

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

EMOČNÍ PROŽÍVÁNÍ ŽEN V OBDOBÍ KLIMAKTERIA A STRATEGIE K JEHO ZVLÁDÁNÍ

WOMEN'S EMOTIONAL SYMPTOMS DURING THE
MENOPAUSE AND THEIR COPING STRATEGIES



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Kateřina Houšková**

Vedoucí práce: **Mgr. Tereza Cahel**

Olomouc

2023

Na tomto místě bych chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na vzniku této bakalářské diplomové práce. V první řadě děkuji Mgr. Tereze Cahel za vstřícnost, ochotu a odborné vedení mé práce. Také bych chtěla poděkovat všem lékařkám, které mi poskytly cenné informace a rady a přispěly tak realizaci této práce. Dále děkuji všem ženám, které byly ochotny zapojit se do výzkumu. V neposlední řadě chci vyjádřit velký dík svým blízkým za podporu při studiu.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Emoční prožívání žen v období klimakteria a strategie k jeho zvládnutí“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31.3.2023

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	4
	ÚVOD.....	7
	TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1	Klimakterium	10
1.1	Terminologie	10
1.2	Fyziologie klimakteria.....	11
1.3	Příznaky klimakteria.....	12
1.3.1	Klimakterický syndrom	13
1.3.2	Estrogen – deficitní metabolický syndrom.....	14
1.4	Postupy léčby v klimakteriu	15
1.4.1	Hormonální léčba	15
1.4.2	Alternativní léčba	17
2	Psychologické aspekty klimakteria.....	19
2.1	Menopauza a stárnutí.....	19
2.2	Postoj žen k menopauze	20
2.3	Emoční prožívání v období klimakteria	21
2.4	Psychické potíže v klimakteriu.....	23
2.5	Výzkumy na podobné téma	24
3	Další aspekty klimakteria	26
3.1	Historický pohled na menopauzu	26
3.2	Téma menopauzy v dnešní společnosti	27
3.3	Sociální aspekty klimakteria.....	28
3.3.1	Rodina a přátelé.....	29
3.3.2	Pracovní život.....	29
3.4	Sexualita v klimakteriu.....	30
4	Zvládání zátěže	32
4.1	Zátěž	32
4.2	Stres	33
4.3	Krize	Chyba! Záložka není definována.
4.4	Zvládání	36
4.5	Strategie zvládání	36
4.6	Strategie zvládání klimakteria	39
4.6.1	Zdravý životní styl.....	41

VÝZKUMNÁ ČÁST	42
5 Výzkumný problém, výzkumné cíle a výzkumné otázky	43
5.1 Výzkumný problém	43
5.2 Výzkumný cíl a výzkumné otázky	44
6 Typ výzkumu a použité metody	45
6.1 Metodologický přístup a typ výzkumu	45
6.2 Výzkumný soubor	46
6.3 Metody získávání dat	48
6.4 Etika výzkumu	49
6.5 Metoda zpracování a analýzy dat	49
7 Výsledy analýzy rozhovorů	51
7.1 Klimakterium	53
7.1.1 Nástup klimakteria	53
7.1.2 Individualita	54
7.1.3 Fyzické příznaky	54
7.1.4 Psychické příznaky	55
7.1.5 Závažnost potíží	56
7.2 Žena	56
7.2.1 Osobní nastavení	56
7.3 Stárnutí	57
7.3.1 Projevy stárnutí	57
7.3.2 Bilancování	57
7.4 Rodina	58
7.4.1 Partner	58
7.4.2 Děti	59
7.5 Společnost	59
7.5.1 Pracovní život	60
7.5.2 Kamarádky	60
7.6 Strategie zvládání	61
7.6.1 Strategie zaměřené na problém	61
7.6.2 Strategie zaměřené na emoce	62
7.6.3 Obranné mechanismy a jiné strategie	63
7.7 Interakce klimakterium – žena	64
7.7.1 Prožívání nástupu klimakteria	64
7.7.2 Emoce	64
7.7.3 Důsledky	65
7.7.4 Zhodnocení	66
7.8 Interakce klimakterium – stárnutí	67
7.8.1 Význam menopauzy	67
7.9 Interakce klimakterium – rodina	67
7.9.1 Matčina zkušenost s menopauzou	67

7.9.2	Sexualita	67
7.10	Interakce klimakterium – společnost.....	68
7.10.1	Mluvení o klimakteriu	68
7.10.2	Pohled na ženu v klimakteriu ve společnosti	69
7.11	Interakce klimakterium – strategie zvládání.....	69
7.11.1	Lékařská péče	69
7.12	Interakce stárnutí – rodina	71
7.12.1	Změna role.....	71
7.13	Interakce rodina – žena.....	71
7.13.1	Potřeby ženy	71
7.14	Interakce žena – stárnutí	72
7.14.1	Vnímání sebe sama.....	72
7.15	Interakce společnost – strategie zvládání	72
7.15.1	Sociální opora.....	72
7.16	Interakce žena – strategie zvládání	73
7.16.1	Doporučení	73
8	Zodpovězení výzkumných otázek	74
9	Diskuse	78
9.1	Výzkumný soubor	78
9.2	Použité metody	79
9.3	Interpretace výsledků.....	80
9.4	Využití výsledků výzkumu.....	83
10	Závěr.....	84
11	Souhrn	86
	LITERATURA.....	88
	PŘÍLOHY	97

ÚVOD

Každý člověk v průběhu svého života projde několika vývojovými stádii. Klimakterium jako přechod z reprodukční fáze do nereprodukční je v životě ženy jedním z těchto stádií. Menopauza představuje vývojově podmíněnou hormonální změnu, která vede ke konci plodnosti ženy a završuje tak jednu fázi vývoje její ženské role (Ašenbrenerová, 2020). Každá žena se pravděpodobně do této fáze života jednou dostane a bude čelit výzvam, které přináší.

Ve společnosti se můžeme setkat s různými narážkami na chování žen určitého věku, jelikož je všeobecně známo, že menopauza se týká žen kolem 50 let. Většina lidí ale netuší, že období klimakteria je náročným obdobím velkého přizpůsobení se důležitým sociálním, psychologickým a hormonálním změnám. Pro ženu je příchod menopauzy jasným signálem, že se tělo mění a organismus stárne. Různé aspekty stárnutí mohou být nepříjemné, ale je to skutečnost, která potká většinu z nás a budeme se s ní muset nějakým způsobem vyrovnat.

Muži postupem věku také ztrácejí určité hormony, konkrétně androgeny. Proto se tomuto období v jejich životě přezdívá „*andropauza*“. Tento proces je ale mnohem mírnější než u žen a muži často tuto změnu nezaznamenají nebo si ani nejsou vědomi toho, že se jim něco takového týká.

Klimakterium většina žen zaznamená, jelikož se obvykle projevuje různými symptomy. Jsou ale i ženy, které „*přechod*“ prožijí bez jakýchkoliv pro ně patrných a viditelných změn a ve výsledku pro ně menopauza znamená pouze konec menstruace.

Toto téma jsem si pro diplomovou bakalářskou práci vybrala z toho důvodu, že pro nás ženy představuje aktuální problematiku, která se dříve nebo později bude týkat každé z nás. Menopauza byla vždy upozadřovaným aspektem reprodukční schopnosti ženy, o kterém se ženám stále nechce moc mluvit. Ženy procházející menopauzou bývají nepochopeny svým okolím a často se musí se všemi s ní souvisejícími změnami vyrovnat samy. Je proto na čase téma otevřít a ženy v tomto období podporovat.

V rámci teoretického ukotvení a zorientování se v problematice jsem provedla rozhovory se dvěma gynekoložkami a jednou psychiatrickou, které mi poskytly cenné informace a různé pohledy na tuto problematiku. Jejich poznatky využiji jak v části teoretické, tak praktické.

V teoretické části práce je představeno klimakterium včetně jeho fyziologie, symptomatologie a léčby klimakterických potíží. Dále jsou zde popsány psychologické a různé další aspekty klimakteria. Teoretická část je ukončena informacemi o zvládnání zátěže a strategiích zvládnání klimakteria.

Výzkumná část si klade za cíl zmapovat, jak ženy prožívají období klimakteria a jaké strategie k jeho zvládnání využívají. Výzkum byl realizován za pomoci kvalitativní metodologie a kvalitativních metod.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KLIMAKTERIUM

Menopauzy, jakožto ukončení reprodukční funkce, se v současnosti dožívá 95 % žen (Rob et al., 2008). Menopauza je důsledkem civilizačního vývoje a s ním souvisejícího prodloužení průměrné délky života (Roztočil, 2011). Na počátku lidstva bylo vzácné dožít se věku nad 35 let, takže žena byla plodná po celý svůj život. V dnešní době se ženy dožijí v průměru 80 let. To znamená, že ženy stráví téměř 30-40 % života v estrogenním deficitu, což s sebou nese zvýšené riziko různých zdravotních ohrožujících stavů (Donnez & Dolmans, 2018). Žádná žena, která se dožije tohoto věku, se menopauze nevyhne.

V následujících kapitolách si přiblížíme základní informace o klimakteriu.

1.1 Terminologie

Pro pojmenování tohoto období v životě ženy se používají různé výrazy. Setkáme se s pojmy *klimakterium*, *období menopauzy* nebo *přechod*. Ve společnosti se nejčastěji setkáme s pojmem *menopauza*, který ale bývá často chybně používán (Blümel et al., 2013). V odborné terminologii **menopauzou** označujeme poslední menstruační krvácení ještě řízené ovariální funkcí. Stanovuje se retrospektivně po období 12 měsíců od poslední menstruace. Průměrný věk menopauzy u nás je zhruba 51 let (Koliba, 2021). Klimakterium a menopauza není totéž a je vhodné termíny rozlišovat. Živný (2004, s. 403) definuje **klimakterium** jako „*období přechodu mezi plodným věkem ženy a začátkem senia, ve kterém dochází k fyziologickému poklesu funkce ovarií a následným endokrinním, somatickým a psychickým změnám*“. Jedná se tedy o určitý časový úsek před menopauzou i po menopauze. Vyskytuje se mezi 45. a 60. rokem věku (Fait, 2004).

Podle Donáta (1987) v terminologii této problematiky obecně existuje mnoho nejasností. Odborníci se shodují, že se období klimakteria dělí na určité fáze, ale definice jednotlivých fází se v literatuře často liší. K definici pojmů jsem vybrala ty, které se v literatuře vyskytují nejčastěji, jsou nejsrozumitelnější a používám je v celé diplomové práci.

Dělení fází klimakteria:

- **Premenopauza**

Premenopauza je období se stále zachovalým menstruačním cyklem, kdy se již objevují příznaky klimakterického syndromu (Fait, 2018).

- **Perimenopauza**

Perimenopauza je období začínající přibližně jeden rok před menopauzou, kdy jsou patrné klinické ukazatele blížící se menopauzy, a končící jeden rok po menopauze (Mardešić, 2013).

- **Postmenopauza**

Postmenopauza začíná jeden rok po poslední menstruaci v životě, tedy po menopauze. Trvá zhruba 6-8 let a přechází do období stáří – senia (Donát, 1987).

1.2 Fyziologie klimakteria

Fyziologie klimakteria je velmi obsáhlá a figuruje v ní mnoho procesů, jimž se věnují obory gynekologie a endokrinologie. Pro účely mé práce jsem vybrala pouze shrnutí nejdůležitějších faktů o tom, jak klimakterium probíhá.

V klimakteriu postupně dochází k vyhasínání činnosti ženských pohlavních orgánů. Postupným snižováním počtu aktivních folikulů ve vaječnicích dochází k poklesu tvorby nejdůležitějších ženských pohlavních hormonů – estrogenů (estradiolu a estronu) a také progesteronu (Koliba, 2021). Nakonec dojde k úplnému vyčerpání folikulů ve vaječnicích, a tedy ukončení ovariální funkce. Nastává konec menstruačního cyklu a žena se stává neplodnou (Donát, 1987). Estrogeny mají především protektivní vliv na velkou řadu funkcí v organismu. Jejich pokles se projeví na stránce fyzické, psychické i na úrovni orgánů (Gynekolog č. 1, osobní sdělení, 17. září 2022). V tomto procesu dochází k poklesu hladin estradiolu o 90 % a estronu o 70 %, ale produkce estrogenů u žen po menopauze neustává úplně. Jejich zdrojem u postmenopauzálních žen jsou převážně přeměněné mužské hormony androgeny vyráběné vaječníky a nadledvinami, přičemž přeměna na estrogény probíhá zejména v tukové tkáni. Jejich hladina ale zůstává nízká (Fait, 2004).

Podle *World Health Organisation* (2022) u většiny žen nastává menopauza mezi 45. a 55. rokem života jako součást přirozeného biologického stárnutí. Není možné předurčit, v jakém věku menopauza nastane, ale souvislost mezi věkem menopauzy a určitými

demografickými, zdravotními a genetickými faktory existuje. Mezi konkrétní faktory ovlivňující věk menopauzy patří: *věk nástupu první menstruace, doba trvání menstruačního cyklu, kouření, rasa, zeměpisná poloha, nadmořská výška a socioekonomické faktory*. Kouření představuje hlavní prediktor časného nástupu menopauzy (Hrušková, 2007).

Některé ženy mohou prožít menopauzu dříve, a to před 40. rokem věku. Příčinu můžeme hledat v různých chromozomálních abnormalitách, autoimunitních onemocněních a v dalších neznámých příčinách. Tento stav nazýváme *předčasně ovariální selhání* a trpí jím zhruba 1 % žen z celosvětové populace (Santoro, 2003). Menopauza může být také uměle vyvolána chirurgickým zákrokem, kdy jsou ženě odstraněny vaječníky (*adnexektomie*). Nejčastějším důvodem odstranění vaječnicků jsou onkologické diagnózy (gynekologické nádory či karcinomy prsu). Dále může být menopauza způsobena léčbou, která sekundárně zapříčiní zástavu ovariální funkce – například chemoterapie, léčba antiestrogeny. Odborně toto nazýváme indukovanou menopauzou (Rešlová, 2012).

1.3 Příznaky klimakteria

Mezi prvotní příznaky klimakteria patří poruchy menstruačního cyklu. Menstruace začne být nepravidelná, má různou intenzitu, přičemž někdy může být krvácení neobvykle silné a jindy mírné. U některých žen může dojít ke zhoršení premenstruačního syndromu s typickou bolestí v podbříšku či výkyvy nálad (Marešová, 2021). V důsledku deficitu estrogenů se objevují u žen v období klimakteria různé obtíže. Část z nich jednoznačně souvisí s estrogením deficitem, ale u některých je obtížné odlišit i vliv celkového stárnutí organismu (Rob et al., 2008).

Pro hodnocení míry obtíží bylo vyvinuto několik dotazníků. Mezi nejznámější řadíme *Women's Health Questionnaire (WHQ)* pro hodnocení emočního a fyzického stavu žen nebo *Menopause Rating Scale (MRS)*, která je díky své jednoduchosti a praktičnosti často užívanou metodou v praxi. Jedním z nejpoužívanějších je také poměrně staré skórovací schéma *Kuppermanův index* (Fait, 2018).

Četnost, rozsah a intenzita příznaků jsou závislé na životním stylu, zdravotních problémech, tělesné kompozici, sociodemografických charakteristikách a sociálních faktorech. Nezdravý životní styl a doprovodné zdravotní problémy jsou prediktorem vyššího výskytu příznaků. Přibližně u 20-25 % žen v klimakteriu se příznaky nevyskytují vůbec, zbylých 75-80 % žen příznaky v určité míře zažívá. Tyto příznaky jsou nejvýraznější u žen,

kteře jsou náhle zbaveny estrogenové sekrece, nejčastěji oboustrannou adnexektomií (Li et al., 2003; Schindler, 2006).

Délka období, kdy se vyskytují u žen klimakterické projevy, je velmi variabilní. Fait (2021 – současnost) uvádí, že průměrná délka je sedm let, přičemž potíže postupně slábnou. Dodává, že významnou roli v prožívání klimakteria hraje genetika – to, jaký průběh měly ženy v užší rodině.

V současnosti dělíme symptomatologii klimakteria na tři syndromy – *syndrom vegetativní* (poruchy vazomotorické, psychické), *syndrom organický* (změny kožní, urogenitální, tělesné hmotnosti) a *syndrom metabolický* (ovlivnění lipidového spektra, aterosklerózy, osteoporózy) (Fait, 2004).

1.3.1 Klimakterický syndrom

Klimakterickým syndromem nazýváme vegetativní příznaky klimakteria – **vazomotorické a psychické**. Tyto symptomy označujeme za akutní. Většinou neohrožují zdraví, ale snižují kvalitu života žen a mohou nepříznivě ovlivnit prožívání celého klimakteria (Hrušková, 2007). Projevy klimakterického syndromu se s velkou individuální rozdílností začínají objevovat v premenopauze a mohou končit až 5-10 let po menopauze (Křepelka, 2015). Vazomotorické symptomy zažívá až 85 % žen, z toho 10-20 % je vnímá jako závažné (Rešlová, 2012).

Jedním z prvních projevů klimakterického syndromu jsou návaly horka, které jsou nejspíše zapříčiněny poruchou termoregulace vlivem hormonálních změn. Vyznačují se pocity horka v horní polovině těla, především v obličeji, na krku a hrudi, jsou doprovázeny pocením a běžně trvají několik minut. Návaly horka mohou doprovázet palpitace, pocit slabosti, závratě, ale i úzkost a podrážděnost. Objevují se i v noci jako „*noční pocení*“ a mohou tak narušit spánek (Rob et al., 2008). Mnohé vědecké studie tento vztah potvrdily, například Ohayon (2006) ve své studii o vztahu návalů a nespavosti udává, že až 80 % klimakterických žen, které trpěly závažnými návaly horka, vykazovaly známky chronické nespavosti. Jejich léčba může zlepšit kvalitu spánku a minimalizovat škodlivé následky poruch spánku. Ohayon dále dodává, že problémy se spánkem u žen v klimakteriu obecně souvisí se stárnutím a jsou ovlivněny více faktory. Li et al. (2003) ve svém výzkumu zjistili, že nižší výskyt návalů udávají ženy, které pravidelně fyzicky cvičí, a ženy s vyšším vzděláním.

Dalšími možnými projevy syndromu jsou bolesti hlavy, závratě a zažívací potíže (Donát, 1987). Mezi psychické projevy klimakterického syndromu řadíme změny nálad, deprese, úzkosti, vyčerpání, podrážděnost, ztrátu energie, nervozitu, nespavost a ztrátu libida (Fait, 2018). Na problematiku psychických potíží v období klimakteria se podrobněji podíváme v jedné z následujících kapitol.

1.3.2 Estrogen – deficitní metabolický syndrom

Estrogen – deficitním metabolickým syndromem souhrnně označujeme změny organické (subakutní) a metabolické (chronické). Jsou přímým důsledkem nedostatku estrogenů a projevují se na cílových orgánech. Z hlediska rychlosti nástupu jsou to pozdní projevy deficitu estrogenů (Kalvach, 2004).

U žen po menopauze nastává atrofizace kůže a sliznic, zejména v oblasti vaginy. Vlivem atrofie sliznic močového systému vzniká u žen často stresová inkontinence moči, recidivující infekce močových cest (Fait, 2004).

Metabolický klimakterický syndrom je velice široký medicínský pojem. Toto téma je předmětem mnoha studií vnitřního lékařství. Má velké socioekonomické následky. Fait (2004) dále uvádí, že s nástupem postmenopauzy u žen roste riziko následujících zdravotních problémů:

- a) riziko progresu osteoporózy,
- b) progresu aterosklerózy, která je podkladem vzniku ischemické choroby srdeční (ICHS), ischemické choroby dolních končetin a zvyšuje riziko vzniku mozkové příhody,
- c) poruchy lipidového spektra.

1.4 Postupy léčby v klimakteriu

V klimakteriu je pravděpodobné, že se u žen různé nežádoucí příznaky projeví. Většina z těchto potíží sice po několika letech ustane, ale akutní potíže mohou výrazně ovlivnit život žen a vést k vyhledání lékařské pomoci. U některých žen mohou mít tyto příznaky významný negativní dopad, obzvláště v případech, kdy je žena pokládá za závažné (Sourouni et al., 2021). Prožívání klimakteria je do určité míry subjektivní záležitostí. Žena může zažívat určité symptomy a vnímat je jako neobtěžující. Jiná žena může mít podobnou zkušenost, ale vnímá jí jako nepříjemnou a rozhodne se, že potřebuje lékařský zásah (Bowles, 2013).

Williams et al. (2009) ve svém výzkumu o kvalitě života v klimakteriu zjistili, že návaly horka u žen ovlivňují jejich práci (46 %), společenské aktivity (44 %), volnočasové aktivity (48 %), spánek (82 %), náladu (69 %), koncentraci (69 %), sexuální aktivitu (41 %), celkovou úroveň energie (63 %) a celkovou kvalitu života (69 %). Pro ženy v tomto věku je důležitým kritériem pro životní spokojenost dobré zdraví. Proto je vhodné lékařskou pomoc v klimakteriu vyhledat a informovat se u svého lékaře o dostupné léčbě.

Problematikou nedostatku estrogenů a z ní vyplývajících akutních i chronických změn organismu se zabývá *klimakterická medicína*, což je mezioborová disciplína se základem v gynekologii (Fait, 2004). Obvykle se o objevení symptomů klimakteria ženy nejprve zmíní gynekologovi. Většinou se tak stane při každoroční preventivní prohlídce, jindy ženy přichází do ordinace s tím, že jim vynechává menstruace nebo pozorují v menstruačním cyklu nějaké abnormality (Gynekolog č. 1, osobní sdělení, 17. září 2022). Kromě gynekologa hraje důležitou roli v prevenci a léčbě problémů klimakteria i praktický lékař.

V dnešní době je nabídka přípravků na zmírnění klimakterických obtíží velmi bohatá. Léčba klimakterických potíží může být hormonální či nehormonální.

1.4.1 Hormonální léčba

Nejznámější, nejúčinnější a zároveň dostupnou léčbou v případě klimakterických obtíží je hormonální substituční terapie, anglicky „*hormone replacement therapy*“ (HRT). Je to skupina preparátů s pohlavními hormony, která je určena k podávání v případě deficitu estrogenů. „*Cílem HRT je po menopauze udržet přibližně stejnou koncentraci ženských pohlavních hormonů v plasmě jako je ve fertilním věku*“ (Živný, 2004, s. 403). Podávání

estrogenů vede k odstranění prakticky všech příznaků klimakteria a je účinnou prevencí příznaků dlouhodobého deficitu estrogenů. Zlepšuje náladu přímo, prostřednictvím působení na estrogení receptory v mozku, nebo nepřímo, odstraněním tělesných obtíží (Fait, 2018). Většina žen HRT užívat může, ale existují určité kontraindikace. HRT není vhodná, pokud trpí žena onemocněním jater, má v anamnéze rakovinu prsu, rakovinu vaječníků, rakovinu dělohy nebo je u ní riziko krevních sraženin (Živný, 2004).

Pro ženy, které mají dělohu, je určena kombinovaná hormonální terapie – estrogeny v kombinaci s gestageny. U žen, které dělohu nemají, se nasazují čistě estrogení preparáty (Gynekolog č. 1, osobní sdělení, 17. září 2022).

Okolo tématu HRT panuje určitá kontroverze a v posledním desetiletí došlo k výrazným výkyvům v názorech na přínos a rizika hormonální substituční terapie. Tuto kontroverzi odstartovala v roce 2002 studie *Women's Health Initiative*, která byla navržena tak, aby vyhodnotila dlouhodobé přínosy a rizika postmenopauzálního užívání HRT s vědomím, že ženy budou dlouhodobě užívat estrogen pro prevenci srdečních onemocnění, nikoli pro léčbu symptomů. Do té doby panovalo přesvědčení, že HRT je účinná nejen v léčbě klimakterických symptomů, ale i jako prevence organických změn po menopauze. Tato studie však došla k závěru, že léčba nepřináší žádné benefity, a naopak zvyšuje riziko výskytu rakoviny prsu a srdečních chorob (Lobo, 2016). Výzkum byl ihned po jeho zveřejnění celosvětově kritizován za jeho zavádějící informace a neodborné interpretace vedoucí k dezinformacím. Průměrný věk účastnic bylo totiž 63 let, kdy symptomy menopauzy již obvykle skončily a HRT se v takovém věku podává jen zřídka. Užitečnou informací, kterou studie WHI přinesla, byla důležitost věku při zahájení léčby a dobrého bezpečnostního profilu pro užívání HRT u žen mladších 60 let (Sturdee et al., 2011). Od té doby proběhlo mnoho dalších klinických studií s mladšími účastnicemi a ukázalo se, že přínosy léčby u většiny perimenopauzálních a časně postmenopauzálních žen převažují nad riziky, když se začne HRT podávat ve správný čas (Langer, 2017).

Podle příručky *International Menopause Society* (2016) je riziko rakoviny prsu vlivem užívání HRT nízké a po ukončení léčby se postupně snižuje. O trochu vyšší je riziko spojené s kombinovanou HRT a souvisí s délkou užívání. Podle Faita (2018) lze za bezpečné považovat užívání do doby 10 let, poté je vhodné znovu zvážit poměr rizik a prospěchu. V literatuře se udává, že užívání nad 10 let představuje větší riziko. Fait dále informuje, že trendem dnešní doby je minimalizace dávek. Za povinné vyšetření v rámci užívání

hormonální terapie se považuje screeningové mamografické vyšetření, které slouží k případnému odhalení rakoviny prsu.

Z toho vyplývá, že ženy mohou být zmatené ze záplavy různých informací a nemusí si být jisté, na koho se obrátit pro spolehlivou radu. Dají často na názory přátel či známých, aniž by si ověřily fakta, nebo se snaží najít informace samy, přičemž v neodborné literatuře na toto téma existuje mnoho různých informací, které si mohou protiřečit. To ostatně potvrdila i George (2002) ve svém výzkumu, když zjistila, že informace o farmakologické léčbě menopauzy způsobily u většiny participantek značné množství zmatku.

Studie však jasně ukazují, že většina žen užívajících HRT je s účinky spokojená. Vashisht et al. (2001) uvádí, že téměř 90 % žen užívajících HRT je s výsledky léčby spokojeno. Také Bužgová & Kanioková (2013) ve svém výzkumu zjistily, že ženy po šesti měsících užívání HRT signifikantně lépe hodnotily kvalitu života, celkové zdraví i klimakterické obtíže než před zahájením léčby.

1.4.2 Alternativní léčba

Některým ženám neumožňují zdravotní kontraindikace hormonální léčbu užívat, některé ženy z různých důvodů tuto léčbu odmítají. Klimakterické potíže mohou být u některých žen mírné, a proto volí cestu méně invazivní, nefarmakologickou. V takových případech najdeme využití různých alternativních léčebných metod. Alternativní v tomto kontextu znamená nehormonální. Řadíme sem různé rostlinné preparáty, čaje, potravinové doplňky, vitamíny, akupunkturu a mnoho dalších. Hickey et al. (2017) upozorňuje, že nehormonální způsoby léčby příznaků menopauzy jsou populární, ale ne všechny jsou účinné.

Samostatnou skupinu tvoří psychofarmaka, která mohou být ženám doporučena v případě vážnějších psychických obtíží. Za alternativní způsob řešení obtíží považujeme i úpravu životosprávy, a to především fyzický pohyb.

Fytoestrogeny.

Často užívanými preparáty na zmírnění obtíží jsou fytoestrogeny. Jsou to látky, které jsou strukturou podobné estrogenům a obsahují je některé rostliny a byliny. Váží se na estrogení receptory, ale tato vazba je o mnoho slabší, a tudíž mají i slabší účinek. Mezi nejužívanější fytoestrogeny řadíme *isoflavony* a *lignany*. Isoflavony jsou obsaženy například v sóje, červeném jetelu a ploštičníku. Vysokou koncentraci lignanů najdeme v semenech lnu

(Živný, 2004). Phytoestrogeny najdeme také v některých dalších potravinách, jako jsou obilniny, rýže, jahody, černý rybíz, lékořice a datle. Isoflavony vykazují různé biologické účinky – přímo či nepřímo snižují hladinu cholesterolu, zpomalují ztrátu kostní hmoty, zmírňují menopauzální symptomy a vykazují i určitý antikancerogenní účinek (Koliba, 2007). Někteří gynekologové nehormonální preparáty v případě klimakterických obtíží doporučují na prvním místě. Jsou volně prodejné v lékárnách a pacientky si je mohou snadno zakoupit. Pokud tyto přípravky nepomáhají a potíže se zhoršují, gynekologové mohou doporučit nasazení hormonální substituční terapie (Gynekolog č. 1, osobní sdělení, 17. září 2022). Problémem těchto přípravků je, že jejich účinnost není v mnoha případech přesvědčivě vědecky podložena. Huntley & Ernst (2003) informují, že důkazy o účinnosti rostlinných léčivých přípravků v léčbě některých symptomů menopauzy, především vazomotorických symptomů, které ženy zažívají nejčastěji, jsou velmi sporné. Reid (2015) dodává, že většina zpráv o účinnosti těchto látek pochází z nekontrolovaných studií pacientů s mírnými symptomy. Po provedení přísnějších srovnávacích studií se ukázalo, že jen menšina z nich má významný přínos pro vazomotorické symptomy a výsledky jsou srovnatelné s placebo efektem. Přesto v posledních letech vedl agresivní marketing, který tyto doplňkové a alternativní léky propaguje jako „přírodní“ či bezpečnější, k jejich širokému používání.

Psychofarmaka.

V případě závažnějších poruch spánku u žen v přechodu se mohou používat léky navozující spánek (hypnotika). Pokud u ženy dominují psychické obtíže, lékař může pacientce doporučit užívání některých antidepresiv či anxiolytik. Ta by měla být ordinována pouze v indikovaných případech, protože s sebou jako každé léčivo přináší určitá rizika. Důležité je zmínit, že tyto léky neřeší podstatu problému a jsou pouze doplňkovou záležitostí (Koliba, 2007).

Psychoterapie.

V případě psychických obtíží může žena využít poradenství či psychoterapii. Jako účinná ve zmírnění problematických příznaků klimakteria se prokázala kognitivně behaviorální terapie (KBT). Zaměřuje se především na vazomotorické příznaky, ale také na práci se stresem, špatnou náladou a problémy se spánkem. KBT je krátkodobá terapie (čtyři až šest sezení), která je založena na teorii a důkazech. Studie prokázaly, že snižuje dopad vazomotorických příznaků, zlepšuje spánek a má přínos pro celkovou kvalitu života (Hunter, 2020).

2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY KLIMAKTERIA

Klimakterium jako přechod do další fáze života je základní biopsychosociální zkušenost každé ženy. Je to krize i příležitost. Je to období plné tělesných, psychosociálních i spirituálních změn. Pro úspěšné zvládnutí tohoto období by žena měla být schopna změny přijmout a přizpůsobit se jim (McQuaide, 1997). Není to ale vždy jednoduché. Ženy mohou prožívat celou řadu klimakterických příznaků, učí se vyrovnat s tělesnými změnami, ztrátou kondice, koncem plodnosti a s tím souvisejícím možným pocitem ztráty ženskosti či fyzické atraktivity. Také v rodině dochází k výrazným změnám rodinných poměrů (Chromý & Honzák, 2005; Petrenko & Lamprechtová, 2007).

2.1 Menopauza a stárnutí

Podle periodizace vývoje by se dalo období klimakteria zařadit do přechodu mezi střední dospělosti (35-50 let) a pozdní dospělosti (50-70 let). Thorová (2015) zmiňuje menopauzu jako součást stádia pozdní dospělosti, kdy se u žen proces stárnutí stává zřetelným. Někteří lidé vnímají pozdní dospělost jako střední věk, jiní jako počátek stáří. Ženy většinou stárnutí prožívají po psychické stránce náročněji než muži.

