



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

MENOPAVZA IN PRILAGODITEV ŽENSKE NOVEMU OBDOBJU

Mentorica: mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred. Kandidatka: Jana Černoga

Jesenice, februar 2012

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, ge. mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred., ki mi je z znanjem, nasveti, pozitivno energijo in trdom bila v veliko pomoč pri pisanju diplomskega dela.

Zahvala gre vsem sodelujočim ženskam v menopavznem obdobju pri intervjujih za raziskavo na področju menopavze.

Zahvaljujem se red. prof. dr. Marku Lavriču in doc. dr. Brigiti Skela Savič za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se prof. ang., ge. Nataši Hafner, za pomoč pri angleškem jeziku.

Zahvala gre mojim bližnjim, ki so me podpirali, mi pomagali in spodbujali, da sem dosegla zastavljeni cilj.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Menopavza je novo obdobje za ženske, ki se pri tem soočijo s spremembami na različnih področjih. Soočanje s samo menopavzo pa vsaka doživlja drugače.

Cilj: Cilj raziskave je bil ugotoviti, kateri simptomi so bili vodilni, kako so se ženske soočale s spolnostjo, razumevanje jemanja hormonske nadomestne terapije in mnenje o menopavzi.

Metoda: Za raziskavo smo uporabili interpretativno paradigmo s kvalitativnim raziskovanjem in metodo utemeljene teorije. Za instrument zbiranja podatkov smo uporabili polstrukturirane intervjuje z ženskami v menopavznem obdobju. Uporabili smo namenski vzorec, ki je vseboval 8 žensk v menopavzi. Odgovore pri intervjujih smo sprti beležili ter nato ponovno zapisali in jih kvalitativno obdelali.

Rezultati: Na podlagi odgovorov pri intervjujih z ženskami v menopavznem obdobju smo določili glavno kategorijo raziskave »Življenje v menopavzi«. V nadaljevanju smo določili 4 podkategorije in kode, ki so jih predstavljale. Ugotovili smo, da so vodilni simptomi, ki jih imajo ženske v obdobju menopavze, naslednji: oblivanje, razdražljivost, motnje spanja. V spolnosti sta imeli le dve težave, ostale težav nimajo oz. nimajo spolnih odnosov. Na področju jemanja hormonske nadomestne terapije so terapijo jemale 4 ženske, ostale štiri pa je bodisi niso smele jemati ali niso želele. S spremembami se vsaka ženska spopada drugače. Dve ženski sta jasno izrazili, da se težko prilagajata novemu obdobju, medtem ko so ostale ženske sprejele obdobje kot pozitivno.

Razprava: Ženske v obdobju menopavze imajo različne simptome in različno se spopadajo z njimi. Spolnost je koda, ki v menopavzi in pri intervjuvankah povzroča nelagodni občutek. Ženske so bile zadržane in so bolj jedrnato odgovarjale na zastavljena vprašanja. Jemanje hormonske nadomestne terapije je pri ženskah, ki jo jemljejo, pozitivno sprejeto, jim lajša tegobe, medtem ko si ženske, ki ne jemljejo terapije, pomagajo same z alternativnimi dodatki in kot pravijo, ne zaupajo »kemiji«. Odvisno od značaja osebe je, kako bo to doživljanje novega obdobja sprejeto.

Ključne besede: menopavza, simptomi, spolnost, hormonsko nadomestno zdravljenje, prilagajanje

ABSTRACT

Background: Menopause is a new period in the life of women when they undergo different changes. However, the way in which women cope with menopause varies.

Aims: The aim of the research was to establish which menopausal symptoms were most common, the impact of these symptoms on women's sexual lives, how women understood taking hormone replacement therapy, and their opinion of menopause.

Methods: An interpretative paradigm with qualitative research and the method of established theory was used. The instrument used to collect data was a semi-structured interview for menopausal women. A purpose pattern including eight women in menopause was used. The answers given during the interviews were first written down and later transcribed and qualitatively processed.

Results: From the answers provided by menopausal women during the interviews, it was decided that the main category of the research was "life in menopause". Additionally, we defined four sub-categories and codes to further categorize these answers. The most common menopausal symptoms reported included hot flashes, irritability, and sleeping disorders. Only two respondents experienced problems in their sexual lives, while others reported no problems or said they were not sexually active. Four respondents were taking hormone replacement therapy, whereas the other four were either not permitted to use it or they did not wish to use it. Every woman faces menopausal changes differently. Two respondents clearly expressed having difficulties in adapting to the new era, while others have accepted it more positively.

Discussion: Women in menopause have different symptoms and they deal with them in a variety of ways. Sexual life is the code which makes women in menopause, including the respondents, feel uneasy. Respondents were reserved on this topic and answered questions very briefly. The women who are undergoing hormone replacement therapy respond to it positively because it relieves their symptoms. However, those who do not use HRT try to help themselves by means of alternative supplements. Their stated reason is that they do not trust "chemistry". Dealing with this new period in women's lives vastly depends on their character.

Key words: menopause, symptoms, sexual life, hormone replacement therapy, adjustment.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	MENOPAVZA	3
2.1.1	Definiranje pojmov.....	4
2.1.2	Fiziologija menopavze.....	5
2.2	SPREMEMBE V MENOPAVZI.....	5
2.3	DUŠEVNO ZDRAVJE IN SPOLNOST V MENOPAVZI.....	10
2.4	HORMONSKO NADOMESTNO ZDRAVLJENJE.....	13
2.5	CALISTA ROY IN ADAPTACIJSKI MODEL.....	17
2.5.1	Prilagoditev obdobju	19
3	EMPIRIČNI DEL	22
3.1	PROBLEMI IN CILJI RAZISKOVANJA	22
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	22
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	23
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	23
3.3.2	Opis instrumentarija	23
3.3.3	Opis vzorca.....	24
3.3.4	Opis postopka zbiranja in obdelave podatkov.....	26
3.4	REZULTATI	27
3.4.1	Prva podkategorija – simptomi.....	28
3.4.2	Druga podkategorija – spolnost.....	30
3.4.3	Tretja podkategorija – odločitev za hormonsko nadomestno zdravljenje	31
3.4.4	Četrta podkategorija – soočanje s spremembami	33
3.5	RAZPRAVA	36
4	ZAKLJUČEK	40
5	LITERATURA	41
6	PRILOGE	47
6.1	INSTRUMENT.....	47

KAZALO SLIK

Slika 1: Starost intervjuvank	25
Slika 2: Stan intervjuvank	25
Slika 3: Stopnja izobrazbe intervjuvank.....	26
Slika 4: Prikaz glavne kategorije s štiri podkategorijami in kodami.....	28

1 UVOD

Bistvo življenja je spreminjanje. Kakor vse v naravi, gresta tudi moški in ženska v svoji rasti in razvoju skozi več stopenj. Menopavza je zato naraven prehod. Enako velja tudi za spolno dozorevanje deklic v puberteti in za porod. Vendar v sodobnem svetu vse bolj prevladuje težnja po spreminjanju tega naravnega dogajanja v tako, ki zahteva zdravniško oskrbo. Tako je tudi z meno (Jack in Esko, 2001).

Prebivalstvo po vsem svetu se stara, zato danes ženske preživijo kar tretjino svojega življenja v obdobju po menopavzi (Franić, 2005; cit. po Kopčavar Guček, 2005), zato ni vseeno, kakšna kakovost življenja jih čaka v tem času. Ženske menopavzo doživljajo kot pomemben mejnik; predvsem se začenjajo zavedati procesa staranja, ki je povezan s tem obdobjem. Zdi se, da je želja in pripravljenost žensk, da bi omilile prihajajoče in nastale spremembe, velika in konkretna (Petkovič, 2004; cit. po Kopčavar Guček, 2005).

Doživljanje menopavze je pri posameznicah povsem individualno – in tako naj bi bilo tudi zdravljenje simptomov. Vanj se aktivno vključuje tudi osebni izbrani zdravnik v skladu s poznavanjem bolnice, njenih prejšnjih boleznih in dejavnikov tveganja. Pri blažjih simptomih je pomembno nemedikamentozno zdravljenje, ki ga med svetovanjem ponudi in spremlja osebni izbrani zdravnik. Številne epidemiološke in observacijske raziskave so pokazale, da ima nadomestno hormonsko zdravljenje (NHZ) ugodne učinke na kratkoročne posledice menopavze (nevrovegetativni simptomi) pa tudi na dolgoročne posledice (osteoporoza, bolezni srca in ožilja). In če se bolnica ne odloči za hormone – kaj potem? Spremembe življenjskega sloga, zdravila v prosti prodaji in komplementarno zdravljenje v menopavzi pridobivajo na pomenu (Kopčavar Guček, 2005).

Royev model adaptacije vodi oceno ravni članov prilagajanja in lažje opravljanje dražljajev, ki spodbujajo njihovo prilagajanje. Intervencije zdravstvene nege so osredotočene na tematiko menopavze, vključno z motnjami v telesni samopodobi in socialni izolaciji. Royev model vodi oceno, diagnozo, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje skrbi za to skupino, skupino žensk v menopavzi (Roy in Andrews, 1999).

Približno polovica žensk sprejema klimakterij kot fiziološki, pričakovani pojav. Odnos do prenehanja rodne obdobja, to je odnos do dobe mladosti, lepote, sposobnosti,

psihofizične dejavnosti, pa je odvisen tudi od psihične konstitucije posameznice (Meden Vrtovec idr., 2005).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 MENOPAVZA

Menopavza je določeno obdobje v življenju – in ne bolezen. Prepoznavamo jo večinoma za nazaj, saj samo po prenehanju menstruacije lahko z gotovostjo vemo, kdaj je nastopila menopavza. V sodobni družbi, kjer vlada obsedenost s kultom mladosti in popolnosti, je menopavza nezaželena in nedobrodošla. Nekoč so na menopavzo gledali kot na endokrinopatijo, danes pa prevladuje mnenje, da je menopavza normalna tranzicija v življenju vsake ženske (Kopčavar Guček, 2005).

Izziv, ki ga prinaša njen naravni tok, je za mnoge ženske težko obvladujoč. »Mena« ni bolezen, pač pa naravno obdobje v življenju ženske. Beseda menopavza izhaja iz dveh grških besed, *men*, ki pomeni mesec in *pausis*, to je prekinitev. Menopavza pomeni obdobje zadnje mesečne krvavitve v življenju ženske (Gašperšič, 2004; cit. po Dekleva, 2007).

Ko v središče preučevanja odnosa med kulturo in individuumom postavimo žensko telo v menopavzi, nam preučevanje načinov, na katere je to telo konceptualizirano in obravnavano, odpre vprašanja o vlogi ženske v neki družbi ter o razmerjih moči med posameznimi družbenimi skupinami. Za sodobno, pozno moderno družbo je značilna medikalizacija menopavze. To pomeni, da medicinska stroka menopavzo – ki je bila še do nedavnega dokaj neproblematična izkušnja žensk – definira kot stanje pomanjkanja hormona estrogena, ki sproži različne psihosomatske težave in resna obolenja. Zgodovinsko gledano, medicinsko enačenje menopavze s stanjem hormonskega deficita sovпада s paradigmatiskim premikom medicinske konceptualizacije ženskega telesa. Do začetka 20. stoletja je veljalo, da je telesno in duševno zdravje posameznice – na ravni konceptualizacije – odvisno od delovanja njenih reproduktivnih organov: maternice in jajčnikov. Od prve polovice 20. stoletja pa je zaradi razvoja endokrinologije (in vzporedno z njo sintetičnih hormonov) zdravje posameznice na konceptualni ravni postalo odvisno od delovanja njenih hormonov (Lupton, 2003; cit. po Šimaga Saje, 2008).

2.1.1 Definiranje pojmov

Severnoameriško menopavzno združenje (NAMS – The North American Menopause Society) je sestavilo obsežen seznam opredelitev terminologije v povezavi z menopavzo. Nekaj osnovnih terminov:

- Menopavza je končna menstruacija, ki se lahko potrdi, ko v 12 zaporednih mesecih ni menstruacije. To obdobje označuje konec menstruacije in plodnosti. Je naraven pojav povezan z zmanjšanim delovanjem jajčnikov, zaradi česar se zmanjša raven hormonov.
- Perimenopavza je razpon obdobja, ki traja šest ali več let. Začne se z nastopom sprememb v menstrualnem ciklusu ter drugih simptomov, povezanih z menopavzo in se razteza skozi menopavzo do enega leta po menopavzi.
- Pomenopavza je razpon časa po menopavzi.
- Prezgodnja (premature) menopavza se pojavi pri ali pred štiridesetim letom, lahko je posledica genetike, avtoimunske bolezni, zdravstvenih postopkov, zdravljenja.
- Predmenopavza je časovno obdobje od pubertete (od začetka, pojava menstruacije) do menopavze.
- Spontana menopavza je menopavza, ki ni posledica nobenega zdravljenja ali operacije. To se zgodi v povprečju pri starosti 51 let. Znana tudi kot naravna menopavza.
- Kirurška menopavza je sprožena menopavza, ki izhaja iz kirurške odstranitve obeh jajčnikov iz zdravstvenih razlogov. Kirurška menopavza se lahko pojavi pri katerikoli starosti pred spontano menopavzo.
- Začasna menopavza je izraz, ki opisuje začasno ustavitev menstruacij zaradi vpliva dejavnikov na način življenja kot so visoke stopnje stresa, pretirano izvajanje diet, jemanje zdravil za zdravljenje endometrioze, predmenstrualnega sindroma. Ko ženska sprejme bolj zdrav način življenja ali preneha jemati zdravila, ji lahko jajčniki začnejo zopet normalno delovati in proizvajati hormone (NAMS, 2010).

