

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Porodní asistence

SEXUÁLNÍ ŽIVOT ŽENY V OBDOBÍ MENOPAUZY

Bakalářská práce

Autor práce: Tereza Grunová

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Dvořáková, Ph.D.

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Tereza Grunová**

Studijní program: Porodní asistence

Garant studijního programu: doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D.

Název práce: **Sexuální život žen v období menopauzy**

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

Cíl práce: Cílem bakalářské práce je analyzovat změny žen v sexuálním životě během menopauzy, popsat produkty, které jim pomáhají ke zlepšení jejich sexuálního života a zlepšit podvědomí o této problematice.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou sexuálního života ženy v období menopauzy. Cílem práce bylo zjistit, jak menopauza ovlivňuje sexuální život žen a jaké prostředky ženy využívají ke zmírnění obtíží spojených s tímto obdobím. Teoretická část práce se věnuje charakteristice menopauzy a klimakteria, jejich příznakům a změnám, které ovlivňují fyzické i psychické zdraví ženy. Dále se zaměřuje na vliv menopauzy na sexualitu ženy a možnosti řešení obtíží v této oblasti. Výzkumná část byla realizována formou kvantitativního dotazníkového šetření. Dotazník byl anonymní a obsahoval 27 otázek. Výzkumný soubor tvořilo 120 žen v období menopauzy. Sběr dat probíhal v ordinacích praktického lékaře a gynekologa na Poliklinice ve Frýdku-Místku, dále v online prostředí a v okruhu známých respondentek, které splňovaly kritéria výzkumu.

Klíčová slova

Menopauza; Klimakterium; Sexuální život ženy; Hormonální změny; Sexuální spokojenost; Menopauzální symptomy

Abstract

This bachelor's thesis focuses on the topic of the sexual life of women during menopause. The aim of the study was to determine how menopause affects the sexual life of women and which methods and products are most commonly used to alleviate menopausal symptoms. The theoretical part of the thesis deals with the characteristics of menopause and climacterium, including their symptoms and the physical and psychological changes that occur during this period. It also focuses on the impact of menopause on female sexuality and possible ways of managing related difficulties. The research part was conducted using a quantitative questionnaire survey. The questionnaire was anonymous and consisted of 27 questions. The research sample included 120 women experiencing menopause. Data were collected in general practitioners' and gynecologists' offices, as well as through online distribution and among acquaintances.

Keywords

Menopause; Climacterium; Female sexuality; Hormonal changes; Sexual satisfaction; Menopausal symptoms

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 užití 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 1. května 2026

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Poděkování patří mé vedoucí bakalářské práce PhDr. Vlastě Dvořákové, Phd., za cenné připomínky a rady při tvorbě této bakalářské práce a dotazníku pro výzkumnou část. Největší poděkování patří mojí kamarádce a spolužačce Karolínce Jinkové, díky, které jsem práci dopsala, ikdyž už jsem to chtěla vzdát a byla na pokraji svých sil, vždycky mě podržela a podpořila, a to nejen během psaní této práce, ale i během celého studia a za to ti moc děkuji. Také děkuji svým respondentkám, které si našly čas a vyplnily můj dotazník.

Obsah

Seznam grafů	7
Seznam zkratk.....	8
Úvod	9
1 Teoretická část	11
1.1 Menopauza a klimakterium	11
1.2 Menopauza v minulosti.....	13
1.3 Hormonální změny.....	14
1.4 Příznaky menopauzy	16
1.5 Psychické příznaky.....	19
1.6 Menopauzální genitourinární syndrom	20
1.7 Léčba příznaků menopauzy.....	21
1.8 Sexualita ženy v menopauze	24
1.9 Změny sexuálního života během menopauzy	25
1.10 Fyzické změny ovlivňující sexualitu	28
1.11 Psychologické a partnerské faktory	30
1.12 Masturbace	31
2 Výzkumná část	32
2.1 Cíl a výzkumné otázky	32
2.2 Metodika výzkumu.....	32
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí	32
2.4 Průběh výzkumu.....	32
2.5 Zpracování získaných dat	33
2.6 Výsledky výzkumu	33
2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek.....	60
3 Diskuze	63
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	65
Závěr	66
Seznam použité literatury	68
Přílohy.....	70

Seznam grafů

Graf č. 1 Věk respondentek.....	33
Graf č. 2 Rodinný stav	34
Graf č. 3 Sexuální život ženy	35
Graf č. 4 Poslední menstruace	36
Graf č. 5 Informovanost o sexuálním životě během menopauzy	37
Graf č. 6 Informovanost o menopauze a jejích vlivech na ženu	38
Graf č. 7 Forma informací o sexuálním životě během menopauzy	39
Graf č. 8 Vliv menopauzy na sexuální život	40
Graf č. 9 Fyzické změny během menopauzy	41
Graf č. 10 Důležitost sexuálního života během menopauzy	42
Graf č. 11 Vliv menopauzy na intimitu a partnerské vztahy	43
Graf č. 12 Vyhledání partnerské pomoci	44
Graf č. 13 Odborná pomoc	45
Graf č. 14 Řešení potíží	46
Graf č. 15 Partnerská podpora	47
Graf č. 16 Zlepšování sexuálního života	48
Graf č. 17 Osobní rasy a typy	49
Graf č. 18 Hodnocení sexuálního života	50
Graf č. 19 Změna sexuálního života	51
Graf č. 20 Fyzické nepohodlí během intimního styku	52
Graf č. 21 Zdravý a spokojený sexuální život	53
Graf č. 22 Masturbace	54
Graf č. 23 Preference masturbace před pohlavním stykem	55
Graf č. 24 Frekvence masturbace	56
Graf č. 25 Používání sexuálních pomůcek	57
Graf č. 26 Sexuální pomůcky jako pomocník při fyzických potížích	58
Graf č. 27 Sexuální pomůcky vedoucí ke zlepšení sexuálního života	59
Graf č. 28 Změna sexuálního života během menopauzy	60
Graf č. 29 Hledání pomoci při sexuálních obtížích v menopauze	61
Graf č. 30 Co pomáhá ženám při obtížích	62

Seznam zkratk

PCOS Syndrom polycystických ovárií

HRT Hormonální substituční terapie

MGS Menopauzální genitourinární syndrom

FSH Folikulostimulační hormon

LH Luteinizační hormon

Úvod

Menopauza představuje přirozenou a nevyhnutelnou součást života každé ženy. Jedná se o období, které je spojeno s ukončením reprodukční schopnosti a je doprovázeno řadou fyziologických, psychických i sociálních změn. Tyto změny mohou významně ovlivnit kvalitu života ženy, její vnímání vlastního těla i celkovou životní spokojenost. Jednou z oblastí, která bývá menopauzou výrazně ovlivněna, je sexuální život.

Sexualita je nedílnou součástí lidského života a významně přispívá k psychické pohodě, partnerským vztahům i celkové kvalitě života. Přestože je sexualita přirozenou součástí života v každém věku, problematika sexuálního života žen v období menopauzy zůstává často opomíjena a nedostatečně komunikována. V současné společnosti je toto téma stále do určité míry tabuizováno, což může vést k nedostatku informací a k tomu, že ženy své obtíže neřeší nebo nevyhledají odbornou pomoc.

V období menopauzy dochází k poklesu hladiny pohlavních hormonů, zejména estrogenu, což může mít vliv na fyzické i psychické prožívání ženy. Mezi nejčastější obtíže patří návaly horka, poruchy spánku, změny nálad, ale také problémy v oblasti sexuality, jako je snížení sexuální touhy, vaginální suchost nebo bolest při pohlavním styku. Tyto obtíže mohou negativně ovlivňovat nejen samotný sexuální život, ale i partnerské vztahy a celkovou kvalitu života ženy.

Na druhou stranu je důležité zdůraznit, že menopauza nemusí nutně znamenat zhoršení sexuálního života. U některých žen může naopak dojít ke zlepšení, například díky většímu pocitu uvolnění, absenci obav z nechtěného těhotenství nebo větší životní zkušenosti. Sexualita v tomto období tedy závisí na řadě faktorů, mezi které patří nejen hormonální změny, ale také psychická pohoda, zdravotní stav, partnerský vztah či individuální přístup ženy k vlastnímu tělu.

V současné době existuje řada možností, jak obtíže spojené s menopauzou zmírnit. Mezi ně patří hormonální substituční terapie, lokální léčba, použití lubrikantů, změna životního stylu nebo psychologická podpora. Přesto však mnoho žen o těchto možnostech nemá dostatečné informace nebo se zdráhá o svých problémech hovořit.

Téma této práce bylo zvoleno s ohledem na jeho aktuálnost a význam pro praxi, zejména v oblasti zdravotnické péče. Zvýšení povědomí o této problematice může přispět ke zlepšení kvality života žen v období menopauzy a podpořit otevřenější přístup k otázkám sexuality v tomto životním období.

Motivace

Téma této bakalářské práce bylo zvoleno z důvodu zájmu o problematiku menopauzy a jejího vlivu na kvalitu života žen, zejména v oblasti sexuality. Sexualita je důležitou součástí života v každém věku, přesto je téma sexuálního života v období menopauzy stále často opomíjeno a nedostatečně diskutováno. Motivací pro výběr tohoto tématu byla také snaha přispět k větší informovanosti žen o změnách, které menopauza přináší, a poukázat na možnosti, jak tyto změny zvládat. V průběhu studia i osobního okolí se ukázalo, že mnoho žen nemá dostatek informací nebo se o svých obtížích zdráhá hovořit, což může negativně ovlivňovat jejich kvalitu života.

Cíl práce

Cíl bakalářské práce je analyzovat změny žen v sexuálním životě během menopauzy, popsat produkty, které jim pomáhají ke zlepšení jejich sexuálního života a v neposlední řadě zlepšit podvědomí o této problematice.

1 Teoretická část

1.1 Menopauza a klimakterium

1.1.1 Klimakterium

Klimakterium představuje období přechodu mezi reprodukčním obdobím ženy a počátkem stáří, během něhož dochází k přirozenému poklesu činnosti vaječnicků, což vede k hormonálním, fyzickým a duševním změnám. Podle definice Mezinárodní zdravotnické organizace začíná toto období přibližně rok před menopauzou a je charakterizováno již přítomnými klinickými potížemi. Tento proces se obvykle vyskytuje mezi 45. a 60. rokem života, přičemž zahájení před 40. rokem je označováno jako předčasné selhání ovarií (Fait,2025)

Postupně klesá zejména produkce estrogenu. Kromě toho, že to ovlivňuje menstruační cyklus, má to také za následek řídnutí kostí a ztrátu elasticity sliznic, včetně pleti. Po menopauze se u žen mění pH vagíny z kyselého na alkalické. Sliznice vagíny, v důsledku poklesu hormonů a kolagenu, se stává křehčí, zranitelnější a je více náchylná k infekcím. (Žižková,2023)

1.1.2 Premenopauza

Období, které předchází menopauze, se vyznačuje funkcí menstruačního cyklu, a to po dobu 12 měsíců před samotnou menopauzou. V této fázi se začínají projevovat intenzivní příznaky označované jako klimakterický syndrom. (Ašenbrenerová,2020)

1.1.3 Perimenopauza

Cesta k menopauze začíná obdobím nazývaným perimenopauza. Průměrný věk, kdy se tento přechod zahajuje, činí 47,5 let. Doba trvání tohoto přechodu může být buď velmi krátká, pouze po dobu jednoho roku, nebo naopak překonat délku dvanácti let. Běžně trvá tento přechod přibližně 5,8 roku. (Johnsová,2022)

Perimenopauza je fází, kdy dochází k nejvýraznějším mozkovým a hormonálním změnám v ženském organismu. Tento proces začíná chemickými změnami v mozku ženy, jež ovlivňují citlivou interakci mezi hypotalamem, podvěskem mozkovým, vaječnický a klíčovými hormony, které v těchto oblastech probíhají. V průběhu perimenopauzy se tělo snaží udržet vyváženou hladinu estrogenu, progesteronu a androgenů. (Johnosová,2022)

1.1.4 Postmenopauza

Postmenopauza se spouští rok po poslední menstruaci. Tento stav je určen stálým zvýšením hladin hormonu FSH (folikulostimulační hormon) v hypofýze, který podporuje ve fungujících vaječnicích proces vývoje vajíček a zároveň je spojován s produkcí estrogenů. (Fait,2025)

1.1.5 Akutní klimakterický syndrom

Akutní symptomy se mohou objevit jak postupně, tak i zcela náhle. Můžeme pozorovat širokou škálu individuálních potíží, které se pohybují od psychosomatických problémů až po symptomy vegetativního rázu. Tyto obtíže mohou trvat od několika měsíců až po několik let. (Roztočil,2024)

Vazomotorické příznaky, které zahrnují například noční pocení a návaly tepla, jsou přítomny až u 75 % žen procházejících klimakteriem. Jejich intenzita se přitom liší podle jednotlivce. Jedná se o náhlé pocity tepla, které jsou převážně lokalizovány na hrudníku a v obličeji, a doprovázeny často zarudnutím pleti a pocením, které jsou zpravidla následovány zimnicí. Tyto potíže často dochází společně s palpitacemi, pocity úzkosti a poruchami spánku. Z důvodu nekvalitního spánku ženy častěji uvádějí pocity únavy a podrážděnosti. Základem vazomotorických charakteristik jsou převážně změny v kardiovaskulárním a termoregulačním systému. Na počátku epizody dochází k zvýšení srdečního rytmu a k poklesu cévní rezistence v kožních oblastech. Zvýšené prokrvení kůže následně vede ke vzrůstající teplotě pleti, zejména v oblastech končetin. To má za následek zvýšené pocení. Kožní vazodilatace a pocení způsobují ztrátu tepla, což vede ke snížení celkové tělesné teploty o 0,1 až 0,9 °C. Při značnější ztrátě tepla může žena na konci epizody pociťovat zimnici. (Roztočil,2024)

Etiologie vazomotorických symptomů dosud nebyla zcela objasněna. Snížení hladiny estrogenů samo o sobě nepodává dostatečné vysvětlení těchto symptomů. Návaly tepla se nevyskytují u adolescentních dívek, a ne všechny ženy po menopauze pociťují tyto obtíže. Klíčovou roli zcela jistě hraje kolísání hladin estrogenů, přičemž byla zaznamenána vyšší incidence návalů u žen s větším kolísáním těchto hladin. Jejich vliv na patofyziologii pocení může být spojen s periferními faktory (vliv na reaktivitu cév vůči vazoaktivním látkám), ale také s centrálními faktory (modulace odpovědi hypotalamického centra na tepelné podněty). (Roztočil,2024)

Mezi aktuální léčebné dostupnosti vykazuje terapie estrogeny největší úspěšnost v redukci vazomotorických symptomů. Zajímavý je také význam placebo, které má překvapivě výrazný efekt. (Roztočil,2024)

1.1.6 Menopauza

Menopauza nastává v okamžiku, kdy vaječníky již nemají žádné folikuly, které by mohly vyvolat ovulaci. Jinými slovy, všechny vajíčka jsou vyčerpána. Průměrný věk, kdy se tento přechod obvykle udává, je mezi padesáti a dvaapadesáti lety. (Gunter,2022)

1.1.7 Příčiny menopauzy

Důvodem menopauzy je snížení množství ovariálních folikulů pod určitou limitní hodnotu. Vaječníky ztrácejí schopnost pravidelně vyrábět estrogeny a progesterony. Přesto hormonální tkáň zůstává nadále funkční. Hlavním klinickým znakem tedy jsou nepravidelně se vyskytující menstruační cykly, které se vyznačují častějším a silnějším krvácením. Laboratorním parametrem menopauzy jsou hladiny FSH a inhibinu v séru. (Roztočil,2024)

1.1.8 Diagnostika menopauzy

Gynekolog může snadno identifikovat menopauzu během rutinní preventivní prohlídky na základě věku a dalších symptomů, které mu žena sdělí. V případě nejasností může doporučit provedení krevního testu, který ověří hladiny hormonů (kromě poklesu progesteronu a estrogeneru se během menopauzy u žen zvyšuje produkce folikulostimulačního hormonu – FSH). Také jsou k dispozici domácí testy na menopauzu, které detekují přítomnost FSH v moči. Výsledek tohoto testu je však vždy důležité prodiskutovat s lékařem. (Canadian Medical,2020)

1.2 Menopauza v minulosti

Celé století zažívaly ženy utrpení následkem mnoha pověr, které byly obecně spojovány s jejich tělem, obzvláště v období menopauzy. V roce 1710 lékař Simon David Tutuis popsal menopauzu jako „nejhorší ze všech pohrom, které sužují pohlaví, jež je určeno nést největší podíl na lidském neštěstí“. V roce 1857 známý lékař Edward Tilt vydal jednu z prvních lékařských publikací, která byla převážně zaměřena na menopauzu. Tilt jako první přišel s definicí menopauzy jako klimakteria nebo „životní změny“. Popisoval toto časové období jako transformativní, které se projevuje „nepravidelnostmi, jež předcházejí poslednímu menstruačnímu proudu a (končí) obnovením zdraví“. Podle Tiltova slova klimakterium lépe vystihovalo proces uvnitř ženy – krizi a přechod v životě – než termín menopauza. (Johnsová,2022)

Tilt zastával názor, že menopauza představuje období bolesti a patologických stavů. Podle jeho přesvědčení byla děloha „esencí duševní patologie“. Sestavil seznam 120 různých potíží, které ženy během své transformace sdílely. Tilt se snažil každým možným způsobem zabránit vzrušení žen. Jeho cílem bylo udržet ženy v klidu, i když to obnášelo je léčit sedativy k dosažení nehybnosti. Sexuální touhy u žen procházejících menopauzou Tilt vykládal jako projev „abnormálního stavu, pokud ne jako chorobné nutkání, které je spojeno buď s neuralgickým, nebo zánětlivým onemocněním reprodukčních orgánů“. Některé ženy, poznamenal, byly „donuceny k téměř šílenství v důsledku vaječnickového a děložního vzrušení“. V období viktoriánské epochy (1837-1901) se termín hysterie stal běžným označením pro množství onemocnění spojených s menopauzou, zahrnující deprese, otoky, destruktivní vztek a „tendenci vyvolávat problémy“. Jeden lékař v roce 1959 ve svém textu uvedl, že čtvrtina žen trpí hysterií. Další lékař sepsal 75 stránkový seznam, kde popsali symptomy hysterie, avšak upozornil, že jeho výčet není komplexní. (Johnsová,2022)

Sága o „ženské hysterii“ představuje tragický příběh, který dosáhl svého vrcholu na počátku 20. století, kdy ženy diagnostikované touto poruchou byly umísťovány do psychiatrických zařízení. Tam byly vystaveny léčbě pomocí elektrošoků a ledových koupelí. Vzhledem k tomu, že vaječníky byly považovány za hlavní příčinu hysterie, docházelo k provádění zbytečných a rizikových chirurgických zákroků, při nichž byly ženám odstraňovány vaječníky. Do roku 1906 podstoupilo odstranění vaječnicků více než 150 000 žen. (Johnsová,2022)

Navzdory pokroku v oblasti vědy a výzkumu přetrvávaly silně zakotvené předsudky vůči starším ženám. Medicína poskytla nové nástroje pro diskriminaci. Na přednášce American College of Surgeons v roce 1964 gynekolog Robert Kistner, aby upoutal pozornost, šokoval prohlášením: „Držíme ženy kolem sebe příliš dlouho. Měly by zemřít krátce po čtyřicátém pátém roce života.“ Následně dodal: „Ženy jsou jedinými samičkami savců, které přežívají po

ukončení své reprodukční schopnosti. A protože jim to dovolujeme, měli bychom si uvědomit, že během menopauzy žijí ve stavu hormonální nerovnováhy a je třeba je léčit. Měli bychom jim poskytnout „pilulky“, abychom zvládli nepříznivé příznaky, na které si ženy staletí stěžují.“ (Johnsová,2022)

V roce 1966 publikoval gynekolog Robert Wilson z Manhattanu knihu s názvem *Feminine Forever*. Tato publikace si získala značnou popularitu a přispěla k formování názoru, že hormonální substituční léčba (HSL) může ženám pomoci udržet si "plnou ženskost – jak fyzickou, tak emocionální – po celý jejich život". "Ve věku padesáti let již neexistují vajíčka, folikuly, zárodečný vak ani estrogen - je to ve skutečnosti totální katastrofa." Avšak pokud budeme podávat estrogen, "ňadra a pohlavní orgány neztrácí svou vitalitu. Takové ženy budou v intimních vztazích příjemnější a nebudou působit otupělým a nevhledným dojmem." (Johnsová,2022)

Po většinu druhé poloviny 20. století zůstávalo téma menopauzy považováno za velmi stigmatizované. Menopauza byla viděna jako stav, který vyžaduje léčbu, což vedlo k tomu, že ženy musely sdílet své symptomy, často s pocitem studu, se svými lékaři, kteří byli většinou muži. Mnoho žen bylo podrobena vysokým dávkám hormonální terapie, aby se později dozvěděly o možných rizicích spojených s užíváním vysokých dávek estrogenu. Tato rizika zahrnovala zvýšenou pravděpodobnost srdečního infarktu, cévní mozkové příhody a dalších vážných zdravotních problémů. (Johnsová,2022)

1.3 Hormonální změny

Během menopauzy prochází ženy mnoha různými emocemi: může se jim střídavě dařit, cítit se šťastné, smutné, rozzlobené, atraktivní, nepřitažlivé, unavené či plné energie. Abychom porozuměly tomu, proč se v perimenopauze cítí tak, jak se cítí, a proč se jejich nálady mění, je klíčové mít povědomí o vzájemném působení jejich hormonů v rámci typického „modelového cyklu“ a jaký vliv mají na jejich tělo a psychiku. (Liz,2025)

1.3.1 Menstruační cyklus

V první polovině menstruačního cyklu hraje klíčovou roli folikulostimulační hormon, zkráceně označovaný jako FSH, zatímco ve druhé polovině cyklu je dominantním hormonem luteinizační hormon, známý pod zkratkou LH. Hladiny estrogenů, progesteronu a testosteronu se postupně zvyšují, dokud nejsou hypofýza a hypothalamus plně spokojené; pak jejich aktivita opět klesá. Celý tento proces se označuje jako hormonální systém. (Liz,2025)

Během první poloviny cyklu hypofýza posílá signály do krevního oběhu, aby stimulovala vaječníky k produkci estrogenu v buňkách známých jako ovariální folikuly. Folikul je jakýmsi ochranným obalem kolem jednotlivých vaječných buněk ve vaječnicích, které jsou uvnitř ukryté a čekají na svou příležitost. Vajíčka nejsou připravena k ovulaci okamžitě a vyžadují dobu zrání, tento proces se odborně označuje jako dozrávání folikulu. Tento proces trvá přibližně 100 dní, což znamená, že každým cyklem folikul zraje a doufá, že bude dostatečně kvalitní na to, aby měl v následujícím měsíci šanci na ovulaci. (Liz,2025)

Folikul se postupně zvětšuje a na ultrazvuku se zobrazuje jako malá cysta. Hormon FSH také způsobuje, že vaječníky vytvářejí testosteron, který je následně přeměněn na estrogen. Estrogen

pak v děložní sliznici vytváří vrstvu, která umožní oplodněnému vajíčku jemně a bezpečně se implantovat. Vzhledem k tomu, že v první polovině cyklu dominuje estrogen a progesteron ještě nepůsobí, má estrogen dostatek prostoru pro svou činnost. Pokud se podaří uvolnit vajíčko nejvyšší kvality, probíhá proces tak, jak má: vajíčko se uvolní přibližně uprostřed cyklu, přičemž doba se může značně lišit podle délky cyklu. Po ovulaci zůstává porušený obal folikulu na vaječníku jako prasklý balónek. Vzhledem k tomu, že příroda je mistr multitaskingu, je obal obratem pověřen dalším, nesmírně důležitým úkolem – produkuje progesteron, jehož přítomnost se projevuje ve druhé části cyklu. Tento biologický mechanismus je skutečně fascinující: v krátkém časovém intervalu se porušený obal cysty mění na dočasnou strukturu nazývanou žluté tělísko či corpus luteum, jehož velikost je přibližně 1 cm a které produkuje hormony. Žluté tělísko reaguje na signály z hypothalamu a hypofýzy. V případě, že je progesteron produkován v adekvátním množství, jeho úkolem je nyní připravit děložní sliznici na přijetí oplodněného vajíčka. Estrogen již nemá povolení k dalšímu zahušťování děložní sliznice; v popředí zájmu je progesteron, který má stimulovat změny ve sliznici. Do děložní sliznice se přivádějí cévy a živiny. Ve druhé polovině cyklu začínají hladiny progesteronu a estrogenu klesat. Žluté tělísko se postupně smršťuje, rozloučí se a odchází, protože jeho úkol je splněn. Dočasný orgán mizí tak rychle, jak se objevil. Když hladina progesteronu poklesne pod hladinu estrogenu, nastává menstruace; veškeré přípravy na očekávaného hosta, který se nedostavil, jsou s krvácením vyplaveny pryč – a celý cyklus tak začíná znovu. (Liz,2025)

