

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Porodní asistence

KVALITA ŽIVOTA ŽEN V OBDOBÍ KLIMAKTERIA

Bakalářská práce

Autor práce: Ivana Poštulková

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerová, PhD.

Jihlava 2025

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Ivana Poštulková
Studijní program:	Porodní asistence
Garant studijního programu:	doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D.
Název práce:	Kvalita života žen v období klimakteria
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
Konzultant práce:	PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
Cíl práce:	Zjistit, jak celkové změny v tomto období ovlivňují ženu, fyzicky i psychicky. Zmapovat, co ženy praktikují na zmírnění klimakterických obtíží.

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje zkoumání kvality života žen v období klimakteria. Skládá se ze dvou částí. První, teoretická část, se zaměřuje na popis středního věku života ženy, podrobněji se zabývá klimakteriem, jeho symptomy, možnostmi zmírnění jeho následků, kvalitou života obecně a konkrétně kvalitou života žen v klimakteriu. Výzkumná část vychází z kvantitativního výzkumu, který byl realizován pomocí úvodních otázek, otázek formou standardizovaného dotazníku a doplňujících otázek. Hlavním cílem výzkumu bylo zhodnotit celkovou kvalitu života žen v tomto období.

Klíčová slova

Klimakterium, perimenopauza, menopauza, postmenopauza, kvalita života, hormonální léčba, alternativní metody léčby, ženy středního věku, fyzické a psychické zdraví

Abstract

The bachelor thesis is devoted to the study of the quality of life of women in the menopause. It consists of two parts. The first, theoretical part, focuses on the description of the middle age of women's life, it deals in detail with menopause, its symptoms, possibilities of mitigating its consequences, quality of life in general and specifically the quality of life of women in menopause. The research part is based on quantitative research, which was carried out using introductory questions, questions in the form of a standardized questionnaire and supplementary questions. The main aim of the research was to assess the overall quality of life of women in this period.

Keywords

Climacteric, perimenopause, menopause, postmenopause, quality of life, hormone therapy, alternative treatment methods, middle aged woman, physical and mental health

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 15. dubna 2025

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní PhDr. Lenka Görnerové, PhD. za profesionální vedení, pomoc a doporučení při zpracování závěrečné práce. Díky patří porodní asistence a lékaři, kteří mi pomohli s realizací výzkumu. Zároveň velké díky patří respondentkám, bez kterých by se výzkum neudál. V neposlední řadě děkuji mému příteli a rodině, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

Obsah

SEZNAM GRAFŮ	7
SEZNAM TABULEK	8
SEZNAM ZKRATEK	9
ÚVOD	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 Dospělost	11
1.2 Klimakterium	12
1.2.1 Základní terminologie	12
1.2.2 Endokrinologie klimakteria	13
1.2.3 Fyziologické klimakterium	13
1.2.4 Anatomické změny	14
1.3 Klinické příznaky klimakteria	14
1.4 Terapie příznaků klimakteria	17
1.4.1 Hormonální substituční terapie	18
1.4.2 Nehormonální a alternativní terapie, doplňky stravy	21
1.5 Kvalita života	25
2 VÝZKUMNÁ ČÁST	28
2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	28
2.2 Metodika výzkumu	28
2.3 Charakteristika vzorku respondentek a výzkumného prostředí	29
2.4 Průběh výzkumu	29
2.5 Zpracování získaných dat	29
2.6 Výsledky výzkumného šetření	29
2.6 Vyhodnocení výzkumných otázek	56
2.7 Diskuse	61
2.8 Návrh řešení	65
ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
PŘÍLOHY	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.

Seznam grafů

GRAF 1: VĚK RESPONDENTEK	30
GRAF 2: OBDOBÍ KLIMAKTERIA	31
GRAF 3: RODINNÝ STAV	32
GRAF 4: RODIČOVSTVÍ	33
GRAF 5: NÁVALY HORKA, NOČNÍ POCENÍ	34
GRAF 6: PORUCHY SPÁNKU	35
GRAF 7: PODRÁŽDĚNOST	36
GRAF 8: ÚNAVA	37
GRAF 9: POTÍŽE S PAMĚTÍ	38
GRAF 10: BOLESTI KLOUBŮ NEBO SVALŮ	39
GRAF 11: SUCHOST SLIZNIC	40
GRAF 12: DEPRESE	41
GRAF 13: PODPORA ODBORNÍKŮ	42
GRAF 14: PODPORA RODINY	43
GRAF 15: FYZICKÁ AKTIVITA	44
GRAF 16: ZMĚNA POSTOJE K VLASTNÍMU TĚLU	45
GRAF 17: VNÍMÁNÍ POZORNOSTI SPOLEČNOSTI	46
GRAF 18: HLEDÁNÍ INFORMACÍ O KLIMAKTERIU	47
GRAF 19: ZDROJE INFORMACÍ O KLIMAKTERIU	48
GRAF 20: POUŽÍVÁNÍ HRT	49
GRAF 21: DÉLKA UŽÍVÁNÍ	50
GRAF 22: ZVAŽOVÁNÍ HRT	51
GRAF 23: VYUŽÍVÁNÍ ALTERNATIVNÍCH METOD	52
GRAF 24: MOŽNOSTI ALTERNATIVNÍ TERAPIE	53
GRAF 25: ZDRAVOTNÍ STAV	54
GRAF 26: VLIV PŘÍZNAKŮ NA ŽIVOT	55

Seznam tabulek

TABULKA 1: POČET DĚTÍ	33
TABULKA 2: UŽÍVÁNÍ, DÉLKA UŽÍVÁNÍ A ZVAŽOVÁNÍ HRT	56
TABULKA 3: UŽÍVÁNÍ A MOŽNOSTI ALTERNATIVNÍ LÉČBY	56
TABULKA 4: HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A VLIV PŘÍZNAKŮ NA ŽIVOT	57
TABULKA 5: PODPORA ODBORNÍKŮ, RODINY A VNÍMÁNÍ POZORNOSTI SPOLEČNOSTI	58
TABULKA 6: HLEDÁNÍ A ZDROJE INFORMACÍ O KLIMAKTERIU	59
TABULKA 7: PŘÍZNAKY KLIMAKTERIA A KAŽDODENNÍ VLIV NA ŽIVOT	60

Seznam zkratek

FSH	Folikulostimulační hormon
HRT	Hormone Replacement Therapy (Hormonální substituční terapie)
IMS	International Menopause Society
LH	Luteinizační hormon
MENQOL	Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire
MRS	Menoapuse Rating Scale
QoL	Quality of Life
SWAN	Study of Women's Health Across the Nation
TEN	Tromboembolická nemoc
TOT	Transobturator tape
TVT	Tension free vaginal tape (tahuprostá páska)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

Klimakterium, často označované jako menopauza, je přirozený biologický proces, kterým prochází ženy ve středním věku. Tento přechod je spojen s řadou fyzických i psychických změn, které mohou výrazně ovlivnit kvalitu života. Vzhledem k rostoucí délce života žen a jejich aktivnímu zapojení do společnosti je důležité věnovat tomuto tématu náležitou pozornost. Klimakterium může mít dopad nejen na zdravotní stav žen, ale i na jejich sociální a pracovní život, a proto je nutné zkoumat, jakým způsobem se s tímto obdobím vyrovnávají.

Téma bylo zvoleno s ohledem na jeho aktuálnost a důležitost v oblasti zdravotní péče o ženy. Klimakterium bývá stále vnímáno jako citlivé téma a často není dostatečně diskutováno, což může vést k nedostatečnému povědomí o jeho dopadech a možnostech zmírnění obtíží. Cílem práce je přispět k hlubšímu porozumění této problematice a nabídnout přehled strategií, které mohou ženám pomoci zachovat si kvalitu života i v tomto období.

Současné poznatky ukazují, že klimakterium je velmi individuální proces s rozdílnými projevy u jednotlivých žen. Mezi nejčastější fyzické symptomy patří návaly horka, nadměrné pocení, nespavost a osteoporóza. Psychické aspekty zahrnují změny nálad, podrážděnost či pocity osamělosti. K dispozici jsou různé způsoby zvládání těchto změn, včetně hormonální terapie, přírodních doplňků stravy, změny životního stylu a psychologické podpory.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak celkové změny v období klimakteria ovlivňují ženy po fyzické i psychické stránce. Práce se zaměří na to, jaké strategie ženy využívají ke zmírnění klimakterických obtíží a jaké faktory přispívají k udržení kvality jejich života. Dále bude analyzována role zdravotnických pracovníků a možnost využití různých terapeutických přístupů.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. Teoretická část se věnuje definici klimakteria, jeho klinickým projevům, možnostem léčby a souvislosti s kvalitou života. Výzkumná část popisuje metodiku výzkumu, charakteristiku respondentek, průběh sběru dat a analýzu získaných výsledků. Následně budou výsledky interpretovány a diskutovány v kontextu současných poznatků s cílem formulovat doporučení vedoucí ke zlepšení kvality života žen v období klimakteria.

1 Teoretická část

Teoretická část se zaměřuje na proces klimakteria u žen, zejména v období středního věku, kdy dochází k výrazným hormonálním změnám. Endokrinologie a hormony u žen jsou klíčové pro pochopení těchto změn. Klimakterium, známé také jako přechod, je charakterizováno poklesem hladiny estrogenů, což je hlavním hormonem ovlivňujícím reprodukční funkci ženy. Tento pokles má mnoho fyziologických dopadů a je předmětem endokrinologického výzkumu. Teoretické vymezení klimakteria zahrnuje definici tohoto období, stejně jako terminologii používanou v souvislosti s perimenopauzou, menopauzou a postmenopauzou. Klimakterium je normálním a nevyhnutelným biologickým procesem, který ovlivňuje každou ženu, přičemž se rozlišuje mezi fyziologickým klimakteriem a jeho patologickými formami. Fyziologické klimakterium probíhá přirozeně a je často provázeno příznaky jako jsou návaly horka, noční pocení, nespavost nebo výkyvy nálad. Tyto změny jsou pro ženy často fyzicky i psychicky náročné, což ovlivňuje kvalitu jejich života. Terapie klimakterických obtíží může zahrnovat hormonální substituční terapii (HRT), která doplňuje chybějící hormony a zmírňuje příznaky. Přestože HRT přináší řadu výhod, jako je zmírnění návalů horka či ochrana před osteoporózou, může mít i svá rizika, včetně zvýšení rizika některých onemocnění, což vyžaduje individuální přístup a zvážení přínosů a rizik. Komplikace spojené s klimakteriem mohou zahrnovat například osteoporózu nebo kardiovaskulární onemocnění, které jsou důsledkem hormonálních změn a nedostatku estrogenů. Na závěr se věnuje kvalitě života žen v klimakteriu což je často měřeno různými testy a škálami na hodnocení klimakterických obtíží. Tyto nástroje pomáhají lépe porozumět, jaký dopad má klimakterium na fyzickou i psychickou pohodu žen, a umožňují přizpůsobit léčbu konkrétním potřebám pacientek (Moravcová, 2023; Fait, 2018; Roztočil, 2024).

1.1 Dospělost

Dospělost je velmi rozmanitým a složitým obdobím lidského života, které je typicky rozděleno na tři fáze: mladší dospělost, střední dospělost a pozdní dospělost. Každá z těchto fází se vyznačuje specifickými vývojovými změnami, které ovlivňují různé aspekty života, včetně fyzického zdraví, psychické pohody a sociálních vztahů (Blatný, 2016).

Nejdelším obdobím života ženy se nazývá období pohlavní zralosti. Pohlavní zralost je definována zhruba mezi 18. – 45. rokem života. Charakterizuje ji pravidelný menstruační cyklus, kdy je žena schopna otěhotnět a porodit zdravé dítě. Obvyklá délka menstruačního cyklu je 28 dní, přičemž ovulace přichází okolo 14. dne. Během období pohlavní zralosti u ženy proběhne cca 400-500 ovulací (Slezáková, 2017).

Mladší dospělost je klíčové pro osamostatnění, vytváření vztahů, založení rodiny a začátek kariéry, přičemž hledání smyslu života je s těmito úkoly úzce propojeno. Studie ukazují, že v mladší dospělosti jsou silně preferovány hodnoty osobního růstu a úspěchu, a to v souvislosti s událostmi jako láska, manželství a narození dětí, což v průměru přichází kolem 25. roku života. I když se tento věk může v současnosti posouvat, prožívání smyslu života je stále úzce spojeno s rodičovstvím.

Střední dospělost je obdobím, kdy člověk často prochází procesem přehodnocování smyslu života. Tento proces je spojený s vývojovými změnami, které střední věk přináší, jako jsou změny v rodinné situaci, kdy děti již nevyžadují tolik péče a lidé začínají pociťovat potřebu péče pro

sebe. K tomu se přidávají i první fyzické změny, které mohou člověka konfrontovat s otázkami týkajícími se smyslu života. Střední věk může být také obdobím zvýšeného stresu, které někdy bývá označováno jako krize středního věku. Tato krize je často spojena s přehodnocováním životních cílů a hodnot, a v některých případech i s potřebou redefinovat své místo a roli v životě. Hledání smyslu života nebo jeho rekonstrukce jsou běžnou součástí tohoto procesu, který je zintenzivněn vědomím přibližující se smrti a dalšími existenčními změnami. I když výzkumy neukazují na dramatický pokles smyslu života v tomto věku, pro některé lidi může být tento proces výzvou, která vede k hlubokým změnám v jejich pohledu na svět a smysl existence (Blatný, 2016).

Starší dospělost je často spojována s odchodem do důchodu a postupným snižováním fyzických schopností. Lidé se začínají více konfrontovat s otázkami vlastní zranitelnosti a rostoucí potřebou péče. V tomto období také často dochází k přehodnocení života, rodinných vztahů a společenské angažovanosti. Zdravotní změny zahrnují ústup sekundárních pohlavních znaků, zánik funkce vaječníků, atrofii rodidel a ztrátu podkožního tuku. Kůže ztrácí elasticitu a tvoří se vrásky. Snižuje se rychlost myšlení a zhoršuje paměť, ale vědomosti obvykle zůstávají. Důležitou součástí spokojeného stáří je i pracovní činnost, která má pozitivní vliv na celkovou pohodu (Slezáková, 2017; Thorová, 2015).

1.2 Klimakterium

Klimakterium je období přechodu mezi plodným věkem ženy a začátkem senia, kde dochází k fyziologickému poklesu funkce vaječníků a následným hormonálním, psychickým a tělesným změnám. Tyto změny jdou ruku v ruce s procesem stárnutí a často mohou negativně ovlivňovat kvalitu života. Fyziologicky se klimakterium vyskytuje mezi 45. a 60. rokem života ženy (Fait, 2018).

1.2.1 Základní terminologie

Klimakterium je období přechodu mezi reprodukčním věkem ženy a začátkem stáří, během kterého dochází k přirozenému poklesu funkce vaječníků. Tento proces vyvolává hormonální, fyzické a psychické změny (Kubíková, 2014).

Perimenopauza označuje až tříleté období před menopauzou a rok po menopauze, kdy se začínají objevovat první příznaky spojené s klimakteriem. Dochází k poruchám menstruačního cyklu (Moravcová, 2023).

Premenopauza je období dvou let před menopauzou. Pro toto období je typický úbytek progesteronu a projevují se poruchy menstruačního cyklu, avšak menstruační cyklus je zachován. Pojmy perimenopauza a premenopauza jsou často spojovány v jeden i dle odborné veřejnosti (Moravcová 2023).

Menopauza je často chápána jako synonymum klimakteria. Označuje poslední menstruaci, po které se za dobu jednoho roku žádné další krvácení nedostavilo. Nastává okolo 46.-55. roku ženy (Slezáková, 2017).

Indukovaná menopauza je zástavou menstruace po chirurgickém odstranění vaječníků. Tento pojem se také používá, pokud jsou vaječníky poškozeny chemoterapií nebo aktinoterapií (IMS, 2022).

Postmenopauza je obdobím reprodukčního klidu s trvalou amenoreou v důsledku vyčerpání ovariální funkce. V tomto období je trvale zvýšena hladina FSH, produkce estrogenu je minimální (Fait, 2018).

Předčasné ovariální selhání je zástava funkce ovarií před 40. rokem života, postihující 1 % žen. Ženy s tímto postižením mají četné zdravotní problémy, je zde vyšší riziko nemocí srdce a cév, cévních mozkových příhod i nádorů. Příčina není známá, avšak se může jednat o útok na vlastní imunitní systém proti ovariím (Fait, 2018).

1.2.2 Endokrinologie klimakteria

Během klimakteria prochází ženské tělo důležitými hormonálními změnami, které mají vliv na menstruační cyklus, ovulaci a celkový stav. Tyto změny jsou výsledkem nejen postupného poklesu funkce vaječníků, ale také díky vlivu stárnutí centrální nervové soustavy, která reguluje hormonální procesy.

V perimenopauze, která může začít 4 až 6 let před samotnou menopauzou, se hladiny hormonu FSH (folikuly stimulujícího hormonu) zvyšují dříve, než dojde k poklesu estrogenu nebo nepravidelnostem v menstruačním cyklu. Hladiny luteinizačního hormonu (LH), který je zodpovědný za ovulaci, se také mění, konkrétně je jeho sekreční vzorec silnější, ale méně častý. Tyto změny se vyskytují, protože s věkem klesá účinnost signálů, které stimulují ovulaci, což znamená, že vaječníky méně reagují na hormony.

Dalším důležitým procesem je zkrácení fáze, kdy folikul roste a připravuje se na ovulaci. Tento jev souvisí s poklesem produkce inhibinu B, který by normálně pomáhal regulovat hladiny FSH. Bez inhibinu B hladiny FSH rostou a stimulují folikuly k větší produkci estrogenu, což urychluje procesy, které vedou k ovulaci. Postupem času však dochází k tomu, že vaječníky a hypotalamus ztrácejí citlivost na estrogeny, což způsobuje nepravidelnou ovulaci a menstruační cyklus.

Tato změna může být příčinou typických menopauzálních příznaků, i když hladiny estrogenu mohou být stále poměrně vysoké. Proto podávání estrogenu může pomoci zmírnit příznaky menopauzy, protože působí na hypotalamus a obnovuje normální hormonální rovnováhu (Birkhaeuser, 2018).

1.2.3 Fyziologické klimakterium

Klimakteriem si projde každá žena, ať už dříve, nebo později. Ve větší či menší intenzitě příznaků. Příčina klimakterických obtíží je způsobena mnoha činiteli, avšak za základní příčinu je považováno vyčerpání folikulů ve vaječniku a s tím spojen nedostatek estrogenu. Proces, který způsobuje snížení počtu folikulů ve vaječniku se nazývá atrezie, a je ovlivňována různými faktory. Mezi ně se řadí věk menarche, protože čím je menarche častější, tím dochází k pozdějšímu nástupu menopauzy. Pokud menstruační cyklus ženy bývá delší, tak tím později nastoupí menopauza, tudíž doba trvání menstruačního cyklu také patří k ovlivňujícím faktorům. Mezi další příčiny řadíme počet porodů, protože čím více žena za život rodila, tím se ji oddaluje nástup menopauzy. K časnějšímu nástupu menopauzy dochází u kuřáček. V neposlední řadě, rasa,

zeměpisná poloha a nadmořská výška či socioekonomický status také ovlivňují nástup menopauzy (Fait, 2018).

Okolo 35. roku života mohou laboratorní výsledky zaznamenat první snižování ovariální funkce a ovariální odpovědi na hypofyzární stimulaci. Zmíněné změny se postupem času prohlubují, až následně menstruační cyklus vymizí a nastává trvalá amenorea (Roztočil, 2024).

V prvním roce po menopauze dochází k výraznému poklesu produkce estrogenů, což vede k nárůstu hladiny FSH. Tento nárůst FSH je prvním signálem období, které nastává těsně před poslední menstruací, přičemž hladiny LH a estradiolu zůstávají v normálních hodnotách. S postupným úbytkem folikulů se snižuje hladina estradiolu a progesteronu. V důsledku tohoto procesu se menstruační cykly postupně prodlužují, až nakonec dojde k amenoree. V této fázi se hladina LH zvyšuje 3–7krát a hladina FSH je vyšší 4–10krát (Fait, 2018).

1.2.4 Anatomické změny

Primární anatomickou změnou v klimakteriu je atrofie vaječníků, kdy je jejich tkáň nahrazována fibrózní pojivovou tkání. Dochází k mizení primárních folikulů a degeneraci cév vaječníků. Tyto změny jsou pravděpodobně geneticky naprogramovány a jsou důsledkem snížení hladiny ovariálních estrogenů.

Endometrium prochází atrofickými změnami, které mohou zahrnovat přechodné stadium hyperproliferace nebo glandulární cystické hyperplazie. Vagina ztrácí elasticitu a zkracuje se; sliznice se ztenčuje a pH vaginálního prostředí se mění na neutrální až alkalické, což vede k vymizení laktobacilů. Atrofuje také děloha, vulva, vazivo a svalstvo pánevního dna.

Na extragenitální úrovni pozorujeme změny v tělesné hmotnosti, snižování elasticity pojivové tkáně, projevy osteoartropatie a osteoporózu. Dochází k redistribuci podkožního tuku, zvýšení pigmentace pleti, jejímu ochabování a povolení. Funkční parametry ledvin se zhoršují, což se projevuje poklesem glomerulární filtrace, tubulární resorpce a prokrvení ledvin. Změny se dotýkají také gastrointestinálního traktu, kde dochází ke snížení objemu žaludku, acidity sekretu a motility traktu. V centrálním nervovém systému se projevují atrofie frontálního a okcipitálního laloku.

Prsa atrofují, zmenšují se a ztrácejí pevnost; bradavky se zmenšují a ztrácejí erektilitu, což je také důsledkem atrofie žlázoové tkáně. Tyto změny mají významný dopad na celkové zdraví žen v tomto období (Fait, 2018).

1.3 Klinické příznaky klimakteria

Problematika poruch ovariální funkce a jejich vliv na menstruační cyklus u žen v premenopauze je významným tématem v oblasti gynekologie a reprodukčního zdraví. U některých žen může docházet k náhlé zástavě cyklického menstruačního krvácení, avšak tento jev se vyskytuje pouze u malého procenta žen. Obvykle se projevuje zkracování cyklů, které je důsledkem zkrácení folikulární fáze, přičemž délka luteální fáze zůstává stabilní. U části žen se nejprve snižuje produkce progesteronu, což vyvolává stav relativního hyperestrogenismu, jenž může vést k silným metroragiím.

Klimakterium je spojeno s rozsáhlou symptomatologií, která se dělí na vegetativní syndrom (vazomotorické a psychické poruchy), organický syndrom (kožní, urogenitální a změny tělesné hmotnosti) a metabolický syndrom (ovlivnění lipidového spektra, ateroskleróza a osteoporóza). Vegetativní syndrom má významný dopad na kvalitu života a mohou způsobovat poruchy spánku. Tyto symptomy jsou často označovány jako akutní symptomy nebo klimakterický syndrom. Podle studie SWAN lze identifikovat dva hlavní syndromy: vazomotorický a psychosomatický. Organické a metabolické změny mohou vést k poškození zdraví a jsou označovány jako estrogen-deficitní metabolický syndrom (Fait, 2018; Roztočil, 2024).