2.1.2 Fiziologija menopavze

Menopavza je zadnja menstruacija v življenju ženske. Jajčnika se začneta starati že v fetalnem obdobju, ko ostane od 7 milijonov foliklov ob porodu samo 700.000 foliklov, nekaj let po menopavzi pa propadejo vsi folikli. Poleg upada števila foliklov jajčniki po 40. letu starosti tvorijo tudi manj zrelih foliklov. Folikli postanejo tudi manj odzivni na gonadotropne hormone. Zato se prvi znaki pešanja funkcije jajčnikov pokažejo z zmanjšano sposobnostjo oploditve, nato pa kot spremembe v dolžini menstruacijskega ciklusa, ki je lahko krajši ali daljši, kar je posledica krajših ali daljših folikularnih faz. Hormonska slika v času nerednih krvavitvev je spreminjajoča in vključuje zmerno zvečane koncentracije FSH (folikel stimulirajoči hormon) in estradiola, ne pa LH (luteinizirajoči hormon) in progesterona. Zvišana koncentracija FSH je posledica zmanjšane koncentracije inhibina, ki je posledica zmanjšanja števila foliklov. Zvišan FSH spodbuja rast foliklov, vendar le-ti redko dosežejo zrelost, zato je vse več ciklusov anovulacijskih. Hkrati hiperstimulirani folikli izločajo vse več estradiola, toda zaradi anovulacij proizvodnja rumenega telesa izostane, kar povzroča znižano koncentracijo progesterona. Zaradi primanjkljaja le-tega sekretorna preobrazba endometrija izostane, ta se začne debeliti in pogosto pride do čezmerne zadebelitve, kar pa vodi v disfunkcijske krvavitve v perimenopavzi (Meden Vrtovec in Franić, 2007; cit. po Kovačič, 2010).

2.2 SPREMEMBE V MENOPAVZI

Posledice oziroma simptome menopavze definirajo in razčlenijo avtorji različno. »Menopavzni sindrom« je v medicinsko terminologijo vpeljal de Gardanne leta 1816, ko je menopavzne težave prvič obravnaval kot sindrom, ki ima skupen vzrok – prenehanje izločanja hormonov v jajčnikih. Kot najpogostejše začetne simptome, ki se pri ženskah lahko pojavijo že okoli 40. leta, medicina izpostavlja neredne in močne menstruacije, navale vročine, zardevanje in potenje, glavobol, nespečnost in depresijo, izgubo spolnega poželenja ter nerazložljive spremembe (bolečine v sklepih in kosteh, ščemenje in pikanje po koži, vrtoglavico in močno utrujenost). Časovno odmaknjene

spremembe, ki žensko prizadenejo okoli 60. leta ali pozneje, pa prizadenejo kožo, lase in nohte, dojke, spolne organe (skrčenje maternice, zmanjšanje jajčnikov in suha, manj raztegljiva nožnica), sečne organe (inkontinenca), osteoporozo in srčno-žilna obolenja. Fiziološke simptome spremljajo tudi duševni: spremenljivost razpoloženja, depresija, neodločnost, občutek nepotrebnosti, izjemno dobra volja, razdražljivost, fobije, jokavost, bojzljivost, zmedenost, vzkipljivost, pomanjkanje notranje energije, zmanjšana sposobnost koncentracije in pešanje spomina (Rousseau, 1998; cit. po Šimaga Saje, 2008).

Pomembna kritika medicinskega modela menopavze zadeva medikalizacijo tega obdobja, ki se kaže v naraščanju števila simptomov, daljšanju menopavznega obdobja, v katerem je ženska izpostavljena medicinskemu nadzoru, in podrejanju žensk vedno večjemu številu medicinskih posegov. Najpogostejši simptomi, ki jih je medicina pripisovala menopavzi – od iznajdbe »klimakteričnega sindroma« v 19. stol. pa vse do 60. let 20. stol. – so vključevali navale vročine, potenje, glavobole, povečanje telesne teže, suhost nožnice, vrtoglavico, razdražljivost in depresivnost. Proti koncu 20. stol. pa se je diapazon simptomov močno razširil in danes so med najpogostejše simptome vključeni še srčno-žilna obolenja, osteoporozna, inkontinenca in pešanje spomina. Obdobje menopavznih sprememb, od začetnih motenj menstrualnega ciklusa in vročinskih valov pri štiridesetih do bolezni srca in osteoporozne pri šestdesetih, žensko tako za dvajset in več let potisne v položaj povečanega medicinskega nadzora (Gannon, 1999; cit. po Meyer, 2003).

Legitimiranje medikalizacije menopavze L. Gannon (1999; cit. po Meyer, 2003) vidi v tem, da znotraj patriarhalne medicinske ideologije ženska kot primarno zdrav individuum ne obstaja. Tako sta za moškega in žensko iste starosti, ki bolejata za istimi boleznimi, predvidena dva povsem različna načina diagnosticiranja in zdravljenja. Primeri osteoporozne, kardiovaskularnih obolenj, sprememb razpoloženj, Alzheimerjeve bolezni itd. so pri moškem bolniku v srednjem obdobju življenja razumljeni kot posledica genske preddispozicije, življenjskega stila in okoljskih vplivov. Skladno s tem razumevanjem vzrokov za nastanek bolezni je bolnik napoten na specialistični pregled in zdravljenje vsake posamezne bolezni, neodvisno od ostalih: kardiolog zdravi le kardiovaskularne težave, psiholog le spremembe razpoloženja, nevrolog le Alzheimerjevo bolezen itd. Nasprotno pri bolnici iste starosti kot primarna vzroka vseh

našteti bolezni navajata hormonsko neravnovesje in menopavzo ter nadomestno hormonsko zdravljenje (NHZ) kot panacejo.

V raziskavi, ki je omenjena v članku avtorice Cunningham (2002), se je pokazalo, da so vodilni simptomi v menopavzi pri ženskah povečanje telesne teže, povečanje obsega trebuha, motnje spanja, ki so posledica nočnega potenja, oblivanja in hoje na stranišče (stresna inkontinenca), motnje v telesni samopodobi.

NEUROVEGETATIVNI SIMPTOMI

Najbolj neprijeten neurovegetativni simptom perimenopavze so vročinski navali. Ti se subjektivno izražajo kot ponavljajoče faze zardevanja, znojenja in občutkov vročine, ki jih spremljajo včasih palpitacije, tesnoba in mrazenje (Meden Vrtovec, 2002).

V raziskavi o pojavnosti perimenopavznih simptomov pri Slovenkah so ugotovili, da je vročinske navale imelo 50 % žensk. Ostali neurovegetativni simptomi, ki so jih najpogosteje navajale, so: nervoza (72 %), zaskrbljenost (64 %), znojenje (63 %), nespečnost (60 %), glavoboli (56 %), zmanjšana želja po spolnosti (50 %), potrtoost (53 %), tiščanje pri srcu (53 %) in palpitacije (51 %) (Pinter idr., 2003).

Če našteje težave trajajo dlje časa, lahko privedejo do stalne utrujenosti, potrtoosti, napadov strahu, motenj razpoloženja, slabše koncentracije in težav s spominom. Če so prisotni še dodatni neugodni dejavniki iz okolja, kot so pomanjkanje podpore in razumevanja v družini in službi, slabo socioekonomsko stanje in predhodne psihične težave, lahko pomanjkanje ženskih spolnih hormonov privede do še večjih psihičnih odstopanj (Meden Vrtovec, 2002).

Konec menstruacije prinaša val dramatičnih hormonskih sprememb, nastanejo lahko telesne in duševne. Vročinski valovi prizadenejo 75 % žensk: koža, predvsem na glavi in vratu, pordni, postane topla in ženska se močno potni. Motnje spanja lahko povzroči nočno potenje. Ženske se počutijo omotično, imajo mravljinice in se zavedajo močnega bitja srca (Gašperšič, 2004; cit. po Dekleva, 2007).

UROGENIKOLOŠKI SIMPTOMI

Posledica menopavze je tudi urogenikološko staranje. Genitalni trakt in urinarni trakt imata skupno embrionalno osnovo. Oba sistema delujeta in se spreminjata pod vplivom estrogena. Pomanjkanje le-tega povzroči metabolične in trofične spremembe

urogenitalnega trakta. Zaradi padca cirkulirajočega estrogena po menopavzi pride do spremembe anatomskih, fizioloških, mikrobioloških in histoloških značilnosti genitalnega trakta (skrajšana in stanjšana vagina, zmanjšana elastičnost, dvig pH in posledično sprememba v bakterijski flori) (Lukanović, 2009; cit. po Kovačič, 2010).

Nekaj let po menopavzi se zaradi teh sprememb pojavijo simptomi atrofičnega vaginitisa. Znaki so suhost nožnice, ki je neposredno povezana z zmanjšano sekrecijo iz nožnice, pekoče ali žgoče bolečine v nožnici, boleči spolni odnosi (disparevnija). Znaki atrofičnega vaginitisa se lahko poslabšajo s sočasno okužbo z različnimi mikrobi. Okužbe v pomenopavznem obdobju so pogoste, saj je raven estrogena nizka, zato je zmanjšana količina laktobacilov, kar zviša pH nožnice. Zmanjšana kislost nožnice omogoči razmnoževanje patogenih mikroorganizmov (Vrabič Dežman, 2009).

Na urinarnem traktu se pomanjkanje estrogena odraža zlasti v spremembah na sečnem mehurju in sečnici, kar skupaj z zmanjšanim tonusom mišic medeničnega dna in s spremenjenim metabolizmom kolagena vodi do nenadzorovanja uhajanja urina (Lukanović, 2009; cit. po Kovačič, 2010).

Najpogostejši mikcijski problem je t. i. uretralni sindrom: pogosto uriniranje (pogosteje kot na 2 uri) čez dan in/ali ponoči in občutek siljenja na uriniranje. Bolnice imajo stalen občutek pritiska na sramnico, tudi ob praznem sečnem mehurju. Ta sindrom se diferencialno diagnostično loči od vnetja spodnjih sečil z bakteriološkim pregledom urina. Pogosto se sekundarno vnetje atrofične vaginalne sluznice razširi na spodnja sečila in povzroči trdovratne ponavljajoče uroinfekte, ki jih ima od 10 do 13 % žensk v pomenopavzi. Druga najpomembnejša mikcijska motnja je urinska inkontinenca, ki je lahko stresna urinska inkontinenca (uhajanje urina med naporom), urgentna urinska inkontinenca (nenadno uhajanje urina) ter mešana urinska inkontinenca (Lukanović, 2008; cit. po Kovačič, 2010).

Avtorica Nena Kopčavar Guček (2005) navaja simptome, o katerih bolnice pri zdravniku splošne medicine najpogosteje poročajo:

- Vročinski oblivi in nočno potenje; so najpogostejše težave v tem obdobju, včasih je z njima povezana tudi palpitacija. Dnevno potenje je bolj stigmatizirajoče in vidno, zato pa nočno potenje povzroča motnje spanja in s tem bistveno vpliva na razpoloženje.

- Motnje spanja; večinoma so povzročene s čezmernim potenjem, lahko pa so tudi samostojne.
- Psihološki simptomi; utrujenost, razdražljivost, izrazito spremenljivo razpoloženje (nestabilna čustvena lega). Treba je razlikovati med depresijo in klimakterično melanholijo. Slednjo lahko uravnovesijo že estrogeni. Sami sicer za zdravljenje depresije pri postmenopavzalnih ženskah ne zadoščajo, zato nekateri strokovnjaki predpisujejo kombinacijo inhibitorjev privzema serotonine in estrogenov, še posebej pri starejših bolnicah. Korelacija simptomov s pomanjkanjem estrogenov ni bila ugotovljena.
- Spremembe pri spolnosti; lahko se pojavi izguba spolnega interesa. Bolečina pri spolnem odnosu se lahko pojavi zaradi stanjšanja vaginalne sluznice.
- Ginekološki simptomi; pri predmenopavzi so krvavitve lahko obilne ali pičle in neredne. Pri postmenopavzi so simptomi večinoma povezani s stanjšanjem vaginalne sluznice in oslabelostjo tkiv medeničnega dna.
- Urogenitalni simptomi; ureteralni sindrom vključuje polakisurijo in dizurijo brez okužbe. Lahko se pojavijo ponavljajoče okužbe sečil. Trigonitis lahko povzroči urgentno inkontinenco.
- Skeletni simptomi; bolečine in občutljivost v sklepih ter bolečine v mišicah. Pri diferencialni diagnozi je treba upoštevati revmatoidni artritis.
- Nespečnost.

Gašperšič (2004; cit. po Dekleva, 2007) navaja ravno tako izgubo nadzora nad mehurjem, vnetje mehurja ali nožnice in bolečine med spolnimi odnosi zaradi suhe nožnice; pojavijo se bolečine v mišicah in sklepih, hitreje napredujejo bolezni srca in ožilja, težave s preveliko telesno težo, težave s prebavo, redčenje las, glavoboli in tudi osteoporoza.

Ker menopavza nima patognomoničnih znakov, pri pregledu pravzaprav izključujemo druge bolezni. Pozornost velja posvetiti naslednjim kliničnim znakom: pri palpaciji povečana ščitnica, znaki hipo- ali hipertiroidizma, zvišana telesna teža, zvišan krvni tlak (Kopčavar Guček, 2005).

Kateri simptomi predstavljajo simptome menopavze, se zelo razlikujejo med populacijami in študijami (Dennerstein, Guthrie in Birkhauser, 2002; cit. po Melby, Lock in Kaufest, 2005).

Avtorja Borko in Žegura (2006) navajata, da imajo spolni hormoni, predvsem estrogeni, pri ženskah pomembno zaščitno delovanje zaradi vpliva na določene dejavnike tveganja za aterosklerozo; po menopavzi, ko zaščitni učinek preneha, se pri ženskah povečajo vrednosti holesterola in maščob v krvi, zniža se zaščitni HDL holesterol, poviša se krvni tlak, razvije se inzulinska rezistenca. Vse to pospeši aterosklerotični proces. Tveganje za razvoj srčno-žilnih in možganskih bolezni se v pomenopavznem obdobju značilno poveča.

