

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Romana Brabencová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

NEJČASTĚJŠÍ PROBLÉMY ŽEN V KLIMAKTERIU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Ajglova

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

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

V Plzni dne 30.3.2012

.....

Vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Janě Ajglové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Obsah:

ANOTACE

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 CHARAKTERISTIKA KLIMAKTERIA.....	10
2 FYZIOLOGIE KLIMAKTERIA.....	11
2.1 Klimakterický syndrom.....	11
2.2 Organický estrogen-deficitní syndrom.....	12
2.3 Metabolický estrogen-deficitní syndrom.....	12
2.4 Psychické změny.....	12
3 ONEMOCNĚNÍ METABOLICKÉHO ESTROGEN-DEFICITNÍHO SYNDROMU...14	
3.1 Osteoporóza.....	14
3.2 Onemocněné srdce a cév.....	16
3.3 Rakovina (karcinom).....	17
3.3.1 Karcinom prsní žlázy.....	17
3.3.2 Karcinom vaječnicků.....	18
3.3.3 Karcinom děložní sliznice.....	18
4 MOŽNOSTI LÉČBY.....	19
4.1 Hormonální léčba (HRT – hormonal replacement therapy).....	19
4.1.1 Druhy HRT.....	20
4.1.2 Kontraindikace HRT.....	20
4.1.3 Pozitivní účinky HRT.....	21
4.1.4 Nežádoucí účinky HRT.....	21
4.2 Nehormonální léčba.....	22
4.2.1 Doplnky stravy.....	22
4.2.2 Byliny.....	22
4.2.3 Další alternativa.....	25
5 ŽIVOTNÍ STYL.....	26
5.1 Zdravá výživa.....	26
5.1.1 Nutriční potřeba.....	26
5.2 Kouření.....	29
5.3 Pohybová aktivita.....	29

5.2.1 Aerobní cvičení.....	30
5.2.2 Posilovací cvičení.....	31
5.2.3 Cvičení rovnováhy.....	32
6 EDUKAČNÍ ČINNOST PAS.....	33
6.1 Fáze edukačního procesu.....	34
6.2 Cíle edukace.....	34
6.2.1 Stanovení cílů v oblasti.....	35
6.3 Formy edukace.....	36
6.4 Co vše si musí edukátor uvědomit.....	37
6.5 Hodnocení edukačního procesu.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
7 CÍL PRÁCE.....	39
8 HYPOTÉZY.....	39
9 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	40
10 METODIKA VÝZKUMU.....	40
11 ANALÝZA DOTAZNÍKŮ.....	41
DISKUZE.....	68
ZÁVĚR.....	73
SEZNAM LITERATUY	
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHY	

Anotace

Příjmení a jméno: Brabencová Romana

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Nejčastější problémy žen v klimakteriu

Vedoucí práce : PhDr. Jana Ajglová

Počet stran : číslované 66, nečíslované 19

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: klimakterium, premenopauza, menopauza, perimenopauza, postmenopauza, osteoporóza, hormonální substituční terapie, pohybová aktivita, zdravá výživa, edukace

Souhrn:

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na nejčastější problémy žen v klimakteriu a možnosti jejich léčby. Dále se zabývám problematikou osteoporózy, její léčbou a prevencí. Zaměřuji se hlavně na životní styl a edukaci žen. Praktická část je výzkumného charakteru a je zaměřena na nejčastější problém žen, jejich informovanosti o této problematice, a zda se ženy věnují prevenci těchto problémů.

Annotation

Surname and name: Brabencová Romana

Department: Nursing

Title of thesis: The most common problems of women in menopause

Consultant: PhDr. Jana Ajglová

Number of pages: numbered: 66, non-numbered: 19

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 28

Key words: menopause, premenopause, menopause, perimenopause, postmenopausal, osteoporosis, hormone replacement therapy, physical activity, healthy food, education

Summary:

The theoretical part of this bachelor work is oriented on the most frequent women's problems in the menopause and their occasion of treatment. Then I deal with questions of osteoporosis, their treatment and prevention. I orient mainly on women's lifestyle and education. The practical part is on researching character and it is oriented on the most frequent problems of women, their knowing about these questions and if women attend to prevention these problems.

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že klimakterium je přirozenou součástí života žen. Každá žena dříve nebo později projde tímto obdobím, je to další velmi důležitá etapa v jejím životě. V klimakteriu dochází k určitým změnám, které mohou změnit dosavadní způsob života ženy. Klimakterium není nemoc, ale může být doprovázeno řadou různých onemocnění.

Cílem bakalářské práce je zjistit nejčastější problémy žen v klimakteriu. Práce je zaměřena na životní styl a edukaci žen v tomto období. V práci je rozpracována problematika osteoporózy a hormonální substituční léčby. Práce se také zajímá o informovanost žen v období klimakteria, a jestli by uvítaly a navštěvovaly kurzy zaměřené na toto období. Myslím si, že porodní asistentka by se neměla věnovat a starat jen o ženy v reprodukčním věku, ale naopak i o ženy v období klimakteria. Tyto ženy potřebují stejnou míru informovanosti, času a laskavého zacházení jako ženy těhotné.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA KLIMAKTERIA

Menopauza je nejdramatičtější událost v životě ženy, protože signalizuje, že reprodukční činnost ženy končí. I když už rodinu žena má, nebo se rozhodla, že už žádné děti mít nebude, je to naprostá známka toho, že je jednou provždy neplodná. (20)

Klimakterium je období přechodu mezi plodným věkem ženy a začátkem senia, kdy se snižuje funkce ovarií a dochází k prudkému poklesu produkce ženských pohlavních hormonů, estrogenů a progesteronu, následkem čehož mizí menstruace. Podle WHO je definováno jako období začínající přibližně 1 rok před menopauzou a charakterizované již nastupujícími klinickými obtížemi.

Poslední menstruační krvácení (menopauza) u většiny žen přichází mezi 40. a 50. rokem. Podle WHO (1981) můžeme klimakterium rozdělit na tyto stádia: (5,6,18,21)

Premenopauza: období s dosud zachovaným menstruačním cyklem do 12 měsíců před menopauzou, kdy se již objevují příznaky akutního klimakterického syndromu. (6)

Menopauza: označení pro poslední menstruační periodu, kdy se měsíční krvácení neobjeví po dobu 12 měsíců. Dochází k trvalému vymizení menstruace v důsledku ztráty folikulární aktivity ovarií. (4,6,18)

Perimenopauza: stádium bezprostředně před menopauzou a do 1 roku po menopauze. V tomto období dochází k výrazným změnám a to se týká hlavně tělesných změn, menstruační cyklus bývá nepravidelný a začínají se objevovat návaly horka a noční pocení. (4,18)

Postmenopauza: období, které začíná 12 měsíců po posledním menstruačním krvácení. Dochází k trvalému zvýšení hladiny FSH (folikulostimulační hormon) a minimální produkci estrogenů. (6)

Senium (stáří): je charakterizováno ústupem sekundárně pohlavních znaků z důvodu snížení produkce anabolických steroidů v nadledvinách po 60. roce věku. (6)

2 FYZIOLOGIE KLIMAKTERIA

Příčinou rozvoje funkčních a strukturálních změn v organismu je pokles ženského hormonu estrogeneru. Ten produkují hlavně ovaria. Ke snížení tvorby vede vyhasnutí funkce ovarií. Vyhasnutí funkce je dáno zásobou folikulů v ovariu, ty se v průběhu věku spotřebovávají a dochází k atrezii, která je ovlivněna různými faktory:

- věk začátku menstruačního cyklu – při časném nástupu je začátek menopauzy pozdější;
- délka menstruačního cyklu – při delších cyklech začíná menopauza později;
- počet dětí – pokud má žena větší počet narozených dětí je nástup menopauzy pozdější;
- kouření – u kuřáček je časnější nástup menopauzy;
- rasa, zeměpisná poloha a nadmořská výška;
- socioekonomické faktory.(6,7)

Zdrojem estrogenů po přechodu jsou mužské hormony androgeny, které jsou produkovány nadledvinami a vaječníky, ty se v tukové tkáni mění na estrogeny. Menopauza může vést k řadě příznaků, ty lze rozdělit podle rychlosti nástupu, závažnosti a délce trvání do tří základních skupin:

- příznaky akutní – symptomatologie klimakterického syndromu;
- příznaky subakutní – symptomatologie organického estrogen-deficitního syndromu;
- příznaky chronické – symptomatologie metabolického estrogen-deficitního syndromu. (4,7)

2.1 Klimakterický syndrom

Zhruba u 70% žen je menopauza spojená s problémy, které označujeme jako akutní klimakterický syndrom. Jsou to zejména návaly horka, které se projevují denním a nočním pocením. V současné době je tento termín vyčleněn pro symptomy vazomotorické a psychické. (4,7)

Návaly horka a pocení

Příčiny návalů horka a pocení jsou vysvětlovány chybnou regulací průtoku krve cévami. Vyskytují se u 70% žen v perimenopauze, kolem 60. roku jen u 30% žen a po 70. roku jen u 9%. U většiny žen tyto potíže vymizí v průběhu tří až pěti let. Návaly horka bývají doprovázeny zrudnutím v oblasti tváří, krku, pažích nebo rukou. Žena často udává subjektivní pocit horka, který se v některých případech šíří do celého těla. Následuje záchvat pocení, dochází k častým bolestem hlavy a palpitaci. Návaly často trvají 15 až 60 sekund. Tyto obtíže nejsou úměrné hladině estrogenů v krvi. V noci bývají označovány jako „noční pocení“ a jsou příčinou poruch spánku. (4,6,7,10)

2.2 Organický estrogen-deficitní syndrom

Organický estrogen-deficitní syndrom ženu na životě neohrožuje. Přináší řadu subjektivních potíží, které značně zneprůjemňují život ženy. Známkou syndromu je atrofizace sliznic a to hlavně v pochvě, močovém měchýři a uretře, dále poškození kůže, vlasů a nehtů. Společným jmenovatelem pro tyto potíže je nedostatek estrogenu. (4,10)

2.3 Metabolický estrogen-deficitní syndrom

Tento syndrom již vede k poškození zdraví. Může se projevit změnami tělesné váhy, sníženou pružností tkání, také se projevuje kloubními změnami, osteoporózou a kardiovaskulárními problémy. (7)

2.4 Psychické změny

Takové emocionální příznaky jako napětí, úzkost, deprese, apatie, plačtivost a podrážděnost, se mohou objevovat v jakémkoliv věku, ale ne tak často jako v klimakteriu.

„Obrovský psychický tlak na ženy na konci fertilního období má více zdrojů.“ Náhle se mění priority v rodinném životě, děti se osamostatňují a opouští rodinu. Tento stav označujeme jako „syndrom prázdného hnízda“. Partnerský vztah musí hledat novou náplň, protože do té doby býval hlavním námětem diskuzí péče o děti. Do pracovního procesu nastupují ženy fyzicky mladší a odborně lépe vybavené. (Fait, 2010,s. 16)

3 ONEMOCNĚNÍ METABOLICKÉHO ESTROGEN-DEFICITNÍHO SYNDROMU

Tyto onemocnění se můžou projevovat změnami tělesné váhy, sníženou pružností tkání, také se projevuje kloubními změnami, osteoporózou a kardiovaskulárními problémy. (7)

3.1 Osteoporóza

Osteoporóza je závažné onemocnění, které se může projevovat bolestí. Může ženu vážně poškodit, ale může ohrozit i její život. Patří mezi nejzávažnější stavy, které ohrožují zdravotní stav žen po postmenopauze. Je zajímavé, že v raném stádiu se žádnými příznaky projevovat nemusí, proto si mnoho žen ani neuvědomuje, že osteoporózou trpí. (14,16,18)

Rizikové faktory osteoporózy podle M.K. Beard jsou:

- věk nad 65 let;
- některé nemoci (diabetes mellitus, chronické onemocnění plic);
- léky (kortikosteroidy, heparin, aj.);
- dědičnost (světlá pleť, malá kostra);
- výskyt osteoporózy v rodině;
- předchozí zlomeniny;
- výživa (nedostatek vápníku v potravě, nadměrný příjem bílkovin, vitamínů A a D, hořčíku, kofeinu, alkoholu a kouření);
- životní styl (nehybnost, nedostatek cvičení). (2)

Při osteoporóze (řidnutí kostí) dochází k úbytku kostní hmoty s poruchou mikroarchitektury kostní tkáně, (to znamená, že kost není v místě největší zátěže dobře stavěná) což vede ke zvýšené kostní křehkosti, tento úbytek je spojen se zvýšeným rizikem zlomenin. (11,15)

Mezi typické osteoporotické zlomeniny patří kompresní zlomenina obratlů, Collesova fraktura předloktí a zlomenina krčku stehenní kosti. (10)

Zlomeniny obratlových těl jsou nejčastější, vedou ke ztrátě výšky nemocného, poškození fyzických funkcí, ztrátě hybnosti, ztrátě starat se o sebe a k depresím. Pouze 25% zlomenin obratlových těl je způsobena pádem, většina z nich je způsobena zdviháním nebo nošením předmětů.

Stále se zvyšuje počet zlomenin krčku stehenní kosti, které se dokumentují daleko lépe než zlomeniny obratlových těl. Zlomeniny krčku kosti stehenní je nejzávažnější komplikací osteoporózy. Vyžadují hospitalizaci, způsobují závažnou imobilitu nemocného a zvyšují mortalitu v prvním roce po zlomenině o 10-20%. Příčinou zlomenin krčku stehenní kosti je v první řadě pád.(3,21)

Od dětství kosti rostou a vyvíjejí se a ve věku mezi 25 až 35 lety dosáhnou maximální hustoty (denzity). Od tohoto okamžiku už kostní hmota nenarůstá. Specifická hmotnost kostní tkáně závisí na třech faktorech: maximální hodnotě kostní hmoty, na věku, kdy nastává pokles kostní hmoty, a rychlosti jejího úbytku. Pokud je výchozí stav maximální kostní hmoty nízký, je větší pravděpodobnost vzniku těžké osteoporózy po menopauze.(18)

U žen v přechodu stoupá riziko vzniku osteoporózy. Dochází ke snižování hladin estrogeneru a progesteronu, a proto se ročně začne ztrácet 0,5-3% kostní tkáně. „U žen, které se dožily 80 let, může snadno dojít ke ztrátě celkové kostní hmoty až o 40%“. (Stopperdová,1995, s.66)

V kosti probíhá celý život proces, který se nazývá remodelace. Kost se odbourává a opět se tvoří. Tyto procesy se navzájem doplňují. Metabolickou aktivitu zajišťují kostní buňky, jsou to převážně osteoblasty, které kost tvoří a osteoklasty, které kost odbourávají. V řízení kostní remodelace mají významnou úlohu i ženské hormony. (11) „Estrogen se považuje za hormon, který je zodpovědný za zvýšenou aktivitu při obnovování a opravování kostí.“ Také mohou podpořit vychytávání vápníku z krve do kostí a tak zamezit jeho ztrátám. Proto pokles hladiny estrogeneru může způsobit rozvrat v metabolismu kostní tkáně.(Stopperdová,1995, s.66)

3.2 Onemocnění srdce a cév

K nejčastějším příčinám smrti v dnešním světě patří onemocnění srdce a cév. Odborně se tato onemocnění nazývají kardiovaskulární onemocnění. Mezi nejznámější patří asi infarkt myokardu, což je poškození srdce nedostatkem kyslíku v důsledku neprůchodné srdeční cévy. Nemocné cévy tak nedokážou dostatečně zásobovat srdeční sval kyslíkem. V civilizovaných zemích zemře 6 z 10 lidí na ischemickou chorobu srdeční (dále jen ICHS), jejímž nejzávažnějším projevem je právě zmíněný infarkt myokardu. Úmrtí způsobená onemocněním srdce a cév významně převyšuje počet úmrtí všech nádorů dohromady. (4,11)

Mezi rizikové faktory ICHS patří: *ovlivnitelné rizikové faktory* jako jsou kouření cigaret, vysoké hladiny cholesterolu v krvi, diabetes mellitus, obezita, fyzická inaktivita a *faktory neovlivnitelné* vyšší věk, časná ICHS v anamnéze.(10)

Klimakterium je spojené s poruchou tukového metabolismu. Po přechodu stoupá hladina celkového cholesterolu v krvi, bohužel klesá hladina HDL („hodný“ cholesterol, který transportuje cholesterol do jater) a stoupá hladina LDL cholesterolu („špatný“ ukládá tuk do cév). Také stoupá hladina triglyceridů, které se také ukládají do cév. Ukládáním tuků v cévách způsobuje ztrátu jejich pružnosti, hůře jimi protéká krev a jsou náchylnější k uzávěru (trombóze).

