



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice
Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**ŽENSKA V MENOPAVZI IN ODNOS DO
ZDRAVJA**

MENOPAUSAL WOMEN AND THEIR ATTITUDES TOWARDS HEALTH

Mentorica:

mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.

Kandidatka: Jožefa Gregorin

Jesenice, marec, 2016

ZAHVALA

Mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred., se zahvaljujem za strokovno pomoč in usmeritve pri nastajanju diplomskega dela. Prav tako se zahvaljujem recenzentkama Saneli Pivač, pred., in doc. dr. Maji Sočan za opravljeno recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se Tatjani in Saši za pomoč pri statistični obdelavi rezultatov raziskave in Tanji za lektoriranje diplomskega dela.

Hvaležna sem sodelavcem za podporo in razumevanje ter vsa nadomeščanja v času moje odsotnosti z dela zaradi študijskih obveznosti. Prav tako se zahvaljujem sošolkama Miji in Almi za spodbudo in sodelovanje v času študija.

Posebno zahvalo pa si zasluži moja družina, ki mi je ves čas študija stala ob strani, me podpirala in bodrila.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Menopavza je v življenju ženske obdobje, v katerem zaradi vse daljše življenjske dobe preživi kar tretjino življenja. Zato je pomembno, da je ženska kar se da seznanjena z morebitnimi težavami, ki jo čakajo v tem obdobju, in poučena o enostavnih ukrepih za spremembo življenjskega sloga za preprečevanje nastanka kroničnih obolenj in prezgodnje smrti ter da živi čim bolj zdravo in kakovostno življenje.

Cilj: Z raziskavo smo želeli doseči razumevanje žensk v tem obdobju, spoznati njihove težave v menopavzi in njihov odnos do zdravja ter stopnjo informiranosti.

Metoda: Raziskava temelji na empirični neeksperimentalni metodologiji. Kot instrument smo uporabili pisni strukturiran vprašalnik. Izbrali smo slučajnostni sistematični vzorec, vanj smo vključili pacientke Zdravstvenega zavoda Revita, stare 45–60 let, in izbrali vsako peto žensko. Vzorec je vključeval 120 anketirank. Raziskava je potekala v obliki pisnega anketiranja na domu v oktobru 2014. Podatke smo obdelali s programoma Excel in SPSS, verzija 20,0.

Rezultati: Največ težav so anketiranke imele z vročinskimi obilivi in navali znojenja, težav s spanjem ter psihično in fizično izčrpanostjo. Ugotovili smo, da je občasno iskalo informacije pri medicinski sestri le 9,8 % vprašanih, redko 14,1 %, skoraj nikoli 18,5 % in nikoli 57,6 % vprašanih, kljub temu da so poudarjale problem premajhne informiranosti. Prav tako so poudarile, da je pomembna pozitivna naravnost in samozaupanje ter zdrav življenjski slog. Zdravje so anketiranke ocenile kot najpomembnejšo vrednoto.

Razprava: Glede na to, da se v naši raziskavi pri ženskah v menopavzi večkrat ponavlja potreba po informacijah kljub visoki izobraženosti anketirank, bi predlagali, da se aktivnosti diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti razširijo tudi na področje svetovanja glede menopavze. Treba bi bilo izvesti še kakšno raziskavo na večjem vzorcu populacije, saj z našo raziskavo rezultatov ne moremo posplošiti zaradi premajhnega vzorca.

Ključne besede: zdravje, odnos do zdravja, menopavza, perimenopavza, simptomi menopavze.

ABSTRACT

Background: Due to longer life expectancy, women spend as much as a third of their lifetime in menopause. It is therefore important that they be aware of the potential difficulties they face in this period and be informed of simple measures involving lifestyle change for the prevention of chronic diseases and premature death, and for a healthy and high-quality life.

Aims: With this research we wanted to determine the level of awareness in menopausal women, to establish the most frequent menopausal symptoms, women's attitudes towards health and the degree to which they are informed about this topic.

Methods: The study was based on an empirical, non-experimental design. A written structured questionnaire was employed as an instrument. We used systematic random sampling, namely, patients from the health care center Revita aged 45-60 years were included in the study so that each fifth patient was selected. The sample consisted of 120 respondents. The survey was conducted in the form of a written survey at home in October 2014. The data were processed using Excel and SPSS, version 20.0.

Results: Patients reported most problems with hot flushing and sweating, sleep disorders, and mental and physical exhaustion. Results showed that only 9.8% of respondents occasionally sought information from a nurse, 14.1% sought information rarely, 18.5% almost never and 57.6% never, despite the fact that they identified lack of information as an issue. They also emphasized the importance of a positive outlook on life, self-assurance and a healthy lifestyle. Respondents assessed health as the most important value.

Discussion: Our study results showed that menopausal women often require additional information on menopause, despite having a high level of education. Therefore, we suggest expanding the competences of registered nurses in reference outpatient clinics to include providing advice on menopause. Additional research would have to be conducted on a larger sample, as our study results cannot be generalized due to small sample size.

Key words: health, attitudes towards health, menopause, perimenopause, menopausal symptoms.

KAZALO

| | | |
|----------|---|----------|
| 1 | UVOD | 1 |
| 2 | TEORETIČNI DEL | 2 |
| 2.1 | KLIMAKTERIJ | 2 |
| 2.2 | MENOPAVZA | 2 |
| 2.2.1 | Zapoznela menopavza | 3 |
| 2.2.2 | Prezgodnja menopavza | 3 |
| 2.3 | PREDMENOPAVZA | 3 |
| 2.4 | PERIMENOPAVZA | 4 |
| 2.5 | POMENOPAVZA | 4 |
| 2.6 | MENOPAVZALNI SINDROM | 4 |
| 2.6.1 | Psihični znaki menopavzalnega sindroma | 5 |
| 2.6.2 | Organski znaki menopavzalnega sindroma | 5 |
| 2.7 | HORMONSKO NADOMESTNO ZDRAVLJENJE | 7 |
| 2.8 | OPREDELITEV IN DOJEMANJE ZDRAVJA | 9 |
| 2.8.1 | Dejavniki tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni, povezani z zdravju škodljivimi vzorci vedenja | 10 |
| 2.9 | POMEN ZDRAVEGA NAČINA ŽIVLJENJA PRI LAJŠANJU MENOPAVZALNIH TEŽAV | 10 |
| 2.10 | ZDRAVSTVENO-VZGOJNO SVETOVANJE IN VLOGA MEDICINSKE SESTRE | 12 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3 | EMPIRIČNI DEL | 13 |
| 3.1 | NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA | 13 |
| 3.2 | RAZISKOVALNA VPRAŠANJA | 13 |
| 3.3 | RAZISKOVALNA METODOLOGIJA | 14 |
| 3.3.1 | Metode in tehnike zbiranja podatkov | 14 |
| 3.3.2 | Opis merskega instrumenta | 14 |
| 3.3.3 | Opis vzorca..... | 16 |
| 3.3.4 | Opis poteka raziskave in obdelave podatkov | 17 |
| 3.4 | REZULTATI..... | 18 |
| 3.5 | RAZPRAVA | 35 |
| 4 | ZAKLJUČEK..... | 42 |
| 5 | LITERATURA | 44 |
| 6 | PRILOGE | |
| 6.1 | INSTRUMENT | |

KAZALO SLIK

| | |
|---|----|
| Slika 1: Starostna struktura po skupinah (N = 100) | 16 |
| Slika 2: Izobrazbena struktura (N = 100) | 17 |
| Slika 3: Samoocena trenutnega splošnega zdravstvenega stanja (N = 97)..... | 18 |
| Slika 4: Število dnevni obrokov hrane | 28 |
| Slika 5: Pogostost uživanja sadja in zelenjave ter mleka in mlečnih izdelkov..... | 29 |
| Slika 6: Pogostost telesne aktivnosti | 29 |
| Slika 7: Pogostost rabe alkohola v % | 30 |
| Slika 8: Odnos do zdravja glede na število odgovorov (mogočih je več odgovorov).... | 32 |

KAZALO TABEL

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Starost ob nastopu menopavze | 19 |
| Tabela 2: Subjektivna stališča do težav v perimenopavzi | 20 |
| Tabela 3: Prikaz samoocene menopavzalnih simptomov glede na težavnost | 22 |
| Tabela 4: Primerjava skupine žensk v predmenopavzi/perimenopavzi s skupino žensk v menopavzi glede na jakost menopavzalnih simptomov..... | 23 |
| Tabela 5: Izračun korelacije trditev o subjektivnem doživljanju težav v menopavzi | 25 |
| Tabela 6: Izračun korelacije med trditvami o težavnosti simptomov menopavze | 27 |
| Tabela 6: Pogostost iskanja informacij v zvezi z zdravjem in menopavzo | 31 |
| Tabela 7: Prikaz pomembnosti vrednot od najpomembnejše do manj pomembnih glede na povprečno vrednost (mean) | 34 |
| Tabela 8: Prikaz kod in kategorij o doživljanju perimenopavze in menopavze | 35 |

SEZNAM KRATIC:

| | |
|-----|---|
| DMS | diplomirana medicinska sestra |
| HNZ | hormonsko nadomestno zdravljenje |
| MRS | Menopause Rating Scale |
| WHO | World Health Organisation (Svetovna zdravstvena organizacija) |

1 UVOD

Zdravje je ena temeljnih prvin našega življenja, saj zadovoljuje potrebo po preživetju in kakovostnem življenju (Štern, 2007, p. 321).

Svetovna zdravstvena organizacija je leta 1948 v svoji ustanovni listini sprejela definicijo zdravja, in sicer opredeljuje zdravje kot stanje popolnega fizičnega, mentalnega in socialnega ravnovesja in ne samo kot odsotnost težav in bolezni (WHO, 1948).

V zadnjih desetletjih se mnogi strokovnjaki (ginekologi, internisti, rentgenologi, sociologi, psihologi in psihiatri, fiziatri, ortopedi in splošni zdravniki) ukvarjajo s težavami, ki se pojavljajo pri ženskah v perimenopavzi in pomenopavzi in vplivajo na njihovo zdravje (Meden Vrtovec, 2007). Tudi Žegura (2005) omenja, da je pristop k razumevanju in reševanju problemov, povezanih s pomanjkanjem hormonov po menopavzi, multidisciplinaren.

Avtorica Meden Vrtovec (2007) se ob tem sprašuje, kako bomo to žensko obravnavali; ali se bomo odločili spoznati, kakšne spremembe doživlja na telesnem in psihičnem področju ter kakšno pomoč ji lahko ponudimo. Spremembe v organizmu se dogajajo na več področjih in se odražajo tudi v psihičnem doživljanju, zato je koristno upoštevati vse vidike, ki se med seboj dopolnjujejo, in žensko obravnavati celostno (Mlakar, 2007).

Petkovič (2007) pravi, da je pomembno, da zdravstveni delavci ženski razložimo, kaj se v njenem telesu dogaja, in ji ponudimo možnosti, s katerimi si lahko olajša težave, hkrati, pa ji je treba svetovati zdrav način življenja, ki vključuje primerno prehrano in dovolj gibanja.

Avtorica McClosky (2012) v svoji raziskavi ugotavlja, da zdravstveni delavci procesa prehoda žensk v perimenopavzo še vedno ne razumejo dovolj.

2 TEORETIČNI DEL

Za razumevanje problema moramo osvetliti in definirati nekaj osnovnih pojmov o menopavzi, ki se nanašajo na obdobje pred, med in po nastopu menopavze.

2.1 KLIMAKTERIJ

Klimakterij je obdobje pred, med menopavzo in po njej. Gre za daljše obdobje prehoda, ki lahko traja več let in se dogaja večinoma v starosti od 45. do 60. leta (Mlakar, 2007).

Žegura (2005, p. 49) navaja: »V času klimakterija, ki predstavlja obdobje petih do desetih let okrog menopavze, nastopijo menopavzalni simptomi in znaki.« To so lahko kratkoročne težave klimakterija, kot so navali vročine, nočno potenje, nespečnost, če pa te težave trajajo dalj časa, lahko privedejo do stalne utrujenosti, razdražljivosti, potrnosti, napadov strahu, motenj razpoloženja, slabše koncentracije in do težav s spominom. Ob tem pa se lahko pojavijo tudi težave s prebavili (zaprtost, driska, napihnjenost), težave z dihalni (zadihanost, kašelj), skeletne motnje (bolečine v sklepih in kosteh, zbadanje in bolečine v križu). Prav tako ista avtorica omenja, da se srednjeročne težave razvijejo v mesecih do letih po menopavzi, prizadenejo pa predvsem sečila in genitalije, kot so težave z uriniranjem oziroma zadrževanjem urina, slabši libido in dispareunija (boleči spolni odnosi). Povprečno pet do deset let po zadnji menstruaciji lahko nastopijo tako imenovane dolgoročne posledice menopavze; to so osteoporoza ter bolezni srca in ožilja.

2.2 MENOPAVZA

Obdobje reproduktivne aktivnosti žensk določata prva in zadnja menstruacija (menarha in menopavza). Menopavza je zadnja spontana menstruacija, ki jo določimo retrogradno, saj velja pravilo, da je zadnje perilo tisto, ki mu dvanajst mesecev ne sledi več nobeno redno mesečno perilo (Borko & Žegura, 2006, p. 111). Menopavza je sicer biološki dogodek (lahko je povzročena tudi umetno), lahko pa je vzrok za številne kratkoročne ali dolgoročne posledice, ki lahko vplivajo na kakovost življenja, včasih pa tudi na

življenjsko dobo (Franić, 2008). Franić (2008) navaja: »V kratkoročne posledice šteje mo vazomotorno nestabilnost, psihološke in psihosomatske motnje, v srednjeročne urogenitalni sindrom, v dolgoročne pa bolezni srca in ožilja, osteoporozo in Alzheimerjevo bolezen«.

Menopavza nastopi, ker jajčniki prenehajo normalno hormonsko delovati zaradi pomanjkanja foliklov, v katerih dozorevajo jajčne celice. Neredne krvavitve in zmanjšana oploditvena sposobnost so glavni znaki bližajoče se menopavze (Borko & Žegura, 2006). Menopavza nastopi v starosti 47–52 let (Meden Vrtovec, 2012, p. 13), avtorja Borko in Žegura (2006, p. 111) pa kot starost, pri kateri nastopi menopavza pri naših ženskah, omenjata obdobje med petinštiridesetim in petinpetdesetim letom, v povprečju pa nastopi pri dvainpetdesetem letu.

2.2.1 Zapoznela menopavza

Odstopanje od običajnega obdobja nastopa menopavze imenujemo zapoznela menopavza (Menopausis tarda), kadar je zadnja menstruacija po petinpetdesetem letu starosti (Borko & Žegura, 2006).

2.2.2 Prezgodnja menopavza

Za prezgodnjo menopavzo (Premature menopause) štejemo nastop menopavze pred petinštiridesetim letom starosti in kirurško menopavzo kot prenehanje menstruacije zaradi operativne odstranitve jajčnikov (Borko & Žegura, 2006).

2.3 PREDMENOPAVZA

Predmenopavza je obdobje od konca fertilnega obdobja do menopavze in je obdobje, v katerem se kažejo spremembe v menstrualnem ciklusu, a ima ženska še menstruacije (Borko & Žegura, 2006; Podlipnik, 2007). Meden Vrtovec (2005, p. 168) opredeljuje predmenopavzo kot obdobje pred menopavzo, ko se v organizmu ženske pojavijo znaki motenega notranjega ravnovesja, saj jajčnik v svojem delovanju popušča in ni zmožen pravilne reaktivnosti glede na hipofizo. Klinično se ciklusi, ko jajčna celica ne dozori in

se ne izloči iz jajčnika, kažejo kot neredne krvavitve, spremenljive po jakosti in trajanju (Meden Vrtovec, 2005, p. 168).

2.4 PERIMENOPAVZA

Perimenopavza obsega obdobje, v katerem se pojavljajo menopavzalne težave in neredne krvavitve, menstrualni ciklusi postajajo različno dolgi, bodisi se skrajšajo ali podaljšajo. To obdobje traja približno dve do pet let pred menopavzo in eno leto po menopavzi (Borko & Žegura, 2006, p. 111; Franić, 2008). Franić (2008) pravi, da se motnjam menstrualnega ciklusa, ki se začnejo v obdobju perimenopavze, pogosto pridružijo že vročinski navali in nočna potenja, motnje razpoloženja in tudi suhost nožnice, in to lahko že po 35. letu starosti.

Ker je proces prehoda skozi perimenopavzo dolg, pogosto zaznamovan s fizičnimi, psihološkimi in kognitivnimi spremembami, se ženske pogosto obračajo na zdravstvene delavce z željo, da bi dobile prave informacije, saj potrebujejo razlago o dolžini in lastnostih procesa ter pojasnila, kako lahko na njih vpliva prehod skozi perimenopavzo (McClosky, 2012).

2.5 POMENOPAVZA

Pomenopavza je opredeljena kot obdobje po menopavzi oziroma zadnji menstruaciji in se deli na zgodnjo (do pet let po zadnji menstruaciji) in pozno pomenopavzo (pet let po zadnji menstruaciji in do konca življenja) (Borko & Žegura, 2006; Podlipnik, 2007; Franić, 2008). Ženska v pomenopavzi ima večje nesorazmerje med hormoni estrogeni in androgeni, kar povzroča povečano telesno težo, večjo poraščenost, zvišan krvni tlak in motnje v presnovi maščob. Skoraj 60 % žensk v menopavzi ima preveliko telesno težo (Borko & Žegura, 2006, p. 113).

2.6 MENOPAVZALNI SINDROM

Avtorja Borko in Žegura (2006, p. 113) razlagata menopavzalni sindrom kot posledico hormonskih sprememb. Menopavzalni sindrom strokovnjaki opredeljujejo kot skupek

simptomov, ki se lahko kažejo kot psihični znaki in/ali kot organski znaki menopavzalnega sindroma ter so lahko zgodnji ali pozni.

2.6.1 Psihični znaki menopavzalnega sindroma

Med psihične znake menopavzalnega sindroma spadajo slabost, težave s koncentracijo, občutek manjvrednosti, neodločnost, pozabljenost, spremembe razpoloženja, agresivnost, strah, utrujenost, depresivnost, lahko celo samomorilne misli (Borko & Žegura, 2006, p. 113).

Menopavza je obdobje, kjer ženska doživlja psihične in fizične spremembe, ob tem jo zaradi hormonskih sprememb spremljajo tudi psihološke tegobe. Spremembe so opazne pri delovni učinkovitosti, motnjah koncentracije, motnem spanju, bolečinskih stanjih in še kje. Presnovne spremembe se kažejo v zvišani telesni teži in telesnem videzu; ob tem pride do spremenjene samopodobe, upada spolnega poželenja in zmanjšane aktivnosti ženske, kar se odraža tudi v odnosu do partnerja in v njunem spolnem življenju (Rakovec Felser, 2006, p. 380). 88 % vprašanih je v raziskavi, ki jo je izvedel Cumming, et al. (2007), navedlo, da verjamejo v pomembnost aktivnega spolnega življenja, vendar je od 53 % žensk z dispareunijo kar 51 % žensk skrilo svoje simptome. Le petina vprašanih je obravnavala svoje simptome z zdravstvenimi delavci in le 12 % s pomočjo predpisane zdravila. Ni pa nujno, da menopavza negativno vpliva na spolnost, saj so nekatere ženske po menopavzi še bolj dejavne, ker so osvobojene strahu pred nezaželeno nosečnostjo (Bernhard 2002, cited in Rozman, 2009, p. 132). Ziherl (2008) povzema, da ni nobenega razloga, da bi te ženske ne uživale v spolnosti in si je želele, tako kot so to počele do menopavze, če so sicer zdrave in imajo ob sebi ljubečega partnerja, ter ob pogoju, da med njima poteka ustrezno sporazumevanje o svojih željah, občutkih in čustvih.