Vegetativní syndrom zahrnuje velkou škálu symptomů, které se objevují v důsledku hormonálních změn. Příznaky výrazně neohrožují ženu na životě, ale zásadně mění její kvalitu života. Syndrom můžeme rozdělit mezi dvě dílčí dělení: vazomotorické a psychické poruchy.

Vazomotorické poruchy zahrnují řadu příznaků. Charakteristickým znakem jsou návaly horka. Příčinou návalů je zřejmě porucha termoregulace v hypotalamu. Návaly horka pozoruje 70 % žen v perimenopauze. Návaly začínají pocitem horka či pálení, které se šíří z hrudníku na krk a obličej, následuje nadměrné pocení, bolesti hlavy, palpitace a někdy zimnice. Intenzita návalů se může lišit stylem života, geneticky, nadváhou či kouřením. Dle studie SWAN bylo prokázáno, že návaly horka jsou faktorem pro vznik kardiovaskulárního onemocnění. Ve výzkumu skládajících se z 11 000 žen, které byly sledovány pro 14 let, bylo prokázáno až dvojnásobné riziko ischemické srdeční choroby

V tomto období dochází u žen i k poruchám spánku. Dochází k obtížnému usínání, častému probouzení, prodloužení doby nástupu REM fáze spánku. Ke snížení kvality spánku dochází vlivem návalů horka a s ním noční pocení.

Mezi další příznaky spadající pod vazomotorické poruchy řadíme tlak na hrudi, ztrátu koncentrace, dušnost (Moravcová, 2023; Fait, 2018).

Psychické poruchy jsou taktéž významné pro pochopení symptomatologie. Jedná se o symptomy silně ovlivňující kvalitu života. Řadíme sem nervozitu, nesoustředěnost, deprese, úzkost, podrážděnost, přecitlivělost, zhoršení paměti, ale i pokles sexuálního apetitu. Dalším zdrojem psychického tlaku může být situace v rodině. Děti odcházejí z domova, začínají žít svůj vlastní život, možné neshody s partnerem taktéž psychice ženě v tomto období nepomůže (Fait, 2018).

Sexuální život patří k základním lidským potřebám. Období klimakteria může poškodit i tento systém. Sexuální zdraví je stav fyzické, emocionální a sociální pohody. Ve fázi přechodu mohou ženy zaznamenat snížený zájem o sex, nebo naopak. Sexualitu ve střední či pozdní dospělosti ovlivňuje řada faktorů, Jedním z faktorů jsou hormony. Testosteron stimuluje sexuální touhu u mužů i žen, ale od 40 let věku se jeho hladina v krvi snižuje. Estrogeny pomáhají udržovat vaginální lubrikaci a tropismus. V klimakteriu dochází k poklesu estrogenů, což způsobuje vaginální suchost a vaginální atrofii. Tyto dva příznaky nepříznivě ovlivňují průběh sexuálního zážitku. Sexuální styk se stává bolestivý a nepříjemný.

Dále psychické problémy mohou vést ke snížení sexuální touhy. Během menopauzy mohou změny nálady, poruchy spánku, snížené sebevědomí touhu žen (Cano, 2017).

Organický syndrom je vyznačován na základě poškození tkání atrofizací vlivem nedostatku estrogenů. Díky nedostatku estrogenu dochází k projevům, které primárně postihují sliznice, kůži, pojivové tkáně a adnexa. Nejčastěji se jedná o postižení sliznice pochvy, močové trubice,

močového měchýře, sliznice očí, tlustého střeva, prsou, úst. Projevy objevující se na těchto místech jsou často záněty, popraskání, ztenčení, suchost. Jedná se o subakutní symptomy. (Moravcová, 2023).

Atrofická vaginitida je stav, který je definovaný suchostí, zánětlivou reakcí a ztenčením vaginální sliznice z důvodu nedostatku estrogenů.

Urogenitální sliznice, včetně vaginální sliznice, je pokryta nerohovějícím dlaždicovým epitelem, který obsahuje glykogen. Tento glykogen slouží jako zdroj pro poševní laktobacily, které ho přeměňují na kyselinu mléčnou. Kyselina mléčná udržuje kyselé pH vaginy, což chrání před škodlivými bakteriemi.

Sliznice urogenitálního traktu mají vysokou koncentraci estrogenových receptorů, což znamená, že potřebují estrogen pro správnou funkci. Estrogeny pomáhají udržovat kolagen, který dává sliznici pevnost a pružnost, a také zajišťují vlhkost díky kyselině hyaluronové. Dále zvyšují prokrvení těchto tkání.

Po menopauze klesá hladina estrogenů, což může vést k vulvovaginální atrofii. Tato atrofie postihuje nejen vaginální sliznici, ale i močový měchýř, uretru a svaly pánevního dna. Změny se obvykle vyvíjejí postupně a mohou ovlivnit kvalitu života (Křepelka, 2016).

S poklesem tonu pánevního dna často dochází k **descenzu rodidel**, což může být spojeno se symptomy stresové inkontinence moči. Estrogenové receptory jsou přítomny také ve sliznici uretry a trigona močového měchýře. Atrofické změny v těchto oblastech mohou vést k subjektivním potížím, jako je uretrální syndrom nebo urgentní inkontinence. V těchto případech má lokální estrogení terapie spíše podpůrný charakter a její účinnost je omezená (Roztočil, 2024).

Inkontinence moči je definována jako objektivní samovolný únik moči, který lze prokázat. Močová inkontinence se dělí na stresovou, urgentní a smíšenou. Stresová inkontinence je typ inkontinence projevující se únikem moči při zvýšení intraabdominálního tlaku, např. při kýčání, kašli či běhání. Urgentní inkontinence se definuje jako nechtěný únik moče, kdy pocit na močení je intenzivní a náhlý a nelze ovládnout vůlí. Smíšená inkontinence je kombinací stresové a urgentní inkontinence (Vytečková, 2013).

Únik moči markantně ovlivňuje kvalitu života. Ženy zažívají pocity nejistoty a nehygieničnosti. Ženy trpící inkontinencí se často podřizují svému stavu, což má dopad na denní aktivity. Často se vyhýbají společnosti, navštěvují pouze známá místa v blízkosti toalet. Dopad inkontinence se projevuje i v profesním či partnerském životě. Opouští zaměstnání, vyhýbají se sexu. Zároveň, vlhkost je ideálním prostředím pro vznik zánětu.

Léčba inkontinence spočívá především v konzervativní léčbě, a to hubnutí, omezení kouření, změna stravování, úprava pitného režimu, prevence zácpy, cvičení, použití pesaru atd. Většina případů stresové inkontinence lze korelovat pomocí tzv. Kegelových cviků na podporu svalstva pánevního dna. K terapii lze využít chirurgický přístup pomocí TVT či TOT. Tyto dvě chirurgické metody se provádí v lokální anestezii, kdy chirurg vloží speciální pásky pod distální močovou trubici, a to buď retropubickou cestou v případě TVT, nebo transobturatorní cestou v případě TOT (Slezáková, 2017).

Pod **metabolický syndrom** spadají metabolické změny, kdy se první projevy objeví až po letech po menopauze. Poruchy spadající do tohoto syndromu jsou vážné, nejen že zhoršují kvalitu života, ale taktéž vážně ohrožují zdraví a především život.

Osteoporóza patří k nejdůležitější dlouhodobé změně spojené s menopauzou. Jedná se o kosterní poruchu charakterizovanou sníženou pevností kostí, vystavující danou osobu zvýšenému riziku zlomenin (Moravcová, 2023).

Řídnutí kostí silně ovlivňuje nemocnost a úmrtnost u žen vyššího věku. Kostní tkáň se v průběhu života mění a remodeluje. Zhruba do 30 let převažuje novotvorba kosti, ačkoliv po menopauze se metabolismus kosti zrychluje, novotvorba kosti se zvyšuje, ale stejně tak se zvyšuje i resorpce kosti a tím vzniká **postmenopauzální osteoporóza**. Typické jsou pro ni zlomeniny zápěstí, zlomeniny obratlů, zlomeniny krčku femuru. Zlomeniny krčku femuru jsou považovány za nejzávažnější komplikaci osteoporózy, protože způsobují mortalitu, či invalidizaci (Fait, 2018).

Ateroskleróza neboli kornatění tepen je další komplikací spadající pod metabolický syndrom. Je způsobena ukládáním tuků a vápenných solí do cévní stěny. Vlivem těchto změn dochází k zužování tepen a tím tepny ztrácí svou pružnost. Náhlý uzávěr tepny vede k akutním stavům, jako mrtvice či infarkt myokardu. Uzávěr cévy se projeví ostrou bolestí na hrudi, či křečovitou bolestí v dolních končetinách. Mezi rizikové faktory patří kouření, hypertenze, diabetes mellitus, hyperlipoproteinémie, nízká tělesná aktivita, androidní typ obezity, ale i nízká porodní hmotnost, či chronické infekce jako chlamydie, herpes. Vlivem nedostatečné tvorby estrogenů v menopauze dochází ke zvýšení aterosklerotických změn, a to hlavně vlivem na cholesterol (Fait, 2018).

U žen po menopauze se zvyšuje riziko onemocnění centrální nervové soustavy. Alzheimerova choroba je onemocnění pozdějšího věku, avšak vznik a progres onemocnění může souviset s nedostatkem estrogenů. Estrogen chrání nervové buňky a zároveň zvyšuje průtok krve mozkovým řečištěm, stimuluje tvorbu synapsí a tvorbu mediátorů. Vůči nedostatku estrogenů se v pozdějším věku může objevit Parkinsonova choroba, nebo makulární degenerace (Roztočil, 2024; Fait, 2018).

1.4 Terapie příznaků klimakteria

V rámci této problematiky existuje několik terapeutických přístupů, které mohou pomoci zmírnit příznaky klimakteria. Hormonální terapie, považované za standardní léčbu, se často kombinují s nehormonálními alternativami, které mohou být pro některé ženy vhodnější. Dále se nabízí možnosti alternativní medicíny a změny životního stylu, které mohou přispět k celkovému zlepšení pohody.

Je důležité, aby každá žena měla možnost vybrat si způsob léčby, která nejlépe vyhovuje jejím individuálním potřebám a zdravotnímu stavu. Tímto způsobem lze lépe zvládat toto přechodné období a zlepšit kvalitu života (Moravcová, 2023).

1.4.1 Hormonální substituční terapie

Hormonální substituční terapie (HRT) je nejúčinnější léčbou vegetativního, organického a metabolického syndromu. Pokud se s léčba zahájí do 10 let od nástupu menopauzy, může mít ochranný vliv na vznik aterosklerózy a demence (Fait, 2023).

Klimakterické příznaky trápí zdravé ženy ve středním věku, ale neměly by být vnímány jako onemocnění, spíše jako hormonální přechod. Díky hormonální dysbalanci existuje substituční terapie, která příznivě léčí symptomy. Jedná se o substituci přesně chybějících hormonů, které jsou identické pro tělo. Hormony podávající se při léčbě jsou chemicky identické s molekulárními hormony v těle (Löfqvist, 2019).

Estrogeny

Pro hormonální substituční terapii (HRT) jsou nejvhodnější přírodní estrogeny. Na našem trhu jsou k dispozici léčivé přípravky obsahující estradiol, estery estradiolu a estriol (Kubíková, 2014).

Léčivé přípravky se vyrábí v různých formách. Ať už injekčně, ve formě tablet, nebo formou náplasti. Estradiol při transdermální léčbě může být ve formě gelu, spreje či náplasti. Náplast, či gely se mohou aplikovat na různá místa na těle. Například na paže, břicho či stehno. Estradiol prochází kůží a dosahuje svých receptorů v mozku, vaječnících, prsou, děloze, vagíně, uretře, močovém měchýři, kostře, pojivové tkáni a krevních cévách prostřednictvím venózního oběhu, aniž by nejprve prošel játry. Přímo se dostává do pravé síně, komory, plicních tepen, plic, plicních žil zpět do srdce a přes aortu do periferních cílových orgánů (Löfqvist, 2019).

Estradiol se nabízí v různých formách, a to buď samostatně, nebo v kombinaci s progestiny. Vaginální aplikace je obvykle určena k léčbě lokálních obtíží, přičemž její výhodou je velmi omezená systémová absorpce, což znamená, že kombinace s progestinem pro prevenci hyperplazie nebo karcinomu endometria není nutná. Estery estradiolu se většinou používají pro injekční aplikaci a mají prodloužený účinek ve srovnání s mateřskou látkou. Estradiol-valerát je také dostupný v perorálních formách v kombinaci s progestiny. Estriol, jako nejslabší lidský estrogen a přirozený metabolit estradiolu, má delší biologický poločas a nižší estrogenní aktivitu, což znamená, že nevyvolává stimulaci a hyperplazii endometria. Je preferován při léčbě urogenitální atrofie. Estrogeny se mohou aplikovat buď kontinuálně, nebo cyklicky po 21 dnech s následnou sedmidenní přestávkou (Kubíková, 2014).

Kombinovaná léčba estrogeny a progesterony

Některé léčebné přípravky HRT s estrogeny se kombinují i s progesteronem. Progesteron je jeden z nejzákladnějších hormonů v reprodukčním období ženy. V menopauze dochází ke snižování jeho hladiny. Léčba progesteronem stejně jako u estrogenu je k dispozici v mnoha variantách. Například ve formě tablet, vaginálních tablet, či vaginálního gelu. Transdermální užití progesteronu se nedoporučuje (Löfqvist, 2019). Kombinovaná terapie je ideální pro ženy, které stále mají dělohu (NHS, 2022).

Progesteron se používá hlavně syntetický, a to proto, že přirozený progesteron bývá rychleji vstřebáván v játrech a jeho účinnost v těle je nízká (Kubíková, 2014).

Vědci ale vyvinuli metodu mikronizace, která zlepšuje absorpci přírodního progesteronu. Mikronizovaný progesteron se balí do želatinových kapslí v rostlinném oleji, což umožňuje rychlejší vstřebávání do krevního oběhu. Díky metabolizaci některé další látky po požití

tablete způsobují uklidňující účinek, což pomáhá ženám s poruchami spánku. Progesteron také chrání nervový systém a jeho účinky se zkoumají v souvislosti s traumaty a roztroušenou sklerózou. IMS doporučuje kombinovanou léčbu orálního mikronizovaného progesteronu a transdermálního estradiolu pro léčbu menopauzálních poruch. Studie ukazují, že progesteron chrání funkční děložní sliznici před hyperplazií, tudíž prevence rakoviny endometria (Löfqvist, 2019).

Vaginální užití progesteronu se široce používá v oblasti reprodukční gynekologie, zejména k ochraně před potratem. Vaginální progesteron se aplikuje přímo do pochvy, což zajišťuje rychlou a efektivní absorpci. Jeho použití je také spojeno s léčbou amenorey, tedy s absencí menstruace u žen, které dříve měly pravidelný cyklus (MedlinePlus, 2023).

Některé ženy užívají přípravky s progesteronem ve formě gelů, krémů, přestože neexistují důkazy o jejich účinnosti při ochraně endometria při současném užívání estrogenu. Žádné laboratorní testy neposkytují zpětnou vazbu o potenciální účinnosti transdermální léčby progesteronem. Hladiny progesteronu v séru nedosahují potřebných úrovní a testy slin vykazují značnou variabilitu. Chybí dostatečné studie, které by potvrdily systémové účinky transdermální aplikace progesteronu, a je nutný další výzkum (Löfqvist, 2019).

Androgeny

Ženy v menopauzálním období zažívají pokles hladin androgenů, což je způsobeno snížením hormonální produkce ve vaječnících. Zatímco produkce kortizolu zůstává na normálních úrovních díky nadledvinkám, chronický stres, často označovaný jako „adrenální únava“, může ztížit hodnocení funkce nadledvinek pomocí běžných krevních testů. V takových případech se často objevují příznaky, jako je snížená sexuální touha a celková vitalita, i když nedochází k prokázání nedostatku kortizolu.

Při adrenální insuficienci produkují nadledvinky nedostatečné množství kortizolu, aldosteronu a androgenů. Tento vzácný stav se může vyvíjet postupně, přičemž akutní stres, například v důsledku infekce nebo zranění, může příznaky zhoršit. Mezi typické příznaky patří únava, touha po slaném jídle, mdloby, a také ztráta pubického ochlupení a nízká libido, což naznačuje nedostatek androgenů.

Ženy s předčasnou menopauzou, známou také jako předčasná ovariální insuficience (POI), často vykazují příznaky selhání androgenů, jako je nízká sexuální touha, oslabení svalové síly a ztráta vitality. Podobné problémy s nízkými hladinami androgenů se vyskytují také u žen, které měly odstraněny vaječníky před přirozenou menopauzou (Löfqvist, 2019).

Tibolon

Tibolon je syntetický steroid, který se používá v terapii menopauzy a byl schválen pro zmírnění klimakterických symptomů a prevenci osteoporózy u žen po menopauze. Jeho unikátní mechanismus účinku spočívá v tom, že se v těle metabolizuje na tři aktivní metabolity, které selektivně ovlivňují různé tkáně. Tibolon vykazuje estrogenové, progestogenní a androgení účinky, což přispívá k jeho účinnosti při zmírnění symptomů menopauzy, jako jsou návaly horka a vaginální atrofie. Studie ukazují, že tibolon je srovnatelně účinný s hormonální substituční terapií, avšak s nižšími incidencemi nežádoucích účinků, jako je vaginální krvácení a citlivost prsou. Přesto je důležité zvážit potenciální rizika, včetně možného zvýšení rizika některých typů

rakoviny, a proto by měla být terapie tibolonem pečlivě zvažována na základě individuálních potřeb pacientek (Nieciecka, 2021).

Vedlejší účinky HRT

Hormonální substituční terapie může způsobit vedlejší účinky. Mezi nejčastější patří bolest hlavy, zvracení, diareu, akné, otoky nohou a rukou, křeče v břiše, vaginální výtok, krvácení mezi menstruací (MedlinePlus, 2024).

Při užívání HRT se mohou vyskytnout bolesti prsou a zadržování tekutin. Estrogeny mohou být spojovány s krvácením v důsledku kolísání hormonálních hladin, stejně jako s příznaky jako nevolnost, nadýmání a zvýšená chuť k jídlu (Fait, 2018).

Vážných nežádoucích účinků se objevuje minimum, avšak stále výskyt není nulový. Řadí se mezi ně vyrážka, extrémní únava, tmavá moč, světlá stolice, žluté bělmo a kůže, silné deprese, výrazná bolest břicha, horečka. Při těchto symptomech by žena měla okamžitě zbystřit a vyhledat lékařskou pomoc (MedlinePlus, 2024).

Rizika HRT

Hormonální substituční terapie je spojena s určitými kontraindikacemi a riziky, které je třeba pečlivě zvážit. Mezi hlavní kontraindikace patří přítomnost karcinomu prsu, estrogen-dependentních maligních nádorů nebo jejich neléčení, aktivní hepatopatie, přecitlivělost na složky léčiva a historie trombembolických onemocnění. Dále je HRT nevhodná pro pacientky, které nedávno prodělaly trombózu nebo embolii. Před zahájením terapie je proto nezbytné provést důkladné vyšetření a posouzení zdravotního stavu pacientky, aby se minimalizovala rizika spojená s užíváním HRT.

Karcinom prsu je nejčastější příčinou úmrtí na nádorová onemocnění u žen. Zatímco v některých skupinách se úspěšnost léčby zlepšuje, celkový počet nových případů tohoto onemocnění neustále roste. Nejčastěji postihuje ženy po menopauze, avšak v ekonomicky vyspělých zemích se stále častěji objevuje i u mladších žen před menopauzou.

K nejvýznamnějším rizikovým faktorům patří konzumace alkoholu, obezita, sedavý životní styl a genetická predispozice. Ženy, u nichž nastoupí klimakterium dříve, mají nižší riziko vzniku karcinomu prsu, zatímco u žen s pozdějším nástupem menopauzy se riziko hormonálně závislé formy tohoto onemocnění každoročně zvyšuje o 2,9–4 %.

Hormonální léčba může riziko karcinomu prsu dále zvyšovat, zejména pokud je kombinována s estrogenem a progestinem a užívána po delší dobu. Nižší riziko bylo zaznamenáno u žen, které užívají pouze estrogen nebo kombinaci estrogenu s mikronizovaným progesteronem. Pro ženy, které již karcinom prsu prodělaly, se hormonální terapie nedoporučuje, protože zvyšuje pravděpodobnost návratu onemocnění. Studie HABITS například zjistila, že u žen užívajících hormonální léčbu se karcinom prsu vrátil v 22,2 % případů, zatímco u žen, které hormonální léčbu nepodstoupily, to bylo pouze v 8 % případů (Geraghty, 2022).

Karcinom endometria se vyskytuje především u postmenopauzálních žen, přičemž průměrný věk diagnózy se pohybuje kolem 65 let. Snížení hladin estrogenu a změny v hypothalamicko-hypofyzárně-vaječnickovém (HHV) systému vedou k dysregulaci hormonální rovnováhy, což může přispět k rozvoji endometriální hyperplazie a následně karcinomu. V menopauzálním období se zvyšuje hladina folikuly stimulujícího hormonu (FSH), což je spojeno s kratšími menstruačními

cykly a anovulačními cykly, které mohou zvyšovat riziko maligní transformace endometria. Studie ukazují, že menopauzální status má významný vliv na celkové přežití pacientek s karcinomem endometria, přičemž ženy s pokročilým stadiem onemocnění vykazují horší prognózu. Vzhledem k těmto faktorům je důležité sledovat a diagnostikovat jakékoli abnormality v menstruačním cyklu a symptomatologii u žen v menopauze, aby se zajistila včasná intervence a zlepšila se prognóza pacientek. (Barczyński, 2023).

Karcinom ovaria se častěji vyskytuje u žen starších 63 let a jeho riziko může být ovlivněno různými faktory, jako je rodinná anamnéza, genetické predispozice, věk při prvním porodu a kouření. Některé studie naznačují, že hormonální substituční terapie, zejména kombinace estrogenů a progesteronu, může být spojena se zvýšeným rizikem vzniku karcinomu vaječníků, avšak výzkum v této oblasti je stále nejednoznačný. Je důležité, aby ženy, které zvažují HRT, diskutovaly o svých individuálních rizicích a přínosech s lékařem, aby mohly učinit informované rozhodnutí o své léčbě a prevenci (Sherrell, 2023).

Tromboembolická nemoc (TEN) je taktéž spojena s užíváním HRT. Studie ze Švédska ukázala, že užívání HRT zvyšuje riziko vzniku krevních sraženin. Nejvyšší riziko bylo u žen, které užívaly kombinaci estrogenů a medroxyprogesteronacetátu. Naopak ženy, které používaly estrogen ve formě náplasti nebo gelu, měly nižší riziko vzniku těchto problémů.