„Bylo zjištěno, že hladiny celkového cholesterolu nad 6,85 mmol/l jsou u žen po menopauze provázeny až dvojnásobně vyšším výskytem ICHS v porovnání s hladinou cholesterolu u žen s hodnotami pod 5,3 mmol/l“.(4,11)

Ateroskleróza je postižení stěny tepen, které je způsobeno ukládáním tuku a vápenných solí do cévní stěny. Tím dochází k zúžení cév a ztrátě jejich pružnosti. Tvoří se tzv. aterosklerotická plát, který postupně narůstá a tím stimuluje tvorbu trombů (krevní sraženiny) . Někdy se část trombu může uvolnit do krevního řečiště jako embolus, který ucpává menší tepny. Pokud dojde

k zamezení průtoku krve do mozku vzniká *mozková mrtvice*, při ucpání věnčitých tepen je to angína pectoris a poté následuje srdeční infarkt. Ateroskleróza postihuje i další orgány, jde o to, v jakých místech dojde k ucpání tepny.(7,19)

3.3 Rakovina (karcinom)

Je druhou nejčastější příčinou úmrtí ve světě a to za kardiovaskulárními chorobami. U vzniku karcinomu dochází k buněčné proliferaci, která se vymkla normálním mechanismům. Dochází k nekontrolovatelnému množení buněk, toto dělení má za následek „bujení“ nebo nádor, který může být benigní (nezhoubný) nebo maligní (zhoubný). Benigní nádor je ohraničený a jeho buňky nepronikají do okolní tkáně. Maligní nádor prorůstá do okolní tkáně a orgánů, může se dostat do krevního řečiště nebo do lymfatického systému a cestuje do vzdálených částí organismu, kde se usídí. Takové to šíření rakovinných buněk nazýváme metastázy. (4,16)

3.3.1 Karcinom prsní žlázy

Je nejčastějším zhoubným nádorem žen s hlavní příčinou úmrtí ve věku mezi 35 až 50 lety. Mezi rizikové faktory patří nejen věk, zátěž v rodinné anamnéze, ale také začátek menstruace před 12 rokem života, obezita, alkohol a kouření. U ženy, která ještě nerodila nebo poprvé rodila ve věku vyšším než 30 let je riziko karcinomu prsu také vyšší. Navzdory ohromnému pokroku v možnostech léčby karcinomu prsní žlázy je úmrtnost stále vysoká. Víme však, že počet vyléčených pacientek závisí na stádiu, ve kterém se karcinom diagnostikuje a jestli už došlo k jeho rozšíření. Čím dříve se na určitou abnormalitu přijde, tím je větší pravděpodobnost, že se žena vyléčí. Proto je velmi důležité, aby se ženy naučily vyšetřovat si prsy samy.(16,19)

3.3.2 Karcinom vaječnicků

Zhoubné bujení na vaječnicku se vyskytuje v jakémkoliv věku, nejvíce však po 50 roce. Karcinom vaječnicků je třikrát častější u žen, které nerodily. Většina studií ukázala, že pravděpodobnost výskytu karcinomu u žen, které užívaly hormonální antikoncepci je o 50% nižší. Je pátou nejčastější příčinou úmrtí žen po karcinomu prsní žlázy, plic, tlustého střeva a žaludku. Často se karcinom vaječnicku diagnostikuje v pokročilém stádiu, protože se poměrně dlouho neprojevuje žádnými příznaky. Proto je známá jako „tichá“ rakovina. (2,18)

3.3.3 Karcinom děložní sliznice

Karcinom děložní sliznice se nejčastěji vyskytuje u žen nad 50 let. Je třetím nejčastějším nádorem ženského reprodukčního ústrojí, má lepší vyhlídky na přežití než karcinom vaječnicků. Častěji se vyskytuje u žen, jejichž vaječnický vylučují příliš mnoho estrogenů. U žen, které neovulují, nebo které mají tzv. dysfunkční (nepravidelné nebo abnormální) děložní krvácení. Také se častěji objevuje u žen s vysokým krevním tlakem (hypertenze), diabetem mellitem nebo u žen obézních. (2,18)

4 MOŽNOSTI LÉČBY

Klimakterické obtíže lze léčit režimovým opatřením nebo farmakologicky, ta se dělí na léčbu hormonální a nehormonální.(5)

4.1 Hormonální léčba (HRT – hormonal replacement therapy)

Terapeutické podávání estrogenů vede k odstranění prakticky všech příznaků menopauzy. „Jejich podávání je účinnou prevencí dlouhodobého estrogenního deficitu i některých dalších chorob, kde není přímá souvislost jasná“.(Fait, 2007,s.102 5)

Léky sloužící k doplnění hladiny ženských pohlavních hormonů, estrogenu a někdy progesteronu, která se snižuje v průběhu menopauzy.(15)

„Hormonální substituční terapie (dále jen HRT) je kauzální terapií všech stavů spojených s deficitem estrogenů“. V některých akutních případech jí lze nahradit nehormonálními prostředky, nikoliv však se stejným účinkem. (Fait,2007,s. 112)

Hormonální terapie v přechodu se ženě předepisuje často s dvojitým cílem. Jednak proto, aby žena byla zbavena na krátký čas akutních obtíží, jako jsou návaly horka nebo nespavost nebo k dlouhodobému předejití možných budoucích zdravotních rizik, jako např. chorobám srdce a osteoporóze. (17)

Léky se ženám předepisují nejčastěji v období perimenopauzy , kdy mají nízké hladiny pohlavních hormonů. Pohlavní hormony *estrogeny*, které jsou součástí HRT, se chemicky podobají *estradiolu*. Ten se normálně tvoří ve vaječnících. Některé HRT preparáty obsahují konjugovaný koňský estrogen, který se získává z moči gravidní klisny. „Používané gestageny jsou uměle vyrobené formy progesteronu“.(Stoppardová, 1995,s.126)

Důvodem používání estrogenů je zachování ženských pohlavních orgánů v dobrém stavu. Pomáhají udržovat poševní sliznici a další tkáně vláčné a pružné. Progesteron napomáhá odlučování děložní sliznice, čímž předchází jejímu nadměrnému růstu, takže lze jeho podávání považovat do určité míry za prevenci vzniku karcinomu. Dalším hormonem, který je důležitý je *testosteron*, který se také tvoří ve vaječnicích. HRT s vysokou hladinou estrogenů může způsobit snížení hladiny volného testosteronu. U žen se chuť k pohlavnímu životu přisuzuje právě tomuto mužskému pohlavnímu hormonu, proto může u žen, které užívají HRT vzniknout snížení libida.(19,21)

4.1.1 Druhy HRT:

- *Pesary*: poševní tablety s nízkým obsahem estrogenů, které se zavádějí přímo do pochvy, v ČR se nepoužívají;
- *Krémy*: omezují ztenčování a svědění kůže pochvy, obsahují malé množství estrogenu;
- *Transdermální náplasti*: náplast obsahuje zásobník s estrogeny, hormony přecházejí do těla přes kůži, náplast je nutné každé tři až čtyři dny měnit;
- *Implantáty*: obsahují zásobník s estrogeny, zavádí se pod kůži hýždí nebo břicha, hormony se vstřebávají do tukové tkáně, při této léčbě se musí užívat tablety s gestageny;
- *Tablety obsahující hormony*. (19)

4.1.2 Kontraindikace HRT

V současné době se výrazně kontraindikace HRT zredukovaly, a to absolutní i relativní. Vždy musíme zvažovat individuální prospěch a rizika léčby. V současné době se i v České republice objevuje podávání HRT pacientkám, které mají v anamnéze karcinom prsu, tak jako v USA a západní Evropě již několik let. Podle posledních závěrů světových kongresů, které se zabývají problematikou klimakteria není HRT kontraindikována u pacientek s

karcinomem ovaria v anamnéze. Podle současných názorů jsou kontraindikace HRT:

- neléčený karcinom prsu;
- neléčený karcinom endometria;
- akutní žilní trombóza nebo tromboembolická nemoc.

4.1.3 Pozitivní účinky HRT

U akutního klimakterického syndromu dosahuje hormonální léčba přes 90% účinnosti. Má rychlý nástup účinku. Působí preventivně proti osteoporóze, při časném zahájení léčby ateroskleróze a léčí změny pochvy a močových cest. Dále mnoho studií potvrdilo prevenci karcinomu tlustého střeva a konečníku. (7)

4.1.4 Nežádoucí účinky HRT

Výskyt nežádoucích účinků často vede k přerušení léčky a k definitivnímu rozhodnutí ženy neužívat hormonální léčbu. Tomu se dá předejít pečlivým indikováním léčby a podrobným rozhovorem s pacientkami před nasazením. Ženu je nutné poučit o možném výskytu špinění či nepravidelném krvácení hlavně v prvních třech měsících, o možnosti napětí prsů, bolesti hlavy nebo žaludečních nevolností při perorální léčbě. Neměli bychom zapomenout na poučení o možnosti příbytku na váze, jde jen o přechodný stav z důvodu zadržetí vody účinkem hlavně estrogenů. Hlavně v prvních měsících po nasazení by měla mít žena možnost telefonické konzultace, pokud by měla nějaké pochybnosti nebo by se objevily nějaké nežádoucí účinky.

Nežádoucí účinky způsobené estrogeny:

- bolesti v prsech;
- retence tekutin;
- krvácení ze spádu;
- křeče v dolních končetinách.

Nežádoucí účinky způsobené gestageny:

- bolesti v prsech;
- retence tekutin;

- zvýšená chuť k jídlu;
- nadýmání;
- podrážděnost a agresivita;
- úzkost, deprese.

Hormonální léčba nezpůsobuje v žádné své formě zvýšení hmotnosti, na váze přibývají i ženy, které hormonální léčbu neužívají. Protože v menopauze dochází ke zpomalování tělesného metabolismu a chemických reakcí. (10,17)

4.2 Nehormonální léčba

Dnes máme mnohem více možností, jak si poradit s nepříjemnými příznaky menopauzy. Klasická medicína nám nabízí hlavně tzv. substituční hormonální terapií, ale také přírodní léčba menopauzy uleví od potíží, jakými jsou návaly horka a noční pocení. (15)

4.2.1 Doplnky stravy

1. *Vitamín E* nás chrání proti onemocnění srdce tím, že brání LDL („špatný“ cholesterol) ukládání do tepen, zmírňuje návaly horka, suchost pochvy a citlivost prsů.
2. *Vápník* je nezbytný pro udržení silných kostí, a působí tedy preventivně proti osteoporóze.
3. *Hořčík* snižuje riziko srdečního onemocnění a krevní tlak, pokud berete doplňky s vápníkem měly byste užívat i hořčík, protože jejich nerovnováha snižuje účinky obou.
4. *Vitamín D* absorbuje vápník, proto je nezbytné, aby se vitamín D užíval společně s vápníkem.
5. *Vitamín C a flavonoidy* jsou rostlinná barviva, které působí jako antioxidanty, snižují silné menstruační krvácení hlavně v období blízké menopauzy. Také pomáhají při výkyvech nálad a návalech horka.(15)

4.2.2 Byliny

Je mnoho bylinek, které mohou v období menopauzy ženám pomoci. V některých kulturách slovo menopauza neexistuje. Při projevení příznaků se užívají léčivé rostliny a další postupy vedoucí k úpravě tělesné rovnováhy. Klimakterium je pouze další životní etapa, má vlastní speciální potřeby, ale jinak je přirozenou součástí života.

Příčinou toho, že ženy v období menopauzy prožívají takové otřesy, je snad způsob života v moderním světě. V některých tradičních kulturách k tomuto stupni opotřebenosti prostě nedochází. Strava je přirozenější a neobsahuje tolik tuků, cukrů a aditiv, voda a vzduch je čistější a lidé méně vystaveni vlivům znečišťujícím životní prostředí.

Je také pravděpodobné, že při výběru „přírodní“ cesty všichni často přemýšlejí zavedeným moderním způsobem a doufáme, že existuje nějaká pilulka, která odstraní všechny naše potíže a změní náš život, ta ale neexistuje. Pravdou je, že přirozený postoj ke zdravému životu vyžaduje trochu našeho úsilí.(15)

Herbář pro menopauzu

Bylinné léčiva se mohou používat v mnoha formách, nejčastěji jsou však připravovány jako tinktury. Jejich podávání je velice jednoduché, jsou trvanlivé, rychle se vstřebávají. Někteří bylináři dávají spíše přednost výluhům za studena, nálevům a odvarům. Jsou používány hlavně u lidí citlivých na alkohol nebo na extrakty bez příměsí alkoholu, třeba olejové.

1. *Ploštičník větevnatý (cimicifuga racemosa)* – tato bylina omezuje nepříjemné projevy premenstruačního syndromu a menopauzy, hlavně návaly horka a deprese. Má protizánětlivé účinky. Je dobrou všeobecnou volbou, proto že obsahuje fytoestrogeny, které jí pasují na skutečnou bylinnou hormonální léčbu. Také pomáhá zmírnit bolest při zánětu

kloubů a může pomoci i při syndromu dráždivého tračníku. Tuto léčbu musí předepsat lékař.

2. *Drmek obecný (vitex agnus-castus)* – středomořský keř známý jako mnišský pepř. V menopauze se užívá jako prostředek, který udržuje hormonální rovnováhu. Působí proti bolesti prsou. Je zvláště vhodný k léčbě obtíží na začátku přechodu. Před začátkem užívání je dobré poradit se s lékařem.(15,17)
3. *Dong quasi (angelica sinensis)* – je to jedna z nejdůležitějších tonizujících rostlin z čínských bylin. Myslíme, že povzbuzuje hypofýzu a tak udržuje hormonální rovnováhu. Uplatňuje se při mnoho gynekologických potížích a v průběhu menopauzy, při menstruačních bolestech a při léčbě myomů. Také se jí říká andělka čínská.
4. *Srdečník obecný (leonurus cardiaca)* – také buřina srdečník, rostlina tiší potíže při menopauze, jako je napětí a úzkosti. Snižuje hladinu cholesterolu, ochraňuje a uklidňuje také srdce. (15)
5. *Kontryhel obecný (alchemilla vulgarit)* – tato bylina může zpomalit a dokonce zastavit silné krvácení. U žen v menopauze někdy dochází k tomu, že menstruace je častější a mnohem silnější, někdy není mezi periodami žádná přestávka a krvácení probíhá neustále. V těchto případech kontryhel pomůže. Pomáhá při návalech, pocení, psychické labilitě, podrážděnosti, depresích, ztrátě libida.(15,17)
6. *Jetel luční (triforium pretense)* – je znám vysokým obsahem fytoestrogenů, proto je považován za vynikající prostředek hormonální fototerapie, jako ploštičník větevnatý. Vzhledem k tomu, že obsahuje kumarin, má schopnost pročistit a dokonce naředit krev. Proto se nesmí užívat s léky, které snižují krevní srážlivost.(15)
7. *Eleuterokok ostnatý (eleutherococcus senticisus)* – lidově se mu říká sibiřský ženšen, pomáhá regulovat a udržovat systémy organismu v rovnováze. Má stimulační účinky na nervový systém, na ženské i mužské pohlavní orgány a na imunitu. Působí proti depresím.
8. *Třezalka tečkovaná (hypericum perforatum)* – v současnosti je třezalka známá jako antidepresivum. V menopauze může zmírnit pocety špatné nálady, melancholii, nervozitu, pomáhá uklidnit a uvolnit psychické napětí, nervovou únavu a tiší paniku. Má také protizánětlivé účinky. Při užívání

je třeba vyhýbat se pobytu na sluníčku, způsobuje přecitlivělost na sluneční záření.(13,15,17)

4.2.3 Další alternativa

Akupunktura

Akupunktura používá systém čtrnácti energetických drah, které probíhají tělem, na nich se rozpoznávají blokády životní energie (čchi). Poté vpíchnutí velmi jemných jehel do určitých akupunkturních bodů se napraví proudění čchi celým systémem. „Podle WHO je prokázán prospěšný vliv akupunktury na bolesti kloubů, bolesti dolních částí zad, revmatoidní artritidu a jiné vleklé bolesti“.Phillipsová, 2005,s.199)

Reflexologie

Je založena na stimulaci reflexních bodů na chodidlech, tyto body odpovídají tělesným orgánům podle tzv. reflexní mapy. Je účinná u bolestí zad, poruch spánku, migrény, hormonální nerovnováhy a stresových stavů. Podle některých reflexologů dochází k rozpadu a uvolnění kyseliny močové nebo jiných nečistot nahromaděných v chodidlech a tak ke zlepšení orgánů.

