

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Maja Šimaga Saje

**ANALIZA IN KRITIKA ODNOSA DO
MENOPAVZE V POZNO MODERNI
DRUŽBI**

Magistrsko delo

Mentorica: doc. dr. Zdenka Šadl

Ljubljana, 2008

KAZALO	
UVOD	2
I. TEORETSKI DEL	
1. KONCEPTUALIZACIJE MENOPAVZE	6
1.1. Medicinski model menopavze	6
1.1.1. Simptomi in nadomestno hormonsko zdravljenje (NHZ)	11
1.2. Feministični model menopavze	16
1.2.1. Kritika medikalizacije menopavze in NHZ	16
1.2.2. »Naravni« model menopavze	26
1.2.3. Medkulturne primerjave menopavze	31
2. IZKUŠNJE MENOPAVZE V POZNOMODERNI DRUŽBI	34
3. MEDIJSKE REPREZENTACIJE MENOPAVZE	46
4. POMEMBNI DRUŽBENI DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA SREDNJE OBDOBJE ŽIVLJENJA ŽENSK	53
4.1. Plačano in neplačano delo žensk	55
4.1.1. Neplačano (družinsko) delo	57
4.1.2. Družinsko delo žensk v srednjem obdobju življenja	59
4.1.3. Usklajevanje plačanega in družinskega dela	62
4.2. Telesne spremembe in samopodoba	65
4.2.1. S. Sontag: Dvojni standardi staranja	67
4.2.2. »Železna kletka« staranja, maškarada in družbena maska	71
4.3. Zdravje žensk	77
4.3.1. Strukturni in individualni dejavniki, ki vplivajo na zdravje žensk	79
4.3.2. Medicina kot vrednotno nabit sistem družbenega nadzora	81
4.3.3. Medikalizacija ženske	82
II. EMPIRIČNI DEL	
5. NAMEN, HIPOTEZE IN METODOLOGIJA	84
5.1. Vsebinska in diskurzivna analiza tekstov	85
5.2. Vsebinska in diskurzivna analiza ženskih izkušenj menopavze	87
6. ANALIZA TEKSTOVNEGA GRADIVA	87
6.1. Analiza priročnikov o menopavzi	87
6.2. Analiza brošur in zgibank	98
6.2.1. Brošuri in zgibanke o nadomestnem hormonskem zdravljenju	99
6.2.2. Brošuri in zgibanke o fitofarmaceutskih izdelkih	104
6.3. Analiza revijalnega tiska	108
6.3.1. Kvantitativna analiza tekstov	108
6.3.2. Vsebinska analiza tekstov	112
6.3.3. Diskurzivna analiza tekstov	117
7. ANALIZA ŽENSKIH IZKUŠENJ MENOPAVZE	121
7.1. Vsebinska analiza	122
7.1.1. Izkušnje menopavze-pričakovane in dejanske	124
7.1.2. Kulturni dejavniki, ki vplivajo na izkušnje menopavze	129
7.1.3. Zdravstvene težave in zdravljenje	132
7.1.4. Informacije o menopavzi	142
7.2. Diskurzivna analiza	146
8. EVALVACIJA REZULTATOV	149
8.1. Kvantitativna, vsebinska in diskurzivna analiza tekstov	149
8.2. Vsebinska in diskurzivna analiza ženskih izkušenj menopavze	153
9. SKLEP	155
10. LITERATURA	159

UVOD

V srednjem obdobju življenja žensk menopavza označuje prehod iz rodne v nerodno dobo. Beseda menopavza izhaja iz dveh grških besed, *men* (mesec) in *pausis* (prekinitve) in dobesedno pomeni zadnjo menstruacijo v življenju ženske (Kocijančič, 1996: 13). Čeprav je menopavza univerzalni dogodek, to ne velja za doživljanje menopavze, saj za vsako posameznico izkušnje menopavze poleg osebnostnih lastnosti določajo družbeni in kulturni dejavniki okolja, iz katerega izhaja. Kot pravi J. Griffen (1982: 257):

»tekom življenjskega ciklusa se nekatere univerzalne fiziološke spremembe na videz zdijo intimne in edinstvene, v resnici pa nikoli niso izkušnja de novo. Te spremembe lahko doživljamo le skozi filter kulturnih pričakovanj, in za večino posameznikov velja, da jih izkusijo skladno s temi pričakovanji.«

Ko v središče preučevanja odnosa med kulturo in individuumom postavimo žensko telo v menopavzi, nam preučevanje načinov, na katere je to telo konceptualizirano in obravnavano, odpre vprašanje o vlogi ženske v neki družbi ter o razmerjih moči med posameznimi družbenimi skupinami. Za sodobno, pozno moderno družbo je značilna medikalizacija menopavze. To pomeni, da medicinska stroka menopavzo – ki je bila še do nedavnega dokaj neproblematična izkušnja žensk – definira kot stanje pomanjkanja hormona estrogena, ki sproži različne psihosomatske težave in resna obolenja. Zgodovinsko gledano, medicinsko enačenje menopavze s stanjem hormonskega deficita sovпада s paradigmatiskim premikom medicinske konceptualizacije ženskega telesa. Do začetka 20. st. je veljalo, da je telesno in duševno zdravje posameznice – na ravni konceptualizacije – odvisno od delovanja njenih reproduktivnih organov: maternice in jajčnikov. Od prve polovice 20. st. pa je, zaradi razvoja endokrinologije (in vzporedno z njo sintetičnih hormonov), zdravje posameznice na konceptualni ravni postalo odvisno od delovanja njenih hormonov (Lupton, 2003: 146). Dokaz za to trditev je »iznajdba« predmenstrualnega sindroma (PMS) in »podaljšanje« nekoč kratkega obdobja menopavze na daljše obdobje, ki sedaj vključuje še peri- in po- menopavzo. Po medicinski doktrini vstopi ženska v obdobje peri- menopavze (to je obdobje prvih hormonskih sprememb, ki vodijo v menopavzo) že po 35. letu, okoli 50. leta doživi menopavzo in tako rekoč do

smrti ostane v obdobju po-menopavze, ki jo medicina povezuje z obdobjem povečanega tveganja za razvoj kroničnih bolezni, povezanih z nižjim nivojem estrogena (osteoporoza, srčno-žilna obolenja, itd.). Najbolj poznan in popularen primer medicinske razlage hormonske nadvlade nad žensko je delo R. Wilsona *Neminljiva ženskost* (1971; v originalu *Feminine Forever* (1966)), ki žensko v menopavzi opiše kot psihično nestabilno, nežensko in spolno neprivlačno zaradi pomanjkanja hormona estrogena.

V medicinskem diskurzu je menopavza posplošen abstraktni koncept, neodvisen od konkretnih družbenih, kulturnih in ekonomskih značilnosti okolja, iz katerega posameznica izhaja, kakor tudi od njenih osebnostnih lastnosti (Kaufert, 1988, v Lupton, 2003: 155). Feministične avtorice drugega in tretjega vala – med najbolj znanimi so G. Sheehy, G. Greer, B. Ehrenreich, M. Gullette, S. Bell, itd. – so medikalizacijo menopavze kritizirale in obenem iskale drugačne, pozitivne konceptualizacije te izkušnje. Da je menopavzo mogoče misliti drugače, potrjujejo tudi sociološke in antropološke raziskave menopavze (npr. Ballard et. al., 2001; Berger in Wenzel, 2001, internetni vir št. 1; Griffiths 1999; Lock, 1998; Spitzer, 2003; itd.), ki kažejo, da je osebna izkušnja menopavze izrazito odvisna od pomena, ki ga neka družba pripisuje vlogi ženske in od pričakovanj in stereotipov, ki jih veže na proces staranja.

V sodobni, pozno moderni družbi so ženske v obdobju menopavze po eni strani izpostavljene prevladujočemu negativnemu medicinskemu diskurzu o menopavzi in kulturnemu razvrednotenju vsega, kar ne sodi v vzorec mladostnega, aktivnega individua. Pri identitetni konstrukciji individua pozne moderne imajo pomembno vlogo tudi množični mediji, ki menopavzo najpogosteje reprezentirajo kot obdobje povečanega tveganja za obolevnostjo in kot obdobje staranja in zmanjševanja spolne privlačnosti. Po drugi strani pa je zahodna družba v obdobju zadnjih tridesetih let doživela številne družbene spremembe, ki jih na ravni individua najbolj vidno označuje proces individualizacije. Individualizacija pomeni osvobajanje od tradicionalnih spon razreda, sloja, družine in spolnih vlog. Na strukturnem nivoju so možnost kontracepcije, upadanje rodnosti in izenačevanje izobraževalnih možnosti skrajšali fazo aktivnega starševstva ter omogočili večjo participacijo žensk v sferi produkcije. Ženske, ki trenutno doživljajo

menopavzo, se v pozno modernih družbah uvrščajo v t.i. baby-boom generacijo, ki v začetku 21. stoletja tvori v ZDA, EU in tudi v Sloveniji, skoraj 30 % celotne populacije in v zadnjih letih beleži največji porast (Lachman, 2004; EU Population Statistics 2006; Statistični letopis 2006). Značilnost te generacije je, da skozi celoten življenjski potek ohranja vrednote in kulturne okuse svoje mladosti, mladostni videz in željo po aktivnem življenju. Njene pripadnice pa se tudi prištevajo v prvo generacijo žensk, ki se je v večjem številu izobraževala in zaposlovala, in ki je danes karierno uspešna in vplivna bolj, kot katerakoli generacija žensk pred njo.

Družboslovno raziskovanje menopavze, ki vključuje sociološke in antropološke raziskave ženske izkušnje menopavze, komunikološke raziskave reprezentacij menopavze v množičnih medijih in feministične raziskave medikalizacije tega obdobja so se razmahnile proti koncu 20. st., ko je menopavza postala pomemben del diskurza o zdravju ženske. Družboslovnih raziskav menopavze v Sloveniji, z izjemo magistrskega dela L. Lazarev-Šerbec (2003), ki je raziskovala kvaliteto življenja Slovenk v menopavzi, nisem zasledila. S svojim magistrskim delom, v katerem raziskujem diskurze, ki oblikujejo izkušnjo menopavze v slovenskem prostoru, želim razširiti in poglobiti to področje raziskav.

Magisterij je sestavljen iz dveh delov. V prvem delu, ki je teoretičen, predstavljam temeljne teoretske koncepte, ki so potrebni za analizo diskurza o menopavzi. V prvem poglavju predstavim medicinski in feministični model menopavze. Posebej izpostavim vprašanje negativnih metafor, ki jih medicinski diskurz uporablja pri konceptualizaciji menopavze in vprašanje nadomestnega hormonskega zdravljenja, ter feministično kritiko le-tega. V nadaljevanju predstavim t.i. »naravni« oziroma feministični model menopavze, katerega osnovna premisa je, da je menopavza označevalka biološkega in družbenega prehoda in kot taka ni izključno vezana na telesne spremembe in zdravstvene težave, ki jih izpostavlja medicinski model. V drugem poglavju predstavim sociološke raziskave ženske izkušnje menopavze. Predstavljene študije vključujejo predvsem izkušnje žensk iz sodobnih zahodnih družb, ker predpostavljam, da so njihove izkušnje v marsičem primerljive z izkušnjami Slovenk. V tretjem poglavju so zbrane komunikološke študije medijskih reprezentacij menopavze. Ta vidik preučevanja menopavze je pomemben zato,

ker so množični mediji pomemben vir informacij in oblikovanja javnih percepcij. Teoretski del sklenem s četrtem poglavjem, v katerem osvetlim družbene dejavnike, ki pomembno vplivajo na srednje obdobje življenja žensk, to je čas, v katerem doživijo menopavzo. Ti dejavniki so plačano in neplačano delo in njuno usklajevanje, telesno staranje v sodobni družbi ter vprašanje spola in zdravja, ki razkriva medicino kot vrednotno nabit sistem, ki deluje na škodo žensk.

Empirični del naloge je sestavljen iz raziskave tekstovnih reprezentacij menopavze in iz raziskave izkušenj menopavze pri šestih intervjuvankah. V petem poglavju predstavim hipoteze in metodologijo raziskave. Šesto poglavje vsebuje analizo tekstovnega gradiva: priročnikov, brošur, zgibank ter prispevkov iz revijalnega tiska, ki tematizirajo menopavzo. Ženske izkušnje menopavze, ki sem jih raziskovala v intervjujih s šestimi ženskami v obdobju menopavznih sprememb, je predstavljena v sedmem poglavju. Analizo tekstovnih reprezentacij in ženskih izkušenj menopavze sklenem z evalvacijo rezultatov, ki jih podajam v sklepnem, osmem poglavju.

1. KONCEPTUALIZACIJE MENOPAVZE

Menopavza je obdobje v življenju žensk, ki označuje prehod iz rodnosti v nerodnost. To obdobje nikakor ni le biološko, saj vedno poteka v konkretnem družbenem okolju, ki mu daje pomen. V sodobnih zahodnih družbah menopavzo definirata dva modela, medicinski in »naravni«, ki ju oblikujeta dva, ideološko nasprotna, diskurza – medicinski in feministični. Po M. Foucaultu (1991) so diskurzi formacije idej, podob in praks, ki oblikujejo védnosti in uravnavajo vedenja, ki so povezana z objektom ali področjem, na katerega se diskurz nanaša. Z drugimi besedami, diskurz določa načine, na katere je govorjenje o nekem objektu ali praksi »smiselno«, »inteligentno«, »sprejemljivo«, in s tem hkrati omejuje in izključuje drugačne diskurze, to je tiste z manj moči oziroma z manjšo stopnjo povezanosti z oblastjo. Védnost je v dialektičnem odnosu do realnosti: védenje konstituira realnost, in je hkrati konstituirano z realnostjo. To prepletenost nevtralizirajo »resnice«, ki dobivajo status »zdrave pameti« (*common sense*), ki so bistvene za konstituiranje in vzdrževanje vsakdanjega življenja in družbenih odnosov moči. Diskurz kot nosilec ideologije določa mesto udeležencev v smislu (1) vsebine – kaj je tema, (2) odnosa – kako so definirani odnosi in interakcije vpletenih in (3) identitete – kakšen je subjektni položaj vpletenih v odnose in interakcije (Fairclough, 2002).

Diskurzivni pristop poudarja zgodovinsko specifičnost diskurzov: stvari veljajo za resnične in imajo dan pomen samo v določenem zgodovinskem kontekstu. V vsaki dobi diskurz proizvede védnosti, objekte, subjekte in družbene prakse, ki se od obdobja do obdobja razlikujejo. Analiza medicinskega in »naravnega« modela menopavze, ki sta ju oblikovala medicinski in feministični diskurz torej pomeni izpraševanje trditve o bistvenih »resnicah« in »nevtralnih« dejstvih, ki ju tvorijo. Pri tem analiza izhaja iz trditve M. Foucaulta (1991), da je védnost produkt družbenih odnosov moči in zato vedno v interesu nekoga.

1. 1. Medicinski model menopavze

Leta 1996 je WHO sprejela cel niz definicij, povezanih z menopavzo in obdobjem, v katerem se zgodi: *Menopavza (naravna)* je trajno prenehanje menstruacije, ki nastane zaradi izgube funkcije jajčnikov. Če se po 12 mesecih ne pojavi menstrualna krvavitev, in

to brez patofizioloških vzrokov, imenujemo to naravna menopavza. *Perimenopavza* je obdobje pred menopavzo (ko se endokrinološke, biološke in klinične značilnosti bližajoče se menopavze že očitne) in prvo leto po menopavzi. Prehodno obdobje je obdobje pred zadnjo menstruacijo, v katerem postanejo menstruacijski ciklusi neredni. *Klimakterij* je obdobje, ki ga označuje prehod iz reproduktivnega v ne-reproduktivno obdobje. Traja nekoliko dlje časa, saj vključuje tudi menopavzo ter obdobje pred njo in po njej. *Pomenopavza* je obdobje, ki nastane po menopavzi. Prvih 2-5 let po menopavzi zajema *zgodnja pomenopavza*, po 5 letih od menopavze pa nastopi obdobje *pozne pomenopavze*. *Prezgodnja menopavza* je opredeljena kot menopavza, ki nastane pred 40. letom starosti. (v Franić, 2006a: 3)

Širše sta se na podlagi teh definicij uveljavila dva termina: menopavza in klimakterij. Menopavza je trenutni dogodek – gre za zadnjo menstrualno krvavitev, ki se določi retrogradno: potem, ko ženska leto dni ni več imela mesečnih krvavitev, zadnja menstruacija velja za menopavzo. V starostnem obdobju 40 – 60 let pa ženske vstopijo v klimakterij, t.j. daljše obdobje, v katerem so endokrinološke, biološke in klinične spremembe, povezane s prenehanjem delovanja jajčnikov, najbolj izrazite. Čeprav gre za dva, časovno različno dolgo trajajoča dogodka, se oba termina pri nas, pa tudi v svetu, v strokovni in poljudni literaturi uporabljata precej ohlapno in nedosledno. Družboslovna literatura večinoma uporablja termin menopavza za sam dogodek menopavze in za obdobje klimakterija in skladno s tem bom tudi v nalogi uporabljala izključno ta termin.

Normalni menstrualni cikel, prenehanje menstruacij in nastop menopavze uravnava vrsta hormonov. Hormoni so kemične spojine, ki nastajajo v žlezah z notranjim izločanjem, potujejo po krvi do drugih telesnih organov in uravnavajo njihovo delovanje. V hipotalamusu, majhnem delu možganov, nastaja gonadotropine spodbujevalni hormon, ki spodbuja hipofizo (žlezo, ki kot privesek visi na spodnji strani možganov), da tvori hormone, ki delujejo na jajčnike (gonade). Hormona hipofize, ki delujeta na jajčnike sta folikle stimulirajoči hormon (FSH) in luteotropni hormon (LH). FSH spodbuja nezrela jajčeca (folikle) k zorenju. Dozorevajoče jajčece sprošča estrogene, ki potujejo po krvi do hipotalamusa in hipofize, kjer zavrejo izločanje FSH in izzovejo povečano tvorbo LH ter tako omogočijo odhod zrelemu jajčecu iz jajčnika. Ko zrelo jajčece zapusti jajčnik, se na

mestu, kjer ga je zapustilo, oblikuje rumeno telesce (corpus luteum). LH v rumenem telescu spodbuja nastanek hormona progesterona, ki zadebeli sluznico maternice, ki tako postane pripravljena za sprejem oplojenega jajčeca. Če jajčece ostane neoplojeno, se tvorba estrogenov in progesterona zmanjša, nabrekla sluznica odmira in se lušči – nastopi menstrualna krvavitev. Ob pomanjkanju estrogenov in progesterona hipotalamus in hipofiza začeta tvoriti FSH in LH in ciklus se ponovi. V menopavzi pa se porušijo ti usklajeni mehanizmi medsebojnega spodbujevanja in zavor. Čeprav je v začetku menopavze v jajčniku še vedno približno 25.000 jajčec, nobeno ne dozori, zato se tudi količina estrogena in progesterona zniža. Biološko šibki estrogen (estron), ki se v maščobnem tkivu pretvori v estrogen, enak tistemu, ki izhaja iz jajčnikov, se tvori tudi v nadledvični žlezi, zato sta v menopavzi nadledvična žleza in maščobno tkivo pomemben izvor estrogenov. Iz tega razloga hujšanje v menopavzi nikakor ni priporočljivo. (Kocijančič, 1996: 17-21)

Osnovna kritika medicinskega modela menopavze zadeva konceptualizacijo ženskega telesa kot »produkcijske enote« in »centraliziranega informacijskega sistema«. E. Martin (1997: 239) je preučevala metafore iz medicinskih učbenikov in poljudnih priročnikov, ki se vežejo na menstruirajoče in menopavzno žensko telo, to je stanji, ki sta tesno povezani. Metafora produkcijske enote, ki proizvaja različne snovi, je v sodobni medicini prisotna vse do celičnega nivoja, na katerem DNA in RNA celici omogočata »proizvodnjo« proteinov. Podobno ženski reproduktivni sistem »proizvaja« različne »produkte«: jajčniki estrogen in progesteron, hipofiza folikle stimulirajoči hormon (FSH) in luteotropni hormon (LH), itd. Posamezne »produkcijske enote« so združene v »tovarno«, katere delovanje je usmerjeno k enemu samemu cilju: transportu jajčeca iz jajčnika v maternico, ki mora biti primerno pripravljena (tj. zadebeljena sluznica) za sprejem in rast jajčeca, če bo le-to oplojeno. Ta teleološka interpretacija prvega dela menstrualnega ciklusa vpliva na negativne metafore, povezane z menstruacijo, to je krvavitvijo, do katere pride zaradi neoploditve jajčeca: npr. *»če jajčece ostane neoplojeno, se tvorba estrogenov in progesterona zmanjša, nabrekla sluznica odmira in se lušči«* (Kocijančič, 1996: 20). Martinova (1997: 241) navaja še druge splošno razširjene negativne metafore: *propad* (sluznice), *upadanje* (ravni hormonov), *odtegnitev*, *oslabitev*, *minevanje* (stimulirajočega efekta hormonov), *krčenje* (maternice). Podobne

metafore opisujejo tudi menopavzo: *končanje* (menstrualnih ciklusov), *rapidno zmanjšanje* (ženskih spolnih hormonov), *iztrošenost* (jajčnikov), itd.

Sodobna informacijska doba, v kateri živimo, je k naštetim dodala še nove metafore opisovanja telesa in telesnih funkcij. Poleg k »produktom usmerjenega delovanja« je model telo – tovarna razširjen v kompleksen, hierarhično urejen informacijski sistem. Reproduktivna sposobnost ženske tako ni več opisana le s pomočjo metafor, ki zadevajo pripravo maternice na sprejem oplojenega jajčeca, temveč je poudarek tudi na hormonih, npr.: »...ciklično dozorevanje in sproščanje jajčeca, njegovo potovanje v maternico in spremembe sluznice maternice ne potekajo kar sami po sebi. Posamezni akordi te pesmi zvenijo ubrano pod strogo dirigentsko palico hormonov... (Kocijančič, 1996: 16)«. Metafore, ki se vežejo na koncept telesa kot centraliziranega informacijskega sistema pa so npr.: »spodbujanje ali zaviranje tvorbe podrejenih hormonov v hipofizi... (Kocijančič, 1996: 18)«, »nadziranje delovanja... (Kocijančič, 1996: 20)«, »uskklajeni mehanizmi medsebojnega spodbujevanja in zavor... (Kocijančič, 1996: 23)«.

Osredotočenost na preučevanje negativnih metafor, povezanih z menstruacijo in menopavzo, pa zamegli njihov globlji pomen – to je družbeno legimiranje reproductivne vloge kot ključne in najpomembnejše vloge ženske. E. Martin (1999: 247) zato predlaga paradigmatsko spremembo v pojmovanju menstrualnega ciklusa, ki bi omogočila uveljavljanje drugačnih metafor. Če predpostavimo, da je ženska storila vse, kar je v njeni moči, da se oploditvi jajčeca izogne (uporaba kontracepcije ali izogibanje heteroseksualnim spolnim odnosom), potem ne moremo trditi, da je primarna vloga njenega menstrualnega ciklusa vgnezditev oplojenega jajčeca. Ravno nasprotno – »smisel« in zaželeno stanje njenega ciklusa je v tem primeru menstrualna krvavitev. S tega stališča bi tudi metafore menstruacije bile drugačne in veliko bolj pozitivne, npr.: »Znižanje predhodno visoke ravni progesterona in estrogena ustvarita enkratne pogoje za zmanjšanje debeline maternične sluznice. Zožitev kapilar zmanjša dotok kisika in hranil v tkivo in omogoči krepko in energično produkcijo menstrualne krvi. Ko se kapilare ponovno odprejo, se s povečanim dotokom kisika in hranil pospeši obnova preostale sluznice ...« (Martin, 1999: 247). Enakovredno upoštevanje zanositve ali menstruacijske krvavitve kot cilja menstrualnega ciklusa spremeni tudi koncept telesa kot

centraliziranega hierarhičnega sistema, v katerem so hierarhično razporejeni hipotalamus, hipofiza in jajčniki. V medicinsko veljavnem modelu vrhovni nadzor nad hormoni izvajajo možgani (hipotalamus), ki preko hipofize (žleza na bazi možganov) nadzorujejo delovanje jajčnikov. Namesto hierarhične strukture pa Martinova (1999: 247) predlaga timsko strukturo, v kateri vsak akter opravlja enako pomembno vlogo: v primeru, da ženska želi zanositi, »vodilno vlogo« prevzame hipotalamus, ki spodbuja jajčnike k tvorbi FSH in LH hormonov, ki omogočajo dozorevanje jajčeca in odebelitev maternične sluznice; v primeru, da ženska ne želi zanositi, pa vodilno vlogo prevzamejo jajčniki, ki z zmanjšanim izločanjem estrogena in progesterona omogočijo luščenje zadebeljene sluznice, menstrualno krvavitev in obnovo preostale sluznice. Odprava hierarhičnega modela in zanositve kot izključnega namena menstrualnega cikla, spremenita tudi sam koncept menopavze. Timska struktura hipotalamusa, hipofize in jajčnikov, katerih skupni cilj delovanja v reproduktivnem obdobju ženske je zanositev *ali* menstrualna krvavitev, v menopavzi spremeni ciljno naravnost: cilj postane subtilna medsebojna interakcija sama po sebi, ki navkljub znižanemu nivoju estrogena ohranja zdravje posameznice (Martin, 1999: 247).

Še globlja raven spremembe se dotika paradigatske spremembe mehanicističnega modela telesa v kompleksni nelinearni model, ki izvira iz teorije kaosa. Kaotični sistem se od mehanicističnega razlikuje v hkratni *determiniranosti in neperiodičnosti* (z matematičnimi enačbami lahko natančno predvidimo enkratno obnašanje kaotičnega sistema, ni pa mogoče določiti ciklusov, ki bi se ponavljali v regularnih intervalih) ter v *odzivnosti* (najmanjša sprememba začetnih pogojev bo povzročila velike spremembe v obnašanju sistema v kasnejših fazah opazovanja). Zaradi teh značilnosti se podobno strukturirani kaotični sistemi medsebojno zelo razlikujejo, kot se razlikuje tudi vsak posamezni sistem v različnih časovnih obdobjih. Kljub številnim spremembam, ki jim je kaotični sistem izpostavljen, pa je njegovo obnašanje omejeno in vpeto v določen vzorec. V sodobni medicini se teorija kaosa vedno bolj uveljavlja v kardiologiji, nevrologiji, onkologiji, genskih raziskavah in raziskavah infekcijskih bolezni (Holm, 2002), njene premise pa je mogoče prenesti tudi na menopavzo. S stališča kompleksnega nelinearnega modela telesa se postavlja vprašanje smiselnosti poudarjanja periodičnosti ženskega hormonalnega in menstrualnega cikla. V skladu z mehanicističnim modelom je

neregularnost mesečnih krvavitev, zlasti značilna za pubertetno in zgodnje menopavzno obdobje, v medicini označeno kot patologija, motnja v delovanju jajčnikov, ki se odpravlja s hormonskim zdravljenjem (pogosto omenjan pozitiven stranski učinek kontracepcijskih tablet je prav »urejanje menstrualnega ciklusa«). Kaotični model pa nasprotno predpostavlja fiziologijo ženskega telesa kot izjemno kompleksen, nelinearno urejen sistem, sposoben nenadnih sprememb, ki jih zahteva okolje. Iz te perspektive neregularnost menstrualnega cikla, bodisi pubertetnega ali zgodnje menopavznega, s seboj nosi pozitivne metafore *fleksibilnosti, prilagodljivosti, odzivnosti, agilnosti in gracilnosti* ženskega telesa. (Martin, 1999: 248-252)

Tudi L. Gannon (1999: 68) povezuje negativne definicije menopavze s postulatoma ženske reproduktivne vloge. Gannonova fertilno obdobje ne razume kot ključno obdobje v življenju ženske, ampak le kot začasno stanje, vrinjeno med otroštvo in menopavzo. Če predpostavimo, da fertilno obdobje, v katerem je raven estrogena visoka, traja približno od 30 do 35 let, je npr. ženska v starosti 80 let, kot je pričakovana življenjska doba za ženske v zahodnih državah, večino svojega življenja preživela v nefertilnem obdobju, to je v obdobju nizke ravni estrogena. Zato avtorica menopavzo redefinira kot obdobje, ki po približno 30 letih menstrualnih ciklov, ki omogočijo začasno fertilitetnost, znova vzpostavi mirujoče stanje jajčnikov in stabilizira raven estrogena na normalni, nefertilni nivo. Menopavza ženske osvobodi materinjenja in jim omogoči, da se, če želijo, v večji meri posvetijo karieri, družbenim in družinskim aktivnostim; z njo se končajo »problemi«, povezani z menstruacijo, kontracepcijo, nosečnostjo in zmanjša se tveganje obolenosti za boleznimi, ki jih prinaša visoka raven estrogena: endometrijski karcinom, maternična fibrioza in hormonsko pogojen rak na dojkah.

1.1.1. Simptomi in nadomestno hormonsko zdravljenje (NHZ)

Ideja o menopavzi kot bolezenskem stanju, ki ga je potrebno zdraviti, je prisotna že dolga stoletja: od Hipokrata in Galena, ki sta kot uspešen način lajšanja težav, povezanih z menopavzo, svetovala puščanje krvi, do angleškega zdravnika Tilta, ki je v 19. st. »odkril« gangliopatijo, obliko menopavzne nevroze, ki jo je bilo potrebno »zdraviti« s spolno neaktivnostjo in v hujših primerih s histerektomijo. Leta 1930 so znanstveniki izdelali komercialne laboratorijske teste za meritve ravni estrogena v krvi. S tem je raven

tega hormona postala indikator nastopa menopavze in spremembe zdravstvenega stanja ženske iz »normalnega« v »patološko«, kateremu naj bi sledil pojav različnih simptomov. (Ballard et al. 2001: 398)

»Menopavzni sindrom« je v medicinsko terminologijo vpeljal de Gardanne leta 1816, ko je menopavzne težave prvič obravnaval kot sindrom, ki ima skupen vzrok – prenehanje izločanja hormonov v jajčnikih. Kot najpogostejše začetne simptome, ki se pri ženskah lahko pojavijo že okoli 40. leta, medicina izpostavlja neredne in močne menstruacije, navale vročine, zardevanje in potenje, glavobol, nespečnost in depresijo, izgubo spolnega poželenja ter nerazložljive spremembe (bolečine v sklepih in kosteh, ščemenje in pikanje po koži, vrtoglavico in močno utrujenost). Časovno odmaknjene spremembe, ki žensko prizadenejo okoli 60. leta ali pozneje, pa prizadenejo kožo, lase in nohte, dojke, spolne organe (skrčenje maternice, zmanjšanje jajčnikov in suha in manj raztegljiva nožnica), sečne organe (inkontinenca), osteoporozo in srčno-žilna obolenja. Fiziološke simptome spremljajo tudi duševni: spremenljivost razpoloženja, depresija, neodločnost, občutek nepotrebnosti, izjemno dobra volja, razdražljivost, fobije, jokavost, bojazljivost, zmedenost, vzkipljivost, pomanjkanje notranje energije, zmanjšana sposobnost koncentracije in pešanje spomina. (Rousseau, 1998; Wilk in Kirk, 1995; Kocijančič, 1996: 27-39)

Pomembna kritika medicinskega modela menopavze zadeva medikalizacijo tega obdobja, ki se kaže v naraščanju števila simptomov, daljšanju menopavznega obdobja, v katerem je ženska izpostavljena medicinskemu nadzoru, in podrejanju žensk vedno večjemu številu medicinskih posegov. Najpogostejši simptomi, ki jih je medicina pripisovala menopavzi – od iznajdbe »klimakteričnega sindroma« v 19. st. pa vse do 60. let 20. st. – so vključevali navale vročine, potenje, glavobole, povečanje telesne teže, suhost nožnice, vrtoglavico, razdražljivost in depresivnost. Proti koncu 20. st. pa se je diapazon simptomov močno razširil in danes so med najpogostejše simptome vključeni še srčno-žilna obolenja, osteoporoza, inkontinenca in pešanje spomina. Obdobje menopavznih sprememb, od začetnih motenj menstrualnega cikla in vročinskih valov pri štiridesetih do bolezni srca in osteoporoze pri šestdesetih, žensko tako za dvajset in več let potisne v položaj povečanega medicinskega nadzora. (Gannon, 1999: 77; Meyer, 20003).

Medikalizacija menopavze sovпада z redefinicijo menstruacije iz patološkega v normalen fiziološki proces, ki ga je v medicinski in javni diskurz prineslo 20. st. Sočasno pa je prišlo do iznajdbe dveh novih sindromov, vezanih na reprodukcijsko sposobnost ženske – predmenstrualni (PMS) in menopavzni sindrom. To sovpadanje nikakor ni naključno: velik poudarek v predmenstrualni in menopavzni simptomatiki je na negativnih psiholoških stanjih, kot so depresivnost, anksioznost, razdražljivost, agresivnost itd., t.j. na duševnih stanjih, ki so v nasprotju s kulturno določenimi feminilnimi lastnostmi (prijaznost, ustrežljivost, itd). Iz tega stališča sta PMS in menopavza v sodobnih družbah nadomestila menstruacijo kot antisocialno silo, zaradi katere mora biti ženska pod (medicinskim) nadzorom. (Lorber, 1997: 59)

Legitimiranje medikalizacije menopavze L. Gannon (1999: 69) vidi v tem, da znotraj patriarhalne medicinske ideologije ženska kot primarno zdrav individuuum ne obstaja. Tako sta za moškega in žensko iste starosti, ki bolejata za istimi boleznimi, predvidena dva povsem različna načina diagnosticiranja in zdravljenja. Primeri osteoporoze, kardiovaskularnih obolenj, sprememb razpoloženj, Alzheimerjeve bolezni, itd. so pri moškem bolniku v srednjem obdobju življenja razumljeni kot posledica genske preddispozicije, življenjskega stila in okoljskih vplivov. Skladno s tem razumevanjem vzrokov za nastanek bolezni, je bolnik napoten na specialistični pregled in zdravljenje vsake posamezne bolezni, neodvisno od ostalih: kardiolog zdravi le kardiovaskularne težave, psiholog le spremembe razpoloženja, nevrolog le Alzheimerjevo bolezen, itd. Nasprotno se pri bolnici iste starosti kot primarna vzroka vseh naštetih bolezni navajata hormonsko neravnovesje in menopavza ter nadomestno hormonsko zdravljenje (NHZ) kot panacea.

V resnici pa NHZ odpravi ali olajša le nekatere menopavzne simptome. V začetni fazi menopavze uravnava neredne in močne menstruacije, odpravlja navale vročine, zardevanje in potenje, nespečnost ter izgubo spolnega poželenja. Je sredstvo za preprečevanje osteoporoze, če ga ženska začne jemati takoj po menopavzi, in preprečuje pojav kardiovaskularnih obolenj. NHZ pa nima učinka na vrsto drugih simptomov in bolezni, ki se pojavijo v menopavznem obdobju – od glavobolov, depresije, bolečine v kosteh, sklepih in mišicah, vrtoglavice, močne utrujenosti; dolgoročno ne omili starostnih

sprememb na koži, laseh in nohtih (gubanje kože, tanjšanje in redčenje las ter lomljivost nohtov), ne ohranja mladostno obliko in velikost dojk ter ne preprečuje inkontinence. Raziskave so tudi pokazale, da ima enega ali več menopavznih simptomov le polovica žensk v menopavzi. Večina tistih, ki težave imajo, jih prenašajo z lahkoto in le slaba četrtnina žensk ima takšne težave, da zahtevajo zdravniško pomoč. V Sloveniji NHZ uporablja le 5 % žensk, starih od 40-65 let. (Meden Vrtovec, v Kocijančič, 1995: 47-56; Franić, 2006b: 111)

Začetki NHZ segajo v konec 19. st. Leta 1896 je Mond v medicinski reviji *Müncher Medicinische Wochenschrift* objavil podatke o novi terapevtski metodi, ki je vključevala suhe snovi iz kravjih jajčnikov. Leta 1926 sta Zonder in Laquer naredila prve komercialne preparate estrogena, ki sta jih Giest in Spielman leta 1932 prvič predlagala za preventivo menopavznih simptomov, Alabriht in Reifenstein pa leta 1948 za preventivo osteoporoze. Za popularizacijo NHZ ima velike zasluge R. Wilson, ki je leta 1966 v ZDA objavil knjigo *Feminine Forever (Neminljiva ženskost, 1971)*. V svojem delu trdi, da zmanjšano delovanje jajčnikov ne povzroča samo menopavznih težav, temveč sproži tudi vrsto degenerativnih procesov, ki jih je mogoče preprečiti z dodajanjem estrogena, zato naj bi ženska po menopavzi, pa vse do konca življenja, jemala estrogenske pripravke. Takratna zdravljenja niso upoštevala odmerka in spregledali so celo to, da tkivo jajčnikov proizvaja tri različne steroide, ki bi jih prav tako morali nadomestiti, zato so pri ženskah, ki so uporabljale estrogensko terapijo dlje časa, zasledili povečan rizik endometrijskega karcinoma (Franić, 2003). Zdravniki in znanstveniki so na dveh tematskih srečanjih, ki ju je leta 1971 in 1973 organizirala Mednarodna zdravstvena fundacija, sprejeli odločitev, da se estrogenu dodaja tudi progestagene. Pomembnost tovrstnega kombiniranega hormonskega nadomestnega zdravljenja sta leta 1976 sprejeli tudi Mednarodna zveza za menopavzo in leta 1990 Evropska zveza za menopavzo (Andolšek Jeras, 2002: 11-14).

V 80.-ih in do konca 90.-ih let 20. st. je kombinirano hormonsko zdravljenje (kombinacija različnih odmerkov estrogena in progestina) doživelo ponovno uveljavitev. Konec 20. st. in v začetku tega stoletja pa so potekale obsežne epidemiološke študije, najbolj odmevni med njimi sta angleška MWS (Million Women Study) in ameriška WHI (Women's Health Initiative Study), ki so osvetlile dodatne nevarnosti jemanja NHZ ter

zaostrile debato o koristnosti, škodljivosti in političnih implikacijah NHZ (Notelovtz, 2003; Speroff, 2003; Worchester, 2004).

Obsežna MWS študija, ki je potekala v Veliki Britaniji v obdobju 1996 – 2001 na vzorcu 1.084.110 žensk v menopavzi, je dokazala povezanost jemanja NHZ s povečanim tveganjem za nastanek raka na dojki. Ameriška raziskava, poimenovana *Woman's Health Initiative Study* WHI, je rezultat MWS študije potrdila in hkrati odkrila še dodatna tveganja. Študija je potekala v obdobju 1997 – 2005, vključila je več kot 16.000 zdravih menopavznih ameriških žensk, starih od 50 do 79 let in obe obliki NHZ – estrogensko (ki se predpisuje le ženskam, ki imajo odstranjeno maternico) in kombinirano (kombinacija estrogena in progestina, ki se predpisuje ostalim ženskam z menopavznimi simptomi). Leta 2002 so izvajanje raziskave, ki se je nanašala na kombinirano NHZ predčasno zaključili, ker so zbrani rezultati že pokazali, da se je nevarnost pojava raka na dojki povišala za 26 %, srčnega infarkta za 41%, venske in pljučne tromboze pa za 200 % v primerjavi z začetnim obdobjem raziskave (WHI v Worchester, 2004: 56). WHI je leta 2003 objavila poročilo v katerem navaja, da kombinirano NHZ, daljše od štirih let, povečuje nevarnost obolenja za rakom na dojki in srčno-žilnih obolenj, medtem ko jemanje kombiniranega NHZ v obdobju, krajšem od štirih let, tveganja ne povečuje. Na podlagi rezultatov so pripravili tudi nove smernice za predpisovanje NHZ: (1) NHZ se ne sme predpisovati ženskam zaradi sekundarne preventive bolezni srca in ožilja, a tudi za primarno preventivo obstajajo primernejše metode, kot je NHZ (telesna dejavnost, opustitev kajenja, znižanje prekomerne telesne teže, ureditev krvnega tlaka in po potrebi uvajanje nehormonskih zdravil). (2) NHZ se lahko predpisuje za preprečevanje ali zdravljenje osteoporoze, vendar ne več kot pet let. Po tem obdobju je potrebno NHZ zamenjati z alternativnim zdravilom za preventivo/zdravljenje osteoporoze. (3) Edina prava indikacija za NHZ ostaja zdravljenje nevrovegetativnih menopavznih težav, vendar morata biti vrsta in odmerek zdravila določena individualno, glede na natančno anamnezo, laboratorijske in mamografske izvide. (Neves –e – Castro et. al. 2002: 258; Franić in Fürst, 2003: 7)

Za ženske z motečimi menopavznimi simptomi, ki imajo zadržke do NHZ, obstajajo tudi nehormonska zdravila za odpravljanje menopavznih težav. Zdravila, ki imajo podoben

učinek kot NHZ so nekatera zdravila, ki delujejo na centralno živčevje, in razna pomirjevala, ki pa tudi imajo stranske negativne učinke (Keber, internetni vir, št. 4). Po objavi rezultatov WHI študije je delež prodaje NHZ v svetu precej padel in s tem se je odprla pomembna tržna niša za farmacevtske industrije, ki za prosto prodajo (brez recepta) izdelujejo fitofarmacevtska zdravila in prehranska dopolnila iz različnih rastlin (npr. soje, črne detelje, grozdnate svetilke, itd.). Študije, ki bi potrjevale učinkovitost odpravljanja menopavznih težav z omenjenimi rastlinskimi zdravili so maloštevilne (pravzaprav jih ni), zato popularnost teh zdravil v največji meri lahko pripišemo negativni podobi NHZ v javnosti.

1. 2. Feministični model menopavze

Feministični diskurz o menopavzi vključuje dve smeri: (1) kritiko medicinskega modela menopavze in NHZ in (2) konceptualizacijo feminističnega modela menopavze kot »naravnega« stanja, ki pa je povezano z družbeno vlogo ženske. To konceptualizacijo menopavze potrjujejo tudi antropološke raziskave in medkulturne primerjave menopavze.

1. 2. 1. Kritika medikalizacije menopavze in NHZ

V medicinskem diskurzu 19. st. je ženska veljala za žrtev svojih reproduktivnih organov, srva maternice in kasneje jajčnikov. Ženska v reproduktivni dobi naj bi po takratnem prepričanju bila ranljiva in psihološko nestabilna; zato je poleg medicinskega nadzora bila poudarjena družbena zahteva po njeni pasivnosti in odvisnosti. Da bi se ženske izognile neregularnim menstruacijam in možnim poškodbam reproduktivnih organov, katerih posledica naj bi po takratnem prepričanju bila mentalna ali fizična bolezen, naj bi natančno sledile medicinsko določenemu načinu življenja. Med drugim naj bi se izogibale tudi intelektualni dejavnosti, pretiranemu izpostavljanju v javnosti (plesi in obiski gledališča) in preveč ali premalo aktivnemu spolnemu življenju. Karakterne lastnosti, v viktorijanski dobi tipično pripisovane moškim, kot so neodvisnost, samozavest, oblastnost, itd., so pri ženskah veljale za nenaravne, nevarne in potrebne medicinskega ukrepanja – pogosto v obliki operativne odstranitve klitorisa ali jajčnikov (Ehrenreich in English, 1976, v Sybylla, 1997: 206; Corner, 1964 v Banks, 2002: 6). Izguba reproduktivne funkcije v menopavzi je posameznici do neke mere omogočila

večjo svobodo, saj ni bilo več potrebno poudarjanje njene fizične in psihične šibkosti, kljub temu pa se ni povsem izognila medicinskemu pogledu. Za nevarno in zdravju škodljivo je za žensko v menopavzi postala spolnost, saj je medicinska stroka določila, da je za zdravje ženske v tem obdobju ključno, da so reprodukcijski organi v največji možni meri neaktivni. Spolnost v menopavzi je dobila oznako »*morbidne iritacije*« in »*bolezen maternice*«, ki jo je bilo potrebno zdraviti (Tilt, v Sybylla, 1997: 202). R. Sybylla (1997: 203) in L. Gannon (1999: 109) opozarjata na družbeni vidik patologizacije spolnosti viktorijanskih žensk v menopavzi, ki je bila potencialna grožnja neukročene ženske spolnosti buržujškemu redu in spodobnosti. C. Smith – Rosenberg (1973, v Bell, 1987: 536) ugotavlja, da je menopavza v 19. st. z medicinskega stališča veljala za »fiziološko krizo«, ki se je lahko spremenila ali v spokojnost ali v bolezen, odvisno od posamezničinega vedenja v predhodnem reproduktivnem obdobju in od njene »nagnjenosti k zlobnosti«. Medicinska stroka je že v 19. st. lajšala menopavzne težave z naravnimi estrogenskimi pripravki, pridobljenimi iz različnih virov – od pasjih mod do urina brejih kobil – vendar je ekstrakcija, prečiščevanje in stabilizacija naravnega estrogena bil dolgotrajen in drag postopek. Če k temu dodamo še dejstvo, da so te pripravke bolnicam injekcirali, je razumljivo, zakaj medicinsko lajšanje menopavznih simptomov vse do začetka 20. st. ni bilo razširjeno (Banks, 2002).