2.3 DUŠEVNO ZDRAVJE IN SPOLNOST V MENOPAVZI

Že dolgo je znano, da spolni hormoni vplivajo na čustvovanje in vedenje ljudi. Novejše raziskave razkrivajo biokemične mehanizme, preko katerih se ti vplivi prevajajo v doživljanje in delovanje. Nevropsihološke raziskave, pri katerih gre za ugotavljanje neposrednih učinkov hormonskih sprememb na psihične funkcije, dajejo drugačne rezultate pri ženskah, pri katerih je prišlo do pomanjkanja estrogena zaradi bolezenskih vzrokov, kot pri tistih, pri katerih gre za naravni upad hormonov zaradi menopavze. Raziskave kažejo, da se spremembe v nevrobioloških procesih ne odražajo enako na vseh kognitivnih funkcijah (Mlakar, 2000).

Glede primerov kirurško povzročene menopavze vlada veliko soglasje, da v odvisnosti od pomanjkanja hormonov nastajajo tudi emocionalne in kognitivne motnje, ki se z dodajanjem hormonov ublažijo ali celo odpravijo (Pearce in Hawton, 1996; cit. po Mlakar, 2000).

Neželene spremembe in izgube, ki niso vezane le na najbližje, pripeljejo žensko do porušenega psihofizičnega ravnovesja, ki povzroča depresijo in čez čas lahko tudi raka. Trajnejša občutja nemoči in brezupa vodijo do značilnih nevrovegetativnih odzivov, sčasoma pa tudi do reakcij endokrinega in na koncu še imunološkega sistema v organizmu. To življenjsko obdobje je povezano z doživljanjem izgub na mnogih življenjskih področjih, hkrati pa so zanj značilne tudi oslABLJENE kompenzacijske

zmožnosti (potenciale) prizadete posameznice. Mnogi raziskovalci zatrjujejo, da naj bi se pojavilo pri ženskah v menopavznem obdobju več rakavih obolenj, zato priporočajo celostno obravnavo teh bolnic. Ob medicinski oskrbi jim je potrebno ponuditi tudi psihološko pomoč. Zaradi anksioznosti in depresije, ki utegneta ovirati bolničino sodelovanje med zdravljenjem, moramo biti pozorni na njeno:

- ohranjeno kvaliteto življenja zaradi bolezni oz. zdravljenja (bolečine, odvisnosti, strah, znižana delovna učinkovitost, spremembe v partnerstvu, v družini, socialni umik):
- čustveno odzivanje na bolezen in z njo povezana zmožnost spoprijemanja (ekspresija in ne supresija čustvenih napetosti, obrambni mehanizmi negacije itd.) (Borko in Žegura, 2006).

V obdobju predmenopavze se naši možgani v resnici začnejo spreminjati. Z naraščajočo vročino v našem telesu se tudi možgani vnamejo! Hormonske spremembe, ki so značilne za menopavzo, so iskre, ki zanetijo spremembe v senčnih režnjih možganov, ki so povezani s povečano intuicijo. Kako to vpliva na nas, je v veliki meri odvisno od tega, koliko smo pripravljene v svoje življenje uvesti spremembe, h katerim nas v približno desetih letih predmenopavze nagovarjajo naši hormoni. Obstaja dovolj znanstvenih dokazov o možganskih spremembah, ki se začnejo v predmenopavzi. Razlike v relativni količina estrogena in progesterona vplivajo na senčne režnje in limbični sistem naših možganov in lahko postanemo razdražljive, zaskrbljene in čustveno nestanovitne. Čeprav nas naša kultura in okolje prepričujeta, da so spremembe razpoloženja zgolj posledica ponorelih hormonov in da nimajo zveze z našim življenjem, obstajajo trdni dokazi, da za številnimi hormonskimi spremembami v možganih in telesu stojijo ponavljajoče se epizode stresa (na primer zaradi situacij, povezanih s partnerjem, otroki in službo, ob katerih se jezite ali imate občutek nemoči). To pomeni, da se takrat, ko se vaša življenjska situacija – pa naj bo v službi ali z otroki, možem, starši ali kom drugim – ne spremeni, nerazrešeni čustveni stres lahko zaostri hormonsko neravnotežje v predmenopavzi. V normalnem hormonskem stanju je veliko lažje spregledati tiste vidike življenja, ki v resnici ne delujejo, tako kot jih lažje spregledate v prvi polovici menstrualnega cikla – to je čas, ko ste bolj nagnjeni k optimizmu in občutku sreče in ste sposobni težave pomesti pod preprogo. Vendar pa to ne pomeni, da težav ni (Northrup, 2003).

Ne zanika se, da so občutki tesnobe in depresije resnični in pomembni, vendar pa so ti simptomi ponavadi sekundarni po koncu menstruacije in so lahko povezani s širšimi družinskimi in socialno-kulturnimi dogodki, ponavadi so dolgotrajni, ali pa se z zaskrbljenostjo in stereotipnostjo o menopavznih izkušnjah spoprijemajo s koncem menstruacije (Silva, Mor in Naftolin, 2001; cit. po Melby, Lock in Kaufert, 2005).

Spremenjeno hormonsko stanje po menopavzi lahko vpliva na spolno življenje žensk. Upad spolnih hormonov, predvsem estradiola, povzroči spremembe na spolovilih (atrofični vaginitis), zmanjšanje testosterona pa vpliva na zmanjšan libido (spolno poželenje) žensk (Ziherl, 2008).

V raziskavi o pojavnosti perimenopavznih simptomov, ki je potekala v Sloveniji, je kar 55 % anketirank navedlo zmanjšano željo po spolnosti. Od teh naj bi zmanjšanje spolne želje kot blag simptom navedlo 23 %, kot zmeren 25 % in kot hud 7 % anketirank (Pinter idr., 2003).

V pomenopavznem obdobju naj bi po oceni različnih raziskovalcev kar 70 do 80 % žensk prenehalo s spolnim življenjem. Vendar pa spolno življenje žensk ni odvisno samo od njihovih fizioloških stanj, ampak tudi od psihosocialnih dejavnikov (duševno zdravje, samopodoba, partnerski odnos, ekonomsko stanje ter okolje, v katerem živi) (Ziherl, 2008).

Pri ženskah androgeni nastajajo v nadledvični žlezi, ovarijih ter s periferno konverzijo. Pešanje delovanja jajčnikov nima tako drastičnega vpliva na zmanjšanje koncentracije testosterona kot na estradiol. Kljub temu se po menopavzi zmanjša koncentracija testosterona, ker se zmanjša nastanek perkurzorjev, iz katerih testosteron nastane v perifernih tkivih. Večina cirkulirajočega testosterona, za razliko od ostalih androgenov, je v krvi močno vezanega na globulin za spolne hormone (sex hormone binding globulin – SHBG), zato je le 1 % nevezanega, ki je biološko razpoložljiv. Zato spremembe v koncentraciji SHBG najbolj vplivajo na razporeditev testosterona v krvi (James, 2002; cit. po Kovačič, 2010).

Izsledki raziskav kažejo, da spolno življenje žensk po menopavzi ni preveč burno, število spolnih odnosov se krči. Ali zaradi zmanjšanja ravni hormonov upada tudi spolna sla ali pa imajo nekatere ženske menopavzo zgolj za izgovor za prekinitev odnosov, ki morebiti že prej niso bili zadovoljivi? Spolno življenje je interakcija čustvene in telesne naravnosti para, zato ni enotne formule za oceno kakovosti

spolnega življenja. Pari, ki že v rodnem obdobju niso imeli burnega spolnega življenja, zagotovo ne bodo doživeli posebne renesanse v tretjem življenjskem obdobju. Upadanje spolnih hormonov pri starajočih se moških in popolno pomanjkanje pri ženskah po menopavzi pa sta zagotovo dejavnika, ki vplivata predvsem na pogostost želje po spolnih odnosih. Pri zdravih partnerskih odnosih je v menopavznem obdobju spolno življenje lahko zelo kakovostno, saj izgine strah pred nosečnostjo. Redko so organski vzroki pri ženskah tisti, ki povzročajo izogibanje spolnim odnosom – pogosteje so vzrok zamere partnerjem za premajhno ljubezen, pozornost in spoštovanje v preteklosti (Meden Vrtovec idr., 2005).

Vse naslednje spremembe v spolni aktivnosti so povezane s predmenopavzo. Ko boste prebrali seznam, boste hitro ugotovili, da je skupna tema sprememba sama in ne narava spremembe: povečano poželenje, sprememba spolne usmerjenosti, zmanjšana spolna aktivnost, suha nožnica in zmanjšanje njene prožnosti, bolečina ali pekoč občutek pri spolnem odnosu, zmanjšana občutljivost ščegetavčka, povečana občutljivost ščegetavčka, zmanjšano odzivanje, povečano odzivanje, manjše število orgazmov, šibkejši orgazmi, povečano število orgazmov, spolno prebujenje (Northrup, 2003).

Pomanjkanje estrogena in/ali progesterona lahko zmanjša spolni nagon s tem, da sproži telesne spremembe, zaradi katerih je, preprosto povedano, spolni odnos manj prijeten. Suhe in stanjšane stene nožnice, pa tudi krči mišic nožnice, lahko povzročijo bolečine med spolnim odnosom. Zaradi sprememb pri funkcijah živcev sicer občutljivi deli telesa lahko postanejo neobčutljivi, spremembe v pretoku krvi pa lahko zmanjšajo telesni odziv na draženje, zaradi česar je še težje doseči orgazem (Northrup, 2003).

2.4 HORMONSKO NADOMESTNO ZDRAVLJENJE

Moderna znanost je veliko pripomogla k razumevanju problemov, ki so povezani s pomanjkanjem hormonov po menopavzi. Pristop k obravnavi menopavze je danes multidisciplinaren, saj se z njo ukvarjajo ginekologi, endokrinologi, internisti, družinski zdravniki, ortopedi, psihiatri, biokemiki in tudi sociologi (Žegura, 2005).

Osnovna ideja in načelo HNZ je individualen pristop k vsaki posameznici. Trajanje, način uporabe in izbira hormona se prilagajajo vsaki posameznici. Odmerek estrogena

se prilagaja tako, da se začne z najmanjšim še učinkovitim, ki se mu po potrebi doda progestagen, odvisno od prisotnosti maternice. Kako dolgo je potrebna uporaba HNZ, ki je namenjeno lajšanju menopavznih simptomov, se ugotovi tako, da se začasno prekine zdravljenje. O tem je treba razmisliti po dveh ali treh letih. Če se simptomi ne ponovijo, HNZ ni potrebno znova uvesti (Franić, 2008).

Ne smete pozabiti, da pri nadomeščanju hormonov ne gre le za estrogen. Zajeti so tudi drugi hormoni, ki jih tvorijo jajčniki: progesteron in androgeni, kot je testosteron. Nekaterе ženske so povsem zadovoljne brez nadomestnih hormonov, druge potrebujejo le progesteron, tretje pa vse tri (Northrup, 2003).

Simptomi pomanjkanja estrogena so vročinski valovi, nočno potenje, suha nožnica, spremembe razpoloženja, raztresenost, glavoboli, migrene, vnetje nožnice in mehurja, inkontinenca, ponavljajoča se vnetja sečnega trakta, tanjšanje sten nožnice, zmanjšana želja po spolnosti.

Simptomi prevelike količine estrogena so obojestranski razbijajoč glavobol, ponavljajoča se vaginalna kvasna vnetja, napete in boleče dojke, depresija, slabost, bruhanje, otekanje, krči v nogah, rumenkasta koža, hudo vaginalno krvavenje. Simptomi pomanjkanja progesterona so predmenstruacijska migrena, PMS podobni simptomi, neredne ali zelo močne menstruacije, vznemirjenost in živčnost. Simptomi prevelike količine progesterona so zaspanost, dremavost, depresija (Northrup, 2003).

Na podlagi smernih menopavznih združenj IMS in NAMS so indikacije za HNZ naslednje:

- nevrovegetativni menopavzni simptomi (navali vročine, nočno znojenje; nespečnost, palpitanje, slabosti, razdražljivost, nervoza in depresija);
- urogenitalni sindrom (atrofične spremembe urogenitalnega trakta in njihove posledice, kot so suha nožnica, disparevnija, urgentna inkontinenca);
- preventiva in zdravljenje pomenopavzne osteoporoze;
- prezgodnja menopavza (IMS, 2007).

Kontraindikacije za HNZ so:

- rak na dojki;
- od estrogena odvisni rakasti tumorji;
- akutna vaginalna krvavitev;

- predhodni idiopatski ali venski tromboembolizem;
- aktivna ali prehodna arterijska tromboembolijska bolezen;
- neurejena arterijska hipertenzija;
- aktivno obolenje jeter (IMS, 2007).

Hormonsko nadomestno zdravljenje izboljša kvaliteto življenja žensk, boljše je spolno življenje, podaljša se njihova delovna sposobnost, izboljša se splošno počutje, staranje se upočasni, umrljivost žensk med petinšestdesetim in petinsedemdesetim letom starosti pa se zmanjša za 20 do 30 %. Navodila Evropske zveze za menopavzo in andropavzo iz leta 2005 določajo, da je pred uvedbo hormonskega nadomestnega zdravljenja potrebno:

- poznati družinsko in osebno anamnezo ženske in morebitne dejavnike tveganja za srčno-žilne bolezni, osteoporozo in maligne bolezni,
- izmeriti telesno višino, težo in krvni tlak ter izračunati indeks telesne mase,
- opraviti ginekološki pregled, ginekološko ultrazvočno preiskavo, pregled dojk in mamografijo (Borko in Žegura, 2006).

Splošno zdravljenje vključuje tudi telesno aktivnost, preprečevanje padcev, ustrezno prehrano, ki vsebuje beljakovine in kalcij, psihično urejeno življenje, opustitev kajenja in zadosten počitek (Borko in Žegura, 2006).

