

Kvalita života ženy v klimakteriu a seniu

Daniela Válková

Bakalářská práce
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických studií

akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Daniela VÁLKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Kvalita života ženy v klimakteriu a seniu**

Zásady pro vypracování:

1. V první části autorka prostuduje současné písemnictví včetně několika zákonných úprav, které byly publikovány k problematice kvality života seniorů.
2. Jsou výtíčovány dva soubory:
 - a) soubor pacientek v klimakteriu a seniu, u kterých bude provedena dotazníková akce autorkou v rámci výtíčovanych gynekologických ordinací.
 - b) dotazníková akce bude provedena i v zařízení seniorského domova či domova důchodců.
3. Zpracované údaje budou zhodnoceny s dosavadní praxí a navrženy postupy odpovídající současnému zákonnému stavu.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

CITTERBART, Karel et al. Gynekologie. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-064-0.

DONÁT, Josef. Klimakterium. Praha: Jan Vašut, 2000. ISBN 80-7236-174-0.

DONÁT, Josef. Perimenopauza menopausální přechod v klinické praxi. Praha: DoMeNa, 2001. ISBN 80-238-8245-7.

JENÍČEK, Jaroslav. Žena v přechodu. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0679-2.

JENÍČEK, Jaroslav. Hormonální substituční terapie a klimakterium – průvodce pro lékaře. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0133-2.

Vedoucí bakalářské práce: **prof. MUDr. Ladislav Pilka, DrSc.**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **23. února 2007**

Termín odevzdání bakalářské práce: **1. června 2007**

Ve Zlíně dne 23. února 2007



L.S.


Ing. Jitka Chudarová
pověřená děkanka


MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Závěrečná bakalářská práce na téma Kvalita života ženy v klimakteriu a seniu je zaměřena na fyziologii klimakteria a senia, na sociální význam klimakteria a zařazení staré ženy do společnosti. Jde o aktuální téma v souvislosti s nedostatečnou informovaností žen o těchto obdobích.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – teoretické, kde je popsána fyziologie reprodukčních orgánů, fyziologie a příznaky klimakteria a změny ve stáří, a praktické, kde je provedena analýza o informovanosti žen o klimakteriu a kvalita života žen v období klimakteria a senia. Výsledky průzkumu jsou zpracovány v tabulkách s doplňujícími komentáři.

Klíčová slova:

Klimakterium, senium, fyziologie, spokojenost, zdravotní stav, průzkum, dotazník.

ABSTRACT

Closing bachelory work on the topic Quality of the woman's life in climacterium and senium is intended on physiology of climacterium and senium, on social meaning of climacterium and on falling of the old woman in human society. It is a topical subject connected with insufficient giving informations to women about these period.

Bachelory work consists of two parts – theoretical, where the physiology of reproductive organs, physiology and symptoms of climacterium and changes in senium are written; and practical, where analysis is carried out about giving informations to women about climacterium and quality of the woman's life in the period of climacterium and senium. Results of survey are developed in tables with supplementary anotations.

Keywords:

Climacterium, senium, physiology, satisfaction, health condition, survey, questionnaire.

Poděkování

Děkuji Prof. MUDr. Ladislavu Pilkovi DrSc. za odborné vedení a za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. A také děkuji Mgr. Stanislavě Kovářové za cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

Ve Zlíně 10. května 2007

.....

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 JEDNOTLIVÁ OBDOBÍ ŽIVOTA ŽENY	10
2 FYZIOLOGIE REPRODUKČNÍCH ORGÁNŮ	11
2.1 FYZIOLOGICKÉ ÚČINKY POHLAVNÍCH HORMONŮ	11
2.1.1 Estrogeny	11
2.1.2 Gestageny	12
2.1.3 Androgeny	13
2.2 MENSTRUAČNÍ CYKLUS	13
2.2.1 Ovariální cyklus	14
2.2.2 Děložní cyklus	14
3 KLIMAKTERIUM	17
3.1 DEFINICE	17
3.2 ENDOKRINOLOGIE MENOPAUZY	18
3.3 FYZIOLOGIE MENOPAUZY	19
3.4 PŘÍZNAKY SPOJENÉ S KLIMAKTERIEM	19
3.4.1 Akutní-klimakterický syndrom	19
3.4.2 Organický estrogen-deficitní syndrom	20
3.4.3 Metabolický estrogen-deficitní syndrom.....	21
3.5 HORMONÁLNÍ SUBSTITUČNÍ TERAPIE (HRT)	22
3.5.1 Indikace HRT	22
3.5.2 Kontraindikace HRT	22
3.5.3 Rizika HRT	22
3.5.4 Nežádoucí účinky HRT	23
3.6 SOCIÁLNÍ VÝZNAM KLIMAKTERIA.....	23
3.6.1 Sexualita.....	23
4 SENIUM	25
4.1 TĚLESNÉ PROJEVY STÁŘÍ	25
4.2 KOGNITIVNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	25
4.2.1 Snížení výkonnosti smyslových orgánů	25
4.2.2 Poruchy paměti.....	26
4.2.3 Změny intelektových funkcí.....	27
4.3 EMOČNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	27
4.3.1 Afektivní prožívání	27
4.3.2 Změny osobnosti ve stáří.....	28
4.3.3 Citové vztahy ve stáří.....	28

4.4	ODCHOD DO DŮCHODU	28
4.5	SOCIÁLNÍ ZAŘAZENÍ STARÉ ŽENY	29
4.6	ZMĚNA ZPŮSOBU ŽIVOTA.....	32
4.7	VÝZNAM VÍRY VE STÁŘÍ	34
4.8	TERMINÁLNÍ STADIUM ŽIVOTA	34
II	PRAKTICKÁ ČÁST	36
5	PRŮZKUMNÁ ČÁST	37
5.1	CÍL A ÚLOHY PRŮZKUMU	37
5.2	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU	39
5.3	METODY PRŮZKUMU	40
5.4	VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU	41
5.5	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI – KLIMAKTERIUM.....	71
5.6	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI – SENIUM.....	72
	ZÁVĚR	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	74
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	76
	SEZNAM OBRÁZKŮ	77
	SEZNAM TABULEK.....	78
	SEZNAM PŘÍLOH.....	81

ÚVOD

Stárnutí je spojeno s rizikem ztráty možnosti užít si dosažené sociální pozice, prostředků a citového zázemí. Věk 50 let je považován za jakýsi mezník, který potvrzuje s definitivní platností počátek stárnutí. Zhoršení některých funkcí a první viditelné změny potvrzují tuto skutečnost. Vedou ke zvýšení nejistoty a obav ze selhání, narušují sebehodnocení a také nějakým způsobem mění postoj k sobě samému. Žena se musí vyrovnávat s postupným úbytkem svých kompetencí a naučit se odhadovat svoje aktuální možnosti. To je samozřejmě dost obtížné i emocionálně, a tak se často stává, že je takový odhad nepřesný.

Stárnoucí žena se může snadno, v rámci obrany popíráním, přecenit, nebo může být její sebehodnocení mnohem horší, než by odpovídalo skutečnosti. Zvýšená nejistota může navíc sama o sobě zhoršovat aktuální výkon, především v těch oblastech, kde emoční napětí působí inhibičně, např. v sexu. Naštěstí v období starší dospělosti ještě nejsou biologické nebo psychické změny dané věkem velké a ženu zatím v jejím životním komfortu příliš neomezují. Stárnoucí žena je sice méně výkonná, pomalejší, hůře přizpůsobivá, ale na druhé straně nemusí být tato životní fáze spojena s většími nároky, a ty obvyklé dokáže plnit rutinním způsobem. Žena v období starší dospělosti si nedělá iluze a už příliš nestojí o změnu. Ráda by si uchovala to, co je dobré, event. alespoň přijatelné. Uvědomuje si, že změna by jí s největší pravděpodobností nepřinesla nic pozitivního.

Klimakterium je sice očekávanou změnou, která je součástí normálního vývoje, ale přesto může působit jako stresová situace. Je potřeba ji psychicky zpracovat a adaptovat se na ni. Nepravidelnost menstruace a poté menopauza je jednoznačným signálem stárnutí. Kromě toho může být chápána jako ztráta nebo znehodnocení ženské role, pro niž je typická plodnost. Když žena tuto kompetenci ztrácí, může si připadat méněcenná.

Postoj společnosti ke stáří a starým lidem je spíše negativní. Stáří je chápáno jako období, kdy může člověk pouze chátrat, v nejlepším případě si zachovává část toho, co dříve získal. Jeho zkušenosti i kompetence ztrácejí svůj význam a pro společnost není takový člověk ničím přínosný. Hodnotový systém této společnosti, který zdůrazňuje zachování všech, především biologicky podmíněných kompetencí mládí (mladistvého vzhledu, výkonu atd.), staré ženy silně znevýhodňuje. Tuto tendenci podporují i média, která různým způsobem potvrzují význam vnějšího vzhledu a proklamované svěžesti jako současnou normu. To zároveň znamená, že cokoliv, co není takové, je považováno za podřadné.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 JEDNOTLIVÁ OBDOBÍ ŽIVOTA ŽENY

Schopností ženy je rodit děti, aby byl zachován lidský rod. Tato schopnost je ale vázána na časově omezené období, které nazýváme obdobím pohlavní zralosti. V této době probíhají na vnitřních i zevních rodidlech ženy cyklické změny, jejichž úkolem je vyprodukovat zralé vajíčko schopné oplodnění a připravit sliznici v děložní dutině na zahnízdění již oplodněného vajíčka. Není-li vajíčko oplodněno, nastává menstruační krvácení.

Než žena pohlavně dospěje, projde novorozeneckým, kojeneckým a dětským obdobím, které znamenají klid pro sekreci pohlavních žláz. Dívka dospívá přibližně mezi 12-15 lety. Vaječníky začínají produkovat hormony a dozrávají i regulační mechanismy, které se podílejí na řízení pravidelných menstruačních cyklů. V této době se vyvíjejí druhotné pohlavní znaky (zvětšují se prsa, vyvíjí se ochlupení atd.) a dostavuje se první menstruace.

Následuje období pohlavní zralosti. Trvá různě dlouho a s postupem věku se u každé ženy možnost otěhotnět snižuje.

Asi kolem 45. roku věku ženy začíná klimakterium. Toto období se vyvíjí postupně a u každé ženy individuálně. Ustává tvorba hormonů z vaječníků a regulační systém přechází do klidového stavu.

Po tomto období přichází kolem 60. roku věku stáří, tedy čas úplného klidu hormonů.

Všechna životní období v sebe plynule přecházejí a jsou stále měněna společenskou situací. Civilizace mění skoro vše a proto velmi zasahuje i do života člověka. Dívky v současnosti dospívají dříve, dříve začínají menstruuovat a lidský věk se naopak prodlužuje.

2 FYZIOLOGIE REPRODUKČNÍCH ORGÁNŮ

Úkolem pohlavních orgánů je tvorba zralých pohlavních buněk a pohlavních hormonů. Ženské pohlavní orgány jsou rozděleny na vnější a vnitřní.

Vnitřní pohlavní orgány jsou uloženy v prostoru pánve a patří k nim vaječník (ovarium), vejcovod (tuba uterina), děloha (uterus) a pochva, která spojuje vnější pohlavní orgány s dělohou.

Vnější pohlavní orgány jsou přístupné zraku, patří k nim hrma (mons pubis), velké stydké pysky (labia majora pudendi), malé stydké pysky (labia minora pudendi), poštváček (clitoris), poševní předsíň (vestibulum vaginae), panenská blána (hymen), malé a velké předsíňové žlázy (glandulae vestibulares minores et majores), bulbus vestibuli a hráz (perineum).

Hypotalamus, hypofýza a ovarium tvoří systém, regulující reprodukční funkce ženy. Regulace se uskutečňuje prostřednictvím hormonů a neurotransmiterů.

2.1 Fyziologické účinky pohlavních hormonů

Ženské pohlavní hormony jsou estrogény a gestageny, které jsou produkovány především v ovariu. V ženském organismu se tvoří v menším množství i androgeny.

2.1.1 Estrogény

Estrogény zjišťujeme v ovariu, v placentě a menší množství v nadledvinách. Ovariální estrogény jsou tvořeny v theca interna a ve stratum granulosum zrajícího Graafova folikulu a po ovulaci ve žlutém tělísku. Estrogény jsou řízeny hypofyzárním hormonem FSH (folikulo-stimulačním hormonem), který je regulovaný z hypotalamu hormonem GnRH a je vyplavován v pulsech.

Koncentrace estrogenů v plazmě se mění v průběhu menstruačního cyklu, pozorujeme 2 vrcholy sekrece estrogenů. První je před ovulací a druhý, nižší, je uprostřed luteální fáze. Denní produkce estradiolu je udávána v závislosti na cyklu 50-500 μ g/24 h, v celém cyklu je to až 5 mg.

Estrogény mají stimulační a proliferační účinek na pohlavní orgány, sekundární pohlavní znaky, přídatné reprodukční orgány a dále mají účinky metabolické.

- Působí na vývoj sekundárních pohlavních znaků, zejména na růst dělohy, pochvy, vulvy a prsou, způsobují i ženský typ ochlupení a typicky ženské rozložení tuku (v oblasti prsou, ledvin a boků).
- Estrogeny navozují proliferační fázi menstruačního cyklu.
- Zvyšují dráždivost hrdla děložního a motilitu vejcovodů.
- Ovlivňují růst a větvení mlékovodů.
- Vyvolávají růst epitelu v pochvě a spolu s kyselým pH brání infekci, ale zároveň i průchodu spermií do dělohy.
- Mají vliv na syntézu a ukládání tuku na predilekčních místech u ženy, na bocích a prsou.
- Snižují hladinu cholesterolu a β -lipoproteinů v plazmě.
- Ovlivňují metabolickou toleranci glukózy.
- Zvyšují retenci vody a solí – zřejmě příčina premenstruální tenze.
- Mají anabolický účinek, ale menší než testosteron.
- Podporují funkci osteoblastů, a tím působí v pubertě zrychlení růstu a poté uzavírání epifyzárních štěrbin.
- Estrogeny zvyšují tonus parasymptiku.
- Zvyšují tvorbu feromonu kopulinu v pochvě, a tím se podílejí na stimulaci sexuální aktivity.
- Mají vliv na utváření ženského chování.

2.1.2 Gestageny

Fyziologicky nejdůležitějším je progesteron. Místem tvorby progesteronu jsou luteální buňky žlutého tělíska v ovariu, malé množství je tvořeno i thekálními buňkami zrajícího folikulu před ovulací a v nepatrném množství je produkován v nadledvinách. Velké množství progesteronu se tvoří v trofoblastu a v placentě. Produkce progesteronu je v proliferační fázi 2,5-5,4 mg/24 h a v luteální fázi 22-43 mg/24 h.

Jejich hlavním úkolem je příprava a udržení těhotenství, působí na reprodukční orgány a kromě toho mají i účinky metabolické.

- Gestageny působí na endometrium, myometrium a děložní hrdlo. Na endometriu, které je připravené proliferačním účinkem estrogenů, vyvolávají sekreci žláz, žlázy se spirálně stácejí, lumen se rozšiřuje a tvoří se glykogen. Stromální buňky sliznice se pseudodeciduálně přeměňují a připravují k nidaci. Snižují zde počet estrogenových receptorů a způsobují zvýšenou konverzi 17β -estradiolu na méně účinné estrogény. V myometriu tlumí motilitu hladkého svalstva a snižují jeho citlivost na oxytocin. V děložním hrdle způsobují snížení množství hlenu a jeho zahuštění.
- Negativní zpětnou vazbou přes hypotalamus tlumí sekreci LH po ovulaci.
- Podporují tlumící účinky estrogenů a tím zabraňují ovulaci.
- V mléčné žláze podporují vývoj alveolů.
- Zpomalují transport vejce.