1.3.2 Estrogen

Estrogen má zásadní význam pro reprodukční proces a podílí se na vytváření sliznice v děloze, což je klíčové pro přijetí oplodněného vajíčka. Kromě své role v reprodukci je estrogen zodpovědný také za rozvoj ženských tvarů, příjemně vypadající pleť, plné prsy, pružné klouby, vlhkou pokožku, funkční svěrač močové trubice a silné kosti. Estrogeny ovlivňují téměř všechny orgány a každou buňku v lidském těle. Ženy se pod vlivem estrogenu vyznačují odlišným fungováním, než by tomu bylo bez něj; estrogeny představují jejich energii a mají receptory pro estrogeny rozmístěné po celém těle. Estrogen tedy ovlivňuje řadu orgánů v daleko větší míře, než se dříve domnívalo, zahrnující cévy, srdce, mozek, klouby, prsa, pleť a kosti. Další hormon, progesteron, je zodpovědný za potlačení některých účinků estrogenu, jako jsou tvorba děložní sliznice, zadržování vody a kolísání nálad. (Liz,2025)

1.3.3 Progesteron

Progesteron je prvním hormonem, jehož pokles začínají ženy pociťovat, obvykle poprvé kolem čtyřicátého roku života, a to zatím sporadicky. Jeho nedostatek se však postupně stává výraznějším mezi 40. a 42. rokem. Menstruační cyklus může začít být nepravidelný, kdy menstruace buď opožďuje, nebo naopak přichází dříve, a následně se opět vrací do normálu. Nepřítomnost uklidňujícího účinku progesteronu způsobuje zvýšenou podrážděnost během dne a horší schopnost spánku v noci. (Liz,2025)

Progesteron se syntetizuje v druhé části menstruačního cyklu, a to po ovulaci. V děložní dutině se připravuje prostor pro uhnízdění oplozeného vajíčka. Odebírá nadbytečné tekutiny z těla, poskytuje úlevu bolavým prsům před menstruací a interaguje s GABA receptory v mozku, což přispívá k uvolnění a umožňuje prožívat klidný a hluboký spánek. Progesteron napomáhá

obnovit ztracenou rovnováhu, zvláště když ženy zažívají frustraci, a někdy do běžného života přináší tolik potřebný klid. Avšak nadbytek progesteronu u žen může mít za následek společenskou izolaci a melancholii. (Liz,2025)

1.3.4 Testosteron

Třetím hormonem je testosteron. Ženy, i když mají pouze malé množství estrogenu a progesteronu, produkují také testosteron, avšak v menším množství než muži. Tento hormon je pro ženy často opomíjen, a ještě častěji podhodnocován. Testosteron je syntetizován ve vaječnících, ale také v kůře nadledvinek. Jeho produkce probíhá současně s estrogenem a stejně jako úroveň estrogenu se během menstruačního cyklu mění, avšak v menší intenzitě. Testosteron přispívá k budování svalové hmoty a zlepšuje bazální metabolismus, což znamená, že dochází k efektivnějšímu spalování cukrových molekul a ženy tak snadněji kontrolují svou hmotnost. U žen hraje testosteron klíčovou roli v poskytování energie, podpoře atletické postavy, posílení rozhodnosti a asertivity, a také ovlivňuje libido. Vzhledem k jeho interakci s estrogenem se v období ovulace zvyšuje jeho koncentrace, což přispívá k pocitu atraktivity a sexuality. Během ovulace se také ženy stávají více společenskými, jejich touha po aktivitách venku roste, a ostatní lidé se jim většinou jeví jako zajímavější než obvykle, což vede k častější reakci na atraktivní muže či na vůně, které považují za přitažlivé. (Liz,2025)

1.4 Příznaky menopauzy

1.4.1 Návaly horka

Jde o často uváděný symptom. Ženy zpravidla pociťují, že je obklopuje "horko", které obvykle začíná na hrudi, pokračuje přes krk a dostává se až na obličej. Tento proces způsobuje viditelné zarudnutí a velmi často doprovází pocení. Návaly se objevují v různých časových intervalech – mohou se vyskytovat jednou za měsíc, za týden, nebo dokonce denně, a také se mohou vyskytnout několikrát uvnitř jedné hodiny. Trvání návalů se obvykle pohybuje v rámci několika sekund, avšak ve výjimečných případech mohou trvat i déle. I když nejsou tyto návaly pro ženy rizikem, mohou být značně nepříjemné. Jejich projevy jsou totiž patrné pro okolí, což může představovat významný společenský handicap pro ženy, jejichž profese zahrnují interakci s lidmi.

(Roztočil,2025)

Návaly horka jsou interpretovány jako důsledek nesprávného řízení průtoku krve cévním systémem. K této poruše dochází následkem zúžení termoneutrální zóny v mezimozku v důsledku poklesu hladin neurosteroidů, který je vyvolán poklesem hladiny estrogenů. Tento jev zažívá 70 % žen během perimenopauzy, přičemž kolem 60. roku se vyskytuje již pouze u 30 % žen a po 70. roce pouhých 9 %. Většina žen zaznamenává úlevu od těchto problémů během prvních 3-5 let, průměrná délka trvání obtíží je 7 let, ovšem malé procento žen trpí těmito symptomy až do velmi pokročilého věku. Útoky začínají pocitem tepla nebo pálení a postupují od hlavy směrem dolů. Následuje epizoda pocení, někdy doprovázená bolestmi hlavy či bušením srdce. Problémy nejsou přímo úměrné absolutní hladině estrogenů v krvi ani úrovni folikulostimulačního hormonu. Měření těchto hladin pro účely potenciální léčby tedy postrádá větší relevance. Z tohoto důvodu mají ženy podezření, že diagnostika klimakterického syndromu

bez provedení laboratorních testů naznačuje nezodpovědnost jejich lékaře, což je však neopodstatněné. (Fait,2025)

1.4.2 Noční pocení

Další velice nepříjemný symptom. Nejčastěji se objevuje v nočních hodinách a často je spojen s návaly horka. Může se projevovat jednou za měsíc, ale také až třikrát během jediné noci. Ženy uvádějí, že se doslova „probudily ve vlastním potu“. To následně vyžaduje vstát, osprchovat se, převléct oblečení, a po tom i ložní prádlo... a pokud se tento stav opakuje třikrát během noci, a navíc každou noc po dobu několika měsíců, začne se projevovat chronická únava. (Roztočil,2025)

1.4.3 Závratě

Ženy uvádějí, že mají pocit, jako by se s nimi otáčela nebo houpala země, nebo že jim podlamují kolena. S narůstajícím věkem pro ženy bývá stále obtížnější udržet vzpřímenou pozici těla. S procesem stárnutí nastává zpomalení nervového přenosu a častěji se objevují kývavé pohyby. Pokud do ženy někdo nečekaně vrazí, je snadné ztratit rovnováhu. Při zakopnutí je v největší míře pravděpodobné, že dojde k pádu. (Roztočil,2025)

1.4.4 Osteoporóza

Doslovným překladem termínu „řídnutí kostí“ je také označováno jako „tichý zloděj kostí“. Řídnutí kostí dosahuje takového stupně, že dochází k významným změnám funkce kostní tkáně. A co je zvláště nebezpečné? Že neprovází silné bolesti! Tělu hrozí riziko zlomenin, a to i při minimálních fyzických aktivitách. Mezi nejběžnější typy zlomenin patří zlomenina krčku stehenní kosti, zlomenina spodní části předloktí a zlomenina páteřních obratlů. (Roztočil,2025)

Prevence osteoporózy směřuje k maximalizaci kostní hmoty a k co největšímu zpomalení jejího úbytku. Osteoporóza představuje zásadní změnu, která se vyskytuje v období menopauzy. Tato nemoc se vyznačuje svou zrádností, jelikož se neprojevuje bolestí, dokud nedojde ke zlomenině. Její následky mají vliv na nemocnost a úmrtnost žen starších věkových skupin. Pro postmenopauzální osteoporózu jsou charakteristické zlomeniny obratlů, které většinou nastávají při tlakovém namáhání, projevují se zmenšením výšky postavy a někdy se mohou objevit náhle při zvedání těžkých předmětů či i při běžných činnostech. Zlomeniny obratlů mohou být provázeny intenzivními bolestmi v oblasti zad. Další běžné lokalizace zlomenin zahrnují krček stehenní kosti a zápěstí. (Roztočil,2025)

Zrychlení ztráty kostní hmoty po menopauze je ovlivněno také změnami v metabolismu vápníku. Nedostatek estrogenů vyvolává zvýšené vylučování vápníku močí a snižuje jeho absorpci ve střevní sliznici. Úroveň kostní hmoty je nepřímo spojena s rizikem osteoporotických zlomenin. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je osteoporóza definována jako absolutní pokles kostní hmoty (při zachování vztahu mezi organickými a minerálními složkami), který je provázen změnami struktury kostí a zvýšeným rizikem zlomenin. Osteoporózou se rozumí snížení kostní hmoty o více než 2,5 směrodatné odchylky pod průměrné hodnoty pro zdravé mladé jedince stejného pohlaví. (Roztočil,2025)

1.4.5 Močové obtíže

V období přechodu a po něm jsou tyto potíže velmi běžné. Pochva se nachází v blízkosti močového měchýře a odděluje ji pouze tenká vrstva buněk. Na pokles hladiny hormonu estrogeneru reagují všechny tkáně obdobným způsobem, a to ztenčováním a vysušováním. Močení může být bolestivé a velmi nepříjemné. Ženy postupně omezují příjem tekutin, neboť se obávají močení, protože "už to zase bude bolet". Časté pocity naléhavosti k močení se objevují i při nízkém objemu moči v močovém měchýři. Moč může nekontrolovaně odkapávat, neboť svalstvo zajišťující odtok z močového měchýře slábně. (Roztočil,2025)

Nedostatek estrogeneru také přispívá k oslabení funkce svalů pánve a sliznice močových cest. Tento stav je spojen s inkontinencí, tedy nechtěným únikem moči. Inkontinence může být klasifikována podle svých mechanismů na urgentní a stresovou. U urgentní inkontinence žena zažívá náhlou a silnou potřebu močit, které se musí podrobit, přičemž často vylučuje moč v malých množstvích. Ženy obvykle prohlašují, že na cestách po městě potřebují mapu veřejných toalet stejně jako mapu ulic. Stresová inkontinence se projevuje únikem moči bez předchozího varování, k němuž může dojít při smíchu, skákání nebo zvedání těžkých předmětů, jako je nákupní taška. Tyto problémy se mohou také kombinovat, což vytváří smíšenou inkontinenci. (Fait,2025)

1.4.6 Oči

Obecně se u žen vyskytuje častý pocit pálení v očích, zhoršení kvality vidění a obtíže při vystavení slunečnímu světlu (až bolest při pohledu na slunce). Může také dojít k problémům s užíváním kontaktních čoček (pocit pálení, výskyt zánětů). (Roztočil,2025)

1.4.7 Kůže

Kůže se stává tenčí, dochází k jejímu vysušení, depigmentaci a změnám v rozložení pigmentových skvrn, a objevují se vrásky. Vrásky představují jeden z nejvýraznějších znaků stárnutí. Kůže ztrácí elasticitu a přirozené napětí, začíná povolovat, zhoršuje se prokrvení pleti, což jí dodává mírně žlutý odstín. Vlasy začínají řídnout a častěji vypadávají. Na kůži se objevují výrůstky, nejčastěji na krku, pod prsy a v podpaží, které, i když nejsou nebezpečné, jsou viditelné a mohou být při mytí nebo oblékání zachyceny. Chloupky se mohou začít objevovat po menopauze, zejména však v období mezi 60. a 65. rokem života, přičemž se vyskytují hlavně na tvářích, kde tvoří knírek, někdy velmi nápadný. (Roztočil,2025)

Stárnutí pleti je vymezeno zpomalením regenerace buněk a oslabením imunitní odpovědi těla. Epidermis se zmenšuje a stává se náchylnější k průniku chemických látek. Kůže se stává suchou v důsledku snížení obsahu vody a úbytku lipidů. Ovšem, pokles činnosti mazových žláz způsobuje, že pleť vysychá. Snížení napětí je důsledkem omezené produkce a struktury kolagenních vláken. Ztrátu elasticity ovlivňuje zkracování a zesílení elastických vláken, snížená syntéza elastinu a kyseliny hyaluronové. Na pleti se formují vrásky. Nejprve a nejvýrazněji je stárnutím pleti zasažena pleť obličeje, krku, dekoltu a rukou. Změny se také projevují v oblasti kožních adnex. Od třiceti let je proces diferenciaci buněk zpomalen, což vede ke snížení počtu a činnosti melanocytů, což má za následek šedivění a změny v pigmentaci. (Fait,2025)

1.4.8 Kardiovaskulární nemoci

Současná žena ve věku padesáti let nese 60 % možnost, že se u ní vyvine hypertenze, 46 % pravděpodobnost vzniku srdečních onemocnění a 31 % riziko úmrtí na tyto choroby. Po menopauze u žen vzrůstají rizikové faktory spojené s kardiovaskulárními onemocněními a ženy, které do té doby měly zdravý stav, mohou vykazovat zvýšený až vysoký krevní tlak. Mění se rovněž hladiny krevních lipoproteinů a faktory hemokoagulace. Pokud se srdeční onemocnění u žen prokáže, prognóza je obvykle mnohem nepříznivější než u mužů. Tento fakt je ovlivněn tendencí žen vlastní zdravotní problémy podceňovat. Situaci komplikuje také skutečnost, že bolest na hrudi a poruchy srdečního rytmu často patří mezi symptomy menopauzy. Příznaky blížícího se infarktu přitom nemusí být zjevné. (Roztočil,2025)

Po menopauze se zvyšují hladiny celkového cholesterolu, triglyceridů a LDL-cholesterolu, přičemž hladina HDL-cholesterolu klesá. Estrogeny vyvolávají vazodilatační účinky na periferní cévy, koronární tepny a také na cévy postižené aterosklerózou. Na vazodilatačních efektech se podílejí různé mechanismy, jako je zvyšování produkce prostacyklinů a oxidu dusnatého, zvýšení senzitivity β -adrenergních receptorů a snížení citlivosti cévních stěn na endotelin a jiné vazomotorické látky. (Roztočil,2025)

Estrogeny mohou ovlivňovat aktivitu lysozomálních enzymů v myokardiálních buňkách, zvyšovat akumulaci glykogenu, a především měnit reakci těchto buněk na autonomní podněty. To vede k pozitivnímu inotropnímu a negativnímu chronotropnímu efektu. Přímý vliv estrogenů na myokard a cévní stěnu může modulovat srdeční frekvenci a krevní tlak. Některé příznivé účinky mohou být potlačeny kombinací s gestageny. (Roztočil,2025)

1.5 Psychické příznaky

Obrovský psychologický tlak, který ženy pociťují na konci reprodukčního období, má více příčin. Děti se stávají nezávislymi a opouštějí rodinný domov. Tento jev, často zvaný „syndrom prázdného hnízda“, náhle mění priority v rodinném životě. Dokud byla hlavním tématem diskuze péče o děti, najednou partneri zjišťují, že „nemají o čem mluvit“, a jejich partnerský vztah musí najít novou dynamiku. Na trhu práce se objevují ženy, které jsou jak fyzicky mladší, tak i odborně lépe připravené. Odchod do důchodu může znovu vést ke komunikačním problémům mezi partnery, protože najednou mají k sobě nečekaně hodně času. (Fait,2025)

Tento stav může vyústit v depresivní nálady nebo dokonce v rozvoj specifické diagnózy postmenopauzální deprese. Příčiny jsou v podstatě podobné jako u návalů horka, což souvisí se změnou hladiny neurosteroidů. Mezi psychické problémy rovněž patří ztráta sexuální touhy. Důvod k tomu je logický; pokud žena trpí návaly horka a nadměrným pocením, cítí nespokojenost a má problémy se spánkem. Logicky se tak sexuální aktivita dostává do pozadí jejích zájmů. Tuto situaci dále komplikuje již často vyčerpané partnerství s mužem procházejícím andropauzou. (Fait,2025)

1.5.1 Poruchy spánku

Poruchy spánku se umísťují hned za návaly horka jako druhý nejčastější symptom. V období perimenopauzy můžete narazit na obtíže s usínáním, probouzením během noci nebo oběma problémy současně. V menopauze se ženy obvykle probouzejí velmi brzy ráno. Faktory, které

tak výrazně ovlivňují spánek během perimenopauzy a menopauzy, zahrnují: vysokou hladinu histaminu v perimenopauze spolu s vysokou koncentrací estrogenu, narušení funkce spánkových center v mozku v důsledku poklesu progesteronu a estradiolu, změnu cirkadiánního rytmu vazbou na snížení estradiolu, menší produkci melatoninu, sníženou adaptabilitu na stres a symptomy, které mohou narušovat spánek, jako například návaly horka, časté močení, fibromyalgii, syndrom neklidných nohou a spánkovou apnoe. (Briden,2021)

1.5.2 Nesoustředěnost a zapomínání

Existuje 80 % pravděpodobnost, že během menopauzy dojde k oslabení kognitivních schopností, což se může projevit jako pocit mozkové mlhy, zapomnětlivost nebo snížená schopnost soustředit se. Neurovědkyně Lisa Mosconi uvádí, že naše mozky fungují lépe, než si často myslíme. Osvědčuje, že i když máme pocit, že naše kognitivní výkonnost není optimální, ženy ve všech životních obdobích předčí muže ve svých kognitivních funkcích. (Briden,2021)

1.6 Menopauzální genitourinární syndrom

Změny v oblasti vulvy a vagíny, ke kterým dochází během menopauzy, byly dříve označovány jako vaginální atrofie, avšak v současnosti se preferuje termín „menopauzální genitourinární syndrom“ (MGS). I když je pravda, že tkáně v pochvě se skutečně atrofují, což znamená, že se zeslabují a mohou také zmenšovat, je tento starší výraz problematický. V první řadě vagina představuje pouze jednu z postižených částí. Snížené hladiny estrogenu ovlivňují také močový měchýř, močovou trubici, klitoris a vulvu. Kromě toho je třeba zmínit, že atrofie je spojována primárně se zmenšováním. Společnost takto ženy s rostoucím věkem stále více marginalizuje. Je proto neakceptovatelné používat termín, který srovnává vagínu s uvadající a vysychající květinou. (Gunter,2022)

Léky, které brání produkci estrogenu nebo potlačují jejich účinky na tkáně, mohou rovněž způsobit MGS. Nejzávažnějšími symptomy jsou takzvané inhibitory aromatázy. Tyto léky se aplikují při terapii žen, které trpí určitými formami rakoviny prsu. Inhibitory aromatázy omezují výrobu estrogenu ve všech tkáních tím, že blokují enzym aromatázu, který hraje klíčovou roli v produkčním procesu estrogenu. Ačkoli většina estrogenu pochází z vaječníků, existují i jiné zdroje, jako je tuková tkáň, a blokování všech těchto zdrojů vede k rychlému a výraznému poklesu hladiny estrogenu. Další skupinou léků, které podstatně snižují úroveň estrogenů, jsou GnRH agonisté, které se používají při léčbě endometriózy a rakoviny prsu. Některé prostředky používané v rámci chemoterapie rovněž zastavují činnost vaječníků. (Gunter,2022)

MGS je poměrně běžným jevem. Až 15 % žen zjistí, že jej prožívají během menopauzálního přechodu, a některé symptomy mohou vykazovat až 80 %. Mnohým ženám, které trpí MGS, chybí adekvátní péče. Některé z nich neuvědomují, že jejich potíže souvisejí s menopauzou, jiné se domnívají, že neexistuje bezpečný způsob léčby, a mnozí lékaři se nechtějí těmito problémy zabývat, zatímco jiní se neodvažují otevřeně diskutovat o svých sexuálních obtížích. (Gunter,2022)

Symptomy MGS nejvíce postihují ženy ve věkové skupině od pětácti do čtyřiašedesáti let. Není však jasné, zda se obtíže časem skutečně zmírní, zda ženy zanechají snahy o lékařskou pomoc, protože se již mnohokrát setkaly s odmítnutím nebo ignorováním ze strany lékařů, nebo

zda se vzhledem k absenci sexuálního partnera či jiným zdravotním problémům mění jejich priority. (Gunter,2022)

1.7 Léčba příznaků menopauzy

1.7.1 Hormonální substituční terapie

Hormonální substituční terapie představuje nikoliv jediný lék. Její účinnost a bezpečnost jsou závislé na dávkování, složení a způsobu podání. Tímto způsobem má téměř každá žena možnost vybrat si variantu nejvhodnější pro její potřeby. Hormonální substituční terapie nadále zůstává preferovaným léčebným přístupem pro akutní klimakterický syndrom u žen, jež netrpí zdravotními problémy bránícími její aplikaci. Hlavní účinnou látkou je estrogen, který může mít formu estradiolu, estradiolvalerátu či konjugovaných estrogenů. U žen, které nemají dělohu, lze podávat samostatný estrogen, což je označováno jako estrogení substituční terapie. (Fait,2025)

Pro ženy s dělohou je nutné přidat gestagen, aby se účinně řídilo krvácení a předcházelo se nadměrnému stimulu děložní sliznice. V tomto případě se používá estrogen-gestagení substituční terapie (EPT). Při stálém přidání gestagenu nedochází ke krvácení. Pokud však gestagen podáváme pouze na období 10-12 dní v měsíci, nastává krvácení, které simuluje normální menstruační cyklus. (Fait,2025)

Estrogeny mohou být podávány v různých dávkách a metodami: orálně (tablety), transdermálně (náplasti), nebo perkutánně (krémy, gely, spreje). Doporučené dávky estradiolu se v průběhu času snižují, přičemž běžně se podává 0,5-1 mg estradiolu denně. Jiným způsobem podání než orálním, se upřednostňuje v případech žaludečních obtíží, poruch funkce jater, zvýšené hladiny tuků v krvi, diabetes mellitus a také při zvýšeném riziku trombózy. V tomto ohledu má efekt na metabolismus menší dopad, neboť účinná látka nejdříve vstupuje do těla a následně do jaterních buněk, čímž se vyhne first-pass efektu. Látka se tak snadněji dostává do organismu a dosahuje stabilních hladin. Výzkumy ukazují, že transdermální aplikace estrogenu nezvyšuje riziko trombózy a je použitelná i pro ženy s tímto závažným komplikovaným rizikem. (Fait,2025)

Hormonální substituční terapie může mít také nežádoucí účinky, jako jsou bolest v prsou a zadržování vody, neplánované krvácení způsobené kolísáním hormonálních hladin, pocit nevolnosti, křeče v nohou, bolesti hlavy, pocity deprese, úzkosti, nadýmání a zvýšená chuť k jídlu. (Fait,2025)

Naopak terapeutické výhody zahrnují:

- terapie klimakterického syndromu – hormonální léčba dosahuje účinnosti přes 90 %. Nástup účinku je relativně rychlý, obvykle se projevuje během několika dnů, maximálně týdnů.
- prevence osteoporózy
- prevence aterosklerózy a demence, pokud je léčba zahájena včas
- předčasná menopauza – v případech, kdy dochází k předčasnému vyhasnutí funkce vaječnicků, je prokázána ochranná role podávané léčby akutních symptomů pro kostní, nervový a cévní

systém; rovněž se udržuje dostatečná trofika dělohy pro případ budoucích reprodukčních plánů s použitím darovaných oocytů.

