, T., b2015. Praktické postupy při výběru hormonální terapie. *Klimakterická medicína*. 20(4), 10-15. ISSN 1211-4278.
- 24) FAIT, T., GEDEONOVÁ, F., 2015. Hormonální jógová terapie jako léčebná alternativa. *Praktická gynekologie*. 19(4), 208-209. ISSN 1211-6645.
- 25) FONTANA, D., 2017. *Sociální dovednosti v praxi*. Přeložila Alice Zavadilová. Praha: Portál. 120 s. ISBN 978-80-262-1197-6.
- 26) GENIUS, S., K., 2012. Constructing „Sense“ From Evolving Health Information: A Qualitative Investigation of Information Seeking and Sense Making Across Sources. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*. 63(8), 1553-566. DOI:10.1002/asi.22691.
- 27) HÁNA, V., 2014. *Endokrinologie pro praxi*. Praha: Maxdorf. 224 s. ISBN 978-80-7345-414-2.

- 28) 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: The Journal of The North American Menopause Society*. 19(4), 1-9. DOI:10.1097/gme.0b013e31824d8f40.
- 29) HOLLÁ, et al. 2012. K novým koncepcím ženských sexuálních dysfunkcí a jejich významu pro psychologickou praxi. *Československá psychologie*. 56(3), 253-66 s. ISSN 0009-062X.
- 30) HOLUB, J., T., 2014. *Jak se léčit homeopatií ve středním a vyšším věku*. Brno: CPress. 124 s. ISBN 978-80-264-0343-2.
- 31) HORČIČKA, L., 2017. Hyperaktivní močový měchýř, močová inkontinence u starších pacientek a lékové interakce. *Gynekolog*. 26(3), 94-98. ISSN 1210-1133.
- 32) HOUSHYAR, P. et al., 2016. The Relationship Between Body Image and Sexual Function in Middle-Aged Women. *Electronic Physician*. 8(11), 3302-8. ISSN 2008-5842.
- 33) CHEW, F., XIANWEI, W., 2017. Sources of information influencing the state-of-science gap in hormone replacement therapy usage. *PLoS ONE*. 12(2). DOI:10.1371/journal.pone.0171189.
- 34) JENÍČEK, J., 2016. Séréllys – nový přístup v řešení akutních příznaků menopauzy. *Klimakterická medicína*. 21(4), 15-17. ISSN 1211-4278.
- 35) JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 36) KAŠPAROVÁ, M., 2013. Fytoestrogeny z jetele lučního. *Praktické lékárenství*. 9(4-5), 201-203, ISSN 1801-2434.
- 37) KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie 2. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
- 38) KOLIBA, P., 2015. Výhody transdermálních forem HRT z pohledu gynekologa. *Klinická farmakologie a farmacie*. 29(2), 80-83. ISSN 1212-7973.
- 39) KRATOCHVÍL, S., 2010. Psychoterapie sexuálních dysfunkcí. In: WEISS, P. *Sexuologie*. Praha: Grada, s. 255-73. ISBN 978-80-247-2492-8.
- 40) KRATOCHVÍL, S., 2012. *Sex jako obohacení života: sexuální trénink v sedmi lekcích*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada. 122 s. ISBN 978-80-247-4370-7.
- 41) KREJČÍK, V., 2013. *Powerjóga nová cesta*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-4757-6.

- 42) KREJČÍK, V., 2016. *Období ženy a vliv jógy* [online]. *Jóga dnes* [cit. 2017-09-27]. Dostupné z: <https://www.jogadnes.cz/joga/powerjoga-a-menopauza/>
- 43) KŘEPELKA, P., 2017. Zdraví žen středního věku a hormonální terapie – doporučení IMS 2016 (International Menopause Society). *Klimakterická medicína*. 22(2), 8-12. ISSN 1211-4278.
- 44) KUBÍKOVÁ, D., 2014. Menopauzální symptomy a hormonální substituční terapie. *Praktické lékařství*. 10(2), 68-73. ISSN 1801-2434.
- 45) LEDEREROVÁ, K., 2014. Komunikace ve zdravotnictví. *Sestra* [online]. Praha [cit. 2017-11-20], Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-ve-zdravotnictvi-473723>
- 46) LUMSDEN, M., A., 2015. The menopause. In: MAGOWAN, B., OWEN, P., THOMSON A., J. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 3. edition. New York: Saunders/Elsevier, s. 115-20. ISBN 978-0-7020-5410-5.
- 47) MACHOVÁ, A., ©2017. *Čínská medicína-Klimakterium* [online]. Praha: Medikus [cit. 2017-10-10]. Dostupné z: <http://www.machova.medikus.cz/cz/clanky-o-cinske-medicine/>
- 48) MACHOVÁ, J., 2016. *Biologie člověka pro učitele*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 272 s. ISBN 978-80-246-3357-2.
- 49) MALÝ, J., DOSEDĚL, M., 2012. Volně prodejné přípravky používané v peri-a postmenopauze. *Praktické lékařství*. 8(4), 181-86. ISSN 1801-2434.
- 50) MAREK, J., HÁNA, V., 2017. *Endokrinologie*. Praha: Galén. 692 s. ISBN 978-80-7262-484-3.
- 51) MIHULOVÁ, M., SVOBODA, M., 2013. *Přírodní lékárna: fytoterapie, gemmoterapie, apiterapie, homeopatie, čínská medicína, ajurvéda, antroposofická medicína, Bachova terapie*. Liberec: Santal. 236 s. ISBN 978-80-85965-98-8.
- 52) MINFANG, T. et al., 2011. Knowledge, Perceptions and Information about Hormone Therapy (HT) among Menopausal Women: Systematic Review and Meta-Synthesis. *PLoS ONE*. 6(9), doi:10.1371/journal.pone.0024661.
- 53) MONČILOVÁ, P., 2016. *Ovládněte své hormony jídlem: fit po padesátce – klimakterium v pohodě – bez osteoporózy – fytoestrogeny v jídelníčku*. Čestlice: Medica Publishing. 128 s. ISBN 978-80-859366-72-8.
- 54) MORAVCOVÁ, M. et al., 2014. Czech version of Menopause Rating Scale Questionnaire – Preliminary notice. *Kontakt*. 16(2), 94-101, ISSN 1212-4117.