2.1.3 Androgeny

K přirozeným androgenům patří testosteron, dihydrotestosteron, androstendion, androsteron a dehydroepiandrosteron. U ženy jsou androgeny produkovány v kůře nadledvinek a v hilu ovaria v rostoucích folikulech a ve žlutém tělísku. Denní plazmatická produkce testosteronu u ženy je 0,23-0,34 m/24 h, tj. asi 20x méně než u muže. Produkce androgenů se výrazně nemění během menstruačního cyklu.

Androgeny mají androgenní i proteinoanabolické účinky.

- Ovlivňují růst axilárního a pubického ochlupení.
- Je udržováno libido.
- Jsou prekurzory estrogenů při normální biosyntéze i při extraglandulární syntéze estro-
stronu z androstendionu nadledvin v období menopauzy.

2.2 Menstruační cyklus

Hlavním znakem menstruačního cyklu je periodické krvácení způsobené odlučováním části děložní mukózy (menstruace). Délka cyklu, tj. doba od začátku jednoho krvácení do začát-

ku krvácení dalšího, je nečastěji 28 dnů, tato délka ale není u všech žen stejná a kolísá v rozmezí 24-36 dnů. Toto rozmezí je považováno ještě za fyziologické.

2.2.1 Ovariální cyklus

Základní anatomickou a funkční jednotkou v ovariu je folikul obsahující oocyt. Na začátku cyklu se začíná zvětšovat několik folikulů a okolo oocytu se tvoří dutina. Ale pouze jeden folikul a pouze v jednom ovariu začíná růst rychleji asi kolem 6. dne cyklu a vzniká folikul dominantní.

Ostatní folikuly podléhají atrezii a vznikají folikuly atretické. Folikulární buňky syntezují estrogény, po ovulaci se vyvíjí corpus luteum, které produkuje také další steroidy, především progesteron. Tyto děje jsou přímo ovlivňovány gonadotropiny – folikuloestimulačním hormonem (FSH) a luteinizačním hormonem (LH). Ovarium není jen místem vzniku hormonů, ale také cílovým orgánem pro pohlavní hormony, tzn. že tyto steroidy se účastní na vzniku folikulu, ovulace a corpus luteum.

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

K ovulaci dochází kolem 14. dne menstruačního cyklu, kdy praská stěna folikulu. Vypuzené vajíčko je pak uchopeno fimbriemi vejcovodu a dopraveno do dělohy. Pokud není vajíčko oplodněno, degeneruje a je vypuzeno do pochvy.

„Prasklý folikul je okamžitě vyplněn krví a nazývá se corpus haemorrhagicum. Thekální a granulózové buňky prolifерují a vytvářejí corpus luteum, které je hlavním zdrojem progesteronu a estrogenů v luteální fázi. Nenastane-li koncepce, corpus luteum začíná degenerovat (asi 4 dny před následující menstruací) a přeměňuje se na corpus albicans neboli corpus fibrosum. Je-li vajíčko oplodněno, mění se corpus luteum menstruationis v corpus luteum graviditatis.“ [1, str.18]

2.2.2 Děložní cyklus

Jednotlivé části dělohy obsahují receptory pro estrogény a progesteron. V závislosti na ovariálním cyklu probíhají změny v endometriu, myometriu a cervixu.

- Endometriální cyklus – při 28denním cyklu odpovídá následující časování jeho fází.

Proliferační fáze – začíná asi 5. den menstruačního cyklu a projevuje se proliferací žlázek, stromatu, cév a povrchového epitelu. Ke konci proliferační fáze je endometrium vysoké 3-5 mm.

Sekreční fáze – trvá od 15. do 26. dne cyklu. V tomto období je přeměňováno proliferované endometrium v endometrium sekreční a kolem 20. dne cyklu měří 7 mm. V buňkách stromatu je hromaděn lecitin, lipidy, fosfatidy a cerebrosidy. Toto ukládání látek v buňkách se nazývá predeciduální (pseudodeciduální) přestavbou. Epitel žláz obsahuje i glykogen. Báze žlázek se rozšiřují, spirální arterioly jsou široké a dosahují k povrchu endometria. Délka sekreční fáze je relativně stálá a trvá asi 14 dnů.

Menstruační fáze – v této fázi začínají degenerativní změny na endometriu. Asi 26. den cyklu se začínají smršťovat spirální arterioly endometria a rozvíjí se ischemická nekróza v pars functionalis. Spasmus arteriol se po několika hodinách uvolní, ale stěna cév je již natolik poškozena, že krev proniká do pars functionalis a do žlázek. Nekróza postihuje celou functionalis endometria, která se odlučuje a odchází s krví z dělohy jako menstruační krvácení.

Menstruační krev je převážně arteriální a jen 25% krve je venózní. Obsahuje buněčnou drť, prostaglandiny a relativně velké množství fibrinolyzinu, který je tvořen v endometriu. Fibrinolyzin rozpouští krevní koagula, a proto se menstruační krev nesráží.

V období menstruace rozeznáváme 2 fáze – deskvamační, trvající 1-2 dny, a regenerační trvající 2-3 dny. Obvyklá délka menstruačního krvácení je 3-5 dnů, ale není výjimkou rozmezí v délce 1-8 dnů. Průměrná krevní ztráta při menstruaci je 30 až 80 ml. Opakovaná ztráta krve nad 80 ml vyvolá deficit železa a následně vývoj sideropenické anémie.

▪ Myometrální cyklus

Děložní motilita vlivem estrogenů postupně stoupá během proliferační fáze, vrcholu dosahuje při ovulaci a působením gestagenů pak klesá a zaniká v sekreční fázi. Během menstruace se stahy dělohy podílejí na odlučování sliznice, vypuzování obsahu děložní dutiny a na zástavě krvácení.

▪ Cervikální cyklus

Periodické změny během menstruačního cyklu se na hrdle projevují na sekreci a na kvalitě hlenu, na funkci endocervikální sliznice a na aktivitě svaloviny.

„Pod vlivem estrogenů v proliferační fázi a za ovulace stoupá množství hlenu, zvyšuje se jeho transparence, viskozita a tažnost. Dochází k fenoménu arborizace (krystalizace, ferning) cervikálního hlenu, který se projeví přítomností krystalizovaných kapradovitých obrazců v zaschlém hlenu.“ [11, str.51]

„Cyklické změny na endocervikální sliznici se projevují zvětšením výšky sekrečních buněk a hromaděním hlenu v apikálním konci, s maximem v době vrcholu sekrece estrogenů.“ [11, str.51]

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

▪ Vaginální cyklus

Vaginální epitel, především v kranální třetině pochvy, je velmi citlivý na stimulaci pohlavními steroidy a mění svou výšku a hustotu během cyklu. Cyklické změny prodělává i pH poševního prostředí. V proliferační fázi je pH kyselé, během ovulace je neutrální a v sekreční fázi je opět kyselé. Hormonální působení na sliznici poševní, především estrogenů, lze sledovat morfoloickým hodnocením funkční cytologie.

3 KLIMAKTERIUM

Klimakterium je období života ženy, kdy dochází k postupnému vyhasínání funkce vaječnic. Obvykle nastává mezi 45. až 55. rokem věku ženy. Může přijít dříve, v ojedinělých případech později. U jednotlivých žen je začátek tohoto období individuální a je ovlivněn např. prodělanými chorobami, stavem výživy, rodinnou dispozicí. Do nástupu přechodu může výrazně zasáhnout gynekologická operace (odnětí vaječnic). Symptomatologie potíží spojených s přechodem může být velice pestrá, ale nemusí se projevit u každé ženy v celém svém rozsahu.

3.1 Definice

Citováno z knihy Jeníček [6, str. 15]

Menopauza (definice WHO) – přirozená menopauza je definována jako trvalé zastavení menstruace, které je výsledkem ztráty ovariální aktivity. Přirozená menopauza může být rozpoznána po 12 následujících měsících amenorey, pro niž nejsou zřejmé jiné patologické nebo fyziologické důvody. Menopauza se vyskytuje s posledním menstruačním cyklem, který lze s jistotou zjistit retrospektivně nejméně 1 rok po této události. Specifický, adekvátní nezávislý biologický marker pro tuto příhodu neexistuje.

Perimenopauza (definice WHO) – termín perimenopauza by měl zahrnovat čas bezprostředně před menopauzou (když se začínají objevovat endokrinní, biologické a klinické příznaky blížící se menopauzy) a první rok po menopauze.

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

Klimakterium (definice IMS) – fáze ve stárnutí ženy označující přechod z reprodukční fáze do ne-reprodukčního stavu. Tato fáze zahrnuje perimenopauzu s rozšířením po delší variabilní dobu před a po perimenopauze.

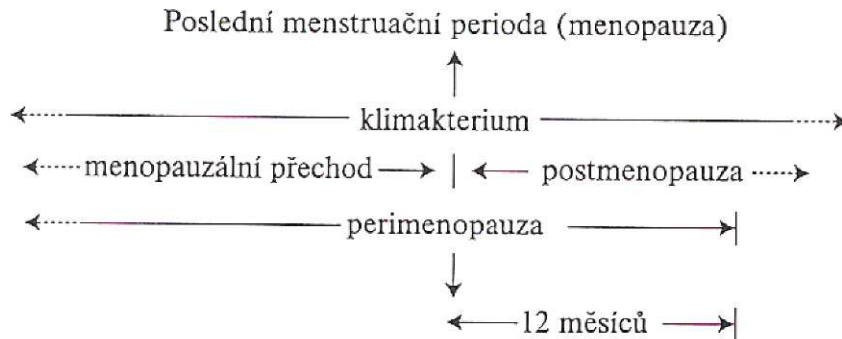
Klimakterický syndrom (definice IMS) – klimakterium je někdy, ale ne nezbytně vždy, spojeno se symptomatologií. Přítomnost těchto symptomů může definovat klimakterický syndrom.

Premenopauza (definice WHO) – termín premenopauza se často užívá dvojznačně, buď je přičítán době 1 až 2 let bezprostředně před menopauzou, nebo je přičítán celému reprodukčnímu období před menopauzou. Skupina doporučuje, aby se důsledně užíval ve druhém významu a měl by zahrnout celou reprodukční periodu až do poslední menstruace.

Postmenopauza (definice WHO) – termín postmenopauza je definován datem posledního menstruačního cyklu, nehledě na to, zda menopauza je indukovaná nebo spontánní.

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

Indukovaná menopauza (definice IMS) – termín indukovaná menopauza je definován jako zástava menstruace, která následuje po chirurgickém odstranění obou vaječníků (s nebo bez hysterektomie), nebo po iatrogení ablaci ovariální funkce (chemoterapií nebo radiací).



Obr. 1. Vzájemný vztah mezi jednotlivými časovými úseky kolem menopauzy (modifikováno z klasifikace WHO). [4, str.14]

3.2 Endokrinologie menopauzy

V průběhu klimakteria se u ženy mění obvyklé hladiny hormonů během cyklu do stavu s nízkým estrogenem a progesteronem a s vysokými hladinami gonadotropinů.

Počáteční endokrinní příčinou při reprodukčním stárnutí je pokles hladin inhibinů, a tím možnost vzestupu FSH, který vede k urychlenému dozrávání folikulů a zvýšené sekreci estrogenů u starších žen do doby vyčerpání zásoby folikulů.

3.3 Fyziologie menopauzy

Ve věku 45 až 50 let se objevují potíže vegetativní, vazomotorické a psychosomatické. Příznaky jsou většinou spojeny s menstruačními poruchami, s nepravidelnými nebo silnými cykly. Všeobecně jsou cykly kratší kvůli počínající luteální insuficienci, až se postupně prodlužují a nastane sekundární amenorea. Díky nepravidelné diferenciaci i několika folikulů se mohou objevit také nepravidelné cykly (metroragie).

V dalších letech klimakteria vzniká atrofie reprodukčních orgánů. Děloha a ovaria se zmenšují a endometrium atrofuje. Pochva ztrácí svou elasticitu a nastává atrofie její sliznice. Stejně tak atrofuje kůže, řídnou vlasy, atrofuje i sliznice močového měchýře a vyvíjí se močová inkontinence.

Kolem 60 let věku se nejčastěji vyvíjí osteoporóza s rizikem fraktur, ateroskleróza a kardiiovaskulární a cerebrovaskulární choroby. Od 70. roku věku se každých 5 let zdvojnásobuje počet žen, které jsou postiženy Alzheimerovou demencí.

3.4 Příznaky spojené s klimakteriem

Příznaky spojené s přechodem můžeme z časového hlediska rozdělit do tří skupin:

1. příznaky akutní-klimakterický syndrom
2. organický estrogen-deficitní syndrom
3. metabolický estrogen-deficitní syndrom

3.4.1 Akutní-klimakterický syndrom

Akutní příznaky mohou vznikat postupně a pozvolna, nebo se mohou objevit náhle, u žen před, okolo nebo po menopauze. Klimakterické potíže mohou trvat několik měsíců, někdy i roky.

Primární příznaky vazomotorické nestability: nával horka, profuzní pocení, noční pocení, nauzea, závratě, bolesti hlavy, bušení srdce.

Sekundární příznaky vazomotorické nestability: nespavost, únava, podrážděnost, deprese, netečnost.

Návaly horka bývají doprovázeny zrudnutím v oblasti tváře, na krku, pažích nebo na rukou. Zrudnutí bývá doprovázeno pocitem horka. Některé ženy mohou vnímat teplo až v celém těle. Žena může mít během návalu závrať a palpitace. Po záchvatu se může žena potit, někdy profuzně s následným pocitem chladu. Návaly většinou trvají 15 až 60 sekund, ale jsou i popsány návaly trvající hodinu. Frekvence návalů je individuální, od několika za měsíc po několik návalů za hodinu. Tyto návaly se vyskytují u 80 % žen alespoň jeden rok. Objevují se kdykoliv během dne nebo noci a vyvolat je mohou běžné podněty jako vzestup okolní teploty, požití horkých jídel či nápojů nebo stres či úzkost.

U určitého, menšího, procenta žen proběhne přechod víceméně nepozorovaně, kdy samotná žena nebo okolí ani nepozorují žádné psychické potíže nebo změny.

3.4.2 Organický estrogen-deficitní syndrom

Organický estrogen-deficitní syndrom přináší ženě mnoho nepříjemných pocitů. Příčinou syndromu je atrofizace sliznic a poškození kůže, vlasů a nehtů. Postižení sliznic se projevuje zejména v pochvě, močovém měchýři a uretře.

▪ Atrofie pochvy

Atrofie poševní sliznice postihuje většinu žen. Projevuje se pálením, svěděním, suchostí pochvy a dyspareunií. Poševní stěna se ztenčuje, pochva se zkracuje a zužuje. Atrofická sliznice pochvy je náchylnější k zánětům, protože vymizela normální bakteriální flóra.

▪ Atrofie uretry

Trigonum močového měchýře a uretra jsou zčásti kryty dlaždicobuněčným epitelem, který je pod vlivem estrogenů. Atofizací sliznic s úbytkem kolagenu ve stěně měchýře a sfinkteru uretry dochází k dysfunkci dolní části močového ústrojí. Deficit estrogenů se projevuje častým močením, urgencí, dysurií, nykturií a inkontinencí.

▪ Atrofie ostatních sliznic

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

▪ Atrofie kůže

Atofizace kůže se projevuje suchostí, ztenčením a zvrásněním jako následek snížené mitotické aktivity ve stratum germinativum. Degenerativní změny postihují také podkožní poji-

vovou tkáň a kožní adnexa. Nehty jsou zvýšeně lomivé, vlasy stejně jako ochlupení axilární a pubické jsou suché a řídké.

