

Psychické zdraví žen po menopauze

Dorota Stojaspalová

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Dorota Stojaspalová
Osobní číslo: H22157
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Psychické zdraví žen po menopauze

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti menopauzy a psychologie.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr participantů.
Realizace výzkumu technikou rozhovoru.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat/informací.
Prezentace výsledků výzkumu/šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

CANO, Antonio. *Menopause: A Comprehensive Approach*. Online. Cham: Springer International Publishing, 2017. ISBN 978-33-195-9318-0 Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-319-59318-0.pdf>.
FAIT, Tomáš. *Klimakterická medicína*. 3. přepracované vyd. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-734-5594-1.
ROB, Lukáš; MARTAN, Alois a VENTRUBA, Pavel. *Gynekologie*. 3. doplněné a přepracované vyd. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-426-2.
ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 2. přepracované a doplněné vyd. Online. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-2005-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/moderni-gynekologie-1976360/>.
VÁGNEROVÁ, Marie. *Obecná psychologie: Dílčí aspekty lidské psychiky a jejich ohranový základ*. 1. elektronické vyd. Online. Praha: Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3268-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/obecna-psychologie-1983356/>.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Eva Moraučíková, PhD.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku psychického zdraví žen po menopauze. Menopauza představuje klíčové období v životě ženy, spojené nejen s fyzickými, ale i významnými psychickými změnami. Cílem práce je zkoumat, jak ženy vnímají menopauzu, jaké psychické změny v tomto období zaznamenávají a jaké strategie využívají k jejich zvládnutí. Teoretická část práce poskytuje náhled do problematiky biologických, psychologických a sociálních aspektů menopauzy, včetně jejího dopadu na duševní zdraví, jako jsou změny nálad, úzkosti, změny sebevědomí, nespavost nebo zvýšená úroveň stresu.

Výzkumná část je založena na kvalitativním přístupu a využívá polostrukturovaných rozhovorů se ženami, které si menopauzou již prošly. Tyto rozhovory odhalují osobní zkušenosti respondentek s menopauzou, jejich vnímání tohoto období a efektivitu strategií, které jim pomohly přizpůsobit se psychickým i fyzickým změnám.

Výsledky práce ukazují, že menopauza není pouze biologická událost, ale komplexní psychosociální proces, který zasahuje do mnoha oblastí života ženy – od fyzického zdraví přes mezilidské vztahy až po vnímání vlastní identity. Výpovědi respondentek potvrdily, že dopady menopauzy na psychiku jsou velmi individuální. Zatímco některé ženy toto období vnímaly jako klidné a přirozené, jiné zažívaly výrazné úzkosti, výkyvy nálad, pokles sebevědomí, napětí ve vztazích nebo pocity osamění. Z rozhovorů rovněž vyplynulo, že ženy mají k menopauze odlišné přístupy, a to včetně role psychologické podpory, změn životního stylu i významu sociálních vazeb.

Závěr práce přináší doporučení pro zlepšení povědomí o menopauze a podpory žen v období menopauzy s cílem minimalizovat negativní dopady na psychické zdraví. Práce zdůrazňuje důležitost otevřeného dialogu o menopauze ve společnosti a potřebu individualizovaného přístupu k řešení problémů, které toto období pro ženy přináší.

Klíčová slova: menopauza, psychické zdraví, ženy, strategie zvládnutí, kvalita života, psychologické změny, klimakterium

ABSTRACT

This bachelor's thesis focuses on the issue of mental health of women after menopause. Menopause is a key period in a woman's life, associated not only with physical but also significant psychological changes. The aim of the thesis is to examine how women perceive menopause, what psychological changes they experience during this period and what strategies they use to cope with them. The theoretical part of the thesis provides insight into the issue of biological, psychological and social aspects of menopause, including its impact on mental health, such as mood swings, anxiety, changes in self-esteem, insomnia or increased stress levels.

The research part is based on a qualitative approach and uses semi-structured interviews with women who have gone through or are currently going through menopause. These interviews reveal the respondents' personal experiences with menopause, their perception of this period and the effectiveness of strategies that helped them adapt to psychological and physical changes. The results of the thesis point to different approaches of women to menopause, including the role of psychological support, lifestyle changes and the importance of social ties.

The results of the study show that menopause is not just a biological event, but a complex psychosocial process that affects many areas of a woman's life - from physical health to interpersonal relationships to the perception of her own identity. The statements of the respondents confirmed that the psychological impact of menopause is highly individual. While some women perceived this period as calm and natural, others experienced significant anxiety, mood swings, a decrease in self-confidence, tension in relationships or feelings of loneliness. The interviews also revealed that women have different approaches to menopause, including the role of psychological support, lifestyle changes and the importance of social connections.

The conclusion of the thesis provides recommendations for improving awareness of menopause and supporting women during menopause in order to minimize negative impacts on mental health. The thesis emphasizes the importance of open dialogue about menopause in society and the need for an individualized approach to solving the problems that this period brings for women.

Keywords: menopause, mental health, women, coping strategies, quality of life, psychological changes, climacteric

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych vyjádřit upřímné poděkování PhDr. Bc. Evě Moravčíkové, Ph.D., vedoucí mé bakalářské práce, za její odborné vedení, trpělivost a cenné rady, které mi byly po celou dobu velkou oporou. Její vstřícný přístup, odborný nadhled a schopnost motivovat mě velmi inspirovaly a umožnily mi práci zpracovat s hlubším pochopením a respektem k tématu.

Velké poděkování patří také všem ženám, které se ochotně zúčastnily výzkumu, otevřeně se podělily o své osobní zkušenosti a umožnily mi nahlédnout do svých životních příběhů. Jejich důvěra, odvaha a upřímnost daly této práci opravdový smysl a hloubku, které si nesmírně vážím.

Dále děkuji své rodině a blízkým, kteří mi po celou dobu studia poskytovali podporu, trpělivost a zázemí. Jejich porozumění a povzbuzení pro mě byly nenahraditelným zdrojem síly, zvláště v náročnějších obdobích.

Všem, kdo mě na této cestě jakkoli podpořili, ze srdce děkuji.

OBSAH

ÚVOD.....	13
I TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 KLIMAKTERIUM	15
1.1 TERMINOLOGIE	15
1.2 BIOLOGICKÝ PROCES	16
1.2.1 Akutní vegetativní menopauzální syndrom	16
1.2.2 Střední organický postmenopauzální estrogen-deficitní syndrom.....	17
1.2.3 Chronický metabolický postmenopauzální syndrom	17
1.3 POSTUPY LÉČBY MENOPAUZY	17
1.3.1 Hormonální terapie.....	17
1.3.2 Tibolon	18
1.3.3 Alternativní terapie.....	18
2 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ A JEJÍ VLIV NA ZDRAVÍ ŽEN.....	20
2.1 DOPAD DLOUHODOBÉ PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE NA ZDRAVÍ	20
2.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY SPOJENÉ S OBDOBÍM MENOPAUZY.....	21
2.2.1 Deprese a úzkostné stavy	21
2.2.2 Spánek	21
2.2.3 Sexualita.....	22
2.2.4 Sebepojetí.....	22
2.3 PŘÍSTUP SPOLEČNOSTI K MENOPAUZE	23
2.4 PODPŮRNÁ STRATEGIE A PREVENCE	23
2.4.1 Pohyb.....	24
2.4.2 Strava.....	24
2.4.3 Psychoterapie	25
2.5 ROLE RODINY A PODPŮRNÝCH SKUPIN	25
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	28
3.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	28
3.2 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY	28
4 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY	29
4.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR	29
4.2 REALIZACE VÝZKUMU	30
4.3 METODA ANALÝZY DAT	30
5 ROZHOVORY	31
5.1 RESPONDENTKA Č. 1	31
5.2 RESPONDENTKA Č. 2	32

5.3	RESPONDENTKA Č. 3.....	34
5.4	RESPONDETKA Č. 4.....	36
5.5	RESPONDETKA Č. 5.....	37
5.6	RESPONDENTKA Č. 6.....	39
6	ANALÝZA ROZHOVORŮ.....	41
7	DISKUZE.....	44
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	46
	ZÁVĚR.....	49
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	50
	SEZNAM TABULEK.....	56
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	57

ÚVOD

Menopauza neboli přechod je součástí života téměř každé ženy. V tomto období žena prochází různými změnami ať už fyzickými či psychickými. Všechny tyto změny přináší určitý nekomfort a zátěž v každodenním životě, a v neposlední řadě jsou známkou ukončení plodného období. Ženy na konci plodného období čelí značnému psychickému tlaku, který má různé příčiny. Děti se osamostatňují a opouštějí domov, partnerský vztah prochází změnami a na pracovním trhu se setkávají s mladšími a lépe kvalifikovanými kolegyněmi. (Fait, 2018) Ženy vnímají klimakterium různými způsoby. Pro některé představuje menopauza nepříjemnou životní změnu, která v nich vyvolává pocit ztráty mládí. Naopak jiné ženy ji berou jako začátek nové životní etapy a přijímají ji s pozitivním přístupem. Postoj ženy k tomuto období hraje klíčovou roli, protože její psychický stav může výrazně ovlivnit průběh menopauzy.

Menopauza je tedy přirozený biologický proces, který však i v dnešní době zůstává v mnoha ohledech tabuizovaným tématem. Mnoho žen o něm nemá dostatek informací a často se potýkají s nepochopením okolí i s nedostatečnou podporou. Právě kvůli těmto aspektům je důležité menopauze věnovat větší pozornost, a to nejen z pohledu zdravotnického, ale i psychosociálního. Zároveň se jedná o aktuální téma s ohledem na fakt, že během 20. století se průměrná délka života ženy prodloužila přibližně o tři desetiletí, avšak věk, kdy dochází k odeznění činnosti vaječníků, zůstává téměř stejný. To znamená, že ženy dnes tráví podstatně delší část svého života v estrogenním deficitu. (Fait, 2014)

Menopauza není nemoc, ale období, které může výrazně ovlivnit tělesné i duševní zdraví ženy. Dostatečná informovanost, otevřená komunikace a podpora ze strany zdravotníků, rodiny i společnosti mohou ženám výrazně usnadnit tuto životní etapu.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 KLIMAKTERIUM

Klimakterium, známé také jako přechod, je fáze mezi reprodukčním obdobím ženy a počátkem stárnutí. Během tohoto období dochází k postupnému útlumu funkce vaječníků, což vede k hormonálním, tělesným a psychickým změnám. (Fait, 2018) Obvykle nastává mezi 45. a 55. rokem života, ale může začít i dříve či později. (Nelson, 2008) Klimakterium se dělí na tři fáze: perimenopauzu, menopauzu a postmenopauzu. Hormonální změny během klimakteria, především výrazný pokles hladiny estrogenů, vedou k celé řadě tělesných i psychických obtíží. Mezi nejčastější příznaky patří návaly horka, noční pocení, poruchy spánku, podrážděnost, úzkost, deprese, snížené libido, suchost vaginální sliznice nebo zvýšené riziko osteoporózy a kardiovaskulárních onemocnění. (Baber et al., 2016) Závažnost a délka symptomů se mezi ženami liší a mohou být ovlivněny genetickými predispozicemi, životním stylem, kulturou i psychosociálními faktory. (Nelson, 2008) Klimakterické obtíže lze řešit pomocí hormonální substituční terapie (HRT), která nahrazuje chybějící estrogeny, nebo pomocí nehormonálních přístupů, jako je fytotherapie, změna životního stylu, úprava stravy, fyzická aktivita či psychoterapie. (Fait, 2018)

1.1 Terminologie

Pro správné pochopení problematiky je nutné znát terminologii tohoto období. Za menopauzu se považuje menstruace, po které nenastane žádné krvácení po dobu jednoho roku, takže ji lze určit až zpětně. Obvykle nastává kolem 50. roku života. Perimenopauza označuje fázi zahrnující období jeden rok před menopauzou a jeden rok po ní. Postmenopauzou se nazývá období, které začíná rok po poslední menstruaci a trvá do konce života. (Roztočil, 2011) Premenopauzou označujeme čas, kdy žena stále pravidelně menstruuje, ale již se mohou objevovat první projevy akutního klimakterického syndromu. Toto období trvá až do doby přibližně jednoho roku před nástupem menopauzy. (Fait, 2014) Samotné klimakterium je tedy širší pojem označující přechodnou fázi, kdy se začínají projevovat příznaky snižující se funkce vaječníků, a která končí nástupem postmenopauzy. (Roztočil, 2011) Senium neboli stáří, které je typické pro věk nad 60 let, se vyznačuje postupným vymizením sekundárních pohlavních znaků. Tento proces je důsledkem poklesu tvorby anabolických steroidních hormonů v kůře nadledvin. (Fait, 2014)