- 55) PAJEROVÁ, K., 2012. Předčasné klimakterium a menopauza. In: HOŠKOVÁ, B. *Vademecum: zdravotní tělesná výchova (druhy oslabení)*. Praha: Karolinum, s. 78-94. ISBN 978-80-246-2137-1.
- 56) PASTOR, Z., UZEL, R., 2010. Aging female. In: WEISS, P. *Sexuologie*. Praha: Grada. s. 255-73. ISBN 978-80-247-2492-8.
- 57) PAYER, J., BEDNÁROVÁ, A., JACKULIAK, P., 2016. Dosledky menopauzy. In: BOROVSÝ, M., PAYER, J. *Gynekologická endokrinológia*. Bratislava: Herba. s. 211-219. ISBN 978-80-89631-57-5.
- 58) PILKA, R., TURKOVÁ, M., 2012. Menopauza. In: PILKA, R., PROCHÁZKA, M. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 56-62. ISBN 978-80-244-3019-5.
- 59) PINES, A., STURDEE, D., W., 2015. Personal opinion: treatment of vulvovaginal atrophy – are hidden interests and misinformation preventing better management? *Climacteric*. 18, 802-04. DOI:10.3109/13697137.2015.1090149.
- 60) PINKERTON, J., V. et al., 2017. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*. 24(7), 728-53. DOI:10.1097/GME.0000000000000921.
- 61) PÍŤHA, J., 2016. Boj s aterosklerózou u žen. Stále hledáme lepší načasování. *Praktická gynekologie*. 20(2), 77-80. ISSN 1211-6645.
- 62) PONDĚLÍČEK, I., 2016. *Labyrinty duše & Bída psychologie*. Praha: Prostor. 312 s. ISBN 978-80-7260-328-2.
- 63) PORTMAN D., J., GASS, M., L., S., 2014. Genitourinary Syndrome of Menopause: New Terminology for Vulvovaginal Atrophy from the International Society for Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *The Journal of Sexual Medicine*. 11(12), 2865-72. DOI:10.1111/jsm.12686.
- 64) PROCHÁZKA, I., 2016. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 158 s. ISBN 978-80-244-5025-4.
- 65) REDDY M., S., VIJAY, M., S., 2017. Pharmacological Advances in the Management of Sexual Dysfunction. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 39(3), 219-22. DOI: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_217_17.
- 66) REISMAN, Y., 2017a. Testosterone and sexual function. *Maturitas*. 100, 97-98. DOI:10.1016/j.maturitas.2017.03.021.

- 67) REISMAN, Y., 2017b. Sexuality and aging. *Maturitas*. 100, 98. DOI:10.1016/j.maturitas.2017.03.022.
- 68) REŠLOVÁ, T., 2012. Menopauza – léčba potíží. *Medicína pro praxi*. 9(11), 445-50, ISSN 1803-5310.
- 69) RODRIGUES, D., c2014. *Hormonální jógová terapie: pro znovuaktivování hormonálního systému a odstranění symptomů menopauzy, premenstruačního syndromu, polycystických vaječníků a neplodnosti*. Olomouc: Fontána. 280 s. ISBN 978-80-7336-752-7.
- 70) ROSOLOVÁ, H., 2016. Možnosti prevence ischemické choroby srdeční u žen v menopauze. *Klimakterická medicína*. 21(1), 10-13. ISSN 1211-4278.
- 71) ROŽUMBERSKÁ, P., 2016. *Menopauza a cvičení hormonální jógové terapie* [online]. Jóga dnes [cit. 2017-09-27]. Dostupné z: <https://www.jogadnes.cz/joga/menopauza-a-cviceni-hormonalni-jogove-terapie-2741/>
- 72) SHIFREN, J., L., GASS, M., L., S., 2014. The North American Menopause Society Recommendations for Clinical Care of Midlife Women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*. 21(10), 1-25. DOI:10.1097/gme.0000000000000319.
- 73) SKORUNKOVÁ, R., 2013. *Základy vývojové psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. 159 s. ISBN 978-80-7435-253-9.
- 74) SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
- 75) SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
- 76) SLÍVA, J., 2015. Estrogenní potenciál chmelu a jeho využití v klimakterické medicíně. *Klimakterická medicína*. 20(4), 5-6 s. ISSN 1211-4278.
- 77) STÁRKA, L., 2010. Androgenní nedostatečnost u žen. *Česká společnost pro sexuální medicínu* [online]. Praha [cit. 2017-11-02]. Dostupné z: <http://cssmweb.webnode.cz/news/androgenni-nedostatecnost-u-zen/>
- 78) STARNOVSKÁ, T., 2016. Životospráva jako účinná zbraň. *Tisková konference Fóra zdravé výživy* [online]. Praha [cit. 2017-10-11]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz/ztraceno-v-prechodu-tiskova-konference-fora-zdrave-vyzivy/>
- 79) SVĚRÁKOVÁ, M., c2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