Jóga

Jóga je známá jako soubor cvičení, ale má také léčebné účinky a může to být vlivná cesta k podpoře těla při jeho základních změnách. Na jógu by se mělo pohlížet jako na holistický systém, který harmonizuje a revitalizuje organismus jako celek. Přináší prospěch nejen tělu, ale i mysli. Pro ženy v menopauze se doporučuje trénink nenásilný, pomalý a bez velkého úsilí. (13,15)

5 ŽIVOTNÍ STYL

O životním stylu často mluvíme, přesto je pro nás jeho definice obtížná. Jistě sem patří snaha o zdravé stravování, přiměřené pohybové aktivity, minimalizace návykových látek a škodlivin, pitný režim.(7)

5.1 Zdravá výživa

Ve stáří je zažívací ústrojí méně efektivní a trávení trvá déle. Naše tělo si již neumí poradit s potravinami, které obsahují množství kalorií, ale málo živin. Nejzdravější dieta v menopauze je vyvážená a plnohodnotná strava, která obsahuje čerstvé potraviny jako obilniny, ovoce, zeleninu, semínka, ořechy, mořské plody, libové maso, ryby a příležitostně vejce. Měly by jsme se zaměřit na vytváření diety bohaté na nezpracované polysacharidy, ke kterým se může jako doplněk přidat bílkovina.

V menopauze dochází ke zpomalování tělesného metabolismu a chemických reakcí, proto je nezbytné mít dostatečný příjem vitaminů a minerálů. Správná dieta může účinně a blahodárně ovlivňovat klimakterické příznaky.(17,19)

Energetické potřeby ženy se liší podle věku, váhy a aktivity. Průměrná energetická potřeba žen ve věku 19 a 50 let je 1940 kilokalorií a pro ženy nad 50 let je to 1900 kilokalorií. Je nutné, aby byl kalorický příjem rozdělen do celého dne. Jíst malé porce a často je nejlepší způsob, jak udržet stabilní hladinu cukru v krvi a předejít pocitu hladu. Žena by měla přijmout 300 kilokalorií ke snídani, 400 k obědu, k večeři 500 a dvě svačiny, z toho každá s hodnotou okolo 80 kilokalorií. (15)

5.1.1 Nutriční potřeba

Člověk potřebuje k udržení života a optimálního zdraví stravu založenou na optimálním příjmu tří základních živin, to jsou bílkoviny (proteiny), tuky (lipidy) a cukry (sacharidy). Poměr těchto základních živin v denním příjmu by měl být přibližně: *bílkoviny 15%, tuky 30%, sacharidy 55%* (8)

Bílkoviny

Slouží jako základní stavební jednotka tkání. Mezi jejich nejdůležitější funkce patří štěpení potravy, zajišťování hormonálních pochodů v organismu (inzulín, tyroxin), udržování acidobazické rovnováhy a činnost imunitního systému. Bílkoviny získáváme z masa, luštěnin, sýra, mléčných výrobků, vajec, ořechů. Denní příjem bílkovin se u dospělého člověk pohybuje okolo 0,8 - 1,2 g/kg/den. (7, 9)

Sacharidy

Jak vidíme z poměru živin, jsou právě sacharidy nejpodstatnější živinou co do množství přijaté energie. Sacharidy můžeme rozdělit na mono-, di-, oligo- a polysacharidy. Ve stravě bychom měli dávat přednost polysacharidům před tzv. jednoduchými cukry (monosacharidy). Jelikož sacharidy ovlivňují hladinu glukózy v krvi (cukru v krvi) je podstatný glykemický index potravin. Výhodnější jsou sacharidy s nízkým glykemickým indexem, protože se pomaleji vstřebávají do krve a jen zvolna zvyšují množství inzulínu, který umožňuje postupný vstup glukózy do buněk. Mezi potraviny s nízkým glykemickým indexem patří – těstoviny, basmeti rýže, sladké brambory, celozrnné pečivo, luštěniny. (7,9)

Tuky

Slouží jako zásobní a dlouhodobý zdroj energie. Poskytuje mastné kyseliny (MK), chrání přes ztrátami tepla, slouží jako přenašeč vitamínů rozpustných v tucích (vitamíny A,D,E,K), podílí se na tvorbě hormonů a prostaglandinů, poskytuje ochranu orgánům. Tuky dělíme na nasycené mastné kyseliny, mononenasyčené mastné kyseliny a polynenasycené mastné kyseliny. nasycené MK se nacházejí v sádle, másle, mase, mléku, smetaně a sýrech. Tyto MK zvyšují riziko kornatění tepen a srdečně cévních onemocnění z důvodu zvyšování cholesterolu v krvi. (9)

Vláknina

Vláknina je nedílnou součástí potravy. Podporuje střevní peristaltiku a tím zabraňuje distenzím, plynatosti a nadýmání, které postihuje mnoho žen v menopauze. Také napomáhá zabraňovat střevním komplikacím, jako je divertikulitida (zánětlivé střevní onemocnění) a syndromu dráždivého tračníku. Vlákna nám dávají pocit sytosti a uspokojení, díky tomu napomáhá ovládat chuť k jídlu. Je mnoho důkazů o tom, že ženy, které drží dietu s vysokým obsahem vlákniny netrpí tak často na různé druhy rakoviny, včetně rakoviny tlustého střeva a prsu. Doporučená dávka je 25-30 gramů vlákniny za den (19, 25)

Ovoce a zelenina

Ovoce a zelenina jsou bohaté na vlákniny, vitamíny a minerály, podle Světové nadace pro výzkum rakoviny strava bohatá na ovoce a zeleninu může předcházet až o 20% všem rakovinným onemocněním. Za den by jsme měli zkonsumovat 2-4 porce ovoce a 3-5 porcí zeleniny. Podle WHO doporučuje každý den sníst 400 gramů ovoce a zeleniny (15,22)

Vápník

Mléčné výrobky jsou důležitým zdrojem vápníku. V období menopauzy vlivem poklesu hladiny estrogenu se zvyšují ztráty vápníku z kostí, a proto jsou ženy náchylnější k osteoporóze. Ženám po čtyřicítce, které neužívají hormonální substituční terapii (HRT) je doporučeno, aby denně užívaly 1500 mg vápníku, ženám, které HRT užívají 1000 mg a ženám po šedesátce aby užívaly 1200 mg. Vápník je důležitý pro zdraví kostí, srdce, pomáhá proti vysokému tlaku a snižuje hladinu tuku v krvi. Je možné ho získat konzumací pestré stravy, jako jsou fazole, hrášek, listová zelenina, ryby, semínka, sýry, celozrnné pečivo, jogurty, sušené polotučné mléko.(15,19)

5.2 Kouření

Také s kouřením je důležité přestat, avšak nejlepší je s ním vůbec nezačínat. Kuřačky mají klimakterium dříve než nekuřačky. Nejspíš to je způsobeno tím, že kouření snižuje vylučování estrogenů vaječníky. Také pravděpodobně nikotin aktivuje enzymy v játrech a ty metabolizují pohlavní hormony, které jsou rychleji vylučovány z těla. Kouření má také negativní vliv na kosti. Podle posledních studií je prokázán vztah mezi kouřením a sníženou kostní hmotou, je to způsobené zvýšenou hladinou kortizolu, který tak víc odbourává kostní hmotu. Kouření zvyšuje riziko zlomenin a zlomeniny se hůře hojí. (19,27)

5.3 Pohybová aktivita

Cvičení je bez pochyb to nejlepší pro ženu v období menopauzy, protože příznivě působí nejen na krevní oběh, udržuje sílu a zdraví kostí, snižuje hladinu cholesterolu a udržuje ženu v kondici. Cvičení nám napomáhá žít déle a lépe. Jak žena prochází různými obdobími života, tak se potřeba a druh pohybové aktivity mění. Přínosem pravidelného cvičení je nejen fyzická, ale také psychická pohoda, protože mozek při cvičení uvolňuje látky zvané endorfiny, které blokují signály bolesti a vyvolávají příjemné pocity a tím napomáhají udržet si pocit duševní pohody a čilosti.

Výhody pravidelného cvičení

- Snížení rizik kardiovaskulárního onemocnění
- Udržení síly a pevnosti svalů
- Snížení cholesterolu v krvi
- Prevence cukrovky
- Lepší spánek
- Pružnost kloubů a zdraví kostí

Každý typ cvičení do jisté míry naplňuje všechny tyto cíle, některé ale víc než ostatní. Máme různé typy cvičení, které můžeme rozdělit do kategorií a to

aerobní cvičení, posilovací cvičení, protahování neboli strečink a cvičení rovnováhy. Pohybová aktivita má být prováděna pravidelně, proto je důležité vybrat si takový druh aktivity, který ženu těší, který má spojenou s dobrými pocity. Dospělý člověk by měl cvičit nejméně 30 minut pět či více dní v týdnu. (14,15,19,20)

5.3.1 Aerobní cvičení

Zlepšuje celkovou činnost kardiovaskulárního systému a tím napomáhá prevenci civilizačních chorob. Zlepšuje kondici, spaluje tuky, ale nejdůležitější je, že zlepšení kondice má okamžitý vliv na zdraví. Posiluje srdeční sval, který do těla pumpuje více krve. Srdce pracuje výkonněji a pulz se zpomaluje. Také díky pravidelnému aerobnímu cvičení se zvyšuje kapacita plic, plíce dokážou pojmout více kyslíku a odvádí více oxidu uhličitého. Proto se ženy méně zadýchávají. Mezi aerobní cvičení patří cyklistika, tanec, step, plavání, jogging, nicméně mezi nejjednodušší cvičení patří chůze.

Chůze

Svižná chůze je ve srovnání s ostatními aktivitami šetrnější. Chůze nám kromě posilování srdce zvyšuje množství potřebného cholesterolu v krvi, snižuje krevní tlak a působí preventivně proti srážení krve a tvoření trombů (sraženin). Posiluje svaly a kosti, posiluje imunitní systém a může pozitivně působit proti depresím. Výhodou je, že tuto aktivitu můžeme provozovat kdekoliv, jako jsou park, běžecká dráha, město, obchodní dům a nevyžaduje speciální vybavení.

Kondiční chůze

Spočívá v dosažení tempa, kdy se nám zrychlí tep a dechová frekvence. Při kondičním cvičení pracuje většina svalů našeho těla s největší zátěží na dolní končetiny. Je důležité držet správný postoj. Vždy se dívejte přímo před sebe s bradou mířící dopředu, paže by se měly volně hýbat podél těla, nebo být ohnuté do pravého úhlu. Před chůzí je dobré se nejprve rozehrát. (15, 24)

Jogging

Je velmi pomalý běh, který se doporučuje 20-30 minut třikrát týdně. Jogging zvyšuje hustotu kostních minerálů a to především v páteři a v bocích, posiluje svaly, snižuje kardiovaskulární onemocnění, snižuje stres a pohybem na čerstvém vzduchu posiluje imunitu. Opět je důležité před během se zahřát kdy si uvolníme svaly a klouby. (15,26)

Plavání

Plavání snižuje zátěž na klouby a tím je velmi vhodné pro osoby s nadváhou a pro lidi s kloubními a kostními problémy. Je vhodné stanovit si rytmus plavání, ten je důležitý pro zdatnost a výdrž. Cákání při plavání je znakem špatné techniky a vede k rychlému vyčerpání. Styl plavání prsa a znak je co se týče vytrvalosti lepší než populární kraul. (15)

5.3.2 Posilovací cvičení

Stejně důležité jako cvičení pro udržení kondice je i posilování svalů a výdrž. Zlepšuje celkovou tělesnou zdatnost a posiluje a formuje svaly. Silné svaly mají pro ženu přínos hlavně po menopauze a to z těchto důvodů:

1. Díky svalovým pohybům má kost sklon sílit. Silová cvičení jsou velmi efektivní pro zvýšení kostní hmoty a ke snížení kostním ztrátám;
2. V menopauze má naše tělo tendence přibývat na váze, dochází k méně efektivnímu spalování kalorií;
3. Svaly nás chrání před poraněním během každodenních činností, posilujeme-li trup, kdy se posilují svaly břicha a zad, napomáháme v prevenci bolesti zad a zlepšujeme postoj;
4. Snižuje riziko pádu a zlepšuje stabilitu;

Silové cvičení můžeme zacílit na různé svalové skupiny, proto můžeme tato cvičení provádět každý den, kdy jeden den posilujeme například ruce a druhý sen trup. Pokud budeme posilovat jen jednu část, je nutné nechat svaly dva dny

odpočinout, aby cvičení bylo efektivní. Proto se doporučuje posilovací cvičení provádět třikrát týdně.

Procvičovat bychom měly svaly trupu, horních končetin, krku a dolních končetin a to buď najednou nebo postupně. Víme, že svaly pracují v párech. Každý sval, který se kontrahuje (stahuje) má protichůdný sval, který relaxuje (uvolňuje se). Když chceme vykonat opačný pohyb, sval, který kontrahoval se nyní uvolňuje a ten, který relaxoval nyní kontrahuje. Pokud tyto svaly ztratí rovnováhu, mohou tělo táhnout mimo svojí osu. Program pro posilovací cviky by měl zahrnovat shyby pro břišní svaly, kliky pro posilování trupu a paží, dřepy pro pánev a stehna, posilování bicepsu a tricepsů, posilování kvadricepsu, skupiny zadních stehenních a lýtkových svalů.

5.3.3 Cvičení rovnováhy

U žen po menopauze je velké riziko osteoporózy a tím i zlomenin při pádu, proto je důležité zachovat si dobrou stabilitu. Postoj plameňáka je nejlepší způsob jak začít trénovat stabilitu, jedná se o to, jak dlouho vydržíte stát na jedné noze. Tento cvik se trénuje tak dlouho, dokud žena vydrží na jedné noze stát 30 sekund. Žena může také zdvihnout obě paže do stran. Pokud si bude jistá ve své stabilitě, může pokračovat v dřepu na jedné noze. Zprvu se žena může přidržovat při cvičení o stůl, židli, zeď nebo o kuchyňskou linku. Nakonec to může zkusit se zavřenýma očima.(15)

6 EDUKAČNÍ ČINNOST PAS

Edukace lze definovat jako proces vzdělávání, vychovávání či učení se, jejímž cílem je pozitivní změna ve vědomostech, postojích, návycích a dovednostech jedince. Edukace u jedince rozvíjí jeho postoje, potřeby, zájmy a chování.

Vymezení pojmů:

Edukant – subjekt učení;

Edukátor – aktér edukační aktivity;

Edukační prostředí – je místo, ve kterém se edukace vykonává;

Edukační konstrukty – jsou všechny plány, modely, předpisy, zákony, které určují edukační proces.

Edukace napomáhá k udržení nebo navrácení zdraví, k předcházení nemoci či ke zkvalitnění života jedince. „Edukace hraje významnou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevence“. (Juřeníková, 2010, s.11)

Primární prevence – edukace se zabývá zdravými jedinci, především prevencí nemoci a udržením zdraví, aby docházelo k zlepšení kvality života.