2.6.2 Organski znaki menopavzalnega sindroma

Organski znaki menopavzalnega sindroma se v opisu avtorjev Borko in Žegura (2006, p. 113) delijo na zgodnje in pozne.

Med zgodnjimi organskimi znaki so najpogostejši polivi vročine, znojenje, rdečica in razbijanje srca (vazomotorni simptomi), med pozne organske znake pa prištevata suho in uvelo kožo, suho nožnico, povešene dojke (Borko & Žegura, 2006).

V kasnejšem pomenopavzalnem obdobju se tanjšanju sluznic v genitalnem sistemu pridruži še tanjšanje sluznic v urinarnem sistemu (urogenitalna atrofija), kar se kaže v ponavljajočih se vnetjih zunanjega spolovila in nožnice, neprijetnemu srbenju zunanjega spolovila in nožnice, trdovratnih izcedkov iz nožnice, spremljajo pa ga tudi pogosto uriniranje (mikcija), ponavljajoča se vnetja sečnega mehurja (rekurentni cistitisi) in urinska inkontinenca (Borko & Žegura, 2006, p. 113).

Vaginalno neugodje, ki nastane zaradi stanjšanja genitalnih sluznic in suhe nožnice, ima po raziskavi Domoney, et al. (2013) znaten vpliv na ženske po menopavzi, saj se zaradi bolečih spolnih odnosov intimnosti izogiba kar 69 % žensk in 76 % moških. Kot menijo avtorji raziskave, ženske ob tem ne bi smele pozabiti terapevtskih možnosti, kot je lokalno zdravljenje z estrogenskimi kremami (58 % uporabnic je poročalo o manj bolečih spolnih odnosih), zdravstveni delavci pa bi lahko izboljšali rezultate z bolj odprto komunikacijo in spodbujali pacientke, da se o težavah z njimi pogovarjajo.

Franić (2007) pravi, da so v zgodnji pomenopavzi najpogostejši nevrovegetativni simptom vročinski navali, v kasni pomenopavzi pa osteoporoza, bolezni srca in ožilja ter uroginekološko staranje.

Znano je, da imajo spolni hormoni, predvsem estrogeni, pri ženskah pomembno zaščitno vlogo in vplivajo na nekatere dejavnike tveganja, ki povzročajo aterosklerotične spremembe. Namreč, po menopavzi upade količina hormonov in njihov zaščitni učinek preneha, zato se pri ženskah povečajo vrednosti holesterola in maščob v krvi, zniža se zaščitni HDL holesterol, poviša se krvni tlak, razvije se inzulinska rezistenca. Zaradi vseh teh dejavnikov se pri ženskah v menopavzi močno pospeši proces ateroskleroze in značilno se poveča tveganje za nastanek srčno-žilnih bolezni (Borko & Žegura, 2006).

Poleg tega da menopavza vpliva na srčno-žilne bolezni, povzroča tudi osteoporozo. Borko in Žegura (2006) navajata: »Osteoporozo je bolezen, pri kateri ugotavljamo zmanjšanje količine in kakovosti kostnega tkiva (delno je odvisna od ugašanja dejavnosti jajčnikov) in je glavni (čeprav ne edini) razlog za prelome kosti žensk v pomenopavzalnem in starostnem obdobju. Osteoporozo najpogosteje prizadene kosti rok, vretenc, kolka in stegenice.« Osteoporozo je pogostejša pri ženskah, ki opravljajo sedeče delo in so telesno neaktivne, pri ženskah z nezdravimi razvadami (kajenje, čezmerno uživanje kave, alkohola), pri ženskah z nepravilno prehrano (premalo beljakovin, kalcija in vitamina D), pri ženskah, ki dalj časa jemljejo določena zdravila (kortikosteroidi, diuretiki, antikoagulantni, antihipertenzivi), pri ženskah z družinsko anamnezo osteoporoze in pri ženskah po operativni odstranitvi jajčnikov (Borko & Žegura, 2006, p. 115). Podlipnik (2008) poudarja, da je za preprečevanje osteoporoze zelo pomembno gibanje, predvsem hitra hoja, razne sprostivne vaje in joga.

Najpogostejši simptomi, ki jih ženske občutijo v perimenopavzi in menopavzi in pomembno vplivajo na kakovost življenja, so po navedbah avtorice Petkovič (2007) vazomotorični simptomi, ki jih 75 % žensk opisuje kot vročinske oblike in potenje, ob tem pa so prisotne še motnje spanja in nihanje razpoloženja. Avtorica pravi, da je dokazano, da pomembno zmanjšata te simptome fizična aktivnost in hormonsko nadomestno zdravljenje (HNZ).

2.7 HORMONSKO NADOMESTNO ZDRAVLJENJE

Znano je dejstvo, da menopavza ni bolezen, pač pa normalno prehodno obdobje v življenju vsake ženske, vendar so pri nekaterih ženskah klimakterične težave tako izrazite ali dolgotrajne, da močno okrnijo kakovost življenja ali pa vodijo v razvoj različnih bolezni, zato je v takih primerih smotrna uporaba hormonskega nadomestnega zdravljenja (HNZ), da se težave omilijo ali odpravijo in da se kakovosti življenja izboljšanja (Žegura, 2005).

Temelj HNZ je dodajanje estrogenov, uporablja pa se tudi kombinacija estrogenov in gestagenov. HNZ je lahko sistemsko (oralno ali parenteralno) ali lokalno, pri čemer so

odmerki hormonov nižji pri parenterani uporabi v primerjavi z oralno uporabo, lokalno uporabljeno HNZ pa nima sistemskega učinka (Žegura, 2005).

Avtorici Žegura in Gužič-Salobir (2009) navajata, da »hormonsko nadomestno zdravljenje (HNZ) lahko deluje zaščitno na srčno-žilni sistem, če se prične zgodaj, že v perimenopavzi ali zgodnji menopavzi«. Poudarjata pa, da je treba upoštevati primarne preventivne ukrepe na področju življenjskih navad, kot so: opustitev kajenja, primerna prehrana, zadostna telesna dejavnost, vzdrževanje ustrezne telesne teže ter vzdrževanje normalnega krvnega tlaka, zdravljenje sladkorne bolezni in hiperlipidemije. Tudi Meden-Vrtovec (2008) v svojem preglednem članku poudarja soglasnost strokovnjakov, da »so koristi HNZ večje od tveganj uporabe tedaj, kadar se HNZ uvede takoj po menopavzi«.

Faubion, et al. (2015) navajajo: "Ženske, ki so doživele prezgodnjo ali zgodnjo menopavzo, morajo prejeti individualno hormonsko terapijo in svetovanje", da se preprečijo dolgoročne posledice škodljivih učinkov prezgodnje ali zgodnje menopavze na kognitivno zdravje, razpoloženje, na bolezni srca in ožilja, na spolno zdravje in na zdravje kosti, kot tudi zaradi povečanega tveganja za zgodnjo umrljivost. Omenjajo, da je dokazano, da hormonska nadomestna terapija zmanjšuje nekatera tveganja, vendar ne vseh tveganj.

Welton, et al. (2008) so v obsežni raziskavi, ki je potekala v Veliki Britaniji, Avstraliji in na Novi Zelandiji, dokazali signifikantno pomembno zmanjšanje nekaterih simptomov pri ženskah v menopavzi, ki so jemale kombinirano HNZ (estrogen in progesteron). Po enoletnem jemanju kombiniranih HNZ so se pomembno zmanjšali vazomotorni simptomi, izboljšala se je spolna funkcija in zmanjšali so se problemi s spanjem: manj je bilo vročinskih oblivov, nočnega potenja, bolečin v mišicah in sklepih, nespečnosti, suhosti nožnice. Niso pa dokazali vpliva na depresijo ali druge opazovane simptome. Ugotavljajo, da lahko kombinirano HNZ izboljša kvaliteto življenja, povezano z zdravjem, tudi če se zdravljenje s HNZ začne več let po menopavzi.

Tudi Franić (2008) meni, da HNZ ostaja zdravljenje izbire pri odpravljanju klimakteričnih težav v perimenopavzi in zgodnji menopavzi, saj ima hkrati z lajšanjem težav pomemben ugoden vpliv na ohranjanje mineralne gostote kosti, na preprečevanje nastanka urogenitalnega sindroma in na razvoj ateroskleroze. Poudarja, da je ključno začeti z najmanjšim mogočim odmerkom HNZ čim prej ob menopavzi in tudi kasneje, je pa seveda trajanje uporabe odvisno od indikacije in potreb posameznice.

Vickers, et al. (2007) pa kot rezultate svoje raziskave prikazujejo dejstvo, da HNZ poveča tveganje za nastanek bolezni srca in tromboembolijo, kadar se HNZ začne več let po menopavzi (ženske po 63 letu starosti; 15 let po menopavzi). Dodajajo, da bi bile potrebne dodatne raziskave za oceno dolgoročnih koristi in tveganj, kljub temu da je bilo narejenih že precej raziskav na temo HNZ.

Podlipnik (2008) opisuje možnost posluževanja drugih zdravil ali rastlinskih pripravkov, kadar ženska z menopavznimi težavami ni primerna za HNZ ali ga ne želi. Za psihične težave se predpisujejo antidepresivi in uspavala, sicer pa se svetuje pripravek na osnovi soje, črne detelje, cimecifuge racemoze (CR), prehrana naj bo varovalna (olivno olje, ribe, temna čokolada).

2.8 OPREDELITEV IN DOJEMANJE ZDRAVJA

Zdravje je ena temeljnih prvin našega življenja, saj zadovoljuje potrebo po preživetju in kakovostnem življenju (Štern, 2007, p. 321).

Svetovna zdravstvena organizacija je leta 1948 v svoji ustanovni listini sprejela definicijo zdravja, in sicer opredeljuje zdravje kot stanje popolnega fizičnega, mentalnega in socialnega ravnovesja in ne samo kot odsotnost težav in bolezni (World Health Organisation (WHO), 1948). Zdravje se opredeljuje kot največja vrednota in je eden glavnih pogojev za ustvarjanje in povečanje družbene blaginje sodobnih družb, kar pa zahteva sodelovanje tako posameznika kot celotne družbe (Vertot, 2010). Zdravje je po mnenju Kaminove (2006) ne le stanje, pač pa je kot način življenja tudi proces, vrednota in

norma, pa tudi kontinuum, ki vodi po eni strani v bolezen in smrt, po drugi strani pa v neskončnost.

Avtorica Zurc (2010, p. 40) v svojem prispevku govori o tem, da si vsak posameznik (poleg genetskih dejavnikov, ki jih prinese s seboj ob rojstvu) sam oblikuje svoje zdravje v prav vsakem življenjskem obdobju z zdravim načinom življenja, ki ga opredeljujejo navade in vedenja ter vzorci razmišljanja in obnašanja. Selič (2007, p. 10) povzema, da obnašanje, povezano z zdravjem, in ki je namenjeno ohranjanju zdravja, zajema med drugim redno telesno vadbo in uravnoteženo prehrano.

2.8.1 Dejavniki tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni, povezani z zdravju škodljivimi vzorci vedenja

Sodobne bolezni, ki ogrožajo prebivalstvo razvitih dežel (rak, bolezni srca in ožilja, sladkorna bolezen ipd.), so močno povezane z dejavniki tveganja oziroma z zdravju škodljivimi vzorci vedenja, kot so kajenje, telesna neaktivnost, slabe prehranjevalne navade in neustrezna prehrana (Žalar, 2009). Žalar (2009) povzema izsledke svoje raziskave o seznanjenosti prebivalcev z dejavniki tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja ter ugotavlja, da je seznanjenost prebivalcev z dejavniki tveganja slaba in da si je treba čim bolj prizadevati za dvig nivoja znanja, za osvojitvev in udeleževanje zdravega življenjskega sloga v vsakdanjem življenju s pomočjo promocije zdravja in zdravstvene vzgoje.

2.9 POMEN ZDRAVEGA NAČINA ŽIVLJENJA PRI LAJŠANJU MENOPAVZALNIH TEŽAV

Menopavzalne težave lahko po jakosti ocenimo z različnimi standardiziranimi vprašalniki, s katerimi ovrednotimo posamezne menopavzalne težave. Znano dejstvo je, da organske in psihične težave, ki jih ženske navajajo, zmanjšujejo njihovo kvaliteto življenja (Borko & Žegura, 2006, p. 113).

Redno gibanje in druge elemente aktivnega življenjskega sloga, kot na primer zdravo prehrano in/ali izogibanje nezdravim razvadam, vse pogosteje uporabljamo ne le za pre-

prečevanja, pač pa tudi za zdravljenje in upočasnitev napredovanja že prisotnih oblik kroničnih bolezni. Aktivni življenjski slog in redno gibanje sta pomembna varovalna dejavnika zdravja (Lainščak, 2005; Labrinoudaki, et al., 2013; Marn Radoš & Ščepanović, 2014).

Mnoge ženske v perimenopavzalnem obdobju poročajo o povečani stopnji tesnobe, razdražljivosti in nihanju razpoloženja. Študije kažejo, da lahko fizično aktivni ljudje zmanjšajo tesnobo in depresijo s prakticiranjem joge (Kumar, et al., 2013).

Skupina strokovnjakov (ESHRE Capri Workshop Group, 2011) v svojem prispevku opozarja, da se ženskam v perimenopavzi telesna teža poveča, zato je potrebna redna telesna aktivnost. Nujno je, da prenehajo kaditi pred menopavzo, saj se kasneje tveganje za akutni miokardni infarkt močno poveča. Srčno-žilne dogodke je mogoče zmanjšati z zmanjševanjem dejavnikov tveganja, kot so hipertenzija, zvišani lipidi in telesna teža. Tveganje za nastanek raka dojke se poveča z dolgotrajno uporabo HNZ, zmanjšano telesno aktivnostjo, povečanim vnosom kalorij in alkohola. Kajenje in alkohol lahko povečata tveganje za možganske motnje, predvsem demenco in Parkinsonovo bolezen, preudarna prehrana in telesna vadba pa sta dosledno povezani z zmanjšanim tveganjem. Po 50. letu starosti se poveča frekvenca osteoartroznih sprememb, debelost pa tveganje poviša za trikrat. Tveganje za osteoporozo je mogoče zmanjšati s prenehanjem kajenja, ustreznim vnosom vitamina D in redno rekreacijo.

Telesna vadba je že vrsto let priznana kot pomemben dejavnik pri izboljševanju zdravja, Mandler (2012) pa poudarja plavanje kot posebno ugodno telesno aktivnost za ženske po menopavzi, saj po nedavni raziskavi, ki je trajala 24 tednov, znižuje telesno maščobo za 15 %, znižuje krvni tlak za 8 %, aktivnost v vodi izboljšuje splošno moč telesa, zaščitno pa deluje tudi za sklepe, zlasti kolke in kolena.

Spremembe življenjskega stila v času perimenopavze lahko zmanjšajo verjetnost in resnost bolezni srca in kroničnih bolezni v kasnejših letih, s tem pa tudi stroške zdravstvene oskrbe starejših žensk (ESHRE Capri Workshop Group, 2011).

2.10 ZDRAVSTVENO-VZGOJNO SVETOVANJE IN VLOGA MEDICINSKE SESTRE

Mander (2012) opozarja, kako je pomembno, da se posamezniki in zdravstveni delavci zavedajo sprememb, ki jih prinese to obdobje, prav tako pa bi posamezniki morali vedeti, kaj in kako lahko storijo sami, da bi se izognili težavam. Toda žal nasvete, ki posameznikom ponujajo možnosti izboljšanja kakovosti življenja, zdravstveni delavci premalokrat podajo.

Cumming, et al. (2015) ugotavlja, da zdravstveni delavci še naprej dopuščamo, da ženskam v menopavzi niso dostopne vse informacije, da dobijo netočne ali napačne podatke ali da nimajo dostopa do ustrezne zdravstvene oskrbe. Ceno za to plačujejo ženske, ki živijo s posledicami, povezanimi z menopavzo, ki bi se jih dalo preprečiti in ki posledično negativno vplivajo na zdravje in zdravstveno ekonomijo.

Franić (2008) povzema, da lahko pri preprečevanju bolezni veliko storimo s primarno preventivo (svetujemo zdrav način življenja, zdravo prehrano in redno telesno dejavnost) že pri mlajših ženskah (12–45 let), kar je najcenejša naložba za vsako družbo. Vendar pa žal mlajše ženske niso dovolj dovzetne za dojetanje primarne preventive kot naložbo za starejša leta, zato pogosto sekundarna preventiva (med 45–65 leti) že zahteva tudi zdravljenje z zdravili.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati odnos žensk, ki so v obdobju menopavze, do zdravja splošno in do težav z zdravjem, povezanih s perimenopavzo in menopavzo. Zanimal nas je predvsem njihov subjektivni vidik in njihovo doživljanje tega življenjskega obdobja. Želeli smo raziskati, na kakšen način se spoprijemajo s težavami, ki jih prinese to življenjsko obdobje. Zanimala nas je tudi informiranost žensk o menopavzi. Z raziskavo smo želeli doseči lastno razumevanje žensk v tem obdobju.

Cilji diplomskega dela so:

- opisati vpliv perimenopavze in menopavze na somatsko, duševno in spolno zdravje žensk,
- ugotoviti odnos menopavzalnih žensk do svojega zdravja in ugotoviti pomembnost zdravja na lestvici vrednot,
- proučiti povezavo izbranih socialno-demografskih značilnosti z oceno trenutnega zdravstvenega stanja,
- ugotoviti način iskanja informacij, povezanih z zdravjem in menopavzo, in če so zanje pridobljene informacije dovolj pomembne.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalna vprašanja, na katera smo z raziskavo skušali odgovoriti, so bila:

- kako ženske v perimenopavzi in menopavzi ocenjujejo svoje splošno zdravje,
- kakšna so subjektivna stališča žensk ob prehodu v perimenopavzo v odnosu do zdravja,
- kako ženske samoocenjujejo menopavzalne simptome glede na težavnost,
- na kakšen način ženske skrbijo za svoje zdravje s svojim življenjskim slogom,
- kakšen odnos imajo ženske v menopavzi do svojega zdravja,

- kje ženske pridobijo največ informacij v zvezi z menopavzo in zdravjem in kakšen pomen imajo zanje pridobljene informacije,
- kako so ženske doživljale prehod v perimenopavzo in menopavzo (skrbi, strah).

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na empirični neeksperimentalni metodologiji, kjer je bila metoda raziskovanja v teoretičnem delu deskriptivna metoda pregleda domače in tuje literature s področja zdravja splošno, menopavze in perimenopavze. Podatke smo iskali preko bibliografskih baz podatkov EBESCOhost (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature – CINAHL, Medline, SpringerLink) in si pomagali z vzajemno bibliografsko-kataložno bazo podatkov (COBIB.SI). Pri pregledu literature smo se omejili na jezik (iskali smo le literaturo v slovenskem in angleškem jeziku), postavili pa smo tudi starostno omejitev predvidene uporabljene literature, in sicer smo se omejili na raziskave zadnjih desetih let. Ključne besede, uporabljene pri iskanju literature, so bile: zdravje, odnos do zdravja, menopavza, perimenopavza, simptomi v perimenopavzi, simptomi v menopavzi, health, menopause, perimenopause, symptoms.