Začetki HNZ segajo v konec 19. stoletja. Leta 1896 je Mond v medicinski reviji Muncher Medicinische Wochenschrift objavil podatke o novi terapevtski metodi, ki je vključevala suhe snovi iz kravjih jajčnikov. Leta 1926 sta Zonder in Laquer naredila prve komercialne pripravke estrogena, ki sta jih Giest in Spielman leta 1932 prvič predlagala za preventivo menopavznih simptomov, Albriht in Reifenstein pa leta 1948 za preventivo osteoporoze. Za popularizacijo HNZ ima velike zasluge R. Wilson, ki je leta 1966 v ZDA objavil knjigo *Feminine Forever* (Neminljiva ženskost, 1971). V svojem delu trdi, da zmanjšano delovanje jajčnikov ne povzroča samo menopavznih težav, temveč sproži tudi vrsto degenerativnih procesov, ki jih je mogoče preprečiti z dodajanjem estrogena, zato naj bi ženska po menopavzi, pa vse do konca življenja, jemala estrogenske pripravke. Takratna zdravljenja niso upoštevala odmerka in spregledali so celo to, da tkivo jajčnikov proizvaja tri različne steroide, ki bi jih prav tako morali nadomestiti, zato so pri ženskah, ki so uporabljale estrogensko terapijo dlje časa, zasledili povečan rizik endometrijskega karcinoma (Franić in Furst, 2003).

Konec 20. stoletja in v začetku tega stoletja pa so potekale obsežne epidemiološke študije, najbolj odmevni med njima sta angleška MWS (Million Women Study) in ameriška WHI (Women's Health Initiative Study), ki so osvetlile dodatne nevarnosti jemanja HNZ ter zaostrole debato o koristnosti, škodljivosti in političnih implikacijah HNZ (Notelovtz, 2003; Speroff, 2003; Worchester, 2004; cit. po Šimaga Saje, 2008).

Obsežna MWS-študija, ki je potekala v Veliki Britaniji v obdobju 1996–2001 na vzorcu 1.084.110 žensk v menopavzi, je dokazala povezanost jemanja HNZ s povečanim tveganjem za nastanek raka na dojki. Ameriška raziskava, poimenovana Woman's Health Initiative Study WHI, je rezultat MWS študije potrdila in hkrati odkrila še dodatna tveganja. Študija je potekala v obdobju 1997–2005, vključila je več kot 16.000 zdravih menopavznih ameriških žensk, starih od 50 do 79 let in obe obliki HNZ – estrogensko in kombinirano. Leta 2002 so izvajanje raziskave, ki se je nanašala na kombinirano HNZ predčasno zaključili, ker so zbrani rezultati že pokazali, da se je nevarnost raka na dojki povišala za 26 %, srčnega infarkta za 41 %, venske in pljučne tromboze pa za 200 % v primerjavi z začetnim obdobjem raziskave (Worchester, 2004). WHI je leta 2003 objavila poročilo, v katerem navaja, da kombinirano HNZ, daljše od štirih let, povečuje nevarnost obolenja za rakom na dojki in srčno-žilnih obolenj, medtem ko jemanje kombiniranega HNZ v obdobju, krajšem od štirih let, tveganja ne povečuje. Na podlagi rezultatov so pripravili tudi nove smernice za predpisovanje HNZ: 1.) HNZ se ne sme predpisovati ženskam zaradi sekundarne preventivne bolezni srca in ožilja, a tudi za primarno preventivo obstajajo primernejše metode, kot je HNZ (telesna dejavnost, opustitev kajenja, znižanje prekomerne telesne teže, ureditev krvnega tlaka in po potrebi uvajanje nehormonskih zdravil). 2.) HNZ se lahko predpisuje za preprečevanje ali zdravljenje osteoporoze, vendar ne za več kot pet let. Po tem obdobju je potrebno HNZ zamenjati z alternativnim zdravilom za preventivo/zdravljenje osteoporoze. 3.) Edina prava indikacija za HNZ ostaja zdravljenje nevrovegetativnih menopavznih težav, vendar morata biti vrsta in odmerek zdravila določena individualno, glede na natančno anamnezo, laboratorijske in mamografske izvide (Neves e Castro in drugi, 2002; cit. po Franič in Furst, 2003).

Primerjalna študija 70 menopavznih žensk s Filipinov in 70 žensk z Avstralije je pokazala, da več kot 75% anketirank nima opaznejših menopavznih simptomov. Anketiranke so poročale o pozitivnih in negativnih spremembah v tem obdobju

življenja. Med pozitivnimi so navedle bolj zadovoljivo spolnost, boljše razpoloženje, večjo vitalnost in več prostega časa, večji občutek svobode in zadovoljstva, olajšanje zaradi končanega rodnega obdobja in z njim povezanim strahom pred zanositvijo in menstrualnimi težavami. Negativne spremembe so vključevale zmanjšan libido, palpitacije, pridobivanje telesne teže, glavobole, potenja in vročinske oblike, depresije in strah pred staranjem, iritabilnost in občutek izgube družbenega statusa. Medtem ko so telesni simptomi med obema skupinama identični, pa je raziskava pokazala precejšnje razhajanje v psihičnih in emocionalnih stanjih. Skoraj četrtina Avstralk je poročala o strahu pred staranjem, iritabilnostjo, depresijo, osamljenostjo, spremembah razpoloženja, izgubi samozaupanja in samospoštovanja. Filipinske anketiranke so nasprotno poročale o iritabilnosti kot edinem znaku psiholoških sprememb, medtem ko so sam proces staranja vrednotile veliko bolj pozitivno kot Avstralke (Berger in Wenzel, 2001, cit. po Šimaga Saje, 2008).

Definiranje menopavznega statusa žensk je težka naloga za raziskovalce in je v veliki meri odvisna od vira in popolnosti podatkov (Boer, Tonkelaar, Velde, Burger in Leeuwen, 2003).

2.5 CALISTA ROY IN ADAPTACIJSKI MODEL

Model temelji na prilagajanju na fizični, psihični in socialni ravni ter v okviru odvisnosti oziroma neodvisnosti. Posamezniki se morajo zaradi stalnega vpliva notranjega in zunanjega okolja prilagajati naslednjim zahtevam:

- zadovoljevanje osnovnih fizioloških zahtev,
- razvijanje samopodobe,
- izvajanje družbenih vlog,
- doseganje ravnovesja med odvisnostjo in samostojnostjo (Fawcett, 1995).

Fiziološki sistem – Calista Roy opredeljuje pet primarnih potreb: zrak, hrano, izločanje, gibanje in počitek. Sistem samopodobe – samopodoba je »sestavljena iz prepričanj in čustev, ki jih ima človek o sebi ob določenem času«. Sestoji predvsem iz doživljanja reakcij drugih ljudi, ki usmerja človekovo vedenje. Raven samospoštovanja določa človekovo samopodobo. Sistem obvladovanja vlog – človek mora vedeti, kaj pomeni v

odnosu do drugih, da lahko izpolni svojo vlogo. Vsi ljudje imajo v družbi vloge, ki zahtevajo določeno vedenje. Sistem medsebojne odvisnosti – odvisnost pomeni »tesen odnos med ljudmi, ki vključuje pripravljenost in sposobnost ljubiti, spoštovati in ceniti drugega ter sprejemati in se odzivati na ljubezen, spoštovanje in vrednotenje drugih« (Pajnkihar, 1999; cit. po Hitejc, 2001).

Izvirnost v modelu predstavlja ideja o odzivih sistema prilagajanja (človeka) na stalno spreminjajoče se okolje. Osrednji koncept v modelu je prilagajanje. Problemi nastopijo, kadar se človekov prilagoditveni sistem ni zmožen odzvati na stimulanse iz okolja, posledica tega pa je spremenjeno vedenje posameznika. Iz modela C. Roy izvira šest teorij – teorija o posamezniku kot prilagoditvenemu sistemu ter teorije o fizičnem načinu prilagajanja, o načinu spreminjanja samopodobe, o načinu prilagajanja na spremenjeno izvajanje vlog, o prilagajanju na medsebojno odvisnost in negovalni model o kognitivni predelavi (Fawcett, 1995).

Za psihološki in fiziološki sistem obstajajo pogoji za relativno ravnovesje. Avtorica nakazuje optimalne pogoje za njihovo doseganje. Obstajajo različne ravni ravnovesja, ne obstaja pa absolutno ravnovesje. Ljudje smo naravnani k vzdrževanju fiziološkega in psihološkega sistema v okoliščinah, ki so za vsakega posameznika drugačne. Posameznikovo raven adaptacije zaznamuje stopnja prilagodljivosti, znotraj katere lahko posameznik ustrezno uporablja nove izkušnje. Prilagoditvena raven je stalno spreminjajoča se točka, ki predstavlja sposobnost določene osebe, da obvladuje spreminjajoče se okolje na pozitiven način (Pajnkihar, 1999).

Posameznikov odziv na nenehno spreminjajoče se okolje je odvisen od njegovega spoprijemanja s procesi (Roy in Andrews, 1999).

Calista Roy opredeljuje tri zvrsti notranjih in zunanjih stimulansov, ki vplivajo na posameznikovo sposobnost prilagoditve:

- Fokalni stimulusi so tisti, ki so takoj in neposredno prisotni. Posameznik se takoj sooči z njimi in so najbolj odločilni v začetni fazi posameznikovega vedenja.
- Kontekstualni stimulusi so tisti, ki dogodek spremljajo in se pojavijo zaradi fokalnih stimulansov. Njihova prisotnost poveča učinek fokalnih stimulansov. To so vse dodatne vzpodbude, ki podpirajo vedenje in vplivajo na nadaljnji razvoj okoliščin.

- Rezidualni stimulusi so posledica preteklega učenja: stališča, vrednostni sistem in verovanja, ki vplivajo na odziv na določene okoliščine. To so splošni, nejasni dejavniki, ki lahko človeka prizadenejo, vendar njihovih vplivov ni mogoče takoj ugotoviti ali oceniti. Prepoznani rezidualni stimulansi postanejo fokalni ali kontekstualni (Pajnkihar, 1999; cit. po Hitejc, 2001).

Najpomembnejše zasnove prilagoditvenega modela Caliste Roy so: oseba, okolje, zdravje in zdravstvena nega (Hitejc, 2001).

2.5.1 Prilagoditev obdobju

Zelo pomembne telesne in psihološke spremembe doživljajo ženske tudi v menopavzalnem obdobju. Gre za obdobje, ki je zaradi hormonskih sprememb povezano s številnimi psihološkimi tegobami. Presnovne spremembe se kažejo v zvišani telesni teži in telesnem videzu, delovni učinkovitosti, motnjah koncentracije, vztrajnosti, motenem spanju, bolečinskih stanjih in še kje. Spremenjeno telesno samopodobo dopolnjujejo tudi spremembe v družini. Otroci se osamosvajajo in mnoge ženske, predvsem t. i. vseprisotne matere, to težko sprejemajo. Težave se pojavijo tudi v odnosu s partnerjem. Večkrat ne zmoreta premostiti nastalih sprememb, zato prihaja do razlik, konfliktov in odtujitve, to pa se zrcali tudi v njunem spolnem življenju, ki je manj živahno tudi zaradi upada spolnega poželenja in aktivnosti ženske v tem obdobju. Zakonska zveza je pred veliko preizkušnjo, pogosto pa celo razpade. Temu se pridružijo še bolezni in smrti v družini, pa morebitna razočaranja nad otroki, morda tudi izguba nekaterih lastnih iluzij, zato to življenjsko obdobje označujemo kot sindrom praznega gnezda (Rakovec Felser, 2006).

Socialno-kulturni dejavniki obsegajo pridobljeni ali privzgojeni način sprejemanja procesa staranja, ki so pri različnih ženskah različni. Način, kako ženska sprejema klimakterij in menopavzo, je odvisen od preteklega življenja. Ne le hormonalni dejavniki, tudi dejavniki vzgoje, načina življenja, izobrazbe, vere, uspešnosti pri delu in v življenju so pomembni oblikovalci odnosa posameznice do prenehanja reproduktivnega obdobja. Večji in številčnejši kot so problemi, bolj intenzivno se razvijejo klimakterične psihične motnje. Menopavza je nekakšno slovo od mladosti,

zato čustveno prizadene predvsem tiste ženske, ki svojih ciljev niso dosegle, pa naj si bodo to otroci, zakonski partner, uspešnost pri delu, odnosi z okoljem (Meden Vrtovec idr., 2005).

V menopavzi postaneta potreba in želja, da bi imele več oblasti nad svojim življenjem, zelo goreči. Nenadoma se zalotimo, da dvomimo o pomenu in vrednosti številnih odnosov, ki se jih prej nismo upale preveč natančno ogledati. Čeprav vse želimo ohraniti odnose, ki nas na najgloblji ravni podpirajo, pogosto ugotovimo, da moramo stare načine čutenja ali vedenja do oseb, ki so nam najbližje – pa naj gre za starše, otroke, zakonca, prijatelje ali šefe – na novo prilagoditi. In vsakič, ko spreminjamo svoje življenje, moramo žalovati za tistim, kar je izgubljeno. Pogum za to, da v zrelih letih sprejmemo potrebne spremembe in da občutimo izgubo, ki je z njimi povezana, je bistveni del ustvarjanja trdnih temeljev zdravja v drugi polovici našega življenja. Ko ženska prehaja v drugo polovico svojega življenja, se znajde v boju ne le z lastnim odporom do sporov in nasprotij, pač pa tudi s pogledom družbe na to, kakšne »naj bi bile« ženske. Notranja modrost telesa dobi svojo zadnjo in najboljšo priložnost, da podre družbeno postavljene ovire in osvetli tiste vidike življenja ženske, ki se jih je treba lotiti. Da bi torej razrešila situacijo, je naloga vsake posamezne ženske, da sklene kompromis z modrostjo svojega telesa. Osnovna obramba pred neprijetnimi spomini in čustvi je izogibanje. To pribežališče se pogosto dobro obnese do prihoda v obdobje predmenopavze, ko se hormonska sprememba gledišča in spremljajoče spremembe v možganski aktivnosti zarotijo in priključijo na svetlo pokopane travme in nerazrešena vprašanja, ki jih izrazijo s telesnimi simptomi, ki jih ni mogoče spregledati. Ne glede na vzrok za dolgotrajne rane, zaradi katerih ženska trpi, lahko na predmenopavzo gledamo kot na vgrajen podporni sistem, ki žensko pripravi za globoko celjenje. Čeprav se sprva morda ne zdi tako, gre za dar. Poleg tega da menopavza žensko oskrbi z jasnostjo in pogumom, da se sooči s preteklo zlorabo ali bolečino, ji lahko pomaga, da stopi korak nazaj, prizna potrebo po spremembi in naredi, kar je treba, da se oddvoji od dolgotrajnih pogubnih življenjskih vzorcev. S pomočjo sprememb v možganih, energije in osredotočenja, ki jih prinese menopavza, je mogoče spremeniti tudi najbolj globoko ukoreninjene vzorce (Northrup, 2003).