Sekundární prevence - edukace probíhá u již nemocných jedinců, snažíme se ovlivnit jejich vědomosti, dovednosti a postoje tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a nedošlo k možným komplikacím. Zaměřujeme se převážně na dodržování léčebných režimů, prevenci recidivy nemoci a udržení soběstačnosti klienta.

Terciální prevence – edukace v terciální prevenci je zaměřena na jedince, kteří mají již trvale a nevratně poškozené zdraví. Zaměřuje se především na zlepšování kvality života nemocných.

Edukační činnost v ošetrovatelské praxi můžeme rozdělit na základní, reedukační a komplexní. *Základní edukaci* rozumíme předávání nových vědomostí či dovedností klientovi, to vede ke změně hodnotového žebříčku i postojů jedince. *Za reedukační edukaci* považujeme takovou edukaci, při které navazujeme na již nabitě vědomosti a dovednosti, které dále prohlubujeme.

Komplexní edukace je taková edukace, která předává klientovi ucelené vědomosti a dovednosti. Tyto dovednosti vedou k zlepšení nebo udržení zdraví.

6.1 Fáze edukačního procesu

Zpravidla se dělí na pět fází.

1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky – Edukátor se snaží zjistit míru vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta. Pro zjištění těchto informací edukátor využívá sběr dat formou pozorování či rozhovoru. Tato fáze je důležitá pro stanovení budoucích cílů.
2. Fáze projektování – V této fázi edukátor plánuje své cíle, volí si metodu, formu, obsah edukace, pomůcky a časový rámec.
3. Fáze realizace – V této fázi je důležitá motivace edukanta, nejde jen o předávání informací, ale i o aktivní zapojení edukanta. Edukant se snaží dané vědomosti a dovednosti používat, lektor si tím ověřuje pochopení daného učiva.
4. Fáze upevnění a prohlubování učení – Tato fáze je nezbytná pro zapamatování si nového učiva, 50% osvojených dovedností zapomeneme do druhého dne. Proto je důležité, abychom si nové učivo opakovali a procvičovali tak, aby došlo k jeho fixaci.
5. Fáze zpětné vazby – V této fázi hodnotíme dosažení cílů, osvojení požadovaných dovedností a vědomostí. Můžeme hodnotit zpětnou vazbu mezi námi a edukantem.

6.2 Cíle edukace

Ošetřovatelské cíle jsou předpokládané, očekávané změny chování klienta, kterých se má edukací dosáhnout. Správná formulace cílů napomáhá k efektivnímu plánování. Jasně a konkrétní formulování cílů umožňuje objektivní kontrolu výsledků a operativní diagnostiku změn ve struktuře vědomostí, dovedností, návyků, postojů a názorů účastníka edukačního procesu.

6.2.1 Stanovení cílů v oblasti:

1. kognitivní – je to osvojení si vědomostí a rozumových schopností;
2. psychomotorické – formulace pohybových, pracovních a jiných dovedností;
3. afektivní – získávání postojů, názorů, hodnotové orientace.

Kognitivní oblast podle Bloomova taxonomie zahrnuje šest uspořádaných cílů:

1. Zapamatování : edukant bude po ukončení vzdělávání schopen interpretovat faktické údaje, pravidla, postupy, vzorce, termíny a jiné poznatkové formy;
2. Porozumění : edukant bude po ukončení vzdělání schopen formulovat osvojené učivo ve formě pojmů, pravidel, pouček, uvést konkrétní příklad, vysvětlit vlastními slovy;
3. Aplikace : edukant bude po ukončení vzdělávání schopen aplikovat poznatky na daném problému , navrhnout řešení a jeho realizace, znalost pracovního postupu, plánovat postup řešení problémů;
4. Analýza : edukant bude po ukončení vzdělávání schopen analyzovat problém na jasné a nejasné prvky a najde vztahy mezi nimi;
5. Syntéza : „edukant bude po ukončení vzdělávání schopen vytvářet poznatkové struktury, kombinovat jejich jednotlivé prvky, vyhledávat prvky z mnohých pramenů a funkčně je integrovat v souladu se zadaným problémem“; (Bastl,1997,s.9)
6. Hodnotící posouzení : edukant bude po ukončení vzdělávání schopen posoudit hodnotu myšlenek, tvůrčích metod práce, hodnotit nové pracovní postupy, porovnat problém s normou a vytvořit odpovídající závěry pro jeho další optimalizaci.

Psychomotorická oblast podle Daveova taxonomie:

1. Imitace – edukant je schopen na základě pozorování, si osvojit psychomotorické dovednosti, napodobit danou činnost jednotlivých úkonů;
2. Manipulace – edukant je schopen vykonat danou činnost na základě

- slovního pokynu a postupně se zdokonaluje v této činnosti;
3. Zpřesňování – edukant je schopen vykonat danou činnost téměř samostatně, činnost je stále přesnější;
 4. Koordinace – edukant je schopen vykonat požadovanou činnost vcelku samostatně a plynule;
 5. Automatizace – edukant si již zautomatizoval některé složky této osvojované psychomotorické činnosti.

Afektivní (postojová) oblast podle Krathwohlova taxonomie:

1. Vnímavost – edukant věnuje pozornost určitým jevům nebo stimulům a ochotně je vnímá, na této úrovni se učení klientů zaměřuje správným směrem, postupně stimuly vnímají pozorněji;
2. Reagování – edukant má zvýšený zájem o dané stimuly a jevy, projevuje přitom určitou aktivitu a tato činnost mu přináší uspokojení;
3. Oceňování hodnoty – u edukanta dochází k interiorizaci (zvnitřnění) hodnoty prožitku, postoje apod., uznává danou hodnotu, vytváří se tak pozitivní postoj;
4. Integrovaní hodnot – edukant začleňuje hodnoty do soustavy, určuje jejich pořadí, vytváří se základ hodnotového systému klienta;
5. Interiorizace hodnot v charakteru – utváří se hierarchie hodnot edukanta, má již vyhraněné chování.

6.3 Formy edukace

Rozeznáváme dva základní způsoby forem edukace a to individuální a skupinové.

- *Individuální edukace* – výhodou je možnost navození velice úzkého kontaktu mezi nemocným a zdravotníkem, možnost individualizování plán edukace stejně jako jeho přizpůsobení se nastalé situaci nemocného, jeho stavu a průběhu onemocnění. Tento způsob je ale značně časově a ekonomicky náročný.

- *Skupinová edukace* – je to systém, kdy lektor rozdělí edukanty do skupin, nejvhodnější je skupina o 4-6 členech. Výhodou je, že si skupina při zadaných úkolech pomáhá, navzájem se povzbuzuje. Nevýhodou této edukace je nemožnost přísně individualizovaného přístupu. Lektor pozoruje práci skupiny a může do ní zasáhnout.

6.4 Co vše si musí edukátor uvědomit

1. Koho bude edukovat – lektor uvažuje, koho do edukace zahrne, všímá si jeho věku, pohlaví, národnosti, vzdělání, individuální zvláštnosti, hendikepu.
2. Proč bude člověka edukovat. – lektor se musí zamyslet nad potřebami edukanta a vymezit si své cíle edukace.
3. Co ho chce naučit, jaký bude obsah edukace
4. Kdy edukovat – posloupnost edukace a časový rozsah, v jakých časových jednotkách (v jakém rozsahu).
5. Jak bude edukovat – lektor si musí zvolit vhodné metody a postupy, kterými bude edukovat (beseda, shlédnutí DVD, ...).
6. Za jakých podmínek bude edukovat – lektor se musí zamyslet, v jakém prostředí bude edukace probíhat, příprava prostředí (teplo, světlo, klid, soukromí, ...), příprava pomůcek.
7. S jakými očekávanými výsledky bude edukovat. – lektor se musí zamyslet jakým způsobem bude práci hodnotit a jaké hodnocení zvolí.

6.5 Hodnocení edukačního procesu

Je to poslední fáze edukačního procesu. Nejčastěji hodnotí lektor edukanta, hodnotí dosažené výsledky, osvojení si znalostí, jeho dovednosti, postoje. Efektivní edukace znamená to, že edukant využívá nových znalostí, dovedností a postojů, které mají pozitivní vliv na jeho zdraví. Hodnocení edukace se může provádět, jak během edukace, tak na jejím konci.(1,12)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo zjistit nejčastější problémy žen a jejich informovanost o problematice klimakteria. Zajímala jsem se, zda by ženy uvítaly kurzy o této problematice. Dále jsem se zabývala výskytem osteoporózy u žen a možnostech její prevence a užíváním hormonální substituční terapie. Také se zabývám životním stylem a edukací žen.

8 Hypotézy

H 1 Předpokládám, že víc jak 50% žen bude jako nejčastější problém uvádět návaly horka a noční pocení.

H 2 Domnívám se, že o problematice klimakteria jsou ženy informovány na 75%.

H 3 Předpokládám, že by ženy takové kurzy uvítaly a navštěvovaly by je.

H 4 Předpokládám, že ženy nejsou dostatečně informovány o problematice osteoporózy.

H 5 Domnívám se, že ženy nedostatečně dbají na zdravý životní styl v menopauze.

9 Vzorek respondentek

Výzkumné šetření jsem prováděla u žen od 45 věku, tedy v období časného klimakteria, tak u postmenopauzálních žen, až do období senia. Pro vyhodnocení informací jsem si vybrala formu anonymních dotazníků. Dotazník obsahuje 23 otázek, které jsem sestavila na základě stanovených cílů a předpokládaných výsledků. Otázky byly zaměřené na nejčastější problémy žen v tomto období, problematiku osteoporózy a její léčbu a prevenci a na zdravý životní styl. Ve většině otázek mohly respondentky volit z nabízených možností jednu či více odpovědí.

10 Metodika výzkumu

Dotazníkové šetření jsem prováděla v období od listopadu 2010 do ledna 2011 a bylo určeno laické veřejnosti. Dotazníky jsem dala do dvou domovů pro seniory ve Strakonících, do dvou gynekologických ambulancí a část dotazníků svým známým a rodině. Celkem jsem rozdala 110 dotazníků, vrátilo se mi jich 96, z důvodu špatného vyplnění otázek v dotazníku jsem nakonec použila pro grafické znázornění výsledků 85 dotazníků.

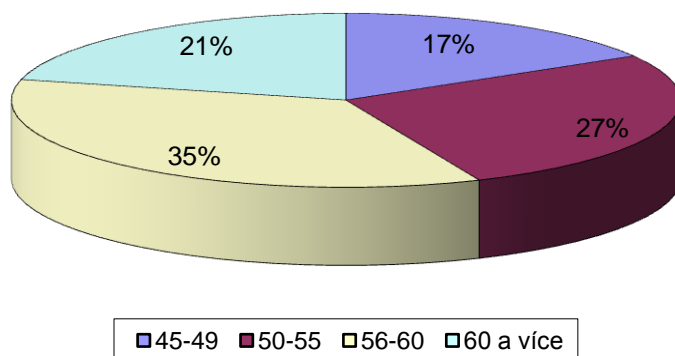
Pro svoji práci jsem si vybrala dotazníkovou metodu sběru dat z důvodu možnosti velkého množství respondentek, rychlého sběru dat a anonymitě žen, pro které může být toto období choulostivé.

11 ANALÝZA DOTAZNÍKŮ

Otázka č. 1: Váš věk?

Tabulka číslo 1. Věk respondentek

Věk respondentek	počet odpovědí	počet odpovědí v %
45-49	14	17%
50-55	23	27%
56-60	30	35%
60 a více	18	21%
celkem	85	100%



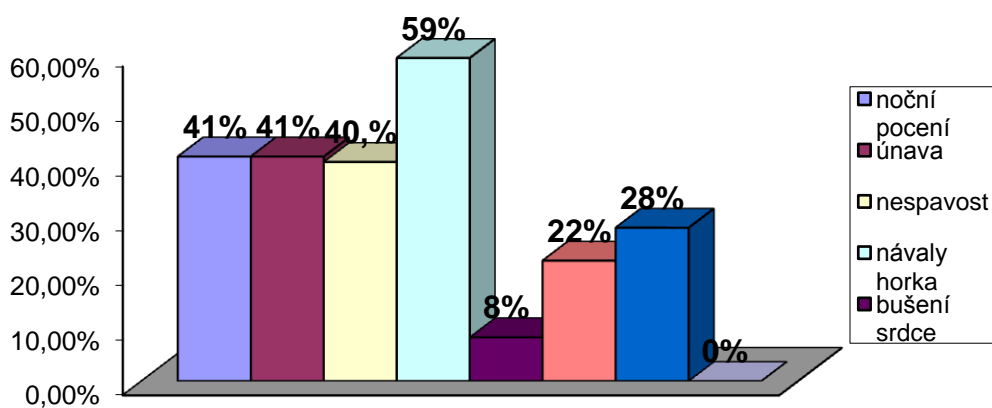
Graf 1: Věk respondentek

Dotazníkového průzkumu se zúčastnilo celkem 85 respondentek (100%). Z toho 17% (14) ve věku 45-49 let, 27% (23) žen ve věku 50-55 let, 35% (30) žen ve věku 56-60 let a 21% (18) žen ve věku 60 a více let.

Otázka č. 2: Jaké jsou Vaše nejčastější potíže v klimakteriu?

Tabulka č. 2: Nejčastější potíže v klimakteriu

Nejčastější obtíže	počet odpovědí	počet odpovědí v %
noční pocení	35	41%
únava	35	41%
nespavost	34	40%
návaly horka	50	59%
bušení srdce	7	8%
výkyvy nálad	19	22%
bolesti hlavy	24	28%
jiné	0	0%



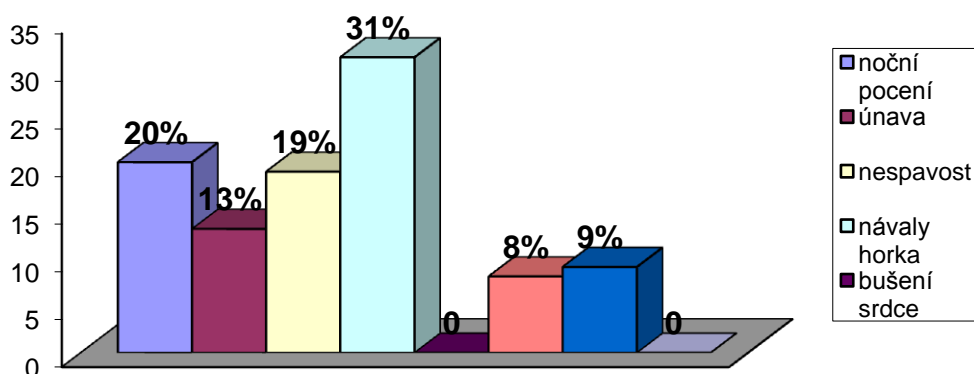
Graf č. 2 Nejčastější potíže v klimakteriu

V této otázce mohly ženy vybrat více odpovědí. Na tomto grafu vidíme, že mezi nejčastější potíže žen patří návaly horka a to v 59% (50), noční pocení obtěžuje 41% (35) žen, dále ženy uvádějí únavu a to 41% (35), nespavost 40% (34), bolesti hlavy 28% (24), výkyvy nálad 22% (19), bušení srdce 8% (7) a 0% (0) bolesti zad.

Otázka č. 3: Která z předchozích uvedených odpovědí Vás obtěžuje nejvíce?

Tabulka č. 3 Které obtíže v klimakteriu ženy nejvíce obtěžují.

Ženy nejvíce obtěžují	počet odpovědí	počet odpovědí v %
nočná pocení	17	20%
únava	11	13%
nespavost	16	19%
návaly horka	26	31%
bušení srdce	0	0%
výkyvy nálad	7	8%
bolesti hlavy	8	9%
jiné	0	0%
celkem	85	100%



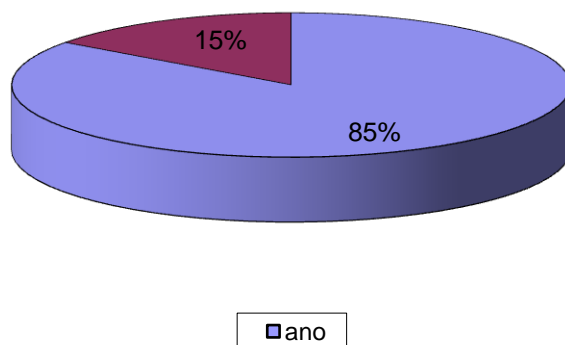
Graf 3: Které obtíže v klimakteriu ženy nejvíce obtěžují.