V empiričnem delu je bila uporabljena kvantitativna metoda raziskovanja, ki je temeljila na analizi podatkov, pridobljenih s pisnim strukturiranim vprašalnikom ter z enim širšim odprtim vprašanjem, katerega smo skušali interpretirati s kvalitativno metodo raziskovanja.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

V raziskavi je bil kot merski instrument uporabljen strukturiran vprašalnik, ki smo ga sestavili na podlagi pregleda strokovne literature, deloma pa je bil povzet po Menopase Rating Scale (MRS) (ZEG Berlin, n.d.), validiranem vprašalniku, ki je bil razvit v Nemčiji in je namenjen oceni težav žensk v menopavzi, njegova podlaga pa je bila obsežna mednarodna raziskava (Heinemann, et al., 2004). Vprašalnik je preveden v 25

jezikov, vendar ga v slovenščini ni, zato smo ga prevedli iz hrvaškega in angleškega jezika. Za uporabo vprašalnika v raziskavi nismo potrebovali dovoljenja avtorjev. Vprašalnik je bil prirejen za potrebe naše raziskave. Testiran je bil na sedmih anketirankah, po pilotnem testiranju smo vprašalnik glede na rezultate dopolnili. Zanesljivost vprašalnika je bila preverjena na podlagi koeficienta Cronbach alfa, in sicer v treh sklopih trditev: za sklop subjektivnih stališč doživljanj v obdobju perimenopavze ($N = 16$, $\alpha = 0,817$), za sklop vprašanj v zvezi z doživljanjem simptomov ($N = 11$, $\alpha = 0,857$) ter za sklop trditev, vezanih na način in pogostost iskanja informacij o menopavzi ($N = 7$, $\alpha = 0,845$). Skupna vrednost koeficienta Cronbach alfa je bila 0,813, kar kaže na dobro zanesljivost instrumenta, saj je koeficient Cronbach alfa presegel spodnji prag 0,7, ki v strokovni literaturi določa sprejemljivo stopnjo zanesljivosti instrumenta (Cenčič, 2009).

Vprašalnik je bil razdeljen v tri sklope vprašanj: prvi sklop je vseboval demografske podatke, kot so starost v letih, stopnja izobrazbe, zakonski stan itd. V drugem sklopu smo spraševali po subjektivnem odnosu žensk do zdravja in težav v perimenopavzi ter o morebitnih težavah žensk v menopavzi glede somatskega, psihičnega, urogenitalnega oziroma spolnega zdravja. V tretjem delu pa se je vprašalnik nanašal na življenjski slog, na morebitne razvade, odnos do zdravja in dostopnost do informacij, povezanih z menopavzo.

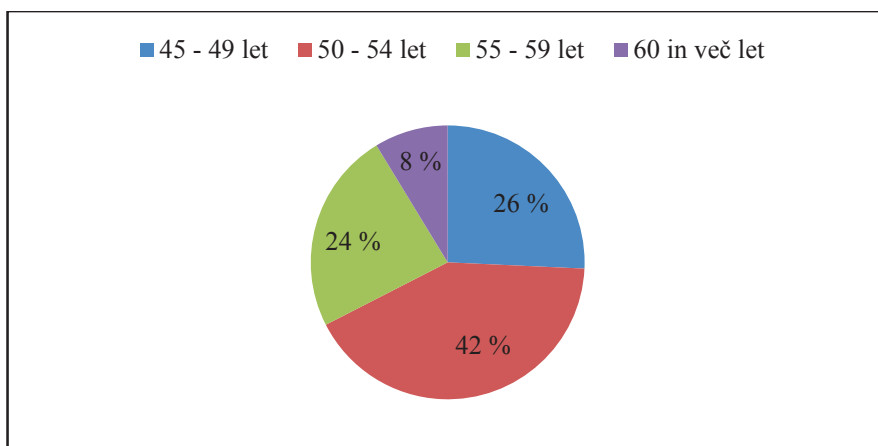
Vprašalnik je vseboval zaprta in odprta vprašanja, nekaj vprašanj izbirnega tipa in trditve, pri kateri smo nekje uporabili ocenjevalno lestvico ter Likartovo lestvico stališč petih stopenj, pri čemer je pomenilo 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam.

Vprašalnik je bil anonimen in v skladu z etičnimi načeli Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) ter z etičnimi načeli v raziskovanju. Pridobili smo dovoljenje vodstva ustanove, kjer je bila raziskava izvedena.

3.3.3 Opis vzorca

Izbrali smo slučajnostni sistematični vzorec, vanj smo vključili ženske, ki so imele opredeljenega izbranega osebnega zdravnika v Zdravstvenem zavodu Revita, ki ima svoj sedež v Ljubljani na Peričevi ulici 31. Vzorec anketirank je bil omejen s starostjo med 45 in 60 let. S pomočjo računalniškega programa smo iz abecednega seznama vseh žensk predvidene vključitvene starosti izbrali vsako peto žensko. Vzorec je vključeval 120 anketirank, pričakovali smo 80 % odzivnost.

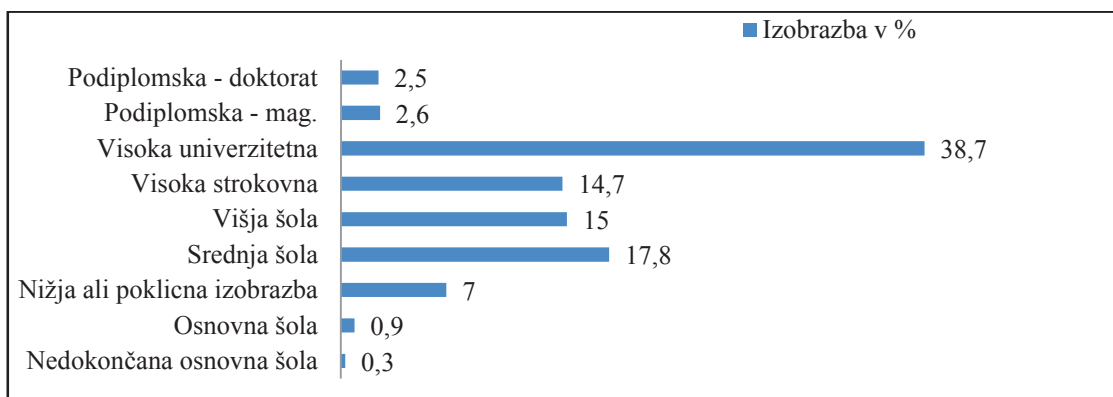
V raziskavi je sodelovalo 100 žensk, kar predstavlja 83 % odzivnost. Največ anketirank (9,8 %) je bilo starih 52 let. Zaradi lažje opredelitve starosti vprašanih, smo starostna obdobje razdelili na petletne skupine; 45–49 let, 50–54 let, 55–59 let ter 60 in več let. Največja starostna skupina je bila 50–54 let (41,7 %) – 41 vprašanih, 24 (25,7 %) jih je bilo starih 45–49 let, nad 55 let pa jih je bilo 35 (32,5 %) vprašanih, kar je prikazano na sliki 1.



Slika 1: Starostna struktura po skupinah (N = 100)

Povprečna starost sodelujočih žensk je bila 52,98 let, minimalna starost 45 let ter maksimalna 61 let. Povprečna teža anketirank je bila 70,41 kg, povprečna višina 166,3 cm, povprečen indeks telesne mase (ITM) pa 25,41 kg/m².

Analiza formalne izobrazbene strukture, ki je prikazana v sliki 2, je pokazala, da je bilo največ, kar 38 (38,7 %), anketirank z visokošolsko univerzitetno izobrazbo, najmanj, le 3 (1,2%), vprašanih žensk je kot formalno izobrazbo navedlo samo dokončano ali nedokončano osnovno šolo.



Slika 2: Izobrazbena struktura (N = 100)

Zaposlitveni status žensk, ki so sodelovale v raziskavi, pove, da je bilo 83 (81,8 %) žensk zaposlenih, 7 (10,1 %) nezaposlenih in le 9 (7 %) je bilo upokojenih. Ena anketiranka na vprašanje ni odgovorila. Na vprašanje o finančnem statusu se je 65 (63,1 %) vprašanih opredelilo, da zaslužijo ravno dovolj, 9 (10,4 %) jih meni, da zaslužijo celo več, kot potrebujejo, 25 (25,8 %) vprašanih pa s svojim zaslužkom ni zadovoljnih. Ena anketiranka ni podala odgovora. Na vprašanje, s kom živijo, je 50 (48,4 %) vprašanih odgovorilo, da živijo z možem/partnerjem in otroci, 23 (22,3 %) jih živi s partnerjem/možem brez otrok, med vprašanimi je bilo 15 (15,5 %) mater samohranilk – živijo same z otroci, 11 (13,6 %) anketirank pa živi popolnoma samih. 1 (0,2 %) anketiranka je odgovorila, da živi s starši. Za formalni zakonski stan je 60 (52,9 %) vprašanih žensk odgovorilo, da je poročenih, 14 (16,8 %) je bilo razvezanih, 12 (16,5 %) jih je živelo v zunajzakonski skupnosti, 8 (9,3 %) je bilo samskih in niso bile nikoli poročene, 4 (2,6 %) so ovdovele, 2 (2 %) pa nista odgovorili na postavljeno vprašanje.

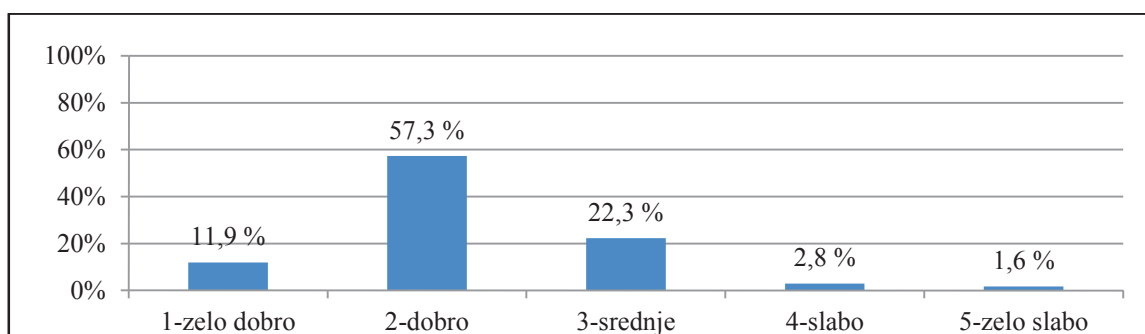
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala na primarni ravni zdravstvenega varstva, in sicer v osnovni zdravstveni dejavnosti – v ambulanti družinske medicine. Izbranim ženskam zasebne

zdravstvene ustanove smo na dom poslali vprašalnik s prošnjo za sodelovanje v raziskavi in s priloženo kuverto in poštno znamko, da so izpolnjen vprašalnik lahko po pošti vrnile. Vzorčenje je potekalo v mesecu oktobru 2014. Pridobljene podatke iz vprašalnika smo obdelali s programoma Excel in SPSS, verzija 20,0. Socialno-demografske podatke smo obdelali z deskriptivno statistiko. Za statistične spremenljivke smo izračunali frekvence, odstotke, mere srednje vrednosti (aritmetično sredino) in razpršenosti (standardni odklon). Statistično pomembne razlike med skupino žensk, ki so v predmenopavzi/perimenopavzi, in skupino žensk, ki so že v menopavzi, smo ugotavljali s t-testom, za oceno korelacijskih povezav pa smo uporabili Pearsonov korelacijski koeficient. Statistično pomembnost je predstavljala vrednost $p \leq 0,05$. Podatke smo ponazorili s pomočjo tabel in slik.

3.4 REZULTATI

O svojem trenutnem splošnem zdravstvenem stanju je 58 (57,3 %) vprašanih odgovorilo, da je dobro, 12 (11,9 %) jih je menilo, da je njihovo zdravje zelo dobro, 22 (22,3 %) je bilo s svojim zdravjem srednje zadovoljnih. 3 (2,8 %) anketiranke so svoje zdravje označilo kot slabo, 2 (1,6 %) vprašani pa sta menili, da je njuno trenutno splošno zdravje zelo slabo. 3 anketiranke (4,1 %) svojega mnenja niso podale.



Slika 3: Samoocena trenutnega splošnega zdravstvenega stanja (N = 97)

Podatki o samooceni trenutnega splošnega zdravstvenega stanja so prikazani na sliki 3. Povprečna samoocena anketirank glede trenutnega splošnega zdravstvenega stanja je bila 2,23, srednja vrednost je bila 2 (dobro), s standardnim odklonom 0,784. Nanašajoč se na vprašanje o splošnem zdravstvenem stanju smo anketiranke povprašali o

morebitnih kroničnih nenelezijskih boleznih. 69 (70,4 %) vprašanih ni imelo katere od kroničnih nenalezljivih bolezni, 1 (1,9 %) ni vedela, da bi imela kronično nenalezljivo bolezen, 29 (26,4 %) vprašanih pa je imelo vsaj 1 od teh bolezni. Ena anketiranka na vprašanje ni odgovorila. Zanimala nas je tudi pogostost obiska pri ginekologu. Rezultati kažejo, da je 33 (34 %) anketirank ginekologa obiskovala enkrat letno, 27 (27,2 %) na vsake tri leta, 18 (17,3 %) jih je šlo h ginekologu enkrat na dve leti, 6 (7,2 %) pa celo večkrat letno, 13 (12,1 %) vprašanih žensk ni bilo pri ginekologu že več kot tri leta, dve ženski (0,8 %) pa sta odgovorili, da ginekologa sploh ne obiskujeta. Ena anketiranka na vprašanje ni odgovorila. Da so že v menopavzi, je odgovorilo 62 anketirank. Ob nastopu menopavze je bila povprečna starost 48,39 let, podatke prikazuje tabela 1.

Tabela 1: Starost ob nastopu menopavze

| | N | Povprečna vrednost | Mediana | Standardni odklon | Minimalna starost | Maksimalna starost |
|------------------------------|----|--------------------|---------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Starost ob nastopu menopavze | 62 | 48,39 | 49,5 | 5,186 | 33 | 57 |

N = število odgovorov, Mediana = srednja vrednost

Na vprašanje o rednosti menstruacije je 18 (21 %) žensk odgovorilo, da je njihova menstruacija neredna, 15 (16,9 %) jih ima še redno menstruacijo, 4 (2,2 %) pa so odgovorile, da menstruacije nimajo zaradi drugih razlogov (maternični vložek Mirena). Da menstruacije nimajo že več kot 12 mesecev, je odgovorilo 42 (38,2 %) vprašanih, 7 (6,3 %) vprašanih žensk pa nima več menstruacije zaradi ginekološke operacije (odstranitev maternice ali jajčnikov). 14 (15,4 %) žensk na vprašanje ni odgovorilo.

Za ženske, ki imajo še redno menstruacijo, tiste, ki imajo neredno menstruacijo, in tiste, ki menstruacije nimajo zaradi drugih vzrokov (maternični vložek Mirena), lahko predvidevamo, da so v predmenopavzi oziroma v perimenopavzi. Teh žensk je 37 (40,1 %); žensk, ki so zanesljivo v menopavzi pa je 49 (44,5 %).

V raziskavi smo želeli ugotoviti subjektivna stališča žensk do doživljanja težav v perimenopavzi v odnosu do zdravja. Uporabljena je bila Likartova lestvica stališč petih stopenj, pri čemer je pomenilo 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno

se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam. Glede na srednjo vrednost (mediana) so se anketiranke delno strinjale (mediana 3) z dejstvom, da so jih žalostili znaki staranja, ki so jih opazale, mučila jih je utrujenost in izčrpanost zaradi nespečnosti in bilo jih je strah jemati HNZ zaradi mogočih neželenih učinkov. Delno so se tudi strinjale (mediana 3) z zadovoljstvom ob dejstvu, da jim ni treba več skrbeti zaradi neželene nosečnosti. Večinoma se anketiranke (mediana 1) popolnoma niso strinjale z dejstvom, da bi se počutile manj žensko, ker niso več v rodni dobi. Rezultati drugih trditev kažejo, glede na srednjo vrednost, da se z večino trditev anketiranke niso strinjale (mediana 2). Zanimalo nas je, koliko vprašanih se je s podanimi trditvami o subjektivnem stališču doživljanja težav v perimenopavzi v odnosu do zdravja iz vprašalnika strinjalo ali močno strinjalo. Rezultati kažejo, da je imelo 12 (12,4 %) anketirank skrbi, ker jim je nenadoma poskočil krvni tlak, 21 (21,4 %) anketirank se je počutilo prestrašeno, ko jim je včasih srce začelo močno razbijati, 10 (10,4 %) vprašanih je čutilo nerazumevanje okolice zaradi nihanja razpoloženja, 17 (17,5 %) anketirank je čutilo razrahljan odnos s partnerjem zaradi zmanjšane zanimanja za spolnost, 16,3 % žensk se je sramovalo urinske inkontinence, 12 (12,3 %) žensk je menilo, da se o težavah, ki jih doživljajo, težko pogovarjajo, 20 (20,6 %) žensk je žalostilo dejstvo, da so opazile prve znake staranja, 17 (17,7 %) anketirank se je strinjalo ali zelo strinjalo z mnenjem, da je njihova samopodoba spremenjena, 32 (32,7 %) vprašanih se je počutilo utrujeno in popolnoma izmučeno zaradi nespečnosti, 39 (40,6 %) vprašanih se je strinjalo ali zelo strinjalo z zadovoljstvom, da jim ni treba več skrbeti zaradi neželene nosečnosti, 10 (10,3%) ženskam se je v obdobju perimenopavze zdelo, da se jim je življenje postavilo na glavo, 9 (9,4 %) vprašanih se je počutilo manj žensko, ker ni več v rodni dobi, 13 (13,8 %) vprašanih je menilo, da na to obdobje niso bile dovolj pripravljene, 13 (13,7 %) žensk je bilo zadovoljnih, da si lahko pri premagovanju menopavzalnih težav pomagajo s HNZ, 46 (48,9 %) vprašanih se je strinjalo ali zelo strinjalo s trditvijo, da jih je strah jemanja HNZ zaradi mogočih neželenih učinkov, in 25 (26 %) vprašanih žensk je menilo, da o možnostih lajšanja menopavzalnih težav sploh premalo ve. Rezultati so prikazani v tabeli 2.