Ob vseh telesnih spremembah, ki se dogajajo v življenju ženske, je pomembno, da ohranite pozitivno naravnost in da spremembe sprejemate (Samide, 2009).

Najpomembnejša razlika med konceptualizacijo menopavze v poznomoderni zahodni družbi in v drugih družbah je, da menopavza v slednjih označuje statusni prehod. V obdobju menopavze ženska zaključi rodno obdobje, kar ji v nekaterih neindustrijskih družbah omogoči več svobode, saj je osvobodjena tabujev in ritualov, povezanih z menstruacijo in nosečnostmi (Spitzer, 2003; cit. po Šimaga Saje 2008).

S stališča posameznice pa je doživljanje menopavze izrazito povezano z odnosom družbe, kateri pripada, do starosti. Družba, v katerih starost nima negativnega predznaka in starostniki ohranijo družbeni status, tudi menopavza, ki pri večini žensk sovpade z obdobjem, v katerem se pojavijo vidni telesni znaki staranja (obrazne gube, sivi lasje), nima negativne konotacije označevalke staranja (Berger in Wenzel, 2001, cit. po Šimaga Saje 2008).

V raziskavi članka avtorice Cunningham (2002), ženske v obdobju menopavze menijo, da se počutijo cenjeno in priljubljeno v družini, da jim družina, partner in otroci pomenijo vse. Vendar pa ravno družina ne razume dogajanja v menopavzi, se ne spopadajo s fizičnimi in biološkimi spremembami. Starejše jamajške ženske v menopavzi so pokazale, da ne želijo razpravljati o težavah z zdravjem, ki ga imajo v menopavzi, so zelo zasebne in previdne ter o tem ne želijo govoriti niti s svojo družino ali bližnjimi prijatelji.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEMI IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave v diplomskem delu je ugotoviti, katere simptome imajo ženske v menopavznem obdobju in kako doživljajo, se soočajo z novim obdobjem, v katerem so sedaj. V raziskavi smo med seboj primerjali mnenja žensk, kako so se soočile z menopavzo, z zdravljenjem in težavami, ki jih simptomi povzročijo.

Cilji:

- ugotoviti, kateri simptomi so vodilni v težavah v menopavznem obdobju pri ženskah;
- spoznati, kakšen imajo odnos do spolnosti ženske v menopavzi;
- spoznati razumevanje uživanja nadomestne hormonske terapije v menopavzi;
- spoznati soočanje s spremembami na telesni samopodobi v obdobju menopavze.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Iz zgoraj navedenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja.

Raziskovalno vprašanje 1:

Kateri simptomi so pri ženskah v menopavzi najbolj prepoznavni?

Raziskovalno vprašanje 2:

Kako ženske opisujejo spolno življenje v obdobju menopavze?

Raziskovalno vprašanje 3:

Kakšen je odnos in razumevanje žensk do jemanja hormonske nadomestne terapije?

Raziskovalno vprašanje 4:

Kako ženske skrbijo za svoje telo in samopodobo?

Raziskovalno vprašanje 5:

Kako ženske sprejemajo menopavzo in se prilagajajo menopavznemu obdobju?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V diplomskem delu je raziskava temeljila na deskriptivni (opisni) metodi raziskovanja, ki pojasnjuje problem iz vidikov, kot so izkušnje, mnenje in doživljanje posameznika. Za namen raziskave je bila uporabljena kvalitativna metoda dela.

Kvalitativno raziskovanje se osredotoča na probleme manjšega obsega, teži k celostnemu in poglobljenemu zajetju pojavov, v čim bolj naravnih razmerah ter v kontekstu časa, kraja in sploh v kontekstu konkretnih okoliščin v vsakokratni raziskovalni situaciji (Sagadin, 2001).

Za namen diplomskega dela je bila pregledana ter analizirana tuja in slovenska literatura, ki je bila dostopna v strokovnih in splošnih knjižnicah. Uporabili smo tudi tuje podatkovne baze Cobiss, Cinahl, Pub Med, EBSCOhost, Eric, Springer in Medline. Literaturo smo iskali tudi s pomočjo svetovnega spleta, na iskalnikih, kot so Google, Yahoo, Altavista, in pri tem natančno upoštevali kriterij verodostojnosti vira in avtorja. Ključne besede, ki smo jih uporabili pri zbiranju podatkov iz literature, so naslednje: menopavza, mena, klimakterij, hormonsko zdravljenje, simptomi, krvavitve, hormoni, doživljanje, Calista Roy, adaptacijski model, menopause, menopause and women, hormone replacement therapy, gynaecology and menopause, life activities in menopausal period, experience, symptoms, Roy adaptation model.

3.3.2 Opis instrumentarija

V diplomskem delu smo za instrument zbiranja podatkov uporabili polstrukturiran intervju z ženskami v menopavznem obdobju, s katerimi smo izvedli raziskavo in to analizirali s kvalitativno metodo dela.

Intervjuji so vsebovali vprašanja odprtega tipa v dveh sklopih. Vprašanja, ki so bila v prvem sklopu intervjujev, so zajemala demografske podatke:

- Koliko ste stari?

- Kakšen je vaš status razmerja (poročeni, ločeni, vdova, v razmerju)?
- Katero stopnjo izobrazbe imate?
- Koliko imate otrok, morebiti vnukov?
- Koliko ste bili stari ob prvi menstruaciji?
- Koliko ste bili stari ob zadnji menstruaciji?

V drugem sklopu so bila vprašanja, ki so se nanašala na samo menopavzo, simptome, doživljanje oziroma spoprijemanje z novim obdobjem, in sicer:

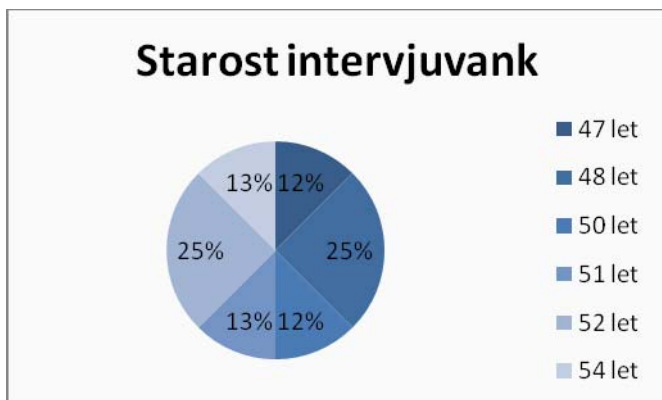
- Opišite mi, kako je potekala prekinitev periodičnih krvavitev v menopavznem obdobju?
- Kakšne simptome menopavze ste pri sebi opazili in kako ste se soočili z njimi?
- Kdaj ste odšli in seznanili zdravnika ginekologa s svojimi težavami?
- Kako je potekal obisk v ginekološki ambulanti?
- Ali ste se odločili za jemanje nadomestne hormonske terapije?
- Kako je na vašo spolnost vplivala menopavza?
- Kako sami skrbite zase, da se kar najbolje počutite v menopavznem obdobju?
- Kako ste sprejeli prehod v to obdobje?

Pri vprašanjih smo opazovali mimiko žensk, njihove reakcije na vprašanja, ob odgovorih smo vse skupaj povzeli in preverili, ali smo dane odgovore pravilno razumeli.

3.3.3 Opis vzorca

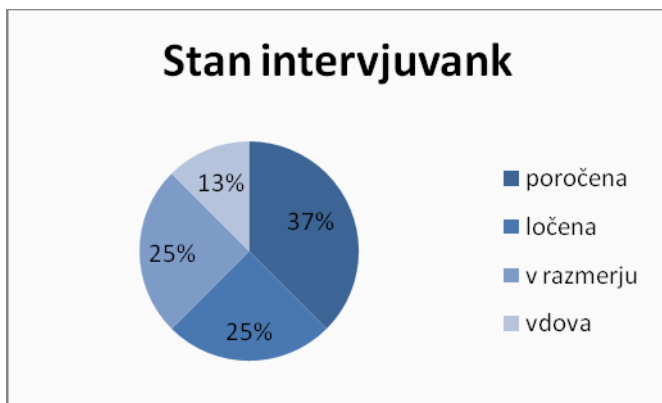
V diplomskem delu smo uporabili nenaključni namenski vzorec. Intervjuvali smo ženske, ki so bile izbrane načrtno na podlagi kriterijev, in sicer, štiri od osmih žensk so jemale oziroma jemljejo nadomestno hormonsko terapijo, medtem ko ostale štiri terapije ne jemljejo in se same soočajo s simptomi menopavze. Vse intervjuvanke prihajajo iz občine Tržič in so v obdobju klimakterija, natančneje so v obdobju menopavze in v pomenopavznem obdobju. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter jim razložili, da sodelujejo prostovoljno in da bodo njihovi podatki anonimni. Intervjuje smo opravili meseca oktobra leta 2011.

V prvem sklopu vprašanj smo zastavili vprašanja, kot so starost intervjuvank, stan in stopnja izobrazbe žensk v raziskavi. Za boljšo predstavitev smo uporabili naslednje grafikone.



Slika 1: Starost intervjuvank

Slika 1 prikazuje starost intervjuvank v menopavznem obdobju. Iz grafa je razvidno, da je najmlajša intervjuvanka stara 47 let, najstarejša pa 54 let. Povprečna starost intervjuvank je 50 let.



Slika 2: Stan intervjuvank

Slika 2 prikazuje stan intervjuvank, kjer je bil izbor za kriterij slednji: poročena, ločena oziroma samska, v razmerju in vdova. Največ je bilo poročenih, in sicer so bile poročene tri ženske. Razmerje ločenih in v razmerju je bilo enako, v vsakem stanu po dve ženski. Med ženskami je bila ena vdova.



Slika 3: Stopnja izobrazbe intervjuvank

Slika 3 prikazuje stopnjo izobrazbe intervjuvank, kjer je bila najnižja 4. stopnja ter najvišja 8. stopnja. Največ žensk (49 %) ima 5. stopnjo izobrazbe.

Ostalih podatkov nismo oblikovali v grafikone in smo jih zapisali v pisani obliki. Vse ženske, ki smo jih intervjuvali, imajo otroke in sicer v povprečju 2,12 otroka na žensko. Od osmih žensk imajo štiri že vnuke. Najmanjša starost ob prvi menstruaciji je bila 12 let in največja 14 let. Starost popolne prekinitve menstruacije je od 47 let do 50. Štiri od osmih žensk menstruacijo še vedno imajo, vendar z izostanki.

3.3.4 Opis postopka zbiranja in obdelave podatkov

Intervjuje smo izvedli v mesecu oktobru 2011 in sicer med 5. in 28. oktobrom. Povabili smo jih ustno preko telefona in jim razložili namen in potek intervjuja ter vodilna vprašanja. Z intervjuvankam smo se dan pred intervjujem domenili za uro pogovora. Vsi intervjuji so potekali na njihovem domu. Upoštevali smo načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter jim zagotovili zasebnost in anonimnost. Vsak intervju je vseboval enaka vprašanja. Intervjuje smo sproti beležili in jih kasneje prepisali. S prepisom so bile intervjuvanke seznanjene in so se z njim strinjale. Pred samim začetkom intervjuja so ženske ustno privolile v raziskavo in objavo njihovih izjav v diplomskem delu, vendar kot anonimno, saj niso želele biti imenovane. Intervjuje je izvajala avtorica diplomskega dela.