1.2 Biologický proces

Klimakterické změny a s nimi spojené potíže mají více příčin, ale hlavním faktorem je vyčerpání folikulů ve vaječnících. To vede ke snížení produkce ovariálních hormonů, především estrogenů, což ovlivňuje tělo i psychické prožívání ženy. (Fait, 2018) V období před menopauzou se zvyšuje počet cyklů bez ovulace, což vede k poklesu hladiny progesteronu a relativnímu nadbytku estrogenu. Po menopauze se hladina FSH v krvi zvyšuje nad 40 IU/l, zatímco 17 β -estradiol klesá pod 0,1 nmol/l a inhibin pod 72 IU/l. V praxi se menopauza nejčastěji diagnostikuje podle hladiny FSH a klinických příznaků. (Roztočil, 2011)

Mezi typické příznaky patří porucha funkce vaječníků, která často způsobuje nepravidelnosti menstruačního cyklu. Pouze u malé části žen dochází k náhlému ukončení menstruačního krvácení. Většinou se cykly zkracují kvůli kratší folikulární fázi, zatímco luteální fáze zůstává beze změny. U některých žen se nejprve snižuje produkce progesteronu, což vede k relativnímu nadbytku estrogenů, který může způsobit silná děložní krvácení (metroragie). (Fait, 2018) Během menopauzálního přechodu dále dochází k atrofii endometria, která je předcházena fází nadměrného růstu sliznice. Vagina ztrácí pružnost, zkracuje se a její sliznice se ztenčuje. Mění se také pH poševního prostředí na neutrální až zásadité a dochází k úbytku laktobacilů. Dochází k ochabnutí dělohy, vulvy i svalů pánevního dna. V celém těle se objevují změny jako je nárůst hmotnosti, snížení pružnosti tkání, osteoporóza, úbytek podkožního tuku, pigmentové změny a ochabování kůže. Zhoršuje se činnost ledvin, trávicího systému i centrální nervové soustavy. Prsa se zmenšují, měknou a bradavky ztrácí svou erektilitu. (Fait, 2014)

1.2.1 Akutní vegetativní menopauzální syndrom

Období nástupu klimakteria je doprovázeno nepravidelnostmi menstruačního cyklu a projevy akutního vegetativního menopauzálního syndromu, známého také jako klimakterický syndrom. Patří sem vazomotorické potíže, jako jsou návaly horka, pocity horkosti v oblasti hrudníku či hlavy a nadměrné pocení. Dále se mohou objevit psychické problémy, včetně úzkosti, depresí, napětí, podrážděnosti a pocitů tlaku na hrudi. Časté jsou také bolesti hlavy, poruchy spánku a v některých případech i zažívací obtíže. Tyto symptomy mohou negativně ovlivnit rodinné vztahy, pracovní výkon i kvalitu sexuálního života. (Malík, 2014)

1.2.2 Střední organický postmenopauzální estrogen-deficitní syndrom

S postupným útlumem funkce vaječníků a poklesem hladiny estrogenů dochází k atrofii sliznic pochvy, močové trubice a močového měchýře. To může vést k nepříjemným potížím, jako je bolest při pohlavním styku (dyspareunie), intenzivní svědění v oblasti vulvy, suchost sliznic, zvýšená lomivost nehtů, vypadávání vlasů či ztenčování kůže. Časté jsou také obtíže s močením a opakované záněty močového měchýře (cystitidy). Atrofické změny zasahují i pojivovou tkáň, což se může projevit poklesem nebo až výhřezem dělohy a pochvy. Dochází rovněž k úbytku tukové i žláзовé tkáně v prsou. (Malík, 2014)

1.2.3 Chronický metabolický postmenopauzální syndrom

Snížená hladina estrogenů ovlivňuje i kardiovaskulární systém, což zvyšuje riziko srdečního infarktu a cévní mozkové příhody (CMP). Dále se může projevit negativní vliv na centrální nervovou soustavu, což vede ke zhoršení krátkodobé paměti a vyšší pravděpodobnosti rozvoje Alzheimerovy choroby. Významným důsledkem je také osteoporóza – onemocnění kostí spojené s úbytkem kostní hmoty a vápníku, které zvyšuje riziko zlomenin. Kromě toho dochází ke změnám v metabolismu tuků, což vede ke zvýšení hladiny cholesterolu, triglyceridů a LDL cholesterolu, zatímco hladina ochranného HDL cholesterolu klesá. (Malík, 2014)

1.3 Postupy léčby menopauzy

Hlavním cílem léčby je zmírnit dopad akutního klimakterického syndromu na zdraví ženy a zlepšit kvalitu jejího života, zejména s ohledem na negativní vnímání tohoto období pacientkami. Základem terapie je hormonální substituční léčba (HRT), která spočívá v podávání estrogenů, gestagenů nebo jejich kombinace.

Podávání estrogenů účinně odstraňuje téměř všechny symptomy menopauzy. Kromě zmírnění krátkodobých příznaků slouží také jako prevence dlouhodobých důsledků estrogenního deficitu a některých dalších onemocnění, u nichž přesná souvislost s hladinou estrogenů není zcela objasněna. (Fait, 2018)

1.3.1 Hormonální terapie

Hormonální substituční terapie je cílenou léčbou stavů způsobených nedostatkem estrogenů. Jejím hlavním účelem je doplnění chybějících hormonů, přičemž nejvýznamnější roli hraje podávání estrogenů. Čistá estrogení terapie je vhodná pouze pro ženy, které již nemají

dělohu. U žen s dělohou se kombinuje estrogen s progestinem, který chrání endometrium před nadměrným růstem, snižuje riziko hyperplazie a zabraňuje vzniku endometriálního karcinomu. (Kubíková, 2014) U žen v premenopauze a perimenopauze lze počáteční příznaky klimakterického syndromu zmírnit pomocí nízkodávkované kombinované hormonální antikoncepce podávané perorálně. U nekuřáček má tato léčba řadu výhod, včetně snížení výskytu návalů horka a regulace menstruačního cyklu. Přibližně kolem 50. roku života je možné, v případě potřeby, plynule přejít z antikoncepce na hormonální substituční terapii (HRT). (Malík, 2014)

1.3.2 Tibolon

Alternativou k HRT s obdobnými účinky na symptomy nedostatku estrogenů je Tibolon, který patří do skupiny selektivních regulátorů tkáňové estrogení aktivity (STEAR). Díky své steroidní struktuře a obdobné účinnosti je někdy označován jako gonadomimetikum nebo tkáňově specifická HRT. (Fait, 2018) Ve srovnání s HTR vykazuje lepší účinnost zejména v oblasti zlepšení psychického stavu a sexuálních funkcí u žen po menopauze. Co se týče bezpečnosti, má tibolon jednoznačně pozitivní vliv na hustotu prsní tkáně zjišťovanou mamograficky, což jej staví na úroveň samotné estrogenové terapie a naznačuje vyšší bezpečnost než kombinace estrogenu s gestagenem. (Fait, 2019)

Tibolon se doporučuje především postmenopauzálním ženám, které trpí poruchami nálady, problémy v oblasti sexuality, bolestivostí prsů (mastalgiemi) či zvýšenou prsní denzitou. Je rovněž vhodnou volbou pro ženy, které již HRT užívají, ale mají přetrvávající uvedené potíže nebo nepravidelné krvácení bez potvrzeného patologického nálezu, a je u nich vhodné přejít z klasické HRT právě na tibolon. (Fait, 2019)

1.3.3 Alternativní terapie

Pro ženy, které nemohou užívat tradiční hormonální substituční terapii (HRT), nebo se jí chtějí vyhnout existuje možnost alternativní terapie. Tyto prostředky mohou v různé míře zmírnit akutní příznaky nedostatku estrogenů, ale jejich vliv na dlouhodobé následky spojené s estrogením deficitem však není nijak prokázán. Nejčastěji doporučovanými jsou doplňky stravy obsahující fytoestrogeny. Fytoestrogeny jsou rostlinné látky s nesteroidní strukturou, které mohou napodobovat účinky estrogenů. (Fait, 2015) Tyto doplňky mohou obsahovat například sóju luštinatou nebo červený jetel, a používají se jako mírná alternativa k HRT, která je vhodná pro ženy s mírnými symptomy menopauzy nebo v případě, že je HRT kontraindikována. (Kubíková 2014)

V případech, kdy je klimakterický syndrom doprovázen hypertenzí a migrénami, lze úspěšně využít antihypertenziva, jako jsou klonidin, methyldopa a vazodilatans vinpocetin. Prokázaný účinek na návaly horka mají také selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), konkrétně venlafaxin a paroxetin. Dalšími možnými terapeutickými přístupy jsou reflexní elektroanalgezie, lázeňská léčba a pravidelná fyzická aktivita. Tyto metody mohou pomoci zlepšit celkový životní styl a kompenzovat nedostatek pohybu. (Fait, 2018)

Další kapitolou alternativní terapie je Ájurvédská medicína, tradiční čínská medicína, tradiční japonská medicína a homeopatie. V širším pojetí se mezi metody komplementární a alternativní medicíny (CAM) řadí také přípravky založené na tradičním využití léčivých rostlin nebo dokonce akupunktury. Tento přístup spadá do oblasti fytoterapie, kde lze rozlišit rostliny obsahující fytoestrogeny a byliny s odlišným mechanismem účinku. Pro některé z těchto přípravků jsou k dispozici vědecké studie potvrzující jejich efektivitu. Jako příklad alternativní léčby bez estrogenní aktivity lze uvést pylové extrakty. (Fait, 2018)

2 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ A JEJÍ VLIV NA ZDRAVÍ ŽEN

Psychická zátěž představuje stav, při kterém organismus reaguje a přizpůsobuje se vnějším podmínkám. Pokud je člověk této zátěži vystaven dlouhodobě, může to negativně ovlivnit jeho zdraví. Nejčastěji se to projevuje vznikem psychosomatických onemocnění nebo různými poruchami duševního zdraví. (Vévoda, 2013)

V psychologii existují dva hlavní přístupy ke zvládání psychické zátěže: jeden se zaměřuje na procesní dynamiku zvládání, druhý na stabilní strategie, jako jsou obranné mechanismy ega či zvládací styly. Menopauza představuje pro mnoho žen psychicky náročné období spojené s hormonálními změnami, fyzickými projevy i změnami sociální role. Jak ukazují studie, ženy využívají různé strategie zvládání této životní fáze.

Mezi časté způsoby patří eliminace stresorů, například popírání menopauzy či její bagatelizace. Další možností je aktivní adaptace, kdy ženy hledají způsoby, jak zvládat stres – ať už změnou životního stylu, posilováním psychické odolnosti nebo vyhledáním sociální opory. Některé ženy však mohou rezignovat a pasivně se poddat negativním dopadům menopauzy, což může zvyšovat riziko úzkostí či depresivních stavů. (Paulík, 2017)

2.1 Dopad dlouhodobé psychické zátěže na zdraví

Dlouhodobé vystavení psychické zátěži, známé také jako chronický stres, může negativně ovlivnit lidské zdraví. Neustálý tlak a stresové podněty postupně oslabují schopnost těla přizpůsobit se náročným situacím, což může přispět ke vzniku různých zdravotních obtíží.

Chronický stres má významný dopad na fyzické i psychické zdraví člověka. Mezi nejčastější fyzické důsledky patří především kardiovaskulární onemocnění. Dlouhodobé vystavení stresovým faktorům může přispět ke zvýšenému riziku vzniku srdečních chorob, včetně ischemické choroby srdeční a vysokého krevního tlaku. Dalším častým projevem chronického stresu jsou gastrointestinální potíže, přičemž dlouhodobá psychická zátěž může podporovat vznik vředové choroby žaludku a dalších zažívacích obtíží. (Jon, 2016) Kromě toho stres negativně ovlivňuje imunitní systém, což potvrzují laboratorní i klinické studie. Bylo prokázáno, že dlouhodobý stres zvyšuje náchylnost k virovým a bakteriálním infekcím, zvyšuje riziko vzniku nádorových onemocnění a také podporuje rozvoj autoimunitních chorob.