Tabela 2: Subjektivna stališča do težav v perimenopavzi

| Trditve | N | 1 N (%) | 2 N (%) | 3 N (%) | 4 N (%) | 5 N (%) | Mean | SD | Medi- ana |
|--|----|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------|-------|--------------|
| Skrbi, ker je krvni tlak naenkrat po-skočil. | 97 | 42 (43,3%) | 25 (25,8%) | 18 (18,6%) | 6 (6,2%) | 6 (6,2%) | 2,06 | 1,197 | 2,00 |
| Prestrašenost zaradi močnega razbijanja srca. | 98 | 28 (28,6) | 25 (25,5%) | 2 (24,5%) | 15 (15,3%) | 6 (6,1%) | 2,45 | 1,228 | 2,00 |
| Nerazumevanje zaradi nihanja razpoloženja. | 97 | 29 (29,9%) | 25 (25,8%) | 33 (34,0%) | 8 (8,2%) | 2 (2,1%) | 2,27 | 1,046 | 2,00 |
| Manjše zanimanje za spolnost, zato razrahljan odnos s partnerjem. | 97 | 21 (21,6%) | 32 (33%) | 27 (27,8%) | 14 (14,4%) | 3 (3,1%) | 2,44 | 1,080 | 2,00 |
| Sram zaradi uhajanja urina. | 98 | 35 (35,7%) | 22 (22,4%) | 25 (25,4%) | 12 (12,2%) | 4 (4,1%) | 2,27 | 1,189 | 2,00 |
| O težavah, ki jih doživljam, se težko pogovarjam. | 98 | 31 (31,6%) | 37 (37,8%) | 18 (18,4%) | 9 (9,2%) | 3 (3,1%) | 2,14 | 1,065 | 2,00 |
| Žalost zaradi prvih znakov staranja. | 97 | 17 (17,5%) | 28 (28,9%) | 32 (33%) | 16 (16,5%) | 4 (4,1%) | 2,61 | 1,085 | 3,00 |
| Spremenjena samopodoba. | 96 | 28 (29,2%) | 25 (26%) | 26 (27,1%) | 13 (13,5%) | 4 (4,2%) | 2,38 | 1,163 | 2,00 |
| Utrujenost in izmučenost zaradi nespečnosti. | 98 | 19 (19,4%) | 17 (17,3%) | 30 (30,6%) | 18 (18,4%) | 14 (14,3%) | 2,91 | 1,309 | 3,00 |
| Zadovoljstvo, ker ni treba več skrbeti zaradi neželene nosečnosti. | 96 | 20 (20,8%) | 21 (21,9%) | 16 (16,7%) | 20 (20,8%) | 19 (19,8%) | 2,97 | 1,440 | 3,00 |
| Občutek, da se je življenje postavilo na glavo. | 96 | 29 (30,2%) | 33 (34,4%) | 24 (25%) | 8 (8,3%) | 2 (2,1%) | 2,18 | 1,026 | 2,00 |
| Počutim se manj žensko, ker nisem več v rodni dobi. | 96 | 49 (51%) | 33 (34,4%) | 5 (5,2%) | 6 (6,3%) | 3 (3,31%) | 1,76 | 1,023 | 1,00 |
| Premajhna pripravljenost na to obdobje. | 95 | 29 (30,5%) | 36 (37,9%) | 17 (17,9%) | 10 (10,5%) | 3 (3,2%) | 2,18 | 1,082 | 2,00 |
| Zadovoljstvo ob lajšanju težav s HNZ. | 95 | 43 (45,3%) | 16 (16,8%) | 23 (24,2%) | 8 (8,4%) | 5 (5,3%) | 2,12 | 1,228 | 2,00 |
| Strah pred HNZ zaradi mogočih neželenih učinkov. | 94 | 19 (20,2%) | 12 (12,8%) | 17 (18,1%) | 22 (23,4%) | 24 (25,5%) | 3,21 | 1,473 | 3,00 |
| Premajhna poučenost o možnostih lajšanja menopavzalnih težav. | 96 | 23 (24%) | 26 (27,1%) | 22 (22,9%) | 20 (20,8%) | 5 (5,2%) | 2,56 | 1,212 | 2,00 |

N = število odgovorov; SD = standardna deviacija (standardni odklon); Mean = povprečna vrednost, Mediana = srednja vrednost

V raziskavi smo uporabili tudi mednarodno lestvico za ugotavljanje menopavzalnih težav (MRS – Menopause Rating Scale), kjer je bilo treba s petstopenjsko vrednostno lestvico oceniti težavnostno stopnjo simptomov. Mogoče stopnje simptomov so bile: 0 – nič, 1 – blagi, 2 – zmerni, 3 – težki in 4 – zelo težki. Rezultati analize kažejo, da so ime-

le ženske glede na srednjo vrednost (mediana 3 – težki simptomi) največ težav z vročinskimi oblivi in navali znojenja, težav s spanjem (težko uspavanje, prebujanje ponoči in prezgodnje prebujanje) in fizično ter psihično izčrpanostjo (manjša učinkovitost splošno, manjša zbranost in večja pozabljivost). Ostali simptomi so bili glede na srednjo vrednost (mediana 2) zmerni. Najmanj težav so anketiranke imele s sečnim mehurjem (težave pri uriniranju, pogosto uriniranje, uhajanje urina – urinska inkontinenca) in suho nožnico (občutek suhosti ali žarenja v nožnici, težave pri spolnem odnosu). Rezultati so prikazani v tabeli 3.

Tabela 3: Prikaz samoocene menopavzalnih simptomov glede na težavnost

| Stopnja težavnosti Simptomi | N | 0 (nič) N (%) | 1 (blagi) N (%) | 2 (zmerni) N (%) | 3 (težki) N (%) | 4 (zelo težki) N (%) | Me- an | SD | Medi- ana |
|--|----|---------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------|-------|--------------|
| Vročinski oblivi, znojenje (navali znojenja) | 99 | 27 (27,3%) | 22 (22,3%) | 39 (39,4 %) | 8 (8,1 %) | 3 (3 %) | 2,73 | 1,065 | 3,00 |
| Srčne težave (pospešen utrip, srce preskakuje) | 98 | 37 (37,8%) | 29 (29,6%) | 24 (24,5 %) | 6 (6,1 %) | 2 (2 %) | 2,05 | 1,029 | 2,00 |
| Težave s spanjem | 98 | 14 (14,3) | 28 (28,3%) | 30 (30,6 %) | 16 (16,3%) | 10 (10,2 %) | 2,80 | 1,184 | 3,00 |
| Motnje razpoloženja | 99 | 22 (22,2%) | 28 (28,3%) | 32 (32,3 %) | 12 (12,1%) | 5 (5,1 %) | 2,49 | 1,119 | 2,00 |
| Razdražljivost | 99 | 23 (23,2%) | 34 (34,3%) | 28 (28,3 %) | 9 (9,1 %) | 5 (5,1 %) | 2,38 | 1,095 | 2,00 |
| Tesnoba | 98 | 41 (41,8%) | 26 (26,5%) | 22 (22,4 %) | 4 (4,1 %) | 5 (5,1 %) | 2,04 | 1,130 | 2,00 |
| Fizična in psihična izčrpanost | 99 | 10 (10,1%) | 33 (33,3%) | 39 (39,4 %) | 11 (11,1%) | 6 (6,61 %) | 2,70 | 1,005 | 3,00 |
| Spolne težave | 96 | 27 (28,1%) | 28 (29,2%) | 32 (33,3 %) | 6 (6,3 %) | 3 (3,1 %) | 2,27 | 1,041 | 2,00 |
| Težave s sečnim mehurjem | 99 | 45 (45,5%) | 28 (28,3%) | 19 (19,2 %) | 4 (4 %) | 3 (3%) | 1,91 | 1,041 | 2,00 |
| Suha nožnica | 98 | 41 (41,8%) | 28 (28,6%) | 21 (21,4%) | 6 (6,1%) | 2 (2%) | 1,98 | 10,35 | 2,00 |
| Težave z mišicami in sklepi) | 97 | 27 (27,8%) | 27 (27,8%) | 30 (30,9%) | 11 (11,3%) | 2 (2,1%) | 2,32 | 1,066 | 2,00 |

N = število odgovorov; SD = standardna deviacija (standardni odklon); Mean = povprečna vrednost; Mediana = srednja vrednost;

V raziskavi smo želeli primerjati skupino žensk, ki so še v predmenopavzi/perimenopavzi, s skupino žensk, ki so že v menopavzi, ter ugotoviti, ali obstajajo statistično pomembne razlike med njimi glede subjektivnih stališč v odnosu do meno-

pavze. S t-testom smo primerjali obe skupini žensk in ugotovili, da med njimi ni bistvenih statistično pomembnih razlik. Razlika ($p < 0,05$) se je pokazala le v zadovoljstvu pomenopavzalnih žensk, da jim ni treba več skrbeti zaradi neželene nosečnosti in v dejstvu, da imajo predmenopavzalne oziroma perimenopavzalne ženske večji strah pred jemanjem HNZ.

Tabela 4: Primerjava skupine žensk v predmenopavzi/perimenopavzi s skupino žensk v menopavzi glede na jakost menopavzalnih simptomov

| Simptomi | Skupine | N | Mean | SD | Std. Error Mean | P |
|--|---------|----|------|-------|-----------------|------------|
| Vročinski oblivi, znojenje (navali znojenja) | 1 | 36 | 1,11 | 0,919 | 0,153 | $p > 0,05$ |
| | 2 | 49 | 1,49 | 1,175 | 0,168 | |
| Srčne težave (nenadno razbijanje srca, srce preskakuje, pospešen utrip) | 1 | 36 | 0,92 | 0,937 | 0,156 | $p > 0,05$ |
| | 2 | 49 | 1,10 | 1,104 | 0,158 | |
| Težave s spanjem (težko zaspim, ponoči se prebujam, zjutraj se prezgodaj prebujam) | 1 | 36 | 1,61 | 1,076 | 0,179 | $p > 0,05$ |
| | 2 | 48 | 1,79 | 1,254 | 0,181 | |
| Motnje razpoloženja (depresivna sem, žalostna, na robu solz, nimam volje, razpoloženja niha) | 1 | 36 | 1,33 | 1,146 | 0,191 | $p > 0,05$ |
| | 2 | 49 | 1,59 | 1,098 | 0,157 | |
| Razdražljivost (počutim se nervozno, napeto, agresivno) | 1 | 36 | 1,33 | 1,069 | 0,178 | $p > 0,05$ |
| | 2 | 49 | 1,49 | 1,063 | 0,152 | |
| Tesnoba (občutim nemir, loteva se me panika) | 1 | 36 | 0,92 | 1,131 | 0,188 | $p > 0,05$ |
| | 2 | 49 | 1,14 | 1,099 | 0,157 | |
| Fizična in psihična izčrpanost (manjša učinkovitost splošno, manjša zbranost, in slabši spomin – večja pozabljivost) | 1 | 36 | 1,58 | 0,937 | 0,156 | $p > 0,05$ |
| | 2 | 49 | 1,78 | 1,066 | 0,152 | |
| Spolne težave (spremembe v želji po spolnosti, spolni aktivnosti in zadovoljstvu) | 1 | 35 | 0,91 | 0,951 | 0,161 | $p < 0,05$ |
| | 2 | 48 | 1,48 | 1,072 | 0,155 | |
| Težave s sečnim mehurjem (težave pri uriniranju, pogosto uriniranje, uhajanje urina – urinska inkontinenca) | 1 | 36 | 0,75 | 0,841 | 0,140 | $p > 0,05$ |
| | 2 | 49 | 0,98 | 1,051 | 0,150 | |
| Suha nožnica (občutek suhosti ali žarenja v nožnici, težave pri spolnem odnosu) | 1 | 36 | 0,64 | 0,833 | 0,139 | $p < 0,05$ |
| | 2 | 48 | 1,19 | 1,024 | 0,148 | |
| Težave z mišicami in sklepi (bolečine v sklepih, revmatske težave) | 1 | 36 | 0,97 | 0,971 | 0,162 | $p < 0,05$ |
| | 2 | 48 | 1,52 | 1,072 | 0,155 | |

1. skupina: ženske v predmenopavzi/perimenopavzi; 2. skupina: ženske v menopavzi; N = število odgovorov; SD = standardna deviacija (standardni odklon); Mean = povprečna vrednost; Std. Error Mean = standardna napaka; p = statistično pomembna vrednost

Tabela 4 prikazuje podatke, kjer smo s t-testom skušali prikazati primerjavo skupine žensk v predmenopavzi/perimenopavzi s skupino žensk, ki so že v menopavzi, in sicer glede na stopnjo težavnosti menopavzalnih simptomov. Rezultati so pokazali, da imajo

ženske v menopavzi statistično pomembno ($p < 0,05$) več spolnih težav, ki se kažejo kot spremembe v želji po spolnosti, spolni aktivnosti in zadovoljstvu v spolnosti, statistično pomembno ($p < 0,05$) je v skupini žensk, ki so v menopavzi, tudi pomembno več težav s suho nožnico ter težav z bolečinami v mišicah in sklepih. Pri ostalih navedenih simptomih nismo dokazali statistično pomembnih razlik med obema skupinama žensk.

Računali smo tudi korelacijo med trditvami v razdelku, kjer se anketiranke opredelijo o simptomih v perimenopavzi, in v razdelku, kjer opišejo simptome, ki jih doživljajo v menopavzi. Izpostavljamo najpomembnejše ugotovitve oziroma tiste, kjer je bil korelacijski faktor več kot 0,5. Anketiranke, ki čutijo nerazumevanje okolice, ker njihovo razpoloženje pogosto niha, se o težavah, ki jih doživljajo, težko pogovarjajo ($r=0.508$, $p=0,000$), in čutijo, da je njihova samopodoba spremenjena ($r=0.577$, $p=0,000$). Pri tistih, ki opažajo znake staranja (uvela koža, povešene prsi), kar jih dodatno žalosti, je tudi samopodoba spremenjena ($r=0.680$, $p=0,000$) in menijo, da o možnostih lajšanja menopavzalnih težav premalo vedo ($r=0.534$, $p=0,000$). Anketiranke navajajo, da se jim je življenje postavilo na glavo, počutijo se manj žensko, ker niso več v rodni dobi ($r=0.532$, $p=0,000$), in menijo, da na to obdobje niso bile dovolj pripravljene ($r=0.558$, $p=0,000$). Statistično značilna je povezanost ($r=0.549$, $p=0,000$) pri tistih, ki navajajo srčne težave (nenadoma občutim razbijanje srca, srce mi preskakuje, pospešeno utripa), da navajajo tudi motnje razpoloženja (depresivna sem, žalostna, na robu solz, nimam volje, razpoloženje niha). Tiste anketiranke, ki navajajo motnje razpoloženja (depresivna sem, žalostna, na robu solz, nimam volje, razpoloženje niha), navajajo tudi ($r=0.843$, $p=0,000$) razdražljivost (počutim se nervozno, napeto, agresivno) in ($r=0.747$, $p=0,000$) tesnobo (občutim nemir, loteva se me panika). Fizična in psihična izčrpanost (manjša učinkovitost splošno, manjša zbranost in slabši spomin – večja pozabljivost) je statistično povezana ($r=0.647$, $p=0,000$) z motnjami razpoloženja (depresivna sem, žalostna, na robu solz, nimam volje, razpoloženje niha). Podatki izračuna korelacij so prikazani v tabelah 5 in 6.

Tabela 5: Izračun korelacije trditev o subjektivnem doživljanju težav v menopavzi

| | | 15-1 | 15-2 | 15-3 | 15-4 | 15-5 | 15-6 | 15-7 | 15-8 |
|-------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 15-1 | Pear. Corr. | 1 | 0,341** | 0,206* | 0,204* | 0,193 | 0,066 | 0,224* | 0,066** |
| | Sig. | | 0,001 | 0,044 | 0,045 | 0,058 | 0,521 | 0,028 | 0,524 |
| | N | 97 | 97 | 96 | 97 | 97 | 97 | 96 | 95 |
| 15-2 | Pear. Corr. | 0,341** | 1 | 0,405** | 0,281** | -0,054 | 0,148 | 0,216* | 0,232 |
| | Sig. | 0,001 | | 0,000 | 0,005 | 0,596 | 0,147 | 0,033 | 0,023 |
| | N | 97 | 98 | 97 | 97 | 98 | 98 | 97 | 96 |
| 15-3 | Pear. Corr. | 0,206* | 0,405** | 1 | 0,439** | 0,283** | 0,508** | 0,475* | 0,577** |
| | Sig. | 0,044 | 0,000 | | 0,000 | 0,005 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | N | 96 | 97 | 97 | 96 | 97 | 97 | 95 | 95 |
| 15-4 | Pear. Corr. | 0,204* | 0,281** | 0,439** | 1 | 0,155 | 0,357** | 0,413** | 0,423** |
| | Sig. | 0,045 | 0,005 | 0,000 | | 0,131 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | N | 97 | 97 | 96 | 97 | 97 | 97 | 96 | 95 |
| 15-5 | Pear. Corr. | 0,193 | -0,054 | 0,283** | 0,155 | 1 | 0,450** | 0,363 | 0,234 |
| | Sig. | 0,058 | 0,596 | 0,005 | 0,131 | | 0,000 | 0,000 | 0,022 |
| | N | 97 | 98 | 97 | 97 | 98 | 98 | 97 | 96 |
| 15-6 | Pear. Corr. | 0,066 | 0,148 | 0,508** | 0,357** | 0,450** | 1 | 0,387 | 0,460 |
| | Sig. | 0,521 | 0,147 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | | 0,000 | 0,000 |
| | N | 97 | 98 | 97 | 97 | 98 | 98 | 97 | 96 |
| 15-7 | Pear. Corr. | 0,225* | 0,216* | 0,475** | 0,413** | 0,363** | 0,387** | 1 | 0,680* |
| | Sig. | 0,028 | 0,033 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | | 0,000 |
| | N | 96 | 97 | 96 | 96 | 97 | 97 | 97 | 96 |
| 15-8 | Pear. Corr. | 0,066 | 0,232* | 0,577** | 0,423** | 0,234* | 0,460** | 0,680 | 1 |
| | Sig. | 0,524 | 0,023 | 0,000 | 0,000 | 0,022 | 0,000 | 0,000 | |
| | N | 95 | 96 | 95 | 95 | 96 | 96 | 96 | 96 |
| 15-9 | Pear. Corr. | 0,244* | 0,308** | 0,389** | 0,290** | 0,135 | 0,268** | 0,127* | 0,313** |
| | Sig. | 0,016 | 0,002 | 0,000 | 0,004 | 0,185 | 0,008 | 0,213 | 0,002 |
| | N | 97 | 98 | 97 | 97 | 98 | 98 | 97 | 96 |
| 15-10 | Pear. Corr. | 0,172 | -0,016 | 0,030 | -0,045 | 0,178 | 0,051 | 0,128 | -0,035 |
| | Sig. | 0,094 | 0,880 | 0,773 | 0,664 | 0,083 | 0,621 | 0,217 | 0,738 |
| | N | 96 | 96 | 95 | 96 | 96 | 96 | 95 | 94 |
| 15-11 | Pear. Corr. | 0,109 | 0,335** | 0,528** | 0,479** | 0,260* | 0,436** | 0,508 | 0,563** |
| | Sig. | 0,289 | 0,001 | 0,000 | 0,000 | 0,011 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | N | 96 | 96 | 95 | 96 | 96 | 96 | 96 | 95 |
| 15-12 | Pear. Corr. | -0,020 | 0,080 | 0,193 | 0,436** | 0,211* | 0,318** | 0,290 | 0,392 |
| | Sig. | 0,847 | 0,440 | 0,060 | 0,000 | 0,039 | 0,002 | 0,004 | 0,000 |
| | N | 96 | 96 | 95 | 96 | 96 | 96 | 96 | 95 |
| 15-13 | Pear. Corr. | 0,063 | 0,141** | 0,393* | 0,474* | 0,222 | 0,564 | 0,437 | 0,436** |
| | Sig. | 0,546 | 0,174 | 0,000 | 0,000 | 0,031 | 0,000 | 0,000 | 0,0000 |
| | N | 95 | 95 | 94 | 95 | 95 | 95 | 94 | 93 |
| 15-14 | Pear. Corr. | 0,060** | 0,178 | 0,135** | 0,106** | 0,108 | 0,230 | 0,273** | 0,129 |
| | Sig. | 0,564 | 0,085 | 0,195 | 0,309 | 0,296 | 0,025 | 0,008 | 0,217 |
| | N | 95 | 95 | 94 | 95 | 95 | 95 | 94 | 93 |
| 15-16 | Pear. Corr. | -0,266* | 0,081** | -0,015 | 0,204** | 0,077** | 0,171** | 0,142* | 0,107** |
| | Sig. | 0,009 | 0,440 | 0,889 | 0,049 | 0,461 | 0,099 | 0,175 | 0,309 |
| | N | 94 | 94 | 93 | 94 | 94 | 94 | 93 | 92 |
| 15-16 | Pear. Corr. | -0,057* | 0,226** | 0,503** | 0,323 | 0,246 | 0,449** | 0,534* | 0,566** |
| | Sig. | 0,584 | 0,027 | 0,000 | 0,001 | 0,016 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | N | 96 | 96 | 95 | 96 | 96 | 96 | 95 | 94 |