- 80) ŠKORNIČKOVÁ, Z. et al., 2015. *Základy péče v porodní asistenci II*. Pardubice: FZS UPCE. 119 s. ISBN 978-80-7395-860-2.
- 81) ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing. 143 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
- 82) ŠRÁMKOVÁ, T., 2015. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén. 237 s. ISBN 978-80-7492-162-9.
- 83) ŠULISTOVÁ R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: ZSF JČU v ČB. 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
- 84) ŠVARŤÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K., kol., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 375 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
- 85) THOROVÁ, K., 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
- 86) TUNGMUNSAKULCHAI, R. et al., 2015. Effectiveness of a low dose testosterone undecanoate to improve sexual function in postmenopausal women. *BMC Women's Health*. 15, 1-6. DOI: 10.1186/s12905-015-0270-6.
- 87) TURČAN, P., 2012. Historie a pojetí oboru sexuologie. In: TURČAN, P. et al. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, Jessenius, 12-14 s. ISBN 978-80-7345-291-9.
- 88) UZEL, R., 2012. Fyzioterapie, balneoterapie a léčebná rehabilitace v sexuologii. In: TURČAN, P. et al. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, Jessenius, 362-70 s. ISBN 978-80-7345-291-9.
- 89) UZEL, R., 2012. *Užitečné pohlaví: pozoruhodný a zajímavý pohled na lidské pohlaví a sex*. Praha: Euromedia Group. 160 s. ISBN 978-80-249-1962-1.
- 90) VESELSKÝ, Z., 2012. Terapie sexuálních dysfunkcí. *Acta medicae*. 1(3), 67-71. ISSN 1805-398X.
- 91) VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Velký lékařský slovník (10.vydání)*. Praha: Maxdorf, 1190 s. ISBN 978-80-7345-465-2.
- 92) VRABLÍK, M., 2014. Cévní onemocnění žen v menopauze. *Medicina pro praxi*. 11(6), 249-53. ISSN 1214-8687.
- 93) VRZÁČKOVÁ, P., 2012. Afrodiziaka, lubrikační gely a erotické pomůcky. In: TURČAN, P. et al. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, Jessenius, s. 371-89. ISBN 978-80-7345-291-9.

- 94) 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.
- 95) ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-271-0156-6.
- 96) ZVĚŘINA, J., 2012a. *Lékařská sexuologie*. Praha: Karolinum. 84 s. ISBN 978-80246-2049-7.
- 97) ZVĚŘINA, J., 2012b. Terapie sexuálních dysfunkcí. *Postgraduální medicína*. 14(1), 65-71. ISSN 1212-4184.
- 98) ZVĚŘINA, J., 2013. Pohlavní život po celý život. In: BUDINSKÝ, V. *Příjemný zralý věk*. Praha: Omikron, s. 85-99. ISBN 978-80-87785-02-7.
- 99) ZVĚŘINA, J., 2014a. Psychofyziologie sexuality. *Lékařské listy*. 2014(3), 15-18. ISSN 1805-2355.
- 100) ZVĚŘINA, J., 2014b. Sex a emoce. In: BLAHOŠ, J. et al. *Emoce v medicíně II a III: emoce v životním cyklu člověka: úzkost, stres a životní styl*. Praha: Mladá fronta, s. 35-39. ISBN 978-80-204-3340-4.
- 101) ZVĚŘINA, J., 2016. Kontroverze v současné sexuologii. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta, s. 181-87. ISBN 978-80-204-4360-1.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Kuppermanův index

Příloha 2 – Menopause rating scale – Standardizovaná česká verze

Příloha 3 – STRAW + 10 (Stages of Reproductive Aging Workshop + 10)

Příloha 4 – Dotazník Sexuální funkce ženy, rozšířená kroměřížská verze

Příloha 5 – Křivka průběhu sexuálního vzrušení ženy

Příloha 6 – Žádost o souhlas ke spolupráci

Příloha 7 – Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

KLIMAKTERICKÝ TEST – estrogen deficitní syndrom

	potíže	body			body	
Návaly horka	nejdou	0	NEUROVEGETATIVNÍ SYNDROM	Suchost sliznic	nejdou	0
	mírné	4			mírné	1
	středně silné	8			středně silné	2
	nesnesitelné	12			nesnesitelné	3
Návaly potu	nejdou	0		Opakované výtoky	nejdou	0
	mírné	2			mírné	1
	středně silné	4			středně silné	2
	nesnesitelné	8			nesnesitelné	3
Poruchy spánku	nejdou	0		Bolesti při pohlavním styku	nejdou	0
	mírné	2			mírné	1
	středně silné	4			středně silné	2
	nesnesitelné	6			nesnesitelné	3
Podrážděnost	nejdou	0		Snížení libida	nejdou	0
	mírné	2			mírné	1
	středně silné	4			středně silné	2
	nesnesitelné	6			nesnesitelné	3
Deprese	nejdou	0	Močová inkontinence	nejdou	0	
	mírné	1		mírné	1	
	středně silné	2		středně silné	2	
	nesnesitelné	3		nesnesitelné	3	
Závratě	nejdou	0	Opakované infekce močových cest	nejdou	0	
	mírné	1		mírné	1	
	středně silné	2		středně silné	2	
	nesnesitelné	3		nesnesitelné	3	
Poruchy koncentrace	nejdou	0	SOUČET BODŮ:			
	mírné	1	KUPPERMANŮV INDEX – VYHODNOCENÍ:			
	středně silné	2	15–20 bodů	21–35 bodů	> 35 bodů	
	nesnesitelné	3	lehký	střední	těžký	
Bolesti kloubů a kostí	nejdou	0				
	mírné	1				
	středně silné	2				
	nesnesitelné	3				
Bolesti hlavy	nejdou	0				
	mírné	1				
	středně silné	2				
	nesnesitelné	3				
Bušení srdce	nejdou	0				
	mírné	1				
	středně silné	2				
	nesnesitelné	3				

Obr. 6.1 Klimakterický test – Kuppermanův index

Zdroj: TURČAN, P., 2012. Historie a pojetí oboru sexuologie. In: TURČAN, P. et al. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, Jessenius, 12-14 s. ISBN 978-80-7345-291-9.