- Prsy

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

- Pánevní dno

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

3.4.3 Metabolický estrogen-deficitní syndrom

- Kardiovaskulární onemocnění

Mezi rizikové faktory patří hypertenze, obezita, dyslipidémie, diabetes mellitus, kouření, genetické faktory, nedostatek pohybu, stresové situace a vyšší věk. Hlavní roli v klimakteriu hraje metabolický vliv estrogenů. Estrogeny snižují LDL-cholesterol a zvyšují hladinu HDL-cholesterolu. Kromě toho také zřejmě působí dalšími ochrannými mechanismy přímo na úrovni cévní stěny. Riziko ischemické choroby srdeční (ICHS) tedy významně narůstá s nedostatkem estrogenů po přirozené či arteficiální menopauze.

- Postmenopauzální osteoporóza

Osteoporóza je absolutní úbytek kostní hmoty, beze změny poměru mezi organickou a minerální složkou kosti, spojený s poruchou mikroarchitektury kosti a se zvýšeným rizikem zlomenin. Nedostatek estrogenů zvyšuje rychlost osteorezorpce a tím urychluje rozvoj osteoporózy a zvyšuje riziko jejich důsledků, jako je fraktura krčku femuru, kompresivní zlomeniny obratlů apod. Vysoké riziko fraktur při osteoporóze je závažným problémem. Většina zlomenin se hojí bez následků, ale některé vyvolávají dlouhodobé nebo trvalé poškození se zvyšující se závislostí postižené na pomoci druhých nebo i s jejím trvalým upoutáním na lůžko. Osteoporóza a osteopenie (stav předcházející osteoporóze) je diagnostikována měřením množství kostní hmoty.

3.5 Hormonální substituční terapie (HRT)

Hormonální substituční terapie je metoda založená na podávání preparátů obsahujících jen gestagen, jen estrogen nebo estrogen s gestagenem v různých schématech ženám s deficitem ženských hormonů. Především jde o ženy v perimenopauze a postmenopauze. HRT dobře působí na potlačení subjektivních potíží spojených s klimakteriem. Preventivně působí na sliznice, kůži, vlasy a nehty. Je účinná v prevenci osteoporózy, kardiovaskulárních chorob, Alzheimerovy demence a v dalších oblastech.

3.5.1 Indikace HRT

HRT by měla být indikována až po pečlivém komplexním vyšetření pacientky a po zvážení všech zdravotních rizik, která pacientku ohrožují. Léčit by se mělo až po zjištění aktuálního hormonálního stavu pacientky a řešit jen již vzniklý deficit hormonů.

3.5.2 Kontraindikace HRT

Kontraindikací jsou neléčený karcinom prsu, neléčený karcinom endometria, akutní onemocnění jater, akutní žilní trombóza nebo tromboembolická nemoc.

3.5.3 Rizika HRT

- Riziko vývoje karcinomu prsu

Provedené klinické studie a tím také názory jednotlivých odborníků na klimakterickou medicínu si zatím v pohledu na HRT a riziko karcinomu prsu protiřečí. Při ERT (estrogen replacement therapy) trvající 5 let je relativní riziko vývoje karcinomu prsu velmi nízké. K výraznějšímu vzestupu rizika dochází po 10 letech léčby. Riziko klesá po vysazení HRT a zcela vymizí po 5 letech. HRT pravděpodobně urychluje růst už preexistujícího tumoru než že nese odpovědnost za nastartování karcinogenních změn v prsu. Před zahájením ERT/HRT je vhodné u klientky hodnotit míru rizika onemocnět karcinomem prsu.

- Riziko vývoje karcinomu endometria

Léčba samotnými estrogeny u žen po menopauze zvyšuje riziko vzniku karcinomu endometria při pětiletém užívání dvojnásobně, při delším užívání několikanásobně. Doplnění estrogenů o progestageny v dostatečné denní dávce a trvání vede k eliminaci rizika.

- Riziko žilního tromboembolismu

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

3.5.4 Nežádoucí účinky HRT

Nežádoucí účinky způsobené estrogény jsou bolesti v prstech, retence tekutin, krvácení ze spádu, křeče v dolních končetinách. Nežádoucí účinky způsobené gestageny jsou bolesti v prstech, retence tekutin, zvýšená chuť k jídlu, nadýmání, předrážděnost až agresivita, úzkost, deprese. Hormonální léčba nezpůsobuje zvýšení hmotnosti. Ženy po menopauze přibývají i bez hormonální léčby. Hmotnostní přírůstek je způsoben vyšším energetickým příjmem, nikoli hormonální léčbou. Výskyt nežádoucích účinků vede často k přerušení léčby a k definitivnímu rozhodnutí ženy neužívat hormonální léčbu.

3.6 Sociální význam klimakteria

Sociální význam klimakteria je spíše negativní. Termín klimakterická ženská slouží někdy dokonce i jako nadávka. Vyjadřuje laickou představu přechodu jako období, ve kterém se výrazně negativním způsobem mění ženská psychika i zevnějšek, roste nervozita, podrážděnost, neschopnost sebeovládání apod. Reakce na tuto hormonální změnu je individuálně specifická, to znamená, že může být velmi rozmanitá. V oblasti psychiky jde většinou jen o dočasné výkyvy v prožívání a chování, které se postupně stabilizují. Klimakterické změny se mohou projevat psychickými reakcemi, jako jsou zvýšená úzkost, podrážděnost, deprese, pocity vyhaslosti a ztráta elánu. Ke zvýšení zátěže tohoto období přispívá také jeho negativní sociální hodnocení. Vzhledem k němu může přechod působit jako stigma, znehodnocující ženskou roli.

Pod vlivem stárnutí se mění také zevnějšek. Objevují se první typické znaky stáří, jako jsou šedivé vlasy, vrásky, změny pigmentace kůže a proporcí těla. Změna zevnějšku je také akceptována jako ztráta určité hodnoty.

3.6.1 Sexualita

V klimakteriu dochází ke snížené produkci estrogenů, a to ovlivňuje negativním způsobem stav genitálu. Poševní sliznice se ztenčuje a poševní stěna ztrácí pružnost. Důsledkem může být bolest při pohlavním styku nebo svědění a pálení při pohlavním styku a po něm.

Deficit hormonů může snižovat zvlhčení poševní stěny a tím přispívat k horší kvalitě pohlavního styku. Možnost otěhotnět končí přechodem. Tento fakt vede k různým druhům chování. U některých žen se zvyšuje zájem o sexualitu a může dojít i k hledání nových partnerských vztahů. U jiných žen může přicházet strach ze ztráty atraktivity a pocit, že je potřeba si ještě něco užít. Stejně tak se objevují ženy, u kterých dochází ke sníženému zájmu o sexualitu, je méně časté pohlavní soužití a mohou se objevovat potíže při sexuálních stycích.

Možnost nemocí i změn psychického stavu se zvyšuje a i tyto faktory velmi ovlivňují sexualitu ženy. Tělesné problémy, jako jsou obezita, osteoporóza a kardiovaskulární nemoci, mohou zasahovat do sexuality přímo, zhoršenou pohyblivostí, nebo nepřímo, zhoršováním celkového subjektivního pocitu zdraví.

Děti obvykle opouštějí domov, což vede ke změně náplně života. Mluví se o syndromu prázdného hnízda. Je prokázáno, že ženy s dětmi snášejí klimakterické změny hůře než bezdětné, které se celý život věnovaly pouze své profesionální kariéře.

4 SENIUM

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a které kulminují v terminálním stadiu a ve smrti. Biologické projevy stárnutí jsou nápadné: Je snížena odolnost vůči infekcím, zvyšuje se sklon k nádorovým onemocněním, hojení ran se zpomaluje, ztrácí se pružnost vaziva, sklerotizují cévy apod. Biologické znaky stárnutí lze pozorovat ve všech tkáních a v jejich buňkách, nejzávažnější jsou ale v nervové a endokrinní soustavě, které zajišťují neurohumorální regulaci všech tělesných a duševních pochodů. Nejčastěji jsou popisovány různé degenerativní změny a pokles základního metabolismu. Místo funkčních tkání relativně přibývá vaziva; v nervových buňkách mizí Nisslova tělíška, neurony odumírají a jsou nahrazovány gliovými buňkami.

4.1 Tělesné projevy stáří

Tělesné projevy a změny, kterými se odlišují staří lidé od mladých, bývají označovány jako fenotyp stáří. Mají obecné rysy, ale jejich manifestace, rozsah i úplnost vyjádření jsou individuální.

Tělesná výška se s věkem snižuje, tělesná hmotnost a body mass index (BMI) obvykle stoupají do 7.-8. decennia, pak dochází k poklesu. Významnější je změna tělesného složení – ubývá aktivní tělesná hmota, přibývá tuk a vazivo. Mění se výraz obličeje, výrazné jsou kožní vrásky, šedivění vlasů, popisuje se pokles ušních lalůček, pokles horního víčka se zmenšením oční štěrbiny, pokles tváří a zvětšování špičky nosu. V průběhu stárnutí mizí pružná ladnost pohybů, která je typická pro mladého jedince, zpomaluje se chůze a zhoršuje rovnováha. V různé míře se může vyvinout ohnuté držení a tuhost trupu a končetin, zkrácení kroku a mírné rozšíření opěrného postavení dolních končetin.

4.2 Kognitivní změny ve stáří

4.2.1 Snížení výkonnosti smyslových orgánů

Významné jsou involuční změny smyslového vnímání. Vedle chuti, čichu a vnímání hmatových podnětů je z psychologického hlediska nejzávažnější postižení zraku a sluchu. Akomodační schopnost oka klesá, je postižena hlavně schopnost vidění do blízka. Často

vzniká glaukom a v souvislosti se stařeckými změnami oční čočky vznikají senilní katarakty. Atrofické změny oka mohou vést ke snížení zásobování oka krví a to může být jedna z příčin slabšího vidění (snížení ostroty, výběru barev, přizpůsobování se šeru a vidění v přitmě, rozpoznávání kontrastů). Někdy může být zúžené zorné pole. Ve stáří je velmi častá porucha sluchu. Po šedesátém roce věku se objevují atrofické změny sluchové dráhy, vzniká stařecká nedoslýchavost, která je obvykle oboustranná. Na jejím vzniku se podílí různé rizikové faktory např. nadměrná hluchost, toxické vlivy, malnutrice, ateroskleróza. Postižení sluchu je podle některých autorů způsobeno spíše civilizačními chorobami, většinou až po osmdesátém roce. Zrakové postižení je u starších žen čtvrtou nejčastější příčinou neschopnosti provádět obvyklé každodenní činnosti. Používání sluchadel napomáhá ke zlepšení komunikace, emocionality a kvality života.

4.2.2 Poruchy paměti

Poruchy paměti jsou známým projevem stárnutí. Ve stáří dochází k celkovému útlumu a zpomalení všech paměťových procesů – ukládání i vybavování. Zhoršuje se uchování a zpracování nových informací. Úbytek kompetencí se nejvíce projevuje v oblasti epizodické paměti, která se týká osobní zkušenosti. Staří lidé si např. nepamatují, jestli si vzali lék, jestli něco sdělili svému partnerovi apod. Tzv. sémantická paměť, obsahující obecné znalosti, bývá trvanlivější. Úbytek paměti nezávisí jen na biologických změnách. Ukázalo se, že paměť funguje hůře u lidí s nižším vzděláním a z toho vyplývajícími životními stereotypy, například s tendencí k rezignaci, intelektuální nečinnosti a celkovému nezájmu o cokoliv.

Pokud je paměť trénovaná, jsou její funkce narušeny méně a uchovávají se delší dobu. Staří lidé bývají zaměřeni do minulosti, která je pro ně často subjektivně uspokojivější a je zkrášlena vzpomínkovým optimismem. Vzpomínky bývají obsahově a emočně zkresleny. Minulé je obecně hodnoceno pozitivně a starý člověk lpí často až nepochopitelně na tom, čím byl a co měl, ať už je to postavení, majetek, zvyklosti nebo získané výsady. Obvykle jde o určitou obranu proti pocitu ohrožení ze strany mladších, která je však z neporozumění hodnocena jako nepříznivá charakterová vlastnost.

4.2.3 Změny intelektových funkcí

Intelektové schopnosti dosahují nejvyšší úrovně v raném období dospělosti. Dále se pak úroveň některých z nich nemění, nebo dokonce lehce zvyšuje, úroveň jiných naopak klesá. Studie aplikací inteligenčních testů potvrzují, že stárnutí intelektuálních složek lze oddálit jejich stálým posilováním aktivní činností. Jedná se zejména o verbální schopnosti, externí údaje o světě, ve kterém senior žije, o všeobecnou informovanost. Úroveň rozumových schopností ve stáří závisí i na vrozených schopnostech, na úrovni školního vzdělání a na profesionální kvalifikaci. Významně bývá ovlivňována i životními zkušenostmi a množstvím a kvalitou zevních a vnitřních podnětů.

4.3 Emoční změny ve stáří

4.3.1 Afektivní prožívání

Afektivní prožívání nabývá ve stáří zřejmě jiné kvality. Citové prožívání se obvykle stává méně bezprostředním a snižuje se intenzita emocí, člověk se již tak snadno nenadchne pro nové, ale současně řadu situací dokáže hodnotit klidněji a racionálněji. S věkem klesá „neuroticismus“, starý člověk se stává emočně stabilnějším, ale často i lhostejnějším vůči vnějšímu světu. To může znamenat větší klid a trpělivost, ale někdy i nezájem až apatii. Na počátku období stáří bývá ještě silná potřeba seberealizace a potřeba být užitečný pro druhé, později vystupuje do popředí spíše potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí v okruhu blízkých osob. Především v pozdějším stáří jsou lidé mnohdy méně zaujati událostmi okolního světa a jsou soustředěnější na sebe a na své problémy.

Život v domovech důchodců ukazuje na rozdíl mezi reálnou izolací, která je dána nedostatkem sociálních kontaktů, a psychologickou dezolací, která představuje subjektivní pocit osamocení, opuštěnosti a ztráty významných citových vztahů, tedy emoční deprivaci - citové strádání ve stáří. Mnoho starých lidí je značně izolováno od druhých lidí pro svou nemoc, imobilitu, změněné bydliště, ale nemusí ještě svou samotu prožívat se zármutkem a s apatií. Také jsou ale lidé, kteří žijí uprostřed mnoha lidí, s nimiž se stále stýkají, ale přesto strádají.

4.3.2 Změny osobnosti ve stáří

Během stáří se může nějakým způsobem měnit i osobnost starého člověka. Nejčastěji se zdůrazní některé vlastnosti. V důsledku toho se mění struktura celé osobnosti a také i projev chování takového člověka. Například prohloubení introverze vede až k samotářství a naopak u extravertů lze občas pozorovat sklon k povrchnosti a obtěžující žvanivosti. Změny osobnosti, ke kterým dochází ve stáří, jsou obecně považovány za negativní, i když je nelze vždycky takto hodnotit.

4.3.3 Citové vztahy ve stáří

Ve stáří se síla vztahů k blízkým lidem většinou nijak významně nemění a význam rodiny s věkem naopak znovu stoupá. Stejně jako v dětství je člověk i ve stáří více ohrožen sociální izolací nebo emoční či citovou deprivací. V širší rodině zastává stará žena obvykle i nadále velmi důležitou roli – roli prarodiče, případně i prababičky. Zejména starší prarodiče své vnoučata obvykle vítají a silně pozitivně svou roli prožívají.