Pear.Corr. = Pearsonov koeficient korelacije; Sig. = statistično pomembna značilnost; N = število odgovorov; * = korelacija je statistično pomembna pri vrednosti < 0,05; ** = korelacija je statistično pomembna pri vrednosti < 0,01

| | | 15-9 | 15-10 | 15-11 | 15-12 | 15-13 | 15-14 | 15-15 | 15-16 |
|-------|-------------|---------|----------|---------|---------|---------|----------|----------|---------|
| 15-1 | Pear. Corr. | 0,244* | 0,172* | 0,109 | -0,020 | 0,063 | 0,060** | -0,266* | -0,057* |
| | Sig. | 0,016 | 0,094 | 0,289 | 0,847 | 0,546 | 0,564 | 0,009 | 0,584 |
| | N | 97 | 96 | 96 | 96 | 95 | 95 | 94 | 96 |
| 15-2 | Pear. Corr. | 0,308** | -0,016** | 0,335 | 0,080 | 0,141** | 0,178 | 0,081** | 0,226** |
| | Sig. | 0,002 | 0,880 | 0,001 | 0,440 | 0,174 | 0,085 | 0,440 | 0,027 |
| | N | 98 | 96 | 96 | 96 | 95 | 95 | 94 | 96 |
| 15-3 | Pear. Corr. | 0,389 | 0,030** | 0,528** | 0,193** | 0,393* | 0,135** | -0,015 | 0,503** |
| | Sig. | 0,000 | 0,773 | 0,000 | 0,060 | 0,000 | 0,195 | 0,889 | 0,000 |
| | N | 97 | 95 | 95 | 95 | 94 | 94 | 93 | 95 |
| 15-4 | Pear. Corr. | 0,290** | -0,045 | 0,479 | 0,436** | 0,474* | 0,106** | 0,204** | 0,323 |
| | Sig. | 0,004 | 0,664 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,309 | 0,049 | 0,001 |
| | N | 97 | 96 | 96 | 96 | 95 | 95 | 94 | 96 |
| 15-5 | Pear. Corr. | 0,135** | 0,178 | 0,260 | 0,211** | 0,222 | 0,108 | 0,077** | 0,246 |
| | Sig. | 0,185 | 0,083 | 0,011 | 0,039 | 0,031 | 0,296 | 0,461 | 0,016 |
| | N | 98 | 96 | 96 | 96 | 95 | 95 | 94 | 96 |
| 15-6 | Pear. Corr. | 0,268** | 0,051** | 0,436** | 0,318 | 0,564 | 0,230 | 0,171** | 0,449** |
| | Sig. | 0,008 | 0,621 | 0,000 | 0,002 | 0,000 | 0,025 | 0,099 | 0,000 |
| | N | 98 | 96 | 96 | 96 | 95 | 95 | 94 | 96 |
| 15-7 | Pear. Corr. | 0,127** | 0,128** | 0,508** | 0,290** | 0,437* | 0,273* | 0,142** | 0,534** |
| | Sig. | 0,213 | 0,217 | 0,000 | 0,004 | 0,000 | 0,008 | 0,175 | 0,000 |
| | N | 97 | 95 | 96 | 96 | 94 | 94 | 93 | 95 |
| 15-8 | Pear. Corr. | 0,313** | -0,035** | 0,563* | 0,392** | 0,436 | 0,129* | 0,107** | 0,566** |
| | Sig. | 0,002 | 0,738 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,217 | 0,309 | 0,000 |
| | N | 96 | 94 | 95 | 95 | 93 | 93 | 92 | 94 |
| 15-9 | Pear. Corr. | 1** | -0,113** | 0,339 | 0,113** | 0,266* | 0,057** | -0,028** | 0,099** |
| | Sig. | | 0,272 | 0,001 | 0,274 | 0,009 | 0,582 | 0,792 | 0,336 |
| | N | 98 | 96 | 96 | 96 | 95 | 95 | 94 | 96 |
| 15-10 | Pear. Corr. | -0,113 | 1 | 0,066 | 0,020 | 0,050 | 0,308 | 0,051 | -0,031 |
| | Sig. | 0,272 | | 0,525 | 0,848 | 0,631 | 0,003 | 0,628 | 0,762 |
| | N | 96 | 96 | 95 | 95 | 94 | 94 | 93 | 95 |
| 15-11 | Pear. Corr. | 0,339** | 0,066** | 1* | 0,532** | 0,558 | 0,234** | 0,021** | 0,558** |
| | Sig. | 0,001 | 0,525 | | 0,000 | 0,000 | 0,023 | 0,838 | 0,000 |
| | N | 96 | 95 | 96 | 96 | 94 | 94 | 93 | 95 |
| 15-12 | Pear. Corr. | 0,113 | 0,020** | 0,532* | 1** | 0,482 | 0,089 | 0,133 | 0,236** |
| | Sig. | 0,274 | 0,848 | 0,000 | | 0,000 | 0,396 | 0,203 | 0,021 |
| | N | 96 | 95 | 96 | 96 | 94 | 94 | 93 | 95 |
| 15-13 | Pear. Corr. | 0,266* | 0,050* | 0,558 | 0,482 | 1 | 0,250** | 0,199* | 0,419* |
| | Sig. | 0,009 | 0,631 | 0,000 | 0,000 | | 0,016 | 0,056 | 0,000 |
| | N | 95 | 94 | 94 | 94 | 95 | 93 | 93 | 94 |
| 15-14 | Pear. Corr. | 0,057** | 0,308** | 0,234 | 0,089 | 0,250** | 1 | -0,005** | 0,357** |
| | Sig. | 0,582 | 0,003 | 0,023 | 0,396 | 0,016 | | 0,958 | 0,000 |
| | N | 95 | 94 | 94 | 94 | 93 | 95 | 94 | 95 |
| 15-15 | Pear. Corr. | -0,028 | 0,051** | 0,021** | 0,133** | 0,199* | -0,005** | 1 | 0,240** |
| | Sig. | 0,792 | 0,628 | 0,838 | 0,203 | 0,056 | 0,958 | | 0,020 |
| | N | 94 | 93 | 93 | 93 | 93 | 94 | 94 | 94 |
| 15-16 | Pear. Corr. | 0,099** | -0,031 | 0,558 | 0,236** | 0,419* | 0,357** | 0,240** | 1 |
| | Sig. | 0,336 | 0,762 | 0,000 | 0,021 | 0,000 | 0,000 | 0,020 | |
| | N | 96 | 95 | 95 | 95 | 94 | 95 | 94 | 96 |

Pear.Corr. = Pearsonov koeficient korelacije; Sig. = statistično pomembna značilnost; N = število odgovorov; * = korelacija je statistično pomembna na ravni < 0,05; ** = korelacija je statistično pomembna na ravni < 0,01

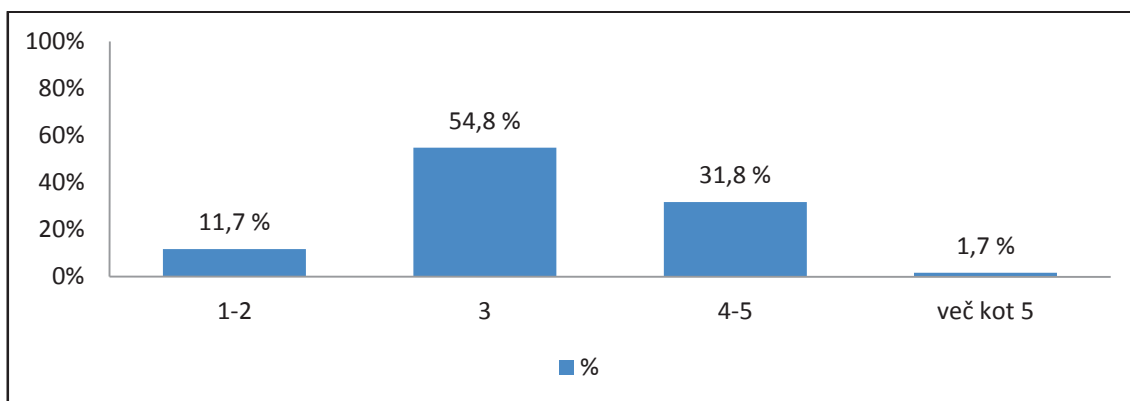
Tabela 6: Izračun korelacije med trditvami o težavnosti simptomov menopavze

| | | 16-1 | 16-2 | 16-3 | 16-4 | 16-5 | 16-6 | 16-7 | 16-8 | 16-9 | 16-10 | 16-11 |
|-------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 16-1 | Pear. Corr. | 1 | 0,058 | 0,224* | 0,203* | 0,182 | 0,184 | 0,260 | 0,135 | 0,279* | 0,202* | 0,059 |
| | Sig. | | 0,572 | 0,026 | 0,044 | 0,071 | 0,070 | 0,009 | 0,191 | 0,005 | 0,046 | 0,565 |
| | N | 99 | 98 | 98 | 99 | 99 | 98 | 99 | 96 | 99 | 98 | 97 |
| 16-2 | Pear. Corr. | 0,058 | 1 | 0,462** | 0,549** | 0,539** | 0,504** | 0,353 | 0,373 | 0,148** | 0,137** | 0,210** |
| | Sig. | 0,572 | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,146 | 0,180 | 0,039 |
| | N | 98 | 98 | 97 | 98 | 98 | 98 | 98 | 96 | 98 | 97 | 97 |
| 16-3 | Pear. Corr. | 0,224* | 0,462** | 1 | 0,432** | 0,322** | 0,361** | 0,416* | 0,248** | 0,112 | 0,198** | 0,143** |
| | Sig. | 0,026 | 0,000 | | 0,000 | 0,001 | 0,000 | 0,000 | 0,015 | 0,273 | 0,050 | 0,163 |
| | N | 98 | 97 | 98 | 98 | 98 | 97 | 98 | 95 | 98 | 98 | 97 |
| 16-4 | Pear. Corr. | 0,203* | 0,549** | 0,432** | 1 | 0,843** | 0,747** | 0,661* | 0,511** | 0,240** | 0,283 | 0,364** |
| | Sig. | 0,044 | 0,000 | 0,000 | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,016 | 0,005 | 0,000 |
| | N | 99 | 98 | 98 | 99 | 99 | 98 | 99 | 96 | 99 | 98 | 97 |
| 16-5 | Pear. Corr. | 0,182 | 0,539** | 0,322** | 0,843** | 1 | 0,777** | 0,654 | 0,518** | 0,264** | 0,297** | 0,386 |
| | Sig. | 0,071 | 0,000 | 0,001 | 0,000 | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,008 | 0,003 | 0,000 |
| | N | 99 | 98 | 98 | 99 | 99 | 98 | 99 | 96 | 99 | 98 | 97 |
| 16-6 | Pear. Corr. | 0,184 | 0,504** | 0,361** | 0,747** | 0,777** | 1 | 0,581 | 0,490** | 0,169** | 0,353** | 0,359** |
| | Sig. | 0,070 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | | 0,000 | 0,000 | 0,096 | 0,000 | 0,000 |
| | N | 98 | 98 | 97 | 98 | 98 | 98 | 98 | 96 | 98 | 97 | 97 |
| 16-7 | Pear. Corr. | 0,260** | 0,353** | 0,416** | 0,661** | 0,654** | 0,581** | 1** | 0,454** | 0,344** | 0,311** | 0,476** |
| | Sig. | 0,009 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | | 0,000 | 0,000 | 0,002 | 0,000 |
| | N | 99 | 98 | 98 | 99 | 99 | 98 | 99 | 96 | 99 | 98 | 97 |
| 16-8 | Pear. Corr. | 0,135 | 0,373** | 0,248* | 0,511** | 0,518** | 0,490** | 0,454 | 1** | 0,333* | 0,450** | 0,467** |
| | Sig. | 0,191 | 0,000 | 0,015 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | | 0,001 | 0,000 | 0,000 |
| | N | 96 | 96 | 95 | 96 | 96 | 96 | 96 | 96 | 96 | 95 | 95 |
| 16-9 | Pear. Corr. | 0,279** | 0,148 | 0,112 | 0,240* | 0,264** | 0,169 | 0,344** | 0,333 | 1 | 0,400* | 0,322** |
| | Sig. | 0,005 | 0,146 | 0,273 | 0,016 | 0,008 | 0,096 | 0,000 | 0,001 | | 0,000 | 0,001 |
| | N | 99 | 98 | 98 | 99 | 99 | 98 | 99 | 96 | 99 | 98 | 97 |
| 16-10 | Pear. Corr. | 0,202* | 0,137 | 0,198 | 0,283** | 0,297** | 0,353** | 0,311* | 0,450 | 0,400 | 1** | 0,203** |
| | Sig. | 0,046 | 0,180 | 0,050 | 0,005 | 0,003 | 0,000 | 0,002 | 0,000 | 0,000 | | 0,046 |
| | N | 98 | 97 | 98 | 98 | 98 | 97 | 98 | 95 | 98 | 98 | 97 |
| 16-11 | Pear. Corr. | 0,059 | 0,210* | 0,143 | 0,364** | 0,386** | 0,359** | 0,476 | 0,467* | 0,322 | 0,203** | 1** |
| | Sig. | 0,565 | 0,039 | 0,163 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,001 | 0,046 | |
| | N | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 | 95 | 97 | 97 | 97 |

Pear.Corr. = Pearsonov koeficient korelacije; Sig. = statistično pomembna značilnost; N = število odgovorov; * = korelacija je statistično pomembna na ravni < 0,05; ** = korelacija je statistično pomembna na ravni < 0,01

Želeli smo ugotoviti, katera zdravila za lajšanje menopavzalnih težav so ženske jemale oziroma uporabljale in v kakšni meri, ter ugotovili, da je za lajšanje menopavzalnih težav zdravila za hormonsko nadomestno zdravljenje (HNZ) na sistemski ravni jemalo 7 (9,2 %) vprašanih žensk, za lokalno lajšanje težav je uporabljalo vaginalno kremo/tablete 11 (10,7 %) anketirank ter naravne hormonske nadomestke na podlagi rastlinskih izvlečkov 8 (9,1 %) vprašanih žensk.

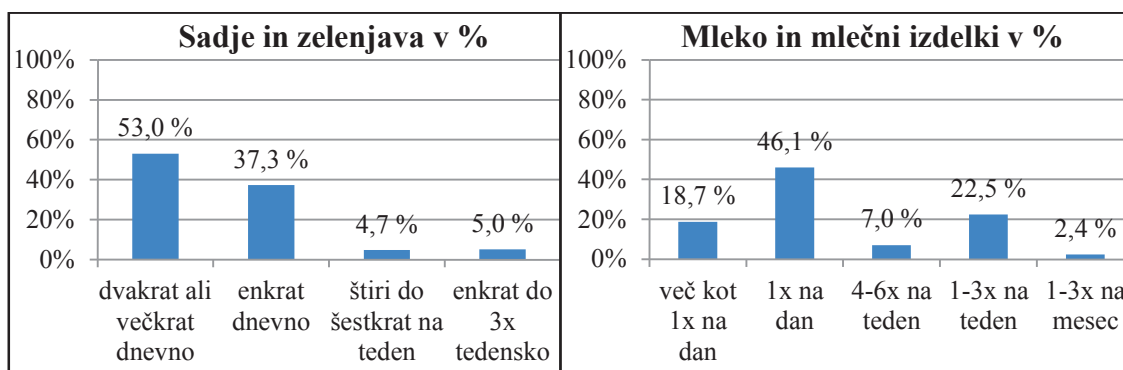
V raziskavi nas je zanimal življenjski slog žensk v menopavzi. Pri vprašanju o številu obrokov dnevno, je bilo največ odgovorov: "trije obroki", in sicer je tako odgovorilo 55 (54,8 %) vprašanih. 29 (31,8 %) anketirank je odgovorilo, da ima štiri do pet obrokov dnevno, dve (1,7 %) pa sta odgovorili, da imata več kot 5 obrokov dnevno. 14 (11,7 %) vprašanih žensk pa ima le en do dva obroka dnevno. Podatke prikazuje slika 4.



Slika 4: Število dnevnih obrokov hrane

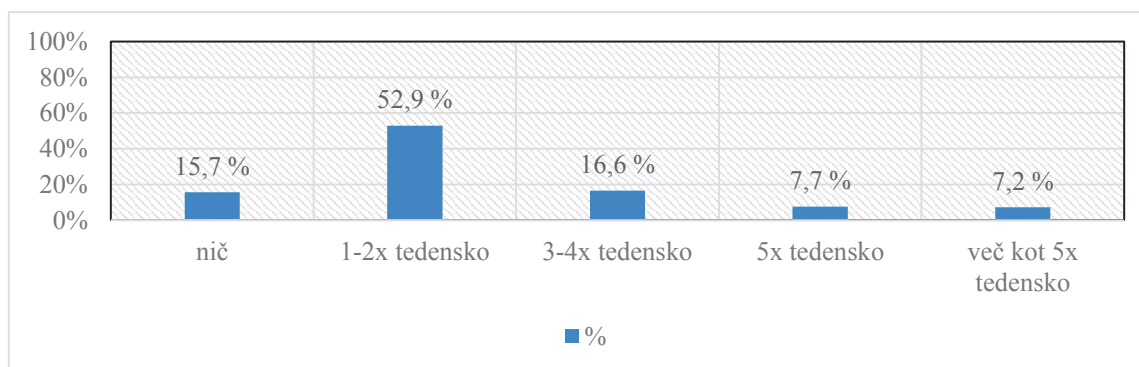
K zdravemu življenjskemu slugu prištevamo tudi redno uživanje sadja in zelenjave, zato nas je v raziskavi zanimala pogostost uživanja sadja in zelenjave ter mleka in mlečnih izdelkov. 53 (53 %) vprašanih je odgovorilo, da sadje in zelenjavo zaužije dvakrat ali večkrat dnevno, 37 (37,3 %) se jih je opredelilo, da sadje in zelenjavo jedo enkrat dnevno, 5 (4,7 %) anketirank je odgovorilo, da uživa sadje in zelenjavo štiri- do šestkrat tedensko, 5 (5 %) vprašanih pa je odgovorilo, da sadje in zelenjavo je le enkrat do trikrat tedensko. Pri vprašanju o pogostosti uživanja mleka in mlečnih izdelkov je 20 (18,7 %) vprašanih odgovorilo, da uživa mleko in mlečne izdelke več kot enkrat na dan, 46 (46,1 %) anketirank se je opredelilo, da uživajo mleko in mlečne izdelke enkrat

dnevno, 8 (7 %) jih je menilo, da uživajo mleko in mlečne izdelke 4- do 6-krat tedensko, 19 (22,5 %) odgovorov se je glasilo, da uživajo mleko in mlečne izdelke enkrat do trikrat tedensko, 3 (2,4 %) anketiranke so odgovorile, da uživajo mleko in mlečne izdelke le enkrat do trikrat mesečno, 4 (3,3 %) vprašane ženske pa so podale odgovor, da mleka in mlečnih izdelkov ne uživajo nikoli. Rezultati so prikazani na sliki 5.



Slika 5: Pogostost uživanja sadja in zelenjave ter mleka in mlečnih izdelkov

Ker k zdravemu življenjskemu slogu poleg zdrave prehrane in zdravih prehranjevalnih navad prištevamo tudi redno telesno aktivnost, smo anketiranke povprašali, kako pogosto so telesno aktivne vsaj pol ure dnevno, in sicer s tako intenzivnostjo, da se preznjijo. Analiza podatkov je pokazala, da je bilo 8 (7,2 %) anketirank telesno aktivnih več kot 5-krat tedensko, 7 (7,7 %) odgovorov je bilo, da so aktivne 5-krat tedensko, 24 (16,6 %) vprašanih je bilo glede na odgovor aktivnih 3- do 4-krat tedensko, največ, to je 47 (52,9 %) odgovorov, pa se je glasilo, da so telesno aktivne 1- do 2- krat tedensko. 14 (15,7 %) vprašanih ni bilo telesno aktivnih. Podatki so prikazani na sliki 6.