Příloha 2 – Menopause rating scale – Standardizovaná česká verze

Menopause Rating Scale (MRS)

Standard Czech version 1.0

Jméno a příjmení (iniciály):

Věk:

Vzdělání*: základní - střední bez maturity - úplné střední - vyšší odborné - vysokoškolské

Léčba*: bez léčby - před léčbou - 1 měsíc - 3 měsíce - 12 měsíců

Dnešní datum:

*vyhovující zaškrtněte

*Které z následujících příznaků (obtíží) se Vás **za poslední měsíc** týkají? **Zakroužkujte**, prosím, u každého typu obtíží míru intenzity, která odpovídá Vaší reálné situaci za poslední měsíc. Zhodnoťte, prosím, **VŠECHNY** níže napsané obtíže (nelze jakoukoli položku přeskočit nebo vynechat)! Jestliže Vás některý z příznaků v tuto chvíli netrápí, zakroužkujte u něj 0 (žádné obtíže). Pokud se rozhodnete během vyplňování dotazníku některou ze svých odpovědí změnit, původní odpověď přeškrtněte a zakroužkujte odpověď novou.*

Intenzita obtíží

0 ŽÁDNÉ
1 MÍRNĚ
2 STŘEDNÍ
3 VÝRAZNĚ
4 NESNESITELNĚ

1. Návaly horka, pocení (občasné pocení)	0	1	2	3	4
2. Srdeční obtíže (bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně)	0	1	2	3	4
3. Poruchy spánku (potíže s usínáním, předčasné probouzení, potíže s trváním spánku)	0	1	2	3	4
4. Depresivní nálady (pocit smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad)	0	1	2	3	4
5. Předrážděnost (nervozita, vnitřní tíseň, pocit agresivity)	0	1	2	3	4
6. Úzkost (vnitřní roztěkanost, pocit paniky)	0	1	2	3	4
7. Vyčerpání (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapominání)	0	1	2	3	4
8. Sexuální obtíže (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení)	0	1	2	3	4
9. Močové obtíže (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení)	0	1	2	3	4
10. Suchost pochvy (pocit suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku)	0	1	2	3	4
11. Bolesti svalů a kloubů (bolesti kloubů, revmatické potíže)	0	1	2	3	4

Děkujeme Vám za spolupráci a projděte si, prosím, ještě jednou úplnost a správnost všech svých odpovědí.

Příloha 3 – STRAW + 10 (Stages of Reproductive Aging Workshop + 10)

Stage	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1 a	+1b	+1c	+2
Terminology	REPRODUCTIVE				MENOPAUSAL TRANSITION		POSTMENOPAUSE			
	Early	Peak	Late		Early	Late	Early			Late
					Perimenopause					
Duration	variable				variable	1-3 years	2 years (1+1)	3-6 years	Remaining lifespan	
PRINCIPAL CRITERIA										
Menstrual Cycle	Variable to regular	Regular	Regular	Subtle changes in Flow/ Length	Variable Length Persistent ≥7- day difference in length of consecutive cycles	Interval of amenorrhea of ≥60 days				
SUPPORTIVE CRITERIA										
Endocrine FSH AMH Inhibin B			Normal Low Low	Variable* Low Low	↑ Variable* Low Low	↑ >25 IU/L** Low Low	↑ Variable* Low Low	Stabilizes Very Low Very Low		
Antral Follicle Count 2-10 mm			Low	Low	Low	Low	Very Low	Very Low		
DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS										
Symptoms						Vasomotor symptoms <i>Likely</i>	Vasomotor symptoms <i>Most Likely</i>			Increasing symptoms of urogenital atrophy

* Blood draw on cycle days 2-5 = elevated
 **Approximate expected level based on assays using current pituitary standard^{67,69}

Zdroj: <http://menstruationresearch.org/wp-content/uploads/2012/05/STRAW+10.png>

Dotazník Sexuální funkce ženy, rozšířená kroměřížská verze
(Prvních 10 bodů je převzato z dotazníku SFŽ od J. Mellana)

SFŽ/K

Datum:.....

Jméno: Věk: Rodinný stav:..... Počet porodů:.....

U každého bodu dějte do kroužku číslici u toho řádku, který nejlépe vystihuje Váš současný stav.

1. Chuť k pohlavnímu styku

Svůj vztah k pohlavnímu styku bych hodnotila takto:

- 0 - mám k němu odpor
- 1 - nepotřebuji jej, nemusela bych ho mít
- 2 - mírně po něm toužím
- 3 - potěbují jej
- 4 - mám značně silnou potřebu pohlavního styku

2. Potřeba pohlavního styku

Kdyby záleželo na mé chuti a kdybych k tomu měla vhodné podmínky, vyhovovalo by mi mít pohlavní styk:

- 0 - vůbec nikdy, nebo nejvýše 1× za rok
- 1 - několikrát za rok, nejvýše 1× za měsíc
- 2 - několikrát za měsíc, nejvýše 1× za týden
- 3 - 2× nebo i vícekrát týdně
- 4 - denně nebo i vícekrát za den

3. Častost pohlavního vyvrcholení vůbec

Bez ohledu na způsob, jímž se tak děje (při styku, ve snu nebo onanií) dosahují pohlavního vyvrcholení - orgasmu:

- 0 - vůbec nikdy nebo méně než 1× za rok
- 1 - několikrát za rok, nejvýše 1× za měsíc
- 2 - několikrát za měsíc, nejvýše 1× za týden
- 3 - 2× nebo i vícekrát týdně
- 4 - denně nebo vícekrát za den