Další výzkum v USA zjistil, že u žen užívajících estrogen ve formě náplasti došlo k méně případům srdečních onemocnění a krevních sraženin než u žen užívajících estrogen v tabletách. Léčba komplikací byla u žen užívajících náplast levnější. Tyto problémy se obvykle objevily až po 60. roce věku a po 1,5 roce užívání estrogenů (GynStart, 2016).

1.4.2 Nehormonální a alternativní terapie, doplňky stravy

Pokud žena neuznává hormonální terapii, či ji nemůže užívat a potýká se s klimakterickými obtížemi, jsou na trhu i alternativní způsoby léčby. Valná většina těchto přípravků jsou volně prodejné v lékárně a jsou převážně na přírodní, bylinné bázi. Přípravky jsou ve formě tablet, mastí, čajů, sirupů.

Antidepresiva hrají klíčovou roli v léčbě klimakterických problémů, které negativně ovlivňují psychické zdraví žen. Nedostatek estrogenů se projevuje různými příznaky, přičemž snížení hladiny serotoninu může vést k depresím a úzkosti. Tyto psychické potíže jsou často doprovázeny psychosociálními změnami, jako je pocit ztráty atraktivity a syndrom "prázdného hnízda".

V případech, kdy hormonální léčba není indikována, mohou antidepresiva zmírnit příznaky klimakterického syndromu. Mezi nejčastěji předepisované typy antidepresiv patří selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) a inhibitory monoaminoxidázy (MAOI). Tyto léky ovlivňují funkci neurotransmiterů v centrální nervové soustavě, což může přispět k úlevě od psychických potíží.

Fytoestrogeny (FE) jsou látky rostlinného původu obsahující molekulu podobnou lidskému estrogenu. Dělí se na izoflavony, lignany, kumestany a stilbeny. Izoflavony se nacházejí v sóje, jeteli červeném, žitě. Lignany se vyskytují v semenech, luscích, ovoci, lněném oleji. Stilbeny jsou obsaženy ve slupkách červené vinné révy a kumestany najdeme hlavně ve vojtěšce. Nejvíce používané jsou izoflavony (Koliba, 2021).

Estrogeny mají dva receptory, alfa a beta. Alfa receptory slouží na tvorbu buněk a obnovu tkání. Receptory beta regulují nadměrnou proliferaci alfa receptorů, tudíž chrání před vznikem nádorů. Fytoestrogeny mají nižší schopnost navázání na tyto dva receptory oproti lidskému estrogenu. FE redukuje návaly horka, snižují riziko osteoporózy, působí preventivně pro vznik kardiovaskulárních onemocnění, vzniku obezity, karcinomu prsu. Avšak důkazů a studií je pomálu. Některé ženy mohou pociťovat lepší účinky díky schopnosti metabolizovat určité izoflavony (Borovský, Ožvoldová, 2017).

Menoflavon je přírodní, nehormonální doplněk stravy s obsahem extraktu z červeného jetele. Je vhodný pro dlouhodobé užívání a prokazuje pozitivní výsledky při pravidelném užívání (Koliba, 2021).

Šalvěj lékařský obsahuje antioxidanty, antimikrobiální látky a protizánětlivé složky, které mohou pomoci snížit nadměrnou zátěž organismu, čímž přispívají ke zmírnění pocení a návalů horka. Přesný mechanismus jejího účinku na návaly horka zatím není zcela objasněn, protože neobsahuje estrogen (Henderson, 2021).

Šácholan lékařský užívají ženy v menopauze pro jeho účinek na náladu a spánek.

Drmek obecný obsahuje prekurzor progesteronu, vyrovnává sníženou hormonální hladinu, potlačuje návaly horka, bolesti prsů.

Ženšen indický (ashwagandha) pomáhá regulovat výkyvy nálad a poruchy spánku, snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění.

Ploštičník hroznatý obsahuje glykosid a terpen, což jsou látky podobné estrogenům. Zmírňuje vysychání sliznic a pomáhá při návalech horka.

Andělínka čínská vyrovnává hladinu estrogenů, zmírňuje křeče, ulevuje od bolestí (GS magazín, 2022).

Kontryhel obecný tlumí návaly horka a poskytuje tělesnou i emocionální podporu (Chládek, 2023).

Kopřiva dvoudomá pomáhá snižovat návaly horka, podrážděnost, nespavost. Při užívání ji lze považovat i za prevenci vzniku osteoporózy, protože obsahuje fytoestrogeny (Liftea, 2023).

Kotvičník zemní potlačuje psychické projevy klimakteria, snižuje návaly horka, podporuje sexuální chuť. Dle některých studií je kotvičník dobrý pro regulaci nálady a prevenci osteoporózy. (ProPrarodiče, 2024).

Konopí se v posledních letech stává stále populárnější alternativou pro ženy, které procházejí menopauzou. Studie ukazují, že kanabinoidy, jako je CBD, mohou pomoci zmírnit některé běžné příznaky menopauzy, včetně návalů horka, úzkosti a nespavosti. V průzkumu provedeném v Albertě, Kanada, více než 75 % žen, které užívaly konopí, uvedlo, že jim pomohlo při zvládnutí menopauzálních symptomů. Konopí může také přispět k relaxaci a zlepšení celkové pohody, což je pro ženy v tomto období klíčové. Nicméně je důležité provést další výzkum, aby se lépe porozumělo účinkům konopí na menopauzální symptomy a jeho bezpečnosti (Babyn, 2023).

Pupalka dvouletá obsahuje esenciální mastné kyseliny a vitamín E, které mohou pomoci stabilizovat hormonální hladiny, zlepšit náladu a zmírnit návaly horka. Studie naznačují, že

pupalkový olej může být účinný při zmírnění symptomů, jako jsou noční pocení a podrážděnost (Kazemi, 2021).

Mateří kašička pochází z hlitanových žláz včel dělnic ve věku 6 až 12 dní. K jejímu vzniku je potřeba velké množství pylu a nektaru.

Složení mateří kašičky se může lišit v závislosti na místě sběru, čistotě prostředí a použití antibiotik ve včelstvech. V přírodním stavu je mateří kašička nestabilní a vyžaduje speciální péči, aby si zachovala své účinky. Při průmyslovém zpracování se mateří kašička lyofilizuje, což je proces, při kterém se suší a současně zmrazuje. Tímto způsobem vzniká žlutavý prášek, který je stabilnější.

Lyofilizovaná mateří kašička je snadno stravitelný biologický produkt s širokým spektrem účinků. (Klimakterická medicína, 2019).

Vitaminy skupiny B, jako jsou B2, B6, B12 a kyselina listová, jsou nezbytné pro správný metabolismus a udržení zdraví nervového systému. Tyto vitaminy fungují jako kofaktory pro enzymy zapojené do energetických metabolických drah, což je zvláště důležité v období menopauzy, kdy se zvyšují nároky na organismus. Nedostatek těchto vitamínů může vést k narušení metabolických procesů, což může mít za následek zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění a kognitivního úpadku, což jsou stavy, které se v menopauze často objevují.

Vitamin C se ukazuje jako klíčový pro zdraví kostí. Studie naznačují, že jeho příjem je pozitivně spojen s minerální hustotou kostí, což je zásadní pro prevenci osteoporózy, která je častým problémem u menopauzálních žen. Také přispívá ke zlepšení kognitivních funkcí, což může mít pozitivní vliv na celkovou kvalitu života.

Vitamin D hraje rovněž důležitou roli v prevenci osteoporózy a dalších zdravotních problémů spojených s menopauzou. Výzkumy ukazují, že adekvátní hladiny vitaminu D jsou spojeny s lepší kvalitou života, neboť tento vitamín pomáhá udržovat zdraví kostí a snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Milart, 2018).

Minerály také pomáhají zvládat příznaky menopauzy, ale hlavně jsou důležitou prevencí vzniku osteoporózy.

Měď je nezbytná pro metabolismus kostí a zdraví žen v menopauze. Podílí se na tvorbě kolagenu, elastinu a dalších proteinů, které zajišťují pevnost kostí. Zároveň podporuje imunitní systém a pomáhá předcházet anémii.

Hořčík přispívá k prevenci osteoporózy a udržování zdravých kostí. Podílí se na stovkách enzymových reakcí v těle, včetně metabolismu energie a syntézy bílkovin. Jeho nedostatek může způsobit úbytek kostní hmoty, což je u žen v klimakteriu obzvláště závažné.

Zinek ovlivňuje imunitu, metabolismus a zdraví kostí. Podporuje mineralizaci a obnovu kostní tkáně. Při jeho nedostatku dochází k oslabení kostí a zvýšení rizika zlomenin.

Vápník je zásadní pro udržení pevných a zdravých kostí. Hormonální změny v klimakteriu mohou snižovat kostní denzitu, proto je dostatečný příjem vápníku nepostradatelný (Mahdavi-Roshan, 2015).

Homeopatika dle SÚKL jsou léčivé přípravky, které obsahují vysoce naředěné výchozí látky, používají se k léčbě chronických i akutních nemocí po poradě s odborníkem na homeopatii.

Akupunktura je velmi stará metoda léčby, která léčí vpichem akupunkturní jehly do akupunkturálních bodů. Pro léčbu klimakterických obtíží lze využít akupunkturu společně s hormonálně substituční terapií či fytoestrogeny.

Akupresura je podobná akupunktuře, rozdíl je v nevpuštění jehel do akupunkturálních míst, pouze jejich stlačování (Dědicová, 2022).

Aromaterapie je přírodní metodou využívajících éterických olejů k podpoře zdraví a pohody. Nejčastějšími ingrediencemi v éterických olejích jsou: šalvěj, pelargonie, fenykl, citrus, růže. Aromaterapie poskytuje úlevu od výkyvů nálad, zmírňuje stres, dodává pocit jistoty a ženskosti (ProAsist, 2023; Nobilis, 2024).

Hormonální jóga zahrnuje různé jógové techniky a pozice, jejichž cílem je vyrovnat hormonální hladiny v organismu. Tento přístup spojuje různé ásany, cvičení, dechové a meditační metody, které se zaměřují na endokrinní a reprodukční žlázy. Na rozdíl od certifikovaných systémů hormonální jógy, které nabízejí pevně stanovené sestavy, tento přístup umožňuje variabilitu a přizpůsobení cviků individuálním potřebám cvičících. Je nezbytné mít znalosti o anatomii a fyziologii, aby se předešlo zhoršení zdravotních potíží. Při cvičení je důležité harmonizovat celý endokrinní systém, nikoli se soustředit pouze na jednu žlázu. Lekce by měly trvat přibližně 60 minut a měly by zahrnovat koordinaci pohybu s dechem, správné provedení pozic a pravidelnost cvičení. V případě závažnějších problémů je doporučeno používat jemnější techniky (MUNI, 2018).

Ájurvéda je starobylý medicínský systém z Indie, který se zaměřuje na dosažení rovnováhy mezi tělem, myslí a duchem. Zdraví závisí na vyváženém životním stylu, včetně zdravé stravy, spánku, pohybu a zvládnutí stresu. Každý má svou unikátní konstituci (prakriti) a tři doshy (vata, pitta, kapha), které ovlivňují zdraví.

1. Vata: Tato dosha je spojena s pohybem a flexibilitou. Ovlivňuje dýchání, krevní oběh a nervový systém. Lidé s dominantní vata doshou jsou obvykle kreativní, energičtí a rychle jednají, ale mohou být také náchylní k úzkosti a nervozitě, pokud je vata v nerovnováze.
2. Pitta: Pitta je spojena s ohněm a metabolismem. Ovlivňuje trávení, hormonální rovnováhu a tělesnou teplotu. Lidé s dominantní pitta doshou jsou obvykle silní, ambiciózní a sebevědomí, ale mohou se stát podrážděnými nebo agresivními, pokud je pitta v nerovnováze.
3. Kapha: Kapha je spojena s pevností a stabilitou. Ovlivňuje strukturu těla, jako jsou svaly a kosti, a také imunitní systém. Lidé s dominantní kapha doshou jsou obvykle klidní, trpěliví a loajální, ale mohou mít tendenci k lenosti a přibývání na váze, pokud je kapha v nerovnováze (ClevelandClinic, 2022)

V menopauze se Ájurvéda používá k tlumení návalů horka, prevenci osteoporózy, suchosti kůže a sliznic a zároveň pomáhá se sníženým sexuálním apetitem. Tento medicínský systém definuje návaly horka, když vata útočí na pittu, nejlepším řešením je konzumace šťavnatých potravin jako například granátové jablko, okurky, broskve, koriandr. K řešení nízkého sexuálního apetitu je důležité zaměřit se na ájurvédský koncept ojas, který je považován za zlatý nektar v srdci, odpovědný za naši vitalitu a pohodu. Nízké libido může být spojeno s poklesem ojas, což často způsobuje stres, přetížení, špatný spánek a nepravidelnou stravu. Abychom podpořili zdravou hladinu ojas, měli bychom se soustředit na vyváženou stravu, dostatek odpočinku a zvládnutí stresu. Potraviny, které mají pozitivní vliv jsou mandle, chřest, avokádo, kokos, fíky, datle

a rozinky. Ájurvéda vnímá osteoporózu, tedy stav charakterizovaný slabými a křehkými kostmi, jakožto problém, který souvisí s celkovou silou našeho těla a naším emocionálním vztahem k pocitům bezpečí. Jako ženy v procesu stárnutí bychom měly mít na paměti, že inteligence a vitalita našeho těla zajišťují neustálou regeneraci. Prevence a zpomalení osteoporózy je možné dosáhnout prostřednictvím zdravé výživy a omlazujících praktik, které posilují a vyživují naše kosti. Potraviny, které pomáhají jsou mandle, ashwagandha, brokolice, růžičková kapusta, ovoce. S přibývajícím věkem přirozeně roste vata, což v důsledku poklesu estrogenu během menopauzy může vést k úbytku přirozených tělesných tekutin, včetně vaginálního zvlhčení. Vaginální tkáň lze vědomě posilovat a zlepšovat potravinami, které zvyšují kapha, aby se podpořila její síla, přičemž je důležité brát v úvahu naši schopnost trávení. Mezi potraviny, které je dobré konzumovat, patří mandle, avokádo, hřebíček, kmín, šafrán, kurkuma, kokosová voda, fíky, datle, rozinky, ghee (přepuštěné máslo), mango, okra, broskve, dýně, rýžový pudink, sezamová semínka a sladké brambory (Glaser, 2022).

Rehabilitace dle WHO je „kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovuzískání co nejvyššího stupně funkční schopnosti“. Podpora cvičení pro zdraví může zlepšit náladu, hustotu kostí, sílu svalů, vytrvalost a rovnováhu, a také zlepšit sexuální funkci, kvalitu spánku a celkovou pohodu (Mason, 2023).

1.5 Kvalita života

Kvalita života (QoL) je složitý, víceúrovňový pojem, který zahrnuje celkový blahobyt jednotlivce. Patří sem fyzické, emocionální, sociální a psychologické aspekty, které ovlivňují, jak člověk zažívá svůj život. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života definována jako vnímání jednotlivce jeho životních okolností ve vztahu k kulturnímu kontextu a hodnotovým systémům, ve kterých žije, stejně jako jeho cílům, očekáváním, standardům a obavám. Tato definice zdůrazňuje, že kvalita života není pouze o fyzickém zdraví – zahrnuje také pocit štěstí a naplnění jednotlivce.

Kvalita života se často hodnotí v souvislosti se zdravím, kdy zohledňuje fyzické, psychologické a sociální aspekty blahobytu. Je to subjektivní měřítko, což znamená, že je formováno osobními pocity, zkušenostmi a kontextem jednotlivce. Lidé z různých kultur nebo prostředí mohou zažívat a hodnotit různé aspekty života odlišně. I když objektivní faktory, jako je zdravotní stav nebo životní podmínky, hrají roli, to subjektivní vnímání těchto faktorů nakonec formuje kvalitu života jednotlivce.

Kvalita života se často používá k měření vlivu nemocí, léčby a environmentálních faktorů na život jednotlivce. Například v případě menopauzy ženy procházejí různými fyzickými, emocionálními a sociálními změnami, které mohou výrazně ovlivnit jejich kvalitu života. Porozumění kvalitě života tedy vyžaduje komplexní pohled, který zohledňuje jak objektivní měření, tak osobní vnímání blahobytu. Poskytuje tak komplexnější pochopení toho, jak životní události a zdravotní podmínky ovlivňují spokojenost a každodenní fungování člověka (Maggino, 2023).

K hodnocení kvality života související s obdobím klimakteria, existuje několik hodnotících škál, které se používají v praxi. Tyto nástroje se zaměřují na různé aspekty jako jsou fyzické, psychické a sociální faktory, které ovlivňují kvalitu života. Mezi nejznámější patří:

Menopauzální hodnotící škála (MRS) je standardizovaný nástroj určený k hodnocení symptomů menopauzy a kvality života žen v této fázi. Byla vyvinuta v 90. letech 20. století jako reakce na potřebu měřit závažnost menopauzálních symptomů a jejich dopad na zdraví a kvalitu života žen. MRS se skládá z 11 položek, které jsou rozděleny do tří hlavních domén: psychologické, somato-vegetativní a urogenitální. Tyto domény zahrnují různé symptomy, jako jsou návaly horka, poruchy spánku, deprese, úzkost a sexuální dysfunkce.

MRS je navržena jako sebehodnotící nástroj, což znamená, že ženy mohou samy vyplnit dotazník a poskytnout tak osobní pohled na závažnost svých symptomů. Každý symptom je hodnocen na škále od 0 (žádné potíže) do 4 (velmi závažné potíže), což umožňuje snadné vyhodnocení a sledování změn v čase, například před a po léčbě.

Důležitým aspektem MRS je její psychometrická validita a spolehlivost, které byly potvrzeny v mnoha mezinárodních studiích. Výzkumy ukazují, že MRS je schopna přesně měřit a porovnávat kvalitu života žen v různých kulturách a regionech. To je zásadní pro klinické studie a výzkum, protože umožňuje srovnání symptomů menopauzy mezi různými skupinami žen (Nandan, 2023).

Dotazník zahrnuje identifikační údaje respondentky, informace o případné léčbě symptomů menopauzy a její délce. Ženy hodnotí intenzitu obtíží na škále od 0 (bez obtíží) do 4 (nejvyšší intenzita). Instrukce i formulace jednotlivých otázek byly navrženy tak, aby byly srozumitelné a usnadnily vyplnění dotazníku. Pro lepší orientaci respondentek jsou navíc jednotlivé položky barevně odlišeny.

Celkové skóre české verze dotazníku MRS je dáno od 0 do 44 bodů. V psychologické doméně je rozmezí od 0 do 16, v somato-vegetativní taktéž a v poslední doméně, urologické se skóre hodnotí v rozmezí od 0 do 12 bodů (Moravcová, 2023).

Celkově lze říct, že MRS představuje cenný nástroj pro hodnocení menopauzálních symptomů a jejich vlivu na kvalitu života žen. Díky své jednoduchosti a spolehlivosti se stala široce používaným nástrojem v klinické praxi a výzkumu, což přispívá k lepšímu porozumění potřebám žen v menopauze a k rozvoji efektivnějších terapeutických přístupů (Nandan, 2023).

Blatt-Kuppermanův menopauzální index je nástroj, který byl vyvinut v 50. letech 20. století k hodnocení klimakterických symptomů u žen. Zabývá se pouze akutními problémy spojené s klimakteriem, ale přesto je velmi oblíbeným (Fait, 2018).

Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL) je dotazník, který pomáhá hodnotit kvalitu života žen během menopauzy. Obsahuje 29 otázek rozdělených do čtyř oblastí: vasomotorické (např. návaly horka), psychosociální (např. nálady), fyzické (např. únava) a sexuální (např. zájem o sex). Každá otázka se ptá, jak moc daný symptom ovlivňuje každodenní život. Výsledky ukazují, že dotazník je spolehlivý a platný, což znamená, že skutečně měří to, co má. To je důležité pro lékaře, kteří mohou na základě výsledků lépe porozumět potřebám žen v menopauze a navrhnout vhodnou pomoc. MENQOL je tedy užitečný nástroj, který může zlepšit kvalitu života žen procházejících menopauzou tím, že pomáhá identifikovat oblasti, kde potřebují podporu. Tento dotazník se zaměřuje na specifické aspekty kvality života žen v menopauze, jako jsou fyzické, psychické a sexuální zdraví (Beura, 2022).

Cervantes scale (CS) je škála, která vznikla ve Španělsku pro hodnocení kvality života v klimakteriu. Jedná se o dotazník, který má 31 položek, které se dále dělí na menopauzu a zdraví, sexualitu, partnerský vztah a psychologickou část (Moravcová, 2023).

2 Výzkumná část

Výzkumná se zabývá rozbořem vlivu klimakteria na kvalitu života žen. Cílem této části je empiricky zkoumat, jak fyziologické a psychologické změny spojené s tímto obdobím ovlivňují každodenní život žen.

Pozornost je věnována specifickým symptomům, jako jsou návaly horka, poruchy spánku a změny nálad, a také způsobům, které ženy využívají k jejich zvládnutí. Důraz bude kladen na hormonální substituční terapii a její alternativy, podporu a informovanost.

V rámci výzkumu byl aplikován kvantitativní výzkum, který umožnil shromáždit a analyzovat data od žen procházejících klimakteriem. Dotazník, navržený pro tento účel, je zaměřen na hodnocení závažnosti symptomů, úroveň podpory od odborníků a rodiny, a praktiky pro zlepšení pohody.

Výsledky tohoto výzkumu poskytnou cenné informace o tom, jak ženy procházejí tímto obdobím a jaké faktory ovlivňují jejich kvalitu života. Tyto poznatky mohou přispět k rozvoji efektivnějších terapeutických přístupů a podpůrných programů zaměřených na tuto specifickou populaci.

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavní cíl:

- Zjistit, jak celkové změny v tomto období ovlivňují ženu, fyzicky i psychicky. Zmapovat, co ženy praktikují na zmírnění klimakterických obtíží.

Výzkumné otázky:

- Jaký je rozdíl mezi hormonální substituční terapií a alternativními metodami v účinnosti zmírnění klimakterických obtíží a jejich dopadu na kvalitu života žen?
- Jaký vliv má podpora odborníků, rodiny a společnosti na zvládnutí klimakterických obtíží a psychickou pohodu žen, včetně přístupu k informacím a vnímání společenské pozornosti k menopauze?
- Jaké jsou nejčastější fyzické a psychické příznaky menopauzy a jak ovlivňují kvalitu života žen?

2.2 Metodika výzkumu

Metodika byla založena na kvantitativním přístupu, přičemž primárním nástrojem pro sběr dat byl dotazník. Dotazník se skládal ze tří částí. První část obsahovala úvodní otázky, druhá část zahrnovala strukturovaný dotazník MRS a třetí část tvořila doplňující otázky. Dotazník obsahoval dohromady 26 otázek, týkajících se věku, období klimakteria, ve kterém se žena nachází, rodinného stavu, příznaků, spokojenosti s prací odborníků, zjišťování informací a mírnění obtíží.