Slika 6: Pogostost telesne aktivnosti

Poleg življenjskih navad smo v raziskavi želeli tudi ugotoviti, kakšne so razvade anketiranih žensk. Analize so pokazale, da 50 (47,6 %) anketirank ni nikoli kadilo, 23 (21,2 %) jih je kadilo, vendar so prenehale, 11 (13,1 %) vprašanih žensk je odgovorilo, da kadi, in sicer do 10 cigaret na dan, 13 (16 %) jih je odgovorilo, da pokadijo 10–20 cigaret dnevno in 2 (1,5 %) sta odgovorili, da pokadita dnevno več kot 20 cigaret. Ena (0,6 %) anketiranka na vprašanje ni odgovorila. Skupno je bilo torej med vprašanimi 73 (68,8 %) nekadilk in 26 (30,6 %) kadilk. Zanimala nas je tudi pogostost rabe alkohola. Na vprašanje, kako pogosto uživata alkohol več kot dve merici ob eni priložnosti – ena merica je 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali 0,3 dl žgane pijače –, je 26 (27,8 %) anketirank odgovorilo, da nikoli, 61 (61,5 %) anketirank je odgovorilo, da popije več kot dve merici alkohola ob eni priložnosti en- do trikrat mesečno, odgovor en- do trikrat tedensko pa je bil podan pri 11 (8,9 %) anketirankah. Da popije več kot dve merici alkohola skoraj vsak dan ali vsak dan, je odgovorila le ena (0,2 %) anketiranka. Ena anketiranka na vprašanje ni odgovorila. Podatke prikazuje slika 7.



Slika 7: Pogostost rabe alkohola v %

V raziskavi smo želeli izvedeti, kje so anketiranke najpogosteje iskale informacije v zvezi z zdravjem in menopavzo ter v kolikšni meri. Rezultati analize so pokazali, da so anketiranke glede na srednjo vrednost (mediana) najpogosteje iskale informacije v časopisih in revijah (mediana 2 – občasno), na internetu (splošno) (mediana 2 – občasno) ter pri ginekologu (mediana 2 – občasno). Skoraj nikoli niso iskale informacij v zvezi z menopavzo in zdravjem pri splošnem zdravniku (mediana 4) ter nikoli pri medicinski sestri v ambulanti (mediana 5). Glede na pogostnost iskanja informacij pri

medicinski sestri v ambulanti smo ugotovili, da se za odgovor "pogosto" ni opredelila nobena anketirana ženska, občasno je pri medicinski sestri iskalo informacije v zvezi z zdravjem in menopavzo 9 (9,8%) vprašanih, redko 13 (14,1 %), skoraj nikoli 17 (18,5 %) ter nikoli 53 (57,6 %) vprašanih žensk. Vsi podatki so prikazani v tabeli 6, kjer višja povprečna in srednja vrednost pomeni manjšo pogostost iskanja informacij.

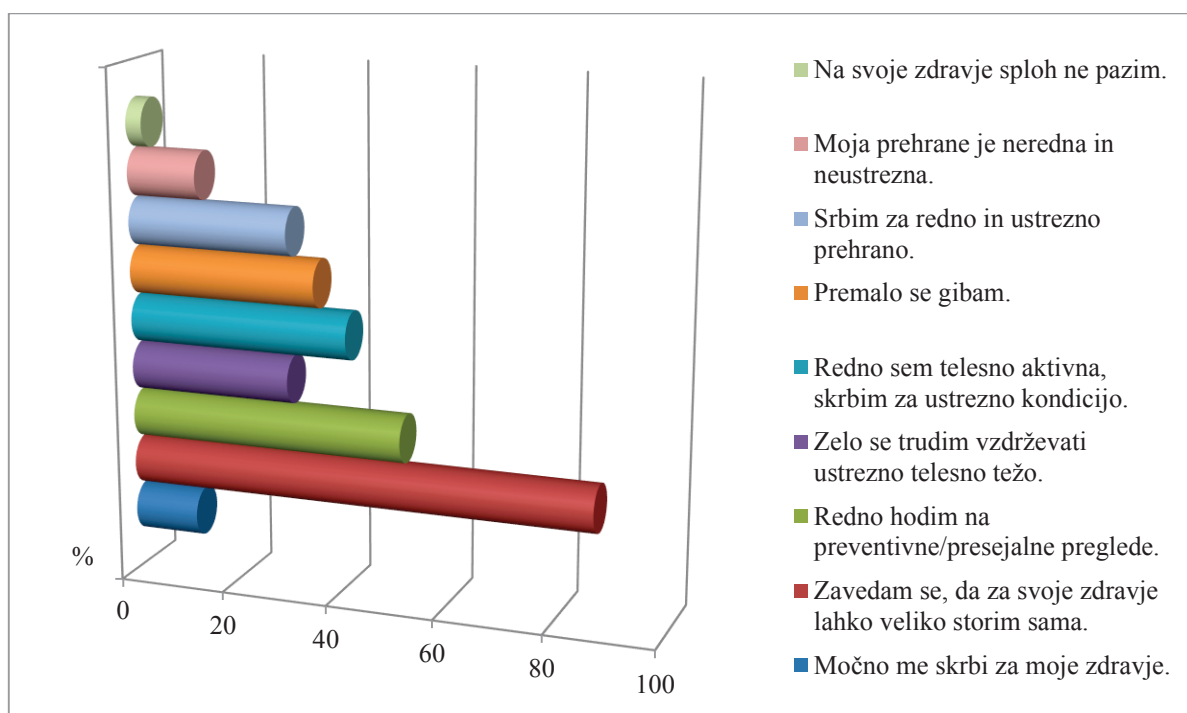
Tabela 6: Pogostost iskanja informacij v zvezi z zdravjem in menopavzo

| | N | 1 Pogosto N % | 2 Občasno N % | 3 Redko N % | 4 Skoraj nikoli | 5 Nikoli | Me- an | SD | Medi- ana |
|---|----|---------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|----------------|-----------|-------|--------------|
| V časopisih in revijah | 92 | 16 (17,4 %) | 33 (35,9 %) | 15 (16,3 %) | 12 (13 %) | 16 (17,4 %) | 2,77 | 1,360 | 2 |
| V zdravstvenih priročnikih in/ali knjigah o menopavzi | 92 | 11 (12 %) | 33 (35,9 %) | 19 (20,7 %) | 6 (6,5 %) | 23 (25 %) | 2,97 | 1,386 | 3 |
| Na internetu (splošno) | 93 | 20 (21,5 %) | 31 (33,3 %) | 16 (17,2 %) | 9 (9,7 %) | 17 (18,3 %) | 2,70 | 1,397 | 2 |
| Na forumih ali klepetalnicah na internetu | 87 | 3 (3,4 %) | 12 (13,8 %) | 4 (4,6 %) | 17 (19,5 %) | 51 (58,6 %) | 4,16 | 1,219 | 5 |
| Pri splošnem zdravniku | 89 | 0 (0 %) | 28 (31,5 %) | 16 (18 %) | 19 (21,3 %) | 26 (29,2 %) | 3,48 | 1,216 | 4 |
| Pri ginekologu | 95 | 7 (7,4 %) | 43 (45,3 %) | 21 (22,1 %) | 9 (9,5 %) | 15 (15,8 %) | 2,81 | 1,205 | 2 |
| Pri medicinski sestri | 92 | 0 (0 %) | 9 (9,8 %) | 13 (14,1 %) | 17 (18,5 %) | 53 (57,6 %) | 4,24 | 1,031 | 5 |

N = število odgovorov; SD = standardna deviacija (standardni odklon); Mean = povprečna vrednost, Mediana = srednja vrednost

V raziskavi smo želeli raziskati koristnost pridobljenih informacij v zvezi z zdravjem in menopavzo. Analiza podatkov je pokazala, da se je 29 (29,4 %) vprašanih opredelilo, da so s pridobljenimi informacijami lažje prepoznale simptome, ki so se v menopavzi pojavljali pri njih, 45 (42,8 %) anketirank se je strinjalo s trditvijo, da so bile pridobljene informacije zanje koristne, 3 (2,1 %) ženske so odgovorile, da so zaradi pridobljenih informacij spremenile svoj življenjski slog, in 3 (4,8 %) anketiranke so zaradi pridobljenih informacij spremenile svoj odnos do HNZ. Pri ostalih je šlo za kombinacijo odgovorov, in sicer: 4 (5,4 %) vprašane so menile, da so zaradi pridobljenih informacij prepoznale znake menopavze pri sebi in da so bile informacije za njih koristne, 1 (1,3 %) anketiranka je mislila, da so bile informacije zanje koristne in

je zaradi tega spremenila življenjski slog, 2 (0,3 %) anketiranki sta navedli, da sta zaradi pridobljenih informacij znali prepoznati znake menopvze pri sebi, da so bile informacije zanju koristne in sta zato tudi spremenili življenjski slog. Ena (1,2 %) anketiranka je bila mnenja, da je zaradi pridobljenih informacij lažje prepoznala znake menopavze pri sebi, informacije so bile zanju koristne in spremenila je odnos do HNZ, ena anketiranka pa se strinja s trditvami, da je zaradi pridobljenih informacij lažje prepoznala znake menopavze pri sebi in je zaradi tega spremenila življenjski slog in odnos do HNZ. 11 (10,7 %) vprašanih žensk na vprašanje ni odgovorilo. Z uporabo t-testa smo želeli glede na pogostnost in način iskanja informacij v zvezi z zdravjem in menopavzo primerjati skupino žensk, ki so v predmenopavzi/perimenopavzi, s skupino žensk, ki so že v menopavzi. Med obema skupinama nismo potrdili statistično pomembnih razlik v zvezi z iskanjem informacij in koristnostjo pridobljenih informacij ($p > 0,05$).



Slika 8: Odnos do zdravja glede na število odgovorov (mogočih je več odgovorov)

V raziskavi smo želeli ugotoviti, kakšen odnos imajo anketiranke do zdravja. Analiza podatkov je pokazala, da je 12 (12,1%) vprašanih močno skrbelo za njihovo zdravje, 86 (86,9 %) jih je menilo, da za svoje zdravje lahko veliko storijo same, 51 (51,5 %) jih redno hodi na preventivne/presejalne preglede, 30 (30,3 %) vprašanih je odgovorilo, da se zelo trudijo vzdrževati ustrezno telesno težo, 41 (41,4 %) anketirank je bilo redno telesno aktivnih in so skrbele za ustrezno telesno kondicijo, 30 (30,3 %) vprašanih skrbijo za redno in ustrezno prehrano, 35 (35,4 %) vprašanih pa je menilo, da se premalo gibajo, 13 (13,1 %) jih je menilo, da je njihova prehrana neredna in neustrezna, 3 (3 %) anketiranke pa so odgovorile, da na svoje zdravje sploh ne pazijo. Podatke smo prikazali na sliki 8.

Med ženskami v menopavzi smo želeli raziskati odnos do vrednot, predvsem odnos do zdravja kot vrednote. Želeli smo, da anketiranke z ocenami od 1 do 10 ocenijo, kako pomembne so vrednote, in sicer najpomembnejšo z oceno 1, drugo najpomembnejšo z oceno 2 in tako dalje. Rezultati analize podatkov so pokazali, da so anketiranke glede na povprečno vrednost (mean) kot najpomembnejšo vrednoto ocenile zdravje (mean 1,63). Zdravje je na prvo mesto postavilo 52 (65,8%) vprašanih, 17 (21,5%) vprašanih je menilo, da je zdravje zanje druga najpomembnejša vrednota, kot tretjo najpomembnejšo vrednoto pa je zdravje ocenilo 5 (6,3%) vprašanih. Po 2 (2,5%) vprašani sta zdravje ocenili kot četrto in peto najpomembnejšo vrednoto, ena (1,3%) anketiranka pa je zdravje kot vrednoto postavila na zadnje mesto.

Pri primerjavi skupine žensk, ki so v predmenopavzi/perimenopavzi, s skupino žensk, ki so že v menopavzi, smo ugotovili statistično pomembno razliko ($p < 0,05$) in sicer smo ugotovili, da je zdravje za drugo skupino statistično pomembnejša vrednota. Tabela 7 prikazuje vrstni red pomembnosti naštetih vrednot glede na povprečno vrednost (mean). Vrstni red pomembnosti naštetih vrednot glede na povprečno vrednost je: zdravje na prvem mestu, nato ljubezen, mir, varnost, prijateljstvo, spolnost, imetje, ugled in vera.

Tabela 7: Prikaz pomembnosti vrednot od najpomembnejše do manj pomembnih glede na povprečno vrednost (mean)

| Vrstni red pomembnosti | Vrednota | Mean | Vrstni red pomembnosti | Vrednota | Mean |
|------------------------|---------------|------|------------------------|----------|------|
| 1. | Zdravje | 1,63 | 6. | Spolnost | 6,65 |
| 2. | Ljubezen | 2,66 | 7. | Imetje | 7,18 |
| 3. | Mir | 3,76 | 8. | Ugled | 7,59 |
| 4. | Varnost | 4,20 | 9. | Lepota | 7,94 |
| 5. | Prijateljstvo | 4,23 | 10. | Vera | 8,95 |

Mean: povprečna vrednost

Z odprtim vprašanjem smo od anketirank želeli pridobiti tudi njihovo opisno mnenje o doživljanju prehoda v preimenopavzo in menopavzo, kakšne skrbi ali strah so ob tem doživljale in kaj bi drugim ženskam o tem prehodu povedale. Na vprašanje je odgovorilo 63 (61,9 %) anketirank. Podatke smo obdelali s kvalitativnim pristopom raziskovanja in iz podanih odgovorov identificirali vsebinske kode in kategorije. Zbrali smo 14 kod in iz njih oblikovali tri kategorije. Najpogosteje so se pojavile besedne zveze: *"treba jemati kot del življenja"*, *"prilagoditi se"*, *"posvetiti se sebi"*, *"poslušati samega sebe"*, *"pozitivno razmišljati"*, *"nova prilagoditev"*, *"povečati telesno aktivnost"*, *"pravilna prehrana"*, *"problem telesne teže"*, *"neprepoznavanje znakov"*, *"premalo informacij"*, *"potrebno biti poučen"*, *"pogovarjati se"*, *"premalo podpore"*, *"skrb, strah, stres"*. Iz teh kod smo oblikovali kategorije: *"Pozitivna naravnost in samozaupanje"*, *"Zdrav življenjski slog"* in *"Pomanjkanje informacij"*.

Podatke o pogostosti pojavljanja določenih kod smo s frekvencami in odstotki prikazali v tabeli 8.

Tabela 8: Prikaz kod in kategorij o doživljanju perimenopavze in menopavze

| Kode | F | % | Kategorije |
|------------------------------------|----|--------|-------------------------------------|
| ... treba jemati kot del življenja | 32 | 33,4 % | Pozitivna naravnost in samozaupanje |
| ... nova prilagoditev | 1 | 1,0 % | |
| ... posvetiti se sebi | 2 | 3,1 % | |
| ... poslušati samega sebe | 2 | 2,9 % | |
| ... pozitivno razmišljati | 1 | 0,2 % | |
| ... povečati telesno aktivnost | 3 | 3,1 % | Zdrav življenjski slog |
| ... problem telesne teže | 3 | 2 % | |
| ... pravilna prehrana | 3 | 4,5 % | |
| ... neprepoznavanje znakov | 2 | 2,9 % | Premajhna informiranost |
| ... premalo informacij | 4 | 2,4 % | |
| ... potrebno biti poučen | 2 | 3,3 % | |
| ... pogovarjati se | 4 | 3,8 % | |
| ... premalo podpore | 3 | 1,7 % | |
| ... skrb, strah, stres | 7 | 5,4 % | |

f = frekvenca; % = odstotek

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli proučiti odnos žensk, ki so v obdobju menopavze, do zdravja splošno, do zdravja kot vrednote in do težav z zdravjem, povezanih z perimenopavzo in menopavzo. Zanimal nas je predvsem njihov subjektivni vidik in njihovo doživljanje tega življenjskega obdobja, zanimala pa nas je tudi informiranost žensk o menopavzi.

Življenjska doba prebivalcev Evrope je čedalje daljša; glede na statistične podatke Eurostata (Evropski statistični urad) za leto 2008 lahko dečki, rojeni leta 2008, pričakujejo, da bodo doživeli 77 let, deklice, rojene istega leta, pa celo do 82 let in po podatkih Zdravstvenega statističnega letopisa za leto 2013 delež starejših nad 65 let narašča in se bo v prihodnosti predvidoma povečeval še močneje. Vendar pa so ženske, kljub temu da živijo dlje, deležne manj let zdravega življenja (5–15 let) kot moški, ker jih daljši čas spremljajo zdravstvene težave (Vertot, 2010). Ženske preživijo v tem obdobju kar tretjino življenja (Kopčavar Guček & Franić, 2008). Z raziskavo smo želeli doseči razumevanje žensk v obdobju menopavze, saj se zaradi vse daljše pričakovane življenjske dobe podaljšuje tudi obdobje življenja v pomenopavzi.

V začetku želimo odgovoriti na prvo raziskovalno vprašanje, in sicer kako anketirane ženske ocenjujejo svoje splošno zdravje. V vzorcu naše raziskave je sodelovalo 100 žensk, od katerih jih je bila večina poročenih (52,9 %), večina (73,5 %) je bila visoko izobraženih (višješolska izobrazba ali več), večinoma so bile zaposlene (81,8 %) in večina je bila zadovoljnih ali zelo zadovoljnih s svojim finančnim statusom (73,5 %). Zadovoljstvo s svojim trenutnim zdravstvenem stanjem je kot dobro ali zelo dobro ocenilo kar 80,6 % vprašanih, kar se zagotovo odraža z dejstvom, da so anketiranke bile dejansko relativno zdrave, saj kar 70,4 % vprašanih ni imelo katere od kroničnih nenelezijskih bolezni. Po podatkih Statističnega urada RS je v letu 2007 zadovoljstvo s svojim zdravstvenim stanjem ocenilo kot dobro ali zelo dobro le 55 % žensk. S Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo skušali poiskati korelacijske povezave med samooceno trenutnega zdravja in doseženo stopnjo izobrazbe ($r=-0,170$, $p=0,097$), zakonski stan ($r=-0,081$, $p=0,433$) in zaposlenostjo ($r=0,062$, $p=0,551$), vendar korelacije nismo potrdili ($p > 0,05$). Prav tako nismo potrdili korelacije med zadovoljstvom s socialno-ekonomskim statusom in zakonskim statusom (poročenostjo) ($r=-0,070$, $p=0,496$) ($p > 0,05$). Potrdili pa smo korelacijo med zadovoljstvom s socialno-ekonomskim statusom in stopnjo izobrazbe ($r=-0,491$, $p=0,000$) ter med zadovoljstvom s socialno-ekonomskim statusom in zaposlitvijo ($r=0,347$, $p=0,000$); ($p < 0,01$). V raziskavi o pojavnosti perimenopavzalnih simptomov pri slovenskih ženskah slovenski ginekologi (Pinter, et al., 2003) ugotavljajo korelacijo zadovoljstva s socialno-ekonomskimi razmerami in zdravstvenega stanja s stopnjo izobrazbe, zakonskim stanom/partnerstvom in zaposlenostjo ($p < 0,05$).