- léčba změn v oblasti pochvy a močových cest – v tomto případě preferujeme použití léků aplikovaných vaginálně. (Fait,2025)

1.7.2 Úprava životního stylu

Zvýšení úrovně fyzické aktivity, například prostřednictvím cvičení nebo rychlé chůze minimálně třikrát týdně po dobu 30 minut, přispívá až dvěma třetinám žen k odstranění akutních problémů, pomáhá udržovat kostní hmotu a podporuje funkční přestavbu kostí, a rovněž přispívá k udržení tělesné hmotnosti. (Roztočil,2024)

Následuje základní plán akcí, který se zaměřuje převážně na identifikaci a odstranění inzulinové rezistence, uklidnění nervového systému a abstinenci od alkoholu. Důležitou roli hraje také fyzická aktivita, přičemž klinické studie ukázaly, že nejefektivnějšími formami cvičení jsou silový trénink a jóga. V nedávno provedeném systematickém přehledu bylo zjištěno, že jóga může pomoci s úlevou od návalů horka, nočního pocení a dalších příznaků menopauzy, jako jsou úzkost, suchost vaginální sliznice či bolest během pohlavního styku. (Briden,2021)

Hormony působí nejen na emoce a procesy v těle, ale mohou také vyvolávat úpravy v oblasti pánevního dna, zejména v období těsně před menopauzou a během ní. Cvičením pánevního dna v průběhu menopauzy lze potlačit nebo dokonce zabránit běžným problémům, které zahrnují bolestivý sex, vaginální sucho a inkontinenci moči, až po vážnější potíže, jako je prolaps a pokles pánevních orgánů. (Szábo a Kobalová,2024))

1.7.3 Potravinové doplňky

Potravinové doplňky, léčivé přípravky a volně prodejná léčiva mohou pomoci s překonáváním akutního klimakterického syndromu. Jak účinnou látku užívají fytoestrogeny ze sóji, jetele či lnu, extrakt z ploštičníku hroznatého, směsi mikronutrientů. (Roztočil,2024)

1.7.4 Balneoterapie

Lékař má možnost doporučit lázeňskou léčbu v případě klimakterického syndromu. K této formě léčby se často uchylují ženy, které nemohou podstoupit hormonální terapii, nebo u nichž tato terapie nemá požadovaný účinek. Systém lázeňských procedur, fyzické aktivity a psychického uvolnění přináší úlevu od stavů, které jsou jinak obtížně řešitelné. (Roztočil,2024)

1.7.5 Alternativní medicína

Pod dohledem specialistů se nabízí příležitost využít alternativní medicínu. Z perspektivy tradiční medicíny jsou diagnostické a terapeutické praktiky alternativní medicíny složitě obhajitelné. Existuje zásadní rozdíl mezi tradičními medicínskými přístupy z jiných kulturních okruhů mimo Evropu, jako jsou akupunktura a ajurvéda, které prokazují svou účinnost po tisíciletí v každodenní aplikaci, a metodami, které byly vyvíjeny pouze několik desítek let a postrádají jakékoli důkazy o své účinnosti, jako například homeopatie, či dokonce metodami, které se zdají

být v rozporu se zdravým rozumem, jako urinoterapie nebo clusterová medicína. Přesto je klíčové, aby tyto praktiky nepůsobily škodu. (Roztočil,2024)

1.7.6 Ploštičník hroznatý

Ploštičník hroznatý pochází ze severní Ameriky. Původně se jeho kořen využíval jako prostředek na kašel. Ve čtyřicátých letech dvacátého století byl aplikován na léčbu dysmenorey, premenstruačních komplikací a klimakterického syndromu v dávkování 40 mg extraktu denně. Hlavní aktivní složkou je flavonoid formonetin, který dále obsahuje fenolové sloučeniny a deriváty kyseliny hydroxycinamatové. Podle dostupných výzkumů nepodporuje dělení buněk ve sliznici dělohy. Jeho účinek je vysvětlován ovlivněním dopaminových receptorů, což vede k úpravám pulzů folikulostimulačního a luteinizačního hormonu. Je pravděpodobná také interakce s estrogenními receptory, a to selektivně na receptor beta. (Fait,2025)

Extrakt z ploštičníku jasně prokazuje snížení frekvence návalů horka a zlepšuje další symptomy klimakterického syndromu, přičemž nezpůsobuje stimulaci růstu sliznice dělohy ani dělení buněk v prsní tkáni. Kromě toho má schopnost absorbovat volné radikály, což poskytuje ochranný účinek proti poškození DNA způsobenému reaktivními kyslíkovými molekulami. To následně naznačuje, že má také ochranný vliv proti vzniku nádorů. (Fait,2025)

1.7.7 Fytoestrogeny

Fytoestrogeny představují rostlinné nesteroidní složky, které mohou vyvolávat estrogenní účinky. Mají mnohem silnější afinitu k estrogennímu receptoru beta než k receptoru alfa. Tato vlastnost v praxi naznačuje, že generují méně nežádoucích efektů ve srovnání s estrogeny, a přitom si zachovávají některé z jejich pozitivních účinků. Oproti estrogenům jsou fytoestrogeny v doporučených množstvích méně účinné při zohlednění obtíží spojených s akutním klimakterickým syndromem, avšak jejich užívání je bezpečnější. Nicméně, pokud se fytoestrogeny užívají dlouhodobě ve vyšších než doporučených dávkách, mohou se vyskytnout některé nežádoucí účinky, například stimulace děložní sliznice. Fytoestrogeny vykazují značný terapeutický potenciál v oblasti klimakterické medicíny. (Fait,2025)

Hlavním zdrojem fytoestrogenů je sója. V přírodním prostředí se tyto látky nejvíce vyskytují v červeném jeteli a vojtěšce během jejich kvetení, stejně jako v naklíčených semenech těchto rostlin. Dále jsou fytoestrogeny přítomny v různých druzích ploštičníku, červené vinné révě, obilninách, rýži, jahodách, rybízu, česneku, lékořici a datlích. Včelí produkty, jako jsou preparáty z pylu nebo mateří kašičky, obsahují také účinnou složku, kterou jsou opět fytoestrogeny.

(Fait,2025)

Snížení počtu a intenzity návalů tepla, jež jsou klíčovým příznakem akutního klimakterického syndromu, je při podávání fytoestrogenů významné. Výzkumy ukazují značný rozptyl zlepšení, který se pohybuje mezi 35 % a 75 %. Fytoestrogeny podporují aktivitu osteoblastů. Nicméně dostupné údaje o jejich vlivu na kostní obrat jsou velmi rozporuplné, od nulového vlivu až po mírný pokles kostního obratu. (Fait,2025)

1.7.8 Kyselina hyaluronová

Problematika ztenčení vaginální sliznice, jež se projevuje nepříjemnými potížemi a omezením při sexuálním styku, jako jsou suchost, svědění, pálení a bolest během pohlavního styku, je dlouhodobě podceňována a neadekvátně léčena. Ženy se často zdráhají o tomto tématu hovořit, a většina z nich o svých obtížích nesdělí ani svému lékaři. Problémy lze odstranit pomocí vaginálních globulí obsahujících kyselinu hyaluronovou. Kyselina hyaluronová je přírodní látka, která dlouhodobě hydratuje vaginální sliznici. Tvoří ochranný film, který chrání před infekcí, a také podporuje regeneraci sliznice. Může být tedy využita jak v případě uvedených potíží, tak i pro zlepšení hojení po operacích v oblasti vagíny. (Fait,2025)

1.8 Sexualita ženy v menopauze

Jedním z nejběžnějších problémů žen ve věku čtyřiceti, padesáti a šedesáti let, tedy v období, kdy se začínají projevovat příznaky perimenopauzy a menopauzy, je vnímání sexuální nedostatečnosti. Zájem o sex u těchto žen klesá. Představa o tom, že by se měli sexu věnovat, je nevzbuzuje, nebo je dokonce odrazuje. Sex je vnímán jako bolestivý. Působí monotónně. Je to považováno za povinnost. Tlak na výkon je význačný. Sex se zdá být primárně zaměřen na potěšení mužů. I když dříve mohly být rušeny nechtěnými pohledy a pozorností, nyní mají pocit, že jsou sexuálně ignorovány. Snadno přicházejí k přesvědčení, že jsou již zastaralé, opuštěné, či přehlížené. Poměrně značné množství žen čelí sexuálním obtížím ještě před začátkem menopauzy, avšak existují také takové, pro které tyto obtíže nejsou problémem a sex pro ně reprezentuje osvěžující, šťastnou a obohacující zkušenost. (Richardson,2018)

Postoj k sexualitě, který ženy měly před menopauzou, hraje klíčovou roli i v jejich sexuálním životě po menopauze. Pokud byl sex pro ně vždy spíše povinností než radostí, je logické, že prvním aspektem, který se snaží omezit, jsou právě sexuální aktivity, pokud se objeví zdravotní potíže nebo když jejich partner vykazuje nějaké problémy. Dále je důležité poznamenat, že sexuální aktivita u obou pohlaví po dosažení padesátého roku klesá, přičemž pokles je výraznější u žen než u mužů. Toto může být ovlivněno skutečností, že mnohé ženy se stávají vdovami, neboť muži mají stále kratší průměrnou délku života. Dalším faktorem může být i to, že řada žen pociťuje během sexu diskomfort, a to v důsledku ztenčování poševní sliznice. (Liz,2025)

Sexualitu žen ovlivňuje významně období klimakteria a menopauzy. V tomto věku má sexuální život zcela odlišný význam ve srovnání s mladým věkem. Tělesná intimita mezi staršími partnery se více zakládá na pocitech něhy a emocionální blízkosti. I když má sexuální život jinou intenzitu, zůstává důležitou součástí života v pozdějším věku. Snížení estrogenu, které se během menopauzy objevuje, může obecně vést ke snížení chuti na sex. Psychologické faktory totiž rovněž hrají klíčovou roli v prožívání sexuality v této fázi života, zejména jestliže žena hůře snáší změny ve svém fyzickém vzhledu. Každá životní etapa přináší proměny ve vnímání vlastní sexuality, a to ať už na úrovni biologické, psychologické, nebo sociální. Láska mezi lidmi je často stejně silná jako smrt. Potřeba lásky, tělesného spojení a uspokojení zůstává významná i ve stáří. (Koliba, Weiss, Dibonová,2019)

1.9 Změny sexuálního života během menopauzy

1.9.1 Snížená touha

Sexuální touha a sexuální prožitek u člověka jsou výsledkem velmi komplexních mechanismů, na nichž se podílejí jak hormonální, tak nehormonální faktory. Do těchto procesů jsou zapojeny všechny smysly, například čich (individuální tělesný pach, feromony, parfém), hmat (kůže), sluch, zrak i psychické vnímání. Nízká nebo chybějící sexuální touha představuje nejčastější sexuální dysfunkci u žen, přesto však ženy o tomto problému často samy nemluví. Ačkoli jsou estradiol a testosteron nezbytné pro normální sexuální život, vliv poklesu pohlavních hormonů na snížení sexuální touhy bývá u zdravých žen s neporušenou dělohou a funkčními vaječníky často přeceňován. U zdravých žen nebyla prokázána souvislost mezi hladinou androgenů a konkrétními příznaky, a proto nelze hovořit o syndromu androgenního deficitu. (Birkhauser a Genazzani,2018)

Termínem pro poruchy touhy je porucha sexuální zájmu/vzrušení, a aby k tomu ženy splnila kritéria, musí po dobu nejméně šesti měsíců pociťovat tři z následujících příznaků: snížená nebo chybějící chuť na sex, méně časté nebo chybějící sexuální myšlenky/fantazie, snížená nebo chybějící sexuální iniciativa a vnímavost k sexuálním podnětům, snížená nebo chybějící sexuální potěšení, snížení touhy vyvolané sexuálními podněty nebo stimulací, snížené nebo chybějící genitální či negenitální vjemy. (Birkhauser a Genazzani,2018)

Kromě toho musí přítomnost výše uvedených příznaků ženu trápit; vadí-li pouze jejímu partnerovi, nejedná se o diagnózu. Také za nimi nesmí stát jiní příčina, například problémy ve vztahu, nevhodná sexuální technika, vedlejší účinky léků nebo bolesti při sexu. Rovněž je důležité poznamenat, že na začátku vztahu je touha téměř vždy vyšší a že v asi padesáti procentech vztahů trvajících tři roky a déle následně klesá. Ano, v padesáti procentech a po pouhých třech letech. Z těchto statistik vidíme, že pokles touhy bývá často přirozeným důsledkem dlouhodobých vztahů. Je dobré si uvědomit, že vzájemnou touhu se více lidí snaží budovat spíše v počátečních fázích vztahu. (Birkhauser a Genazzani,2018)

Přechod do menopauzy souvisí s poklesem touhy. V jedné studii uvádělo poruchu sexuální touhy dvanáct procent žen ve věku od 45 do 64 let, mezi ženami staršími 65 let pak ještě o 7,4 procenta více. Zajímavé je, že to nesouvisí s hladinou hormonů; existuje tedy mnoho žen s nižší hladinou estrogeneru a testosteronu, ale s větší mírou sexuální touhy, a naopak. Při hodnocení problémů se sexuální touhou se hladiny hormonů jako takové neberou v potaz. Může se stát, že dojde k záměně potíží se sexuální touhou v menopauze za potíže v sexu. Mám na mysli případy, kdy je sex bolestivý, takže snížená touha nikoho nepřekvapí. Menší chuť na sex mohou pociťovat ženy trpící inkontinencí, když se obávají, že při sexu dojde k úniku moči či stolice. Rovněž je důležité vzít v úvahu zdravotní stav a léky, které mohou sexuální touhu ovlivňovat. (Birkhauser a Genazzani,2018)

Ženy to mají v sexu těžší zejména proto, že jejich sexualita nestojí na tak biologicky silných základech jako ta mužská. Muži mají díky hladině testosteronu stabilní sexuální potřebu, lehce se vzruší a snadno, na mnoho způsobů dosáhnou orgasmu. Ženská chuť je zranitelnější, závislá na mnoha faktorech, například na stavu vztahu, psychickém rozpoložení, fázi menstruačního

cyklu a podobně. Dosažení vzrušení je pro mnoho žen spíše běh na dlouhou trať, to samé platí i pro prožití orgasmu. (Birkhauser a Genazzani,2018)

Na absenci chutě na sex se může podepsat například špatný spánek nebo deprese, či některé léky, které buď mají přímý vliv na pokles sexuální touhy, nebo ztěžují dosažení orgasmu – což může chuť na sex následně také zmenšit. K takovým lékům patří i mimo jiné mnoho antidepresiv, spironolakton, betablokátory, trazodon (lék na nespavost) či opioidy. Teoreticky může i sexuální touhu ovlivnit i perorální MHT, protože zvyšuje hladinu globulinu vázajícího pohlavní hormony, takže je k dispozici méně aktivního testosteronu. Ačkoliv hladina testosteronu o libidu nerozhoduje, v některých případech stojí za úvahu, zda nepřejít z perorálního estrogenu na transdermální. Úloha testosteronu ve vztahu k sexuální touze, je komplikovaná, protože ženy s PCOS mají hladinu testosteronu vyšší, a přesto nárůst sexuální touhy nepociťují – spíše naopak. Existuje-li předpoklad, že snížení sexuální touhy způsobilo antidepresivum, lze přejít na bupropion, antidepresivum s menší pravděpodobností takového vedlejšího účinku, nebo tento lék přidat ke stávajícím antidepresivům. (Birkhauser a Genazzani,2018)

Další možností je vyzkoušet inhibitor fosfodiesterázy, jako například Viagra. Když se zdá, že touha vyhasla, je potřeba se nejprve zaměřit na užívané léky, zdravotní stav, celkový životní styl, komunikaci s partnerem. Touhu mohou ovlivňovat i jiné problémy ve vztahu, finanční potíže či stres z práce a jiných zdrojů. (Birkhauser a Genazzani,2018)

Přestože neexistují schválené nehormonální způsoby léčby snížené sexuální touhy, v některých případech se používá bupropion. Tento lék je primárně určen k léčbě závislosti na nikotinu jako antidepresivum. U některých žen, a to jak s depresí, tak bez ní, bylo pozorováno zlepšení sexuální touhy (tzv. off-label použití). Ve skupině nedepresivních žen s diagnózou snížené sexuální touhy reagovalo na léčbu bupropionem 29 % pacientek, přičemž žádná z nich nereagovala na předchozí čtyřtýdenní podávání placebo. Pro potvrzení těchto výsledků jsou však zapotřebí další studie. (Birkhauser a Genazzani,2018)

1.9.2 Potíže s dosažením orgasmu

Porucha ženského orgasmu patří mezi časté sexuální dysfunkce, jejichž prevalence se pohybuje přibližně mezi 11–41 %. Tato porucha je diagnostikována v případě, kdy dochází k výrazné změně v oblasti orgasmu, například ke zpoždění, snížení intenzity nebo jeho úplnému vymizení. Může se objevit i po období normálního sexuálního života, přičemž postihuje 75–100 % sexuálních aktivit po dobu delší než 6 měsíců a vede k psychickému diskomfortu nebo problémům ve vztahu. (Cano,2025)

Příčina této poruchy není obvykle jednoznačně určena, často však souvisí s problémy na straně partnera (zdravotní nebo sexuální obtíže), s kvalitou partnerského vztahu (nedostatečná intimita, špatná komunikace, případně konflikty), dále se životními stresory a osobními faktory, jako jsou sebevědomí, vnímání vlastního těla, úzkost, postoje k sexualitě, sexuální výchova nebo předchozí sexuální zkušenosti. Podíl mohou mít také některá onemocnění, například kardiovaskulární choroby, poruchy štítné žlázy nebo chronická onemocnění ovlivňující nervový systém, jako je diabetes mellitus či roztroušená skleróza. Negativní vliv mohou mít i některé léky, například antidepresiva, antipsychotika nebo léčba onkologických onemocnění. (Cano,2025)

Porucha ženského orgasmu je často spojena i s dalšími sexuálními dysfunkcemi, zejména s poruchami sexuální touhy nebo vzrušení, což je pravděpodobně nejčastější příčinou jejího výskytu v období menopauzy. Hormonální změny mohou ovlivňovat citlivost genitálních tkání a ztěžovat sexuální vzrušení i dosažení orgasmu. Tyto změny mohou vést ke sníženému vnímání podnětů, případně naopak ke zvýšené citlivosti, což vede ženy k přizpůsobení způsobů sexuální stimulace. (Cano,2025)

Léčba této poruchy zahrnuje řešení zjištěných příčin, přičemž mohou být využity jak hormonální, tak nehormonální přístupy používané u poruch vzrušení. Specificky účinná je však zejména sexuální terapie. Psychologické intervence vykazují nejlepší výsledky u poruch sexuální touhy a orgasmu. Jedná se především o kognitivně-behaviorální terapii zaměřenou na snížení stresu a podporu relaxace, dále o nácvik masturbace, při kterém si ženy postupně osvojují genitální stimulaci a zapojují sexuální fantazie, případně i sexuální pomůcky. Vhodná může být také párová terapie a zapojení partnera. U žen v menopauze se proto jako nejvhodnější přístup jeví kombinace hormonální léčby a sexuální terapie. (Cano,2025)

Při zkoumání zdrojů sexuálního vzrušení a orgasmu u žen jsme zjistili, že většina žen dosahuje orgasmu převážně prostřednictvím stimulace klitorisu. Konkrétně třicet devět procent žen uvedlo, že orgasmicky reagují pouze na dráždění klitorisu, zatímco dalších třicet devět procent žen dosahuje orgasmu kombinovanou stimulací klitorisu a pochvy. Tato zjištění naznačují, že téměř čtyři pětiny žen považují klitoris za hlavní zdroj svého vzrušení, zatímco pouze pětina žen nachází potěšení v hluboké vaginální stimulaci. Tyto nálezy zdůrazňují význam klitorisu v oblasti ženské sexuality a zpochybňují některé rozšířené mýty týkající se vaginálního orgasmu. (Weiss,2024)

Než začnou ženy v pozdějších fázích přechodu a po menopauze užívat léky na zvýšení sexuální touhy, měly by vyzkoušet léky proti MGS. Tyto léky totiž zlepší prokrvení vagíny, vulvy a klitorisu, což může zvýšit sexuální potěšení. A když je sex příjemný, je pak snazší po něm toužit. (Gunter,2022)

1.9.3 Sex během menopauzy

Jestli vám to v sexu fungovalo před menopauzou, pak může i těsně před ní či po ní. Většina sexuologů se shoduje na tom, že sex prostě k dobrému vztahu patří. Samozřejmě se četnost pravidelného milování liší pár od páru, ale sex by měl uspokojovat obě strany. Na druhou stranu je jasné, že sex není ve vztahu to nejdůležitější. Mnohem důležitější je zvláště po mnoha letech a v menopauze zejména, pravidelné intimní propojení. Takové intimní propojení dokáže zahojit spoustu ran a bolístek. Jakmile zmizí intimita, je to cesta k odcizení. Přesto platí, že s přibývajícím věkem prostě zájem o sexuální dovádění klesá. Navíc ženy to mají v sexu těžší a v menopauze je to patrnější. (Gunter,2024)

1.9.4 Změna frekvence sexu

Podle amerického psychiatra Antonyho Pietropinta se lidé nad 45 let milují jen jednou týdně. Klesající frekvence ještě nemusí znamenat útlum kvality! Někdy stačí inovace, nějaká zajímavost, změna prostředí, a ve finále, když funguje hlazení a dotyky, je to mnohdy víc než rychlovka z povinnosti. Navíc každý z partnerů může mít jiné potřeby. Je sice fajn, když sexuální kompatibilita funguje podobně, ale i když dřív fungovala, v přechodu prostě najednou nemusí. Je zapotřebí

dělat kompromisy. V menopauze se nemusí překonávat sexuální rekordy. Je přirozené, že touha může vyhasínat. (Gunter,2022)

Dojde prostě k postupnému oboustrannému vyhasínání sexuální touhy. Nemít chuť na sex každý den není žádná duševní ani fyzická vada, která by byla závažnou překážkou v dlouholetém fungujícím vztahu. Partneri, kteří se mají pořád rádi, by měli umět nastavit kompromis mezi sexuálními potřebami hranicemi. (Gunter,2022)

1.10 Fyzické změny ovlivňující sexualitu

1.10.1 Bolest při pohlavním styku

Bolest při sexuálním styku mohou zažívat ženy jakéhokoli věku. U těch, které již dříve pociťovaly bolest při milování, může být v tkáních vagíny, a tím i v celém těle a duši, hromaděno mnohé napětí a odpor k sexu. V rámci citlivějšího a vědomého sexu v bezpečném prostředí má žena více příležitostí a prostoru, aby se skutečně otevřela a povzbudila své tělo. Během menopauzy se ženy často vyjadřují, že se nikdy necítí zcela připravené na sex, neboť zažívají suchost a bolest v pochvě, avšak pomalejší a vědomější přístup k milování poskytne jejich tělu více času na zahřátí. (Richardson,2018)

Příčiny bolesti v pochvě obvykle zahrnují tři faktory: Prvním faktorem je, že ženská pochva v klidovém stavu není energeticky připravena přijmout, a proto ještě „dveře“ nejsou otevřené. Druhým faktorem je, že muž při vstupu do vagíny často tlačí svůj penis dovnitř, aniž by věnoval dostatečnou pozornost způsobu jeho použití. Více se zaměřuje na to, aby „se tam co nejrychleji dostal“, než aby pocítil intimní zanořování. Tento tlak mění spojení na velmi fyzický akt, který postrádá energetický a vědomý aspekt, což velmi pravděpodobně způsobí bolest. Jakmile muž začne být více uvědomělý ohledně svých činů, jeho pomalejší a citlivější přístup k sexu začne komunikovat s poševní stěnou, která se tímto způsobem snadněji uvolní a poddá. Třetí příčinou bolesti je nižší hladina estrogenu v těle, což během menopauzy přirozeně vede k ztenčení poševních stěn a zvyšuje jejich citlivost a náchylnost k oděru a nepohodlí. (Richardson,2018)

U žen, které zažívají bolest během pohlavního styku, znamená vědomý přístup také to, že se minimalizuje tření v pochvě, jež vzniká při rychlém penetračním pohybu a často se označuje jako hlavní příčina nepohodlí. Kvůli bolesti se vagina napíná a zužuje; když je žena v relaxovaném stavu a věnuje pozornost svému tělu, mají buňky poševních stěn a pánevního dna možnost se uvolnit a expandovat, což vytváří prostor pro penis, jenž se stává žádoucím návštěvníkem, a nikoli vetřelcem či příčinou bolesti. (Richardson,2018)

Ženy, které při přechodu nepociťují žádné obtíže během intimního styku, mohou díky pomalejší sexuální aktivitě pocítit úroveň citlivosti, kterou možná nikdy dříve neokusily. Zjistí, že jejich těla jsou radostnější, a osvobozené se ponoří do potěšení. (Richardson,2018)

1.10.2 Vaginální atrofie

Vaginální atrofie zasahuje minimálně 70 % žen po menopauze. Podobně jako u většiny onemocnění spojených s postmenopauzálním obdobím, také vaginální atrofie představuje postupný proces, který se může vyvíjet po měsíce i roky. (Liz,2025)