Dotazník byl vytvořen v programu MS Word, zatímco výsledná data byla zpracována pomocí nástrojů MS Word, Google Sheets a MS Excel. Elektronická verze dotazníku byla připravena v systému Google Forms. Dotazník je přiložen v příloze 1.

2.3 Charakteristika vzorku respondentek a výzkumného prostředí

Zkoumaný soubor tvořily ženy ve věkovém rozmezí 45 až 61 let a starší, které procházejí obdobím klimakteria. Tento výběr byl zvolen s cílem reflektovat různé fáze klimakterického přechodu, včetně perimenopauzy, menopauzy a postmenopauzy. Výzkum probíhal prostřednictvím elektronického dotazníku, který byl zveřejněn ve dvou facebookových skupinách zaměřených na menopauzu, na webu emimino.cz a v papírové formě distribuován v gynekologických ambulancích MUDr. Libora Kopuletyho v Třešti, Batelově, Stonařově a Jihlavě. Kromě toho se na šíření dotazníku podílely také respondentky z mého okolí.

2.4 Průběh výzkumu

Organizace šetření probíhala jak prostřednictvím elektronického dotazníku, tak i v papírové formě v gynekologické ambulanci v Třešti, Jihlavě, Batelově a Stonařově a pomocí respondentek z mého okolí od 17.10.2024 do 20.1.2025. Tento přístup umožnil oslovit široké spektrum respondentek, které procházejí obdobím klimakteria.

V průběhu výzkumu byla zajištěna anonymita respondentek. Dotazníky neobsahovaly žádné identifikační údaje a získaná data byla zpracována souhrnně, bez možnosti zpětné identifikace účastníků. Všechny odpovědi byly uchovávány v bezpečném formátu a přístup k nim měl pouze zdravotnický personál a má osoba, čímž byla garantována ochrana soukromí respondentek.

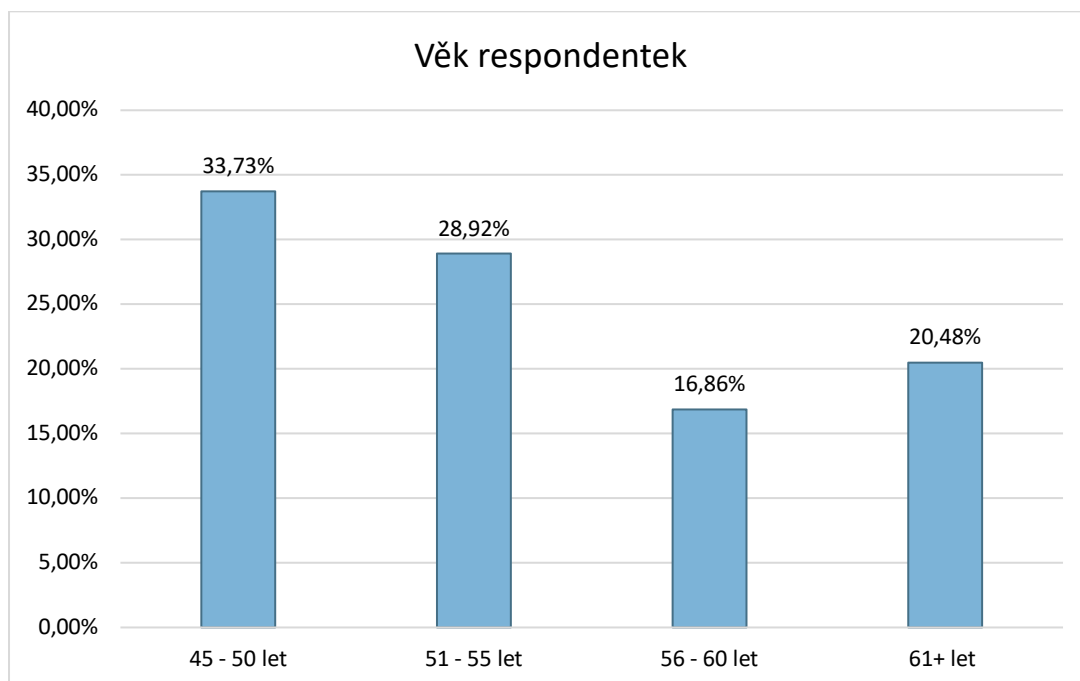
2.5 Zpracování získaných dat

Celkem bylo získáno 166 vyplněných dotazníků. Z toho 66 odpovědí pochází z elektronického dotazníku, 70 dotazníků bylo vyplněno v gynekologické ambulanci a dalších 30 odpovědí bylo získáno osobním oslovením respondentek v okolí.

2.6 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky jsou prezentovány prostřednictvím grafů a přepočítány na relativní četnosti v procentech s přesností na dvě desetinná místa.

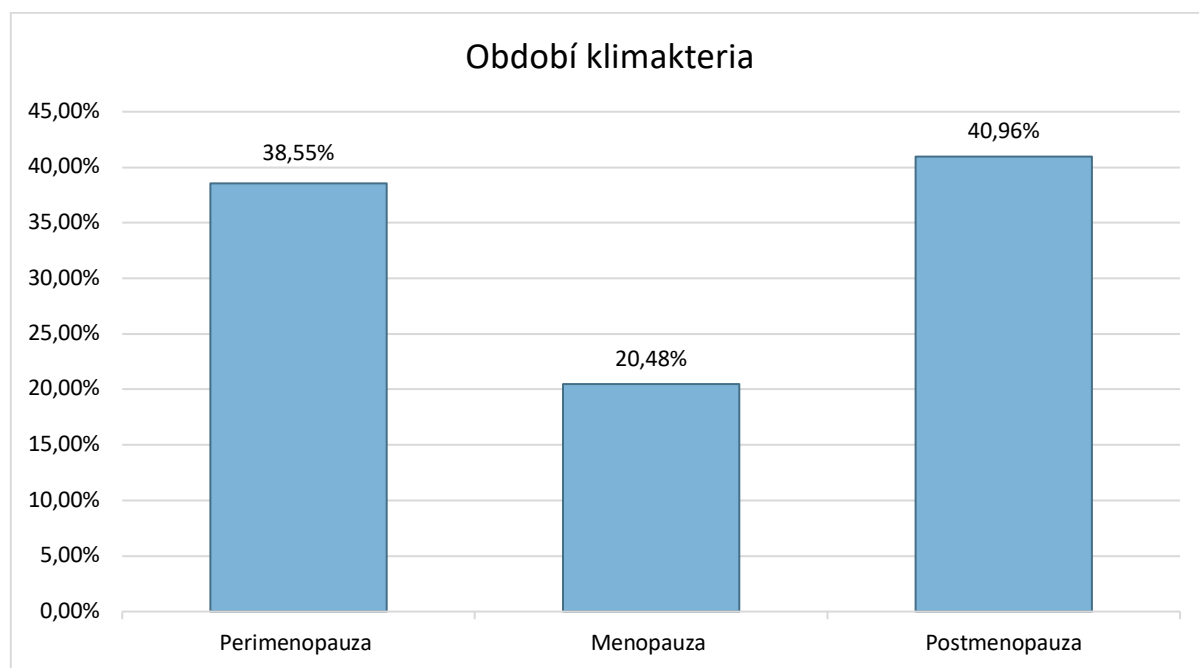
Otázka č.1: Jaký je Váš věk?



Graf 1: Věk respondentek

Z celkového počtu 166 (100 %) respondentek bylo 56 (33,73 %) žen ve věku 45-50 let. 48 (28,92 %) z nich jich bylo ve věku 51-55 let. 28 (16,86 %) bylo ve věku 56-60 let a 34 (20,48 %) žen bylo ve věku 61 a více let.

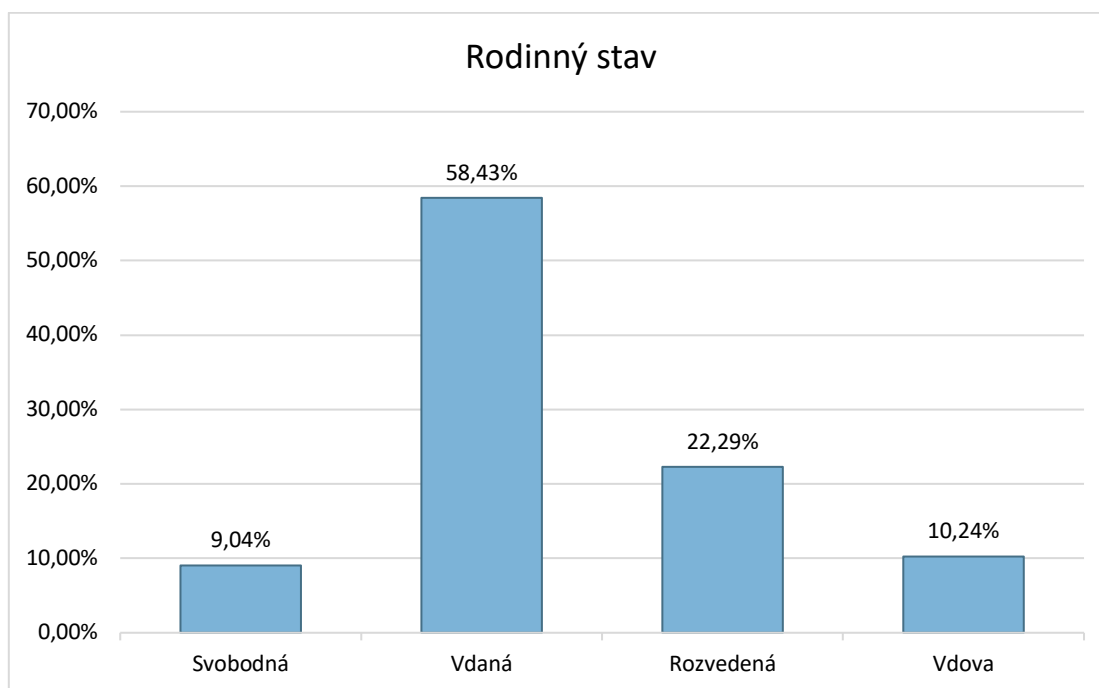
Otázka č.2: V jakém období klimakteria se nacházíte?



Graf 2: Období klimakteria

Z počtu 166 (100 %) respondentek jich 61 (38,55 %) prochází perimenopauzou, 34 (20,48 %) menopauzou a 68 (40,96 %) postmenopauzou.

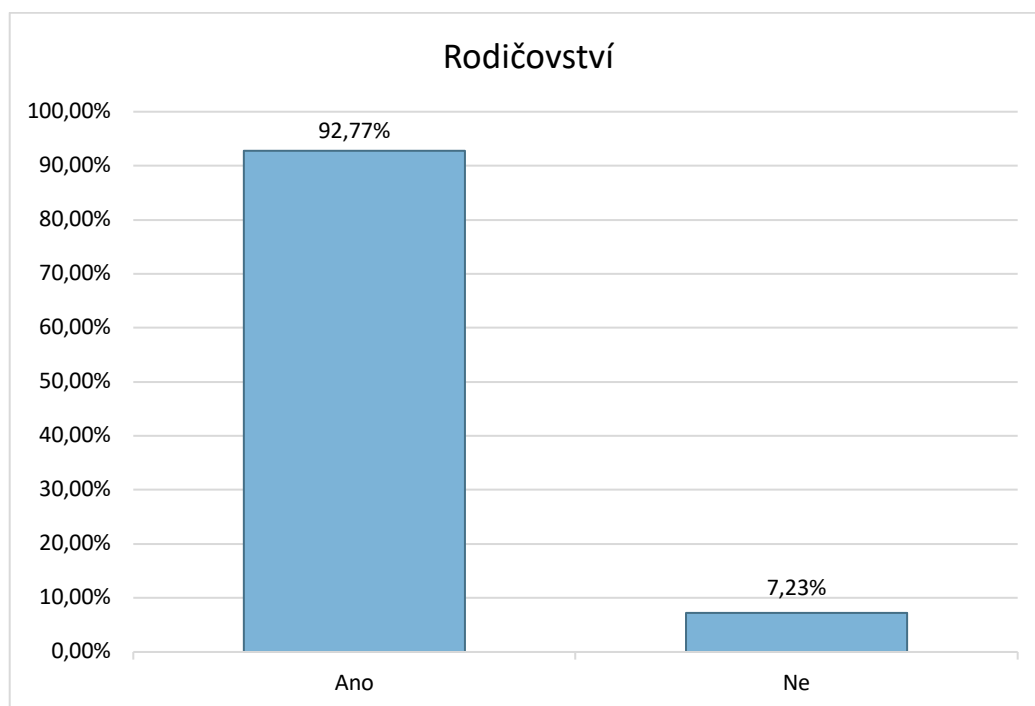
Otázka č. 3.: Jaký je Váš rodinný stav?



Graf 3: Rodinný stav

Z celkového vzorku 166 (100 %) žen je 15 (9,04 %) svobodných, 97 (58,43 %) vdaných, 37 (22,92 %) rozvedených a 17 (10,20 %) ovdovělých.

Otázka č.4.: Máte děti?



Graf 4: Rodičovství

Ze 166 (100 %) žen jich 154 (92,77 %) má minimálně jedno dítě, zbylých 12 (7,23 %) děti nemají.

Pokud ano, kolik dětí máte?

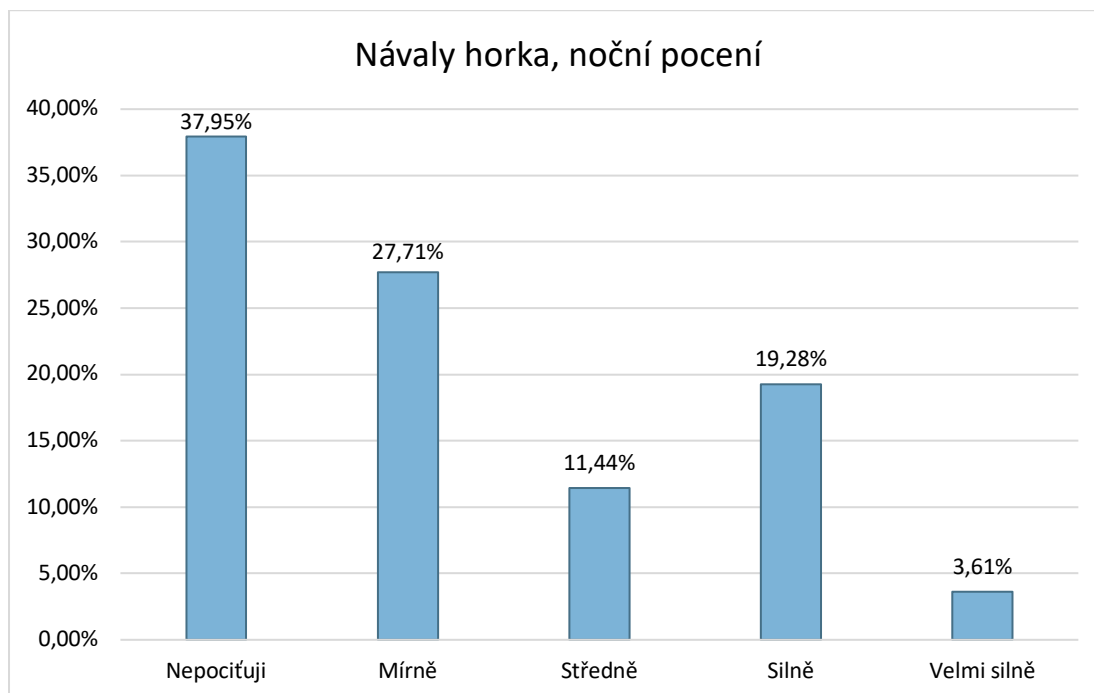
Tabulka 1: Počet dětí

Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jedno dítě	36	23,38
Dvě děti	90	58,44
Tři děti	30	19,48
Čtyři děti	6	3,90
Pět dětí	3	1,95
Šest dětí	1	0,65

Zdroj: vlastní zpracování

Z celkových 154 (100 %) žen, které mají alespoň jedno dítě, jich 36 (23,38 %) má jedno dítě, 90 (58,44 %) má dvě děti, 30 (19,48 %) má 3 děti, 6 (3,90 %) žen má 4 děti, 3 (1,95 %) má 5 dětí a 1 (0,65 %) z nich má 6 dětí.

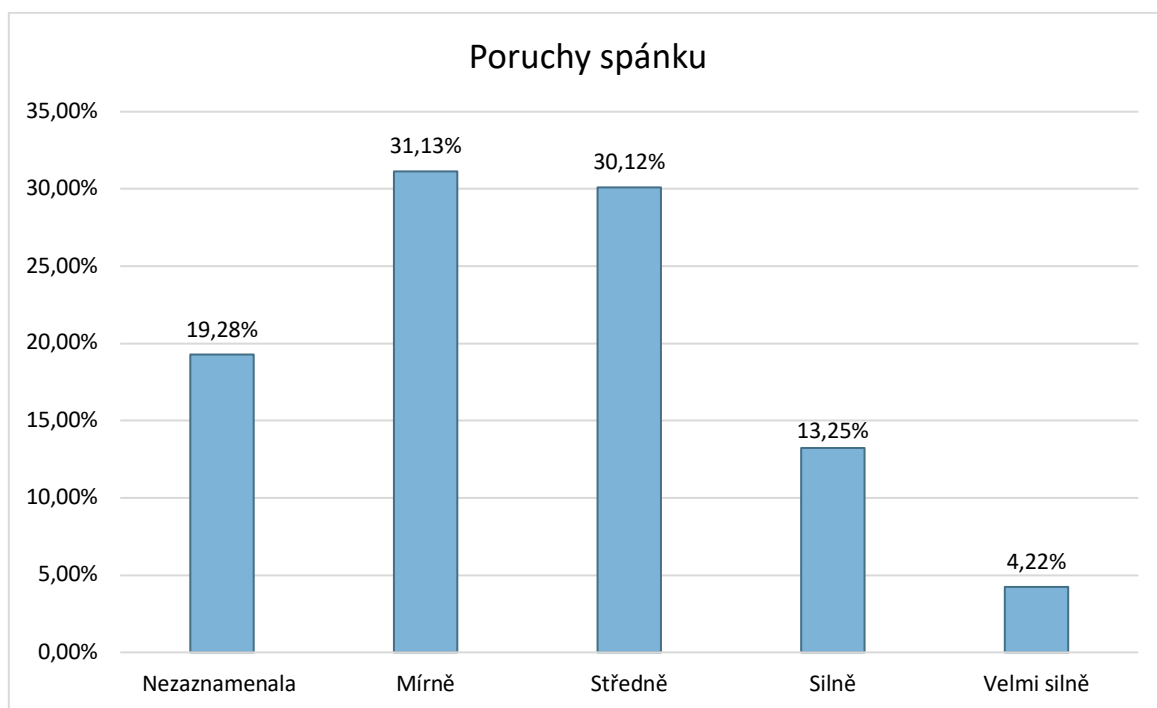
Otázka č.5: Pociťujete návaly horka nebo noční pocení?



Graf 5: Návaly horka, noční pocení

Z celkového počtu 166 (100 %) žen, jich 46 (27,71 %) nepociťuje návaly horka, 63 (37,95 %) respondentek pociťuje mírné návaly, 32 (19,28 %) z nich vnímá návaly středně, 19 (11,44 %) silně a 6 (3,61 %) žen pociťuje návaly velmi silně

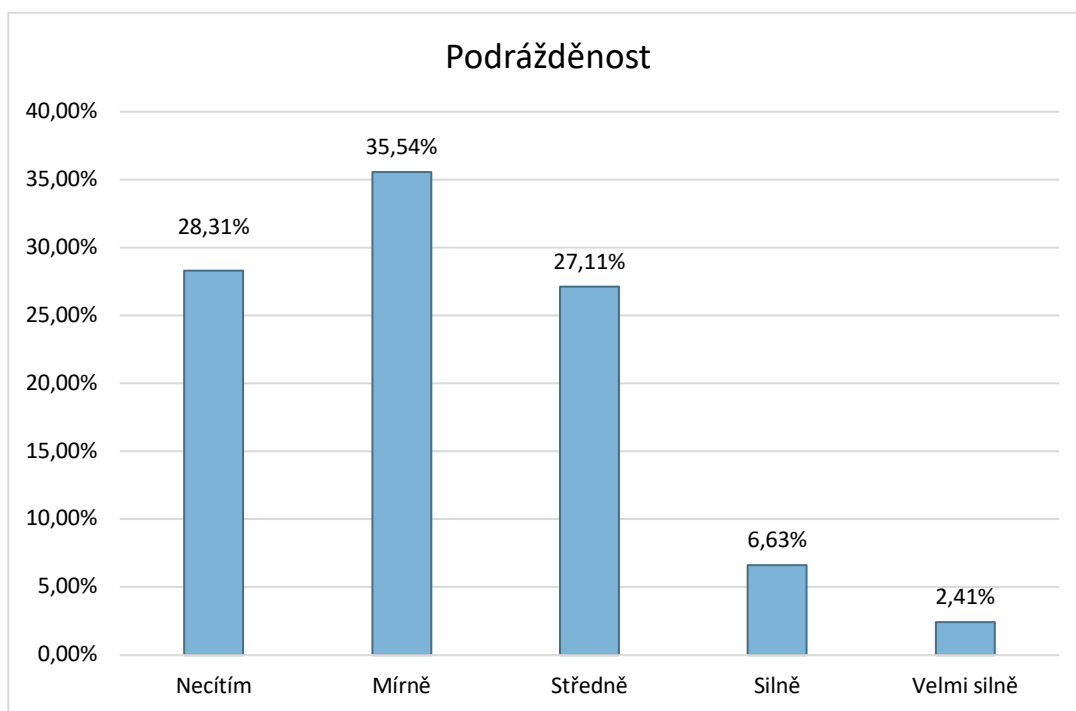
Otázka č.6: Zaznamenala jste poruchy spánku?



Graf 6: Poruchy spánku

Z celkového počtu 166 (100 %) respondentek, 32 (19,28 %) nezaznamenalo poruchu spánku, 55 (31,13 %) zaznamenalo mírné poruchy, 54 (30,12 %) žen uvedlo, že poruchy spánku je ovlivňují středně, 19 (11,44 %) respondentek pociťuje poruchy spánku silně a 6 (4,22 %) z nich zaznamenalo velmi silné poruchy spánku.