Analiza gradiva z uporabo metode utemeljene teorije je postopek, pri katerem s kategoriziranjem in klasificiranjem enot gradiva oblikujemo pojme (kode), ki jih med

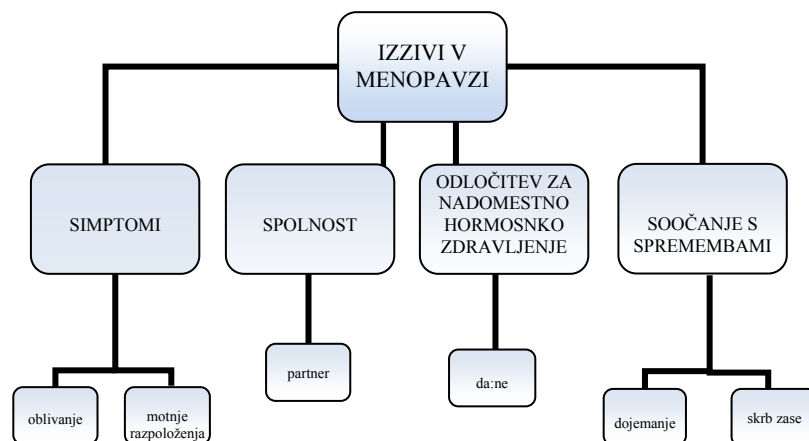
seboj povežemo v sodbe (izjave, propozicije) in nato oblikujemo teoretične modele in pojasnitve (Harit in Pajnkihar, 2010). Kodiranje je osrednji proces v oblikovanju utemeljene teorije in pomeni proces izločevanja pomena oziroma bistva iz posamezne enote kodiranja in poimenovanje tega bistva s kratkim imenom, to je kodo (Hesse-Biber in Leavy, 2004, cit. po Vogrinc 2008). Kodiranje je glavna povezava med postopkom zbiranja podatkov in oblikovanjem teorije, ki naj bi razložila zbrane podatke. V procesu kodiranja začne raziskovalec razmišljati o podatkih in v njih iskati globlji pomen (Charmaz, 2006; cit. po Vogrinc, 2008). Odprto kodiranje poteka v slogu »deževanja idej« (brainstorming). V tej fazi kvalitativne analize je pomembno, da zapišemo vse kode, na katere pomislimo ob določenem besedilu. Rezultat odprtega kodiranja je seznam (»kodirni zapis« ali »kodirni protokol«) velikega števila neurejenih in nepovezanih kod, ki so na raznih stopnjah abstraktnosti, od povsem deskriptivnih do zelo abstraktnih kod (Mesec, 1998; cit. po Vogrinc 2008). V nadaljevanju kvalitativne analize podatkov primerjamo kode med seboj. Sorodne kode oziroma kode, ki se nanašajo na podobne pojave, združimo v kategorije, ki jih poimenujemo. Kategorijo oblikujemo torej tako, da abstrahiramo skupno značilnost več različnih opisov in da opredelimo povezave med posameznimi kodami (Flick, 1998; cit. po Vogrinc, 2008). Kategorije so na višji ravni in abstraktnejše kot kode, so »vogelni kamni« nastajajoče teorije oziroma sredstvo, s katerim lahko teorijo povežemo (Mesec, 1998; cit. po Vogrinc, 2008).

Glede na vsebino intervjujev in podanih odgovorov smo določili kode, katere smo si zapisali ob intervjujih. Kode, ki so bile med seboj podobne, smo združili v podkategorije, ki so jih zaznamovale. Glavna kategorija, ki smo jo določili na koncu, predstavlja vodilo intervjujev in povezavo med vsemi podkategorijami in kodami.

3.4 REZULTATI

Glede na analizo besedila, ki smo ga pridobili z raziskavo oziroma intervjuji žensk v menopavznem obdobju, smo prepoznali kode, jih sproti beležili. Iz njih smo oblikovali podkategorije in določili glavno kategorijo. Dobili smo pregled menopavze in prilagoditev žensk novemu obdobju.

V nadaljevanju bomo navedli pomembne citate intervjuvank iz posameznih podkategorij, ki jih bomo dopolnili z našimi ugotovitvami. Intervjuvanke smo v nadaljevanju označili s kratico MŽ (menopavzna ženska) od številke 1 do 8.



Slika 4: Prikaz glavne kategorije s štiri podkategorijami in kodami

Slika 4 prikazuje glavno kategorijo, podkategorije in kode, ki smo jih iz besedila izpeljali.

Slika prikazuje glavno kategorijo, izzivi v menopavzi, v kateri so simptomi, spolnost, soočanje s spremembami in odločitev za hormonsko nadomestno zdravljenje glavni faktorji in pod njimi navedeni pojmi oziroma kode, ki jih zaznamujejo. V nadaljevanju smo podrobneje opisali vsako podkategorijo, v katere smo vključili citate iz intervjujev žensk, ki so sodelovale pri raziskavi.

3.4.1 Prva podkategorija – simptomi

Glede na pogovore pri intervjujih z ženskami v menopavznem obdobju smo v podkategoriji »Simptomi« določili dve vodilni kodi, in sicer sta to oblivanje in motnje razpoloženja. V nadaljevanju navajamo citate žensk in naše ugotovitve ob izjavah.

Oblivanje in motnjo razpoloženja je večina žensk omenila, nekatere pa so v začetni fazi menopavze in simptomov praktično skorajda nimajo.

MŽ 7: »Dolj mi teče, teče, pa teče. Vsak dan isto, se stuširam, grem v službo in ko pridem v službo, bi šla lahko spet pod tuš. Noro.«

MŽ 2: »Mislim, da se je začelo z oblivanjem, sredi trgovine sem se morala usesti, saj se mi je vrtelo in v glavi sem čutila neznansko vročino.«

MŽ 3: »Razen tega, da sem opazno sitna in nisem tiho, če me kaj moti, se še posebej razburim, se mi zdi, da drugih »znakov« nimam še. Mogoče me še čakajo?«

Nekatere ženske so omenile tudi izostanek menstruacije, težave v ginekološkem sistemu, težave s kožo in kako so si ob tem pomagale.

MŽ 4: »Oblivalo me je, slabo mi je bilo, spala sem zanič, dokler nisem dobila uspaval, s katerimi sem zaspala.«

MŽ 6: »Začelo se je najprej z izostankom menstruacije, nato pa sem opazila bolj suho nožnico, potenje ter nekako nihanje čustev, bi rekla.«

MŽ 2: »Postopoma mi je šla teža gor, zredila sem se za več kot 20 kg in apetit imam vsak dan boljši. Postala sem bolj razdražljiva, motijo me malenkostne reči, vreme, partner.«

MŽ 5: »Moja edina simptoma sta dva, ta, da nisem dobila menstruacije in da se ponoči zelo potim.«

MŽ 8: »Opazila sem zamujanje menstruacije, nohti so bolj krhki, kožo imam izredno mastno, oblive imam občasno, da pa imam nizko raven kalcija, je pa ugotovila splošna zdravnica, ko mi je dala pregledat kri.«

Glede na citate smo ugotovili, da imajo ženske simptome, ki zaznamujejo obdobje menopavze. Večina jih sicer omenja oblive in motnje razpoloženja, vendar so prisotni tudi drugi simptomi, ki vplivajo tako na njihovo telo, delo in družbo. MŽ 7 je poudarila, da ima težave tudi v službi, saj ne opravlja svojega dela tako kakovostno in hitro kot ostale njene sodelavke.

3.4.2 Druga podkategorija – spolnost

Glede na pogovore pri intervjujih z ženskami v menopavznem obdobju smo v podkategoriji »Spolnost« določili 1 kodo, in sicer je ta partner. V nadaljevanju navajamo citate žensk in naše ugotovitve ob izjavah.

Iz prvega sklopa vprašanj smo izvedeli, da so tri ženske samske oz. dve od osmih žensk sta ločeni in ena je vdova. Ravno v obdobju menopavze nimajo spolnih odnosov.

MŽ 4: *»Ravno v tem času, v času menopavze sva z možem živela ločeno, jaz zgoraj, on se je preselil v klet, nato pa je umrl. Tako da nisem imela spolnih odnosov in jih tudi zdaj nimam.«*

MŽ 3: *»Moje spolno življenje trenutno ne obstaja, ker nimam partnerja že kar nekaj let.«*

MŽ 7: *»Spolnosti že več kot 10 let ni. Pred desetimi leti sem se ločila in od takrat nimam nobenega in nimam spolnih odnosov.«*

Ženske so glede spolnosti tudi omenile, da je v neki meri brezskrbna in da nimajo težav.

MŽ 1: *»Nimam nobenih težav, zadnje mesece s partnerjem kar uživava, saj nama ni treba paziti več.«*

MŽ 8: *»Glede spolnosti še nimam težav, če pa bodo, da me še čakajo, potlej bomo pa kaj ukrenili.«*

MŽ 5: *»Moja spolnost je letom primerna.«*

Dve ženski pa sta omenili, da imata resne težave pri spolnih odnosih, tudi zaradi vzporednih stanj in ena si pomaga z dodatkom.

MŽ 2: »Glede spolnosti je bilo tako, da se sploh nisem zavedala mene, ker je bil rak v ospredju. Med 46. in 48. letom nisem imela s partnerjem spolnih odnosov, ker me je vse peklo in je bilo boleče zaradi stranskih učinkov kemoterapije. Sedaj s partnerjem uživava v spolnosti, saj ni nevarnosti za še enega člana. Kakšnih dodatnih pripomočkov za boljše spolne odnose (smeh), pa ne uporabljava in jih nisva nikoli.«

MŽ 6: »Ja, hmm... (daljši premor), glede seksa je tako, da uporabljam Genestin kremo, to je za bolj suho in občutljivo sluznico. Brez tega najine spolnosti z možem ne bi bilo.«

Pri samih vprašanjih glede spolnosti pri intervjujih smo opazili kar nekaj zadreg oziroma neprijetnosti. Nekatere so opisale težave, mnoge pa so dejale, da nimajo težav in so le na kratko odgovarjale na zastavljena vprašanja.

3.4.3 Tretja podkategorija – odločitev za hormonsko nadomestno zdravljenje

Glede na pogovore pri intervjujih z ženskami v menopavznem obdobju smo v podkategoriji »Odločitev za hormonsko nadomestno zdravljenje« določili eno vodilno kodo, ki je razčlenjena na dva dela »da/ne«. V nadaljevanju navajamo citate žensk in naše ugotovitve ob izjavah.

V intervjujih so se vse ženske odločile za obisk ginekologa. Štiri med njimi so se odločile same ali pa na pobudo ginekologa za jemanje hormonskega nadomestnega zdravljenja. Ostale štiri ženske pa se za jemanje terapije niso odločile, zaradi tega kerje ne želijo, ne potrebujejo, ne smejo uživati terapije in si raje pomagajo same.

V nadaljevanju smo najprej citirali izjave žensk, ki ne jemljejo terapije.

MŽ 5: »Prejšnji mesec sem odšla h ginekologinji, kjer so mi opravili preglede od brisa, ultrazvoka, odvzema krvi. Ginekologinja mi je povedala, da sem v meni, da gre vsaka ženska skozi to obdobje, tako ali drugače. Glede na to, da nimam posebnih težav, mi je odsvetovala jemanje hormonov. Tudi sama se strinjam z njo, ker menim, da ne potrebujem dodatne kemije v svojem telesu.«

MŽ 2: »Pri pregledu mi je ginekolog rekel, da mi kljub težavam, ki jim imam in so vidne, ne more predpisati hormonske nadomestne terapije, ker imam raka na dojki. Po njegovem mnenju se bi lahko moje stanje še bolj poslabšalo in vplivalo na izid zdravljenja. Tudi sama sem se na Onkološkem inštitutu pozanimala kaj in kako, prav je imel.«

MŽ 6: »Moj ginekolog me je zelo lepo sprejel, saj hodim v zasebno ambulanto. Razložil mi je vse od a do ž, ter mi svetoval jemanje hormonskih zadev. Predstavil mi je, kako delujejo in kaj je vse notri ter da naj premislim, če bi jih jemala. Doma sem se z možem pogovorila in se skupaj odločila, da bi to prebrodila brez terapije, da bi poskusila naravno, mogoče z naravnimi izdelki, ki jih je veliko. Sedaj tudi jemljem Remifemin in sem zelo zadovoljna.«

MŽ 7: »Moja zgodba je taka. Odšla sem h ginekologu, ker mi je izostajala menstruacija. Ko sem mu povedala probleme, ki jih imam, mi je rekel; »Ja v meni ste, in?« (daljši premor) Mogoče je imel slab dan, ali pa sem nevede rekla kaj, kar bi ga užalilo, ne vem. Zamenjala sem ginekologa in novi mi je predlagal tablete hormonske. Za njih se nisem odločila, ker sem hotela najprej sama poskrbeti zase kako drugače.«

Sledijo citati menopavznih žensk, ki jemljejo oziroma so jemale hormonsko nadomestno terapijo. Opisale so, kakšno je njihovo počutje in ali tablete sploh delujejo.

MŽ 5: »Terapijo sem začela jemati pred dvema mesecema. Odločila sem se skupaj z ginekologom, po pregledu in predstavitvi zdravil. S tabletami nisem ravno zadovoljna, ker se mi zdi, da (še) ne delujejo v taki meri, kot piše. Naslednji mesec imam kontrolo, tako da bom kej več izvedela, kdaj bodo začele učinkovati, saj simptomov ni nič ublažilo trenutno.«

MŽ 1: »Prvi pogoj, da mi je zdravnik napisal terapijo, je bil ta, da sem morala nehati kaditi. In mi je uspelo. Napisal mi je Novofem tablete. Počutje je bilo dobro, oblivi vročine niso bili več tako pogosti in tudi toliko močnejši niso bili. Jemala sem jih 3 mesece in nato sem imela ponovni pregled, kontrolo pri ginekologu. Zaradi povišanega

pritiska mi je terapijo prekinil, tako da sem trenutno brez tablet in čakam ponovno kontrolo, da se odločiva kaj za naprej jemati.«

MŽ 8: »V ambulanti sem bila na pregledu in dobila recept za Climen hormonske tablete. Simptomi so se resda zmanjšali, ampak me sedaj glava večkrat boli, slabo mi je. Vendar je to zanemarljivo proti simptomom, ki sem jih imela. Delujejo tablete.«

MŽ 4: »Za hormonsko nadomestno terapijo sem se odločila in jemljam Kliogest. Učinkovati so začele kar hitro in sem vesela, da lahko spet sproščeno delam, ne da moram čakati, da se ohladim.«

3.4.4 Četrta podkategorija – soočanje s spremembami

Glede na pogovore pri intervjujih z ženskami v menopavznem obdobju smo v podkategoriji »Soočanje s spremembami« določili dve vodilni kodi, in sicer skrb zase in dojemanje. V nadaljevanju navajamo citate žensk in naše ugotovitve ob izjavah.

Večina žensk je omenila pomen gibanja, telesno težo in nezdrave navade v življenju.