Vidnejšo uvrstitev menopavze v medicinski diskurz nekatere avtorice (Bell, 1987; Oudshoorn, 1997) umeščajo v zgodnja 30. leta 20. st. S. Bell (1987: 535) medikalizacijo menopavze pojmuje kot »*uporabo medicinske terminologije za definicijo menopavze kot »bolezni pomanjkanja (estrogena)«, ki jo je v 30.-ih in 40.-ih letih 20. st. določil ozek, elitni krog medicinskih strokovnjakov*«. Medikalizacijo menopavze je omogočil preplet endokrinoloških raziskav ženskih spolnih hormonov, sinteza in komercializacija sintetičnih hormonov ter njihovo poenostavljeno jemanje v obliki kapsul. Bellova (1987: 538) opozarja na kontradiktornost endokrinoloških raziskav in njihove aplikacije v medicini: po eni strani so znanstveniki raziskali ženski hormonski ustroj, po katerem je zaključek reproduktivnega obdobja in padec ravni spolnih hormonov naravni proces, po drugi strani pa so vse zgodnje klinične študije menopavze bile izvedene na vzorcu žensk, ki so iskale medicinsko pomoč pri lajšanju menopavznih simptomov, kar je dodatno utrjevalo mnenje, da je menopavza bolezensko stanje. Bellova (1987) je v študiji prvih

medicinskih člankov o menopavzi, publiciranih v obdobju od 1938 do 1941 v ZDA, zasledila tri prepletajoče se modele menopavze, ki v poljudnih medicinskih priročnikih in člankih vztrajajo vse do danes. To so biološki model, psihološki model in model vplivov družbenih faktorjev. V analiziranih člankih je najpogosteje predstavljen biološki model, po katerem je menopavza definirana kot odpoved delovanja jajčnikov. Po tem modelu je prenehanje delovanja jajčnikov najpomembnejši dogodek v srednjem obdobju življenja ženske, ki je povezan z mnogimi simptomi. Medicinska opazovanja menopavzne simptomatike pa so, v nasprotju s to trditvijo, dajala različne in nekompatibilne rezultate – z izjemo vročinskih oblivov in potenj, ki sta simptoma, navedena v skoraj vseh medicinskih raziskavah menopavze v obravnavanem obdobju. Konec 30.-ih let 20. st. je farmacevtska industrija ženskam že lahko ponudila ceneno in enostavno hormonsko nadomestno zdravljenje s kapsulami DES (diethylstilbestrol), ki so zmanjšale menopavzne simptome in uporabnicam omogočale nespremenjen življenjski stil tudi v menopavzi. Psihološki model, ki je kmalu dopolnil biološkega, je menopavzni sindrom razširil na psihične in emocionalne motnje, ki naj bi bile *»najbolj izražene pri nevroznih, nevrotičnih in nestabilnih posameznicah, najmanj pa pri uravnovešenih in stabilnih«* (Allan, 1938 v Bell, 1987: 539). Z drugimi besedami, osebnostne značilnosti posameznice naj bi v enaki meri, kot pomanjkanje estrogena, prispevale k pojavu menopavznih simptomov. Psihiatrično zdravljenje menopavznih simptomov je zato v 30. letih 20. st. imelo enako težo kot hormonsko nadomestno zdravljenje. Zadnji model, ki je v primerjavi s prvima dvema bil izrazito zapostavljen, je vključeval družbene vzroke za pojav menopavznih simptomov. Le-ti naj bi bili posledica stresa in napetosti, povezanih z vsakdanjim življenjem ženske: vzgojo številnih otrok, družinskimi, ekonomskimi ali partnerskimi težavami; strahom pred prehodom iz rodnega v nerodno obdobje in s tem povezano spremembo vlog; strahom pred staranjem in spolno neprivlačnostjo, itd. V tem modelu pomanjkanje estrogena ni igralo bistvene vloge; za ključni vzrok menopavznih težav naj bi veljale spremembe družbene vloge ženske. Naloga medicinskega osebja naj bi bila v odkritem pogovoru osvoboditi ženske strahov, hkrati pa jim vcepljati zavedanje o pomembnosti *»pravilnega življenjskega stila, ki naj vključuje zadosti spanja, počitka, nekaj fizične aktivnosti, svež zrak, branje dobrih knjig in ostale prostočasne aktivnosti«* (Greenhill, 1940, v Bell, 1987: 539).

S. Bell (1987) vsa tri modela analizira s feminističnega stališča patriarhalnega zatiranja žensk. Biološki model je uveljavil hormonsko terapijo in s tem olajšal menopavzne simptome nekaterim ženskam (velika večina - literatura navaja, da 85 % žensk v menopavzi – v obravnavanem obdobju ni iskala medicinske pomoči), obenem pa je utrjeval viktorijanski pogled na žensko kot odvisno od bioloških značilnosti (hormonov) in zato inferiorno v primerjavi z moškim. Prav tako je hormonsko zdravljenje z omilitvijo nekaterih simptomov ženskam omogočilo, da se ponovno vključijo v obstoječi družbeni red in pripisane jim vloge. Psihološki model je izpostavil psihološke značilnosti in s tem reducirjal menopavzno simptomatiko na vedenjske značilnosti posameznic. Odgovornost za neproblematično menopavzo je po tem modelu torej v popolni domeni žensk – če se osvobodijo svojih nevroz, bodo simptomi izginili. Seveda pa se je nevroz in drugih motenj mogoče osvoboditi samo s pomočjo psihoterapevta, kar zopet pomeni medicinski družbeni nadzor. Tretji model je največ pripomogel k utrjevanju dotedanje družbene vloge ženske, saj je medicinski nasvet »branja dobrih knjig, zadostnega počitka, udeleževanja v dobrodelnih aktivnostih, itd.« ženske usmerjal v družbeno sprejemljive oblike vedenja. Ob tem je utrjeval fikcijo, da imajo vse ženske v menopavzi zadostne materialne možnosti in dovolj prostega časa, da si lahko privoščijo predpisano terapijo, kakor tudi, da vse živijo v tradicionalnih jedrnih družinah, to je, da so poročene, da so po poroki ostale doma in vzgajale otroke, ki so v času njihovega menopavznega obdobja zapustili dom in se osamosvojili. Kot zadnji v vrsti kritik Bellova (1987: 540) navaja odnos zdravnik – pacientka, v katerem se je zrcalil širše uveljavljeni podrejeni položaj žensk v patriarhalni družbi.

Farmacevtska industrija je že od odkritja hormonov v komercializaciji NHZ videla velik ekonomski interes. S. Bell (1986, v Lewis 1993: 41) identificira štiri ključne akterje, vpletene v širjenje NHZ: znanstvenike, ki delujejo na področju endokrinologije, zdravnike ginekologe, farmacevtsko industrijo in državo. Endokrinologija je v 20.-ih in 30.-ih letih 20. st. identificirala »moške« in »ženske« spolne hormone kot ključne določevalce moškosti in ženskosti. Farmacevtska industrija je endokrinologiji sledila z iznajdbo sintetičnih oblik teh hormonov, vendar ni bilo pojasnjeno, katere bolezni in stanja naj bi le – ti zdravili. Androgenski preparati naj bi odpravljali impotenco, estrogenski pa »stimulirali lepoto in femininost« ter odpravljali večino »ženskih bolezní«.

vendar »bo šele uporaba pokazala, kje bo hormonska terapija učinkovita«, je v 20.-ih letih 20. st. povedal predstavnik nizozemskega farmacevtskega podjetja Organon (Oudshoorn, 1997: 139). S. Bell (1986, v Lewis, 1993: 41) in E. Banks (2002: 10) ugotavljata, da razvoj, testiranje in odobritev uporabe prvih estrogenskih pripravkov s strani FDA, ki je potekalo od 20.-ih do 40.-ih let 20. st. v ZDA, ni sledilo linearnemu modelu raziskave-razvoj-testiranje-odobritev, temveč so vse faze potekale istočasno. FDA je po kratkih in skopih testiranjih v 20.-ih letih 20. st. dovolila uporabo estrogenskih preparatov za zdravljenje celega diapazona bolezni, med drugim tudi menstrualnih motenj, menopavznih simptomov, neplodnosti, shizofrenije, melanholije, dermatitisa, epilepsije, sladkorne bolezni, hemofilije, itd. V zgodnjih 70.-ih letih 20. st. so tako zabeležili povečano obolevnost za izjemno redko obliko vaginalnega karcinoma pri dekletih v adolescenci, skupini, ki do takrat za to boleznijo ni obolevala. Vzrok za pojav karcinoma so kmalu našli v estrogenskem hormonskem pripravku DES (diethylstilbestrol), ki je bil v 40.-ih letih 20.st. prvotno namenjen lajšanju menopavznih simptomov, v 50.-ih pa so ga predpisovali kot zdravilo za preprečitev splava. Navkljub javno izpostavljeni nevarnosti jemanja DES in feminističnim protestom, je FDA v 70.-ih dovolila uporabo DES kot postkoitalno kontracepcijo (Bell, 1987: 536).

V 60.-ih letih 20. st. sta menopavza in NHZ doživela nov razcvet. Najbolj znani zagovornik NHZ je bil ameriški zdravnik R. Wilson. Temeljna ideja Wilsonovega dela izhaja iz medicinskega modela, ki se je v zahodni medicini uveljavil konec 19. st., po katerem je »ženskost« neposredno povezana z spolnimi hormoni, ki jih izločajo jajčniki. V članku, ki ga je skupaj z ženo objavil leta 1963 v *Journal of the American Geriatrics Society*, avtorja trdita, da je ženska, ki v menopavzi ne ohranja predmenopavzni nivo hormonov, »kastrat«; da je izgubila ženstvenost in bo preostanek življenja preživela kot blede senca same sebe (1963: 347). Ta, »od narave povzročena defeminizacija« (1963: 351), je po mnenju obeh avtorjev posledica pomanjkanja estrogena, in se kaže v različnih oblikah: zvišanem krvnem pritisku, povišanem holesterolu, osteoporozi, artritisu, emocionalnih stresih. Wilsonova menita, da ženske v menopavzi, ki ne posežejo za estrogenskim zdravljenjem »opazujejo svet skozi sivo kopreno in živijo kot pokorna, neškodljiva bitja... (ki) le obstajajo, namesto da bi živele« (1963: 351, 354).

Leta 1966 je R. Wilson izdal populistično knjigo *Feminine Forever* (*Neminljiva ženskost*, 1971) v kateri je še dopolnil predhodno v članku objavljene trditve. Menopavzo je opredelil kot bolezen pomanjkanja estrogena, ki je na videz podobna sladkorni bolezni (1971: 17). Vendar, samo na videz, kajti v nasprotju s sladkorno boleznijo, ki ženski ukrade »le« zdravje, jo menopavza »oropa mladostnosti, ženstvenosti in spolne privlačnosti« (1971: 170-171). Wilson bralkam ponudi doživljenjsko estrogensko terapijo kot zdravilo in kot preventivo proti znakom staranja, ki jih sproži pomanjkanje estrogena. Kajti, enako pomembna kot zdravje, je v Wilsonovih očeh možnost preprečitve »najhujše tragedije« v življenju ženske, to je izguba »popolne ženstvenosti« (1971: 171). E. Banks (2002: 11) pa opozarja, da je Wilson s trditvami, kot npr: »nestabilne, estrogensko izstradane ženske povzročajo neopisljive tragedije razbitih družin zaradi alkoholizma, odvisnosti od drog in razvez«, ženske v menopavzi označil kot neposredno grožnjo družbenemu redu. S tem je, enako kot v 19. st., ko je ženska v menopavzi predstavljala potencialno grožnjo buržujskemu redu in spodobnosti zaradi svoje spolnosti (Sybilla, 1997 :202), ženska v menopavzi ostala antisocialni element tudi v 20. st.

Fundacijo za izdajo Wilsonove knjige je zagotovilo farmacevtsko podjetje Wyeth-Ayerst, proizvajalec estrogenskega zdravila *Premarin* (Worcester in Whatley, 1992: 3). Po izdaji uspešnice se je leta 1967 poraba estrogenskih pripravkov v ZDA povečala kar za 240 % v primerjavi z letom 1962 in je v začetku 70.-ih še rasla. Leta 1970 je *Premarin* postal eno od štirih najpogosteje predpisovanih zdravil v ZDA (Barrett-Connor, 1985, v Banks 2002: 11; Eagen, 1989, v Worcester in Whatley, 1992: 3). Tako so estrogenski pripravki v 60.-ih letih in 70.-ih letih 20. st. postali razširjeno zdravilo za lajšanje menopavznih simptomov in »prevencija« pred neželenimi znaki staranja tudi pri zdravih ženskah.

Prvi val feminističnih kritik Wilsonovega dela (Solomon, 1972, Seaman, 1972, Women's Health Book Collective, 1973, v Houck, 2003: 115-116) se je nanašal na njegove opise menopavze in žensk v menopavzi. Avtorice so menile, da menopavza ni bolezensko stanje, pač pa naravno in neizogibno obdobje v življenju ženske. Zavračale so Wilsonovo trditev, da pomanjkanje estrogena v menopavzi vodi v fizično in psihično degradacijo. Poudarjale so pomen ideološko nevtralnih informacij, ki bi omogočile demistifikacijo menopavze in ukinitve stereotipnih predstav o ženskah v menopavzi. V začetku 70.-ih let

20. st. še ni bilo velikih študij, ki bi potrdile nevarnost jemanja NHZ, zato se avtorice niso eksplicitno opredelile proti estrogenski terapiji. Opozarjale so le na astronomske dobičke, ki bi jih farmacevtska industrija iztržila v primeru, da bi ženske v velikem številu pristale na doživljenjsko jemanje hormonov. Ženskam so svetovale, naj bo odločitev za nadomestno zdravljenje njihova avtonomna izbira, neodvisna od medicinske avtoritete.

Wilsonova knjiga ni enodimenzionalna in prvi feministični odzivi nanjo nikakor niso bili le negativni. Nekateri feministični avtorice v 70.-ih letih 20. st. (Canon, 1973, Cooper, 1975, Weideger, 1976, v Houck, 2003: 109-114) so pozitivnost Wilsonove knjige videle predvsem v tem, da je prvi javno spregovoril o menopavzi, da je menopavzne težave opisal kot resen problem, ki zahteva medicinsko pozornost in da je opogumljal ženske, da zavzamejo aktivno stališče do svojega telesa in od zdravnikov zahtevajo ukrepanje, če se soočajo z zdravstvenimi težavami v menopavzi. Po mnenju navedenih avtoric – in v duhu liberalnega feminizma drugega vala – naj bi odpravljanje težav in nadzor nad telesom s pomočjo NHZ ženskam omogočilo, da tudi v obdobju menopavze ostanejo »enakopravne« z moškimi na trgu delovne sile.

Sredi 70.-ih let 20. st., ko je bila popularnost estrogenske terapije na višku, sta dva članka, objavljena v *New England Journal of Medicine* (Ziel in Finkle, 1975, Smith et al. 1975, v Houck, 2003: 116), povzročila velik preplah. Dve neodvisni raziskavi učinkov jemanja estrogenskih pripravkov pri ženskah v menopavzi sta odkrili zvečano tveganje za nastanek endometrijskega karcinoma. Raziskava, ki sta jo opravila Ziel in Finkle je pokazala povečano tveganje zlasti pri uporabnicah, ki so estrogenske pripravke jemale v obdobju, daljšem od sedem let, raziskava, ki jo je opravil Smith pa, da je tveganje za nastanek endometrijskega karcinoma največje pri ženskah z zdravimi rodili. Čeprav je farmacevtska družba *Wyeth-Ayerst* povezavo med estrogenom in zvečanim tveganjem za pojav endometrijskega karcinoma javno negirala, je delež predpisanih estrogenskih zdravil v ZDA v obdobju 1976 - 1980 padel za 47 % (Beral et. al, 1999, v Banks, 2002: 12). Uporabnice so zavračale zdravljenje zaradi strahu pred možnostjo pojava bolezni, ginekologi pa ga ženskam z zdravimi rodili niso predpisovali zaradi strahu pred možnostjo tožbe v primeru, da pacientka zboli za endometrijskim karcinomom. Feministični odziv na odkritje povečanega tveganja za nastanek endometrijskega

karcinoma je bil nekonsistenten: po eni strani je obsodil medicinsko stroko zaradi izpostavljanja žensk dolgemu obdobju jemanja NHZ, po drugi pa je še vedno – čeprav bolj previdno – omenjal tudi pozitivne posledice kratkoročnega jemanja NHZ, saj v posameznih primerih koristi terapije lahko odtehtajo tveganja (Houck, 2003: 117).

V 80-ih letih 20. st. je hormonsko zdravljenje ponovno doživelo vzpon: farmacevtska industrija je na tržišče lansirala nove estrogenske pripravke, ki jim je dodala progesterone. Ta kombinacija hormonov ne povečuje tveganja za nastanek endometrijskega karcinoma pri ženskah z zdravimi rodili. Hkrati so farmacevtske firme najele oglaševalske agencije, ki so oblikovale prve zgibanke in oglase in ženskam približale NHZ na sodoben potrošniški način – s poljudnim tekstom in fotografijami, ki so bodisi pri uporabi zdravila obljubljali izboljšanje zdravja in počutja ter učinkovito preprečitev, ali pa grozili s poslabšanjem zdravja in fatalnimi posledicami, če se ženska za zdravljenje ne odloči. V ZDA je v začetku devetdesetih organizacija *The National Women's Health Network* javno pozvala FDA naj prepove tovrstno množično oglaševanje NHZ, ki (ponovno) cilja na celotno populacijo žensk v menopavzi in povečuje dobiček farmacevtske industrije. Raziskave in ekonomski kazalci pa kažejo, da je oglaševalski pristop še kako učinkovit: M. Dejanikus (1985, v Worcester in Whatley, 1992: 4) navaja raziskavo, ki je pokazala, da leta 1985, ko je *Wyeth-Ayerst* začel promocijsko kampanjo NHZ danes najbolj razvpite »menopavzne bolezni« - osteoporoze, za to bolezen 77 % anketirank še ni slišalo. V ZDA se je v obdobju 1979 – 1980 število predpisanih hormonskih zdravil podvojilo; v začetku 90. let 20. st. pa je polovica ameriških žensk v menopavzi vsaj enkrat krajši ali daljši čas jemala NHZ (Specter, 1989: v Worcester in Whatley, 1992: 5).

V drugi polovici 90.-ih let 20. st. sta potekali že omenjeni odmevni in obsežni študiji o stranskih učinkih kombiniranega (estrogen + progesteron) hormonskega zdravljenja: (1) britanska MWS študija, ki je na vzorcu 1.084.110 žensk v menopavzi dokazala povezanost jemanja kombiniranega NHZ s povečanim tveganjem za nastanek raka na dojki in (2) ameriška WHI študija, ki je v obdobju 1997 – 2005 na vzorcu 16.000 žensk v menopavzi potrdila rezultat MWS študije ter dodatno odkrila povečano tveganje za nastanek srčnega infarkta ter venske in pljučne tromboze (WHI v Worcester, 2004: 56). WHI študija pa ni pomembna zgolj kot raziskava koristnosti/tveganosti NHZ, ampak je

odprla pomembna politična vprašanja, ki zadevajo zdravje žensk. WHI študijo je omogočilo skoraj desetletno aktivno udejstvovanje in lobiranje organizacije *National Women's Health Network* (NWHN), ki je že v začetku devetdesetih zahtevala izvedbo obsežne študije o tveganjih in prednostih jemanja NHZ. Izvedbi študije so dolgo nasprotovali člani ameriškega Kongresa zaradi stroškov izvedbe, epidemiologi zaradi kompliciranega načrta izvedbe in vodilni ginekologi, zaradi prepričanja, da je pozitiven učinek NHZ na bolezen srca tako zanesljivo dokazan, da bi bilo neetično vključiti ženske v kontrolno skupino, ki jemlje placebo (NWHN, 2002: 180, v Worcester, 2004: 58)

Po objavi rezultatov WHI študije je v letu 2003 prodaja hormonskih preparatov zopet padla: v državah zahodne Evrope za 17 %, v državah vzhodne Evrope za 13,6 %, največji izpad pa so po pričakovanju beležili v ZDA, kjer so leta 2003 imeli 33,7 % izpad. Leta 2006 so bili objavljeni tudi prvi slovenski rezultati (Franić et al., 2006: 115): slovenska študija je pokazala, da je leta 2002 NHZ uporabljalo 6,4 % Slovenk, starih od 40 do 65 let, po objavi rezultatov WHI študije pa se je delež uporabnic znižal za 21%, kar pomeni, da v celotni populaciji menopavznih žensk v Sloveniji NHZ uporablja 5% žensk. Primerjava z enako konceptualiziranimi študijami po svetu (Jong-van der Berg et. al., 2006) kaže, da je znižanje odstotka uporabnic v Sloveniji glede na druge države majhno: na Nizozemskem je leta 2004 zabeležen 58% padeč števila uporabnic v primerjavi z letom 2001; v ZDA je leta 2003 evidentirano 37% znižanje števila uporabnic v primerjavi z letom 1999, na Novi Zelandiji pa 40%.

V množičnih medijih in feministični literaturi so objavljeni rezultati MWS IN WHI študij odmevali opozorilno, medtem ko je odziv medicinske stroke in farmacevtske industrije bil, in je še vedno, pretežno negativen. Ob tem tudi tokrat ni mogoče spregledati pomembnosti (finančne) vpletenosti farmacevtskih podjetij v medicinsko stroko, na katero opozarja feministični diskurz: v izobraževanje medicinskega kadra, financiranje publiciranja v medicinskih revijah, marketinškega dostopa do zdravnikov ter nenadzorovanega oglaševanja zdravil. Izhod iz obstoječega stanja je v (1) obsežnih in objektivnih študijah vseh farmacevtskih izdelkov, namenjenih zdravim ženskam, (2) večjem poudarku na promociji zdravega življenjskega stila, ki bi dolgoročno zmanjšal uporabo farmacevtskih izdelkov in (3) potrošniški osveščenosti (Pearson, 2003, v

Worcester, 2004: 67). V zvezi z marketinškim pristopom k prodaji zdravil N. Worhester in M. Whatley (1992: 3) opozarjata na metodo zastraševanja, ki se je v sodobni zahodni družbi, s pomočjo množičnih medijev, v veliki meri poslužujeta medicinska stroka in farmacevtska industrija. V primeru trženja NHZ farmacevtska industrija pri ženskah v menopavzi sproža strah pred kroničnimi boleznimi (srčno-žilna obolenja, karcinomi, osteoporoza, itd.) in strah pred staranjem, ki je v družbi, ki je razvrednotila starost na splošno in starejše ženske še posebej, enako močan kot prvi.

Po mnenju J. Houck (2003) cilj feministične debate o pozitivnih in negativnih učinkih NHZ ne more biti iskanje in uveljavljanje enega, univerzalnega *pro-* NHZ ali *kontra-* NHZ argumenta. Ravno nasprotno, z odpiranjem vedno novih vprašanj in izpraševanjem že postavljenih odgovorov, mora feministična kritika opogumljati ženske, da v celoti obdržijo (ali ponovno pridobijo) nadzor nad svojimi telesi in se aktivno vključijo v oblikovanje vseh odločitev, ki zadevajo njihovo zdravje, saj »*nadzor nad lastnim telesom ženski omogoča večji nadzor nad življenjem*« (Houck, 2003: 106).

Druga polovica 20. st. je prinesla v zahodnih kapitalističnih državah krizo države blaginje; v vzhodnih so propadali socialistični sistemi in javno zdravstvo. Skrb za zdravje je postala posameznikova odgovornost. Skupaj s temi družbenimi spremembami se je spremenila oblastniška vloga medicinskega diskurza: namesto normativnosti in brezprigovorne medicinske avtoritete je teža končne odločitve o zdravju in zdravljenju padla na posameznika/co, naloga zdravnika pa je, da ponudi izčrpne informacije, na podlagi katerih bo odločitev lažja. Na prvi pogled se zdi, da so te spremembe ženski v menopavzi omogočile samostojno odločanje o tem, če in v kakšno zdravljenje menopavznih simptomov bo privolila – vendar samo na prvi pogled. V širšem družbenem kontekstu je vsaka posameznica vpeta v mrežo odnosov in vlog, iz katerih ne more preprosto izstopiti, in ki od nje zahtevajo enako udejstvovanje kot vsa leta do menopavze. Zdravje in mladostni videz sta v zahodni družbi norma, ki so jo ženske v menopavzi v današnji družbi primorane ohranjati. Ne biti zdrav in aktiven in ne biti mladostnega videza velja za osebni poraz. Danes so ženske v menopavzi Drugi ne le v odnosu do moških, ampak tudi do mlajših žensk: mlado žensko telo je standard, na podlagi katerega je določena patološkost telesa starejše ženske. (Sybylla, 1997: 206-208, 216)

Medicinska obravnava menopavze kljub vsemu ni enodimenzionalen proces niti s pozicije feminizma. Feministična kritika (Worcester in Whatley, 1992) ji najpogosteje očita medicinski nadzor nad še enim vidikom življenja ženske in utrjevanje stereotipne predstave, da ženska v menopavzi izgublja družbeno pomembnost, da je psihično nestabilna, fizično nagnjena k veliki obolevnosti in posledično predstavlja veliko breme za zdravstveni sistem. Nekatere feministke (npr. Greer, 1992) medicinski nadzor menopavze razumejo kot feministični *backlash*, način, da se ženske v srednjem obdobju življenja – ko imajo največje možnosti, da posežejo po materialnih dobrinah in pozicijah moči v družbi – ustavi, degradira in nadzoruje. Problem medikalizacije menopavze je v redukcionističnem pristopu, ki za vse težave »krivi« hormone in ponuja NHZ kot univerzalno zdravilo, vse alternativne, nehormonske oblike lajšanja težav in preprečevanja (pravilna prehrana, telesna aktivnost, spremenjen življenjski stil...) pa predstavlja v bistveno manjšem obsegu in kot manj učinkovite. Enako se, mimo hormonskih sprememb, redko omenjajo drugi (družbeni) vzroki za pojav menopavznih težav.

Po drugi strani pa je del feminističnega mnenja (npr. Sheehy, 1991; Northrup, 2006) naklonjeno medicinski obravnavi simptomov in njihovemu lajšanju, saj legitimira zahteve tistih posameznic, ki v tem obdobju imajo resnično velike zdravstvene težave. Ženskam, ki imajo močno izražene menopavzne simptome NHZ zagotovo omogoča kvalitetnejše življenje v menopavznem obdobju in v individualnih primerih, ko sta prednosti in pomanjkljivosti zdravljenja natančno pretehtani, nikoli ni vprašljivo. Tu nikakor ne gre za nekritično sprejemanje medikalizacije, temveč za dopuščanje možnosti, da posameznica, če tako želi, s pomočjo medicine lahko ustvari ali ohrani popoln nadzor nad svojim telesom tudi v obdobju menopavznih sprememb.

1. 2. 2. »Naravni« model menopavze

Medicinskemu nasprotni feministični oz. »naravni« model menopavze trdi, da je menopavza povsem naravni proces prehoda iz reproduktivnega v ne-reproduktivno obdobje in da ima telo ženske vse potrebne mehanizme, da ta prehod izvede brez pomoči medicinske stroke. Kot pogost argument zagovornice »naravnega« modela menopavze navajajo sposobnost telesa, da proizvaja manjše količine estrogena tudi po menopavzi in

da te količine zadoščajo za normalno in zdravo funkcioniranje ženskega telesa, ki ni več v dobi reprodukcije (Gannon, 1999: 73).

V začetku 90.-ih let 20. st. so pripadnice začetka baby boom generacije vstopile v srednje obdobje življenja. Nekatere feministične avtorice drugega vala (npr. G. Sheehy, 1991; G. Greer, 1992) so svojo pozornost takrat usmerile v raziskovanje menopavze. Te avtorice družijo spoznanje, da je menopavza, v enaki meri kot telesna sprememba, sprememba družbene vloge ženske in da je reševanje menopavznih težav neizogibno povezano z odnosom žensk do te spremembe in do procesa staranja (Sheehy, 1991; Greer, 1992; Gannon, 1999; Northrup, 2006, itd.).

Največji problem, s katerim se srečujejo feministične avtorice, ki želijo definirati menopavzo kot naravno stanje prehoda iz reproduktivnega v nereproduktivno obdobje, je nezmožnost uveljavljanja drugačnih konceptov od tistih, ki jih je oblikoval medicinski diskurz. Menopavza je primarno vprašanje zdravja tudi s stališča feminističnih avtoric; tako G. Sheehy (1991) v eni prvih feminističnih knjig o menopavzi, *The Silent Passage (Nemi prehod)*, kontradiktorno najprej trdi, da je »namen knjige izpostaviti menopavzo kot bistveno vprašanje zdravja ter usposobiti ženske, da bodo znale podučiti o menopavzi svoje zdravnike in partnerje« (1991: xvii), čeprav nekaj strani zatem ugotavlja, da »menopavza ni bolezen, temveč življenjski prehod« (1991: 33). Sheehyjeva je bila v času pisanja knjige (ki pade v obdobje, ko še niso bile izvedene najnovejše študije škodljivosti NHZ) zagovornica NHZ. Bila je mnenja, da podaljšanje življenjske dobe ni prineslo spremembe »biološke ure« in bo zato menopavza pri ženskah povzročila fiziološke spremembe, ki bodo negativno vplivale na njihovo spolnost in povzročile prezgodnje staranje. NHZ pa te »negativnosti« lahko zavre, in je s tega stališča enako uporabno in učinkovito kot katerikoli drugi medicinski pripomoček za lažjo starost: »Če imamo slab vid, nosimo očala, uporabljamo slušni aparat, umetne zobe in v zadnjem času ustavljamo umetna kolena in kolke...Kako lahko ženske pričakujejo, da bodo živele še nadaljnjih 35 let, ne da bi nadomestile estrogen, ki ga telo več ne proizvaja?« (Sheehy, 1991: 208)

V nasprotju z G. Sheehy pa G. Greer (1992) v svoji knjigi *The Change: Women, Ageing and the Menopause (Sprememba: Ženske, staranje in menopavza)* zavrača NHZ kot

»medikalizacijo naravnega procesa«. Enako kot Sheehy (1991) avtorica postulira menopavzo kot »naravni proces«, vendar se tudi ona v nadaljevanju ne more izogniti medicinskemu diskurzu, saj govori o »menopavznih simptomih«, »zdravljenju« in »naravnih zdravilih« (1992: 5-6, 8, 17). Obe avtorici se torej strinjata, da je menopavza stanje, v katerem se pri večini žensk pojavi določeno telesno ali psihično neugodje, ki ga je mogoče odpraviti z zdravljenjem – bodisi z jemanjem NHZ (Sheehy, 1991) ali naravnih hormonskih nadomestkov (Greer, 1992).

E. Sefcovic (1996: 11-12) ugotavlja, da je medicinska konstrukcija menopavze tako vseprisotna, da si je ne drznejo ignorirati niti feministične avtorice. Primat medicinskega diskurza izhaja že iz 18. st., ko je postal del oblastnega diskurza ter uvrstil žensko telo med objekte svojega preučevanja in določil legitimne načine pogovora o njem. Vendar s tem, ko feministične avtorice privzemajo medicinsko terminologijo pri opisovanju menopavze, še dodatno utrjujejo njeno medikalizacijo in medicinski nadzor nad ženskim telesom. Odpravljanje menopavznih simptomov in znakov staranja, bodisi s pomočjo NHZ ali ne-hormonskih/naravnih zdravil, ki ju opisujeta G. Sheehy (1991) in G. Greer (1992) sicer lahko nudita pomoč na individualnem nivoju, vendar odvrčata pozornost od strukturnih neenakosti, to je simbolnega vrednotenja ženske po njenem (mladostnem) videzu in reproduktivni sposobnosti.

Čeprav ne G. Sheehy (1991) ne G. Greer (1992) globlje ne posegata v vprašanje strukturnih neenakosti, ki jih ženske v menopavzi, z ohranjanjem mladostnega videza in spolne aktivnosti, nedvomno reproducirajo, pa obe zaznata »občutek izgube in obžalovanja«, ki ju ženske občutijo, ko se zavejo, da izgublajo mladostno pojavnost in vitalnost. Sheehy (1991: 82) govori o strahu, s katerim se soočajo ženske, ko se zavejo »izgube čarobnosti« spolnosti in proti temu predlaga uporabo NHZ ter »realistični pogled na življenje«. Ta »realistični pogled« po mnenju avtorice pomeni, »da ženske naredijo premik od prokreacije in vzgoje lastnega otroka k prostovoljni skrbi za druge« (1991: 232). Sheehyjeva torej implicitno poudarja, da je ohranjanje družbenega statusa za ženske v srednjem obdobju življenja mogoče le, če svojo materinsko in skrbniško vlogo razširijo na ostale člane družine (predvsem vnuke) ali na člane lokalne skupnosti (aktivna udeležba v dobrodelnih lokalnih organizacijah). Tudi Greerjeva (1992) opiše občutek

izgube in obžalovanja, s katerima se ženske v menopavzi soočajo. Avtorica meni, da ženske nimajo razloga, da bi žalovale za tem pogledom, saj je »v resnici le okovje, ki omejuje žensko svobodo« (1992: 53).

G. Greer torej trdi (1992: 53), da postarana ženska ni več predmet moškega pogleda, kar bi pri »osveščeni« posameznici, ki se tega zave, ne smelo sprožiti občutka obžalovanja. Vendar pa moški pogled v patriarhalno-kapitalistični družbi ženski s tem, ko jo opazi kot spolni objekt, pripiše simbolno družbeno vrednost. Če ženska ni več predmet tega pogleda, izgubi tudi to simbolno vrednost, in ta izguba jo prizadene veliko bolj, kot le izguba moškega zanimanja, o katerem govori Greerova. Greerova ne upošteva niti dognanja feministične psihoanalize, ki je opozorila na »ponotranjeni moški pogled, patriarhalnega Drugega, ki je nenehno prisoten v vsaki ženski« (Bartky, 2006: 72). Odsotnost moškega pogleda torej tudi s te perspektive ne omogoča občutka svobode, kot trdi Greerova, saj je panoptični opazovalec vseeno prisoten. In ne le to: E. Sefcovic (1996: 14) trdi, da niti ne gre za odsotnost moškega pogleda, za spregledanje ženske, pač pa za drugačno opazovanje, v katerem »moški pogled zazna telo z neodobravanjem, in preusmeri svojo pozornost drugam«.

Feministične avtorice, enako kot medicinski diskurz, skoraj brez izjeme povezujejo menopavzo s procesom staranja, vendar menopavza in vidni znaki staranja časovno nujno ne sovpadata (ženska zaradi genskega ustroja lahko ohrani mladostni videz tudi v menopavzi, ali pa se vidno postara še pred nastopom menopavze). Zato feministična literatura skoraj brez izjeme ponavlja (in s tem utrjuje) napačno mnenje, da je menopavza sprožilec starostnih sprememb, zaradi katerih bo ženska v zahodni kulturi, obsedeni z mladostnostjo, izgubila družbeni status. Vsekakor pa drži, da z nastopom menopavze ženska izgubi reprodukcijsko funkcijo, s katero sta njena identiteta in status tudi v veliki meri povezana (Sefcovic, 1996: 4).

Ženske morajo preseči občutek izgube in obžalovanje, če naj živijo zadovoljno in polno življenje po menopavzi. G. Sheehy (1991: 133) trdi, da po končanem obdobju menopavznih sprememb, ženska zaživi v novo obdobje, ki ga namesto mladostne lepote in spolne privlačnosti zaznamuje modrost: »Ko žensko preneha omejevati njena kulturna

določenost spolnega objekta in materinjenja, postane možna popolna združitev njene feminine in maskuline strani. Ko se enkrat uspe izogniti družbeni definiciji spola, si pridobi pravico do odkritega govora in samoiniciativnega delovanja«. Sheehy ob tem romantičnem pogledu na »modrost starosti« spregleda, da v sodobni, ageistični zahodni družbi starost ni spoštovana in modrost starostnikov ni cenjena, ne glede na spol.

G. Greer (1992) predstavi bolj kompliciran model menopavzne transcendence, ki bo ženski omogočila novo in močno identiteto. Oblikovanje nove identitete v javni sferi naj bi omogočila ponovna oživitev kulturnega simbola čarovnice: Greerova ženskam v menopavzi svetuje, naj se čimbolj povežejo z naravo, naj se naučijo uporabljati zdravilne zeli in stare modrosti babištva ter obvladajo staro umetnost pripovedovanja zgodb, s čemer bi lahko ponovno dvignile družbeno vrednost starejših žensk (1992: 347). Vendar je tudi ta nasvet, enako kot pri Sheehyjevi, plod romantične domišljije: v pozni moderni niti zgodbe preteklih kultur niti meta-zgodbe nimajo resnične vrednosti (Scefcevic, 1996: 18). Greerova ženskam svetuje tudi osebno preobrazbo. S pomočjo kreativne imaginacije (za zgled postavlja pisateljice, kot so K. Blixten, M. de Maintenon in S. de Beauvoir) in močne volje naj se ženska upre obžalovanju zaradi telesnega staranja, pritiskom potrošne družbe po ohranjanju mladostnega videza in žalosti zaradi neopaznosti pred moškim pogledom (1992: 378).

»Naravni« model torej menopavzo konceptualizira kot označevalko biološkega in družbenega prehoda, zato ni izključno vezan na telesne spremembe in zdravstvene težave tega obdobja. Oba prehoda (iz rodnosti v nerodnost in iz mladosti v starost) sta v zahodni družbi negativno vrednotena, kar feministične avtorice prepoznajo v občutku obžalovanja in izgube, ki ju opisujejo v lastnih izkušnjah menopavze in v izkušnjah drugih žensk (Sheehy, 1991, Greer, 1992; Northrup, 2006). Vendar, po njihovem mnenju ti negativni občutki minejo, ko ženska sama pri sebi redefinira svojo družbeno vlogo. Zato je za omenjene avtorice menopavza pozitivna izkušnja, prehod, ki ženske odreši materinske in skrbniške vloge in jim odpre nove možnosti. Skladno s tem omenjena feministična literatura ženskam predvsem ponuja model neodvisne, modre in samozavestne starejše ženske, ki kljubuje stereotipnim predstavam o menopavzi in staranju. Vendar ta model, ki lahko vpliva na individualne izkušnje menopavze, ne more odstraniti ključnih problemov,

v katere zadevajo ženske v menopavzi, ker so le-ti družbeno pogojeni. Za njihovo reševanje je nujen širši družbeni angažma.

1. 2. 3. Medkulturene primerjave menopavze

Ena od značilnosti najbolj razširjenega, medicinskega modela menopavze v sodobnih zahodnih družbah je, da so simptomi in bolezni, ki jih pripisujejo menopavzi, univerzalni pojav, ki ga vse ženske doživljajo enako. Antropološke raziskave pa temu nasprotujejo in jasno podpirajo feministično tezo, ki pravi, da na doživljanje menopavznega obdobja in zdravje žensk, poleg okoljskih dejavnikov in individualnega življenjskega stila, vplivajo tudi kulturni dejavniki, posredovani skozi jezik, simbolni pomen tega življenjskega obdobja ter stereotipi in pričakovanja, povezani z menopavzo (Lock, 1998: 411).

Povzetek nekaterih antropoloških študij menopavze kaže na naslednje razlike v doživljanju izkušnje menopavze in v pripisovanju pomena tej izkušnji v različnih kulturah:

V nekaterih mediteranskih družbah so se vse do danes ohranili tradicionalni običaji, ki so na simbolni ravni označili prehod iz mladosti v starost. Na Siciliji še danes nekatere ženske v obdobju, ki običajno sovпада s časom menopavze, pobarvajo vsa svoja oblačila v črno in si nadenejo naglavno ruto, v skupnosti jasno prepoznaven znak spremenjenega statusa. Nekoč je ta sprememba statusa označevala, da jim jo dovoljeno, da manj delajo, da se medsebojno bolj družijo, se udeležujejo religijskih ritualov in odhajajo na daljša romanja. Pomembna naloga starejših žensk je bila tudi vsakodnevna skrb za okraševanje grobov umrlih svojcev. Ženske so tako šele v starosti dobile možnost, da so pri vsakodnevnem obiskovanju pokopališč žalovale za mrtvimi in ohranjale spomin nanje, saj jim obilica dela prej tega ni dopuščala. Z zgodbami o umrlih svojcih, ki so jih pripovedovale vnukom, so tudi ohranjale in utrjevale povezanost med člani skupnosti. (Greer, 1992: 45)

Študija japonskih žensk v menopavzi je pokazala, da japonska beseda *kōnenki* pomensko ni enaka besedi menopavza, saj prenehanje menstruacije ni najpomembnejši del tega pojma (Lock, 1998: 412). Japonščina tudi ne pozna termina »vročinski obliv«, ki

označuje najpogostejši menopavzni simptom v sodobnih zahodnih državah, saj Japonke v menopavzi tega simptoma ne poznajo. Tudi Kitajke, Indonezijke in ženske z Yukatana o tem simptomu ne poročajo, niti v jezikih teh območij ne obstajajo lokalni termini zanj. Simptomi, o katerih poročajo japonske ženske in njihovi zdravniki v zvezi z *kōnenki* se razlikujejo od zahodnjaških, saj so najpogostejši simptomi občutek trdih ramen, zvonjenje v ušesih in glavobol. Razliko v simptomatiki mnogi raziskovalci pripisujejo prehrani (na Japonskem bogati s sojo in zelenjavo, ki sta izvor fitoestrogena) in življenjskemu stilu na splošno. Japonke v menopavzi redko iščejo zdravniško pomoč, saj je v japonski družbi samoobladovanje telesnih in psihičnih težav znak vrline. Družbena vloga ženske in njen simbolni status sta v japonski kulturi bolj povezana s skrbniško kot zgolj z reproduktivno vlogo. Skrb za »hišno ekonomijo« in družinske člane pa ženska lahko opravlja dolgo v starost, zato menopavza zanje ne pomeni izgube statusa. Za razliko od sodobnih zahodnih družb, japonska družba (še) ni obsedena z mladostjo. Vidni znaki staranja, kot so sivi lasje, slabši vid in obrazne gube, ki se pri večini žensk pojavijo v obdobju menopavze, v japonski družbi pri ženkah nimajo drugačnega pomena kot pri moških. Starost je, enako kot druga obdobja življenjskega poteka, vrednotena pozitivno in označena s posebnimi rituali. Ti rituali utrjujejo medgeneracijsko povezanost in simbolno prisotnost prednikov, kar v posamezniku krepi občutek, da je del vseobsežnega kozmičnega reda. (Lock, 1998)

Ženske v nekaterih ne-zahodnih kulturah (npr. Somalija) menopavzo povezujejo z večjo osebno svobodo. Somalijski termin, ki označuje menopavzno obdobje, *dhaqmo ka bax*, pomeni »brez verjetnosti, da bi ženska imela otroke«. Somalijske ženske z vstopom v menopavzno obdobje dobijo večje pravice: če ne želijo več spolnih odnosov, se jim lahko izognejo; ko se končajo menstruacijski ciklusi ženska postane *dahir* - ritualno čista skozi cel mesec in se lahko nemoteno udeležuje molitev in branja Korana. Ženske, ki so zaključile reproduktivno obdobje, v somalijski kulturi veljajo za stare, vendar je starost povezana z velikim spoštovanjem, ki ga izkazujejo mlajše generacije, in s posebnimi ugodnostmi, z manj dela in več druženja z vrstnicami. Somalijske ženske ne poročajo o nobenih, za to obdobje značilnih, simptomih. (Spitzer, 2003: 8)

Kitajska beseda za menopavzo je *jue jing*, kar pomeni »prenehanje toka«. Menopavza ima pozitivno konotacijo, saj je obdobje, v katerem ženska nima več nobenih skrbi z

menstrualnimi krvavitvami in zanositvijo. Obdobje menopavze v kitajski družbi pogosto sovpadе s časom upokojitve, kar daje zlasti Kitajkam v urbanih okoljih možnost, da bodisi nadaljujejo z zaposlitvijo za polni ali skrajšani delovni čas, ali z upokojitvijo pridobijo več prostega časa, ki ga lahko preživijo na različne načine – od pogostejšega druženja s prijateljicami do odkrivanja novih hobijev. Kitajske ženske v menopavzi poročajo o naslednjih simptomih: močnih krvavitvah, spremembah v temperamentu, emocionalni labilnosti, potenju, utrujenosti, zmanjšanemu libidu in vročinskih oblivih. Seznanjene so z NHZ, vendar ga uporabljajo zelo redko, ker je generacija žensk, ki je zdaj v menopavzi, še močno navezana na kitajsko tradicionalno medicino, ki ponuja alternativne načine zdravljenja. Kitajke ne sprejemajo zahodnjaškega medicinskega redukcionalizma menopavze, njenih simptomov in zdravljenja. Tradicionalna kitajska medicina v nasprotju z zahodno medicino težave, ki se pojavijo v menopavzi, obravnava holistično kot preplet stresnih dogodkov in hormonskih sprememb, kar je porušilo ravnovesje telesa in duha. Za ponovno dobro počutje zato ne zadostuje zgolj zdravljenje na telesni ravni. (Spitzer, 2003: 9)

Primerjalna študija 70 menopavznih žensk s Filipinov in 70 z Avstralije (Berger in Wenzel, 2001, internetni vir št. 1), je pokazala, da več kot 75% anketirank nima opaznejših menopavznih simptomov. Anketiranke so poročale o pozitivnih in negativnih spremembah v tem obdobju življenja. Med pozitivnimi so navedle bolj zadovoljivo spolnost, boljše razpoloženje, večjo vitalnost in več prostega časa, večji občutek svobode in zadovoljstva, olajšanje zaradi končanega rodne obdobja in z njim povezanim strahom pred zanositvijo in menstrualnimi težavami. Negativne spremembe so vključevale zmanjšan libido, palpitacije, pridobivanje telesne teže, glavobole, potenja in vročinske oblive, depresije in strah pred staranjem, iritabilnost in občutek izgube družbenega statusa. Medtem ko so telesni simptomi med obema skupinama identični, pa je raziskava pokazala precejšnje razhajanje v psihičnih in emocionalnih stanjih. Skoraj četrtina anketiranih Avstralk je poročala o strahu pred staranjem, iritabilnostjo, depresijo, osamljenostjo, spremembah razpoloženja, izgubi samozaupanja in samospoštovanja. Filipinske anketiranke so nasprotno poročale o iritabilnosti kot edinem znaku psiholoških sprememb, medtem ko so sam proces staranja vrednotile veliko bolj pozitivno kot Avstralke.

Najpomembnejša razlika med konceptualizacijo menopavze v poznomoderni zahodni družbi in v drugih družbah je, da menopavza v slednjih označuje statusni prehod. V obdobju menopavze ženska zaključi rodno obdobje, kar ji v nekaterih neindustrijskih družbah omogoči več svobode, saj je osvobojena tabujev in ritualov, povezanih z menstruacijo in nosečnostmi (Spitzer, 2003). S stališča posameznice pa je doživljanje menopavze izrazito povezano z odnosom družbe, kateri pripada, do starosti. Družbe, v katerih starost nima negativnega predznaka in starostniki ohranijo družbeni status, tudi menopavza, ki pri večini žensk sovpade z obdobjem, v katerem se pojavijo vidni telesni znaki staranja (obrazne gube, sivi lasje), nima negativne konotacije označevalke staranja (Lock, 1998; in Wenzel, 2001, internetni vir št. 1). Pozitivni odnos do starosti – in v nekaterih družbah celo višji status, ki ga ženska pridobi s koncem rodne dobe – pa omogočajo pripadnicam teh družb pozitivni odnos do menopavze in manj izrazite zdravstvene težave, povezane s tem obdobjem – ali pa sploh nobenih.