Psychické důsledky chronického stresu jsou neméně závažné. Mezi nejčastější patří rozvoj úzkostných stavů a depresivních poruch, které mohou výrazně ovlivnit kvalitu života

jedince. Dlouhodobá psychická zátěž může také vést k syndromu vyhoření, jenž se často vyskytuje v pracovním prostředí. Tento stav se projevuje emočním vyčerpáním, ztrátou motivace, pocitem odcizení a celkovým snížením pracovního výkonu. (Adam et al., 2020)

2.2 Psychické změny spojené s obdobím menopauzy

Je známo, že klimakterium přináší zvýšenou podrážděnost, nervozitu a deprese. Mozek totiž patří mezi hlavní orgány, které reagují na pohlavní steroidy, včetně estrogenu. Jeho vliv na mozek začíná již během prenatálního vývoje, pokračuje i po narození a zůstává trvalý. (Skácelová a Jelínek, 2005) To však znamená že pokles jejich hladiny s sebou přináší řadu psychických potíží. Snížení hladiny serotoninu vede k depresím, zatímco nedostatek endorfinů vyvolává úzkosti a výkyvy nálad. Tyto změny se mohou projevovat podrážděností, plačtivostí či uzavíráním se do sebe. (Koliba, 2021)

2.2.1 Deprese a úzkostné stavy

Vícero epidemiologických studií opakovaně potvrzuje, že deprese se u žen vyskytuje přibližně dvakrát častěji než u mužů. Bylo zjištěno, že riziko první depresivní epizody u žen narůstá v období perimenopauzy a následně během menopauzy klesá. Dlouhodobá kohortová studie Harvard Study of Moods and Cycles ukázala, že ženy v perimenopauze, které nikdy dříve depresí netrpěly, mají dvakrát vyšší pravděpodobnost vzniku deprese, zatímco u žen s předchozí depresivní epizodou je toto riziko dokonce pětinasobné. (Forgáčová a Heretiková Marsalová, 2012)

2.2.2 Spánek

Zhoršuje se také kvalita spánku. Usínání se stává obtížnějším, dochází k častému probouzení a zkracuje se fáze hlubokého spánku. (Koliba, 2021) Studie SWAN, která zahrnovala 12 603 žen z různých etnických skupin, zjistila, že poruchy spánku postihly 38 % žen ve věku 40–55 let a že menopauza je s těmito potížemi úzce spojena. Toto vysoké procento nespavosti u žen středního věku výrazně převyšuje 18% prevalenci zjištěnou v obecné populaci. (Cano, 2017) Výsledkem je chronický spánkový deficit, který se projevuje zvýšenou únavou, poklesem psychické výkonnosti, poruchami paměti, sníženou schopností učení a zpomalenými reakcemi. To vše může vést ke ztrátě sebedůvěry a prohloubení depresivních stavů. (Koliba, 2021)

2.2.3 Sexualita

S poklesem hladiny pohlavních hormonů dochází k oslabení sexuálního apetitu. Změny v intenzitě či povaze sexuálních prožitků v tomto životním období nepovažujeme za patologické, ale chápeme je jako přirozený průběh stárnutí. Nedostatek estrogenu vede k atrofickým změnám v oblasti zevních pohlavních orgánů, které lze řešit hormonální terapií, ať už lokální, nebo systémovou. Přestože pohlavní hormony hrají v regulaci sexuální touhy důležitou roli, nejsou jediným ani nutně nejzásadnějším faktorem. Pro udržení sexuálního zdraví je v tomto věku klíčová pravidelná sexuální aktivita. (Roztočil, 2024) Na snížení libida hraje velkou roli také samotné psychické rozpoložení. Ženy v tomto období běžně pociťují ztrátu sebevědomí, či negativní vnímání vlastního těla, což může vést k omezení intimní spontaneity a snížení chuti na sex.

Klíčovou roli sehrává partnerské prostředí. Ve vztazích, kde je přítomna důvěra, emoční blízkost a otevřená komunikace, zůstává sexualita i v postmenopauzálním věku důležitou a naplňující součástí života. Naopak v dysfunkčních či komunikačně uzavřených vztazích se mohou změny v sexuální oblasti stát zdrojem napětí, nedorozumění a pocitů selhání. Mnohé ženy rovněž uvádějí, že se svým partnerem o změnách v sexuálním prožívání nemluví, což může vést k postupnému odcizení. (Woods et al., 2010)

2.2.4 Sebepojetí

Sebepojetí (self-concept) představuje komplexní obraz, který si člověk vytváří o sobě samém. Zahrnuje nejen to, jak vnímá své tělo, schopnosti a osobnostní rysy, ale také to, jakou hodnotu si přisuzuje a jak se vidí v různých životních rolích. (Vágnerová, 2010) U žen procházejících obdobím menopauzy může docházet ke změnám v sebepojetí v důsledku fyzických symptomů, ale i psychických faktorů, jako je pocit ztráty mládí, atraktivity či plodnosti. Změny v tělesném vzhledu a hormonální výkyvy mohou negativně ovlivnit vnímání vlastního těla a vést ke snížení sebedůvěry. (Hoga et al., 2015)

Výzkumy ukazují, že ženy často vnímají menopauzu jako symbol stárnutí a ztráty ženskosti, což může zvyšovat riziko depresivních a úzkostných stavů. (Avis et al., 2009) Snížená hladina estrogenů může ovlivnit nejen náladu, ale i kognitivní funkce, což se může projevit v narušené sebedůvěře, zvláště v pracovním nebo společenském kontextu. (Soares, 2014) Na druhé straně je třeba zdůraznit, že dopad menopauzy na sebepojetí je velmi individuální a ovlivněn faktory jako je osobní vnímání stárnutí, podpora okolí, partnerské vztahy, profesní uplatnění či kulturní kontext. (Hunter a Rendall, 2007) Některé ženy

prožívají toto období jako osvobozující, protože se zbavují obav z neplánovaného těhotenství nebo pravidelného menstruačního cyklu, a mohou vnímat větší svobodu a stabilitu ve svém životě. (Utian, 2007)

2.3 Přístup společnosti k menopauze

Postoj žen ke klimakteriu je do značné míry utvářen kulturním kontextem, sociálním prostředím a celkovým vnímáním menopauzy ve společnosti. (Erbil, 2018) V kulturách, kde se klade důraz na mládí, bývá menopauza často spojována s negativními aspekty stárnutí. Ženy ji vnímají jako období doprovázené nepříjemnými příznaky, které mohou signalizovat zhoršení zdravotního stavu a snížení kvality života. Naopak ve společnostech, kde je stáří spojováno s respektem a úctou, je menopauza chápána jako symbol moudrosti a životních zkušeností. Starší ženy v těchto kulturách získávají vyšší společenské postavení a jsou ceněny pro své znalosti a zkušenosti. (Reid, 2015)

Například v některých asijských a afrických kulturách se ženy po menopauze těší vyššímu společenskému postavení, protože již nejsou vázány na mateřskou roli a často získávají větší autonomii. Naopak v euroamerické kultuře, kde je kladen důraz na mladistvost, výkon a vzhled, může být menopauza vnímána jako symbol úpadku a konce produktivního života ženy. (Chrisler, 2013) Tento rozdíl v hodnotovém rámci má přímý dopad na to, jak ženy prožívají menopauzu – zatímco v západním kontextu může vést k úzkostem a ztrátě sebedůvěry, v jiných kulturách přináší spíše uvolnění a společenské uznání. Studie ukazují, že ženy, které pocházejí z prostředí s pozitivním postojem k menopauze, méně často trpí psychickými potížemi spojenými s tímto obdobím. (Avis et al., 2009)

Přestože v posledních letech dochází k částečné detabuizaci tohoto tématu, se množství žen stydí o menopauze otevřeně mluvit. Jedním z faktorů ovlivňujících vnímání menopauzy ve společnosti jsou média. Ta často upřednostňují obraz mladého, vitálního těla, zatímco přirozené známky stárnutí bývají ignorovány nebo vykreslovány v negativním světle. Tento jednostranný obraz může u žen posilovat pocity méněcennosti, studu a dojmu, že přestávají být ve společnosti viditelné a oceňované. (Chrisler, 2013)

2.4 Podpůrná strategie a prevence

Výraz „zdravý životní styl“ se v současnosti používá tak často, že může působit jako prázdná fráze. Přesto jej Mezinárodní společnost pro menopauzu (International Menopause Society)

považuje za klíčový prvek péče o ženy v období klimakteria. Zahrnuje nejen zdravé stravování a pravidelnou pohybovou aktivitu, ale také omezení škodlivých návyků, zejména kouření, a minimalizaci působení škodlivých látek. Důležitý je i dostatečný příjem tekutin a péče o duševní zdraví. Z lékařského hlediska sem spadá také pravidelná účast na preventivních prohlídkách, které zdravotní systém nabízí. (Fait, 2018)

Po menopauze dochází u žen ke zvýšenému riziku kardiovaskulárních onemocnění, a to i v případě, že si udržují optimální tělesnou hmotnost. Součástí preventivní péče je proto kontrola hladiny cholesterolu. (Fait, 2018)

2.4.1 Pohyb

Pravidelná fyzická aktivita, jako je cvičení nebo svižná chůze alespoň třikrát týdně po dobu 30 minut, může u přibližně dvou třetin žen výrazně zmírnit akutní obtíže spojené s menopauzou. Kromě toho přispívá k udržení kostní hmoty, podpoře přirozené obnovy kostí a pomáhá regulovat tělesnou hmotnost. (Roztočil, 2024) Pravidelná fyzická aktivita podporuje uvolňování endorfinů, což přispívá ke zlepšení psychického stavu ženy. Tento pozitivní efekt se projevuje nejen při běžném cvičení, ale také u specifických pohybových aktivit, jako jsou jóga nebo tai-chi. (Fait, 2018)

2.4.2 Strava

Pro zvládnutí akutního klimakterického syndromu lze využít také potravinové doplňky, léčivé přípravky a volně prodejné léky. Mezi účinné složky těchto produktů patří fytoestrogeny získávané ze sóji, jetele nebo lnu, extrakt z ploštičníku hroznatého a různé kombinace mikroživin. (Roztočil, 2024) Pokud má žena zvýšené hodnoty cholesterolu v krvi je vhodné přejít na dietu s nízkým obsahem cholesterolu. Pro zlepšení poměru jednotlivých složek cholesterolu se doporučuje konzumace polynenasycených mastných kyselin rostlinného původu a omega-3 nenasycených mastných kyselin, které jsou obsaženy zejména v rybách. (Fait, 2018)

U žen s vyšším rizikem rozvoje osteoporózy je doporučeno zařadit do pitného režimu minerální vody s vyšším obsahem vápníku a hořčíku, přičemž optimální množství nepřesahuje 0,5 litru denně. Vápník přijímaný z těchto vod je v trávicím systému lépe vstřebáván než vápník pocházející z mléčných výrobků.

Mírná konzumace alkoholu může mít pozitivní vliv na zdraví, protože snižuje riziko ischemické choroby srdeční, a tím i úmrtnost na infarkt myokardu a cévní mozkové příhody.

Kromě toho má uklidňující účinky na psychiku, pomáhá zvládat stres, podporuje krevní oběh a přispívá ke snížení krevního tlaku. (Fait, 2018)

2.4.3 Psychoterapie

Psychické změny, které ženy zažívají v období menopauzy, mohou být natolik výrazné, že významně ovlivňují jejich každodenní fungování a kvalitu života. Ačkoliv některé symptomy, jako jsou podrážděnost, úzkost nebo ztráta motivace, jsou často vnímány jako běžná součást hormonálních změn, jejich dlouhodobé přetrvávání může vést k závažnějším psychickým potížím. V těchto případech je vhodné vyhledat odbornou pomoc. Psychoterapie představuje účinnou formu podpory, která může ženám pomoci lépe porozumět vlastním emocím, zpracovávat změny v sebepojetí a zvládat úzkostné či depresivní projevy spojené s tímto obdobím. (Koliba, 2021)

Mezi osvědčené terapeutické přístupy patří kognitivně-behaviorální terapie (KBT), která se zaměřuje na identifikaci a modifikaci negativních myšlenkových vzorců a chování. Studie dokazují, že KBT může být účinná při léčbě úzkostných a depresivních stavů u žen v klimakteriu a zároveň přispívá ke zlepšení kvality spánku a celkovému zvýšení psychické odolnosti. (Hunter a Mann, 2010) Pozitivní účinek byl prokázán i v oblasti zvládání návalů horka, zejména pokud jsou tyto symptomy zhoršovány stresem a negativními očekáváními. (Ayers et al., 2012)

Psychoterapeutická intervence může ženám pomoci nejen zvládnout aktuální obtíže, ale i redefinovat jejich roli a identitu po skončení reprodukčního období. Mnoho žen v této fázi prochází přehodnocováním svých životních priorit, vztahů i hodnot, a právě psychoterapie může být bezpečným prostorem pro tyto změny. (Paulík, 2017) V českém prostředí je však využívání psychologických služeb v souvislosti s menopauzou stále spíše výjimečné. Mezi překážky patří přetrvávající stigma spojené s duševním zdravím, ale také nedostatečné propojení mezi gynekologickou péčí a psychoterapií. (Skácelová a Jelínek, 2005)

2.5 Role rodiny a podpůrných skupin

Rodina a podpůrné skupiny mají zásadní význam pro psychickou pohodu žen po menopauze. Možnost otevřeně hovořit s rodinou, partnerem či přáteli jim umožňuje sdílet své prožitky a obavy, což může výrazně přispět ke zmírnění pocitů osamělosti a úzkosti. Zvláště důležitá je podpora ze strany partnera. Kvalita partnerského vztahu může zásadně ovlivnit, jak žena

vnímá menopauzu a jak dobře zvládá s ní spojené obtíže. Empatie, informovanost a aktivní účast partnera na změnách v životním stylu ženy přispívají k posílení vzájemné blízkosti a důvěry. Naopak nedostatek pochopení či podceňování symptomů může mít negativní dopad na psychické zdraví ženy. (Duffy et al., 2012) Psychickou pohodu ženy může výrazně ovlivnit podpora ze strany rodiny, a to jak na emocionální úrovni, tak prostřednictvím konkrétní pomoci v každodenním životě – například převzetím části domácích povinností nebo projevením pochopení v náročných obdobích. (Hunter a Rendall, 2007)

Kromě rodiny mohou být cenným zdrojem podpory i skupinová setkání a podpůrné skupiny, ať už formální (např. pod vedením terapeuta), nebo neformální (např. sdružení žen v podobné životní situaci). Tyto skupiny umožňují sdílení zkušeností, poskytují emocionální úlevu a zároveň přinášejí nové informace a pohledy na zvládání menopauzy. Výzkum publikovaný v *Journal of Education and Health Promotion* naznačuje, že účast v takových skupinách může vést ke zlepšení kvality života u postmenopauzálních žen. (Yazdkhasti et al., 2012)

V současnosti roste i význam online podpůrných komunit, které umožňují anonymní a flexibilní sdílení zkušeností. Tyto platformy mohou být výhodné pro ženy, které se stydí o svých potížích mluvit veřejně nebo nemají ve svém okolí blízké osoby, se kterými by mohly téma menopauzy otevřít. Digitální podpůrné prostředí rovněž poskytuje prostor pro šíření osvěty a destigmatizaci menopauzy jako přirozené součásti života ženy.

II PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 Výzkumný problém

V minulosti byla psychická stránka klimakteria často opomíjena nebo zcela přehlížena. Dnes se však zkoumání různých aspektů tohoto životního období věnují nejen lékařské disciplíny, ale také psychologie a sociologie. (Simpson, 2016)

Většina výzkumů zaměřených na menopauzu využívá kvantitativní metody, zejména dotazníková šetření, která se soustředí na konkrétní aspekty klimakteria, především na jeho fyzické příznaky. George (2002) však upozorňuje, že tento přístup je povrchní a neposkytuje dostatečně hluboké pochopení této problematiky. Pro komplexnější porozumění menopauze je nezbytné zapojit kvalitativní výzkum, který umožní zkoumat nejen individuální zkušenosti žen, ale také jejich očekávání, postoje a přesvědčení týkající se přechodu. Kromě toho je důležité analyzovat vzájemné souvislosti mezi různými faktory ovlivňujícími toto životní období.

3.2 Výzkumné cíle a otázky

Po definování výzkumného problému byl formulován hlavní cíl výzkumu, kterým je zjistit:

Jak období menopauzy ovlivňuje psychické zdraví žen.

V souladu s tímto cílem byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jak ženy vnímají fyzické změny v období menopauzy a jaký dopad podle jejich zkušenosti mají tyto změny na jejich psychiku?
2. Jak ženy popisují své prožívání psychických změn během menopauzy?
3. Jak ženy reflektují dopad menopauzy na své partnerské a sociální vztahy?
4. Jaké způsoby zvládání psychických obtíží ženy v období menopauzy volí a jak tyto strategie hodnotí z vlastního pohledu?

4 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

4.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo šest žen, které již menopauzou prošly. Pro výběr účastnic byl použit záměrný výběr, s cílem oslovit ženy různého věku, povolání a rodinného stavu, které mohly přinést různorodé pohledy na zkoumaný jev. Účastnice musely projevit dobrovolný souhlas se zapojením do výzkumu a být ochotné otevřeně sdílet své osobní zkušenosti s obdobím menopauzy. Právě tato ochota byla klíčová pro získání hlubších kvalitativních dat, která by přispěla k pochopení prožívání menopauzy z pohledu samotných žen.

Kritéria pro výběr participantek:

- Žena ve věku 45 – 65 let.
- Žena, která již prošla obdobím menopauzy.
- Alespoň jedna žena, která užívala hormonální terapii v období menopauzy.
- Alespoň jedna žena využívající alternativní terapii.

Tabulka 1

Jméno	Věk	Rodinný stav	Zaměstnání	Farmakologická léčba
Andrea	51	V dlouhodobém partnerské vztahu	Účetní	Ne
Ilona	60	Vdaná	Učitelka v MŠ	Ne
Gábina	56	Vdaná	Květinářka	Ano
Marta	64	Rozvedená	Učitelka na ZŠ	Ne
Veronika	48	Vdaná	Umělkyně	Ne
Stanislava	57	Rozvedená	Recepční	Ne

4.2 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován v období od února do března 2025 formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory probíhaly individuálně, osobně nebo online, podle preferencí respondentek. Každý rozhovor trval přibližně 20 až 30 minut a probíhal v přirozeném prostředí, které respondentkám umožnilo mluvit otevřeně a bez stresu.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem šest žen ve věku od 48 do 64 let, které již prožily menopauzu a byly ochotné sdílet své zkušenosti se změnami v oblasti psychického zdraví. Respondentky byly vybrány záměrně (purposive sampling) na základě předem stanovených kritérií.

Rozhovory byly vedeny podle předem připravené osnovy otázek, která ponechávala dostatek prostoru pro spontánní odpovědi a osobní prožitky. S vědomím citlivosti tématu byl během celého výzkumu kladen důraz na důvěrnost, respekt a zajištění psychického komfortu respondentek. Všechny rozhovory byly s jejich souhlasem doslovně přepsány. Přepisy byly dále použity pro kvalitativní analýzu v souladu s etickými zásadami.

4.3 Metoda analýzy dat

Data získaná z rozhovorů byla analyzována pomocí tematické analýzy podle přístupu Braunové a Clarkea (2006). Tento postup zahrnoval opakované čtení přepisů rozhovorů, identifikaci významových jednotek a následné vytváření kódů, které byly seskupovány do tematických kategorií. Cílem bylo odhalit hlavní motivy ve výpovědích respondentek týkající se prožívání menopauzy, jejího vlivu na psychiku a využívaných strategií zvládání. Tematická analýza umožnila hlubší porozumění individuálním zkušenostem žen a zachycení širšího kontextu jejich životních situací.

Byly zvoleny následující kódy:

- Spánek
- Snížená energie a koncentrace
- Deprese a úzkosti
- Sexualita a intimita

5 ROZHOVORY

5.1 Respondentka č. 1

Andrea (51) pracuje jako účetní v rodinné firmě. Žije v dlouhodobém vztahu s partnerem, se kterým má dvě dospělé děti. Obě děti byly narozeny císařským řezem. Asi 8 let po druhém porodu se opakovala velmi častá menstruace se silným krvácením, kterou však respondentka začala řešit až po několika letech. Na základě této skutečnosti byla nastavena léčba antikoncepcí a doplněním železa. Tato léčba trvala až do začátku menopauzy. V současné době se s ničím neléčí, neužívá žádnou medikaci a cítí se zdravá.

Menopauzu začala respondentka pociťovat okolo 46. roku života. Po začátku prvních příznaků vysadila antikoncepci, a prokonzultovala svůj stav se svým gynekologem. Dle jejich slov ji menopauza zaskočila, ale také uvedla že: *„Přestože mě nemile překvapilo, že to přišlo tak brzy, byla jsem i trochu ráda že můžu vysadit antikoncepci a přestat řešit menstruaci.“*

Mezi prvními příznaky se u respondentky dostavil zvýšený pocit únavy a noční návaly horka. Respondentka uvedla: *„Nejvíce mě asi omezovala ta únava. Byla jsem kvůli tomu často rozladěná a občas jsem reagovala hodně podrážděně i na drobnosti. Tím jak jsem byla furt ve stresu, pro mě bylo náročné se soustředit na práci, a celkově mě to omezovalo v běžných denních činnostech.“* Pocity únavy a nedostatku energie byly dle pacientky zapříčiněny hlavně nočním pocením a celkovým zhoršením kvality spánku. *„V noci jsem se dost často budila, protože jsem měla docela lehký spánek.“* Mezi další příznaky uvedla také problémy se zažíváním a zhoršení zraku.

Dalším důležitým tématem byly také změny vzhledu, které respondentka vnímala velmi negativně. *„Tak nějak automaticky jsem počítala s tím, že nějaké změny týkající se vlasů, vrásek atd. přijdou, ale rozhodně jsem jsem neočekávala to, co v realu přišlo...bylo to na zbláznění...nikdy bych nečekala že mi tak brzo zešediví a vypadá i obočí...už tak jsem byla ve stresu a tohle mi určitě nepřidalo.“* Bylo znát, že tyto změny byly pro respondentku velkým zásahem do sebevědomí, který měl vliv i na její partnerský a intimní život. *„Připadala jsem si stará...to ve spojení s únavou a stresem byla vražedná kombinace, radši jsem na TO ani nemyslela.“* Z respondentky v této části rozhovoru bylo znát, že se necítí komfortně, proto jsme se plynule přesunuli k tomu, zda cítila podporu od svých blízkých a zda své pocity s někým sdílela. *„Podpora rodiny se bohužel koupit nedá...navíc když máš vedle sebe partnera, který nejspíš také prochází mužskou menopauzou...spíš jsme se*

hádal...s nikým jsem to nerozebírala, neměla jsem potřebu se v tom zbytečně pitvat...nechtěla jsem tím nikoho zatěžovat.” Z respondentčiny odpovědi jsem pochopila, že se spíše v období menopauzy uzavírala do sebe, a měla pocit že své prožitky a trápení nemá s kým sdílet. S kamarádkami se příliš často nevidá, takže její prožitky a trápení zůstávaly otačeny. *„Kamarádky vidím jednou za sto let, přece bych si nekazila vzácný čas řešením přechodu.”* poznamenala respondentka.

V souvislosti na toto téma jsem navázala tím, zda respondentka pociťovala deprese či úzkosti. Na to mi odpověděla takto: *„Asi bych to nepojmenovala přímo jako deprese, ale určitě jsem z toho byla nějakým způsobem nesvá...nic mě nebavilo...často se stávalo, že mě vytočili úplně banality...i malá hádka mě rozhodila, nebo dokonce rozplakala.”*

Dále jsem se respondentky ptala, zda využívala nějaké strategie ke zvládnutí těchto psychických změn. Její odpověď zněla: *„Jediná má strategie byla si to nepřipouštět, že mám nějaký problém...dělala jsem jakoby nic...na jógu nebo jiné volnočasové aktivity jsem byla příliš unavená...zpětně bych asi zvolila cestu nějakých doplňků stravy a vitamínů kterých je v dnešní době dost...nad hormonální terapii jsem vůbec nepřemýšlela, nejsem zrovna velký zastánce hormonů.”* Uvedla i to, že by od svého gynekologa ocenila více informací, či doporučení ohledně přírodních prostředků sloužících k ustálení hormonální rovnováhy. Na závěr jsem se respondentky zeptala, zda by zpětně něco změnila, či udělala jinak. *„Asi bych si o tom něco víc vygooglila nebo přečetla. Možná bych zařadila ty přírodní doplňky, jinak asi nic...”*

Z celé výpovědi bylo patrné, že menopauza pro respondentku nepředstavovala pouze tělesnou změnu, ale především období emoční nejistoty, změn v sebepojetí a hledání nové rovnováhy v každodenním životě.

5.2 Respondentka č. 2

Ilona (60) pracuje jako učitelka v mateřské škole. Je vdaná a má dvě dospělé děti. Obě děti byly narozeny přirozeně. Hormonální antikoncepci respondentka užívala téměř 17 let. Neprodělala žádné gynekologické operace. V současnosti se léčí pouze s chronickou bolestí zad. U respondentky se menopauza začala projevovat asi v 55 letech.

V rámci rozhovoru byla respondentka dotázána na to, jak vnímala období menopauzy. Uvedla, že tuto životní etapu přijala klidně a bez větších obav *„Brala jsem to tak, že už je za mnou jedna životní etapa, spojená s početím a přiváděním dítěte na svět.*

Nepřikládala jsem tomu větší význam.“ Na otázku, zda ji menopauza nějak překvapila, odpověděla, že nikoliv „Nevníkala jsem žádné dramatické změny, spíše to přišlo přirozeně.“

Dále dodala, že si povšimla pouze mírně zvýšeného pocení, ale žádné vážné obtíže nepocítovala. Překvapivě zmínila i pozitivní dopad menopauzy *„Odpadl mi strach a obavy z nechtěného těhotenství, což bylo v určitém směru osvobozující.“*

Při hodnocení fyzických změn v období menopauzy respondentka uvedla, že se nejvíce potýkala s problémy se spánkem *„Potíže se spánkem jsem měla už dříve, ale při menopauze se zhoršily...byla jsem přes den o něco unavenější.“* Kromě toho si všimla i dalších změn týkajících se především vlasů *„Pokožka zůstala dobrá, ale vlasy se mi začaly více mastit a padat.“* Zmínila také určité přibírání na váze a bolesti v oblasti krku *„Trochu jsem přibrala a občas mě bolel krk, ale nebylo to nic, co by mě výrazně omezovalo.“*

K otázce psychických změn uvedla, že během menopauzy nepocítovala žádné výrazné negativní emoce *„Nepozorovala jsem na sobě deprese ani větší smutek. Naopak jsem cítila radost ze života a ze své rodiny.“* Ve srovnání s jinými ženami, které popisují náročné psychické stavy během klimakteria, respondentka prožívala toto období spíše pozitivně *„Nestresovala jsem se, pokud nějaká špatná nálada přišla, zvládala jsem ji mnohem lépe než dřív.“*