Kot drugo raziskovalno vprašanje nas je zanimalo subjektivno stališče žensk ob prehodu v perimenopavzo v odnosu do zdravja, saj so stališča (attitude), kot meni Uletova, (2009) pomemben psihološki pojem, ki naj bi vplival na vedenje ljudi, na njihove odgovore na vprašanja, dogaja pa se v duševnosti ljudi in prikazuje soodvisnost človekove duševnosti in njegovega socialnega obnašanja; stališča oblikujemo in spreminjamo celo življenje. Rezultati naše raziskave so pokazali, da so se anketiranke najpogosteje opredelile za dejstvo, da jih žalostijo znaki staranja, ki jih opažajo, mučila jih utrujenost in izčrpanost zaradi nespečnosti, doživljale so strah pred jemanjem HNZ zaradi mogočih

neželenih stranskih učinkov in izrazile so zadovoljstvo z dejstvom, da jim ni treba več skrbeti zaradi neželene nosečnosti. V raziskavi ugotavljamo, da v srednjih vrednostih ne izstopajo trditve, vendar pa s korelacijo ugotavljamo, da se tiste anketiranke, ki čutijo nerazumevanje okolice, ker njihovo razpoloženje pogosto niha, o težavah, ki jih doživljajo, težko pogovarjajo. Podobno je pri tistih, ki opažajo znake staranja (uvela koža, povešene prsi), kar jih dodatno žalosti, spremenjena tudi samopodoba. Menijo, da vedo premalo o možnostih, kako lajšati menopavzalne težave. Anketiranke navajajo, da se jim je življenje postavilo na glavo, in menijo, da na to obdobje niso bile dovolj pripravljene. Povzamemo lahko, da anketiranke potrebujejo pogovor, izobraževanje in psihično podporo. Kar četrtnina vprašanih se je strinjala ali zelo strinjala z dejstvom, da o možnosti lajšanja menopavzalnih težav sploh premalo ve. Glede na spletno raziskavo o pogledu žensk na hormonsko nadomestno zdravljenje (HNZ), alternativne terapije in spolno zdravje, ki so jo izvedli Cumming, et al. (2007), povzemamo podobne ugotovitve, da večina žensk, ki so sodelovale v raziskavi, ne ve dovolj o HNZ in alternativnih terapijah za ozaveščeno izbiro. Zdi se, da je treba ženske informirati na vseh nivojih zdravstvenega varstva, zlasti pa na primarnem nivoju, ki je najbolj dostopno.

Pri raziskovalnem vprašanju, ki je bilo povezano s samooceno menopavzalnih simptomov glede na težavnost, se je izkazalo, da so imele anketiranke največ težav z vročinskimi oblivi, znojenjem (navali znojenja), težav s spanjem (težkim uspavanjem, prebujanjem ponoči, prezgodnjim prebujanjem) ter fizično in psihično izčrpanostjo (splošna manjša učinkovitost, manjša zbranost, slabši spomin), nekoliko manj pa s srčnimi težavami (nenadno razbijanje srca, pospešen utrip), motnjami razpoloženja (depresivnost, žalost, nihanje razpoloženja), razdražljivostjo (občutek nervoznosti, napetosti ter agresije) in bolečinami v mišicah in sklepih. V raziskavi, ki so jo v Ekvadorju izvedli Chedraui, et al. (2007) z istim instrumentom (MRS vprašalnik) na vzorcu 300 zdravih žensk, starih 40 let in več, se je izkazalo, da so bili pri njih najpogostejši simptomi bolečine v mišicah in sklepih, motnje razpoloženja, spolne težave, vročinski oblivi in motnje spanja, kar sovпада z našimi rezultati. Podobne rezultate je pokazala tudi isladska študija (Sveinsdóttir & Ólafsson, 2006).

Na zdravje ima pomemben vpliv zdrav življenjski slog, zato smo ga s četrtem raziskovalnim vprašanjem želeli opredeliti pri naših preiskovankah. Življenjski slog so vzorci vedenja, ki jih ljudje oblikujejo v vsakodnevnem življenju in so odvisni od različnih dejavnikov, kot so socialne in okoljske determinante, seveda pa je življenjski slog predvsem izbira posameznika (Gabrijelčič-Blenkuš, 2010). K zdravemu življenjskemu slogu prištevamo med drugim tudi zdravo prehrano, ustrezne prehranjevalne navade in redno telesno aktivnost. Podatki naše raziskave o številu zaužitih obrokov dnevno kažejo na relativno dobre prehranjevalne navade, saj je le desetina vprašanih navedla, da zaužije le en do dva obroka dnevno, ostale anketiranke zaužijejo 3–5 ali več obrokov dnevno. Podatek, da desetina anketiranih zaužije le 1–2 obroka dnevno, sovпада z rezultati raziskave »Z zdravjem povezan življenjski slog«, ki jo je izvedel Inštitut za varovanje zdravja RS v letih 2001–2004–2008 (Hlastan Ribič, et al., 2012). Zaužitje sadja in zelenjave ter mleka in mlečnih izdelkov je bilo pri naših anketirankah primerno, saj večinoma zaužijejo sadje in zelenjavo vsaj enkrat (ali večkrat) dnevno, mleko in mlečne izdelke pa dnevno zaužije več kot polovica vprašanih. Redna telesna aktivnost kot pozitivni dejavnik pri ohranjanju zdravja in preprečevanju kroničnih nenalezljivih bolezni je bila v naši raziskavi vsaj enkrat do dvakrat tedensko prisotna v več kot polovici odgovorov, tretjina vprašanih pa je bila telesno aktivnih 3- in večkrat tedensko. 15,7 % vprašanih ni bilo telesno aktivnih. Kljub pozitivnim učinkom telesne dejavnosti na zdravje kar dve tretjini prebivalcev Evropske unije ni dovolj telesno aktivnih (Drev, 2010). Drev (2010) nadalje navaja: »Telesna nedejavnost je prepoznana kot samostojni dejavnik tveganja za zdravje.« Redna telesna aktivnost glede na raziskavo, ki je bila opravljena v Španiji (Villaverde-Gutierrez, et al., 2006), statistično dokazano zmanjšujejo menopavzalne simptome in izboljša kvaliteto življenja pomenopavzalnih žensk. Pri oceni življenjskega sloga poleg življenjskih navad ocenjujemo tudi razvade, kot so kajenje, pogosto uživanje alkohola in kofeinskih napitkov. Ugotovili smo, da je v naši raziskavi sodelovala tretjina kadilk, kar ustreza evropskemu povprečju, saj Koprivnikar (2010) opisuje ugotovitve raziskav, povezanih s kajenjem, in sicer da je kajenje vzročno povezano z razvojem številnih bolezni in zdravstvenih težav ter povzema, da so deleži kadilcev v državah Evropske skupnosti med 22 % in 42 %, povprečje pa znaša 31 %. Kajenje ima negativ-

no povezavo z zadovoljstvom z življenjem, prav tako pa je na podlagi raziskav nezdrav življenjski slog negativno povezan s subjektivno oceno zdravja (Pisinger, et al., 2009; cited in Novak, 2010, p. 21). V obsežni danski študiji Pisinger, et al. (2009; cited in Novak, 2010, p. 22) ugotavljajo, da se zdrav življenjski slog pomembno povezuje s samoooceno zdravja. Izobrazba povečuje informiranost posameznikov z zdravstveno problematiko in posledično pomembno razlikuje življenjski slog ljudi (Toš & Malnar, 2002), kar lahko povežemo z rezultati naše raziskave, saj je v naši raziskavi sodelovala večina žensk z visoko izobrazbo in večinoma zdravim življenjskim slogom.

Ko smo želeli – kot peto raziskovalno vprašanje – ugotoviti odnos žensk v menopavzi do zdravja, so rezultati pokazali, da se anketiranke zavedajo, da za svoje zdravje lahko veliko storijo same, večinoma se udeležujejo preventivnih/presejalnih pregledov in tretjina je redno telesno aktivnih več kot trikrat tedensko. Kljub temu pa je za zdravstvene delavce na področju zdravstvene vzgoje še dovolj dela, saj se le tretjina anketiranih trudi vzdrževati ustrezno telesno težo in le tretjina vprašanih skrbi za redno in ustrezno prehrano. Sveinsdóttir & Ólafsson (2006) v svoji raziskavi ugotavljata, da imajo islandske ženske načeloma pozitiven odnos do menopavze, saj jih kar 95 % meni, da je menopavza normalen del življenja, in 88 % vprašanih meni, da je menopavza obdobje, s katerim se je treba soočiti. Anketiranke so v naši raziskavi na prvo mesto postavile zdravje kot družbeno vrednoto, sledile so vrednote: ljubezen, mir, varnost idr. Zdravje kot vrednoto je v naši raziskavi na prvo mesto postavilo 65,8 % vprašanih. Po podatkih raziskave stališč o zdravju iz leta 1999 avtorja Toš in Malnar (2002) povzemata, da sta v naboru več vrednot brez dvoma med anketiranci dve najpomembnejši vrednoti, in sicer zdravje in družina.

V šestem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kje in v kolikšni meri ženske pridobivajo informacije o menopavzi in zdravju. Najpogosteje so ženske iskale informacije, povezane z menopavzo in zdravjem, v časopisih in revijah, na internetu in pri ginekologu. Glede iskanja informacij v zvezi z menopavzo in zdravjem je zanimiv podatek, da kar 57,6 % vprašanih nikoli ni iskalo omenjenih informacij pri medicinski sestri v ambulanti, kljub temu da je medicinska sestra avtonomna strokovnjakinja, katere kompe-

tence so med drugimi tudi svetovanje na področju zdravja in bolezni, promocija zdravja ter zdravstvena vzgoja (Železnik, 2008). Pepićeva (2012) v svoji raziskavi ugotavlja, da je bilo zdravstvene vzgoje, povezane z menopavzo in klimakterijem, s strani ginekologa deležnih le 4,5 % anketirank in le 2,6 % s strani medicinske sestre; Sveinsdóttir in Ólafsson (2006) v svoji raziskavi ugotavljata, da je bilo v Islandiji s strani zdravnika deležnih informacij o menopavzi 37 % vprašanih, s strani medicinske sestre pa le 7 % anketirank. Naše anketiranke so večinoma potrdile, da so bile pridobljene informacije (v drugih virih) zanje koristne.

Od anketirank smo kot odgovor na sedmo raziskovalno vprašanje želeli pridobiti opisne odgovore, kako so doživljale prehod v perimenopavzo in menopavzo. Iz opisnega mnenja anketirank o doživljanju prehoda v perimenopavzo in menopavzo smo identificirali 14 vsebinskih kod in iz njih oblikovali tri kategorije: pozitivna naravnost in samozaupanje, zdrav življenjski slog in premajhna informiranost. Brown, et al. (2015) so v sistematični pregledni raziskavi skušali raziskati psihološko stisko žensk med prehodom v menopavzo, vendar ugotavljajo, da je zelo malo znanega o pozitivnih izkušnjah in dobrem počutju v tem obdobju. Omenjajo, da pozitivna naravnost v veliki meri vpliva na menopavzo kot odpornostni dejavnik, ki lahko ženske pripravi na izzive, ki jih prinaša obdobje srednjih let.

Glede na to, da se v naši raziskavi kljub visoki izobrazenosti anketirank večkrat ponavlja potreba po informacijah, bi v prihodnje predlagali, da se aktivnosti diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti družinske medicine razširijo tudi na področje svetovanja o menopavzi. Od leta 2011 delujejo pri nas referenčne ambulante – to so ambulante družinske medicine z razširjenim timom zdravstvenega osebja. V referenčni ambulanti sodeluje za polovični delovni čas diplomirana medicinska sestra (DMS), ki je prevzela spremljanje določenih kroničnih obolenj in preventivne aktivnosti (Poplas Susič & Marušič, 2011). Seveda je pred tem treba zagotoviti usmerjeno izobraževanje (izobraževalni moduli) in obstoječe referenčne ambulante družinske medicine ustrezno kadrovsko okrepiti (delo DMS za poln delovni čas). Na podlagi svoje raziskave tudi

Sveinsdóttir in Ólafsson (2006) menita, da bi bilo treba okrepiti svetovalno vlogo medicinske sestre.

Menimo, da bi bilo treba izvesti še kakšno usmerjeno raziskavo, povezano s tematiko menopavze in dostopnostjo do informacij, na večjem vzorcu populacije, saj z našo raziskavo ne moremo posplošiti rezultatov zaradi premajhnega vzorca in vzorca anketirank z relativno visoko stopnjo dosežene formalne izobrazbe.

4 ZAKLJUČEK

V naši raziskavi ugotovljamo, da večina anketiranih žensk ocenjuje svoje zdravje kot dobro ali zelo dobro. Ženske, ki so v obdobju perimenopavze, žalosti, da pri sebi zaznavajo znake staranja, prav tako jih muči utrujenost in izčrpanost zaradi nespečnosti, strah jih je jemati HNZ zaradi mogočih neželenih stranskih učinkov, vendar izražajo zadovoljstvo ob dejstvu, da jim ni treba več skrbeti glede neželene nosečnosti. Največ težav imajo anketiranke z vročinskimi oblivi, znojenjem, s spanjem ter fizično in psihično izčrpanostjo, nekoliko manj pa s srčnimi težavami, motnjami razpoloženja, razdražljivostjo ter bolečinami v mišicah in sklepih. Anketirane ženske v večini dobro skrbijo za svoje zdravje in imajo zdrav življenjski slog, zavedajo se, da za svoje zdravje lahko veliko storijo same, prav tako se udeležujejo preventivnih/presejalnih pregledov in tretjina je redno telesno aktivnih več kot trikrat tedensko. Pa vendar se le tretjina anketiranih trudi vzdrževati ustrezno telesno težo in le tretjina vprašanih skrbi za redno in ustrezno prehrano, zato imamo zdravstveni delavci še dovolj dela z zdravstveno vzgojo.

Menopavza je v življenju ženske obdobje, ko se mora spopasti z vrsto izgub: zmanjšana reproduktivna sposobnost, mladostni videz in spolnost; prav tako pa se začne zavedati lastne minljivosti, kajti menopavzo vidi kot opomnik za spreminjanje, staranje ali umiranje (Vigeta, et al., 2012).

Britansko menopavzalno združenje meni, da se večina žensk ne zaveda vpliva menopavze na zdravje in ne prepozna, kako z enostavnimi izboljšavami v načinu življenja preprečiti nastanek hudih zdravstvenih težav tudi kasneje v življenju (British Menopause Society - BMS, 2011). Britansko menopavzalno združenje (BMS, 2011) priporoča, da bi bilo treba poleg sprememb na nivoju javne zdravstvene politike uvesti v timih primarnega zdravstva še register žensk, starejših od 45 let, in jih okrog njihovega 50. rojstnega dne povabiti na posvetovanje o zdravju in zdravem načinu življenja.

V naši raziskavi se večkrat pokaže potreba menopavzalnih žensk po informacijah, zlasti so deležne premalo informacij od zdravstvenih delavcev. Na koncu anketiranja so nekatere anketiranke želele pridobiti dodatne informacije o menopavzi v obliki predavanja

ali izobraževalnih delavnic, saj so nas nekatere anketiranke poiskale osebno ali preko telefona in prosile za nasvet oziroma pogovor.

Zelo je pomembno, da je ženska na to življenjsko obdobje dobro pripravljena in oborožena z informacijami, ki jih lahko dobi iz prve roke prav pri zdravstvenih delavcih. Pomembno je, da prepozna znake in simptome menopavze, da se zaveda, kaj lahko za ohranjanje svojega zdravja stori sama in kako si lahko sama pomaga pri lajšanju menopavzalnih težav, vedeti pa mora tudi, kdaj poiskati pomoč strokovnjakov. Tudi Sveinssdóttir in Ólafsson (2006) zaključujeta svojo raziskavo z mnenjem, da bi bilo na tem področju treba okrepiti svetovalno vlogo medicinske sestre.

Predlagamo, da se pri nas vpelje svetovanje s področja menopavze, ki bi ga izvajale diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti družinske medicine, saj si zaradi kompleksnosti menopavze ženska v menopavzi zaslužijo celostno obravnavo. Seveda pa bi bilo treba zagotoviti dodatno izobraževanje diplomiranih medicinskih sester v sklopu izobraževalnih modulov za referenčne ambulante in kadrovske okrepiti referenčne ambulante.

5 LITERATURA

Borko, E. & Žegura, B., 2006. Menopavza. In: E. Borko & I. Takač, eds. *Ginekologija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, pp. 111-120.

Brown, L., Bryant, C. & Judd, F.K., 2015. Positive well-being during the menopausal transition: a systematic review. *Climacteric*, 18(4), pp. 456-469.

British Menopause Society Council, 2011. Modernizing the NHS: observation and recommendations from the British Menopause Society. *Menopause International*, 00, pp. 1-3.

Cenčič, M., 2009. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Chedraui, P., Agirre, W., Hidalgo, L. & Fayad, L., 2007. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas*, 57(3), pp. 271-278.

Cumming, G.P., Herald, J., Moncur, R., Currie, H. & Lee A.J., 2007. Women's attitudes to hormone replacement therapy, alternative therapy and sexual health: a web-based survey. *Post Reproductive Health*, 13(2), pp. 79-83.

Cumming, G.P., Currie, H., Morris, E., Moncur, R. & Lee A.J., 2015. The need to do better – Are we still letting our patients down and at what cost? *Post reproductive health*, 21(2), pp. 56-62.

Domoney, C., Currie, H., Panay, N., Maamari, R. & Nappi, R.E., 2013. The closer survey: Impact of postmenopausal vaginal discomfort on women and male partners in the UK. *Post Reproductive Health*, 19(2), pp. 69-76.

Drev, A., 2010. Telesna dejavnost. In: A. Hočevar Grom. ed. *Zdravje v Sloveniji*, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 35-36.

ESHRE Capri Workshop Group, 2011. Perimenopausal risk factors and future health. *Human Reproduction Update*, 17(5), pp. 706-717.

Faubion, S.S., Kuhle, C.L., Shuster, L.T. & Rocca, W.A., 2015. Long-term health consequences of premature or early menopause and considerations for management. *Climacteric*, 18(4), pp. 483-491.

Franić, D., 2007. Fiziološke spremembe v klimakteriju. In: H. Meden-Vrtovec & D. Franić, eds. *Izbrana poglavja s področja klimakterija*. Ljubljana: Arkadija, pp. 12-16.

Franić, D., 2008. Hormonske možnosti zdravljenja v perimenopavzi in kasneje. *Zdravniški vestnik*, 77(3), pp. 9-15.

Gabrijelčič Blenkuš, M., 2010. Dejavniki, povezani z zdravjem (determinante zdravja). In: A. Hočevar Grom, ed. *Zdravje v Sloveniji*, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 24-26.

Heinemann, K., Ruebig, A., Potthoff, P., Schneider, H., Strelow, F., Heinemann, L. & Minh Tai, D., 2004. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: The methodological review. *Health and Quality of Life Outcomes*. [online] Available at: <http://www.hqlo.com/content/2/1/45> [Accessed 20. 7. 2015].

Hlastan Ribič, C., Maučec Zakotnik, J., Kranjc, M. & Šerona, A., 2012. Prehranjevanje. In: J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & L. Zaletel Kragelj, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije – trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008*, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 31-50.

Ilić, M., Intihar, S., Ložar, B., Oblak Flander, A., Svetin, I. & Žnidaršič T., 2010. Prebivalstvo Slovenije in njegove značilnosti. In: A. Hočevar Grom, ed. *Zdravje v Sloveniji*, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 10-23.

Kamin, T., 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kopčavar Guček, N. & Franič, D., 2008. Kakovost življenja, svetovanje in hormonsko nadomestno zdravljenje. *Zdravniški vestnik*, 77(3), pp. 73-78.

Koprivnikar, H., 2010. Kajenje. In: A. Hočevar Grom. ed. *Zdravje v Sloveniji*, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 39-40.