4. Častost pohlavních styků

K pohlavnímu styku s partnerem u mne dochází:

- 0 - vůbec nikdy nebo méně než 1× za rok
- 1 - několikrát za rok, nejvýše 1× za měsíc
- 2 - několikrát za měsíc, nejvýše 1× za týden
- 3 - 2× nebo i vícekrát týdně
- 4 - denně nebo vícekrát za den

5. Častost pohlavního vyvrcholení při souloži

Z počtu pohlavních styků, uvedených v minulém bodě, dosahují orgasmu:

- 0 - nikdy nebo jen zcela ojediněle za celý život
- 1 - v menšině případů
- 2 - většinou
- 3 - za běžných podmínek vždy
- 4 - vždy a snadno i za nevýhodných podmínek, též opakovaně

6. Procento uspokojivých sexuálních styků

Vyjádřeno v procentech dosáhla jsem v posledním roce u uskutečněných pohlavních styků úplného uspokojení - orgasmu:

- 0 - v 0 %
- 1 - asi v 25 %
- 2 - asi v 50 %
- 3 - asi v 75 %
- 4 - v 90 - 100 %

Zdroj: KRATOCHVÍL, S., 2012. *Sex jako obohacení života: sexuální trénink v sedmi lekcích*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada. 122 s. ISBN 978-80-247-4370-7.

7. Přípravná reakce – vzrušivost

Své pocity při mazlení, milostné předehře před stykem a průběh svého vzrušení bych charakterizovala takto:

- 0 - je mi to nepříjemné, nesnáším to nebo to odmítám
- 1 - snáším to, ale nic necítím, jsem suchá
- 2 - cítím mírnou vlhkost a chvílemi vzrušení, které se někdy rozplývá
- 3 - mám dostatek vlhkosti, za vhodných podmínek se silně vzruším
- 4 - velmi snadno a silně se vzruším i za málo příznivých podmínek

8. Pocitový doprovod při pohlavním styku

Při pohlavním styku mám spíše

- 0 - nepříjemné pocity až bolestivost
- 1 - dojem, že jsem necitlivá, zůstávám chladná
- 2 - příjemné pocity, které jsou stále stejné
- 3 - příjemné pocity, které se stupňují jen do určitého bodu (pak se příp. rozplývají)
- 4 - příjemné pocity, které se stupňují až k vyvrcholení

9. Rychlost sexuálního vyvrcholení

Během pohlavního styku dosáhnou obvykle uspokojení:

- 0 - většinou vůbec ne
- 1 - za dobu delší než 15 minut
- 2 - během 6 - 15 minut
- 3 - během 3 - 5 minut
- 4 - během 1 - 2 minut

Potřebuji, aby pohyby údu v pochvě trvaly alespoň.....

Potřebuji, aby dráždění postěvčičku trvalo alespoň.....

10. Soulad s partnerem v pohlavním vyvrcholení

Orgasmu při pohlavním styku dosahují:

- 0 - nikdy
- 1 - pouze při-přímém dráždění pohlavního ústrojí spíše mimo soulož
- 2 - většinou až po partnerovi dalším drážděním, nebo při další souloži
- 3 - většinou současně nebo skoro současně s partnerem
- 4 - opakovaně během soulože

11. Nálada před pohlavním stykem

Před pohlavním stykem cítím:

- 0 - nechuť, strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout
- 1 - lhostejnost, nikdy zvlášť o styk nestojím
- 2 - někdy mám i náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji
- 3 - většinou se na styk těším, dovedu dát i sama podnět
- 4 - na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, musím ho mít i za nepříznivých podmínek

12. Nálada po pohlavním styku

Po pohlavním styku (ev. po nepodařené souloži) mi nejčastěji bývá:

- 0 - velmi špatně, mám bolesti, nervové potíže, zlost na partnera
- 1 - cítím lhostejnost, jsem bez obtíží, dobře usínám
- 2 - celkem dobře, někdy pocit, že ještě něco chybí, touha pokračovat
- 3 - cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena
- 4 - velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, mám větší chuť do práce

13. Hodnocení sebe jako sexuální partnerky

- 0 - připadám si nenormální, úplně chladná, neschopná
- 1 - připadám si málo schopná, chladnější
- 2 - nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku
- 3 - jsem v pořádku
- 4 - jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je, kam chci

Zdroj: KRATOCHVÍL, S., 2012. *Sex jako obohacení života: sexuální trénink v sedmi lekcích*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada. 122 s. ISBN 978-80-247-4370-7.

14. Aktivita při pohlavním styku

- 0 - nechávám vše na partnerovi, pasivně ležím, pohybů se sama neúčastním
- 1 - ke konci styku se mírně pohybuji v rytmu partnerových pohybů
- 2 - hledám partnera, rytmicky se k němu sama tisknu tělem i pánví
- 3 - od počátku aktivně pohybuji pánví proti partnerovým pohybům, snažím se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu i jinými pohyby a dotyky
- 4 - sama dráždím partnera na citlivých místech i pohlavním údu, zasunu si úd do pochvy, aktivně řídím způsob i tempo pohlavních pohybů

15. Polohy při pohlavním styku

- 0 - souhlasím jen s běžnou polohou na zádech, odmítám „experimenty“
- 1 - výjimečně souhlasím se změnou polohy
- 2 - střídám několik jednoduchých základních poloh
- 3 - ráda zkouším různé polohy včetně polohy, kdy jsem na partnerovi
- 4 - vyžaduji různorodost v polohách, střídám je i v průběhu jednoho styku, je mi příjemná i „francouzská“ poloha (dráždění pohlavních orgánů ústy)