Vágnerová (2000) uvádí, že věk 50 let je považován za mezník, který s definitivní platností potvrzuje počátek stárnutí. Hlavním úkolem tohoto období je podle autorky zvládnutí prvních známek biologického stárnutí a přizpůsobení svého životního tempa aktuálním možnostem. Člověk si většinou snížení své výkonnosti a odolnosti uvědomuje a mění postoj k vlastnímu životu. Vágnerová (tamtéž) uvádí, že vztahy s lidmi v úzkém okolí se v tomto období stabilizují, prohlubují, zklidňují, a potřeba intimity se zaměřuje na sdílení, jistotu opory a akceptace. Osobnost člověka je v tomto období zralá, člověk je zkušený v profesním i v osobním životě.

Významným aspektem tohoto období je proměna generativity (odklon od egoismu a zájem o druhé). Důkazem správně zakotvené generativity je narození vnoučat, které potvrzuje pozici v rámci generační kontinuity (Vágnerová, 2000). Proto pro ženy, které jsou

bezdětné a nyní postoupily do fáze klimakteria, může být přechod významově silnější a mohou se s ním vyrovnávat hůře než ženy, které děti v životě měly. To potvrdila Strauss (2011) ve svém výzkumu, kde mimo jiné zjistila, že klimakterium může být zvláště problematické pro ženy, které si bezdětnost nezvolily dobrovolně.

Období pozdní dospělosti může být lidmi prožíváno velmi negativně z různých důvodů. Thorová (2015) uvádí, jaké události k tomu mohou vést: krize manželství, odchod dětí z domova, finanční potíže, strach ze ztráty zaměstnání, nemoci, péče o staré rodiče, přetížení z péče o vnoučata. Ženy se v tomto období často dostávají do nejednoduché pozice, tomuto jevu se přezdívá „*sendvičová etapa*.“ Z jedné strany jsou zatěžovány potřebami mladých dospělých dětí, ze strany druhé potřebami starých rodičů, kteří vyžadují více péče než dříve. Dare (2011) zjistila, že ženy tohoto věku hůře, než odchod dětí z domova prožívají právě fakt, že jejich rodiče stárnou a stávají se více závislími na jejich pomoci.

Vágnerová (2000) k tomu dodává, že za dobrých podmínek ale může jít i o velmi stabilní období. Odchod dětí z domova může mnoha ženám ulevit, jelikož přináší větší svobodu a možnost věnovat se vlastnímu rozvoji, může dojít k růstu nezávislosti a dominance ženy. Také v partnerství je více času na společné aktivity a manželství se v tomto období většinou stává stabilnějším (Vágnerová, 2000).

2.2 Postoj žen k menopauze

Kromě fyziologických faktorů ovlivňují prožívání klimakteria osobnostní charakteristiky ženy, její očekávání a celkový postoj k menopauze.

Hunter & O’Dea (1997, citováno v Kykalová, 2012) tvrdí, že ženy mohou uvažovat o menopauze mnoha způsoby:

- Menopauza definovaná **změnami na tělesné úrovni**,
- Menopauza jako **pokračování životního vývoje**,
- **Konec menstruace** (v pozitivním smyslu),
- Menopauza jako **konec plodnosti**,
- Menopauza jako **známka stárnutí**,
- Menopauza jako **tabu**.

To, jak se ženy staví ke klimakteriu, je ovlivněno kulturními aspekty, sociálním prostředím a tím, jak je v dané společnosti nahlíženo na menopauzu (Erbil, 2018). V kulturách, kde se přikládá vysoká hodnota mládí, vnímá mnoho žen menopauzu jako negativní projev stárnutí – znamená doprovázené nepříjemnými příznaky, které předznamenávají zhoršení zdraví a kvality života v souvislosti s věkem. V kulturách, kde jsou starší lidé ctěni, je menopauza často považována za známku zralosti a zkušenosti – starší ženy jsou zdrojem moudrosti a získávají vyšší sociální status (Reid, 2015).

Postoj žen k menopauze je faktor, který ovlivňuje nejen prožívání, ale podle výzkumů také míru symptomů. Ženy s negativním postojem jsou spojovány s častějším udáváním klimakterických příznaků v porovnání s ženami s pozitivním postojem (Bloch, 2002; Yanikkerem et al., 2012). Vliv může být oboustranný – žena, která zažívá závažné klimakterické potíže, může nabýt negativního postoje vůči menopauze, jelikož s ní má negativní zkušenost. Ayers et al. (2010) upozorňují, že u této problematiky je náročné určit kauzalitu. Je také dokázáno, že ženy, které očekávají, že klimakterium bude negativní zkušeností, pravděpodobně prožijí negativní klimakterium (Bauld & Brown, 2009).

Ženy s pozitivním postojem k menopauze vnímají klimakterium jako přirozený proces v životě ženy, jsou schopny přijmout biologické změny a akceptovat je. Výzkumy naznačují, že ženy s pozitivním postojem mají vyšší sebevědomí, mají lepší zdraví, jsou spokojené se svým vzhledem, jsou aktivní, zaměstnané a mají vyšší vzdělání. Naopak ženy s negativním postojem vnímají menopauzu jako medicínský problém, nepříjemnou zkušenost v životě ženy, velkou změnu, ztrátu atraktivity a ženskosti, ztrátu plodnosti, a tudíž nemožnosti mít další děti, negativní projev stárnutí, ztrátu tělesné kondice a pracovního výkonu (Bloch, 2002; Erbil, 2018; Thapa & Yang, 2022).

2.3 Emoční prožívání v období klimakteria

V předchozí podkapitole jsme shrnuli, jaké postoje k menopauze mohou ženy zaujímat, a nyní se budeme věnovat dalším aspektům prožívání klimakteria. Prožívání klimakteria nepochybně závisí na tom, co se právě v životě ženy děje. Na ženy je v tomto období vyvíjen velký tlak, který má více zdrojů. Děti se osamostatňují a opouštějí primární rodinu, a partnerský vztah, který je tímto ovlivněn, musí hledat novou náplň. Mimo to i do pracovního procesu nastupují ženy nejen mladší, ale často i odborně lépe vybavené (Fait,

2018). Intenzita prožívání těchto událostí je různá v závislosti na společensko-kulturních okolnostech, životním stylu, a především na samotném postoji žen k těmto změnám (Chromý & Honzák, 2005). Žena v tomto období může zažívat negativní pocity, které jsou spojené s celkovou nepohodou a většinou i dalšími problémy – vztahovými a adaptačními, přičemž její fungování může být narušené (Vágnerová, 2017). Tyto faktory i negativní postoje vůči menopauze popsané v předešlé kapitole mohou ženy kvůli fyziologickým změnám probíhajícím v tomto období prožívat mnohem intenzivněji než dříve. Abychom pochopili, proč tomu tak je, krátce vysvětlím princip emocí.

Prožívání má emocionální složku, kterou nelze oddělit. Emoce jsou „*psychické jevy, které mají hodnotící význam, a proto jimi vyjadřujeme, zda je nám něco příjemné či nepříjemné, svůj kladný či záporný postoj. Doprovázejí všechny duševní projevy člověka*“ (Höschl et al., 2002, s. 311). Emoce zahrnují city, pocity a nálady. Nálada vyplývá z povahy člověka a z určitého sledu zážitků. Je tvarována aktuálními duševními a tělesnými procesy, přičemž její obsah je konstruován s ohledem na kontext (Poláčková Šolcová, 2018). Pro nás významnou složkou emocí je jejich subjektivní prožitek a projevy somaticko-vegetativní, jelikož vznik a prožívání emocí má anatomický podklad, především v mozku (Vágnerová, 2017). U žen v klimakteriu může být tato psychická složka zasažena. Mnoho studií zaměřujících se na emoce v klimakteriu se věnuje zkoumání vlivu hladin estrogenů na změny nálady. Gordon et al. (2021) tento vztah potvrdili – nálada je citlivá na změny v koncentraci estrogenů, což předpokládá i riziko poruch nálad v klimakteriu. Je tomu tak, protože estrogen působí všude v těle, včetně částí mozku, které řídí emoce. Z toho vyplývá, že ženy v tomto období mohou být více citlivé a zranitelné. Pokud žena tyto pocity zažívá, je vhodné se s nimi naučit pracovat. Čapek (2009) uvádí, že pro vnitřní spokojenost jsou city doprovázející myšlenky člověka nesmírně důležité. Proto pokud se naučíme ovládat své myšlení – tedy pocity a nálady, může nám to být jen k užitku. Tohoto lze docílit některými strategiemi, kterým věnuji celou kapitolu. Plháková (2007) dodává, že důležitou dimenzí prožívání je časovost, protože když má člověk před sebou nadějnou perspektivu, dokáže snášet a překonávat různé současné nesnáze.

Vágnerová (2000) vysvětluje, že v případě ventilace emocí to není vždy jednoduché. Dospělí lidé v tomto věku jsou v pozici autority a symbolické opory pro děti i své rodiče a z toho vyplývající pocit zodpovědnosti jim brání své emoce otevřeně projevat, obzvláště ty negativní. Očekává se od nich vyrovnanost a nadhled. Vágnerová (tamtéž) dále

upozorňuje, že se tak děje leckdy na úkor jejich vnitřní pohody a možnosti vyjasnit některé problémy.

George (2002, s. 82) ve svém výzkumu uvádí, že většina dotazovaných žen v nějaké míře emoční změny zaznamenala. Popisovaly je jako „*vzestupy a pády*“, některé uvedly, že se „*necítily být samy sebou*.“ Některé z nich také uvedly, že v tomto období zvládají životní stresory hůře než dříve.

2.4 Psychické potíže v klimakteriu

Z poznatků uvedených v této práci lze jasně vidět, že klimakterium je multifaktoriální jev. Psychické potíže jsou stejně tak (nejen u klimakterických žen) ovlivněny mnoha faktory. U žen v tomto období se mohou projevit přímým působením hormonálních změn. Hladina koncentrace estrogenů začne kolísat, až postupně klesne na takovou úroveň, na kterou doposud organismus nebyl zvyklý (Phillips, 2005). Estrogeny mají neuroprotektivní funkci, působí na serotoninové receptory a také se podílí na produkci endorfinů (Gordon, 2021). Fyzické obtíže vyskytující se v klimakteriu také hrají významnou roli, především to, jak je žena subjektivně prožívá. Vliv mohou mít i psychosociální faktory popsané v minulé kapitole (Fait, 2018). Psychické potíže se mohou vyskytovat samostatně, nebo doprovázet klasické příznaky klimakterického syndromu, jako jsou návaly horka a pocení. Donát (2000, s. 12) uvádí, že škála psychických potíží v klimakteriu je široká:

změny nálad, psychická labilita, roztěkanost a roztržitost, podceňování sebe sama, nespokojenost sama se sebou, neúměrná sebekritičnost, pocity, že mě nic hezkého nečeká a nikdo nechápe, neschopnost se soustředit, neschopnost zvládnout zaměstnání a domácnost, špatná organizace práce, stres, deprese, úzkost, pocity beznaděje, nervozita, předrážděnost, neodpovídající reakce, netečnost, nechuť k jakékoliv činnosti, pocit vyčerpanosti.

Donát (tamtéž) dále dodává, že v klinickém obraze psychických potíží převládají deprese, úzkosti a stavy vyčerpanosti a únavy. Jestliže jsou potíže únosné a ženě neztěžují život, mohou být do určité míry normálním projevem změn, ke kterým v klimakteriu v organismu dochází. Mohou ale narůstat svou intenzitou i rozmanitostí, a to až do té míry, že ženě komplikují život a ohrožují zdraví. Deeks (2003) upozorňuje, že i když mnoho žen v klimakteriu trpí úzkostmi a depresí, nelze příčinu těchto stavů přičítat pouze menopauze. Na jejich vzniku se podílí ostatní psychologické faktory, životní styl, mezilidské vztahy

a sociokulturní faktory. Greene (2013) navíc uvádí, že ženy, které již před nástupem menopauzy trpěly psychickými problémy, mohou v klimakteriu pozorovat zhoršení. U žen, které v minulosti trpěly depresivní či úzkostnou poruchou, se mohou depresivní a úzkostné stavy vrátit. Petrenko & Lamprechotová (2007) navíc dodávají, že perimenopauzální psychopatologické stavy se často objevují u žen, které trpěly depresivními stavy po porodu či opakujícími se premenstruačními symptomy.

V souvislosti s klimakteriem bývá často pozorován i kognitivní úpadek. Ženy mohou zaznamenat „mozkovou mlhu“, potíže se soustředěním, pamětí, plánováním. Tyto potíže jsou běžné, pozorované u 62–67 % žen během přechodu (Reuben, 2021).

2.5 Výzkumy na podobné téma

Hoga et al. v roce 2015 provedli přezkum několika kvalitativních studií na téma prožitku klimakteria z pohledu žen s přirozenou menopauzou. Jejich zjištění shrnuli do šesti bodů, které podle nich charakterizují zkušenost žen s klimakteriem:

1. Menopauza je přirozená událost v životě ženy, která je úzce spojena s psychosociálními událostmi středního věku a procesem stárnutí,
2. Fyzické a emocionální klimakterické změny silně ovlivňují ženy,
3. Ženy vnímají menopauzu jako dobu charakterizovanou zisky a ztrátami,
4. Ženy uplatňují v klimakteriu strategie zvládání, které posilují fyzickou a emoční pohodu, a jejich odolnost se zvyšuje,
5. Zdravotní faktory, rodinné a manželské vztahy, sociokulturní zázemí a význam připisovaný sexuálnímu životu ženy určují, zda jsou sexuální zážitky v tomto období pro ženu pozitivní, nebo negativní,
6. Ženy by měly být na toto období připraveny a jejich potřeby by měly být podporovány podle jejich představ.

Výzkum Hoga et al. (tamtéž) ukázal, že klimakterium je životní etapa prožívaná mnoha způsoby. Prožitek menopauzy je charakterizován osobními výzvami a změnami v rolích v rámci rodiny a společnosti. To, jestli žena ke změnám v důsledku klimakteria přistupuje pozitivně nebo negativně, je ovlivněno jejím osobním přesvědčením, ale i rodinným a sociokulturním prostředím, ve kterém žije.

V rámci výzkumů přístupu žen k menopauze a jejich zkušeností Hvas (2006) ve své studii zjistila, že u žen převažuje postoj pozitivní. Mnoho žen vnímá klimakterium jako přirozenou součást stárnutí, které s sebou přináší různé pozitivní aspekty. Ženy v její studii uváděly, že se cítí zkušenější, umí se postavit za svůj názor, mají prostor se rozvíjet, prozkoumat nové možnosti a těší se na roli babičky. Ženy popisovaly, že pociťují volnost a úlevu. Nemusí pečovat o děti tolik jako dříve, nemusí užívat antikoncepci a nakupovat hygienické menstruační potřeby. Uváděly samozřejmě také negativní aspekty, jako tělesné změny či nemoci. Hvas (tamtéž) ve výzkumu odhalila značnou ambivalenci mezi pozitivními a negativními aspekty – ženy se snažily vyvážit negativní zkušenost právě pozitivními aspekty. Mluvily o tom, že se staly zkušenější a zručnější, ale zároveň vyjadřovaly pochybnosti o budoucnosti, například ve vztahu k práci nebo nežádoucím tělesným změnám.

Podobné výsledky jako Hvas zaznamenala George již v roce 2002. Zjistila, že většina žen měla na menopauzu pozitivní odezvu v rámci úlevy od menstruace. Mimo jiné zkoumala, jestli se ženy v době klimakteria obrátily na své matky v rámci předání zkušeností. Její respondentky uváděly, že jejich matky nikdy o menopauze nemluvily nebo si na období nepamatují či si nevšimly v té době žádných změn.

Pospíšilová (2019) zjišťovala, jaké klimakterické příznaky hodnotí ženy jako nejproblematictější. Takto hodnotily respondentky doménu somato-vegetativní, která zahrnuje tělesné příznaky. Na druhém místě se umístila doména psychologická, kde ženy nejvíce uváděly problém „*vyčerpání*.“

3 RŮZNÉ DALŠÍ ASPEKTY KLIMAKTERIA

Faktorů, které ovlivňují to, jak ženy prožívají klimakterium, je mnoho. Patří mezi ně již několikrát zmiňovaný postoj k menopauze ve společnosti. Ten totiž spoluurčuje i postoj samotné ženy k tomuto období.

V této kapitole se zaměřím na další aspekty klimakteria, například sociokulturní či sociální. Je totiž důležité uvědomit si, že prožívání a z toho vyplývající chování ženy v tomto období také ovlivňuje její okolí.

3.1 Historický pohled na menopauzu

Historický pohled společnosti na menopauzu ovlivňuje toto téma ještě dnes, ve 21. století. Poznatky z historie klimakteria poskytují fascinující pozadí pro pochopení současných postojů.

Menopauza byla po tisíce let spjata s mystikou kolem přítomnosti nebo nepřítomnosti pravidelného vaginálního krvácení ženy. V době římské byli lidé přesvědčeni, že role menstruace spočívá v očistě ženského těla od špinavých a jedovatých tekutin. Proto když u ženy pravidelná menstruace přestala, znamenalo to, že se již není schopna očistit od jedovatých látek, a to bylo označeno za příčinu toho, že některé ženy „zešilely“ nebo se u nich projevilo antisociální chování. Menopauzu jako událost v životě, její symptomy i věk popsal již Aristoteles v 384-322 př.nl. (Panay et al., 2015).

Slovo „*klimakterium*“ je nejspíše odvozeno z řeckého slova pro *žebřík* či *stoupání po žebříku*. To, jestli po něm ženy měly stoupat nahoru nebo dolů, ale není jasné. Pohledy v historii na menopauzu jsou na jedné straně extrémně negativní, na druhé straně byli někteří odborníci, kteří se pokoušeli definovat normalitu či univerzalitu fenoménu menstruační zástavy. Téma menopauzy začalo být popisováno v literatuře zabývající se různými nemocemi postihující ženy. Toto období bylo často nazýváno „*change of life*“, což překládáme jako změna v životě (Utian, 1997). Jeden francouzský autor ve své knize popisuje následující: „*Nuceny poddat se moci času, ženy nyní přestávají existovat pro lidský druh a odted žijí jen pro sebe*“ ... „*ted' se podobá sesazené královně, nebo spíše bohyni, jejíž*

ctitelé již nenavštěvují její svatyni. Pokud si má zachovat ještě pár dvořanů, může je přilákat pouze kouzlem svého divtípu a mocí svého talentu“ (Colombat de l'Isère, 1845, citováno v Utian, 1997, s. 74). V jiné publikaci se setkáme s tímto: „Co jiného má ještě očekávat [žena] kromě šedivých vlasů, vrásek, postupného úpadku fyzické a osobní přitažlivosti, které až dosud velevy lichotivému obrazu společnosti... perly úst se staly zakalenými, senná vůně dechu je pryč, růže zmizela z tváře.... Tanec je absurdní a hrdlo již nevydává hlas slavíka.“ (Meigs, 1848 citováno v Utian, 1997, s. 75). Zájem o klimakterium začal vzrůstat v druhé polovině 19. století, kdy byly poprvé popsány klinické příznaky klimakterického syndromu (Donát, 1987).

Ve 40. letech 20. století se do popředí dostali psychoanalytici, kteří prohlásili menopauzu za psychologickou smrt ženy (Skácelová & Jelínek 2005). V roce 1966 vydal Robert Wilson knihu s názvem „*Feminine Forever*“, kde označil klimakterium za „přirozený mor“ a ženy po menopauze za „zmrzačené kastráty.“ V knize předložil myšlenku, že užíváním hormonálních preparátů mohou ženy předejít nevyhnutelné ztrátě ženskosti. Po publikaci knihy nastal obrovský zájem o HRT a začala se masivně předepisovat americkým ženám (DeAngelis, 2010).

Jak můžeme vidět, v historii značně převažoval negativní postoj k menopauze, dalo by se říct, že v některých případech velmi nehostinný. Voda (1981) uvádí, že v minulosti byla menopauza považována za nemoc, což podporovaly studie, které posilovaly stereotypní předpoklady o ženách středního věku. Tyto studie se zaměřily na léčbu, zpracování, popis a klasifikaci příznaků a na chování žen v menopauzálním věku vyhledávajících lékaře. Přesvědčení, že menopauza je abnormální stav, je stále rozšířené i dnes.

3.2 Téma menopauzy v dnešní společnosti

Americká profesorka psychologie Joan C. Chrisler (2013) se ve své studii zamýšlí nad tím, proč jsou témata jako menstruace a další reprodukční procesy žen ve společnosti stále stigmatizovány. V současnosti se sice zmiňují témata jako menstruace a menopauza častěji než dříve, propagují se různé hygienické potřeby pro ženy, přípravky na zmírnění příznaků klimakterických potíží, ale mnoho žen se pořád stydí za reprodukční aspekty svého těla. Ve společnosti se často můžeme setkat s různými narážkami na menopauzu a na ženy ve věku okolo 50 let. Vágnerová (2000) uvádí, že v našem sociokulturním kontextu je

sociální význam menopauzy spíše negativní, přičemž tato změna ženu na symbolické úrovni společensky znehodnocuje. Zafixovaný stereotyp klimakteria předpokládá, že v období kolem menopauzy se velmi negativně mění ženská psychika i vzhled, vzrůstá nervozita a podrážděnost a ženy se neumí sebeovládat. Voda (1981) upozorňuje, že udržování těchto mýtů a stereotypů je pro ženy škodlivé, a to jak ve vytváření různých očekávání, tak ve způsobu, jakým žena pociťuje příznaky klimakteria.

Chrisler (2013) nalézá problém v nedostatečném vzdělávání a informovanosti o těchto aspektech života ženy. Přitom se všechny pojí k jedné roli, které si mnoho dívek přeje jednou dostat, a to je být matkou. Menstruační cyklus je dokonalým příkladem bio-psycho-sociálního procesu – je to normální aspekt fyziologie. Je potřeba prolomit komunikační tabu a o těchto tématech otevřeně diskutovat, napravit dezinformace a zbavit se stereotypů.

V České republice před dvěma lety toto téma veřejně otevřela herečka Eva Holubová (63 let) se svou dcerou Karolínou ve spolupráci s kosmetickou firmou Vichy. Vytvořily podcast, který nazvaly „*Menopauza není pauza.*“ Holubová mluví o své zkušenosti s obdobím klimakteria a spolu s dcerou upozorňují, že je třeba prolomit tabu, které kolem menopauzy existuje. „*O menopauze se nemluví, jako ženy chceme být věčně mladé a úspěšné. Já jsem začala být přecitlivělá, nevěděla jsem, co se se mnou děje. Zavedly bychom to jako povinnou školní výuku pro muže*“ (Holubová, 2021). V sérii několika epizod téma probírají s odborníky z různých oborů. V jednom z rozhovorů figurovala významná osobnost klimakterické medicíny v České republice a autor mnoha odborných publikací – gynekolog doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D. Tento počín vzbudil u českých žen velký zájem a projevují herečce vděčnost za odvalu o tomto tématu otevřeně mluvit. Osobně tento projekt považují za velmi zdařilý a užitečný, a proto jsem se rozhodla ho v mé práci zmínit.

3.3 Sociální aspekty klimakteria

Klimakterium nastává v období, kdy v osobním životě ženy může docházet k výrazným proměnám a různým významným událostem. Většina z nich se přirozeně váže k vývojovému období pozdní dospělosti. Podle Bowles (2013) má ve formování zkušeností s menopauzou velký vliv kulturní, sociální i rodinný kontext. Ženy jsou v naší společnosti ceněny pro svou reprodukční schopnost a mateřskou roli a menopauza přináší ztrátu těchto

funkcí. Zároveň ale přináší určité výhody a menopauza tak může být symbolem osvobození od rodičovské role, menstruace a strachu z otěhotnění.

Bez ohledu na menopauzu, v tomto úseku života bývá nejčastěji uváděn odchod dětí z domova, což je faktor, který do určité míry mění roli ženy a vyžaduje nějaké úpravy v dosavadním životě (Greene, 2013). Schneider & Brotherton (1979) zjistili, že spíše než odchod dětí z domova prožívání klimakteria ovlivňují převážně již existující problémy, jako je manželská nespokojenost, finanční obtíže a nedostatečná sociální podpůrná síť. Různé studie také prokázaly, že prožívání, a tudíž chování ženy ovlivňuje její sociální prostředí (Refaei, 2022).

3.3.1 Rodina a přátelé

Refaei (2022) uvádí, že v období klimakteria se ženy potýkají s problémy ve společenském životě, zejména pokud jde o rodinné vztahy, vztahy s manželem a dětmi. Ve své studii došel k závěru, že chování manžela a dětí je odrazem změn chování ženy během období klimakteria. Participantky uvedly, že zaznamenaly negativní změny ve svém chování a emoční reaktivitě, které negativně ovlivnily jejich vztahy. Dále zjistil, že ženy v klimakteriu potřebují, aby je manželé chápali a rozuměli jim. Dotazované ženy také vyjádřily potřebu svěřit se ostatním ženám, které prochází stejným obdobím a mohou s nimi soucítit.

3.3.2 Pracovní život

Fyzické a psychické změny vyskytující se v klimakteriu mohou ovlivnit každodenní fungování ženy včetně pracovního života. Potíže v klimakteriu mohou být pocíťovány jako zdroj nejistoty, úzkosti a studu. Obzvláště návaly horka jsou na pracovišti vnímány jako problematické, protože mají dopad na sebevědomí žen a poškozují žádoucí profesní image, zejména u žen s náročným zaměstnáním a většími povinnostmi (Griffiths et al., 2013).

Gazibara et al. (2018) ve své studii zjistili, že jedním z příznaků menopauzy, který ovlivňuje pracovní výkonnost, je nespavost. Nedostatek nočního spánku způsobuje během dne únavu, a proto ženy s tímto problémem mohou být méně snaživé při stanovování profesních cílů a dosahování pracovních úspěchů.

Verdonk et al. (2022) uvádějí, že klimakterické potíže by mohly být vysvětlením vyšší absence v práci u starších žen. Ženy ale o svých klimakterických problémech mlčí. O menopauze se na pracovišti téměř nemluví, což souvisí hlavně s tabu kolem ní. Autoři

(tamtéž) v závěru poukazují na to, že menopauza je vnímána spíše jako individuální problém ženy než jako organizačně a společensky relevantní problém. Nedostatek znalostí o vztahu mezi menopauzou, prací a zdravím přímo ovlivňuje zdraví žen i jejich postavení na trhu práce. Dlouhodobě nedostateková je jakákoliv intervence na pracovišti a odborná podpora. Přitom pro muže i ženy je práce zdrojem seberealizace, seberozvoje i zdraví.

3.4 Sexualita v klimakteriu

Sexuální život je důležitou součástí života. Postupným stárnutím ale v této oblasti nastávají určité změny a frekvence styku i míra uspokojení může být u lidí různá. Sexualita je citlivou oblastí, a kromě věku ji ovlivňuje velké množství faktorů. Odrážejí se v ní psychické, tělesné, ale i sociální vlivy a každodenní události (Vágnerová, 2000).

Některé ženy mohou začít v klimakteriu i po něm pociťovat menší chuť na sex. Jedním z příznaků klimakteria se často udává právě snížení libida. Snížení sexuální touhy je ale individuální a některé ženy naopak zaznamenávají zvýšenou potřebu sexu. Hrušková (2007) toto vysvětluje tím, že mizí strach z otěhotnění. Žena se také podle ní může bát, že stárne, snaží se být ještě atraktivní a zvyšuje si tak sebevědomí.

Ale i tak je známo, že v tomto období mezi partnery může dojít k disharmonii v různých oblastech, včetně sexuální. Ghazanfarpour et al. (2018) identifikovali několik důvodů sexuální disharmonie v klimakteriu: vliv klimakterických příznaků a jiných zdravotních problémů, negativní body image, velký věkový rozdíl partnerů, rozdílná očekávání mezi partnery nebo různá stereotypní přesvědčení o sexualitě v přechodu či již déle trvající nespokojenost mezi partnery v této oblasti i před menopauzou. Autoři (tamtéž) uvádí, že ženy v menopauze mají tendenci vyhýbat se sexuálnímu styku, aby zmírnily pálení ve své intimní oblasti.

Sexuální zdraví může být ovlivněno fyziologickými i psychickými dopady menopauzy. Ženy v období klimakteria si často stěžují na vaginální diskomfort při pohlavním styku. Příčinou může být vaginální suchost, která je důsledkem vysychání sliznic. Pokles hladiny estrogenů vede k omezení tvorby superficiálních buněk ve vagíně, což snižuje její elasticitu. Poštěvácěk se zmenšuje, vulva bledne a stydké pysky se ztenčují. Sex tedy pro ženu může být bolestivým. Existuje mnoho možností, které tento problém dokážou zmírnit, aby sexuální styk byl opět příjemnou záležitostí. Jednou z možností je aplikace

estrogenové terapie ve formě lokálního krému, který je určen pro intimní partie. Ženy mohou také využít různé zvlhčovací přípravky určené k tomuto použití (Phillips, 2005).

4 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE

„Menopauza je změnou očekávanou, je součástí normálního vývoje, ale přesto může na stárnoucí ženu působit jako stresová situace, kterou je třeba psychicky zpracovat“ (Vágnerová, 2000 s. 245)

Klimakterium může být samo o sobě zatěžující a stresující záležitostí. V tomto úseku života – na přelomu střední a pozdní dospělosti – ještě k tomu dochází k mnoha změnám, jak pozitivním, tak negativním. Většina žen zastává více rolí – roli partnerky, matky, dcery, zaměstnankyně. Situace jí nedovolí se v tomto období zaměřit pouze na sebe a je na ni vyvíjen tlak z mnoha stran, aby fungovala v životě stejně jako doposud, ne-li lépe. Žena se může cítit zahlcena, vystavována stresujícím situacím, a může mít pocit, že je najednou nezvládá tak jako dříve. Klimakterium bezesporu může představovat zatěžující období v životě ženy (Simpson, 2016). Klimakterium – přechod je ale určité období, kterým žena prochází a má určitý vývoj. Akutní příznaky postupně vymizí, hormonální hladiny se ustálí a žena by na konci tohoto období měla opět najít rovnováhu a vnitřní sílu (Ašenbrennerová, 2020).

4.1 Zátěž

S pojmem zátěž úzce souvisí další pojmy, jako například *adaptace*. Adaptace je podle Paulíka (2017) proces vyrovnávání se s nároky kladenými na jedince v interakci s prostředím. Schopnost přizpůsobit se je *adaptabilita*. Souhrnné označení pro všechny nároky je *zátěž*. „*Jedná-li se o nároky přesahující aktuálně či dlouhodobě běžnou adaptační kapacitu nebo ji využívají nedostatečně, označujeme tento stav zátěže jako stres*“ (Paulík, 2017, s. 207-211). Pokud se vyrovnáváme se zátěží plynoucí z náročných sociálních vztahů či situací, jedná se o psychosociální zátěž. Ukazateli mohou být stupňující se pocit nejistoty, vnitřního či vnějšího ohrožení, pocity nedostatečnosti v sociálních rolích a úkolech, ztráta pocitu kvalitního zdraví, neschopnost přizpůsobit se novým situacím (Hartl & Hartlová, 2000). S podněty zátěžové situace s můžeme vyrovnat, adaptovat se na ně a zvládnout je prostými adaptačními mechanismy, nebo proběhne stresová reakce, která se projeví v rovině psychické, biologické či v chování. Člověk, který se cítí v zátěžové situaci znepokojen,

ohrožen ve svých potřebách, hodnotách, sebepojetí, reaguje aktivně nebo pasivně. Zátěž může být podle emoční odezvy nepříjemná, či příjemná (Paulík, 2017).

4.2 Stres

Přes to, že stres je v psychologii známý fenomén, neexistuje pro něj jednotná definice. Počátek vývoje konceptu stresu se datuje do druhé poloviny 19. století, přičemž teorie stresu vycházela v té době z čistě biologického hlediska. Postupně se vyvinula i psychologická teorie stresu.