2. IZKUŠNJE MENOPAVZE V POZNOMODERNI DRUŽBI

Pomemben doprinos k preučevanju menopavze v poznomoderni družbi je prineslo preučevanje ženskih izkušenj menopavze, ki je pod vprašaj postavilo zlasti tezo o laičnih posameznicah, ki pasivno in nekritično sprejemajo medicinske definicije in posege (Ballard et al. 2001: 399). Metodološki pristop preučevanja izkušenj menopavze, ki se najpogosteje uporablja, vključuje poglobljene intervjuje in fokusne skupine. V večjem obsegu se te raziskave izvajajo od konca 90.-ih let 20. st. in vključujejo raziskovanje različnih tem, povezanih z menopavzo, in različnih skupin žensk. Zbir informacij, ki jih ženske posredujejo, kaže predvsem na to, da ženske v konstrukciji lastnega odnosa do menopavze upoštevajo biološke in družbene dejavnike, ki vplivajo na njihova življenja in s tem presegajo redukcionizem medicinskega in/ali feminističnega modela. V nalogi predstavljene študije vključujejo predvsem izkušnje žensk iz ZDA, Evrope in Kanade, ki so pripadnice srednjega razreda ter anglo-ameriškega in evropskega porekla, ker predvidevam, da so njihove izkušnje primerljive z izkušnjami Slovenk.

Študija G. Shore (1999: 169-178) je pokazala, da je konceptualizacija menopavze ključna pri oblikovanju odnosa posameznice do menopavze in NHZ. V raziskavo je bilo

vklučenih 10 britanskih žensk v menopavzi, starih od 45 do 63 let, pripadnic srednjega razreda, heteroseksualk in belk, polovica med njimi je jemala NHZ. Študija je vključevala analizo tem, ki zadevajo (a) konceptualizacijo menopavze, (b) iskanje informacij o menopavzi in NHZ, (c) odločitev za ali proti jemanju NHZ in (d) izkušnje s splošnim zdravnikom glede vprašanja odpravljanja menopavznih simptomov. Anketiranke so menopavzo označile kot »znanilko staranja«, staranje pa kot negativno izkušnjo izgube mladostne privlačnosti:»...menopavza je obdobje, v katerem ti tvoje telo, tvoj razum in zunanji svet prvič oznanijo, da se staraš« (v Shore, 1999: 172), medtem ko izgubo reproduktivne funkcije večina anketirank v konceptualizaciji menopavze ni niti omenila. Informacije o menopavzi in NHZ so anketiranke iskale v medijih, pri prijateljicah in zdravnikih. V nasprotju z vedno pogostejšim medijskim omenjanjem menopavze kot obdobjem novega začetka v življenju ženske, so se anketiranke želele izogniti vsaki spremembi, ki bi jo menopavza lahko prinesla. Anketiranke so obdobje menopavze povezale z začetkom vidnega staranja, povečanim tveganjem za obolevnostjo in ga dojemale kot obdobje, na katerega nimajo nobenega vpliva, a se skozenj morajo prebiti. Skladno s tem je tista polovica anketirank, ki so jemale NHZ, le-tega percipirala kot zdravilo, ki jim omogoča nespremenjeni življenjski stil. Anketiranke, ki se niso odločile za odpravljanje menopavznih simptomov s pomočjo NHZ, so tudi zdravstvene težave, s katerimi so se soočale, raje pripisovale stresnosti vsakdanjega življenja kot menopavzi. Odklanjanje menopavze kot vzroka zdravstvenih težav pri teh anketirankah G. Shore povezuje z vplivom prevladujočega medicinskega koncepta, po katerem je menopavza primarno negativna izkušnja, povezana z zdravstvenimi težavami in resnimi boleznimi. Avtorica nadalje opozarja na pomembno razliko med vrednotenjem informacij, ki jih ženske dobijo iz različnih virov: informacije, ki so jih anketiranke dobile pri zdravniku, so veljale za »dejstva«, medtem, ko so informacije, dobljene iz medijev in iz izkušenj drugih žensk, anketiranke pogosto interpretirale kot manj relevantna »mnenja« (Shore, 1999: 173).

Tudi F. Griffith (1999: 469-481) je izvedla študijo o ženskih izkušnjah menopavze v Veliki Britaniji, med belkami, pripadnicami srednjega razreda. S sedemnajstimi posameznicami je avtorica opravila poglobljene intervjuje, petindvajset posameznic pa se je udeležilo fokusnih skupin. Študija je pokazala, da (feministična) reprezentacija žensk,

kot nemočnih žrtev medikalizacije, v realnosti ne vzdrži. Ženske, vključene v študijo, so bile seznanjene z medicinskim videnjem menopavze in nevarnostmi NHZ (npr. vključevanje osteoporoze in srčnih bolezni v sliko menopavzne simptomatike, povečano tveganje za obolevnostjo za nekaterimi vrstami karcinoma). Študija je potrdila pomembno vlogo množičnih medijev pri posredovanju informacij o menopavzi in NHZ, vendar le-ti niso imeli neposrednega vpliva na odločitev žensk o tem, da obiščejo zdravnika zaradi odpravljanja menopavznih simptomov. Večina anketirank je končno odločitev o iskanju medicinske pomoči oblikovala po pogovorih z drugimi ženskami v menopavzi, t.j. prijateljicami in kolegicami iz delovnega okolja.

Odločitev za NHZ je bilo za večino anketirank kompleksno vprašanje. Anketiranke so informacije o NHZ aktivno iskale pri različnih virih (medijih, zdravnikih in prijateljicah), končno odločitev za ali proti jemanju NHZ pa je večina sprejela glede na dejavnike, ki vplivajo na njihova življenja: npr. službene obveznosti, strah pred možnostjo obolevnosti za boleznimi, povezanimi z jemanjem NHZ ali tistimi, ki jih NHZ preprečuje. S tem je študija Griffithsove potrdila dognanja S. Williamsa in M. Calnana (1996, v Griffiths, 1999: 479), ki sta identificirala štiri družbene trende, ki omejujejo proces medikalizacije v sodobni družbi: (a) družbeno sprejeto dejstvo, da medicinsko znanje ni absolutno in da je nenehno v preverjanju in spreminjanju, (b) tehtanje koristi in tveganj zdravljenja, (c) velik vpliv množičnih medijev in (d) posameznikovo aktivno iskanje informacij. V primeru menopavze ženske torej še zdaleč niso pasivne žrtve medikalizacije, vendar so informacije o menopavzi in NHZ tako kompleksne, negotove in kontradiktorne, da ženske pogosto iščejo zdravniško pomoč pri oblikovanju dokončnega mnenja.

Na pomen zdravniškega mnenja pri oblikovanju končne odločitve o NHZ je opozorila tudi britanska študija M. Hunter, I. O'Dea in N. Brittena (1997). Avtorji študije trdijo, da ima zdravnikovo mnenje pri ženskah, ki ga poiščejo, najpogosteje ključni vpliv na oblikovanje odločitve o NHZ, in to v obeh primerih – ko se posameznica odloči za ali proti NHZ. Enako kot študija F. Griffith (1999) je tudi ta raziskava potrdila aktivno vlogo žensk v osmišljanju menopavze in lažšanju njenih simptomov: večinoma se ženske odločajo za obisk zdravnika in jemanje NHZ šele takrat, ko so simptomi menopavze že tako moteči, da onemogočajo normalno vsakdanje življenje, sicer pa je večina od 45

anketiranih žensk menopavzo konceptualizirala kot naravni proces in hormonsko zdravljenje kot neželeni in rizični poseg v telo, če zanj ne obstajajo resnično tehtni razlogi.

Ameriška študija (Andrist, 1998), v katero je bilo vključenih 21 žensk v obdobju menopavze, anglo-ameriškega porekla, s srednjo oz. višjo izobrazbo, je kot ključne akterje pri oblikovanju odločitve o NHZ definirala (a) medije, (b) zdravstvene težave bližnjih sorodnic v obdobju menopavze, (c) medikalizacijo menopavze in (d) informiranost anketirank. Najpomembnejšo vlogo pri oblikovanju odločitve za ali proti NHZ so pri večini anketirank imeli mediji, zlasti če so se informacije o menopavzi in NHZ nanašale na bolezni (osteoporozo, srčna obolenja, rak), za katerimi je zbolela katera od bližnjih sorodnic anketirank. V zvezi z medijskimi reprezentacijami menopavze in NHZ so anketiranke izpostavile naslednja mnenja: članki o menopavzi so v poljudnih časopisih in v strokovnih (zdravstvenih) revijah vedno pogostejši; poudarjanje zmanjšane rizika obolevnosti za osteoporozo in srčnimi obolenji je najpomembnejša pozitivna informacija v zvezi z NHZ; mediji v enaki meri kot o pozitivnih preventivnih učinkih jemanja NHZ poročajo o nevarnih stranskih učinkih (večje tveganje za nastanek nekaterih vrst raka), zato so informacije, po mnenju anketirank, kontroverzne in nejasne in pogosto peljejo v nesmiselna pro- in kontra- tehtanja o tem, katera bolezen je hujša: bolezni srca (h katerim je ženska bolj nagnjena, če ne jemlje NHZ) ali rak na dojki (za katerega se poveča tveganje pri jemanju NHZ, daljšem od pet let). V študijo Andristove so bila vključene izobražene ženske, ki so bile seznanjene ne le z medicinskimi informacijami o menopavzi in NHZ, ampak so prepoznale tudi medikalizacijo menopavze (sprememba naravnega dogodka v patološko stanje), vlogo farmacevtske industrije pri uveljavljanju NHZ in splošno prisoten kult mladostništva, zaradi katerega si starejše ženske prizadevajo ohranjati mladostni videz.

Namen kanadske študije (Massé et. al. 2001), v katero je bilo vključenih 12 Kanadčank francoskega porekla, starih od 40 do 55 let iz različnih družbeno-ekonomskih okolij (5 anketirank je končalo univerzitetni študij), je bil raziskati odnos anketirank do menopavznih sprememb in do NHZ. V nasprotju s prevladujočim medicinskim modelom in z nekaterimi študijami (npr. Shore, 1999), anketiranke te študije menopavze niso

konceptualizirale zgolj negativno, skozi termine izgube in povečanega tveganja obolevnosti. Večina anketirank je sicer prepoznala tipične fiziološke in psihološke simptome menopavze – vročinske oblive, nočna potenja, nespečnost, depresije, iritabilnost – vendar menopavze kljub temu niso opredelile kot bolezen, pač pa kot stanje prehoda iz enega življenjskega obdobja v drugo, analogno s puberteto. Večina anketirank je zavračala hormonsko neravnovesje kot edini ali izključni vzrok za pojav menopavznih težav in navedla pomembnost stresorjev (službene in družinske obveznosti), ki vplivajo na pojav menopavznih simptomov. Četrtnina anketirank je tudi poudarila pomen povečane skrbi zase: po njihovem mnenju je menopavza obdobje, v katerem mora ženska od skrbi za druge preiti k skrbi zase. Skladno s prej navedenimi študijami, tudi kanadske anketiranke navajajo medije, pogovore s prijateljicami in pogovore z zdravnikom kot ključne vire informacij, na podlagi katerih so oblikovale mnenje o menopavzi in NHZ. Zaradi različnih in pogosto nasprotnih informacij pa oblikovanje mnenja o menopavzi in z njim povezano odločitvijo o NHZ nikakor ni enostavna naloga: anketiranke so v zvezi s tem poročale o občutku negotovosti, medicinske tehnike (krvni testi, mamografija, denzitometrija...), povezane z določanjem zdravstvenega stanja, ki je podlaga za odločanje o NHZ, pa so pri anketirankah sprožale anksioznost in občutek nemoči: *»(Zdravniki) so strokovnjaki in jim moramo zaupati. Vendar to ni tako preprosto, ko gre za naša telesa. Verjamem, da svoje simptome poznam bolje kot kdorkoli drug. Na koncu pa smo prisiljene sprejeti zdravnikovo mnenje. Zame je odnos z zdravnikom težaven, bolj zapleten kot odnos s katerim koli drugim posameznikom.«* (v Massé et. al. 2001: 53).

Tudi britanska študija (Ballard, 2002), izvedena na vzorcu 32 žensk, starih od 51 do 57 let, je preučevala odnos anketirank do bolezni, povezanih z menopavzo in NHZ. Anketiranke so identificirale kolektivno in individualno raven tveganja obolevnosti za boleznimi, povezanimi z obdobjem menopavze. Na kolektivni ravni so, skladno s trenutno veljavnimi medicinskimi informacijami, anketiranke identificirale osteoporozo in srčna obolenja kot dve bolezni, za kateri se pri ženskah v menopavzi poveča tveganje obolevnosti. Na individualni ravni pa večina anketirank, na podlagi družinske anamneze in osebnega življenjskega stila, samih sebe ni uvrščala med potencialno ogroženo populacijo in se zato niso odločale za NHZ kot možno preprečilo proti tem boleznim.

Tudi tiste anketiranke, ki so same sebe uvrstile v rizično skupino, so tehtale med tveganjem, ki ga prinašata osteoporoza in srčna obolenja in tveganjem, ki ga prinaša jemanje NHZ.

Britanska kvantitativna študija, v katero je bilo vključenih 1572 žensk v starosti od 47 do 50 let (Ballard et al., 2001) je pokazala, da ženske pred in v menopavzi doživljajo več različnih in pomembnih obdobij: (1) pričakovanje simptomov, povezanih z menopavzo, (2) izkustvo simptomov in občutek izgube nadzora nad lastnim telesom, (3) potrditev menopavze s strani zdravnika, (4) ponovna vzpostavitev nadzora nad telesom in (5) občutek svobode zaradi zaključka menstrualnega ciklusa. Z vstopom v srednje obdobje življenja, nekako od 40. leta dalje, veliko žensk postane pozornih na spremembe, ki bi lahko nakazovale vstop v menopavzno obdobje. Te spremembe pogosto omenjajo zdravnikom ter iščejo dodatne informacije o njih, bodisi v medijih ali v pogovorih z istodobnimi prijateljicami. Z vstopom v menopavzo nekateri simptomi (najpogostejši so vročinski oblivi, spremembe razpoloženja, nočna potenja in nespečnost) lahko postanejo tako intenzivni in moteči, da ženske dobijo občutek, da ne obvladujejo lastnega telesa. Ta občutek še dodatno krepi strah pred družbenim razkritjem, to je pojavom simptoma v neprimernem trenutku (npr. vročinski obliv na pomembnem poslovnem sestanku). Avtorice študije ugotavljajo, da v tej fazi menopavznih sprememb ženske najpogosteje iščejo zdravniško pomoč. Le-ta se, na podlagi rezultatov meritev ravni hormonov v krvi, sestoji iz potrditve, da se ženska res nahaja v menopavzi, in iz informiranja in oblikovanja odločitve o možnosti za NHZ ali alternativno lajšanje menopavznih simptomov. Temu sledi obdobje ponovne vzpostavitve nadzora nad telesom: ženska se nauči obvladovati simptome (bodisi s pomočjo NHZ ali brez) in čimbolj nemoteno funkcionirati v vsakdanjem življenju.

Novozelandska študija (Breheny in Stephens, 2003), v katero je bilo vključenih 495 anketirank, je preučevala seznanjenost anketirank s prevladujočima modeloma menopavze – medicinskim, po katerem ženska v menopavzi potrebuje zdravniški nadzor in NHZ ter z medicinskemu alternativnim modelom, po katerem je doživljanje menopavze in obvladovanje zdravstvenih težav v domeni posameznice. Medicinski model menopavze, ki predvideva neizbežnost menopavznih simptomov, je privzel manjši

delež anketirank, vendar tudi one niso izbrale NHZ kot najboljšo možnost za odpravljanje simptomov (možna razlaga za to je, da so leta 2002 bili objavljeni rezultati študij, ki so potrjevali povečano tveganje za nekatere bolezni pri daljšem jemanju NHZ). Anketiranke, ki so se strinjale s trditvijo v vprašalniku, da so neprijetni menopavzni simptomi neizogibni, so kot rešitev privzele odgovor, da je, kljub motečim simptomom, nujno nadaljevati z življenjskim tempom in obveznostmi, ki ju je ženska opravljala do pojava menopavze. Osredotočenost na delo in druge obveznosti naj bi žensko okupirali do te mere, da se ne bo imela časa ukvarjati s simptomi in bodo ti »izginili«. Prevladujoče mnenje anketirank je bilo, da je mogoče obvladovati in nadzirati menopavzne spremembe s pravilno prehrano, telesno aktivnostjo in pozitivno naravnostjo. Menopavza, ki poteka brez simptomov, je, po mišljenju anketirank, dokaz »pravilnega« življenjskega stila. »Obvladovanje menopavze« implicira tudi obvladovanje telesa: telo postane objekt, ki ga je mogoče nadzorovati, disciplinirati, krepiti in skrbeti zanj; ženska tako ni več pasivna odvisnica od svojih hormonov, temveč aktivno soustvarja pogoje, v katerih telo lažje odgovarja na menopavzne spremembe. Obvladovanje menopavze preko skrbi za telo pomeni tudi pritrjevanje individualni odgovornosti za zdravje. Čeprav sta oba – skozi anketna vprašanja izkristalizirana pristopa – na prvi pogled različna, saj en zagovarja zanikanje simptomov, drugi pa njihovo identificiranje in aktivno ukvarjanje z njimi, pa oba utrjujeta družbeno sprejeto mnenje, da je menopavza brez vidnih simptomov moralni imperativ (Breheny in Stephens, 2003: 169). Ženska zgolj lahko izbira, kako bo to stanje dosegla: s pomočjo NHZ, alternativne medicine ali samo-zatajevanjem.

Tudi avtorice C. Stephens, J. Carryer in C. Budge (2004) so preučevale odnos žensk do menopavze in NHZ na Novi Zelandiji, skozi študijo fokusnih skupin. V sedem fokusnih skupin je bilo vključenih 48 žensk v obdobju menopavze (46 anketirank je bilo evropskega porekla in dve maorskega), pretežno pripadnic srednjega razreda. Avtorice študije zato opozarjajo, da rezultati podajajo konstrukcijo menopavze in odnos do NHZ s stališča belk srednjega razreda in jih ni mogoče posploševati na celotno populacijo novozelandskih žensk v menopavzi (Stephens, Carryer in Budge, 2004: 344). Razprave v fokusnih skupinah so pokazale širšo konceptualizacijo menopavze in NHZ ter njuno neločljivo povezanost, kot predhodno izvedena anketna študija iz istega področja (Breheny in Stephens, 2003). Raziskovalke so identificirale kar šest različnih

konceptualizacij menopavze in NHZ (2004: 336): (1) menopavza kot grozeča sprememba, (2) pojmovanje menopavze v skladu z medicinskim modelom, (3) odvisnosti od NHZ, (4) menopavza kot naravni dogodek, (5) konceptualizacija jemanja NHZ skozi optiko odnosov do drugih in (6) konceptualizacija jemanja NHZ skozi optiko naravnega (feminističnega) modela menopavze. Konceptualizacija menopavze kot obdobja nezaželenih in grozečih sprememb vključuje jemanje NHZ kot način nadzorovanja fizičnih, emocionalnih in vedenjskih sprememb. Znotraj tega koncepta menopavzne spremembe pomenijo odklon od norme. Ženska teh sprememb ne more nadzorovati brez zunanje pomoči in v tem kontekstu pomoč predstavlja NHZ, ki je »nujnost« in »rešilna bilka« (2004: 336), ki ženski omogoča obvladovanje vsakdanjika in ohranjanje nespremenjenih razmerij z bližnjimi. Pojmovanje menopavze v skladu z medicinskim modelom pomeni, da so udeleženke raziskave za opisovanje menopavze in NHZ uporabljale pretežno medicinsko terminologijo; najpogosteje identificirani pojmi, povezani z menopavzo, so: »simptomi«, »hormoni«, »stranski učinki«, »tveganje«, »osteoporoza« in »rak«, menopavza pa je konceptualizirana kot »stanje pomanjkanja hormonov«. Zagovornice medicinskega modela menopavze so bile tudi natančno seznanjene z NHZ; poznale so komercialna imena hormonskih zdravil različnih farmacevtskih družb, sestavo, doziranje, pozitivne učinke in negativne stranske učinke. Medicinski model menopavze in NHZ je najbolj razširjen in pomemben model, na katerega so se sklicevale zagovornice NHZ (s poudarjanjem pozitivnih učinkov) in tudi nasprotnice NHZ (z izpostavljanjem negativnih stranskih učinkov). Ženske, ki pojmujejo menopavzo skladno z medicinskim modelom, najpogosteje zagovarjajo jemanje NHZ kot racionalno odločitev, s pomočjo katere »ukrotijo« potencialno problematično menopavzno telo. Nekatere anketiranke so izrazile strah pred odvisnostjo od jemanja NHZ. V tem kontekstu je NHZ-ju pripisan negativni status »*little mother helper*« - ja (analogno z uporabo barbituratov v 60.-ih letih 20. st.). Po mnenju udeleženk raziskave po zdravilih posegajo tiste posameznice, ki niso sposobne uvesti pozitivno mišljenje in zdrav življenjski stil, ki bi jima omogočila premostitev težav, povezanih z menopavzo. Odklonilni odnos do NHZ – in medikalizacije menopavze na splošno – so izrazile tudi zagovornice menopavze kot naravnega dogodka. V njihovi konceptualizaciji je menopavza pozitivno ali vsaj nevtralno obdobje (nikakor pa ne negativno), ki poteka povsem naravno in ne potrebuje zdravljenja. Bistvo naravnega pristopa k menopavzi je

po mnenju udeleženk pozornost, usmerjena na lastno telo in njegove potrebe; namesto »nenaravnega« in »nezdravega« NHZ so za lajšanje težav v menopavzi predlagale uporabo »alternativnih« zeliščnih pripravkov. Raziskovalke so identificirale še dve stališči do jemanja NHZ, ki se navezujeta na stališče do vloge ženske v družbi (2004: 339). Nekatere udeleženke so zagovarjale jemanje NHZ zato, da ženska v času menopavze ostane »nespremenjena«, to je, ohrani enak odnos do družinskih članov. Po mnenju zagovornic te teze je odnosno delo v družini primarno ženska naloga, zato ženska, ki želi ohraniti zakonsko zvezo, ne sme pokazati vedenjskih in emocionalnih sprememb. Tiste posameznice, ki »imajo razumevajoče može, ki jim stojijo ob strani v tem težkem obdobju« (2004: 338), pa se po mnenju udeleženk raziskave lahko prištevajo med izjemne srečnice. Nasprotno temu je bilo izraženo stališče udeleženk, ki odklanjajo NHZ na podlagi feminističnega nazora, ki povezuje medikalizacijo menopavze in NHZ z utrjevanjem patriarhalne moči in večanjem dobička farmacevtskih družb, ki prodajajo ženskam ne dovolj preverjene in nepotrebne hormonske pripravke.

Študija je pokazala, da so anketiranke menopavzo in NHZ konceptualizirale predvsem glede na to, ali so v prvi plan postavljale skrb za druge ali skrb zase. »Menopavza kot grozeča sprememba«, »izkušnja menopavze, ki je skladna z medicinskim modelom« in »ohranjanje partnerskega odnosa s pomočjo NHZ« so konceptualizacije menopavze, ki so jih zagovarjale tiste udeleženke raziskave, ki so pojmovalle sebe kot primarno odgovorne za partnerske odnose. Ostali trije identificirani koncepti: »menopavza kot naravno stanje«, »zavračanje NHZ zaradi zavračanja zdravil na splošno« in »menopavza, skladna s feminističnim modelom« pa so anketirankam omogočali ustvarjanje subjektne pozicije, s katere so se lahko upirale tako medikalizaciji menopavze kot jemanju NHZ. (Stephens, Carryer in Budge, 2004: 349-350)

Namen ameriške študije (Dillaway, 2005a; Dillaway, 2005b), v katero je bilo vključenih 61 intervjujev z ženskami v menopavzi, pretežno evro-ameriškega porekla, pripadnic srednjega razreda in heteroseksualne spolne usmerjenosti, je bil raziskati odnos intervjuvank do menopavze in sprememb, ki jih povzročajo. Večina anketirank je menopavzo povezala s telesnimi spremembami in (značilnimi) simptomi: vročinskimi oblivi, nerednimi menstruacijami, spremembami razpoloženja, ter jih ovrednotila

negativno. Dillawayeva (2005a: 8) ugotavlja, da skrb za privlačni videz ostaja preokupacija žensk tudi v menopavznem obdobju. Neželene telesne spremembe, ki so jih anketiranke povezovale z menopavzo, so bile: povečanje telesne teže, spremembe elastičnosti kože, poraščenost ter povešanje prsi. Spremembe torej zadevajo telesne dele, ki so v zahodni kulturi tesno povezane z ženskim lepotnim idealom. Le-ta vključuje mladostno sloko postavo, napeto, mehko, gladko kožo in čvrste prsi. Tega lepotnega ideala so se zavedale in ga poskušale doseči tudi anketiranke. Občutek, da so atraktivne, so anketiranke povezovale s pozornostjo, ki so jim jo naklonili moški (partnerji, nadrejeni, sodelavci). Tiste udeleženke raziskave, ki so se v nekem trenutku zavedle, da jih, zaradi vidnih starostnih sprememb telesa, moški več niso opazovali kot spolne objekte, so poročale o občutku »nevidnosti« (2005a: 11). Grožnja »nevidnosti« je pri anketirankah sprožila občutek strahu in nujno, da ohranjajo telesno privlačnost z različnimi telesnimi rutinami (telesna aktivnost, prehranjevalni režimi, kozmetični preparati in lepotna kirurgija). S stališča telesnih sprememb, ki so povezane z menopavzo in s procesom staranja, so anketiranke menopavzo ovrednotile kot nezaželeno in negativno izkušnjo. Identificirale pa so tudi pozitivno stran menopavze, to je konec reproduktivnega obdobja (Dilaway, 2005b). Udeleženke študije in ženske v menopavzi na splošno, pripadajo prvi generaciji žensk, ki so v zahodnih družbah dobile možnost prostega dostopa do kontracepcije in reproduktivnih tehnologij. Vse intervjuvanke so v skladu s tem končale z nosečnostmi in materinjenjem že dolgo pred nastopom menopavze. Tako je v sodobni družbi menopavza izgubila potencialno negativni simbolni pomen označevalca konca reproduktivne dobe, obenem pa pridobila dva nova, pozitivna simbolna pomena: je označevalka konca menstruacijskih ciklusov in skrbi za kontracepcijo (Dillaway, 2005b). V tem kontekstu so intervjuvanke menopavzo označile kot pozitivno izkušnjo, saj jim je omogočila bolj sproščeno spolnost (brez strahu pred možnostjo zanositve) in večji občutek svobode (konec bolečih menstruacij, načrtovanje aktivnosti glede na menstruacijski cikel, itd.)

Danska študija (Hvas, 2006), v katero je bilo vključenih 24 žensk v menopavzi, je preučevala pozitivne in negativne vidike menopavznega obdobja. Pozitivne izkušnje, o katerih so poročale udeleženke, so bile: (1) večja izkušnost in kompetentnost, (2) jasno izražanje lastnega mnenja in (3) več svobode. Negativno stališče do menopavze pa so

evocirala (1) negativna pričakovanja v menopavzi in (2) negativne izkušnje. Intervjuvanke so menopavzo konceptualizirale kot del starostnih sprememb, ki imajo pozitivne in negativne strani. Pozitivni vidik staranja označujeta večja izkušnost in kompetentnost, ki se odraža v večji neodvisnosti, lažjem prenašanju odgovornosti in boljšem reševanju konfliktnih situacij. Udeleženke so poročale o večji pozornosti in tolerantnosti do drugih ljudi, tako v družinskem kot v delovnem okolju. Spremenjen odnos do drugih je prinesel boljše razumevanje in pristnejše odnose. Jasno izražanje lastnega mnenja je bila pomembna vedenjska sprememba, o kateri so poročale udeleženke. Pogosto je to spremembo povzročila negativna izkušnja (npr. resna bolezen ali smrt bližnje osebe), ki je sprožila ključno vprašanje – kaj ženska želi v resnici početi s preostankom svojega življenja? Občutek svobode, ki so ga sprožili različni dogodki (konec skrbniške vloge za otroke, konec skrbi za kontracepcijo po prenehanju menstruacij, možnost, da ženska več časa nameni sebi in uresničevanju svojih želja), je bila najpogosteje omenjana pozitivna izkušnja anketirank. Pozitivnim izkušnjam pa so bila nasprotna negativna pričakovanja in izkušnje. Negativna pričakovanja, o katerih so intervjuvanke najpogosteje poročale, so bila: možnost bolezni in odvisnost od drugih in negativne kulturne podobe starejših žensk kot neprivlačnih in neopaznih ter nezaželenih na trgu delovne sile. Udeleženke študije so se medsebojno razlikovale v tem, ali so ta negativna pričakovanja ponotranjile kot neizogibno bodočnost, ali pa so jih prepoznale kot družbene strahove in stereotipe, ki se jim lahko do neke mere zoperstavijo. Negativne izkušnje, o katerih so udeleženke poročale, so predvsem zadevale izkušnjo izgube – bodisi izkušnjo smrti bližnjega sorodnika, partnerja, prijatelja ali pa izgubo telesne funkcije zaradi bolezni (arthritis, skleroza,...) ali procesa staranja (zmanjšana okretnost, večja utrujenost). Za ženske je pomembna in pogosto boleča tudi izguba mladostnega videza, ki so jo udeleženke prepoznale v suhi in zgubani koži, sivih in redkejših laseh, povešenih prsih, itd. Kot najpogostejšo strategijo, s katero so se intervjuvanke zoperstavile tem izgubam, so navajale sprejemanje realnosti. Študija Hvasove je pokazala, da izkušnje menopavze ni mogoče ločiti od izkušnje kronološkega staranja, ki pa je neločljivo vpeto v družbeno vlogo in kulturne stereotipe o starejših ženskah.

V slovenskem prostoru je sociološko raziskavo o družbenih vidikih menopavze s stališča žensk v menopavzi opravila L. Lazarev-Šerbec (2003). V študijo je bilo vključenih 477

žensk v menopavznem obdobju, ki so izpolnile anketni vprašalnik. Populacija žensk je zajemala anketiranke v starosti od 40 do 55 let, vseh stopenj izobrazbe (največji odstotek anketirank je dosegel srednješolsko in višješolsko izobrazbo, oba 20 %) in zakonskega stanu (največ, to je 66 % anketirank, je bilo poročenih). Rezultati raziskave so osvetlili več dejavnikov, ki vplivajo na izkušnjo menopavze pri nas (2003: 61-109):

- Ključni vir informacij o menopavzi je zdravnik (ginekolog), pomembna vira pa sta tudi knjige in revije ter pogovori s prijateljicami.
- O menopavznih simptomih (razpon od zelo šibkih do zelo močnih) je poročalo kar 95% anketirank. Kljub temu in dejstvu, da je ginekološko osebje ključni vir informacij o menopavzi, se je za NHZ odločilo le 30% anketirank z izraženimi simptomi. Avtorica študije sklepa, da je tako nizek odstotek žensk, ki so se odločile za NHZ, posledica *»možnosti izbire med hormonskim nadomestnim zdravljenjem in naravnim potekom menopavze (...) ter prisotnost bojazni pred stranskimi učinki hormonskega zdravljenja«* (2003: 64), dodatno pa tega vprašanja raziskava ni osvetlila.
- Več kot polovica partnerjev, dve tretjini sinov, tretjina hčera in skoraj polovica mater anketirank ni opazila, da anketiranke imajo težave, povezane z menopavzo. *»Nevidnost«* menopavze v družinskem okolju lahko izhaja iz več vzrokov: (1) ženske težave skrivajo, (2) nezainteresiranosti partnerjev in otrok za težave anketirank, (3) okupiranost otrok z lastnim življenjem in (4) ponotranjeni družbeni vzorci pri materah anketirank, ki od žensk pričakujejo, da morajo težave prikriti oz. se o njih ne sme govoriti.
- Analiza partnerskih odnosov je pokazala, da se manj kot polovica (48%) anketirank s partnerjem pogovarja o problemih v partnerskem odnosu, vendar tema o težavah, povezanih z menopavzo, v te pogovore ni vključena.
- Prosti čas je pomemben dejavnik kakovosti življenja. Najpogostejši načini preživljanja prostega časa anketirank so bili: udejstvovanje v kulturnih dejavnostih – gledališkem krožku, folklorni skupini ali pevskem zboru (90% anketirank), individualistični način preživljanja prostega časa: gledanje TV, ustvarjanje ročnih del, obisk cerkve (70 % anketirank), opravljanje gospodinjskih

- del – predvsem pospravljanje stanovanja in delo na vrtu (59% anketirank), izobraževanje in skrb za telesno kondicijo (40% anketirank) ter druženje s prijateljicami, sprehodi v naravi, obisk razstav in gledališča, itd. (20% anketirank);
- Največji delež vprašanih (21% anketirank) sebi posveča do 2 uri na teden, več kot tri ure si posveča 15% anketirank, več kot pet ur 17% anketirank, več kot sedem ur 14% anketirank. Manj kot eno uro časa zase na teden si vzame 12% anketirank, 2,5 % pa nima nikoli časa zase. Torej, več kot tretjina anketirank ne porabi več kot dve uri tedensko zase!
 - Menopavza je obdobje telesnih sprememb. Anketa je pokazala, da je s telesno podobo v celoti bilo zadovoljnih 33% anketirank, delno zadovoljnih in nezadovoljnih pa kar 67% vprašanih. Najpogostejši način, s katerimi ženske želijo spremeniti telo, je shujševalna dieta, za katero se je odločilo kar 78% anketirank, ki so bile nezadovoljne s telesno podobo, za povečano telesno aktivnost pa se je odločilo le 15% anketirank. Rezultati kažejo, da je telesna teža pomemben indikator pozitivne samopodobe tudi pri ženskah v menopavzi, ne le pri mlajših ženskah. Ob tem pa ni odveč še enkrat poudariti, da je maščobno tkivo pri ženskah v menopavzi primarni vir estrogena!

Avtorica študije na podlagi dobljenih rezultatov sklepa, da v slovenski družbi vztraja stereotipna predstava ženske v menopavzi, ki da je že stara, da mora opravljati skrbniško vlogo za ostale družinske člane in za vnuke ter gospodinjska dela, medtem ko so njena lastna občutenja, zaznavanja in preživljanje prostega časa sekundarnega pomena (Lazarev-Šerbec, 2003: 111).

3. MEDIJSKE REPREZENTACIJE MENOPAVZE

V pozno moderni zahodni družbi so ključni vir informacij in oblikovanja javnih percepcij množični mediji. Tudi ženske večino informacij o menopavzi pridobijo iz množičnih medijev, predvsem iz ženskih revij in revij o zdravju ter iz priročnikov (Griffiths, 1999; Shore, 1999; Andrist, 1989, itd.). Ženske so preko prevladujočega medijskega diskurza izpostavljene reprezentacijam normativne ženskosti, ki konceptualizira lepoto in mladost,

in ki so v nasprotju z negativnim reprezentacijam menopavze kot stanja bolezni, staranja in zmanjševanja spolne privlačnosti. Obsežnejše sociološko in komunikološko analiziranje medijskih vsebin tiskanih medijev, povezanih z menopavzo, se je začelo konec 90.-ih let 20. st.

E. Carlson, S. Li in K. Holm (1997) so prve objavile analizo člankov o menopavzi v ameriških množičnih medijih. Analizirani članki so bili objavljeni v obdobju od 1982 do 1993 v ženskih revijah, revijah o zdravju, dnevnem časopisju in poljudnih znanstvenih revijah. Vsebinska analiza je zajela naslednje značilnosti člankov: tematika, reprezentacija menopavze - menopavza kot negativna ali pozitivna izkušnja, kompetentnost avtorjev/ic člankov in ljudi, ki so bili vir informacij. Analiza gradiva je pokazala, da tematsko največ člankov (skoraj polovica) obravnava prednosti in nevarnosti uporabe NHZ, pri čemer jih več kot polovica obravnava le pozitivne vidike uporabe. Članki reprezentirajo NHZ kot najuspešnejše zdravilo za simptome in za resne bolezni, ki jih medicina povezuje z menopavzo. Ostali članki v enakem razmerju tematsko pokrivajo družbene vidike menopavze, simptome in njihovo preprečevanje ter medicinsko pomoč pri lajšanju simptomov. Prevladujoč odnos do menopavze je negativen; menopavza je reprezentirana kot obdobje, v katerem ženska potrebuje povečan medicinski nadzor in pomoč. V več kot tretjini analiziranih člankov avtor/ica članka poimensko ni naveden/a, tretjino člankov so podpisali avtorji/ce brez kompetenc; le 8 odstotkov obravnavanih člankov so napisali bodisi novinarji/ke, ki tematsko pokrivajo področje zdravstva ali zdravstveno osebje. Feministični pogled na menopavzo, ki vključuje ne-medicinske vidike menopavze, obravnava le en članek od 45-ih analiziranih. Kot vir informacij članki najpogosteje navajajo zdravnike: ginekologe, endokrinologe in zdravnike, zaposlene na menopavznih klinikah, medtem ko so psihiatri in psihologi kot vir informacij navedeni le v majhnem številu. Avtorice študije zaključijo, da sporočila, ki jih ženske dobijo o menopavzi iz množičnih medijev, niso vedno adekvatna: mnenja avtorja in znanstvena dejstva niso jasno ločena; strokovnost oseb, ki služijo kot vir informacij, ni vedno jasno razvidna, pogosto je tudi posploševanje in nenatančno interpretiranje znanstvenih raziskav. Analizirani članki ženskam sugerirajo, da je zdravniška obravnava menopavze (medicinski nadzor in uporaba NHZ) največ in

najbolje, kar ženska v menopavzi lahko stori zase. Celovitega, medicinskemu alternativnega, pristopa k menopavzi članki ne ponujajo.

Podobno raziskavo sta za obdobja 1981-1982, 1985-1986, 1989-1990, 1993-1994 opravili L. Gannon in J. Stevens (1998). Avtorici sta analizirali 50 člankov o menopavzi, ki so v omenjenih obdobjih bili objavljeni v različnih ameriških revijah in časopisih: tradicionalnih in sodobnih ženskih revijah, revijah za starejše, dnevnem časopisju, tabloidih in poljudno-znanstvenih revijah. Z vsebinsko analizo sta analizirali naslednje značilnosti člankov: spol in poklic avtorja, negativni in pozitivni simptomi, povezani z menopavzo, negativni in pozitivni vidiki uporabe NHZ, medicinski in naravni pristop k menopavzi, pomen jemanja kalcija (preventiva pred osteoporozo), pomen telesne aktivnosti, pomen prehrane, sovpadanje staranja in menopavze. Raziskava je pokazala, da se je število člankov o menopavzi na koncu obravnavanega obdobja podvojilo v primerjavi z začetnim, največ člankov pa je bilo objavljenih v ženskih (tradicionalnih) revijah, revijah o zdravju in revijah za starejše. Pomembnejše število člankov je bilo objavljenih tudi v dnevnem časopisju in poljudno-znanstvenih revijah. V člankih prevladuje negativno prikazovanje menopavze: število negativnih simptomov skozi posamezna obdobja narašča (skupaj 39 negativnih simptomov, omenjenih 350-krat), medtem ko število pozitivnih sprememb skozi celotno analizirano obdobje ostaja nespremenjeno (11 pozitivnih sprememb, omenjenih le 27-krat). Negativni simptomi so največkrat povezani s hormonskim neravnovesjem, medtem ko so ostali vidiki (staranje, stres, družbeni in kulturni faktorji, življenjski stil) omenjeni zanemarljivo malokrat. Članki ponujajo NHZ kot rešitev vseh menopavznih tegob – od gub do osteoporoze. Avtorici študije ob tem opozarjata na nekonsistentnost informacij o NHZ: isti simptomi so v nekaterih člankih obravnavani kot stranski učinki uporabe NHZ, medtem ko jih drugi navajajo kot simptome, ki jih NHZ uspešno odpravlja. To nekonsistentnost avtorici pojasnjujeta z ideološkim in ekonomskim pomenom uporabe NHZ in njegovega oglaševanja v medijih: avtorji/ce člankov najpogosteje niso novinarji, ki profesionalno poročajo novice s področja medicine (torej so usposobljeni za interpretacijo znanstvenih raziskav in študij), temveč večinoma le povzemajo že pripravljena sporočila za medije, ki jih posredujejo farmacevtske družbe in PR službe iz medicinskih konferenc in simpozijev.

S. Hust in J. Adsager (2003) sta analizirali članke, objavljene v treh ameriških dnevnih časopisih in štirih ženskih revijah, v obdobju od 1980 do 1999. Avtorici sta ugotavljali spol avtorja, strokovnost informatorja – citiranega vira (zdravnik/ca, zdravilec/ka, znanstvenik/ca, ženska v menopavzi, partner ženske v menopavzi, ostali); diskurz (medicinski vs. feministični-menopavza kot naravni pojav) in fotografije, ki spremljajo članke. Avtorici sta ugotovili, da se je število člankov v primerjavi z osemdesetimi v devetdesetih letih podvojilo - od 20 na 58 člankov. Več kot 60% člankov je bilo objavljeno v ženskih revijah. Ženske revije tematsko objavljajo članke, v katerih je pogosteje obravnavan družbeni aspekt menopavze, časopisi pa članke, v katerih prevladuje medicinski aspekt. Večino člankov (80%) so napisale ženske, v primerjavi z moškimi avtorji, ki so napisali zgolj 5% člankov. Pri ostalih 15% analiziranih člankov avtorji niso bili poimensko navedeni in spola ni bilo mogoče identificirati. Za avtorje obeh spolov velja, da kot vir informacij najpogosteje navajajo medicinsko osebje, zlasti zdravnike. Pri tem avtorice člankov navajajo zdravniško osebje obeh spolov, medtem ko avtorji pogosteje navajajo moške zdravnike. Za razliko od avtoric, avtorji člankov kot vir informacij niso vključili niti ene ženske v menopavzi. Fotografije, ki spremljajo članke, prikazujejo ženske pozitivno – so aktivne, nasmejane, zadovoljne, zrejo neposredno v kamero. Na fotografijah prevladujejo pripadnice bele rase. Obravnavane teme v analiziranih člankih so: ženska v menopavzi, delovanje ženskih reproduktivnih organov, NHZ, informacije o menopavzi, življenje po menopavzi, simptomi, rodnost, delovanje možganov (izguba spomina, Alzheimerjeva bolezen), strahovi, povezani z menopavzo (staranje, nepriljubljenost, bolezen), alternativni postopki in zdravilstvo. Rezultati analize kažejo, da se je v obdobju od 1994 do 1996 opazno povečalo število člankov o NHZ, v obdobju od 1997 do 1999 pa število člankov o alternativnih postopkih in zdravilstvu. Tematsko se članki, objavljeni v časopisih, razlikujejo od člankov, objavljenih v ženskih revijah: medtem ko so članki, objavljeni v časopisih, osredotočeni na najnovejša medicinska odkritja, revije objavljajo veliko nasvetov in postopkov s katerimi si ženske lahko lajšajo menopavzne simptome. Članki v ženskih revijah pokrivajo naslednja področja, povezana z menopavzo: ženska v menopavzi, NHZ, staranje in NHZ kot način ohranjanja mladostnega videza, simptomi menopavze, osteoporoza in srčno-žilne bolezni, spolnost, reproduktivni organi, povečanje telesne teže, prehranjevanje in telesna vadba, rodnost, čustvena nihanja in nočna potenja. Statistično značilno skozi celotno analizirano

obdobje narašča število člankov o povečanju telesne teže, prehrani in telesni vadbi, kar sovпада s trenutno prevladujočim idealom ženske vitkosti.

Do podobnih zaključkov sta prišli avtorici avstralske raziskave (Shoebridge in Steed, 1999), v kateri sta zajeli članke o menopavzi v dveh avstralskih časopisih in štirih ženskih revijah z najvišjo naklado, ki so v Avstraliji izhajali v obdobju od 1985 do 1994. Število člankov se je ob koncu obravnavanega obdobja potrojilo v primerjavi z začetnim letom 1985. Vsebinska analiza 302 člankov je pokazala, da jih več kot polovica obravnava menopavzne simptome, NHZ in osteoporozo. Največ člankov o menopavznih simptomih je bilo objavljeno konec osemdesetih, temu pa je sledilo večje število objav o NHZ v obdobju od 1990 do 1994. Večina člankov je bila objavljena na straneh, namenjenih zdravju ali na uredniških straneh/pismih bralcev, le enkrat je bila menopavza omenjena na naslovnici. Več kot dve tretjini virov informacij so bili zdravniki. Med ženskami, navajanimi kot vir informacij, prevladujejo psihologinje, raziskovalke, pisateljice, alternativne terapevtke, zvezdnice. Diskurz o menopavzi se osredotoča na reprezentacije menopavze kot obdobja slabega zdravja, psiholoških motenj, ranljivosti, ostarelosti, onemoglosti, biološkega determinizma in zdravljenja bolezni. Metafore staranja in bolezni, uporabljene v člankih, ustvarjajo reprezentacije menopavze kot resnega bolezenskega stanja in kot obdobje povečane odvisnosti žensk od zdravstvene in socialne oskrbe. V člankih je le malo reprezentacij menopavze kot stanja, odvisnega od družbenih dejavnikov ali navajanja pozitivnih sprememb, ki jih ženske v tem obdobju lahko tudi doživijo (npr. konec skrbi zaradi kontracepcije in s tem uspešnejše spolno življenje, manjša družinska obremenjenost, več prostega časa). Avtorici sta identificirali tudi manjše število člankov, ki ponujajo alternativni način lajšanja menopavznih simptomov s pomočjo pravilne prehrane, spremembe življenjskega stila, telesne vadbe, alternativne medicine in psihološkega svetovanja. V splošnem pa analizirani članki utrjujejo strah pred boleznimi in upanje v vsemogočnost medicine, zlasti v zvezi z uporabo NHZ in zdravljenjem osteoporoze. Reprezentacije menopavze kot obdobja bolezni, pri ženskah, starih od 40 do 55 let, spodbujajo pričakovanje simptomov in obolevnosti, jih tako stigmatizirajo in izločajo iz kategorije zdravih oseb, zaključita avtorici.