V mém šetření nejvíce ženy v klimakteriu obtěžují návaly horka, které uvedlo 31% (26) žen. Dále 20% (17) žen nejvíce obtěžuje noční pocení, 19% (16) žen trápí nespavost, 13% (11) žen pociťují únavu, bolesti hlavy uvádí 9% (8) žen, 8% (7) žen pociťují výkyvy nálad.

Otázka číslo 4: Myslíte si, že máte dostatečné informace o klimakteriu?

Tabulka č. 4: Informovanost žen o problematice klimakteria

Pocit nedostatku informací	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano	72	85%
ne	13	15%
celkem	85	100%



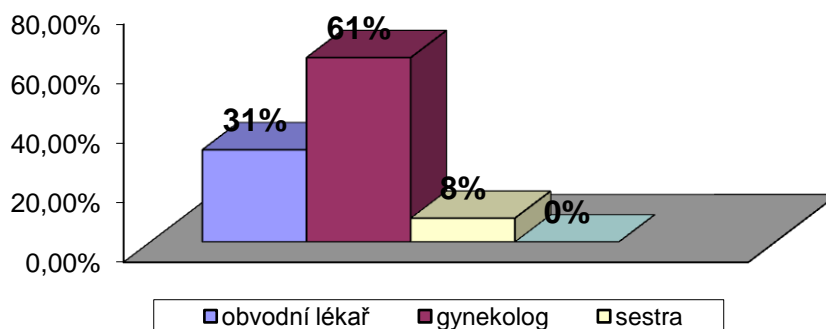
Graf č. 4 Informovanost žen o problematice klimakteria

Z uvedeného grafu vyplývá, že 85% (72) žen nepocituje nedostatek informací o problematice klimakteria a 15% (13) žen pocituje deficit informací o této problematice.

Otázka č. 5: Pokud jste odpověděla ne, od koho byste se chtěla o klimakteriu dozvědět?

Tabulka č. 5: Od koho se chtějí ženy dozvědět informace o klimakteriu

Informační zdroje pro získání informací	počet odpovědí	počet odpovědí v %
obvodní lékař	4	31%
gynekolog	8	61%
sestra	1	8%
internet	0	0%
časopis	0	0%
celkem	13	100%



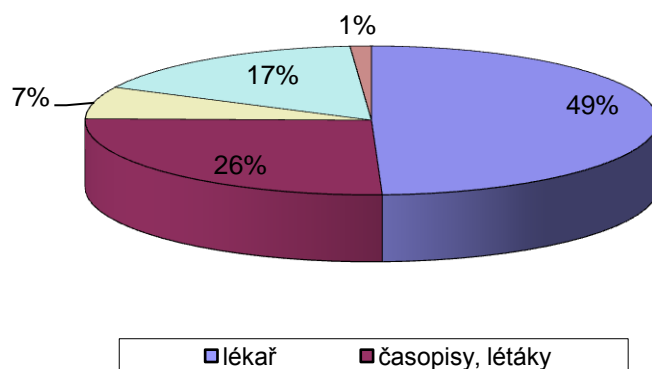
Graf č. 5: Od koho se chtějí ženy dozvědět informace o klimakteriu

Na tuto otázku odpovídaly jen ženy, které v předchozí otázce odpověděly „ne“ a to bylo 15% (13) respondentek. Nejvíce žen a to 61% (8) odpovědělo, že informace o klimakteriu by se chtěly nejraději dozvědět od svého gynekologa, 31% (4) ženy od svého obvodního lékaře a 8% (1) žen od sestry. Na nabízené možnosti internet a časopis neodpověděla žádná žena.

Otázka č. 6: Od koho jste dostala informace o klimakteriu?

Tabulka č. 6: Od koho ženy získaly informace o klimakteriu

Informační zdroje pro získání informací	počet odpovědí	počet odpovědí v %
lékař	42	49%
časopisy, letáky	22	26%
internet	6	7%
přátelé	14	17%
jiné	1	1%
celkem	85	100%



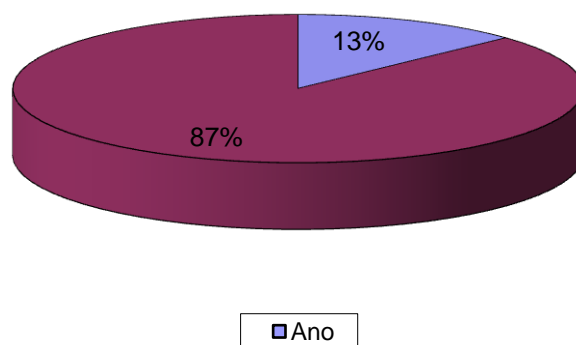
Graf č. 6: Od koho ženy získaly informace o klimakteriu

Z průzkumu vyplívá, že 49% (42) žen získalo informace o této problematice od svého lékaře, 26% (22) žen uvedlo, že informace čerpaly z časopisů a letáků, 17% (14) žen získaly informace od svých přátel, z internetu získalo informace 7% (6) žen a 1% (1) žen získalo informace z odborné literatury.

Otázka č 7: Slyšela jste někdy o kurzech pro ženy v klimakteriu?

Tabulka č. 7: Informace o kurzu pro ženy

Informovanost o kurzech pro ženy	počet odpovědí	počet odpovědí v %
Ano	11	13%
Ne	74	87%
celkem	85	100%



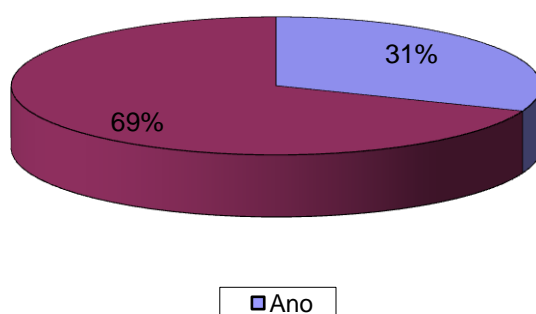
Graf č. 7: Informace o kurzu pro ženy

Z průzkumu vyplývá, že 87% (74) žen dosud neslyšely o kurzech pro ženy v klimakteriu, 13% (11) žen odpovědělo, že o takových kurzech již slyšelo.

Otázka č. 8: Pokud by takový kurz vznikl, navštěvovala byste ho?

Tabulka č. 8: Ochota žen navštěvovat kurzy

Navštěvovaly by ženy takové kurzy	počet odpovědí	počet odpovědí v %
Ano	26	31%
Ne	59	69%
celkem	85	100%



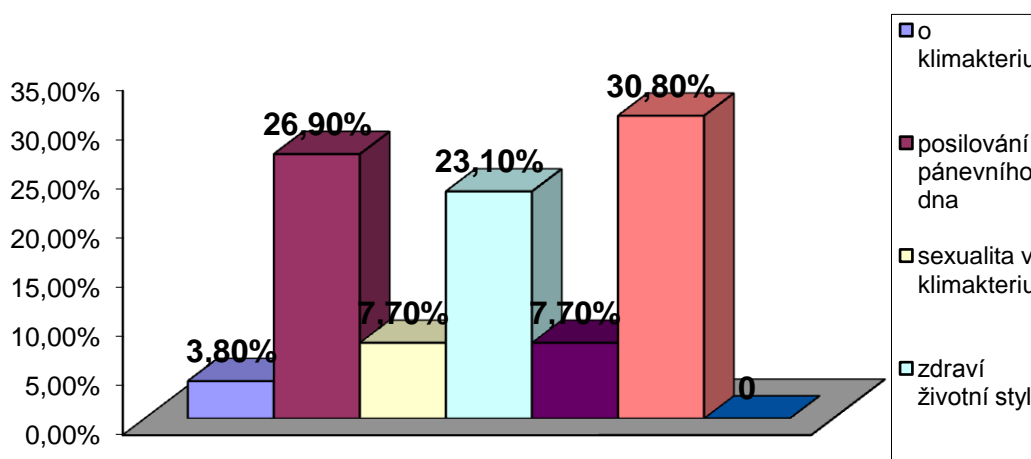
Graf č. 8: Ochota žen navštěvovat kurzy

Z tabulky a grafu vyplývá, že 69% (59) žen by nebylo ochotných takový kurz navštěvovat, 31% (26) žen by bylo ochotno kurz navštěvovat.

Otázka č. 9: Pokud ano, o čem byste se chtěla nejvíce dozvědět?

Tabulka č. 9: O čem se chcete na kurzech dozvědět

O čem se chcete na kurzech dozvědět	počet odpovědí	počet odpovědí v %
o klimakteriu	1	3,80%
posilování pánevního dna	7	26,90%
sexualita v klimakteriu	2	7,70%
zdraví životní styl	6	23%
hormonální substituční terapie	2	7,70%
výživa	8	30,80%
jiné	0	0%
celkem	26	100%



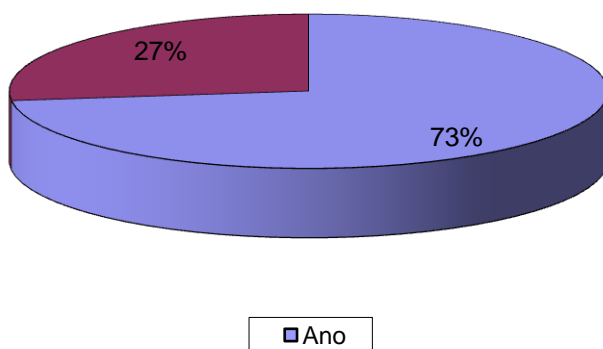
Graf č 9: O čem se chcete na kurzech dozvědět

Na tuto otázku odpovídaly respondentky, které odpověděly kladně na otázku č. 8 a to je 31% (26). 30,8% (8) žen uvádí výživu, 23,1% (6) žen má zájem dozvědět se o životním stylu, 26,9% (7) žen o posilování pánevního dna, 3,8% (1) žen uvedlo klimakterium, 7,7% (2) žen má zájem dozvědět se o sexualitě v klimakteriu a stejný počet žen o hormonální substituční terapii.

Otázka č. 10: Byla byste ochotní za takový kurz zaplatit?

Tabulka č. 10: Ochota žen zaplatit za kurz.

Ochota zaplatit za kurz	počet odpovědí	počet odpovědí v %
Ano	19	73%
Ne	7	27%
celkem	26	100%



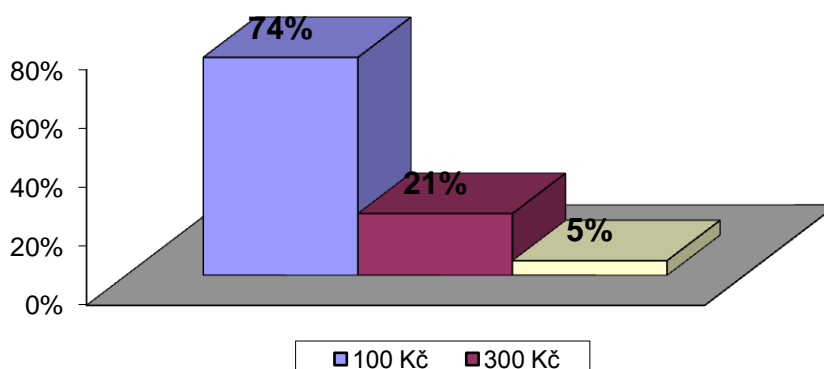
Graf č. 10: Ochota žen zaplatit za kurz.

Na tuto otázku odpovídaly jen ty ženy, které odpověděly kladně na otázku č. 8 a to bylo 31% (26) žen. Na následující tabulce a grafu vidíme, že 27% (7) žen by nebyly ochotné za kurz zaplatit, 73%(19) žen by za kurz zaplatily.

Otázka č. 11: Pokud ano, kolik byste byla ochotná zaplatit?

Tabulka č. 11: Za jednu lekci by ženy zaplatily.

Byly by ochotné zaplatit za 1 lekci	počet odpovědí	počet odpovědí v %
100 Kč	14	74%
300 Kč	4	21%
500 Kč	1	5%
celkem	19	100%



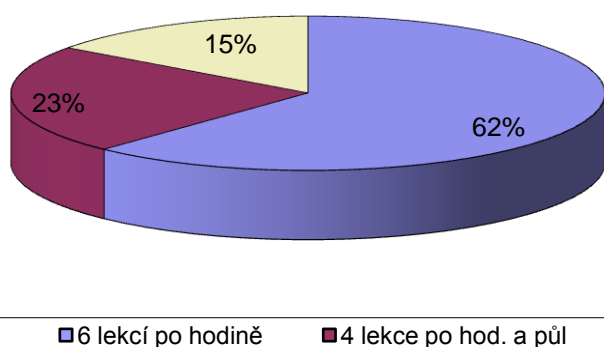
Graf č. 11: Za jednu lekci by ženy zaplatily.

Na tuto otázku odpovídaly jen ženy, které odpověděly „ano“ v předchozí otázce a to bylo 73% (19) žen. Z tabulky a grafu vyplývá, že 74% (14) žen by za jednu lekci zaplatily 100 korun, 21% (4) žen by bylo ochotno zaplatit za jednu lekci 300 korun a 500 korun za lekci by zaplatilo 5% (1) žen.

Otázka č. 12: Jak dlouhý kurz byste akceptovala?

Tabulka č. 12: Délka kurzu.

Délka kurzu	počet odpovědí	počet odpovědí v %
6 lekcí po hodině	16	62%
4 lekce po hod. a půl	6	23%
3 lekce po dvou hod.	4	15%
celkem	26	100%



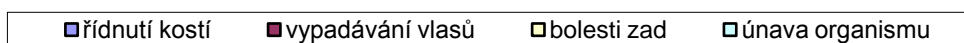
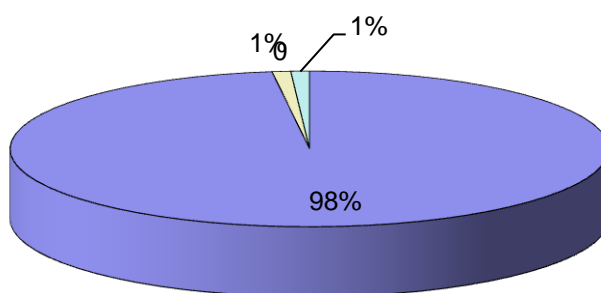
Graf č. 12: Délka kurzu.

Na tuto otázku odpovídaly respondentky, které odpověděly kladně na otázku č. 8, bylo to 31% (26) žen. Z průzkumu vyplývá, že 62% (16) respondentek by uvítalo kurz, který by byl rozdělen do 6 lekcí po jedné hodině, 23% (6) žen by akceptovalo 3 lekce po dvou hodinách a 4 lekce po hodině a půl by uvítalo 15% (4) žen.

Otázka č. 13: Víte co znamená pojem osteoporóza?

Tabulka č. 13: Informovanost žen o pojmu osteoporóza.

Co je pojem osteoporóza	počet odpovědí	počet odpovědí v %
řidnutí kostí	83	98%
vypadávání vlasů	0	0%
bolesti zad	1	1%
únava organismu	1	1%
celkem	85	100%



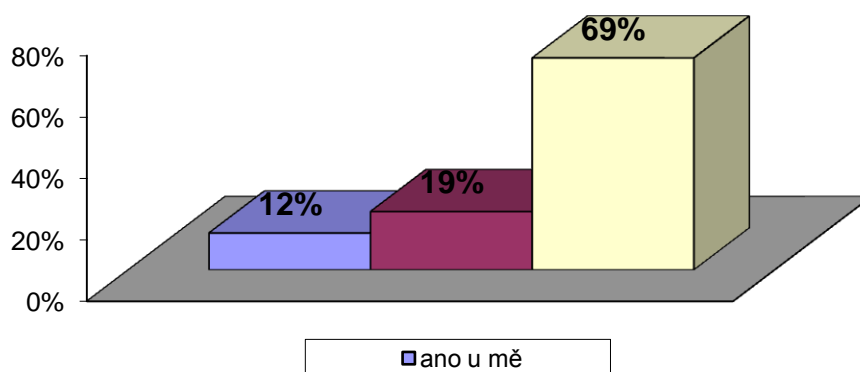
Graf č. 13: Informovanost žen o pojmu osteoporóza.