MŽ 6: »Vsakodnevno zjutraj tečem pred službo, prehranjujem se zdravo, sem vegetarijanka. Tako da bi rekla, da imam zdrav način življenja in menim, da mi to tudi pomaga pri meni. Dodatno jemljam vitamine in Remifemin, ki zelo pomaga in pa kalcijeve tablete, šumeče.«

MŽ 2: »Preden sem odšla na operacijo sem nehala kaditi, gibam se sicer, hodim veliko, ampak kile so ostale. Moja alternativa so čaji, ki jih sama nabiram, gibam se na svežem zraku, da bi pa jemala tablete, ki ji na TV-ju reklamirajo, mi pa na misel ne pride, ali pa homeopatska zdravila, ki so zdaj v modi. Ne, ne, ne zaupam.«

MŽ 5: »Veliko se gibam, včlanjena sem v pohodniško društvo, tako da mi ni nikoli dolgčas.«

MŽ 8: »Redno skrbim za gibanje, veliko hodim po hribih in kolesarim. Udeležila sem se maratona v Ljubljani, jem dvakrat dnevno, zaradi narave dela nimam veliko časa.

Mogoče bi morala pustiti cigarete in kavo, da bi bilo še bolje. Rada preberem kakšno dobro knjigo, grem z možem in družbo kam, tako da je razgibano. Vsekakor skrbim zase in tudi za moje.»

MŽ 1: »Ja, gibam se zunaj, začela sem piti manj kave, zdaj jo pijem samo zjutraj, glede cigaret mi je ginekolog svetoval, da bi bilo dobro, če neham kaditi, ampak ne bom, to mi je tisto zadovoljstvo zjutraj ob kavici (smeh).«

MŽ 7: »Kot se opazi, sem shujšala, ker sem imela poleti operacijo želodca, kjer so mi ga odstranili 2/3. Trenutno imam strogo dieto in gibanje vsak dan. Hodim na aerobiko in se predvsem, že ker moram, zdravo prehranjujem.»

MŽ 3: »Rada hodim s hčerko na sprehode, v naravo. Jem vedno več, vendar se mi nič ne pozna, še rada bi se zredila, pa ne gre. Hodim na jogo s hčerko in sem rada v družbi.»

MŽ 4: »Pred leti se nisem ne vem kaj ukvarjala z rekreacijo, sedaj pa veliko hodim s sosedo na okoliške hribe, pa tudi doma na vrtu imam veliko dela. Skrb zase mi je zadnja leta v ospredju, prej nisem imela niti časa, niti volje, saj je bilo drugih problemov veliko.»

Na dojemanje oziroma prilagoditev, doživljanje novega obdobja, menopavze, pa vsaka ženska različno gleda na vse skupaj in se različno odzove.

MŽ 6: »Od začetka je bilo kar težko, saj sem pred tremi leti rodila zadnjega otroka in zdaj sem kar naenkrat v meni. Se mi zdi, da še nisem čisto dojela, preveč stvari je naenkrat. Dobro, da imam partnerja, s katerim si zaupava in pomagava, da me podpira, saj brez njega bi mi bilo še težje. Telesno moram reči, da mi gre, medtem ko psihično, čustveno pa nisem ravno stabilna.»

MŽ 7: »To obdobje pa je nekaj več zame, končno sem jaz na vrsti. Hčerka je na faksu in imam čas zase, da se »poštimum«. Z operacijo sem postala močnejša, bolj

samozavestna. Vem, da se nekaj dogaja in da večino še nisem izkusila, ampak se ne bojim, kar me čaka, sprejemam pozitivno.«

MŽ 8: »Mena mi ni prinesla kakšnih dopolnitev, saj sem ista oseba že 50 let in sem to, kar sem. Zaenkrat je prehod v to novo obdobje v redu, upam le, da bom s časoma lahko spala celo noč, saj sem kar živčna zaradi nespanja.«

MŽ 2: »Bilo je veliko lepega in manj lepega, sedaj je bolje. V teh dobrih sedmih letih sem prebolela raka, dobila vnukinjo, druga hčera se je odselila, z možem sva bila kar na preizkušnji. Ob vsem tem je bila še mena, vsakodnevno mrazenje, oblivi, me je opominjalo, da se nekaj dogaja z mojim telesom. Bilo je mučno, zdaj se pa imam prav lepo. Uživam vsak dan.«

MŽ 3: »Meni to obdobje ne predstavlja ne vem kakšnih ovir. Še super mi je bilo, da ni vložkov vsak mesec. Veliko mi pomeni hčerka, ki skrbi zame, tudi na pregled je šla z menoj. Druga drugi stojiva ob strani. Zame je mena en velik plus.«

MŽ 1: »Nič takšnega ni mena, da bi mi spremenila življenje. Soočila sem se z njo, je neko obdobje, nov list strani, ampak teh listov bo še veliko in tej strani ne dajem velikega pomena.«

MŽ 8: »V veliko pomoč mi je bila moja sestra, ki je starejša od mene in je vse to dala že skozi. Tako sem nekako bila pripravljena, kaj me čaka, čeprav zdaj, ko sem doživela vse to, je drugače, nepričakovano. Vse skupaj je nova izkušnja, ki mi je pa ni spremenila tok.«

MŽ 4: »Sprejela sem vse skupaj zelo negativno na začetku, nato pa se je ob pomoči terapije moje počutje in razpoloženje izboljšalo.«

3.5 RAZPRAVA

Izsledki naše raziskave kažejo, da so simptomi, ki jih imajo ženske v menopavznem obdobju pri naši raziskavi, naslednji: oblivanje oz. vročinski vali, motnje v razpoloženju, razdražljivost, slabost, težave na koži (mastna koža), lomljivi nohti, težave pri spolnih odnosih zaradi suhe nožnice, ki povzroča bolečine in neugoden občutek, povečanje telesne teže, motnje spanja (tudi zaradi nočnega potenja), znižana koncentracija kalcija v krvi in izostanek menstruacije. Tako lahko v ožjem okviru razberemo, da so najbolj prepoznavne težave imele ženske pri osebni higieni, spanju, spolnosti, počutju in telesni samopodobi. Po Cunningham (2002) so ravno tako pri jamajško-kanadskih ženskah v menopavznem obdobju ugotovili enake simptome, poleg njih tudi povečanje ne le telesne teže, temveč tudi povečan obseg trebuha, ki je dejavnik tveganja, za srčno-žilne bolezni, kot sta debelost in diabetes. Avtorica Pinter (2003) navaja, da ima 50 % žensk navale vročine.

Menimo, da vročinski oblivi ali na kratko oblivanje, predstavljajo za žensko, ki hodi v službo, ima doma družino, je aktivna v življenju, veliko oviro pri vsakdanjem življenju. Iz intervjujev lahko razberemo, da menopavzne ženske s težavo opravljajo vsakdanje aktivnosti, saj vročinskim oblivom sledi tudi povečan srčni utrip in slabost. Težave se povezujejo tudi s spanjem ponoči in razpoloženjem. Tudi Kopčavar Guček (2005) navaja, da so motnje spanja večinoma povzročene s čezmernim potenjem, lahko pa so tudi samostojne.

Sodelujoče menopavzne ženske v raziskavi se obremenjujejo z vidnimi znaki staranja, ki so v tem obdobju prišli do izraza. Težave s spanjem vplivajo na njihovo psihofizično počutje, na odnose v okolju. Intervjuvanke so tako zaradi menopavznih simptomov nenaspane, razdražljive in velikokrat vročinski oblivi vplivajo na funkcioniranje v službi. Ne glede na to, katere simptome so izpostavile v raziskavi, se zavedajo, da je menopavza specifično obdobje, v katerem, če nanj nisi pripravljen, lahko »zboliš«.

Ženske, ki so sodelovale v raziskavi, so izrazile, da uživajo v spolnosti, saj jim ni potrebno paziti na morebitno neželjeno nosečnostjo. Določene ženske v raziskavi niso bile ravno odprte za tovrstna vprašanja. Spolnost je občutljiva tema in pričakovali smo, da je težko o njej govoriti nekomu, ki ga ne poznaš, in se mu odpreti. Marsikatera ženska se ne odpre niti svojemu partnerju, da bi mu povedala svoje morebitne težave ali

pa le želje, kako bi bilo drugače in boljše. Nasprotno pa so ženske v intervjujih izjavile, da se dopolnjujejo skupaj s partnerjem, uživajo v spolnosti in se »ne bojijo« sprememb, ki jih prinaša menopavza ter se z njimi spopadejo. Nekatere so izjavile tudi, da nimajo partnerjev, citiramo: »*Moje spolno življenje trenutno ne obstaja, ker nimam partnerja že kar nekaj let.*« S tem tudi spolnosti trenutno v njihovem življenju ni.

Meden Vrtovec (2005) omenja, da je pri zdravih partnerskih odnosih v menopavznem obdobju spolno življenje lahko zelo kakovostno, saj izgine strah pred nosečnostjo. Kar tri od osmih žensk v naši raziskavi nimajo spolnih odnosov, ker nimajo partnerjev (dve ženski sta ločeni, ena je vdova) zaradi okoliščin v preteklosti. Ziherl (2008) navaja, da naj bi v menopavznem obdobju po oceni raziskovalcev kar 70 do 80 % žensk prenehalo s spolnim življenjem. Spolnost je kompleksen del menopavze, saj se tudi preko spolnosti odražajo odnosi med partnerjem in vse skupaj vpliva na celotno družino in na okolico.

Naš raziskovalni vzorec je zajemal osem žensk, kjer se je polovica odločila za jemanje oz. je jemala hormonsko nadomestno terapijo, medtem ko ostale štiri ženske terapije niso jemale, se niso odločile zanjo, je niso smele jemati, čeprav so jo želele.

Da ne jemljejo hormonske nadomestne terapije. so vzroki različni. Naštele so od raka na dojki, ki je kontraindikacija, do tega, da ne zaupajo »kemiji«, kot se je izrazila ena izmed žensk, da hočejo same poskrbeti zase kakorkoli že lahko. Odločile so se tudi za alternativo, ki jim pomaga. V medijih je polno oglasov, ki promovirajo izdelke za boljše počutje v menopavzi, izbire je veliko. Vsak ima možnost izbire, tako pri izbiri zdravljenja kot pri načinu življenju.

Prepoznali smo, da je menopavzna ženska prenehala jemati trenutno terapijo, saj je imela povišan krvni tlak. Tukaj pa se pokažejo tudi negativni učinki jemanja nadomestne hormonske terapije. Povišanega krvnega tlaka ne moremo zanemariti, saj je dejavnik tveganja za srčno-žilne bolezni. Ameriška raziskava na področju kombiniranega hormonskega zdravljenja, ki je potekala od leta 1997 in predvidoma do 2005, je bila leta 2002 predčasno zaključena, saj je bilo med ostalimi povečanimi tveganji povečanje za srčni infarkt 41-%, 200-% pa za vensko in pljučno trombozo v primerjavi z začetnim obdobjem raziskave (WHI v Worcester, 2004).

Intervjuvanke prepoznajo, da ima zdravlilo prednosti in slabosti, tudi hormonsko zdravljenje jih ima. Menimo, da če ženska res ne more prebroditi vsakdanjih

simptomov, da so zelo močni in ovirajo tempo in tek življenja, naj se odločijo za jemanje terapije. Vsaka ženska se po svoje sooča z menopavzo. Če ji narava ponuja (da ni kontraindikacij za jemanje terapije in da simptomi niso zanemarljivi), naj vsekakor sprejme to, da lahko jemlje terapijo in si izboljša kvaliteto življenja. Tudi sodelujočim v naši raziskavi je bila predstavljena možnost nadomestne terapije, njihova pozitivna in negativna stran jemanja le-te. Nekatere so se odločile za jemanje, saj se jim je jakost simptomov zmanjšala in s tem se je dvignila njihova kvaliteta življenja.

Iz rezultatov smo ugotovili, da se večina žensk giba, hodi v hribe, se družijo s prijatelji. Skrbijo za svojo aktivnost in veliko jim pomeni, da se lahko gibajo in so na svežem zraku. Sklepamo, da skrbijo zase, se redno in zdravo prehranjujejo. Pri tem jim pomaga tako lastna samopodoba kot okolica, ki jih motivira, da želijo še več. Večina, tako intervjuvanke kot preostale menopavzne ženske, imajo otroke že odrasle, tako da imajo več časa zase, za partnerja. Iz izjav intervjuvank je razvidno, da ravno v tem obdobju lahko »zadihajo« in da iz sebe naredijo nekaj več. Sodelujoče v raziskavi si vzamejo čas, preberejo kakšno knjigo, nekatere že od nekdaj skrbijo zase in so same sebi na prvem mestu. Tempo življenja v današnjih časih nas obremenjuje na vsakem koraku, zato je zelo pomembno, da najdemo čas zase, za ženske v menopavzi pa še toliko bolj, saj se v tem obdobju dogaja toliko, da je potrebno poskrbeti zase.

Ugotovili smo, da je vsaka ženska v naši raziskavi drugače reagirala na doživljanje oziroma na prilagajanje v tem obdobju. Za žensko, ki je pred tremi leti rodila zadnjega otroka, je bila menopavza velik šok. Preiti iz rodnega obdobja v nerodno obdobje glede na situacijo verjetno ni lahko. Večina žensk je sprejela to obdobje kot nekaj pozitivnega in osvobajajočega. Če ne bi bilo simptomov, značilnih za menopavzo, bi večina sodelujočih žensk sprejela menopavzo kot nekaj pozitivnega, ampak potem tega obdobja sploh ne bi bilo. Sprememba hormonov in simptomi zaznamujejo to obdobje in vsaka ženska ga ima pravico doživljati po svoje. Samide (2009) navaja, da ob vseh telesnih spremembah, ki se dogajajo v življenju ženske, je pomembno, da ohranite pozitivno naravnost in da spremembe sprejmete. Cunningham (20020) pravi, da je raziskava pokazala, da jamajške ženske ne želijo govoriti o meni.