Manželské vztahy většinou v tomto období sílí a ztráta životního partnera je závažnou životní událostí, s níž se stará žena jen velmi obtížně vyrovnává. Kromě citových potřeb přetrvávají u řady lidí dlouho do stáří i potřeby sexuální. I když ve stáří sexuální apetence klesá, nemizí úplně a mnozí lidé žijí aktivním sexuálním životem ještě ve vysokém stáří. I když je sex ve stáří většinou už méně významnou hodnotou proti mladšímu věku, přesto tato potřeba nemizí zcela, při hodnocení kvality života může hrát významnou roli a neměla by být podceňována.

4.4 Odchod do důchodu

Odchod do důchodu znamená ztrátu profesní role a společenské prestiže. Nová role důchodce má horší sociální status a omezená privilegia, definovaná zejména možností pasivního přijímání nějakých výhod. Obecně je považováno za privilegium, že člověk už nemusí pracovat. Tato výsada ale na druhé straně vede k celkově nižšímu hodnocení. Zaměstnání a z něho vyplývající ekonomická nezávislost je jedním ze znaků produktivního dospělého věku. Důchod je naopak jednoznačným znakem stáří: je potvrzením ztráty výkonnosti a z toho vyplývající závislosti na společnosti, která starému člověku poskytuje důchod. Odchod do důchodu zakončuje jeden významný a velmi dlouhý úsek lidského života. Končí období aktivní účasti na společenském dění, ve kterém člověk získává nějakou, institucio-

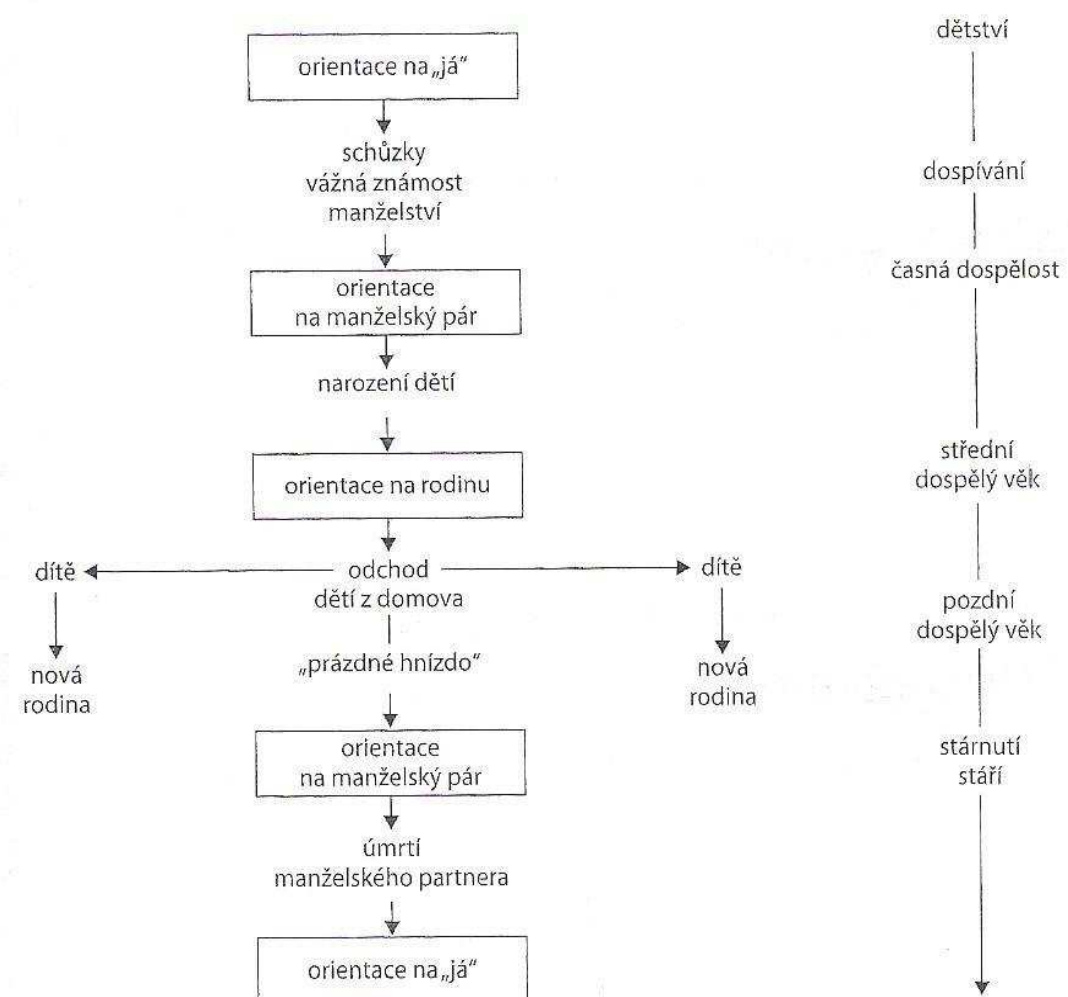
nálně danou roli (na začátku je to role školáka). Člověk v důchodu symbolicky odchází ze společnosti do svého soukromí, někdy by se mohlo říci až do izolace. Starému člověku zůstávají jen soukromé role, pro širší společnost se stal anonymním důchodcem a jeho minulé profesní role ztratily oficiální význam. Problém pocitu prázdnoty života v důchodu většinou spočívá v tom, že lidé si zvykli být manipulováni, akceptovat nějaký program a řídit se podle něj. Pro dobu důchodu ale společnost žádný závazný program neurčuje. Člověk si jej musí vytvořit sám, a to mnoho lidí nedovede. Spokojenost starého člověka závisí do značné míry na něm. Ale takový způsob řešení je pro mnohé lidi obtížný a nepříjemný. Běžným kompromisem je přijetí nějakého modelu chování známého důchodce ze stejné sociální skupiny. Někteří lidé nejsou k odchodu do důchodu motivováni a snaží se udržet v zaměstnání co nejdéle, nebo alespoň získat nějaké jiné pracovní místo (pracují např. na část úvazku, v méně významné profesi než dřív).

Odchod do důchodu zasahuje všechny složky lidské osobnosti, mění prožívání, uvažování a chování člověka. Ovlivňuje jeho postoj ke světu a také k sobě samému. V souvislosti s odchodem do důchodu bylo zjištěno, že lidé, kteří se blíží důchodovému věku začínají mít obavy a jsou zvýšeně sebekritičtí. Ve většině případů ale lidé, kteří přestanou pracovat, hodnotí tuto skutečnost pozitivně. Dochází ale i k situacím, kdy lidé trpí vážnými psychologickými obtížemi, protože mají pocit, že již nejsou užiteční. Lidé, kteří se cítí být k odchodu do důchodu „donuceni“, jsou obecně charakterizováni nižší úrovní životní spokojenosti. Mnohem častěji si na donucení k odchodu do důchodu stěžují lidé se sklonem k soutěživosti.

4.5 Sociální zařazení staré ženy

V počátečním a konečném období života se žena na životě společnosti angažuje jen nepatrně. Role, které jsou lidem v těchto věkových obdobích připisovány, jsou spíše expresivní (společensko-citové) než instrumentální (výkonové) a vyznačují se malým rozsahem, malou diferencovaností a intenzitou. Od starých lidí se stejně jako od dětí očekává, že budou sledovat jen vlastní uspokojení, že budou usilovat o to, aby je okolí chápalo a jen v nepatrné míře budou na sebe brát povinnosti. Úspěšné stárnutí spočívá v tom, že stará žena dobrovolně přijímá sociální neangažovanost a postupně se vzdává dřívějších náročných úkolů a společenských funkcí. Tak jsou staré ženy ve významných činnostech nahrazeny mladšími – společnost se tím obnovuje a vyvíjí.

Staré ženy mohou ke společenskému vývoji přispívat zcela jedinečným způsobem nejen vzhledem ke svým, často draze zaplaceným, zkušenostem, ale i pro schopnost hodnocení společenských událostí ze širší perspektivy, než jaká je dopřána mladším. Pokud jde o pracovní aktivitu, zůstává mnoho lidí až do vysokého věku plně aktivní ve svém povolání, jiní přejímají úkoly sice odlišné, ale neméně potřebné. Někteří ale selhávají, jestliže lpí na činnostech, pro které jim již chybějí síly. Vztahy starší ženy k druhým lidem se sice mění, ale nikdy docela nezanikají. Většina starých žen si také zachovává svá pouta k manželovi, ke svým dětem a k jejich rodinám, k přátelům a sousedům, i když s pokračujícím věkem jich ubývá a stará žena se častěji musí vyrovnávat s odchodem nebo ztrátou nejbližších, musí ztráty kompenzovat novými vztahy a více se soustředí sama na sebe.



Obr. 2. Změny v orientaci sociálních rolí se zřetelem na přípravu a realizaci manželství a rodičovství a na změny ve stáří. [9, str. 211]

Většina současných koncepcí „úspěšného stárnutí“ i ostatních programů zaměřených na posilování kvality života a pozitivní adaptaci ve stáří dnes klade důraz spíše na udržení

dostatečné aktivity lidí vysokého věku. Nečinnost je patogenní tělesně (atrofie svalů, imobilizační syndrom) i psychicky a sociálně. Negativní důsledky nečinnosti nebo podnětové, ale i emoční deprivace jsou ve starším věku daleko závažnější než dříve a vedou k urychlení přirozených involučních změn.

Aktivizační programy jsou rozvíjeny úspěšně jak na úrovni preventivní, tak i na úrovni léčebné – jednak jako vlastní terapie (například kognitivní rehabilitace po cévních mozkových příhodách), jednak ve formě sekundární prevence (např. u lidí s počínající demencí, u kterých může přiměřená aktivizace značně zlepšovat kvalitu života a zpomalit postup choroby). Aktivizační programy jsou zařazovány i do komplexní psychoterapeutické péče o osoby s poruchami adaptace (například po přechodu do domova důchodců nebo jiné ústavní péče).

Snaha o aktivizaci starých lidí musí plně respektovat individuální možnosti i přání každého člověka – důležité je pomoci mu nalézt motivaci pro vytváření krátkodobých i dlouhodobějších cílů, umožnit mu prožít zážitky úspěchu a posilovat jeho sebeúctu. Za určitých okolností může ale nadměrná nabývat až charakteru týrání starých lidí – zejména v ústavních podmínkách. V praxi jsou zde ale častější případy opačné: nedostatečná příležitost k aktivitě nebo podnětová deprivace.

Ale ani případy aktivního fyzického či psychického týrání a zanedbávání základní péče o staré lidi bohužel nejsou zdaleka výjimečné. Nejde jen o skutečné tělesné týrání a ubližování, ale také o záměrné vystavování rizikům a úrazům, omezování autonomie nebo vyhrožování umístěním do ústavního zařízení nebo také o finanční zneužívání apod.

Kromě případů fyzického týrání nebo zanedbávání jsou ovšem staří lidé poškozováni i současným negativním kulturním stereotypem stáří, který je označován jako ageismus a plyne zřejmě z dnešního obecného kultu mládeže. Ageismus obsahuje celou řadu dílčích předsudků ke starším lidem jako k lidem obecně ošklivým, neužitečným a zbytečným, impotentním a dříve nebo později nutně tělesně i duševně nemocným, dospívajícím k celkovému úpadku a demenci. Důsledkem tohoto postoje je ale neadekvátní zacházení se starými lidmi ve společnosti obecně, třeba i v obchodech, dopravních prostředcích, zdravotnických zařízeních, jejich diskriminace a nedostatek úcty.

4.6 Změna způsobu života

Úbytek schopností, který je standardním projevem pokročilejšího stáří, je nejčastějším důvodem ke změně životního stylu, starý člověk začne potřebovat pomoc i v běžné, každodenní činnosti.

▪ Pečovatelská služba

Představuje pomoc, která umožňuje starému člověku žít navyklym způsobem života v soukromí vlastního bytu. Za těchto okolností, kdy je starý člověk již významnějším způsobem limitován (především pohybově) a v důsledku toho i ve větší míře izolován, plní pečovatelská i jiné funkce. Stává se významným zdrojem sociálního kontaktu, přispívá k vytvoření určitého denního režimu (přichází většinou ve stejnou hodinu) a starému člověku poskytuje psychickou podporu (často jen tím, že se o něj stará).

▪ Umístění do domova důchodců, event. do jiné instituce

Tato změna životního stylu je spojena se ztrátou zázemí, známého teritoria a s ním spojené identity. Tak zásadní změna je vždy zátěžovou situací, jejíž intenzita závisí na mnoha okolnostech. Starý člověk ztrácí jistotu orientace a pocit bezpečí známého prostředí, které nezahrnuje jen byt, ale také jeho materiální a sociální okolí. Umístění do ústavního zařízení potvrzuje ztrátu autonomie a soběstačnosti starého člověka a je chápáno jako signál blížícího se konce života.

Zátěž změny způsobu života a s ní spojené ztráty soukromí a samostatnosti se projeví i v oblasti základních psychických potřeb:

Potřeba přiměřené stimulace a orientace – život v jakékoliv instituci je často méně stimulační. Je typický značnou organizovaností a tlakem na dodržování určitých pravidel, například doby jídla a klidu. Orientace v nové situaci může být obtížná. Lidé v tomto věku jsou konzervativní, hůře se učí novým věcem, a proto je pro ně každá změna náročná a nepříjemná. Umístění do ústavu omezí orientovanost člověka na prostředí tohoto ústavu. Především méně pohyblivý, nebo jinak limitovaný člověk v něm mnohdy zůstává izolován a ztrácí kontakt s okolním světem.

Potřeba citové jistoty a bezpečí – starý člověk bývá ztrátou svého zázemí frustrován, protože soukromí vlastního domova představovalo určitou jistotu. Člověk ztrácí pocit bezpečí a reaguje různými obrannými mechanismy. Za těchto okolností se projevuje větší tendence

k potvrzování jistoty vztahu se svými dětmi a vnuky. Oni představují jakýsi zbytek sociálního zázemí.

Potřeba seberealizace – starý člověk ztrácí motivaci k různým aktivitám, které byli dříve nezbytné, např. vaření, úklid, nákup, ale nyní by neměli smysl, v domově důchodců je všechno zařízeno. Některým lidem může chybět smysluplná činnost, na kterou byli zvyklí. Mnohdy už nejsou schopni hledat si takovou aktivitu sami, a tak trpí prázdnotou svého denního programu. Staří lidé mohou v ústavním zařízení snadněji ztrácet své kompetence, protože je přestávají využívat. Tendence personálu manipulovat se starými lidmi a pomáhat jim i tehdy, když to není nutné (kdy je např. jen rychlejší), vede postupně k vypěstování závislosti a k syndromu naučené bezmocnosti. Starý člověk potřebuje mít kontrolu nad svým životem a chce o sobě rozhodovat, nechce být pasivním a manipulovaným objektem. V rámci života v ústavu je omezená možnost samostatného rozhodování.

Potřeba otevřené budoucnosti – staří lidé si uvědomují, že život v domově důchodců je poslední fází, po které může následovat jen smrt. Opouštějí určitý způsob života, na který byli zvyklí a ztrácejí svou roli nezávislého a soběstačného člověka. Získávají roli obyvatele domova důchodců, která má nižší sociální status. Tato změna je definitivní a predeterminuje jejich budoucnost, která jim ještě zbývá. Budoucnost se lidem za takových okolností jeví chmurná. Starý člověk za těchto okolností už nic příjemného neočekává a se situací se smířil, resp. spíše pod tlakem okolností rezignoval, ale spokojen většinou není.