16. Chování při orgasmu

- 0 - orgasmus se v mém vnějším chování nijak neprojevuje
- 1 - zrychlené dýchání
- 2 - zřetelně zrychlený dech, vzdechy
- 3 - silné vzdechy s křčovitým napětím těla
- 4 - výrazné dechové, zvukové i pohybové projevy, vyjadřující vrcholnou rozkoš

17. Tělesná reakce při orgasmu

Při pohlavním vyvrcholení dochází u mne k samočinným stahům svalstva v pochvě (pulsující pocity, pocit „tepání“)

- 0 - nemám takové pocity
- 1 - nejsem si jista
- 2 - pocity jsou přítomny, ale slabé
- 3 - stahy (tepání) jsou výrazné, opakují se 2 - 5×
- 4 - stahy jsou velmi intenzivní, je jich více než 5

18. Častost průvodní tělesné reakce při orgasmu

Při orgasmu mám zřetelně pulsující pocity (mimovolné stahy) v pohlavních orgánech:

- 0 - nikdy
- 1 - asi v 25 % orgasmů
- 2 - asi v 50 % orgasmů
- 3 - asi v 75 % orgasmů
- 4 - při každém orgasmu

19. Načíní orgasmus (samočinné sexuální vzrušení a vyvrcholení během spánku nebo snu)

- 0 - nikdy
- 1 - výjimečně, nejvýše 1× za rok
- 2 - několikrát za rok
- 3 - několikrát za měsíc, nejvýše 1× za týden
- 4 - 2× nebo vícekrát týdně

20. Výskyt a trvání poruchy, pokud je nějaká

- 0 - nikdy to nebylo lepší, tento stav trvá od počátku pohlavního života
- 2 - soustavně déle než půl roku
- 2 - kratší dobu než půl roku, již dříve se vyskytla na krátkou dobu
- 3 - nestěžuji si na žádnou poruchu nebo potíže se objevují jen ojediněle za nepříznivých podmínek nebo na počátku intimního vztahu
- 4 - nevím, co je to mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěla sebemenší poruchou v tomto směru

Zdroj: KRATOCHVÍL, S., 2012. *Sex jako obohacení života: sexuální trénink v sedmi lekcích*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada. 122 s. ISBN 978-80-247-4370-7.

II. U dalších bodů zakroužkujte písmena u všech řádků, které se na Vás vztahují:
(případně očísľujte pořadí jejich závažnosti)

21. Při milostné předehře mě vzrušuje nejvíce:

- a – slova obdivu a lásky
- b – líbání, objímání, hlazení na ramenu, zádech, nohou
- c – doteky a polibky prsou
- d – jemné hlazení na zevním pohlavním ústrojí
- e – přímé dráždění poštváděku
- f – dráždění prstem v pochvě

22. Při vlastní souloži mě nejvíce vzruší

- a – dráždění spíše na povrchu, zejména poštváděku
- b – dráždění uvnitř v pochvě pohyby mužského údu
- c – pocíty v hloubce pochvy až na děložním čípku
- d – pocítí při vystřiknutí semena z mužského údu

23. Moje sexuální uspokojení nejvíce narušuje

- a – nedostatek duševního porozumění s partnerem
- b – přílišný spěch partnera a krátká předehra. Předehra trvá přibližně:
- c – krátké trvání soulože. Soulož trvá přibližně
- d – bolestivost při souloži
- e – strach z otěhotnění
- f – přerušování soulože z důvodu ochrany před otěhotněním

24. K ochraně před otěhotněním praktikujeme většinou

- a – přerušování styku před vystřiknutím semene u muže
- b – užití mužského ochranného prostředku
- c – užití ženského ochranného prostředku a to:
- d – zdržování se styků v období s největší pravděpodobností otěhotnění
- e – nechráníme se před otěhotněním nijak

25. K ochraně před otěhotněním by mně nejvíce vyhovovala

- a – přerušování styku
- b – užití mužského ochranného prostředku
- c – užití ženských ochranných prostředků
- d – zdržování se styků v období s největší pravděpodobností otěhotnění
- e – kdyby styk probíhal bez jakékoli ochrany

26. Při pohlavním styku mám tyto potíže

- a – styk je pro mne duševně nepřijemný, event. odporný
- b – styk je pro mne tělesně nepřijemný, event. bolestivý
- c – styk je mi lhostejný
- d – vadí mi, že nedosahuji orgasmu
- e – nemám žádné potíže

27. CELKOVÉ ZHODNOCENÍ SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA:

- A. – Sexuálně se vzrušuji, jsem sexuálně uspokojena, sexuální život mě těší.
- B. – Sexuálně se vzrušuji, k sexuálním stykům dochází, ale poměrně často jsem neuspokojena.
- C. – Jsem celkem chladná, vzrušuji se málo, sexuální styk je mi celkem lhostejný.

28. Trvání sexuálního života

- Od kdy žijete sexuálním životem? od svých let, tj. celkem roků
- Od kdy žijete pravidelným sex. životem? od svých let, tj. celkem roků
- Od kdy máte potíže v sexuálním životě? od svých let, tj. celkem roků

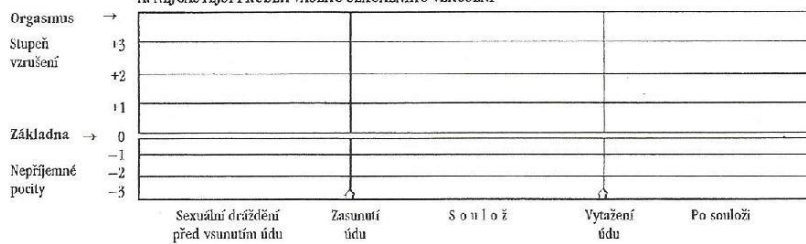
29. Další poznámky (zkušenosti, potíže, problémy):

DOTAZNÍK SGŽ - KŘIVKA PRŮBĚHU SEXUÁLNÍHO VZRUŠENÍ ŽENY

Věk:..... Dne:.....
 Jméno:.....