Na následující tabulce a grafu vidíme informovanost žen o pojmu osteoporóza, kde 98%(83) žen uvedlo, že osteoporóza je řidnutí kostí, 1% (1) žen uvedlo, že pod pojmem osteoporóza si představují bolesti zad a únava organismu. Na nabízenou odpověď vypadávání vlasů neodpověděla žádná z respondentek.

Otázka č. 14: Vyskytli se u Vás nebo ve Vaší rodině příznaky osteoporózy?

Tabulka č. 14: Výskyt osteoporózy.

Výskyt osteoporózy	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ano u mě	10	12%
ano v rodině	16	19%
ne	59	69%
celkem	85	100%



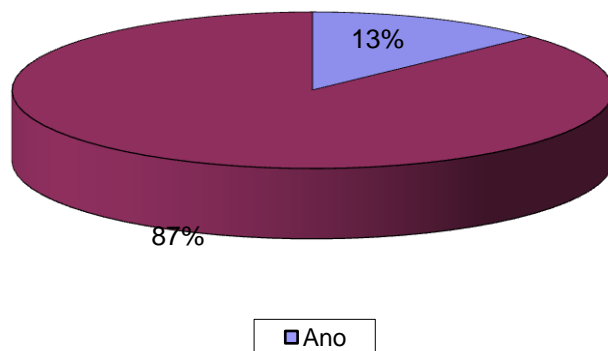
Graf č. 14: Výskyt osteoporózy.

V následující tabulka a graf znázorňuje výskyt osteoporózy u respondentek a v jejich rodině. U 69% (59) žen se příznaky osteoporózy neprojeví, 19% (16) žen uvedlo, že se osteoporóza objevila u nich v rodině a u 12% (10) žen se osteoporóze objevila.

Otázka č. 15: Užíváte léky na osteoporózu?

Tabulka č. 15: Užívání léků na osteoporózu

Užívání léků na osteoporózu	počet odpovědí	počet odpovědí v %
Ano	11	13%
Ne	74	87%
celkem	85	100%



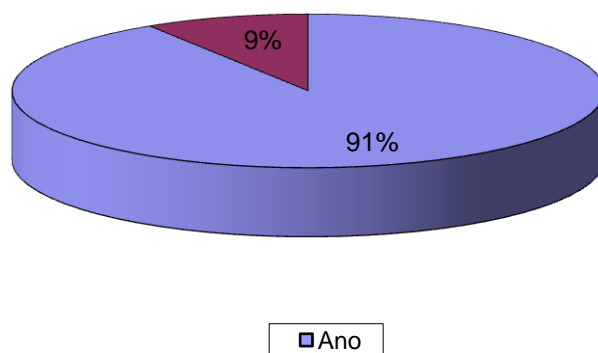
Graf č. 15: Užívání léků na osteoporózu

Z průzkumu vyplývá, že 13% (11) žen užívá léky na osteoporózu a 87% (74) žen léky neužívají.

Otázka č. 16: Při následném vyšetření kostí se potvrdilo, že léky mají pozitivní účinek?

Tabulka č. 16: Pozitivní účinky léků.

pozitivní účinek léků	počet odpovědí	počet odpovědí v %
Ano	10	91%
Ne	1	9%
celkem	11	100%



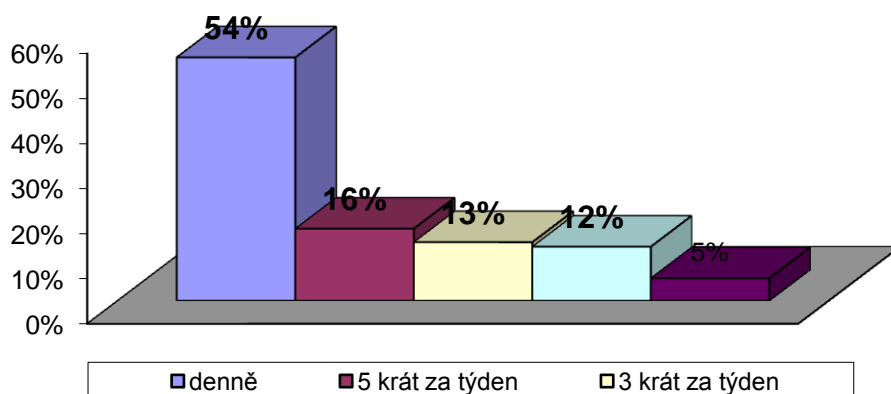
Graf č. 16: Pozitivní účinky léků.

Z průzkumu vyplívá, že léky na osteoporózu mají pozitivní účinek u 91% (10) žen a 9% (1) žen uvedlo, že léky nemají podle lékařského vyšetření kostní denzity pozitivní účinek.

Otázka č. 17: Chodíte na procházky, pěšky do práce nebo na nákup?

Tabulka č. 17: Pohybová aktivita.

Pohybová aktivita	počet odpovědí	počet odpovědí v %
denně	46	54%
5 krát za týden	14	16%
3 krát za týden	11	13%
1 krát za týden	10	12%
jezdí pouze autem	4	5%
celkem	85	100%



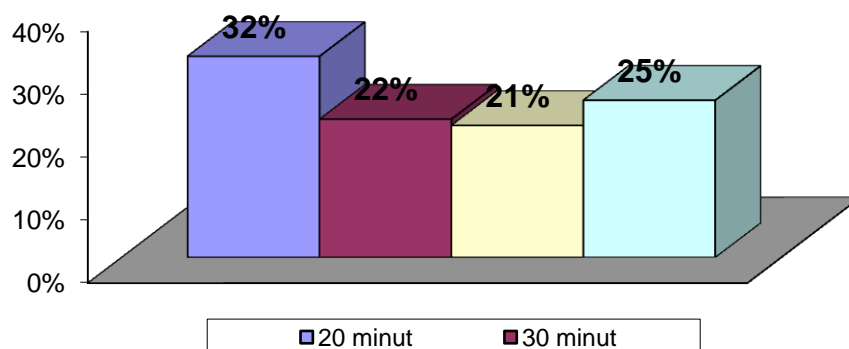
Graf č. 17: Pohybová aktivita.

Z průzkumu vyplývá, že 54% (46) žen chodí na procházky, pěšky na nákupy nebo do práce denně, 16% (14) žen chodí 5 krát za týden, 13% (11) žen 3 krát a 12% (10) žen 1 krát za týden a 5% (4) žen jezdí pouze autem.

Otázka č. 18: Pokud odpovíte kladně na předchozí otázku, jak dlouho trvá?

Tabulka č. 18: Délka procházek.

Jak dlouho trvá	počet odpovědí	počet odpovědí v %
20 minut	26	32%
30 minut	18	22%
40 minut	17	21%
40 a více minut	20	25%
celkem	81	100%



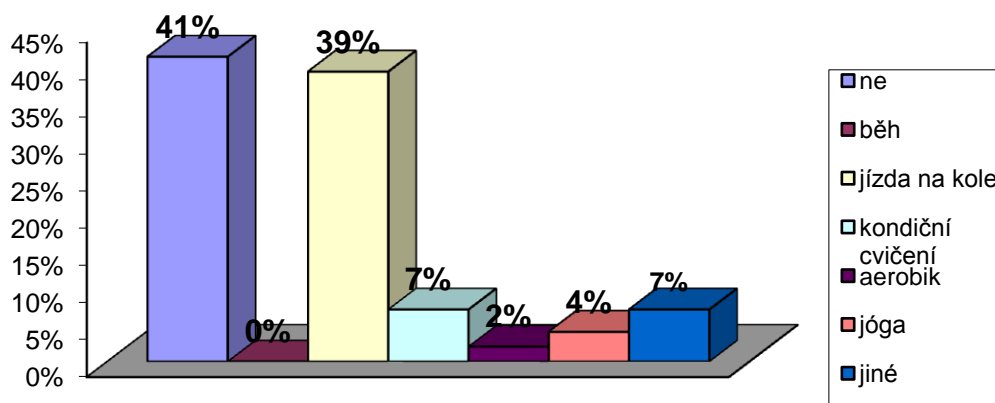
Graf č. 18: Délka procházek.

Na tuto otázku odpovídaly respondentky, které v předchozí otázce odpověděly kladně, bylo to 95% (81) žen. Nejčastěji ženy uváděly, že jejich procházky trvají 20 minut a to 32% (26) respondentek, 25% (20) žen chodí na 40 a více minutové procházky, 22% (18) žen chodí 40 minut a 21% (17) žen na 30 minutové procházky.

Otázka č. 19: Vykonáváte nějakou další fyzickou aktivitu?

Tabulka č. 19: Další fyzická aktivita.

Další fyzická aktivita	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ne	35	41%
běh	0	0%
jízda na kole	33	39%
kondiční cvičení	6	7%
aerobik	2	2%
jóga	3	4%
jiné	6	7%
celkem	85	100%



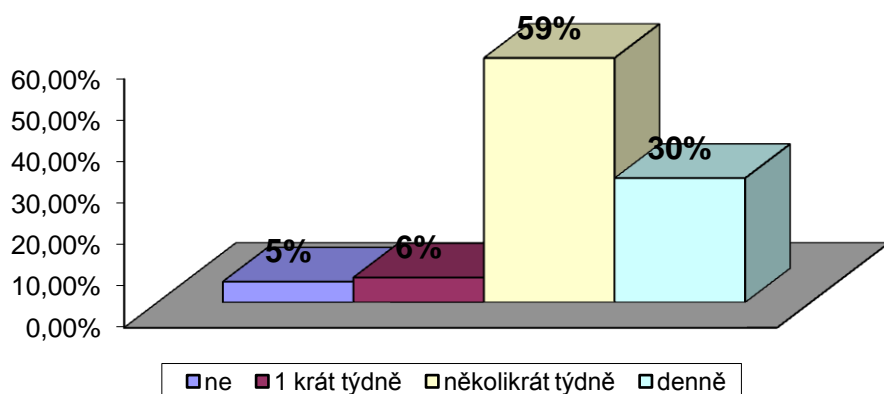
Graf č. 19: : Další fyzická aktivita.

41% (35) žen nevykonává žádnou jinou aktivitu, 39% (33) žen jezdí na kole, 7% (6) žen se věnuje zahrádce a plavání, 4% (3) žen cvičí jógu, 7% (6) se věnuje kondičnímu cvičení, 2% (2) chodí na aerobik a 0% (0) žen běhá.

Otázka č. 20: Konzumujete mléčné výrobky?

Tabulka č. 20: Konzumace mléčných výrobků

Konzumace mléčných výrobků	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ne	4	5%
1 krát týdně	5	6%
několikrát týdně	50	59%
denně	26	30%
celkem	85	100%



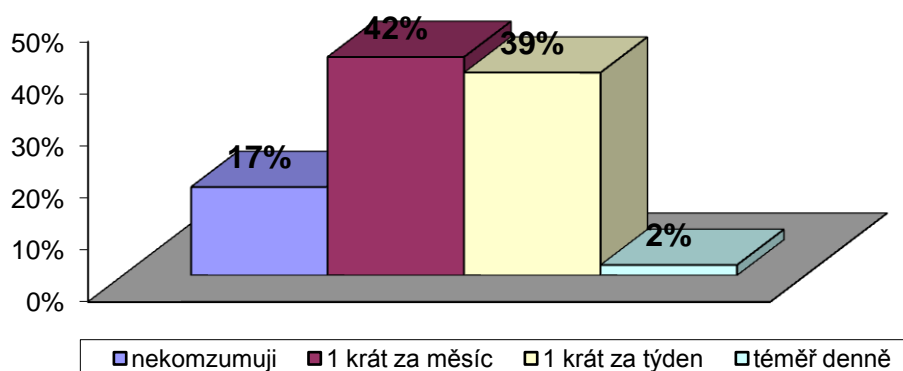
Graf č. 20: Konzumace mléčných výrobků

Ze 100% (85) dotázaných žen odpovědělo 59% (20), že konzumují mléčné výrobky několikrát týdně, 30 % (26) žen denně, 6% (5) žen 1 krát týdně a 5% (4) nekonzumuje mléčné výrobky.

Otázka č. 21: Jak často konzumujete ryby jako je tuňák, makrela, losos

Tabulka č. 21: Konzumace ryb.

Konzumace ryb	počet odpovědí	počet odpovědí v %
nekonzumuji	14	17%
1 krát za měsíc	36	42%
1 krát za týden	33	39%
téměř denně	2	2%
celkem	85	100%



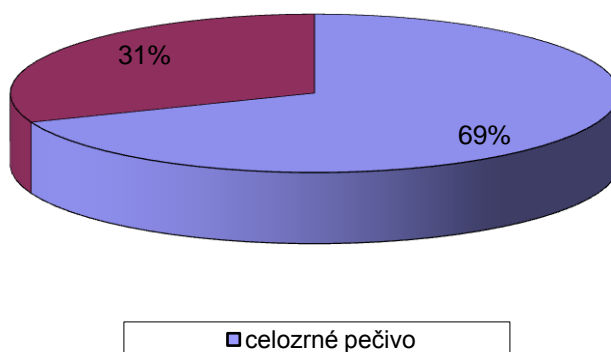
Graf č. 21: Konzumace ryb.

Z tabulky a grafu vyplývá, že ryby jako je losos, tuňák nebo makrela konzumuje nejvíce žen 1 krát za měsíc a to 42% (36), 1 krát týdně 39% (33) žen, ryby nekonzumuje vůbec 17% (14) žen a 2% (2) žen konzumují ryby téměř denně.

Otázka č. 22: Čemu dáváte přednost?

Tabulka č. 22: Jakému pečivu dáváte přednost.

Jakému pečivu dáváte přednost	počet odpovědí	počet odpovědí v %
celozrnné pečivo	59	69%
pečivo z bílé mouky	26	31%
celkem	85	100%



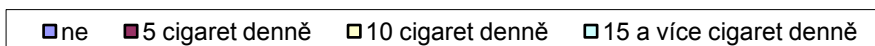
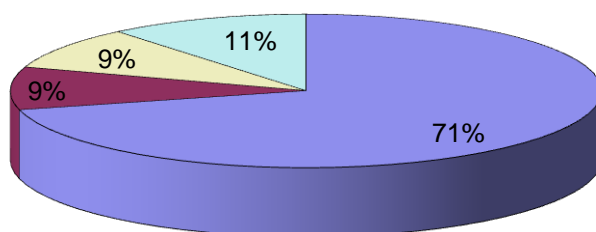
Graf č. 22: Jakému pečivu dáváte přednost.

V následující tabulce a grafu vyplývá oblíbenost konzumace celozrnného pečiva 69% (59) před pečivem z bílé mouky 31% (26).

Otázka č. 23: Kouříte?

Tabulka č. 23: Kouříte

Kouříte	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ne	60	71%
5 cigaret denně	8	9%
10 cigaret denně	8	9%
15 a více cigaret denně	9	11%
celkem	85	100%



Graf č. 23: Kouříte.

Na následující tabulce a grafu můžeme vidět, že 71% (60) respondentek uvedlo, že nekouří, 11% (9) žen kouří 15 a více cigaret a 9% (8) žen odpovědělo, že kouří 5 a 10 cigaret denně.

Analýza dotazníků žen, které udaly, že trpí osteoporózou

Dotazníkového průzkumu se zúčastnilo 85 žen tj. 100%, z toho 10 žen tj. 12% udalo, že trpí osteoporózou. Zajímalo mě jaký je životní styl těchto žen, a proto jsem otázky týkající se životního stylu rozdělila do přehledných tabulek.

Otázka č.1 Váš věk

Tabulka věku žen trpící osteoporózou

věk respondentek	počet odpovědí	počet odpovědí v %
45-49	0	0%
50-55	2	20%
56-60	2	20%
60 a více	6	60%
celkem	10	100%

Podle tabulky osteoporózou nejčastěji trpí ženy ve věkové kategorii 60 a více let, je to 60% a 20% žen ve věku 50 až 60 let. Ženy ve věku 45 až 49 udávají, že osteoporózou netrpí.