Stres (z ang. *stress* – napětí, namáhání, tlak) je složitý proces a vyskytuje se na mnoha úrovních. Křivohlavý (1994, s. 10) definuje stres jako „*vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává, a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná.*“ Můžeme ho definovat také jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen fyziologickými, biochemickými, kognitivními a v chování pozorovatelnými změnami. Křivohlavý (tamtéž) udává, že stres je multifaktoriální jev, tedy je určen velkým počtem činitelů. Může být vyvolán různými vlivy, okolnostmi, faktory, přičemž tyto faktory nemusí mít stejný negativní vliv na všechny lidi. Různí lidé reagují na tentýž stresor jinak. Někteří mu podléhají snadněji, jiní jsou odolnější. Za podněty stresu označujeme právě **stresory**, které vyvolávají stresovou reakci a mohou vycházet z prostředí našeho nebo z okolního (Kopecká, 2015). Jedním z faktorů vzniku stresu jsou podle Epsteina (citováno v Křivohlavý, 1994) faktory ohrožující sebeúctu člověka – kladné sebehodnocení a hrdost. Dojde-li k nepříznivému zásahu, který může ohrozit naše sebepojetí, dostáváme se do stresu.

Stres, který je nepříjemný, ohrožující či dokonce nemoc vyvolávající nazýváme pojmem **distres**. Oproti tomu stres, který je v podstatě příjemný označujeme **eustres** (Selye, 1984).

Paulík (2017) popisuje důsledky působení zátěže a stresu:

1. bezprostřední projevy

- psychické reakce a krátkodobé stavy (emoční rozlad, pokles výkonnosti, ztráta motivace, únava, mentální přesycení),
- somatické (bolesti břicha, hlavy apod.),
- krátkodobé behaviorální reakce (hostilita a agresivita, stažení se apod.).

2. účinky trvalejšího rázu

- psychologické symptomy (trvalejší a výraznější změny chování),
- somatické symptomy (zvýšení nespecifické nemocnosti, poruchy duševního zdraví).

Různá statistická šetření zjišťují četnost či intenzitu stresu u velkého počtu lidí. Křivohlavý (1994, str. 23) předkládá šetření o tom, co ženy (nehledě na věk) nejvíce trápí, seřazeno od nejtěžších po nejlehčí:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. nedostatek romantické lásky | 6. pocit společenské izolovanosti |
| 2. problémy s příbuznými | 7. sexuální problémy |
| 3. nedostatek sebevědomí | 8. zdravotní potíže |
| 4. problémy s dětmi | 9. nedostatek času, velká únava |
| 5. finanční potíže | 10. stárnutí. |

Pokud se podíváme na toto šetření, které Křivohlavý (1994) uvádí, tak ženy v období klimakteria mohou řešit mnoho z nich. Z mého pohledu a z informací uvedených v minulých kapitolách vyplývá, že ženy v přechodu se pravděpodobně mohou potýkat s problémy s příbuznými (nemocní rodiče), nedostatkem sebevědomí (vlivem tělesných a psychických změn), problémů s dětmi (odchod dětí z domova), sexuálními problémy (vlivem menopauzy), zdravotními potížemi (klimakterické příznaky), velkou únavou i stárnutím. Podle mého názoru v životě ženy těžko najdeme jiné období, ve kterém ženy čelí tolika stresujícím událostem. Ostatně i Simpson (2016) uvádí, že menopauza pro některé ženy jednoznačně může představovat zvýšený stres. Podílí se na tom jejich citlivost v tomto období a různé další faktory.

4.3 Krize

„Jiný způsob, jak hovoříme o stresech, je to, že pro situace stresu máme speciální termíny – hovoříme o životních krizích, o neřešitelných konfliktech...“ (Křivohlavý, 1994, s. 58). Zátěž a stres považujeme za významné zdroje krizí. Krize jsou situace v životě, které představují pro většinu lidí zvýšenou zátěž. Pojem krize si většina lidí spojí s negativním prožitkem, avšak podle Špatenkové (2004) v sobě krize skrývá vývojový potenciál, a tak v životě člověka hraje i pozitivní roli. Úspěšné překonání krize jedince posiluje, dělá ho zkušenějším a odolnějším a dá mu možnost posunout se na vyšší vývojovou úroveň.

Kopecká (2015, s. 105) též udává, že „každá krize opravdu člověka ohrožuje a nutí ho k mobilizaci všech sil a někdy vede i k úplnému vyčerpání, na druhou stranu krize nabízí příležitost ke změně a k posílení“.

Krize jsou situace v životě, při kterých dochází k nějaké dramatické změně, a ta je doprovázena negativními emocemi. Je to přechodný stav vnitřní nerovnováhy, kdy je jedinec nucen k jednání, i když je omezen prostředky i časem. Událost se stane krizí, pokud obvyklé způsoby jejího zvládnání selhávají a situaci se nedaří zvládnout (Špatenková, 2017).

Paulík (2017) udává, že na vzniku krize se podílí aktuální psychosomatický stav charakteristický určitou mírou *zranitelnosti* (zvýšená citlivost vůči stresorům) a souhra okolností vnějších vlivů, vyznačující se přítomností krizových spouštěčů nebo *precipitorů*. Precipitory označujeme urychlovače, kterými jsou často v souvislosti s krizí nežádoucí životní události. Paulík (tamtéž) dodává, že psychické vypětí v krizi má za následek kognitivní emocionální i behaviorální reakce. Člověk může mít zkreslené vnímání vnějšího světa, kdy se zaměřuje na stresogenní podněty, stejně tak vnímá i sebe – může mít dojem odcizení sobě samému, zažívá strach, paniku, vztek či dezorganizované chování.

Existují různé typy krizí, jako vývojová, situační či krize v mezilidských vztazích. O vývojovou krizi se jedná, pokud se člověk v konkrétním věkovém období dostane kvůli řešení typických vnitřních problémů a konfliktů do stavu tenze a nejistoty. Hledá nové adaptační mechanismy, které by mu pomohly se s krizí vyrovnat a mohl přejít do další vývojové fáze. Specifickou krizí tohoto typu jsou tranzitorní (přechodové) krize, které jsou typické pro určité věkové období života. Tyto krize doprovází očekávatelné životní změny či události (Thorová, 2015). Paulík (2017) zmiňuje, že některé vývojové krize jsou specifické pro život ženy a řada z nich se pojí k ženské reprodukční funkci. Patří tam například menstruace. Zmiňuje první menstruaci, těhotenství a mateřství, ale menopauzu neuvádí.

Silverová a Wortmanová (2002, citováno v Špatenková, 2004) předkládají několik faktorů, které mají pozitivní vliv na vyrovnání se s krizí:

- **sociální opora**
- **možnost ventilace emocí**
- **schopnost v krizi najít nějaký smysl**
- **zkušenost s předcházejícími stresor**

4.4 Zvládání

V náročných situacích, krizích, ve stresu hledáme způsoby, jak se s takovými situacemi vypořádat, jak je zvládnout. Způsoby, jak to děláme, jsou různé a různá je i účinnost našich postupů (Křivohlavý, 2009). Schopnost umět si poradit s obzvláště náročnou situací nazýváme *coping*. Výraz pochází z anglického jazyka a v jeho původním tvaru se používá i v Česku. V českém jazyce znamená *zvládnout, vypořádat se, poradit si* (Kopecká, 2015). Význam copingu můžeme chápat jako zvládání nadlimitní zátěže, nejčastěji v rámci stresu. Lazarus a Folkmanová (1984) definují coping jako neustále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí zvládnout specifické vnitřní anebo vnější požadavky, které jsou vyhodnoceny jako ohrožující nebo překračující zdroje člověka. Coping omezuje na zvládání, které vyžaduje mobilizaci, a vylučují automatizované chování a myšlenky (neboli *automatické adaptivní jednání*), které nevyžadují úsilí.

V souvislosti se zvládáním zátěže obecně se často využívá pojem *adaptace* (přizpůsobování se) značící vyrovnávání se se zátěží, která je v poměrně dobře zvládnutelných mezích (Křivohlavý, 1994). Adaptace se vztahuje ke zvládání zátěže jako takové. Kdežto coping, jako aktivní a vědomý způsob zvládání náročných či stresových situací, uplatňujeme, když je vzhledem k odolnosti člověka zátěž nadlimitní nebo podlimitní a je tedy potřeba vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se s ní (Paulík, 2017).

V souvislosti se zvládáním těžkostí se setkáme s výrazem *styl zvládání*. Je to obecná tendence vypořádat se se stresující situací určitým způsobem, který do značné míry charakterizuje určitého člověka. Když se takový člověk dostane do stresové situace, očekáváme, že se bude chovat způsobem, který jsme u něho už dříve několikrát viděli. Někteří lidé mají tendenci se stresu vyhýbat a unikat mu. Jiní lidé se k tomu, co je ohrožuje, postaví čelem a jsou připraveni aktivně bojovat (Křivohlavý, 2009).

4.5 Strategie zvládání

Procesem zvládání těžkostí rozumíme řízení toho dění, kterým by se měl nepříznivý a nepříjemný stav stresu změnit (Křivohlavý, 2009). Způsoby zvládání náročných situací nazýváme strategie zvládání neboli *copingové strategie*.

Existuje mnoho konceptů copingových strategií. Velké množství z nich vychází

z neznámějšího modelu copingu, kterým je model založený na aktivním řešení situace podle výsledků kognitivního hodnotícího procesu (*cognitive appraisal process*). Model vytvořili Lazarus a Folkmanová v roce 1984. Rozlišují dva základní obecné typy copingu, a to **coping zaměřený na problém** a **coping zaměřený na emoce**. Křivohlavý (2001) popisuje princip, na kterém tyto strategie fungují. Strategie zaměřené na řešení problému se orientují na vyvinutí vlastní aktivity a snahu řešit danou situaci. Většinou jde o odstranění situačních vlivů vyvolávajících stres a likvidaci toho, co působí obavy a strach. Člověk se může aktivně snažit změnit podmínky, které jeho celkový stav zhoršují. Strategie zaměřené na vyrovnání se s emocionálním stavem se zaměřují na řízení či regulaci emocionálního stavu, který se změnil v důsledku nepříznivé situace, například stresu. Může jít o snížení míry zlosti či obav.

Lazarus a Folkmanová (1984) zdůrazňují, že tyto strategie se u dospělých lidí obvykle vyskytují vedle sebe. Kromě těchto dvou konceptů copingu autoři popsali také zdroje zvládnutí. Rozdělují je na extrapersonální (vnější ve vztahu k jedinci, např. sociální opora, materiální zdroje) a intrapersonální (specifické osobnostní vlastnosti, schopnosti a dovednosti, např. dovednost řešit problémy, pozitivní přesvědčení).

Další zajímavá koncepce copingu je od autorů Tobin, Holroyd, Reynolds (1984), kteří vycházejí z modelu Lazaruse a Folkmanové. Obecně se označuje jako *Tobinův osobnostní inventář*. Dotazník je koncipován jako hierarchický, přičemž na nejvyšší úrovni jsou faktory **příklonu** (engagement) a **odklonu** (disengagement). Příklonový přístup je zaměřen na aktivní úsilí o zvládnutí aspektů stresující události zaměřených na problém i emoce. Aktivní úsilí o kontrolu, zvládnutí nebo změnu stresových okolností, stejně jako zvládnutí emočních reakcí na stresor. Odklon odpoutá jednotlivce od kontaktu se situací – vyhýbá se myšlenkám na situaci, neuplatňuje chování, které by mohlo situaci změnit, jiné myšlenky a fantazie odvádějí pozornost od stresoru. Tyto faktory se dělí na příklon zaměřený na problém (1.,2.), příklon zaměřený na emoce (3.,4.), odklon zaměřený na problém (5.,6.) a odklon zaměřený na emoce (7.,8). Na poslední úrovni je sledováno osm faktorů (Tobin et al., 1989):

1. **řešení problému**
2. **kognitivní restruktura** – vyzdvižení pozitivních stránek či změna významu situace
3. **vyjádření emocí** – uvolnění emocí, např. pláčem, vztekem, smíchem
4. **vyhledání sociální podpory**
5. **vyhýbání se problému**

6. fantazijní únik

7. sebeobviňování

8. sociální izolace

Za důležité považuji zmínit ještě **coping proaktivní**. Člověk s proaktivním přístupem shromažďuje zdroje, podniká kroky k zabránění vyčerpání zdrojů a může je v případě potřeby mobilizovat. Proaktivní coping je zaměřen na potenciální stresové situace, orientován do budoucnosti. Zahrnuje procesy, jejichž prostřednictvím lidé předvídají potenciální stresory a jednají předem, aby zabránili jejich výskytu (Grennglass & Fiksenbaum, 2009).

Křivohlavý (1994) popisuje kromě vhodných postupů v boji se stresem také nevhodné postupy. Lidé často využívají postupy méně racionální, jako je nadměrná konzumace léků, alkoholu, cigaret nebo jiných návykových látek, které s sebou nesou určitá rizika. Další spíše nevhodnou formou zvládnání je uplatňování **obránných mechanismů**. Obranné mechanismy se mají tendenci objevovat obecně v souvislosti s vyrovnáváním se se zátěží. Kopecká (2015, s. 80) uvádí, že obranné mechanismy mohou být reakcí na náročnou či traumatizující situaci v běžném životě. *„Mohou být využívány i v běžném životě a pomáhají nám udržovat duševní rovnováhu a zdraví redukcí psychického napětí a mohou být vhodnou formou adaptace“*. Křivohlavý (1994) je však označuje za riskantní. Obranné mechanismy se od strategií zvládnání liší ve vztahu k realitě. Autor je považuje za náhradní, neplnohodnotný způsob zvládnání, protože v nich nejde o skutečné řešení situace. Jsou to klamná, matoucí pojetí skutečnosti a neuskutečnitelné způsoby řešení obtíží. Probíhají většinou na nevědomé úrovni a často souvisejí s vyrovnáváním se s potlačenými komplexy. Oba autoři se shodují, že za maladaptivní je lze označit tehdy, pokud se stanou převládající strategií zvládnání problémových situací. Obranných mechanismů bylo doposud popsáno několik desítek. Kopecká (2015) uvádí následující: únik, identifikace, popření, introjekce, rezignace a další.

Co tedy udělat pro úspěšné zvládnutí stresu? Kebza (2009, s. 31) udává, že *„při řešení životních situací má rozhodující význam náš aktivní přístup k životu, naše schopnosti tvrdě a usilovně bojovat s vlastními silami se všemi obtížemi, se kterými se v životě setkáváme“*. Špatenková (2017, s. 66–69) uvádí: *„Každý člověk je jiný, a proto i způsob, jakým se s krizí, respektive s náročnou životní situací vyrovnává, je jiný“*. Na základě své osobnosti, předcházejících zkušeností a subjektivního zhodnocení události pak volí některou

ze strategií.

Na závěr bych chtěla upozornit, že tyto koncepty copingových strategií považuji pouze za teoretický rámec. V běžném životě se strategiemi zvládání myslí cokoliv, co daný člověk uplatňuje v procesu zvládání jakýchkoliv problémů.

4.6 Strategie zvládání klimakteria

V souvislosti se zvládáním klimakteria se nejčastěji mluví o zvládání příznaků. Na to se také zaměřuje většina studií prováděných u této populace. Zjišťují příčinu vzniku obtíží, účinnost hormonálních a nehormonálních preparátů, faktory ovlivňující míru příznaků a jejich vliv na kvalitu života žen v tomto období. Weg (1987, citováno v Formanek, 2013) uvádí, že menopauza je subjektivní i objektivní zkušenost. Každá žena vnímá změny pojmí se ke klimakteriu odlišně. Žena může klimakterické příznaky vnímat jako neobtěžující, jiná jako nepříjemné a překážející. Pro některé ženy mohou být i neúnosné. Kromě příznaků pojmí se ke klimakteriu, žena může řešit i jiné problémy v osobním životě či potýkat se s různými stresujícími událostmi.

Na základě situace, osobních preferencí a závažnosti příznaků volí ženy různé strategie zvládání přechodu. Ženy se mohou zaměřit například na zmírnění příznaků klimakteria, eliminování stresujících podnětů nebo celkové zvýšení životní spokojenosti (Bosworth et al., 2003)

Kykalová (2012) ve svém výzkumu zjišťovala, jaké strategie zvládání stresu ženy v přechodu využívají. Zjistila, že nejčastěji se uchylují k vyhýbání (předsevzetí zamezit zátěži nebo se jí vyhnout), poté k únikové tendenci (tendence vyváznout ze zátěžové situace), odklonu (odklon od zátěžových aktivit/situací), náhradnímu uspokojení (obrátit se k pozitivním aktivitám, situacím), odmítání viny (zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost), rezignaci (vzdávat se pocitem bezmocnosti) a kontrole reakcí (analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému).

Pokud jde o konkrétní strategie, tak ty se v klimakteriu zaměřují na **zlepšení fyzické a psychické pohody**. Strategie zvládání důsledků klimakteria by měly být kreativní a dynamické, založené na identifikaci a zvážení komplexních problémů, které jsou s ním spojeny. V souvislosti s fyzickou stránkou je důležitá zdravotní péče, která by měla mířit na ženiny problémy a být uzpůsobená individuálním potřebám, preferencím a očekáváním (Hoga et al., 2015). Hlavním klíčem pro úspěšné zvládnutí problémů souvisejících s přechodem je edukace žen o dostupných a potenciálně účinných metodách a strategiích,

které pomáhají zlepšit fyzický i psychický stav (Yazdkhasti et al., 2015).

Ženy mohou řešit problémy svépomocí (neformální pomoc) anebo se obrátit na lékaře či jiného odborníka (formální pomoc). Phillips (2005) uvádí různé strategie, které by ženám měly pomoci při zvládnání klimakteria:

- pravidelné cvičení či jiná fyzická aktivita
- úprava životního stylu (například přestat s kouřením)
- dieta (navýšit příjem potravin s obsahem vitamínu E, B a C; vyvarovat se tučných a příliš kořeněných jídel)
- užívání bylinek či fytoestrogenů
- hormonální léčba
- relaxace a pozitivní myšlení (meditace, hluboké břišní dýchání, aromaterapie)

Caltabiano & Holzheimer (1999) ve své studii zjišťovali rozdíly mezi uplatňováním copingu zaměřeného na problém versus copingu zaměřeného na emoce. Zjistili, že ženy, které trpí větší mírou příznaků, více používají coping zaměřený na problém. Vysvětlením by mohlo být to, že ženy, které mají více potíží, se je snaží vyřešit a zlepšit tím své zdraví například vyhledáním lékařské pomoci, užíváním HRT nebo uplatňováním jiných preventivních opatření. Podle výzkumu Refaei et al. (2022) se většina žen pokouší problémy redukovat zapojením do různých aktivit, jako je cvičení, trávení času s přáteli či nakupování. Ženy se také snaží dodržovat různá doporučení od svého lékaře. Ilankoon et al. (2021), kteří prováděli výzkum na populaci žen ze Srí Lanky, zjistili, že tamější ženy zvládají klimakterium náboženskými aktivitami, meditací či užíváním různých nehormonálních přípravků. Když se u žen v důsledku přechodu objevily zdravotní problémy, ženy je jednoduše ignorovaly a soustředily se na své povinnosti vůči rodinám. Svou pozornost přesunuly na starost o rodinu a interakci s ostatními. Uvedly, že jim také pomohlo povídání si s přáteli a sdílení zkušeností s menopauzou s ostatními ženami. Borrico et al. (2020) též uvádí, že ženy v tomto období často vyhledávají sociální podporu svých blízkých.

V rámci zvládnání akutních stresových reakcí se jako účinné jeví různá relaxační cvičení včetně dechových technik i obyčejné chození na procházky. Také pomáhá rozptýlení či dopřání si něčeho příjemného (Stute & Lozza-Fiacco, 2022).

4.6.1 Zdravý životní styl

„O příznivém účinku tělesné aktivity na lidský organismus ví snad každý, přesto tento nejjednodušší a nejdostupnější prostředek, který pozitivně ovlivňuje kvalitu života každého člověka, využívá jenom málo žen v období přechodu. Pohyb zlepšuje náladu, vitalitu a celkovou imunitu organismu“ (Koliba, 2007, s. 27). Fait (2018) uvádí, že zdravý životní styl je doporučován jako základ péče o ženu v klimakteriu. Změna životního stylu může být pro prevenci srdečních chorob a osteoporózy zásadnější než léky. Měl by zahrnovat snahu o zdravé stravování, pohybovou aktivitu, minimalizaci užívání návykových látek a škodlivin, pitný režim, ale i snahu o udržení psychického zdraví. Zvýšení pohybové aktivity je nejúčinnější z alternativních postupů v léčbě klimakterického syndromu s účinností kolem 70 %. Fait (2018, s. 150) dále informuje, že *„za dostatečné je považováno cvičení či rychlá chůze alespoň třikrát týdně po 30 minut. Aktivní pohyb také uvolňuje endorfiny zlepšující psychiku ženy. To platí i pro speciální cvičení, jako jsou jóga nebo tai-chi“*. Zdravá strava během menopauzy může snížit riziko budoucích chronických stavů, pomoci při regulaci hmotnosti a zvýšit energii (Yuksel et al., 2021).

V současnosti je mezi ženami populární hormonální jóga, která slibuje zmírnění a odstranění potíží způsobených nízkou hladinou hormonů. Je to sestava cviků, které jsou určeny přímo pro ženy k vyladění hormonálního systému kdykoliv během reprodukčního období i po menopauze (Štíchová, 2014). Bambuchová (2016) ve svém výzkumu zjistila, že ženy procházející obdobím klimakteria po půl roce pravidelného cvičení hormonální jógy pocítily zlepšení v oblasti fyzické i psychické. Všechny ve svých výpovědích uváděly rychlé vymizení klimakterických potíží, zlepšení v oblasti fyzického zdraví, pocity energie, elánu, zvýšení pohyblivosti, pružnosti těla a dobrý pocit v těle.

Fait (2018) upozorňuje, že v rámci udržování zdraví by ženy po menopauze měly absolvovat všechny preventivní prohlídky, které se nabízí. Řadíme sem především denzitometrii, což je metoda, která určuje hustotu minerálů v kosti a hustotu kostní tkáně, a mamografii, která je základní screeningovou a diagnostickou metodou vyšetření prsu.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

5.1 Výzkumný problém

Dle Hendla (2017) začíná výzkumná akce určením oblasti výzkumu a výzkumného problému, který budeme řešit. Při identifikaci problému můžeme využít různé zdroje, jako například vlastní zkušenost, konzultace se specialisty, nedostatek empirických poznatků či odbornou literaturu. Problematika žen procházejících obdobími klimakteria je předmětem řady výzkumů, především z pohledu medicínského. Na menopauzu jakožto fyziologický proces lze nahlížet jako na změnu fyzickou i psychickou, kterou mohou doprovázet různé zdravotní potíže. Psychická stránka klimakteria byla v minulosti upozadována či dokonce přehlížena. V současnosti se výzkumu různých aspektů, které se týkají tohoto období v životě ženy, věnují nejen obory medicíny, ale i psychologie či sociologie (Dare, 2011; Simpson, 2016; Utian, 1997).

Většina studií zabývajících se tímto tématem nepochybně využívá kvantitativních metod výzkumu. Jde o různá dotazníková šetření zaměřující se na specifické aspekty klimakteria, nejčastěji jde právě o klimakterické příznaky. George (2003) ve své práci upozorňuje, že tento přístup svou povrchností neumožňuje komplexnější vhled do problematiky. Pro úplnější pochopení prožitku nebo významu menopauzy je zapotřebí studií s kvalitativním přístupem. Jako důležité se jeví prozkoumat očekávání, postoje či přesvědčení, které vůči přechodu ženy zaujímají, ale i vztahy a souvislosti mezi různými aspekty období přechodu.

Na klimakterium můžeme nahlížet z různých úhlů. Hoga et al. (2015) zjistili, že přechod by se dal charakterizovat jako určitá etapa v životě ženy prožívaná různými způsoby. Refaei et al. (2022) zjistili, že ženy v tomto období čelí strachu a naději najednou. Tyto pocity se podle autorů váží ke klimakterickým příznakům. Na jedné straně ženy sužují obavy z přetrvávání či zhoršení potíží a na druhé straně ženy doufají v jejich zlepšení.

Při svém bádání a analýze dosavadních studií na téma klimakteria jsem zjistila, že i v českém prostředí převažují studie kvantitativního rázu. Chybí výzkumy zaměřené na komplexní pochopení prožitku a průběhu tohoto období, stejně tak významu, který ženy klimakteriu připisují. Proto jsem se rozhodla svůj výzkum **zaměřit na prozkoumání toho, jak ženy klimakterium prožívají a jaké strategie využívají k jeho zvládnutí**. Původním výzkumným problémem bylo zmapovat především emoční prožívání žen v tomto období, čehož bylo dosaženo, ale v průběhu realizace výzkumu se ukázalo, že je vhodnější prozkoumat prožívání klimakteria z širší perspektivy. Nezaměřila jsem se tedy pouze na emoce, ale snažila jsem se analyzovat problematiku obširněji.

Pro větší vhled do problematiky jsem výzkumnou akci zahájila konzultacemi se specialisty, kteří se klimakteriem zabývají a s ženami v přechodu se v rámci své praxe setkávají. Jednalo se o dva gynekology a jednoho psychiatra. Jejich poznatky mi byly užitečné pro zpřesnění oblasti výzkumného problému i při tvorbě výzkumných otázek.

5.2 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Po vymezení výzkumného problému následovalo stanovení cíle výzkumu. Hlavní cíl zní následovně: **Zjistit, jak ženy prožívají období klimakteria a jaké strategie k jeho zvládnutí využívají.**

V souladu s hlavním cílem byly sestaveny následující výzkumné otázky:

- 1. Jak ženy vnímají a prožívají období klimakteria?**
- 2. Jaké klimakterické potíže ženy zažívají a jak ovlivňují jejich život?**
- 3. Jaké změny v životě žen se v období klimakteria odehrávají a jak je ženy prožívají?**
- 4. Jaké jsou strategie žen pro zvládnutí klimakteria?**
- 5. Jak ženy hodnotí období klimakteria?**

6 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Cílem této kapitoly je poskytnout čtenáři přehled o způsobu, jakým byl výzkum mé bakalářské práce realizován. Pro lepší porozumění vzniklým výsledkům je třeba nejprve popsat a objasnit informace o metodologickém přístupu a typu výzkumu. Následně je nezbytné představit výzkumný soubor a vymežit jednotlivé charakteristiky participantů. Poté bude popsána metoda sběru dat a následně etika výzkumu. Vezmeme-li v úvahu, že předmětem výzkumu je citlivé téma, kapitola o etických zásadách je důležitou součástí. Na závěr jsou poskytnuty informace o metodě zpracování a analýzy dat.

6.1 Metodologický přístup a typ výzkumu

Pro realizaci výzkumu byl zvolen **kvalitativní přístup**, který umožňuje hlubší proniknutí do zvolené problematiky. Hendl (2017, s. 60) uvádí, že při plánování kvalitativního výzkumu záleží především na „*zohlednění relevantních kontextuálních podmínek a vytvoření celistvého obrazu situace*“.

Kvalitativní přístup a metody umožňují získat co nejkomplexnější a nejbohatší popis procesu prožívání a zvládání klimakteria a zaznamenat různé působící faktory, jejich vztahy a souvislosti. Tento přístup umožňuje odhalit a porozumět tomu, co je podstatou jevu, v tomto případě prožitku období klimakteria (Strauss & Corbinová, 1999).

K rozhodnutí o volbě tohoto metodologického přístupu jsem dospěla na základě více faktorů. Prvním z nich je komplexnost problematiky. Za užitečnou vlastnost kvalitativního přístupu považuji princip otevřenosti, který popisuje Miovský (2006, s. 26.): „*Neomezuje se na vybrané proměnné, pole zůstává obvykle velmi otevřené a výzkumník až v průběhu výzkumu zjišťuje, jaký význam proměnné mají a jak se ovlivňují*“. Druhým důvodem je citlivost a intimnost předmětu výzkumu. Mým cílem bylo zajistit pro participantky co nejvíce důvěrnou a bezpečnou atmosféru, což je v souladu s charakteristikou kvalitativního výzkumu, kdy základním předpokladem úspěchu je osobní vztah s účastníky (Miovský, 2006).

Typem výzkumu je tzv. **případová studie**. Jelikož do výzkumu bylo zapojeno celkem deset žen, mluvíme konkrétně o *vícepřípadové studii*.

6.2 Výzkumný soubor

Do výzkumu bylo vybráno celkem deset žen, z nichž všechny v období sběru dat procházely obdobím klimakteria.

Metod, kterých bylo využito při výběru participantek, bylo několik. První z nich byla metoda **záměrného** (účelového) **výběru**. Miovský (2006, s. 135) tento výběr výzkumného vzorku popisuje jako postup, kdy „*cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností.*“ Kromě prostého **záměrného výběru** bylo využito i **záměrného výběru přes instituci**, kdy bylo osloveno několik lékařů v oboru gynekologie a jeden lékař z oboru praktického lékařství. Tímto způsobem byly do výzkumu vybrány čtyři ženy. Další metodou výběru participantek byla **metoda samovýběru**. Prostřednictvím sociální sítě Facebook byla vybrána skupina s cílovou populací žen a následně byla do skupiny umístěna výzva, která nabízela možnost se do výzkumu zapojit. Na výzvu zareagovalo zhruba deset žen, z nichž daná kritéria splňovalo šest žen. Miovský (2006) upozorňuje, že tato metoda má určité nevýhody, jako například odlišné osobnostní charakteristiky dobrovolných účastníků. Případné zkreslení bylo korigováno zjištěním různých charakteristik participantek a posouzením toho, zda splňují zadaná kritéria.

Kritéria pro výběr participantek byla následující:

- žena, u které se projeví příznaky klimakteria,
- žena ve věku 40–60 let,
- alespoň jedna žena v období premenopauzy,
- alespoň jedna žena v období perimenopauzy,
- alespoň jedna žena v období postmenopauzy,
- alespoň jedna žena s přirozenou menopauzou,
- alespoň jedna žena s indukovanou menopauzou.

Tato kritéria byla stanovena na základě odborné literatury zabývající se průběhem klimakteria (Donát 1987; Fait, 2018).

Níže přikládám tabulku (Tabulka č. 1) s různými charakteristikami participantek, jejichž jména jsou anonymizována a nahrazena pseudonymy:

Tabulka č. 1: Přehled a charakteristiky participantek

Žena	Věk	Děti	Rodinný stav	Zaměstnání	Začátek příznaků	Menopauza	Farmakologická léčba
Lada	54	Dcera, syn (dospělí)	Svobodná	Nezaměstnaná (dělník)	45	46	-
Alena	56	Dcera (dospělá)	Svobodná (přítel)	Asistentka	46	46	-
Simona	55	Dcera, syn (dospělí)	Vdaná	Učitelka	47	51	Antidepresiva, HRT
Helena	54	2 synové (dospělí)	Vdaná	V dlouhodobé neschopnosti (dělník)	50	-	Antidepresiva
Eva	55	Dcera, syn (dospělí)	Vdaná	Asistentka	54	-	-
Pavla	49	Dcery (15,16)	Vdaná	Nezaměstnaná (nákupčí)	44	48	-
Věra	47	Dcera, syn (18, 15)	Vdaná (čerstvě)	Zaměstnanec MÚ	46	?	Antidepresiva
Marie	56	Syn (dospělý)	Vdaná	Učitelka	54	54	Antidepresiva
Leona	52	Dcera (30), vnučka (4 měsíce)	Svobodná (přítel)	Výzkumník	47	?	HRT injekční
Klára	40	Dcera, syn (11, 6)	Vdaná	Disponent předvýroby	40	40	Hormonální antikoncepce

6.3 Metody získávání dat

Data byla pro účel výzkumu získána prostřednictvím **polostrukurovaných rozhovorů**. Hendl (2016, s. 168) pokládá tuto formu dotazování za střední cestu, která se vyznačuje „*definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání dat*“. Tuto metodu jsem zvolila, jelikož umožňuje rozpracovat téma do hloubky, do jaké je to užitečné vzhledem k cílům a výzkumným otázkám. Využívá možnosti kreativní, volné, přirozené a nenucené komunikace (Mioviský, 2006). Zkoumaný výzkumný problém zahrnuje poměrně rozsáhlou oblast v životě ženy, tudíž bylo prostřednictvím kladení doplňujících otázek získáno velké množství dat.