Nakreslete křivky vašeho sexuálního vzrušení při sexuální aktivitě s partnerem. Míváte-li orgasmus, označte jej tak, že se křivka **dotkne** horní linky (rámečku). Pokud křivku nakreslíte tak, že se horní linky nedotkne, znamená to, že býváte vzrušena, ale vyvrcholení (orgasmus) nemáte. Délkou doteku křivky s linkou označte trvání orgasmu. K orgasmu může docházet sexuálními drážděními před souloží (tj. před zasunutím údu), během soulože, nebo dalším, např. povrchovým drážděním po souloži. Někdy se může orgasmus opakovat i vícekrát. To vše by se mělo v grafu zobrazit. Naznačte i návrat vzrušení do normálního stavu.

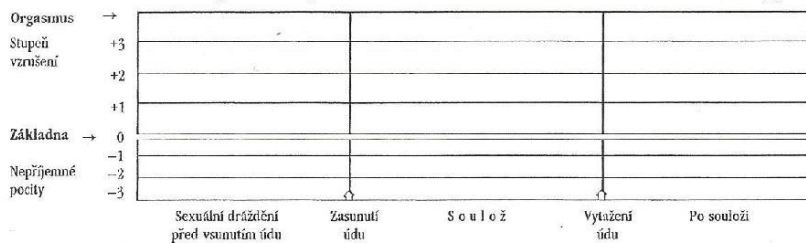
A. NEJČASTĚJŠÍ PRŮBĚH VAŠEHO SEXUÁLNÍHO VZRUŠENÍ



Trvání předehry je asi.....minut Trvání soulože asi.....minut Trvání orgasmu asi.....minut.....sekund

Zakroužkujte: S výše naznačeným průběhem jsem: a - úplně spokojena; b - spíše spokojena, ale ne úplně; c - n e s p o k o j e n a

B. VYSKYTUJÍ SE U VÁS I JINÉ DRUHY PRŮBĚHU SEXUÁLNÍHO VZRUŠENÍ? Zakreslete na druhý graf:



Trvání předehry je asi.....minut Trvání soulože asi.....minut S tímto průběhem jsem a - úplně spokojena b - částečně spokojena c - n e s p o k o j e n a

C. JAK ČASTO MÍVÁTE ORGASMUS:

a - ještě nikdy jsem neměla, b - zřídka, c - často, d - většina mých sexuálních aktivit je ukončena orgasmem

Zdroj: KRATOCHVÍL, S., 2012. *Sex jako obohacení života: sexuální trénink v sedmi lekcích*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada. 122 s. ISBN 978-80-247-4370-7.

D. JAK MŮŽETE DOSÁHNOUT ORGASMU:

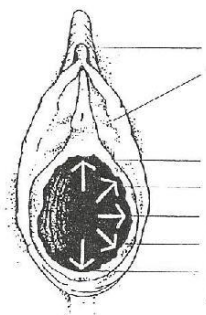
- | | |
|---|---|
| a - vůbec ne | také jinak, např. |
| b - jen drážděním poštváčku | f - pohlavním líbáním |
| c - jen drážděním v pochvě | g - drážděním prstí a bradavek |
| d - oběma způsoby | h - drážděním v konečníku |
| e - drážděním v pochvě jen se současným drážděním poštváčku | i - jen duševně, pomocí citu a fantazie, bez tělesných doteků |

E. DOVEDETE PŘESNĚJI POSODIT, CO VÁS VEDE K ORGASMU? a - ano, b - ne
V případě že ano, zakroužkujte všechny možnosti, které u vás platí.

- | | |
|--|---|
| a - dráždění na povrchu (poštváčku) | b - dráždění uvnitř (v pochvě) |
| 1 - rukou partnera mimo soulož | 1 - v celé pochvě bez rozlišování místa |
| 2 - ústy (jazykem) partnera | 2 - na přední stěně pochvy (směrem k bříčce) |
| 3 - rukou partnera při souloži | 3 - v určitém bodu asi uprostřed přední stěny |
| 4 - přirážčením pánve na klitoris | 4 - na zadní stěně pochvy (směrem ke konečníku) |
| 5 - drážděním vlastní rukou | 5 - v hloubce pochvy, až na děložním čípku |

F. POKUŠTE SE OZNAČIT POČTEM KRÍŽKŮ u každého naznačeného místa na obrázku, jak je dráždění takového místa pro vás sexuálně vzrušující:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------|
| +++ velmi silně, může vést k orgasmu | ++ středně silně |
| + mírně | ? nevím, nemám vyzkoušeno |
| 0 - ue | |



Dráždění na povrchu

- a - poštváček
b - malé pysky

Dráždění uvnitř

- šipka naznačuje směr tlaku uvnitř v pochvě
- | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------|
| c - na kraji..... | uprostřed..... | v hloubce..... |
| d - na kraji..... | uprostřed..... | v hloubce..... |
| e - na kraji..... | uprostřed..... | v hloubce..... |
| f - na kraji..... | uprostřed..... | v hloubce..... |
| g - na kraji..... | uprostřed..... | v hloubce..... |
| Jiné: h - hráz..... | i - konečník..... | j - jiné (napíšte) |

G. JAK JE TOMU PŘI SOUČASNÉM DRÁŽDĚNÍ NA POVRCHU I UVNITŘ?

- a - jedno druhé ruší
b - obojí se sčítá a vzrušení se zvyšuje
c - nevím

H. ODHADNĚTE TRVÁNÍ SVÉHO ORGASMU (jen samotného vrcholu, ne celé soulož!)
Orgasmus trvá asi.....(vždy stejně), nebo někdy také asi.....