Rozhodnutí změnit takovým zásadním způsobem svůj život (pokud vůbec jde o vlastní rozhodnutí), bývá většinou jen racionální. Lidé přijímají odchod do domova důchodců jako nutnost v situaci, kdy dosavadní status není z nějakého důvodu nožné udržet. V našich podmínkách se staří lidé pro odchod do domova důchodců rozhodují teprve tehdy, když jsou ve špatném zdravotním stavu a přestávají být soběstační. Motivace typu, když „už nic jiného nezbyvá“, ztěžuje adaptaci na nové prostředí, protože je apriorně chápáno jako významně horší alternativa, ze které není úniku. Je signálem, který potvrzuje vlastní úpadek.

▪ Nemocnice

Nemocnice je také anonymizující institucí a hospitalizace bývá spojena s různými obrannými reakcemi a negativní změnou emočního ladění. Umístěním do nemocnice získá člověk roli pacienta, která všechny ostatní individuálně specifické role překrývá. Starý pacient je chápán jako bytost, která potřebuje pomoc, je závislá na péči druhých a v zásadě ne-

schopná pro sebe něco udělat nebo o sobě rozhodovat. Umístění do nemocnice ale bývá chápáno jako přechodné. Člověk doufá, že se někdy v budoucnu může jeho stav zlepšit a on se vrátí domů. S touto nadějí může žít, i když je leckdy marná.

Důležitý je i mechanismus rozhodování o hospitalizaci: činí jej lékař a důvodem k takovému rozhodnutí je zhoršení zdravotního stavu. Nemocný starý člověk není kompetentní, aby rozhodoval o tom, zda půjde do nemocnice, nebo nikoli. Ale cítí se být oprávněn rozhodovat o tom, zda bude žít ve svém bytě, nebo v domově důchodců. Nechce být manipulován ani za takových okolností, kdy už přestává být soběstačný a rozhovor na toto téma většinou odmítá.

4.7 Význam víry ve stáří

U starých lidí vzrůstá religiozita v závislosti na omezení různých kompetencí, jako reakce na různé ztráty a zátěže, ale i v souvislosti s anticipací vlastní smrti. Pro staré lidi je důležitá nejen jejich víra, tj. duchovní hodnoty, které jsou trvalé a přesahují aktuální život, ale i církevní společenství, k němuž patří. „Návštěva bohoslužeb, biblické hodiny a event. i jiné aktivity v rámci církevního společenství nabízejí známé a srozumitelné intelektuální podněty a poskytují starému člověku smysluplnou náplň jeho života. Církevní společenství je významnou součástí sociální identity. Dává starému člověku určitou sociální roli, kterou stáří neznehodnocuje. Spirituální sounáležitost s ostatními farníky má trochu jiný charakter než běžný kontakt, tento vztah je užší a privilegovanější. „Bratři a sestry“ jsou bližšími právě sdílením této zkušenosti.“ [13, str.507]

Víra může u starých lidí přispět k vyrovnanému postoji k vlastnímu stáří a s ním spojených problémů. V stáří, kdy se ztrácejí mnohé životní hodnoty, je důležitá jistota Boží existence, jistota zakotvení, které není vázáno jen na dobu tělesného života.

4.8 Terminální stadium života

K životu neodlučitelně patří kratší nebo delší konečné – terminální stádium. Většinou je chápáno negativně – spíše jako část smrti než jako funkční část životní dráhy. Téma umírání je většinou tabuizováno. Spousta lidí se hovorů o umírání vyhýbá a v rozhovoru s umírajícími uniká do lživého ujišťování, že „mají před sebou ještě mnoho let“, i když tomu nevěří ani oni sami, ani utěšování.

Tím, že lidé popírají fakt umírání druhého člověka, popírají vlastně také jistotu, že oni sami se jednou ocitnou ve stejné situaci. Je ale pravda, že někteří umírající se chytají každé falešné naděje, která je jim druhými poskytována, nebo že si sami podobné naděje ve své fantazii vytvářejí. Ale většina starých lidí si je vědoma svého stavu, je smířena s výhledem na smrt a touží po otevřeném a pravdivém dialogu, kterého se jim však zpravidla nedostane.

Naše vlastní neschopnost mluvit s umírajícím člověkem o jeho perspektivě posiluje názor, že terminální stádium nemá žádnou hodnotu, ba že žádnou hodnotu nemá ani umírající člověk sám. Takové tabuizování umírání nebylo ale vždy a všude a je spíše následkem nadměrného zaměření rozvinuté průmyslové společnosti na výkon. „Rození i umírání bylo v minulosti chápáno jako přirozená součást životního běhu – existovalo uprostřed společného života lidí, jako stál kostel s hřbitovem uprostřed obce. Děti se seznamovaly přímo s rozením i s umíráním, které jsou dnes vytlačeny většinou do neosobního ústavního prostředí mimo okruh rodiny“. [9, str.215]

Vytlačení každého pomyslení na umírání a smrt z mysli ale neodstraní jejich realitu. Místo toho oplošťuje plné prožívání celého života, ke kterému patří první i poslední chvílky.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PRŮZKUMNÁ ČÁST

5.1 Cíl a úlohy průzkumu

Před začátkem svého průzkumu jsem si stanovila následující cíle.

Klimakterium

- Cíl: 1) Zjistit, jaká je informovanost žen o potížích souvisejících s klimakterium.
- 2) Zjistit, nakolik klimakterické potíže ovlivňují kvalitu života ženy.
- 3) Zjistit, zda ženy chodí na pravidelné gynekologické prohlídky a zda v období klimakterických potíží vyhledají lékaře.
- 4) Zjistit, zda si ženy pravidelně provádějí samovyšetření prsů.

Předpoklad:

Ad 1) Předpokládám, že ženy jsou informované o klimakterických potížích a navštíví lékaře.

Předpokládám, že ženy mají informace o hormonální substituční terapii a této léčbě využívají.

Ad 2) Domnívám se, že ženy v období klimakteria pociťují dyskomfort v důsledku klimakterických obtíží.

Předpokládám, že ženy mají v období klimakteria menší zájem o intimní život s partnerem.

Ad 3) Domnívám se, že ženy navštíví lékaře co nejdříve po vzniku klimakterických obtíží.

Předpokládám, že většina žen pravidelně navštěvuje svého gynekologa.

Ad 4) Domnívám se, že většina žen si pravidelně provádí samovyšetření prsů.

Senium

- Cíl: 1) Zjistit, zda ženy nastoupily do domova důchodců dobrovolně.
- 2) Zjistit, zda-li se ženy účastní společenských akcí konaných v domově důchodců a zda si zde našly přátele.
- 3) Zjistit, zda zdravotní stav žen ovlivňuje jejich kvalitu života.
- 4) Zjistit, zda rodina chodí pravidelně navštěvovat ženu umístěnou v domově důchodců a jak často.
- 5) Zjistit, zda staré ženy prožívají více stresu a čím je stres nejvíce vyvoláván.

Předpoklad:

Ad 1) Předpokládám, že většina žen nastoupila do domova důchodců nedobrovolně, pod nátlakem rodiny.

Domnívám se, že ženy nástupem do domova důchodců ztratily své soukromí.

Ad 2) Předpokládám, že se ženy účastní společenských akcí konaných v domově důchodců.

Předpokládám, že ženy si zde našly přátele, se kterými tráví volný čas.

Ad 3) Domnívám se, že zdravotní stav ženu výrazně ovlivňuje při vykonávání své oblíbené činnosti.

Předpokládám, že staré ženy již častěji zapomínají.

Ad 4) Předpokládám, že rodina navštěvuje starou ženu v domově důchodců pravidelně, minimálně 1x týdně.

Ad 5) Domnívám se, že staré ženy prožívají více stresu, který je vyvolán zejména změnou zdravotního stavu a odloučením od rodiny.

Ze stanovených cílů průzkumu vycházejí následující úlohy:

- výběr průzkumného vzorku respondentů
- sestavit dotazník přiměřený věku respondentů
- realizovat dotazník na vybraném průzkumném vzorku respondentů
- rozbor a vyhodnocení vyplněných dotazníků
- zhodnocení, interpretace průzkumu

5.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Na realizaci průzkumu se podílelo celkem 128 respondentek. Z toho 66 žen v období senia a 62 žen v období klimakteria. Průzkum jsem realizovala v měsíci únor a březen 2007.

Pro průzkum kvality života ženy v klimakteriu byly vybrány ženy z těchto ambulancí:

Gynekologická ambulance MUDr. Sylva Masná, Zlín

Gynekologická ambulance MUDr. Jiřina Lánská, Zlín

Další respondenty byly matky od spolužaček.

Pro průzkum kvality života ženy v seniu byly vybrány ženy z těchto zařízení:

Domov pro seniory Burešov, Zlín

Domov pro seniory U Kašny, Kroměříž

Domov pro seniory Vážany, Kroměříž

Z hlediska *věku* bylo zaznamenáno z celkového počtu respondentek v období klimakteria:

- 7 respondentek ve věku 40 – 45 let, tj. 11,29%
- 20 respondentek ve věku 46 – 50 let, tj. 32,26%
- 23 respondentek ve věku 51 – 55 let, tj. 37,10%
- 12 respondentek ve věku 56 a více let, tj. 19,35%

Z hlediska věku bylo zaznamenáno z celkového počtu respondentek v období senia:

- 2 respondentek ve věku 60 – 70 let, tj. 3,03%
- 22 respondentek ve věku 71 – 80 let, tj. 33,33%
- 35 respondentek ve věku 81 – 90 let, tj. 53,03%
- 7 respondentek ve věku 91 a více let, tj. 10,61%

Z hlediska délky pobytu v domově pro seniory bylo zaznamenáno z celkového počtu respondentek v období senia:

- 8 respondentek žijících v domově pro seniory méně než jeden rok, tj. 12,12%
- 14 respondentek žijících v domově pro seniory 1 – 2 roky, tj. 21,21%
- 28 respondentek žijících v domově pro seniory 3 – 5 let, tj. 42,42%
- 9 respondentek žijících v domově pro seniory 6 – 8 let, tj. 13,64%
- 7 respondentek žijících v domově pro seniory 9 a více let, tj. 10,61%

5.3 Metody průzkumu

Pro získání informací o kvalitě života ženy v období klimakteriu a seniu byl použitý *anonymní dotazník* složený z uzavřených a otevřených otázek, u kterých respondentky zatrhovaly jim vyhovující odpovědi, případně s možností doplnění vlastní odpovědi. Dotazníky obsahují celkem 20 otázek, které jsou rozebrány a zhodnoceny v následující části práce. Pro zjednodušení a přehlednost jsou výsledky zpracovány do tabulek. Jednotlivé číselné údaje jsou uvedeny v numerickém a procentuálním vyjádření.

Výhodou dotazníku je anonymita, získání většího množství informací, které se dobře vyhodnocují. Nevýhodou je skutečnost, že odpovědi mohou být zkreslené, ať již záměrně či z důvodu nepochopení otázky. Proto je důležitá formulace otázek tak, aby pokud možno nepřipouštěly dvojí výklad. Další nevýhodou je skutečnost, že nemáme možnost sledovat neverbální komunikaci dotazovaných a že ženy nemusí odpovědět na všechny otázky. Předvýzkum jsem neprováděla.

5.4 Vyhodnocení průzkumu

Po ukončení sběru dotazníků se dostávám k hodnocení svého průzkumu.

Dotazník pro ženy v období klimakteria

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tab. 1. Vyhodnocení údajů otázky č. 1.

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
40 – 45	7	11,29%
46 – 50	20	32,26%
51 – 55	23	37,10%
56 a více let	12	19,35%
CELKEM	62	100,00%

V mém průzkumu je 11,29% respondentek ve věku 40 – 45 let, 32,26% žen ve věku 46 – 50 let, 37,10% žen ve věku 51 – 55 let a 19,35% žen ve věku 56 a více let.

Otázka č. 2: Kolik máte dětí?

Tab. 2. Vyhodnocení údajů otázky č. 2.

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Žádné	3	4,84%
1 dítě	9	14,52%
2-3 děti	46	74,19%
4 a více dětí	4	6,45%
CELKEM	62	100,00%

V tabulce 2 vidíme, že 4,84% respondentek je bezdětných, 14,52% dotazovaných žen mají jedno dítě, 74,19% žen mají dvě nebo tři děti a 6,45% respondentek mají čtyři a více dětí.

Otázka č. 3: Jaký je Váš rodinný stav?*Tab. 3. Vyhodnocení údajů otázky č. 3.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Svobodná	2	3,23%
Vdaná	43	69,35%
Rozvedená	15	24,19%
Vdova	2	3,23%
CELKEM	62	100,00%

V uvedené tabulce vidíme, že 3,23% dotazovaných žen je svobodných, 69,35% respondentek je vdaných, 24,19% žen je rozvedených a 3,23% žen jsou vdovy.

Otázka č. 4: Jste zaměstnaná?*Tab. 4. Vyhodnocení údajů otázky č. 4.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	53	85,48%
Ne	9	14,52%
CELKEM	62	100,00%

Z uvedené tabulky vyplývá, že 85,48% dotazovaných žen v období klimakteria je zaměstnaných a jen 14,52% žen je nezaměstnaných.

Otázka č. 5: Chodíte na preventivní gynekologické prohlídky?*Tab. 5. Vyhodnocení údajů otázky č. 5.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano, jednou ročně	43	69,35%
Častěji než jedenkrát za rok	10	16,13%
Nepřavidelně (méně než jedenkrát za rok)	9	14,52%
Nechodím	0	0,00%
CELKEM	62	100,00%

Potěšilo mě, že převážná většina dotazovaných žen pravidelně navštěvuje svého gynekologa a že žádná z respondentek neuvedla, že nechodí na preventivní gynekologické prohlídky. Můj předpoklad, že většina žen pravidelně navštěvuje svého gynekologa se potvrdil.

Otázka č. 6: Od koho jste poprvé získala informace o potížích souvisejících s klimakteriem?*Tab. 1. Vyhodnocení údajů otázky č. 1.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Lékař	29	46,77%
Sestra v gynekologické ambulanci	0	0,00%
Kamarádka	4	6,45%
Rodinný příslušník	5	8,07%
Literatura, časopis	24	38,71%
CELKEM	62	100,00%

Z uvedené tabulky vidíme, že ženy jsou nejčastěji informovány o klimakterických obtížích lékařem (46,77% žen), odbornou literaturou a časopisem (38,71%), dále pak získaly informace o klimakteriu od kamarádky (6,45%) a od rodinného příslušníka (8,07%). Můj předpoklad o informovanosti žen se potvrdil.

Otázka č. 7: Po jaké době, od vzniku obtíží, jste navštívila svého gynekologa?*Tab. 7. Vyhodnocení údajů otázky č. 7.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ihned	38	61,29%
Do šesti měsíců	16	25,81%
Od 7. měsíce do 1 roku	7	11,29%
Později	1	1,61%
CELKEM	62	100,00%

Na tuto otázku odpovědělo 61,29% respondentek, že navštívily svého gynekologa ihned po vzniku klimakterických obtíží. Do šesti měsíců navštívilo svého gynekologa 25,81% žen a do jednoho roku 11,29% respondentek. Odpověď později uvedla 1 dotazovaná žena, tj. 1,61%. Můj předpoklad, že ženy navštíví svého lékaře co nejdříve po vzniku klimakterických obtíží se částečně potvrdil.