Sodelujoče v raziskavi so imele podporo partnerjev, otrok in tudi prijateljev. Marsikatera se je zaupala prijateljici, ki je že prešla to obdobje in ji z nasveti pomagala. Vsaka posebej je oziroma sedaj doživlja svojstveno to obdobje. Od tega, da se zavedajo

sprememb v svojem telesu in hočejo izkoristiti vsak dan v življenju, do negativne oziroma nesprejete situacije. Večini intervjuvank je bila okolica v veliko podporo, jo je bodrila in skupaj doživljala spremembe. Pomembno je, da so imele oziroma imajo še vedno podporo bližnjih, da se lahko nekemu zaupajo, delijo pričakovanja, morebitna razočaranja. Vse to doživljanje je odvisno od tega, kakšna oseba je ta ženska, ki je v menopavzi. Če se že v preteklosti ni ukvarjala sama s seboj, se zanimala za svoje telo in procese v njem, tudi sedaj ne bo dala menopavzi velikega pomena. Tiste ženske, ki pa skrbijo za svoje zdravje, se izobražujejo, pa mogoče želijo več od tega obdobja.

Če združimo ugotovitve, ki smo jih pridobili z intervjujem, lahko prepoznamo, da je menopavza predstavljala za vsako našo sodelujočo intervjuvanko izziv. Simptome so doživljale podobno, vendar z različno intenziteto. Pravzaprav je bil cilj vsake imeti in ohraniti življenjski tempo. Pomemben dejavnik v kakovostnem življenju so bili izpostavljeni partnerji ali njim bližnje osebe. Hormonsko nadomestno terapijo pozna vsaka, vendar so določitve v tej zvezi svojstvene in so vezane na način življenja, vrednote ali zdravstvene težave. Vsaka se mora zavedati, da je gospodarica svojega življenja, svojega zdravja in s tem tudi tega novega obdobja, ki dejansko prinaša spremembe.

4 ZAKLJUČEK

Raziskava pokaže, da so najbolj prepoznavni simptomi, ki so oblivanje, razdražljivost, motnje spanja in težave na ginekološkem področju, glavni. Tudi literatura navaja te simptome, katerim se pridružijo tudi ostali. Mnenje žensk o klimakteriju je deljeno, mnogim je prinesel »pozitivo«, drugim pa soočanje s spremembami v telesu in s prilagajanjem novemu obdobju. Spolnost je tematika, ki bi jo lahko opisovali posebej, vendar ugotavljamo, da je še vedno nekakšna tabu tema in so odgovori na to vprašanje bolj kot ne jedrnat. Vprašanje hormonske nadomestne terapije je odločitev vsake posameznice zase. Ginekologi svetujejo, odločitev za jemanje oz. nejemanje pa je njihova. Z raziskavo ne moremo posploševati naših ugotovitev, saj je bil vzorec narejen le iz osmih žensk, na svetu pa se vsaka spopada z različnimi simptomi, vsaka različno sprejema to novo obdobje in vsaka ženska je narava zase. Pomembno je, da se zaveda svojega telesa, kaj se z njim dogaja in da nekomu to pove, zaupa. Marsikatera ženska, glede na stan razmerja, ostane sama v obdobju klimakterija, nima partnerja in s tem se njeno obdobje spolnosti nekako zaključi. Vprašanje, ki se ob tem postavi, je, kakšen socialni status ima ženska ob tem. Ljudje smo si različni. V mnogih družbah zaradi tabujev ženska, ki nima partnerja, ne spada v njihovo družbo. Vendar se v obdobju klimakterija in njegovem doživljanju lahko odpre več tematskih področij. Menopavza je obdobje, skozi katerega gre vsaka ženska. Kako pa bo skozi to obdobje šla, pa je njena odločitev. Vsaka ženska ima zgodbo zase.

5 LITERATURA

Berger G, Wenzel E. Women, body and society: Cross-cultural differences in menopause experiences; 2001. Dostopno na: <http://www.ldb.org/menopaus.htm> (21. 8. 2011).

Boer EJ, Tonkelaar I, Velde ER, Burger EW, Leeuwen FE. Increased risk of early menopause transition and natural menopause after poor response at first IVF treatment. Hum Reprod 2003; 18(7): 1544–52.

Borko E, Žegura B. Menopavza. In: Borko E, Tekáč I. Ginekologija. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2006: 111–19

Charmaz K. Constructing Grounded Theory. London: Sage Publications; 2006.

Cunningham DA. Application of Roy's Adaptation Model When Caring for a Group of Women Coping With Menopause. J Community Health Nurs 2002; 19 (1): 49–60.

Dekleva Š. Analiza športnih dejavnosti, prehranskih navad in uživanja drog žensk, obolenih za osteoporozo [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Fakulteta za šport; 2007.

Dennerstein L, Guthrie J, Birkhauser M, Sherman S. Symptoms and the Menopause. International Position on Women's Health and Menopause: Comprehensive Approach (NIH) NIOH, U.S. Dept. Of Health & Human Services; 2002: 65–76.

Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1995.

Flick U. An Introduction to Qualitative Research. London: Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publication; 1998.

Franič D. Nadomestno hormonsko zdravljenje – kje smo danes? In: Rotar Pavlič D, Kopčavar Guček N. Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini. Zbornik 31. srečanja delovnih skupin; 2004 Maj 27–8; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine: Zavod za razvoj družinske medicine; 2005.

Franič D. Hormonske možnosti zdravljenja v perimenopavzi in kasneje. Zdrav Vestn 2008; 77: III-9–15.

Franič D, Furst J. Uporaba hormonskih pripravkov v perimenopavzi v Sloveniji. Zdrav Vestn 2003; 72(2): 3–8.

Gannon L. Women and Aging. Transcending the Myths. London/New York: Routledge; 1999.

Gašperšič Š. Šport in osteoporoza [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2004.

Harih M, Pajnkihar M. Interpretacija izkušenj študentov s klinične prakse – kvalitativna raziskava. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Zorc J, Hvalic Touzery S, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege – 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. 2010 Sep 16–17; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 169–79.

Hesse-Biber SN, Leavy P. Distinguishing Qualitative Research. New York: Oxford University Press; 2004: 1–15.

Hitejc Z. Uporaba teorije Caliste Roy v procesu prilagajanja družine na otroka z motnjo v duševnem razvoju. Obzor Zdr N. 2001; 35: 185–91.

International Menopause Society. Menopause Terminology; 2007. Dostopno na: <http://www.imsociety.org/> (22 .9. 2011).

Jack G, Esko W. Ženski zdravstveni vodnik. Ljubljana: Šmarješke Toplice: Stella; 2001.

James S. Estrogen replacement therapy: effects on the endogenous androgen milieu. *Fertil and Steril*. 2002; 77 (4): 77–82.

Kopčavar-Guček N. Menopavzne motnje in hormonsko nadomestno zdravljenje v splošni ambulanti. In: Kersnik J. VII. Fajdigovi dnevi. Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje. Zbornik predavanj; 2005 Okt 14–5; Kranjska Gora, Slovenija. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2005.

Kovačič N. Vpliv hormonskega nadomestnega zdravljenja na koncentracijo testosterona pri pomenopavznih ženskah [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Fakulteta za farmacijo; 2010.

Lukanović A. Lokalno hormonsko zdravljenje pri mikcijskih motnjah v pomenopavzi. *Zdrav Vestn* 2008; 77: III-59–64.

Lukanović A. Hormonsko zdravljenje v uroginekologiji. *Zdrav Vestn* 2009; 78: I-157–60.

Lupton D. *Medicine as Culture*. London/New Delhi: Sage Publications; 2003.

Meden-Vrtovec H. Zdravljenje s hormoni v ginekologiji in andrologiji. Ljubljana: Klinični center, SPS Ginekološka klinika; 2002: 99–112.

Meden-Vrtovec H, Bilban M, Blažević M, Blinc A, Cevc M, Horvat M, et al. Zdrava poznejša leta. Naj bodo tudi lepa. Ljubljana; Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije; 2005: 167–170.

- Meden-Vrtovec H, Franić D. Izbrana poglavja s področja klimakterija. Ljubljana; Arkadija: 2007: 12–6.
- Melby MK, Lock M, Kaufert P. Culture and symptom reporting at menopause. *Human Reproduction Update*; 2005; 11(5): 495–512.
- Mesec B. Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo; 1998.
- Meyer VF. Medicalised Menopause, US Style. *Health Care for Women International* 2003; 24: 822–30.
- Mlakar J. Vpliv hormonskih sprememb v menopavzi na psihične funkcije in duševno zdravje. In Romih J, Žmitek A. Na stičiščih psihiatrije in ginekologije. Begunje; Psihiatrična bolnišnica: 2000.
- NAMS. The North American Menopause Society. Menopause Glossary, 2010. Dostopno na: <http://www.menopause.org/glossary.aspx#P> (27. 12. 2011).
- Neves e Castro M, Samsioe G, Doren M, O Skuby S. Results from WHI and HERS II- Implications for women and the prescriber of HRT. *Maturitas* 2002; 42: 255–8.
- Northrup C. Žensko telo, ženska modrost. Priročnik o zdravju in dobrem počutju v drugem življenjskem obdobju. Tržič; Učila International: 2003.
- Notelovtz M. The clinical practice impact of the Women's Health Initiative: political vs. biologic correctness. *Maturitas* 2003; 44: 3–9.
- Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 1999: 136–46.

Pearce MJ, Hawton K. Psychological and sexual aspects of the menopause and HRT. *Bailliers Clin Obstet Gynaecol* 1996; 10: 385–99.

Petkovič T. Uporaba kvalitativnega raziskovanja pri ugotavljanju stališč žensk do nadomestnega hormonskega zdravljenja [diplomska naloga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2004.

Pinter B, Meden VH, Maček M, Verdenik I, Pretnar-Darovec A, Meglič V, et al. Menopavza v Sloveniji: Značilnost žensk in pojavnost perimenopavznih simptomov. *Zdrav Vestn* 2003; 72: II-9–12.

Rakovec Felser Z. Psihosomatski pristop v ginekologiji in perinatlogiji. In: Borko E, Tekáč I. *Ginekologija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2006: 380.

Rousseus ME. Women's midlife health. Reframing Menopause. *J Nurse Midwifery* 1998; 43(3): 208–23.

Roy C, Andrews HA. *The Roy adaptation model*. 2nd ed. Stamford, CT: Appletton and Lange; 1999.

Sagadin J. Pregledno o kvalitativnem empiričnem pedagoškem raziskovanju. *Sodobna pedagogika*; 2001. Dostopno na:

http://www.sodobna-pedagogika.net/images/stories/2001-2-slo/2001_2_slo_01_sagadin_pregledno_o_kvalitativnem.doc (15. 9. 2011).

Samide K. *Premagajmo ženske tegobe*. Ljubljana; Delo revije: Pisanica: 2009.

Silva I, Mor G, Naftolin F. Estrogen and the aging brain. *Maturitas* 2001; 38 (1): 95–101.

Speroff L. The Million Women Study and breast cancer. *Maturitas* 2003; 46 (1): 1–6.

Spitzer D. Panic and Panaceas: Hormone Replacement Therapy and the Menopausal Syndrome. Atlantis; 2003: 1–15.

Šimaga-Saje M. Analiza in kritika odnosa do menopavze v pozno moderni družbi [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Fakulteta za družbene vede; 2008.

Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2008.

Vrabič-Dežman L. Atrofični vaginitis. Zdrav Vestn 2009; 78: I-105–8.

Worchester N. Hormone Replacement Theory (HRT): Getting to the heart of the politics of women's health? NWSA J 2004; 16(3): 56–68.

Ziherl S. Spolnost po menopavzi. Zdrav Vestn 2008; 77: III-69–71.

Žegura B. Klimakterij in hormonsko nadomestno zdravljenje. In: Kersnik J. VII. Fajdigovi dnevi. Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje. Zbornik predavanj; 2005 Okt 14–5; Kranjska Gora, Slovenija. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2005.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Pri intervjujih z ženskami v menopavznem obdobju smo poleg vodilnih vprašanj zastavljali tudi podvprašanja glede na temo vprašanj in odgovore, ki so nam jih podajale intervjuvanke.

Vprašanja, ki so bila zajeta v prvi sklopi, so bila:

- Koliko ste stari?
- Kakšen je vaš status razmerja (poročeni, ločeni, vdova, v razmerju)?
- Katero stopnjo izobrazbe imate?
- Koliko imate otrok, morebiti vnukov?
- Koliko ste bili stari ob prvi menstruaciji?
- Koliko ste bili stari ob zadnji menstruaciji?

V drugem sklopu pa so bila vprašanja in podvprašanja zajeta po vodilnih tematskih področjih menopavze, katere smo želeli raziskati, in sicer:

- Opišite mi, kako je potekala prekinitev periodičnih krvavitev v menopavznem obdobju? Ali je bila prekinitev krvavitev takojšnja ali je vse skupaj potekalo v daljšem obdobju, kakšne težave ste ob tem imeli?
- Kakšne simptome menopavze ste pri sebi opazili in kako ste se soočili z njimi?
- Kdaj ste odšli in seznanili zdravnika ginekologa s svojimi težavami?
- Kako je potekal obisk v ginekološki ambulanti? Vam je zdravnik – ginekolog dal dovolj informacij, vam je priporočal jemanje nadomestne hormonske terapije?
- Ali ste se odločili za jemanje nadomestne hormonske terapije? Če ne, zakaj ne, kako si pomagata brez terapije? Če da, kako to vpliva na vsakdanje življenje?
- Kako je na vašo spolnost vplivala menopavza? Imate kaj težav, kako se z morebitnimi težavami spopadate?
- Kako sami skrbite zase, da se kar najbolje počutite v menopavznem obdobju? Ali se poslužujete alternative?
- Kako ste sprejeli prehod v to obdobje? Vam je pomagal partner, okolica?