Hendl (2016) upozorňuje na důležitost vhodného řazení otázek. Začátek rozhovoru je vhodné zaměřit na neproblémové skutečnosti, které povzbuzují účastníka, aby hovořil popisně. Citlivější otázky je doporučeno řadit do části rozhovoru, kdy je již vytvořena atmosféra mezi dotazovaným a tazatelem. Tento fakt byl brán v potaz při sestavování rozhovoru, jelikož téma klimakteria se dotýká i intimních oblastí a bylo nezbytné tyto oblasti zmapovat.

Rozhovor je sestaven celkem ze čtrnácti hlavních otázek a dalších rozvíjejících podotázek. Struktura rozhovoru vycházela z předem daných výzkumných otázek. Během rozhovorů se často stalo, že ženy spontánně mluvily o tématech, na které se zaměřovaly určité další otázky v rozhovoru, a tudíž bylo nezbytné využít flexibilitu výzkumníka a upravovat a směřovat otázky za chodu rozhovoru.

Počátečním krokem sběru dat byla pilotní studie, která slouží ke zmapování případných nedostatků či komplikací ve způsobu kladení otázek. Po provedení jednoho pilotního rozhovoru nebyly zjištěny významné nedostatky, a tudíž byl rozhovor zahrnut do analýzy dat. Struktura rozhovoru byla po pilotní studii mírně upravena a byla přidána jedna otázka, pro jejíž zodpovězení jsem ženu z pilotní studie dodatečně oslovila.

Délka rozhovoru se pohybovala v rozmezí 30-100 minut, přičemž průměrná délka rozhovoru se lišila podle toho, do jaké míry byla žena ochotna o tématu otevřeně mluvit. Data byla zaznamenávána na diktafon v podobě audiozáznamu. Před započítím rozhovoru byl získán souhlas s pořízením záznamu prostřednictvím ústního souhlasu či písemného informovaného souhlasu.

Sběr dat probíhal od října do prosince roku 2022. Šest rozhovorů probíhalo v online prostředí a čtyři rozhovory proběhly osobně, a to v domácím prostředí ženy či výzkumníka.

6.4 Etika výzkumu

Hendl & Remr (2017, s. 62) uvádí, že vědomí výzkumníka o významu etických aspektů výzkumu je nezbytné. Podle autorů hlavní dilema spočívá ve „*vyvážení zájmu výzkumníka o adekvátnost výsledků a práv a hodnot zkoumaných jedinců, které mohou být ohroženy výzkumem*“. Při dodržování etických pravidel jsem se řídila etickými principy dle výše zmíněných autorů.

Participantky byly před zahájením rozhovoru seznámeny s tématem výzkumu a jeho cílem. Byly informovány o dobrovolnosti účasti ve výzkumu a možnosti z něj kdykoliv odstoupit. Vzhledem k citlivosti tématu jsem ženy upozornila, že nemusí odpovídat na jakékoliv otázky, pokud se budou cítit nepříjemně. Mým cílem však bylo nastolit takovou atmosféru a vyjádřit ženám porozumění a podporu, aby k tomuto pokud možno nedošlo. Žádná z žen v průběhu rozhovoru tuto možnost nevyužila.

Ženy na začátku rozhovoru obdržely informovaný souhlas, se kterým musí participant souhlasit podpisem. Pokud se rozhovor konal v online prostředí, bylo participantkám prohlášení přečteno a následně musely slovně potvrdit svůj souhlas. Součástí informovaného souhlasu (viz. Příloha č. 4) byly základní informace o výzkumu, poučení o anonymitě, pořízení audiozáznamu, způsobu nakládání s daty a jejich zpracování.

Jména participantek byla nahrazena pseudonymy, aby byla plně zachována jejich anonymita. Při transkripci dat byly vymazány ty informace, které by mohly vést k případné identifikaci participantek.

6.5 Metoda zpracování a analýzy dat

Získaná data z polostrukturovaných rozhovorů byla přepsána do textové podoby. Jako metodu analýzy dat byla použita metoda **zakotvené teorie**. Cílem této metody je najít specifickou teorii, která se týká vymezené populace, prostředí nebo doby (Hendl, 2016). Jednou z velkých výhod této metody je její plastičnost, díky níž je metoda zakotvené teorie živým a tvůrčím výzkumným nástrojem (Mioviský, 2006).

Mioviský (2006, s. 228) popisuje proces kódování, prostřednictvím něhož jsou zjištěné údaje v procesu zakotvené teorie „*analyzovány, konceptualizovány a opět skládány novými způsoby, což je ústředním procesem tvorby nové teorie*“. Podle Strausse a Corbinové (1999) analýza dat zakotvené teorie probíhá ve třech fázích, kterými je *otevřené kódování*,

axiální kódování a selektivní kódování. Kvůli rozsáhlému objemu nasbíraných dat jsem využila program *Atlas.ti 9*.

V první fázi kódování, tedy otevřeném kódování, dochází k prvnímu průchodu daty a lokalizaci témat, kterým se přiřazují označení. Miovský (2016) tato označení nazývá významovými jednotkami. Hendl (2016) dodává, že seznam nalezených témat poté výzkumník třídí a organizuje, kombinuje a doplňuje v další analýze. Cílem této fáze je tedy kategorizace dat. V první fázi kódování bylo vytvořeno celkem 660 kódů, které jsem následně seskupila do jednotlivých subkategorií. Vzniklo dohromady 31 subkategorií.

Ve fázi axiálního kódování byly mezi subkategoriemi hledány vzájemné vztahy a souvislosti. Tento proces proběhl v duchu kódovacího schématu podle Miovského (2006), který do něj zahrnuje podmiňující vlivy, kontext, strategie jednání a interakce a následky. Následně došlo ke stanovení *centrální kategorie* (Strauss a Corbinová, 1999) nesoucí název „*klimakterium*.“ Centrální kategorie odpovídá velké části zkoumaného jevu a ostatní kategorie se kolem ní seskupují. Těchto kategorií bylo stanoveno pět („*žena*“, „*stárnutí*“, „*rodina*“, „*společnost*“ a „*strategie zvládnutí*“).

V poslední fázi kódování nesoucí název selektivní kódování (Strauss a Corbinová, 1999) byla centrální kategorie uváděna do vztahu s ostatními popsányými kategoriemi.

Při realizaci analýzy získaných dat jsem vycházela především z Miovského (2006), Strausse a Corbinové (1999) a Hendla (2016). Inspiraci jsem také našla v diplomových pracích Horákové (2017) a Vaculové (2019).

7 VÝSLEDY ANALÝZY ROZHovorŮ

Na základě analýzy dat z polostrukturovaných rozhovorů byl vytvořen model, který zachycuje širší vztahy a souvislosti prožívání a zvládání období klimakteria z pohledu žen. Proces kódování dle zakotvené teorie určil centrální kategorii **klimakterium** a kategorie **strategie zvládání, žena, stárnutí, rodina a společnost**. Mezi kategoriemi existují důležité souvislosti, zejména mezi centrální kategorií a ostatními kategoriemi (viz Schéma č. 1).

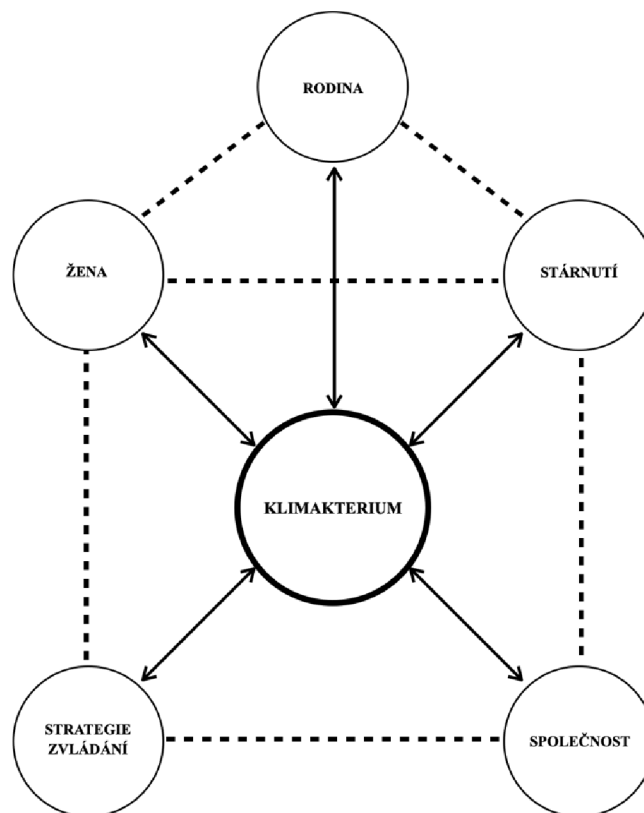


Schéma č. 1: Vztahy mezi kategoriemi

Centrální kategorie byla nazvána „*klimakterium*“ a představuje hlavní koncept zkoumaného jevu. Z dat vyplynulo, že v prožívání a zvládání klimakteria hraje důležitou roli životní prostředí ženy, tedy „*rodina*“ a „*společnost*.“ Samostatnou kategorií tvoří „*žena*“, která označuje hlavní postavu, které se výzkumný problém týká. Další kategorií je „*stárnutí*“, jakožto nedílná komponenta klimakteria. Poslední kategorií je „*strategie zvládání*“, která zahrnuje způsoby a strategie, pomocí kterých se ženy s tímto obdobím vyrovnávají.

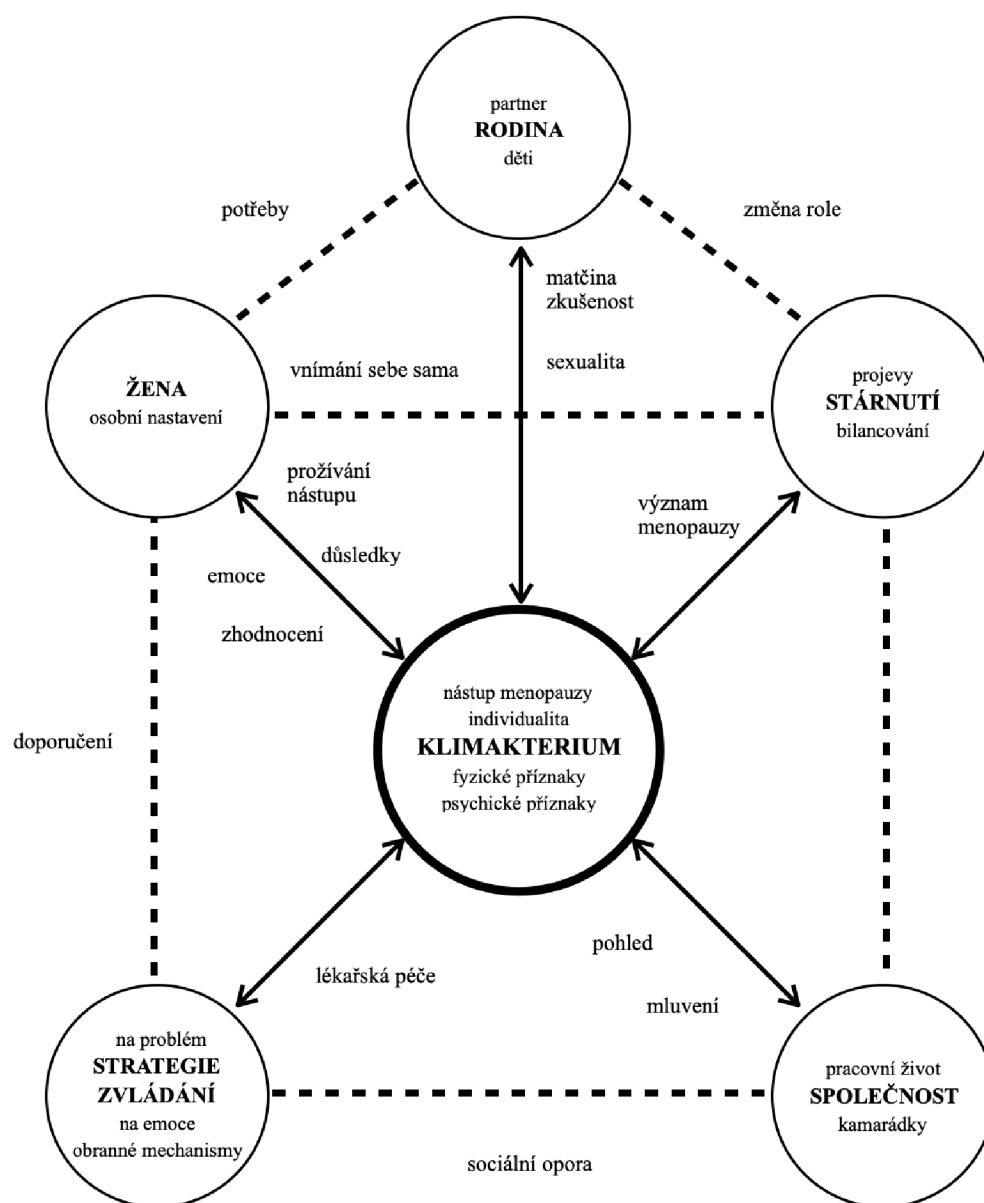


Schéma č. 2: Kategorie, subkategorie a jejich vzájemné vztahy a souvislosti

Poznámka: Schéma č. 2 nezahrnuje celé názvy některých subkategorií a interakcí z důvodu přehlednosti. Jednotlivé podkapitoly s popisem výsledků plné názvy již nesou.

Kategorie, subkategorie a jejich vztahy znázorňují model prožívání, průběhu a zvládání klimakteria. Ke každé kategorii náleží subkategorie, které kategorii blíže charakterizují a specifikují. Model znázorňuje důležité komponenty tohoto období v životě ženy a činitele, kteří proces ovlivňují a jsou procesem ovlivňováni. Tento proces zachycuje Schéma č. 2.

V následující kapitole budou tyto kategorie, subkategorie a jednotlivé interakce blíže popsány a doplněny citacemi a interpretacemi z výpovědí participantek. Z rozhovorů vyplynula i další témata, avšak do výsledků byla zahrnuta pouze ta, která se jevila jako klíčová.

7.1 Klimakterium

Centrální kategorie klimakterium je zároveň ústředním tématem výzkumu. Vztahuje se k němu několik subkategorií, jež lze považovat za nedílné komponenty jevu, který klimakterium představuje.

7.1.1 Nástup klimakteria

Menopauza může nastat dvěma způsoby: (1) přirozená menopauza a (2) indukovaná menopauza. Ve výzkumu bylo zahrnuto šest žen, u kterých menopauza nastala přirozeným způsobem, a dvě ženy, které jsou ve fázi před menopauzou. Další dvě ženy z výzkumného souboru měly menopauzu vyvolanou chirurgickým zákrokem, přičemž jedna z nich podstoupila oboustrannou adnexektomii již v období klimakteria. Poslední žena podstoupila dříve v životě hysterektomii, tudíž nemá menstruaci již delší dobu, ale až nyní je v období přechodu. Jedna žena podstoupila chirurgické odebrání vaječnicků i dělohy ve 40 letech ze zdravotních důvodů. Klára popisuje: „*Byl takovej násilnej zásah. Takový násilný vplynutí do tohodle období*“. Uvádí ale, že se tím její zdravotní problémy vyřešily.

U všech žen se klimakterium projevilo změnami v menstruaci ještě před samotnou menopauzou. Tyto změny se týkaly intenzity menstruačního krvácení, které se stalo silnějším, a dále nepravidelnosti a vynechávání menstruačního cyklu: „*Začala jsem 3-4 dny špinit, což jsem nikdy nemívala, a pak to bylo, jako když mě podříznu, bylo to hrozně silný*“ (Helena). Délka trvání těchto abnormalit v menstruaci před menopauzou se liší, ale většinou se jedná o několik let: „*Myslím, že to bylo několik let, ta silná menstruace. A takový to, že jsem vlastně nevěděla, kdy ta menstruace přijde*“ (Simona). Typický je také počínající výskyt příznaků akutního klimakterického syndromu. V případě indukované menopauzy je nástup příznaků rychlejší a výrazně intenzivnější než při přirozené menopauze.

7.1.2 Individualita

Důležitým aspektem klimakteria je jeho individuálnost. Z analyzovaných dat jasně vyplývá, že klimakterium je jak v průběhu, projevech, tak i v tom, jak je ženami prožíváno a zvládáno, do určité míry individuální záležitostí. Samotné ženy jsou si toho vědomy: „*Každý tohle období prožívá nějak jinak*“ (Věra). Eva svým výrokem tento fakt trefně vystihla: „*Je to individuální, každé to má jinak, jak jsme každé originál*“.

7.1.3 Fyzické příznaky

V rámci tělesných příznaků klimakteria se u žen nejčastěji objevují návaly horka s pocením. „*Cítila jsem hrozné horko v obličeji a na krku. Potom začalo to opocování několikrát přes den, třeba po 20 minutách*“ (Leona). Jejich intenzita se u každé ženy liší, a tudíž se liší i míra, do které ženě ovlivňují kvalitu života: „*Můžu říct, že tohle jsem měla dost značně, že jsem si nosila i oblečení navíc do práce. Bylo mně nepříjemný v tom bejt, že jsem se opotila tak, že mě to studilo, to oblečení*“ (Eva). Návaly do určité míry zažívalo devět z deseti žen z výzkumu. Jejich závažnost je různá, některé ženy je popisují jako velmi obtěžující: „*Nejhorší byly teda ty návaly, protože jsem byla schopná při cestě do práce propotit úplně celé oblečení*“ (Marie). Návaly se mohou objevovat i v noci jako takzvané noční pocení. Noční pocení je spojeno s buzením a narušuje tak spánek. Ženy vlivem toho mohou být nevyspané a přes den cítit únavu. „*V noci jsem byla třeba dvakrát až třikrát vzbuzená, že jsem měla úplně mokrou košili, prostě všechno, co jsem měla na sobě bylo totálně mokré. Vlasy byly mokré, takže to bylo prostě jít do sprchy*“ (Leona).

Jako další problém, který typicky začíná s nástupem menopauzy, popisují ženy vaginální suchost, která má za následek bolest při pohlavním styku. Ženy v období klimakteria zaznamenávají i celkové vysušování pokožky na těle: „*Já mám pokožku suchou odjakživa, protože jsem atopik, ale myslím si, že i tou menopauzou se ta suchost prohloubila. Ta pokožka celého těla a celkově... i ta vaginální třeba*“ (Věra).

Ženy v rozhovorech uvedly širokou škálu tělesných příznaků, přičemž mezi další nejčastěji uváděné potíže patří zvýšení tělesné hmotnosti, palpitace, bolesti kloubů a jiných částí těla. Některé ženy zaznamenaly méně typické fyzické potíže, například přetrvávající rýmu, zhoršení sluchu, plynatost či oteklé končetiny. Dvě ženy také uvedly zhoršení premenstruačního syndromu: „*Když mi měl začít menses, tak mě k tomu bolela vždycky hlava*“ (Eva).

7.1.4 Psychické příznaky

Z rozhovorů vyplynulo, že ženy v období klimakteria zažívají pestrou paletu psychických potíží. Některé lze jasně připsat projevům akutního klimakterického syndromu, jiné jsou podle subjektivních výpovědí žen možným výsledkem působení více příčin.

Únava, plačtivost, nespavost, deprese, vztek, snížené libido, úzkost, negativní myšlenky, střídání nálad, lítostivost, podrážděnost, špatná nálada, nervozita, pocity zbytečnosti, napětí, smutek a stres – to jsou nejčastěji popisované psychické potíže. Intenzita a závažnost je opět individuální. Zvýšenou únavu zaznamenalo sedm žen, přičemž ve většině případů je důsledkem poruch spánku: „*Ráno, když se v noci víc vzbudím, tak se cítím víc unavená, a to mně docela omezuje*“ (Helena). Simona zažila velké problémy s nespavostí: „*Nejvíce mně vadí to spaní, že nejde spát na povel a nejde se prostě vyspat...Mám to vlastně po celou dobu, protože ten spánek se mi od té doby změnil. Nespím souvisle celou noc. Třeba se vzbudím třikrát za noc a potom ten spánek není hluboký*“.

Ženy uvádí, že jsou schopny rozbrečet se bez zjevného podnětu: „*Seděla jsem v práci, nedělo si nic speciálního, byl naprosto standardní den a já jsem najednou začala brečet, jako kdyby mi někdo řekl, že umřelo dítě*“ (Pavla). Nebo v důsledku podnětu, který by je za dřívějších okolností nijak nezasáhl: „*No vlastně mi takhle rozbrečí nebo rozhodí každá prkotina, kterou by nikdo neřešil, že mám hodinu času, a přesto mám pocit, že něco nestihnu*“ (Simona).

U některých žen se v období klimakteria může rozvinout deprese. Marie uvádí: „*Byla mi diagnostikována deprese související s hormonálními změnami*“. Také Helena měla podobnou zkušenost a popisuje, jak se cítila: „*Ze začátku jsem jenom polehávala, fňukala a brečela a neměla jsem vůbec sílu cokoli dělat*“. Smutek a úzkosti mohou vypadat následovně: „*Smutek, ten je takovej typickej pro to, jak já přemýšlím. Jinak nálady se mi moc nemění, když mám pořádek ten smutek... Úzkost... to je asi největší jako co se mi týče. Pocity smutku a úzkosti*“ (Simona).

Vztek, podrážděnost a střídání nálad jsou dalšími častými stavy, které ženy v přechodu zažívají. „*Návaly těch nálad a vzteku. Prostě výkyvy nálad. Někdy se vzbudím a jsem vzteklá. Já říkám, že jsou dny, kdy sama sebe nemůžu vystát. Jsem vzteklá, taková podrážděná. Hnedka vyjždím...anebo potom tyhle, že mě přepadne, že brečím a nevím proč, bezdůvodně*“ (Pavla).

7.1.5 Závažnost potíží

Závažnost klimakterických příznaků silně ovlivňuje prožívání celého období i to, jaké strategie zvládnání ženy volí. Závažnost potíží může být subjektivně dána vnímáním ženy, ale z rozhovorů vyplynulo, že z toho, jak ženy popisují, jaké příznaky prožívaly a v jaké intenzitě, lze odhadnout, zda byly potíže závažné či nikoliv. Vypovídaly, jak potíže zasahují do jejich každodenního života a do jaké míry je omezují. Participantky také měly samy ohodnotit, jak závažné podle nich byly jejich potíže. Z výzkumu vyplývá, že polovina žen pokládá své potíže za závažné. Například Marie uvedla: „*Na stupnici od jedné do desíti tak devět*“. Helena vypověděla následující: „*No, z mého pohledu byly závažný*“ a Pavla: „*Z mého pohledu velmi náročné. Velmi náročné*“.

Druhá polovina žen uvedla, že potíže nevnímají jako závažné: „*Asi běžný standard bych řekla. Podle mě se to nějakým způsobem nevymyká*“ (Eva). Některé ženy porovnávaly svou zkušenost s jinými ženami: „*Vím, že některé ženy, to je běh na dlouhou trať a bojují třeba 5-10 let s nějakými různými obtížema. Takže si myslím, že já ještě v podstatě dobrý*“ (Věra). Alena vypověděla následující: „*Jestli jsem já zažila nějaký nával, tak to vždycky trvalo tak 30 vteřin a bylo mi trochu teplo, ale nikdy to nebylo, jak ženský říkají, že propotí noční košili, tak to já teda neznám*“.

Ženy, které potíže označily za subjektivně závažné, popisovaly více potíží s větší intenzitou a podrobněji než ženy, které je za závažné nepovažovaly.

7.2 Žena

Žena jako osoba představuje hlavního aktéra v průběhu klimakteria.

7.2.1 Osobní nastavení

Osobní nastavení ženy se ukázalo být jedním z komponentů ve formování zkušenosti s klimakteriem, ale i v prožívání okolních událostí. Ženy poukazují na své osobnostní charakteristiky a zmiňují svou povahu, zdatnost, schopnost překonávat různé situace či vliv výchovy v dětství. „*Já jsem nikdy nebyla jako psychicky zdatná, že bych věci házela za hlavu, to nikdy a osobně si teda myslím...že projevy toho klimakteria zasahují víc lidí, který ty psychický problémy neumí úplně zpracovat a jsou na to náchylnější*“ (Simona). Eva připisuje její přístup ke klimakterickým obtížím výchově v dětství: „*A takový ty problémy, že bych zůstala někdy doma a matka mě omluvila, že mi nebylo dobře u menses?*“

Neexistovalo. Já měla docela tvrdou výchovu a asi se mi to přeneslo i do normálního života“. Věra popisuje: *„Jsou různé životní situace, do kterých se teď dostávám a někdy nevím, co si s tím mám počít. Ale rozhodně je problém v tom, že já odjakživa ty emoce nebo city... odjakživa neumím křičet, neumím to ze sebe dostat a zavřu to v sobě“.*

7.3 Stárnutí

Důležitým tématem vyplývajícím z analýzy rozhovorů je problematika stárnutí. Téma stárnutí je aspektem, který ženy aktuálně vnímají a řeší. Všechny z nich pokládají věk kolem 50 za počátek stárnutí. Klimakterium vnímají jako součást stárnutí a připravují se, jak Věra popisuje, na *„další životní etapu“*. Ženy se snaží na stáří adaptovat a v některých případech to nemusí být jednoduché: *„Zvykám si na ten pocit. První pocit byl, jako že už je všechno fuč, že už je všechno v troubě, v prdeli. No a teďka si zvykám na to, že ne, takhle to být nemusí. Mám před sebou ještě doufám nějaký život a můžu si ho užít, že se teda nemusím na dalších 10 let zahrabat pod zem, že už jsem stará“* (Pavla). V tomto ohledu se u žen objevuje určitá ambivalence, kdy se ženy snaží negativní aspekty stárnutí vyvážit těmi pozitivními a zaměřovat se na ně.

7.3.1 Projevy stárnutí

Projevy stárnutí ženy v tomto období zaznamenávají více než dříve. Ty, které jsou viditelné, jsou fyzického rázu, ale může se jednat například i o únavu: *„Myslím si, že jsem v tohle období víc unavená a spím. Jak to tělo stárne...Dřív jsem vydržela být vzhůru třeba do 11 hodin, že jsem něco dělala, a teď jsem víc ospalá“* (Eva).

Ženy velmi často popisují, že různé situace či problémy *„nezvládají jako dříve“* nebo používají výrok *„není to jako za mlada“* (Marie, Helena). Pozorovaný je také fyzický úpadek: *„Mám pocit, že úplně jsem ztratila pružnost těla. Mám problém se zvednout z postele, tak si říkám, mně je 80 ne 50“* (Pavla). Významné projevy sledáváme ve vzhledu, přičemž u žen jsou nápadnější a často intenzivněji prožívané: *„No a najednou se mění všechno. Šediví ty vlasy, dělají se vrásky, všechno se jakoby horší“*.

7.3.2 Bilancování

V tomto období nastávají určité chvíle, kdy ženy mají tendenci přemítat o životě. Přemýšlí o minulosti, ale i o budoucnosti. Je to typické pro období pozdní dospělosti.

„*Takového to, že [ženy] najednou bilancují, co v životě se jim povedlo, nebo nepovedlo. Kde udělaly chybu, proč třeba ty jejich děti se chovají takhle a ne jinak. Myslím si, že je to o té společnosti, že si to člověk v tomhle období v sobě víc přebírá*“ (Simona). Věra naopak přemýšlí, co bude dál: „*Člověk má takový ty myšlenky, jakože co dál s tím životem... Děti už jsou skoro velký, v práci dobrý a teď si říkáte... ještě tu budu třeba 20 let, když to půjde dobře na světě, nebo možná 30. Teď se otevírá to další a říkáte si, co s tím dál? Je to takový... to je to, nad čím člověk hloubá*“.

7.4 Rodina

Rodina je významným činitelem v životě ženy a přímo či nepřímo zasahuje do průběhu klimakteria. Stejně tak se aktuální stav ženy odráží ve fungování rodiny.

7.4.1 Partner

Ve výzkumném souboru bylo sedm vdaných žen žijících v manželství a tři svobodné ženy, z čehož dvě měly partnera, se kterým se vídaly nepravidelně. Vdané ženy byly povětšinou v manželství spokojené. Jedna z nich, Helena, řešila aktuální a prohlubující se nespokojenost ze svojí strany. Helena byla jednou z žen, u kterých se v klimakteriu rozvinula deprese, a velký podíl na tom nesla právě situace v rodině: „*Necítla jsem u svého manžela žádnou podporu a porozumění... že se třeba už taky měním. On tomu nerozumí, myslí jenom na sebe*“. Leona, která se s přítelem vídá pouze několikrát do měsíce, uvedla, že chybějící podpora a porozumění ze strany partnera jí velice vadila: „*Kdyby se aspoň zeptal, jestli chci něco, nebo potřebuju pomoc... on se ani jednou nezeptal. Ono ho to nezajímalo, to je ten problém... Není to člověk, který by se mnou rozebíral, jestli je mi špatně nebo nepotřebuju s něčím pomoci*“. Lze říct, že spokojenost v manželství (partnerství) hraje v prožívání klimakteria důležitou roli. Ženy, které závažnější problémy s partnerem neřeší, popisují, že od partnera pociťují podporu i porozumění. „*No vydržel toho už hodně. A když už nemůže, tak se rozčílí nebo vybuchne. Ale jinak vydržel hodně a chápe to. A když je to furt do kolečka a pořád, tak někdy musí i odejít někam do vedlejší místnosti, abych se teda vybulela. Takže ten je hodně trpělivej*“ (Simona). Z rozhovorů vyplynulo, že partnerské vztahy žen klimakterium nijak zásadně neovlivnilo. Marie popisuje, že poté, co u ní vymizely klimakterické potíže, se její vztah s manželem vylepšil: „*V tuto chvíli mi přijde, že mi na partnerovi záleží daleko více, než na konci toho období... připadá mi, že je prostě takový lepší*“.

V partnerství jde především o přizpůsobení, což hezky vystihuje situace, která nastala mezi Evou a jejím manželem: „*Manžel zareagoval na to, že jsem začala chrápat. Tak jsem mu řekla, že se může odstěhovat k dceři do pokoje, která tam teď není, ale to se mu nechce. Tak si nějak zvykl*“.

7.4.2 Děti

Významná událost, která ženy v tomto období může potkat, je odchod dospělých dětí z domova. Každá žena tuto událost prožívá jinak, ale hraje roli to, zda se dítě vrací domů a tráví čas s rodiči, nebo odešlo z domova na trvalo: „*Moje dcera, tý už je 31, ta odešla až tehle rok. No... dost mě to tenkrát vzalo, protože jsem byla zvyklá ji mít doma.*“ (Lada). „*No ten odchod dětí, to bylo asi takový nejvýraznější. Že prostě teď jsme tady sami, ale už jsem si nějak zvykla*“ (Simona). „*Dcera, to se vždycky těším, že přijede domů z koleje. Kdyby ona nejezdila, tak by mi bylo smutno. Možná, že bych to hůř nesla, kdyby nebyla vůbec doma. To by taky mělo vliv určitě*“ (Eva). Vlivem odchodu dětí přibude čas, který žena může věnovat sama sobě či partnerovi. Ženy ale uvádějí, že to pro ně není výrazná změna, jelikož čas vyplní prací nebo využívají toho, že nemusí spěchat, a tak si práci rozloží. Eva to shrnuje následovně: „*Člověk zestárne s tím, že už ty děti svým způsobem odrostou a už nejsou tak závislé, že člověk má více volného času. Ale na druhé straně, je člověk pomalejší a míň toho stihnu. Ale protože na to mám čas, tak si to rozložím*“. Zato jedna žena řešila naprosto opačný problém. Její dva dospělí synové stále bydlí doma, podle jejích slov „*jsou na mama hotelu*“ (Helena). Helena uvádí, že by se jí ulevilo, kdyby se synové osamostatnili a měla víc času na sebe.

Pokud bychom se ptali, zda děti v tomto období zaznamenaly u svých matek nějaké změny a jaké byly jejich reakce, odpověď by zněla, že spíše ne. Některé děti, většinou dcery si různých změn všimly, ale s matkou je více neprobíraly: „*No dcera, když jsem byla rudá, tak se mě zeptala, jestli jsem pila. Čímž mě teda jako naštvála*“ (Leona).