Angleška raziskava medicinskih brošur o menopavzi, časopisov in revij ter člankov in knjig feminističnih avtoric, ki so izšli v obdobju od 1995 do 2000 je do sedaj dala najboljši vpogled v diskurzivno konstrukcijo menopavze. Avtorici raziskave J. Coupland in A. Williams (2002) ugotavljata, da v zahodni družbi obstajajo trije, ideološko nasprotni, diskurzi o menopavzi, ki pa si kljub ideološkim nasprotjem delijo posamezne reprezentacije. Ti trije diskurzi so: farmacevtski, ki menopavzo reprezentira kot medicinsko patologijo, ki jo povzroča hormonsko neravnovesje in katere simptome uspešno odpravlja uporaba NHZ, alternativno-zdravilski, ki ženskam svetuje, naj s spremembo življenjskega stila in uporabo naravnih zdravil preprečujejo simptome menopavze ter emancipatorično-feministični, ki zavrača medicinski model menopavze in menopavzo reprezentira kot naravni prehod v stanje večje svobode, modrosti in duhovne rasti. Z metodo kritične diskurzivne analize sta avtorici prišli do naslednjih rezultatov raziskave: farmacevtski in alternativno-zdravilski diskurz podpirata dominantno ideologijo, po kateri je menopavza problematično in nevarno obdobje ženskega življenja, ki zahteva povečan (medicinski) nadzor, uporabo zdravil ali zeliščarskih pripomočkov. Alternativno-zdravilski diskurz zajema širše področje življenja žensk kot farmacevtski diskurz, saj ženskam svetuje, naj poleg uporabe zeliščnih preparatov za lajšanje simptomov, spremenijo tudi življenjski stil. Farmacevtski diskurz menopavzo reprezentira kot stanje zmanjšane delovanja hormonov in prenehanja reproduktivne funkcije - na konotativni ravni torej ženskam sporoča, da simbolni kapital žensk leži v njihovi reproduktivni zmožnosti. Reprezentacije NHZ sicer ne obljublajo preprečitev konca rodne obdobja, obljublajo pa lajšanje menopavznih simptomov in preventivno zdravljenje nekaterih resnih bolezni (osteoporoza, nekatere oblike raka, srčno-žilna obolenja) ter preprečitev vidnih znakov staranja (izgled kože, libido...). Emancipatorično-feministični diskurz, ki je v javnosti veliko manj prisoten kot farmacevtski in alternativno-zdravilski, pa menopavze ne obravnava kot hormonski deficit, temveč kot obdobje prehoda, v katerem se ženska lahko osvobodi ideologije ženskosti, definirane s spolno privlačnostjo, in postane močnejši in samostojnejši subjekt. Temu diskurzu avtorici študije očitata, da povsem zanemarljivo fizične spremembe in neprijetnosti (nočna potenja, spremembe razpoloženja, navale vročine, itd.), s katerimi se večina žensk v menopavzi vendarle sooča.

Z večanjem pomena priročnikov o zdravju, se je v devetdesetih pojavilo tudi večje število priročnikov za ženske v menopavzi. Avtorici Lyons in Griffin (2003) sta analizirali štiri priročnike, namenjene ženskam v menopavzi, dostopne bralkam na angleškem tržišču. Dva priročnika obravnavata menopavzo z medicinskega stališča (menopavza kot bolezen hormonskega pomanjkanja), dva s feminističnega stališča (menopavza kot naravni prehod). V treh od štirih analiziranih priročnikov avtorji uporabljajo oba diskurza, medicinskega in feminističnega, vsi štirje priročniki pa opisujejo *simptome* menopavze, kar je izključno medicinski termin in na konotativni ravni menopavzo uvršča v medicinsko kategorijo. Avtorici ugotavljata, da se iz nekonsistentnosti obeh diskurzov porajata še dva, pro-medicinsko usmerjena diskurza: eden menopavzo reprezentira kot fiziološki pojav, ki ga medicina ne more povsem pojasniti (*menopause as confusing*), drugi je upravljalški (*management discourse*). Diskurz o menopavzi kot fiziološkem pojavu, ki ga medicina ne more povsem pojasniti, sporoča, da sta menopavza in žensko telo tako kompleksni, da ju medicinska stroka v celoti ne more zaobjeti, vendar sta medicinska obravnava simptomov in nadzor ženskega zdravja ključna dejavnika za uspešno preživetje menopavznega obdobja. Ta diskurz prvenstveno služi kot opravičilo za neuspešna zdravljenja in medicinske posege v žensko telo na splošno. Upravljalški diskurz pa ženskam nalaga, da prevzamejo vso odgovornost za menopavzno obdobje: to pomeni, da zberejo kar največ (medicinskih) informacij o menopavzi, saj bodo le tako kompetentne sogovornice zdravnikom. Dva od štirih priročnikov obravnavata psihološke in družbene spremembe, s katerimi se ženske v menopavzi soočajo in so, enako kot medicinski simptomi, predstavljene kot travmatska izkušnja in ne kot priložnost za osebno rast. Avtorici še opozorita, da priročniki izkušnjo menopavze, kot jo konceptualizira zahodna kultura, posredujejo kot univerzalno žensko izkušnjo.

V splošnem analize reprezentacij menopavze v tiskanih medijih in priročnikih potekajo v dveh smereh: kot analize vsebine in kot analize diskurza. Vsebinske analize najpogosteje vključujejo raziskave tem, ki jih časopisi in revije (zlasti ženske revije) obravnavajo v zvezi z menopavzo, pozitivne in negativne metafore, povezane s tem obdobjem, spol in strokovnost avtorjev članka, spol in strokovnost v članku navedenega vira informacij, itd. Rezultati teh analiz kažejo, da se število člankov o menopavzi v tiskanih medijih povečuje, da je najpogostejša tema člankov negativni menopavzni simptomi in NHZ ter

da so avtorji člankov le izjemoma specializirani za poročanje s področja zdravja in medicinskih izsledkov. Zato so članki pogosto le povzetki že pripravljenih medijskih obvestil, ki jih posredujejo PR službe farmacevtskih družb ali medicinskih konferenc in simpozijev (Carlson, Li in Holm, 1997; Gannon in Stevens, 1998; Hust in Adsager, 2003).

Raziskave diskurzivne konstrukcije menopavze (Coupland, Williams, 2002; Lyons in Griffin, 2003) so pokazale, da sta v medijih prisotna medicinski in »naravni« model menopavze, ki sta ju oblikovala medicinski in feministični diskurz. Medicinski model podpira dominantno ideologijo, po kateri je menopavza problematično in nevarno obdobje, ki zahteva povečan medicinski nadzor. Njemu nasproten je »naravni« model, ki ga je oblikoval feministični diskurz. »Naravni« model menopavzo ne pojmuje kot hormonski deficit, temveč kot obdobje prehoda, po katerem se ženska lahko osvobodi ideologije ženskosti in postane bolj neodvisna in samostojna. Ta model je v medijih manj prisoten kot medicinski model, ima pa tudi to pomanjkljivost, da zanemara menopavzno simptomatiko, ki v večji ali manjši meri spremlja menopavzno obdobje številnih žensk.

4. POMEMBNI DRUŽBENI DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA SREDNJE OBDOBJE ŽIVLJENJA ŽENSK

Termin »srednje obdobje življenja« (*mid-life*), v katero je vključena populacija v starosti od 35. do 65. leta, se je v sociologiji uveljavil v začetku 90. let 20. st.. Njegov pojav je posledica preoblikovanja moderne družbe v pozno moderno in s tem povezanimi spremembami življenjskega poteka, in starostnega pomika baby-boom generacije, t.j. posameznikov in posameznic, rojenih v obdobju od konca druge svetovne vojne pa do sredine šestdesetih let. (Featherstone in Hepworth, 1991: 375)

Življenjski potek je normativno urejena struktura dogodkov in pričakovanj glede njihovega poteka, ki sestavljajo posameznikovo biografijo (Heinz, 1991, v Ule, 1993: 162). V življenjskem poteku večine pripadnikov tradicionalnih in modernih družb so se izmenjevale faze zgodnjega otroštva, šolanja in mladosti, vstopa v delo (mlajši odrasli), oblikovanja družine (odrasli), upokojitve in starosti. Posameznik je približno vedel, s kakšnimi težavami in tveganji se bo srečeval v posameznih obdobjih, pa tudi kdaj in kako

se bo neko obdobje končalo, kar je vnašalo določeno stabilnost v življenjski potek in omogočalo načrtovanje prihodnosti. V pozno moderni družbi pa so vse faze življenjskega poteka podvržene številnim spremembam, ki so posledice strukturnih in individualnih družbenih in ekonomskih dejavnikov: sprememb v načinu dela in zaposlitve, spremenjenih družinskih in poklicnih usmeritvah, procesu kulturne modernizacije (vse več zaposlenih žensk, povezovanje izobraževanja in dela, brisanje razlik med delom doma in v službi, itd). Te spremembe so destabilizirale tradicionalne povezave med vzgojo, zaposlitvijo in družino, zapletle prehode med različnimi fazami življenjskega poteka ter omogočile večjo fleksibilnost in pluralnost v vedenjskih stilih, v oblikovanju medsebojnih odnosov, v družinskih vzorcih in individualnih življenjskih potekih. Posledično so statusni prehodi, ki so v tradicionalnih in modernih družbah omogočali utrjevanje socialne identitete, v pozni moderni postali stvar izbire in ne obvezni vidik družbenega življenja. (Heinz, 1992, v Ule, 1993: 161; Ule 1993: 231)

Na življenjski potek pripadnikov pozno moderne družbe pomembno vplivata proces individualizacije in nasproten pritisk k tipizaciji oz. standardizaciji življenjskega poteka. Individualizacija pomeni osvobajanje individua od tradicionalnih spon razreda, sloja, družine in spolnih vlog in omogoča samostojno izbiranje, upravljanje in spreminjanje lastne identitete. Posledica tega je, da se sodobni individuum sooča z izgubo stabilnih koordinat za usmerjanje življenja ob hkratnih pobudah za bolj osebno kreacijo svojega življenja. Temu nasproten je pritisk k uniformnosti življenja in podrejanju raznim institucijam (npr.: standardizacija produktov in storitev; vse večje poseganje raznih zdravstvenih in socialnovarstvenih institucij v osebno in družinsko življenje ljudi). V praksi se to nasprotje razrešuje tako, da imajo ljudje na voljo vedno več možnosti za individualno zadovoljevanje življenjskih potreb, ki pa so praviloma vnaprej zastavljene in socialno ovrednotene, izven teh možnosti pa posameznik lahko poseže le z največjimi tveganji. (Ule, 1993: 232)

Fleksibilnejši življenjski potek, ki ga spremljajo diskontinuitete in zaton norm, ki so predpisovale vedenjske vzorce posameznim starostnim kategorijam (Hagestad, v Ule, 1993: 168), daljšanje življenjske dobe in staranje sodobnih družb so vplivali na pomik obeh starostnih meja srednjega obdobja življenja navzgor. Pomik zgornje meje

pomembno sovпада s staranjem baby-boom generacije, za katero je značilno, da skozi celoten življenjski potek ohranja vrednote in kulturne okuse svoje mladosti, mladostni videz in željo po aktivnem življenju, ter tako briše mejo med mladostjo, odraslostjo in starostjo (Featherstone in Hepworth, 1991: 387; Lachman, 2004: 308). V začetku 21. st. v ZDA, EU in tudi v Sloveniji predstavlja kohorta baby-boomer-jev skoraj 30% celotne populacije in v zadnjih letih beleži največji porast (Lachman, 2004: 311; Eurostat 2006: 56; Statistični letopis 2006, internetni vir, št. 6).

Pripadniki in pripadnice baby-boom generacije v razvitem zahodnem svetu upravičeno pričakujejo življenje, v katerem srednje obdobje pomeni dolgo in aktivno življenjsko obdobje, ki se v veliki meri razlikuje od življenjskega poteka prejšnjih generacij te starosti. V nadaljevanju poglavja so opisani tisti dejavniki, ki pomembno zadevajo življenjski potek žensk v starostnem obdobju od 45 do 60 let, ko se soočijo z menopavzo. Ti dejavniki so: (1) plačano in neplačano delo in njuno usklajevanje, (2) telesno staranje, (3) vstop v življenjsko obdobje, ki ga medicina povezuje s pojavom zdravstvenih težav (Garner in Merrcer 1989: 7).

4. 1. Plačano in neplačano delo žensk

Ženske vstopajo v sistem zaposlovanja zaradi zadovoljevanja materialnih, socialnih in emocionalnih potreb in družbenih pričakovanj. Najpogostejša ekonomska razloga za zaposlovanje žensk sta bodisi nujnost preživetja družine ali želja po pridobitvi dodatnega dohodka, katerega namen je vzdrževati ali izboljšati družinski standard. Druga, izjemno pomembna skupina motivov za zaposlovanje žensk predstavljajo čustvene in psihološke nagrade. Zaposlitev ženskam daje dodatno družbeno identiteto, različno od njihove materinsko-skrbniške vloge; kljub prevzemanju odgovornosti, ki jih prinesejo delovne naloge, imata sprememba okolja in komunikacija z drugimi ljudmi pomembne pozitivne učinke na življenje žensk. Raziskave kažejo, da so ločenke in vdove še posebej navezane na delovno okolje in želijo ohraniti zaposlitev kolikor je le mogoče dolgo v starost (Bernard et. al., 2000: 23-29; 128).

Za pripadnice baby-boom generacije čas prve zaposlitve sega v 60. leta 20. st.. Za to obdobje je tako za kapitalistične kot za socialistične države bil značilen skokovit porast udeležbe žensk na trgu delovne sile, vendar sta se kapitalistični in socialistični model ženskega zaposlovanja razlikovala. Ženske v kapitalističnih državah so se večinoma zaposlovale za cel delovni čas le do poroke, potem pa so ob zanositvi prekinile plačano zaposlitev in so se na trg delovne sile vrnile, ko so se otroci osamosvojili (t.i. »M krivulja« ženske zaposlitve). Zaradi daljše odsotnosti s trga dela in posledično pomanjkanja delovnih izkušenj, ženske, ki v srednjem obdobju življenja ponovno vstopajo na trg delovne sile večinoma opravljajo tako imenovana »ženska dela«, za katera sta značilna rigidni in krajši delovni čas in nizko plačilo (Bernard et. al., 2000: 23-29). Delo s krajšim delovnim časom pomeni tudi bistveno slabši položaj na trgu delovne sile: največ takih zaposlitev je v kategoriji manj kvalificiranih del, brez socialnega in pokojninskega zavarovanja in pogosto v neregularnem delovnem času. Delo s krajšim delovnim časom večinoma ne omogoča dodatnega usposabljanja niti perspektive za poklicno kariero (Cigale 1992: 41). Nizek zaslužek pa ni problematičen samo v času zaposlitve, ampak ne omogoča finančno stabilne starosti, kar pomembno vpliva na kakovost življenja žensk po upokojitvi (Richmond-Abbott, 1992: 209).

Ženske, ki so se zaposlovale v socialističnih državah, so delale poln delovni čas in ostajale redno zaposlene tudi v obdobju formiranja družine. Tudi v Sloveniji je po drugi svetovni vojni bilo zaposlovanje žensk del ideologije in ekonomije bivšega socialističnega sistema. V prvi polovici petdesetih let je bilo med delovno aktivnimi 33,3% žensk, leta 1987 pa že 45,6% (Černigoj, Sadar, 2000: 39). Družbene in ekonomske spremembe po osamosvojitvi Slovenije (predvsem odpuščanja zaposlenih v feminiziranih dejavnostih konec devetdesetih) so upočasnile trend naraščanja delovne aktivnosti žensk; tako je bil leta 2002 delež žensk med zaposlenimi 45,8% (Kanjuo-Mrčela, 2005: 14). Plačna vrzel ter horizontalna in vertikalna segregacija kažejo, da so ženske tudi na slovenskem trgu delovne sile v slabšem položaju kot moški. Podatki zadnjih let o položaju žensk na trgu delovne sile razkrivajo trend povečevanja »netipičnih oblike dela« za ženske: začasne zaposlitve, delo na domu in delo s krajšim delovnim časom (Kanjuo-Mrčela 2000: 53).

Raziskavo o zaposlenosti žensk v starostnem obdobju od 40 do 55 let v slovenskem prostoru je v sklopu magistrskega dela *Družbeni vidiki menopavze kot življenjskega obdobja žensk v Sloveniji* izvedla L. Lazarev Šerbec (2003). Avtorica raziskave ocenjuje, da temeljne demografske karakteristike anketirank omogočajo zadovoljivo reprezentativnost vzorca na populacijo slovenskih žensk v obdobju menopavze (Lazarev Šerbec, 2003: 55). Anketa, izvedena na vzorcu 476 anketirank je pokazala, da je večina anketirank v tem starostnem obdobju zaposlenih za nedoločen čas (67 %), za določen čas pa le 4, 6 % (Lazarev Šerbec, 2003: 67). V vzorcu je bilo 12,6 % anketirank upokojenih, kar je posledica nizke starostne meje za upokojitev žensk, ki je veljala do leta 1999. Med ženskami, zaposlenimi za nedoločen čas, je velika večina (94%) delala polni delovni čas, med ženskami, zaposlenimi za določen čas, jih je bilo za polni delovni čas zaposlenih 88%. Značilnost delovne aktivnosti slovenskih žensk v obdobju, ko nastopi menopavza, bi torej lahko strnili v sledeče ugotovitve: večina jih je zaposlenih za nedoločen in polni delovni čas z vzorcem zaposlenosti, zelo podobnim vzorcu zaposlenosti moških, kajti ženske niso prekinjale delovne aktivnosti v obdobju formiranja družine. Anketiranke so tudi opredelile poklicno zadovoljstvo, ki je po pričakovanju, statistično pomembno povezano z izobrazbo. Izobrazbena struktura anketirank se je gibala od nedokončane osnovne šole do doktorata, pridobljeni podatki pa so potrdili hipotezo, da so ženske z višjo izobrazbo poklicno bolj zadovoljne in si ne želijo upokojitve (Lazarev Šerbec, 2003: 68). Ženske, ki so od mladosti gradile poklicno kariero, enako kot moški v tem starostnem obdobju, žanjejo sadove preteklega dela in se zavedajo, da so na vrhuncu karijerne poti.

4. 1. 1. Neplačano (družinsko) delo

»Plaćano delo je le vidni del dela žensk, medtem ko večina žensk opravlja veliko ekonomskih in skrbstvenih dejavnosti v nevidnosti« (Jogan, 1990: 117). Najbolj pogosta in razširjena oblika neplačanega ženskega dela je družinsko delo. V vseh predmodernih družbah je bilo delo v družini in za družino pomembna sestavina celotnega družbenega dela, kapitalistična produkcija pa je ustvarila pogoje, v katerih se je družinsko delo ločilo od t.i. produktivnega dela.

M. Bianchi (1981, v Rener, 2000: 285) družinsko delo deli na gospodinjsko, potrošno in odnosno (emocionalno) delo. Gospodinjsko delo vključuje ponavljajoča se vzdrževalna dela: čiščenje, pripravljanje hrane, obleke, itd. in je manj racionalizirano in manj tehnološko posodobljeno, kot bi lahko bilo. Zanimivo je, da so prve komercializacije in inovacije, ki so posegle v domača dela, zadevale področje moških domačih opravil, ki jih v sodobnih gospodinjstvih tako rekoč več ni (izdelava obutve, kovaška dela), medtem ko so bila ženska dela tehnološko olajšana, a še zdaleč niso odpravljena. Ravno nasprotno – dvig družinskega/gospodinjskega standarda večine gospodinjstev je prinesel več neplačanega dela, ne manj: izum gospodinjskih strojev in pripomočkov je s seboj prinesel tudi ideologijo brezmadežno čistega in urejenega gospodinjstva, ki zahteva dnevno prisotno skrb in delo.

V Sloveniji intenzivna vključenost žensk v plačano delo ni bistveno spremenila tradicionalne delitve dela med spoloma v družini. Raziskavi iz prve polovice devetdesetih sta pokazali, da se vključevanje moških v gospodinjsko delo uresničuje zelo počasi; leta 1991 je skoraj četrtina anketiranih moških izjavila, da se ne ukvarja s pospravljanjem stanovanja, kuhanjem ali ročnim pomivanjem posode. Med generacijami obstajajo statistično značilne razlike; medtem ko je za mlajše moške (do 29 let) 10% takih, ki gospodinjskih del ne opravljajo, jih je med srednjo in starejšo generacijo občutno več - od 18% do 40%. V primerjavi z moškimi se večina žensk ukvarja z gospodinjskimi opravili ne glede na generacijsko pripadnost in življenjsko obdobje. Rezultati raziskave iz leta 1994 o delitvi gospodinjskih del v družinah, kjer sta zaposlena oba partnerja, so pokazali, da je delitev gospodinjski del med partnerjema v starosti od 18 do 44 let najvišja, to je 39,8%. S starostjo odstotek pada – delež staršev, ki imajo otroke starejše od 15 let in si delijo gospodinjska dela je 26%, pri partnerjih, ki ne živijo z otroki (od 45 do 65 let) pa delež pade na 22 %. (Černigoj-Sadar, 2000: 43-44)

Potrošno delo v okviru družinskega dela (Bianchi, 1981, v Rener, 2000: 285) označuje organizacijo potrošnje nakupov, transporta, sposobnost uporabe servisov in storitev in komunikacije z institucijami, ki sodelujejo v upravljanju vsakdanjega življenja. Ključna pri tem delu je védnost, kako najbolj učinkovito porabiti družinske resurse in dohodek za

zadovoljevanje potreb družinskih članov. Tovrstno potrošništvo ni v ničemer podobno potrošnji - »užitku«, značilnem za pozno moderne družbe.

Tretja dimenzija družinskega dela je odnosno delo, ki zajema negovanje bolnih, skrb za otroke in stare ter emocionalno delo. Negovalno delo je še vedno spolno določeno, saj negovanje ostaja temeljni del ideologije ženskosti in je v družinski ideologiji definirano kot ljubezen in ne kot delo (Rener, 2000: 297). Emocionalno delo kot del odnosnega dela vključuje urejanje lastnih čustev in nudenje emocionalne podpore drugim družinskim članom (Šadl, 2002: 61). Zaradi kulturno določenega vzpodbujanja emocionalnosti žensk in zaradi »neotipljivosti« nalog emocionalnega dela je to, enako kot negovalno delo, še vedno izključna domena žensk. Emocionalno delo vsebuje aktivnosti (to so zaznavanje, razumevanje, pravilno ocenjevanje in odzivanje na potrebe drugih), ki zahtevajo napor, čas, energijo in priučene veščine (Šadl, 2002: 62). Pri tem je pomembno poudariti, da skrb za čustva drugih ni ženski inherentno, temveč je, zlasti v primeru rednega in dolgotrajnega opravljanja, obremenjujoča in izčrpljujoča oblika dela.

Neplačanega ženskega dela, ki ga opravljajo ženske vseh starosti, je veliko tudi v družinskih podjetjih, v kmetijstvu, drobni obrti in storitvenih dejavnostih, kjer ženske »družinske obveznosti« poleg gospodinjenja pogosto vključujejo še slabo ali nič plačano delo v domači produkciji blaga in storitev za trg. Med pomembne oblike neplačanega ženskega dela sodita tudi prostovoljno delo v raznih prostovoljnih organizacijah in delo v zvezi s podporo partnerjevi karieri (zabavanje partnerjevih poslovnih partnerjev, sprejemanje telefonskih klicev, organiziranje »koristih« večerij, itd. (Rener, 2000: 295).

4. 1. 2. Družinsko delo žensk v srednjem obdobju življenja

Družinsko delo žensk v srednjem obdobju življenja je usmerjeno v delo v lastni jedrni družini (delo za partnerja in otroke v najstniških letih), delo v družinah že osamosvojenih otrok, ki so osnovali lastne družine, in delom za ostarele starše. Zaradi trenda odloženega materinstva skrbniški vlogi za otroke in starše lahko sovpadeta, zato so nekateri raziskovalci (Brody et al., 1984, v Garner in Mercer, 1989: 131) ženske v srednjih letih poimenovali »sendvič generacija«.

Trend odloženega materinstva, ki se je začel v drugi polovici 20. st. in se nadaljuje do danes, je posledica več dejavnikov: dostopnosti kontracepcije, zmanjševanja števila otrok, ohlapnosti družbene regulacije v zvezi s starostjo ženske ob rojstvu otrok, izbiri pravega partnerja in vzpostavitvijo zanesljive partnerske zveze, zaposlitvenih možnosti in doseganja kariernih ciljev (Švab, 2001: 107). V Sloveniji je v drugi polovici 80.-ih let 20. st. povprečna starost matere ob otrokovem rojstvu dosegla 25,7 let, odstotek žensk, ki so rodile v starosti od 35 do 44 let, je znašal 5%. Leta 1995 se je povprečna starost matere ob otrokovem rojstvu dvignila na 27,2 let, odstotek žensk, ki so rodile v starosti od 35 do 44 let, pa na 7%. Podatka za leto 2005 sta: povprečna starost matere ob otrokovem rojstvu 29 let in delež žensk, ki so rodile v starosti od 35 do 44 let 12% (Statistični letopis RS, 1996, 2006). Ti demografski trendi, v zahodnih državah in tudi v Sloveniji, povečujejo verjetnost, da bodo ženske v času nastopa menopavze (povprečna starost žensk v ob nastopu menopavze je 50 let) ob polni zaposlitvi še vedno tudi skrbnice otrok v najstniških letih. Ni zanemarljivo dejstvo, da je odnos med staršem in najstniškim otrokom pogosto poln nesoglasij in da v potrošniški družbi zahteve otrok te starosti lahko predstavljajo tudi precejšnje finančno breme ter s tem povezane konflikte (Rossi in Rossi, 1990, v Loomis in Booth 1995: 132). Raziskava, ki jo je H. Dillaway (2006) opravila na vzorcu 41 ameriških mater v obdobju menopavze pa je pokazala, da matere svojo materinsko vlogo opravljajo v okviru »materinske ideologije« tudi še potem, ko se otroci že osamosvojijo.

Ženske v srednjih letih, katerih otroci so se že osamosvojili in osnovali lastne družine, pogosto opravljajo del družinskega dela tudi v družinah otrok. V Sloveniji je eden največjih problemov zaposlovanja, ki še posebej zadeva mlajšo generacijo zaposlenih, stopnjevanje fleksibilizacije zaposlovanja in intenzifikacija plačanega dela (podaljševanje delovnika, delo čez vikend), ki mlade starše sili v iskanje formalnih in neformalnih virov pomoči pri opravljanju družinskega dela, zlasti varstva otrok. Raziskava *Starši med delom in družino* (Kanjuo Mrčela in Černigoj Sadar, 2004: 23-25) je pokazala, da je druga najpogostejša oblika rednega varstva (za javnim vrtcem) varstvo pri babici (starih starših); prav tako babice takoj za starši najpogosteje hodijo po otroke v vrtec in jih čuvajo v popoldanskem času. Mladi zaposleni starši tudi potrebo po instrumentalni opori zadovoljujejo predvsem s pomočjo neformalnih virov, med katerimi spet izstopajo

babice, ki poleg varstva vnukov za mlado družino tako opravljajo še gospodinjska dela: kuhanje kosila, pospravljanje stanovanja in likanje perila (Kogovšek, 2003).

Demografski trendi po vsem razvitem svetu kažejo na staranje družb. Obenem trendi socialne politike v večini kapitalističnih (z delno izjemo skandinavskih) in tranzicijskih držav starost in vse, kar je povezano z njo, odrivajo v področje zasebnega. Skrb in nego starejših kot neformalno obliko dela večinoma opravljajo ženske pripadnice družin: ostarele ženske negujejo svoje partnerje, sestre brate, snahe in hčere starše (Glasse, 1987, v Garner in Mercer, 1989: 131). Skupni podatki za 13 držav EU kažejo, da se delež žensk, ki nudijo neformalno oskrbo starejšim družinskim članom, od 40. leta starosti (ko znaša 2%) povečuje in doseže maksimum pri 57. letu, ko znaša 12% (Viitanen, 2005: 8). Cena dela, ki ga te skrbnice opravijo, je velikanska - britanski strokovnjaki so npr. izračunali, da bi tako delo, če bi ga sešteli in tržno vrednotili, presegalo letni proračun za zdravstvo v Veliki Britaniji (Rener, 2000: 291). Tip dela, ki ga skrbnice starejših opravljajo, je izjemno kompleksen in sega od menedžerskih, ekonomskih, pravnih, organizacijskih znanj in dejavnosti do težkih fizičnih opravil. Skrb za ostarele starše lahko povzroča konflikte pri usklajevanju družinskega dela v jedrni družini in/ali zaposlitve. Raziskave vpliva skrbstvene vloge na skrbnice (Cantor, 1983, v Loomis in Booth 1995: 132; Brody 1985, v Garner in Mercer, 1989: 131) so pokazale, da skrbniška vloga povzroča emocionalne napetosti med skrbnico in oskrbovanim staršem, zmanjšanje prostega časa oskrbnice, napetosti med zakoncema in finančne probleme. Posebno pozornost raziskovalcev pritegujejo tiste skrbnice, ki skrbijo za kronično bolne starše. Ameriška študija skrbnic, katerih starši so oboleli za Alzheimerjevo boleznijo (Gannon Isenhardt, 1992) navaja, da je od 70 do 80% bolnikov s to neozdravljivo boleznijo v domači oskrbi družinskih članov. 72% teh skrbnikov je žensk, od teh 40% hčera in snah. Med vsemi skrbnicami jih je 9% zaradi skrbništva prekinilo delovno razmerje, 20% jih je skrajšalo delovni čas in 19% vzelo neplačan dopust. Zaradi narave bolezni, ki se slabša ne glede na vložen trud skrbnice, oskrba takega bolnika povzroča stres, jezo in občutek krivde. Zaradi odnosa starš-otrok so hčere- in snahe- skrbnice še posebej izpostavljene moralnemu občutku dolžnosti, zaradi katerega poskušajo obdržati bolnega starša v domači oskrbi dlje in do večje stopnje kognitivne nesposobnosti, kot je z medicinskega stališča smotno. Za skrbnice je značilno pogosto odklanjanje pomoči ostalih članov

družine in sorodnikov, redko iskanje formalnih virov pomoči, navajanje občutka krivde in preobremenjenosti in izkazovanje povišane stopnje stresa in depresije. (Gannon Isenhart, 1992: 18-23)

4. 1. 3. Usklajevanje plačanega in družinskega dela

Problematika usklajevanja plačanega in neplačanega dela (delovnega in družinskega življenja) temelji na zgodovinski ločenosti dveh življenjskih sfer v zahodni družbi: maskulini (javni) sferi plačanega dela in feminini (zasebni) sferi družinskega življenja. Čeprav je danes fenomen predstavljen kot dve enakovredni, vendar ločeni sferi, ki se dopolnjujeta in podpirata za širše družbeno dobro, je formalno delo v sferi plačanega dela javno priznано, omogoča družbeni status in ekonomsko neodvisnost. Nasprotno pa je neformalno delo, tj. »vrsta dejavnosti, potrebnih za vsakdanje funkcioniranje družine oz. njenih članov: gospodinjstvo, skrb za družinske člane, finančna in upravnomo-administrativna dela, tehnična dela in odnosno delo« (Švab, 2001:144), družbeno prezrto, samoumevno, neplačano in nepriznано, saj neposredno ne proizvaja nobene ekonomske vrednosti.

Usklajevanje zaposlitve in družinskega življenja je sprva veljalo le za problem žensk, za moške je ta problematika postala aktualna šele s postopnim spreminjanjem pojmovanja očetovske vloge v družini. Kljub političnim in javnim diskurzom (npr. v letu 2006 akcija Urada za enake možnosti: *Očka aktiviraj se!*) v slovenskem prostoru vztrajajo tradicionalni vzorci o opravljanju domačega dela: v povprečju porabijo zaposleni moški za gospodinjstva opravila 6,3 ure na teden, zaposlene ženske pa 23,3 ure. Poleg tega si najbolj pogosto deli gospodinjstva dela mlajša generacija, medtem ko je pri starejši delitev gospodinjstevskega dela le izjema. (Černigoj Sadar, 2000: 38-45)

S povečano udeležbo žensk na trgu delovne sile, ki pa ji ni sledila sočasna razbremenitev na področju družinskega dela, se je v strokovnem diskurzu pojavil pojem *konflikt med plačanim delom in družinskim življenjem* (angl. *work-family conflict*), ki ga J. Greenhaus (2003, internetni vir št. 3) opredeli kot »posledico nekompatibilnosti udeležbe v družinski vlogi in vlogi plačanega dela, zaradi česar udejstvovanje v eni vlogi ovira posameznikovo udejstvovanje v drugi vlogi«. Konflikt med plačanim delom in

družinskim življenjem na posameznice vpliva skrajno stresno, vendar je podvrženost samemu konfliktu in stresu v veliki meri odvisna od družbenega položaja in od izobrazbe žensk: za pripadnice srednjega in višjega razreda ter visoko izobražene zaposlene ženske velja, da lažje uskladijo delo in družinske obveznosti, saj imajo dovolj materialnih možnosti, ki jim omogoča najem otroškega varstva ali gospodinjske pomoči, oziroma družbeno bolj sprejemljivo okolje, ki omogoča prenos skrbniške vloge na zakonca, starše ali plačano pomoč. (Šadl, 2006; Febbraro 2003).

S. Parasuraman in J. Greenhaus (2002) opozarjata, da pojem konflikta poudarja le negativne posledice interakcije obeh sfer, kar vodi v zaključek, da sta omenjeni sferi medsebojno nekompatibilni in da posameznikovo udejstvovanje v multiplih vloga nujno vodi v konflikt in stres. C. Piotrkowski, R. Rappaport in R. N. Rappaport (v Parasuraman in Greenhaus, 2002: 302) pa ugotavljajo, da je udejstvovanje v multiplih vlogah lahko vzpodbudno in da povečuje kakovost življenja, saj večine, ki jih posameznik pridobi v eni sferi lahko pomenijo koristen doprinos v drugi. Temu mnenju se pridružujejo tudi F. Bimbi, L. Balbo in C. Saraceno (v Rener, 2000: 290), ki so uvedle pojem dvojne navzočnosti, v kateri so ženske:

»...vsakdanje migrantke med različnimi časi, prostori in habitusi, vsak dan in po večkrat na dan menjavajo realne in simbolne registre, mojstrijo se v spretnostih organizacije, koordinacije in prilagajanja veliko bolj od moških kolegov, tovarišev, prijateljev in partnerjev. Za ženske je to gotovo obremenitev, a je hkrati tudi več kot to, je izkušnja življenja v dveh svetovih, je dvojna navzočnost.«

Dejstvo je, da odnosa med plačanim in družinskim delom ni mogoče omejiti zgolj na konflikt in njegove negativne posledice; v realnosti obstajajo obojestranski, tako negativni kot pozitivni vplivi. Med pozitivne transferje prištevamo osebno zadovoljstvo, spretnosti in pozitivne izkušnje v socialnih odnosih; negativni pa so predvsem pomanjkanje časa in izčrpanost. Pozitivni vpliv udeležbe v plačanem in družinskem delu je izrazitejši pri ženskah z višjo stopnjo izobrazbe in pri starejših ženskah, v splošnem pa velja, da od udeležbe v multiplih vlogah imajo največ koristi pripadnice srednjega in višjega razreda (Febbraro, 2003, Černigoj Sadar, 2000: 45-47).

Usklajevanje plačanega in neplačanega dela žensk v srednjem obdobju življenja zadeva predvsem usklajevanje zaposlitve in skrbniške vloge (skrb za ostarele starše ali bolnega partnerja). Skladno s hipotezama o konfliktnosti oziroma kompatibilnosti multiplih vlog, raziskave potrjujejo tako negativni kot pozitivni vidik usklajevanja skrbniške vloge in zaposlitve na kvaliteto življenja skrbnic. Negativni vidik vključuje pozne prihode, zgodnje odhode in pogoste izhode z delovnega mesta in pogostejše prenehanje delovnega razmerja zaradi skrbstvenih obveznosti. S tem je, zaradi krajše delovne dobe in manjših pokojninskih ugodnosti, povečano tveganje izpostavljenosti skrbnic revščini v starosti. Pozitivni vidik usklajevanja obeh vlog pa zajema osebno zadovoljstvo, višji status in dostop do privilegijev, ki jih posamezna vloga lahko ima. (Dautzenberg et. al., 2000; Viitanen, 2005: 19)

E. Brody (1983, v Garner in Mercer, 1989: 131) je ženske v srednjem obdobju življenja označila za »sendvič generacijo«, vrinjeno med potrebe (najstniških) otrok in ostarelih staršev. Tezo Brodyjeve o normativnosti »sendvič generacije«, pa dodatne študije na večjih vzorcih populacije (Rosenthal, Matthews in Marshall, 1989; Spitze in Logan, 1990) niso potrdile. Pripadniki srednje generacije, ki imajo najstniške otroke, običajno imajo tudi še zdrave starše, ki ne potrebujejo posebne pomoči. Možnost skrbniške vloge se poveča pri ženskah v šestdesetih, katerih starši vstopajo v pozno četrto obdobje, t.j. starost nad osemdeset let, vendar otroci teh žensk niso več v najstniških letih. Navkljub različnim in nasprotujočim hipotezam in rezultatom študij o razširjenosti in posledicah skrbniške vloge, ki jih ženske v srednjem obdobju življenja opravljajo za starše in druge starejše sorodnike, ali bolne partnerje, je dejstvo, da skrb za ostarele ostaja primarno ženska naloga. V katerem obdobju življenja bo posameznico doletela, kako uspešno jo bo usklajevala z ostalimi vlogami in kako naporna in obsežna bo, vnaprej ni mogoče predvidevati. Vedno pomembnejše pa je spoznanje, da so, enako kot v primeru otroškega varstva, družbeni stereotipi o spolnih vlogah ter socialna in zaposlitvena politika tisti dejavniki, ki ženskam o(ne)mogočajo lažje opravljanje tega dela.

Vse naštete spremembe v družinskem in delovnem okolju pogosto vplivajo tudi na osebne lastnosti žensk. M. Richmond-Abbott (1992: 212) v zvezi s srednjim obdobjem življenja govori o pojavu »*androgenosti spolnih vlog*«, to je privzemanju

lastnosti, značilnih za nasprotni spol. Moški postanejo bolj dojemljivi za potrebe drugih, ženske bolj agresivne in samozavestne in manj obremenjene s krivdo zaradi lastnih egocentričnih impulzov. Sprememba tradicionalne spolne vloge je za ženske najpogosteje nujna v primeru tragičnih življenjskih dogodkov (npr. kronična bolezen ali smrt partnerja), ki od njih zahtevajo večjo samostojnost in aktivnost.

4. 2. Telesne spremembe in samopodoba

Zahodni standardi postavljajo lepoto kot ključni in osrednji pomen za identiteto žensk, lepoticenje pa kot pomembno žensko aktivnost. Ženskam telo pogosto predstavlja njihovo področje dela; eksperimentiranje z videzom pa lahko predstavlja kompenzacijo za pomanjkanje izbir in relativno nemoč na drugih področjih družbenega življenja. Dodatno so k obremenjenosti žensk z videzom prispevali upad ekonomske centralnosti doma kot produkcijske enote, zaposlovanje žensk in večanje kupne moči, slabitev moške avtoritete in demokratizacija življenjskih stilov. (Turner1996: 195; Kuhar, 2004: 61)

K prepoznavanju problematike družbenega in ženskega odnosa do ženskega telesa so veliko prispevale feministične avtorice. Poenostavljeno idejo iz 60. let 20. st., po kateri so moški vir zatiranja žensk, so presegla feministična teoretiziranja v osemdesetih, ki temeljijo na foucaultovskem pojmovanju oblasti (Foucault, 1984: 135-195). Za Foucaulta oblast ni ne v posesti vladarja, ne razreda, ne skupine (npr. moških); razpršena je nad telesi individuov. Struktura oblasti je panoptična; gre za do skrajnosti izpopolnjen model nadzorovanja, v katerem objekt pogleda nenehno nadzoruje samega sebe in nadzoruje, kako je lastno telo videti drugim.

Med feminističnimi interpretacijami Foucaulta je predvsem znano delo S. Bartky, ki v delu *Foucault, ženskost in modernizacija patriarhalne oblasti* (Bartky, 2006: 59-86) preučuje kompleks moda – lepota v sodobni ZDA. Gre za disciplinarne tehnologije, ki proizvajajo specifično ženske oblike utelešenja: diete, fitnes, ekspertne razprave o tem, kako je treba skrbeti za zunanji videz. Ženske jih sprejemajo zato, ker so povezane s ključnim delom identitete žensk – spolno privlačnostjo. Normativne podobe ženskosti delujejo kot sistem subtilnih prisil, ki vzbujajo zavestno in nenehno stanje vidnosti: »V sodobni patriarhalni kulturi v zavesti večine žensk prebiva panoptični moški opazovalec:

nepremično stojijo pred njegovim pogledom in njegovo sodbo. Ženska živi svoje telo, kot ga vidijo drugi, anonimni patriarhalni Drugi» (Bartky, 2006: 72). Za Bartkyjevo vir samonadzorovanja niso moški, temveč patriarhalna oblast, ki vtisne ženskost v telesa žensk, »mikro-oblast«, ki je povsod in ni nikjer – tisti, ki disciplinira je povsod, vendar pa ni nobena določena oseba (Bartky, 2006: 82). Patriarhalna oblast je tako močno vtisnjena v osebne identitete posameznic, da so feministične projekcije osvoboditve skozi zavračanje normativnih in iskanjem ne – normativnih podob ženskosti v največji meri neuspešne, saj opustitev normativne ženskosti pomeni opustitev občutka identitete (Bahovec, 1995: 30).

Lepotne norme sodobne zahodne družbe so strnjene v ideal, ki ga po mnenju R. Coward (1989: 28-29) predstavlja ženska, ki ni ravno mlada deklica, pa vendar izgleda mladostno, s telesom najstnice. To idealiziranje nezrelosti potrjujejo lepotne zahteve po vitkosti na meji shujšanosti, predpubertetni gladkosti kože, obrazu brez gub in lasih brez sivega pramena. Postava in izgled idealizirane ženske zahodne družbe nista postava in izgled, ki bi izražala moč in vplivnost. Sledenje lepotnemu idealu je za mlajše ženske izredno težka, a v precejšnji meri še izvedljiva naloga, medtem ko je za starejše ženske nemogoča. Če so nenehno nadzorovane teže, obsesivno stradanje in telovadba načini, s katerimi ženska uspe krajša ali daljša časovna obdobja obdržati vitkost, pa je staranje ireverzibilni proces, vnaprej zgubljena bitka.

Feministično perspektivo preučevanja staranja in starajočega se ženskega telesa je odprla S. de Beauvoir v delu *Drugi spol* (2000), v katerem zapiše: »*Staranje moškega je enakomeren proces, ženska pa kot bi odrezal ostane brez svoje ženskosti; mlada je še, ko izgubi erotično privlačnost in plodnost, ki je tako v očeh družbe kot v njenih lastnih očeh upravičevala njeno existenco in pomenila možnost sreče: ostane ji še polovica njenega odraslega življenja, ki ga bo živela brez vsakršne prihodnosti pred seboj*« (2000: 409).

S. de Beauvoir opozori (2000: 410), da staranje v patriarhalni družbi za žensko pomeni soočanje z vrsto stereotipov, ki se vežejo na njeno telo: »*...kaj bo z njo, ko ne bo imela več moči nad moškimi? O tem se s tesnobo sprašuje, medtem ko nemočno opazuje propadanje tega mesenega objekta, s katerim se enači; bori se; a barvanje, peeling,*

lepotne operacije lahko samo podaljšajo zadnje vzdihljaje mladosti. Vsaj pred ogledalom še lahko goljufa. A ko se začne usodni, neobrnljivi proces, ki bo uničil vse, kar se je v njej zgradilo med puberteto, ima občutek, da se je že dotika usodnost smrti.« De Beauvoirjeva sklone (2000: 431), da ženska notranji mir običajno najde že povsem na koncu svojega življenja, ko se zaradi bližine smrti otrese strahu pred prihodnostjo. Vendar se ženski v nobenem življenjskem obdobju, niti v starosti ne, ne posreči, da bi bila obenem učinkovita in neodvisna.

S. de Beauvoir je zaradi izredno negativnega stališča do staranja, ki je prisotno v vseh njenih delih, bila deležna precejšnje kritike. K. Woodward (1993) ugotavlja, da negativnost pogleda de Beauvoirjeve na staranje izvira tako iz avtoričinega lastnega strahu pred staranjem kot iz pomanjkanja pozitivnega modela starajoče se ženske, na katero bi lahko oprla vizijo svoje lastne starosti. Nasprotno stališče od de Beauvoirjeve so zavzele feministične avtorice drugega vala (Sontag, 1979; Greer, 1992; Sheehy, 1992, itd.), ki trdijo, da se ženska more in mora otresti stereotipnih predstav zahodne družbe, za katere je staranje sinonim za fizični in duhovni propad. Glede vprašanja staranja žensk obstajata dva feministična pristopa – prvi zagovarja hipotezo, da kombinacija ageizma (predsodki do starejših), seksizma in komercialnih interesov sili ženske k potrošnji izdelkov in storitev za pomlajevanje v borbi proti – družbeno izrazito negativno vrednotenemu – ženskemu staranju. Pripadnice te smeri ženskam svetujejo, naj se uprejo zahtevam po mladostnem videzu, ki škoduje njihovem dobremu počutju in usmerijo energijo v graciozno staranje (npr. Sontag, 1979; Greer, 1992; Greer, 2000). Pripadnice nasprotne hipoteze (npr. Sheehy, 1991) pa ženskam svetujejo, naj zgrabijo možnosti, ki jim jih ponujajo medicina, farmacevtska in kozmetična industrija, da ohranijo avtonomnost in seksualnost v pozno obdobje življenja ter se tako uprejo bremenu stereotipov o ženskem staranju.

4. 2. 1. S. Sontag: Dvojni standardi staranja

Pionirsko delo S. de Beauvoir na področju ženske vloge (de Beauvoir, 2000) in položaja starostnikov v družbi (de Beauvoir, 1986) je podlaga mnogim feminističnim in gerontološkim študijam, ki zlasti v zadnjem času raziskujejo t.i. *gendered ageism* – dvojnost marginalnega statusa starejših žensk, ki je posledica spola in starosti. Termin

ageizem (angl. *ageism*) je v šestdesetih letih 20. st. skoval R. Butler in ga definiral kot »proces sistematičnega stereotipiziranja in diskriminacije starejših, enako kot ta proces, povezan z barvo kože in spolom, označuje rasizem in seksizem«. Ageizem mlajšim generacijam omogoča percepcijo starejših kot »drugih«, kar zmanjšuje njihov strah pred staranjem (Butler v Biggs, 1993:85).