Vliv menopauzy na sociální a partnerský život hodnotila rovněž pozitivně. Podle jejích slov se vztahy s rodinou i s partnerem spíše zlepšily *„S rodinou i partnerem jsme si byli blíží. Snad i díky tomu, že jsem sama byla klidnější.“* Na otázku, zda pocítovala nějaký negativní dopad na svůj společenský život, odpověděla: *„Ne, žádný zásadní vliv to na mě nemělo...ale musím říct, že jsem měla asi trochu jinou zkušenost než jiné ženy, podle toho, co jsem slyšela od kamarádek.“*

Respondentka totiž prožila nestandardní průběh menopauzy, který mohl být ovlivněn dlouhodobým užíváním antikoncepčních tablet *„Dlouho jsem užívala antikoncepci pro mladší ženy, protože mi vyhovovala. Díky tomu jsem měla pravidelnou menstruaci až do vyššího věku.“* Po vysazení antikoncepce menstruace téměř okamžitě ustala a hormonální výkyvy byly minimální *„Jen jsem zaznamenala lehké zvýšení pocení a větší mastnost vlasů. Žádné výrazné problémy jsem neměla.“*

Co se týče strategií zvládání klimakterických změn, respondentka uvedla, že se nesnažila vyhledávat odbornou pomoc ani zkoušet specifické terapie *„Žádné speciální metody jsem nevyhledávala. Snažila jsem se žít dál normálně...trávit co nejvíce času*

s vnoučaty a blízkými.“ Přesto přiznala, že se intuitivně snažila udržovat zdravý životní styl „Začala jsem víc jezdit na kole a do jídelníčku jsem zařadila víc zeleniny, ovoce a bílkovin.“ Při hodnocení těchto strategií byla respondentka velmi pozitivní „Změna jídelníčku měla dlouhodobý přínos, cítila jsem se celkově lépe.“ Za velkou podporu v tomto období považovala také pravidelné procházky v přírodě a trávení času na čerstvém vzduchu „Pomáhaly mi procházky a pobyt v přírodě. Bylo to dobré jak na psychiku, tak na udržení sociálních kontaktů.“ Kromě toho zmínila i význam plánování volnočasových aktivit „Výborné byly výlety, ať už na kole, nebo pěší...pomáhalo mi to udržovat dobrou náladu.“

Celkově hodnotila období menopauzy jako etapu života, kterou zvládla úspěšně a bez vážnějších psychických problémů. V průběhu rozhovoru působila uvolněně.

5.3 Respondentka č. 3

Gábina (56) pracuje jako květinářka. V současnosti žije se svým druhým manželem a jeho dětmi. Vlastní děti nemá, což sama vysvětlila slovy: *“Dlouho odkládala a potom už se to prostě nepodařilo”*. Prodělala tři spontánní potraty. Neprodělala žádnou gynekologickou operaci. V období menopauzy jí byla doporučena hormonální léčba, kterou respondentka užívala 4 roky.

Menopauza se u respondentky začala projevovat přibližně kolem 50. roku života. Uvedla, že její příchod vnímala velmi negativně: *„Byla jsem úplně psychicky na dně...pořád jsem byla ve stresu a celkově jsem to nesla dost špatně.“* První uvědomění, že prochází tímto obdobím, v ní vyvolalo silné emoční reakce, a to především úzkost a nejistotu. Vzpomíná, že ji zaskočil především nižší zájem o sex, který neočekávala, a ztráta sebedůvěry: *„Nevěřila jsem si, nulová sebedůvěra to se odráželo všude...chuť na sex byla nulová...občas jsem k tomu měla spíš až odpor, protože jsem si připadala škaredá.“*

Na otázku, zda menopauza ovlivnila její běžný život, odpověděla jednoznačně: *„Ano, a to ve všech ohledech.“* Dle jejích slov ji menopauza nepřinesla žádný pozitivní vliv na život ani psychiku.

Velkým tématem byly pro respondentku psychické změny, které prožívala denně. Popsala je takto: *„Úzkost, nervozita, plačtivost to byl každodenní chleba...nikdy dřív jsem takové psychické stavy nemívala...byla jsem úplně bez energie.“* Z jejích odpovědí bylo zřejmé, že menopauza měla zásadní dopad na její psychickou pohodu a každodenní fungování. *„Úzkost, nervozita, hlavně deprese ty byly strašné...“* – to byly emoce, které ji

provázely po většinu času. Přiznala také, že se občas cítila, jako by ztrácela kontrolu nad svým psychickým zdravím: „*Cítila jsem se jako blázen...nechápal jsem co se to se mnou děje.*“ A stejně tak měla pocit, že nezvládá stresové situace: „*Ve stresových situacích jsem zmatkovala odjakživa, ale v té době to bylo snad ještě stokrát horší...*“

V oblasti fyzických změn respondentka nepozorovala žádné zásadní obtíže, kromě spánkových problémů. Ty pro ni ale byly velmi zatěžující: „*Měla jsem velké problémy s usínání...taky se mi často zdály noční můry, ze kterých jsem se budila a pak jsem nemohla usnout...myslím že i ta nevyspalost měla velký vliv na tu moji pochroumanou psychiku.*“ Naopak žádné změny v pokožce, vlasech ani vzhledu neregistrovala

Partnerské a sociální vztahy podle jejích slov menopauza silně ovlivnila. Největší dopad byl patrný ve vztahu s partnerem: „*Partner špatně nesl negativní změny v mém psychickém stavu...občas jsme se i pohádali, ale spíš jsem se cítila nepochopená a smutná...potřebovala jsem spoustu podpory a ujištění, a tu mi on ne vždy byl schopný dát.*“ Pocit nepochopení zažila také ze strany rodiny a přátel, zároveň ale uvedla, že její okolí o tom příliš nevědělo: „*Nevěděli o tom, necítila jsem se natolik sebejistě abych o tom s někým mluvila.*“

Na otázku, zda měla nějaké strategie nebo aktivity pro zvládání těchto změn, odpověděla: „*Snažila jsem se to všechno zvládnout sama.*“ Důvodem byla obava ze stigmatizace psychických problémů a stud mluvit o svých obtížích nahlas. Stejně tak neuvedla žádnou změnu životního stylu. Nepožádala ani o odbornou pomoc, přestože trpěla psychickými obtížemi. Jedinou výjimkou byla hormonální substituční terapie, která jí výrazně pomohla: „*Hormony mi pomohly na 80 %...potom už to bylo vše o poznání víc snesitelné.*“

V závěru rozhovoru respondentka potvrdila, že žádné strategie pro zvládání psychických změn nepovažovala za dlouhodobě účinné. Na otázku, zda by něco doporučila jiným ženám, odpověděla stručně: „*Ne.*“ Ani v hodnocení svého zvládání situace nebyla příliš pozitivní: „*Nemám se čím pochválit...spoustu věcí jsem mohla udělat jinak.*“

Z výpovědi bylo zřejmé, že menopauza pro respondentku znamenala především psychickou zátěž, výrazný pokles kvality života a pocit izolace. Během rozhovoru s respondentkou bylo možné zaznamenat emoční rozrušení, projevující chvějícím se hlasem, což podtrhuje hloubku prožívaných obtíží. Nedostatek informací, podpory i aktivního přístupu ke zvládání příznaků přispěl k tomu, že toto období vnímala jako velmi náročné.

5.4 Respondetka č. 4

Marta (64) pracuje na částečný úvazek jako učitelka na základní škole. Nyní žije bez partnera a má dvě děti které byly narozeny přirozenou cestou. Žádné gynekologické operace nepodstoupila, ani netrpěla žádným závažným onemocněním. V současné době trpí Artrózou. Menopauza se u ní projevila v 53 letech.

Respondentka popsala období menopauzy jako velmi stresující. Uvedla, že se s tímto obdobím snažila vyrovnat sama a spíše než na své zdraví či tělo se soustředila na množství povinností, které měla. V jejím případě se neobjevily typické příznaky menopauzy, jako jsou návaly horka nebo pocení, ale projevíly se bolesti kloubů, které postupem času vyústily v těžkou artrózu. *„Vůbec jsem na menopauzu nemyslela. Měla jsem hodně starostí a práce..”*

Výrazným zlomem v jejím životě byl nástup silné artrózy, která se projevila především v oblasti kyčelních kloubů. *„Nástup silné artrozy v kloubech, neustálá bolest kloubů, hlavně kyčelních...asi po pěti letech jsem podstoupila výměnu obou kyčelních kloubů, ale do té doby jsem byla, krom bolesti, neustále ve stresu z toho, jak zvládnou všechny své povinnosti.”* Tyto zdravotní komplikace ovlivnily nejen její fyzickou kondici, ale i psychickou pohodu.

Z rozhovoru vyplynulo, že se respondentka nacházela pod značným tlakem, ať už v osobním, pracovním či rodinném životě. *„Byl to šílený stres, zda vydržím zátěž v zaměstnání, domácnosti, práce v souboru, pomoc mamince, pomoc synovi a snaše s dětmi...”* Tyto okolnosti v ní vyvolávaly pocity strachu a napětí. Přiznala, že období menopauzy negativně ovlivnilo její sebevědomí. *„Určitě jsem měla nižší sebevědomí...někdy menší deprese při bolestech...často jsem cítila smutek a obavy...”*

Psychické napětí se podle jejích slov projevovalo podrážděností, únavou, nespokojeností i hádavostí. Tyto projevy měly dopad i na její partnerský vztah, který se v té době dostal do krize. Přestože své potíže nijak nesdílela s okolím, snažila se je zvládat silou vůle. *„S nikým jsem problémy menopauzy neřešila...s exmanželem jsem se neustále hádala...nedokázal pochopit, jak se cítím...intimita mezi námi úplně vymizela...vyvrcholilo to až rozvodem”* Období menopauzy a celkové psychické rozpoložení měly u respondentky vliv také na spánek. *„Často jsem měla problém s usínáním...dlouho do noci jsem přemýšlela nad hodně věcmi a nemohla jsem usnout.”*

Za hlavní strategii, jak zvládnout toto období, považovala respondentka fyzickou aktivitu a vnitřní rozhodnutí nepoddávat se negativním myšlenkám. *„Cvičení a nemyslet na*

menopauzu to byla moje strategie k tomu se udržet při smyslech...nejdůležitější bylo zbavit se bolesti a udržet si pozitivní přístup k životu.” Postupem času se začala více zajímat o menopauzu a informace k ní hledala především na internetu. „Snažila jsem se získat co nejvíce informací o menopauze z internetu a využívat doplňky stravy... jsem z generace kdy se o tom moc nemluvalo, takže si člověk musí vše najít sám...”

Při reflexi celého období přiznala, že dnes by některé věci udělala jinak. „*Psychické problémy jsem zvládla sama, ale jinak bych udělala hodně věcí jinak. Je to o zkušenostech, nových informacích nejen z internetu, ale i od lékařů, jiných lécích a doplňcích stravy, které během menopauzy dokáží ovlivnit psychiku a běžný život ženy v pozitivním smyslu...uklidnit mysl a emoce.*”

Respondentka také reflektovala, že menopauza pro ni nebyla pouze fyzickou změnou, ale hluboce zasáhla i její vnímání sebe sama. Přiznala, že období snížené soběstačnosti a bolesti vnímala jako ztrátu určité části své identity, což se promítlo do jejího sebevědomí a emoční stability. Nedostatek informací a absence sociální opory přispěly k pocitu izolace, se kterými se musela vyrovnávat převážně sama. Přesto si postupem času vytvořila vlastní strategie zvládání.

Z výpovědi bylo patrné, že ačkoliv respondentka prožila období menopauzy spíše v ústraní a bez výrazného sdílení s okolím, snažila se aktivně hledat cesty, jak si zachovat rovnováhu, ať už fyzickou nebo psychickou, navzdory všem zátěžím, kterým v daném období čelila.

5.5 Respondetka č. 5

Veronika (48) se profesionálně věnuje umělecké činnosti. Žije s manželem, se kterým má tři děti. První dva porody proběhly přirozenou cestou. Třetí porod proběhl císařským řezem z důvodu naléhání plodu koncem pánevním. Krom císařského řezu pacientka neprodělala žádné jiné gynekologické operace, ani závažné onemocnění. V současné době se respondentka neléčí s žádným onemocněním. První příznaky menopauzy se u ní začaly projevovat už ve 43 letech.

Respondentka se o menopauze dozvěděla postupně, přičemž první pocity, které toto období provázely, shrnula jako „*Děsný stres...nikdo mi nechtěl věřit že ve 43 letech už jsem v menopauze* “. Když si uvědomila, že začíná procházet menopauzou, cítila silné napětí a nejistotu. Přiznala, že ji toto období zaskočilo a že ji přepadly obavy z neznámého.