Tento stav je vyvolán nedostatkem estrogenu, což se projevuje především ztenčením sliznice u poševního vchodu. Tento vchod je ze všech stran obklopen oblastí, jež reaguje na nedostatek hormonů nejvýrazněji; kdykoli se podíváte dolů, zjistíte, že se jedná o nejnižší bod vchodu, kde se setkává vlhká a suchá kůže. Právě zde je vagina pokryta nejhustším množstvím receptorů, které slouží jako místa kontaktu pro hormony. Na jedné straně to znamená, že během pohlavního styku je tato oblast nejvíce citlivá, avšak na druhé straně to také naznačuje, že právě zde první pocítujeme nedostatek hormonů. Vaginální sliznice slouží při vyšetření jako jakýsi „indikátor hladiny hormonů“, čímž umožňuje posoudit celkovou hormonální zásobu v těle. Mezi charakteristické příznaky vaginální atrofie patří svědění, pálení, bolest při pohlavním styku a obecně také sucho, přičemž při sexu je toto sucho zvláště vysoce patrné. Pokud se podíváme na pokožku v této oblasti, zjistíme, že už nevypadá jako „Růžový panter“, ale je spíše světle růžová jako baletní střevíček či tmavě růžová, přecházející až k bordó. V oblasti hráze jsou často patrné velmi jemné cévky, které byste za normálních okolností neviděli, protože u zdravé sliznice jsou umístěny hlouběji uvnitř. (Liz,2025)

Tento stav se s usilujícím časem nezlepšuje, ale naopak se zhoršuje. Pokožka se stává tenčí a vnímavější. Pochva ztrácí svoji pružnost a obtížně se roztahuje. V těchto oblastech se vchod začne při každém pohlavním styku trhat. Hráz často tuhne a stává se méně pružnou. V určitém okamžiku se vchod začne zmenšovat, což znemožňuje snadné proniknutí – ať už penisu, nebo dilda. (Liz,2025)

V rámci gynekologického vyšetření může být vaginální vyšetření provedeno pouze s drobnými nástroji, a i to může být spojeno s bolestí. Ženy, které vagínu po dlouhou dobu nepoužívaly, mívají často vchod tak malý, že se do něj vejde pouze malíček či v krajním případě vatová tyčinka. I když se penis dovnitř vejde, pokožka je křehká jako papír a při kontaktu, a často i při močení, vyvolává pálení. Mnoho žen se potýká s obtížemi při nošení těsných džínů nebo dlouhém sezení, což jim ztěžuje každou návštěvu restaurace nebo kina. Mnohým se musí vzdát jízdy na kole či koni, protože to přináší značné bolesti. Proces smršťování poševního vchodu a změna pH ve vagíně mohou také vést k svědění, což mnohé ženy zavádí k domněnce o vaginální kvasinkové infekci. Ve skutečnosti se vaginální plíseň nejčastěji usazuje ve vagínách, které jsou dobře zásobovány estrogenem, tudíž je častější u žen, které stále do určité míry menstrují. (Liz,2025)

Prvním a nejzásadnějším krokem je pravidelná péče o pochvu a její vchod pomocí hormonální masti. Tato mast obsahuje estriol, což je velmi šetrný typ estrogenu. Je navržena tak, aby ovlivňovala pouze sliznici, aniž by pronikala do organismu. Estriol revitalizuje pochvu, obnovuje její vlhkost, jemnost a odolnost. Hodnota pH se opět stane kyselou a bakteriální mikrobiom se vrací k normálu. Pokožka malých stydkých pysků získává zpět svou elasticitu, což přispívá k úlevě od pálení a výraznému zmírnění, či dokonce vymizení bolestivosti během pohlavního styku. Vagínu lze rovněž ošetřit pomocí CO2 laseru. Tento relativně bezbolestný postup, který byl přivezen do Evropy z USA, stimuluje buňky v nejvyšších vrstvách sliznice laserovým paprskem, což vede k větší produkci vlhkosti a častějšímu dělení buněk. Tento proces podporuje hojivé mechanismy a zlepšuje prokrvení. Do pochvy se zavádí sonda, přičemž laserem se ošetřuje celá pochva; vchod je následně ošetřen samostatně. (Liz,2025)

Důsledkem poklesu tuku se vytrácí objem stydkých pysků a ochlupení na zevním genitálu se stává světlým a řídkým. Pochva začíná být kratší, její stěna se ztenčuje a mohou se objevit zarudnutí nebo malé krvácení na různých místech, známé jako petechie. Také dochází ke

zmenšování dělohy a ke změnám na vejcovodech. Atrofické změny postihují i okolní struktury dělohy, jako jsou vazy a svaly pánevního dna, které udržují dělohu ve správné pozici, což může vést k jejímu poklesu i poklesu poševních stěn. (Gynprenatal,2019)

1.10.3 Vaginální ochablost

Ale co když problém nespočívá ve vaginální suchosti, nýbrž spíše v pocitech, že pochva ztratila svoji pevnost a již nedokáže penis tak silně objímat, což vede k méně intenzivním prožitkům při sexu? Problém ochablosti pochvy je tématem, kterému se lékařská věda dosud téměř nevěnovala. Z důvodu vyššího věku a zároveň nedostatku estriolu může být vagina méně pevná než u ženy ve věku třiceti let, což může způsobit, že penis již není vnímán tak intenzivně. (Liz,2025)

Existují přístupy, které mohou vést k určitému zlepšení, jako jsou cvičení zaměřená na pánevní dno, jóga pro pánevní dno nebo pilates. Dále může být účinné také zmiňované ošetření pomocí CO2 lasera nebo rádiofrekvence. Nicméně existuje i mnohem jednodušší alternativa: kroužek na penis. S přibývajícím věkem dochází k poklesu kvality erekce, a zde může použití kroužku přispět k tomu, že po určité době jeho nošení dojde ke zvětšení obvodu penisu. To může bezpochyby vést k lepšímu vnímání vlastní situace. (Liz,2025)

1.10.4 Libido

Menopauza může negativně ovlivnit libido, a to několika způsoby. Během ní se hladiny estrogenu snižují, což může způsobovat vzrušivost. Pokles estrogenu vede také k suchosti vaginy a následně k bolesti při sexu. I proto se některým ženám do sexu prostě nechce. Nižší hladiny estrogenu vedou k horšímu prokrvení v pochvě, což může negativně ovlivnit vaginální vlhkost. Taky může dojít k ztenčení vaginální stěny, takzvané vaginální atrofii. Tyhle dvě nepříjemnosti jsou pak hlavním důvodem nepohodlí během milování. (Ašenbrenerová,2020)

Libido můžou ovlivnit i jiné fyzické. Spousta žen začne v této době přibírat na váze a přijetí jejich nového těla jim jde jen těžko. I to snižuje touhu po sexu. (Ašenbrenerová,2020)

1.11 Psychologické a partnerské faktory

Abychom se vyhnuli pocitům frustrace způsobeným nepochopením, je nezbytné se naučit nazývat své prožitky. Je třeba informovat své blízké, že se necítíme dobře, a proto můžeme reagovat nevhodně nebo jinak, než by bylo obvyklé. Měli bychom je požádat o trpělivost a poděkovat jim za ni. Vysvětlovat blízkým složitosti vlastního prožívání je ideální ve chvílích klidu, nikoliv uprostřed hádky. (Ašenbrenerová,2020)

O menopauze se může obtížně diskutovat, ale je důležité, aby žena partnerovi přiblížila, čím vším prochází a jak to ovlivňuje její život. Chce-li si udržet zdravý vztah, musí partnera informovat o svých fyzických a emocionálních potřebách. Když se mu nechce o tom hovořit, může mu doporučit nějakou knihu nebo článek, neboť by měl mít povědomí o tomto zásadním životním milníku. Pouze s informacemi může lépe pochopit ji i její aktuální potřeby, které se mohou změnit. Jakmile se mu otevře, sníží se pocit osamělosti, úzkosti a rozmrzelosti. Otevřená

komunikace je schopna zvládnout silné i slabé stránky partnerského vztahu. (Ašenbrennerová,2020)

Pokud má žena funkční vztah, ve kterém se nevytrácí komunikace a společný čas, je méně pravděpodobné, že dojde k problémům. Je důležité o vztah pravidelně pečovat, protože když dojde k nějakému neštěstí, bude dobré, když nebude sama. Mnoho žen totiž považuje menopauzu za takový problém, alespoň na začátku. Když se s tímto obdobím těžko vyrovnává sama, těžko tedy může očekávat, že to ihned pochopí i její životní partner. On je totiž tím, kdo je jejím změnám nejbližší, a měl by být o jejich podrobnostech informován. Před ním není nutné předstírat, že se nic neděje, že je stále mladá a atraktivní. (Ašenbrennerová,2020)

Optimálním přístupem je přijmout menopauzu jako fakt a přirozenou fázi v životě. Tím se však zvýší její klidnost a minimalizují se komplikace v partnerských a rodinných vztazích, stejně jako nežádoucí konflikty na pracovišti. (Ašenbrennerová,2020)

Vztahy nikdy nejsou jednoznačné a vyžadují značnou míru tolerance. Avšak v období menopauzy dochází u mnoha žen k jakémusi „probuzení“, kdy jsou ochotny podniknout kroky, které dříve nezvažovaly, například opustit dlouholetého partnera nebo se pustit do činností, kterých se předtím obávaly. Takové uvědomění může představovat pozitivní změnu a přinést radost či rozšíření obzorů. Ideální je, pokud můžeme i nadále vykonávat společné volnočasové aktivity s partnerem, aby neztratila vzájemné spojení. To je klíčové, aby se předešlo syndromu prázdného hnízda, když děti odejdou. Někdy však vztah nefungoval ani předtím a v tomto přechodném období žena zjistí, že odchod může být skutečně osvobozující a znamenat začátek nové etapy. (Ašenbrennerová,2020)

1.12 Masturbace

Stejný postup platí také pro sebeuspokojení – žena by se měla zaměřit se na své vnitřní pocity a uvědomit si, jaké to je. Při vyhledávání potěšení se většinou soustředíme na oblast vagíny a klitorisu. Obvykle dochází k rychlému vzrušení a návratu k tradičnímu typu stimulace – intenzivnímu tření, které však trvá krátce. Je vhodné, abyste si věnovala čas a pozorovala, jak se poté cítíte. Ačkoliv je orgasmus příjemný, může následně vyvolávat pocity nepohodlí, úzkosti, rozmrzelosti, či smutku. Jak již bylo zmíněno, negativní pocity se mohou objevit i po několika dnech, nejen ihned po aktivním výkonu. (Richardson,2018)

Procházení se k vlastnímu uspokojení prostřednictvím jemného dotýkání a smyslného hlazení představuje krásný projev sebelásky, který vám umožní odhalit, co vám vyhovuje nebo ne, a pomoci vám lépe poznat vlastní tělo. Můžete experimentovat tím, že se budete hladit a laskat odspodu nahoru, čímž podpoříte volný tok energie a citlivosti. Tímto způsobem si uvědomíte, že vaše tělo je zde pro vás a vaše potěšení. (Richardson,2018)

Z tohoto důvodu doporučujeme, abyste se k masturbaci uchýlovala pouze příležitostně. Vzhledem k tomu, že při tomto okamžiku dochází k nevyhnutelnému vzniku napětí, je lepší se mu vyhýbat pravidelně. Touha po masturbaci a uspokojení se orgasmus často odráží od stresu a napětí v životě, neboť se jedná o snadný způsob, jak se těchto pocitů zbavit. Nicméně, může to také vyvolat pocity osamělosti, prázdnoty a nervozity, zejména pokud se to děje pravidelně a opakovaně. (Richardson,2018)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl a výzkumné otázky

Cíl práce

U této bakalářské práce jsem si stanovila tři cíle. První cíl je analyzovat změny žen v sexuální životě během menopauzy. Druhý cíl je popsat produkty, které jim pomáhají ke zlepšení jejich sexuálního života a třetí je zlepšit jejich podvědomí o této problematice

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1: Jak se mění sexuální život žen v období menopauzy?

Výzkumná otázka č.2: Vyhledávají ženy pomoc při sexuálních obtížích v menopauze?

Výzkumná otázka č.3: Co ženám pomáhá během menopauzy na jejich obtíže?

2.2 Metodika výzkumu

Pro sběr dat k výzkumné části této bakalářské práci byl zvolen kvantitativní výzkum realizovaný dotazníkovým šetřením. Dotazník byl zcela anonymní a obsahoval 27 otázek, z nichž 21 bylo uzavřených a 6 otevřených. Dotazník byl strukturován do několika tematických celků: základní informace, menopauza a její vliv na sexuální život, pomoc a podpora v sexuálním životě po menopauze, sexuální spokojenost a masturbace a používání sexuálních pomůcek.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí

Dotazník byl určen ženám, u kterých již započalo období menopauzy. Data byla sbírána kombinací tištěné a elektronické formy. Tištěné dotazníky byly distribuovány v ordinaci praktického lékaře a gynekologa na Poliklinice ve Frýdku-Místku. Další část dotazníků byla předána respondentkám z okruhu známých, u nichž bylo známo, že se nacházejí v období menopauzy. Elektronická verze dotazníku byla vytvořena prostřednictvím Survio a následně sdílena v online prostředí, konkrétně ve facebookové skupině zaměřené na ženy v období menopauzy. Tato kombinace sběru dat přispěla k získání různorodého výzkumného souboru.

2.4 Průběh výzkumu

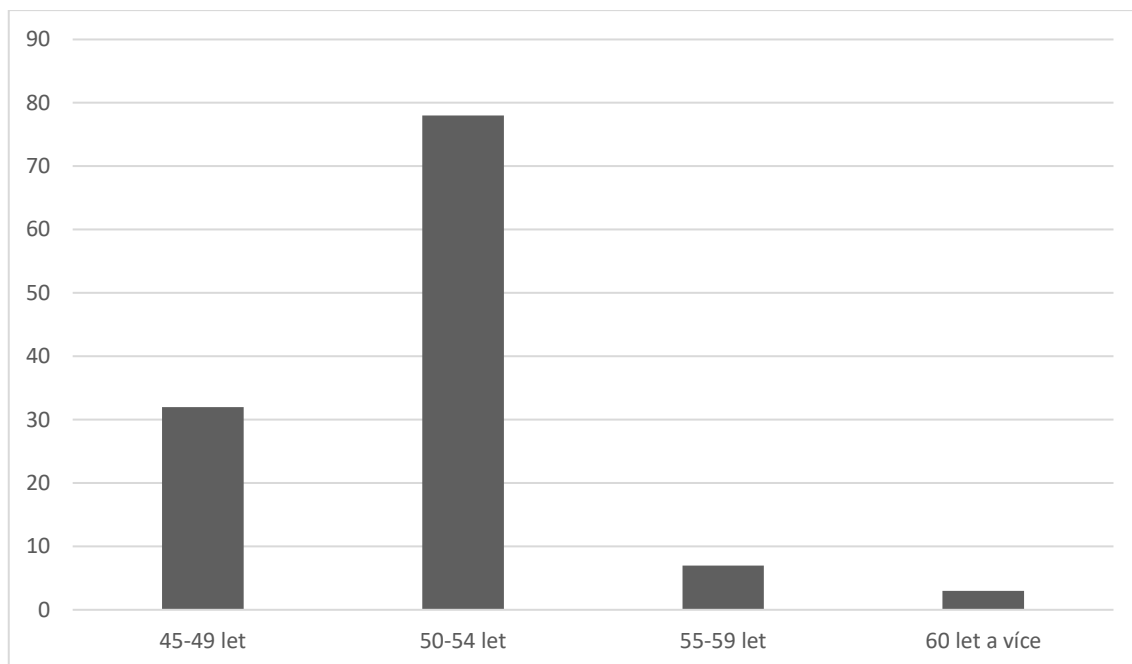
Dotazníkové šetření probíhalo v období od prosince 2025 do března 2026. Sběr dat byl realizován v ordinaci praktického lékaře a gynekologa na Poliklinice ve Frýdku-Místku, dále v online prostředí a také okruhu známých respondentek splňující podmínky dotazníku. Celkem bylo získáno 120 dotazníků.

2.5 Zpracování získaných dat

Data získána pomocí dotazníkového šetření byla zpracována pomocí Microsoft Word a Microsoft Excel. Výsledky výzkumu jsou znázorněny v grafech, které jsou následně slovně interpretovány.

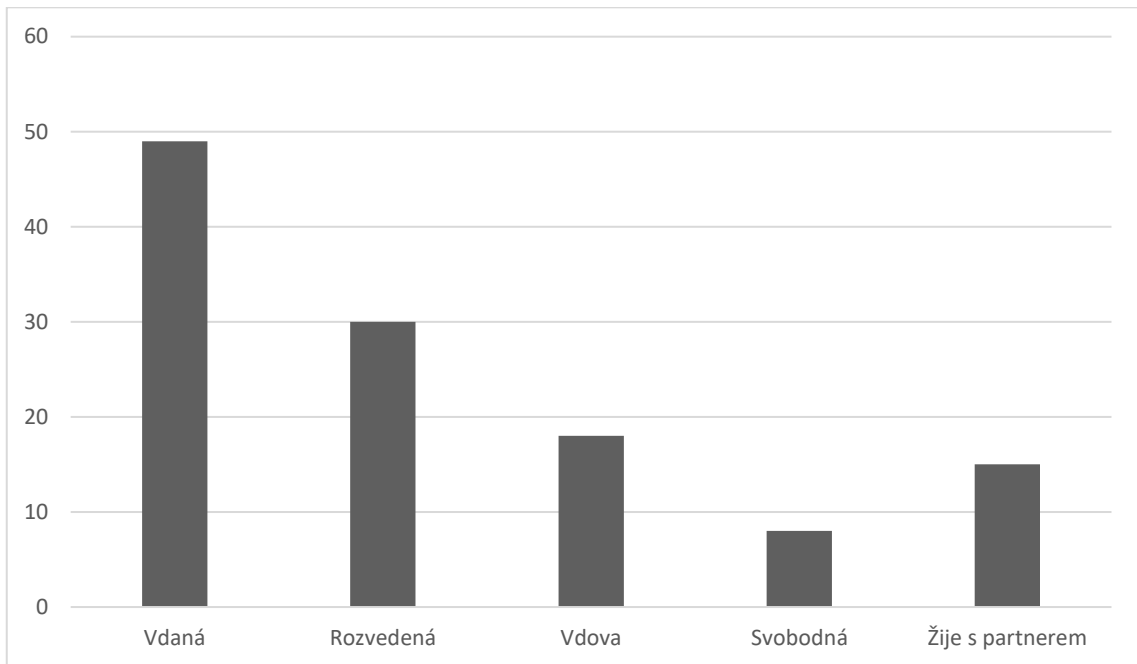
2.6 Výsledky výzkumu

Otázka č.1: Kolik je Vám let?



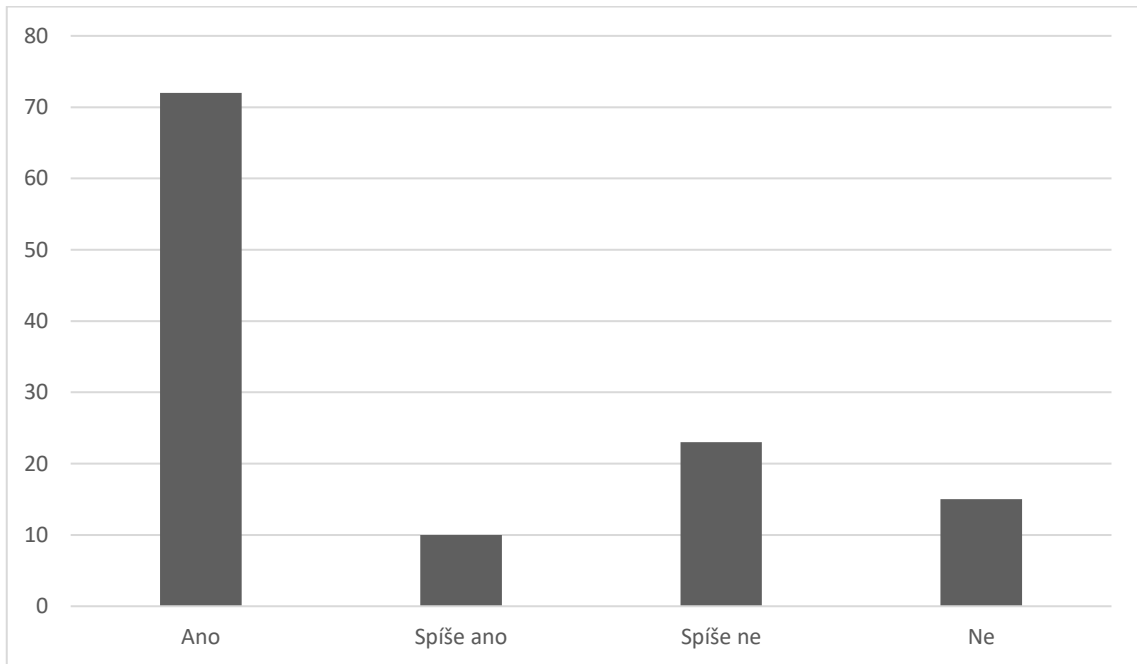
Graf č. 1 Věk respondentek - (vlastní zdroj): Z celkového počtu 120 respondentek je 32 (27 %) z nich ve věku 45-49 let, 78 (65 %) ve věku 50-54 let, 7 (6 %) ve věku 55-59 let, 3 (3 %) ve věku 60 let a více.

Otázka č. 2: Jaký je Váš rodinný stav?



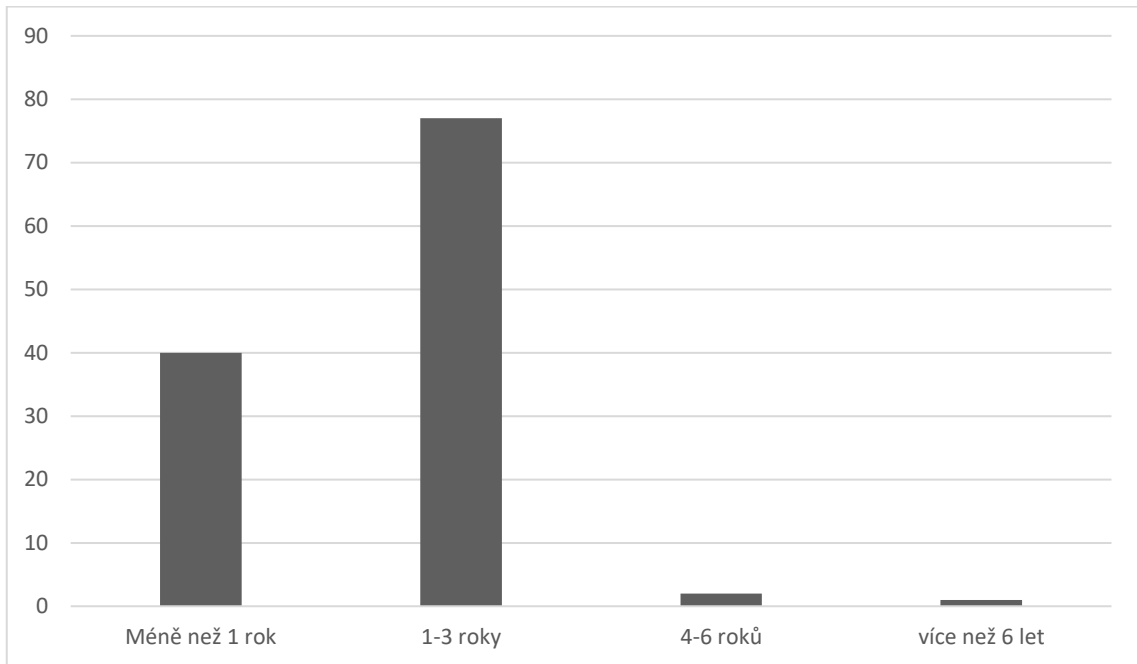
Graf č. 2 Rodinný stav - (vlastní zdroj): Z celkového počtu 120 respondentek je 49 (41 %) vdaných, 30 (25 %) rozvedených, 18 (15 %) ovdovělých, 8 (7 %) svobodných, 15 (13 %) žije s partnerem.

Otázka č.3: Žijete sexuálním životem?