S. Sontag (1979) je v eseju *The Double Standard about Aging (Dvojni standard staranja*, internetni vir št. 5) analizirala dvojno marginalnost ženskega staranja. Sontagova loči med »objektivno, sakralno bolečino starosti« in »subjektivno, profano bolečino staranja«: medtem, ko je starost realna izkušnja, ki jo oba spola doživljata enako, je staranje domišljajska izkušnja, socialna patologija, ki prizadene ženske veliko bolj kot moške. Ženske staranje doživljajo z odporom in celo sramom in ta negativni odnos do staranja je posledica povečevanja mladosti v sodobnih zahodnih družbah. V imaginariju, ki spodbuja potrošništvo, je mladost pogosta podoba, trdi Sontagova in poudarja, da ne gre za mladost v dobesednem pomenu, ampak za mladost – metaforo, ki označuje energičnost, nemirnost in poželenje – za potrošništvo nujno stanje »želeti si«. Enačenje dobrega počutja in mladosti je v zavest posameznikov prineslo pomen kronološke starosti, ki ji v tradicionalnih družbah, zaradi natančno določenega sosledja življenjskih faz in z njimi povezanih družbenih vlog, niso pripisovali velikega pomena.

V sodobni družbi se pomena kronološke starosti zavedata oba spola, vendar se družbena standarda staranja za moške in ženske razlikujeta. Moškost je še vedno določena s tekmovalnostjo, avtonomnostjo in samoobvladovanjem – z lastnostmi, ki jih staranje ne zmanjšuje, kvečjemu povečuje. Ženskost pa se istoveti z nebogljenostjo, netekmovalnostjo, pasivnostjo – lastnostmi, ki jih niti staranje ne plemeniti. Ob tem je pomemben del ženskosti telesna privlačnost, ki pa je v sodobni družbi pogojena z mladostnim videzom. Zaradi različnih lastnosti in pričakovanj, ki jih družba določa za moške in ženske, sta tudi krizi srednjih let različni in spolno določeni: pri moškem jo sproži neuresničena želja po uspehu in potrditvi v karieri, pri ženski »ponižujoč proces postopne erotične diskvalifikacije«. Staranje sicer tudi pri moških lahko sproži negotovost in strahove, povezane z impotentnostjo, vendar kronološka starost zanje ne postavlja meje erotične zaželenosti tako, kot jo za ženske. (Sontag, 1979)

Pravilnost teoretične ugotovitve Sontagove je, kljub povečanemu številu medijskih podob spolno privlačnih in aktivnih starejših žensk, potrdila raziskava spolnega vedenja pripadnikov srednje generacije v ZDA (Carpenter, Nathanson, Kim, 2006: 93-106). Rezultati študije iz leta 1992, v katero je bilo vključenih 1240 heteroseksualnih posameznikov (57% anketirank in 43% anketirancev), starih od 40 do 59 let, so pokazali, da se število spolnih partnerjev za moške in za ženske s starostjo zmanjšuje, vendar ne v enaki meri. Staranje vpliva na spolnost heteroseksualnih žensk kronološko bolj zgodaj in v večji meri kot na spolnost heteroseksualnih moških. Možni vzroki ležijo v večji konzervativnosti žensk in z njo povezano željo po stabilni partnerski zvezi, ne le seksualni avanturi, vendar je analiza podatkov pokazala, da sta ključna vzroka seksizem in ageizem, ki tako pri moških kot pri ženskah utrjujeta stereotipno predstavo erotične neprivlačnosti starejših žensk.

Starost, pri kateri ženska postane erotično neprivlačna, variira glede na tip družbe in pripadnost družbenemu razredu. V sodobnih družbah starajoča se ženska ostane erotično privlačna dlje kot v tradicionalnih; enako, zaradi materialnih zmožnosti, velja za pripadnice srednjega in višjega razreda v primerjavi z ženskami iz delavskega razreda in revnimi. Vendar pa je strah pred staranjem najbolj prisoten prav pri ženskah srednjega in višjega razreda, kar je po mnenju Sontagove (1979, internetni vir št. 5) očiten znak fiktivnosti ženske krize srednjih let. Depresija, ki jo pri ženskah staranje lahko sproži, ni posledica nekega konkretnega dogodka v življenju ženske, pač pa ponavljajoče se stanje, ki ga sproža omejenost družbeno sprejemljivih podob starajočih se žensk. Staranje, za razliko od starosti, nima jasno začrtanih mej – začne se lahko v katerem koli obdobju ženskega življenja, pogosti sprožilec pa je rojstni dan ob dekadah. Posledično se kriza staranja pri ženski začne bolj zgodaj in traja dlje kot pri moških, njena intenziteta in pogostost pa sta odvisni od psihične strukture posameznice in družbenih norm.

V nasprotju s pretirano seksualiziranimi podobami žensk v množičnih medijih, pojavnost realne ženske še zdaleč ni omejena samo na zbujanje poželenja pri moških, trdi Sontagova (1979, internetni vir št. 5). Ukvarjanje z zunanostjo za žensko pomeni ustvarjanje določene podobe, reprezentacijo same sebe, ki odseva simbolno vrednost ženske, in ta vrednost je bolj izražena v obrazu kot v telesu, zato največ skrbi in nege

odrasle ženske namenjajo negi obraza in las. Zahodna družba in ženske same identificirajo žensko z njenim obrazom. Obrazne nepravilnosti, mimika in znaki staranja so na obrazu moškega označevalci »karakterja«, pri ženskah pa »napake«, ki jih je potrebno prikriti ali odstraniti. Vrednost ženskega obraza leži v njegovi nespremenljivosti.

Poleg mladostnega obraza je vitkost ključni označevalec privlačnosti žensk vseh starosti. Žensko telo po adolescenci – vitko, gladke kože, lahke muskulature in gracioznih gibov – šteje kot najbolj atraktivna oblika ženskega telesa, v primerjavi s katerim so vse druge oblike in telesne spremembe tekom življenja vrednotene negativno. Zato ženske večino svojega življenja z različnimi telesnimi praksami (diete, telovadba, lepotna kirurgija, kozmetika) poskušajo ohraniti to po-adolescentsko obliko in videz telesa.

V realnem življenju seveda obstajajo tudi starejše, erotično privlačne ženske, vendar njihova privlačnost izvira prav iz tega, da po naključju genske dispozicije ohranjajo mladostnejši videz od vrstnic. Zato so le izjeme, ki potrjujejo pravilo, da je starejša ženska erotično odbojna in da njeno telo ni primerno za razkazovanje in razkrivanje. Estetska in erotična odbojnost do starajočega se ženskega telesa je v zahodni kulturi tako močna, da jo v enaki meri delijo moški in ženske. Zato maskiranje staranja z oblačili, ličenjem, barvanjem las, dietami in lepotno kirurgijo niso le prakse, s katerimi ženske ohranjajo svojo erotično privlačnost; v enaki meri so tudi obramba pred nenaklonjenostjo, ki jo družba izraža do starejših žensk. Vendar s podrejanjem tem praksam ženske zatajijo svojo odraslost in vrednost, ki jo imajo kot človeška bitja ter prispevajo k ohranjanju mitov in obstoječega razmerja moči med spoloma, sklene Sontagova (1979, internetni vir št. 5).

Metafora maske, ki jo omenja S. Sontag (1979), se je v sociologiji in feministični gerontologiji znova pojavila v 90. letih 20. st. in označuje dva nasprotna pristopa k sociološki analizi procesa staranja v sodobni družbi. Prvi pristop, ki sta ga uvedla M. Featherstone in M. Hepworth (1991) pojmuje staranje kot proces, v katerem vidni telesni znaki staranja zamaskirajo mladostno sebstvo. Individuum, ki se počuti mlad, si želi ohraniti tudi tak videz, in zato poseže po različnih tehnikah maskiranja znakov staranja.

S. Biggs (1993, 2004) in K. Woodward (1991) pa trdita nasprotno, in sicer, da je maskiranje vidnih telesnih znakov staranja v sodobni družbi nujno, da se individuum, ki se sooča s staranjem, obvaruje pred ageizmom in socialno izključenostjo.

4. 2. 2. »Železna kletka staranja«, maškarada in družbena maska

M. Featherstone in M. Hepworth (1991) ugotavljata, da je v pozno moderni družbi staranje najpogosteje pojmovano kot maska, ki zakriva resnično, mladostno sebstvo posameznika. Fizični znaki staranja (osiveli lasje, obrazne gube) niso v skladu s subjektivnim doživljanjem staranja, pač pa so maska, ki sčasoma prekrije resnično, mladostno sebstvo. Čeprav mladostno sebstvo ostaja, je njegovo izražanje za starajoče se individue vedno bolj problematično, zato ga začnejo prikrivati. Avtorja masko starosti razumeta kot patološko, mladostno sebstvo, ujeta v »železno kletko staranja« (1991: 379), pa kot normalno. V sodobni, poznomoderni družbi je tovrstna konceptualizacija staranja vseprisotna in legitimira odklonilni odnos do starosti, obenem pa je tudi veliko doprinesla k medicinskemu modelu starosti kot obdobju življenja, ki je danes delno – v daljni bodočnosti bo pa povsem – medicinsko obvladljivo.

M. Featherstonovem in M. Hepworthovem modelu »železne kletke staranja« (1991: 379) je nasprotna teza o maskiranju staranja (Sontag, 1979; Woodward, 1991; Biggs 1993; Biggs, 2004), ki trdi, da posamezniki in posameznice poskušajo zakriti vidne telesne znake staranja zato, da se obvarujejo pred socialno izključenostjo in ageizmom. Pri tem sta pri posamezniku/ci subjektivna in fizična izkušnja staranja v soglasju, kar je v nasprotju s tezo maskiranja Featherstona in Hepwortha (1991), po kateri je starajoče se telo v nasprotju z mladostnim sebstvom.

K. Woodward (1991: 147-165) zakrivanje znakov staranja poimenuje »maškarada«, analogno s pojmom, ki ga je v psihoanalizo v začetku 20. st. vpeljala J. Riviere. Rivierova je v študiji *Ženskost kot maškarada* (1929/1995) postavila tezo, da so se intelektualne ženske, ki so bile uspešne v tedaj izključno moškem akademskem poklicu, v patriarhalnem okolju posluževale »strategije ženstvenosti« – plahega, sramežljivega, spodobnega in prikrito spogledljivega vedenja – s katerim so podzavestno želele ustvariti vtis, da niso sposobne in prodorne, da bi na ta način odvrnile moške tekmece od

maščevanja. V današnji družbi ženstvenost kot maškarada v smislu Rivierove skoraj več ne obstaja, zamenjala jo je maškarada mladosti, trdi Woodwardova (1991: 159). Maškarada mladosti vključuje jezikovne igre, govorico telesa in oblike lepšanja telesa, ki ustvarjajo vtis, da se oseba ne stara. Vendar je maskiranje paradoks, saj maškarada pomeni hkrati prikrivanje staranja in razgaljanje dejstva, da je nekaj prikrito: »*Maska lahko tudi izraža, ne le prikriva resnico*« (1991: 148). Maškarada v resnici nikogar ne preslepi, njen smisel in namen ležita v prilagajanju družbeni konvenciji brezčasnega, aktivnega, ustvarjalnega staranja, ki posameznika/co obvaruje pred stigmatizacijo in socialno izključenostjo. Zaradi dvojnih standardov staranja (Sontag, 1979), je praksa maskiranja staranja pri ženskah veliko bolj izražena kot pri moških.

S. Biggs (1993, 2004) v skladu z jungovsko psihologijo trdi, da srednje obdobje življenja označuje pomembna sprememba v psihičnem ustroju posameznika. Do sredine življenja, ki ga C. G. Jung (1994) umešča v kronološko starost med tridesetim in štiridesetim letom, so posameznikova stališča in socialne pozicije že utrjene. V srednjem obdobju življenja pa življenjske izkušnje in eksistencialna vprašanja, na katera posameznik išče odgovore, povzročijo presojo o osebni identiteti: »*Pogosto gre za nekakšno počasno spremembo v človekovem značaju; na dan utegnejo priti nekatere poteze, ki so izginile v otroštvu; ali pa prično slabeti nekateri interesi in nagnjenja in jih nadomeščajo drugi*« (Jung, 1994: 85). Hkrati srednje obdobje življenja označuje vrsta sprememb v zunanjem videzu, ki posameznika prisilijo k identifikaciji s starajočim se telesom (Biggs, 1993). Obenem pa družbeni pritisk h konformnosti posameznika sili, da se prilagaja kulturno določeni identiteti, zato si nadene masko mladosti, ki mu omogoča, da pod njo ustvari varno notranje okolje, v katerem lahko utrdi stabilno identiteto (Biggs, 2004: 53).

S. Biggs (1993: 76) in K. Woodward (1991: 159) prideta do enakega zaključka, to je, da se moški in ženske pretvarjajo, da so mladi zato, da zaščitijo sebstvo; iz te perspektive je družbeno okolje grožnja individualni identiteti. Njuna teza je v nasprotju s konceptom maske staranja M. Featherstona in M. Hepwortha (1991), po katerem telo, ki izgubi mladostno prožnost, ustvarja grožnjo resnični identiteti. Tako npr. barvanje sivih las Biggs razume kot obrambo pred ageistično kulturo, medtem ko Featherstone in Hepworth

menita, da pripadnice »baby-boom« generacije, ki se sedaj nahaja v srednjih letih, na ta način ohranjajo videz in vrednote, ki jih je oblikovala kultura 60. let 20. st.

Prakse zakrivanja starosti so različne. Pomembna tradicionalna oblika zakrivanja starosti so kode oblačenja. A. Lurie (1981 v Featherstone in Hepworth, 1991: 380) je v svojem delu *The Language of Clothes (Govorica oblačil)* pokazala, kako so posamezni oblačilni predmeti povezani z določeno starostjo; enako velja za dolžine oblačil ter sledenju modnim zapovedim. Oblačila torej posredujejo starostno označena sporočila in če moški ali ženska kršita veljavne kode oblačenja, primerne njuni starosti, tvegata družbeno stigmatizacijo. Pomembno pri tem je, da stigma ni posledica starosti same po sebi, pač pa zavračanja položaja, ki ga družba posamezniku v določeni starosti predpisuje: »*Nek močan tabu je bil prelomljen, nekaj prepovedanega je bilo izrečeno skozi govorico oblačil*«, trdi Lurie (1981: 57, v Featherstone in Hepworth, 1991: 380). Družbenemu sankcioniranju neprimerne oblačenja so podvržene zlasti starejše ženske, ki skozi neprimerno izbrana oblačila razkrivajo tisto, kar bi po normativih sodobne družbe, obsedene z mladostjo, moralo ostati skrito kot skrajno neokusno: starajoče se žensko telo.

Sodobne prakse zakrivanja telesnega staranja vključujejo uporabo kozmetičnih (kreme proti gubam, barve za lase) in farmacevtskih izdelkov (NHZ), lepotno kirurgijo in naj sodobnejše genske tehnike (poseganje v celični DNK). Medtem, ko so slednje komercialno še nedosegljive, družbena sprejemljivost in cenovna dostopnost lepotne kirurgije omogočata vedno večjemu številu posameznic (pre)oblikovanje zunanosti v skladu z lastnimi željami (Gilleard in Higgs, 2000, v Ballard et al., 2005: 172; Woodward, 1991: 163).

Angleška raziskava (Ballard et al., 2005: 173-187) je preverjala stopnjo, do katere pripadnice baby-boom generacije, ki se nahajajo v srednjem obdobju življenja, dejansko uporabljajo možnosti za izogibanje staranju in kako njihova uporaba vpliva na identiteto in izkušnjo staranja. Kvalitativna študija, ki je zajela 32 intervjuvank, pripadnic srednjega razreda, je pokazala, da vse intervjuvanke ločijo med »javnim« (telesni videz) in »zasebnim« (fiziološke spremembe) staranjem, od katerih ima vsak vpliv na subjektivno izkušnjo staranja in posledično, motivacijo za manjšo ali večjo vključenost v aktivnosti

za preprečevanje znakov staranja. Javno staranje se nanaša na vidne, s starostjo povezane telesne spremembe (osivelost in tanjšanje las, gube in izguba tonusa kože). To vrsto staranja ženske opazijo v interakcijah s pripadniki in pripadnicami različnih starostnih skupin. Ženske se pogosto primerjajo s pripadnicami iste starostne skupine zato, da vidijo, kako »dobro« se starajo. Interakcije z mlajšimi ženskami pri intervjuvankah pogosto sprožijo spomine na lastno mladostno podobo, ki jo primerjajo s sedanjo; pripadnice starejše generacije pa služijo kot podobe prihodnjega stanja. Intervjuvanke pri sebi in pri drugih ženskah kritično opazujejo rezultate različnih praks za zakrivanje znakov telesnega staranja in se strinjajo, da je telesne znake staranja (sivi lasje, gube, povečana telesna teža) mogoče uspešno prikrivati. Zasebno staranje pa se nanaša na manj opazne, fiziološke spremembe: povečano izgubo spomina, visok krvni pritisk, zmanjšanje libida, menopavzne spremembe, povečano utrujenost. Te znake staranja intervjuvanke večinoma skrivajo pred javnostjo in jih izpovejo le najbližjemu krogu ljudi. Telo v zasebni perspektivi staranja v nasprotju z javno perspektivo torej ni prilagodljivo in neizogibne fiziološke starostne spremembe postavljajo pod vprašaj možnost pomlajevanja, ki ga oznanja javno staranje.

Raziskava je tudi pokazala, da je uporaba praks za prikrivanje znakov staranja odvisna od več dejavnikov: upoštevanja imperativa mladosti, želje posameznice po prilagajanju lastnega videza kodam, ki določajo videz določene starostne skupine ter individualne biološke preddispozicije telesa do staranja. Najbolj razširjena praksa prikrivanja znakov staranja je barvanje sivih las. Ostale aktivnosti vključujejo uporabo obraznih krem z dodatki, ki zavirajo staranje kože in ličenje, ki prikriva zmanjšan tonus, izbira oblačil, ki poudarja mladostni stil in izjemoma uporaba nadomestne hormonske terapije za ohranitev mladostnega videza kože. Večina intervjuvank je v začetni fazi staranja (najbolj izpostavljena značilnost je sivenje las) poskušala prikriti te znake, predvsem zaradi želje, da z videzom ne bi izstopale iz svoje socialne skupine. Vendar je barvanje las pri večini intervjuvank sprožilo ambivalentne občutke: zaradi sivih las niso želele izgledati starejše, barvani lasje pa so jim dajali občutek »lažnive podobe« (*false image*), ki jo prav tako niso želele izkazovati, zato je večina anketirank barvanje sčasoma opustila.

Ženske poskušajo staranje povezati v konsistentno in družbeno sprejemljivo izkušnjo z uskladitvijo javne in zasebne izkušnje staranja. Ta izkušnja, izražena v feminističnem terminu »gracioznega staranja« (Greer, 1992), omogoča ženskam družbeno sprejemljivo podobo staranja in osebno identiteto, skladno z notranjim občutkom staranja. Sprejemljiva podoba staranja je pri večini žensk torej povezana z izogibanjem pretirano mladostnemu videzu, zato ta raziskava ni potrdila hipoteze M. Featherstona in M. Hepwortha (1991) o ohranjanju mladostnega videza kot odraza notranje izkušnje mladosti. Nasprotno, večina intervjuvank je menila, da nošenje »maske mladosti« ni ne zaželeno, ne prepričljivo. Skladno s tem jih je večina uporabljala le minimalne prakse za prikrivanje staranja in še te le krajši čas.

Manjše število intervjuvank pa je kljub temu poročalo, da se sicer zavedajo procesa staranja, vendar želijo omiliti ali prikriti zanke staranja. Za ohranjanje mladostnega videza so navedle širok diapazon praks: nadomestno hormonsko terapijo, aktivno potrošništvo izdelkov namenjenih tej starostni skupini in redno fizično aktivnost za ohranjanje telesne teže. Želja po ohranjanju mladostnega videza in počutja je po mnenju anketirank posledica več dejavnikov: večji vpetosti v socialno skupino, bodisi mlajšo (ki od žensk zahteva mladostni videz, da ne bi izstopale) ali starejšo (ohranjanje mladostnega videza kot obramba pred bolj izpostavljenim staranjem); glamurozne, seksipilne in mladostne medijske podobe žensk v srednjem življenjskem obdobju, s katerimi se posameznice primerjajo ter zanikanje zasebne izkušnje fiziološkega staranja, ki s seboj nosi slutnjo človeške umrljivosti. Izsledki raziskave torej potrjujejo hipotezo K. Woodwarda (1991) in S. Biggsa (2004), da je primarna funkcija maskiranja znakov staranja strategija izogibanja socialni izključenosti.

Kanadska etnografska raziskava (Banister, 1999), v kateri je avtorica raziskovala odnos anketirank, starih od 40 do 53 let, do telesnih in psihičnih sprememb v menopavznem obdobju, je v naracijah anketirank identificirala štiri ključne teme (1999: 525): (1) občutek razdvojenosti med lastno percepcijo sprememb in družbenimi normami, (2) intenzivno iskanje odgovorov na vprašanja, ki si jih ženske v tem obdobju postavljajo, (3) občutek izgube in obžalovanja ter (4) potrebo po več časa in večji skrbi posvečenima sebi.

S. de Beauvoir (1986) trdi, da je starost obdobje življenja, ki jo posameznik anticipira kot oddaljeno bodočnost, kot nekaj skoraj neresničnega. *»Ko v mladosti ali v zrelih letih razmišljamo o sebi kot o starcu/starki, mislimo o sebi kot o nekom drugem«*, trdi de Beauvoirjeva (1986: 9). Ta nesposobnost, da bi posameznik/ca sam v sebi prepoznal/a starostnika je vzrok, da se tudi procesa staranja zave nenadoma. Pri ženskah največkrat ozavešči proces staranja nepričakovani odsev lastne podobe v zrcalu, naenkrat povsem podoben materinemu, ali stara fotografija, tako različna od trenutne podobe. V skladu z ugotovitvami S. Sontag (1979), da prve znake staranja ženske opazijo bolj na obrazu kot na telesu, so anketiranke poročale o obraznih gubah in sivih laseh kot o najbolj opaznih in motečih telesnih spremembah, zaradi katerih so same sebe doživljale kot erotično manj privlačne. Večina anketirank je poročala o razdvojenosti med feminističnimi sporočili o gracilnem staranju, ki naj ne zakriva telesnih znakov staranja in podrejanju imperativu mladostnega videza: *»Po eni strani sem si mislila: »Staranje in te gube, ki se pojavljajo, so čisto v redu«, po drugi strani pa sem v sebi čutila razdvojenost, ki mi je govorila: »Ni šans!« Ne bom nosila sivih las, ker se z njimi ne počutim dobro! Torej, ne gre samo za sprejemanje »naravnega poteka življenja«, prisotna je tudi potreba, da nekaj ukrenem proti temu.«* (v Banister, 1999: 526)

Poleg sprememb na obrazu so se anketiranke najbolj zavedale telesnih sprememb, ki so posledica menopavznega obdobja (neredni menstruacijski ciklusi, vročinski oblivi) in zaradi katerih je telo postalo nepredvidljivo: *»Nisi več prepričana v svoje telo in ne veš, s čim te bo naslednji mesec spet presenetilo. Telo zopet postane neznanka, kot je bilo neznanka pri štirinajstih, ko dobiš prvo menstruacijo.«* (v Banister, 1999: 527). Večina anketirank je bila seznanjena z v javnosti najbolj prisotnim medicinskim modelom menopavze in je iskala informacije o spremembah pri zdravstvenem osebju. Anketiranke so poročale o skopih in enostranskih informacijah, ki so jih dobile, zaradi česar so se nekatere med njimi obrnile k alternativni medicini, ki jim je dala občutek, da so njihovi problemi obravnavani bolj holistično. Vse pa so poročale, da so največ informacij in občutek gotovosti, da je *»kljub spremembam vse v redu«*, dobile v pogovoru z drugimi ženskami v klimakteričnem obdobju, kar potrjuje tezo K. Ballard et. al. (2005) o ločenosti javnega in zasebnega staranja, ki ga posameznica razkrije le določenemu krogu ljudi.

V menopavzi se ženska sooča s staranjem in prenehanjem plodnega obdobja, dvema procesoma, ki sta v zahodni družbi označeni negativno, kot izgubi. Staranje v smislu izgube mladostnega videza in menopavza v smislu izgube reproduktivne zmožnosti sta pri anketirankah sprožale občutek obžalovanja in hrepenenja po preteklosti. Skladno s pojmovanjem »železne kletke staranja« M. Featherstona in M. Hepwortha (1991), so anketiranke poročale o občutku razcepa med spremenjenim, starajočim se telesom in mladostnim, nespremenjenim sebstvom. Spremenjena telesna podoba je pri večini anketirankah sprožila žalost in občutek, da se zaradi telesnega staranja morajo odpovedati tudi notranjemu mladostnemu počutju.

Anketiranke so menopavzo doživljale kot krizno obdobje, polno sprememb, ki so zadevale dotedanje ustaljene družbene vloge. Soočanje s fenomenom praznega gnezda, spremembami partnerskega odnosa in/ali odnosa s starši, ki so vključevale tudi boleče izkušnje ločitve, bolezni in smrti so bile povod, da so se nekatere anketiranke zavedle skrbniške vloge, ki so jo večino življenja opravljale in ponotranjenega družbenega pritiska, ki jih je silil v postavljanje zahtev drugih pred lastne zahteve. Anketiranke so poročale o občutku krivde, ki jih je prevzemal, ko so začele lastne potrebe postavljati na prvo mesto, pa tudi o nujnosti tega početja. Večina jih je menila, da je skrb tako za fizično kot za psihično dobro počutje nujna, saj jim omogoča občutek umirjenosti, samozaupanja in notranje moči. (Banister, 1999: 532)

4. 3. Zdravje žensk

V pozno modernih družbah pojem »zdravje« ne označuje le stanje odsotnosti bolezni, temveč je življenjski stil, vrednota in norma. Po Turnerju (2000, v Kamin, 2004: 10) se je koncept zdravja skozi zgodovinska obdobja spreminjal na dveh kontinuumih: sakralno/profano in kolektivno/individualno. V okviru svetega (religioznega) sta bila zdravje in bolezen razumljena kot posledici nadnaravnega in posameznikove moralne drža; nasprotno pa profana razlaga povzročitelje bolezni išče v dejavnikih zunaj posameznika (virusih, bakterijah) in ga tako razbremeni krivde za bolezensko stanje. Na kontinuumu kolektivno/individualno je pojmovanje zdravja odvisno od tega, komu je

pripisana glavna odgovornost za zdravstveno stanje posameznika – družbenim neenakostim ali posamezniku.

Zveza med zdravjem in družbeno neenakostjo izhaja iz teze, da obstaja temeljno neskladje med prizadevanjem za zdravje in ekonomskim prizadevanjem za dobiček, iz česar izhajajo socialni, politični in ekonomski dejavniki, na katere posameznik nima vpliva (industrijsko onesnaževanje, nezdravi delovni pogoji, neenak dostop do zdravstvenih storitev, itd...). Populacijske statistike vseh sodobnih družb, vključno z družbami blaginje, tezo potrjujejo: v nižjih socialnih slojih je obolevnost in smrtnost za skoraj vsemi vrstami bolezni višja, več je vseh kroničnih bolezni in življenjska doba je krajša. Obenem pa te raziskave kažejo tudi, da obstaja prag, kjer absolutni dvig življenjskega standarda v neki družbi ni več povezan s podaljšanjem pričakovane življenjske dobe posameznika. V državah razvitega sveta imajo najbolj zdrave populacije najbolj egalitarne in ne najbolj bogate (glede na višino BDP) države. (Malnar, 2002: 7)

Za pozno moderno je značilna ukinitiv meta-zgodb, med katere lahko štejemo tudi zgodbo o vsemogočnosti medicine. Poseganje medicine v posameznikovo vsakdanje življenje se je zato v drugi polovici dvajsetega stoletja preoblikovalo v ideologijo individualne odgovornosti za zdravje, ki pravi, da medicina ne more pozdraviti vseh bolezni, lahko pa jih preprečuje, obvladuje, lajša in človeku pomaga razumeti, kako s svojim neodgovornim vedenjem, stresnimi dejavniki v poklicnem in zasebnem življenju ter z bivanjem v onesnaženem okolju, škodi svojemu zdravju (Crawford, 1977, v Kamin in Tivadar, 2003: 891). Ta ideologija ne le, da odlično ustreza omejeni uspešnosti in učinkovitosti medicine, temveč tudi kompenzira oziroma zamegljuje pomen družbenih neenakosti na zdravje posameznika (White 2002: 58-59) in aktualno grožnjo kolapsa javnega zdravstva v sodobnih zahodnih družbah (Malnar, 2002: 17).

Značilnost pozno modernih družb je tudi medikalizacija življenja. Medikalizacija je proces, ki vedno večji del individualnih vsakdanjih izkušenj naslanja na medicinsko razlago in vse več socialnih vprašanj, tudi tistih, primarno ekonomskega in političnega izvora, preoblikuje v »bolezni«, oz. v zdravstvena vprašanja (npr. stres, alkoholizem, hazarderstvo, motnje prehranjevanja...). Medikalizacija ima več učinkov: zakrije

družbene neenakosti, razbremeni posameznika odgovornosti za določeno stanje ali ravnanje in ga po drugi strani izpostavi dodatnemu medicinskemu nadzoru. S tem, ko medicina ponuja razlage vzrokov omenjenih pojavov, njihove simptome in zdravljenje in razvršča ljudi v kategoriji bolnih in zdravih, krepi tudi pomen medicinskega diskurza v sodobni družbi. (White, 2002: 44-50; Malnar, 2002: 13)

Raziskave spola in zdravja, kot pomemben del feministične kritike medicine in sociologije zdravja (npr. Martin, 1997; Moss, 2002; Malnar, 2002; Lupton, 2003, itd.), se osredotočajo na tri glavna področja, ki zadevajo zdravje žensk: (a) družbene neenakosti v javni in zasebni sferi, ki vplivajo na zdravje žensk; (b) razkrivanje medicine kot vrednotno nabitega sistema družbenega nadzora, ki deluje na škodo žensk in (c) medikalizacijo, ki se odraža v izumljanju vedno novih ali v preoblikovanju tradicionalno normalnih stanj in življenjskih obdobj ženske v medicinske patologije (npr. predmenstrualni sindrom, menopavza) ter v discipliniranju žensk skozi podrejanje medicinskim praksam.

4.3.1. Strukturni in individualni dejavniki, ki vplivajo na zdravje žensk

N. Moss (2002) je oblikovala model spleta dejavnikov, ki vplivajo na zdravje žensk. Model vključuje štiri dimenzije – geopolitično okolje, kulturo, religijo, norme in sankcije, vlogo ženske v reprodukciji in produkciji ter z zdravjem povezane dejavnike, ki se medsebojno prepletajo in oblikujejo makro in mikro sociološke pogoje, ki vplivajo na življenje in zdravje žensk.

Geopolitično okolje (ki je lahko določeno na stopnji mesta, države, pokrajine ali nacije) vključuje ekonomske, politične in družbene strukture ter okoljske značilnosti področja (onesnaženost okolja). Na življenje in zdravje žensk znotraj geopolitičnega okolja pomembno vplivajo socialne politike, zdravstvena politika, politika zaposlovanja in pravna ureditev statusa žensk. Neposredni vpliv na zdravje žensk ima ureditev reprodukcijskih pravic (legalni dostop do kontracepcije, splava, umetne oploditve). Pomembno vlogo pri določanju statusa žensk v nekem okolju imajo formalne organizacije: sindikati, finančne institucije, ..itd. ter ideologije, skupaj s seksizmom,

rasizmom in ageizmom. Družbene norme, sankcije in zlasti religije lahko v veliki meri zavirajo realizacijo enakopravnosti žensk na vseh področjih življenja.

Na individualni ravni je zdravje žensk tesno povezano z medsebojnimi odnosi in enakopravnim dostopom do materialnih virov v družini (znotraj družinskih odnosov se lahko vzpostavi moški nadzor nad dostopom žensk do hrane, financ, zdravstvene oskrbe, otrok, itd.). Razporeditev časa za formalno delo in družinsko delo ter možnost razdelitve družinskega dela na ostale člane družine pomembno vplivajo na zdravje žensk. Enako pomemben vpliv ima emocionalno delo (podpora in skrb), ki ga ženska opravlja za člane družine in se pogosto razširi tudi na bolj oddaljene sorodnike. Emocionalno delo ima lahko dvojni učinek na zdravje žensk: po eni strani daje občutek zadovoljstva in osebne izpolnitve ter je naložba v socialni kapital v primeru življenjske stiske, po drugi pa je izjemno izčrpovalno in dolgotrajno. Skrajno negativni produkt kulturnih, socioekonomskih odnosov in odnosov moči je nasilje v družini, ki je neposredna in posredna grožnja za fizično in psihično zdravje žensk.

Tudi delovno mesto ima pomemben vpliv na zdravje žensk, saj je pogost lokus nadzora ter spolno določenih razmerij moči. Zmanjševanje vpliva sindikatov in naraščanje netipičnih oblik dela (začasne zaposlitve, delo na domu, delo s krajšim delovnim časom) krčijo pravice delavcev in možnosti za kvalitetnejša delovna mesta zlasti za matere in starejše ženske.

Odnos posameznice do lastnega zdravja in zdravja nasploh je zadnji pomembni dejavnik, ki vpliva na zdravje žensk. Zdrava prehrana, izogibanje alkoholu, tobaku in farmakotikom, telesna vadba in tudi na Zahodu vedno bolj popularno poseganje po alternativni medicini v pomembni meri, ne pa izključno, vplivajo na zdravje žensk. Dostopnost do zdravstvene oskrbe na primarni, sekundarni in terciarni ravni je odvisna od statusa, družbene moči in socioekonomske pozicije vsake posameznice, ki skupaj z njenim spolom, etnično, rasno in kulturno pripadnostjo pomembno vplivajo na kakovost zdravstvene storitve, ki jo posameznica potrebuje.

GEOPOLITIČNO OKOLJE	KULTURA, RELIGIJA, NORME IN SANKCIJE	VLOGA ŽENSKÉ V REPRODUKCIJI IN PRODUKCIJI	Z ZDRAVJEM POVEZANI DEJAVNIKI
Geografsko področje	Diskriminacija Etnična, Spolna, Starostna	Zasebna sfera Struktura, Delitev dela, Lastništvo, Podpora in skrbništvo, Enakopravni dostop do resursov: plač, drugih dohodkov, zemlje, Vloga v skupnosti, Vloga na trgu dela	Socialna opora Prijatelji, Družina, Sodelavci, Drugi
Politike in javne službe Transportni sistem, Socialno skrbstvo, Zaposlitev, Zdravstvena oskrba, Otroško varstvo	Sociodemografske značilnosti Starost, Spol, Etničnost, Rojstni kraj, Izobrazba, Zakonski stan, Jezik	Zaposlitev Javni/privatni sektor, Hierarhija, Nadzor, Avtoritarnost, Spolna segregacija, Diskriminacija	Psihosocialni dejavniki Stres, Razpoloženje, Obvladovanje dogodkov, Spiritualnost
Pravni status Enakopravnost spolov, Človekove pravice, Nediskriminatorne politike pri zaposlovanju in zdravstvenih storitvah			Zdravstvene storitve Cenovna in prostorska dostopnost
Organizacije Banke in posojilnice, Politične stranke, Sindikati, Zastopništvo			Vedenjske značilnosti Spolno vedenje, Zloraba alkohola in farmacevtskih izdelkov, Fizična aktivnost, Prehrana, Kontracepcija, Kajenje
Ekonomski dejavniki Ekonomska politika, Stopnja neenakopravnosti			Izpostavljenost nasilju

Vir: Moss (2002: 652): Dejavniki, ki vplivajo na zdravje žensk.

4.3.2. Medicina kot vrednotno nabit sistem družbenega nadzora

E. Goffman (v Malnar, 2002: 8) je izpostavil medicino kot vrednotno nabit sistem družbenega nadzora, ki deluje pod preobleko nevtralne znanosti. J. McKinlay, D. Potter in H. Feldman (1996: 769) so identificirali tri ključne družbene dejavnike, ki vplivajo na zdravniško diagnosticiranje bolezni. To so lastnosti bolnika (starost, spol, družbeno ekonomski položaj, rasa, etničnost, zdravstveno zavarovanje, ki ga bolnik ima, in osebne značilnosti kot sta samozavestni nastop in fizična atraktivnost); lastnosti zdravnika (izobrazba, področje specializacije, delovna doba, geografsko okolje, kjer dela; starost, spol, rasa, etničnost in osebnost) ter značilnosti delovnega okolja (zasebna ordinacija s koncesijo ali brez, javno zdravstvo).

Dve britanski študiji sta na primeru bolezni srca pri pripadnikih srednjih let potrdili tezo, da je del splošno prisotnih stereotipov v družbi prisoten tudi v zdravniški praksi. Kvantitativna študija, ki so jo izvedli C. Emslie in sodelavci (2001) in ki je vključevala polstrukturirane intervjuje z 61 pripadniki obeh spolov srednjega in delavskega razreda, je pokazala, da je spol ključnega pomena v konceptualizaciji bolezni srca. Respondenti so kot potencialne žrtve srčnega infarkta navajali izključno moške; da za srčnim infarktom obolevajo tudi ženske, so odgovorili le tisti, ki so tak primer imeli v družini in še to šele po eksplicitno postavljenem vprašanju, ali družinska zgodovina obolenj srca vključuje tudi bolnice. Respondenti so bili prepričani, da so moški žrtve smrtonosnega srčnega infarkta, medtem ko ženske za boleznimi srca zgolj »boleajo«. Avtorji študije so zaključili, da je dojemanje bolezni srca stereotipno določeno kot »moška bolezen« in da so ženske v diskurzu o boleznih srca nevidne. S. Arber in sodelavci (2006) so z etnometodološkim pristopom testirali hipotezo, da je stereotipna predstava o srčnem infarktu kot »moški bolezen« prisotna tudi pri zdravnikih in da pomembno vpliva na njihove odločitve o diagnosticiranju in tretmaju bolezni. Študija je vključevala 256 zdravnikov splošne prakse, katerim so pokazali video posnetek igralcev-pacientov s simptomi, značilnimi za srčno obolenje. Posnetki so se razlikovali v starosti (od 55 do 75 let), spolu, razredni in rasni pripadnosti igralcev-pacientov. Od štirih testiranih spremenljivk niti razredna in rasna pripadnosti niti starost igralcev-pacientov na zdravniške odločitve niso statistično pomembno vplivali, statistično pomemben je bil le vpliv spola pacienta-igralca. Zdravniki so mlajše igralke-pacientke (55 let) manj spraševali, manjkrat so bile pregledane in napotene na dodatne preiskave in predpisali so jim manj zdravil kot moškim in starejšim ženskam. Avtorji študije zaključijo, da stereotipi o manjši nevarnosti srčnih obolenj pri ženskah v srednjih letih lahko prispevajo k neenakostim žensk in moških na področju zdravstva, saj so splošni zdravniki vratarji (*gate-keepers*), ki pacientom o(ne)mogočajo dostop do zdravniških storitev specialistov.

4.3.3. Medikalizacija ženske

Medikalizacija ženske se odraža na dveh nivojih: v izumljanju vedno novih ali preoblikovanju tradicionalno normalnih stanj in življenjskih obdobj v medicinske patologije (PMS - pred menstrualni sindrom; menopavza) in v discipliniranju žensk skozi podrejanje medicinskim praksam.

Kot primer discipliniranja žensk v srednjem obdobju življenja skozi podrejanje medicinskim praksam F. Griffiths in sodelavci (2006) omenjajo mamografijo in denzitometrijo (pregled za osteoporozo). Obe preiskavi, ki v obliki splošnih, kvazi-obvezujočih presejalnih testov ciljata na zdravo populacijo žensk, sodita v t.i. nadzorno medicino (Armstrong, 1995 v Griffiths et al. 2001: 1079), ki tvori jedro preventivnega zdravstvenega varstva. Z vcepljanjem strahu in občutka krivde, ki delujeta kot mehanizma discipliniranja, kampanje za mamografijo in denzitometrijo skušajo poudariti tveganja, ki se jim posameznice izpostavljajo, če na preglede ne hodijo. Iz feministične perspektive (McKie v White, 2002: 147) se skozi ideologijo preventive izvaja nadzor države, profesionalnih skupin in moških nad ženskami. Zdrave ženske, ki na preglede hodijo, kot pomemben razlog res poudarjajo občutek dolžnosti, obenem pa poročajo o stresnem čakanju na izvide. V zadnjem času nekateri avtorji opozarjajo na negativne posledice, ki jih ti testi lahko imajo na zdravje žensk zaradi napačnih izvidov. Posledice napačno postavljene pozitivne diagnoze so stres, dodatne preiskave in posegi v telo; lažen občutek varnosti in zapoznelo zdravljenje pa sta pogosti posledici v primeru napačno postavljene negativne diagnoze. (White, 2002: 145; Nettleton v Griffiths et al. 2006: 1079)

Na zdravje žensk v obdobju menopavze vpliva več dejavnikov, kot jih predvideva v poznomoderni družbi prevladujoči medicinski model. Hormonski ustroj posameznice je torej le eden od dejavnikov ženskega zdravja, na katerega v enaki meri vplivajo še družbeno-ekonomski položaj žensk in dostopnost do kvalitetne zdravstvene oskrbe.

EMPIRIČNI DEL: TEKSTOVNE REPREZENTACIJE IN **ŽENSKÉ IZKUŠNJE MENOPAVZE**

V pozno modernih družbah so množični mediji pomemben vir oblikovanja javnih percepcij in tudi ženske v teh družbah večino informacij o menopavzi pridobijo iz množičnih medijev, predvsem iz ženskih revij in revij o zdravju ter iz priročnikov o menopavzi. Raziskave prevladujočega medijskega diskurza o menopavzi, podane v tretjem poglavju kažejo, da so ženske izpostavljene reprezentacijam menopavze kot stanja bolezni, staranja in zmanjševanja spolne privlačnosti. Vendar negativne reprezentacije menopavze, ki jih množični mediji večinoma posredujejo, bralke nujno ne interpretirajo na enak način (Dillaway, 2005; Dillaway 2006), kar je v skladu s Hallovo teorijo (Chandler, internetni vir, št. 2), da dekodirano medijsko sporočilo ni nujno identično vkodiranemu. Razbiranje (dekodiranje) je namreč odvisno od družbene pozicije in prepoznavanja skupnih kod pošiljatelja in prejemnika sporočila.

Preučevanje ženske izkušnje menopavze pa ni pod vprašaj postavilo le tezo o nekritičnem sprejemanju medijske konstrukcije negativnosti menopavzne izkušnje, temveč tudi tezo o laičnih posameznicah, ki se pasivno podrejajo medicinskim definicijam in posegom (Ballard et al. 2001; Griffiths, 1999; Shore, 1999, itd.). Zbir informacij, ki so jih ženske posredovale v različnih raziskavah (Massé et. al. 2001; Breheny in Stephens, 2003; Stephens, Carryer in Budge, 2004; itd.) kaže predvsem na to, da ženske v konstrukciji lastnega odnosa do menopavze upoštevajo biološke *in* družbene dejavnike, ki vplivajo na njihova življenja. S tem presegajo tako redukcionizem medicinskega modela, ki ga mediji v večini povzemajo, kot tudi »naravnega« (feminističnega) modela, ki je medijsko sicer manj izpostavljen.

5. NAMEN, HIPOTEZE IN METODOLOGIJA

Namen magistrske naloge je osvetlitev medijske konstrukcije menopavze in njene skladnosti z izkušnjami žensk v menopavzi v slovenskem prostoru. Zato je empirični del naloge sestavljen iz dveh delov: vsebinske in diskurzivne analize medijskih tekstov, poljudnih priročnikov, medicinskih brošur in zgibank o menopavzi ter iz ženske izkušnje menopavze.

Delovne hipoteze, ki jih bom preverila v empiričnem delu naloge, so:

1. V slovenski družbi prevladuje medicinski model menopavze.
2. V prevladujočem medijskem diskurzu je ustrahovanje (strah pred boleznijo, staranjem in spolno neprivlačnostjo) ključna metoda za oblikovanje ženske identitete v obdobju menopavze.
3. Tiskani mediji menopavzo reprezentirajo predvsem kot negativno izkušnjo in bolezensko stanje, medtem ko je pozitivnih reprezentacij menopavze veliko manj.
4. Zaradi prevladujočih negativnih reprezentacij menopavze je odnos žensk do menopavze bolj v skladu z negativnimi medijskimi reprezentacijami kot s pozitivnimi.

Hipoteze bom preverila s kombinacijo vsebinske in diskurzivne analize tekstovnih reprezentacij menopavze in analize ženskih izkušenj menopavze, kot so o njih poročale intervjuvanke v raziskavi.

5. 1. Vsebinska in diskurzivna analiza tekstov

Prvi del empiričnega dela magistrske naloge temelji na vsebinski in diskurzivni analizi tekstov, namenjenih ženskam v menopavzi v slovenskem prostoru, ki so izšli v obdobju od 1995 do 2006. Z vsebinsko analizo bom v tekstih identificirala konceptualizacije ključnih tem, ki so v teoretskem delu navezujejo na menopavzo: konstrukcijo medicinskega in »naravnega« modela menopavze, telesne in duševne simptome menopavze, negativne in pozitivne vidike uporabe NHZ, pomen telesne vadbe, prehrane in vprašanje povečanja telesne teže ter družbene dejavnike, ki jih teksti navajajo kot pomembne pri doživljanju izkušnje menopavze.

Zaradi večjega števila analiziranih tekstov iz revij je smiselna tudi kvantitativna analiza revijalnega tiska, ki bo dodatno osvetlila nekatere značilnosti medijske reprezentacije menopavze, in sicer:

- Število objavljenih prispevkov glede na obdobje in revijo,
- Spol in profesija avtorjev prispevkov in vira informacij po posameznih revijah,
- Tip prispevka in rubrike, v katerih se pojavljajo po posameznih revijah,
- Tematska porazdelitev prispevkov.

Podatki, pridobljeni s kvantitativno analizo revijalnega tiska bodo odgovorili na naslednja vprašanja: ali število člankov o menopavzi v analiziranem obdobju narašča; ali obstajajo razlike v številu objav člankov glede na tip revije; ali je več člankov novinarsko avtorsko delo ali zgolj povzemanje/prevajanje tujih objav; ali se vir informacij razlikuje glede na spol avtorja članka; ali se teme, vsebovane v člankih, v obravnavanem obdobju spreminjajo.