7.5 Společnost

Společnost je další důležitou oblastí související s prožíváním a zvládáním klimakteria, která z výzkumu vyplynula.

7.5.1 Pracovní život

V této oblasti byly zjištěny velmi překvapující skutečnosti. Obecně se má za to, že lidé v této fázi života nedělají příliš velké změny ve svém životě (viz. teoretická část).

Ve výzkumu ovšem šest z deseti žen v tomto období změnilo pracovní pozici či ztratilo zaměstnání. Tato změna u většiny z žen nesouvisela přímo s přechodem. Ve většině případů byla důvodem změny práce nespokojenost v zaměstnání vlivem pracovních podmínek či sporů s kolegy nebo vedoucím. Jedné z žen, která zažívala závažné fyzické klimakterické příznaky, bylo dokonce nadřízeným pracovníkem doporučeno práci opustit: *„Byla jsem jednu dobu v práci, kde jsem měla paní šéfovou zhruba o dva roky starší, než jsem já. Ona mi naznačila, jestli bych nechtěla z té práce odejít, abych si to uspořádala, odpočinula si a našla si jinou práci. To bylo zrovna takové to období, kdy já s něčím bojuju a potřebovala jsem třeba od té ženské trochu podpořit a ona do mě tak dlouho ryla, až jsem se tam na ně vyprdla“* (Leona).

Nespokojenost a potíže v práci ženy vnímaly jako stresující a zhoršující jejich psychický stav: *„Změnila jsem zaměstnání, protože v tom původním, bylo to obtížný. Špatnej vedoucí, bylo to psychicky hodně náročný. Ten rok v tom zaměstnání, ve kterým jsem byla teď naposledy si myslím, že mě tu psychiku hodně rozhodil“* (Věra). Ženy, které změnilly pracovní pozici, uváděly tuto událost jako pozitivní a zlepšující jejich psychickou pohodu: *„Teď mám teda po dlouhé době novou bezvadnou práci, takže jsem spokojená.“* (Leona). Marie také vnímá změnu jako pozitivní: *„Teď jsem v té práci spokojena. Sice tam nemám nějaké vysoké postavení, ale mám strašně fajn kolegy“*.

7.5.2 Kamarádky

Významnými osobami v tomto období jsou pro ženy kamarádky, vrstevnice či kolegyně. Jsou to ženy, se kterými tráví určité procento volného času. Ženy se s nimi vidají v rámci cvičení a jiných volnočasových aktivit, s kolegyněmi v práci.

Některé ženy vyhledávají společnost přátel více, jiné méně. Z rozhovorů vyplývá, že ženy často oslovují kamarádky či vrstevnice, které mají s přechodem zkušenost. Jsou to osoby, se kterými ženy mohou o klimakteriu mluvit, předávat si zkušenosti a získávat rady. Kamarádky ve stejném věku plní také funkci sociální opory: *„Protože jsme na tom všechny stejně, tak se podporujeme“* (Simona).

Výpovědi naznačují, že se participantky s ostatními ženami srovnávají, a to především v souvislosti s výskytem klimakterických obtíží: „*Třeba co se bavím s kámoškama, tak ty vůbec tyhle problémy neznají. Strašná spousta mých kamarádek tohle vůbec nezažila. Prošly přechodem jako kdyby se nic nedělo*“ (Pavla).

7.6 Strategie zvládání

Poslední kategorií, která je dalším významným tématem výzkumu, jsou strategie, které ženy uplatňují při zvládání období klimakteria. V rozhovorech byly zmapovány především strategie, které jednotlivým ženám pomáhaly. Bylo zjištěno, že ženy využívají širokou škálu zvládacích strategií za účelem úlevy od klimakterických potíží, zlepšení celkového psychického stavu nebo ke zvládnutí akutních emočních projevů. Kromě těchto strategií se u žen také vyskytují méně funkční způsoby zvládání, jako jsou některé obranné mechanismy, se kterými se seznámíme v poslední podkapitole.

7.6.1 Strategie zaměřené na problém

Jako strategie zaměřené na problém si můžeme představit takové akce, které žena aktivně podnikne ve snaze ovlivnit a řešit danou situaci. Může se snažit změnit podmínky, které její celkový stav zhoršují, tedy například příznaky akutního klimakterického syndromu či problémy v osobním životě, které jí způsobují těžkosti. Téměř všechny ženy, které se v období klimakteria potýkají s nějakým druhem potíží, se je snaží určitým způsobem řešit. Tento přístup tedy můžeme označit za příklon zaměřený na problém. Konkrétně se jedná o strategie řešení problému a kognitivní restrukturuaci. Odklon zaměřený na problém, jako vyhýbání se problému, byl také u některých participantek zaznamenán.

Ženy, které zažívaly závažné klimakterické příznaky, vyhledaly lékařskou pomoc a zajímaly se o dostupnou léčbu. Pokud neměly vyloženě negativní vztah k farmakologické léčbě, zvolily hormonální substituční léčbu nebo antikoncepci, která též dodává v nízké koncentraci estrogenu. Některé ženy kvůli psychickým potížím užívaly antidepresiva na doporučení praktického lékaře či psychiatra. V případě poruch spánku ženy krátkodobě užívaly hypnotika. Všechny ženy, které zvolily některou z forem farmakologické léčby, se shodly, že jim výrazně pomohla: „*No za léky jsem byla vděčná, když bylo úplně ouvej. To jo, určitě. Ty hormony, i když jsem je nechtěla, tak nakonec jsem si říkala, jako takhle být*

nechci, tak jsem byla ráda, že je mám“ (Simona). Marie říká: „jakmile jsem nasadila ty léky, tak už to bylo v pohodě“. Věra, která užívá dlouhodobě antidepresiva, se domnívá, že i jejich vlivem se její celoživotní deprese v klimakteriu nezhorsila.

Různé alternativní přípravky, byliny, čaje, fytoestrogeny či tinktury vyzkoušelo osm žen z výzkumného souboru. Ve většině případů ženy pocitovaly alespoň mírné zlepšení obtíží, kvůli kterým přípravek začaly užívat: *„Užívala jsem nějaké vitamíny pro ženy v tomhle období a pomohlo mi to. Vybrala jsem celou škatuli a cítila jsem se líp, protože jsem se vyspala“ (Lada).*

Nejčastěji zmiňovanou strategií ke zvládnání různých problémů byl aktivní pohyb. Participantky uváděly různé aktivity, jako procházky, cvičení, jógu, ježdění na kole a běhání. Jelikož se ženy v přechodu často setkají se zvýšením váhy, snaží se upravit aktivity a jídelníček směrem ke zdravějšímu. Některé participantky uvedly, že začaly jíst menší porce, omezují tučná jídla nebo nekonzumují jídlo večer.

U některých žen se setkáme s formou proaktivního copingu, který se zaměřuje na preventivní chování. Patří sem i dodržování zdravého životního stylu. Alena, která klimakterium prožívala dle jejích slov *„dobře“* a bez větších projevů, má následující přístup: *„Já jsem taková ta, která upřednostňuje nějakou prevenci, protože jednou nechci bejt stará bába, která má 100 kilo, vysoký tlak a cholesterol a podobně. Takže já se snažím zdravě jíst, zdravě se hejbat, dobře spát a dělat nějakou relaxaci“.*

7.6.2 Strategie zaměřené na emoce

Tento typ copingu se zaměřuje na zvládnání emočních projevů, které jsou vyvolány vlivem určitých podnětů. Participantky uváděly, že pokud na ně přijdou takzvané *„špatné myšlenky“* (Simona) nebo špatná nálada, snaží se to určitým způsobem překonat. Pomáhá jim například aktivní pohyb, který jsme popisovaly v předešlé podkapitole. *„Když mám nějaký problém, cítím se blbě, tak mi pomůže, že jdu běhat. Já se vrátím celá rudá jak před infarktem, ale na duši je mi strašně dobře“ (Alena).* Participantky za účelem regulace a zpracování emocí uváděly, že jim pomáhá hlavně pohyb, relaxace, hudba či příroda. *„I hudbu jsem si pouštěla relaxační nebo jazzovou, aby mě to prostě udělalo takovu tu atmosféru příjemnou. Navodilo tu náladu. Nebo jsem si kreslila, vymalovala mandaly. Vytáhla jsem si knížky moje oblíbený a četla jsem“ (Helena).*

Ženy v souvislosti se zvládáním emocí používají výrazy jako „vyčistím si hlavu“, „vybiju se“, „uleví se mi“ (Alena, Helena, Věra). „Negativní myšlenky zaháním jízdou na kole. Tady na to mně pomáhá opravdu vypadnout z toho baráku a jít ven, prostě se projít“ (Věra). Participantky uvedly, že se v tomto období snaží myslet pozitivně a emoce ventilovat výše zmíněnými strategiemi. Také se naučily mít radost z maličkostí a více si cenit toho, co mají k dispozici: „To je taky jedna z těch základních pouček, že se dělá radost každý den něčím a nejlépe si to psát, co člověku dělá radost. Tak to se učím, těším se a baví mě... dokážu se těšit z maličkostí, protože v tomhle období se nedějou žádné velké věci“ (Pavla).

Výše uvedené strategie lze zařadit do kategorie příklon zaměřený na emoce, přičemž se ženy snaží o aktivní zvládání emočních reakcí vyvolaných například klimakterickými potížemi.

7.6.3 Obranné mechanismy a jiné strategie

Participantky popisovaly různé způsoby vyrovnávání se s klimakteriem. Z výpovědí vyplynulo, že některé z nich, ať vědomě či nevědomě, využívají některé obranné mechanismy. Mezi pozorované patří například potlačení: „Ne že bych se šla někam vyprávět, to ne... protože ještě jako je horší, když člověk o něčem pořád mluví, ale odvést pozornost“ (Simona). Další je projekce. Pavla v souvislosti s pohledem na menopauzu ve společnosti pravila následující: „Ale na druhou stranu to беру, že si říkám, dneska jsem v tomhle já a za pár let budeš ty.“ Dále můžeme pozorovat identifikaci, kdy ženy samy sebe ujišťují přirovnáním se k někomu se stejnou situací: „A tahle kolegyně taky brala antidepressiva, protože měla problémy.“ (Helena). Simona vědomě využívá únik: „A pořád od toho odbíhám a vypiju třeba 5 kafi denně, protože to je ten únik žejo. Taký si dam cigaretu na balkoně, i když mi nechutná, ale protože je to ten únik.“ U některých žen můžeme pozorovat egocentrismus. Žena může v tomto období prožívat různé nesnáze a cítit potřebu zaměřit se na sebe a vyřešit si je: „Potřebovala jsem, aby mě dali pokoj. Já jsem si to potřebovala vyřešit sama v sobě“ (Leona).

7.7 Interakce klimakterium – žena

7.7.1 Prožívání nástupu klimakteria

Participantky prožívaly nástup klimakteria různě. Prožívání ovlivnil hlavně výskyt příznaků: „*Já to neprožívám nijak, mně je dobře*“ (Věra). Oproti tomu, Leona uvedla: „*Prožívala jsem to blbě, protože mi bylo blbě. Ale kdyby mi nebylo blbě, tak to nijak neprožívám*“. Roli hraje také postoj ženy ke stárnutí a samotné menopauze: „*Brala jsem to jako to, když má člověk věkem vrásky, neprožívám to, že bych řešila, jestli budu vypadat staře... prostě to patří k tomu věku*“ (Eva). Oproti tomu Pavla: „*Špatně jsem to prožívala. Člověk to bere tak, že přichází stáří a už to jde jak to člověk měl doteď vzestupně, tak to jde, že se mohl víc učit, kariérní růst, prostě všechno nahoru, tak najednou jde všechno dolů*“.

7.7.2 Emoce

Participantky v tomto období zažívají různé emocionální změny, přičemž některé z nich tyto změny pociťovaly více než jiné. Ženy uváděly pozorované emoční výkyvy do vztahu ke klimakteriu jako důsledek hormonálních změn: „*Cokoliv, cokoliv mě rozbřečelo. Já telefonovala s manželem – bulela jsem. Mluvila jsem s dětma – bulela jsem. Přišla na mě nějaká myšlenka – bulela jsem. Prostě věci, který člověk normálně jakoby přejde, jsou běžný, tak v tomhle stavu mě rozlítostnily*“ (Klára). Některé participantky uvedly, že žádné emoční změny či intenzivní prožitky v tomto období nezaznamenaly.

Ženy uváděly další zdroje a podněty, které v nich emoce vyvolávají. Těmito zdroji byly nejčastěji potíže v práci, v manželství či v rodině. V některých ženách vyvolávaly nestandardní emoce i obyčejné situace v životě, přičemž to byly emoce negativní: „*Často se mi stalo, že jsem reagovala naprosto neadekvátně. Třeba v práci kolegové se někam chystali, já jsem byla v práci s chlapama, a tak jsem byla našťvaná, že mě s sebou nevzali, nebo se nezeptali a pak jako jsem ujela. Byla jsem našťvaná a vzteklá, nakonec lítostivá a brečela jsem*“ (Pavla). „*Jako celkově jsem byla taková agresivní. Tam byly teda problémy i v tom zaměstnání. Byly i věci, které by mi normálně nevadily, tak byly prostě nepřekonatelný*“ (Marie). Ženy ve vztahu k tomuto období popisují negativní emoce jako smutek, lítost, vztek, zoufalství, úzkost a další.

Většina žen spontánně nepopisovala, že by ve vztahu ke klimakteriu zažívala pozitivní emoce. Jedinou pozitivní skutečností, která v ženách vyvolává pozitivní odezvu je samotný konec menstruace, který pro ně znamená úlevu. Některé ženy o tomto vůbec

nehovořily a až na otázku, jaký mají pocit z konce menstruace, vyjádřily pozitivní postoj. Alena řekla, že měla z menopauzy vyloženě radost: „*Jo, měla jsem z toho radost, pane bože. Vždycky jsem si říkala... když jdu do té drogerie, tak mám o půl levnější nákup*“. Pozitivní emoce v tomto období se většinou pojí k určitým událostem a situacím v životě. Může tomu být například narození vnoučete nebo těšení se na tuto událost, kterou participantky v budoucnu očekávají a doufají v ni. V tomto případě ženy vyjadřují radost a naději. Pozitivní odezvu také v ženách vyvolala změna zaměstnání. Ženy pociťovaly úlevu, spokojenost a radost. Ženy se v tomto období snaží radovat z maličkostí a náladu si zlepšují i běžnými aktivitami, které v nich vyvolávají spokojenost a klid.

7.7.3 Důsledky

Ukázalo se, že klimakterium může ovlivňovat život žen mnoha způsoby. Důsledky příznaků akutního klimakterického syndromu snižují kvalitu života. Z rozhovorů vyplývá, že návaly horka přes den jsou obzvláště nepříjemné ve společnosti druhých lidí. To, do jaké míry zasahují ženě do života závisí na jejich intenzitě a četnosti: „*Ted' mám ty návaly fakt brutální, že mě to omezuje ve společenském životě. Ty lidi na mě koukají, protože se mi úplně orosí hlava, pořád mám ty drdoly jak debil, protože je mi furt vedro*“ (Pavla). Leona uvedla: „*Člověk se cítí nesvůj, klesne sebevědomí*“ (Leona).

Participantky zmiňovaly, že silné fyzické klimakterické potíže negativně ovlivňují jejich psychickou pohodu. Další důsledky klimakteria, které ženy pociťují, jsou v oblasti sexuality, kde dochází k velkým změnám. Tuto problematiku probereme v jedné z dalších podkapitol. Participantky také uvedly, že si v tomto období všimly kromě únavy také mírného kognitivního úpadku, což je ovlivňuje především v pracovním životě. Z analýzy vyplynulo, že důsledky příznaků zasahují do kvality života ženy, většinou v negativním smyslu. Pokud žena žádnými příznaky netrpí nebo jsou mírné, tak důsledky pociťuje minimálně.

Pozitivním důsledkem klimakteria je konec menstruace. Všechny ženy uvedly, že konec menstruace pro ně znamená úlevu. Úlevu ve smyslu úlevy od menstruačních obtíží a nákupu hygienických potřeb: „*Mám konečně pokoj. Nemusím řešit každý měsíc hygienu*“ (Marie). Ženy vyzdvihují, že z finančního hlediska ušetří mnoho peněz: „*Co se logistiky týče – nemusíte nic kupovat. Taky nemáte otravu přes týden*“ (Lada). Ženy, které ještě mají před menopauzou se na konec menstruace těší: „*Těším se, že bude konec*“ (Helena).

7.7.4 Zhodnocení

Z výsledků jasně vyplynulo, že ženy, které udávaly více klimakterických potíží a pokládaly své potíže za závažné, zhodnotily období klimakteria jako náročné či zatěžující. V tomto případě to bylo pět žen. Jejich výpovědi byly následující: „*Bylo to hrozné, už bych to podruhé zažít nechtěla*“ (Leona), „*Z mého pohledu velmi náročné. Velmi náročné. Omezující společensky... i v té práci... Říkala jsem si, že je to je úplně v prdeli. 50 na krku, sex mě bolí, takže z toho nemám nic, po alkoholu je mi blbě a jídlo nemůžu jíst pořádně, protože z toho přibírám. Já jsi říkám krucifix, jaký mám ještě radosti. Když se jdu hýbat, tak mě bolí nohy, celé tělo a trpím. Tak si říkám, co tohle je, to je fakt bomba. A pak je docela těžký být optimista*“ (Pavla). Pavla, která má čerstvě po menopauze dodává, že se nyní snaží na situaci nahlížet více pozitivně: „*Začínám to brát tak že ano, je to vstup do toho podzima. Záleží jenom na mě, jak to budu brát, jestli to budu brát, jakože je to ten podzim barevný, hezký anebo ten podzim, kterej je šedej, hnusnej a depresivní. Takže jsem se rozhodla, že si vyberu ten barevnej*“. Simona také hodnotí klimakterium jako negativní: „*Je to prostě... zásadní změna... pro mě. Ne plusová, na kterou si musím zvyknout. To mě ještě úplně nejde. Takže se člověk tak jako plácá trochu v tom všem. Ale když vím, že v tom nejsem sama, tak si říkám, že ostatní to taky nějak zvládly, tak se to nějak zvládnout dá. A věřím, že čas to nějak vyřeší sám. A hlavně... je to prostře nepřijemný. Všechno je nepřijemný tyhle věci*“. Leona, které zažívala velmi závažné potíže: „*Byly to pro mě, když mi bylo blbě, takové dva roky ztracené života*“.

Jiné participantky hodnotí klimakterium jako přirozený stav v období ženy, který je nijak drasticky nezasáhl: „*Kdybych to shrnula, tak to nevidím negativně. Já to beru, protože možná jsem ještě na tom dobře, že nemám tak velké problémy jako mají některý jiný žensky, takže se to dá vydržet*“. Věra: „*Já bych to zhodnotila, že zatím dobrý*“. Eva: „*Není to pro mě žádný dramatický období, něco, s čím bych nepočítala. Beru to tak, jak to život přináší... Že by mě to nějak vykolejilo, nebo dohnalo to hodně řešit, to ne*“.

Alena zhodnotila klimakterium jako pozitivní: „*Já jsem byla vždycky podrážděná, když jsem měla dostat menstruaci. A jakmile jsem o menstruaci přišla, tak žádná plačtivost, žádná podrážděnost...Mám většímu pozitiv*“. Klára, které menopauza byla vyvolána adnexektomií, nyní také shledává více pozitiv: „*Jako já už v tom vidím samý pozitiva. Protože se tím vlastně vyřešily ty zdravotní problémy, který jsem měla, ačkoliv to byl takovej násilnej zásah... Nemám starosti s nakupováním tampónů a mám v podstatě klid. Koupat se můžu chodit kdy chci*“.

7.8 Interakce klimakterium – stárnutí

7.8.1 Význam menopauzy

Jednou z otázek pro participantky byla otázka na to, jaký význam pro ně má menopauza. Ženy uvádí, že menopauza pro ně znamená stárnutí: „*Po té tělesné stránce je to v podstatě, jako když to řeknu hmusně – je to opravdu stárnutí*“ (Věra). Některé ženy uvedly, že je to přirozený proces v životě ženy: „*Je to přirozený. Tomu se člověk nevyhne, asi jako smrti.*“ (Eva). „*Další životní etapa, no...nedá se nic dělat*“ (Věra). Lada odpověděla: „*No přechod... je to určité období*“ Klářina odpověď zněla následovně: „*To je v podstatě konec nějakého období a přijde mi to, že žena stárne*“.

7.9 Interakce klimakterium – rodina

7.9.1 Matčina zkušenost s menopauzou

Ve výzkumu jsem se snažila zmapovat, zda ženy mají ponětí o zkušenosti jejich matek s menopauzou z vlastních vzpomínek nebo z vyprávění matky. Polovina žen s matkou o menopauze nemluvila. Důvodem byla například intimnost tématu a generační rozdíly: „*Kvůli té generaci mi přijde divný, že bych za ní přijela a říkala „Tak co mamí tvoje menopauza?”*“ (Eva). Většina žen ale má o menopauze matky alespoň určité povědomí: „*Ona to období menopauzy asi měla poměrně dlouhý. Tady si netroufám vůbec říct... Pokud jsem u ní něco zaznamenala, tak výkyvy nálad – to si myslím, že tam bylo určitě*“ (Věra).

Ženy mluvily s matkou o klimakteriu především za účelem předání zkušeností, rad a kvůli porovnání svého průběhu s jejím. „*A i jsem se o tom bavila právě s mamkou, protože jsem si vyčetla, že většinou ty rodinný příslušnice to mají stejný jako s tou maminkou. Takže je dobrý se zeptat a většinou to tak bývá*“ (Helena). Také pokud má žena sestru v podobném věku, mluví o klimakteriu s ní.

7.9.2 Sexualita

Jednou z častých změn, které klimakterium, ale i obecně stárnutí přináší, je snížené libido. Míní se tím menší chuť a potřeba pohlavního styku. To samozřejmě ovlivní sexuální

život s partnerem. Ženám samotným tento fakt nevadí, ale mluví o tom, že jejich partnerům to asi vadí více. Sex pro ně v tomto období někdy znamená, že se musí překonat: „*Že by to bylo na popud mě... iniciace z mé strany je spíš, jakože je to moje povinnost v uvozovkách vůči němu, ale i ty chlapy... mají to furt nastavený stejně a vůbec se nebere, že ta ženská je jiná už. Dá se říct, že já bych bez toho sexu klidně mohla žít*“ (Eva). Eva v této pasáži poukazuje i na to, že muži v tomto ohledu velké změny nepocítí, a proto mohou být aktivní stejně, jako dříve.

Roli v menší potřebě sexu hraje také pohlavní suchost či bolest vlivem ochabování poševních stěn: „*No, když mě to bolí, tak se mi do toho nechce*“ (Pavla). Pavla dodává, že se snaží tento problém řešit, jelikož sexuální život je důležitou součástí partnerství: „*Nechci to zabalit, mě to baví... Hlavně si myslím, že ke šťastnému partnerskému životu to patří*“.

7.10 Interakce klimakterium – společnost

7.10.1 Mluvení o klimakteriu

Z rozhovorů vyplynulo, že participantky o klimakteriu s ostatními lidmi spíše nemluví. Pokud ano, tak v malé míře. S muži o tom nemluví, jelikož toto téma podle nich nechápu. Jedním z důvodů, proč se o klimakteriu moc nemluví, je intimnost tématu. To popisuje Alena: „*No, je to takový intimní téma. Chlapi nebudou chtít mluvit o poruchách erekce a ženy nechtějí mluvit o tom, co jim dělá menopauza, že menopauza je nějakým znakem blížícího se stáří*“.

Participantky uvedly, že pokládají menopauzu za nezajímavé téma a něco, co mladší lidé nepochopí: „*Myslím, že to není úplně téma, který by frčelo. Když budu vyprávět někomu mladšímu o tom, jak mi je, tak ho to asi úplně nebude zajímat, protože má jiný starosti... Myslím si, že ten, kdo to neprožívá to nechápe, protože to nemůže pochopit*“ (Simona). Pokud žena v klimakteriu nezažívá větší problémy, tak o tom s ostatními většinou nemluví, jelikož necítí potřebu: „*Nemám potíže, tudíž o tom nepotřebuji mluvit*“ (Alena). Naopak ženy, které potíže zažívají, potřebu cítí. Leona na otázku, s kým o klimakteriu mluvila, odpověděla, že s matkou, dcerou, doktorkou a kolegyněmi: „*No tehdy jsem jim třeba říkala, že je mi blbě a teď už nikomu nic neříkám, protože už mi nic není, jsem v pohodě*“.

Pokud o klimakteriu ženy mluví, tak většinou s kamarádkami či kolegyněmi. Předávají si rady a zkušenosti. Když chtějí zjistit nějaké informace, obrátí se na vrstevnice či starší známé, které klimakteriem prošly: „*Když jsem něco chtěla vědět, tak jsem se zeptala žen, který už to klimakterium mají nebo už jsou starší*“ (Eva).

7.10.2 Pohled na ženu v klimakteriu ve společnosti

Pohled společnosti na „ženu v přechodu“ je podle participantek spíše negativní. Udávají, že ve společnosti to může znamenat, že žena stárne a stává se méněcennou. Pavla říká: „*Bere se to jako stigma, že žena už je stará, vlastně na odpis... Je mi nepříjemný, když se podívám na ty lidi a vidím jejich očích něco negativního*“ (Pavla).

Ženy také zmiňují, že kolem menopauzy existují určité mýty a předsudky. Negativní pohled vyplývá většinou z pohledu mužů, kteří mají různé nemístné poznámky a vytvářejí vtipy, jako například „*jde po přechodu*“ (Helena). Helenin manžel o ní jednou pravil: „*Ta je v přechodu už co jsme se vzali*“. Klára dodává: „*Některý chlapi si myslí, že jakmile tohle období na ženskou přijde, že je prostě odepsaná, že to nechápou. Slyšela jsem, že některý chlapi k tomu přistupují, jakože „ježišmarjá, ženská, která je vykuchaná, tak co do ní*“.

Participantky vyjádřily velkou nespokojenost s tím, že to takhle ve společnosti je. Samozřejmě se toto netýká všech lidí a všech mužů, ale mají i takovou zkušenost. Je potřeba, aby se tento pohled změnil. Velmi hezky to vystihuje Helena: „*Je třeba, aby to lidi brali vážně, že to je součást toho života. Ne jenom plodit ty děti, ale že to přijde a ta ženská je neplodná, ale není nějaká méněcenná žejo. Aby věděli, že když přijde ženská do přechodu, že prostě hormony fungují úplně jinak*“.

7.11 Interakce klimakterium – strategie zvládání

7.11.1 Lékařská péče

V klimakteriu je důležitá zdravotní péče, především gynekologická. Všechny participantky uvedly, že klimakterium řešily se svým gynekologem. Většinou to bylo v rámci každoroční preventivní prohlídky: „*Tak jak chodíme jednou ročně na prevenci, tak on mě udělal rozbor krve a na základě toho mi řekl, že ta hormonální křivka se změnila a že vaječníky nepracují tak, jako před 20 lety*“ (Věra). Ženy uvedly, že mimo to navštívily gynekologa kvůli různými potížím – bolest v podbříšku, vaginální suchost, bolest při pohlavním styku, abnormality v menstruaci či zvýšení váhy po menopauze.

Ženy, které trpěly závažnějšími klimakterickými potížemi, vyhledávaly pomoc gynekologa častěji za účelem zmírnění těchto příznaků. V rámci výzkumu mě zajímalo, do jaké míry gynekologové ženy edukují a informují o různých aspektech klimakteria. Většina participantek uvedla, že je gynekolog informoval jen zběžně. Na otázku, zda se ženy dozvěděly od gynekologa všechny potřebné informace, participantky odpovídaly následovně: „*Ne... většinou mně poradila, ať si to přečtu na internetu a takový ty věci*“ (Helena), „*Ani nevím, jestli jsme to nějak podrobně probírali, ale myslím, že ne... že tak jenom zběžně. Že by mi sám dával nějaké informace, to asi ne. Protože tam jsou ty letáčky v těch ordinacích*“ (Simona). Dalším zkoumaným faktorem gynekologické péče byla spokojenost s gynekologem. Polovina žen uvedla spokojenost s nynějším gynekologem. Faktory spokojenosti byla dostatečná informovanost, vstřícný přístup, „*psychologická podpora*“ (Alena) a kladný výsledek léčby. Klára, která podstoupila andexektomii, uvedla, že ji gynekoložka pečlivě informovala o zákroku, který měla podstoupit, a mluvila s ní o různých možnostech. To hodnotila velmi pozitivně a zmírnilo to její obavy. Některé participantky se setkaly s poněkud laxnějším přístupem gynekologa, což na ně mělo negativní vliv. Takovou zkušenost měly čtyři ženy, z čehož jedna gynekologa kvůli nespokojenosti změnila a dvě ženy změnu plánují. Bylo to především kvůli nedostatečné péči či nevhodnému přístupu. Pavla popsala svojí negativní zkušenost: „*Já jsem k němu ani už nechtěla jít, protože jak jsem tam byla, když jsem měla ty problémy dole, tak mi strašně humorně řekl „No, tak jí zašijeme“ Tak jako co to má být... Já jsem říkala, že tohle ne, že jí jako ještě používám... takhle tenhle rádoby humor mi nebyl příjemnej*“. Marie popsala, že by ocenila, kdyby se jí v tomto období gynekolog věnoval více: „*Byla bych mnohem raději, kdyby se tomu ten gynekolog více věnoval. Udělal by třeba odběry z krve, protože na prohlídky chodím každoročně, sledoval by to a trochu by mě na to připravil. To bych asi potřebovala nejvíc*“. Tyto poznatky naznačují, že k úspěšnému zvládnutí klimakteria přispívá kvalitní gynekologická péče a vstřícný přístup gynekologa značným způsobem.

Kromě gynekologa řeší některé ženy své potíže s praktickým lékařem. V případě psychických potíží i s psychiatrem.

7.12 Interakce stárnutí – rodina

7.12.1 Změna role

Starší participantky uvedly, že mají dospělé děti, které již odešly z domova. Tyto ženy mají také většinou své rodiče ve věku, kdy často vyžadují péči druhé osoby. Právě ženy jsou těmi osobami, které péči rodičům poskytují. Ve výzkumném souboru byly pouze dvě participantky, které se aktivně staraly o své nemocné rodiče, konkrétně o svou matku. Obě dvě ženy vnímají péči jako náročnou a do určité míry zatěžující: *„Mám starou maminku, nemocnou, 85 o kterou se starám, která má neustále nějaký problém... Musím myslet na to, že musím zavolat doktorce, abych mamce objednala léky, hlídat jí, jestli vstala, jestli jí něco bolí, jestli si vzala léky“* (Leona). Ostatní ženy popisovali své rodiče jako *„naštěstí ještě soběstačné“*. Tudíž je jezdí navštěvovat, což není tak časově náročné či zatěžující.

Mladší z participantek mají ještě nepnoleté děti, které chodí na základní či střední školy. Role těchto žen v rodině se zatím výrazně neproměnila.

7.13 Interakce rodina – žena

7.13.1 Potřeby ženy

Ženy vůči své rodině cítí různé potřeby. Nejčastěji participantky mluvily o potřebě *„mít klid“*. To vyplývá z řady povinností, které žena má vůči rodině v kombinaci s pracovním životem, kde ženy cítí, že se práce stává náročnější. Tuto odpověď použily participantky, které se dle jejich výpovědí cítí přehlcené a pod tlakem. S odchodem dětí sice některé ženy mají více času na sebe, ale participantky uvádí, že se čas zaplní jinými povinnostmi.

Některé ženy potřebují podporu a pochopení svých blízkých. Helena uvádí: *„Aby mi víc pomáhali, aby můj manžel byl víc chápatelý, že i já mám své potřeby, ne jenom on.“* Lada to má podobně: *„Kdyby se o tom dalo s dcerou mluvit normálně, protože už je to žena, není to žádná holčička. Měla by to chápat, že to fakt existuje. Já nevím, jak to bere. Nechápu. Prostě nedá se o tom s ní mluvit“*. Simona vyjádřila, že by ráda trávila více času s manželem a dětmi: *„Abychom třeba někam šli společně. Když by se vydařilo, že přijedou domu oba, tak aby byl čas, že někam můžeme všichni“*.