Kumar, A., Archana, E., Pai, A., Nayak, G., Shenoy, R.P. & Rao, A., 2013. Serum mineral status and climacteric symptoms in perimenopausal women before and after 3Yoga therapy, an ongoing study. *Journal of Mid-Life Health*, 4(4), pp. 225-229.

Lainščak, M., Fras, Z. & Zaletel Kragelj, L., 2005. Slovenija v gibanju za zdravo prehrano. *Zdravniški vestnik*, 44(1), pp. 10-17.

Labrinoudaki, I., Ceasu, I., Depypere, H., Erel, T., Rees, M., Schenck-Gustafsson, K., Simoncini, T., Tremollieres, F., Van der Schouw, Y.T. & Pérez-López F.R., 2013. EMAS position statement: Diet and health in midlife and beyond. *Maturitas*, 74, pp. 99-104.

Mander, T., 2012. Better life better health – lifestyle and diet for a healthy future. *Post reproductive health*, 18(4), pp. 123-124.

Marn Radoš, M. & Ščepanović, D., 2014. Telesna dejavnost in zdravje žensk v pompenopavzi. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4), pp. 323-331.

McCloskey, C.R., 2012. Changing Focus: Women's Perimenopausal Journey. *Health Care Women International*, 33(6), pp. 540-559.

Meden Vrtovec, H., 2005. Ženska v menopavzi in po njej. In: J. Turk, ed. *Zdrava poznejša leta. Naj bodo tudi lepa*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, pp. 167–170.

Meden-Vrtovec, H., 2007. Ženska in moški v tretjem življenjskem obdobju. In: H. Meden-Vrtovec & D. Franić, eds. *Izbrana poglavje s področja klimakterija*. Ljubljana: Arkadija, pp. 9-11.

Meden-Vrtovec, H., 2008. Menopavza in hormonsko nadomestno zdravljenje - zgodovinski pregled. *Zdravniški vestnik*, 77(3), pp. 5-8.

Meden Vrtovec, H., 2012. Fiziologija jajčnika in menstruacijski cikel. In: B. Kobal, ed. *Izbrana poglavja iz ginekološke in perinatološke propedeutike*. Ljubljana: Medicinski razgledi, p. 13.

Mlakar, J., 2007. Psihične spremembe v obdobju po menopavzi. In: H. Meden-Vrtovec & D. Franić eds. *Izbrana poglavje s področja klimakterija*. Ljubljana: Arkadija, pp. 27-33.

Novak, E., 2010. Zdravje in z zdravjem povezan življenjski slog v povezavi z zadovoljstvom v življenju. *Psihološka obzorja*, 19(2), pp. 19-30.

Petkovič, T., 2007. Kakovost življenja ženske v peri- in pomenopavzi. In: H. Meden-Vrtovec & D. Franić eds. *Izbrana poglavje s področja klimakterija*. Ljubljana: Arkadija, pp. 60-63.

Pepić, J., 2012. *Zdravstveno vzgojno delo v ginekološkem dispanzerju: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Pinter, B., MedenVrtovec, H., Maček, M., Verdenik, I., Pretnar-Darovec, A., Meglič, V. & Ribič-Pucelj, M., 2003. Menopavza v Sloveniji: značilnosti žensk in pojavnost perimenopavzalnih simptomov. *Zdravniški vestnik*, 72(2), pp. 9-12.

Podlipnik, M., 2007. Menopavza in hormonska nadomestna terapija. In: M. Ažman, ed. *Zdravje – vrednota vsake ženske*. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, pp. 30-32.

Poplas Susič, A. & Marušič, D., 2011. Referenčne ambulate. *Bilten: ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu*, 27(1), pp. 9-17.

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

Rozman, M., 2009. Novosti – izkušnje – pobude – odmevi: Ljubezen, intimnost in spolna želja v partnerstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(2), pp. 129-135.

Selič, P., 2007. Občutek kontrole nad lastnim življenjem in vedenje, povezano z zdravjem. In: M. Bulc, H. Turk & J. Kersnik, eds. *Vključevanje bolnika v zdravljenje: učno gradivo 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana, oktober 2007*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 10-26.

Sveisdóttir, H. & Ólafsson, R.F., 2006. Women's attitudes to hormone replacement therapy in the aftermath of the Women's Health Initiative study. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), pp. 572-584.

Štern, B., 2007. Javno zdravje in javno zdravstvo. *Zdravniški vestnik*, 76, pp. 317-322.

Toš, N. & Malnar, B., 2002. Stališča o zdravju in zdravstvu. In: N. Toš & B. Malnar, eds. *Družbeni vidiki zdravja: Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, IDV – CJMMK, pp. 87-162.

Ule, M., 2009. *Socialna psihologija: analitični pristop k življenju v družbi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Vertot, N., 2010. *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.

Vickers, M.R., MacLennan, A.H., Lawton, B., Ford, D., Martin, J., Meredith, S.K., De-Stavola, B.L., Rose, S., Dowell, A., Wilkes, H.C., Darbyshire, J. H. & Meade, T.W., 2007. Main morbidities recorded in the women's international study of long duration oestrogen after menopause (WISDOM): a randomised controlled trial of hormone replacement therapy in postmenopausal women. *British Medical Journal*, 335 [online] Available at: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39266.425069.AD> [Accessed 20. 7. 2015].

Vigeta, S.M.G., Hachul, H., Tufik, S. & Menicucci de Olivera, E., 2012. Sleep in postmenopausal Women. *Qualitative Health Research*, 22(4), pp. 466-475.

Villaverde-Gutiérrez, C., Araújo, E, Cruz, F., Roa, J.M., Barbosa, W. & Ruíz-Villaverde, G., 2006. Quality of life of rural menopausal women in response to a exercise programme. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), pp. 11-19.

Welton, A.J., Vickers, M.R., Kim, J., Ford, D., Lawton, B.A., MacLennan, A.H., Meredith, A.S., Martin, J. & Meade, T.W., 2008. Health related quality of life after combined hormone replacement therapy: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 337, pp. 1-9.

World Health Organisation, 1946. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization* [online] Available at: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [Accessed 25. 4. 2014].

ZEG Berlin, n.d. *MRS – the Menopause Rating Scale*. [online] Available at: <http://www.menopause-rating-scale.info/about.htm> [Accessed 25. 4. 2014].

Ziherl, S., 2008. Spolnost po menopavzi. *Zdravniški vestnik*, 77(3), pp. 69–71.

Zurc, J., 2010. Človekovo zdravje in razvoj. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič, B. Filej, K. Skinder Savić, M. Mežik Veber, K. Romih, S. Pivač, J. Zurc, A. Prebil & M. Bahun, eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 40-51.

Žalar, A., 2009. Ocena seznanjenosti prebivalcev Slovenije z dejavniki tveganja nastanka bolezni srca in ožilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(2), pp. 95-101.

Žegura, B., 2005. Klimakterij in hormonsko nadomestno zdravljenje. In: J. Kersnik, ed. *VII. Fajdigovi dnevi: Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje: zbornik predavanj. Kranjska gora, 14.-15. oktober 2005*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 49-52.

Žegura, B. & Gužič - Salobir B., 2009. Hormonsko nadomestno zdravljenje po menopavzi: dejstva in dileme. *Zdravniški vestnik*, 78(1), pp. 165-168.

Železnik, D. in sodelavci, 2008. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

VPRAŠALNIK

Moje ime je Joži Gregorin in sem absolventka Fakultete za zdravstvo Jesenice, kjer končujem visokošolski študij, smer Zdravstvena nega. Sicer sem redno zaposlena v Zdravstvenem zavodu Revita, Ljubljana.

Z dovoljenjem svojega delodajalca se na vas obračam s prošnjo o sodelovanju pri raziskavi za diplomsko delo.

V okviru svojega diplomskega dela želim raziskati obdobje menopavze, in sicer vpliv menopavze na zdravje žensk.

Vprašalnik vsebuje tri sklope vprašanj. Vljudno vas prosim, naj vaši odgovori izražajo vaše trenutno zdravstveno stanje in vaša aktualna stališča glede na postavljeno vprašanje.

Raziskava je anonimna, sodelovanje v raziskavi je popolnoma prostovoljno. Rezultati raziskave bodo uporabljeni izključno za pripravo diplomskega dela.

Za vaš čas in vaše sodelovanje se vam iskreno zahvaljujem.

I. DEMOGRAFSKI PODATKI (odgovorite tako, da obkrožite črko pred odgovorom, ki velja za vas, pri starosti navedite starost v letih, pri višini višino v cm, težo v kg).

1) **Starost:** _____ (leta)

2) **Višina:** _____ cm

3) **Teža:** _____ kg

4) **Stopnja izobrazbe:**

- a) nedokončana osnovna šola
- b) osnovna šola
- c) nižja ali poklicna izobrazba
- d) srednja strokovna/splošna izobrazba
- e) višješolska izobrazba
- f) visoka strokovna izobrazba
- g) visoka univerzitetna izobrazba
- h) podiplomska izobrazba – strokovni magisterij ali magisterij znanosti
- i) podiplomska izobrazba – doktorat znanosti

5) **Vaš trenutni zaposlitveni status:**

- a) zaposlena
- b) nezaposlena
- c) upokojena

6) **Kakšen je vaš finančni status?**

- a) zaslužim več kot potrebujem
- b) zaslužim ravno dovolj
- c) ne zaslužim dovolj

7) **S kom živite?**

- a) s partnerjem/možem
- b) sama z otroci
- c) s partnerjem/možem in otroci
- d) živim s starši
- e) živim sama

8) **Kakšen je vaš formalni zakonski stan?**

- a) samska, nikoli poročena
- b) poročena
- c) ovdovela
- d) razvezana
- e) zunajzakonska skupnost

9) Kolikokrat ste rodili?

- a) _____ x
- b) nikoli nisem bila noseča
- c) bila sem noseča, a sem imela splav

II. SPLOŠNO ZDRAVSTVENO STANJE IN GINEKOLOŠKI STATUS

10) Kako ocenjujete vaše trenutno splošno zdravstveno stanje?

- a) zelo dobro
- b) dobro
- c) srednje
- d) slabo
- e) zelo slabo

11) Ali imate katero od kroničnih nenalezljivih bolezní (sladkorno bolezen, zvišan krvni tlak, astma ...)?

- a) da
- b) ne
- c) ne vem

12) Kako pogosto obiskujete ginekologa?

- a) večkrat letno
- b) enkrat na leto
- c) enkrat na dve leti
- d) vsake tri leta
- e) na več kot tri leta
- f) ga sploh ne obiskujem

13) Če ste že v menopavzi, navedite vašo starost ob nastopu menopavze (potem ko 12 mesecev niste več imeli menstruacije): _____

14) Kako redna je v aša menstruacija?

- a) še redna
- b) zadnjih nekaj mesecev je neredna
- c) menstruacije nimam že več kot 12 mesecev
- d) menstruacije nimam, ker sem imela ginekološko operacijo (odstranitev maternice ali jajčnikov)
- e) menstruacije nimam zaradi drugih razlogov (maternični vložek Mirena)

15) Navedite vaša subjektivna stališča, ki veljajo za vas v obdobju perimenopavze.

Obdobje perimenopavze je obdobje pred nastopom menopavze (menopavza se določa retrogradno, in sicer rečemo, da je nastopila, ko 12 mesecev ni bilo več menstruacije). Obdobje perimenopavze lahko traja od dve do pet let.

Za vsako trditve se opredelite glede na stopnjo strinjanja od 1 do 5, pri čemer je 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – močno se strinjam (obkrožite ustrezno številko).

| Trditve | 1 – <u>popolnoma se ne strinjam</u> | 2 – <u>se ne strinjam</u> | 3 – <u>delno se strinjam</u> | 4 – <u>se strinjam</u> | 5 – <u>močno se strinjam</u> |
|--|-------------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------------|
| Vse življenje sem imela nizek krvni tlak, potem pa mi je krvni tlak kar naenkrat poskočil. To mi je povzročilo skrbi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Včasih mi začne srce močno razbijati, kar me še dodatno prestraši. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Čutim nerazumevanje okolice , ker moje razpoloženje pogosto niha. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Spolnost me ne zanima več tako, kot me je nekoč, zato je moj odnos s partnerjem razrahljan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Včasih mi malo uide urin, zaradi tega mi je nerodno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| O težavah, ki jih doživljam, se težko pogovarjam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Opazam znake staranja (uvela koža, povešene prsi), kar me dodatno žalosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Moja samopodoba je spremenjena. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Običajno sem dobro spala, nenadoma pa se je pojavila nespečnost, zato se včasih počutim utrujeno in popolnoma izmučeno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Zadovoljna sem , ker mi ni več treba skrbeti zaradi neželene nosečnosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Zdi se mi, da se mi je življenje postavilo na glavo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Počutim se manj žensko , ker nisem več v rodni dobi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mislím, da na to obdobje nisem bila dovolj pripravljena. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| V zadovoljstvo mi je , da si lahko pri menopavzalnih težavah pomagam s hormonskim nadomestnim zdravljenjem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Strah me je jemati hormonska zdravila za lajšanje menopavzalnih težav zaradi mogočih neželenih učinkov. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mislím, da o možnostih lajšanja menopavzalnih težav premalo vem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

16) Kateri od navedenih simptomov se nanašajo na Vas? Prosim, da za vsak odgovor, ki velja za vas **označite s križcem (X)** ustrezen kvadrateg.

| | Simptomi, ki veljajo za vas: | Nič | Blagi | Zmerni | Težki | Zelo težki |
|-----|--|------------|--------------|---------------|--------------|-------------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Vročinski oblivi, znojenje (navali znojenja) | | | | | |
| 2. | Srčne težave (nenadoma občutim razbijanje srca, srce mi preskakuje, pospešeno utripa) | | | | | |
| 3. | Težave s spanjem (težko zaspim, ponoči se prebujam, zjutraj se prezgodaj prebujam) | | | | | |
| 4. | Motnje razpoloženja (depresivna sem, žalostna, na robu solz, nimam volje, razpoloženje niha) | | | | | |
| 5. | Razdražljivost (počutim se nervozno, napeto, agresivno) | | | | | |
| 6. | Tesnoba (občutim nemir, loteva se me panika) | | | | | |
| 7. | Fizična in psihična izčrpanost (manjša učinkovitost na splošno, manjša zbranost in slabši spomin – večja pozabljivost) | | | | | |
| 8. | Spolne težave (spremembe v želji po spolnosti, spolni aktivnosti in zadovoljstvu) | | | | | |
| 9. | Težave s sečnim mehurjem (težave pri uriniranju, pogosto uriniranje, uhajanje urina-urinska inkontinenca) | | | | | |
| 10. | Suha nožnica (občutek suhosti ali žarenja v nožnici, težave pri spolnem odnosu) | | | | | |
| 11. | Težave z mišicami in sklepi (bolečine v sklepih, revmatske bolečine) | | | | | |

(MRS – Menopause Rating Scale: developed by the Berlin Center for Epidemiology and Health Research)

17) Ali za lajšanje menopavzalnih težav jemljete kakšna zdravila?

- a) da, hormonsko nadomestno zdravljenje, ki mi ga je predpisal ginekolog (tablete, injekcije ali obliže)
- b) hormonske nadomestke na podlagi rastlinskih izvlečkov
- c) vaginalno kremo ali vaginalne tablete (lokalno lajšanje težav)
- d) antidepresiv, pomirjevala
- e) zdravila za zniževanje krvnega tlaka
- f) zdravila proti osteoporozi
- g) nič

III. ŽIVLJENJSKI SLOG IN ODNOS DO ZDRAVJA

18) Ali kadite?

- a) ne, nikoli nisem kadila
- b) sem kadila, vendar sem prenehala
- c) da, pokadim do 10 cigaret na dan
- d) da, pokadim 1–20 cigaret na dan
- e) da, pokadim več kot 20 cigaret na dan

19) Kako pogosto uživate alkohol (več kot 2 merici ob eni priložnosti – 1 merica je 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali 0,3 dl žgane pijače)

- a) nikoli
- b) 1–3 x na mesec
- c) 1–3 x na teden
- d) skoraj vsak dan ali vsak dan

20) Koliko zaužijete dnevno kofeinskih napitkov (kava, pravi čaj)?

- a) nič
- b) 1–2
- c) 3–4
- d) več kot 5

21) Koliko imate obrokov dnevno?

- a) 1–2
- b) 3
- c) 4–5
- d) več kot 5

22) Kako pogosto jeste sadje in zelenjavo?

- a) dvakrat ali večkrat dnevno
- b) enkrat dnevno
- c) štiri- do šestkrat na teden
- d) enkrat do trikrat tedensko
- e) nikoli

23) Kako pogosto uživate mleko in mlečne izdelke?

- a) več kot enkrat na dan
- b) enkrat na dan
- c) štiri- do šestkrat na teden
- d) en- do trikrat na teden
- e) en- do trikrat na mesec
- f) nikoli

24) Kako pogosto ste telesno aktivni vsaj pol ure tako, da se preznajate?

- a) nič
- b) en- do dvakrat tedensko
- c) tri- do štirikrat tedensko
- d) petkrat tedensko
- e) več kot petkrat tedensko

25) V kolikšni meri ste iskali informacije v zvezi z zdravjem in menopavzo? Prosim, da za vsak odgovor, ki velja za vas, s križcem (X) označite ustrezen kvadrataček.

| | | Pogosto | Občasno | Redko | Skoraj nikoli | Nikoli |
|----|---|---------|---------|-------|---------------|--------|
| 1. | V časopisih in revijah | | | | | |
| 2. | V zdravstvenih priročnikih in/ali v knjigah o menopavzi | | | | | |
| 3. | Na internetu (splošno) | | | | | |
| 4. | Na forumih ali klepetalnicah na internetu | | | | | |
| 5. | Pri splošnem zdravniku | | | | | |
| 6. | Pri ginekologu | | | | | |
| 7. | Pri medicinski sestri v ambulanti | | | | | |

26) Obkrožite odgovor, ki velja za vas, in se nanaša na prejšnje vprašanje:

- a) S pridobljenimi informacijami sem prepoznala težave, ki se v menopavzi pojavljajo tudi pri meni.
- b) Pridobljene informacije so bile zame koristne.
- c) Zaradi pridobljenih informacij sem spremenila življenjski slog.
- d) Zaradi pridobljenih informacij sem spremenila odnos do hormonskega nadomestnega zdravljenja.

27) Kakšen je vaš odnos do zdravja? (lahko je več odgovorov)

- a) močno me skrbi za moje zdravje
- b) zavedam se, da za svoje zdravje lahko veliko storim sama
- c) redno hodim na preventivne/presejalne preglede
- d) zelo se trudim vzdrževati ustrezno telesno težo
- e) redno sem telesno aktivna, skrbim za ustrezno telesno kondicijo
- f) premalo se gibam
- g) skrbim za redno in ustrezno prehrano
- h) moja prehrana je neredna in neustrezna
- i) na svoje zdravje sploh ne pazim
- j) vseeno mi je za moje zdravje

28) Ocenite vaš odnos do vrednot, ki so za vas pomembne, in jih ocenite z ocenami od 1 do 10, in sicer najpomembnejšo ocenite z 1, nato sledi druga najpomembnejša, ki jo ocenite z 2 itd.:

- ___ Imetje
- ___ Ljubezen
- ___ Zdravje
- ___ Prijateljstvo
- ___ Mir
- ___ Lepota
- ___ Varnost
- ___ Spolnost
- ___ Ugled
- ___ Vera

29) Prosim, vzemite si malo časa, ker vas verjetno v vprašalniku nismo uspeli vsega vprašati, in opišite svoje doživljanje prehoda v obdobje perimenopavze in menopavze!

Kaj bi drugim ženskam lahko povedali o tem prehodu? Kaj vas je ob tem najbolj skrbelo in česa vas je bilo strah?