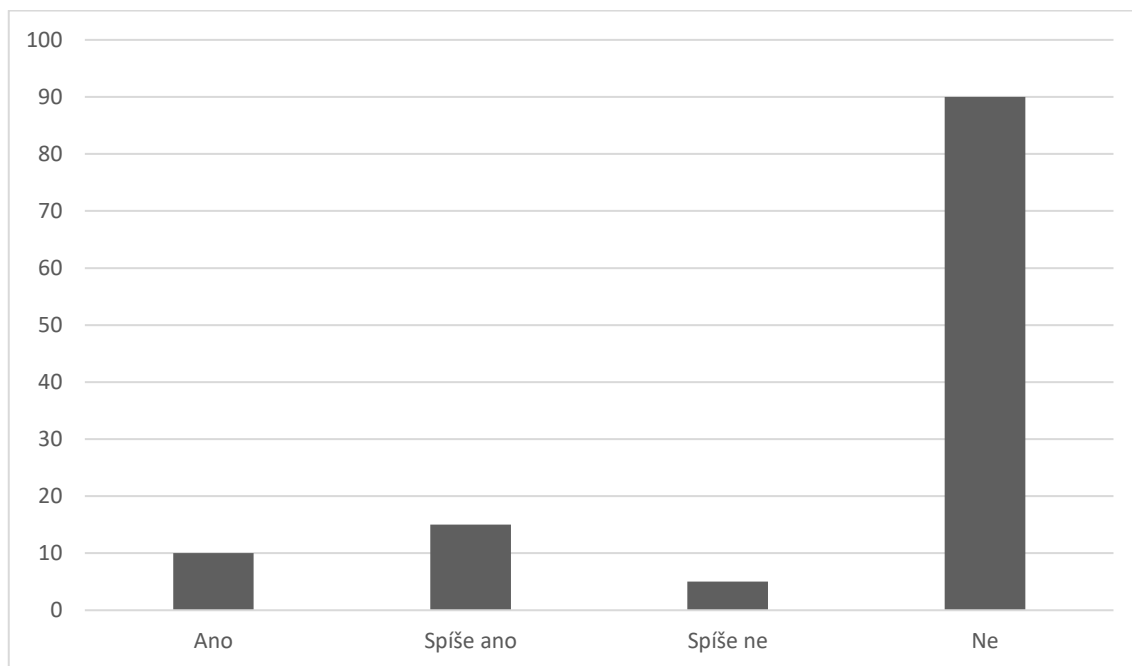
Graf č. 3 Sexuální život ženy - (vlastní zdroj): Z celkového počtu 120 respondentek odpovědělo 72 (60 %) ano, 10 (8 %) spíše ano, 23 (19 %) spíše ne a 15 (12 %) ne.

Otázka č.4: Kolik let uplynulo od Vaší poslední menstruace?



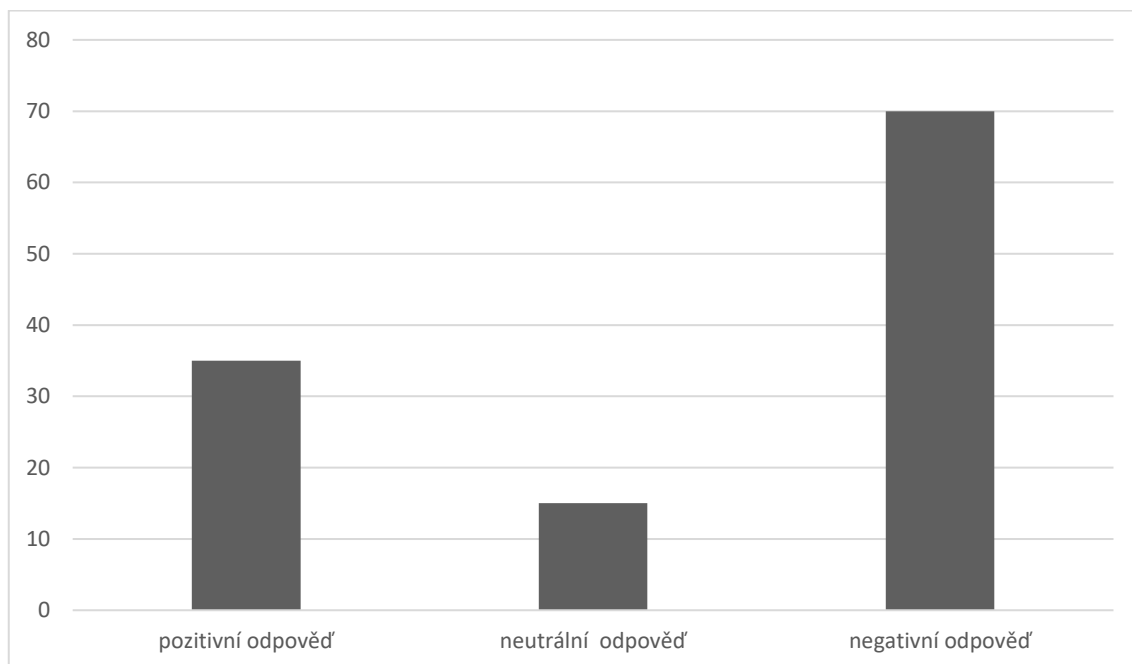
Graf č. 4 Poslední menstruace - (vlastní zdroj): Z celkového počtu 120 respondentek odpovědělo že 40 (33 %) nemá méně než 1 rok menstruaci, 77 (64 %) nemá 1-3 roky menstruace, 2 (2 %) nemá 4-6 roků menstruaci, 1 (1 %) nemá více než 6 roků menstruaci.

Otázka č.5: Cítíte se dostatečně informována o sexuálním životě během menopauzy?



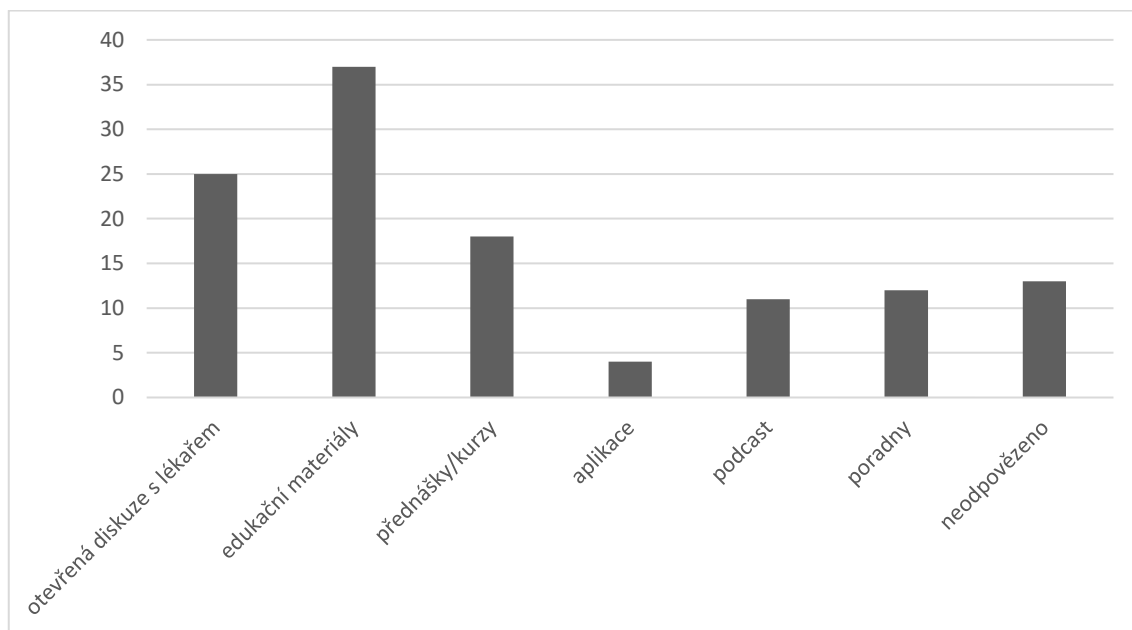
Graf č. 5 Informovanost o sexuálním životě během menopauzy - (vlastní zdroj): Z celkového počtu 120 respondentek odpovědělo 10 (8 %) ano, 15 (13 %) spíše ano, 5 (4 %) spíše ne, 90 (75 %) ne.

Otázka č.6: Myslíte si, že se dostatečně mluví o menopauze a jejích vlivech na života ženy?



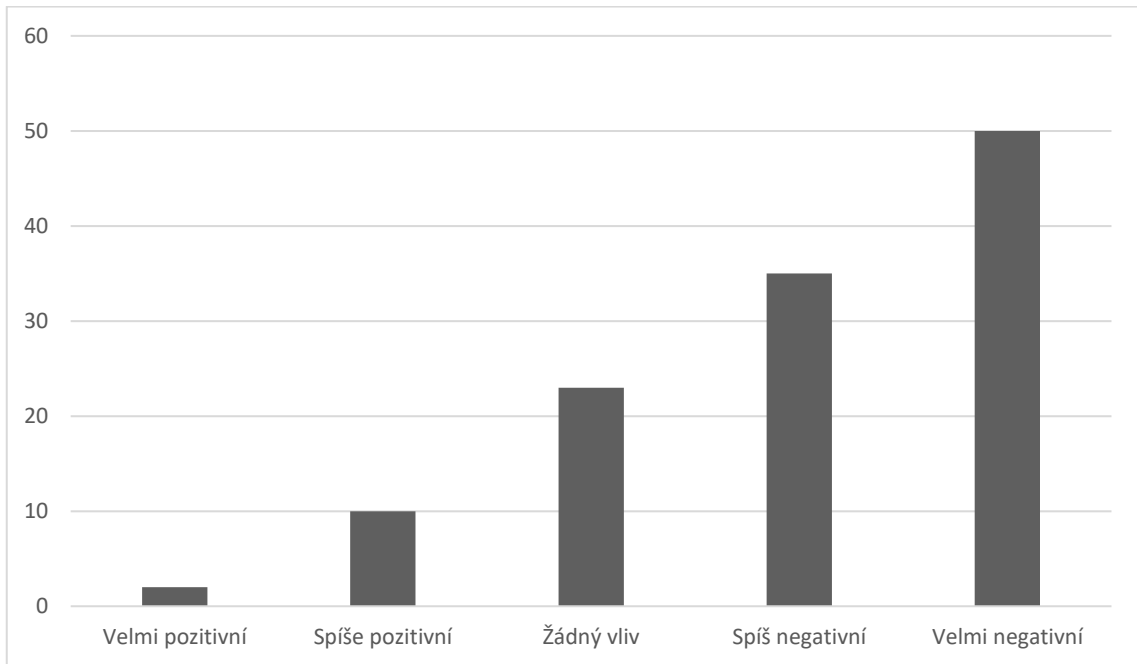
Graf č. 6 Informovanost o menopauze a jejích vlivech na ženu - (zdroj vlastní): Jelikož byla otázka otevřená, tak jsem odpovědi rozdělila do tří skupin. Nejvíce žen a to 70 (58 %) odpovědělo, že se buď nemluví dostatečně o menopauze nebo, že nemluví vůbec, odpovědi spadají do kategorie, negativní odpověď“. Větší polovina ze 70, tedy 35 žen (29 %) si naopak myslí, že se o tomhle tématu mluví dostatečně, odpovědi v kategorii, pozitivní odpověď“ a zbylých 15 žen (13 %) uvedlo, že si informací buď nevšímají nebo je nezajímají a neví, jestli se dostatečně o tématu mluví, tudíž mají neutrální odpověď.

Otázka č.7: Jakou formou byste uvítala získat informace o sexuálním v období menopauzy?



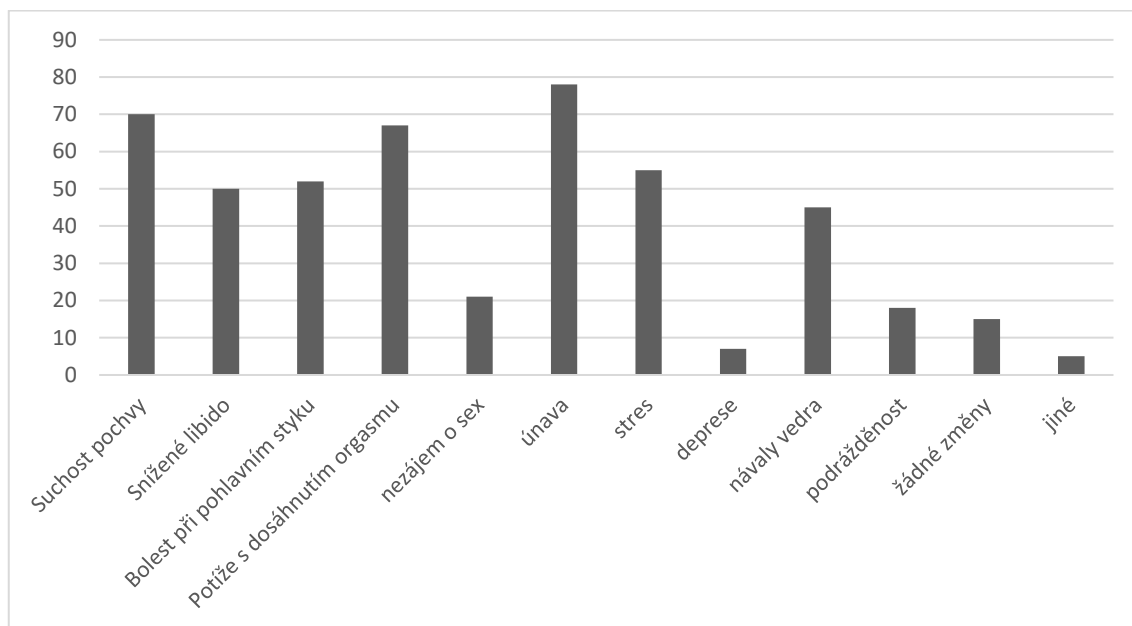
Graf č. 7 Forma informací o sexuálním životě během menopauzy - (vlastní zdroj): Tahle otázka byla otevřená, kdy 107 respondentek odpovědělo, mezi nejčastěji psané odpovědi byly edukační materiály, které napsalo 37 žen (31 %), druhá nejčastější odpověď, kterou napsalo 25 žen (21 %) byla otevřená diskuze s lékařem nebo odborníkem. Třetí nejčastěji psaná, byly přednášky nebo odborné kurzy na toto téma, odpovědělo 18 žen (15 %). Dále 11 (9 %) žen uvedlo podcast a 12 (10 %) žen by uvítaly menopauzální poradny. Poslední odpověď, kterou napsaly 4 (3 %) ženy, byla aplikace. Zbýlých 13 (11 %) žen na tuto otázku neodpovědělo.

Otázka č.8: Jaký vliv měla menopauza na Váš sexuální život?



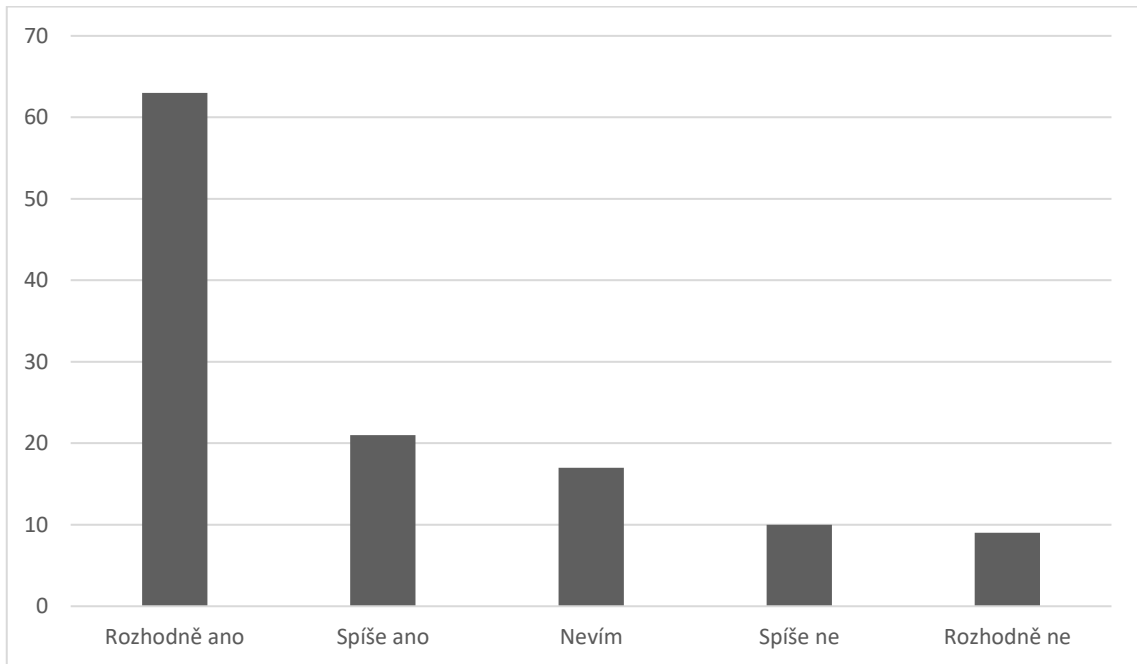
Graf č. 8 Vliv menopauzy na sexuální život - (vlastní zdroj): Z celkového počtu 120 respondentek odpověděly 2 (2 %) velmi pozitivní vliv, 10 (8 %) spíše pozitivní, 23 (19 %) žádný vliv, 35 (29 %) spíše negativní vliv a 50 (42 %) velmi negativní vliv.

Otázka č.9: Došlo během menopauzy k některým níže popsaným změnám?



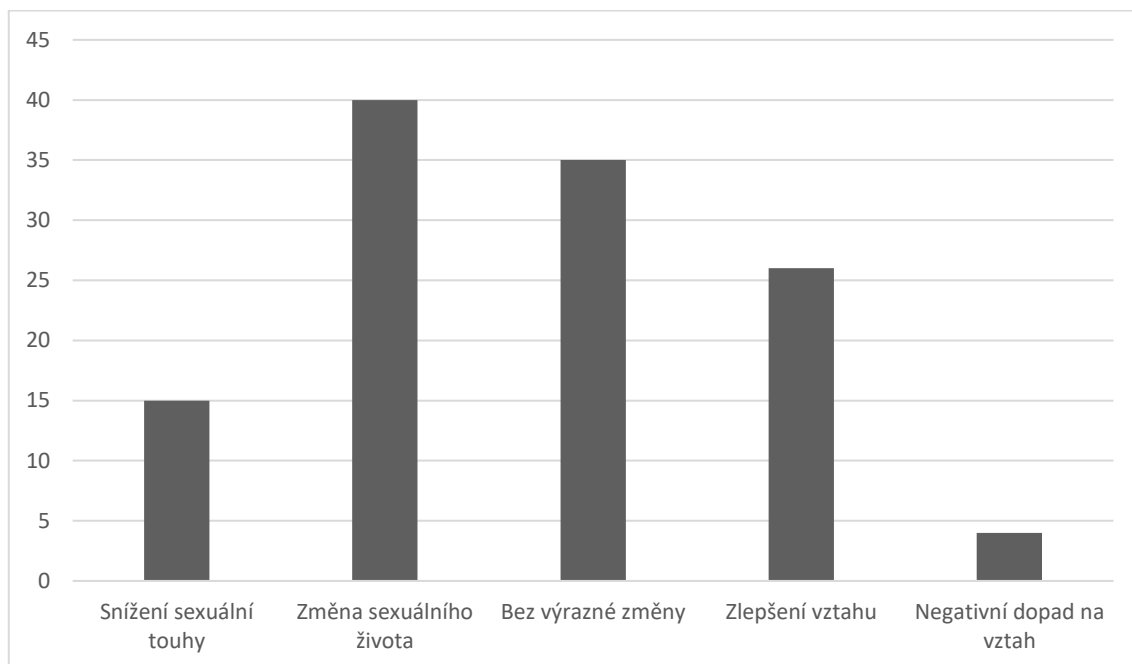
Graf č. 9 Fyzické změny během menopauzy - (vlastní zdroj): Respondentky měly možnost vybrat více odpovědí. Z celkového počtu 120 respondentek 70 (58 %) má potíže se suchostí pochvy, 50 (42 %) má potíže se sníženým libidem, 52 (43 %) má bolest při pohlavním styku, 67 (56 %) má potíže s dosáhnutím orgasmu, 21 (18 %) nemá zájem o sex, 78 (65 %) trpí únavou, 55 (46 %) má stres, 7 (6 %) má depresi, 45 (38 %) má návaly vedra, 18 (15 %) trpí podrážděností, 15 (13 %) nepocítilo žádné změny a 5 (4 %) uvedlo jiné a vypsaly odpověď, uváděly, že přibraly, jsou náladové a trpí bolestmi kloubů.

Otázka č.10: Je pro Vás sexuální život během menopauzy stejně důležitý jako předtím?



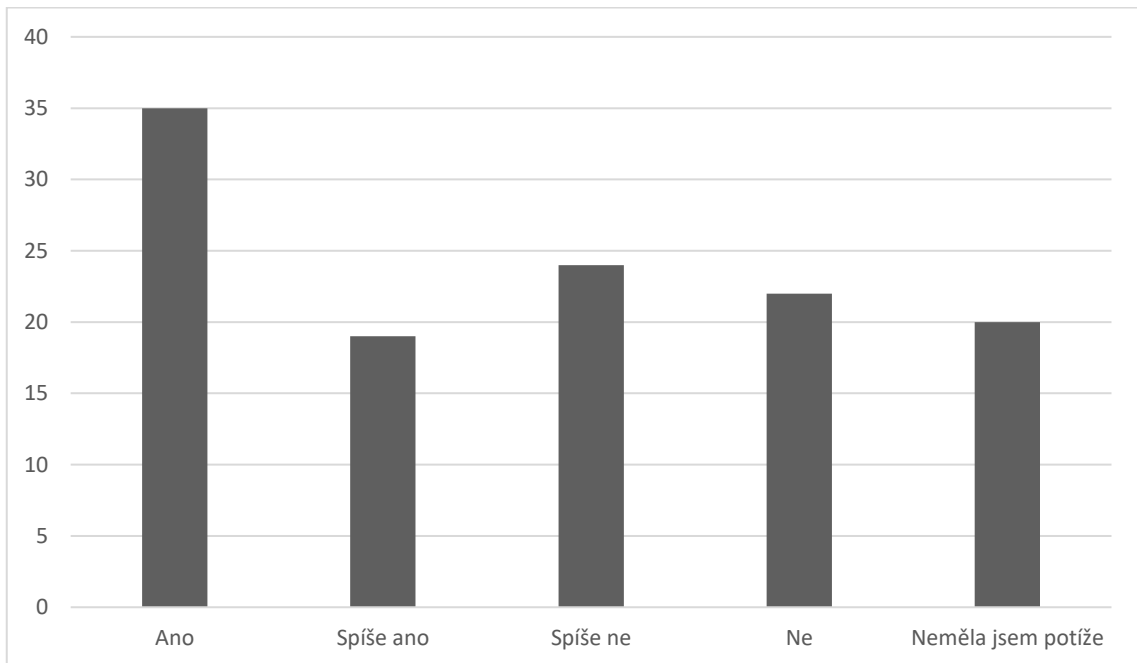
Graf č. 10 Důležitost sexuálního života během menopauzy - (vlastní zdroj): Z celkového počtu 120 respondentek odpovědělo 63 (53 %) rozhodně ano, 21 (17 %) spíše ano, 17 (14 %) nevím, 10 (8 %) spíše ne, 9 (8 %) rozhodně ne.

Otázka č.11: Jaký měla vliv menopauza na Vaše prožívání intimity, sexuální touhy nebo vztahu s partnerem/manželem?



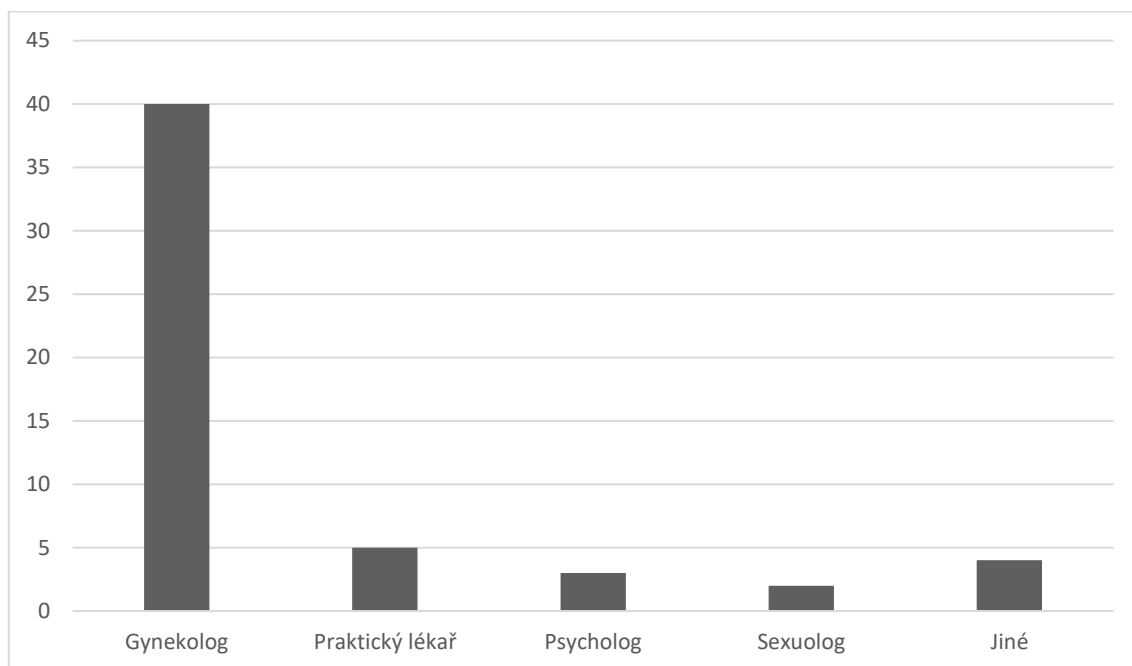
Graf č. 11 Vliv menopauzy na intimitu a partnerské vztahy - (vlastní zdroj): Tahle otázka byla otevřená. Všech 120 respondentek odpovědělo, z toho 40 (33 %) uvedlo, že se změnil sexuální život, 35 (29 %) uvedlo, necítí výraznou změnu, 26 (22 %) se zlepšil partnerský vztah, 15 (13 %) uvedlo, že se jim snížila sexuální touha a 4 (3 %) uvedly, že menopauza má negativní dopad na jejich partnerský vztah.