Část participantek uvedla, že od rodiny nic nepotřebují, například Pavla: „*Nikdy jsem nepřemýšlela nad tím, co od nich potřebuju a ani neočekávám, že by mi něco dali*“. Některé ženy také uvedly, že jsou zvyklé řešit věci samy anebo nechtějí zatěžovat své okolí: „*Já jsem zvyklá řešit si spoustu věcí sama. Manžela jsem se tím snažila spíše neotravovat*“ (Marie).

7.14 Interakce žena – stárnutí

7.14.1 Vnímání sebe sama

Postupné stárnutí s sebou přináší různé tělesné a psychické změny, na které se ženy musí adaptovat. Participantky tyto změny zaznamenávají a každá z nich je přijímá jinak – některé hůře, jiné lépe. Ovlivňují to, jak žena vnímá sama sebe, především body image: „*Člověk si na to musí zvyknout a musí to tak brát, jakože to tak teda teď je, a ještě nějakou dobu to zřejmě bude. No a že se najednou mění všechno. Šediví ty vlasy, dělají se vrásky, všechno se jakoby horší*“ (Simona). Simona je jedna z žen, které mají problém změny přijmout: „*To, co bylo předtím, že jsem řešila ohledně své osobnosti a těch ... tak je to víc. To, co se mi na sobě předtím nelíbilo, tak je to teď ještě horší*“. Většinou se ale participantky s těmito změnami vyrovnávají dobře, i když řada z nich je prožívána spíše negativně, jako například zvýšení tělesné hmotnosti: „*Tělesně se cítím o nějaké kilo těžší, což se mně nelíbí*“ (Leona). Věra popsala, že to, jak vnímá změny záleží na momentálním rozpoložení: „*To záleží na momentálním rozpoložení, někdy hrozně a někdy v pohodě*“.

7.15 Interakce společnost – strategie zvládání

7.15.1 Sociální opora

Z výpovědí participantek vyplývá, že většina z nich v období klimakteria vyhledává sociální oporu u svých blízkých. Ženy se často obracejí na kamarádky či kolegyně ve stejném věku za účelem předání si zkušeností. Sociální oporu vyhledávají za účelem získání podpory, pochopení, ale i rozptýlení: „*Nejhorší to je, když jsem doma sama. Když si má člověk možnost s někým promluvit a jako mají jiný téma, tak je to dobrý*“ (Simona). Považují za důležité se s různými potížemi někomu svěřit. Kromě kamarádek vyhledávají ženy oporu u svých partnerů, matek či sester.

7.16 Interakce žena – strategie zvládání

7.16.1 Doporučení

Podle osobních zkušeností a názorů ženy doporučují, co je důležité pro zvládání klimakteria. Za významné považují uvědomit si problémy, které žena má. Být si jich vědoma a snažit se na nich pracovat: „*Je důležité si to uvědomit. Pokud mám pocit, že to nezvládám, tak si říct o pomoc a nestydět se.*“ (Helena). „*Jo, takže říkám, nebát se svěřit, nebát se hledat tu cestu, nebát se něco zkusit*“ (Věra). Participantky v rámci toho zmiňují vyhledání odborné pomoci. Dále ženy považují za důležité vyhledání opory u blízkých: „*Najít si nějakou berličku a ty lidi okolo hlavně. Pochopení lidí v okolí, aby těch lidí bylo... aby se člověk nemusel s něčím trápit zbytečně.*“ (Simona).

Nejčastěji zmiňovaným doporučením byl pohyb. Být aktivní, hýbat se, chodit na cvičení, na procházky. „*Doporučila bych opravdu ten pohyb – ten pomáhá a myslím si, že pomůže každému, co se po té psychické stránce týče*“ (Věra). Alena doporučuje zdravý životní styl: „*Aby zdravě jedly, aby se hejbaly, aby relaxovaly, aby dobře spaly. Aby prostě to tělo bylo rádobý v pohodě*“. Helena doporučuje: „*Aby si našly něco, kde můžou ty své emoce zvládnout. A to je asi fyzicky se nějak vybit*“.

Některé participantky, které měly dobrou zkušenost s farmakologickou léčbou, by ji doporučily ostatním ženám: „*Aby se nebály jít do těch léků, protože jestli nic jiného nezabírám, tak je dost důležité být v pohodě a neřešit, že by mi potenciálně nějaká kamarádka řekla, že bych mohla být zblblá, nebo něco takového*“ (Marie).

Participantky zmiňují, že pro zvládání klimakteria je důležité „*udržet se v klidu*“ (Marie) a být „*psychicky v pohodě*“ (Eva). Alena říká: „*Aby některý věci vypustily a nerozčilovaly se nad věcma, co nemají cenu*“ (Alena).

Věra doporučuje: „*Myslet víc na sebe, dělat si takový ty radosti, koukat se na filmy, který vás baví, dělat to, co máte rádi. Obklopit se lidma, se kterýma vám je dobře, ale to není jenom pravidlo, nebo takový věci, kterýma je potřeba se řídit v klimakteriu. My ženy na to zapomínáme... myslíme na ostatní a na sebe ne*“.

8 ZODPOVĚZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

VO č. 1: **Jak ženy vnímají a prožívají období klimakteria?**

Ženy vnímají a prožívají období klimakteria různými způsoby. Některé ženy klimakterium považují za přirozenou součást života, která je nijak významně nezasáhla. Jsou také ženy, které menopauzu vnímají především pozitivně, jako konec menstruace, a prožívají období bez problémů. Jiné ženy vnímají nástup menopauzy jako velkou změnu v životě, která s sebou přinesla mnoho fyzických a psychických změn, na které si musí zvyknout. Výskyt klimakterických potíží a jejich intenzita ovlivňuje to, jak žena prožívá klimakterium. Pokud jsou potíže četné a žena je subjektivně vnímá jako závažné, prožívá období klimakteria spíše negativním způsobem. Takové ženy popisují klimakterium jako emočně náročné období. Ženy, které netrpí žádnými příznaky nebo je jejich intenzita mírná, klimakterium prožívají neutrálně či pozitivně.

Některé participantky v období klimakteria zažívaly negativní pocity jako **lítost, smutek, podrážděnost, vztek, úzkost, nervozitu, napětí a zoufalství**. Pojily se ke klimakterickým příznakům či životním událostem. Tyto negativní emoce se snažily tlumit aktivitami, které jim pomáhaly cítit se lépe. V interakci s okolím ženy často zažívají nepochopení z více stran. Kromě klimakterických příznaků ovlivňují prožívání tohoto období různé životní události a změny. Mnoho žen těchto změn zažívá několik naráz. U participantek se často objevoval pocit **nejistoty** v souvislosti s přemýšlením o budoucnosti. Tento pocit se snaží nahradit pocit **naděje**. Změna role v souvislosti s rodinou jim otevírá nové možnosti a uvědomují si, že je může čekat ještě mnoho příjemných událostí a mohou si život užít nehledě na tuto změnu.

Pozitivní pocity jako **radost, spokojenost, klid a úlevu** ženy zažívají v souvislosti s vědomím konce menstruace. Ženy v postmenopauze, které již příznaky akutního klimakterického syndromu netrpí, vyjadřují **vděčnost** a radost z jejich konce. Pozitivní pocity se v období klimakteria pojí především k různým kladným životním událostem či běžným příjemným situacím.

Vnímání menopauzy ženou také ovlivňuje postoj společnosti vůči menopauze a stárnutí. Ženy vnímají, že na menopauzu je v naší společnosti nahlíženo spíše negativním způsobem. Participantky se setkaly i s názory, že podle některých mužů je žena po menopauze méněcenná či neatraktivní. Kolem menopauzy také existují různé mýty a stigmata. Ženy jsou si vědomy, že se o menopauze mluví více než dříve, ale stále ne dostatečně. Vyjadřují přání, aby došlo v této oblasti ke změně a téma menopauzy nebylo ve společnosti upozadováno. Pokládají za důležité téma veřejně otevřít a mluvit o něm.

VO č. 2: **Jaké klimakterické potíže ženy zažívají a jak ovlivňují jejich život?**

Nejčastějším tělesným klimakterickým příznakem jsou **návaly horka**, které doprovází **pocení**. Návaly mohou být obtěžující a omezující ve společenském životě. Mohou ovlivnit sebevědomí ženy. Některé ženy mohou v noci zažívat takzvané **noční pocení**, které významně **narušuje spánek**. Vlivem toho ženy přes den cítí **únavu**, což vnímají jako nepříjemné. Nezvládají toho tolik jako dříve a pocítují menší výkonnost.

Dalším častým problémem s nástupem v klimakteriu je **vaginální atrofie**, která se vyznačuje **vaginální suchostí** a bolestí při pohlavním styku. To omezuje ženy v sexuálním životě. Vztah s partnerem to ale ve většině případů významně nenarušuje. Ženy se v klimakteriu mohou setkat se **zhoršením premenstruačního syndromu**.

Psychickými příznaky, které ženy zažívají, je **únava, nespavost, plačtivost, střídání nálad, podrážděnost, deprese a úzkost**. Ženy zaznamenávají intenzivnější prožívání různých situací, především těch problémových. Pokud se psychické potíže vyskytují ve velké míře, mohou ženě narušit fungování v životě.

VO č. 3: **Jaké změny v životě žen se v období klimakteria odehrávají a jak je ženy prožívají?**

V tomto období je většina žen ve věku, kdy jejich děti dospívají a opouštějí domov. Tuto událost žena může prožívat různými způsoby. Některé ženy odchod vnímají silněji a je pro ně náročné si na změnu zvyknout. Objevuje se u nich smutek v souvislosti s ukončením rodičovské etapy. Jiné se s tím smiřují lépe a vnímají jejich odchod jako nevyhnutelný a přirozený. Vlivem osamostatnění dětí dochází ke změně chodu domácnosti a partneři tráví více času o samotě. Může dojít k upevnění či zlepšení vztahu mezi partnery nebo naopak

k nespokojenosti z různých důvodů. Přibývá také čas, který má žena sama na sebe. Ženy tuto skutečnost zaznamenávají pouze okrajově, jelikož se soustředí na práci či jiné povinnosti. Rodiče ženy mohou být v takovém věku, kdy vyžadují větší péči a ženě přibývá další starost, do které investuje svůj čas. To, že rodič stárne a pomalu se horší po všech stránkách, pro ženu může být velmi náročné na zpracování. Tato skutečnost v ženách vyvolává pocit nejistoty a lítosti. Pociťují obavy o rodiče a strach z budoucnosti.

Mnoho participantek v tomto období zažívalo nespokojenost v práci. Může se jednat o syndrom vyhoření či prohlubující se déletrvající nespokojenost či spory. To, zda tato skutečnost nějakým způsobem souvisí se samotnou menopauzou, není jasné. Ve velké míře ale ovlivňuje psychiku ženy. Tento problém ženy řeší odchodem z práce a změnou zaměstnání. Postupným stárnutím organismu žena může považovat svou práci za více stresující než dříve a nemusí ji zvládat tak dobře, jako když byla mladší. Participantky uváděly, se snaží faktu přizpůsobit a práci si rozplánují do delších časových úseků.

VO č. 4: Jaké jsou strategie žen pro zvládnání klimakteria?

Ženy v období přechodu ve velké míře využívají strategie zvládnání zaměřené na problém i strategie zvládnání zaměřené na emoce. Využívají je za účelem zlepšení svého fyzického a psychického stavu. V tom, jaké strategie ženy volí, existují individuální rozdíly. Z rozhovorů vyplývá, že záleží na osobních preferencích, životním stylu, dostupnosti sociální opory a závažnosti klimakterických potíží. Pokud žena žije aktivním životem, řeší problémy v přechodu stejným způsobem. Ženy, které mají dobré sociální zázemí, vyhledávají sociální oporu u svých blízkých.

U participantek se nejčastěji vyskytoval příklonový přístup, který je zaměřen na aktivní úsilí o zvládnutí různých těžkostí. Byly to strategie řešení problému, kognitivní restrukturační, vyjádření emocí a vyhledávání sociální opory. Tyto strategie se většinou vyskytovaly vedle sebe. Některé z žen měly také sklony k odklonovým strategiím, jako vyhýbání se problému či sebeobviňování.

V rámci strategií zaměřených na problém i na emoce, ženy volí aktivní pohyb – aktivně se hýbat, cvičit, chodit na procházky, na jógu, běhat či jezdit na kole. Aktivní pohyb přispívá ke zmírnění fyzických i psychických příznaků. Pohyb pomáhá i v případě potřeby regulace či zpracování emocí. V takových případech ženy praktikují například i různá relaxační cvičení.

Některé ženy řeší klimakterické obtíže užíváním farmakologických přípravků na doporučení lékaře. Jedná se o hormonální substituční terapii, hormonální antikoncepci či antidepressiva. Ženy, které užívají některou z forem farmakologické léčby, pocítují pozitivní účinek a zlepšení potíží. Užíváním hormonální léčby většina příznaků akutního klimakterického syndromu prakticky vymizí.

Ženy také ve velké míře užívají různé alternativní přípravky, doplňky stravy, bylinné čaje a fytoestrogeny. Participantky uváděly, že těchto přípravků většinou vyzkoušely několik. Většina z nich zaznamenala mírný účinek, jedna žena žádný.

VO č. 5: Jak ženy hodnotí období klimakteria?

Všechny výše popsané faktory hrají roli ve formování zkušenosti s klimakteriem. Polovina žen z výzkumného souboru hodnotí období klimakteria jako náročné a zatěžující období. Příčinu shledávají ve výskytu četných a intenzivních klimakterických příznaků. Druhá polovina žen hodnotí klimakterium neutrálním či pozitivním způsobem. Ženy hodnotí přechod jako náročný, pokud v tomto období řeší několik problémů či životních změn zároveň. Takové ženy mimo jiné popisovaly pocit nedostatečnosti vlivem stárnutí a ztrátu pocitu kvalitního zdraví.

Ženy zaznamenávají různé tělesné a psychické změny, které se pojí ke stárnutí. Většina z nich tyto změny přijímá jako nevyhnutelné a přirozené, jiné ženy se s nimi těžce vyrovnávají. Klimakterium považují za součást stárnutí, kterému se nelze vyhnout. Je to součást života – proces, který se časem vyřeší sám. Ženy, které klimakterickými potížemi stále trpí, zmiňují, že se těší, až příznaky odezní a nebudou jim zasahovat do života.

9 DISKUSE

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak ženy prožívají období klimakteria, a to nejen z emočního hlediska. Předmětem výzkumu bylo také zmapovat, jaké strategie k jeho zvládnání ženy využívají. Výraz „*období klimakteria*“ je užíván záměrně, jelikož klimakterium většinou probíhá v období v životě ženy, ve kterém dochází ke mnoha dalším významným událostem a změnám, a ne všechny se přímo pojí ke klimakteriu jako fyziologickému procesu. Cílem tedy bylo prozkoumat, jak ženy prožívají klimakterium s ohledem na jejich životní pozadí.

9.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo deset žen, které procházely obdobím klimakteria. Při sestavování výzkumného souboru bylo mým záměrem vytvořit takový soubor, který bude zahrnovat různé podoby klimakteria. Mým předpokladem bylo, že průběh klimakteria u žen bude do určité míry odlišný, ale s určitými podobnostmi. Pokusila jsem se do výzkumu vybrat takovou kombinaci participantek, která tomuto předpokladu vyhoví. Výzkumný soubor tedy tvořilo deset participantek ve věkovém rozmezí 40–56 let. Byla to jedna žena v období premenopauzy, čtyři ženy v perimenopauze a pět žen v období postmenopauzy. V souboru byly ženy s přirozenou i s indukovanou menopauzou. Dare (2011), která realizovala výzkum na podobné téma uvádí, že účastníci pro kvalitativní studii nejsou vybíráni proto, že splňují reprezentativní požadavky statistické inference, ale proto, že mohou přispět k podstatnému vyplnění struktury a charakteru prošetřovaných zkušeností.

Před započítím rozhovorů v online prostředí panovaly určité obavy o to, do jaké míry budou participantky schopny spolupracovat a ochotny sdělit své zkušenosti. Ukázalo se, že online prostředí rozhovoru nepředstavovalo překážku. Ženy, s nimiž byl veden rozhovor tímto způsobem, byly podobně sdílné jako ženy, se kterými proběhlo osobní setkání.

Během vyhledávání participantek jsem se mnohokrát setkala s odmítnutím ze strany žen. To ve mně vyvolalo otázku, zda budu schopna získat dostatečný počet participantek pro realizaci výzkumu. Metodou záměrného výběru jsem byla schopna získat pouze jednu participantku. Metoda záměrného výběru přes instituci také nebyla zpočátku úspěšná. Dva oslovení gynekologové nebyli schopni poskytnout žádné participantky, až třetí oslovený

gynekolog zajistil pro výzkum jednu ženu. Tři ženy jsem získala prostřednictvím praktického lékaře, který setkání zprostředkoval. V tomto případě to bylo jednodušší, jelikož lékař je můj rodinný příslušník, a tudíž byly ženy ochotnější a nejspíše i více důvěřivé. Jako neúčinnější se ukázala být metoda samovýběru. Ohledně výzkumného souboru shledávám limity právě v samovýběru, který podle Miovského (2006) nese určité nevýhody a nemusí být reprezentativní. To bylo ošetřeno konverzací se ženami, které vyjádřily ochotu se zúčastnit, při níž jsem se snažila zjistit různé charakteristiky žen a prošetřit, zda splňují předem stanovená kritéria.

9.2 Použité metody

Využití kvalitativního přístupu umožnilo prozkoumat danou problematiku do větší hloubky a zachytit širší souvislosti a vztahy figurující v období klimakteria. Podařilo se zachytit skutečnou zkušenost žen s obdobím klimakteria z jejich pohledu a různé faktory, které v procesu figurují.

Metoda výběru participantek popsaná výše přinesla požadovaný výsledek, i když zpočátku nebylo jisté, zda tomu tak bude. Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Struktura rozhovoru byla sestavena tak, aby došlo k postihnutí všech klíčových témat. Touto metodou bylo získáno velké množství dat, z nichž některá pro téma výzkumu nebyla klíčová, a tudíž do výsledků výzkumu nebyla zahrnuta. Otázek v rozhovoru bylo velké množství, a tudíž i obnos získaných dat byl velmi obsáhlý. Při realizaci dalšího výzkumu bych se snažila otázky v rozhovoru více zaměřit požadovaným směrem a vzhledem k výzkumným otázkám. Otázek v rozhovoru bylo velké množství a některá témata se opakovala, jelikož měly ženy tendenci spontánně přistupovat k dalším oblastem, a tudíž bylo nutno být flexibilní a dbát na to, aby se mnou kladené otázky netýkaly toho, na co již žena odpověděla.

V rámci kvalitativního přístupu jsem zvažovala několik metod analýzy dat, z nichž se ukázala metoda zakotvené teorie jako vhodně zvolená. Díky ní jsem byla schopna z rozsáhlého obnosu údajů vybrat ty nejdůležitější a následně popsat jejich vztahy a souvislosti. Limitem analýzy dat je jejich možnost ovlivnitelnosti výzkumníkem na základě předpokládaných výsledků jiných studií, zkoumajících různé aspekty klimakteria. Ovlivnitelnost byla minimalizována opakovaným procházením získaných dat a vracením se k jednotlivým fázím kódování při analýze dat. Výzkum by se dal realizovat také pomocí metody interpretativní fenomenologické analýzy, která by byla též vhodnou volbou.

Dalším důležitým aspektem je teoretická saturace dat. Po provedení všech rozhovorů bylo možno říci, že informace, které participantky uváděly, se stále více opakovaly. Při analýze dat vznikala různá témata, která se v rozhovorech opakovala, ale i nové pohledy na danou problematiku, které se pochopitelně u žen mírně lišily. Všechna data byla zaznamenána a ke konci analýzy již vznikalo minimum nových kódů.

9.3 Interpretace výsledků

Hoga et. al (2015) zjistili, že klimakterium je období prožívané různými způsoby. Menopauza je podle nich přirozená událost v životě ženy, která je úzce spojena s psychosociálními událostmi středního věku a procesem stárnutí. Toto zjištění odpovídá i výsledku našeho výzkumu. Období klimakteria je období v životě ženy, kdy dochází k významným fyzickým a psychickým změnám. Ženy tyto změny připisují nejen menopauze, ale i stárnutí, což zjistili ve svém výzkumu i Refaei et al. (2022). Některé ženy se se změnami vyrovnávají lépe, jiné hůře, což je ovlivněno i samotným postojem ženy ke stárnutí. Z výzkumu vyplynulo, že ženy jednoznačně považují klimakterium za známku stárnutí. Menstruace pro některé ženy znamená mládí, o které po menopauze přichází. Tuto skutečnost ale většina žen vnímá jako součást života, které se nelze vyhnout a většina z nich se na ni adaptuje dobře. Hvas (2006) ve svém výzkumu odhalila značnou ambivalenci, když se ženy snažily negativní aspekty stárnutí vyvážit pozitivními. Totéž jsem zaznamenala i já ve svém výzkumu. Některé participantky vstupovaly do období s pocitem, že „*už je všechno fuč*“ a snaží se tento pocit nahradit vědomím, že mají ještě spoustu života před sebou a „*mohou si ho ještě užít*.“ Starší z participantek se těší na roli babičky, některé už vnouče mají a jeho příchod považují za světlou událost tohoto období.

Klimakterium se vyznačuje různými tělesnými a psychickými příznaky, které jsou zapříčiněny postupným vyhasínám ovariální funkce a kolísáním hladin hormonů, především estrogenů (Fait, 2018). V souladu s klinickými důkazy (např. Rešlová, 2012) z výzkumu vyplynulo, že nejčastějším tělesným příznakem u žen jsou návaly horka s pocením, které v určité míře zaznamenalo devět z deseti žen. George (2000) ve svém výzkumu uvádí, že návaly horka byly nejvíce diskutovaným příznakem, a ať už je ženy zažívaly či ne, všechny o nich mluvily. Mé zjištění se shoduje s jejím, jelikož i jediná žena, která návaly nikdy nezažila, svůj rozhovor započala prohlášením o návalech horka. Návaly se vyskytují v různé intenzitě a některé ženy je mohou považovat za velmi obtěžující a omezující, což uvedly čtyři ženy z deseti. Většina žen v mém výzkumu uvedla, že návaly byly nepříjemné, ale ne

nezvladatelné. Návaly se u mnoha žen objevovaly i noci jako noční pocení a narušovaly spánek, což potvrzuje Ohayon (2006) ve své studii. Dalším často uváděným příznakem byla vaginální suchost, která omezuje ženy v sexuálním životě, což uvádí Ghazanfarpour et al. (2018).

Z psychických příznaků ženy nejčastěji zmiňovaly únavu, což se téměř shoduje se zjištěním Pospíšilové (2019), kdy ženy uvedly „*vyčerpání*.“ Ženy v tomto období zažívají střídání nálad, plačtivost, lítostivost, podrážděnost, úzkost a depresi. Tyto příznaky uvádí také Donát (1987) jako nejčastější. Ženy, u kterých se v období klimakteria rozvinula deprese, řešily aktuálně různé životní situace, které ke vzniku deprese přispěly velkým dílem. Byla to například nespokojenost v práci, problémy v manželství či různé rodinné okolnosti. Deeks (2003) ostatně ve svém výzkumu upozorňuje, že na vzniku deprese v klimakteriu se podílejí ostatní psychologické faktory, životní styl, mezilidské vztahy a sociokulturní faktory.

Pokud se zaměříme na emoce, zjistila jsem, že některé ženy v tomto období zažívají velmi silné emoční stavy. George (2002) ve svém výzkumu zjistila, že většina dotazovaných žen v nějaké míře emoční změny zaznamenala, což se shoduje i s výsledkem mého výzkumu. Ženy popisují, že intenzivněji prožívají různé životní situace, zažívají špatné nálady, jsou přehnaně lítostivé a lehce se rozpláčou. Některé také popsaly, že se velmi často cítily podrážděně, naštvaně a vztekle. George (tamtéž) uvádí, že některé z žen také uvedly, že v tomto období zvládají životní stresory hůře než dříve, což ženy v mém výzkumu pociťují také. Často zmiňovanou byla práce, kde ženy pociťují i menší výkonnost a unavitelnost. Mnoho žen také popisovalo pocit nedostatečnosti vlivem stárnutí a ztrátu pocitu kvalitního zdraví.

Prožívání žen tohoto období i jejich potíže mohou být ovlivněny řadou dalších problémů v životě. Dare (2011) zjistila, že ženy, které měly potíže s menopauzou, zažívaly souběžné osobní životní krize. Ve svém výzkumu dále uvádí, že během tohoto životního období ženy zvládají nejen menopauzu, ale i další změny v životě, které mohou vyčerpávat jejich schopnost se s nimi vyrovnat. Toto se potvrdilo i v mém výzkumu, kde jsem zaznamenala následující životní události: potíže v práci, odchod dětí z domova, péče o nemocné rodiče, nespokojenost v manželství a další rodinné události.

Ženy zvládají období klimakteria různými způsoby. Hoga et al. (2015) uvádí, že ženy v přechodu zaměřují své strategie na zlepšení fyzické a psychické pohody. Z našeho

výzkumu vyplynulo stejné zjištění. Jsou to právě fyzické a psychické potíže, které se ženy snaží zmírnit či odstranit různými strategiemi. Ženy se také zaměřují na zvládání výše zmíněných silných emočních projevů, které se snaží určitým způsobem zpracovat a regulovat. V případě špatné nálady či negativních myšlenek participantky používaly osvědčené strategie, které zlepší jejich psychický stav. Je to například pohybová aktivita, pobyt v přírodě či relaxace. Ženy zvládají toto období nastavením pozitivního myšlení a regulací negativních emocí. Ženy také významně vyhledávají sociální oporu u svých kamarádek, vrstevnic či kolegyně.

Ke zmírnění či odstranění nežádoucích příznaků klimakteria ženy nejčastěji užívají různé alternativní přípravky či farmakologickou léčbu. Hormonální substituční léčbu, která je doporučena přímo v případě závažných klimakterických potíží, ženy vnímají převážně negativním způsobem, a to kvůli informacím o nežádoucích účincích, především o rakovině prsu. Ženy k tomuto názoru dospěly, jelikož se tyto informace „někde dočetly“, donesly se k nim či to „slyšely od kamarádek.“ George (2002) zjistila, že informace o farmakologické léčbě menopauzy způsobily u většiny participantek značné množství zmatku, což vyplynulo i z naší studie, kdy ženy uvedly, že k tomu vlastně „nemají moc informací.“ Studie ale jasně ukazují, že většina žen užívající HRT jsou s účinky spokojené (např. Vashisht et al., 2001; Bužgová & Kanioková, 2013). Také v našem výzkumu ženy užívající některou z hormonální léčby uvedly, že jim léčba výrazně ulevila a odstranila nežádoucí projevy klimakteria.

Jedním z pozitivních aspektů klimakteria je pro ženy konec menstruace. To se shoduje se zjištěním výzkumu Hvas (2006). Participantky uvedly, že cítí úlevu – od menstruačních bolestí, premenstruačního syndromu, nákupu hygienických potřeb. Uvádí, že se již nemusí starat o tuto pro někoho omezující součást reprodukční schopnosti ženy.

Ženy o klimakteriu s ostatními lidmi spíše nemluví. Jsou to kamarádky, kterým se mohou svěřit, ale s ostatními lidmi v okolí o tématu nehovoří. Dokonce i s manželem či partnerem toto téma zmíní pouze okrajově. To se shoduje se zjištěním studie Walter (2008). Je tomu nejspíše proto, že pro ženy je toto téma intimní oblastí. V našem výzkumu bylo zjištěno, že pokud žena netrpí závažnými klimakterickými obtížemi, necítí potřebu o menopauze mluvit. Pokud je žena zažívá, mluví o tom častěji i za účelem získání různých doporučení.

Z analýzy dat vyplynulo, že to, jak žena prožívá období klimakteria, závisí na významu, který přikládá menopauze, závažnosti klimakterických příznaků, událostech, které

probíhají v jejím životě a dostupnosti funkční sociální opory. Klimakterické potíže hrají zásadní roli ve formování zkušenosti s celým obdobím klimakteria. Ženy, které zažívají závažné příznaky, označují toto období za náročné, zatěžující a omezující v mnoha ohledech. Jejich zkušenost hodnotí spíše negativním způsobem. V našem výzkumu to bylo pět žen. Výzkumy dokazují, že ženy s negativním postojem vůči menopauze jsou spojeny s častějším udáváním klimakterických příznaků (Yanikkerem et al., 2012; Bloch, 2002). Ayers et al. (2010) ve své studii uvádí, že u této problematiky je náročné určit kauzalitu. Důležitým přínosem mého výzkumu bude zjištění, že právě výskyt závažných klimakterické příznaků je důvodem, proč žena zkušenost s menopauzou hodnotí jako negativní a zaujímá vůči menopauze negativní postoj. Ženy v těchto případech zažívají spíše negativní emoce, a pokud žena zažívá silné fyzické příznaky, ovlivňuje to i její psychiku. Důležitým zjištěním je to, že v momentě, kdy se ženám podařilo zmírnit klimakterické obtíže, došlo k vylepšení jejich psychického stavu.

Z výzkumu vyplývá, že pro některé ženy může období klimakteria představovat zatěžující období a ženy musí vyvinout určité úsilí pro jeho úspěšné zvládnutí. Simpson (2016) uvádí, že přechod může pro některé ženy znamenat zvýšený stres. Velký podíl na tom nese citlivost žen zapříčiněna kolísáním hormonálních hladin a stresující životní události charakteristické pro toto období.

9.4 Využití výsledků výzkumu

Výzkum představil přehled toho, jak ženy prožívají a zvládají období klimakteria s ohledem na různé faktory, které tento proces ovlivňují. Jak již bylo zmíněno výše, ženy silně ovlivňují klimakterické příznaky, které v tomto období zažívají. Toto zjištění je nepochybně přínosem v oblasti této problematiky. Zmírněním těchto příznaků dojde ke zlepšení kvality života ženy, což je nezbytné pro spokojený život. Proto by se mělo více dbát na to, aby ženy byly seznámeny s různými možnostmi řešení, a především léčby příznaků, napravit mýty a dezinformace šířící se kolem hormonální léčby a zkvalitnit gynekologickou péči o ženy v klimakteriu.

Dále navrhuji zrealizovat další výzkum, jenž by se věnoval vztahům ženy, které mohou být klimakteriem ovlivněny. Jednalo by se například o partnerský vztah, kde by bylo zajímavé zachytit pohled obou partnerů na tuto problematiku.

10 ZÁVĚR

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak ženy prožívají období klimakteria a jaké strategie k jeho zvládnání využívají. Snahou bylo zmapovat emoční prožívání žen v tomto období, zachytit vzájemné vztahy a souvislosti s ohledem na životní pozadí participantek.

Klimakterium je období vyhasínání pohlavního cyklu ženy, při kterém dochází k zástavě ovariální funkce a následnému poklesu hladin ženských pohlavních hormonů – estrogenů. Tento fyziologický proces se vyznačuje četnými fyzickými a psychickými klimakterickými příznaky. Z výzkumu vyplývá, že ženy v tomto období nejvíce pociťují příznaky akutního klimakterického syndromu, které jsou nejvíce obtěžující. Vyskytují se v různé míře a intenzitě. Závažné příznaky mohou významně zasahovat do života žen a ovlivňovat kvalitu jejich života. Nejčastějším fyzickým příznakem, který participantky uváděly, byly návaly horka s pocením, které některé z nich označily za společensky omezující. Jako další ženy uváděly noční pocení a vaginální suchost, která spolu s poklesem libida značně ovlivňuje sexualitu žen.