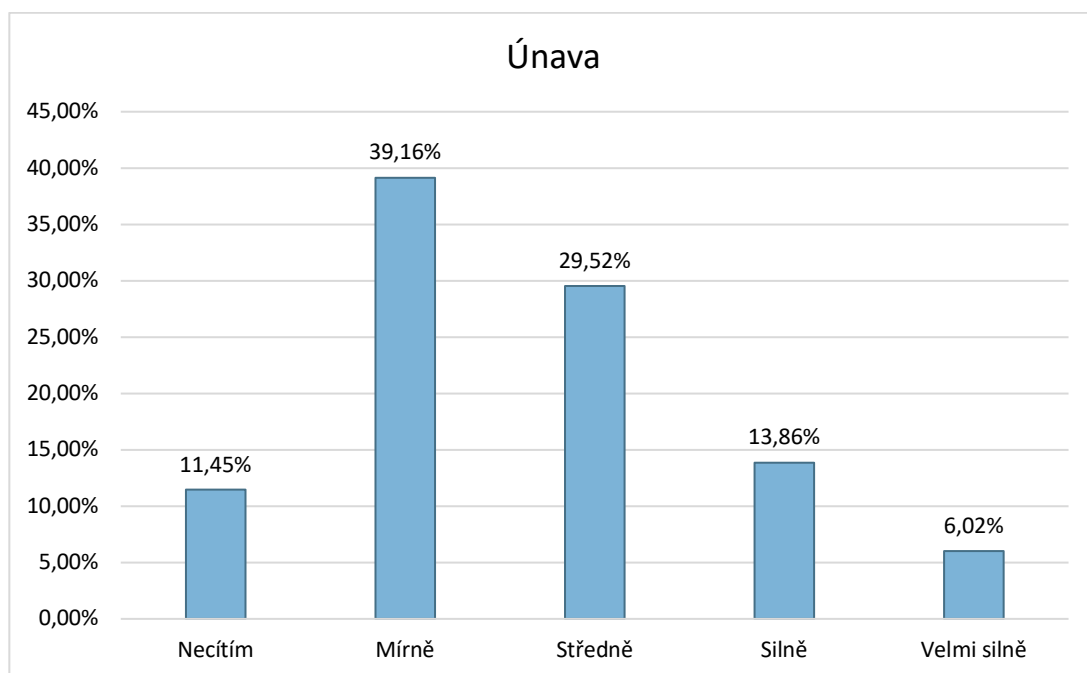
Otázka č.7: Cítíte se podrážděná?



Graf 7: Podrážděnost

Z celku 166 (100 %) žen, 47 (28,31 %) necítí podrážděnost, 59 (35,54 %) pociťuje mírnou podrážděnost, 45 (27,11 %) uvedlo střední podrážděnost, 11 (6,63 %) respondentek se cítí podrážděné silně a 4 (2,41 %) z nich velmi silně.

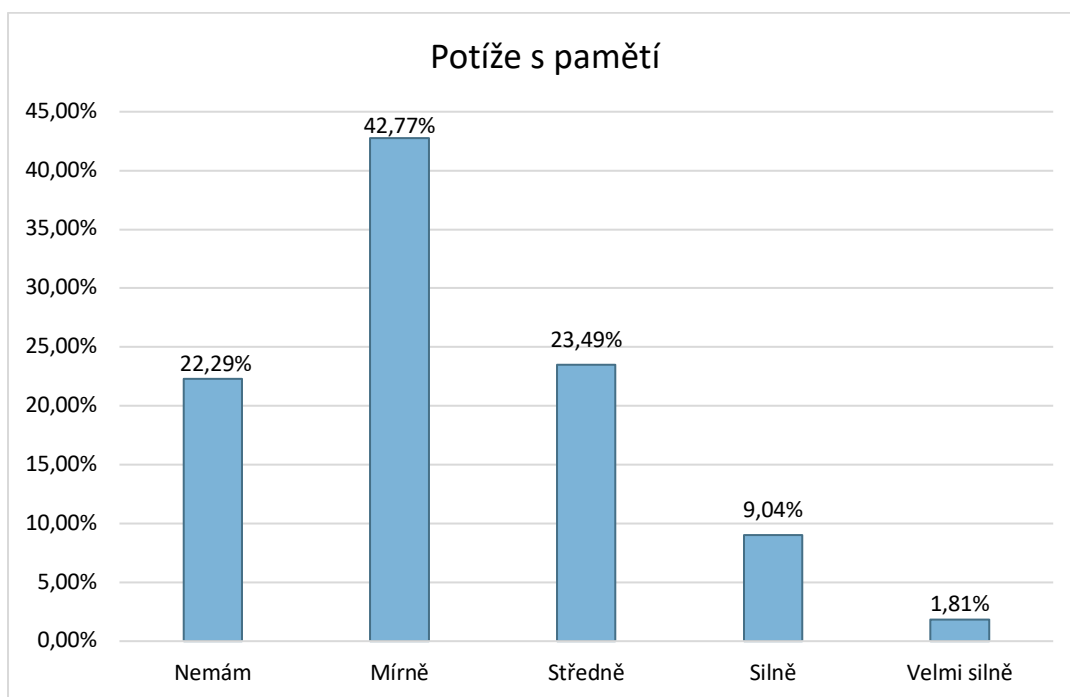
Otázka č.8: Cítíte únavu či nedostatek energie?



Graf 8: Únava

Z celkového vzorku 166 (100 %) žen, 19 (11,45 %) necítí únavu či nedostatek energie, 65 (39,16 %) pociťuje mírnou únavu, 49 (29,52 %) žen uvedlo, že únavu pociťují středně, 23 (13,86 %) respondentek pociťuje únavu silně a 10 (6,02 %) z nich zaznamenalo velmi silnou únavu.

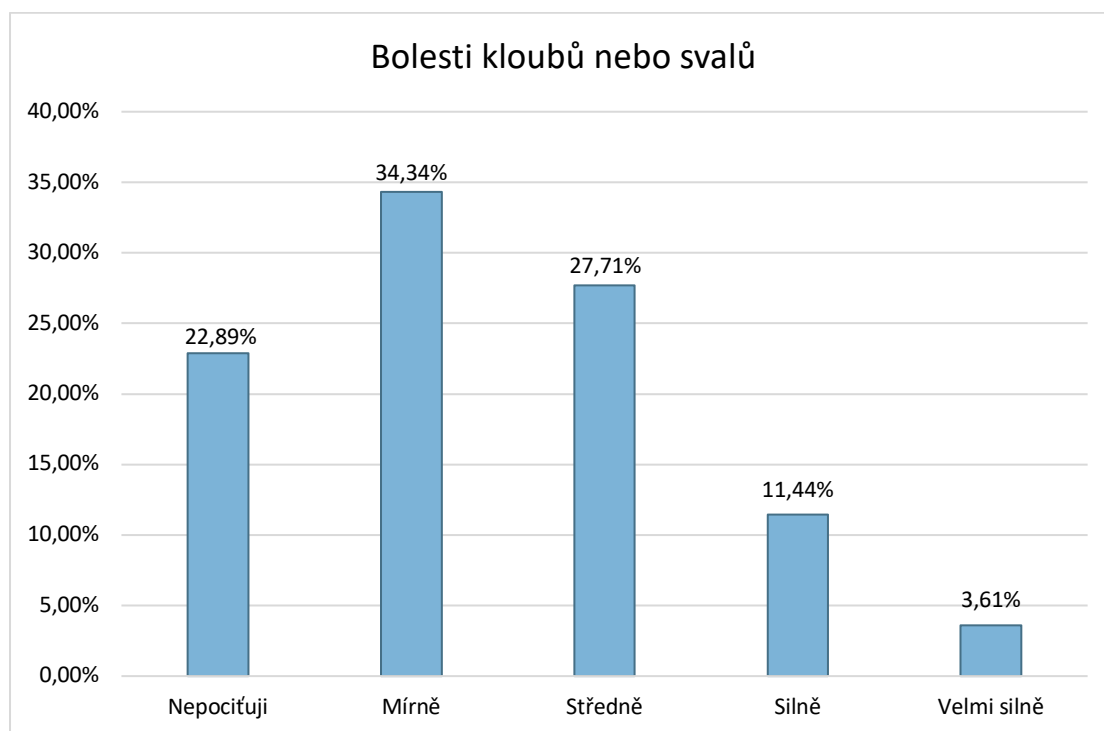
Otázka č.9: Máte potíže s pamětí nebo soustředěním?



Graf 9: Potíže s pamětí

Na otázku z celkového počtu 166 (100 %) žen, 37 (22,29 %) nemá potíže s pamětí nebo soustředěním, 71 (42,77 %) pociťuje mírné potíže, 39 (23,49 %) uvedlo střední potíže, 15 (9,04 %) respondentek pociťuje potíže silně a 3 (1,81 %) z nich uvedly velmi silné potíže.

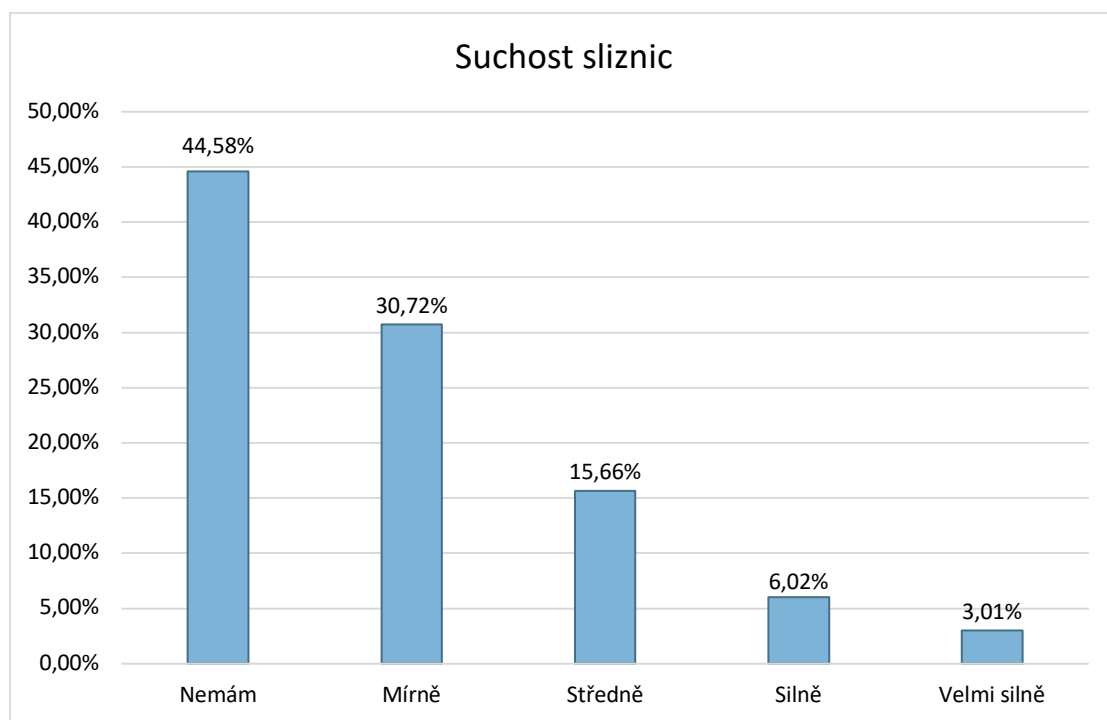
Otázka č. 10: Pociťujete bolesti kloubů nebo svalů?



Graf 10: Bolesti kloubů nebo svalů

Z celku 166 (100 %) žen, 38 (22,89 %) nepociťuje bolesti kloubů nebo svalů, 57 (34,34 %) pociťuje mírné bolesti, 46 (27,71 %) uvedlo střední bolesti, 19 (11,44 %) respondentek pociťuje bolesti silně a 6 (3,61 %) z nich uvedlo velmi silné bolesti.

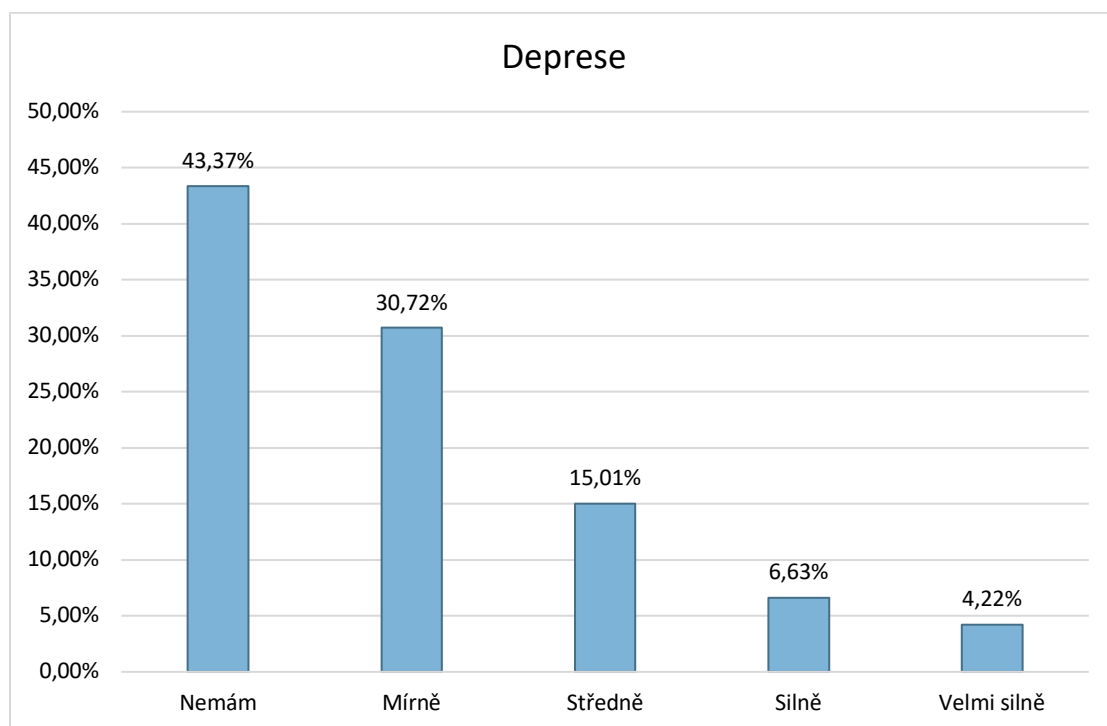
Otázka č. 11: Máte pocit suchosti sliznic (vaginální suchost, suchost očí)?



Graf 11: Suchost sliznic

Z výsledného počtu 166 (100 %) žen, 74 (44,58 %) nepocituje suchost sliznic, 51 (30,72 %) uvedlo mírnou suchost, 26 (15,66 %) pocituje suchost středně, 10 (6,02 %) respondentek uvedlo silnou suchost a 5 (3,01 %) z nich zaznamenalo velmi silnou suchost.

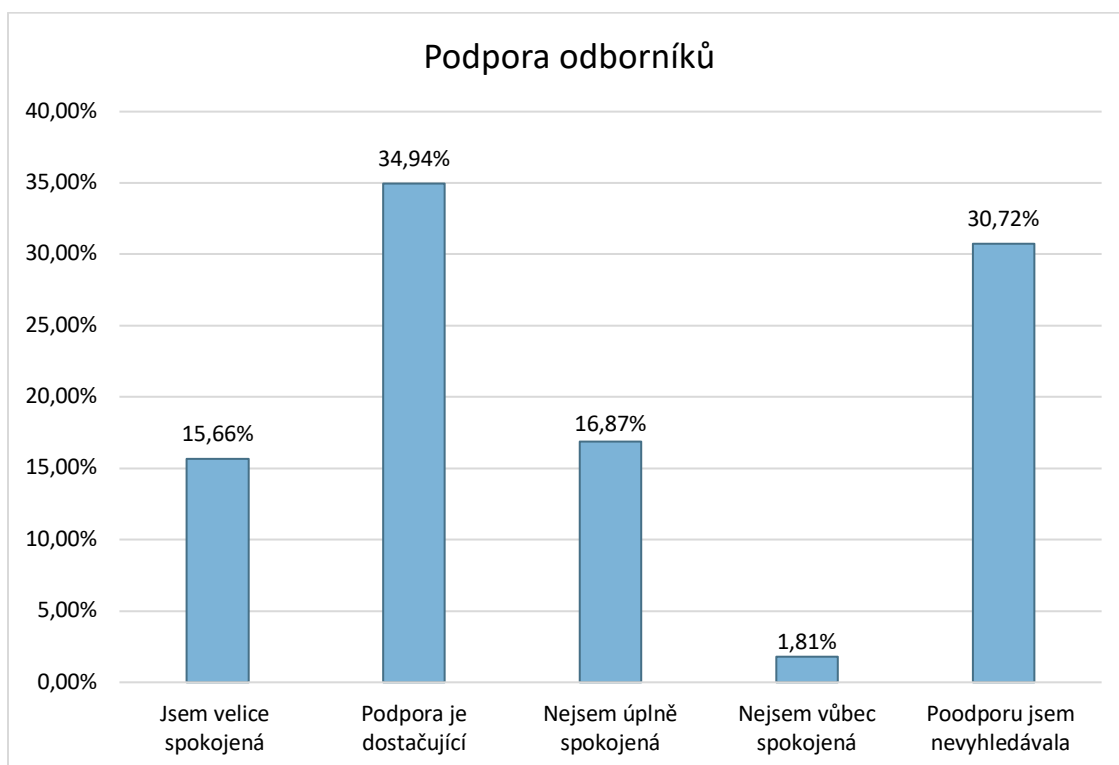
Otázka č. 12: Máte deprese nebo pocit smutku?



Graf 12: Deprese

Z celkového počtu 166 (100 %) žen, 72 (43,37 %) uvedlo, že deprese ani pocit smutku nepociťují, 51 (30,72 %) je pociťuje mírně, 25 (15,01 %) středně, 11 (6,63 %) silně a 7 (4,22 %) velmi silně.

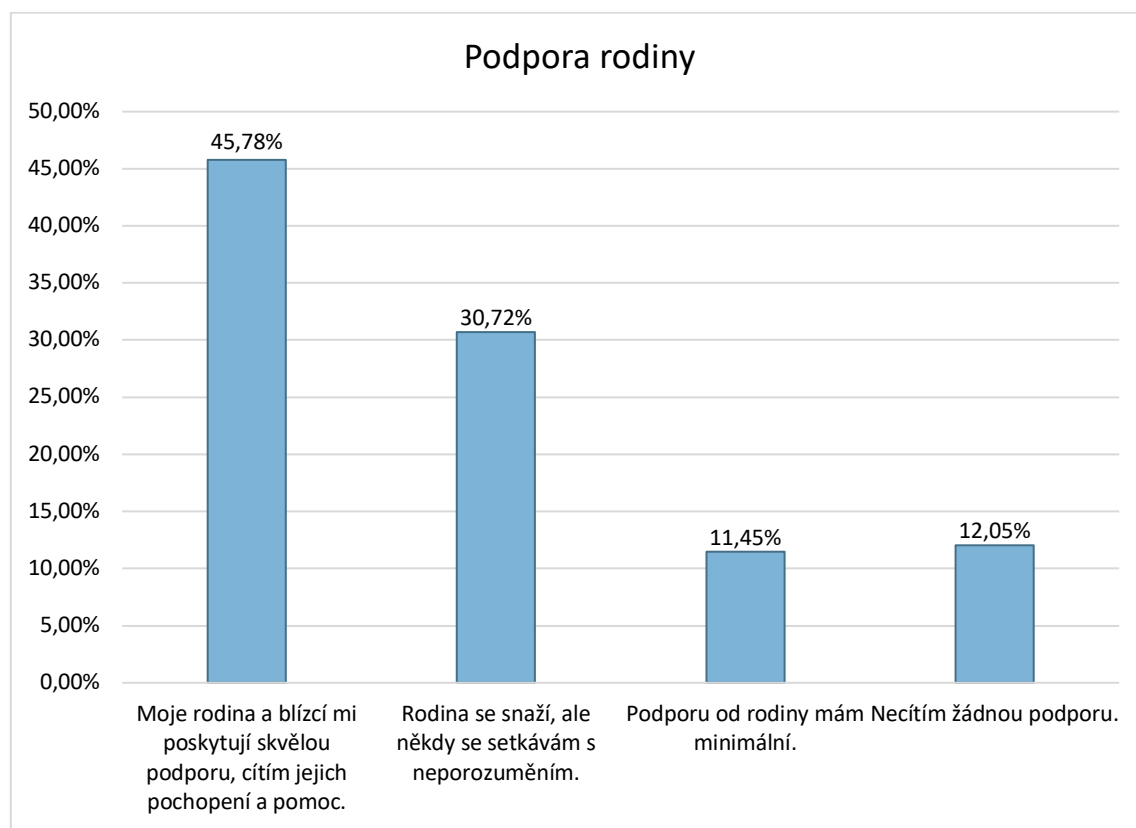
Otázka č. 13: Jak hodnotíte podporu odborníků při řešení klimakterických obtíží?



Graf 13: Podpora odborníků

Ze 166 (100 %) dotázaných žen, 26 (15,66 %) je velmi spokojeno s podporou odborníků, 58 (34,94 %) hodnotí podporu jako dostačující, ale ne zcela individuální, 28 (16,87 %) není úplně spokojeno, protože podporu považují za nedostatečnou, 3 (1,81 %) nejsou vůbec spokojeny a 51 (30,72 %) podporu odborníků nevyhledávalo.

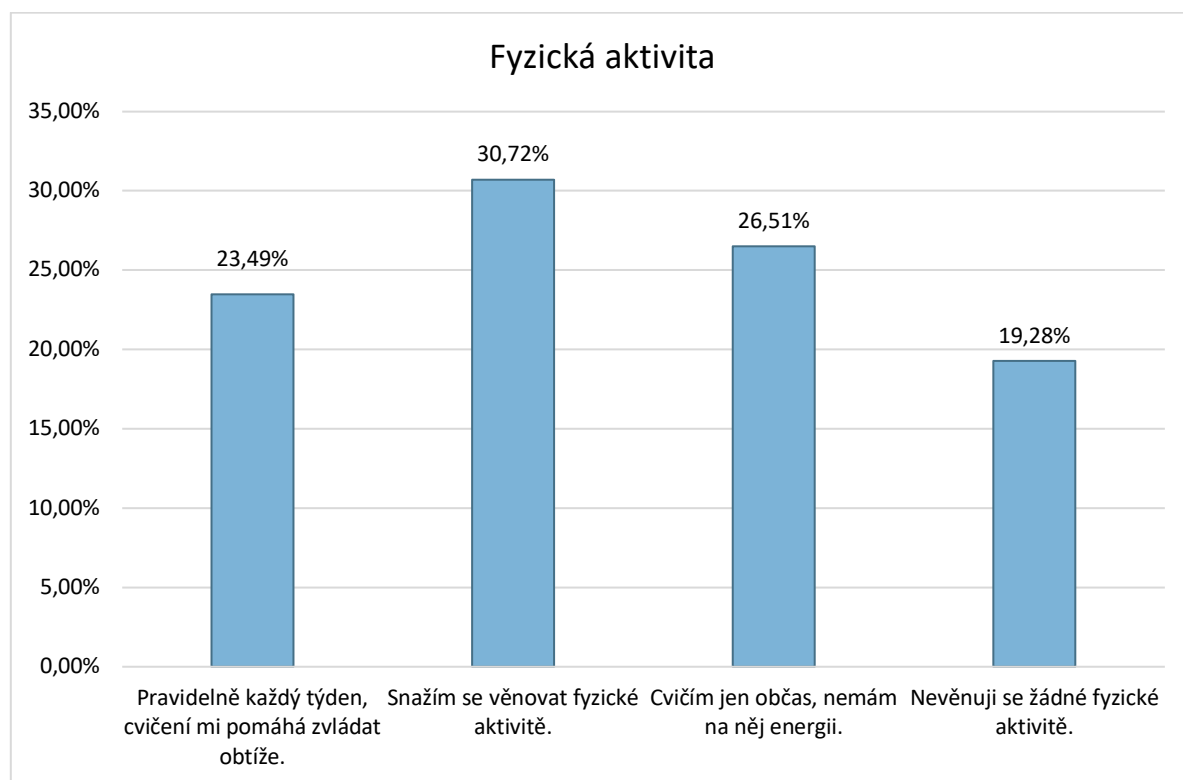
Otázka č. 14: Jak hodnotíte podporu od své rodiny a blízkých?