Otázka č.12: Když jste zaznamenala potíže, hledala jste odbornou pomoc? (gynekolog, praktický lékař, psycholog, sexuolog?)



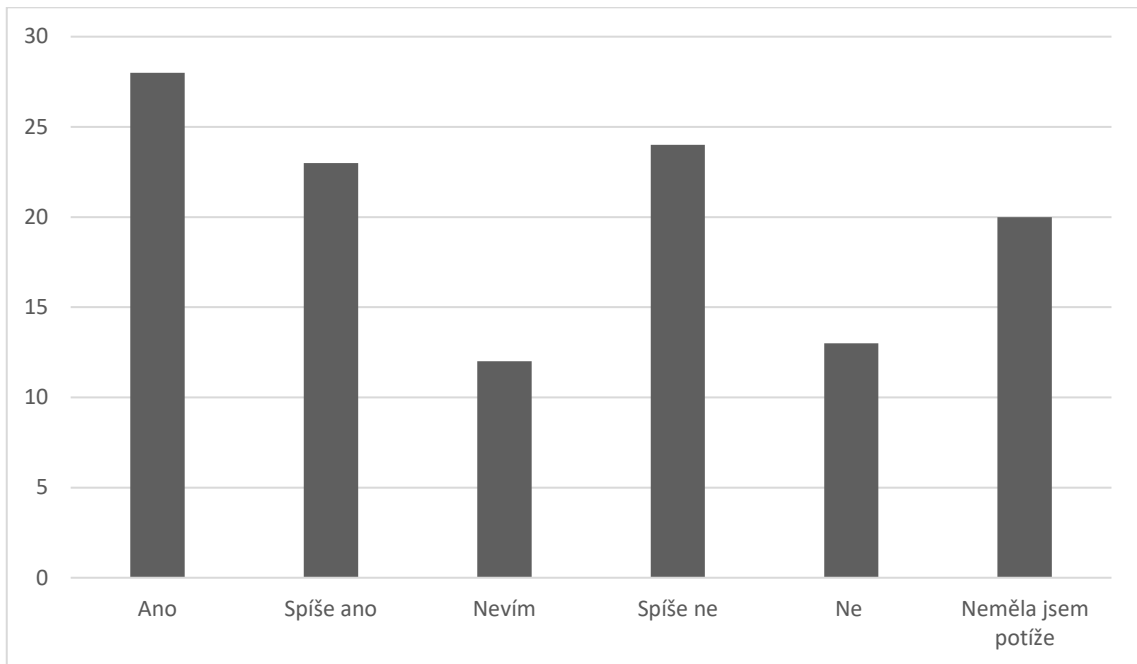
Graf č. 12 Vyhledání partnerské pomoci - (vlastní zdroj): Z celkového počtu 120 respondentek uvedlo 35 (29 %), že vyhledalo odbornou pomoc, 19 (19 %) spíše vyhledalo odbornou pomoc, 24 (20 %) spíše nevyhledalo odbornou pomoc, 22 (18 %) nevyhledalo žádnou odbornou pomoc, 20 (16 %) nemělo potíže.

Otázka č.13: Pokud jste odpověděla ano nebo spíše ano, kde jste hledala pomoc?



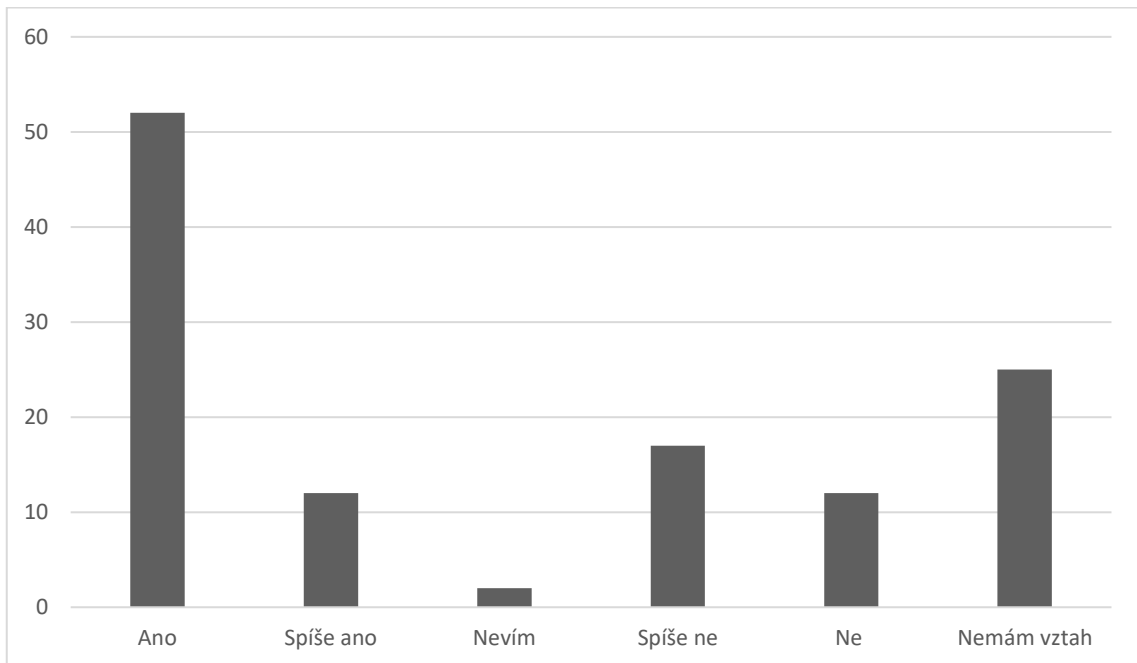
Graf č. 13 Odborná pomoc - (vlastní zdroj): Na otázku odpovídaly jenom ženy, co na otázku č.12 odpověděly spíše ano nebo ano. Z celkového počtu 54 uvedlo 40 (74 %) vyhledalo pomoc u gynekologa, 5 (9 %) vyhledalo pomoc u praktického lékaře, 3 (5 %) vyhledalo pomoc u psychologa, 2 (4 %) vyhledalo pomoc u sexuologa a 4 (7 %) uvedlo jiné a odpověď psaly. Respondentky hledaly pomoc u známých, blízké kamarádky nebo na internetu či facebookových skupinách zaměřených na menopauzu.

Otázka č.14: Vyřešily se Vaše potíže?



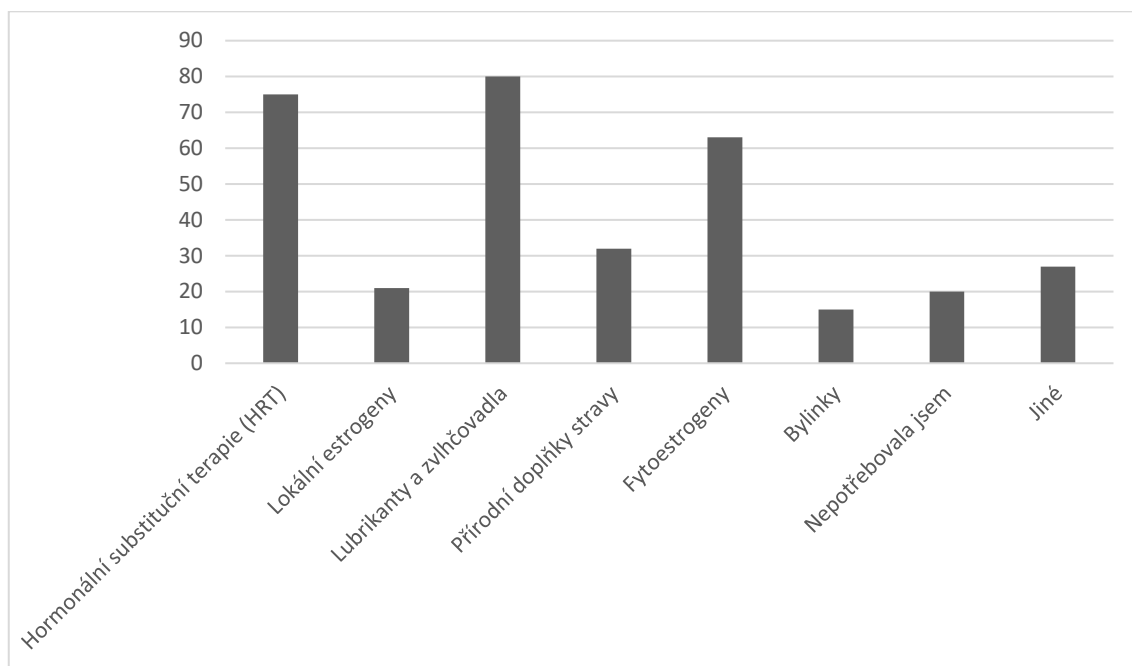
Graf č. 14 Řešení potíží - (vlastní zdroj): Z celkového počtu 120 respondentek uvedlo 28 (23 %), že se jejich potíže vyřešily, 23 (19 %), že se spíše vyřešily, 12 (10 %) neví, jestli se potíže vyřešily u 24 (20 %) se spíše potíže nevyřešily a u 13 (11 %) se nevyřešily, zbylých 20 (17 %) nemělo žádné potíže.

Otázka č.15: Cítíte podporu a pochopení/trpělivost od partnera/manžela v oblasti intimity a sexuálního života během menopauzy?



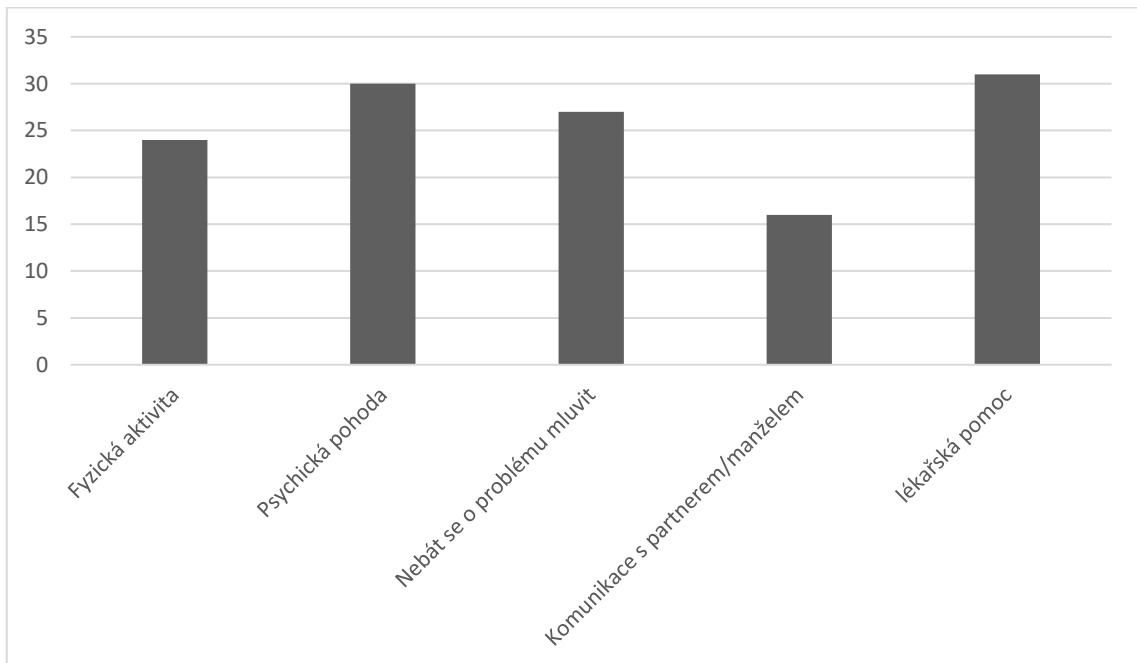
Graf č. 15 Partnerská podpora - (vlastní zdroj): Z celkového počtu 120 respondentek uvedlo 52 (43 %), že má podporu od partnera, 12 (10 %) spíše má podporu, 2 (2 %) neví, jestli mají podporu, 17 (14 %) spíše nemají podporu, 12 (10 %) nemají podporu, 25 (21 %) nemají vztah.

Otázka č.16: Co Vám pomáhá zlepšovat sexuální život během menopauzy?



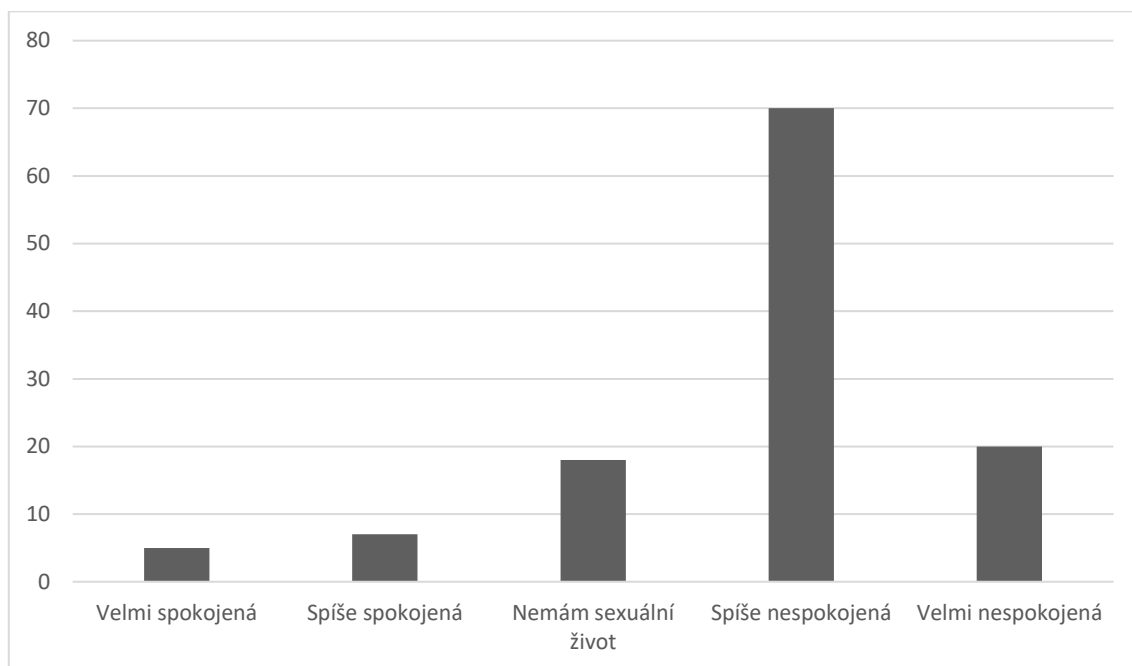
Graf č. 16 Zlepšování sexuálního života - (vlastní zdroj): Na tuto otázku mohly respondenty vybrat více odpovědí. Z celkového počtu 120 respondentek uvedlo 75 (63 %) hormonální substituční terapii, 21 (18 %) lokální estrogény, 80 (67 %) lubrikanty a zvlhčovačla, 32 (27 %) přírodní doplňky stravy, 63 (53 %) fytoestrogény, 15 (13 %) bylinky a 20 (17 %) nepotřebovalo nic. Poslední odpověď byla jiná s vypsáním odpovědi a 27 (23 %) uvedlo zdravý životní styl, cvičení, otevřená komunikace.

Otázka č.17: Máte nějaké osobní rady a tipy pro jiné ženy v tomto období, které Vám pomohly?



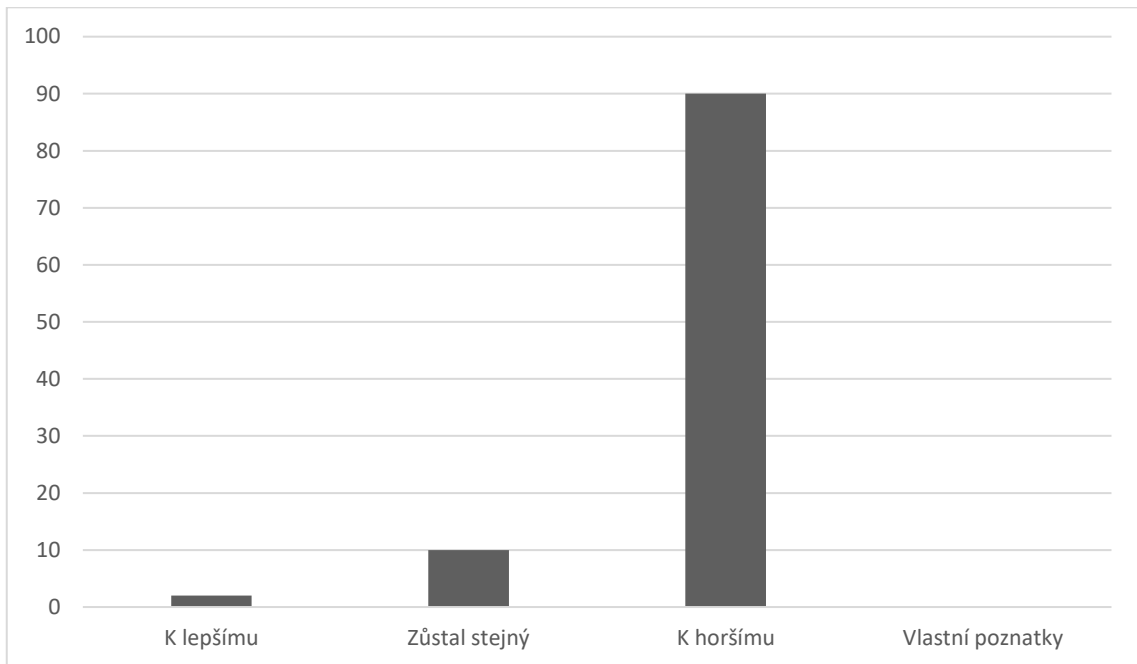
Graf č. 17 Osobní rady a tipy - (vlastní zdroj): Tahle otázka byla otevřená a odpovědělo na ni 54 respondentek z toho 24 (44 %) uvedlo fyzickou aktivitu, 30 (55 %) psychickou pohodu, 27 (49 %) aby se ženy nebály otevřeně mluvit o svých problémech, 16 (29 %) uvedlo komunikaci s partnerem/manželem a 31 (56 %) uvedlo lékařskou pomoc.

Otázka č.18: Jak byste ohodnotila svůj sexuální život během menopauzy?



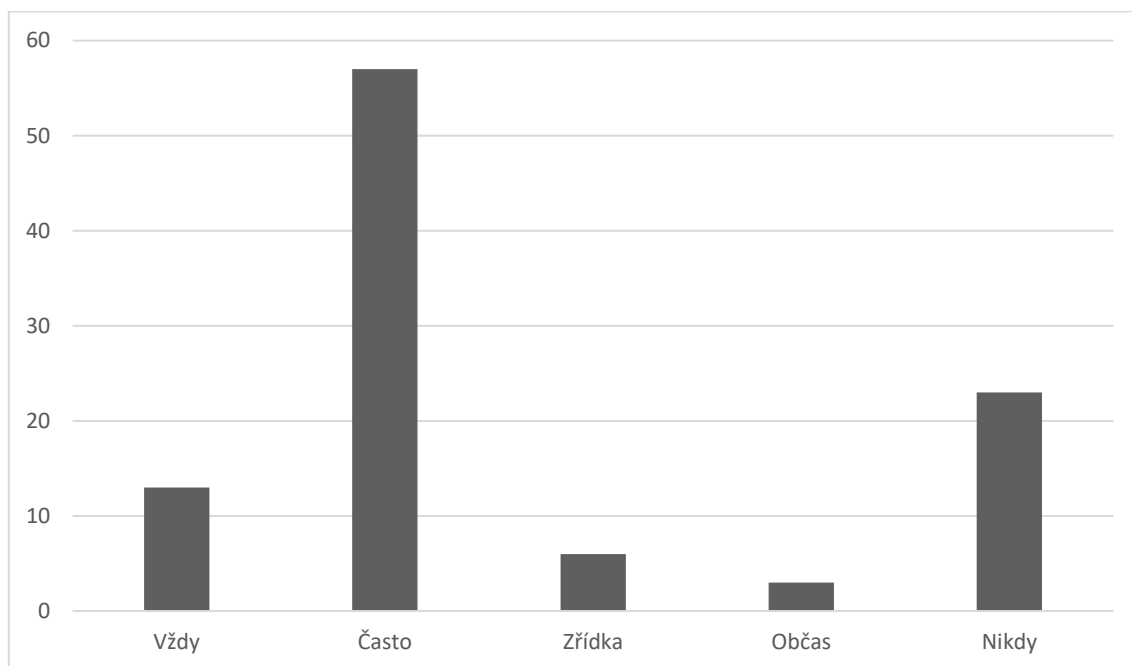
Graf č. 18 Hodnocení sexuálního života - (vlastní zdroj): Z celkového počtu 120 respondentek uvedlo 5 (4 %) je velmi spokojených se svým sexuálním životem, 7 (6 %) spíše spokojených, 18 (15 %) nemá sexuální život, 70 (58 %) je spíše nespokojených a 20 (17 %) je nespokojených se svým sexuálním životem.

Otázka č.19: Cítíte, že se Váš sexuální život během menopauzy změnil?



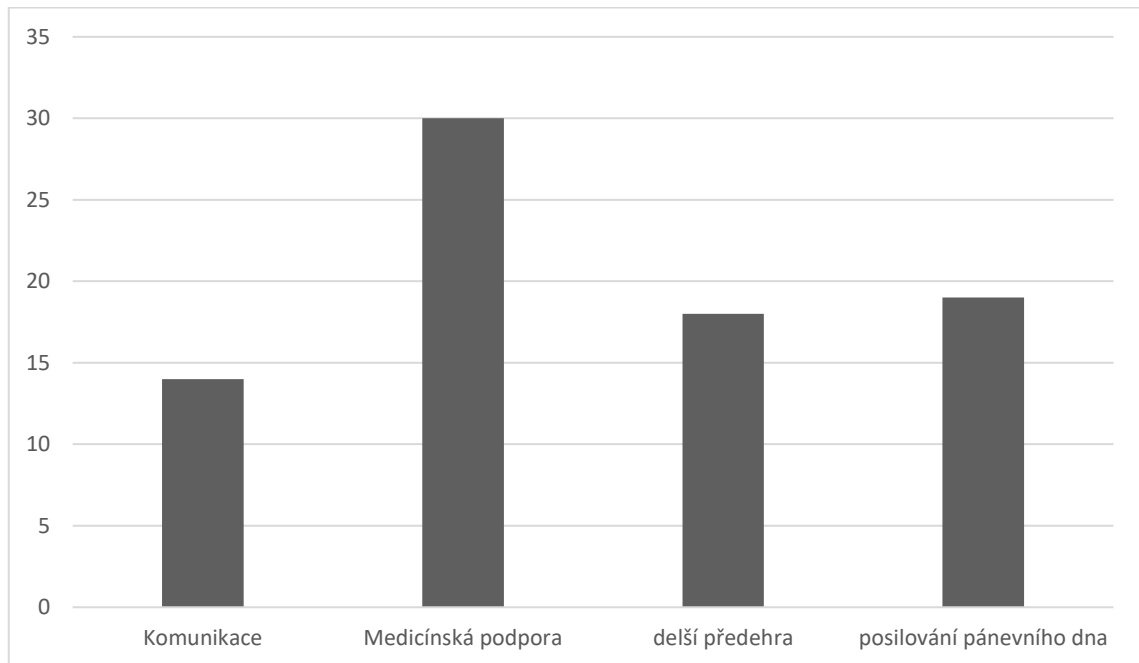
Graf č. 19 Změna sexuálního života - (vlastní zdroj): Na tuto otázku odpovídaly jen respondentky, co mají sexuální život. Z celkového počtu 102 respondentek uvedlo, že se jejich sexuální život změnil k lepšímu 2 (2 %), zůstal stejný 10 (10 %), k horšímu 90 (88 %). Respondentky měly možnost napsat vlastní poznatky k otázce, ale bohužel nikdo neodpověděl.

Otázka č.20: Cítíte během intimního styku během menopauzy fyzické nepohodlí?