I. MÍVÁTE DVA NEBO VÍCE ORGASMŮ bezprostředně po sobě?
1 - vůbec ne 2 - zřídka nebo výjimečně 3 - většinou

J. POKUD JSTE SCHOPNA MÍT VÍCE ORGASMŮ PO SOBĚ, UVEĎTE:

1. Kolik jich potřebujete, aby vás to nejlépe uspokojilo
2. Kolik jich můžete mít nanejvýš - počet 3. Který je nejsilnější

K. DOCHÁZÍ U VÁS PŘI ORGASMU:

1. k pocítím stahů v pochvě: a - ano b - ne c - někdy
2. ke zvýšenému vyloučení tekutiny: a - ano b - ne c - někdy
3. k vystříknutí tekutiny, podobně jako je tomu při ejakulaci u muže: a - ano b - ne c - někdy

L. POKUD JSTE SCHOPNA MÍT ORGASMUS JAK DRÁŽDĚNÍM POVRCHOVÝM, TAK VNITŘNÍM, LIŠÍ SE OBA ORGASMŮ? a - jsou stejné b - liší se, a to tak, že

povrchový (klitoridální) je: vnitřní (poševní) je:

Příloha 6 – Žádost o souhlas ke spolupráci

Žádost o souhlas ke spolupráci

Vážená paní,

jmenuji se Eliška Průšová, jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci za účelem sběru dat pro výzkumnou část mé bakalářské práce s názvem „Sexualita žen v klimakteriu“. Uvědomuji si, že je toto téma velice intimní, navzdory tomu Vás žádám o upřímnost a pravdivé odpovědi. Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována jejich anonymita. Zároveň Vás žádám i o souhlas s nahráváním našeho rozhovoru z důvodu časové náročnosti písemného zaznamenávání.

Děkuji za Váš čas a ochotu spolupracovat.

Ve Vlašimi dne.....

.....

Podpis

Zdroj: vlastní výzkum

.....

Podpis studentky

Příloha 7 – Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR SE ŽENAMI V KLIMAKTERIU OD 45 DO 65 LET

A. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

1. Věk:
2. Nejvyšší dosažené vzdělání:
3. Aktuální rodinný stav:
4. Zaměstnání:
5. Sexuální aktivita:
6. Menstruace (případně v kolika letech skončila):

B. KLIMAKTERIUM

7. Jak byste popsala období klimakteria, co vše se Vám vybaví?
8. Jaké změny se mohou vyskytovat u ženy v souvislosti s klimakteriem?
9. V jakém věku jste na sobě zaznamenala první příznaky klimakterického syndromu a jaké příznaky se u Vás objevily jako první?
10. Jakým způsobem ovlivnilo klimakterium Váš život?
11. Jakým způsobem jste tedy změnila svůj životní styl (stravování, pohyb, hygiena, oblékání, kouření)?
12. Na koho jste se obrátila s žádostí o pomoc při prvních příznacích a jakým způsobem jste získávala informace o období klimakteria a od koho?
13. Jaké znáte možnosti léčby klimakterických obtíží?
14. Jakou užíváte léčbu a jak dlouho se léčíte, popřípadě co děláte pro zmírnění klimakterických obtíží?
 - a. Jaká znáte rizika užívání HRT?
 - b. Jaké znáte alternativní metody léčby a jaké metody eventuálně využíváte?
 - c. Jaký měla efekt Vámi zvolená volba terapie?

C. SEXUALITA

15. Jaké potíže v oblasti sexuality mohou u ženy v období klimakteria nastat a jaké znáte možnosti jejich řešení?
16. V případě, že u Vás nastaly nějaké změny v sexuálním životě v období klimakteria, o jaké se jednalo?
17. V případě, že jste se zajímala o problematiku sexuality v období klimakteria, kde jste získávala informace?
 - a. Informovala jste se od PA?
 - b. Byly tyto informace dostačující?
18. Na koho jste se obrátila s žádostí o pomoc v případě, že jste trpěla sexuálními problémy a jakou terapii jste podstoupila?
 - a. Jaký měla efekt Vámi využívaná metoda léčby?
19. V případě, že jste chtěla řešit Vaše sexuální problémy alternativně, jaké metody jste využila a kdo Vás o nich informoval?
 - a. Jaký měly efekt Vámi použité alternativní metody?

D. ZÁVĚR

20. Jak jste se cítila při našem rozhovoru?
21. Ocenila byste větší edukaci a péči ze strany porodních asistentek v oblasti klimakteria?
22. Ocenila byste informační materiál (př. leták, brožuru) v čekárnách Vašeho gynekologa, který by zahrnoval základní informace týkající se klimakteria a sexuality?

Zdroj: vlastní výzkum

9 Seznam zkratek

AFC – antral follicul count

AMH – antimülleriánský hormon

BMI – body mass index

EPT – estrogen-progesteron therapy

ET – estrogen therapy

FSD – Female sexual dysfunction

FSFI – Female Sexual Function Index

FSH – folikulo stimulační hormon

GnRh – gonadotropin realising hormone

GSM – genitrouretrální syndrom menopauzy

HDL – High density lipoproteins

HRT – hormone replacement therapy

ICHS – ischemická choroba srdeční

KO – krevní obraz

LDL – Low density lipoproteins

LH – luteinizační hormone

MRS – Menopause rating scale

NAMS – The North American Menopause Society

P – pulz

SERM – selektivní modulátory estrogenových receptorů

STRAW+10 – Stages of Reproductive Aging Workshop + 10

TK – tlak

TT – tělesná teplota

USA – United States of America

WHO – World Health Organization