Graf 14: Podpora rodiny

Z celku 166 (100 %) žen, 76 (45,78 %) hodnotí podporu rodiny jako skvělou, 51 (30,72 %) uvedlo, že rodina se snaží, ale ne vždy rozumí, 19 (11,45 %) respondentek má minimální podporu od rodiny a 20 (12,05 %) necítí žádnou podporu.

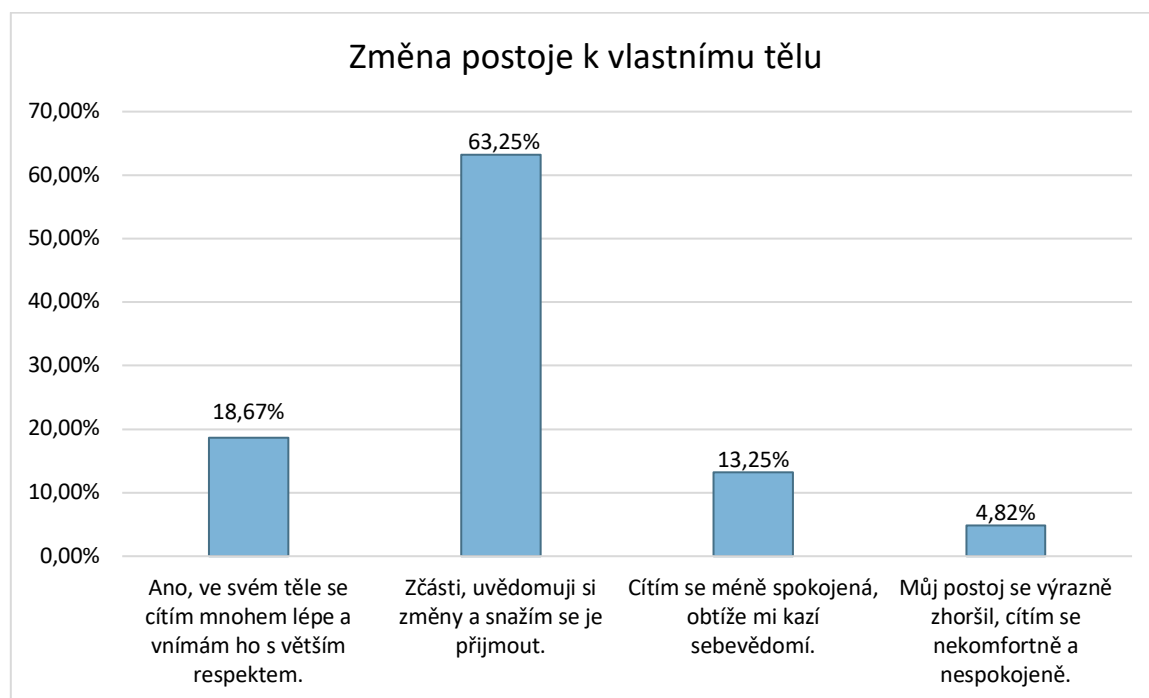
Otázka č. 15: Jak často se věnujete fyzické aktivitě během klimakteria?



Graf 15: Fyzická aktivita

Na otázku odpovědělo 166 (100 %) žen tak, že 39 (23,49 %) se fyzické aktivitě věnují pravidelně každý týden, 51 (30,72 %) se snaží fyzickou aktivitu zařadit, 44 (26,51 %) cvičí jen občas a 32 (19,28 %) se fyzické aktivitě nevěnují.

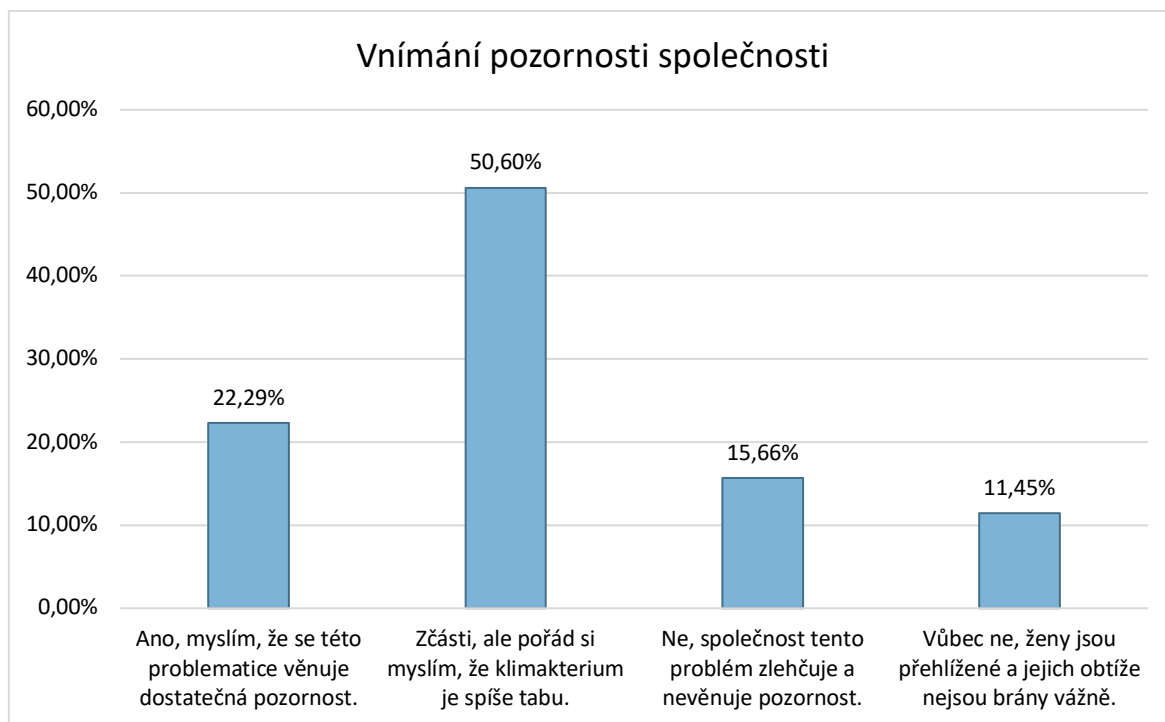
Otázka č. 16: Změnil se váš postoj k vlastnímu tělu od začátku klimakteria?



Graf 16: Změna postoje k vlastnímu tělu

Z celku 166 (100 %) žen, 31 (18,67 %) se cítí ve svém těle lépe a vnímají ho s větším respektem, 105 (63,25 %) uvedlo, že si změny uvědomují a snaží se je přijmout, 22 (13,25 %) respondentek je méně spokojených a 8 (4,82 %) se cítí výrazně nespokojeně.

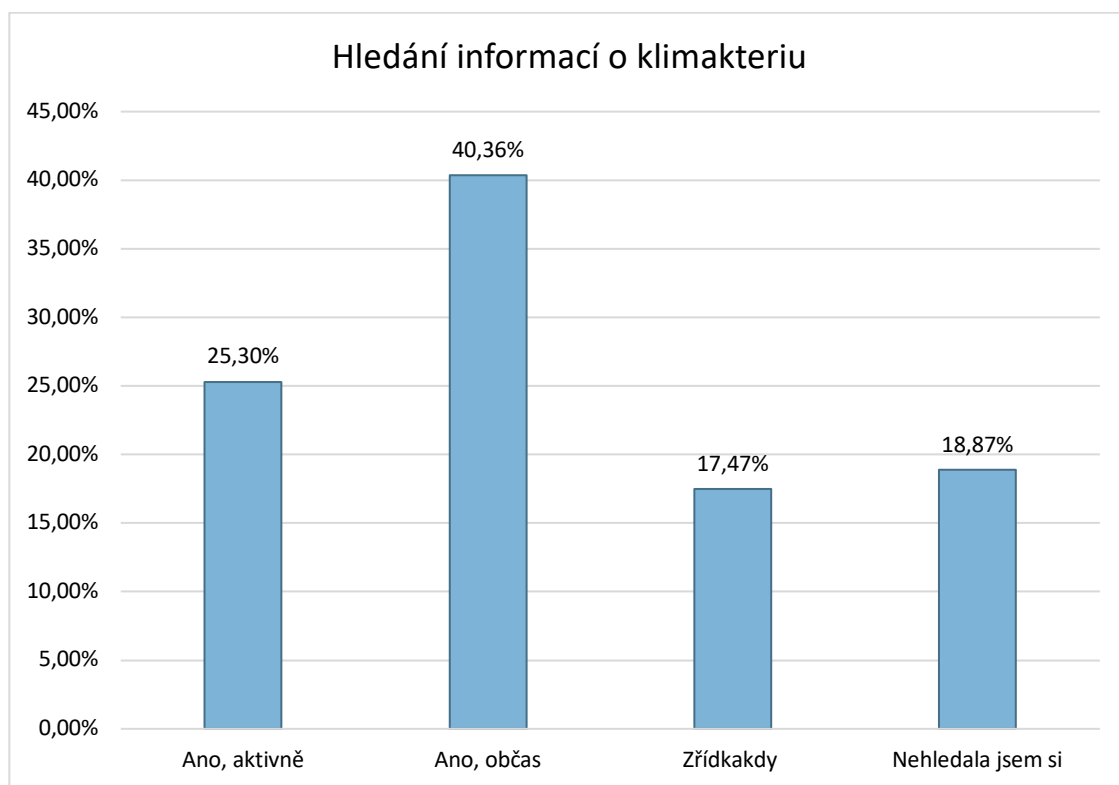
Otázka č. 17: Máte pocit, že společnost věnuje dostatečnou pozornost problémům žen v klimakteriu?



Graf 17: Vnímání pozornosti společnosti

Z celkového vzorku 166 (100 %) žen, 37 (22,29 %) si myslí, že společnost věnuje této problematice dostatečnou pozornost, 84 (50,60 %) považuje klimakterium za částečně tabu, 26 (15,66 %) respondentek má pocit, že společnost problémy zlehčuje a 19 (11,45 %) vnímá, že obtíže žen nejsou brány vážně.

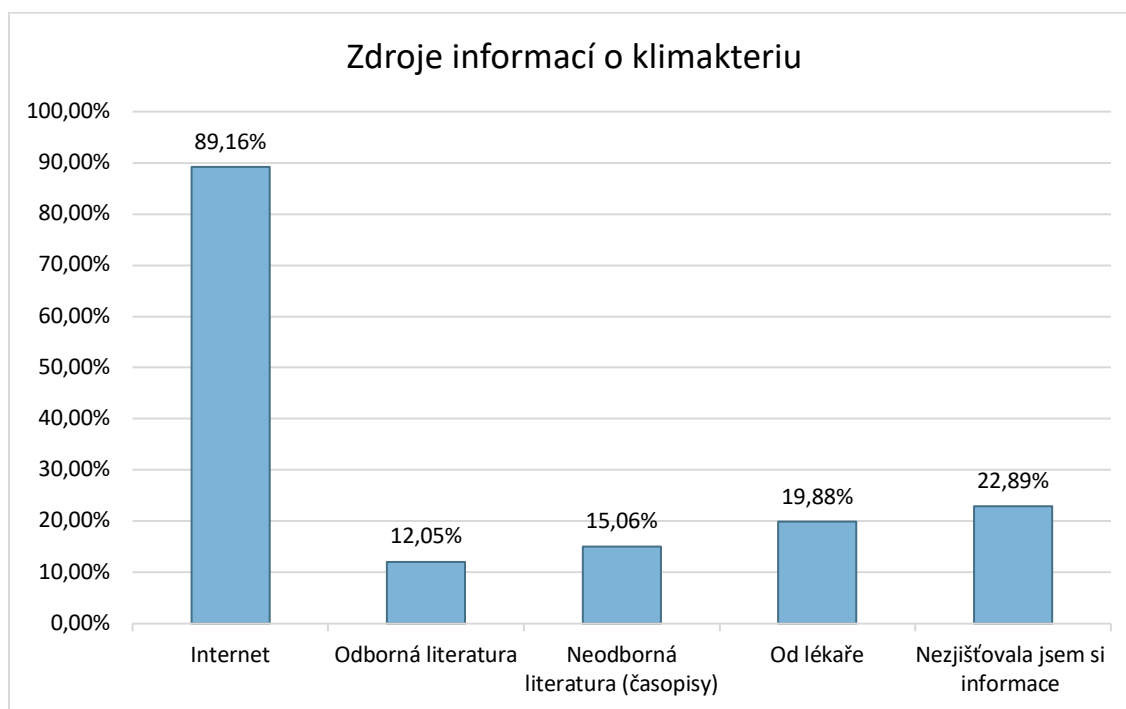
Otázka č. 18: Hledala jste si informace ohledně klimakteria?



Graf 18: Hledání informací o klimakteriu

Ze všech dotázaných 166 (100 %) žen, 42 (25,30 %) hledalo informace aktivně, 67 (40,36 %) si informace hledalo občas, 29 (17,47 %) respondentek informace vyhledalo zřídka a 28 (18,87 %) informace nehledalo vůbec.

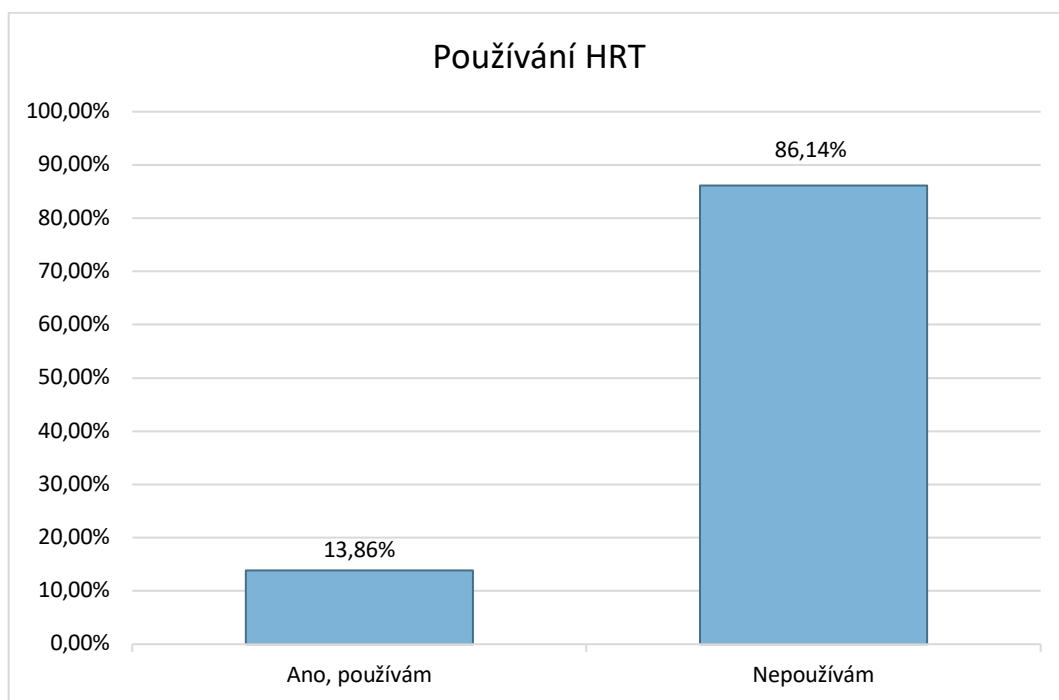
Otázka č. 19: Pokud ano, jaké zdroje jste použila? Vyberte více možností:



Graf 19: Zdroje informací o klimakteriu

V této otázce ženy mohly zvolit více odpovědí. Ze souhrnu odpovědí, 166 (100 %) žen, 148 (89,16 %) využilo internet, 20 (12,05 %) využilo odbornou literaturu, 25 (15,05 %) respondentek čerpalo informace z neodborné literatury, 33 (19,88 %) konzultovalo s lékařem a 38 (22,89 %) informace nezjišťovalo.

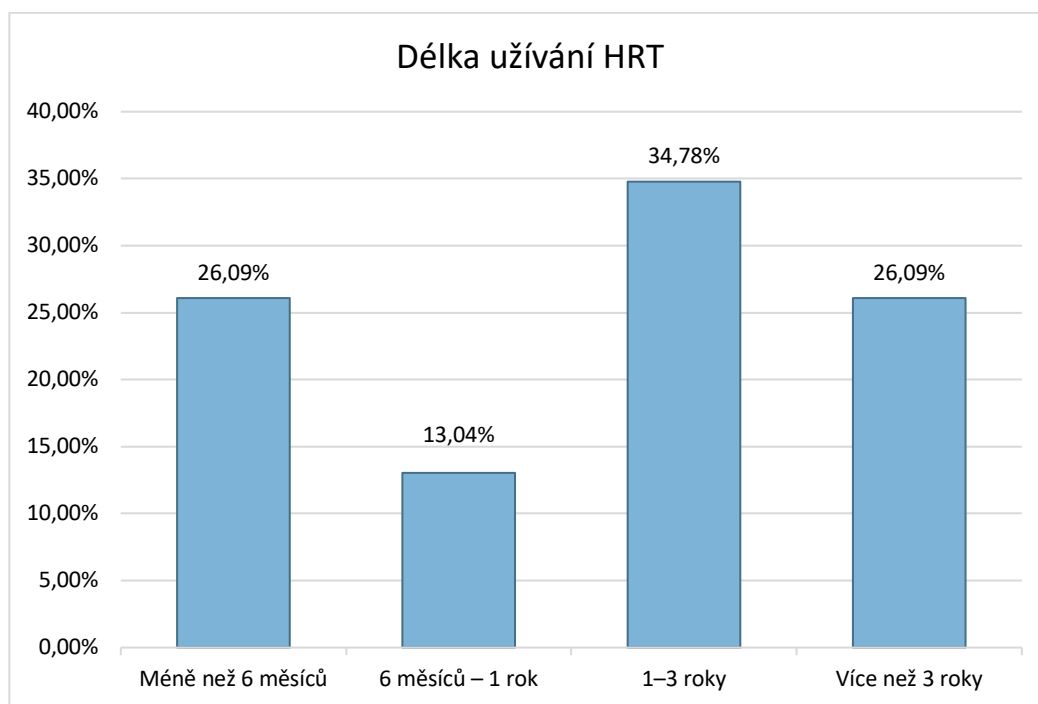
Otázka č. 20: Používáte hormonální substituční terapii (HRT)?



Graf 20: Používání HRT

Dle výsledků, 166 (100 %) žen, 23 (13,86 %) používá HRT a 143 (86,14 %) HRT nepoužívá.

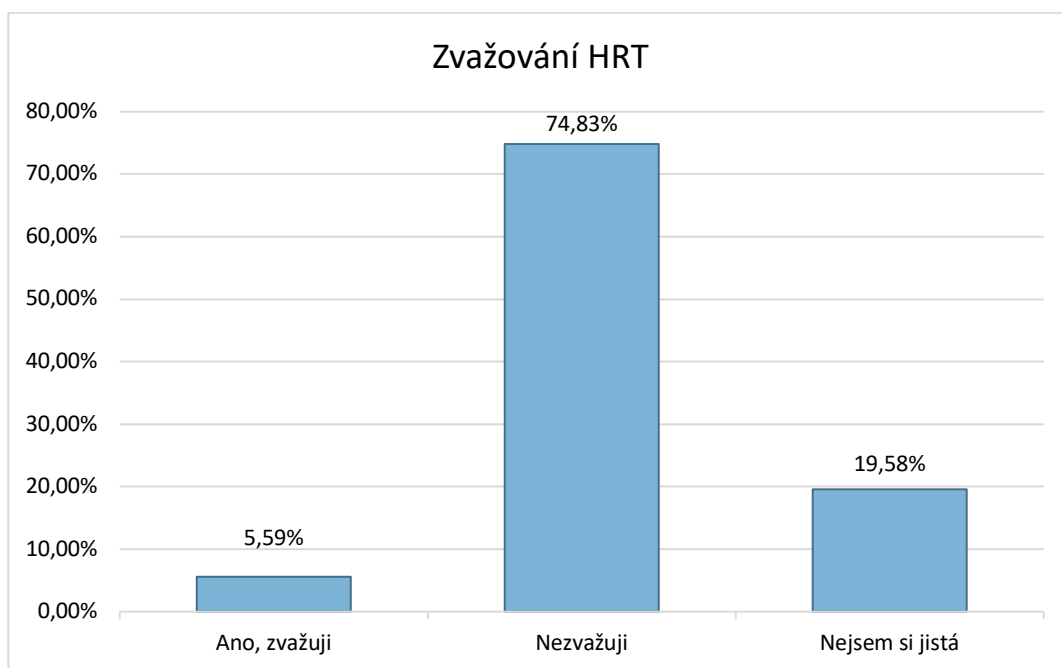
Otázka č. 21: Pokud ano, jak dlouho HRT užíváte?



Graf 21: Délka užívání

Ze souhrnu odpovědí 23 (100 %) žen užívajících HRT vyplývá, že 6 (26,09 %) užívá HRT méně než 6 měsíců, 3 (13,04 %) mezi 6 měsíci a 1 rokem, 8 (34,78 %) užívá HRT 1–3 roky a 6 (26,09 %) více než 3 roky.

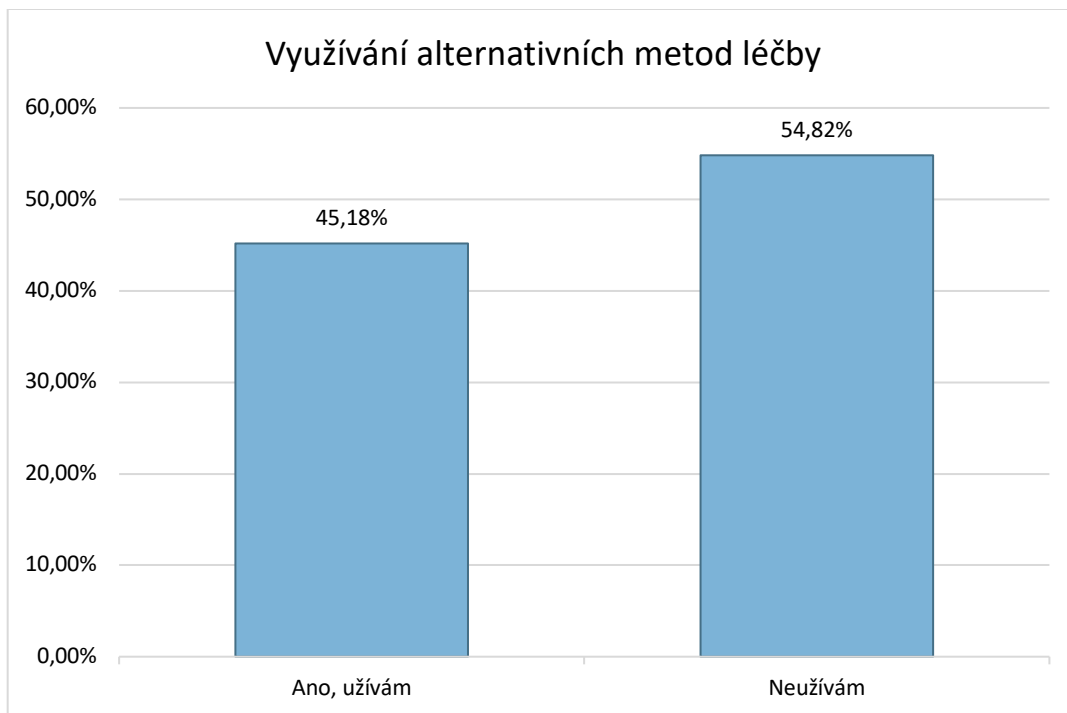
Otázka č. 22: Pokud neužíváte HRT, zvažujete její využití?