Z diskurzivno analizo bom v analiziranih tekstih raziskala ključne diskurze, ki v slovenskem prostoru oblikujejo vednost o menopavzi. Jupp in Norris (v Flere, 2000: 91) diskurzivno analizo opredelita kot obliko sociološkega opazovanja, ki omogoča razkrivanje definicij situacije, avtoritativnih sodb in prepovedanih tematiziranj ter karakterizacijo akterjev. Predlagata program diskurzivne analize, ki vključuje naslednja raziskovalna vprašanja: *Kateri javni ali institucionalni diskurzi so pomembni pri določanju pravilnega in napačnega? V katerih dokumentih in besedilih se ti diskurzi pojavljajo? Kdo je avtor in koga zastopa? Kdo tvori javnost, kateri so ti diskurzi namenjeni? Kaj nam pove kritično branje teh diskurzov: Kaj je določeno kot pravilno in napačno, problematično in neproblematično? Kakšna obrazložitev se nam ponuja? Kaj naj bi bila rešitev? Katere rešitve se ne predlagajo? Ali se v diskurzu kaže odpor, pogajanja v odnosu do vladajočega diskurza? Kakšno je razmerje med diskurzom in družbenimi hierarhijami, nadzorom in izvrševanjem oblasti?*

5. 2. Vsebinska in diskurzivna analiza ženskih izkušenj menopavze

V drugem delu empiričnega dela magistrske naloge bom predstavila analizo odnosa bralk do menopavze in do medijskih reprezentacij menopavze. Z metodo pol strukturiranega intervjuja s šestimi ženskami v menopavzi bom ugotovila, kolikšen pomen pripisujejo ženske v menopavzi informacijam iz množičnih medijev in priročnikov ter ali so njihove izkušnje skladne s prevladujočo medijsko konstrukcijo menopavze. Analizirala bom vsebino intervjujev – to je teme, ki jih intervjuvanke povezujejo z menopavzo ter ključne diskurzivne elemente, ki tvorijo njihove izkušnje menopavze in pri tem ugotovila, ali ob medicinskem modelu obstajajo še druge konceptualizacije menopavze.

6. ANALIZA TEKSTOVNEGA GRADIVA

Za študijo primera sem izbrala pet priročnikov o menopavzi v slovenskem jeziku, farmacevtske in fitofarmaceutvske brošure in zgibanke o nadomestnem hormonskem zdravljenju in fitofarmaceutvskih izdelkih za lajšanje menopavznih težav ter tekste iz dveh ženskih (družinskih) revij in dveh revij o zdravju. V vzorec revijalnega tiska sem vključila vse tekste o menopavzi in vse tekste, v katerih se menopavza navezuje na vodilno temo v revijah *Jana*, *Naša žena*, *Viva* in *Zdravje*, ki so izšli v obdobju od 1995 do 2006.

6. 1. Analiza priročnikov o menopavzi

V analizo priročnikov o menopavzi sem vključila pet priročnikov, ki jih COBISS navaja pod iskanim geslom “menopavza, monografske publikacije v slovenskem jeziku” in so dostopne v večini splošnih knjižnic po Sloveniji:

1. Jacobowitz, Ruth S. (1994): 150 najpogostejših vprašanj o menopavzi.
2. Kocijančič, Andreja (1996): Knjiga o klimakteriju.
3. Rosenthal, M. Sara (2005): Hormonsko nadomestno zdravljenje: alternativni pristop-naravni vodnik za žensko.
4. Stoppard, Miriam (1996): Mena: praktičen priročnik z odličnimi nasveti za boljše telesno in duševno zdravje.
5. Northrup Christiane (2006): Žensko telo, ženska modrost.

Osnovna kriterija za izbiro priročnikov sta bila: (1) priročnik je napisan ali preveden v slovenščino in (2) priročnik ni bil izdan pred letom 1990. En priročnik je delo slovenske avtorice, ostali štirje pa so prevedeni iz angleščine. Vseh pet analiziranih priročnikov so napisale avtorice, štiri med njimi zdravnice in ena novinarka, ki poroča o zdravstvenih temah. Vsi priročniki so si tematsko in strukturno podobni, saj se vseh pet najprej (1) dotakne konceptualizacije menopavze, (2) opiše simptome, ki jih medicina povezuje z menopavzo in (3) predstavi hormonsko nadomestno zdravljenje in nekatere »alternativne« načine lajšanja teh simptomov ter poudari pomen prehrane in gibanja za preprečevanje in lajšanje težav in ohranjanje zdravja.

V sodobnih zahodnih družbah menopavzo definirata dva modela, medicinski in »naravni«, ki sem ju podrobneje predstavila v teoretskem delu naloge. Medicinski model menopavzo opredeljuje kot »trajno prenehanje menstruacije, ki nastane zaradi izgube funkcije jajčnikov« (WHO, v Franić, 2006a: 3). Čeprav gre za časovno kratko trajajoči dogodek (zadnja menstruacija), medicinska terminologija definira daljše obdobje, v katerem se dogajajo spremembe, povezane z menopavzo: od prvih telesnih znakov, ki se lahko pri ženski pojavijo že od druge polovice tridesetih let (perimenopavza), menopavze (zadnje menstruacije) pa vse do pomenopavze, obdobja, ki traja do pet let po zadnji menstruaciji (v Franić, 2006a: 3). Medicinski model menopavze je, zaradi pomembnosti medicinskega diskurza, ključni pojasnjevalni model menopavze v zahodni družbi in enako tudi v analiziranih priročnikih, npr.:

»Menopavza je strokovni izraz in pravzaprav pomeni zadnjo menstruacijo. Obdobje spreminjanja označujemo tudi z drugimi izrazi. Beseda perimenopavza dobesedno pomeni obdobje pred menopavzo, v svoji knjigi Estrogen: the Facts Can Change Your Life pa jo opisuje dr. Lila Nachtigall (skupaj z Joan Heilman) kot obdobje, ko ovulacije počasi preminejo in jajčniki upočasnijo proizvodnjo obeh ženskih hormonov, estrogena in progesterona. Pomenopavza pa označuje obdobje po zadnji menstruaciji, a pred nastopom starosti.« (Jacobowitz, 1994: 27)

Za medicinski diskurz je značilno, da menopavzo povezuje z mehanicističnim pojmovanjem ženskega telesa (Martin, 1997). Reprodukтивna sposobnost ženske, ki je v zahodni medicini ključnega pomena tudi pri konceptualizaciji menopavze (Martin, 1999;

Gannon, 1999), se v času menopavze konča, zato se na opisovanje telesnih sprememb v menopavznem obdobju vežejo večinoma negativne metafore minevanja, usihanja, ipd. :

»Ko začne delovanje jajčnikov usihati, raven FSH dramatično poraste...Hipotalamus in hipofiza se trudita, da bi spodbudila tvorbo hormonov v ostarelih jajčnikih in izločata velike količine FSH. Njegova raven v tem obdobju doseže vrhunec in je kar 15-krat višja kot običajno, vendar »razmnoževalnega stroja« ne more več pognati.« (Rosenthal, 2005: 22)

Negativne metafore je pri opisovanju medicinskega modela menopavze mogoče zaslediti v štirih od petih priročnikov. Avtorica priročnika *Žensko telo, ženska modrost* (Northrup, 2006) pa za opisovanje menopavznih sprememb sicer uporablja medicinsko terminologijo, vendar v nasprotju z ostalimi avtoricami zagovarja stališče, da »reproduktivni« hormoni (estrogen, progesteron, FSH, LH, GSH) v ženskem telesu nimajo zgolj funkcije spodbujanja reprodukcije:

»Že dolgo je znano, da pri ženskih hormonih ne gre le za reprodukcijo. (...) Če estrogen, progesteron in moški hormon v organizmu ne bi imeli druge vloge razen reproduktivne, bi po menopavzi količina teh hormonov padla na ničlo. Pa se to ne zgodi. In podobno, če bi po menopavzi GSH, FSH in LH nenadoma ostali brez pomena, bi pričakovali, da bi po tem času ti hormoni prenehali krožiti po našem organizmu. V resnici pa je ravno nasprotno. Očitno je, da ne gre več za reprodukcijo, pač pa za to, da ima telo v svoji modrosti druge motive za nadaljnjo tvorbo tako imenovanih reproduktivnih hormonov.« (Northrup, 2006: 65)

S tem pojasnjevanjem se avtorica poskuša izogniti tako mehanicističnemu pojmovanju telesa (ko pravi, da ima telo »svojo modrost«, presega poenostavljen medicinski model delovanja telesa kot produkcijske enote) in ključnosti reproduksijske vloge.

Poleg negativnih metafor, ki opisujejo delovanje ženskih reproduktivnih organov v obdobju menopavze, medicinski diskurz v konceptualizacijo menopavze vključuje pojav različnih zdravstvenih težav (simptomov). Poudarjanje zdravstvenih težav pri pojasnjevanju menopavznih sprememb apelira na večji medicinski nadzor nad ženskami v menopavzi in tudi na večje število preventivnih pregledov, ki naj jih v tem obdobju opravijo (mamografija, meritve gostote kosti, meritve ravni hormonov, itd.). Iz feministične perspektive (McKie v White, 2002: 147) se skozi ideologijo preventive

izvaja nad ženskami nadzor države, profesionalnih skupin in moških. V analiziranih priročnikih je mogoče zaslediti odobravanje nadzora profesionalne skupine (zdravnikov in medicinskega osebja) nad žensko v menopavzi tudi v stališču, da le medicinski testi za določanje količine hormonov v telesu in zdravnikovo mnenje edina lahko potrdita, da je posameznica dejansko v menopavzi. Priročniki svetujejo, naj ženska natančno opazuje svoje telo in ko bo opazila katero od sprememb, ki jih navajajo kot simptome menopavze, naj pohiti k zdravniku, ki bo potrdil ali ovrgel njen sum:

»V: Stara sem 48 let in že tri mesece nimam menstruacije. Drugih simptomov nimam. Sem v menopavzi? Moram k zdravniku?

O: Seveda, k zdravniku morate. Le tako boste namreč ugotovili, kaj se v vašem telesu dogaja. Če bo vaš zdravnik menil, da gre za menopavzo, bo verjetno opravil preprosti krvni test, s katerim bo določil količino hormona, ki spodbuja delovanje foliklov...« (Jacobowitz, 1994: 28)

V analiziranih priročnikih se pojavljata še dve podobnosti. Prva razlaga obdobje menopavze kot obdobje, podobno puberteti, saj gre v obeh primerih za hormonska nihanja, ki sprožijo telesne spremembe. Pri tem pa je puberteta označena pozitivno, kot čas odraščanja in razcveta, medtem ko menopavza nosi negativni predznak upadanja:

»Obdobje klimakterija je še najbolj podobno obdobju pubertete. V obeh obdobjih nastajajo hormonske spremembe, spreminja se zunanja podoba, en del življenja je zaključen, odpira se novo poglavje. Pa vendar je puberteta nekaj lepega in težko pričakovanega, vrata v polno življenje se odpirajo. Klimakterija se nihče ne veseli. Zakaj ne? Saj je to zadnji del življenja, ki je lahko povezan z boleznijo in nemočjo in mu sledi smrt.« (Kocijančič, 1995: 9)

Druga trditev, ki jo je mogoče zaslediti v vseh petih priročnikih, se nanaša na statistični podatek, da povprečna življenjska doba žensk v preteklosti ni bila dovolj dolga, da bi dočakale menopavzo. Smiselna interpretacija tega podatka je, da je, zaradi življenjskih razmer in visoke smrtnosti ob porodih, povprečna življenjska doba žensk bila krajša od povprečne starosti, v kateri nastopi menopavza, vendar pa so tudi v preteklosti nekatere ženske dočakale menopavzo. Spodnja citata pa jasno kažeta, kako je ta podatek mogoče interpretirati z namenom, da se izpostavi primarnost reprodukcijske vloge pri ženskah, oziroma, da se menopavza prikaže kot izkušnja, s katero naj bi se spopadale le današnje ženske:

»Mena je napaka narave. Nikoli ni bil namen, da bi se ženske odrekle estrogenu. Nikoli namreč tudi ni bilo mišljeno, da bi preživele svoje rodno obdobje.« (Stoppard, 1996: 7)

»Menopavza je problem moderne dobe. Obdobje po prenehanju menstruacij večina žensk pred 100 ali celo pred 60 leti ni dočakala, njihovo življenje se je izteklo z zadnjo menstruacijo. Šele v zadnjem stoletju so ženske začele živeti dlje kot njihovi jajčniki.« (Rosenthal, 2005: 18)

Obe avtorici v tem kontekstu tudi trdita, da je menopavza »napaka narave« in »problem moderne dobe«, v priročnikih pa je opisana tudi kot »zadnji del življenja, ki je lahko povezan z boleznijo in nemočjo in mu sledi smrt« (Kocijančič, 1995: 9) ali kot »dramatične spremembe v telesnem kemizmu, (ki) sprožijo proces staranja« (Rosenthal, 2005: 18).

Tem negativnim mnenjem pa so nasprotna pozitivna stališča do menopavze, ki se prav tako pojavljajo v vseh analiziranih priročnikih, npr:

»Potem, ko sem delala s tisočimi ženskami, ki so preživele ta proces, in potem, ko sem ga tudi sama doživela, lahko z veliko gotovostjo rečem, da je menopavza vznemirljiva faza razvoja, in če v njej zavestno sodelujemo, ponuja raznovrstna pričakovanja za spremembo in ozdravljenje našega telesa, uma in duha na najgloblji ravni.« (Northrup, 2006: 10-11)

Čeprav je v vsakem od priročnikov mogoče zaslediti temu podobna pozitivna in spodbujajoča mnenja o menopavzi, je vsebina priročnikov strukturirana tako, da v največjem delu pojasnjuje zdravstvene težave in neprijetnosti. Medicinski model menopavze tudi utrjuje mnenje, da je menopavza, tako kot jo razume zahodna medicina in doživljajo pripadnice zahodne družbe, univerzalni pojav. V dveh od petih priročnikov (Stoppard, 1996; Rosenthal, 2005) je sicer mogoče zaslediti kratka odstavka o drugačnih izkušnjah menopavze v drugih kulturah, ki pa se v celotni vsebini priročnikov povsem izgubita.

Vseh pet priročnikov poudarja izjemen pomen informiranosti; ženska naj bi o menopavzi vedela čim več, da bi lahko preprečila občutek, da nima telesa pod nadzorom:

»Za nekatere ženske je mena še posebno moteča, ker imajo občutek, da se njihovo telo spreminja, da jih celo pušča na cedilu, pa nikakor ne morejo razumeti, zakaj ali kako. Na prihajajoče spremembe boste bolj pripravljene, če boste razumele, zakaj se pojavljajo ali kako jih lahko preprečite.« (Stoppard, 1996: 34)

Poudarjanje razumevanja sprememb in njihovo obvladovanje sta A. Lyons in C. Griffin (2003) definirali kot »upravljalni diskurz«, ki ženskam nalaga, da prevzamejo vso odgovornost za menopavzno obdobje: zberejo naj čim več (medicinskih) informacij o menopavzi, saj bodo le tako kompetentne sogovornice zdravnikom. Tudi te morajo izbrati skrbno in preudarno in jim svoje težave predstaviti ne le artikulirano, temveč tudi zadosti emocionalno, hkrati pa s pravo mero, kot svetuje ena od avtoric priročnikov (Jacobowitz, 1994). Obisk pri zdravniku zahteva od ženske – pacientke odnosno delo, saj mora biti ves čas pogovora pozorna na to, kako predstavi svoje težave in kako se na pogovor odziva zdravnik. V slovenskem prevodu so ti odlomki še bolj seksistični, saj prevajalka za zdravnika izključno uporablja moški spol:

*»V: Kako naj dosežem, da me bo zdravnik resno jemal?
Zelo dobro se spominjam, kako sem si prizadevala, da bi zvenela uravnovešeno in ne pretirano zaskrbljena zase. Zdaj lahko razumem, zakaj me je tudi zdravnik jemal zlahka in se ni pretirano poglobljaj v moje težave. Zakaj bi se tudi posebej trudil z razlago, če sama nisem kazala kake posebne vneme, da bi se dokopala do pravih odgovorov?*

*Kako naj se pripravim na obisk pri zdravniku, da bom imela čim več od njega?
Sestavite seznam vprašanj in to naj bo osnova vajinega pogovora. (...) Pogovarjajte se prijazno in nenapadalno. (...) Če ste si pripravili seznam vprašanj za pogovor, potem jih pri enem obisku zastavite od tri do pet. (...) Razvijanje pravega odnosa zahteva čas in raste počasi.« (Jacobowitz, 1994: 113- 114)*

V nasprotju z medicinskim, »naravni« model menopavze konceptualizira menopavzo kot označevalko biološkega in družbenega prehoda in ni izključno vezan na zdravstvene težave in telesne spremembe. Tudi ta model je prisoten v analiziranem gradivu, čeprav v precej manjšem obsegu:

»Mena je lahko psihična prelomnica pa tudi telesna. Ko otroci odidejo od doma in se vaše obremenitve zmanjšajo, imate priložnost, da ponovno ocenite svoj način življenja, svoj način dela in odnose z ljudmi in da poskrbite za nekaj pozitivnih sprememb.« (Stoppard, 1996: 9)

Feministični diskurz v navezavi na menopavzo pogosto poudarja kulturne stereotipe o ženski privlačnosti, s katerimi se ženska v menopavzi mora soočati. Avtorice vseh petih priročnikov opozarjajo na zahodne lepotne ideale, ki se jim ženska v menopavzi približa še težje kot mlajše ženske, npr:

»Zahodna kultura s svojim poudarkom na mladosti, modi in spolnosti predstavlja srednja leta kot nemoderna in nepriljubljena. Ni čudno, da se ženske okužijo z negativnimi stališči do staranja in klimakterija, ko pa jih povsod obdajajo medijske podobe, ki utrjujejo stereotipne predstave o ženskosti.« (Stoppard, 1995: 25)

V priročniku *Hormonsko nadomestno zdravljenje - alternativni pristop* (Rosenthal, 2005) pa avtorica izpostavi tudi vprašanje medikalizacije menopavze, ki je pogosta kritika feminističnih avtoric:

»Če je menopavza naravno obdobje v življenju ženske, zakaj jo medicina obravnava kot bolezen? Zakaj za opisovanje naravnih sprememb, povezanih z zmanjšano tvorbo estrogena, uporabljajo besedo simptomi? Zakaj vas prepričujejo, da imate »sindrom pomanjkanja hormonov« in vas obravnavajo kot bolnika, vi pa se počutite povsem dobro? Odgovor je preprost: Smo del kulture Zahoda, v kateri je vse podvrženo medicini in patologiji - od maternice do groba.« (Rosenthal, 2005: 14-15)

Prevladujoči medicinski diskurz menopavzo definira kot stanje pomanjkanja hormona estrogena, kar v ženskem telesu lahko sproži različne težave (menopavzne simptome). Ti se kažejo kot začetni simptomi menopavze in kot časovno odmaknjene spremembe, ki se lahko razvijejo v resne bolezni. Največji del vsebine vseh petih priročnikov je namenjen pojasnjevanju teh sprememb (simptomov) ter njihovemu zdravljenju.

Priročniki se med seboj zelo razlikujejo v številu simptomov, ki jih povezujejo s pojavom menopavze, npr:

»Iz medicinskega stališča obstajajo le trije klasični (telesni) kratkoročni znaki menopavze: neredne menstruacije, navali vročine in izsušenost nožnice.(...) Vzrok duševnih težav, kot so razdražljivost, nihanje razpoloženja, melanholičnost in depresija, pa je v porastu FSH hormona.« (Rosenthal, 2005: 23)

»V klimakteriju opisujejo ženske neverjetno veliko težav. Težave lahko zelo grobo razdelimo v telesne in duševne, čeprav se obojne pogosto prepletajo. (...) Telesni simptomi klimakterija so: neredne menstruacije, izredno močne menstruacije, prenehanje

menstruacije, navali vročine in zardevanje, hitrejše bitje srca in zbadanje za prsnico, glavobol, nespečnost, utrujenost, bolečine v kosteh, mišicah in sklepih, ščemenje in pikanje po koži, tople ali mrzle noge, težave s prebavo, napihnjjenost, suha nožnica, bolečina pri spolnem odnosu, uhajanje maternice, uhajanje urina, osteoporoza, bolezni srca in ožilja, redčenje in tanjšanje las ter povečanje telesne teže. Duševni simptomi klimakterija so: spremenljivost razpoloženja, depresija, neodločnost, občutek nepotrebnosti, izjemno dobra volja, razdražljivost, različne fobije, jokavost, spremembe v libidu, bojazljivost, zmedenost, vzkipljivost, pomanjkanje notranje energije, zmanjšanje sposobnosti koncentracije in pešanje spomina.» (Kocijančič, 1995: 26)

Različno število simptomov, ki jih priročniki navajajo, je mogoče pojasniti z ohlapnostjo pojma menopavza: v priročnikih, kjer je menopavza definirana kot kratko obdobje okoli zadnje menstruacije, je število simptomov majhno, medtem ko je v priročnikih, ki obravnavajo daljše obdobje (vključen čas nekaj let pred in po zadnji menstruaciji) naštetih simptomov veliko več. V vseh priročnikih avtorice sicer poudarjajo, da se pri večini žensk pojavi le manjše število simptomov, ki trajajo le krajši čas in pri večini niso toliko moteči, da bi zahtevali zdravljenje, vendar že samo naštevanje tolikega števila različnih zdravstvenih težav pri bralkah lahko sproži občutek strahu.

Naštete simptome lahko v grobem razdelimo na telesne in psihološke, ter na tiste, ki se pojavijo v času izgube menstruacije (neredne menstruacije, navali vročine, nočna potenja), in one, ki se lahko pojavijo od pet do deset let po izgubi menstruacije (spremembe na koži, bolezni srca, osteoporoza). Za slednje je značilno, da ženske prizadenejo okoli 60. leta starosti, zato so v enaki meri kot hormonske spremembe, posledica procesa staranja.

V vseh petih priročnikih je največja pozornost namenjena telesnim spremembam: začetnim simptomom (spremembe menstrualnega ciklusa, vročinski oblivi in potenja), srčno-žilnim boleznim, raku (predvsem na dojki in rodilih), osteoporozi, kožnim spremembam ter spremembam v organih medeničnega dna (sečila in spolni organi). Posamezni simptomi in bolezni so v ločenih poglavjih natančno pojasnjeni, opisani so medicinski postopki za ugotavljanje bolezenskih sprememb, zdravljenje (kar trije od petih analiziranih priročnikov svetujejo NHZ kot najučinkovitejše) ter druge »alternativne« načine preprečevanja, lajšanja oz. zdravljenja (prehrana, gibanje, zelišča, sprostitvene tehnike).

Psihološkim simptomom je namenjeno veliko manj pozornosti. Priročniki se razlikujejo v tem, ali jih obravnavajo izključno kot posledico hormonskih sprememb, npr:

»Nihanje količine estrogena lahko povzroči čustvene simptome, kot so spremenljivo razpoloženje, tesnoba, razdražljivost, potrlost, živčnost in jokavost. Tudi hipokampus deluje slabše, zato postanemo bolj pozabljive. Spoznavne funkcije, kot je pojmovno mišljenje, nam lahko začnejo povzročati težave.« (Stoppard, 1996: 35)

Druge avtorice pa za psihološke spremembe navajajo tudi druge vzroke, predvsem tiste, ki izhajajo iz družinskega in delovnega okolja:

»Nespečnost ni posledica pomanjkanja estrogenov, vendar je ena od glavnih težav, ki mučijo žensko v klimakteriju. (...) Napad potenja je lahko tako neprijeten, da vstane, se preobleče, odpre okno ali izključi gretje. Če je poročena in deli spalnico z možem, zbudi tudi njega. Pričnejo se pregovarjanja, ki se pogosto končajo z ločeno spalnico. Napetost, ki ob tem raste v neposredni okolici klimakterične ženske, je zanjo vse prej kot spodbudna. Te vrste nespečnosti lahko odpravimo s hormonskim nadomestnim zdravljenjem« (Kocijančič, 1995: 31)

V tem odlomku bode v oči avtoričino poudarjanje partnerjevega nerazumevanja in nesprejemanja partnerkinih težav (*»pričnejo se pregovarjanja«*; ločena spalnica se ne zdi enostavna in razumna rešitev, temveč sankcija). Odlomek odseva implicitno avtoričino mnenje, da je za dober partnerski odnos zadolžena predvsem žena, zato NHZ, ki nočna potenja večinoma uspešno preprečuje, v resnici ni neodvisna izbira, ampak nuja. Tudi Northrupova (2006) izpostavlja dejstvo, da je v zahodni kulturi ženski primarno namenjena vloga skrbnice drugih, zaradi katere zanemarja svoje potrebe:

»Če si ogledamo tipično dinamiko intimnih družinskih odnosov v naši kulturi, lahko s precej gotovosti rečemo, da večina skrbi za družino, podpore in podrejenosti, pa tudi žrtvovanja pade na žensko.(...) Zaradi tega lahko pride do neverjetnega izbruha zgoščenega nezadovoljstva, ko se hormonski pajčolan dvigne in ženska nenadoma jasno vidi, kaj se je zgodilo z njenim življenjem.« (Northrup, 2006: 26)

Čustvene spremembe (razdražljivost, jeza, nihanje razpoloženja), ki jih druge avtorice uvrščajo le med simptome menopavze, ki jih je mogoče uspešno odpraviti s hormonskim zdravljenjem, ker so moteči za okolico, Northrupova razume kot znake, s katerimi telo opozarja žensko, da mora narediti v življenju določene spremembe:

»Čeprav nas naša kultura in okolje prepričujeta, da so spremembe razpoloženja zgolj posledica ponorelih hormonov in da nimajo zveze z našim življenjem, obstajajo trdni dokazi, da za številnimi hormonskimi spremembami v možganih in telesu stojijo ponavljajoče se epizode stresa (na primer zaradi situacij, povezanih s partnerjem, otroki in službo, ob katerih se jezite ali imate občutek nemoči).« (Northrup, 2006: 52)

Če ženska te »modrosti telesa« ne posluša, se simptomi lahko poslabšajo in razvijejo v resno bolezen. Northrupova ženskam zato svetuje, naj skrbstveno energijo, ki so jo dolga leta usmerjale v druge, v času menopavze končno usmerijo vase, preoblikujejo odnose, ki jih omejujejo in najdejo načine, da postanejo »zdravo samostojne« (Northrup, 2006: 97).

Priročniki se med seboj razlikujejo tudi po načinu obravnavanja NHZ. Dva od petih analiziranih priročnikov NHZ izrecno zagovarjata, avtorica enega priročnika ga odklanja in dve ga predstavitava kot le eno (ne najboljše niti ne najbolj učinkovito) izmed možnosti za lajšanje težav.

V priročnikih, v katerih avtorici svetujta uporabo NHZ, je tej temi namenjeno več poglavij. Medtem ko Jacobowitzova (1994) poglavja naslavlja precej nevtrarno (*Kaj je hormonska nadomestna terapija?, Ali sem primerna kandidatka za estrogensko nadomestno terapijo?*), je Stoppardova (1996) v naslavljanju poglavij o hormonski terapiji precej bolj populistična: *Gospodarice svoje mene, Kaj v meni lahko za vas naredi medicina?*

V uvodih v poglavja o NHZ zagovornici hormonskega zdravljenja izpostavita (feministično) mnenje o pravici žensk do resne medicinske obravnave njihovih težav:

»Zastavlja se torej vprašanje, ali je te simptome treba zdraviti? Menim, da vsak simptom, ki povzroča težave, zasluži, da ga zdravimo. (...) Vse ženske ne potrebujejo estrogena, mislim pa, da bi vse morale imeti možnost izbire. Šla bi še dlje: vse ženske imajo pravico do štirimesečnega poskusnega HNZ. Navsezadnje nimate kaj izgubiti (tako kratkotrajno jemanje ni povezano z nikakršnimi tveganji), dobite pa lahko vse. V štirih mesecih boste vedele, ali se je kakovost vašega življenja izboljšala.« (Stoppard, 1996:8)

»Dandanes le 20 odstotkov žensk, ki bi lahko jemale hormonsko nadomestno terapijo, to tudi jemlje, vendar njihovo število narašča. Narašča pa zato, ker so ženske vse bolj poučene in se vse bolj zanimajo ter so navajene, da na svoja vprašanja dobivajo odgovore.« (Jacobowitz, 1994: 52)

Na prvi pogled ideološko nevtralna odstavka pri pazljivejšem branju pokažeta, da to nista. Mnenje Stoppardove, da »navsezadnje ženska pri štirimesečnem poskusnem jemanju nima kaj izgubiti« izključuje pravico ženske do pretehtane in samostojne odločitve o jemanju NHZ, medtem ko sporočilo Jacobowitzove sugerira, da se ženske, ki se zanimajo za NHZ, tudi odločijo zanj.

Avtorice ostalih treh priročnikov prav tako poudarjajo pravico žensk do samostojne odločitve za ali proti jemanju nadomestnih hormonov, vendar izražajo pomisleke o njegovi koristnosti, ki jih argumentirajo z izsledki raziskav o povečanem tveganju za obolenjostjo za rakom na dojki, nekompatibilnostjo sintetičnih hormonov z naravnimi hormoni v ženskem telesu, s stranskimi učinki, ki se lahko pojavijo v začetku jemanja (zadrževanje vode in občutek napihnjenosti, glavoboli...) in s tem, da NHZ odpravlja le nekatere, ne pa vseh težav, s katerimi se ženska v menopavzi sooča. Spodbudno je, da se med avtorice, ki do NHZ zavzemajo kritični odnos, uvršča slovenska avtorica priročnika o menopavzi *Knjiga o klimakteriju* (Kocijančič, 1995) in avtorici obeh novejših priročnikov – *Hormonsko nadomestno zdravljenje: alternativni pristop* (Rosenthal, 2005) in *Žensko telo, ženska modrost* (Northrup, 2006), tako da imajo bralke, ki po tej literaturi posegajo, precejšnjo možnost, da dobijo bolj kompleksno sliko o NHZ.

Analizirani priročniki povzemajo medicinski diskurz, v katerem je menopavza konceptualizirana kot stanje negativnih psiho-somatskih sprememb, ki zahtevajo zdravniški nadzor in zdravljenje. Poudarjena je tudi vloga posameznice, ki mora aktivno sodelovati v iskanju načinov za preprečevanje simptomov in bolezni, povezanih z menopavzo, predvsem s spremembo prehrane in telesno dejavnostjo. Avtorice v medicinski diskurz vpletajo prvine feminističnega diskurza o menopavzi, ki izpostavlja vprašanja medikalizacije tega obdobja, kritiko NHZ (pa tudi njegovo zagovarjanje), kulturne definicije ženskosti in statusne spremembe. Priročnik Northrupove (2006) med vsemi analiziranimi priročniki daje največ poudarka družbenim dejavnikom, ki vplivajo na doživljanje menopavze in tudi jasne predloge, kako naj jih posameznica spremeni sebi v prid. Cilj teh sprememb po avtoričinem mnenju pa ni le sprememba kakovosti življenja posameznice, ampak celotne družbe:

»Nikoli ne pozabite, da velika modrost življenja pride ob menopavzi. V tem je velika moč. Čeprav skušajo mediji narediti ženske v zrelih letih tako rekoč nevidne, smo na prelomni točki. Tvorimo kritično maso in začnemo spoznavati lastno moč. (...) In kaj se bo zgodilo, ko se bomo že zaradi same številčnosti in okoliščin naših oblikovalnih let prebudile in ugotovile, da so ljudje, na katere smo vseskozi čakale, me same? Ko bomo pokazale svojo ekonomsko, umsko in telesno moč, svoj denar in energijo vložile v svoje ideale, se bo svet spremenil tako, da bo odseval našo prirojeno žensko modrost, modrost, ki lahko koristi vsaki ženski, moškemu, otroku in živemu bitju na tem svetu.« (Northrup, 2006: 604)

Mnenje Northrupove je do neke mere skladno z demografskimi trendi in sociološkimi raziskavami (Eurostat, 2006; Lachman, 2004), ki kažejo, da je generacija žensk, ki so zdaj v obdobju menopavze, številčnejša, ekonomsko uspešnejša in družbeno vplivnejša, kot so bile prejšnje generacije žensk. Njena misel *»da se bo svet spremenil tako, da bo odseval našo prirojeno žensko modrost«* je seveda utopična, obenem pa se avtorica zateka v esencializem in predpostavlja obstoj enotnega ženskega subjekta, ki mu je prirojena *»ženska modrost«*.

6. 2. Analiza brošur in zgibank

COBISS med zadetki pod iskanim geslom *»menopavza, monografske publikacije v slovenskem jeziku«* navaja še dve monografski publikaciji, ki pa sta javnosti dosegljivi le v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani: *Hormonsko nadomestno zdravljenje v menopavzi - priporočilo Ginekološke sekcije SZD (1995)*: in *Menopavza: vprašanja in odgovori - priporočilo Ginekološke sekcije SZD (1995/2006)*.

Obe brošuri imata na platnicah natisnjen logo farmacevtske družbe NovoNordisk, zato menim, da sta v resnici oglaševalska poteza za izdelke NHZ, ki jih NovoNordisk prodaja na slovenskem tržišču. Iz tega razloga sem obe knjižici vključila v korpus farmacevtskih brošur in zgibank. V analizo sem poleg omenjenih dveh brošur vključila še zgibanko o nadomestnem hormonskem zdravilu *Angeliq*, farmacevtskega podjetja Schering, ter dve brošuri in tri zgibanke o fitofarmacevtskih izdelkih. Vsi teksti so v slovenskem jeziku in so v letu 2006 bili dostopni v ginekoloških in splošnih ordinacijah ali v lekarnah in zeliščnih lekarnah.

6. 2. 1. Brošuri in zgibanka o nadomestnem hormonskem zdravljenju

Farmacevtski družbi NovoNordisk in Schering sta največji ponudnici hormonskih nadomestnih zdravil na slovenskem trgu. Po 69. členu Zakona o zdravilih in medicinskih pripomočkih (ZZMP) zdravil na recept ni mogoče oglaševati v javnih občilih, zato se obe podjetji poslužujeta drugačnih marketinških strategij: izdaje edukativnih brošur in zgibank, ki so dostopne le v zdravniških ordinacijah. Obe analizirani brošuri o NHZ je izdala družba NovoNordisk, medtem ko je podjetje Schering izdalo le zgibanko o hormonskem zdravilu *Angeliq*. Med analiziranimi teksti je le brošura *Hormonsko nadomestno zdravljenje v menopavzi* avtorsko delo. Napisali so jo trije slovenski zdravniki, prof. dr. Helena Meden Vrtovec, prof. dr. Meta Hren Božič in prof. dr. Božo Kralj. Obe brošuri sta podnaslovljeni kot *Priporočilo Ginekološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva*, kar jima, poleg marketinške, daje dodatno dimenzijo medicinske informacije.

Brošura *Menopavza: vprašanja in odgovori* nima navedenih avtorjev, je pa prav tako podnaslovljena kot *Priporočilo Ginekološke sekcije SZD*. Prva izdaja iz leta 1995 je bila leta 2006 ponatisnjena. Brošura je konceptualizirana kot 19 vprašanj in kratkih odgovorov o menopavzi, telesnih spremembah in hormonskem nadomestnem zdravljenju. Tudi zgibanka podjetja Schering nima navedenega avtorja in tudi ona je konceptualizirana kot sedem kratkih vprašanj in odgovorov o zdravilu *Angeliq*, samega koncepta menopavze pa ne obravnava.

Brošura in zgibanka, ki nimata navedenih avtorjev, imata tekst formatiran v obliko vprašanj in odgovorov, ki simulirajo pogovor med pacientko in zdravniško avtoriteto in še dodatno utrjujejo vtis, da je tekst relevantna medicinska informacija. Natančnejše branje pa razkrije, da tekst brošure poleg informacij vsebuje tudi prikrito oglaševanje:

»Kaj je hormonsko nadomestno zdravljenje(HNZ)?

*Po menopavzi jajčniki ne izločajo več estrogena in progesterona. Estrogen in progesteron, ki se prenehata izločati po menopavzi, lahko nadomestimo s hormoni, ki so po kemijski sestavi povsem enaki tistim, ki jih jajčnika ne tvorita več. Hormonsko nadomestno zdravljenje lahko vsebuje: le progesteron (za ureditev nerednih krvavitev), le estrogen (*Estrofem*) – za ženske, ki so jim odstranili maternico in/ali jajčnike.«*
(*Menopavza: vprašanja in odgovori*, str. 13)

Estrofem je seveda eno od zdravil NHZ podjetja Novo Nordisk. Bralka tako obenem dobi (zelo poenostavljeno) informacijo o tem, kaj je smisel NHZ in ime zdravila (*Estrofem*), ki ga pri zdravniku lahko zahteva.

V analiziranih tekstih je, enako kot v priročnikih o menopavzi, menopavza konceptualizirana kot obdobje zdravstvenih težav, ki so posledica nihanja ravni hormonov. Hormonske spremembe so ilustrirane z negativnimi metaforami *staranja*, *popuščanja* in *motenega ravnovesja*:

»Klimakterij je naraven biološki proces, ki je odraz staranja jajčnikov. Obenem je tudi obrambni biološki mehanizem, ki preprečuje spočetje v obdobju, ko oploditev s spremenjeno (starajočo se) jajčno celico lahko povzroča genske motnje pri potomcih. Že pred menopavzo, to je pred zadnjo menstruacijo, se v organizmu ženske pojavijo znaki motenega notranjega ravnovesja. Jajčnik, ki v svojem delovanju popušča, ni zmožen pravilno reagirati na spodbude hipofize.« (Hormonsko nadomestno zdravljenje v menopavzi, str. 4)

V odlomku je tudi jasno razpoznaven poudarek na reproduktivni nezmožnosti ženske v menopavzi. In nenazadnje, brošura *Menopavza: vprašanja in odgovori* kot odgovor na vprašanje Zakaj o menopavzi toliko govorimo?, pravi:

»O njej vse pogosteje govorimo, ker vemo za neprijetne posledice menopavze; da bi omilili številne klimakterične težave; da bi izboljšali kvaliteto življenja v pomenopavzi. Pred stoletjem se ni veliko govorilo o posledicah menopavze, ker je bila pričakovana življenjska doba ženske komaj nekaj nad 50 let. Ženske živijo sedaj skoraj 80 let. Zato ženske lahko pričakujejo, da bodo tretjino življenja živele s posledicami menopavze.« (Menopavza: vprašanja in odgovori, str. 5)

V tem tekstu je mogoče identificirati vsaj tri trditve, ki na konotativni ravni dajejo menopavzi negativni predznak: (1) menopavza je čas številnih težav in pušča posledice; (2) pričakovana življenjska doba žensk je bila 50 let, medtem ko je sedaj 80 – današnje ženske v menopavzi nimajo torej nič skupnega s svojimi materami ali babicami in znanje in izkušnje iz preteklosti ne štejejo, in (3) ženska tretjino življenja živi s *posledicami* menopavze, ki so, glede na celotni kontekst odgovora, izključno negativne.

Pomanjkanje hormonov sproži številne simptome, ki so moteči za žensko in tudi za njeno okolico; statistični podatki pa ilustrirajo, kako razširjeni so ti simptomi med ženskami. V brošuri *Menopavza, vprašanja in odgovori* se del odgovora, ki se nanaša na menopavzno simptomatiko v izdajah iz leta 1995 in 2006 pomembno razlikujeta:

»Le četrtnina žensk je brez težav, ki jih imenujemo klimakterični simptomi. Ti so številni in lahko zelo moteči.« (Menopavza, vprašanja in odgovori, 1995, str. 9)

»Kar tri četrtine žensk navaja klimakterične simptome. Ti so številni, pojavijo se že nekaj let pred menopavzo in izzvenijo šele po nekaj letih. Lahko so zelo moteči, saj spremenijo kvaliteto življenja.« (Menopavza, vprašanja in odgovori, 2006, str. 9)

V novejšem tekstu je izpostavljen visok odstotek žensk (*»kar tri četrtine«*), ki navajajo klimakterične simptome. Iz tega je mogoče sklepati, da vseh 75 % žensk v menopavzi obišče zdravnika, saj drugje kot pri zdravniku ženske praviloma ne *»navajajo klimakteričnih simptomov«*. Izpostavljena je tudi dolžina obdobja, v katerem se simptomi pojavljajo (*»že nekaj let pred menopavzo«, »izzvenijo šele po nekaj letih«*); poudarek je tudi na spremembi *»kvalitete življenja«*. Zaključek, ki ga ta tekst ponuja, je: v menopavzi ima ženska težave, ki se vlečejo leta in moteče vplivajo na življenje. Precej manj populističen je tekst v brošuri *Hormonsko nadomestno zdravljenje v menopavzi*:

»Znano je, da približno 15% žensk v klimakteriju nima izraženih motenj, okrog 60% ima le občasne težave in svoje delo opravljajo brez naporov, 15 do 25% žensk pa ima tako izražene motnje, da je potrebno zdravljenje.« (Hormonsko nadomestno zdravljenje v menopavzi, str. 5)

Za oba teksta pa velja, da ni naveden vir statističnih podatkov, niti nobena karakteristika anketirane populacije (npr. starost, izobrazba, rasna, etična pripadnost, itd). Zato ti podatki nimajo prave teže, dajejo pa napačen vtis, da so težave, povezane z menopavzo, univerzalen pojav, ki mu podleže večina žensk.

Teksti simptome, ki jih navajajo, delijo na zgodnje in pozne, kar sovpada z obdobjem pred zadnjo menstruacijo in obdobjem po njej, npr:

»Angeliq nadomesti manjkajoče hormone in tako prepreči ali ublaži zgodnje posledice klimakterija, na primer vročinske valove, razbijanje srca, nočno potenje. Če se takšno zdravljenje nadaljuje dalj časa, pomaga preprečiti tudi pozne posledice pomanjkanja spolnih hormonov, kot na primer osteoporozo, stanjšanje sluznice v nožnici in sečnici, stanjšanje kože.« (Zgibanka Angeliq)

V enem od treh analiziranih tekstov pa je obdobje pojava menopavznih simptomov, opisano v podpoglavju *»Klimakterična simptomatika«*, raztegnjeno na kar celotno življenjsko obdobje ženske po 40. letu starosti. Za opisovanje simptomov je značilno tudi skupno naštevavanje telesnih in psiholoških simptomov, kar daje vtis, da so tako eni kot drugi izključno posledica hormonskih nihanj:

»Med 40. in 50. letom starosti, ko delovanje jajčnikov usiha, se pojavljajo t.i. premenopavzni vazomotorni simptomi: navali vročine v glavo, znojenje, občasno pospešeno bitje srca, utrujenost, duševne spremembe, zmanjšana čustvena stabilnost, glavoboli, razdražljivost, depresivno razpoloženje. Pomenopavzni simptomi (med 50. in 60. letom starosti) nastajajo približno leto dni po zadnji menstruaciji in poleg perimenopavznih obsegajo še motnje v prebavi, glavobole, prekomerno poraščenost, ohlapne dojke, bolečine v križu, bolečine pri spolnih odnosih, srbenje spolovila in uhajanje urina. Spremembi, ki nastaneta po 60. letu starosti in sta vezani na pomanjkanje estrogena sta osteoporozo in ateroskleroza.« (Hormonsko nadomestno zdravljenje v menopavzi, str.6)

V obeh brošurah, *Hormonsko nadomestno zdravljenje v menopavzi* in *Menopavza: vprašanja in odgovori*, sta vprašanju psihičnih sprememb namenjena dva kratka odlomka:

»V menopavzi se večina žensk zave krize srednjih let – to je dejstva, da je mladost minila in da je preostali del življenja omejen. To spoznanje je potrjeno s prenehanjem menstruacije, zato so duševne krize in stiske v klimakteriju pravzaprav krize človeške eksistence.« (Hormonsko nadomestno zdravljenje v menopavzi, str. 5)

Avtorici tega teksta, obe znani slovenski zdravnici s področja zdravljenja menopavznih težav, kar še dodatno daje težo njunim ugotovitvam, sicer eksplicitno ne pojasnita niti koliko je to *»večina žensk«*, niti zakaj bi kriza srednjih let bila nujno povezana le z minevanjem mladosti, niti zakaj bi se ženska ravno ob prenehanju menstruacije soočila z dejstvom omejenosti preostanka življenja. Jasno ni niti to, za kakšno omejenost gre – omejenost časa, ki je ženski še ostal do konca življenja, ali za omejenost v življenju, ker ni več sposobna reprodukcije, na kar napeljuje nadaljevanje teksta: *»to spoznanje je*

potrjeno s prenehanjem menstruacije«?! Iz napisanega lahko zaključimo, da je za avtorici kriza človeške (ženske) eksistence kriza konca rodnosti, kar je zelo, zelo ozek pogled, ki so ga ovrgle številne sociološke in antropološke raziskave ženskih izkušenj menopavze (npr. Lock, 1998; Spitzer, 2003; Shoer, 1999; Massé et. al. 2001).

Brošura *Menopavza: vprašanja in odgovori* tematiki psiholoških sprememb pristopi nekoliko drugače:

»Tako kot vsako obdobje v življenju, je tudi klimakterij lahko obdobje intelektualne in emocionalne rasti ali obdobje čustvene nestabilnosti, depresij in obupa. Same se lahko odločite, kaj boste izbrale. Vaš zdravnik vam bo pomagal. Posvetujte se z njim!« (Menopavza: vprašanja in odgovori, str. 9)

Tekst predstavi menopavzo kot ali/ali odločitev, ki je povsem v domeni posameznice, ne glede na dejavnike okolja. Retorična ugotovitev, da se *»same lahko odločite kaj boste izbrale«* (le katera bi izbrala *čustvene nestabilnosti, depresije in obup* ?!) vpelje pomoč zdravnika kot edino pravo pot k pozitivnim izkušnjam menopavze. Če je že odločitev za pozitivno ali negativno izkušnjo menopavze svobodna odločitev posameznice, se zdi, da je zdravnik (znova ponesrečena uporaba moškega spola) tisti, ki edini lahko pomaga.

Čeprav teksti o menopavzi govorijo kot o *»naravnem biološkem procesu«* in o določenem odstotku žensk (teksti navajajo različne odstotke), ki nimajo nobenih težav, ne omenjajo možnosti, da se telo po določenem času adaptira na spremenjen nivo hormonov in klimakterični simptomi izginejo sami od sebe, brez posledic. Raje kot tovrstni pozitivni scenarij, teksti predstavljajo negativnega, po katerem se eni simptomi le prelijejo v druge (hujše, oziroma bolj nevarne):

»Pozne posledice prenehanja delovanja jajčnikov nastajajo počasi in neopazno, pokažejo pa se že nekaj let po zadnji menstruaciji, predvsem kot osteoporoza ter obolenje srca in ožilja.« (Menopavza: vprašanja in odgovori, 7)

V brošurah je menopavza torej konceptualizirana kot zdravstvena težava, ki zahteva medicinski tretma, to je hormonsko nadomestno terapijo, ki bo ponovno vzpostavila

»naravno hormonsko ravnotežje« (kot naravno je tu mišljeno nivo hormonov, kot ga ima ženska v rodni dobi) in izboljšala kakovost življenja.