Otázka č. 8: Považujete Vám podané informace od lékaře za dostatečné?*Tab. 8. Vyhodnocení údajů otázky č. 8.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Nedostačující	0	0,00%
Minimální	1	1,61%
Částečné	2	3,23%
Uspokojivé	7	11,29%
Dostačující	14	22,58%
Plně dostačující	38	61,29%
CELKEM	62	100,00%

Zde měly ženy možnost uvést nakolik dostačující jim připadají informace poskytnuté lékařem. Z uvedené tabulky vidíme, že jen 61,29% respondentek považuje informace od lékaře za plně dostačující.

Otázka č. 9: Podal Vám váš lékař informace o možnosti léčby klimakterických obtíží pomocí hormonální substituční terapie?*Tab. 9. Vyhodnocení údajů otázky č. 9.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	56	90,32%
Ne	6	9,68%
CELKEM	62	100,00%

Z výsledků průzkumu vyplývá, že 90,32% respondentek je informovaných o hormonální substituční terapii a jen 9,68% dotazovaných žen nemá o této léčbě informace. Můj předpoklad o informovanosti žen o této terapii se potvrdil.

Otázka č. 10: Využíváte hormonální substituční léčbu?*Tab. 10. Vyhodnocení údajů otázky č. 10.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	26	46,43%
Ne	30	53,57%
CELKEM	56	100,00%

Na tuto otázku mi odpovídaly ženy, které v předchozí otázce uvedly, že jsou informované o hormonální substituční terapii. Je překvapující, že 53,57% dotazovaných žen neužívá hormonální substituční terapii i přesto, že mají klimakterické obtíže. Tímto se můj předpoklad nepotvrdil.

Otázka č. 11: Nakolik se zlepšil Váš zdravotní stav při užívání hormonální substituční léčby?

Tab. 11. Vyhodnocení údajů otázky č. 11.

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Vůbec se nezměnil	0	0,00%
Nepatrně	1	3,84%
Lehké zlepšení	0	0,00%
Znatelně	12	46,15%
Velice	9	34,62%
Nemám již obtíže	4	15,39%
CELKEM	26	100,00%

Zde měli respondenty možnost uvést nakolik se zlepšil jejich zdravotní stav při užívání hormonální substituční léčby. Jejich odpovědi byli spíše pozitivní, 12 žen uvedlo znatelné zlepšení zdravotního stavu, 9 žen uvádí, že se jim velice zlepšil zdravotní stav a 4 respondenty uvádí, že již nemají klimakterické obtíže.

Otázka č. 12: Pokud neužíváte hormonální substituční léčbu, uveďte důvod proč?

Tab. 12. Vyhodnocení údajů otázky č. 12.

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Nepovažuji ji za důležitou	26	86,67%
Ze zdravotních důvodů nemůžu	3	10,00%
V průběhu léčby vznikly komplikace	1	3,33%
CELKEM	30	100,00%

Na tuto otázku odpovídaly ženy, které v otázce č. 10 uvedly, že neužívají hormonální substituční terapii. Odpovědi na tuto otázku mě velice překvapily, 86,67% žen uvádí, že nepovažují užívání hormonální substituční terapie za důležité.

Otázka č. 13: Máte (měla jste) klimakterické obtíže? Pokud ano, znázorníte jak často Vás obtěžují:

a) Návaly horka:

Tab. 13. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 a)

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	43	69,35%
Ne	19	30,65%
CELKEM	62	100,00%

Z uvedené tabulky vyplývá, že 69,35% respondentek pociťuje návaly horka, 30,65% žen tyto potíže nemá.

Tab. 14. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 a)

K ODPOVĚDI ANO	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Výjimečně	7	16,28%
Občas	21	48,84%
Často	10	23,26%
Velmi často	4	9,30%
Obtíže trvají téměř neustále	1	2,32%
CELKEM	43	100,00%

Tato tabulka se vztahuje k předchozí tabulce, k odpovědi ano. Zajímalo mě jak často ženy pociťují návaly horka. Odpovědi byly různé. Návaly horka pociťuje výjimečně 16,28% respondentek, občas 48,84% dotazovaných žen, často 23,26% žen, odpověď velmi často uvedlo 9,30% žen a jen jedna respondentka, tj. 2,32%, uvedla, že ji návaly horka obtěžují téměř neustále.

b) Noční pocení:*Tab. 15. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 b)*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	42	67,74%
Ne	20	32,26%
CELKEM	62	100,00%

V následující tabulce vidíme, že 67,74% dotazovaných žen obtěžuje noční pocení a 32,26% žen tyto obtíže nepociťují.

Tab. 16. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 b)

K ODPOVĚDI ANO	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Výjimečně	12	28,57%
Občas	16	38,10%
Často	11	26,19%
Velmi často	2	4,76%
Obtíže trvají téměř neustále	1	2,38%
CELKEM	42	100,00%

Tato tabulka se vztahuje k předchozí tabulce, k odpovědi ano. 28,57% dotazovaných žen obtěžuje noční pocení výjimečně, 38,10% žen občas, 26,19% respondentek mají obtíže často, 4,76% žen velmi často a jedna žena, tj. 2,38%, uvedla, že se v noci potí téměř neustále.

c) Poruchy spánku:

Tab. 17. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 c)

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	35	56,45%
Ne	27	43,55%
CELKEM	62	100,00%

Na tuto otázku odpovědělo 56,45% respondentek, že mají poruchy spánku a 43,55% žen uvedlo, že tuto poruchu nemá.

Tab. 18. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 c)

K ODPOVĚDI ANO	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Výjimečně	4	11,43%
Občas	14	40,00%
Často	13	37,14%
Velmi často	3	8,57%
Obtíže trvají téměř neustále	1	2,86%
CELKEM	35	100,00%

Tato tabulka se vztahuje k předchozí tabulce, k odpovědi ano. Zde ženy uváděly častost výskytu poruch spánku. Poruchy spánku pociťuje 11,43% respondentek výjimečně, 40,00% žen občas, 37,14 % dotazovaných žen často, 8,57% žen velmi často a jedna žena, tj. 2,86%, uvedla, že má narušený spánek téměř pořád.

d) Depresivní nálady:*Tab. 19. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 d)*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	38	61,29%
Ne	24	38,71%
CELKEM	62	100,00%

Z uvedené tabulky vyplývá, že 61,29% dotazovaných žen má depresivní nálady, 38,71% žen v dotazníku uvedlo, že depresivní nálady nemá.

Tab. 20. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 d)

K ODPOVĚDI ANO	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Výjimečně	6	15,79%
Občas	16	42,11%
Často	7	18,42%
Velmi často	8	21,05%
Obtíže trvají téměř neustále	1	2,63%
CELKEM	38	100,00%

Tato tabulka se vztahuje k předchozí tabulce, k odpovědi ano. 15,79% respondentek v dotazníku odpovědělo, že mají depresivní nálady jen výjimečně, 42,11% žen uvedlo, že tyto obtíže pociťuje občas, 18,42% žen často, 21,05% žen velmi často a jedna dotazovaná žena, tj. 2,63%, uvedla, že má depresivní nálady neustále.

e) Bolesti hlavy:

Tab. 21. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 e)

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	37	59,68%
Ne	25	40,32%
CELKEM	62	100,00%

V uvedené tabulce vidíme, že 59,68% respondentek má bolesti hlavy a 40,32% žen bolesti hlavy nepocítuje.

Tab. 22. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 e)

K ODPOVĚDI ANO	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Výjimečně	8	21,62%
Občas	18	48,65%
Často	7	18,92%
Velmi často	4	10,81%
Obtíže trvají téměř neustále	0	0,00%
CELKEM	37	100,00%

Tato tabulka se vztahuje k předchozí tabulce, k odpovědi ano. 21,62% respondentek pocítuje bolesti hlavy jen výjimečně, 48,65% žen má bolesti hlavy občas, 18,92% žen pocítují bolesti hlavy často a 10,81% dotazovaných žen udávají bolesti hlavy velmi často.

f) Závratě:

Tab. 23. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 f)

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	16	25,81%
Ne	46	74,19%
CELKEM	62	100,00%

Na otázku, zda ženy pociťují závratě, odpovědělo 25,81% dotazovaných žen ano a 74,19% žen ne.

Tab. 24. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 f)

K ODPOVĚDI ANO	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Výjimečně	5	31,25%
Občas	9	56,25%
Často	1	6,25%
Velmi často	0	0,00%
Obtíže trvají téměř neustále	1	6,25%
CELKEM	16	100,00%

Tato tabulka se vztahuje k předchozí tabulce, k odpovědi ano. V uvedené tabulce vidíme, že 31,25% respondentek mají závratě výjimečně, 56,25% žen občas, 1 žena, tj. 6,25%, pociťuje závratě často a jedna žena, tj. 6,25%, pociťuje závratě téměř neustále.

g) Bolesti kloubů:

Tab. 25. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 g)

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	24	38,71%
Ne	38	61,29%
CELKEM	62	100,00%

V uvedené tabulce 38,71% dotazovaných žen uvádí bolestivost kloubů a 61,29% žen uvádí, že bolesti kloubů nemají.

Tab. 26. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 g)

K ODPOVĚDI ANO	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Výjimečně	3	12,50%
Občas	6	25,00%
Často	10	41,66%
Velmi často	4	16,67%
Obtíže trvají téměř neustále	1	4,17%
CELKEM	24	100,00%

Tato tabulka se vztahuje k předchozí tabulce, k odpovědi ano. Zde ženy uváděly častost výskytu bolestí kloubů. 12,50% respondentek uvádí, že pociťují bolesti kloubů výjimečně, 25,00% žen pociťují bolesti kloubů občas, 41,66% žen často, 16,67% dotazovaných žen udává bolestivost kloubů velmi často a jedna respondentka, tj. 4,17%, v dotazníku uvedla,

h) Bušení srdce:*Tab. 27. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 h)*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	23	37,10%
Ne	39	62,90%
CELKEM	62	100,00%

V uvedené tabulce vidíme, že 37,10% respondentek pociťuje bušení srdce a 62,90% že bušení srdce nemá.

Tab. 28. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 h)

K ODPOVĚDI ANO	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Výjimečně	6	26,09%
Občas	11	47,82%
Často	5	21,74%
Velmi často	1	4,35%
Obtíže trvají téměř neustále	0	0,00%
CELKEM	23	100,00%

Tato tabulka se vztahuje k předchozí tabulce, k odpovědi ano. Touto otázkou jsem chtěla zjistit jak často ženy pociťují bušení srdce. 26,09% dotazovaných žen uvedlo, že pociťují bušení srdce výjimečně, 47,82% žen má bušení srdce občas, 21,74% žen cítí bušení srdce často a 4,35% žen velmi často.

i) Neschopnost soustředění:

Tab. 29. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 i)

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	28	45,16%
Ne	34	54,84%
CELKEM	62	100,00%

Z uvedené tabulky vyplývá, že 45,16% respondentek pociťují neschopnost soustředění a 54,84% žen tento pocit nemá.

Tab. 30. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 i)

K ODPOVĚDI ANO	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Výjimečně	8	28,57%
Občas	12	42,86%
Často	7	25,00%
Velmi často	1	3,57%
Obtíže trvají téměř neustále	0	0,00%
CELKEM	28	100,00%

Tato tabulka se vztahuje k předchozí tabulce, k odpovědi ano. Na otázku zda ženy pociťují neschopnost soustředění, odpovědělo 29,57% respondentek, že mají tento pocit výjimečně, 42,86% žen pociťují neschopnost soustředění občas, 25,00% žen jsou často nesoustředěné a jedna žena, tj. 3,57%, uvádí, že velmi často není schopná soustředit se.

Otázka č. 14: Jak rodina reaguje na Vaše prožívání klimakteria?*Tab. 31. Vyhodnocení údajů otázky č. 14.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Podporují mě	29	46,77%
Respektují mé změny (potíže), ale nepomáhají mi	31	50,00%
Špatně snášejí mé projevy při potížích	2	3,23%
Vyhýbají se mi	0	0,00%
CELKEM	62	100,00%

Na tuto otázku odpovědělo 46,77% respondentek, že je rodina podporuje při klimakterických obtížích, 50,00% žen odpovědělo, že rodina respektuje jejich potíže, ale nepomáhají ji a 3,23% žen odpovědělo, že rodina špatně snáší jejich projevy při klimakterických obtížích.

Otázka č. 15: Jste spokojená v rodinném životě?*Tab. 32. Vyhodnocení údajů otázky č. 15.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	59	95,16%
Ne	3	4,84%
CELKEM	62	100,00%

Na otázku zda je respondentka spokojená v rodinném životě, odpovědělo 95,16% dotazovaných žen ano a 4,84% žen, že není spokojeno v rodinném životě.

Otázka č. 16: Máte zájem o intimní život?*Tab. 33. Vyhodnocení údajů otázky č. 16.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	60	96,77%
Ne	2	3,23%
CELKEM	62	100,00%

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda ženy v období klimakteria mají stále zájem o intimní život, odpovědi mě příjemně překvapily. 96,77% respondentek odpovědělo, že mají zájem o intimní život a jen 3,23% žen odpovědělo, že zájem o intimní život nemají.

Otázka č. 17: Máte pravidelný pohlavní styk?*Tab. 34. Vyhodnocení údajů otázky č. 17.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano, každý den	0	0,00%
Několikrát za týden	10	16,13%
Několikrát za měsíc	38	61,29%
Méně než jednou měsíčně	8	12,90%
Nemám	6	9,68%
CELKEM	62	100,00%

Tato otázka volně navazuje na otázku předchozí, ve které ženy odpovídali, že mají zájem o intimní život. Z následující tabulky vyplývá, že 16,13% žen má pohlavní styk několikrát za týden, většina respondentek, tj. 61,29%, má pohlavní styk několikrát za měsíc, 12,90% dotazovaných žen má pohlavní styk méně než jednou měsíčně a 9,68% žen pohlavní styk nemá.

Otázka č. 18: Pociťujete bolesti při pohlavním styku?*Tab. 35. Vyhodnocení údajů otázky č. 18.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	12	19,35%
Ne	50	80,65%
CELKEM	62	100,00%

Z výsledků průzkumu vyplývá, že převážná většina dotazovaných žen, tj. 80,65%, nepociťuje při pohlavním styku bolesti.

Otázka č. 19: Provádíte si samovyšetření prsů?*Tab. 36. Vyhodnocení údajů otázky č. 19.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano, pravidelně	13	20,97%
Nepravidelně	47	75,81%
Ne	2	3,22%
CELKEM	62	100,00%

V této tabulce vidíme, že jen 20,97% dotazovaných žen si pravidelně provádí samovyšetření prsů, 75,81% žen si provádí vyšetření prsů nepravidelně a 3,22% žen si samovyšetření prsů neprovádí vůbec.

Otázka č. 20: Navštívila jste někdy mamografické vyšetření prsů?*Tab. 37. Vyhodnocení údajů otázky č. 20.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	55	88,71%
Ne	7	11,29%
CELKEM	62	100,00%

Z uvedené tabulky vyplývá, že 88,71% respondentek již bylo na mamografickém vyšetření prsů a 11,29% dotazovaných žen toto vyšetření doposud nepodstoupilo.

Dotazník pro ženy v období senia**Otázka č. 1: Kolik je vám let?***Tab. 38. Vyhodnocení údajů otázky č. 1.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
60 – 70 let	2	3,03%
71 – 80 let	22	33,33%
81 – 90 let	35	53,03%
91 a více let	7	10,61%
CELKEM	66	100,00%

V mém výzkumu je 3,03% respondentek ve věku 60 – 70 let, 33,33% žen ve věku 71 – 80 let, 53,03% žen ve věku 81 – 90 let a 10,61% žen ve věku 91 a více let.