Z psychických příznaků participantky uváděly především nespavost a únavu. Ženy v tomto období vlivem hormonálních změn zažívají emocionální změny, které mohou zasahovat do jejich života, přičemž ovlivňují jejich chování. Některé z žen pociťovaly střídání nálad, plačtivost, podrážděnost, smutek, úzkost a depresi. Deprese se v tomto období rozvinula u tří žen, přičemž podíl na vzniku nesly další životní krize, které právě ženy řešily. Některé z participantek uvedly, že emoční změny nezaznamenaly.

Závažnost klimakterických potíží určuje zkušenost žen s klimakteriem. Participantky, které uvedly závažné příznaky akutního klimakterického syndromu, považují klimakterium za náročné období a velkou změnu v životě. Klimakterium prožívaly převážně negativně a většinou žádná pozitiva ve vztahu k menopauze nenachází. Ženy, které zažívaly mírné klimakterické potíže, nachází velké plus v konci menstruace.

Některé ženy v tomto období zažívají různé změny v osobním životě, se kterými se musí vyrovnat, a v kombinaci se samotnou menopauzou pro ně toto období může představovat značnou zátěž.

Bylo zjištěno, že menopauza zásadním způsobem neovlivnila vztah participantek s partnerem. Ovšem ženy v tomto období od partnerů potřebují větší podporu a pochopení než obvykle, což se některým z žen nedostalo a vyvolalo to v nich negativní emoce.

Ženy považují menopauzu za znak stárnutí a jeho projevy v tomto období zaznamenávají více než dříve. Participantky popisovaly, že různé situace a úkoly zvládají hůře než dříve, pocítují menší výkonost a kognitivní úpadek.

Strategie, které ženy využívají při zvládání různých těžkostí v tomto období, jsou různé. Nejčastěji to jsou strategie řešení problému zaměřené na zmírnění klimakterických příznaků prostřednictvím farmakologické léčby či alternativních přípravků. Hormonální léčbu užívaly tři participantky a všechny uvedly, že jim léčba pomáhá. Tři participantky začaly v přechodu užívat antidepresiva z důvodu psychických potíží. Alternativní přípravky vyzkoušely všechny participantky, přičemž většina z nich zaznamenala mírný účinek na zmírnění fyzických či psychických potíží.

Participantky hojně využívaly strategie zaměřené na emoce, kdy se snažily regulovat či ventilovat své aktuální emoční projevy. Pomohl jim k tomu aktivní pohyb, jako cvičení, procházky, běhání či ježdění na kole. Některé z nich také prováděly relaxační cvičení a jógu. Dlouhodobě se snažily své myšlení směřovat pozitivním směrem, zaměřovat se na světlé události v životě a věnovat se více sama sobě.

Klimakterium je období prožívané různými způsoby. Z výzkumu vyplývá, že polovina participantek období prožívala spíše negativním způsobem, tři neutrálním způsobem a dvě pozitivním. To, jak žena hodnotí svou zkušenost s menopauzou, ovlivňují všechny výše zmíněné faktory.

SOUHRN

Předkládaná diplomová práce se zaměřuje za způsob, jakým ženy prožívají období klimakteria a jaké strategie k jeho zvládnání volí. Uvažuje o klimakteriu jako fyziologickém procesu doprovázeném tělesnými a psychickými změnami, se kterými se ženy musí vyrovnat. Klimakterium není ohraničená událost v životě ženy, nýbrž déle trvající stav, který probíhá zároveň s běžným životem ženy. Cílem bylo zmapovat emoční prožívání žen, vzájemné vztahy a souvislosti s ohledem na životní pozadí žen.

Teoretická část práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. V první kapitole je představeno klimakterium jako fyziologický proces. Čtenář se zde seznámí s odbornou terminologií, symptomatologií a léčbou zdravotních potíží týkajících se klimakteria.

Druhá kapitola pojednává o psychologických aspektech období klimakteria. Klimakterium spadá do vývojové fáze v životě ženy, pro kterou jsou typické určité skutečnosti. Ženy vůči menopauze zaujímají různé postoje – negativní, neutrální či pozitivní. Vzhledem k problematice prožívání je v jedné z podkapitol popsáno emoční prožívání a různé emoční aspekty tohoto období. Část o psychických potížích v klimakteriu podrobně rozebírá tuto problematiku. Kapitola je zakončena přehledem vybraných výzkumů zabývajících se prožíváním klimakteria.

Třetí kapitola se zabývá dalšími aspekty klimakteria, převážně sociálními, a věnuje se krátce historii klimakteria.

Poslední kapitola se zaměřuje na zvládnání zátěže, jelikož období klimakteria může pro některé ženy zátěž představovat. V kapitole jsou uvedeny hlavní charakteristiky zátěže, stresu a krize. Klimakterium může být chápáno i jako vývojová krize. V druhé části kapitoly jsou rozebírány strategie zvládnání a strategie zvládnání klimakteria.

Výzkumná část se zaměřuje na to, jak ženy prožívají klimakterium a jaké strategie k jeho zvládnání využívají. Hlavní zjištění se zaměřovala na emoční prožívání a faktory ovlivňující prožívání a formování zkušenosti s klimakteriem.

Data pro účel výzkumu byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s deseti ženami, které procházely obdobím klimakteria. Participantky byly získány na

základě prostého záměrného výběru, záměrného výběru přes instituce a samovýběru. Data byla analyzována prostřednictvím metody zakotvené teorie.

Metodou zakotvené teorie byla stanovena centrální kategorie klimakterium a pět dalších souvisejících kategorií žena, stárnutí, rodina, společnost, strategie zvládání. Následně byly popsány jednotlivé subkategorie náležící ke kategoriím a interakce mezi nimi.

Výsledky poukazují na to, že ženy prožívají období klimakteria různými způsoby. Klimakterium je déle trvající období charakterizované velkými hormonálními výkyvy spojenými s tělesnými a psychickými změnami. Je to ale proces, který probíhá souběžně s běžným životem ženy, tudíž se na něj nedá nahlížet jako na samostatný jev. Ve výzkumu bylo bráno v potaz životní pozadí ženy a bylo zjištěno, že faktorů, které ovlivňují především emoční prožívání žen v tomto období je mnoho. Patří mezi ně souběžné životní události, jako odchod dětí z domova, péče o nemocné rodiče či změna zaměstnání. Největší vliv na formování zkušenosti s klimakteriem mají klimakterické příznaky. Pokud žena zažívá závažné příznaky klimakterického syndromu, prožívá období klimakteria spíše negativním způsobem. Může zažívat pocity smutku, lítosti, zoufalství, nedostatečnosti či nepochopení. Ženy, které pociťují pouze mírné obtíže, nahlíží na klimakterium neutrálním či pozitivním způsobem. Pozitivum, které ženám menopauza přináší, je konec menstruace. To pro ně znamená úlevu v mnoha směrech.

Většina žen v tomto období zaznamenala emoční změny jako střídání nálad, plačtivost, úzkost či depresi. Ženy se tyto negativní projevy snaží regulovat a zpracovat různými strategiemi.

Strategie, které ženy využívají pro zvládání klimakteria jsou různé. Většina žen kombinuje strategie zvládání zaměřené na problém a strategie zvládání zaměřené na emoce. Ženy užívají různé alternativní přípravky ke zmírnění klimakterických příznaků. Menšina žen volila hormonální léčbu. Některé ženy užívaly z důvodu psychických potíží antidepressiva. Většina žen se shodla, že strategií, která pomáhá ulevit od různých těžkostí je aktivní pohyb.

Z výzkumu vyplývá, že klimakterium je do určité míry individuální záležitostí, kterou ženy prožívají různými způsoby. Ženy v tomto období čelí různým tělesným a psychickým změnám, se kterými se musí vyrovnat. V kombinaci s tělesnými a psychickými změnami, kterým žena v přechodu čelí, toto období pro některé ženy může představovat zátěž.

LITERATURA

- Ayers, B., Forshaw, M., & Hunter, M. S. (2010). The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. *Maturitas*, 65(1), 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.10.016>
- Baber, R. J., Panay, N., & Fenton, A. (2016). 2016 IMS Recommendations on Women's Midlife Health and menopause hormone therapy. *Climacteric*, 19(2), 109–150. <https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1129166>
- Bambuchová, G. (2016). *Hormonální jógová terapie a její vliv na kvalitu života žen v období klimakteria* [Magisterská diplomová práce, Masarykova univerzita]. Informační systém Masarykovy univerzity. <https://is.muni.cz/th/dfnw1/>
- Bauld, R., & Brown, R. F. (2009). Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*, 62(2), 160–165. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.12.004>
- Bloch, A. (2002). Self-awareness during the Menopause. *Maturitas*, 41(1), 61–68. [https://doi.org/10.1016/s0378-5122\(01\)00252-3](https://doi.org/10.1016/s0378-5122(01)00252-3)
- Blümel, J. E., Lavín, P., Vallejo, M. S., & Sarrá, S. (2013). Menopause or climacteric, just a semantic discussion or has it clinical implications? *Climacteric*, 17(3), 235–241. <https://doi.org/10.3109/13697137.2013.838948>
- Borrigo, C. B., Borrigo, C. C., & Borrigo, L. P. (2020). Coping with menopause – measures that women can take. *Enfermería Clínica*, 30, 38–41. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.07.008>
- Bosworth, H. B., Bastian, L. A., Rimer, B. K., & Siegler, I. C. (2003). Coping styles and personality domains related to menopausal stress. *Women's Health Issues*, 13(1), 32–38. [https://doi.org/10.1016/s1049-3867\(02\)00192-5](https://doi.org/10.1016/s1049-3867(02)00192-5)
- Bowles, C. L. (2013). The menopausal experience: sociocultural influences and theoretical models. In R. Formanek (Ed.), *The meanings of menopause: historical, medical, and cultural perspectives* (1. vydání). Taylor and Francis.
- Bužgová, R. & Kanioková, J. (2013). Vliv hormonální substituční terapie na kvalitu života žen v postmenopauze. *Česká gynekologie*, 78(5), 420–426.

- Caltabiano, M. L., & Holzheimer, M. (1999). Dispositional factors, coping and adaptation during Menopause. *Climacteric*, 2(1), 21–28. <https://doi.org/10.3109/13697139909025559>
- Čapek, N. F. (2009). *Nálada: jak ovládat vlastní nálady* (7. vydání). Santal.
- Dare, J. S. (2011). Transitions in midlife women's lives: Contemporary experiences. *Health Care for Women International*, 32(2), 111–133. <https://doi.org/10.1080/07399332.2010.500753>
- DeAngelis, T. (2010. 1. března). *Menopause, the makeover*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/monitor/2010/03/menopause>
- Deeks A. A. (2003). Psychological aspects of menopause management. *Best practice & research. Clinical endocrinology & metabolism*, 17(1), 17–31. [https://doi.org/10.1016/s1521-690x\(02\)00077-5](https://doi.org/10.1016/s1521-690x(02)00077-5)
- Donát, J. (1987). *Klinické aspekty klimaktéria a postmenopauzy*. Avicenum.
- Donát, J. (2000). *Klimakterium*. Nakladatelství Vašut.
- Donnez, J., & Dolmans, M. M. (2018). Natural hormone replacement therapy with a functioning ovary after the menopause: dream or reality? *Reproductive biomedicine online*, 37(3), 359–366. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.05.018>
- Erbil, N. (2018). Attitudes towards menopause and depression, Body Image of women during Menopause. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(3), 241–246. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2017.05.012>
- Fait, T. (2004). Klimakterium a hormonální substituční terapie. *Moderní babičtví*. 3, 3-12.
- Fajt, T. (Host). (2021 – současnost). *Menopauza není pauza* [Audio podcast]. <https://open.spotify.com/episode/2895snM5rmb2FnD6wTkoIC>
- Fait, T. (2018). *Klimakterická medicína* (3. vydání). Maxdorf.
- Gazibara, T., Rancic, B., Radovanovic, S., Kurtagic, I., Nurkovic, S., Kovacevic, N., & Dotlic, J. (2018). Climacteric women at work: What lurks behind poor occupational quality of life? *Health Care for Women International*, 39(12), 1350–1365. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1464573>

- George, S.A. (2002), The Menopause Experience: A Woman's Perspective. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31, 77-85. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00025.x>
- Ghazanfarpour, M., Khadivzadeh, T., & Roudsari, R. L. (2018). Sexual disharmony in menopausal women and their husband: A qualitative study of reasons, strategies, and ramifications. *Journal of Menopausal Medicine*, 24(1), 41. <https://doi.org/10.6118/jmm.2018.24.1.41>
- Gordon, J., Sander, B., Eisenlohr-Moul, T., & Sykes Tottenham, L. (2021). Mood sensitivity to estradiol predicts depressive symptoms in the menopause transition. *Psychological Medicine*, 51(10), 1733-1741. doi:10.1017/S0033291720000483
- Greene, J. G. (2013). Psychosocial influences and life events at the time of menopause, In R. Formanek (Ed.), *The meanings of menopause: historical, medical, and cultural perspectives* (1. vydání). Taylor and Francis.
- Greenglass, E. R., & Fiksenbaum, L. (2009). Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being: Testing for Mediation Using Path Analysis. *European Psychologist*, 14, 29-39. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.29>
- Griffiths, A., MacLennan, S. J., & Hassard, J. (2013). Menopause and work: An electronic survey of employees' attitudes in the UK. *Maturitas*, 76(2), 155–159. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.005>
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Portál.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Hendl, J., & Remr, J. (2017). *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál.
- Hickey, M., Szabo, R. A., & Hunter, M. S. (2017). Non-hormonal treatments for menopausal symptoms. *BMJ (Clinical research ed.)*, 359, j5101. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5101>
- Hoga, L., Rodolpho, J., Gonçalves, B., & Quirino, B. (2015). Women's experience of Menopause: A systematic review of qualitative evidence. *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(8), 250–337. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1948>

- Holubová, E. (2021). Menopauza je tabu, nevěděla jsem, co se se mnou děje, žena je neviditelná. *Aktuálně.cz*. Získáno 1. února 2023 z <https://video.aktualne.cz/dvtv/holubova-menopauza-je-tabu-nevedela-jsem-co-se-se-mnou-deje/r~d9f0a9dabc1111eb9f15ac1f6b220ee8/>
- Horáková, M. (2017). *Spiritualita a postoj ke smrti u nemocničních kaplanů* (Bakalářská diplomová práce). Získáno 4. 2. 2023 z <https://theses.cz/id/w5ie20/?lang=en>.
- Höschl, C., Švestka, J. & Libinger, J. (2002). *Psychiatrie*. Tigris.
- Hrušková, H. (2007). Fyziologie klimakteria. *Medicina po promoci*, 8(3), 4-8.
- Hunter, M. S. (2020). Cognitive behavioral therapy for menopausal symptoms. *Climacteric*, 24(1), 51–56. <https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1777965>
- Huntley, A. L., & Ernst, E. (2003). A systematic review of herbal medicinal products for the treatment of menopausal symptoms. *Menopause*, 10(5), 465–476. <https://doi.org/10.1097/01.gme.0000058147.24036.b0>
- Hvas, L. (2006). Menopausal women's positive experience of growing older. *Maturitas*, 54(3), 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2005.11.006>
- Chrisler, J. C. (2013). Teaching taboo topics: Menstruation, menopause, and the psychology of women. *Psychology of Women Quarterly*, 37(1), 128–132. <https://doi.org/10.1177/0361684312471326>
- Chromý, K., & Honzák, R. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Grada.
- Ilankoon, I. M. P. S., Samarasinghe, K., & Elgán, C. (2021). Menopause is a natural stage of aging: A qualitative study. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-24232/v3>
- Kalvach, Z. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Grada.
- Kebza, V. (2009). *Chování člověka v krizových situacích*. Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta.
- Koliba, P. (2007). Možnosti alternativní léčby klimakterických obtíží. *Medicina po promoci*, 8(3), 21-27.
- Koliba, P. (2021). Klimakterické problémy a jejich řešení v ordinaci praktického lékaře. *Medicina pro Praxi*, 18(2), 117–122. <https://doi.org/10.36290/med.2021.019>

- Kopecká, I. (2015). *Psychologie 3. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Grada.
- Křepelka, P. (2015). *Poruchy menstruačního cyklu*. Mladá fronta.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Grada.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (3. vydání). Portál.
- Kykalová, J. (2012). *Strategie zvládání stresu a rysy osobnosti dle Big Five u žen v přechodu* [Magisterská diplomová práce, Masarykova univerzita]. Informační systém Masarykovy univerzity. <https://is.muni.cz/th/yoiwu/>
- Langer, R. D. (2017). The evidence base for HRT: What can we believe? *Climacteric*, 20(2), 91–96. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1280251>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Li, C., Samsioe, G., Borgfeldt, C., Lidfeldt, J., Agardh, C. D., & Nerbrand, C. (2003). Menopause-related symptoms: What are the background factors? A prospective population-based cohort study of Swedish women (The Women's Health in lund area study). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(6), 1646–1653. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(03\)00872-x](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(03)00872-x)
- Lobo, R. A. (2016). Hormone-replacement therapy: Current thinking. *Nature Reviews Endocrinology*, 13(4), 220–231. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2016.164>
- Marešová, P. (2021). *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví* (3. vydání). Maxdorf.
- Mardešić, T. (2013). *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Grada.
- McQuaide, S. (1997). Keeping the wise blood: *Social Work With Groups*, 19(3-4), 131–144. https://doi.org/10.1300/j009v19n03_11
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- NHS. (2019, 9. září). *Hormone replacement therapy (HRT)*. NHS choices. <https://www.nhs.uk/conditions/hormone-replacement-therapy-hrt/>
- Ohayon, M. M. (2006). Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. *Archives of Internal Medicine*, 166(12), 1262. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.12.1262>

- Panay, N., Briggs, P., & Kovacs, G. (Eds.). (2015). *Managing the Menopause: 21st Century Solutions*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781316091821
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2. vydání). Grada.
- Petrenko, M. & Lamprechtová, B. (2007). Deprese a úzkostné stavy v klimakteriu. *Medicína po promoci*, 8(3), 56–60.
- Phillips, R. N. (2005). *Kniha knih O menopauze*. Fortuna Print.
- Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.
- Poláčková Šolcová, I. (2018). *Emoce: regulace a vývoj v průběhu života*. Grada.
- Pospišilová, M. (2019). *Změny kvality života žen v období ovlivněném menopauzou* [Magisterská diplomová práce, Univerzita Pardubice]. Digitální knihovna Univerzity Pardubice. <https://dk.upce.cz//handle/10195/74021>
- Refaei, M., Mardanpour, S., Masoumi, S. Z., & Parsa, P. (2022). Women's experiences in the transition to menopause: A qualitative research. *BMC Women's Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01633-0>
- Reid, R. L. (2015). Menopause. *Clinical Gynecology*, 985–1003. <https://doi.org/10.1017/cbo9781139628938.066>
- Rešlová T. (2012). Menopauza – léčba potíží. *Medicína pro praxi*. 9(11) 445-450.
- Reuben, R., Karkaby, L., McNamee, C., Phillips, N. A., & Einstein, G. (2021). Menopause and cognitive complaints: are ovarian hormones linked with subjective cognitive decline?. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*, 24(4), 321–332. <https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1892627>
- Rob, L., Martan, A., & Citterbart, K. (2008). *Gynekologie*. Galén.
- Roztočil, A., & Bartoš, P. (2011). *Moderní Gynekologie*. Grada.
- Santoro, N. (2003). Mechanisms of premature ovarian failure. *Annales d'endocrinologie*, 64(2), 87–92. Získáno 10. ledna 2023 z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12773939/>
- Simpson, E. E. A. (2016). Stress and coping in the Menopause. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, 451–455. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-800951-2.00062-5>

- Selye, H. (1984). *The stress of life*. McGraw-Hill Book company.
- Schindler, A. E. (2006). Climacteric symptoms and hormones. *Gynecological Endocrinology*, 22(3), 151–154. <https://doi.org/10.1080/09513590600629134>
- Schneider, M. & Brotherton, P. (1979). Physiological, psychological and situational stresses in depression during the climacteric, *Maturitas*, 1(3), 153-158. [https://doi.org/10.1016/0378-5122\(79\)90002-1](https://doi.org/10.1016/0378-5122(79)90002-1).
- Skácelová, J. & Jelínek, J. (2005). Změny nálad v menopauze. *Praktická gynekologie*, 9(4), 23-25
- Sourouni, M., Zangger, M., Honermann, L., Foth, D., & Stute, P. (2021). Assessment of the climacteric syndrome: A narrative review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 304(4), 855–862. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06139-y>
- Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- Strauss, J. R. (2011). Contextual influences on women's health concerns and attitudes toward menopause. *Health & Social Work*, 36(2), 121-127. <https://doi.org/10.1093/hsw/36.2.121>
- Sturdee, D. W., & Pines, A. (2011). Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and Preventive Strategies for Midlife Health. *Climacteric*, 14(3), 302–320. <https://doi.org/10.3109/13697137.2011.570590>
- Stute, P., & Lozza-Fiacco, S. (2022). Strategies to cope with stress and anxiety during the menopausal transition. *Maturitas*, 166, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.07.015>
- Špatenková, N. (2004). *Krize – psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada.
- Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada.
- Štíchová, P. (2014). *Hormonální jóga: Hormonální jógová terapie pro menopauzu a hormonální nerovnováhu dle Dinah Rodrigues*. Získáno 14. února 2023 z <https://www.hormonjoga.cz/hormonalni-joga>
- Thapa, R., & Yang, Y. (2022). Attitude Toward and Associating Factors of Menopause: A Study on Cambodian Women. *SAGE Open*, 12(4). <https://doi.org/10.1177/21582440221129256>

- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343–361. <https://doi.org/10.1007/bf01173478>
- Utian, W. H. (1997) Menopause – a modern perspective from a controversial history. *Mauritas*, 26, 73-82.
- Vaculová, T. (2019). *Komunikace s dětmi o smrti v rodinách praktikujících římskokatolické vyznání a v rodinách náboženství nevyznávajících*. (Nepublikovaná bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Portál.
- Vágnerová, M. (2017). *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Vashisht, A., Domoney, C. L., Cronje, W., & Studd, J. W. (2001). Prevalence of and satisfaction with complementary therapies and hormone replacement therapy in a Specialist Menopause Clinic. *Climacteric*, 4(3), 250–256. <https://doi.org/10.1080/cmt.4.3.250.256>
- Verdonk, P., Bendien, E., & Appelman, Y. (2022). Menopause and work: A narrative literature review about menopause, work and health. *Work (Reading, Mass.)*, 72(2), 483–496. <https://doi.org/10.3233/WOR-205214>
- Voda, A. M. (1981). Climacteric hot flash. *Mauritas*, 3(1), 73-90. [https://doi.org/10.1016/0378-5122\(81\)90022-0](https://doi.org/10.1016/0378-5122(81)90022-0).
- Williams, R. E., Levine, K. B., Kalilani, L., Lewis, J., & Clark, R. V. (2009). Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*, 62(2), 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.12.006>
- World Health Organization. (2022, 17. října). *Menopause*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>

- Yanikkerem, E., Koltan, S. O., Tamay, A. G., & Dikayak, ş. (2012). Relationship between women's attitude towards Menopause and quality of life. *Climacteric*, 15(6), 552–562. <https://doi.org/10.3109/13697137.2011.637651>
- Yazdkhasti, M., Simbar, M., & Abdi, F. (2015). Empowerment and coping strategies in menopause women: a review. *Iranian Red Crescent medical journal*, 17(3), e18944. <https://doi.org/10.5812/ircmj.18944>
- Yuksel, N., Evaniuk, D., Huang, L., Malhotra, U., Blake, J., Wolfman, W., & Fortier, M. (2021). Guideline No. 422 a: Menopause: Vasomotor Symptoms, Prescription Therapeutic Agents, Complementary and Alternative Medicine, Nutrition, and Lifestyle. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 43(10), 1188–1204.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2021.08.003>
- Živný, J. (2004). Stárnutí ženy a hormonální substituční terapie. *Interní medicína pro praxi*, 8, 403-409

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Seznam uvedených tabulek a schémat
4. Informovaný souhlas
5. Struktura rozhovoru
6. Ukázka přepisu rozhovoru

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Emoční prožívání žen v období klimakteria a strategie k jeho zvládnání

Autor práce: Kateřina Houšková

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Cahel

Počet stran a znaků: 96 stran, 168 274 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 106

Abstrakt:

Cílem této práce je prozkoumat, jak ženy prožívají období klimakteria a jaké strategie k jeho zvládnání využívají. V teoretické části je klimakterium představeno jako fyziologický proces. Jsou zde popsány psychologické, sociální a další aspekty tohoto období. Závěr kapitoly se zaměřuje na zvládnání zátěže. Výzkum byl realizován pomocí kvalitativní metodologie. Výzkumný soubor tvoří deset žen, které procházely obdobím klimakteria. Byly zde zahrnuty ženy s přirozenou menopauzou i indukovanou menopauzou, ženy v různých fázích klimakteria. Participantky byly vybrány na základě prostého záměrného výběru, záměrného výběru přes instituce a samovýběru. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Analýza dat probíhala metodou zakotvené teorie. Výsledky výzkumu poukazují na důležité faktory ovlivňující prožívání klimakteria a okolnosti, za kterých ženy volí strategie k jeho zvládnání. Klimakterické příznaky silně ovlivňují emoční prožívání žen v tomto období. Ženy strategie zaměřují na zlepšení fyzické a psychické pohody. Zkušenost žen s klimakteriem formují kromě příznaků i různé psychosociální faktory a životní pozadí ženy.

Klíčová slova: klimakterium, menopauza, prožívání, strategie zvládnání

ABSTRACT OF THESIS

Title: Women's emotional symptoms during the menopause and their coping strategies

Author: Kateřina Houšková

Supervisor: Mgr. Tereza Cahel

Number of appendices: 6

Number of pages: 96 pages, 168 274 characters

Number of references: 106

The aim of this thesis is to examine how women experience the climacteric period and what coping strategies they use to manage it. In the theoretical part, climacteric period is presented as a physiological process. Psychological, social and other aspects of this period are described. The end of the chapter focuses on coping strategies. The research is based on qualitative methodology. The research sample consists of ten women who went through the menopausal transition. Women with both natural menopause and induced menopause were included as women in various phases of climacteric period. Participants were selected on the basis of simple deliberate selection, deliberate selection through institutions and self-selection. Data were obtained through semi-structured interviews. Data analysis was carried out using the method of grounded theory. The research results point to important factors influencing the experience of climacteric period and the circumstances in which women choose strategies to cope with it. Climacteric symptoms strongly influence the emotional experience of the entire period. Women focus strategies on improving physical and psychological well-being. In addition to the symptoms, women's experience of menopausal transition is shaped by various psychosocial factors and the woman's background.

Key words: climacteric, menopause, experience, coping strategies

Příloha č. 3: Seznam uvedených tabulek a schémat

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Přehled a charakteristiky participantek

Seznam schémat

Schéma č. 1: Vztahy mezi kategoriemi

Schéma č. 2: Kategorie, subkategorie a jejich vzájemné vztahy a souvislosti

Příloha č. 4: Struktura rozhovoru

ÚVODNÍ INFORMACE

Věk, rodina, vzdělání, profese, bydliště – typ obce, kraj; osobní anamnéza (medikace, operace, závažné onemocnění, úrazy, psychiatrické onemocnění), historie menses, současný stav menses (v jaké fázi klimakteria se žena nachází)

1) Jaký vnímáte rozdíl mezi termínem klimakterium a menopauza?

ZAČÁTEK KLIMAKTERIA

2) Kdy jste poprvé začala pociťovat příznaky klimakteria?

- Kolik Vám bylo let?
- Jaké příznaky to byly?
- Jak jste řešila počáteční příznaky s gynekologem?
- Dozvěděla jste se od gynekologa vše potřebné?
- Jak byste ohodnotila celkovou péči ze strany gynekologa (informovanost, komunikace apod.)?
- Jaké informace jste si o klimakteriu sama zjišťovala?

3) Jak jste prožívala fakt, že se blíží menopauza?

- Co pro Vás znamená menopauza?
- Z čeho jste měla obavy? Proč?

KLIMAKTERICKÉ POTÍŽE

4) Jaké tělesné klimakterické potíže jste zažívala či stále zažíváte?

- Zasahovaly potíže do Vašeho běžného života? Jak?
- Jak byste zhodnotila závažnost potíží, které se u Vás objevily?

5) Jaké psychické klimakterické potíže jste zažívala či stále zažíváte?

- Jak jste prožívala, že takové potíže máte?
- Trpěla jste již před klimakteriem nějakými psychickými problémy?
- Uvažovala jste někdy o návštěvě psychologa?
- Jaké potíže převažovaly – tělesné nebo psychické?

6) Jaké změny jste na sobě v klimakteriu zaznamenala?

- Jaké emoční změny jste u sebe pozorovala? Jaké změny jste pozorovala v oblasti nálad?
- Jaké změny jste zaznamenala ve Vašem chování?
- Všimla jste si nějakých změn v intenzitě či způsobu prožívání určitých situací (například situace v životě, které mohou být zatěžující)?

STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ KLIMAKTERIA

7) Jak jste řešila tělesné a psychické příznaky klimakteria?

- Navštívila jste mimo gynekologa ještě jiného odborníka?
- Jak byste ohodnotila péči ze strany daného odborníka?
- Jaká léčba Vám byla doporučena?
- Jakou léčbu jste zvolila?
- Uvažovala jste o léčbě hormonální substituční terapií? Proč ano / Proč ne?
- Uvažovala jste o léčbě antidepressivy či anxiolytiky?
- Užíváte/užívala jste nějaké přírodní přípravky (např. fytoestrogeny)?
- Jaké jste udělala změny v oblasti Vašeho životního stylu? Z jakého důvodu jste tyto změny udělala?

8) Co Vám nejvíce pomohlo/pomáhá při zvládnání klimakteria?

- Co je podle Vás nejdůležitější pro zvládnání tohoto období?
- Co byste doporučila ostatním ženám?

SOCIÁLNÍ ASPEKTY KLIMAKTERIA

9) Jaké významné události u Vás v životě v tomto období probíhaly?

(např. odchod dětí, péče o stárnoucí rodiče, změna práce, rozvod)

- Jaké jste vnímala jako pozitivní?
- Jaké jste vnímala jako negativní?

10) Jak klimakterium ovlivnilo / ovlivňuje Vaše vztahy v rodině?

- Jak zareagoval partner na změny ve Vašem chování?
- Jak zareagovaly děti na změny ve Vašem chování?
- Co jste od rodiny v tomto období nejvíce potřebovala?
- Mluvila jste o zkušenostech s menopauzou s Vaší matkou? Jak ji Vaše matka prožívala?

11) Jak klimakterium ovlivnilo / ovlivňuje Váš vztah s partnerem?

- Jaké pocity jste měla před partnerem?
- Stalo se Vám někdy, že jste se kvůli klimakteriu cítila před partnerem nepříjemně?
- Komunikovali jste spolu s partnerem na toto téma?
- Jak klimakterium ovlivnilo Váš sexuální život?

12) Jak klimakterium ovlivnilo / ovlivňuje vaše vztahy mimo rodinu?

- Myslíte si, že lidé ve Vašem okolí u Vás v tomto období zaznamenali nějaké změny? Jaké?
- Jak ovlivnilo klimakterium Váš pracovní život?
- S kým jste o klimakteriu nejčastěji mluvila a kdo Vám v období nejvíce pomohl?

ZHODNOCENÍ OBDOBÍ KLIMAKTERIA

13) Jak byste zhodnotila Vaše období klimakteria?

- Co v rámci klimakteria hodnotíte jako negativní?
- Co v rámci klimakteria hodnotíte jako pozitivní? (například konec menstruování)

14) Jak v současnosti vnímáte téma menopauzy v naší společnosti?

- Proč si myslíte, že se o tomto tématu řada žen stydí mluvit?
- Myslíte si, že je menopauza ve společnosti brána jako tabu?

15) Je něco, co byste chtěla k tématu dodat?

Příloha č. 5: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Emoční prožívání žen v období klimakteria a strategie k jeho zvládnání

Autor práce: Kateřina Houšková

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Cahel

Termín realizace:

Místo realizace:

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu k bakalářské práci „Emoční prožívání žen v období klimakteria a strategie k jeho zvládnání“ a dobrovolně souhlasím se svou účastí.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledku v rámci bakalářské práce. Souhlasím s pořízením audiozáznamu rozhovoru a následným zpracováním dat pro účely výzkumu.