Graf 22: Zvažování HRT

Z celkového vzorku 143 (100 %) žen neužívajících HRT, 8 (5,59 %) z nich její využití zvažuje, 107 (74,83 %) neuvažuje o jejím využití a 28 (19,58 %) si není jistých.

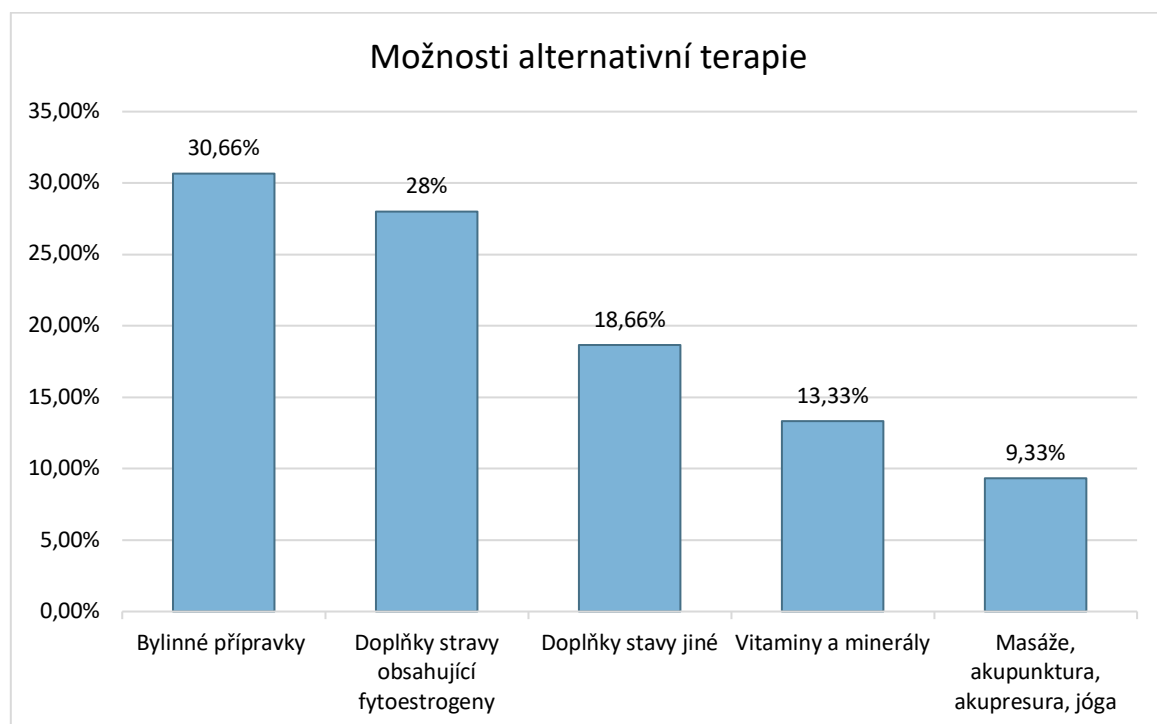
Otázka č. 23: Používáte nějaké jiné způsoby léčby příznaků klimakteria (např. bylinné preparáty, doplňky stravy, akupunktura)?



Graf 23: Využívání alternativních metod

Z celku 166 (100 %) žen, 75 (45,18 %) používá jiné způsoby léčby příznaků klimakteria a 91 (54,82 %) jiné způsoby léčby nepoužívá.

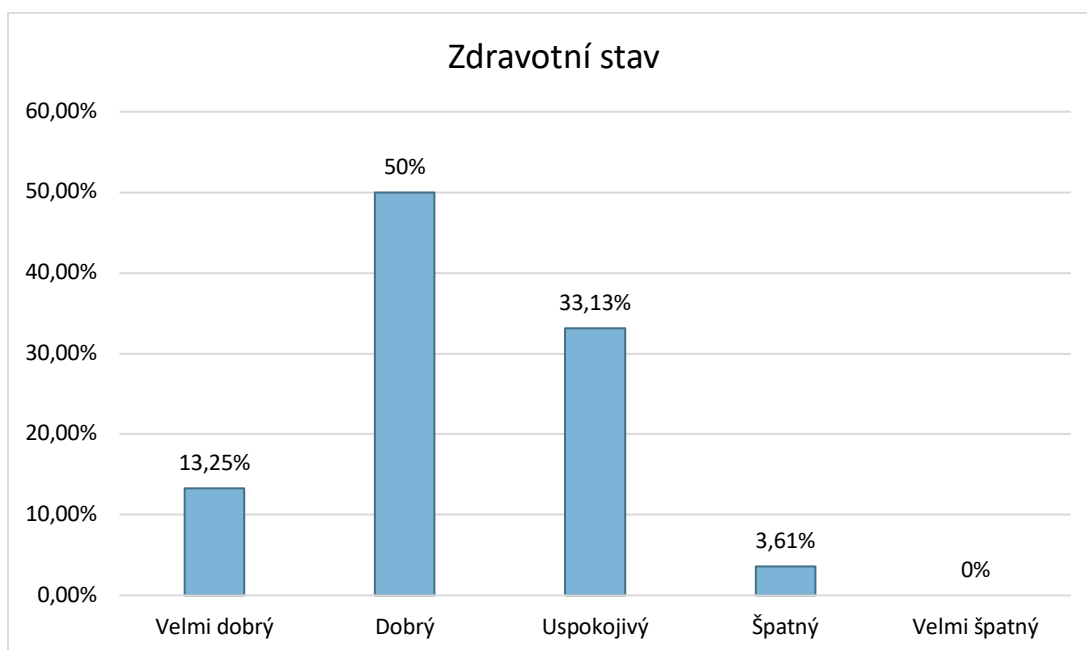
Pokud ano, jaké?



Graf 24: Možnosti alternativní terapie

Z celkového počtu 75 (100 %) žen, které využívají jiné způsoby léčby, vyplývá následující rozdělení. 23 (30,66 %) žen používá bylinné přípravky, 21 (28 %) žen užívá doplňky stravy obsahující fytoestrogeny (např. Fytofem, Menoxin), 14 (18,66 %) preferuje jiné doplňky stravy (Feminius, Estrozin, Venira, Womeno, Terezia, Sarapis), 10 (13,33 %) žen užívá vitaminy a minerály (např. vitamin D, vitamin B, hořčík), 7 (9,33 %) využívá masáže, akupunkturu, akupresuru nebo jógu.

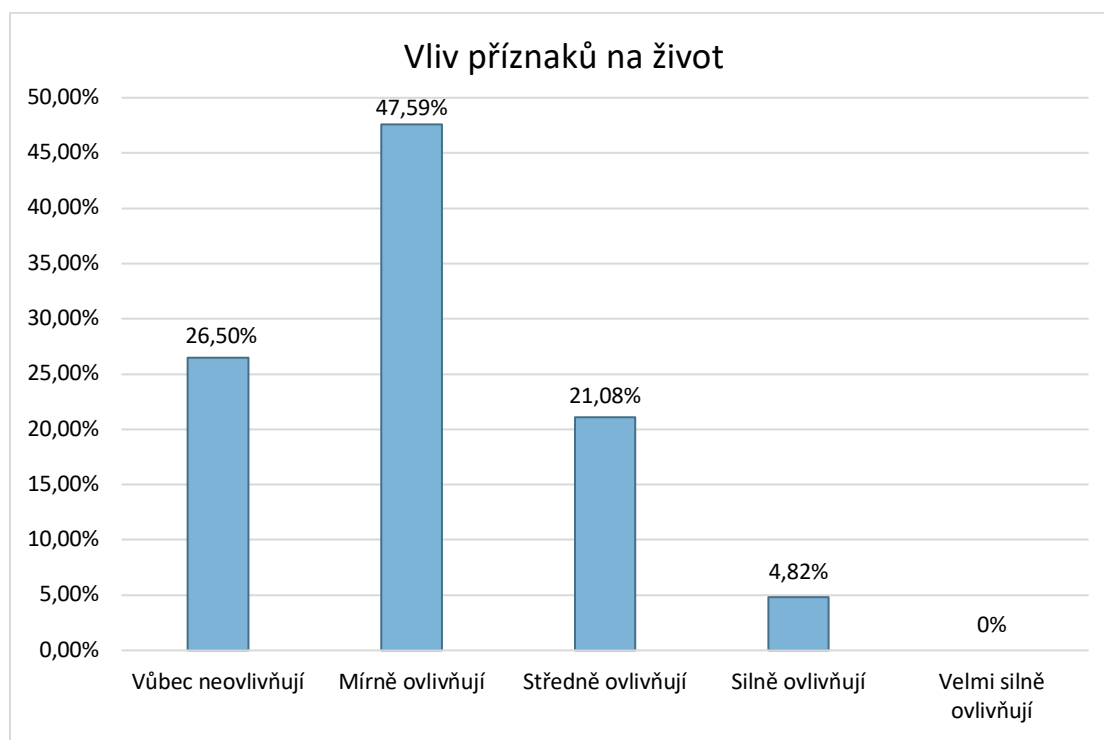
Otázka č. 24: Jak hodnotíte svůj celkový zdravotní stav?



Graf 25: Zdravotní stav

Z celku 166 (100 %) žen, 22 (13,25 %) hodnotí svůj zdravotní stav jako velmi dobrý, 83 (50 %) jako dobrý, 55 (33,13 %) jako uspokojivý, 6 (3,61 %) jako špatný a žádná z žen nehodnotí svůj stav jako velmi špatný.

Otázka č. 25: Jak ovlivňují příznaky klimakteria Váš každodenní život?



Graf 26: Vliv příznaků na život

Z celku 166 (100 %) žen, 44 (26,50 %) uvedlo, že příznaky klimakteria jejich každodenní život vůbec neovlivňují, 79 (47,59 %) pociťuje mírný vliv, 35 (21,08 %) uvedlo střední vliv, 8 (4,82 %) respondentek příznaky ovlivňují silně a žádná z žen neuvádí velmi silný vliv.

2.6 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č.1: Jaký je rozdíl mezi hormonální substituční terapií a alternativními metodami v účinnosti zmírnění klimakterických obtíží a jejich dopadu na kvalitu života žen?

Tabulka 2: Užívání, délka užívání a zvažování HRT

Kategorie	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Užívání HRT	Ano, používám	23	13,86
	Nepoužívám	143	86,14
Délka užívání HRT	Méně než 6 měsíců	6	26,09
	6 měsíců – 1 rok	3	13,04
	1 – 3 roky	8	34,78
	Více než 3 roky	6	26,09
Zvažování HRT	Ano zvažuji	8	5,59
	Nezvažuji	107	74,83
	Nejsem si jistá	28	19,58

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 3: Užívání a možnosti alternativní léčby

Kategorie	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Užívání alternativní terapie	Ano, užívám	75	45,18
	Neužívám	91	54,82
Možnosti alternativní terapie	Bylinné přípravky	23	30,66
	Doplňky stravy obsahující fytoestrogeny	21	28,00
	Doplňky stravy jiné	14	18,66
	Vitaminy a minerály	10	13,33
	Masáže, akupunktura, akupresura, jóga	7	9,33

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 4: Hodnocení zdravotního stavu a vliv příznaků na život

Kategorie	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Hodnocení zdravotního stavu	Velmi dobrý	22	13,25
	Dobrý	83	50
	Uspokojivý	55	33,12
	Špatný	6	3,61
	Velmi špatný	0	0
Vliv příznaků na život	Vůbec neovlivňují	44	36,50
	Mírně ovlivňují	79	47,59
	Středně ovlivňují	35	21,08
	Silně ovlivňují	8	4,82
	Velmi silně ovlivňují	0	0

Zdroj: vlastní zpracování

K zodpovězení této výzkumné otázky byly analyzovány odpovědi na otázky z výzkumu č. 20, 21, 22, 23, 24 a 25, které se zaměřují na užívání hormonální substituční terapie (HRT) a alternativních metod léčby klimakterických obtíží.

Z výsledků vyplývá, že HRT využívá pouze 13,86 % respondentek, zatímco 86,14 % ji nevyužívá. Mezi uživatelkami HRT je největší podíl žen, které ji aplikují po dobu 1–3 let (34,78 %), dále ty, které ji užívají méně než 6 měsíců (26,09 %) nebo déle než 3 roky (26,09 %).

Co se týče rozhodování o nasazení HRT, pouze 5,59 % žen zvažuje její užívání, zatímco 74,83 % ji neplánuje a 19,58 % si není jistých. Alternativní léčbu naopak volí 45,18 % žen, přičemž nejčastější volbou jsou bylinné přípravky (30,66 %), doplňky stravy obsahující fytoestrogeny (28 %) nebo jiné doplňky stravy (18,66 %).

Při hodnocení zdravotního stavu uvedlo 50 % žen, že jej vnímají jako dobrý, 33,12 % jako uspokojivý a pouze 3,61 % jako špatný. Klimakterické příznaky podle 47,59 % žen mírně ovlivňují jejich život, 21,08 % vnímá střední vliv a 4,82 % silný dopad.

Výzkumná otázka č.2: Jaký vliv má podpora odborníků, rodiny a společnosti na zvládání klimakterických obtíží a psychickou pohodu žen, včetně přístupu k informacím a vnímání společenské pozornosti k menopauze?

Tabulka 5: Podpora odborníků, rodiny a vnímání pozornosti společnosti

Kategorie	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Podpora odborníků	Jsem velice spokojená	26	15,66
	Podpora je dostačující	58	34,94
	Nejsem úplně spokojená	28	16,87
	Nejsem vůbec spokojená	3	1,81
	Podporu jsem nevyhledávala	51	30,72
Podpora rodiny a blízkých	Moje rodina a blízcí mi nabízí skvělou podporu	76	45,78
	Rodina se snaží, ale někdy se setkávám s nepochopením	51	30,72
	Podporu od rodiny mám minimální	19	11,45
	Necítím žádnou podporu	20	12,05
Vnímání pozornosti společnosti	Ano, myslím si, že se problematice věnuje dostatečná pozornost	37	22,29
	Zčásti, ale myslím si, že klimakterium je spíše tabu	84	50,60
	Společnost tento problém zlehčuje a nevěnuje pozornost	26	15,66
	Vůbec ne, ženy jsou přehlížené a obtíže nejsou brány vážně	19	11,45

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 6: Hledání a zdroje informací o klimakteriu

Kategorie	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Hledání informací o klimakteriu	Ano, aktivně	42	25,30
	Ano, občas	67	40,36
	Zřídka	29	17,47
	Nehledala jsem si	28	18,87
Zdroje informací o klimakteriu	Internet	148	89,16
	Odborná literatura	20	12,05
	Neodborná literatura	25	15,06
	Od lékaře	33	19,88
	Nezjišťovala jsem si informace	38	22,89

Zdroj: vlastní zpracování

K vyhodnocení této otázky byly analyzovány odpovědi na otázky z výzkumu č. 13, 14, 17, 18 a 19, které se zaměřují na odbornou, rodinnou a společenskou podporu při zvládání klimakterických obtíží.

Výsledky ukazují, že 15,66 % žen je velmi spokojeno s odbornou podporou, 34,94 % ji považuje za dostačující, avšak 30,72 % ji nevyhledávalo.

Rodinná podpora je pro zvládání menopauzy zásadní. Silnou podporu od své rodiny pocítuje 45,78 % respondentek, zatímco 30,72 % uvádí, že se občas setkává s nepochopením a 12,05 % žádnou podporu necítí.

Z pohledu společenského vnímání menopauzy se 50,6 % žen domnívá, že se o této problematice stále příliš nemluví, 15,66 % tvrdí, že jí není věnována dostatečná pozornost a 11,45 % se cítí přehlíženo. Přístup k informacím o menopauze je přitom zásadní – aktivně je vyhledává 25,3 % žen, občas 40,36 %, zatímco 18,87 % informace nevyhledává vůbec.

Nejčastějším zdrojem informací je internet (89,16 %), následovaný lékařskými konzultacemi (19,88 %) a odbornou literaturou (12,05 %).

Výzkumná otázka č.3: Jaké jsou nejčastější fyzické a psychické příznaky menopauzy a jak ovlivňují kvalitu života žen?

Tabulka 7: Příznaky klimakteria a každodenní vliv na život

Příznaky klimakteria a každodenní vliv na život	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Návaly horka	120	72,28
Poruchy spánku	134	80,72
Podrážděnost	119	71,68
Únava	147	88,55
Potíže s pamětí	128	77,11
Bolesti kloubů a svalů	128	77,11
Suchost sliznic	92	55,42
Deprese	94	56,63
Každodenní vliv na život	122	73,49

Zdroj: vlastní zpracování

Aby bylo možné odpovědět na tuto výzkumnou otázku, byly analyzovány odpovědi na otázky z výzkumu č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 25, které se zaměřují na příznaky projevující se v klimakteriu.

Otázky byly v dotazníkovém šetření hodnoceny samostatně. Každá z respondentek měla možnost posoudit intenzitu, s jakou ji daný příznak ovlivňuje v běžném životě. Hodnocení probíhalo ve čtyřech úrovních – mírně ovlivňuje, středně ovlivňuje, silně ovlivňuje a velmi silně ovlivňuje.

Data uvedená v následující tabulce představují souhrn odpovědí žen, které uvedly, že je daný příznak ovlivňuje v jakékoli intenzitě. Tabulka tak ukazuje celkový počet žen, které zaznamenaly negativní dopad jednotlivých příznaků klimakteria na svůj každodenní život.

Na základě zkoumání odpovědí respondentek nejvýraznější vliv na každodenní život vykazuje únava (88,55 %), poruchy spánku (80,72 %) a návaly horka (72,28 %).

Naopak nejméně častými a méně ovlivňujícími faktory jsou suchost sliznic (55,42 %) a deprese (56,63 %). Přestože i tyto příznaky mají dopad na každodenní fungování, v porovnání s ostatními jsou méně výrazné. Celkově má klimakterium každodenní dopad na život u 73,49 % žen.

2.7 Diskuse

Analýza výsledků výzkumu se zaměřuje na vliv klimakteria na kvalitu života žen. V této části jsou vyhodnoceny specifické symptomy klimakteria a jejich dopad na každodenní život a psychickou pohodu. Dále jsou zhodnoceny různé strategie a intervence, které ženy využívají k zmírnění klimakterických obtíží, a jejich účinnost.

Výzkumná otázka č.1: Jaký je rozdíl mezi hormonální substituční terapií a alternativními metodami v účinnosti zmírnění klimakterických obtíží a jejich dopadu na kvalitu života žen?

Hormonální substituční terapie (HRT) a alternativní léčebné metody představují dvě základní cesty, jakými mohou ženy řešit obtíže spojené s klimakteriem. Cílem této analýzy je porovnání těchto přístupů z hlediska jejich užívání a vlivu na kvalitu života. Otázky, které vycházejí z dotazníku pro stanovení tohoto cíle jsou: 20., 21., 22., 23., 24., 25.

Podle výsledků dotazníkového šetření využívá HRT pouze menšina dotazovaných žen, konkrétně 23 žen, což představuje 13,86 % respondentek. Většina žen (143, tj. 86,14 %) HRT nevyužívá. Z hlediska délky užívání se většina žen, které tuto terapii podstupují, pohybuje v rozmezí 1 až 3 let (8 žen, 34,78 %), zatímco menší počet ji využívá kratší dobu (6 měsíců nebo méně: 6 žen, 26,09 %). Stejný počet (6 žen, 26,09 %) užívá HRT delší dobu než tři roky.

Srovnatelné výsledky přinesla bakalářská práce Barbory Goliášové z roku 2021, podle níž HRT v současné době neužívá 90 % respondentek, zatímco pouze 10 % žen tuto léčbu využívá. Tyto údaje naznačují nízkou míru využívání HRT mezi ženami, což může souviset s obavami z vedlejších účinků, nedostatečnou informovaností či preferencí alternativních metod zvládání klimakterických obtíží. Podobný trend byl pozorován i v rámci mého výzkumu, kde většina žen nevyužívá hormonální terapii jako primární řešení menopauzálních symptomů.

Většina respondentek, konkrétně 107 (74,83 %) které neužívají HRT neuvažují o využití mírnění příznaků pomocí hormonů.

Alternativní metody léčby jsou mezi respondentkami rozšířenější než HRT. Celkem 75 žen (45,18 %) uvedlo, že používá nějakou formu alternativní léčby, zatímco 91 žen (54,82 %) uvedlo, že tyto metody nevyužívá.

Nejčastěji ženy využívají bylinné přípravky (23 žen, 30,66 %), následované fytoestrogeny (21 žen, 28 %), doplňky stravy jiného typu (14 žen, 18,66 %), vitamíny a minerály (10 žen, 13,33 %) a také masáže, akupunkturu, akupresuru či jógu (7 žen, 9,33 %). Tato data ukazují, že většina žen dává přednost přírodním a dostupnějším formám řešení klimakterických obtíží.

Podobné závěry přinesl výzkum v Boloni (BMC Women's Health), který ukázal, že více než třetina žen (33,5 %) využívá alternativní metody ke zmírnění klimakterických obtíží, přičemž nejčastěji byly používány bylinné doplňky a fytoestrogeny. Tyto trendy odpovídají i výsledkům mého výzkumu.

Většina dotazovaných žen hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý (50 %) nebo uspokojivý (33,13 %). Velmi dobrý zdravotní stav uvedlo 22 žen (13,25 %), zatímco pouze 6 žen (3,61 %) považuje svůj stav za špatný.

Výzkumná otázka č.2: Jaký vliv má podpora odborníků, rodiny a společnosti na zvládání klimakterických obtíží a psychickou pohodu žen, včetně přístupu k informacím a vnímání společenské pozornosti k menopauze?

Výzkumná otázka se zaměřila na zjištění, jakou roli hraje podpora odborníků, rodiny a společnosti v životě žen během klimakteria. Současně bylo identifikováno, jak ženy věnují pozornost hledání informací a jak vnímají společenský zájem o tuto problematiku. Pro dosažení tohoto cíle byly využity otázky zaměřené na jednotlivé aspekty podpory a informovanosti. Pro vyhodnocení tohoto cíle byly použity otázky z dotazníku 13., 14., 17., 18., 19.