Menopauza se u respondentky nejvíce projevovala zvýšenou únavou, která ovlivnila její běžné denní aktivity. Na přímou otázku ohledně vlivu na každodenní život uvedla: *„Ta únava byla strašná...nemohla jsem se na nic soustředit...musela jsem vypít i čtyři kávy denně abych byla schopná fungovat.“* Jediný pozitivní aspekt, který v souvislosti s menopauzou zmínila, bylo ukončení menstruace: *„Možná že budu bez menstruace, to je jediné bylo pozitivní.“*

Co se týče fyzických změn, respondentka vzpomínala na zhoršený spánek, popisovala to takto: *„Neustále jsem se budila v noci, i když jsem byla hrozně unavená...dřív jsem byla dobrý spáček...když jsem se dobře nevydala odráželo se to na náladě...byla jsem kvůli tomu dost rozladěná“* Změny vzhledu se dotkly především pokožky, kterou vnímala jako suchou a dehydratovanou, jinak však žádné další změny na sobě nepozorovala. *„Měla jsem najednou strašně suchou kůži, a to mě rozčilovalo.“*

Psychické změny byly u respondentky výraznější. Popsala, že změny nálad a psychického rozpoložení se u ní objevovaly téměř pořád. Nejčastěji prožívala nervozitu a napětí. *„Byla jsem neustále nervózní a dost často nepříjemná...moje nálada se měnila z minuty a minutu...občas se mi chtělo brečet a ani jsem nevěděla proč.“* Menopauza podle jejích slov ovlivnila i její sebevědomí, když uvedla: *„Cítila jsem se stará a seschlá.“* Připustila také, že v této době zaznamenala zhoršenou schopnost zvládání stresových situací.

Vliv menopauzy na sociální a vztahový život respondentka nepozorovala. Na otázky týkající se rodiny a partnera odpověděla, že menopauza žádným způsobem jejich vztahy neovlivnila. Také neuváděla, že by se setkala s nepochopením ze strany rodiny nebo přátel, a názory okolí ji nijak nezasáhly. *„Ze začátku mi to ani nechtěli věřit...manžel si z toho dělal legraci...jinak to přijali všichni v pohodě...přišlo mi jako by na to i trochu brali ohled, když jsem občas bezdůvodně vybuchla.“*

Co se týče strategií zvládání změn, respondentka zmínila východní medicínu, konkrétně užívání ajurvédských bylin, které hodnotila pozitivně. *„Ajurvédské byliny na mě měly dobrý vliv... nevím, jestli to bylo jen placebo, ale měla jsem pocit, že jsem po nich vyrovnanější“* uvedla. Životní styl v souvislosti s menopauzou nijak zásadně neměnila a odbornou pomoc nevyhledala. Vyzkoušela přírodní léčebné metody a ty se jí osvědčily.

Respondentka vnímala menopauzu jako náročné období, které však zvládla díky vlastní aktivitě a hledání alternativních způsobů zvládání potíží.

5.6 Respondentka č. 6

Stanislava (57) pracuje jako recepční. Žije bez partnera, ale sdílí domácnost se svým synem, jeho manželkou a vnoučaty, se kterými má velmi dobrý vztah. V minulosti prodělala běžné gynekologické potíže, ale žádné závažné onemocnění, které by si vyžádalo operaci. V současné době je sledována pro hypertenzi a užívá medikaci na vysoký krevní tlak.

První příznaky menopauzy začala respondentka pozorovat okolo 50. roku života. Sama vzpomíná: *„V momentě, kdy přišly první změny, jsem začala nad menopauzou přemýšlet ve smyslu, co se vlastně odehrává v mém těle.“* Přiznala, že ji zpočátku doprovázely pocity nejistoty a obav z toho, co ji čeká. Po čase se její psychický stav stabilizoval, i když ji neminuly ani změny nálad: *„Postupem času jsem se spíš zklidnila... Některé obtíže probíhaly v normálním režimu, i když občas přepadly horší sebezpytující nálady.“*

V souvislosti s tímto obdobím se u respondentky objevila i jiná zdravotní komplikace. *„V tomto období se u mě projevil i vysoký krevní tlak... nejdřív jsem tomu bušení srdce nepřikládala moc velkou pozornost, ale nakonec mě to dohnalo k lékaři... štal mě pocit, že stárnu, ale co nadělám.“* Vyšetření potvrdilo hypertenzi a respondentka byla zařazena do pravidelného sledování a léčby.

Při hodnocení zvládání psychických změn Stanislava uvedla: *„Myslím, že určité změny přinesla menopauza, ale byla jsem zaměstnaná a věřila jsem, že řešení zdravotních problémů i únava z práce mi pomáhají situaci zvládat.“* Práce jí podle jejích slov pomáhala odvracet pozornost od zdravotních potíží a dodávala jí pocit potřebnosti. Nejvýraznějšími projevy, které pociťovala, byly únava a zvýšená nervozita, což přičítala kombinaci menopauzálních změn a pracovního vytížení. *„Byla jsem víc unavená ale to je asi už v mém věku běžné...“*

Co se týká vztahů s okolím, respondentka uvedla, že změny spojené s menopauzou její vztahy s rodinou zásadně neovlivnily. *„Myslím, že jsem měla štěstí... Moje rodina mě vnímala pořád stejně, a když jsem byla podrážděná, spíš se mi snažili pomoci nebo mě rozveselit.“*

Na otázku, kde čerpala informace o menopauze, odpověděla: *„Většinou jsem si něco přečetla na internetu nebo se zeptala gynekoložky.“* Uvítala by podle svých slov více dostupných a srozumitelných materiálů pro ženy, které menopauzou procházejí.

Respondentka také sdílela doporučení ženám, které tímto obdobím procházejí: *„Doporučuji co nejvíce aktivní fyzický režim – zdravou chůzi, domácí cvičení, třeba dechová, a podporovat také duševní zdraví společenským životem...je důležité se neuzavírat a nestránit se lidí...to by se pak jeden z toho mohl zbláznit.“* Zároveň zdůraznila důležitost neignorovat vážnější příznaky a včas vyhledat odbornou pomoc: *„Když se objeví nějaké vážnější problémy, měla by žena vyhledat pomoc odborníka, například psychologa...já sama jsem psychologa několikrát navštívila a pomohlo mi to.“*

Reflektovala také, co by případně udělala jinak, kdyby mohla procházet menopauzou znovu: *„Nehrnula bych se tolik do práce a víc bych se soustředila na sebe.“*

Celkově respondentka hodnotila toto období jako psychicky i fyzicky obtížné. Důležitými faktory pro její pozitivní adaptaci byly aktivní životní styl, pevné rodinné zázemí a ochota přijmout fyzické i psychické změny spojené se stárnutím jako přirozenou součást života.

6 ANALÝZA ROZHOVORŮ

Kód: spánek

R1 sdělila: *„V noci jsem se dost často budila, protože jsem měla docela lehký spánek.“*

R2: *„Potíže se spánkem jsem měla už dříve, ale při menopauze se zhoršily.“*

R3: *„Měla jsem velké problémy s usínáním...taky se mi často zdály noční můry, ze kterých jsem se budila a pak jsem nemohla usnout.“*

R4: *„Často jsem měla problém s usínáním...dlouho do noci jsem přemýšlela nad hodně věcmi a nemohla jsem usnout.“*

R5: *„Neustále jsem se budila v noci, i když jsem byla hrozně unavená.“*

R6: Neuvedla žádné negativní změny.

Hodnocení:

Z výpovědí respondentek vyplývá, že menopauza měla ve většině případů negativní dopad na kvalitu spánku. Nejčastěji se objevovaly potíže s usínáním, časté noční buzení, lehký spánek a výskyt nočních můr. Tyto obtíže byly často spojovány se zvýšenou mírou psychického napětí a únavy. Pouze jedna z respondentek nezaznamenala v oblasti spánku žádné negativní změny.

Kód: snížená energie a koncentrace

R1: *„Nejvíce mě asi omezovala ta únava. Byla jsem kvůli tomu často rozladěná a občas jsem reagovala hodně podrážděně i na drobnosti. Tím, jak jsem byla furt ve stresu, pro mě bylo náročné se soustředit na práci, a celkově mě to omezovalo v běžných denních činnostech.“*

R2: *„Byla jsem přes den o něco unavenější.“*

R3: *„Byla jsem úplně bez energie.“*

R4: Neuvedla žádné negativní změny.

R5: *„Ta únava byla strašná...nemohla jsem se na nic soustředit...musela jsem vypít i čtyři kávy denně abych byla schopná fungovat.“*

R6: *„Byla jsem víc unavená ale to je asi už v mém věku běžné...“*

Hodnocení:

Většina respondentek uvedla, že během menopauzy pociťovala zvýšenou únavu a sníženou míru energie, což negativně ovlivňovalo jejich každodenní fungování. Obtíže se projevovaly nejen fyzickým vyčerpáním, ale také sníženou schopností koncentrace, podrážděností a nutností uměle stimulovat bdělost (např. nadměrnou konzumací kávy). Tyto změny měly dopad jak na pracovní výkon, tak na běžné denní aktivity. Pouze jedna respondentka výslovně nezaznamenala žádné negativní změny a jedna další připisovala únavu spíše věku než menopauze.

Kód: deprese a úzkosti

R1: *„Asi bych to nepojmenovala přímo jako deprese, ale určitě jsem z toho byla nějakým způsobem nesvá...nic mě nebavilo...často se stávalo, že mě vytočili úplně banality...i malá hádka mě rozhodila, nebo dokonce rozplakala.“*

R2: *„Nepozorovala jsem na sobě deprese ani větší smutek. Naopak jsem cítila radost ze života a ze své rodiny.“*

R3: *„Byla jsem úplně psychicky na dně...pořád jsem byla ve stresu a celkově jsem to nesla dost špatně...Úzkost, nervozita, plačtivost to byl každodenní chleba...nikdy dřív jsem takové psychické stavy nemívala.“*

R4: *„ Určitě jsem měla nižší sebevědomí...někdy menší deprese při bolestech...často jsem cítila smutek a obavy...“*

R5: *„Byla jsem neustále nervózní a dost často nepříjemná...moje nálada se měnila z minuty a minutu...občas se mi chtělo brečet a ani jsem nevěděla proč...“*

R6: *„Postupem času jsem se spíš zklidnila... Některé obtíže probíhaly v normálním režimu, i když občas přepadly horší sebezpytující nálady.“*

Hodnocení:

U většiny respondentek se v období menopauzy vyskytly psychické obtíže, které se projevovaly zejména zvýšenou podrážděností, úzkostmi, častou plačtivostí a výkyvy nálad. Některé ženy popisovaly i stavy, které samy vnímaly jako depresivní, i když je takto výslovně nenazývaly. Dále se objevovaly pocity vnitřního neklidu, smutku a ztráty zájmu o

běžné činnosti. Jedna respondentka uvedla, že byla psychicky na dně, a další zmínily snížené sebevědomí či nadměrnou sebekritiku. Naopak dvě respondentky hodnotily svou psychickou stránku během menopauzy spíše pozitivně či neutrálně – jedna necítila žádné negativní změny a druhá popisovala postupné zklidnění. Výsledky ukazují, že psychické projevy menopauzy se liší mezi jednotlivými ženami, přičemž u většiny z nich představují významnou zátěž.

Kód: sexualita a intimita

R1: *„Připadala jsem si stará...to ve spojení s únavou a stresem byla vražedná kombinace, radši jsem na TO ani nemyslela.“*

R2: Neuvedla žádné negativní změny.

R3: *„Chuť na sex byla nulová...občas jsem k tomu měla spíš až odpor, protože jsem si připadala škaredá.“*

R4: *„S exmanželem jsem se neustále hádala...nedokázal pochopit, jak se cítím...intimita mezi námi úplně vymizela...vyvrcholilo to až rozvodem.“*

R5: Neuvedla žádné negativní změny

R6: V období menopauzy nebyla v partnerském vztahu ani nevedla aktivní sexuální život.

Hodnocení:

Z výpovědí vyplývá, že tři z šesti respondentek zaznamenaly negativní změny v oblasti sexuality a intimity v souvislosti s menopauzou. U respondentky č.1 a respondentky č.3 se projevily především pocity nechuti k sexu, nízkého sebevědomí a negativního vnímání vlastního těla, které byly spojeny s únavou, stresem a pocitem ztráty atraktivity. Respondentka č.4 popisovala výrazné narušení partnerského vztahu, které vedlo až k rozvodu, přičemž zmiňovala nepochopení ze strany partnera a úplné vymizení intimity. Naopak respondentka č.2 a respondentka č.5 žádné negativní změny v této oblasti nezmínily, a respondentka č.6 v období menopauzy nebyla v partnerském vztahu, tudíž se k oblasti sexuality nevyjádřila z osobní zkušenosti.

7 DISKUZE

Cílem této práce bylo prozkoumat, jak ženy vnímají menopauzu z hlediska psychického zdraví, jaké potíže se v tomto období objevují a jaké strategie používají ke zvládání těchto změn. Výsledky výzkumu potvrdily, že menopauza je velmi individuálně prožívaným obdobím. Rozsah i intenzita psychických obtíží se mezi ženami výrazně liší a jsou ovlivněny řadou biologických, osobnostních i sociálních faktorů.