»Hormonsko nadomestno zdravljenje nadomesti naravne spolne hormone. Klimakterični simptomi postopoma prenehajo, vrednosti holesterola se zmanjšajo, prekrvavitev se izboljša, kosti se ne redčijo, staranje se upočasni.« (Menopavza: vprašanja in odgovori, str. 15)

Kaj naj bi točno pomenilo, da se »staranje upočasni«, ni mogoče razvozlati, saj je staranje izrazito kulturno definiran proces, ki ni neposredno povezan s hormoni. Enako nejasen je naslednji citat:

»Nadzorovano in usmerjeno NHZ omogoča lažji prehod v starost in lajša slovo od mladosti.« (Hormonsko nadomestno zdravljenje v menopavzi, str. 9)

Nobena od brošur ne pojasni, na kakšen način NHZ vpliva na staranje oziroma omogoča »lažji prehod v starost«, niti s čim »lajša slovo od mladosti«, zato ti trditvi predvsem utrujeta stereotipno predstavo, da je menopavza povezana s staranjem, kar ji daje še dodaten negativni predznak.

6. 2. 2. Brošuri in zgibanke o fitofarmaceutskih izdelkih

Fitofarmaceutski izdelki in prehranska dopolnila zaradi možnosti proste prodaje ne podlegajo 69. členu Zakona o zdravilih in medicinskih pripomočkih, po katerem je prepovedano oglaševanje zdravil na recept. Zato je v lekarnah, zeliščnih lekarnah in tudi v medijih mogoče zaslediti oglase za izdelke iz rastlin, ki naj bi pomagali ženskam v menopavzi. V analizo sem vključila dve brošuri podjetja Fidimed, v katerih oglašuje fitofarmaceutski izdelek *Remifemin* ter tri zgibanke za izdelke *Ekofitoestrogeni*, ki ga oglašuje podjetje Medis, *Feminal* podjetja Jadran Galenski Laboratorij ter *Phyto Soya* gel in *Phyto Soya* kapsule, ki ju oglašuje podjetje Divita.

V analiziranih tekstih se konceptualizacija menopavze prav v ničemer ne razlikuje od tiste, ki jo ponujajo priročniki o menopavzi in brošure o NHZ:

»Klimakterij je naravno biološko obdobje v življenju žensk – odraz staranja jajčnikov z upadanjem ženskih spolnih hormonov.« (Fidimedove novice – Remifemin kapsule, str. 2)

Gre torej za obdobje, ki ga označujeta negativni metafori staranja in upadanja, ki se navezujeta na konec rodne obdobja: *»Ovulacije postajajo redkejše, neredne, sposobnost rojevanja se izteka.« (Brošura za Remifemin, str. 2)*

Večina tekstov omenja tudi že znani trditvi, da ženske preživijo v menopavzi še precejšnji del življenja ter da so v času nastopa menopavze še polno zaposlene in obremenjene doma in na delovnem mestu. Enako kot pri brošurah o NHZ je tudi v teh tekstih pogost podatek o odstotku žensk, ki se srečujejo z menopavznimi težavami: *»Tri četrtine žensk med 45. in 60. letom občuti telesne in duševne težave...« (Fidimedove novice – Remifemin kapsule, str. 2)*. Enako kot brošure o NHZ, tudi fitofarmaceutski teksti pri teh trditvah ne navajajo vira podatkov. Poleg tega so podatki zavajajoči, saj ne ločijo med odstotkom žensk, ki imajo le blage težave in tistimi, katerih težave so tako izrazite, da jih ovirajo pri vsakdanjem življenju. Posploševanje sugerira na univerzalnost in neizbežnost negativnih sprememb in simptomov v menopavzi, ki jih vsi teksti v nadaljevanju tudi navajajo:

»Pomanjkanje ženskih spolnih hormonov – estrogenov – povzroči spremembe na številnih organih. Najbolj ogroženi so srce in obtočila ter kosti, neljube spremembe pa opazimo tudi na dojkah, koži in sečilih. Značilni simptomi so oblivi vročine, ki se pojavijo tudi desetkrat ali dvajsetkrat na dan in običajno trajajo nekaj minut, lahko jim sledi naval znojenja in mrzlice.« (Brošura za Remifemin, str. 3-4)

Teksti kot učinkovit način lajšanja menopavznih težav omenjajo NHZ, vendar poudarjajo škodljive vidike le-tega:

»Hormonsko zdravljenje je učinkovito tako pri lajšanju močno izraženih telesnih kot tudi duševnih menopavznih težav. Žal pa je nezdružljivo s številnimi bolezenskimi stanji in zdravili. Pogosto ga spremljajo neželeni učinki in zapleti, kot so zvečanje telesne teže, otekanje, slabost, glavoboli, mišični krči ali celo srčna ali možganska kap. Zadnja leta je hormonsko zdravljenje vse manj priljubljeno, saj so raziskave poleg številnih zapletov pokazale tudi jasno povezanost med tovrstnim zdravljenjem in zvečano pojavnostjo raka na dojki in maternici.« (Brošura za Remifemin, str. 6)

Kot alternativo NHZ teksti o fitofarmaceutskih izdelkih ponujajo pripravke iz različnih rastlin: soje (*Ekofitoestrogen* kapsule in *Phyto soya* gel in kapsule), črne detelje (*Feminal* kapsule) in grozdnate svetilke (*Remifemin* kapsule). Ti pripravki naj bi bili »naravni«, »varni« in »učinkoviti«. Kot dokazilo o učinkovitosti teksti posegajo v znanje ljudskega zdravilstva in v izkušnje žensk iz drugih kultur, kar je v nasprotju s trditvama, ki ju teksti prav tako navajajo: (1) da je menopavza v preteklosti bila skoraj neznana, saj jo ženske niso dočakale in (2) da so menopavzni simptomi, kot jih navaja zahodna medicina, univerzalen pojav:

»Za lajšanje težav v meni se zdravilne rastline uporabljajo že stoletja. Daleč najbolj raziskani so učinki rastline Cimicifuga racemosa (grozdnata svetilka)« (Brošura za Remifemin, str. 7)

»V azijskih deželah ženske občutno redkeje kot zahodno – evropske ženske prizadenejo menopavzalne težave, kot so na primer vročinski oblivi in znojenje. To utemeljujejo s prehrano Azijk, ki je bogata s sojo«. (Zgibanka o Ekofitoestrogen kapsulah)

Pogosta marketinška poteza pri oglaševanju fitoestrogenskih izdelkov je oznaka »naravno«:

»(...) Še dobro, da nam do boljšega počutja v klimakteriju lahko pomaga popolnoma naravno zdravilo!« (Zgibanka Fidimedove novice – Remifemin kapsule, str.2)

»Kapsule feminal so naravni izdelek.«(Zgibanka o Feminal kapsulah)

Res je sicer, da je osnova za izdelavo fitofarmaceutskih izdelkov rastlina, vendar je to še edino, kar je ostalo od »naravnega« pri izdelavi rastlinskih zdravil. Sodobni fitofarmaceutski izdelki so običajno sestavljeni iz ene prečiščene aktivne sestavine, katere biološki učinek je standardiziran in izmerjen, npr :

»Ena tableta (280 mg) vsebuje 0,018 - 0,26 ml tekočega izvlečka korenike cimicifuge, kar ustreza 20 mg korenike te zdravilne rastline«. (Brošura o Remifemin kapsulah, str. 13)

Northrupova (2006: 215) opozarja na raziskave, ki dokazujejo, da tako pripravljene fitofarmaceutski izdelki oziroma rastlinska zdravila in prehranska dopolnila ne dosegajo učinkovitosti farmacevtsko nepredelanih zelišč ali živil, saj le-ta vsebujejo številne

različne aktivne sestavine, ki na organizem delujejo sinergično. Ekonomski dobiček je zato ključni razlog za razmah fitofarmacevtskega tržišča: če farmacevtsko podjetje že ne more patentirati sestavine, saj je pridobljena iz rastline, lahko patentira postopke pridobivanja učinkovine in načine vnosa (Northrup, 2006: 176):

»Nemško podjetje Schaper & Brümmer proizvaja Remifemin® po strogo določenem standardiziranem postopku. Natančno nadzoruje vsak korak na poti od pridobivanja surove droge, pa vse do izdaje Remifemina, kar zagotavlja veliko učinkovitost in dobro prenosljivost zdravila.« (Brošura o Remifemin kapsulah, str. 11)

Z znakom patentne zaščite so v analiziranem gradivu poleg *Remifemin®-a* označeni tudi izdelki *Ekofitoestrogen®* kapsule, *Phyto Soya®* gel in *Phyto Soya®* kapsule, torej kar štirje od petih analiziranih izdelkov. Iz tega podatka je mogoče sklepati, da so negativni učinki NHZ na široko odprli vrata fitofarmaciji, ki obenem podlega manj strogim zahtevam glede testiranja in oglaševanja izdelkov kot farmacija sintetičnih zdravil, zato je njihova (ne)učinkovitost težje preverljiva. Postavlja pa se tudi vprašanje, zakaj bi bili rastlinski hormoni (izoflavonidi) za žensko telo bolj »naravni« kot na primer sintetični hormoni ali estrogen iz urina brejih kobil, ki ga je vsebovalo prvo široko uporabljano hormonsko zdravilo *Premarin*, saj so vse našteje oblike hormonov ženskemu telesu tujki. Poleg oznake »naravno« se pri enem izdelku pojavlja tudi oznaka »eko«: *»Ekofitoestrogen kapsule so prehransko dopolnilo na osnovi gensko nespremenjene soje.« (Zgibanke o Ekofitoestrogen kapsulah)*. Tudi to je zavajanje, saj so za ekološko pridelavo, ki jih ponavadi označujemo z oznakama »eko« ali »bio« postavljeni višji standardi, kot je le genska nespremenjenost rastline (npr. natančno določena kakovost tal, semena in postopkov gojenja).

Zgibanke o fitofarmacevtskih izdelkih torej uporabljajo enak medicinski diskurz kot zgibanke o NHZ, enako konceptualizirajo menopavzo kot obdobje negativnih telesnih sprememb in zdravstvenih težav, in enako svetujejo uporabo (fito)farmacevtskih izdelkov za njihovo lajšanje. Fitofarmacevtski izdelki (rastlinska zdravila in prehranski dodatki) so po načinu jemanja, obliki in embalaži enaki sintetičnim zdravilom in nosijo tudi opozorilo, da se »o tveganju in neželenih učinkih posvetujte z zdravnikom ali farmacevtom«, kar zopet legitimira zdravniško avtoriteto nad žensko v menopavzi. Od

brošur in zgibank o NHZ se fitofarmaceutske brošure in zgibanke razlikujejo le po tem, da poleg omembe učinkovitosti NHZ pri izrazitih menopavznih težavah, izpostavljajo njegove pomanjkljivosti oziroma nevarnosti.

6. 3. Analiza revijalnega tiska

Gradivo za analizo medijskih reprezentacij menopavze sem izbrala iz vseh izvodov revij *Jana*, *Naše žena*, *Viva* in *Zdravje*, ki so izšli v obdobju januar 1995 – december 2006.

6. 3. 1. Kvantitativna analiza tekstov

V zbranem gradivu sem identificirala 74 tekstov, v katerih je menopavza nosilna tema, 138 tekstov, v katerih je menopavza omenjena v navezavi na nosilno temo ter 27 oglasov, v katerih se omenja beseda menopavza. V analizo je bilo skupno zajetih 239 prispevkov, ki so izšli v 164 izvodih revij:

OBD OBJE/ REVIJA	1995- 1996	1997- 1998	1999- 2000	2001- 2002	2003- 2004	2005- 2006	ŠT. IZVODOV	TEKST/ IZVOD
JANA	10	2	3	10	10	19	40	1,35
NAŠA ŽENA	5	3	3	2	5	9	19	1,42
VIVA	10	18	6	9	11	13	46	1,46
ZDRAVJE	31	18	13	5	9	15	59	1,54
SKUPAJ	56	41	25	28	38	57	164	-

Tabela 1: Število tekstov glede na revijo in obdobje

Število prispevkov na izvod posamezne revije kaže, da sta največ prispevkov, povezanih z menopavzo, objavili reviji o zdravju, *Zdravje* (v povprečju 1,54 prispevka/izvod) in *Viva* (1,46 prispevka/izvod), sledita družinski reviji *Naša žena* (1,42 prispevka/izvod) in *Jana* (1,35 prispevka/izvod)¹. Razporeditev števila prispevkov po obdobjih pa pokaže, da skupno število objav in število objav po posameznih revijah v obdobju 1995 – 2000 pada, nato pa začne zopet naraščati.

Od 239 prispevkov sem v analizo avtorstva tekstov in vira informacij v tekstih vključila 212 prispevkov, preostalih 27 prispevkov, ki v analizo niso vključeni, pa so bili večkrat objavljeni isti oglasi. Od 212 prispevkov jih je bilo 91 opremljeno z imenom in primkom

¹ Razporeditev potrjuje dominantnost medicinskega modela menopavze.

avtorja, 103 prispevki so bili podpisani z inicalkami oziroma avtor ni bil naveden.² 18 prispevkov je bilo prevedenih iz tuje literature, brez navedbe avtorja. V tabeli 2 so podani deleži avtorstva po posameznih revijah:

AVTORSTVO	JANA (n=48)	NAŠA ŽENA (n=19)	VIVA (n=56)	ZDRAVJE (n=88)
Poimensko znan avtor	47,92	78,95	64,29	19,32
Brez avtorstva, inicialke	52,08	21,05	16,07	72,73
Povzemanje tujih člankov	0,00	0,00	19,64	7,95
SKUPAJ	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 2: Avtorstvo prispevkov glede na revijo

Reviji *Naša žena* in *Viva* sta objavili več avtorsko napisanih prispevkov kot prispevkov brez avtorstva in povzetih člankov, medtem ko sta reviji *Jana* in *Zdravje* objavili več prispevkov brez navedbe avtorja oziroma prevode tujih člankov. Spol in profesija avtorjev sta dodatna podatka, ki kažeta na način obravnavanja menopavze:

Revija	Ženska	Moški	% Žensk	Novinar/ka	Zdravnik/ca	% Novinar
JANA	23	0	100,00	20	3	86,96
NAŠA ŽENA	14	1	93,33	10	5	66,67
VIVA	26	10	70,27	15	21	41,67
ZDRAVJE	14	3	82,35	8	9	47,05

Tabela 3: Avtorstvo po spolu in profesiji

V revijah *Jana* in *Naša žena* so vse prispevke z znanim avtorstvom, z izjemo enega, napisale ženske. V revijah *Viva* in *Zdravje* se v nekoliko večjem številu pojavljajo moški avtorji prispevkov, vendar je v obeh revijah še vedno več kot dve tretjini avtoric prispevkov. Opazna je razlika v profesiji avtoric/jev: v obeh družinskih revijah, *Jani* in *Naši ženi*, je o menopavzi pisalo več novinark kot zdravnic/kov, medtem ko se v reviji *Viva* in *Naša žena* razmerje spremeni v korist zdravnikov.

V 58 prispevkih je o menopavzi podano tudi mnenje druge osebe. Analiza po spolu in profesiji je pokazala veliko podobnost med vsemi revijami:

² Med poimensko znane avtorje sem uvrstila tudi odgovore zdravnikov na pisma bralcev.

Revija	Ženska	Moški	% Žensk	Zdravnik/ca	Laična oseba	% Zdrav.
JANA (n=18)	9	9	50,00	16	2	88,89
NAŠA Ž. (n=11)	8	3	72,73	11	0	100,00
VIVA (n=13)	10	3	76,92	12	1	92,31
ZDRAVJE (n=16)	11	5	68,75	16	0	100,00

Tabela 4: Vir informacij po spolu in profesiji

Z izjemo *Jane*, kjer sta kot vir informacij v enakem razmerju zastopana oba spola, je v ostalih treh revijah bolj pogosto vir informacij ženska. Za vse štiri revije pa je značilno, da kot vir informacij prevladujejo zdravniki/zdravnice, saj sta laično mnenje o menopavzi objavili le *Jana* in *Viva*. Laični osebi, ki sta podali mnenje o menopavzi, sta bili po profesiji manekenka v obdobju menopavze (njeno mnenje sta objavili *Jana* in *Viva*), ter en novinar.

239 analiziranih prispevkov je razvrščeno v pet tipskih kategorij: intervju, novica, odgovor strokovnjaka, oglas in splošni članek. V tabeli 5 je prikazana struktura posameznih tipov prispevkov, glede na revijo:

	JANA	NAŠA Ž.	VIVA	ZDRAVJE
Tip prispevka	(n=54)	(n=27)	(n=67)	(n=91)
Intervju	7,41 %	25,93%	8,96%	2,20%
Novica, Zanimivosti	9,26	11,11	20,90	34,07
Odgovor strokovnjaka	1,85	11,11	14,93	8,79
Oglas	12,96	29,63	14,93	3,30
Članek	68,52	22,22	40,30	51,65
SKUPAJ	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 5: Tip prispevka glede na revijo

V vseh revijah je največ prispevkov objavljenih v obliki člankov. Intervjuji, v katerih je ntervjuvanec/ka podal/a svoje mnenje o menopavzi, so bili pomembneje zastopani le v *Naši ženi*, kjer tvorijo četrtnino vseh prispevkov iz te revije; novice in zanimivosti so pomembneje zastopane v strukturi revij *Zdravje* in *Viva*.

V revijah *Naša žena*, *Viva* in *Jana* pomemben delež prispevkov o menopavzi tvorijo oglasi za izdelke, povezane z menopavzo (nefarmakološki izdelki, fitofarmaceutski izdelki, poljudno-strokovna literatura).V povprečju je največ oglasov na posamezen

izvod revije objavila *Naša žena* (0,42 oglasa/izvod), nekoliko manj *Viva* (0,22 oglasa/izvod) in *Jana* (0,15 oglasa/izvod), najmanj oglasov pa je objavila revija *Zdravje* (0,05 oglasa/izvod). V vseh revijah prevladujejo oglasi za fitofarmacevtska zdravila Remifemin, Ekofitoestrogen in Phyto Soy, ki so vsebinsko in oblikovno enaki kot njihove zgibanke, ki sem jih analizirala v podpoglavju *Analiza fitofarmacevtskih brošur in zgibank*.

V revijah sem identificirala devet rubrik, v katere se uvršča 60% (n=142) prispevkov. Odstotki prispevkov po posameznih rubrikah in po rubrikah v posameznih revijah je prikazan v tabeli 6:

RUBRIKA	VSI (n=239)	JANA (n=54)	NAŠA ŽENA (n=27)	VIVA (n=67)	ZDRAVJE (n=91)
Zdravstvena rubrika	20,50%	48,15%	51,85%	13,43%	-
Zdravniški odgovori	11,30	1,85	11,11	19,40	10,99%
Priloga	5,02	-	-	2,99	10,99
Zanimivosti	16,32	-	-	17,91	29,67
Zelišča	2,51	5,56	-	0,00	3,30
Znana osebnost	0,84	-	3,70	1,49	-
Oglasna stran	0,84	-	3,70	1,49	-
Lepota	1,67	7,41	-	-	-
Odnosi	0,42	1,85	-	-	-
<i>Brez posebne rubrike</i>	<i>40,59</i>	<i>35,19</i>	<i>29,63</i>	<i>43,28</i>	<i>45,05</i>
SKUPAJ	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 6: Razporeditev prispevkov glede na rubriko

V *Jani* in *Naši ženi* so najvišji odstotki prispevkov uvrščeni v zdravstveno rubriko. V *Jani* so bili prispevki objavljeni še v rubrikah o lepoti, o uporabi zdravilnih zelišč, o odnosih med partnerjema in v rubriki zdravniški odgovori na pisma bralcev. *Naša žena* je poleg zdravstvene rubrike prispevke objavljala še v rubriki zdravniški odgovori in na oglasni strani ter postavila vprašanje o doživljanju menopavze znani osebnosti. *Viva* in *Zdravje* sta največ prispevkov objavili v rubrikah zdravniški odgovori in v rubriki zanimivosti, to so kratke novice novejših medicinskih raziskav o menopavzi, hormonskih zdravilih in fitofarmacevtskih izdelkih.

6.3.2. Vsebinska analiza tekstov

V tekstih sem identificirala osemnajst tematskih kategorij, pri čemer je posamezen prispevek lahko vseboval eno ali več kategorij. Tabela 7 prikazuje razporeditev kategorij po prispevkih, glede na tip revije:

KATEGORIJA	JANA (n=251)	NAŠA ŽENA (n=183)	VIVA (n=197)	ZDRAVJE (n=324)
Koncept. menopavze	15,14%	18,58%	17,26%	9,57%
Telesni simptomi	11,16	21,86	14,72	11,42
Psihološki simptomi	5,18	15,30	8,63	4,32
Odnos do telesa	10,76	7,10	8,12	7,72
Spolnost-težave	3,19	2,73	0,00	2,78
Pozitivne spremembe	3,59	1,09	2,03	0,31
Spremembe v družini	3,19	1,09	3,05	0,62
Kariera	0,00	0,55	1,02	0,00
NHZ	17,53	9,29	13,20	36,11
Fitofarmacija	9,56	4,37	4,57	4,94
Upravljanje menopavze	9,96	7,10	9,64	9,57
Osteoporoz	3,59	2,73	8,63	4,63
Rak	1,99	0,55	1,02	0,62
Koronarne bolezni	2,39	2,19	2,03	3,09
Inkontinenca	1,20	2,19	1,52	0,93
Alternativne terapije	0,40	1,09	2,54	0,93
Andropavza	1,20	2,19	0,00	0,62
Histerektomija	0,00	0,00	2,03	1,85
SKUPAJ	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 7: Razporeditev tematskih kategorij po prispevkih v posamezni reviji

V vseh revijah je največ prispevkov vsebovalo naslednje tematske kategorije: konceptualizacija menopavze, telesni in psihološki simptomi, nadomestno hormonsko zdravljenje, odnos do telesa, fitofarmaceutski in nefarmakološki izdelki za lajšanje menopavznih težav ter upravljanje menopavze. Med revijami obstajajo manjša odstopanja v zastopanosti teh kategorij: npr. *Naša žena* je nekoliko več pozornosti kot ostale revije posvetila psihološkemu simptomu, *Jana* odnosu do telesa, *Viva* osteoporozi in *Zdravje* nadomestnemu hormonskemu zdravljenju. Razlike v pogostosti pojavljanja teh kategorij v posameznih revijah je mogoče pojasniti z njihovo uredniško politiko – *Naša žena* in *Jana* sta družinski reviji, ki vprašanje menopavze obravnavata v kontekstu odnosa posameznice do drugih in do same sebe, medtem ko sta *Viva* in *Zdravje* reviji o zdravstveni tematiki, ki pozornost posvečata primarno simptomom, boleznim in zdravljenju. Ostale kategorije, ki se v tekstih vseh revij pojavljajo manj pogosto, so vezane na težave v spolnosti, na različne bolezni in njihova zdravljenja (rakava obolenja,

osteoporoza, koronarne bolezni, inkontinenca, histerektomija, alternativne terapije – joga, avtogeni trening, meditacija...), na težave, ki jih ženska v menopavzi občuti zaradi odhoda otrok od doma, upokojitve, nezadovoljujočega razmerja s partnerjem, ki ga je dolga leta zakrivalo odraščanje otrok. Kot pozitivne spremembe v menopavzi revije navajajo: več prostega časa zaradi zmanjšanja gospodinjskih obveznosti, konec menstruacije in skrbi za kontracepcijo ter občutek večje svobode, vendar tem spremembam vse analizirane revije namenijo le malo pozornosti .

Natančnejša analiza najpogostejših sedem kategorij je osvetlila dodatne razlike med revijami:

KATEGORIJA	JANA	NŽ	VIVA	ZDRAVJE
KONCEPTUALIZACIJA MENOPAVZE	N=38	N=34	N=34	N=31
Zadnja menstruacija	7,89%	21,00%	5,88%	12,90%
»Popuščanje« jajčnikov	13,16	9,00	8,82	12,90
Pomanjkanje hormonov	21,05	32,00	29,41	29,03
Konec reprodukcije	5,26	9,00	5,88	0,00
"Napaka narave"	2,63	0,00	0,00	0,00
Zdravstveni problem	31,58	6,00	14,71	22,58
Znak staranja	7,89	21,00	17,65	3,23
Naravni dogodek	7,89	2,00	5,88	9,68
Ženska nima telesa pod nadzorom	0,00	0,00	5,88	3,23
Vpliv družb. in kult. dejav. na doživljanje mene	2,63	0,00	2,94	3,23
Začetek novega obdobja	0,00	0,00	2,94	3,23
TELESNI SIMPTOMI	N=28	N=40	N=29	N=37
Neredne menstruacije	10,71%	8,00%	10,34%	18,92%
Vročinski oblivi	35,71	25,00	34,48	29,73
Nočna potenja, motnje spanja	21,43	23,00	17,24	16,22
Palpitacije srca	0,00	8,00	6,90	0,00
Vrtoglavica	0,00	2,00	3,45	0,00
Glavobol	14,29	4,00	13,79	0,00
Suha nožnica	17,86	30,00	13,79	35,14
PSIHOLOŠKI SIMPTOMI	N=13	N=28	N=17	N=14
Razdražljivost	23,08%	25,00%	23,53%	42,86%
Izguba koncentracije	0,00	14,00	5,88	0,00
Pozabljivost	0,00	14,00	5,88	0,00
Utrujenost	7,69	7,00	11,76	0,00
Jokavost	0,00	4,00	5,88	0,00
Anksioznost	7,69	0,00	5,88	0,00
Depresija	15,38	22,00	29,41	35,71
Zmanjšana želja po spolnosti	46,15	14,00	11,76	21,43

KATEGORIJA	JANA	NŽ	VIVA	ZDRAVJE
ODNOS DO TELESA	N=27	N=13	N=16	N=25
Suha koža	25,93%	31,00%	18,75%	24,00%
Povešene prsi	14,81	23,00	6,25	4,00
Prerazporeditev maščobe	7,41	0,00	12,50	12,00
Povečanje teže	18,52	31,00	31,25	24,00
Gube	14,81	0,00	18,75	16,00
Občutek neatraktivnosti	18,52	15,00	12,50	20,00
NADOMESTNO HORMONSKO ZDRAVLJENJE	N=44	N=17	N=26	N=117
Lajša simptome	25,00%	41,18%	46,15%	23,08%
Prevenција proti boleznim	4,55	11,75	23,08	28,21
Preprečuje znake staranja	2,27	0,00	0,00	0,00
Pro - NHZ	22,73	29,40	7,69	20,51
Contra-NHZ	20,45	0,00	3,85	5,13
Nevtralno o NHZ	0,00	5,89	3,85	1,71
Ženske se bojijo NHZ	9,09	5,89	3,85	5,13
NHZ povečuje rizik raka na dojki	11,36	5,89	11,54	11,11
NHZ in rak dojke- ni dokaza o povezanosti	4,55	0,00	0,00	5,13
FITOFARMACIJA	N=24	N=8	N=9	N=16
Izdelki, oglasi	50,00%	100%	88,89%	43,75%
Fitofarmac. je alternativa NHZ	33,33	0,00	0,00	25,00
Ni dokazov o učinkovitosti fitofarmaceut. izd.	16,67	0,00	11,11	25,00
Povečuje nevarnost raka	0,00	0,00	0,00	6,25
»UPRAVLJANJE« MENE	N=25	N=13	N=19	N=31
Sprememba prehrane	36,00%	23,08%	42,11%	45,16%
Telesna dejavnost	40,00	38,46	42,11	45,16
Prenehanje kajenja	12,00	15,38	5,26	3,23
Spremembe življenjskega stila	8,00	0,00	5,26	3,23
Pozitivni odnos do menop.	0,00	23,08	5,26	0,00
Izogibanje stresu	4,00	0,00	0,00	3,23

Tabela 8: Razporeditev tematskih podkategorij glede na tip revije

V analiziranih tekstih sem identificirala 11 podkategorij konceptualizacije menopavze. Prispevki vseh revij vsebujejo večino naštetih podkategorij, po številčnosti pa v vseh revijah izstopajo: menopavza kot zdravstveni problem, kot obdobje pomanjkanja hormonov, kot začetek staranja in kot konec reprodukcije. Vse našete konceptualizacije so negativne, vezane pa so tudi na simbolno vrednost ženske – mladostnost in reproduktivno sposobnost. Tudi večina ostalih podkategorij ima negativno konotacijo, z izjemo zadnjih dveh: vpliv kulture na doživljanje menopavze in menopavza kot začetek novega – oba koncepta je bilo mogoče zaslediti le v *Vivi* in *Zdravju*, vendar je pogostost njenega omenjanja, v primerjavi z najpogosteje omenjanimi negativnimi konceptualizacijami, zanemarljiva.

Telesni in psihični simptomi, ki jih revije navajajo, so raznovrstni in različno je tudi njihovo število, glede na posamezno revijo: v tekstih iz revije *Zdravje* je naštetih najmanj simptomov, medtem ko jih *Viva* našteva največ. V vseh revijah pa so kot najpogostejši simptomi naštetih vročinski oblivi, nočna potenja, suha nožnica, razdražljivost, depresija in zmanjšana želja po spolnosti.

Podkategorije, ki so vključene v kategorijo odnos do telesa so: suha koža, povešene prsi, prerazporeditev maščobe – le-ta se začne nabirat okoli trebuha in »skazi« žensko postavo, povečanje telesne teže, pojav obraznih gub. Zaradi teh sprememb naj bi se posameznica počutila manj spolno privlačno. Vse našteje podkategorije je bilo mogoče identificirati v vseh revijah, kar pomeni, da bralkam vse štiri revije pošiljajo isto sporočilo o neprijetnih telesnih spremembah, ki preoblikujejo telo ženske tako, da več ne ustreza lepotnemu idealu ženske v zahodni družbi.

NHZ in fitofarmaceutski izdelki oziroma nefarmakološki pripravki za lajšanje menopavznih težav tvorijo pomemben delež prispevkov v vseh revijah. V strukturi tematskih kategorij po posamezni reviji je NHZ največ pozornosti namenila revija *Zdravje* (36,11%), najmanj pa *Naša žena* (9,29%). Analiza deleža prispevkov v kategoriji NHZ in fitofarmaceutskih/nefarmakološki načini lajšanja menopavznih težav po obdobjih kaže, da v vseh revijah pogostost omenjanja NHZ proti koncu analiziranega obdobja pada, pogostost omenjanja fitofarmaceutskih in nefarmakoloških načinov lajšanja menopavznih težav pa narašča. Največji upad prispevkov, ki so tematizirali NHZ, beleži revija *Zdravje* (za 35,9 odst. točke), največji porast prispevkov o fitofarmaceutskih in farmakoloških izdelkih (predvsem na račun oglasov) pa *Naša žena*, ki je v obdobju 2003-2006 povečala delež za 25 odstotnih točk.

Kategorija	95-96	97-98	99-00	01-02	03-04	05-06
JANA	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
NHZ	40,91	6,82	0,00	15,91	20,45	15,91
Fitofarm./nefarmakologija	29,17	0,00	0,00	12,50	20,83	37,50
NAŠA ŽENA						
NHZ	41,18	23,53	0,00	11,76	0,00	23,53
Fitofarm./nefarmakologija	0,00	0,00	0,00	0,00	37,50	62,50
VIVA						
NHZ	19,23	15,38	19,23	19,23	11,54	15,38
Fitofarm./nefarmakologija	11,11	22,22	11,11	0,00	22,22	33,33
ZDRAVJE						
NHZ	38,46	33,33	18,80	2,56	4,27	2,56
Fitofarm./nefarmakologija	6,25	0,00	12,50	12,50	31,25	37,50

Tabela 9: Razporeditev kategorij po obdobjih

Vse štiri revije NHZ najpogosteje navajajo kot učinkovit način lajšanja menopavznih težav, medtem ko ga kot sredstvo za preprečevanje bolezni (osteoporoza, srčno-žilne bolezni, Alzheimerjeva bolezen) pogosteje omenjata le reviji *Zdravje* in *Viva*, torej reviji s poudarjeno zdravstveno tematiko. Prispevkov, v katerih bi bilo jasno opredeljeno stališče do NHZ je v vseh revijah relativno malo; največje odstopanje med pozitivnim in odklonilnim odnosom do NHZ v prid pozitivnemu je v prispevkih revije *Zdravje*, medtem ko so v prispevkih revije *Jana* najpogosteje omenjane tako prednosti kot tveganja NHZ. *Jana* je tudi pogosteje kot ostale revije omenjala strah žensk pred NHZ zaradi povečanega tveganja raka na dojki, čeprav sta o tej temi v približno enakem razmerju pisali tudi *Zdravje* in *Viva*. V prispevkih vseh revij je bilo mogoče identificirati oglase za fitofarmaceutvske izdelke. V prispevkih iz revij *Jana* in *Zdravje* je v zvezi z fitofarmaceutskimi izdelki opazna kontradiktornost mnenja: fitofarmaceutski izdelki so predstavljeni kot alternativa NHZ, hkrati pa je v prispevkih mogoče zaslediti tudi mnenje, da ni dokazov o njihovi učinkovitosti.

»Upravljanje menopavze«, izraženo v trditvi, da na doživljanje menopavze posameznica lahko vpliva z aktivnim iskanjem informacij o menopavzi in s spremembami življenjskega stila, navajajo prispevki v vseh štirih revijah. Najpogostejši spremembi, ki ju revije svetujejo, je sprememba prehrane in telesna dejavnost, medtem ko so ostale spremembe (prenehanje kajenja, izogibanje stresu in sprememba odnosa do menopavze) zastopane manj pogosto.

6.3.3. Diskurzivna analiza tekstov

Prispevki o menopavzi so v vseh štirih revijah vsebinsko in strukturno enaki in sledijo vsebini priročnikov o menopavzi: (medicinske) definicije menopavze – simptomi – lajšanje težav s hormonskimi zdravili in/ali fitofarmaceutskimi izdelki – upravljanje menopavze s spremembo prehrane, telesno dejavnostjo in pozitivnim odnosom do menopavze.

Menopavza je najpogosteje konceptualizirana kot naravni proces, ki prinaša zdravstvene težave. Povezana je z negativnimi metaforami pomanjkanja (hormonov), popuščanja, usihanja, odmiranja (funkcije jajčnikov), ipd.:

»Klimakterij je pomemben dogodek v življenju žensk. To je obdobje, ki zajema postopno popuščanje funkcije jajčnikov, zadnjo menstruacijo (menopavzo) in prilagajanje telesa in duševnosti pomanjkanju ženskega hormona estrogena.« (Naša žena, št. 4, april 1995)

Je tudi obdobje telesnih sprememb, povezanih s staranjem, ki sprožijo strah pred erotično nepriljubljenostjo, kar najpogosteje poudarjajo prispevki iz revij *Jana* in *Naša žena*:

»V meni ženske izgubijo menstruacijo, dojke postanejo bolj ohlapne, koža se tanjša, pogosto se zredijo itd. In nenadoma jih postane strah, da svojemu partnerju niso več všeč takšne, kot so, in da se bo on začel ozirati za mlajšimi.« (Naša žena, november 2003)

O spremembah statusa žensk v menopavzi prispevki podajajo kontradiktorne informacije – tezi, da se življenje ženske v menopavzi povsem spremeni zaradi družinskih sprememb (odhod otrok od doma):

»...v času, ko doživljajo večje spremembe v svoji družini, ko se na novo oblikuje smer skupnega življenja s partnerjem, ko nastaja nevarnost opuščanja družabnosti in zapiranja v ozek krog in vase, ko doživljajo psihofizične spremembe in ko se spremembe pojavljajo tudi v zvezi z delovnim mestom« (Naša žena, marec 1999)

... je nasprotna teza, da ženska doživi menopavzo v obdobju polne zaposlenosti in skrbi za družino:

»Ko nastopi mena, so slovenske ženske v glavnem še vse zelo zaposlene: v službi in doma. Običajno so na vrhuncu svoje kariere. Doma jim odraščajo otroci, če jih imajo, ki so bodisi še šoloobvezni, študirajo, čakajo na zaposlitev ali so celo že v službi.« (Naša žena, november 2003)

Simptomi, ki jih prispevki povezujejo z menopavzo, so številni. Za družinski reviji, *Jano* in *Našo ženo*, je značilno, da se bolj osredotočata na simptome ob prenehanju menstruacije (najpogosteje so to vročinski oblivi, nočna potenja, spremembe razpoloženja in suha nožnica), medtem ko reviji o zdravju, *Viva* in *Zdravje*, ob teh simptomih navajata tudi bolezni, ki se razvijejo v daljšem časovnem obdobju po prenehanju menstruacij (osteoporoza, srčno-žilna obolenja). Vprašanje NHZ je pomembna tema v vseh revijah – predstavljeno je kot učinkovito sredstvo za odpravljanje simptomov in prewencijo nekaterih bolezni, ki pa ima tudi stranske učinke, saj zvišuje tveganje za obolevnostjo za rakom na dojki in nekaterimi drugimi boleznimi. Prevladujoče mnenje o NHZ, ki ga revije podajajo je, da je najučinkovitejši način odpravljanja menopavznih simptomov in zato koristi odtehtajo tveganje:

»Ko ženske slišijo, da lahko jemanje estrogenov poveča nevarnost raka za 30%, se jim to zdi grozno. Toda dejstvo ni tako dramatično, pravijo (nekateri) strokovnjaki. Statistično je sploh zelo težko razlikovati med relativnim tveganjem 1 in 1,3. (...) Toda po besedah strokovnjakov je hormonsko nadomestno zdravljenje za številne ženske še vedno dobra izbira: Koristi estrogena pogosto daleč odtehtajo tveganja. Estrogen sicer res lahko za 30 % poveča ogroženost z rakom na dojki, vendar tudi za 500 – petsto! – odstotkov zmanjša možnost osteoporoze.« (Zdravje, št. 244, junij 2000)

Izsledki WHI študije (poglavje 1.2.), ki je potrdila nevarnost jemanja NHZ, so najpogosteje predstavljeni kot zavajajoči in pomanjkljivi, npr.:

»Precej razburjenja je bilo, ko so v ZDA objavili rezultate raziskave imenovane Women's Health Initiative. (...)Prvi rezultati namreč še zdaleč niso bili takšni, da bi lahko iz njih povsem zanesljivo sklepali, da NHZ tako škoduje zdravju žensk. Raziskovalci so pozabili povedati nekaj podatkov, ki dejstva postavljajo v drugačno luč.« (Jana, št. 37, 14.9.2004)

Pomen resnosti raziskave je avtorica prispevka nevtralizirala s pogovornim, skoraj šaljivim podajanjem (*»precej razburjenja je bilo«, »raziskovalci so pozabili povedati«*). Prispevki pogosto podajajo le delne rezultate obsežne WHI raziskave, kar daje vtis, da je zdravljenje z NHZ nenevarno:

»Estrogen ne povzroča raka dojk

Po novi raziskavi WHI, katere izidi so bili objavljeni v ugledni reviji JAMA, terapija z estrogenom ne poveča tveganja za nastanek raka dojk pri ženskah v menopavzi. Prejšnjo študijo iz leta 2002 so prekinili, ko se je pokazalo, da je terapija z določeno kombinacijo estrogena in progestina povečala tveganje za nastanek raka dojk, krvnih strdkov ter

možganske in srčne kapi. Terapija samo z estrogenom je lahko koristna za ženske v menopavzi, toda le pri tistih, ki so opravile histerektomijo. Pri ženskah, ki še imajo maternico, je treba terapijo z estrogenom kombinirati s progestinom, ki ščiti maternico pred estrogenom, kajti zgolj estrogenska terapija bi utegnila pripeljati do nastanka raka maternice». (Viva, št. 152, julij 2006)

Da bi poudarila »strokovnost« podane informacije, avtorica navaja vir informacije (ugledna revija *JAMA*), vendar nepopolno, saj je revija označena le s kratico in ni navedena ne številka ne letnica objave. Zavajajoč je podatek v naslovu in prvem stavku prispevka, saj estrogenska terapija ne poveča tveganje za rakom na dojki le pri tistih ženskah v menopavzi, ki so jim odstranili maternico (kar avtorica omeni šele v sredini prispevka). Vse ostale uporabnice NHZ pa, zaradi povečanega tveganja za raka na maternici pri jemanju samo estrogenskih pripravkov (kar avtorica pravilno ugotovi), dobivajo kombinirane estrogensko-progestinske pripravke, ki nevarnost raka na dojki povečajo za 26 % (česar avtorica zopet ne omeni).

Strokovno mnenje o NHZ (in menopavzi) v vseh štirih revijah najpogosteje podaja ena in ista oseba, predstojnica ginekološke klinike v Ljubljani. Njeno mnenje – pogosto poenostavljeno in posplošeno – je po letu 2002 mogoče zaslediti v največjem številu prispevkov o menopavzi v vseh analiziranih revijah. Bralke tako dobijo isto informacijo o menopavzi in NHZ ne glede na to, katero revijo berejo. Tako je prevladujoča informacija o NHZ ta, da koristi jemanja najpogosteje odtehtajo tveganje, vendar morajo ženske, ki se zanj odločijo, opravljati redne letne ginekološke in mamografske preglede.

Nevarnost jemanja NHZ revije izpostavijo le v tistih prispevkih, ki se nanašajo na fitofarmaceutvske izdelke ali nehormonska zdravila, ki naj bi bili učinkovita alternativa NHZ:

»Že dolgo se poraja vprašanje, ali dolgotrajno zdravljenje ne povečuje možnosti za razvoj raka na dojki ter drugih bolezni. V iskanju novih rešitev so znanstveniki naleteli na varnejšo alternativo: selektivne zaviralce hormonov, ti varujejo pred rakom na dojki. Eden takšnih je npr. tamoksifen, ki je kemično soroden estrogenu. Ker je njegovo delovanje agonistično ali antagonistično, odvisno od vrste ciljnega tkiva, lahko sklepamo, da bi lahko bila ta vrsta zdravil neprecenljiva zlasti preprečevanju in zdravljenju individualnih težav v menopavzi.« (Zdravje, št. 278, april 2003).

O raziskavah različnih zdravil, ki naj bi nadomestili NHZ, najpogosteje poročata *Viva* in *Zdravje*, v obliki kratkih novic, brez navedbe ali z nepopolno navedbo vira informacij. O fitofarmaceutskih izdelkih kot alternativni NHZ poročajo vse revije; vse objavljajo tudi iste oglase za te izdelke, vendar so bralke *Vive* in *Zdravja* pogosteje kot bralke *Jane* in *Naše žene* opozarjane na dejstvo, da učinkovitost fitofarmaceutskih izdelkov ni medicinsko preverjena.

Prispevke o menopavzi brez izjeme zaključuje misel, da je poleg zdravljenja za uspešno obvladovanje menopavze nujna angažiranost posameznice, ki mora spremeniti prehranjevalne navade (da bo z določeno hrano v telo vnašala dovolj izoflavonidov, ki bodo morda preprečili najpogostejše telesne simptome in preprečili tudi povečanje telesne teže); redno dnevno mora biti telesno aktivna – nujna sta aerobni trening (za srce in »kurjenje kalorij«, da se ne zredi) in anaerobni trening (za mišični tonus: preprečevanje osteoporoze in nespremenjeno postavbo).

»Pozitiven odnos do menopavze« je naslednja naloga, ki jo mora posameznica opraviti pri »upravljanju« menopavze, pomeni pa iskanje pozitivnih vidikov tega obdobja, s katerimi naj se postavi po robu vsem negativnim stereotipom, ki jih zahodna kultura veže na to obdobje življenja žensk: spolno nepriljubljenost, staranje in konec reprodukcije. Da bi spodbudili pozitiven odnos bralk do tega obdobja, teksti kot pozitivne spremembe najpogosteje navajajo zmanjšanje družinskih obveznosti in konec menstrualnih ciklusov in skrbi pred zanositvijo. Ženska dobi več prostega časa, ki ga lahko nameni sebi:

»Veliko žensk je v tem obdobju še vedno poklicno aktivnih, za mnoge pa je to celo prvo obdobje, ko jim ni več treba skrbeti predvsem za druge, ampak lahko več časa posvetijo sebi – skrbi za zdravo prehrano, telesni dejavnosti in negi, izobraževanju, razvedrilu in potovanjem.« (Viva, št. 100, marec 2002)

Trditev, aplicirana na analizirane prispevke, pokaže upoštevanje le prvih treh predlogov: (zdravo) prehrano, telesno dejavnost in nego telesa. S tem žensko v menopavzi teksti porinejo v »svet ženskih revij«, v katerem se potrošništvo, zdravje in privlačni videz zlijejo v eno: jesti je treba tisto, kar je »zdravo« in »ne redi«, telesno je potrebno biti

aktiven zaradi »zdravja« in »ohranjanja postave«; za videz je treba skrbeti zaradi zdravja »koža je pomemben organ« in privlačnosti »preprečevanje gub ohranja mladostni videz«.

Ker je menopavza v vseh analiziranih prispevkih konceptualizirana kot medicinska težava, o njej skoraj izključno podajajo mnenja zdravniki/ce: ginekologi/nje, endokrinologi/nje, onkologi/nje. Le izjemoma je o vprašanju menopavze zaslediti mnenje laika, in še to je do menopavze nastrojeno negativno in stereotipno:

»Ko hormoni začnejo delati po svoje, se lahko postaviš na glavo, pa telesa ne boš več prisilila v obliko, ki si je bila navajena. Ni je ženske, ki se v tem obdobju ne bi močno spremenila, in to ne na bolje. Pridejo pač leta, ko se vse prevesi in povesi. Vem, da svojega trebuha ne bom več odpravila. Sprijazniti se je treba s tem, da se pač staramo.« (Nina Gazibara, Jana, št. 35, 31.8.2004)

V analiziranih tekstih je menopavza torej problem zdravja in problem samopodobe. In kot taka je idealna za lansiranje vseh mogočih medicinskih, farmakoloških, fitofarmaceutskih, prehrabnih in kozmetičnih novotarij, ki bodo zdravile, preprečevale in lajšale njene posledice. Za njihovo potrošnjo in za to, da se bodo ženske samoiniciativno podvrgle raznim medicinskim, alternativnim, prehrabnim, telovadnim in ostalim režimom, pa jih je treba spodbujati – najbolje in najlažje z oglaševanjem – in ustrahovati z grožnjami o raznih boleznih, ki jih lahko doletijo. Ob tem udarni naslovi prispevkov o menopavzi to obdobje, poleg vseh stereotipov, ki se že vežejo nanj, še demonizirajo: *Mena je hudič!* (Jana, naslovnica, št. 35, 31.8. 2004); *Mena ni bolezen, vendar je pekel* (Jana, naslovnica, št. 49, 6. 12. 2005) in predstavljajo kot največjega sovražnika zrele ženske, ki ga je treba premagati (*Premagajte meno* (Jana, št.10, 5.3. 2002); *Z meno se je treba bojevati* (Jana, št. 41, 8.10.2002); *Kako premagati meno?* (Jana, št. 22, 29.5.2001)).