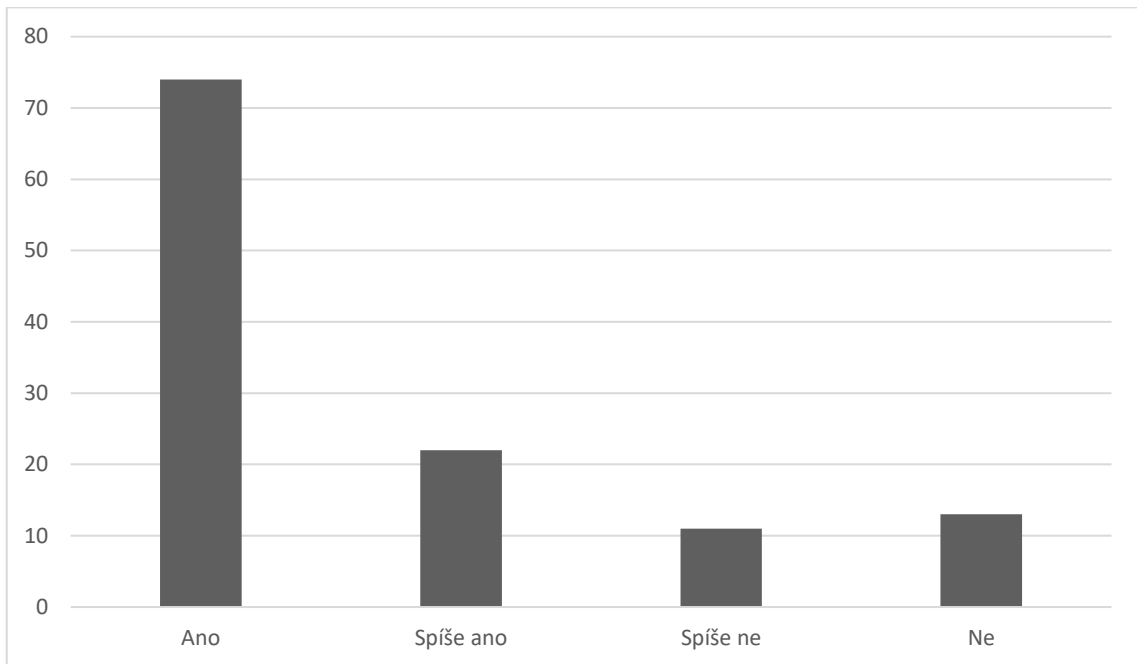
Graf č. 20 Fyzické nepohodlí během intimního styku - (vlastní zdroj): Na tuto otázku odpovídaly jen respondentky, které mají sexuální život. Z celkového počtu 102 respondentek uvedlo 13 (13 %), že má vždy fyzické nepohodlí, 57 (56 %) často fyzické nepohodlí, 6 (6 %) zřídka a 3 (3 %) občas. Žádné fyzické nepohodlí má 23 (23 %) respondentek.

Otázka č.21: Co Vám nejvíce pomáhá udržovat zdravý a spokojený sexuální život během menopauzy?



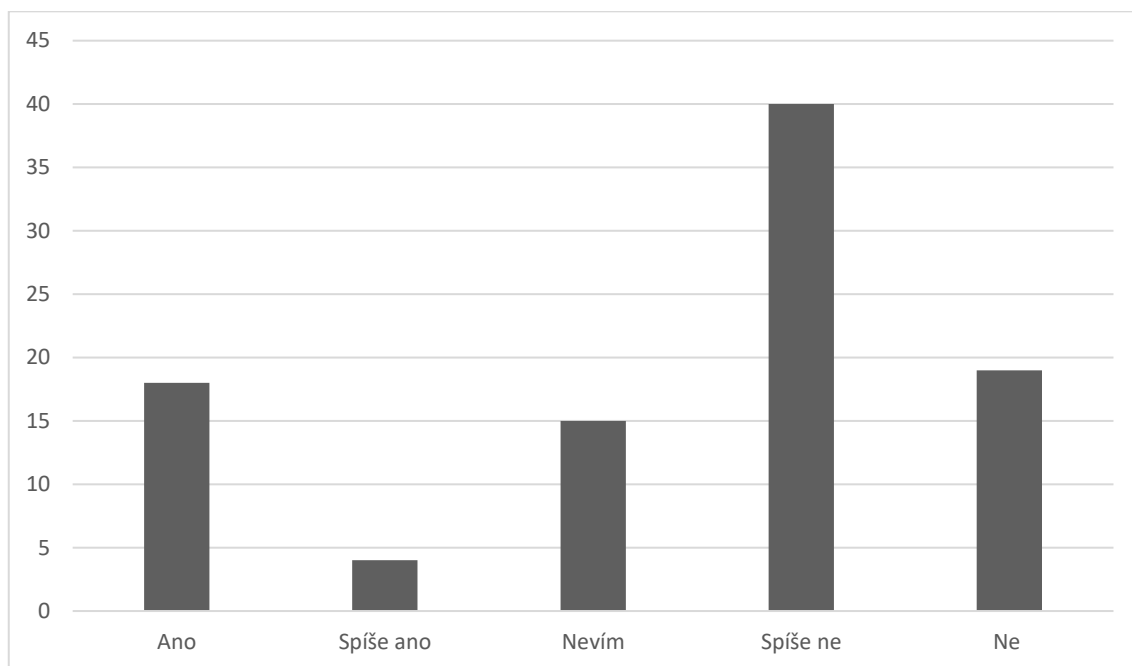
Graf č. 21 Zdravý a spokojený sexuální život - (vlastní zdroj): Tahle otázka byla otevřená a odpovědělo na ni 50 respondentek z toho 14 (28 %) uvedlo komunikaci, 30 (60 %) uvedlo medicínskou podporu, 18 (36 %) uvedlo delší předehtu, 19 (38 %) uvedlo posilování pánevního dna.

Otázka č.22: Masturbujete?



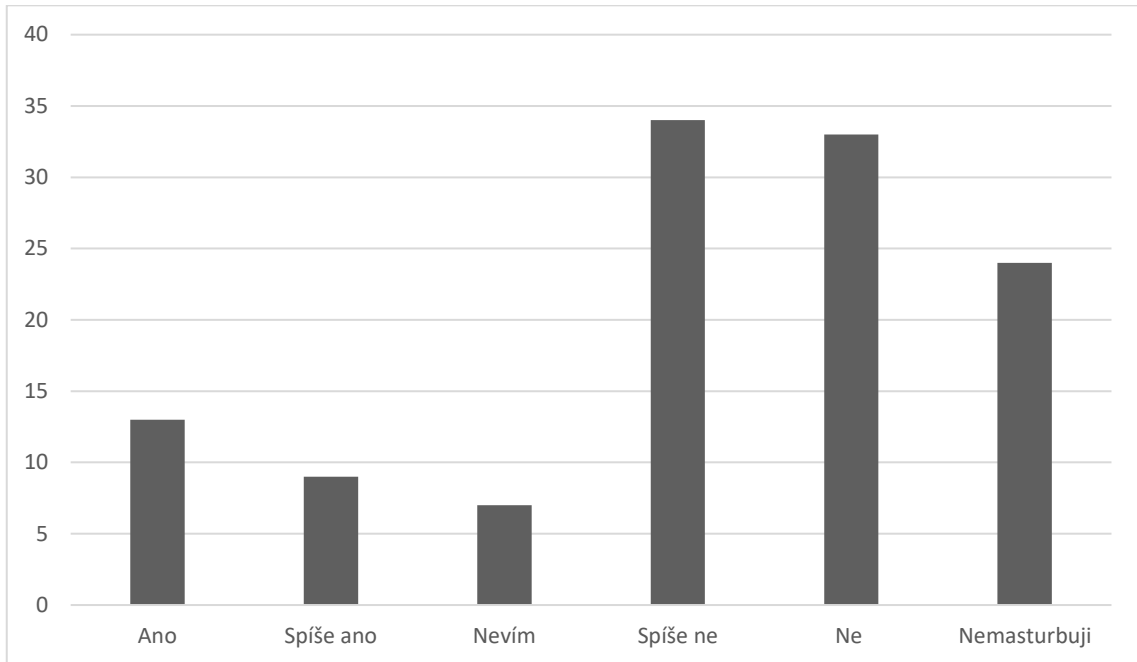
Graf č. 22 Masturbace - (vlastní zdroj): Z celkového počtu 120 respondentek uvedlo 74 (62 %), že masturbuje, spíše masturbuje 22 (18 %), spíše nemasturbuje 11 (9 %) a vůbec nemasturbuje 13 (11 %).

Otázka č.23: Během menopauzy více upřednostňuji masturbaci než pohlavní styk



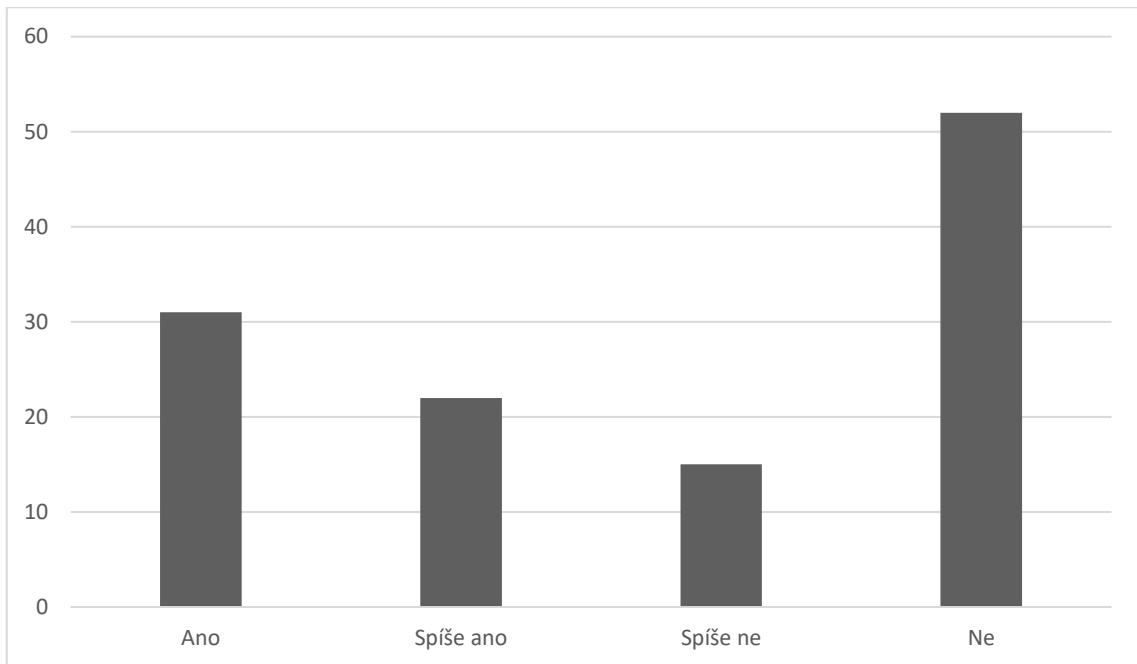
Graf č. 23 Preference masturbace před pohlavním stykem - (vlastní zdroj): Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které v otázce č.22 odpověděly ano nebo spíše ano. Z celkového množství 96 respondentek uvedlo 18 (19 %), že upřednostňují masturbaci, 4 (4 %), že spíše upřednostňují, 15 (16 %) neví, 40 (42 %) spíše neupřednostňují a 19 (20 %) neupřednostňují masturbaci před pohlavním stykem.

Otázka č.24: Zvýšila se u Vás frekvence masturbace po nástupu menopauzy?



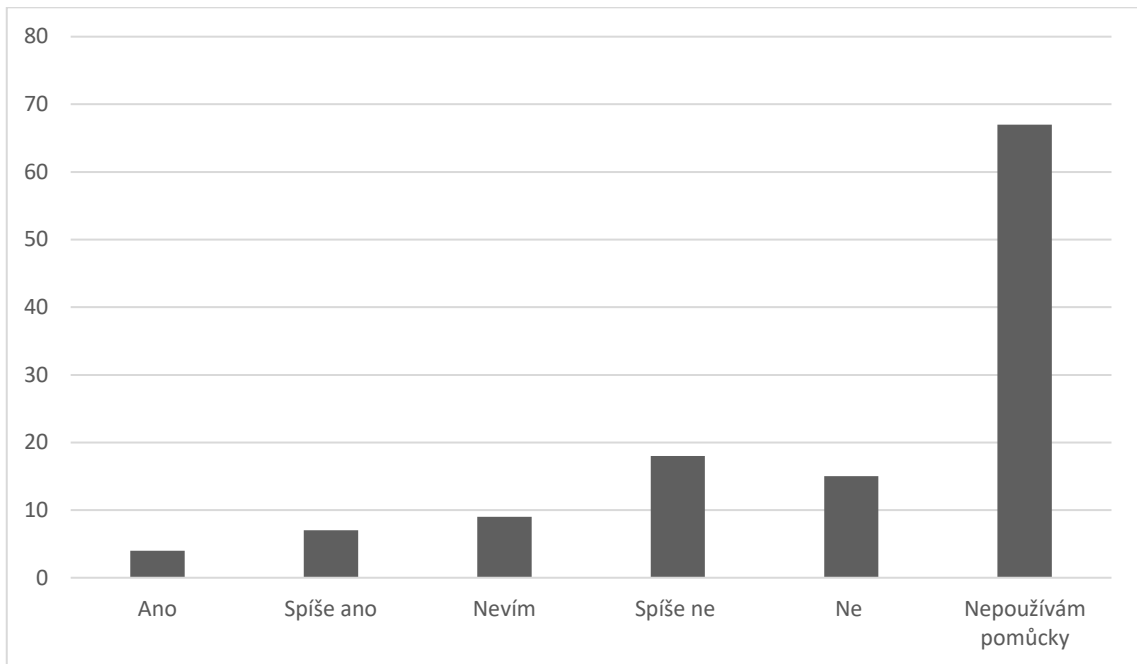
Graf č. 24 Frekvence masturbace - (vlastní zdroj): Z celkového počtu 120 respondentek uvedlo, 13 (11 %), že se zvýšila frekvence masturbace, 9 (8 %) spíše zvýšila, 7 (6 %) neví, jestli se zvýšila, 34 (28 %) uvedlo, že se spíše nezvýšila a 33 (28 %) uvedlo, že se nezvýšila. Nemasturbuje 24 (20 %).

Otázka č.25: Používala jste sexuální pomůcky před začátkem menopauzy?



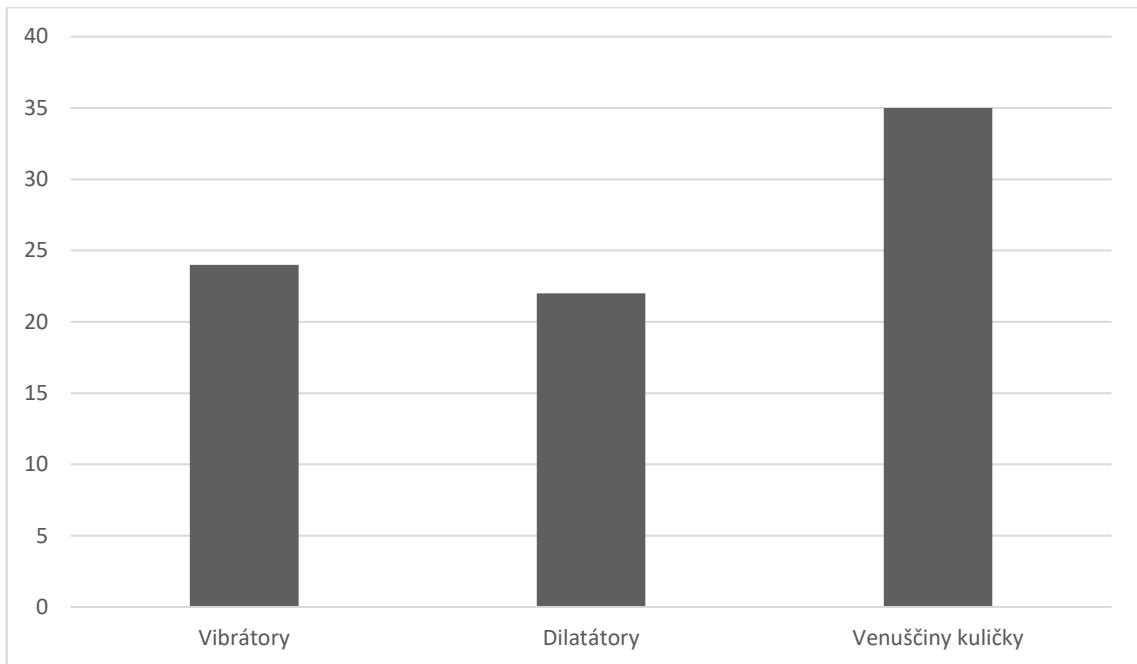
Graf č. 25 Používání sexuálních pomůcek - (vlastní zdroj): Z celkového množství 120 respondentek jich 31 (26 %) uvedlo, že používaly sexuální pomůcky před menopauzou, 22 (18 %) spíše ano, 15 (13 %) spíše nepoužívaly a 52 (43 %) nepoužívaly vůbec sexuální pomůcky před menopauzou.

Otázka č.26: Pomohly Vám sexuální pomůcky zvládat fyzické změny spojené s menopauzou?



Graf č. 26 Sexuální pomůcky jako pomocník při fyzických potížích - (vlastní zdroj): Z celkového množství 120 respondentek uvedly 4 (3 %), že jim pomohly sexuální pomůcky, spíše pomohly 7 (4 %), neví, zdali pomohly 9 (8 %), spíše nepomohly 18 (15 %) a nepomohly 15 (13 %) respondentkám. Sexuální pomůcky nepoužívá 67 (56 %) respondentek.

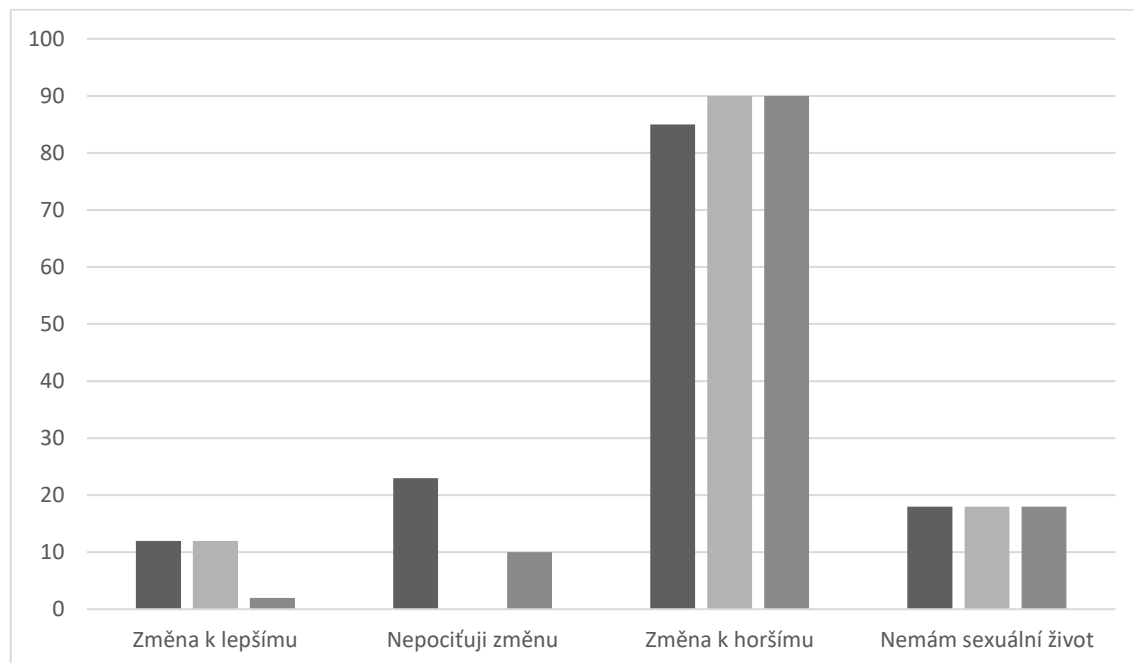
Otázka č.27: Které pomůcky Vám pomohly zlepšit sexuální život?



Graf č. 27 Sexuální pomůcky vedoucí ke zlepšení sexuálního života - (vlastní zdroj): Na tuto otázku odpovídaly jen respondentky, které používají sexuální pomůcky. Z celkového počtu 54 pomohly vibrátory 24 (44 %), dilátátory 22 (41 %) a Venušiny kuličky 35 (65 %) respondentkám zlepšit sexuální život během menopauzy.

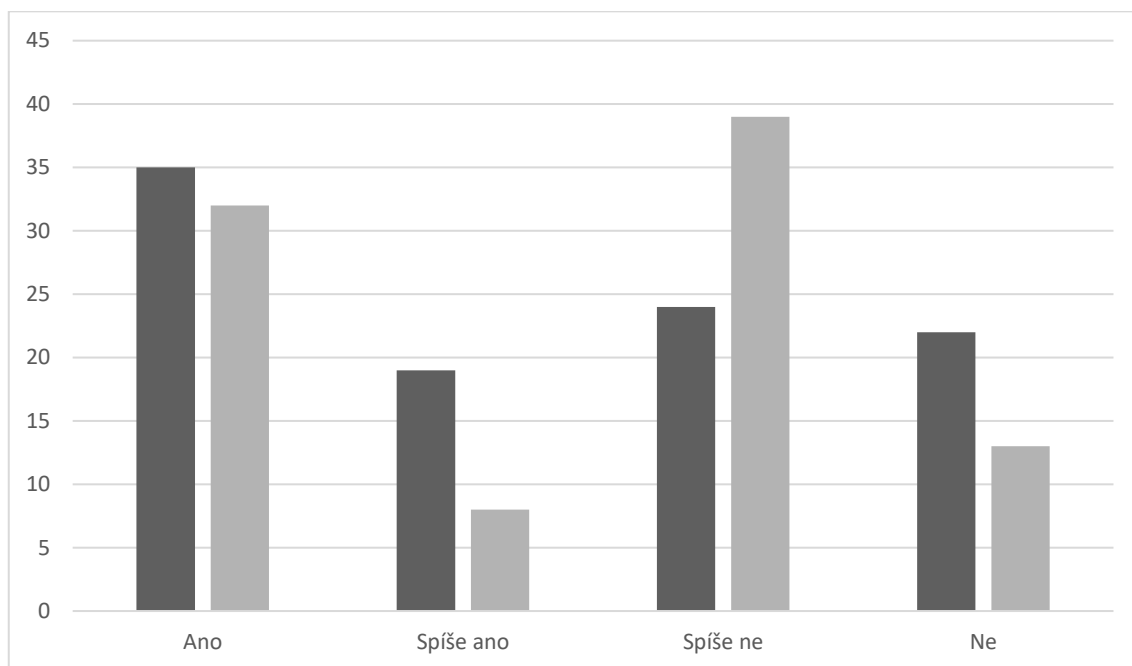
2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek

1. Výzkumná otázka: Jak se mění sexuální život žen v období menopauzy?



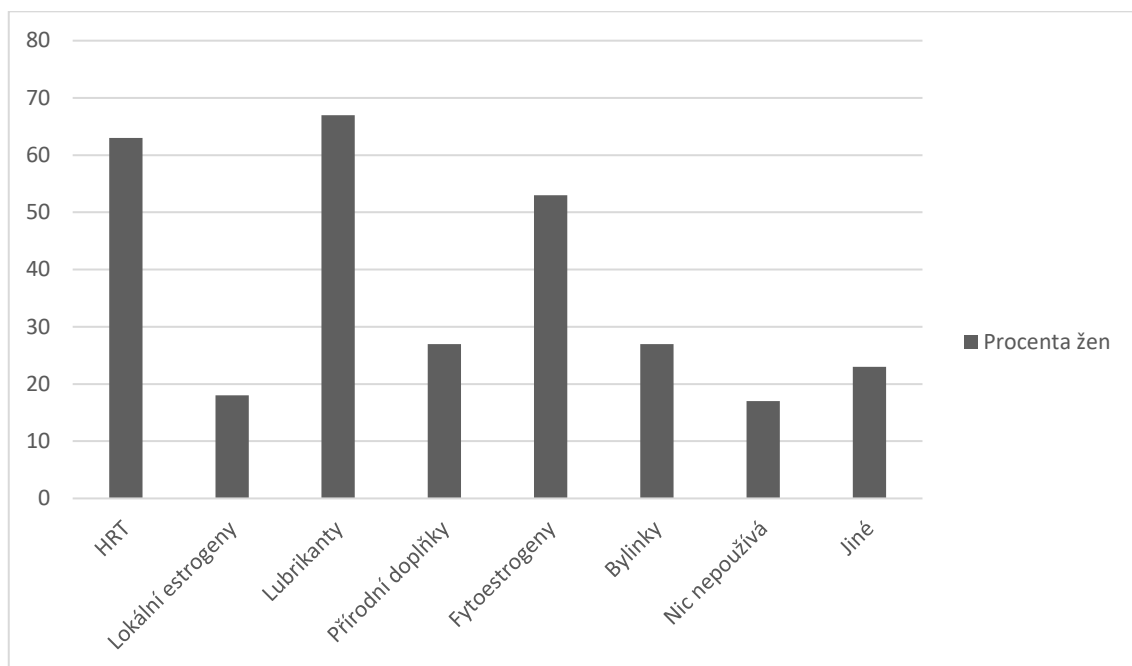
Graf č. 28 Změna sexuálního života během menopauzy - (zdroj vlastní): K této první výzkumné otázce se vztahovaly otázky č.8, č.18 a č.19 z mého dotazníku. Ze 120 žen pocítilo změnu sexuálního života k lepšímu 8 (6 %) z nich, žádnou změnu nepocítilo 11 (9 %), změnu k horšímu pocítilo 88 (73 %) a sexuálním životem nežije 18 (15 %).