Rovněž беру na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne _____

Jméno a příjmení _____

Podpis _____

V případě otázek ohledně výzkumu se můžete obrátit na autora:

Kateřina Houšková

Tel.: +420 607 751 456, e-mail: kacka.houskova@seznam.cz

Univerzita Palackého v Olomouci

Katedra psychologie

Příloha č. 6: Ukázka přepisu rozhovoru

Simona

1) Jaký vnímáte rozdíl mezi termíny klimakterium a menopauza?

S: „No... tak já asi žádnéj.“

T: „To většina žen neví. Já to chci upřesnit kvůli tomu, že v průběhu rozhovoru budu používat oba dva termíny, tak abychom si rozuměly. [vysvětlila jsem]

S: „Takže klimakterium je to období před a po, takový to, když už člověk není úplně normální.“

2) Kdy jste poprvé začala pocít'ovat příznaky klimakteria?

S: „Takže období jo? ... tak když operace byla před 4 rokama, tak dejme tomu, když vezmu tu menstruaci takovou silnou, tak to ani nevím, ale myslím, že to bylo několik let ta silná menstruace. A takový to, že jako jsem vlastně nevěděla, kdy ta menstruace přijde. Někdy pak tam byly ty delší pauzy, takže tak 4 roky před operací. Takže tak ve 47.“

T: „Jaké příznaky to tedy byly, kromě té silné menstruace?“

S: „Jenom ta silná a nepravidelná menstruace.“

T: „Jak jste řešila počáteční příznaky s gynekologem?“

S: „Byla jsem na vyšetření s tím, že mě upozornil, že tam mám nějaký myomy a že bych mohla jít na operaci, ale já jsem nechtěla. Takž se to tak jako... nemutil mě, protože to ještě všechno bylo snesitelný. Ale potom jsem byla na vyšetření, protože mě praktik poslal na vyšetření kvůli ledvinám, že jsem měla nějaký bolesti a pak jsem nějak dostala do nemocnice a oni mi udělali snad i CT... no prostě mě odeslali na gynekologii, že tam je nějaký nález. Ono to bylo zřejmě ty myomy, jakože se to asi zvětšilo. Tak pak už jsem na tu operaci kývla, protože už asi nebylo co řešit.“

T: „Jak přesně to u Vás bylo s tou operací?“

S: „Vyvolalo to menopauzu, ale už před operací jsem měla nějaký potíže. Když mi ale pan doktor odebíral krev, tak zjistil, že ty hormony tam nejsou na úplně nízký hladině, ale už předtím jsem brala nějakou hormonální léčbu. Byly to dvě barvy tabletek – 2 hormony, které

se podporují. Já nevím, jak se jmenuju [doplnila jsem, že estrogeny a gestageny]. Ale ono to bylo asi spíš psychicky vyvolaný bych řekla. Ale po té operaci jsem měla hormonální léčbu nějakou dobu – asi třičtvrtě roku. “

T: „Dozvěděla jste se od gynekologa vše potřebné, co obnáší klimakterium, co vás čeká a jaké jsou možnosti léčby?“

S: „Já jsi myslím, že to spíš bylo o tom, jestli se budu ptát. Já jsem nějak extra neptala a celkově jsem to nějak věděla, že to vlastně souvisí tohle. Takže ani nevím, jestli jsme to nějak podrobně probírali, ale myslím, že ne... že tak jenom zběžně. Že by mi sám dával nějaké informace, to asi ne. Protože tam jsou ty letáčky v těch ordinacích. “

T: „Jak byste ohodnotila celkovou péči od vašeho gynekologa? Jste s ním spokojená?“

S: „Ale jo, jsem spokojená. Myslím, že jo. “

T: „Zjišťovala jste si o klimakteriu sama nějaké informace?“

S: „No já jsem to moc číst nechtěla, protože čím víc se člověk v něčem babrá, tím víc se mu v hlavě usazují hlouposti. Takže radši ne. “

3) Jak jste prožívala fakt, že se blíží menopauza?

S: „No oni mi to utli tou operací, takže spíš potom to bylo takový jako... já nevím, já jsem to předtím nějak moc neřešila. Tak jsem si užívala ještě takovýho toho nevědomí... že je to ještě všechno v pohodě. “

T: „A co pro vás znamená menopauza?“

S: „No všechno, co je s tím spojeno – ten úbytek hormonů, který nahrazuju různýma čajičkama... tak no je to blbý. Je to absolutní změna v životě. Prostě už se to blíží k tomu, že už nebude líp. Že se člověk musí smířit s tím, že ta kůže ochabuje, vrásky se dělají, člověka lecos bolí, v hlavě mu straší [smích]. “

T: „Měla jste na začátku z něčeho obavy?“

S: „Měla jsem obavy z toho průběhu... protože když se člověk dozví, že někdo má nějaký ty návaly a v noci se potí a nemůže spát a prostě je to všechno jinak, tak určitě no. Takže jsem to měla.... “

4) Jaké tělesné potíže jste zažívala?

S: „Tak, já to nejdřív vezmu z toho... teď když řeknu, že mě něco začalo bolet a nebudu to konkretizovat, protože vím, že když se o tom mluví, tak... nemám v hlavě nastaveno, že se mě to neléčí, ale horší.“

T: „Co myslíte přesně?“

S: „Myslím kyčle, klouby a tak. No a hodně jsem měla návaly. Proto jsem brala ty hormony, protože jsem je měla i noci a nemohla jsem spát. Tak jsem brala nějaký čas ty hormony, a potom to bylo nějaký čas dobrý i jako takový ty myšlenky byly pozitivnější. No a potom už se mi to nechtělo brát, tak jsem to vysadila. Tak jsem měla zase nějakou doplňky stravy na to tlustý střevo, protože tam se tvoří prej základem toho ten serotonin, aby se vytvářel, tak aby to tlustý střevo bylo v pořádku, tak jsem brala jakože doplňky stravy a různý čaje.“

T: „Zaznamenala jste nějakou změnu v tělesné hmotnosti během toho období?“

S: „Nejdřív jsem rapidně zhubla, protože jsem měla nějaký psychický problémy. Pak to bylo spojeno s tou operací, žejo. Takže ještě před operací strach. A potom nějakou dobu po operaci jsem si držela takovou tu nízkou váhu, do který jsem zhubla a teď už jsem zase zpátky na tý, co jsem měla předtím. A to jsem se vyjedla buchtama o lockdownu, protože kdyby nebyl, neměla jsem zlomenej malíček na noze a nejedla jsem buchty, tak jsem možná nějaký rok... ale je fakt, že to šlo potom nahoru.... No a jak jsem říkala to pocení a noční buzení a to nevyspaní a takovej ten lehký spánek, že by ráno člověk spal, ale musí vstávat a celý den je přiblíblej... tak odpoledne přijdu z práce a jdu spát. Třeba na hodinu. Protože to nemůže vydržet.“

T: „To vám zůstalo do teď?“

S: „Jo, mám to vlastně po celou dobu. Protože ten spánek se mi od té doby změnil. Nespím souvisle celou noc. Třeba se vzbudím 3x za noc a potom ten spánek není hluboký. Taky jsem brala nějaký prášek na to spaní, to jsem spala jako dudek. Ale pak když jsem ty prášky nechtěla brát, protože jsem měla jako něco na spaní, a ještě něco na to, aby se mi tvořil ten serotonin a pak už jsem to nechtěla brát, takže se budím no. A budím se jako i že se zpotím. Ale spíš cítím to zpotení přes den, když třeba něco dělám. Když se třeba tady v koupelně jdu něco čistit na zemi, tak jsem z toho zpotená, daleko víc, než jsem to mívala předtím no.“

T: „Jak byste z hlediska závažnosti zhodnotila ty potíže? Zasahovaly vám do života?“

S: „Jo...protože si na to člověk musí zvyknout a musí to tak brát, jakože to tak teda teď je a ještě nějakou dobu to zřejmě bude. No a že se najednou mění všechno. Šediví ty vlasy, dělají se vrásky, všechno se jakoby horší.“

T: „A předtím Vám vlasy nešedivěly?“

S: „Moc ne, fakt až teď. Já to pocituju až za poslední rok.“

5) Tak a teď k těm psychickým potížím. Zkusila byste mi to nějak popsat od začátku?

S: „No ty jsem měla horší než ty tělesný projevy. Protože... Já jsem nikdy nebyla jako psychicky zdatná. Že bych věci házela za hlavu, to nikdy a osobně si teda myslím.. lékaři na to budou mít třeba jiný názor, ale osobně si myslím, že projevy toho klimakteria zasahují víc lidí, který ty psychický problémy neumí úplně zpracovat a jsou na to náchylnější. A takovej ten člověk co je jako, hodně toho umí spláchnout a hodit za hlavu, tak že to nemá si myslím. Že se tohle v tom období prohloubí. Já třeba jsem úplně hotová... rozbrečím se během dne kvůli hlouposti, protože mám pocit, že něco nestihnu. Mám hodinu času a začnu úplně panikařit, že to nestihnu a to je pro mě úplně ten největší, s čím se setkávám každý den. Nebo něco dělám v práci a najednou zjistím, že je půl 4 a nikdo už tam dávno není a já jsem tam poslední a ještě to nemám hotový. Tak mi najednou přijde taková úzkost a panika, takže z takových drobných věcí, který okolí nedokáže pochopit, proč to tak dělám. Nebo mam některý den, kdy se mi chce jenom celej den brečet.“

T: „A kvůli čemu?“

S: „Nevím...kvůli tomu, že jsem nemožná. Že mi nic nejde od ruky, že mi něco upadne na zem a musím to uklízet a zase ten čas strávím nějakým uklízením a že časově nic nedokážu stihnout, tak jak si představuju, že by to mělo být. A že jsem unavená a jdu odpoledne místo toho, abych něco dělala, povalovat, protože si musím jít lehnout. Tak takhle.“

T: Vy jste mluvila o těch špatných myšlenkách. Můžete to nějak rozvést?

S: „No musím na tom pracovat hrozně, abych neměla pochmurný myšlenky.“

T: A k čemu se ty myšlenky vážou?

S: „Jsou to takový strachy a obavy. Z čeho... to, co teď přijde do budoucna, že už nebude úplně... ne, že nebude – to říkám špatně, to bych si mohla nandat do hlavy špatnej program...“

že nemusí být úplně ideální. Jako abych to zvládala... Když mamce je přes 80 a já nevím, dcera ještě není vdaná a nemá ten byt a teď ty ceny jsou nahoru, tak jestli vůbec někde bude bydlet... Takový chmurný myšlenky. Nejhorší to je, když jsem doma sama. Když si má člověk možnost s někým promluvit a jako mají jiný téma, tak je to dobrý. Ale když jsem doma sama... a nepustím si žádnou hudbu, tak ... nebo něco k obveselení, tak je to horší. A ani potom doma se nemlžu chytit žádný práce. Třeba když bych byla den sama a zjistila jsem, že musím udělat několik věcí, nebo chtěla bych, tak udělám třeba jenom dvě z těch pěti, protože jsem toho schopná u něčeho vydržet. “

T: „A proč vydržet?“

S: „Protože jsem neklidná. A pořád od toho odbíhám a vypiju třeba 5 kafi denně, protože to je ten únik žejo. Taky si dam cigaretu na balkoně, i když mi nechutná, ale protože je to ten únik. “

T: „A vy jste kouřila dříve?“

S: „Ne... jenom jsem si zapálila, tomu se kouření neříká. Jen někdy. “

T: „Takže jste nezačla s klimakteriem?“

S: „Ne, to ne. “

6) Jaké emoční změny jste u sebe pozorovala?

S: „Tak ten smutek. Ten je takovej typickej pro to, jak já přemýšlím. Jinak nálady se mi moc nemění, když mám pořád ten smutek... když se to změní k lepšímu, tak je to dobrý. Nedostatek motivace taky. V tý práci... a třeba něco ani nerozdělám, třeba kroniku do školy, to mam prokrastinaci 3 roky a nejsem schopná... úzkost... to je asi největší jako co se mi týče. Pocity smutku a úzkosti. A únava taky, že furt spím. A napětí taky určitě“

T: „Všimla jste si nějakých změn, třeba v intenzitě v tom, jak prožíváte určité situace, ty zatěžující?“

S: „No vlastně mi takhle rozbřečí nebo rozhodí každá prkotina, kterou by nikdo neřešil. Že má hodinu času a přesto má pocit, že něco nestihne. Takže kdybych měla někoho hodit někam na vlak, tak bych byla úplně hotová. To co bylo předtím, že jsem řešila ohledně svy osobnosti a těch ...tak je to víc. To, co se mi na sobě předtím nelíbilo, tak je to teď ještě horší. “

T: „A ty pocity smutku... jak často je máte a z čeho?“

S: „No mám je pořád. Ráno vstanu a jsem smutná. Jako když člověk není psychicky v pohodě, tak je to po ránu nejhorší. Takže si říkám, ježiš už zase do práce. Ale letos poprvé mi vadí, že musím do práce. Předtím jsem to vůbec neřešila a teď najednou od září cvak a nechce se mi tam.“

T: „A máte to občas jakoby z ničeho nic, že tam není ani podnět?“

S: „Občas to přijde z ničeho nic... puď tam ten podnět je nebo není, že jsem taková smutná, melancholická. To je asi z toho... ne, že bych neměla co dělat.. že bych seděla doma na zadku, že bych nejela na výlet nebo někam na dovolenou, nebo někam. To jako ne. Ale spíš z toho, že mám pocit, že mám moc práce a že to prostě nestíhám. Ale já tý práce moc nemám.. já si to jenom jakože myslím, protože mám pocit, že to nezvládnou a už to jako tak rychle nezvládám“

T: „Ale tak to je normální.“

S: „No, ale je to v tomhle období jako víc.“

T: „Klasifikovala byste to jako depresi?“

S: „Depresi ne... spíš depresivní stavy. Depresi už jsem měla“

T: „Jakože v období předtím to bylo horší?“

S: „Jo, teď se to vylepšilo.“

7) Jak jste řešila tělesné a psychické obtíže?

S: „Na začátku jsem měla tu hormonální léčbu. Před tou operací. A ještě ty léky teda na tu psychiku a na spaní.“

T: „Na tu psychiku, to bylo na bázi serotoninu?“

S: „No, abych ho měla víc.... Po operaci jsem ještě všechno pořád brala. Ty hormony jsem po 3/4 roce už brát nechtěla, tak jsem přestala.“

T: „A proč jste je nechtěla už brát?“

S: „No, protože jsem prostě nechtěla. A chtěla jsem si vyzkoušet, jestli to zvládnou bez nich. No... tak nějak to šlo. Pořád to bylo lepší než se cpát hormonama. A ty antidepressiva jsem po nějakým dalším období si řekla, že už je nechci a vyzkoušet si, jak to půjde bez toho. No a bylo to poznat... nějaký to období že mi předtím bylo líp s těma lékama. Tak jsem si začla

dělat nějaký čaje a nějaký potraviny k tomu, co by třeba měly podporovat tvorbu toho serotoninu.“

T: „A vyzkoušela jste fytoestrogeny?“

S: „Jojo. Čaj si udělám jenom někdy, teď už to moc neřeším. Protože už ty projevy slábnou, třeba to pocení. Akorát to spaní je pořád.“

T: „Ty antidepresiva jste nechtěla brát kvůli čemu?“

S: „Abych nebyla blbá [smích]. No říkala jsem si, že jsou i jiné cesty, než prášky. A tak mam třeba jógu, nebo zkusím vždycky něco... když na mě přijdou ty stavy, že si udělám nějakou asánu nebo něco.. co cítím, že mi uleví v tu chvíli“

T: „A na jógu chodíte na obyčejnou nebo na tu hormonální?“

S: „Na obyčejnou. Na tu hormonální, to jsem byla na nějakým kurzu... na cvičení, ale já si to sama doma moc necvičím, ale pořád to tady mám, že začnu. Ale by to bylo fajn njo, kdybych to dělala pravidelně. Jsou tak takový úplně jednoduchý obyčejný věci, který mi bolejí a cítím, že mi to tam jako bolí.“

T: „Když na vás přijdou ty myšlenky, tak jak to v té situaci řešíte?“

S: „Tak pustím si nějakou písničku, nebo jdu ven a nadýchám se, nebo kdyby to šlo jezdit na kole, kdyby na to byl čas, ale to jako až tak pravidelně ne.“

T: „Vy jste taky říkala, že máte tu zahrádku.“

S: „No tam ne, tam se spíš rozčílím, protože je to obrovský. Tak na mě přijdou ty pocity marnosti. Kdyby to byla malá zahrádka na relaxaci, bylo by to fajn. Nebo se dívám na nějaké hezké obrázky nebo na různé fotky. A nebo poprosím o... to se ti tam asi nebude hodit... Poprosím o energii a ona přijde.“

T: „No hodí nehodí, to mi vysvětlíte, co myslíte.“

S: „To je třeba reiki nebo ještě..prostě poprosím do vesmíru o energii a pak cítím, jak se mi to tady točí a zařívá a jak mi to jde do těla a uvolní i to...a pročistí i hlavu. A pak si člověk připadá vzpruženej.“

T: „Takže vám to pomáhá? A to jste začla dělat kdy?“

S: „Jo, pomáhá. Začla jsem už dýl, ale teď víc.“

T: „A jak jste k tomu přišla?“

S: „Tak když se člověk o leccos zajímá, tak to k němu přijde samo... Tak třeba v souvislosti s tou jógou, s tou naší cvičitelkou. I s kamarádkami, který jsou na stejný vlně naladěný.“

T: „Takže třeba i nějaká meditace?“

S: „Jo, to s tím souvisí. A ještě si třeba pouštím – na youtube jsou Solfeggio frekvence, jsou to na léčení určité frekvence...že si člověk vybere co chce. Tak to... realxační hudbu jsem si taky nějakou pouštěla před spaním, když jsem nemohla spát, ale teď většinou ulehnu a usnu brzy a jdu hned, protože jdu pozdě, ale pak ty noční stavy no (asi buzení).“

T: „Řešila jste celkově ty potíže ještě s nějakým lékařem?“

S: „Tak byla jsem u praktika kvůli inkontinenci, jestli to s tím souvisí... jakože asi jo. Tak to... a byla jsem na vyšetření s močovým měchýřem a tam zjistily, že docela dobrý. No a ..ty inkontinenční vložky používám.“

T: „A ta inkontinence vám začla s klimakteriem?“

S: „To bylo ještě dřív. Ale stupňuje se to, s tím klimakteriem se mi to trochu zhoršilo. Teď je to v takovém stavu, kdy jsem si zvykla a jsem ráda, že to tak je, že to nejde nahoru. Ale je to obtěžující.“

T: „Jak byste ohodnotila péči ze strany praktika v tomto případě?“

S: „No tak jako vyptává se mi, když tam přijdu. Já třeba ani někdy...jak se v sobě člověk nechce moc pitvat, tak někdy ani nevím, co mám odpovědět, jako třeba teď... že přemýšlím. Ale jsem ráda, že se mi zeptá... člověk někdy ani neví, co na sobě pozoruje, že by měl říkat, že by to mělo být důležité.“

T: „A chodila jste k psychologovi?“

S: „K psychologovi ne, ale k psychiatrovi. Nějakou tu dobu, co jsem brala ty léky, tak jsem chodila. Asi necelý rok, bylo to kvůli tý medikaci.“

T: „A ten vám nedoporučil navštívit psychologa?“

S: „Jo. Ale nešla jsem. Nějak se to samo vyvrtilo. Bylo mi asi lépe s kamarádkama. Protože tam byla taky třeba jedna, co třeba nám dovedla s něčím pomoci. To ale nebyla pomoc jako psychologická, ale spíš taková ta ezoterická. Vždycky to bylo takový hezký popovídání... jak se něco děje a proč se to děje. Co by měl změnit a tak.“

T: „Takže jste hledala podporu u kamarádek?“

S: „Jo... u stejně starých. Protože jsme na tom všechny stejně, tak se podporujeme. A manžel mi taky hodně pomáhá, s tím, že když vidí, že jsem někdy úplně mimo, tak mě reálně uzemní.“

T: „Udělala jste nějaké změny v životním stylu směrem ke zdravějšímu?“

S: „Tak asi turistiku, víc než předtím. Jídlo... to bych ráda, ale zatím ne. Možná míň jím, menší porce. Ale sladký jsem neomezila. A cvičím si trošku víc doma. A chodila jsem bruslit na led.“

8) Co byste řekla, že vám nejvíc pomohlo při zvládnání klimakteria?

S: „Nejvíc mi pomohly kamarádky, manžel a ta jóga a příroda hlavně taky.“

T: „Vy jste vynechala ty léky... ty vám asi tak pomohly?“

S: „No za léky jsem byla vděčná, když bylo úplně ouvej. To jo, určitě. Ty hormony, i když jsem je nechtěla, tak nakonec jsem si říkala, jako takhle být nechci, tak jsem byla ráda, že je mám s tím, že to bylo dočasný a ty léky na psychiku, tak těm jsem se hodně vzpouzela a nakonec jsem si říkala, proč jsem si to nevzala dřív.“

T: „Co je podle vás nejdůležitější pro zvládnutí toho období?“

S: „Najít si nějakou berličku a ty lidi okolo hlavně. Pochopení lidí v okolí, aby těch lidí bylo... aby se člověk nemusel s něčím trápit zbytečně. A měl ty lidi, který ho někam... ne, že bych šla někam vypovídat, to ne... protože ještě jako je horší, když člověk o něčem pořád mluví, ale odvést pozornost.“

T: „A je něco, co byste doporučila ostatním ženám?“

S: „No tak tohle, jógu, kamarádky, přírodu a hudbu.“

9) Jaké významné události u vás probíhají v tomhle období a jak je prožíváte? Třeba odchod dětí z domova...

S: „No ten odchod dětí, to bylo asi takový nejvýraznější. Že prostě teď jsme tady sami, ale už jsem si nějak zvykla, protože stejně tý práce je tolik, že i když děti jsou doma, tak jsou většinou někde... kluk, ten si zaleze, zavře se a jde se akorát najíst. Takže to je jen pocit, že doma je a nic víc.“

T: „A jak vás to ovlivnilo, třeba tu psychiku?“

S: „Jo, tu psychiku jo. Vidiš a ani mě nenapadlo ti to říct, přitom je to asi to nejdůležitější. A ještě to, že mamka je od nás 20 kilometrů a že mě potřebuje teď víc než předtím, tak to taky... člověk jezdí sem tam. S tím, že do důchodu ještě daleko a člověk cítí tu únavu.“

T: „Takže tyhle změny vnímáte jako nejdůležitější, že se ty negativní myšlenky vážou na to?“

S: „Asi jo. Spíš asi bych řekla na tu mamku než na ty děti. Protože to by bylo třeba, aby se tam člověk úplně obrnil, a to já neumím.“

T: „A byly nějaký ty události, který jste vnímala jako pozitivní?“

S: „No, to si člověk ani neuvědomuje, že nějaký takový vůbec byly.“

T: „Takže vás nic nenapadá?“

S: „Tyjo... to jsou takový drobnosti pozitivní. Jako žádný velký. Žádný vnuče nemám, takže co teďkon ještě čekat jako nového, hezkého v tom běhu toho života. Takže teď jen takový drobnosti, že člověk jde ven do té přírody, vidí něco, že hezky rozkvetlo, že svítí sluníčko a že to v tomhle věku víc ocení, protože si toho všímá. Že bublá potůček a že je hezky na Šumavě a že pojedou na Moravu na víno... takový to těšení se na divadlo v kulturáku a podobně. Takže bylo by toho dost, na co by se člověk mohl těšit určitě.“

T: „A vnímáte taky to, že máte třeba víc času na svoje koníčky a různé aktivity?“

S: „Jako je to pravda, že má člověk víc času na sebe, ale když musí za tou mamkou, tak ono se to vykompenzuje. Ono je to vlastně pořád stejný, jako časově. Čas pro sebe je pořád stejnej.“

T: „Jak často za tou mamkou jezdíte?“

S: „V létě jsme jezdili třeba i 3x, 4x. Teď třeba jenom 2x.“

T: „A má tam i někoho jinýho, že to nestojí jenom na vás?“

S: „Jo má. No... tak ona je ještě docela soběstačná v leccěms. Když potřebuje nakoupit, tak jí nakoupí i bratr. Ale mám takový výčitky, že se jí nemůžu věnovat tak, jak by asi ona chtěla.“

10) Jak klimakterium ovlivnilo vztahy ve vaší rodině, třeba děti?

S: „No děti se diví, co to se mnou je. Proč třeba se rozbrečím kvůli všemu možnému. Že stačí málo a já se hned rozbulím. A oni na mě koukají jako proč?“

T: „A vysvětlovala jste jim to nějak?“

S: „Já nevím, já jsem si myslela, že to ví... asi jsem konkrétně... já si myslím, že oni to ví. Že jsme o tom dlouze nemluvili, že to je jenom takový jako...“

11) Jak ovlivňuje vztah s manželem?

S: „No vydržel toho už hodně. A když už nemůže, tak se rozčílí, nebo vybuchne. Ale jinak vydržel hodně a chápe to. A když je to furt do kolečka a pořád, tak někdy musí i odejít někam do vedlejší místnosti, abych se teda vybulela. Takže ten je hodně trpělivej.“

T: „A jaký pocity jste před ním měla, když jste měla takový stavy?“

S: „Já jsem jako pocity před ním vůbec neřešila. Řešila jsem sama sebe. Mně to bylo úplně jedno...“

T: „Ovlivnilo klimakterium nějak váš sexuální život?“

S: „Jo, to jo. Já nemám žádnou potřebu a pocit, že bych něco jako měla podnikat...“

T: „Cítila jste se někdy před manželem nepříjemně?“

S: „To asi ne.“

T: „Takže od něj cítíte tu podporu?“

S: „Jo... Ale vím, že ho to taky mrzí, že jsem taková divná. Ale on je divnej taky, protože má taky své léta. Takže on má to samý.“

T: „Co byste od rodiny v tomhle období nejvíce potřebovala?“

S: „Abychom třeba někam šli společně. Když by se vydařilo, že přijedou domu oba, tak aby byl čas, že někam můžeme všichni. A to oni nechtějí. Syn s náma nikam chodit nechce. Jako společně jsme doma, ale abychom šli někam společně na výlet, tak to se nevydařilo dlouho.“

T: „A třeba ze strany nějakého pochopení a podpory... od manžela?“

S: „Tak to očekávám. A jako je, je tam samozřejmě. Ale 100% nemůže být...“

T: „Mluvila jste o zkušenosti s menopauzou s vaší mámou?“

S: „Myslím že vůbec ne. Ani nevím, jak jí ona prožívala...“

T: „Ani jste v tom období u ní nic nezaznamenala?“

S: „Tak mě ani nenapadlo tenkrát, že bych měla něco zaznamenávat. Každý měl svoji práci... to svoje a nějak jsme o takových věcech vůbec nemluvily. Nikdy jsme o tom v rodině nemluvili.“

12) Teď k vašemu širšímu okolí... máte pocit, že si lidé ve vaší práci na vás všimli nějakých změn?

S: „Nás je tam hodně takových, v tomhle věku. Takže jo... ovíváme se tam vějířem, protože je nám horko. Ale nejsem tam sama právě. Takže určitě jsme si navzájem všimly, že se prostě potíme a jsme unavený a všechno nás štve....“

T: „A s kamarádkami se o tom bavíte?“

S: „No tak když se nebavíme o vnoučatech, který já teda nemám, tak jo. Bavíme se o tom, hlavně o tom věku a o práci a ono to s tím jako souvisí. Dřív všechno šlo rychlejc a líp a člověk byl takovej jako, že se oklepal a teď všechno řeší daleko hůř.“

T: „S kým jste o menopauze mluvila nejčastěji?“

S: „S těma kamarádkama určitě.“

T: „Kdo vám nejvíce v tomhle období pomohl?“

S: „Manžel a kamarádky.“

13) Jak byste zhodnotila vaše klimakterium?

S: „Je to prostě... zásadní změna... pro mě. Ne plusová, na kterou si musím zvyknout. To mě ještě úplně nejde. Takže se člověk tak jako plácá trochu v tom všem. Ale když vím, že v tom nejsem sama, tak si říkám, že ostatní to taky nějak zvládly, tak se to nějak zvládnout dá. A věřím, že čas to nějak vyřeší sám. A hlavně... je to prostře nepříjemný. Všechno je nepříjemný tyhle věci. A nejvíc mně vadí to spaní, že nejde spát na povel. A nejde se prostě vyspat.“

T: „A přesto, že vám nejde vyspat, tak byste stejně ty prášky nebrala?“

S: „Ne.“

T: „A proč?“

S: „Já nevím, proč bych měla brát prášky, když je nepotřebuju, když nejsou životně důležité. A protože vím, že to s tím obdobím souvisí, že to má kde kdo, tak si myslím, že když jednou budu brát nějaký prášky denně, tak že to bude na něco úplně jinýho než na to, abych mohla spát. To si myslím teď... třeba to do budoucna bude jinak. Ale samozřejmě mám nějaký přírodní kapky... na zklidnění... ale já si myslím, že.... já si dělám zklidnění tou relaxací, jenom tohle, něco si u toho představím a prostě cítím to. Tak si říkám, proč bych měla jíst prášek, když mám i jinou metodu, co mi pomůže. Ale samozřejmě, že by mě prášek nechal vyspat. Ale nechci to.“

14) Jak vnímáte téma menopauzy v naší společnosti?

S: „Tyjo... já nevím, asi se o tom víc mluví a člověk si může najít spoustu informací. Daleko víc než předtím, si to asi lidi říkali tak jako podle svých vlastních zážitků a prožitků. Teď si myslím, že si každéj může načíst, co potřebuje. Takže samozřejmě mám tu nějakou knížku, ale když jsem si jí prolistovala, tak jsem si říkala, kdybych měla tohle všechno mít, tak bych se zbláznila. Takže jsem jí zase zavřela.“

T: „Proč si myslíte, že se o tom řada žen stydí mluvit?“

S: „No, protože by měly odhalit ty pocity úzkosti a pocitů, že si nevěří. Vlastně jako nedostatečnosti v tom směru. Takového toho, že najednou bilancujou, co v životě se jim povedlo, nebo nepovedlo. Kde udělaly chybu, proč třeba ty jejich děti se chovají takhle a né jinak. Myslím si, že je to o tý společnosti, že si to člověk v tomhle období v sobě víc přebírá. A že to potom vlastně odhaluje – ty stránky, který třeba do té doby chtěl zatajit, nebo nedávat na obdiv.“

T: „Myslíte si, že je to bráno jako tabu?“

S: „Já si myslím, že úplně tabu ne, ale zase... si myslím, že víc se mluví o takových, že víc těch informací. Myslím, že to není úplně téma, který by frčelo. Takže když budu vyprávět někomu mladšímu o tom, jak mi je, tak asi ho to úplně nebude zajímat, protože má jiný starosti. Mluví o dětech svých mladších. Takže to není na pokec, je to jenom okrajově se nějak zmínit. Myslím si, že ten, kdo to neprožívá to nechápe, protože to nemůže pochopit. Kdyby byla třeba mladší kolegyně, tak si nějaký divný chování nedá do týhle souvislosti. A

asi i když by to byla kolegyně, nebo ve stejném věku, tak by to prvoplánově člověka nenapadlo, že je jí tolik a asi je v klimakteriu.“

T: „Myslíte si, že je důležitá edukace o tomto tématu?“

S: „Já nevím... jako důležitý by to asi bylo, že by se o tom mohlo víc mluvit, to určitě. Je fakt, že když si člověk pustí televizi, tak pořady na tohle téma tam nejsou. Ale to by si je člověk musel najít na nějakých programech. Tam je to samá modelka a fotbalista a samý takový věci jako nedůležitý pro život v podstatě. Ale asi jsou o tom nějaký přednášky různě...“

15) Chtěla byste ještě něco dodat k tématu?

S: „Tyjo... jako už aby člověk měl klid na duši no... ale musí na tom pracovat, to tak prostě je.“