Dílčím cílem č. 1 bylo zjistit, jak ženy vnímají fyzické změny v období menopauzy a jaký dopad podle jejich zkušenosti mají tyto změny na jejich psychiku. Naše výsledky ukázaly, že fyzické příznaky jako jsou návaly horka, nespavost, únava nebo bolesti kloubů byly ženami často vnímány jako spouštěče psychické nepohody. Tyto projevy narušovaly běžné denní fungování a přispívaly k podrážděnosti, emoční nestabilitě nebo zhoršení sebehodnocení. Výpovědi žen potvrzují, že fyzické obtíže nejsou oddělené od psychického prožívání, ale vzájemně se ovlivňují. Pro srovnání lze uvést výzkum Hunter a Rendall (2007), kteří konstatují, že somatické symptomy menopauzy výrazně přispívají ke zhoršení psychické pohody, obzvláště pokud jsou dlouhodobé nebo intenzivní. Podobně Ballinger (1990) upozorňuje, že poruchy spánku a návaly horka mohou narušit každodenní činnosti a vést k emoční rozladěnosti.

Dílčím cílem č. 2 bylo zjistit, jak ženy popisují své prožívání psychických změn během menopauzy. Výsledky výzkumu ukázaly, že psychické změny během menopauzy ženy prožívaly velmi různorodě. Některé je označovaly za náročné období, spojené s úzkostmi, depresivním laděním, výkyvy nálad či ztrátou motivace (např. Gábina). Objevovaly se také pocity vyčerpání, selhání nebo ztráty sebedůvěry. Naproti tomu jiné ženy popisovaly určité zklidnění a přijetí změn (např. Ilona). Tato variabilita je v souladu s výzkumem Dennerstein et al. (2002), který poukazuje na to, že psychické prožívání klimakteria je silně individuální a ovlivňované jak hormonálními změnami, tak předchozím psychickým zdravím. Freeman (2010) dále upozorňuje, že v období perimenopauzy narůstá riziko depresivních stavů, zvláště u žen citlivých na hormonální výkyvy.

Dílčím cílem č. 3 bylo zjistit, jak ženy reflektují dopad menopauzy na své partnerské a sociální vztahy. Výzkum prokázal, že menopauza může významně ovlivnit kvalitu partnerských i širších mezilidských vztahů. Ženy, které měly podporujícího partnera nebo blízké okolí, popisovaly toto období jako lépe zvládnutelné a méně zatěžující. Otevřená komunikace a emoční podpora přispívaly k pocitu přijetí a bezpečí. Naopak ženy, které čelily

nezájmu, emočnímu odstupu nebo bagatelizaci svých obtíží, hovořily o zhoršení vztahů, citovém odcizení nebo dokonce o jejich rozpadu. Tyto zkušenosti odpovídají zjištěním North American Menopause Society (2015) i Avis et al. (2001), kteří upozorňují na klíčovou roli kvalitních vztahů a komunikace při zvládání menopauzálních obtíží. Nedostatek sdílení těchto zkušeností s okolím navíc odráží společenské tabu spojené s menopauzou, jak o něm píše například Gatrell (2013), která poukazuje na marginalizaci tohoto tématu ve veřejném i soukromém diskurzu.

Dílčím cílem č. 4 bylo zmapovat, jaké způsoby zvládání psychických obtíží ženy v období menopauzy volí a jak tyto strategie hodnotí z vlastního pohledu. Získaná data naznačují, že většina žen se snažila zvládat psychické obtíže samostatně, bez odborné pomoci. Nejčastěji volily pasivní nebo přirozené strategie, jako je snaha „vydržet“, užívání přírodních doplňků nebo pravidelná fyzická aktivita. Aktivní vyhledání psychologické pomoci bylo spíše výjimečné. Ačkoliv některé respondentky zpětně uvedly, že by psychoterapii ocenily, často vnímaly tuto možnost jako nedostupnou, stigmatizovanou nebo o ní neměly dostatek informací. Tento postoj potvrzuje i výzkum Greene (1998), který upozorňuje na nízkou míru využívání odborné psychologické péče v klimakterickém období. Podobně Simpson (2016) zdůrazňuje potřebu destigmatizace psychologické podpory a její větší dostupnosti pro ženy středního věku. Výjimku tvořila respondentka Gábina, která popsala výrazně pozitivní účinek hormonální substituční terapie. Tato forma léčby je v odborné literatuře (např. MacLennan et al., 2004) opakovaně uváděna jako účinná při zvládání jak fyzických, tak psychických příznaků menopauzy.

Dále se ukázalo, že ženy často své prožitky nesdílely ani se svými blízkými. Menopauzu vnímaly jako intimní a osobní záležitost, o které se „nemluví“. Důvody mlčení byly různé – stud, obava z nepochopení nebo přesvědčení, že „to tak prostě je a patří to k životu“. Tento fenomén odpovídá zjištěním Zvěřové (2017), která upozorňuje na chybějící prostor pro otevřený dialog o menopauze v českém prostředí, a to jak odborném, tak veřejném.

Z výpovědí některých žen zároveň vyplynulo, že jejich přístup k menopauze byl ovlivněn generačně i kulturně. V době jejich dospívání a rané dospělosti se o ženském zdraví a stárnutí veřejně příliš nemluvalo, což se promítlo do nedostatku informací i do pocitu studu spojeného s prožíváním menopauzálních změn. Menopauza tak byla často vnímána jako konec určité etapy ženskosti, což mohlo přispívat k pocitům méněcennosti, ztráty atraktivity

nebo vyřazení ze společnosti. Tyto postoje ukazují na širší kulturní rámec, který stále ovlivňuje, jak ženy menopauzu vnímají, prožívají a zda o ní dokážou mluvit otevřeně.

Celkově lze konstatovat, že menopauza není pouze biologickou proměnou, ale zásadně ovlivňuje psychickou pohodu žen, jejich vztahy, pracovní výkon i vnímání vlastní identity. Individuální přístup, informovanost, dostupnost odborné pomoci a otevřená komunikace se jeví jako klíčové faktory, které mohou ženám pomoci zvládnout toto náročné období s větším pocitem jistoty a podpory. Tyto závěry jsou v souladu s odbornou literaturou (např. Simpson, 2016; Hunter & Rendall, 2007; Freeman, 2010), která upozorňuje na komplexnost menopauzálního období a zdůrazňuje význam psychosociální podpory, destigmatizace duševních obtíží a přístupu založeného na empatii a porozumění.

Výsledky tohoto výzkumu by mohly posloužit jako podklad pro zkvalitnění podpory žen v období menopauzy, a to jak v oblasti zdravotní péče, tak psychologického poradenství. Ukazuje se, že ženy často postrádají nejen odbornou pomoc, ale také bezpečný prostor pro sdílení svých zkušeností. V praxi by tak bylo přínosné podporovat otevřený dialog o menopauze, například prostřednictvím informačních kampaní, skupinových podpůrných aktivit nebo začleněním tohoto tématu do vzdělávání zdravotníků a terapeutů. Důležitým krokem je rovněž destigmatizace psychických obtíží v tomto období a zvýšení dostupnosti specializované péče pro ženy středního věku. Jak upozorňuje Britton (2021), integrace péče o duševní zdraví v období menopauzy do běžné zdravotní péče může výrazně přispět ke snížení stresu a zlepšení kvality života žen.

7.1 Doporučení pro praxi

Na základě výzkumných zjištění této práce je možné formulovat praktická doporučení, která mohou ženám napomoci lépe zvládat psychické obtíže spojené s obdobím menopauzy. Doporučení vycházejí z identifikovaných tematických oblastí a zároveň reflektují poznatky odborné literatury.

Jako významný problém ženy uváděly potíže se spánkem. Zde se doporučuje zavedení pravidelného spánkového režimu, omezení stimulantů (zejména kofeinu a alkoholu) ve večerních hodinách a zařazení relaxačních technik, jako je například vědomé dýchání či meditace. Vhodnou podporou může být i kognitivně-behaviorální terapie, která se ukazuje jako účinná při zvládání nespavosti. (Hunter a Rendall, 2007; Simpson, 2016)

Častým tématem byla také únava, pokles energie a zhoršená koncentrace. V těchto případech může pomoci pravidelný pohyb, vyvážená strava a podpora duševní hygieny. Doporučuje se věnovat čas odpočinku, ale i aktivitám, které ženě přinášejí smysl a radost. Vhodné je rovněž dbát na dostatečný přísun živin, zejména vitamínů skupiny B, hořčíku a omega-3 mastných kyselin (Paulík, 2017).

Psychické obtíže, zejména úzkosti a deprese, byly přítomny u žen, které menopauzu vnímaly jako výraznou zátěž. V tomto směru je důležitá dostupnost psychologické podpory a možnost individuální či skupinové terapie. Zejména kognitivně-behaviorální přístup může napomoci nejen při práci s negativními emocemi, ale i s tělesnými příznaky, jako jsou návaly horka či podrážděnost. (Simpson, 2016) Vhodné je rovněž zvyšovat povědomí žen o této možnosti a odbourávat bariéry spojené se stigmatizací duševních potíží v období středního věku.

V oblasti sexuality se ukázalo jako přínosné podporovat otevřenou komunikaci mezi partnery, sdílení emocí a hledání nových forem intimity. Změny v sexuálním životě totiž často nesouvisí pouze s fyzickými projevy menopauzy, ale také s psychickým rozpoložením a kvalitou partnerského vztahu. V případě fyzických obtíží je možné využít například lokální hormonální léčbu. (Dennerstein et al. 2005; Kingsberg, 2002) Vhodné je také informovat ženy o dostupnosti sexuologického poradenství.

Sebepojetí a vnímání vlastního těla bývá v menopauze negativně ovlivněno. V tomto ohledu se jako účinné jeví posilování zdravého vztahu k tělu, edukace o přirozených změnách v daném období a podpora pozitivních vzorů. Důležitou roli zde hrají média a veřejný diskurz, který může významně ovlivnit to, jak ženy toto období vnímají (Vágnerová, 2017; Britton, 2021).

Z výpovědí respondentek rovněž vyplynulo, že zvládací strategie bývají často pasivní. Ženy mají tendenci vyrovnávat se s obtížemi samy, bez odborné pomoci. V tomto směru je vhodné ženy motivovat k aktivnímu přístupu, sdílení zkušeností a vyhledávání podpory. Výzkumy ukazují, že účast v podpůrných skupinách může výrazně přispět ke zlepšení psychické pohody a kvality života žen (Yazdkhasti et al., 2012; Hoga et al., 2015). V neposlední řadě je důležité upozornit na význam podpory ze strany okolí, partnera, rodiny i širšího sociálního prostředí. Přijetí, empatie a otevřená komunikace mohou ženě výrazně ulehčit zvládání změn, které s menopauzou přicházejí (Freeman et al., 2006; Duffy et al., 2012).

S ohledem na tato zjištění je proto nezbytné šířit informovanost a zvyšovat povědomí o uvedených doporučeních, aby se minimalizovaly negativní dopady menopauzy na psychické zdraví a celkovou kvalitu života žen.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřila na psychické zdraví žen po menopauze a zkoumala, jak ženy prožívají toto období, jaké psychické změny zaznamenávají a jaké strategie využívají k jejich zvládnutí. Výzkum ukázal, že menopauza není pouze biologická událost, ale komplexní psychosociální proces, který se může dotýkat mnoha oblastí života ženy – od tělesného zdraví přes vztahy až po její vnímání sebe sama.

Výpovědi žen potvrdily, že dopady menopauzy na psychiku jsou velmi individuální. Některé ženy popisovaly období menopauzy jako relativně klidné a přirozené, jiné zažívaly silné úzkosti, výkyvy nálad, ztrátu sebedůvěry, problémy ve vztazích nebo pocity osamělosti. Zásadní roli v tom, jak ženy toto období zvládaly, hrála nejen jejich psychická odolnost, ale i podpora okolí – především partnera, rodiny a blízkých přátel. Významný vliv měla také informovanost a přístup ke zdravotnickým službám.

Většina žen se s psychickými obtížemi vyrovnávala bez odborné pomoci, často pouze intuitivně – například ignorováním problémů, fyzickou aktivitou nebo vyhýbáním se těžkým tématům. Odbornou psychologickou či terapeutickou podporu ženy buď nevyhledaly, nebo o této možnosti neuvažovaly, často kvůli obavám, studu nebo nedostatečné informovanosti. Přesto některé respondentky zpětně reflektovaly, že by uvítaly více doporučení od svého gynekologa, zejména v oblasti přírodní léčby a duševní hygieny.

Na základě zjištěných poznatků lze doporučit podporu otevřeného dialogu o menopauze ve zdravotnických zařízeních, v médiích i v běžném společenském diskurzu. Dále by měla být posílena dostupnost a informovanost o možnostech psychologické péče a poradenství. Ženy by měly být motivovány k aktivnímu přístupu ke svému duševnímu zdraví a ke hledání vhodných copingových strategií, které by jim umožnily zvládat psychické obtíže efektivněji.

Za omezení výzkumu lze považovat především malý počet respondentek a záměrný výběr, který sice umožnil hlubší pohled na individuální zkušenosti, ale neumožňuje generalizaci výsledků na celou populaci žen. Výpovědi žen rovněž vycházejí z jejich osobní retrospektivy, která může být ovlivněna časovým odstupem a subjektivním hodnocením.