2. Výzkumná otázka: Vyhledávají ženy pomoc při sexuálních obtížích v menopauze a vyřeší je?



Graf č. 29 Hledání pomoci při sexuálních obtížích v menopauze - (vlastní zdroj): Z výzkumné otázky vyplývá, že z celkového množství 120 respondentek trpí 100 z nich potížemi, 54 (46 %) vyhledalo pomoc a 40 (40 %) vyřešily jejich potíže. Přitom 46 (46 %) žen, které pociťují potíže odbornou pomoc vůbec nevyhledají a 52 (52 %) žen, tak své potíže vůbec nevyřešily.

3. Výzkumná otázka: Co ženám pomáhá během menopauzy na jejich obtíže?



Graf č. 30 Co pomáhá ženám při obtížích - (vlastní zdroj): K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 16, kterou jsem procentuálně znázornila v tomto grafu a dvě doplňkové otázky č.17 a č.21, které jsou otevřené. Nejvíce ženám pomáhá hormonální substituční terapie neboli HRT a to rovnou 63 % z dotazovaných, dále to jsou lubrikanty 67 % pomáhají se suchostí pochvy a bolestí při pohlavním styku, na třetím místě jsou fytoestrogeny a pomáhají 53 % žen z dotazovaných i přírodní doplňky a bylinky pomáhají 27 % žen z dotazovaných. Nic nepoužívá 17 % z nich a jiné se psanou odpovědí uvedlo 23 %. Z doplňkových otevřených otázek č.17 a č.21 byly uváděny nejčastěji odpovědi fyzická aktivita, psychická pohoda, nechat si poradit, když máme potíže nebo delší předehra a posilování pánevního dna.

3 Diskuze

Pro výzkumnou část bakalářské práce byly zvoleny tři cíle a tři výzkumné otázky. Cílem bakalářské práce bylo rozebrat změny v sexuálním životě ženy v období menopauzy, popsat, jako produkty jim pomáhají ke zlepšení jejich sexuálního života a zvýšit povědomost o této problematice.

1. Výzkumná otázka: Jak se mění sexuální život ženy v období menopauzy?

První výzkumná otázka se týká otázek č.8, č.18 a č.19 z mého dotazníku (viz Graf č.28). Z dotazníkového šetření vyplývá, že 8 (6 %) žen pocítilo zlepšení sexuálního života během menopauzy. Na druhou stranu negativní dopad má menopauza na 88 (73 %). Sexuální život nemá 18 (15 %). Žádnou změnu v sexuálním životě uvedlo 11 (9 %).

V porovnání se studií SWANN (Study of Woman's Health Across the Nation), která se zahájila v roce 1994 a sleduje přes 3000 žen ze 7 různých etnických skupin uvádí, že 40-60 % žen uvedlo negativní vliv menopauzy na jejich sexuální život, 20-30 % nepocítuje žádné změny a jenom 10-20 % žen uvedlo pozitivní vliv menopauzy na sexuální život. Výsledky mého výzkumu a studie jsou si podobné.

2. Výzkumná otázka: Vyhledávají ženy pomoc při sexuálních obtížích v menopauze a vyřeší je?

Druhá výzkumná otázka se týká otázek č.12 a č.14 z mého dotazníku (viz. Graf č.29). Z dotazníkového šetření vyplývá, že 100 žen má obtíže a jenom 54 (54 %) vyhledá odbornou pomoc a 40 (40 %) vyřeší své problémy. Zbývajících 46 (46 %), které trpí nějakými obtížemi odbornou pomoc nevyhledají a tak 52 (52 %) žen svůj problém nevyřešily.

V porovnání se studií North American Menopause Society, které se zúčastnily tisíce až statisíce žen došlo k závěru, že pouhých 25-40 % žen vyhledá odbornou pomoc při potížích z toho 60-80 % uvádí zlepšení obtíží. Odbornou pomoc nevyhledá 60-75 % žen, a to třeba z důvodu studu nebo pocitu, že to je normální nebo bohužel z nedostatku informací. Výsledky studie si jsou podobné.

3. Výzkumná otázka: Co ženám pomáhá během menopauzy na jejich obtíže?

Třetí a poslední výzkumná otázka se týká otázky č.16, kterou jsem znázornila v grafu č.30 a doplňkových otázkách č.17 a č.21, které jsem pouze slovně vyjádřila. Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejvíce ženám pomáhá lubrikant a to 67 % z dotazovaných, dále je hojně používána hormonální substituční terapie 63 %, ženám také pomáhají fytoestrogeny, které pomohly 53 % ženám s potížemi, 27 % pomáhají na obtíže bylinky a přírodní doplňky. Naopak 17 % žen z dotazovaných nepotřebovalo a 23 % vypsaly další věci, co jim pomohly a nebyly zmíněné. V doplňkových otázkách nejvíce psaly ženy fyzickou aktivitu, psychickou pohodu, otevřenost mluvit o problémech a nechat si pomoci, dlouhá předehera a třeba cviky na posílení pánevního dna jako jsou Kegelovy cviky.

V porovnání se studií Internatiol Menopause Society, které se zúčastnily tisíce až desetitisíce žen v menopauzálním období uvádí, že největší účinnost na menopauzální symptomy má hormonální substituční terapie a to u 70-90 % žen, poté lokální estrogény a to 60-80 % ženám. Lubrikanty a zvlhčovačla pomáhají 50-70 % ženám. Alternativu jako fytoestrogeny používá 40-60 % žen. Jako důležité popisují ženy i psychickou pohodu, která je dost často podceňována a

životní styl jako je stravování a pohyb. Výsledky mého výzkumu a studie International Menopause Society má v některých částech stejné výsledky. Často ženám pomáhá hormonální substituční léčba a lubrikanty, naopak lokální estrogény nejsou tolik využívány. Myslím si, že výsledek byl takový i z toho důvodu, že se u nás v České republice o menopauze a problémech s ní spojené nemluví a ženy nevyhledávají tolik pomoc a využívají radši přírodní doplňky a věci, které si můžou koupit samy bez receptu lékaře.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Sexuální život ženy v období menopauzy je téma, o kterém se stále hovoří nedostatečně, a to i v současné moderní a digitální době. Přestože je dnes dostupné velké množství informací, zůstává tato problematika pro mnoho žen tabu. Menopauza však nepředstavuje konec života ženy ani její sexuality, ale naopak významné životní období, které navazuje na dlouhou fázi reprodukčního života. Ta je často spojena nejen s těhotenstvím a porody, ale také s menstruačním cyklem, případnými potraty či gynekologickými obtížemi.

V tomto období je důležité, aby žena znovu přijala své tělo a porozuměla změnám, které s menopauzou souvisejí, zejména v souvislosti s hormonálními změnami. Zároveň je nezbytné hledat vhodné způsoby, jak tyto změny zvládat a udržet kvalitu života, včetně oblasti sexuality.

Z hlediska praxe lze doporučit větší informovanost žen a otevřenější komunikaci o tomto životním období. Přínosné by bylo také zřízení specializovaných menopauzálních poraden, kde by ženy měly možnost konzultovat své obtíže s odborníkem v dostatečném časovém prostoru. V současné době bývá čas lékaře na pacientku často omezený, což může vést k nedostatečnému řešení citlivých témat, jako je právě sexualita. Vhodným doplněním by mohly být také přednášky, online kurzy či edukační materiály zaměřené na problematiku menopauzy. Tyto formy podpory by mohly ženám pomoci lépe porozumět změnám, které prožívají, a zároveň jim poskytnout pocit, že v tomto období nejsou samy. Je důležité zdůraznit, že menopauza nemusí znamenat konec sexuálního života, ale naopak může představovat příležitost k jeho novému prožívání.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo analyzovat změny v sexuální životě žen v období menopauzy, identifikovat prostředky, které ženám pomáhají při zvládnání obtíží, a přispět ke zvýšení povědomí o této problematice. Na základě získaných poznatků z teoretické i výzkumné části lze konstatovat, že stanovené cíle práce byly splněny.

Teoretická část práce poskytla ucelený přehled o problematice menopauzy, jejích příznacích a změnách, které ovlivňují fyzické i psychické zdraví ženy. Zvláštní důraz byl kladen na oblast sexuality, která je v tomto období významně ovlivněna hormonálními změnami, psychickým stavem i kvalitou partnerského vztahu. Bylo poukázáno na to, že menopauza nepředstavuje pouze biologický proces, ale komplexní životní období, které zasahuje do více oblastí života ženy.

Výzkumná část práce přinesla konkrétní poznatky o tom, jak ženy vnímají svůj sexuální život v období menopauzy a jaké obtíže nejčastěji pociťují. Z výsledků vyplynulo, že menopauza má na sexuální život žen převážně negativní vliv, přičemž mezi nejčastější obtíže patří snížení sexuální touhy, vaginální suchost a bolest při pohlavním styku. Tyto výsledky odpovídají i závěrům zahraničních studií, které poukazují na obdobné problémy u žen v tomto období.

Dále bylo zjištěno, že ženy využívají různé způsoby, jak své obtíže zmírnit. Nejčastěji se jedná o lubrikanty a zvlhčující přípravky, hormonální substituční terapii a další podpůrné prostředky, jako jsou doplňky stravy či fytoestrogeny. Významnou roli hraje také psychická pohoda, komunikace s partnerem a celkový životní styl. Tyto faktory mohou zásadně ovlivnit kvalitu sexuálního života a celkovou spokojenost ženy.

V neposlední řadě byl splněn také třetí cíl práce, kterým bylo přispět ke zvýšení povědomí o problematice sexuálního života žen v období menopauzy. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že informovanost žen v této oblasti není dostatečná a že téma sexuality v menopauze je stále vnímáno jako citlivé až tabuizované.

Mnoho žen se o svých obtížích zdráhá hovořit a často nevyhledá odbornou pomoc, přestože by jim mohla výrazně pomoci. Práce poukázala na potřebu otevřenější komunikace mezi ženami a zdravotnickými pracovníky, stejně jako na význam edukace prostřednictvím dostupných informačních zdrojů. Zvýšení povědomí o této problematice může přispět k tomu, že ženy budou své obtíže častěji řešit, vyhledají odbornou pomoc a zlepší tak kvalitu svého života i sexuální spokojenost.

Na základě získaných výsledků lze doporučit zvýšení informovanosti žen prostřednictvím edukačních materiálů, přednášek či online kurzů. Přínosné by bylo také rozšíření specializovaných poradenských služeb, které by ženám poskytly dostatečný prostor pro řešení jejich obtíží.

Závěrem lze konstatovat, že menopauza představuje významné životní období, které může mít různorodý vliv na sexuální život ženy. Přestože je toto období často spojováno s negativními změnami, při dostatečné informovanosti, podpoře a vhodné léčbě může žena i v tomto období prožívat kvalitní a uspokojivý sexuální život.

Seznam použité literatury

- AŠENBRENEROVÁ, Ivana. Menopauza. Esence, 2020. ISBN 978-80-242-6611-4.
- BIRKHAUSER, Martin, GENAZZANI, Andrea R. (ed.). Menopause A Comprehensive Approach. Online. Paté vydání. Springer, 2018. ISBN 978-3-319-63540-8. Dostupné z: <file:///C:/Users/Tereza/Desktop/Pre-Menopause,%20Menopause%20and%20Beyond..pdf>. [cit. 2026-04-30].
- BRIDEN, Lara. Hormonální zdraví zralé ženy. Greenpeak publishing, 2021. ISBN 978-80-7696-025-1.
- CANADIAN MEDICAL. Menopauza: Jak ji poznáme? Napovědět může i domácí test. Online. 2020. Dostupné z: <https://www.canadian.cz/cs/clanky-a-novinky/menopauza-jak-ji-pozname-napovedet-muze-i-domaci-test/>. [cit. 2026-04-30].
- CANO, Antonio. Menopause A Comprehensive Approach. Online. Druhé vydání. Springer, 2025. ISBN 978-3-031-83979-5. Dostupné z: <file:///C:/Users/Tereza/Desktop/menopause%20a%20comprehensive%20approach.pdf>. [cit. 2026-04-30].
- FAIT, Tomáš. Konečně menopauza. Maxdorf, 2025. ISBN 978-80-7345-818-8.
- GUNTER, Jen. Bible vagíny. Jan Melvil Publishing, 2022. ISBN 9788075551528.
- GUNTER, Jen. Manifest menopauzy. Jan Melvil Publishing, 2022. ISBN 9788075551719.
- GYNPRENATAL. Menopauza. Online. Gynprenatal. 2019. Dostupné z: <https://www.gynprenatal.cz/menopauza>. [cit. 2026-04-30].
- International menopause society. Online. 2025. Dostupné z: <https://www.imsociety.org/>. [cit. 2026-05-01].
- JOHNSOVÁ, Cheryl Bridges. Sedm darů menopauzy. MAITREA inspirace srdcem s.r.o, 2022. ISBN 978-80-750-651-6.
- KOLIBA, Peter; WEISS, Petr; NĚMEC, Martin a DIBONOVÁ, Markéta. Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetřovatelství. Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2039-0.
- LIZ, Dr.Sheila de. Beze studu. Kazda, 2025. ISBN 978-80-7670-257-8.
- LIZ, Dr.Sheila de. Žena v ohni. KAZDA s.r.o, 2025. ISBN 978-80-7670-198-4.
- Moderní gynekologie. Online. 2. přepracované a doplněné vydání. Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-7313-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/moderni-gynekologie-2862767/>. [cit. 2026-04-30].
- RICHARDSON, Diana. Tantrický sex a menopauza. Synergie Publishing, 2018. ISBN 978-80-7370-536-7.
- Study of Women's Health Across the Nation. Online. 2025. Dostupné z: <https://www.swanstudy.org/>. [cit. 2026-05-01].
- SZABÓ, Alice Anna a KOBALOVÁ, Petra. Menopauza s lektori. Nastole, 2024. ISBN 978-80-7448-099-7.

The menopause society. Online. 2025. Dostupné z: <https://menopause.org/>. [cit. 2026-05-01].

WEISS, Petr. Happyend. Online. Albatros media, 2024. ISBN 978-80-204-6416-3. Dostupné z: <file:///C:/Users/Tereza/Downloads/Happyend.pdf>. [cit. 2026-04-30].

ŽIŽKOVÁ, Kamila. Vulva není vagína. Albatros media, 2023. ISBN 9788026449782.

Přílohy

Příloha A: Dotazník

Dovolte mi abych Vás požádala o vyplnění mého dotazníku pro mou bakalářskou práci s názvem Sexuální život ženy v období menopauzy. Moje jméno je Tereza Grunová a jsem studentkou třetího ročníku oboru porodní asistence na Vysoké škole polytechnické Jihlava.

Děkuji Vám moc za Váš čas a upřímnost. Všechny odpovědi budou použity zcela anonymně a pouze pro akademické účely.

1. ZÁKLADNÍ INFORMACE

1. Kolik je Vám let?

- 45-49 let
- 50-54 let
- 55-59 let
- 60 let a více

2. Jaký je Váš rodinný stav?

- Vdaná
- Rozvedená
- Vdova
- Svobodná
- Žije s partnerem

3. Žijete sexuálním životem?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

4. Kolik let uplynulo od Vaší poslední menstruace?

- Méně než 1 rok
- 1-3 roky
- 4-6 roků
- Více než 6 roků

5. Cítíte, že jste dostatečně informována o sexuálním životě po menopauze?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše
- Ne

6. Myslíte si, že se dostatečně mluví o menopauze a jejích vlivech na život ženy? (otevřená odpověď)

7. Jakou formou byste uvítala získat informace o sexuálním životě v období menopauzy? (Otevřená odpověď)

2. MENOPAUZA A JEJÍ VLIV NA SEXUÁLNÍ ŽIVOT

8. Jaký vliv měla menopauza na Váš sexuální život?

- Velmi pozitivní
- Spíše pozitivní
- Žádný vliv
- Spíš negativní
- Velmi negativní

9. Došlo po menopauze k některým níže popsaným změnám? (je možno více odpovědí)

- Suchost pochvy
- Snížení libido
- Bolest při pohlavním styku
- Potíže s dosáhnutím orgasmu
- Nezájem o sex
- Únava
- Stres
- Návaly vedra
- Podráždění
- Deprese
- Žádné změny
- Jiné (uved'te): _____

10. Je pro Vás sexuální život po menopauze stejně důležitý jako předtím?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne
- Vlastní poznatky: _____

11. Jaký měla vliv menopauza na Vaše prožívání intimity, sexuální touhy nebo vztahu s partnerem/manželem? (otevřená odpověď)

3. POMOC A PODPORA V SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ PO MENOPAUIZE

12. Když jste zaznamenala potíže, hledala jste odbornou pomoc? (gynekolog, praktický lékař, psycholog, sexuolog)

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Neměla jsem potíže

13. Pokud jste odpověděla ano nebo spíše ano, kde jste pomoc hledala?

- Gynekolog
- Praktický lékař
- Psycholog
- Sexuolog
- Jiné: _____

14. Vyřešily se Vaše potíže?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne
- Neměla jsem potíže

15. Cítíte podporu a pochopení/trpělivost od partnera/manžela v oblasti intimity a sexuálního života po menopauze?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne
- Nemám vztah

16. Co Vám pomáhá zlepšovat sexuální život po menopauze? (je možno více odpovědí)

- Hormonální substituční terapie (HRT)
- Lokální estrogeny (vaginální krémy, čípky, kroužky)
- Lubrikanty a zvlhčovačla
- Přírodní doplňky stravy (maca, kotvičnick zemní, ašvaganda)
- Fytoestrogeny
- Bylinky (yzop, zázvor, ginkgo biloba)
- Nepotřebovala jsem
- Jiné (uveďte): _____

17. Máte nějaké osobní rady a tipy pro jiné ženy v tomto období, které Vám pomohly? (otevřená odpověď)

4. SEXUÁLNÍ SPOKOJENOST

18. Jak byste ohodnotila svůj sexuální život po menopauze?

- Velmi spokojená
- Spíše spokojená
- Nemám sexuální život
- Spíše nespokojená
- Velmi nespokojená

19. Cítíte, že se Váš sexuální život po menopauze změnil? (Pokud nemáte sexuální život, neodpovídejte)

- K lepšímu
- Zůstal stejný
- K horšímu
- Vlastní poznatky: _____

20. Cítíte během intimního styku po menopauze fyzické nepohodlí? (Pokud nemáte sexuální život, neodpovídejte)

-
- Vždy
- Často
- Zřídka
- Občas
- Nikdy
- Vlastní poznatky: _____

21. Co Vám nejvíce pomáhá udržovat zdravý a spokojený sexuální život po menopauze? (otevřená odpověď)

5. MASTURBACE A POUŽÍVÁNÍ SEXUÁLNÍCH POMŮCEK

22. Masturbujete?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

23. Během menopauzy více upřednostňuji masturbaci než pohlavní styk?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne
- Nemasturbuji

24. Zvýšila se u vás frekvence masturbace po nástupu menopauzy?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne
- Nemasturbuji

25. Používala jste sexuální pomůcky před začátkem menopauzy?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

26. Pomohly vám sexuální pomůcky zvládat fyzické změny spojené s menopauzou? (suchost, menší vzrušivost atd.)

- Ano

- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne
- Nepoužívám pomůcky

27.Které pomůcky Vám pomohly zlepšit sexuální život?(otevřená odpověď, pokud nepoužíváte neodpovídejte)

Příloha B: Souhlas se sběrem dat

Jméno a příjmení žadatele:

Telefon: +420734802235

E-mail: terka.grunova@seznam.cz

Název školy: Vysoká škola polytechnická Jihlava

Studijní program: Porodní asistence

Věc: Žádost o sběr dat pro zpracování bakalářské práce

Vážený pane doktore/ paní doktorko,

Obracím se na Vás s žádostí o povolení sběru dat u Vašich pacientek v ordinaci v období od prosince 2025 -března 2026.Sběr dat je součástí výzkumné části mé bakalářské práce na téma "Sexuální život žen v období menopauzy", kterou zpracovávám na Vysoké školy polytechnické Jihlava pod vedením vedoucí katedry zdravotnických studií paní doktorky PhDr. Vlasty Dvořákové, PhD.

Metodikou výzkumu budou dotazníky pro ženy v období menopauzy, které se budou týkat jejich sexuálního života a vlivu menopauzy na něj. Výsledky tohoto šetření budou využity výhradně pro účely mé bakalářské práce a budou anonymizovány.

Budu Vám velmi vděčná za kladné vyjádření k mé žádosti a za udělení souhlasu s realizací sběru dat.

Děkuji za Váš čas a vstřícnost

S úctou

Tereza Grunová
Studentka 3.ročníku oboru Porodní asistence
Vysoká škola polytechnická Jihlava

Ve Frýdku-Místku

Podpis: _____



Razítko: _____

Jméno a příjmení žadatele:

Telefon: +420734802235

E-mail: terka.grunova@seznam.cz

Název školy: Vysoká škola polytechnická Jihlava

Studijní program: Porodní asistence

Věc: Žádost o sběr dat pro zpracování bakalářské práce

Vážený pane doktore/ paní doktorko,

Obracím se na Vás s žádostí o povolení sběru dat u Vašich pacientek v ordinaci v období od prosince 2025 -března 2026.Sběr dat je součástí výzkumné části mé bakalářské práce na téma "Sexuální život žen v období menopauzy", kterou zpracovávám na Vysoké škole polytechnické Jihlava pod vedením vedoucí katedry zdravotnických studií paní doktorky PhDr. Vlasty Dvořákové, PhD.

Metodikou výzkumu budou dotazníky pro ženy v období menopauzy, které se budou týkat jejich sexuálního života a vlivu menopauzy na něj. Výsledky tohoto šetření budou využity výhradně pro účely mé bakalářské práce a budou anonymizovány.

Budu Vám velmi vděčná za kladné vyjádření k mé žádosti a za udělení souhlasu s realizací sběru dat.

Děkuji za Váš čas a vstřícnost

S úctou

Tereza Grunová
Studentka 3.ročníku oboru Porodní asistence
Vysoká škola polytechnická Jihlava

Ve Frýdku-Místku

Podpis: _____


Razítko: _____



Jméno a příjmení žadatele:

Telefon: +420734802235

E-mail: terka.grunova@seznam.cz

Název školy: Vysoká škola polytechnická Jihlava

Studijní program: Porodní asistence

Věc: Žádost o sběr dat pro zpracování bakalářské práce

Vážený pane doktore/ paní doktorko,

Obracím se na Vás s žádostí o povolení sběru dat u Vašich pacientek v ordinaci v období od prosince 2025 -března 2026.Sběr dat je součástí výzkumné části mé bakalářské práce na téma "Sexuální život žen v období menopauzy", kterou zpracovávám na Vysoké škole polytechnické Jihlava pod vedením vedoucí katedry zdravotnických studií paní doktorky PhDr. Vlasty Dvořákové, PhD.

Metodikou výzkumu budou dotazníky pro ženy v období menopauzy, které se budou týkat jejich sexuálního života a vlivu menopauzy na něj. Výsledky tohoto šetření budou využity výhradně pro účely mé bakalářské práce a budou anonymizovány.

Budu Vám velmi vděčná za kladné vyjádření k mé žádosti a za udělení souhlasu s realizací sběru dat.

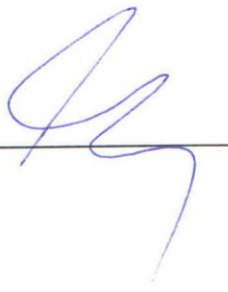
Děkuji za Váš čas a vstřícnost

S úctou

Tereza Grunová
Studentka 3.ročníku oboru Porodní asistence
Vysoká škola polytechnická Jihlava

Ve Frýdku-Místku

Podpis: _____



Razítko: _____