Otázka č. 2: Jak dlouho již žijete v domově důchodců?*Tab. 39. Vyhodnocení údajů otázky č. 2.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Méně než 1 rok	8	12,12%
1 – 2 roky	14	21,21%
3 – 5 let	28	42,42%
6 – 8 let	9	13,64%
9 a více let	7	10,61%
CELKEM	66	100,00%

Z uvedené tabulky vyplývá, že většina z dotazovaných žen žije v domově pro seniory méně než 5 let. Jen 13,64% respondentek žije v domově pro seniory 6 – 8 let a 10,61% dotazovaných žen zde žije 9 a více let.

Otázka č. 3: Chtěla byste raději bydlet se svou rodinou?*Tab. 40. Vyhodnocení údajů otázky č. 3.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	29	46,03%
Ne	34	53,97%
CELKEM	63	100,00%

Tyto odpovědi mě překvapily, 53,97% dotazovaných žen uvádí, že by nechtěli bydlet se svou rodinou a jen 46,03% respondentek by raději žilo se svou rodinou. 4 ženy z celkového počtu respondentek v dotazníku uvedly, že již nemají rodinu.

Otázka č. 4: Nastoupila jste do domova důchodců dobrovolně?*Tab. 41. Vyhodnocení údajů otázky č. 4.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Zcela dobrovolně	45	69,23%
Dobrovolně	2	3,08%
Částečně dobrovolně	11	16,92%
Spíše nedobrovolně	2	3,08%
Zcela nedobrovolně	5	7,69%
CELKEM	65	100,00%

V tabulce 4 vidíme dobrovolnost nastoupení žen do domova pro seniory. Převážná většina žen (69,23%) nastoupila do domova pro seniory zcela dobrovolně. Jedna žena v dotazníku uvedla, že byla k nastoupení do tohoto zařízení donucena lékařem, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, který se jí zhoršil.

Otázka č. 5: Jste spokojená s péčí ošetřovatelek?*Tab. 42. Vyhodnocení údajů otázky č. 5.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Velice nespokojená	2	3,03%
Nespokojená	3	4,54%
Částečně spokojená	11	16,67%
Spokojená	12	18,18%
Plně spokojená	38	57,58%
CELKEM	66	100,00%

Podle výsledků výzkumu 57,58% dotazovaných žen uvedlo, že je plně spokojeno s péčí ošetřovatelek, 18,18% žen je také spokojených s péčí ošetřovatelek, 16,67% respondentek je částečně spokojených s péčí ošetřovatelek

Otázka č. 6: Máte zde dostatek soukromí?*Tab. 43. Vyhodnocení údajů otázky č. 6.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	49	74,24%
Ne	17	25,76%
CELKEM	66	100,00%

Na tuto otázku mi 74,24% dotazovaných žen odpovědělo, že zde pociťují dostatek soukromí. Tímto se mi nepotvrdil můj předpoklad, že ženy nástupem do domova pro seniory ztrácejí své soukromí.

Otázka č. 7: Máte zde kamarádky/ kamarády?*Tab. 44. Vyhodnocení údajů otázky č. 7.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	51	77,27%
Ne	15	22,73%
CELKEM	66	100,00%

77,27% respondentek mi odpovědělo, že si zde našly svou kamarádku, ale také 22,73% žen si zde doposud nenašly své přátele. Příčinou může být krátký pobyt žen v domově pro seniory nebo omezení styků s vrstevníky z důvodu vlastního onemocnění.

Otázka č. 8: Účastníte se společenských akcí, které se konají v domově důchodců?*Tab. 45. Vyhodnocení údajů otázky č. 8.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	46	69,70%
Někdy	16	24,24%
Ne	4	6,06%
CELKEM	66	100,00%

Z uvedené tabulky vidíme, že ženy mají zájem o společenské akce a účastní se jich. 4 dotazované ženy, které odpověděly, že se neúčastní společenských akcí mají zdravotní problémy, které jim to neumožňují.

Otázka č. 9: Chodíte na procházky?*Tab. 46. Vyhodnocení údajů otázky č. 9.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	31	46,97%
Někdy	18	27,27%
Ne	17	25,76%
CELKEM	66	100,00%

Na otázku, zda ženy chodí na procházky, mi odpovědělo 46,97% dotazovaných žen ano, 27,27% respondentek chodí na procházku jen někdy a 25,76% žen uvedlo, že na procházky nechodí, ženy jsou zde opět ovlivněné svým zdravotním stavem.

Otázka č. 10: Zajdete si sama i nakoupit?*Tab. 47. Vyhodnocení údajů otázky č. 10.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	23	34,85%
Někdy	8	12,12%
Ne	35	53,03%
CELKEM	66	100,00%

Z uvedené tabulky vyplývá, že 34,85% dotazovaných žen chodí nakupovat do obchodu, 12,12% žen nakupuje jen někdy a 53,03% respondentek nechodí nakupovat vůbec.

Otázka č. 11: Čím vyplňujete volný čas?*Tab. 48. Vyhodnocení údajů otázky č. 11.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Četba	43	65,15%
Televize	48	72,73%
Ruční práce	15	22,73%
Procházky	32	48,49%
Rozhovor se známou	37	56,06%
Rodina	41	62,12%
Jiným způsobem	15	22,73%
CELKEM	66	

Ženy u této otázky měli možnost označit více odpovědí. Z výsledků průzkumu je zřejmé, že převážná většina žen, tj. 72,73%, vyplňuje volný čas sledováním televize. Odpověď jiným způsobem označilo 15 respondentek, tj. 22,73%, které zde uvedly, že vyplňují volný čas luštěním křížovek, poslechem rádia, poslechem hudby, spánkem, hraním karet, společenskými hry apod.

Otázka č. 12: Omezují Vás vaše zdravotní problémy?

a) V kontaktu s ostatními lidmi:

Tab. 49. Vyhodnocení údajů otázky č. 12 a)

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	27	42,19%
Ne	37	57,81%
CELKEM	64	100,00%

V uvedené tabulce vidíme, že 42,19% respondentek je v důsledku změněného zdravotního stavu omezeno v kontaktu s ostatními lidmi, domnívám se, že to může vést u ženy ke stresu a k pocitu samoty.

b) V zájmové činnosti:

Tab. 50. Vyhodnocení údajů otázky č. 12 b)

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	32	50,79%
Ne	31	49,21%
CELKEM	63	100,00%

Omezení v zájmové činnosti v důsledku změněného zdravotního stavu uvádí 50,79% respondentek, 49,21% dotazovaných žen toto omezení nemá.

c) V něčem jiném: tuto odpověď uvedlo 6 žen, tj. 9,09% dotázaných. Zde respondentky uvedly: četbu, šití, televizi, omezení v rychlé chůzi. A jedna klientka mi v dotazníku uvedla, že nemůže chodit kam by chtěla.

Otázka č. 13: Máte potíže se spánkem?

Tab. 51. Vyhodnocení údajů otázky č. 13.

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	23	34,85%
Občas	14	21,21%
Ne	29	43,94%
CELKEM	66	100,00%

Na tuto otázku mi 34,85% respondentek odpovědělo, že mají potíže se spánkem, 21,21% žen tyto potíže pociťuje občas a 43,94% žen potíže se spánkem neudávají.

Otázka č. 14: Máte potíže se sluchem?*Tab. 52. Vyhodnocení údajů otázky č. 14.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	28	42,42%
Ne	38	57,58%
CELKEM	66	100,00%

Z uvedené tabulky vyplývá, že 42,42% respondentek má potíže se sluchem a 57,58% žen potíže se sluchem nemá.

Otázka č. 15: Máte pocit, že častěji zapomínáte?*Tab. 53. Vyhodnocení údajů otázky č. 15.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	47	71,21%
Ne	19	28,79%
CELKEM	66	100,00%

Předpokládala jsem, že staré ženy již více zapomínají, tímto se mi má hypotéza potvrdila. 71,21% respondentek udává častější zapomínání.

Otázka č. 16: Chodí Vás navštěvovat vaše rodina?*Tab. 54. Vyhodnocení údajů otázky č. 16.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	61	92,42%
Ne	1	1,52%
Nemám rodinu	4	6,06%
CELKEM	66	100,00%

V uvedené tabulce vidíme, že 92,42% dotazovaných žen chodí navštěvovat jejich rodina, pouze jedna respondentka (1,52%) udává, že ji rodina nenavštěvuje a 4 ženy (6,06%) již rodinu nemají.

Otázka č. 17: Jak často Vás chodí navštěvovat vaše rodina?*Tab. 55. Vyhodnocení údajů otázky č. 17.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Denně	7	11,48%
Min. 1x týdně	38	62,29%
Min. 1x měsíčně	14	22,95%
Méně než jednou za měsíc	2	3,28%
CELKEM	61	100,00%

Tato otázka navazuje na otázku předchozí, zde respondenty uváděli jak často je navštěvuje jejich rodina. 11,48% dotazovaných žen navštěvuje jejich rodina denně, 62,29% žen navštěvuje rodina alespoň 1x týdně, 22,95% respondentek navštěvuje rodina min. 1x měsíčně, 3,28% žen navštěvuje jejich rodina méně než jednou za měsíc.

Otázka č. 18: Máte pocit, že toto období (stáří) Vám přináší více stresu?*Tab. 56. Vyhodnocení údajů otázky č. 18.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Ano	37	56,06%
Občas	18	27,27%
Ne	11	16,67%
CELKEM	66	100,00%

Z výsledků průzkumu vyplývá, že 56,06% dotazovaných žen pociťuje ve stáří více stresu, 27,27% žen občas pociťuje, že jim jejich věk přináší více stresu a 16,67% žen více stresu ve stáří nepociťuje.

Otázka č. 19: Čím je Váš stres nejčastěji vyvoláván?*Tab. 57. Vyhodnocení údajů otázky č. 19.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Nemoc	36	54,55%
Samota	6	9,09%
Odloučení od rodiny	16	24,24%
Umístění do domova důchodců	4	6,06%
Jiná příčina	11	16,67%
CELKEM	73	

Z uvedené tabulky vidíme, že nejvíce stresu ženám přináší jejich zdravotní stav a odloučení od rodiny. U této otázky měli ženy možnost doplnit i vlastní odpověď. Odpověď jiná příčina, která vyvolává stres u žen označilo 11 respondentek, které zde uvedly, že jim stres přinášejí vzpomínky, spolubydlící, špatné vztahy mezi obyvateli, různé situace, okolí, pokud delší dobu nepřijde rodina, mnoho obyvatel v domově pro seniory apod.

Otázka č. 20: Co byste chtěla změnit v domově důchodců, ve kterém žijete?*Tab. 58. Vyhodnocení údajů otázky č. 20.*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
Nic	22	33,33%
Personál	2	3,03%
Spolubydlící	9	13,64%
Cenu pobytu	35	53,03%
Něco jiného	8	12,12%
CELKEM	76	

Zde měli respondentky možnost uvést co by rády změnily v domově pro seniory. Zaujalo mě, že 53,03% dotazovaných žen odpovědělo cenu pobytu. Také zde ženy měly opět možnost doplnit vlastní odpověď. 12,12% respondentek v dotazníku uvedlo, že by chtěly v domově pro seniory změnit stravu, kuchařky, upravit zahradu, uvítaly by tolerantnost klientů a více empatie a také by zde chtěly mít svou kadeřnici.

5.5 Shrnutí výsledků průzkumu – KLIMAKTERIUM

V mém výzkumu je 32,26% respondentek je ve věku 46 – 50 let a 37,10% žen ve věku 51 – 55 let.

Z výsledků výzkumu jsem se dozvěděla, že 69,35% žen chodí pravidelně na gynekologické prohlídky a 61,29% žen navštívilo svého gynekologa ihned po vzniku klimakterických obtíží.

Dále jsem zjistila, že **90,32% respondentek je od lékaře informovaných o hormonální substituční terapii** jako možnost léčby klimakterických obtíží, ale **jen 46,43% žen tuto léčbu využívá** i přesto, že převážná většina dotazovaných žen má klimakterické potíže. Např. 69,35% žen uvedlo, že má návaly horka, 67,74% respondentek obtěžuje noční pocení, 61,29% dotazovaných žen pociťuje depresivní nálady a 59,68% žen mívá bolesti hlavy. **86,67% respondentek, které neužívají hormonální léčbu uvedly, že ji nepovažují za důležitou.**

Myslím si, že by se měla zvýšit edukace žen o hormonální substituční terapii a podpořit je v jejím užívání.

95,16% respondentek je spokojených v rodinném životě, 50,00% žen uvedlo, že rodina respektuje jejich klimakterické potíže a 46,77% žen uvádí, že je rodina během klimakterických obtíží podporuje.

Z výsledků průzkumu jsem se také dozvěděla, že 96,77% dotazovaných žen **má zájem o intimní život** a 80,65% žen nepociťuje při pohlavním styku bolesti.

Problémy u žen v klimakteriu, které vyplývají z dotazníkového šetření:

- Jen 61,29% dotazovaných žen považuje informace získané od lékaře za plně dostačující.
- 53,23% respondentek získalo informace o potížích souvisejících s klimakteriem z mediálních prostředků, od kamarádek a od rodiných příslušníků.
- 86,67% žen nepovažují užívání hormonální substituční léčby za důležité.

5.6 Shrnutí výsledků průzkumu – SENIUM

Z uvedeného průzkumu jsem zjistila, že **většina dotazovaných žen** je ve věku 81 – 90 let a 42,42% žije v domově pro seniory 3 – 5 let.

69,23% dotazovaných žen nastoupila do domova pro seniory **dobrovolně**, ženy jsou zde spokojené s péčí ošetřovatelek a také 74,24% žen udává, že zde mají dostatek soukromí. Jen 46,03% starých žen by chtělo raději bydlet se svou rodinou.

Domovy pro seniory pořádají společenské akce pro své obyvatele, těchto akcí se účastní 69,70% dotazovaných žen. **55,55% žen ale mají zdravotní problémy**, které je mohou jakkoliv omezovat. 50,79% respondentek uvádí, že vzhledem ke svému zdravotnímu stavu **nemohou vykonávat svou zájmovou činnost**. A také 42,19% žen uvádí, že je jejich zdravotní stav **omezuje v kontaktu s ostatními lidmi. Ženy proto mohou být izolovány od společnosti, což může vést ke stresu a pocitu samoty**. 53,03% žen také **nechodí nakupovat do obchodu**.

I ve stáří je důležitá aktivita, proto by ženám mělo být umožněno rehabilitační cvičení nebo zdravotní tělesná výchova, pro zlepšení zdravotního stavu a zvýšení fyzické výkonnosti.

Převážná většina dotazovaných žen uvádí, že jim jejich věk přináší více stresu, tento **stres je u 54,55% žen vyvolán nemocí a u 24,24% žen odloučením od rodiny**.

Problémy u žen v seniu, které vyplývají z dotazníkového šetření:

- 55,55% žen mají zdravotní problémy.
- 50,79% žen nemohou vykonávat svou zájmovou činnost.
- 42,19% žen je omezeno v kontaktu s ostatními lidmi.
- 53,03% žen nechodí nakupovat do obchodu.
- 83,33% žen prožívá ve stáří více stresu.

ZÁVĚR

Problematika klimakteria je živé a žhavé téma, je předmětem diskusí na poli veřejném i vědeckém. Přestože se jedná o téma tolik diskutované, některé ženy mají o klimakteriu velmi nejasné a mnohdy zkreslené informace. Dnes asi už všichni víme, jak důležité jsou pro náš život informace, jejich získávání a využití. V komunikaci mezi lékařem a klientkou jsou velké mezery a hlavním zdrojem informací u většiny žen jsou masové sdělovací prostředky (rozhlas, televize a tisk). V prosinci 1998 byla založena klimakterická telefonní linka jako pohotovostní zdroj informací pro veřejnost i pro lékaře všech oborů. Také bylo založeno v Praze v r. 2000 Centrum pro klimakterium, zde se mohou ženy objednat ke konzultacím a k vyšetření.