Otázka č. 17: Chodíte na procházky, pěšky do práce nebo na nákup?

Tabulka. Pohybová aktivita.

pohybová aktivita	počet odpovědí	počet odpovědí v %
denně	7	70%
5 krát za týden	1	10%
3 krát za týden	2	20%
1 krát za týden	0	0%
jezdí pouze autem	0	0%
celkem	10	100%

Z průzkumu vyplývá, že 70% žen trpící osteoporózou chodí na procházky denně, 20% žen 3 krát denně a 10% 5 krát denně. Možnost 1 krát týdně a jezdím pouze autem neoznačila žádná žena trpící osteoporózou.

Otázka č. 18: Pokud odpovíte kladně na předchozí otázku, jak dlouho trvá?

Tabulka. Délka procházek.

jak dlouho trvají	počet odpovědí	počet odpovědí v %
20 minut	2	20%
30 minut	3	30%
40 minut	2	20%
40 a více minut	3	30%
celkem	10	100%

Z tabulky vyplývá, že 30% žen chodí na procházky, které trvají 30 a 40 a více minut. 20ti a 40ti minutové procházky udalo 20% žen.

Otázka č. 19: Vykonáváte nějakou další fyzickou aktivitu?

Tabulka č. 19: Další fyzická aktivita.

další fyzická aktivita	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ne	5	50%
běh	0	0%
jízda na kole	4	40%
kondiční cvičení	0	0%
aerobik	0	0%
jóga	1	10%
jiné	0	0%
celkem	10	100%

50% žen udává, že další fyzickou aktivitu nemají. 40% žen jezdí na kole a 10% žen chodí na jógu.

Otázka č. 20: Konzumujete mléčné výrobky?

Tabulka. Konzumace mléčných výrobků

konzumace mléčných výrobků	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ne	1	10%
1 krát týdně	0	0%
několikrát týdně	6	60%
denně	3	30%
celkem	10	100%

Z průzkumu vyplývá, že 60% žen konzumuje mléčné výrobky několikrát týdně, 30% denně a 10% udává, že mléčné výrobky nekonzumuje vůbec. Na odpověď 1 krát týdně neodpověděla žádná žena.

Otázka č. 21: Jak často konzumujete ryby jako je tuňák, makrela, losos

Tabulka č. 21: Konzumace ryb.

konzumace ryb	počet odpovědí	počet odpovědí v %
nekonzumuji	3	30%
1 krát za měsíc	5	50%
1 krát za týden	2	20%
téměř denně	0	0%
celkem	10	100%

V této tabulce vidíme, že 50% žen jí ryby 1 krát za měsíc, 30% žen je nejí vůbec a 20% žen jí ryby 1 krát za týden. Téměř denně nejí ryby žádná žena.

Otázka č. 22: Čemu dáváte přednost?

Tabulka č. 22: Jakému pečivu dáváte přednost.

jakému pečivu dáváte přednost	počet odpovědí	počet odpovědí v %
celozrnné pečivo	8	80%
pečivo z bílé mouky	2	20%
celkem	10	100%

V tabulce vidíme, že 80% žen dává přednost pečivu z celozrnné mouky a 20% žen má raději pečivo z mouky bílé.

Otázka č. 23: Kouříte?

Tabulka č. 23: Kouříte

kouříte	počet odpovědí	počet odpovědí v %
ne	8	80%
5 cigaret denně	1	10%
10 cigaret denně	0	0%
15 a více cigaret denně	1	10%
celkem	10	100%

Z průzkumu vyplývá, že 80% žen nekouří, 5 a 15 a více cigaret denně udává 10% žen a 10 cigaret za den neuvádí žádná žena.

DISKUZE

V této části se bakalářská práce zamýšlí nad stanovenými cíli a hypotézami, na základě vyhodnocených informací z dotazníkového šetření zkoumá, zda byly hypotézy potvrzeny či vyvráceny.

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že víc jak 50% žen bude jako nejčastější problém uvádět návaly horka.

Hypotéza č. 2

Domnívám se, že o problematice klimakteria jsou ženy informovány na 75%. (hypotézou se zabývají otázky č. 2,3,4,5,6)

Z celkového počtu 85 respondentek tj. 100%, udává 59% žen, že trpí v menopauze návaly horka, Dr. M. Stoppardová ve své knize (18) uvádí, že návaly horka se vyskytují u více než 85% žen, ale jejich četnost a závažnost kolísá od ženy k ženě. Myslím si, že tento rozdíl je dán intenzitou návalů, citlivostí a vnímáním ženy. Z výzkumu na podobné téma (23) vyplývá, že nočním pocením trpí 35,36% žen, únavou 40,24%, nespavostí 46,34% žen, 23,17% žen uvádí výkyvy nálad, bolest hlavy 18,29% žen a bušení srdce 10,97%. Výsledky mého výzkumu se o od již zmíněného výzkumu (23) znatelně nelišily. V první hypotéze jsem předpokládala, že víc jak 50% žen nejčastěji trpí návaly horka. Tím se první hypotéza potvrdila.

Dále jsem se zajímala, zda jsou ženy v období klimakteria informovány o změnách, které toto období přináší. Předpokládala jsem, že ženy budou udávat informovanost v 75%. V šetření 85% ženy uvedlo, že jsou informovány o období klimakteria. Tím se má hypotéza potvrdila. Také jsem se zajímala, od koho ženy tyto informace dostaly, nejvíce žen uvedlo od lékaře a to 49% žen. Ženy, které se cítily nedostatečně informované, by nejraději získaly informace od svého gynekologa, tento fakt uvedlo 62% i ve výzkumu na podobné téma (23) došlo ke stejnému výsledku. Rozdíl nastal v informovanosti žen, podle šetření (23) ženy nejsou dostatečně informované a to v 56%, může to být zapříčiněno jinou lokalitou, kde byl výzkum proveden, nebo odlišností ve vzdělání a věku respondentek.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že by ženy takové kurzy uvítaly a navštěvovaly by je (hypotézou se zabývají otázky č. 7,8,9,10,11,12)

U této hypotézy jsem chtěla zjistit, zda by ženy uvítaly kurzy zaměřené na období menopauzy. Zajímalo mě, jestli by je ženy navštěvovaly a z šetření vyplývá, že ženy nemají zájem o takové kurzy a to v 69%. Ženy, které odpověděli kladně 31%, tedy, že by kurzy navštěvovaly, dále odpovídaly na otázky. Jedna z otázek zněla, co by se ženy v kurzech nejvíce chtěly dozvědět. 30% odpovědělo, že o výživě, 26,9% o posilování pánevního dna, 23,1% o zdravém životním stylu, 7,7% uvedlo, že se chtějí dozvědět o sexualitě v klimakteriu a o hormonální substituční léčbě a 3,8% o klimakteriu. Na základě těchto výsledku jsem vytvořila návrh na vznik takového kurzu a vytvořila jsem edukační plány na jednotlivé problematiky. Dále jsem se zajímala o to, jestli by za takový kurz zaplatily a kolik. 73% žen by za kurz zaplatily, 74% žen by byly ochotné zaplatit 100 Kč. 21% 300 Kč a 500 Kč. pouze 5% žen. Ideální délka kurzu pro 62% žen je 6 lekcí po hodině. Tuto hypotézu jsem neměla s čím srovnat, protože jsem nenašla další studii, která by se zabývala kurzy pro ženy v klimakteriu. Hypotéza se mi nepotvrdila, předpokládala jsem, že ženy uvítají takové to kurzy a budou je navštěvovat, také si myslím, že ochota zaplatit za jednu lekci 100 Kč. je velmi malá suma. Souhlasím, že nejvhodnější doba trvání kurzu by měla být 6 lekcí po hodině.

Hypotéza č. 4

Předpokládám, že ženy nejsou dostatečně informovány o problematice osteoporózy. (hypotézou se zabývají otázky č. 13,14,15,16)

Z průzkumného šetření vyplývá, že 98% žen zná pojem osteoporóza. Výskyt osteoporózy u respondentek je 12%, 19% žen udává, že se osteoporóza vyskytla v jejich rodině a 69% žen udává, že osteoporózou netrpí. Podle J. Jeníčka v jeho knize (10) osteoporózou trpí 7- 8% české populace. Také mě zajímalo, zda ženy užívají léky na osteoporózu. 87% žen uvedlo, že ne, 13% žen léky užívá a z toho 91% žen uvádí, že léky mají pozitivní účinek. Myslím si,

že nepatrný nárůst výskytu osteoporózy může být zapříčiněn věkem respondentek. V dnešním uspěchaném světě ženy nedbají na zdravý životní styl a s tím spojenou prevencí tohoto onemocnění. Z výzkumu vyplývá, že ženy jsou informované o této problematice, tím se má hypotéza nepotvrdila.

Pro zajímavost jsem zpracovala dotazníky žen, které udaly, že trpí osteoporózou, zajímalo mě jaký je jejich věk a životní styl. Zjistila jsem, že 60% žen je ve věku 60 a více a 20% žen je ve věku 50-55 a 56-60, ve věkové hranici 45-49 neudává žádná žena, že trpí tímto onemocněním. Dále je velmi příznivé, že tyto ženy chodí na procházky denně a to v 70%, 20% chodí 3 krát týdně a 10% 5 krát týdně. I délka procházek je příznivá pro prevenci osteoporózy, 30% žen chodí 30 a 40 a více minut a 20% chodí 20 a 40 minut. Na otázku zda vykonávají další fyzickou aktivitu 50% žen odpovědělo, že ne. Z průzkumu dále vyplývá, že ženy trpící osteoporózou v 60% konzumují mléčné výrobky několikrát týdně, denně je konzumuje 30% a 10% žen mléčné výrobky nekonzumuje vůbec, D. Frej ve své knize (9) uvádí, že se mají mléčné výrobky konzumovat několikrát týdně. Dále ženy udávají, že ryby konzumují 1 krát za měsíc v 50%, 30% žen ryby nejí a 20% jí ryby 1 krát za týden, D. Freje ve své knize (9) uvádí, že máme ryby jíst několikrát týdně. Také mě zajímalo, jaké pečivo ženy raději konzumují, vyšlo mi, že 80% žen dává přednost celozrnnému pečivu a 20% žen pečivu z bílé mouky. Z průzkumu také vyplývá, že 80% žen trpící osteoporózou nekouří, 10% žen kouří 5 a 15 a více cigaret. Myslím si, že ženy trpící tímto onemocněním dostatečně dbají na svůj životní styl. Dostatečně se věnují procházkám, které jsou nejdůležitější prevencí osteoporózy, konzumují dostatek mléčných výrobků, dávají přednost celozrnnému pečivu a převážná většina nekouří. Ale většina z nich nevykonává další fyzickou aktivitu a ryby podle D. Freje (9) nekonzumují dostatečně. Žena, která udala, že kouří 15 a více cigaret denně také nekonzumuje mléčné výrobky ani pokrmy z rybího masa a neudává další fyzickou aktivitu, je tedy pravděpodobné že tato žena osteoporózou trpí díky nesprávnému životnímu stylu.

Hypotéza č. 5

Domnívám se, že ženy nedostatečně dbají na zdravý životní styl v menopauze. (hypotézou se zabývají otázky č. 17,18,19,20,21,22,23)

Zdravý životní styl úzce souvisí s prevencí různých potíží v menopauze. Chtěla jsem zjistit, jestli se ženy správně stravují a jestli věnují volný čas pohybové aktivitě. Větší polovina to je 54% žen uvedlo, že chodí na procházky denně, 15% žen 5 krát za týden, 3 krát za týden 13%, 12% chodí 1 krát týdně a 5% ženy jezdí pouze autem. Důležitá je i délka procházky, u 32% žen procházky trvají 20 minut a 25% žen udává, že jejich procházky trvají více jak 40 minut. Toto zjištění mě velice potěšilo, je známo, že chůze je nejlepší prevence osteoporózy. Méně potěšující je fakt, že ženy v průzkumu udávají, že se dalším fyzickým aktivitám nevěnují a to 41%, 39% udává jízdu na kole. Další pohybovou aktivitu jako je běh, plavání, jóga a kondiční cvičení udává malé procento žen.

U zdravé výživy mě zajímala konzumace mléčných výrobků, vápník obsažen v těchto výrobcích je velmi důležitý pro zdraví kostí, srdce, pomáhá proti vysokému tlaku a snižuje hladinu tuku v krvi. Z průzkumu vyplývá, že 59% žen konzumuje mléčné výrobky několikrát týdně a 30% denně.

Také je důležitá v prevenci onemocnění srdce a cév konzumovat ryby. Ryby obsahují omega-3 mastné kyseliny, bílkoviny a hořčík. Také obsahují vitamín D, který je důležitou součástí prevence osteoporózy. Z průzkumu vyplývá, že 42% žen jí ryby 1 krát za měsíc a 39% 1 krát týdně.

Překvapivý je i fakt, že ženy v průzkumu udávají, že dávají přednost více celozrnnému pečivu oproti pečivu z bílé mouky. Jeho konzumace je také velmi důležitá v prevenci osteoporózy, obsahuje vlákninu, esenciální mastné kyseliny a křemík, který je podle P. Fořta v jeho knize (8) také důležitý v prevenci osteoporózy.

Dále mě zajímalo, jestli ženy kouří, a 71% žen uvedlo že ne. To mě velmi potěšilo, protože kouření má neblahé účinky na krevní oběh a kosti.

Moje hypotéza, že ženy se dostatečně nevěnují zdravému životnímu stylu se nepotvrdila. Z průzkumu vyplývá, že ženy se věnují jak pohybové aktivitě, především procházkám tak zdravé výživě a tím pomáhají prevenci osteoporózy a dalším onemocněním jako jsou karcinomy a onemocnění srdce a cév.

Doporučení pro praxi

V dnešní době se stále posouvá věková hranice obyvatelstva. Přibývá starších lidí, kteří potřebují naši péči. Za nejdůležitější determinant zdraví je dnes považován životní styl. Proto jsem vypracovala návrh na kurzy pro ženy v klimakteriu. K myšlence těchto kurzu mě přivedly již vzniklé kurzy pro těhotné ženy. Myslím si, že tyto kurzy by byly velmi vhodné pro ženy v období klimakteria. Tyto ženy také potřebují dostatek informací, mohou se v kurzu podělit s ostatními ženami o svých zkušenostech, se svými stesky a ve společnosti žen, které mají stejné potíže, se nemusejí stydět za své problémy.

Na základě toho jsem vypracovala návrh kurzu pro ženy ve středním a pokročilém věku, obsah jednotlivých lekcí a edukační plány s touto problematikou.(viz. příloha č. 2)

Kurz bych rozdělila na šest lekcí, kde by se ženy seznámily s pojmem klimakterium, s obtížemi spojenými s tímto obdobím, zdravým životním stylem v klimakteriu, s hormonálními a nehormonálními způsoby léčby a jejich výhodami a nevýhodami.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývá pojmem klimakterium, fyziologií a projevy spojenými s tímto obdobím. Dále se zabývá onemocněními, které jsou s klimakteriem spojené, především se zabývá osteoporózo. Také se práce zmiňuje o možnostech léčby v klimakteriu a to jak hormonální tak nehormonální léčbou. Práce je nejvíce zaměřena na životní styl žen v období klimakteria a to zejména na pohybovou aktivitu a zdravou výživu. Nedílnou součástí této práce je také edukační činnost porodní asistentky v klimakteriu.

Praktická část je založena na analýze dotazníkového šetření. V tomto průzkumu je práce zaměřena na nejčastější problémy žen v období klimakteria a na jejich informovanost. Také se zajímá, jestli by ženy byly ochotné navštěvovat kurzy o problematice klimakteria, kde by dostaly všechny potřebné informace a naučily se jak se správně stravovat a jak cvičit. Velice mě překvapilo, že ženy o takové kurzy nemají zájem. Dále se zajímá o problematiku osteoporózy, chtěla jsem zjistit kolik žen tímto onemocněním trpí a jestli užívají hormonální léčbu. Práce se nejvíce zaměřuje na životní styl žen v tomto období.