Podle výsledků dotazníku hodnotí odbornou podporu jako dostatečnou nebo velmi dobrou 50,5 % žen. Konkrétně 15,66 % je s podporou odborníků velmi spokojeno a 34,94 % ji považuje za dostatečnou, ale s možností zlepšení. Naopak 30,72 % podporu odborníků vůbec nevyhledává a 16,87 % žen musí informace hledat samostatně. To naznačuje prostor pro zlepšení dostupnosti odborné péče.

Rodinnou podporu hodnotí jako skvělou či dostatečnou 45,78 % žen, zatímco 30,72 % uvádí, že jejich blízcí se sice snaží, ale plně nerozumí jejich situaci. Naopak 23,50 % žen nemá od rodiny žádnou nebo jen minimální podporu, což může negativně ovlivnit jejich psychickou pohodu.

Společenskou pozornost k menopauze považuje za dostatečnou pouze 22,29 % žen, zatímco 50,60 % ji vnímá jako tabuizované téma. Dalších 27,11 % se domnívá, že menopauzální obtíže jsou podceňovány nebo ignorovány. Výsledky potvrzují potřebu osvěty a otevřenějšího přístupu k tomuto tématu.

V oblasti informovanosti bylo zjištěno, že většina žen (65,66 %) aktivně nebo příležitostně vyhledává informace o klimakteriu. Internet byl hlavním zdrojem informací, který využívalo 89,16 % respondentek, zatímco pouze 19,88 % konzultovalo své otázky s lékařem. Tento trend naznačuje rostoucí závislost na online zdrojích, která může být problematická z hlediska kvality a spolehlivosti informací. Část respondentek (22,89 %) žádné informace nevyhledávala, což ukazuje na potřebu zlepšení dostupnosti vzdělávacích materiálů.

Podobné výsledky uvádí také Tereza Rakowská (2021) ve své bakalářské práci. Z jejího výzkumu vyplynulo, že 29 % žen získává informace o klimakteriu z internetu nebo knih, 24 % od přátel, 22 % od lékaře, 12 % z letáků a časopisů a 10 % z brožur. Jiné zdroje uvedla 3 % žen, nejčastěji školu.

Podobné výsledky potvrzuje také studie BMC Women's Health "Información es poder (Information is power): Menopause knowledge, attitudes, and experiences in midlife Hispanic women and Latinas" z roku 2024, která zjistila, že téměř 60 % žen mělo pouze omezené znalosti o menopauze. Studie rovněž upozorňuje na skutečnost, že menopauza je v některých kulturách stále tabuizovaným tématem, přičemž otevřenost k diskusi se zvyšuje s mladšími generacemi. Dalším významným zjištěním je dopad menopauzy na rodinné a partnerské vztahy – ženy často pociťují nepochopení ze strany svých blízkých, což může ovlivnit jejich psychickou pohodu. Tyto výsledky se shodují s poznatky získanými v mém výzkumu.

Výzkumná otázka č.3: Jaké jsou nejčastější fyzické a psychické příznaky klimakteria a jak ovlivňují kvalitu života žen?

Pro analýzu vlivu klimakteria na kvalitu života žen byly zahrnuty dotazníkové otázky z druhé části dotazníku, která byla vytvořena na základě MRS standardizovaného dotazníku. Otázky se týkají příznaků a jejich vlivu na každodenní činnosti. Z dotazníku se k tomuto cíli řadí otázky 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12. a 25.

Návaly horka jsou běžným symptomem klimakterického období. Podle výsledků dotazníku 27,71 % žen (46 respondentek) nepociťuje žádné návaly horka. Mírné návaly zažívá 37,95 % žen (63 respondentek), zatímco 19,28 % (32 žen) vnímá návaly střední intenzity. Silné návaly pociťuje 11,44 % respondentek (19 žen) a velmi silné návaly uvádí 3,61 % žen (6 respondentek). Výsledky ukazují, že většina žen (72,29 %) pociťuje návaly horka v různé míře, přičemž nejčastější jsou návaly mírné intenzity.

Poruchy spánku jsou častým symptomem. Podle výsledků z dotazníku 63,25 % žen (105 žen) uvádí mírné až střední problémy s nespavostí nebo častým probouzením v noci. Tento problém má přímý vliv na kvalitu života, protože nedostatečný nebo přerušovaný spánek může vést k únavě, podrážděnosti a dalším psychickým potížím. 17,47 % žen (29 žen) pociťuje silné až velmi silné poruchy spánku, což výrazně ovlivňuje jejich každodenní fungování.

Podrážděnost je dalším častým příznakem, který nějakým způsobem ovlivňuje život žen, konkrétně 71,69 % žen (119). 35,54 % žen (59 žen) uvádí mírnou podrážděnost, zatímco 27,11 % žen (45) pociťuje střední úroveň podrážděnosti. Tento symptom může mít negativní vliv na mezilidské vztahy a přispět k většímu stresu a napětí v osobním životě, což může ovlivnit i pracovní výkon a sociální interakce.

Únava postihuje 88,55 % žen, přičemž 39,16 % žen (65 žen) udává mírnou únavu. Tento stav může omezit jejich schopnost vykonávat každodenní činnosti a snižuje jejich produktivitu v pracovním i osobním životě. Tento problém je častý a může být považován za jeden z nejvíce omezujících příznaků klimakteria.

Dalším významným příznakem jsou problémy s pamětí a soustředěním, které se objevují u více než 70 % žen (128), což může mít vliv na výkon v práci i v domácnosti, protože zhoršení kognitivních funkcí může ovlivnit schopnost rychle se rozhodovat a soustředit se na úkoly.

V oblasti bolesti kloubů a svalů se více než 70 % žen (128) potýká s tímto problémem. Bolesti jsou často důsledkem hormonálních změn a mohou mít výrazný dopad na kvalitu života, zejména pokud se stanou chronickými. Tento symptom omezuje mobilitu a komfort, což může vést k dalším zdravotním problémům.

Vaginální suchost a suchost očí, které jsou častými příznaky klimakteria, postihují více než 50 % žen (92). Tyto problémy mohou mít negativní vliv na sexuální zdraví a celkový komfort, což ovlivňuje intimní vztahy a kvalitu života.

Deprese a pocity smutku ovlivňují více než 50 % žen, což značí další větší složku, podílejících se na změně v kvalitě života.

Pokud jde o celkový vliv klimakteria na každodenní život, 26,50 % žen (44) uvedlo, že příznaky klimakteria nijak neovlivňují jejich každodenní život, zatímco 47,59 % žen (76) zaznamenává

mírný dopad na běžné činnosti. Tento náález ukazuje, že i když mnohé ženy čelí určitému nepohodlí, stále si zachovávají vysokou míru funkčnosti ve svém každodenním životě.

Dle české verze standardizovaného dotazníku MRS pod vedením Mgr. Markéty Moravcové, Ph.D., bylo zjištěno, že mezi nejvýraznější obtíže respondentek patřily bolesti svalů a kloubů, které dosáhly nejvyššího souhrnného skóre intenzity. Mezi další výrazně vnímané symptomy se zařadily depresivní nálady a návaly horka, zatímco přecitlivělost byla hodnocena jako méně intenzivní.

Podobné poznatky přinesla i studie publikovaná v *BMC Women's Health* s názvem "Frequency of symptoms, determinants of severe symptoms, validity of and cut-off score for Menopause Rating Scale (MRS) as a screening tool: A cross-sectional survey among midlife Nepalese women" z roku 2011. Ta zjistila, že nejčastějšími příznaky menopauzy u nepálských žen jsou problémy se spánkem (78,7 %), fyzické a psychické vyčerpání (73,5 %), návaly horka (69,7 %), bolesti kloubů a svalů (68,6 %) a vaginální suchost (61,6 %).

2.8 Návrh řešení

Zvýšení dostupnosti odborné podpory a informovanosti je klíčové, protože výzkum ukazuje, že mnoho žen vnímá nedostatečnou odbornou pomoc. Část respondentek je nucena vyhledávat informace samostatně, nebo odborníky vůbec nevyhledává. Doporučuje se zlepšit dostupnost odborných služeb, prostřednictvím veřejných zdravotních kampaní, odborných poraden a online konzultací. Důraz by měl být kladen na poskytování individuálně přizpůsobeného přístupu k pacientkám, zohledňujícího specifické potřeby žen v klimakteriu.

K zajištění lepší informovanosti je nezbytné také zlepšit osvětu a veřejné povědomí o klimakteriu, které je stále považováno za tabuizované téma. Otevřená diskuse o klimakteriu je nezbytná pro zajištění jeho lepšího porozumění a podpoření žen. Osvětové kampaně by měly zahrnovat nejen medicínské aspekty, ale i psychologické a sociální dopady klimakteria, čímž by přispěly k větší podpoře žen v tomto období.

Rodinná podpora je dalším klíčovým faktorem pro pohodu žen během klimakteria. V rámci osvěty by měla být věnována pozornost vzdělávání rodinných příslušníků, aby lépe porozuměli potřebám žen v tomto období. Mělo by být podporováno aktivní zapojení rodiny do procesu přizpůsobování životního stylu a emocí žen, což může pozitivně ovlivnit jejich psychickou pohodu.

Zároveň je vhodné podpořit alternativní a přírodní metody léčby, které se ukazují jako populární u většiny žen. Doporučuje se zajistit dostupnost kvalitních přírodních metod, jako jsou bylinné přípravky a fytoestrogeny, které mohou být efektivními doplňky k tradiční hormonální terapii. Zároveň je důležité zajistit ženám dostatečnou informovanost o výhodách a rizicích těchto metod.

Významným aspektem je i zajištění přístupu k informacím o klimakteriu. Ačkoliv většina žen aktivně vyhledává informace, stále existuje část respondentek, které se neinformují vůbec. Je nezbytné poskytnout ženám přístup k ověřeným a odborně podloženým informacím prostřednictvím oficiálních portálů, informačních brožur nebo online webinářů, které budou ženám pomáhat orientovat se v dostupných možnostech léčby a zlepšení kvality života.

Tato doporučení vycházejí z potřeb žen identifikovaných v rámci výzkumu a jejich realizace by mohla přispět k výraznému zlepšení kvality života žen během klimakteria. Zajištění komplexní a dostupné podpory, otevřená komunikace o klimakteriu a efektivní přístup k léčebným metodám jsou klíčovými faktory pro zlepšení pohody žen v tomto období jejich života.

Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřila na kvalitu života žen v období klimakteria. Hlavním cílem bylo zjistit, jak celkové změny v tomto období ovlivňují ženy po fyzické i psychické stránce, a zmapovat, jaké strategie používají ke zmírnění klimakterických obtíží. Výzkumné otázky se soustředily na nejčastější symptomy klimakteria, jejich dopad na kvalitu života a na efektivitu různých přístupů k jejich zvládnutí, včetně hormonální substituční terapie a alternativních metod.

Na základě analýzy dat získaných z dotazníkového šetření bylo potvrzeno, že klimakterium má významný vliv na fyzické a psychické zdraví žen. Mezi nejčastější příznaky patří návaly horka, poruchy spánku, únava, podrážděnost a bolesti kloubů a svalů, které v různé míře ovlivňují každodenní fungování respondentek. Z výsledků dále vyplynulo, že ženy využívají různé strategie ke zmírnění těchto obtíží – od hormonální substituční terapie po změny životního stylu, bylinné preparáty a další alternativní přístupy. Významnou roli hraje také podpora rodiny, odborníků a dostupnost informací, které mohou ovlivnit celkový prožitek menopauzy.

Hlavní cíl práce byl naplněn a výzkumné otázky byly zodpovězeny. Výsledky této bakalářské práce přispívají k hlubšímu pochopení problematiky klimakteria a mohou sloužit jako podklad pro další výzkum i pro praktické využití ve zdravotnické a poradenské praxi. Práce zároveň poukazuje na důležitost dalšího zkoumání dlouhodobých účinků různých terapeutických přístupů a na potřebu větší informovanosti a destigmatizace tématu menopauzy ve společnosti.

Celkově lze konstatovat, že kvalita života žen v období klimakteria je ovlivněna mnoha faktory, přičemž individuální přístup k péči, dostupnost informací a podpora okolí mohou významně přispět k lepšímu zvládnutí tohoto životního období.

Seznam použité literatury

- BABYN, Katherine. *Cannabis use for menopause in women aged 35 and over: a cross-sectional survey on usage patterns and perceptions in Alberta, Canada*. Online. 2023. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10314536/>. [cit. 2025-01-18].
- BARCZYŃSKI, Bartłomiej. *Menopausal Status Contributes to Overall Survival in Endometrial Cancer Patients*. Online. 2023. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9856958/>. [cit. 2025-01-18].
- BEURA, Saswatika. *Translation, Reliability, and Validity Test of Odia Version of Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire Among Postmenopausal Women for Menopausal Symptoms*. Online. 2022. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36276615/>. [cit. 2025-01-19].
- BIRKHAUSER, Martin a GENAZZANI, Andrea. *Pre-Menopause, Menopause and Beyond: Volume 5: Frontiers in Gynecological Endocrinology*. Online. Švýcarsko: Springer, 2018. 978-3-319-63539-2.
- BLATNÝ, Marek (ed.). *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3462-3.
- BMC WOMEN'S HEALTH. *Frequency of symptoms, determinants of severe symptoms, validity of and cut-off score for Menopause Rating Scale (MRS) as a screening tool: A cross-sectional survey among midlife Nepalese women*. Online. 2011. Dostupné z: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-11-30>. [cit. 2025-03-01].
- BMC WOMEN'S HEALTH. *Información es poder (information is power): menopause knowledge, attitudes, and experiences in midlife Hispanic women and Latinas*. Online. 2024. Dostupné z: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-024-03434-z>. [cit. 2025-03-01].
- BMC WOMEN'S HEALTH. *The use of complementary and alternative medicine by women experiencing menopausal symptoms in Bologna*. Online. 2010. Dostupné z: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-10-7>. [cit. 2025-03-01].
- BOROVSKÝ, Miroslav a OŽVOLDOVÁ, Rebeka. *Klimakterická medicína: Nehormonálna liečba klimakterického syndrómu a medzinárodné sledovanie symptómov menopauzy (POMMSIS) – štúdia fytoSERM (DT56a) v Českej a Slovenskej republike*. Online. 2017, roč. 22, č. 2. Hradec Králové, 2017. ISSN 12114278. Dostupné z: <https://kramerius.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:64213a54-ad91-4957-8afe-4ca984a5cd07>. [cit. 2025-01-21].
- CANO, Antonio. *Menopause: A Comprehensive Approach*. Online. Španělsko: Springer, 2017. ISBN 978-3-319-59317-3
- CLEVELAND CLINIC. *What Is Ayurveda and Does It Work?* Online. 2022. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9643513/>. [cit. 2025-01-22].

- DĚDICOVÁ, Eva. *Akupunktura v gynekologii*. Online. Gyned. 2022. Dostupné z: www.gyned.cz/files/akupunktura_v_gynekologii.pdf. [cit. 2025-01-21].
- FAIT, Tomáš. Hormonální substituční terapie, ateroskleróza a význam časně intervence. Online. *ProLékaře*. Roč. 2023. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/athero-review/2023-1-5/hormonalni-substitutni-terapie-ateroskleroz-a-vyznam-casne-intervence-133559>. [cit. 2025-01-22].
- FAIT, Tomáš. *Klimakterická medicína*. 3.vydání. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 9788073455941.
- GERAGHTY, Patricia (ed.). *Each Woman's Menopause: An Evidence Based Resource*. Švýcarsko: Springer, 2022. ISBN 978-3-030-85483-6.
- GLASER, Emily. *Ayurveda for Women: The power of food as medicine*. USA: Zeitgeist, 2022. ISBN 9780593436141.
- GOLIÁŠOVÁ, Barbora. *Vliv hormonální substituční terapie na zdraví žen v klimakteriu*. Online, Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2021. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/49529/goli%C3%A1%20ov%C3%A1_2021_dp.pdf?sequence=1&utm_source=chatgpt.com. [cit. 2025-03-01].
- GS magazín: Vhodné bylinky v období menopauzy. Online. In: 2022. Dostupné z: <https://www.gsklub.cz/gs-magazin/vhodne-bylinky-v-obdobi-menopauzy/>. [cit. 2025-01-23].
- GYNSTART. HRT a riziko TEN. Online. GYNSTART. Roč. 2016. Dostupné z: https://www.gynstart.cz/messages.php?sid=900&confirm_rules=1. [cit. 2025-01-22].
- HENDERSON, Anne (ed.). *Natural Menopause*. USA: Dorling Kindersley, 2021. ISBN 9780744026900.
- CHLÁDEK, Lukáš. *Kontryhel obecný: „nejlepší přítel žen“: Vědecky potvrzené účinky na ženské intimní zdraví (menstruační komfort a menopauza)*. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.blendea.cz/kontryhel-obecny/>. [cit. 2025-01-23].
- IMS. *Menopause FAQ*. Online. 2022. Dostupné z: <https://www.imsociety.org/wp-content/uploads/2022/10/IMS-English-Factsheet-8-FAQ.pdf>. [cit. 2025-01-22].
- KAZEMI, Farideh. *The Effect of Evening Primrose Oil Capsule on Hot Flashes and Night Sweats in Postmenopausal Women: A Single-Blind Randomized Controlled Trial*. Online. 2021. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8102809/>. [cit. 2025-01-24].
- KLIMAKTERICKÁ MEDICÍNA: *Včelí produkty v klimakteriu*. Online. 2019, roč. 24, č. 1. 2019. ISSN 1211-4278. Dostupné z: <https://kramerus.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:1a2fd001-c7a6-4291-9722-c799f2be211b>. [cit. 2025-01-21].
- KOLIBA, Peter. Klimakterické problémy a jejich řešení v ordinaci praktického lékaře. Online. *Medicina pro praxi*. Roč. 2021. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/med.2021.019>. [cit. 2025-01-22].
- KŘEPELKA, Petr. *GYN/13 - Vulvovaginální atrofie*. Online. Mediprofi. 2016. Dostupné z: https://www.mediprofi.cz/33/gyn-13-vulvovaginalni-atrofie-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EhIEi31KxZtwxt_ewfx1ZZw/. [cit. 2025-01-22].

- KUBÍKOVÁ, Drahomíra. *Menopauzální symptomy a hormonální substituční terapie. Praktické lékárenství* [online]. 2014, **10**(2), 68-73 [cit. 2025-1-22]. ISSN 1803–5329. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2014/02/05.pdf>
- LIFTEA. *Kopřiva dvoudomá*. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.liftea.cz/blog/liftea-herbar/kopriva-dvoudoma>. [cit. 2025-01-23].
- LÖFQVIST, Hilde. *Modern Menopausal Hormone Treatment: Facts and Myths About Sex Hormones*. Online. Švédsko: Springer, 2019. ISBN 978-3-030-92734-9
- MAGGINO, Filomena (ed.). *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. 2. vydání. Řím: Springer, 2023. ISBN 978-3-031-17298-4.
- MAHDAVI-ROSHAN, Marjan. *Copper, magnesium, zinc and calcium status in osteopenic and osteoporotic post-menopausal women*. Online. 2015. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4469220/>. [cit. 2025-01-21].
- MASON, Maureen. *Pelvic Rehabilitation*. Velká Británie: Handspring Publishing, 2022. ISBN 9781913426095.
- MEDLINEPLUS Progesterone Vaginal. Online. *MedlinePlus*. Roč. 2023. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a623013.html>. [cit. 2025-01-22].
- MEDLINEPLUS. Estrogen and Progestin (Hormone Replacement Therapy). Online. *MedlinePlus*. Roč. 2024. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a601041.html>. [cit. 2025-01-23].
- MILART, Paweł. *Selected vitamins and quality of life in menopausal women*. Online. 2018. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6372850/>. [cit. 2025-01-24].
- MORAVCOVÁ, Markéta. *Kvalita života žen v období ovlivněném menopauzou*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2023. ISBN 9788075604569.
- MUNI. *Hormonální jóga: Úvod do praktické části*. Online. 2018. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/fsps/js18/hormonalni_joga/web/pages/02-prakticka.html. [cit. 2025-01-22].
- NANDAN, Neetha. *Menopausal Symptoms and Menopausal Rating Scale among Midlife Women: A Hospital-based Study*. Online. 2023. Dostupné z: https://journals.lww.com/jomh/fulltext/2023/14030/menopausal_symptoms_and_menopausal_rating_scale.9.aspx. [cit. 2025-01-23].
- NHS. About tibolone. Online. *NHS*. Roč. 2023. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/medicines/hormone-replacement-therapy-hrt/tibolone/about-tibolone/>. [cit. 2025-01-18].
- NHS. Hormone replacement therapy (HRT). Online. *NHS*. Roč. 2024. Dostupné z: <https://www.nhsinform.scot/tests-and-treatments/medicines-and-medical-aids/types-of-medicine/hormone-replacement-therapy-hrt/>. [cit. 2025-01-23].
- NIECIECKA, Adrianna. *Tibolone among drugs in the therapy of postmenopausal women*. Online. 2021. Dostupné z: https://journals.viamedica.pl/medical_research_journal/article/view/MRJ.a2021.0014/55401. [cit. 2025-01-21].

- NOBILIS. *Směs éterických olejů: Opora při menopauze*. Online. 2024. Dostupné z: https://eshop.nobilis.cz/produkt/smes-eterickych-oleju-opora-pri-menopauze?srsId=AfmBOooOok3XrFUC83OiDI13FN3rvoJCypgBPI0QDbYYESsAs_M8XVfS. [cit. 2025-01-23].
- PROASIST. *Aromaterapie: Jak využít vůně pro zlepšení vašeho života a pohody*. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.proasist.cz/blog/aromaterapie--jak-vyuzit-vune-pro-zlepseni-vaseho-zivota-a-pohody/>. [cit. 2025-01-18].
- PROPRARODIČE. *Pharmatica Trade s.r.o: Kotvičník zemní a menopauza*. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.proprarodice.cz/c/kotvicnik-zemni-a-menopauza-580> PHARMATICA TRADE S.R. O. [cit. 2025-01-23].
- RAKOWSKÁ, Tereza. *Klimakterium*. Online, Bakalářská práce. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2021. Dostupné z: <https://is.slu.cz/th/gh8fz/?kod=UBKKN138;id=53292>. [cit. 2025-03-19].
- ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 2.vydání. Grada, 2024. ISBN 9788027120055.
- SHERRELL, Zia. HRT and ovarian cancer: Is there a link? Online. *Medical News Today*. Roč. 2023. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/hrt-and-ovarian-cancer>. [cit. 2025-01-22].
- SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2.vydání. Grada, 2017. ISBN 9788027197941.
- SÚKL. *Homeopatika*. Online. Dostupné z: <https://sukl.gov.cz/slovník/homeopatika/>. [cit. 2025-01-22].
- THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
- VYJEČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta; OTRADOVCOVÁ, Iva a PAVLÍKOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. 2.vydání. Sestra. Grada, 2013. ISBN 9788024734200.
- WHO. *Rehabilitation*. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>. [cit. 2025-01-23].