Spousta žen se dívá na potíže přechodu jako na nutné zlo, něco, co prostě patří k životu a je nutné to „přetrpět“. Ztotožňuji se s názorem, že vzdělávání je třeba organizovat ve dvou základních směrech – po odborné linii lékařů, středních zdravotnických pracovníků a farmaceutů a po laické linii pacientů. Také je třeba léčit klientku jako „celou ženu“, vzhledem k tomu, že řada pacientek vedle gynekologických problémů trpí diabetem, onemocněním štítné žlázy a úbytkem kostní hmoty. Žena by měla být informovaná o své léčbě a vedená ke spolupráci při léčení.

O stárnutí je možné říci, že má i mnoho pozitivních stránek. Být starší znamená, být chytřejší, moudřejší a zkušenější. Mnoho žen nalezne své největší štěstí teprve v pokročilejším věku. Starší žena má větší množství volného času a menší odpovědnost vůči rodině, proto může jít cílevědomě za tím, co skutečně chce, může se více věnovat svým koníčkům. Také se může více soustředit na udržování dobré fyzické a duševní kondice.

Protože v mém průzkumu vyšlo, že staré ženy mají zdravotní problémy, které je omezují v kontaktu s ostatními lidmi a v zájmové činnosti, došla jsem k názoru, že i ve stáří je důležitá aktivita k udržení fyzické kondice. Aktivitou nemyslím příliš náročné sporty, ty lze nahradit jinými, které budou starým ženám lépe vyhovovat, např. procházky, cvičení s míčem nebo se šátkem za doprovodu hudby apod. Je známé, že staří lidé, kteří pravidelně cvičí, jsou zdravější a cítí se fyzicky a duševně lépe než ti, kteří necvičí. Snadněji se pohybují, mohou mít pocit uspokojení z toho, že zvládají různé úkony. To zvyšuje jejich sebevědomí a upevňuje pocit zdravého Já.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CITTERBART, Karel et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0 (Galén), ISBN 80-246-0318-7 (Karolinum).
- [2] ČEPICKÝ, Pavel. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 174 s. ISBN 80-246-0677-1.
- [3] DONÁT, Josef. *Klimakterium*. 1. vyd. Praha: Jan Vašut, 2000. 32 s. ISBN 80-7236-174-0.
- [4] DONÁT, Josef. *Perimenopauza menopauzální přechod v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2001. 160 s. ISBN 80-238-8245-7.
- [5] JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
- [6] JENÍČEK, Jaroslav. *Hormonální substituční terapie a klimakterium. Průvodce pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 103 s. ISBN 80-247-0133-2.
- [7] JENÍČEK, Jaroslav. *Žena v přechodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 104 s. ISBN 80-247-0679-2.
- [8] KALVACH, Zdeněk; ZADÁK, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- [9] LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- [10] ROKYTA, Richard a kol. *Fyziologie*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 359 s. ISBN 80-85866-45-5.
- [11] ROZTOČIL, Aleš a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
- [12] STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
- [13] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

- [14] REŠLOVÁ, T. Standard, doporučení nebo možný postup při předpisu hormonální substituční léčby? *Gynekolog*, 2001, ročník 10, č. 3, str. 95-102.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

APOD.	A podobně.
BMI	Body mass index.
ERT	Estrogen replacement therapy, estrogenová substituční terapie.
EVENT.	Eventuelně.
FSH	Folikuly stimulující hormon.
GnRH	Gonadoliberin.
HRT	Hormon replacement therapy, hormonální substituční terapie.
ICHS	Ischemická choroba srdeční.
IMS	Mezinárodní společnost pro menopauzu.
LH	Luteinizační hormon.
NAPŘ.	Například.
WHO	Světová zdravotnická organizace.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Vzájemný vztah mezi jednotlivými časovými úseky kolem menopauzy.....	18
Obr. 2. Změny v orientaci sociálních rolí se zřetelem na přípravu a realizaci manželství a rodičovství a na změny ve stáří.....	30

SEZNAM TABULEK

Tab. 1.	Vyhodnocení údajů otázky č. 1.	41
Tab. 2.	Vyhodnocení údajů otázky č. 2.	41
Tab. 3.	Vyhodnocení údajů otázky č. 3.	42
Tab. 4.	Vyhodnocení údajů otázky č. 4.	42
Tab. 5.	Vyhodnocení údajů otázky č. 5.	43
Tab. 6.	Vyhodnocení údajů otázky č. 6.	43
Tab. 7.	Vyhodnocení údajů otázky č. 7.	44
Tab. 8.	Vyhodnocení údajů otázky č. 8.	44
Tab. 9.	Vyhodnocení údajů otázky č. 9.	45
Tab. 10.	Vyhodnocení údajů otázky č. 10.	45
Tab. 11.	Vyhodnocení údajů otázky č. 11.	46
Tab. 12.	Vyhodnocení údajů otázky č. 12.	46
Tab. 13.	Vyhodnocení údajů otázky č. 13 a)	47
Tab. 14.	Vyhodnocení údajů otázky č. 13 a)	47
Tab. 15.	Vyhodnocení údajů otázky č. 13 b)	48
Tab. 16.	Vyhodnocení údajů otázky č. 13 b)	48
Tab. 17.	Vyhodnocení údajů otázky č. 13 c)	49
Tab. 18.	Vyhodnocení údajů otázky č. 13 c)	49
Tab. 19.	Vyhodnocení údajů otázky č. 13 d)	50
Tab. 20.	Vyhodnocení údajů otázky č. 13 d)	50
Tab. 21.	Vyhodnocení údajů otázky č. 13 e)	51
Tab. 22.	Vyhodnocení údajů otázky č. 13 e)	51
Tab. 23.	Vyhodnocení údajů otázky č. 13 f)	52
Tab. 24.	Vyhodnocení údajů otázky č. 13 f)	52

Tab. 25. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 g)	53
Tab. 26. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 g)	53
Tab. 27. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 h)	54
Tab. 28. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 h)	54
Tab. 29. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 i)	55
Tab. 30. Vyhodnocení údajů otázky č. 13 i)	55
Tab. 31. Vyhodnocení údajů otázky č. 14.	56
Tab. 32. Vyhodnocení údajů otázky č. 15.	56
Tab. 33. Vyhodnocení údajů otázky č. 16.	57
Tab. 34. Vyhodnocení údajů otázky č. 17.	57
Tab. 35. Vyhodnocení údajů otázky č. 18.	58
Tab. 36. Vyhodnocení údajů otázky č. 19.	58
Tab. 37. Vyhodnocení údajů otázky č. 20.	59
Tab. 38. Vyhodnocení údajů otázky č. 1.	60
Tab. 39. Vyhodnocení údajů otázky č. 2.	60
Tab. 40. Vyhodnocení údajů otázky č. 3.	61
Tab. 41. Vyhodnocení údajů otázky č. 4.	61
Tab. 42. Vyhodnocení údajů otázky č. 5.	62
Tab. 43. Vyhodnocení údajů otázky č. 6.	62
Tab. 44. Vyhodnocení údajů otázky č. 7.	63
Tab. 45. Vyhodnocení údajů otázky č. 8.	63
Tab. 46. Vyhodnocení údajů otázky č. 9.	64
Tab. 47. Vyhodnocení údajů otázky č. 10.	64
Tab. 48. Vyhodnocení údajů otázky č. 11.	65
Tab. 49. Vyhodnocení údajů otázky č. 12 a)	65

Tab. 50. Vyhodnocení údajů otázky č. 12 b)	66
Tab. 51. Vyhodnocení údajů otázky č. 13.	66
Tab. 52. Vyhodnocení údajů otázky č. 14.	67
Tab. 53. Vyhodnocení údajů otázky č. 15.	67
Tab. 54. Vyhodnocení údajů otázky č. 16.	68
Tab. 55. Vyhodnocení údajů otázky č. 17.	68
Tab. 56. Vyhodnocení údajů otázky č. 18.	69
Tab. 57. Vyhodnocení údajů otázky č. 19.	69
Tab. 58. Vyhodnocení údajů otázky č. 20.	70

SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník pro ženy v období klimakteria

P II Dotazník pro ženy v období senia

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO ŽENY V OBDOBÍ KLIMAKTERIA

Dobrý den,

jmenuji se Daniela Válková, jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně obor Porodní asistentka. Tento dotazník slouží k výzkumu kvality života žen v období klimakteria. Proto Vás prosím o anonymní vyplnění tohoto dotazníku, veškeré získané informace budou použity jen pro vědecký výzkum. Předem Vám děkuji za spolupráci a čas, který věnujete pro vyplnění tohoto dotazníku.

1. Kolik je Vám let?

- a) 40-45 let
- b) 46-50 let
- c) 51-55 let
- d) 56 a více let

2. Kolik máte dětí?

- a) Žádné
- b) 1 dítě
- c) 2-3 děti
- d) 4 a více dětí

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) Svobodná
- b) Vdaná
- c) Rozvedená
- d) Vdova

4. Jste zaměstnaná?

- a) Ano
- b) Ne

5. Chodíte na preventivní gynekologické prohlídky?

- a) Ano, jednou ročně
- b) Častěji než jedenkrát za rok
- c) Nepravidelně (méně než jedenkrát za rok)
- d) Nechodím

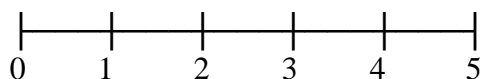
6. Od koho jste poprvé získala informace o potížích souvisejících s klimakteriem?

- a) Lékař
- b) Sestra v gynekologické ambulanci
- c) Kamarádka
- d) Rodinný příslušník
- e) Literatura, časopis

7. Po jaké době, od vzniku obtíží, jste navštívila svého gynekologa?

- a) Ihned
- b) Do šesti měsíců
- c) Od 7. měsíce do 1 roku
- d) Později, kdy

8. Považujete Vám podané informace od lékaře za dostatečné? Znázorněte na této škále:



0= nedostačující
5= plně dostačující

9. Podal Vám váš lékař informace o možnosti léčby klimakterických obtíží pomocí hormonální substituční terapie?

- a) Ano
- b) Ne

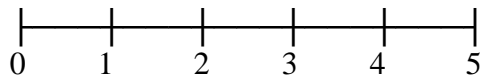
V případě odpovědi ne, přejděte k otázce č. 13.

10. Využíváte hormonální substituční léčbu?

- a) Ano
- b) Ne

V případě odpovědi ne, přejděte k otázce č. 12.

11. Nakolik se zlepšil Váš zdravotní stav při užívání hormonální substituční léčby? Označte na škále:



0= vůbec se nezměnil
5= nemám již obtíže

12. Pokud neužíváte hormonální substituční léčbu, uveďte důvod proč?

- a) Nepovažuji ji za důležitou
- b) Ze zdravotních důvodů nemůžu
- c) V průběhu léčby vznikly komplikace

13. Máte (měla jste) klimakterické obtíže? Pokud ano, znázorněte jak často Vás obtěžují: 1= výjimečně, 2= občas, 3= často, 4= velmi často, 5= obtíže trvají téměř neustále

- | | | |
|----------------------|----------|--|
| a) Návaly horka | ano - ne | |
| b) Noční pocení | ano - ne | |
| c) Poruchy spánku | ano - ne | |
| d) Depresivní nálady | ano - ne | |
| e) Bolesti hlavy | ano - ne | |
| f) Závratě | ano - ne | |

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g) Bolesti kloubů | ano - ne | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h) Bušení srdce | ano - ne | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i) Neschopnost soustředění | ano - ne | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

14. Jak rodina reaguje na Vaše prožívání klimakteria?

- a) Podporují mě
- b) Respektují mé změny (potíže), ale nepomáhají mi
- c) Špatně snášejí mé projevy při potížích
- d) Vyhýbají se mi

15. Jste spokojená v rodinném životě?

- a) Ano
- b) Ne

16. Máte zájem o intimní život?

- a) Ano
- b) Ne

17. Máte pravidelný pohlavní styk?

- a) Ano, každý den
- b) Několikrát za týden
- c) Několikrát za měsíc
- d) Méně než jednou měsíčně
- e) Nemám

18. Pociťujete bolesti při pohlavním styku?

- a) Ano
- b) Ne

19. Provádíte si samovyšetření prsů?

- a) Ano, pravidelně
- b) Nepravidelně
- c) Ne

20. Navštívila jste někdy mamografické vyšetření prsů?

- a) Ano
- b) Ne

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO ŽENY V OBDOBÍ SENIA

Dobrý den,

jmenuji se Daniela Válková, jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně obor Porodní asistentka. Tento dotazník slouží k výzkumu kvality života žen v období senia. Proto Vás prosím o anonymní vyplnění tohoto dotazníku, veškeré získané informace budou použity jen pro vědecký výzkum. Předem Vám děkuji za spolupráci a čas, který věnujete pro vyplnění tohoto dotazníku.

1. Kolik je Vám let?

- a) 60-70 let
- b) 71-80 let
- c) 81-90 let
- d) 91 a více let

2. Jak dlouho již žijete v domově důchodců?

- a) Méně než 1 rok
- b) 1-2 roky
- c) 3-5 let
- d) 6-8 let
- e) 9 a více let

3. Chtěla byste raději bydlet se svou rodinou?

- a) Ano
- b) Ne

4. Nastoupila jste do domova důchodců dobrovolně? Znázorněte na škále:



1= dobrovolně
5= zcela nedobrovolně

5. Jste spokojená s péčí ošetřovatelek? Znázorněte na této škále:



1= nejsem spokojená
5= jsem plně spokojená

6. Máte zde dostatek soukromí?

- a) Ano
- b) Ne

7. Máte zde kamarádky/ kamarády?

- a) Ano
- b) Ne

8. Účastníte se společenských akcí, které se konají v domově důchodců?

- a) Ano
- b) Někdy
- c) Ne

9. Chodíte na procházky?

- a) Ano
- b) Někdy
- c) Ne

10. Zajdete si sama i nakoupit?

- a) Ano
- b) Někdy
- c) Ne

11. Čím vyplňujete volný čas?

- a) Četba
- b) Televize
- c) Ruční práce
- d) Procházky
- e) Rozhovor se známou
- f) Rodina
- g) Jiným způsobem, napište jak.....

12. Omezují Vás vaše zdravotní problémy? Zakroužkujte:

- a) V kontaktu s ostatními lidmi ano – ne
- b) V zájmové činnosti ano – ne
- c) V něčem jiném, napište v čem.....

13. Máte potíže se spánkem?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne

14. Máte potíže se sluchem?

- a) Ano
- b) Ne

15. Máte pocit, že častěji zapomínáte?

- a) Ano
- b) Ne

16. Chodí Vás navštěvovat vaše rodina?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nemám rodinu

V případě odpovědi b, c, přejděte k otázce č. 18.

17. Jak často Vás chodí navštěvovat vaše rodina?

- a) Denně
- b) Min. 1x týdně
- c) Min. 1x měsíčně
- d) Méně než jednou za měsíc

18. Máte pocit, že toto období (stáří) Vám přináší více stresu?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne

19. Čím je Váš stres nejčastěji vyvoláván?

- a) Nemoc
- b) Samota
- c) Odloučení od rodiny
- d) Umístění do domova důchodců
- e) Jiná příčina, napište jaká.....

20. Co byste chtěla změnit v domově důchodců, ve kterém žijete?

- a) Nic
- b) Personál
- c) Spolubydlící
- d) Cenu pobytu
- e) Něco jiného, napište co.....