Přesto výzkum přinesl cenné poznatky o tom, jak menopauza ovlivňuje psychické zdraví žen a jak různorodé a osobní mohou být způsoby jejího zvládnutí. Ukazuje, že péče o ženy v tomto životním období by měla zahrnovat nejen fyzický, ale i psychický a sociální rozměr, a klade důraz na potřebu empatie, informovanosti a dostupné podpory.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Zdeněk; KRÁL, Zdeněk; KLIMEŠ, Jeroným; BELOLUCKÝ, Zdeněk a POUR, Luděk, 2020. Chronický stres, psychická nepohoda a deprese zvyšují četnost infekčních, autoimunitních, ale i maligních nemocí. Online. *Vnitřní lékařství*. Roč. 66, č. 1, s. 34-38. Dostupné

z: https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2020/01/06.pdf?utm_source=chatgpt.com. [cit. 2025-04-02].

AYERS, Beverley; SMITH, Melanie; HELLIER, Jennifer; MANN, Eleanor a HUNTER, Myra S., 2012. Effectiveness of group and self-help cognitive behavior therapy in reducing problematic menopausal hot flushes and night sweats (MENOS 2). Online. *Menopause*. Roč. 19, č. 7, s. 749-759. ISSN 1072-3714. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31823fe835>. [cit. 2025-05-05].

AVIS, Nancy E., CRAWFORD, Susan L. a MCKINLAY, John M. 2001. Psychosocial, behavioral, and health factors related to menopause symptomatology. Online. *Women's Health Issues*. Roč. 11, č. 6, s. 40–47. [cit. 2025-05-07]

AVIS, Nancy E., STELLATO, Rebecca, CRAWFORD, Selina L., BROMBERGER, Joyce T., GANZ, et al., 2001. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. Online. *Social Science & Medicine*. Roč. 52, č. 3, s. 345–356. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00135-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00135-8) [cit. 2025-04-30]

BALLINGER, Susan E. 1990. Psychosocial stress and symptoms of menopause: a comparative study of menopausal women and younger women. Online. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Roč. 11, č. 2, s. 105–120. [cit. 2025-03-19]

BABER, Rodney J., LUSTIG, Susan R., DAVIS, Susan J. M., ULRICH, Wulf H., COLLINS, Peter C. et al., 2016. IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. Online. *Climacteric*. 2016-02-05, Roč. 19, č. 2, s. 109-150. ISSN 1369-7137. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1129166>. [cit. 2025-04-30].

BRAUN, Virginia, CLARKE, Victoria, 2006. Using thematic analysis in psychology. Online. *Qualitative Research in Psychology*. Roč. 3, č. 2, s. 77-101. ISSN 1478-0887. Dostupné z: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. [cit. 2025-04-15]

BRITTON, Lauren E. 2021. Menopause and Mental Health: A Public Health Perspective. *Journal of Women's Health*. Roč. 30, č. 4, s. 497–505. [cit. 2025-04-19]

CANO, Antonio, 2017. *Menopause: A Comprehensive Approach*. Online. Cham: Springer International Publishing. ISBN 978–33-195-9318-0. [cit. 2025-04-02]. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-319-59318-0.pdf>

CARMODY, James a BAER, Ruth A., 2008. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. Online. *Journal of Behavioral Medicine*. Roč. 31, č. 1, s. 23-33. ISSN 0160-7715. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9130-7>. [cit. 2025-04-30].

CHRISLER, Joan C., 2013. Teaching Taboo Topics. Online. *Psychology of Women Quarterly*. Roč. 37, č. 1, s. 128-132. ISSN 0361-6843. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0361684312471326>. [cit. 2025-04-15].

DARE, Julie S., 2011. Transitions in Midlife Women's Lives: Contemporary Experiences. Online. *Health Care for Women International*. 2011-01-12, Roč. 32, č. 2, s. 111-133. ISSN 0739-9332. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/07399332.2010.500753>. [cit. 2025-04-02].

DELAMATER, John D. a SILL, Morgan, 2005. Sexual desire in later life: Contemporary Experiences. Online. *The Journal of Sex Research*. 2005-05-01, roč. 42, č. 2, s. 138-149. ISSN 0022-4499. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/00224490509552267>. [cit. 2025-04-30].

DENNERSTEIN, Lorraine; LEHERT, Philippe a BURGER, Henry, 2005. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. Online. *Fertility and Sterility*. Roč. 84, č. 1, s. 174-180. ISSN 00150282. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.01.119>. [cit. 2025-05-07]

DENNERSTEIN, Lorraine, LEHERT, Philippe a GUTHRIE, John. 2005. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. Online. *Archives of Women's Mental Health*. Roč. 5, č. 1, s. 15-22. ISSN 14341816. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s007370200018>. [cit. 2025-04-30].

DUFFY, Susan L., SORGENFREI, Megan C., LIU-AMBROSE, Teresa, SMITH, Andrew E., KERR, Deborah C., et al., 2012. Influence of psychosocial factors on cognition and brain

function in postmenopausal women: A review. Online. *Menopause*, Roč. 19, č. 1, s. 93–102. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31822cbded> [cit. 2025-04-15]

ERBIL, Nülüfer, 2018. Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. Online. *Alexandria Journal of Medicine*. 2018-09-01, roč. 54, č. 3, s. 241-246. ISSN 2090-5068. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2017.05.012>. [cit. 2025-04-02].

FAIT, Tomáš, 2015. Nehormonální terapie klimakterického syndromu. Online. *Praktická gynekologie*. Roč. 19, č. 2, s. 123–126. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2015-2/nehormonalni-terapie-klimakterickeho-syndromu-52371/download?hl=cs> [cit. 2025-03-11].

FAIT, Tomáš, 2018. *Klimakterická medicína*. 3. přepracované vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-734-5594-1.

FAIT, Tomáš, 2019. Tibolon – jediný zástupce skupiny STEAR. Online. *Časopis lékařů českých*, Roč. 158, č. 3–4, s. 107–111. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2019-3-4-1/tibolon-jediny-zastupce-skupiny-stear-113319> [cit. 2025-04-30]

FORGÁČOVÁ, Ľubica a HERETIKOVÁ MARSALOVÁ, Andrea, 2012. Liečba psychických porúch u žien v dôsledku hormonálnych zmien. Online. *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 108, č. 4, s. 182-189. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=814>. [cit. 2025-03-12].

FREEMAN, Ellen W., 2010. Associations of depression with the transition to menopause. Online. *Menopause*. Roč. 17, č. 4, s. 823-827. ISSN 1072-3714. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181db9f8b>. [cit. 2025-05-07].

GATRELL, Caroline J, 2013. Maternal body work: How women managers and professionals negotiate pregnancy and new motherhood at work. Online. *Human Relations*. Roč. 66, č. 5, s. 621-644. ISSN 0018-7267. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0018726712467380>. [cit. 2025-04-30].

GREENE, Jane G. 1998. Constructing a standard climacteric scale. Online. *Maturitas*. Roč. 29, č. 1, s. 25-31. ISSN 03785122. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0378-5122\(98\)00025-5](https://doi.org/10.1016/S0378-5122(98)00025-5). [cit. 2025-05-07].

GEORGE, Sharon A., 2002. The Menopause Experience: A Woman's Perspective. Online. Roč. 31, č. 1, s. 77-85. ISSN 08842175. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00025.x>. [cit. 2025-04-12].

HOGA, Luiza; RODOLPHO, Juliana; GONÇALVES, Bruna a QUIRINO, Bruna, 2015. Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. Online. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. Roč. 13, č. 8, s. 250-337. ISSN 2202-4433. Dostupné z: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1948>. [cit. 2025-04-02].

HUNTER, Myra S. a MANN, Eleanor, 2010. A cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats. Online. *Journal of Psychosomatic Research*. Roč. 69, č. 5, s. 491-501. ISSN 00223999. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.005>. [cit. 2025-04-15].

HUNTER, Myra a RENDALL, Melanie, 2007. Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. Online. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. Roč. 21, č. 2, s. 261-274. ISSN 15216934. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.001>. [cit. 2025-04-02].

JON, KabatZinn, 2016. *Život samá pohroma: Jak čelit stresu, nemoci a bolesti pomocí moudrosti těla a mysli*. Jan Melvil Publishing. ISBN 978-80-7555-019-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/zivot-sama-pohroma-6917/>.

KINGSBERG, Sheryl A., 2002. The Impact of Aging on Sexual Function in Women and Their Partners. Online. *Archives of Sexual Behavior*. Roč. 31, č. 5, s. 431-437. ISSN 0004-0002. Dostupné z: <https://doi.org/10.1023/A:1019844209233>. [cit. 2025-03-19].

KOLIBA, Peter, 2021. Managing climacteric problems in the general practitioner's surgery. Online. *Medicina pro praxi*. 2021-4-30, roč. 18, č. 2, s. 117-122. ISSN 12148687. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/med.2021.019>. [cit. 2025-03-10].

KUBÍKOVÁ, Drahomíra, 2014. Menopauzální symptomy a hormonální substituční terapie. Online. *Praktické lékařství*. Roč. 10, č. 2, s. 68–73. Dostupné z: <https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2014/02/05.pdf> [cit. 2025-03-10].

MACLENNAN, Alastair H; BROADBENT, Jessica L; LESTER, Sue a MOORE, Vivienne, 2004. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. Online. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Roč. 2004, č. 4. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002978.pub2..> [cit. 2025-05-07]

MALÍK, Jakub, 2014. Klimakterický syndrom. Online. *Practicus*. Roč. 13, č. 4, s. 12–13.. Dostupné z: <https://www.practicus.eu/data/Practicus2014/practicus2014-04.pdf> [cit. 2025-03-12].

NELSON, Heidi D, 2008. Menopause. Online. *The Lancet*. Roč. 371, č. 9614, s. 760-770. ISSN 01406736. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60346-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60346-3). [cit. 2025-05-07].

NÉVODA, Jiří. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY 2015. *Menopause Practice: A Clinician's Guide*. Mayfield Heights, (OH): NAMS.

PAULÍK, Karel. 2017. *Psychologie zdraví: Psychosociální determinanty zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-930-2.

REID, Robert L. a MAGEE, Bryden A., 2015. Confronting the challenges of the menopausal transition. Online. *Women's Midlife Health*. Roč. 1, č. 1. ISSN 2054-2690. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40695-015-0008-5>. [cit. 2025-03-19]

ROB, Lukáš; MARTAN, Alois a VENTRUBA, Pavel, 2019. *Gynekologie*. 3. doplněné a přepracované vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-426-2.

ROZTOČIL, Aleš (ed.), 2024. *Moderní gynekologie*. Online. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2005-5. Dostupné z: <https://vufind.katalog.k.utb.cz/Record/bkp10355>. [cit. 2025-04-02]

SIMPSON, Ellen E. A. 2016. Stress and coping in the Menopause. Online. In: G. Fink, ed. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. s. 451–455. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-800951-2.00062-5> [cit. 2025-04-02]

SKÁCELOVÁ, Alena a Josef JELÍNEK, 2005. Psychosomatické aspekty klimakterického syndromu. *Česká gynekologie*, Roč. 70, č. 4, s. 286–290. ISSN 1210-7832.

SOARES, Claudio N., 2014. Mood disorders in midlife women. Online. *Menopause*. Roč. 21, č. 2, s. 198-206. ISSN 1072-3714. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000193>. [cit. 2025-04-02].

UTIAN, Wulf H, 2005. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: A comprehensive review. Online. *Health and Quality of Life Outcomes*. Roč. 3,

č. 1. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-47>. [cit. 2025-04-02].

VÁGNEROVÁ, Marie, 2017. *Obecná psychologie: Dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3295-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/obecna-psychologie-5665/>.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2010. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1832-6.

VÉVODA, Jaroslav, 2013. Klimakterium – příznaky a možnosti léčby. *Praktický lékař*, Roč. 93, č. 6, s. 288–291. ISSN 0032-6739. [cit. 2025-03-19]

WOODS, Nancy Fugate; MITCHELL, Ellen Sullivan a SMITH-DI JULIO, Kathy, 2010. Sexual Desire During the Menopausal Transition and Early Postmenopause: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. Online. *Journal of Women's Health*. Roč. 19, č. 2, s. 209-218. ISSN 1540-9996. Dostupné z: <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1388>. [cit. 2025-04-30].

YAZDKHASTI, M; KESHAVARZ, M; MERGHAATI KHOEL, E.S; ESMAEILZADEH, A.F et al., 2012. The Effect of Support Group Method on Quality of Life in Post-menopausal Women. Online. *Iranian Journal of Public Health*. Roč. 41, č. 11, s. 78-84. Dostupné z: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3521890/?utm_source=chatgpt.com. [cit. 2025-04-02].

ZVĚŘOVÁ, Michaela 2017. Menopauza a její význam v životě ženy. *Praktický lékař*, Roč. 97, č. 4, s. 181–185. [cit. 2025-05-07]

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1.....	29
----------------	----

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

HTR	Hormonální substituční terapie (Hormone Replacement Therapy)
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
FHS	Folikulo-stimulační hormon
CMP	Cévní mozková příhoda
STEAR	Selektivní regulátor estrogenní aktivity v tkáních (Selective Tissue Estrogenic Activity Regulator)
SWAN	Výzkum zdraví žen napříč USA (Study of Women's Health Across the Nation)
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)