SEZNAM LITERATURY

1. BASTL, P. a ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997, 122 s. ISBN 80-7013-251-5
2. BEARD, M. K.; CURTIS, R., *Přechod a roky po něm*. 1. vyd. České Budějovice: Dona, 1995. 235 s. ISBN 80-85463-45-3
3. BROULÍK, P. *Osteoporóza a její léčba*. 2.vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7345-176-9
4. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, 280s. ISBN 80-7262-094-0
5. FAIT, T.; ŠNAJDROVÁ, M. a KOLEKTIV, *Estrogenní deficit*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 276 s. ISBN: 978-80-7345-128-8
6. FAIT, T. *Klimakterická medicína*. 15.vyd. Praha: Maxdorf, 2006, 103 s. ISBN 80-7345-001-8
7. FAIT, T. *Přechodem bez obav*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2010, 88s. ISBN 978-80-7345-219-3
8. FOŘT, P. *Tak co mám jíst?*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 417 s. ISBN 978-80-247-1459-2
9. FREJ, D. *Dietní sestra, diety ve zdraví a nemoci*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006, 309 s. ISBN 80-7254-537-X
10. JENÍČEK, J. *Hormonální substituční terapie a klimakterium*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 104 s. ISBN: 80-247-0133-2
11. JENÍČEK, J. *Žena v přechodu aneb ženou po celý život*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 89 s. ISBN: 80-7169-752-4
12. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77s. ISBN 978-80-247-2171-2
13. LONSDORFOVÁ, N. *Zralá žena – menopauza a ájurvéda*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008, 231 s. ISBN 978-80-7387-001-0
14. MACKŮ, F. a MACKŮ, J. *Gynekologové ženám*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1996, 261 s. ISBN 80-7169-323-5
15. PHILLIPSOVÁ, R. *Kniha knih o menopauze*. 1.vyd. Praha: Fortuna Print, 2005, 256 s. ISBN 80-7321-163-7

- 16.ROSENFELD, I. *Žijte nyní, stárněte později*.1.vyd.Praha:Pragma, 2001, 372 s. ISBN 80-7205-761-8
- 17.SCHNEIDER, S. *Hodným holkám začíná klimakterium, Ty druhé jdou dál*. 1.vyd.Praha:Pragma,1999.112 s. ISBN 80-7205-712-X
- 18.STOPPARDOVÁ, M. *Hormonální terapie při menopauze*. 1.vyd.Praha:Euromedia grup,2002,100 s. ISBN 80-249-0032-7
- 19.STOPPARDOVÁ, M. *Klimakterium*. 1.vyd.Bratislava: ina, 1995, 222 s. ISBN 80-85680-60-2
- 20.STOPPARDOVÁ, M. *Žena od A do Z*. 2.vyd.Martin:Neografia,1993, 383 s. ISBN 80-85-186-26-8
- 21.WINGERT,P.;KANTROWITZ,B. *The menopause book*. 1vyd.New York: Workman Publishing Company,2009,532 s. ISBN 978-0-7611-5598-0

Internetové zdroje

- 22.BAROCHOVÁ, P.2012. *Češi jedí málo ovoce a zeleniny, rakovina tlustého střeva je důkazem* (on line). (cit. 2012-02-14) Poslední revize 19.1.2012, Dostupné na: http://ona.idnes.cz/cesi-jedi-malo-ovoce-a-zeleniny-rakovina-tlusteho-streva-je-dukazem-1pe-/zdravi.aspx?c=A120119_083947_zdravi_pet
- 23.SMIČKOVÁ, Eva. Problémy žen v klimakteriu a možnosti jejich řešení (online). 2009 (cit. 2012-03-12). Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Šárka Urbánková. Dostupné na: http://is.muni.cz/th/231448/lf_b/.
- 24.TAUSSIG, J.2010. *Aerobní cvičení – co bychom měli vědět*(on line). (cit. 2012-01-23) Poslední revize 31.8.2010, Dostupné na: <http://www.sportvital.cz/sport/trenink/vytrvalost/aerobni-cviceni-co-bychom-meli-vedet/>
- 25.Zdravý jídelníček – vláknina(on line). (cit. 2012-03-01), dostupné na: <http://www.gda.cz/sekce-pro-spotrebitele/zasady-zdraveho-jidelnicku/vlaknina.html>
- 26.Jogging(on line). (cit. 2012-01-25), Dostupné na: <http://www.kilogramy.cz/jogging/>

27. Osteoporóza: další důvod, proč nekouřit(on line). (cit. 2011-12-21) Poslední revize: 1.12.2011, Dostupné na: <http://www.stop-koureni.cz/novinky/osteoporoza-dalsi-duvod-proc-nekourit-122>

28. Jak posilovat svaly pánevního dna(on line)?(cit. 2012-02-04) Poslední revize 27. 11. 2009, Dostupné na: <http://www.tantrajoga.estranky.cz/clanky/jak-posilovat-svaly-panevniho-dna /kegelovo-cviceni.html>

SEZNAM PŘÍLOH

1.příloha : Kegelovo cvičení

2.příloha : Edukační plány

3.příloha : Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha č. 1:

Kegelovo cvičení nebo Kegelovy cviky

Kegelovo cvičení je cvičení na posilování svalů pánevního dna a slouží k nápravě drobných anatomických odchylek, vzniklých např. po porodu nebo poklesem pánevního dna nejen během těhotenství. Cvičení může pomoci ženě inkontinenci zmírnit, nebo se jí dokonce i zbavit. Hlavně je vhodné myslet na prevenci a proto se tyto cviky doporučují hlavně v těhotenství jako příprava na porod. Ve skutečnosti by si měla být žena vědomá svého svalstva pánevního dna po celý život.

Toto cvičení má několik fází:

1. fáze - vizualizace

Pokuste se uložit si obraz pánevního dna do paměti tak, abyste si jej uměly kdykoliv během cvičení vybavit. Je důležité umět si představit, jak vypadá oblast, se kterou budete pracovat. Doporučujeme pokusit se o stažení konečníku a pochvy za průběžné kontroly zrcátkem.

2. fáze - relaxace

Vzhledem k obtížnosti nácviu izolovaného stahu konečníku a pochvy se doporučuje začínat vleže na zádech. V této poloze je provádění Kegelova cvičení nejjednodušší. Nohy pod kolena lze vypodložit (dekou nebo polštářem) tak, aby se snížilo napětí břišních svalů. Během relaxace se snažte soustředit na oblasti pánevního dna.

3. fáze - izolace

Izolace představuje nácvik odděleného stahu konečníku a pochvy. Důležité je, aby nedocházelo k záměně stahu pánevního dna za práci břišních a hýžděových svalů. V průběhu cvičení je nutné dbát na pravidelné dýchání. Pro nácvik izolace doporučujeme klientkám taktéž cvičit zadržení proudu moči při močení.

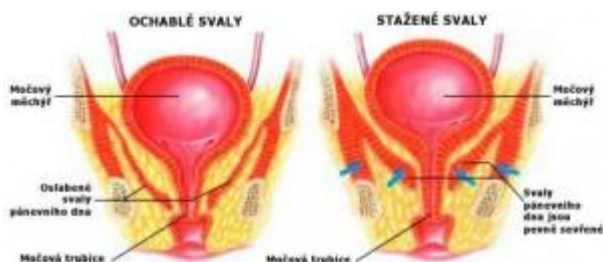
4. fáze - vlastní posilování

V této závěrečné fázi dochází k vlastnímu posilování svalů. Doba udržení stahu se pohybuje od jedné do sedmi sekund. Počet opakování se zvyšuje od 80 stahů na počátku ke konečným 300 stahům za den. Po zvládnutí popsaného cvičení vleže je možné volit i jiné polohy (sed, stoj). Svaly pánevního dna (stejně tak jako jiné svaly) obsahují dva druhy vláken. Jeden typ vláken rychle zaujme stah, ale ve stahu vydrží jen krátkou dobu. Druhý typ vláken stah zaujme pozvolna a udrží ho delší dobu než ten první. Každý druh vláken je třeba posilovat odlišným způsobem. Střídejte proto stahy rychlé s krátkou výdrží se stahy s pomalým zaujmutím stahu, ale s dlouhou výdrží.

Pozor: nedoporučuje se cvičit stahování svalstva pánevního dna nácvikem přerušovaného močení, protože se zjistilo, že to není pro funkci močového měchýře dobré a může to způsobit dokonce i infekce.

Na obrázku níže můžete vidět funkci svalů při ovládnutí močové trubice.

Představte si svaly pánevního dna jako zavěšenou rohožku, upevněnou na kostech pánve. Nad touto rohožkou leží močový měchýř, děloha, a mezitím jsou ještě močová trubice, vagina a tlusté střevo. Správná funkce všech těchto tělesných orgánů závisí právě na této silné, pevné zavěšené rohožce.



Převzato z <http://www.tantrajoga.estranky.cz/clanky/jak-posilovat-svaly-panevního-dna-kegelovo-cviceni.html>

příloha č. 3:

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Romana Brabencová, jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni. Třetím rokem studuji obor porodní asistentka. Tento dotazník je zaměřen na nejčastější problémy žen v klimakteriu. Dotazník je anonymní, výsledky použiji ve své bakalářské práci. Předem děkuji za pečlivé vyplnění, ochotu a Váš čas. V případě nejasností mě můžete kontaktovat na emailové adrese: Annamor1@seznam.cz

1. Váš věk?
 - a) 45 – 49
 - b) 50 – 55
 - c) 56 – 60
 - d) 60 a více

2. Jaké jsou Vaše nejčastější potíže v klimakteriu? (je možno zakroužkovat více odpovědí)
 - a) noční pocení
 - b) únava
 - c) nespavost
 - d) návaly horka
 - e) bušení srdce
 - f) výkyvy nálad
 - g) bolesti hlavy
 - h) jiné

3. Která z předchozích uvedených odpovědí Vás obtěžuje nejvíce?
.....

4. Myslíte si, že máte dostatečné informace o klimakteriu?
 - a) ano
 - b) ne

5. Pokud jste odpověděla ne, od koho byste se chtěla o klimakteriu dozvědět?
 - a) obvodní lékař
 - b) gynekolog
 - c) sestra
 - d) internet
 - e) časopis

6. Od koho jste dostala informace o klimakteriu?
 - a) lékaře
 - b) časopis, letáky

- c) internet
- d) přátelé
- e) jiné

7. Slyšela jste někdy o kurzech pro ženy v klimakteriu?

- a) ano
- b) ne

8. Pokud by takový kurz vznikl, navštěvovala byste ho?

- a) ano
- b) ne

9. Pokud ano, o čem byste se chtěla nejvíce dozvědět?

- a) co je to klimakterium
- b) o posilování pánevního dna
- c) o sexualitě v klimakteriu
- d) o zdravém životním stylu
- e) o hormonální substituční léčbě
- f) o výživě
- g) jiné

10. Byla byste ochotná za takový kurz zaplatit?

- a) ano
- b) ne

11. Pokud ano, kolik byste byla ochotná zaplatit?

- a) 100 za jednu lekci
- b) 300 za jednu lekci
- c) 500 za jednu lekci

12. Jak dlouhý kurz byste akceptovala?

- a) 6 lekcí po hodině
- b) 4 lekce po hodině a půl
- c) 3 lekce po dvou hodinách

13. Víte co znamená pojem osteoporóza?

- a) řídnutí kostí
- b) vypadávání vlasů
- c) bolesti zad
- d) únava organismu

14. Vyskytli se u Vás nebo ve Vaší rodině příznaky osteoporózy?

- a) ano u mě
- b) ano v rodině
- c) ne

15. Užíváte léky na osteoporózu?

- a) ano
- b) ne

16. Při následném vyšetření kostí se potvrdilo, že léky mají pozitivní účinek?

- a) ano
- b) ne

17. Chodíte na procházky, pěšky do práce nebo na nákup?

- a) ano denně
- b) ano 5 krát za týden
- c) ano 3 krát za týden
- d) ano 1 krát za týden
- b) nechodím, jezdím pouze autem

18. Pokud odpovíte kladně na předchozí otázku, jak dlouho trvá?

- a) 20 minut
- b) 30 minut
- c) 40 minut
- d) víc než 40 minut

19. Vykonáváte nějakou další fyzickou aktivitu?

- a) ne
- b) běh
- c) jízda na kole
- d) kondiční cvičení
- e) aerobik
- f) jóga
- g) jiné.....

20. Konzumujete mléčné výrobky?

- a) ne
- b) 1 krát týdně
- c) několikrát týdně
- d) denně

21. Jak často konzumujete ryby jako je tuňák, makrela, losos

- a) nekonzumuji
- b) 1 krát za měsíc
- c) 1 krát za týden
- d) téměř denně

22. Čemu dáváte přednost?

- a) celozrnné pečivo
- b) pečivo z bílé mouky

23. Kouříte?

- a) ne
- b) 5 cigaret denně
- c) 10 cigaret denně
- d) 15 a více cigaret denně

příloha č. 2:

Edukační plán

Účel: Poskytnout klientce dostatečné informace o problémech spojené s klimakteriem, naučit ji správným cvikům pro posílení pánevního dna.

Cíl: Klientka bude během 45 minut seznámena s problémy během klimakteria, provede správnou techniku cviků pro posílení pánevního dna.

Specifický cíle	Hlavní body plánu	Metoda prezentace	Časová dotace	Pomůcky	Metoda hodnocení
klientka pochopí problémy spojené s klimakteriem	seznámení s problematikou klimakteria	vysvětlení	20 minut	Model Leták Podložka	klientka chápe problémy spojené s klimakteriem
klientka bude vědět důležitost cviků pro posílení pánevního dna	vysvětlení důležitosti cviků	vysvětlení	10 minut		klientka dokáže vysvětlit důležitost cviků pro posílení pánevního dna
klientka bude schopna správně provést cviky pro posílení pánevního dna	ukázka správného provedení cviků	názorné předvedení	15 minut		klientka dokáže předvést cviky na posílení pánevního dna

Edukační plán

Účel: Poskytnout klientce dostatečné informace o hormonální substituční léčbě při menopauze, seznámit jí s druhy HRT a nežádoucími účinky této léčby.
Cíl: Klientka bude během 30 minut seznámena s hormonální substituční léčbou, bude znát druhy HRT a jejich nežádoucí účinky

Specifický cíle	Hlavní body plánu	Metoda prezentace	Časová dotace	Pomůcky	Metoda hodnocení
klientka bude informována o HRT v menopauze	seznámení s problematikou HRT	vysvětlení	10 minut	Model Leták Plakáty	klientka chápe problematiku HRT
klientka bude znát druhy HRT	seznámit s jednotlivými druhy HRT	vysvětlení	10 minut		klientka zná druhy HRT a je schopna si vybrat pro ni nejvhodnější
klientka bude znát nežádoucí účinky HRT	seznámit s nežádoucími účinky HRT	vysvětlení	10 minut		klientka zná nežádoucí účinky při užívání HRT

Edukační plán

Účel: Poskytnout klientce dostatečné informace o důležitosti pohybové aktivity v menopauze. Seznámit ženu s různými druhy cvičení

Cíl: Klientka bude během 40 minut seznámena s pohybovými aktivitami v menopauze, bude znát různé druhy cvičení a vybere si pro ni nejvhodnější.

Specifický cíle	Hlavní body plánu	Metoda prezentace	Časová dotace	Pomůcky	Metoda hodnocení
klientka pochopí důležitost pohybové aktivity	seznámení s pohybovou aktivitou	vysvětlení	10 minut	Model Leták Podložka	klientka chápe důležitost pohybové aktivity a výhody pravidelného cvičení
klientka bude znát různé druhy cvičení	vysvětlení důležitosti cviků	vysvětlení	10 minut	Cvičební pomůcky Plakáty	klientka dokáže vysvětlit důležitost cviků a vybere si pro ni nejvhodnější aktivitu
klientka bude schopna správně provést cviky pro posílení pánevního dna	ukázka správného provedení cviků	názorné předvedení	20 minut		klientka dokáže předvést cviky na posílení pánevního dna