7. ANALIZA ŽENSKIH IZKUŠENJ MENOPAVZE

Z metodo pol strukturiranega intervjuja sem analizirala izkušnje menopavze pri 6 intervjuvankah. Vzorec sem izbrala po principu snežne kepe: v juniju 2007 sem preko elektronske pošte kontaktirala 50 posameznic in posameznikov in jih prosila, da prejeto pošto posredujejo v papirni ali elektronski obliki naprej. Prejemnic elektronske pošte iz prve populacije 50 naslovnikov nisem intervjuvala, saj sem z njimi sorodstveno,

profesionalno ali prijateljsko povezana, zaradi česar ne bi mogla zagotoviti popolne objektivnosti podatkov. Do konca junija 2007 me je elektronsko ali telefonsko kontaktiralo 10 posameznic, katerim je bila moja elektronska pošta posredovana. 4 kandidatke so zaradi drugih obveznosti sodelovanje pozneje odpovedale, s preostalimi 6 pa sem intervjuje opravila v juliju in avgustu 2007.

Vse intervjuvanke so pri sebi ugotovile znake, po katerih so sklepale, da so v menopavznem obdobju. Zaradi varovanja zasebnosti sem intervjuvanke namesto z imeni označila s črko I in številko, ki narašča glede na starost intervjuvanke, od najstarejše do najmlajše: I#1: 53 let, I#2: 52 let, I#3: 50 let, I#4: 48 let, I#5: 48 let, I#6: 46 let. Dve intervjuvanki sta imeli srednješolsko izobrazbo, štiri pa visokošolsko, vse so bile zaposlene. Glede na zakonski stan so štiri intervjuvanke poročene, dve pa neporočeni. Štiri intervjuvanke (dve poročeni, dve neporočeni) sta imeli otroke, ena poročena in ena neporočena pa sta bili brez otrok. Namen raziskave ni bila primerjava izkušnje menopavze glede na izobrazbo, zakonski stan ali materinstvo, zato teh podatkov ne navajam za vsako intervjuvanko posebej.

5 intervjujev je bilo izvedenih na delovnih mestih intervjuvank, eden pri intervjuvanki doma. Vsak intervju je trajal od ene do dveh ur. Oblika intervjuja je bila pol strukturirana, orientacijska vprašanja so zajemala pozitivne in negativne izkušnje menopavze in pričakovanja, vezana na to obdobje, simptome, NHZ, izkušnje z zdravniki in iskanje informacij o menopavzi. Intervjuji so bili z dovoljenjem intervjuvank posneti z diktafonom in transkribirani. Analiza intervjujev je potekala na vsebinskem in diskurzivnem nivoju: določila sem ključne teme in načine, kako so bile le-te predstavljene in medsebojno povezane.

7. 1. Vsebinska analiza

Na podlagi intervjujev sem identificirala štiri ključne vsebinske kategorije: a) izkušnja menopavze – pričakovana in dejanska, b) prepoznavanje kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na izkušnjo menopavze, c) zdravstvene težave in njihovo odpravljanje ter d)

iskanje informacij o menopavzi. Vsaka od kategorij je vključevala naslednje podkategorije:

a) Izkušnja menopavze – pričakovana in dejanska:

- pomen kronološke starosti
- neizogibnost telesnih in/ali duševnih simptomov
- vpliv stresorjev
- negativni vidiki menopavze
- pozitivni vidiki menopavze

b) Kulturni dejavniki, ki vplivajo na izkušnjo menopavze:

- izkušnja staranja, telesne spremembe in kult mladosti
- izkušnja izgube reproduktivne funkcije
- obremenjenost žensk na delovnem mestu in v družinskem okolju
- sprememba statusa

c) Zdravstvene težave in njihovo odpravljanje:

- vrste psiho-somatskih težav, ki jih intervjuvanke povezujejo z menopavzo
- vpliv zdravstvenih težav na vsakdanje življenje
- zdravnikova obravnava
- izkušnje z NHZ
- odnos do NHZ
- alternativni načini lajšanja težav

d) Informacije o menopavzi:

- informatorka mati
- informatorka prijateljica
- informacije v znanstveni literaturi
- informacije v množičnih medijih

7. 1. 1. Izkušnje menopavze-pričakovane in dejanske

Povprečna starost žensk ob vstopu v menopavzo je približno 50 let. Medicinske raziskave kažejo (Franić, 2003), da se hormonske spremembe začnejo že po 35. letu, se stopnjujejo v obdobju nekaj let pred zadnjo menstruacijo (predmenopavza) ter izzvenijo nekaj let po njej (pomenopavza). Redko katera posameznica je pozorna na začetne spremembe, ki se dogajajo že od druge polovice tridesetih let in zato ženske pogosto povezujejo nastop menopavze s kronološko starostjo 50 let. Tudi pri intervjuvankah je 50. leto veljalo za čas, ko nastopi menopavza, zato so ob zgodnejšem pojavu simptomov oz. omembi menopavznih sprememb s strani ginekologov bile presenečene:

»..ker, pri 43. letu te majčkeno to zaskoči...malo se ti neumno zdi; to je prezgodaj...tam okrog petdesetega v redu, a ne....« (I#4, 48 let)

»Jaz, če sebe pogledam, sem pri 48-ih šla h ginekologu na pregled, pa je rekel, da grem v menopavzo...Kaj? Sem rekla, kaj pa je to? Jaz tega ne priznavam!« (I#1, 53 let)

Dve intervjuvanki sta poročali, da pri sebi še nista opazili nobenih sprememb, ki bi jih lahko povezali z menopavzo, pa bi jih, po njunem mnenju, zaradi kronološke starosti že morali:

»...ko niti ne veš, a si mogoče že v tem, al' še nisi...jaz, na primer, ne vem, ali sem, pa sem stara petdeset let. Mogoče imam že kakšne simptome, pa niti ne vem...« (I#3, 50 let)

»...moja svakinja je zgubila menstruacijo in dobila valunge čez noč, pri 46-ih, moja prijateljica že pri 40-ih...tako da jaz bi po vseh pravilih že morala imeti težave z menstruacijo...« (I#6, 46 let)

Intervjuvanke so menopavzo večinoma konceptualizirale kot trenutni dogodek prenehanja menstruacije. Približevanje zadnji menstruaciji naj bi po mnenju intervjuvank obvezno naznanjale težave oz. simptomi, ki so bodisi zlahka prepoznavni (vročinski oblivi, spremembe menstruacijskega ciklusa) ali pa mistično skriti in nepoznani (*»mogoče že imam kakšne simptome, pa niti ne vem...«*). Intervjuvanka I#6 je za spremembe menstruacijskega ciklusa uporabila besedno zvezo *»težave z menstruacijo«*, kar implicira strinjanje z medicinskim stališčem, da so *»ne-težavne«* le redne in nespremenljive menstruacije.

Dve intervjuvanki sta poleg starosti navajali še zunanje dejavnike - stresorje, ki so po njenem mnenju sprožili menopavzo oziroma pojav menopavznih simptomov:

»imela sem zadnjo menstruacijo pri petdesetih, takrat se je meni vse zgodilo...novo stanovanje, babica sem postala, petdeset let imela...jaz sem bila skoz' obremenjena, po mojem je to vse skup naenkrat prišlo...ker sem bila obremenjena s temi dirkami...sem morala vse sama urejat...« (I#1, 53 let)

»Potem je prišlo eno stresno obdobje, zdaj ko gledam nazaj, meni se je to indiciralo z izrazito preobremenitvijo in stresom, ker sem istočasno poleg svojega poklicnega dela delala še eno izobraževanje v tujini in sem morala čas, ko sem bila tam na izobraževanju, tukaj nadoknaditi...« (I#5, 48 let)

Prevlada medicinskega diskurza v slovenskem prostoru, ki menopavzo enači z zdravstvenimi težavami, je opazna tudi v odnosu intervjuvanke I#6 do njenih zdravstvenih težav. Ko so se težave pojavile, je sama najprej pomislila na to, da so povezane z menopavzo:

»... take težave, da sem si jih najprej interpretirala kotenske probleme... in takrat sem potem rekla, evo, to so lahko te spremembe, povezane z meno, evo sem prišla v to obdobje...potem se je sicer izkazal', da sem oreng bolna, in sem se potem zdravila...in jaz nikoli ne bom izvedela, ali je to bila sam bolezen, ali je bilo kaj povezano tudi s tem (menopavzo). Ampak, lahko rečem, da sem ob teh težavah vsekakor pomislila na to; to pa ja... (I#6, 46 let)

Čeprav njene bolezni zdravniki niso povezovali z menopavzo, sama še vedno ni prepričana v to: (*»in jaz nikoli ne bom izvedela, ali je to bila samo bolezen, ali je bilo kaj povezano tudi s tem.«*) Opazno je tudi njeno prepričanje, da je menopavza nujno povezana z zdravstvenimi težavami, ki jih pričakuje tudi sama:

»...ta bolezen napreduje počasi. To je pri meni trajalo kar nekaj mesecev. Mogoče je to zame bila generalka, da če to že ni mena, potem bo tako, ko pač bo.« (I#6, 46 let)

Tudi intervjuvanka I#4 je imela zdravstvene težave, ki jih je najprej sama identificirala kot simptome menopavze, in ko je obiskala ginekologa, je ta potrdil njeno predvidevanje. Sprejela je NHZ, ki je simptome odpravilo, vendar pričakuje, da se bodo težave zopet pojavile, ko bo z zdravljenjem končala:

»Tak' da si pravim, a ne, jaz bom še leto ali dve jemala (nadomestno hormonsko zdravljenje), potem bom pa prenehala. Verjetno se bodo težave nadaljevale, ko bom s tem prenehala, upam, da pa mogoče ne bodo predolgo trajale. Mogoče oblivi ne bodo tako pogosti, ali pa jih par dni tudi mogoče ne bo, a ne...« (I#4, 48 let)

Poleg trenutnega zdravstvenega stanja so intervjuvanke svoja pričakovanja glede zdravstvenih težav v menopavzi vezale na izkušnje drugih žensk. Intervjuvanka I#4 je izpostavila izkušnjo svoje mame, ki je imela enake težave, kar je pojasnila z vplivom dednosti na menopavzo:

»ker moja mami, ki zdaj nima že ne vem koliko let menstruacije, ima še vedno oblive... Dobro, zdaj pa, nekatere stvari so podedovane, podedujemo vedno najslabše stvari...mislim...to je jasno (smeh)... tak' da približno vem, kaj me čaka...lahko, a ne.« (I#4, 48 let)

Enako je tudi intervjuvanka I#3 pokazala zaskrbljenost, da bo njeno doživljanje menopavze enako maminemu, da bo torej tudi ona imela težave z vročinskimi oblivi. Opisala pa je tudi težave drugih žensk in se spraševala, ali se bo kaj takega zgodilo tudi njej:

»Ker jaz se recimo spomnim moje mame, ki je zelo taka... rdeča je bila...in sem rekla, uboga moja mama, skoz' je bila, potem, ko je bila skoz' mokra, prehlajena... zdaj pa mene zanima, če je bilo pri mami tako, a bo pri meni tudi...ali pa ene tako glava zelo boli...ali pa težko v službo hodijo...pa sem rekla, kaj če bo mene to tudi doletelo...« (I#3, 50 let)

Intervjuvanka I#3 je bila zaskrbljena tudi nad možnostjo, da bi menopavza negativno vplivala na njeno zaposlitev (*»ali pa težko v službo hodijo«*), čeprav ni imela pojasnila, zakaj naj bi ženske v menopavzi težje hodile v službo kot ostale.

Poleg najpogostejših simptomov menopavze - vročinskih oblivov in nočnih potenj, so intervjuvanke menopavzo povezovale še z negativnimi izkušnjami staranja ter neželenimi telesnimi in psihičnimi spremembami:

*»V: Kaj je menopavza?S čim bi jo povezali?
Mena, jaz mislim, da je staranje...staranje pač...konec mladosti...konec mladosti, pešanje funkcij...ja, pešanje funkcij...zaključek mladosti, no, ne bi zdaj neke dramatičnosti zganjal', a ne (smeh)...zaključek mladostništva...ne, to mogoče niti ne, ampak mladosti, zaključek fizične mladosti.*

V: Pričakujete, da bo tudi obdobje vaše mene negativno?

Ja...ja, ja. Predvsem pričakujem fizično negativne okoliščine. Pričakujem, da se bo nekaj dogajalo, ne da bi jaz hotela, pa kadar jaz ne bom hotela... da bo nekaj vzporedno z mojo voljo in željami...da telo ne bo pod nadzorom nekaj časa. To pričakujem da bo, in se tega sigurno ne veselim.» (I#6, 46 let)

Intervjuvanka I#6 torej meni, da menopavza pomeni konec *mladosti*, ne pa tudi *mladostništva*. S tem je ločila fiziološki in družbeni koncept mladosti – čeprav ženska lahko ohranja mladostni življenjski stil, je njeno telo v menopavzi staro. Intervjuvanka menopavzo torej povezuje s pešanjem funkcij, koncem fizične mladosti ter (začasno) izgubo nadzora nad telesom, o katerem sta poročali še dve intervjuvanki, ki imata oziroma sta imeli zdravstvene težave. Občutek, da telo žensko izdaja, izhaja iz v zahodni kulturi močno ukoreninjenega mehanicističnega modela telesa, po katerem telo funkcionira kot stroj. Intervjuvanka I#5 pa je mnenja, da poleg znanih in pogosto omenjanih simptomov obstajajo še številne druge težave, katerih resnični vzrok je menopavza:

»...kljub temu, kar sem po izobrazbi, nisem vsega vedela, npr. kako močne so lahko psihološke težave, kako močno se lahko ženski podre metabolizem, kako močno se lahko to odraža na telesnem nivoju, in kako malo vemo o tem...in pripisujemo raznim simptomom druge vzroke, in ne vemo, da to izvira iz tega (menopavze).« (I#5, 47 let)

Naracije vseh intervjuvank so nakazovale, da so zdravstvene težave (simptomi) v menopavzi univerzalen pojav. Na eksplicitno vprašanje, ali se ji zdi, da imajo pripadnice drugih kultur z menopavzo drugačne izkušnje kot Slovenke, je intervjuvanka I#5 odgovorila:

»...meni se zdi tako, da je ena lista simptomov, iz katerega bi potem posameznice iz različnih kultur lahko nekaj odključale...ampak, bi pa težko rekla, da za eno kulturo velja samo to, za drugo samo tisto...« (I#5, 48 let)

Prevladujoče mnenje intervjuvank je torej bilo, da je menopavza neizogibna, *negativna* izkušnja, povezana z zdravstvenimi težavami. O pozitivni konceptualizaciji oz. pričakovanjih je poročala le ena od intervjuvank:

»...na začetku simptomov sem mislila, da me telo izdaja, tako sem čutila, da me telo izdaja. Ampak zdaj poskušam to gledat drugače. Poskušam gledat...tudi v tej knjigi od

Northrupove (priročnik Žensko telo, ženska modrost, avtorice Christiane Northrup) piše, da so nevrološke raziskave pokazale, da se struktura ženskih možganov fizično spremeni. Torej, ne samo, da se psihološko spremeni, ampak fizično. Kar pomeni, da se razvijejo centri, ki imajo druge funkcije. In ti centri so povezani z večjo intuicijo, z večjim smislom...veliko subtilnostjo za zaznavanje okolja, po drugi strani tudi večjo odločnostjo. Ona pravi, da ženske, ko vstopijo v menopavzo, postanejo lahko bojevnice. Moški pa obratno, v andropavzi se malo »poženščijo« (nasmeh). Tako, da mi je to veliko dalo misliti in zdaj poskušam gledat drugače. Ne da mene telo izdaja, ampak kaj je tistega novega, kar se v meni razvija. In vidim, da se razvijajo nove stvari. In bolj ko se sprijaznim s tem, kar moram spustiti - da mogoče fizično nisem več tako divja, manj imam teh negativnih pojavov. Tako se mi zdi, bolj ko to sprejemem ne kot nekaj groznega, ali nekaj bolezenskega, ali nekaj kar me izdaja, ampak kot nekaj novega, kar moram še spoznati, bi rada spoznala, me zanima, bi rada uporabila, bi rada negovala naprej...bolj mi je pravzaprav drago, da se mi to dogaja.« (I#5, 48 let)

Čeprav zveni pozitivno, je tudi intervjuvanka I#5 najprej izpostavila zdravstvene težave in občutek, da jo je telo izdajalo, s čemer je tudi sama potrdila vseprisotnost negativnega medicinskega modela menopavze. Šele na podlagi literature, ki jo smatra za dovolj strokovno, je začela spreminjati zorni kot gledanja na svoje zdravstvene probleme in je negativno izkušnjo prevrednotila v pričakovanje in ugotavljanje pozitivnih sprememb: *»bolj ko to sprejemem ne kot nekaj groznega, ali nekaj bolezenskega, ali nekaj kar me izdaja, ampak kot nekaj novega, kar moram še spoznati, bi rada spoznala, me zanima, bi rada uporabila, bi rada negovala naprej...bolj mi je pravzaprav drago, da se mi to dogaja.«* Pozitivne spremembe, ki jih navaja – *večja intuicija, subtilnost za zaznavanje okolja in odločnost* – so po njenem mnenju izključna posledica menopavze (*nevrološke raziskave so pokazale, da se struktura ženskih možganov fizično spremeni*), čeprav bi te spremembe zlahka povezali tudi z družbenimi dejavniki. Vloga žensk v zahodni družbi je namreč še vedno močno usmerjena v skrbniško in odnosno delo, ki zahtevata *»intuicijo in subtilnost za zaznavanje okolja«*. V življenjskem poteku žensk je družbena zahteva po skrbniškem in odnosnem delu najbolj izražena v obdobju materinjenja in v obdobju menopavze, ko ženske pogosto skrbijo za bolne partnerje, ostarele starše in/ali vnuke (Garner in Mercer, 1989; Gannon Isenhardt 1992, Kogovšek, 2003). Večja *odločnost*, ki naj bi jo, po mnenju intervjuvanke I#5, ženske v menopavzi izkazovale, pa je pogosto posledica tragičnih življenjskih dogodkov (npr. kronična bolezen, smrt partnerja), ki od posameznice zahtevajo večjo samostojnost in aktivnost (Richmond- Abbott, 1992: 212).

7.1.2. Kulturni dejavniki, ki vplivajo na izkušnje menopavze

Intervjuvanke so se sicer zavedale, da na izkušnjo menopavze pomembno vpliva družbeno okolje. V sodobni zahodni družbi se ženske v menopavzi pogosto soočajo z negativnim pojmovanjem starosti in tudi intervjuvanke so menopavzo povezovale z neprijetno izkušnjo staranja, ki jo je potrebno sprejeti:

(o menopavzi): *»ne vem...kaj se češ slepiti...to je staranje...*

V: Ali je staranje nekaj negativnega?

Ne, saj ne, staranje je pač staranje, kakršenkoli že predznak ima, ampak zakaj ne bi temu rekli tako? Saj to ne pomeni, da moraš kar umreti, ali se vržt dol s tretjega štuka... ampak, je pa...to staranje, a ne. Zdi se mi pomembno, da sprejemem, kar se mi dogaja. Ne to, da sem stalno na preži; ampak da pri stvareh, ki se mi dogajajo, da se emocionalno ne zakrčim, ne odreagiram emocionalno krčevito, a ne, ampak sprejemam, gledam kar se mi dogaja...saj nisem nič od tega jaz naredila...stvari, ki se mi dogajajo, se pač mi...« (I#6, 46 let)

Z menopavzo in staranjem so intervjuvanke povezovale tudi spremembe na koži, to je ohlapnost in suhost kože.

»Suha koža, izpadanje las...to so taki stranski grdi učinki, ki za žensko sigurno niso prijetni, prvič to, da veš da boš petdeset let mogoče stara, drugič to, da se ti vse to dogaja, kar se ti dogaja...« (I#4, 48 let)

Kot najučinkovitejšo strategijo boja proti negativnosti teh sprememb so tudi pri tem intervjuvanke navedle sprijaznjenost s spremembami:

»Narava te je obdarovala z nečem in sprejmi ta dar, ampak narava bo tisto, kar ti je dala, sčasoma začela jemat nazaj... jaz, ko sem prvič zagledala pri petdesetih te spremembe na koži (kaže nadlahti), sem rekla, kaj pa je zdaj to?! Potem sem pa začela razmišljat: ne, zaradi tega se ustrelil ne bomo! Ne bomo tudi na plastične operacije hodil pa denar zapravljaj! Bom pač poskrbela sama zase, da se bom sprijaznila... koža se spreminja, koža ni več tisto, kar je bila... zato pravim, kar ti je narava dala, ti bo tudi vzela...« (I#1, 53 let)

Sprijaznjenost in sprejemanje starostnih sprememb se na prvi pogled zdi uspešen način upiranja kultu mladosti, vendar dekonstrukcija pojma mladosti, kot ga je konceptualizirala intervjuvanka I#1, pokaže, da le ni tako preprosto. Intervjuvanka pravi, da je mladostni videz »dar«: *Narava te je obdarovala z nečem in sprejmi ta dar, ampak narava bo tisto, kar ti je dala, sčasoma začela jemat nazaj.* Mladost je torej nekaj

dragocenega, kar ženska dobi in kasneje izgubi, neodvisno od njenih želja in prizadevanj. Sprijaznjenost s staranjem in starostnimi spremembami zato ni izbira, ampak nuja.

Sprejemanje staranja je za žensko sodobne zahodne družbe problematično ne le zato, ker je mladost in mladostni videz simbolni kapital ženske, ampak tudi zato, ker starost sama po sebi ni cenjena, na starejšo žensko pa se veže še vrsta negativnih stereotipov. Intervjuvanka I#5 se je zavedala, da kult mladosti še posebno negativno vpliva na tiste ženske v menopavzi, ki jim zunanost pomeni način samopotrjevanja:

»Jaz na srečo nimam travme z mojim fizičnim staranjem in izgledom...

V:..ker ste se našli v drugih stvareh?

Ja, tudi zato, pa mogoče zato, ker imam eno tako biološko mentaliteto...ker gledam na svoj organizem z naravnega vidika in nekak znotraj sebe starost cenim... Mogoče zato, ker sem svojo staro mamo, babico, zelo cenila in se mi zdi, da imam še vedno en del tega v sebi. Ampak, si pa predstavljam, a ne, če jaz ne bi imela tega filtra, ki bi mi znal odfiltrirati vse te reklame za lifting, pa ostanite večno mladi, pa blablabla, a ne..., si pa predstavljam, da ženska, ki ima na tem zgrajeno svojo osebnost, ji pa mora biti zelo hudo.« (I#5, 48 let)

V medicinski terminologiji menopavza označuje izgubo reproduktivne funkcije. Čeprav velja, da od iznajdbe kontracepcije vsaj v zahodni kulturi o koncu rodne dobe odloča posameznica in ne menopavza, je kljub temu na reproduktivno sposobnost, enako kot na mladost, vezan simbolni kapital ženske. Tudi intervjuvanki I#6 in I#5 sta poročali, da se zavedata dejstva, da se bo nekaj nepreklicno spremenilo in je to spoznanje sprožilo krizo:

»V:Kaj pa to, da mena pomeni konec rodne dobe, je to za vas pomembno?

V bistvu, ne, ne, mislim da ne. Mislim da ne, ker sem se že zdavnaj odločila, da ne bom več imela otrok... sigurno pa je to ena taka streznitev, da je nepreklicno nekaj drugače...in je znanilec tega, da se ti staraš. Ja, v tem smislu mislim, da mi ne bo vseeno.« (I#6, 46 let)

»...ampak pride pa to soočenje, ko začutiš, da zdaj je pa dokončno konec. Na začetku je bilo to zelo moteče...potem pa, kot da mi je nekako odleglo, zdaj pa mi je jasno, da je to ad acta in mi ni treba več, da mislim na to. Tako da je bila najprej kriza, potem pa olajšanje, da je mimo. (I#5, 48 let)

Intervjuvanke so izpostavile pomen delovnega in družinskega okolja na doživljanje menopavze. Intervjuvanki I#5 se je zdela pomembna obremenjenost žensk v sodobni

družbi, ki se v času menopavze ne zmanjša. Opozorila pa je tudi na nevidnost težav žensk v menopavzi, v primerjavi s težavami žensk v nosečnosti:

»...je pa vsekakor težje za našo kulturo, ker... ženska pri petdesetih je še v polnem delovnem zagonu...in narava je verjetno to naredila tako nekako je bilo mišljeno, da takrat otroci odrastejo, in takrat ženska lahko malo manj divje dela...pri nas pa ne. Pri nas pa, ženska v tem času mora opravljati službo, če ima zahtevne delovne pogoje mora vse to opravljat... Jaz sem včasih mislila, da smo že kar veliko naredili na področju problematike žensk v prvem obdobju, takrat ko je rojstvo, to je zdaj cenjeno in spoštovano. Pravzaprav pa nič nismo naredili v tem zaključnem obdobju. Če se ženska, ko je noseča, počuti slabo, dobi bolniško magari za celih devet mesecev, če se pa ženska počuti slabo ko ima naše težave, pa se nič ne zgodi.« (I#5, 48 let)

Intervjuvanka se je nehote zatekla v biološki determinizem, ko pravi, da je narava »naredila tako nekako (...), da takrat otroci odrastejo, in takrat ženska lahko malo manj divje dela...pri nas pa ne«. Njena izjava vsebuje implicitno sporočilo, da je »naravno«, da ima ženska otroke, s katerimi naj se ukvarja dokler ne odrastejo, potem pa se pomen njene družbene vloge zmanjša. Pri tem se seveda odpira še vprašanje, ali ne bi večje opozarjanje in poudarjanje zdravstvenih težav, ki jih ženska v menopavzi lahko ima, pri karierno uspešnih ženskah, kot je tudi intervjuvanka I#5, povzročilo t. i. *backlash*, to je pritisk, da se ženske v menopavzi, ki imajo možnost, da posežejo po pozicijah moči v družbi, ustavi, degradira in (medicinsko) nadzoruje (Greer, 1992).

Družinsko okolje pomembno vpliva na življenje žensk v menopavzi. Intervjuvanke, ki imajo družine, so največ poročale o spremembi statusa, saj so otroci odrasli in s tem so skrb za gospodinjstvo in družinske člane zmanjšale. To spremembo so vse vrednotile pozitivno:

»zjutraj, prej, se spomnim, ko sta bila otroka majhna, sem vedno hitela...zdaj pa si vzamem čas, se zjutraj stuširam, grem lepo v službo, nisem od nobenega odvisna, nikamor ne hitim, pridem domov, če naredijo - naredijo, če ne - ne sekiram se več. Prej sem pa skoz': pa to ni pospravljen, pa to...skoz' sem hodila za njimi. Zdaj me pa ne briga, če 'majo prah tam, za njimi ne bom več pospravljala.« (I#3, 50 let)

»Jaz vem, da pred leti tega (opravljanje gospodinjskih del in skrb za družino) zaradi otrok nisem mogla nehat. Zdaj sem pa to že čist' izklopila, ker se mi zdi, da ti nekak' dozoriš, da vidiš, da ti ne moreš več nič pr' tem. Pa tudi tako je, ko si v meni, pa pridejo kdaj še problemi z otrokom, pa z možem, pa ko te vse to nervira, zgleda, da enostavno

dozoriš in rečeš: zdaj je pa dost! In začneš samo sebe prepričevati, da moraš nase mislit, ne pa na druge.» (I#2, 52 let)

Iz naracij obeh intervjuvank je mogoče razbrati, da je bila skrb za gospodinjstvo in otroke primarno njuna naloga, o čemer so poročale vse intervjuvanke, ki imajo otroke. S tem, ko ženska v menopavzi opravlja manj gospodinjskega dela, manj skrbi za družinske člane in več časa posveča sebi, po mnenju intervjuvanke I#2 *dozori*, vendar ta sprememba v obremenjenosti ni samoumevna. Sprožiti (in opravičiti) jo mora nek zunanji dogodek, na katerega posameznica vsaj na videz ne more vplivati – na primer menopavzni simptomi. Prav iskanje vzrokov in opravičevanje spremembe pa kaže na to, da intervjuvanka dotedanjo (nad)obremenjenost smatra za »normalno«.

Manj gospodinjskega dela in odrasli otroci intervjuvankama omogočajo, da več prostega časa preživita z zakonskim partnerjem. Obe intervjuvanki sta kot pomembno pozitivno spremembo izpostavili športno udejstvovanje, planinarjenje in veslanje, ki jima daje možnost, da preživita zunaj doma več časa, kot sta ga prej:

»Midva hodiva, midva zdaj vsak teden, soboto in nedeljo, greva v visoke hribe, in komaj čakam, da greva, da stopim ven. Mene notri (v stanovanju) duši.« (I#2, 52 let)

»Midva sva zdaj kupila čoln, šla veslat, in to z užtkom, zdaj greva tudi že na Ljubljano. Samo nekam bi šla, doma pa ne bi bila. Pa ne vem, ali je to zaradi menopavze...najbrž smo bile ker celo življenje doma, zdaj pa bi rade nekam ven.« (I#3, 50 let)

Intervjuvanki si torej želita spremembo življenjskega stila; želita si več časa preživeti zunaj doma in v to vključiti tudi zakonskega partnerja. Intervjuvanka I#3 tudi ugotovi, da je ta želja po spremembi bolj kot z menopavzo povezana z dotedanjim življenjem, ki jo je preko skrbi za družino priklopal na dom. Menopavza le sovpada z obdobjem, ko otroci odraščajo in ženska prvič dobi možnost, da se otrese skrbstvene vloge.

7. 1. 3. Zdravstvene težave in zdravljenje

Medicinski model menopavze našteva številne zdravstvene težave, ki se lahko pri ženskah pojavijo v času nastopa menopavze. Intervjuvanke so o teh težavah poročale različno: nekatere težav skoraj niso imele, druge pa so se z njimi soočale že daljši čas.

Intervjuvanki I#1 in I#2, ki večjih težav nista imeli, sta omenili le vročinske oblike, ki pa so hitro minili in niso bili niti posebno moteči:

»Takrat sva šli s prijateljico na morje, kar naenkrat, tam, kot da bi me en potuširal. Ampak sem imela še menstruacijo. Na vsako uro...vsako uro, kot da bi me en stuširal. Ko sem bila na plaži, sem šla sam v morje, sej to je lepo, ne. Nakar prideve v Ljubljano, pravi mi prijateljica, pojdi k moji teti na refleksoterapijo, da ti bo ona spet nazaj menstruacijo u red spravila. In mi je res, ampak samo eno še, potem pa nič več. Ampak od tistega časa naprej nisem jaz imela nobenih težav več. V štirih dneh se je meni vse poštimal'«. (I#1, 53 let)

»Oh, jaz sem že čez (menopavzo)...saj sem rekla, mogoče že kakšne dve leti nazaj, da sem imela tiste valunge, pa to...ampak jaz imam občutek, da sem s športom vse poravnala.« (I#2, 52 let)

Tri intervjuvanke pa so imele izrazite zdravstvene težave. V nasprotju s prejšnjima dvema intervjuvankama I#1 in I#2, ki nista poročali o posebnih težavah ali občutjih glede vročinskih oblikov, pa je intervjuvanka I#4 le-te opisala kot močno izkušnjo:

»Vročinski valovi so bili pošastni... mislim, dobesedno moker si tako, da teče s tebe (pove z velikim poudarkom), ne sam' da te oblije...glava...mokra... Potenje...ampak to je še v bistvu najmanj. Najhuje je to, da te par sekund pred tem ena taka notranja toplota...kot ena sila...to par sekund traja. Ena sila...ampak, to dokler ne doživiš...to, to meni mami nikoli ni mogla opisat tega.« (I#4, 48 let)

Intervjuvanka I#5 pa je poročala težavah, ki jih v literaturi ni zaslediti med »klasičnimi« simptome menopavze, čeprav statistični podatki kažejo, da so pri ženskah v menopavzi pogostejše:

»Če pa so bila obdobja, ko se nisem tako močno znojila, potem pa močno zatekanje tkiv. To se je odražalo tudi v sindromu karpalnega kanala, kar pomeni vklešččen živec v zapestju, kar neposredno spet ni povezano z menopavzo, ampak statistika sindroma karpalega kanala kaže zelo visok odstotek tega sindroma pri ženskah v menopavzi, ravno zaradi zatekanja, ko potem tkivo stisne živec.« (I#5, 48 let)

»Ker, eno od mojih čudnih počutij je bilo tudi, če sem jedla nekaj sladkega, mi je bilo čez nekaj časa slabo, in to prej nisem imela. In ona (Northrupova) zelo na nivoju nevrologije razlaga, da višek estrogena nad progesteronom vpliva po eni strani na prostogladine in po drugi strani na inzulin, kar povzroči tako motnjo, kot sem jo jaz pri sebi opazila. Torej, če pojem nekaj, kar vsebuje sladkor, se mi zelo hitro sprosti velika količina inzulina, ki razgradi ta sladkor in potem grem v hipoglikemijo... Pri meni je bilo

to najhujše, če sem bila lačna...prej je bilo normalno, v službi sem delala dolgo, nisem imela kaj za jest, sem pojedla eno čokolado, pa sem delala še par ur...Zdaj, če sem to naredila, se je zgodil ta pojav in nisem vedela zakaj. Nisem sploh imela povezave; da je to kaj v zvezi z menopavzo ali estrogenom. V tej knjigi (misli na Žensko telo, ženska modrost, avtorice Christiane Northrup) je to razloženo dobro, in jaz sem prepričana, da jaz nisem edina, ki imam take težave, in bi pomagalo ljudem, če bi vedeli, kaj to je.» (I#5, 48 let)

Menopavzo pogosto povezujejo še s psihičnimi težavami, čeprav je le ena od intervjuvank poročala o njih:

»Psihične spremembe so bile zlasti na začetku...jaz sem bila vedno izjemno stabilna oseba, in potem kar na lepem, s tem znojenjem so se mi pojavljale najprej moreče sanje, vse mogoče se mi je v sanjah sproščalo, in potem kar neka taka emocionalna stanja...ne vem, žalost, depresivnost skoraj...sama od sebe sem videla, da se mi je psiha spremenila proti depresivni. Pa občutljivost...stvari, ki me mogoče včasih ne bi toliko prizadele, so me zelo.» (I#5, 48 let)

Po medicinski doktrini naj bi mnoge psihične spremembe pri ženskah izvirale iz hormonskih nihanj ne le v obdobju menopavze, ampak tudi prej, v času menstruacije. Posledica tega je novejša medicinska »iznajdba« PMS (predmenstrualni sindrom) ki pogosto pomaga k utrjevanju stereotipa, da žensko skozi celo življenje »vodijo« njeni hormoni:

»me imamo, po moje ženske imamo že malo tako, tisti menstrualni cikel je že tako narejen, da si včasih malo bolj občutljiva, pa je sicer vse v redu s tabo. Ampak po moje postaneš malo čudna zato, ker ne spiš ponoči, potiš se, imaš občutek, da ves čas nekaj s tebe teče in se zelo nelagodno počutiš. Mogoče to posledično pelje v to, da si, ne vem, tečna, ali zoprna...« (I#4, 48 let)

Intervjuvanka I#4 je sicer na začetku omenila, da menstruacijski cikel vpliva na žensko počutje, vendar po njenem mnenju na psihične spremembe v menopavzi bolj vpliva slabo počutje zaradi vročinskih oblivov (*ves čas nekaj s tebe teče in se zelo nelagodno počutiš*) in nočnih potenj (*ker ne spiš ponoči*). V nadaljevanju je opisala, kako vročinski oblivi in nočna potenja imajo precejšnji negativni vliv na njeno življenje:

»...in ne spiš, predvsem, mislim dobro, po dnevi to še nekak prenašaš, čeprav je tudi zoprno, a ne...si zunaj, sredi zime in se spotiš, do...do vode, dobesedno. Potem pa jasno...mislim, jaz nisem tega navajena, jaz sem navajena spat. Jaz sem navajena osem ur spat! Ne pa, da se šestkrat na noč zbudiš, a ne...

V: Vas je to kaj oviralo tudi podnevi?

Ja. Je. Je to tudi moteče pri delu, ker te za hipec dekoncentrira. Zdaj pa, pri nas v službi pa so stvari, ki zahtevajo koncentracijo...glah včasih je deset sekund obliva, ko ti popusti koncentracija, dovolj, da ti lahko nekaj narobe narediš, a ne. Tako, da je moteče, sigurno je. (I#4, 48 let)

Intervjuvanka I#5, ki je poleg nočnih znojenj in vročinskih oblivov poročala še o sindromu karpalnega kanala in o hipoglikemiji, ki sta tudi dokaj pogosta simptoma menopavznega obdobja, je prav tako simptome doživljala kot zelo moteče v vsakdanjem življenju. Imela je tudi občutek, da ne obvladuje zdravstvenih težav:

O sindromu karpalnega kanala: *»To je zelo močno vplivalo na moje delovne sposobnosti, ker nisem mogla držati računalniške miške, nisem mogla tipkati, prvič v življenju da sem se počutila nesposobna rešiti svoje zdravstvene težave.«*

O hipoglikemiji: *To pomeni, da mi je slabo in da sem na tem, da izgubim zavest. Če vozim avto, je to lahko zelo kritično...dvakrat se mi je to zgodilo na kolesu, na srečo ne v avtu.*

Problemi zaradi vročinskih oblivov: *»zlasti pozimi, ko se znojim, in to v ta del (pokaže predel vratu) in ker veliko predavam, imam stalno gnojno grlo in motnje z glasilkami. Sem morala že parkrat bit na bolniški zaradi izgube glasu.« (I#5, 47 let)*

Nobena od intervjuvank ni omenila, da bi njihovi simptomi imeli kakršenkoli vpliv na odnose z družinskimi člani. Sta pa intervjuvanki I#4 in I#5 izpostavili, da kljub motečim simptomom, ki do neke mere vplivajo na njuno delo, v delovnem okolju ne omenjata težav:

»V:Kaj pa v službi, ali so bile kakšne reakcije sodelavk in sodelavcev?

Tega ne vidijo. To nihče ne vidi. Vidijo, da se odpenjaš ali da si moker, da pa bi se zato kdo sekiral, to pa ne.« (I#4, 48 let)

V:Kaj pa sodelavci, če imate na primer napad znojenja ali se slabo počutite-ali morate to skriti, ali...

Ja.Ja.

V:Ni razumevanja za to, da bi rekli...

Mogoče bi tudi bilo, ampak nihče niti od mojih kolegic, ki so starejše od mene ni tega nikoli povedala ali uporabljala in tako tudi jaz, če pridem v to situacijo, si mislim, če so druge potrpele, bom jaz tudi. Tako da moram reči, da tudi sama sebi niti ne dam možnosti, da bi si kdaj vzela malo odmora, ali da ne bi prišla v službo, al' pa da bi jamrala...« (I#5, 48 let)

Neopazno prenašanje simptomov menopavze na delovnem mestu, še zlasti vročinskih oblivov, je torej nekakšen »moralni imperativ«.

Pri vseh intervjuvankah je zdravniško (ginekološko) mnenje bilo ključno za potrditev simptomov menopavze, čeprav je le ena izmed šestih intervjuvank poročala o hormonskih testih, ki jih je opravila preden je zdravnik podal svoje mnenje. Za ostale so zdravniki določili, da so v menopavznem obdobju, zgolj na podlagi simptomov, o katerih so poročale. NHZ v medicinskem modelu menopavze velja za najbolj učinkovit način lajšanja menopavzih simptomov, zlasti vročinskih oblivov in nočnih potenj. Petim od šestih intervjuvank so ga ginekologi/nje predlagali ob omembi simptomov:

»pri prvem obisku pri ginekologu, sem to omenila (simptome), vedeli smo, zakaj gre, in mi je pač predlagal to (HNZ), a ne...« (I#4, 48 let)

Ginekologi/nje so intervjuvankam ponudili/e možnost NHZ z različnimi pojasnili - od tega, da se bodo bolje počutile, da bodo odpravile simptome do tega, da bodo tako zavarovale telo pred osteoporozo in rakom:

»Drugače pa nobenih pripravkov ne jemljem. Sem pa začela enkrat hormone jemati, to pa zato, ker ta, ki nas je tu pregledovala (misli na vsakoletni preventivni pregled dojk v firmi) je skoz' govorila: če ste tolk' stare, dejte jemati hormone...mene pa so tisti hormoni v treh mesecih tako uničili, da sem postala živčna, tečna, zoprna, da so mi že doma prepovedal hormone...jaz sem še sam grizla okol'.« (I#2, 52 let)

Hipoteza o medikalizaciji menopavze vsebuje implicitno domnevo, da so ženske nekritične sprejemnice zdravniške avtoritete in NHZ. D. Lupton (1997) pa trdi, da v sodobnih zahodnih družbah obstaja t.i. potrošniški pristop k zdravju, katerega posledica je pacientovo odločanje o izbiri zdravnika in načina zdravljenja, posledično pa tudi upad zdravniške avtoritete in povečan vpliv alternativnih terapij. Skladno s tem sta tudi dve intervjuvanki poročali, da sta odklonili ponujeno hormonsko zdravljenje, ena pa, da ga je zahtevala, čeprav ji ga ginekolog ni priporočal:

»...on je men dajal tabletko, tele...tri-tri-...tri-...kaj so že..., tele tri barvne, rdeče modre in bele, imenuje se nekaj na tri-...on je pisal recepte, je rekel, veste kaj, takole se boste boljše počutila, pa menstruacijo boste uredila. Jaz sem jih šla dvignit, pa gledam, pa berem, pa že odprem škatl'co, potem sem jih pa nazaj v lekarno nesla in niti ene nisem pojedla... Pa sem rekla pa ne bom tega jedla, ne bom hormonov, ne bom napihnjena pa debela, sem enkrat kontracepcijske jemala in sem se zredila in imela težave in migrene

od tega, in sem rekla ne bom! In nisem! Pa se je enkrat naveličal pisat, je rekel, ne bom več pisal. Sem rekla, sej ni treba! (smeh) « (I#1, 53 let)

»meni ja zdravnica rekla, da bi se odločile za hormone, ampak men' se zdi, če nimaš nobene take težave, zakaj bi jih jemala?« (I#3, 50 let)

Intervjuvanka I#2 pa je hormonske tablete zahtevala, navkljub nasprotovanju ginekologa (vendar na priporočilo druge zdravnice):

»..hormoni so s hudičem, res. Men' zdravnik sploh ni hotel dat tablet, je rekel, če ne rabite, pa če čutite, da ne rabite, zakaj bi jemala?, pa sem tol'k težila, da mi jih je dal. Potem sem šla pa nazaj, pa je rekel: in kako je b'lo s hormončki, k' vas nisem n'č vidu pol? Pa sem mu povedala, da to je grozno. Mene so tisti hormoni v treh mesecih tako uničili, da sem postala živčna, tečna, zoprna, da so mi že doma prepovedal' hormone...jaz sem še sam grizla okol'. Je rekel, sej sem vam svetoval, da ne...ampak če ste tol'k trmasta, sem vam jih pa dal, pa probajte.« (I#2, 52 let)

Tri od šestih intervjuvank so NHZ poskusile, ena ga je zaradi stranskih učinkov (in verjetno tudi zato, ker ni imela nobenih resnejših težav) po treh mesecih prekinila. Dve intervjuvanki, ki sta imeli močno izražene menopavzne simptome, pa sta NHZ jemali daljši čas. Njuni izkušnji z zdravljenjem in s pristopom ginekologa in ginekologinje, ki sta obravnavala njune težave, sta povsem različni:

»Kompletno mojo zdravstveno anamnezo je vzel; če imam kakšne težave v zvezi s tem, kakšne jetrne bolezni, kakršna koli druga zdravila... najprej je bilo itak treba it na pregled dojk in mamografijo; to me je tudi takoj poslal, iz nule, a ne. Tisto, štartamo iz takega stanja in potem na dve leti to redno spremljamo. Mamografijo na dve leti, ginekološki pregled letno, to že tak al' tak.

V: Skratka, ni vam kar predpisal...

Ne. Ne, ne,ne. Dobro, jaz ne vem, kakšne so izkušnje drugih žensk, ampak tega ginekologa jaz poznam, ker sem z njim deset let delala na ginekologiji. Tak', da me mogoče res ni zaradi tega kar odpravil; mi je svetoval in me je dejansko povprašal po vsem tem in tud povedal, da če bi karkoli bilo, da pridem takoj nazaj.« (I#4, 48 let)

Intervjuvanka I#4 je edina poročala o natančnem zdravstvenem pregledu pred začetkom jemanja hormonskih zdravil in o rednih pregledih, na katere hodi že ves čas jemanja. V odgovoru je sicer tudi sama podvomila o tem, da skozi enako zdravstveno proceduro gredo vse ženske, ki jim zdravnik predpiše hormonsko zdravljenje. Razlog, da je bila sama deležna tako natančne obravnave (ki jo, mimogrede, priporoča vsa literatura, strokovna in poljudna) vidi predvsem v strokovnem poznanstvu z ginekologom. Izkušnje

ostalnih intervjuvank potrjujejo njeno razmišljanje, saj nobena druga ni poročala o preventivnih pregledih pred začetkom jemanja hormonskega zdravljenja. Intervjuvanka I#4, ki je tudi profesionalno povezana s področjem ginekologije, je v svojem ginekologu našla kompetentnega sogovornika, ki mu zaupa. Izkušnja I#5, ki je zaradi izraženih simptomov prav tako sprejela NHZ, pa je povsem drugačna:

»Potem sem šla h ginekologinji, ona mi je takoj predpisala hormonsko nadomestno zdravljenje, kljub temu, da nisem še izgubila menstruacije. Nekaj mesecev sem bila na tem, posledica je bila samo še hujše zatekanje, znojenje se ni prenehalo, tako da mi ga je ginekologinja potem ukinila. Ona mi ni nič razložila, kljub temu, da je specialistka, potem sem začela sama iskat literaturo, in potem sem preko literature ugotovila, da pred menopavzo nastopi ta predmenopavza, kjer je nivo estrogena previsok, torej hormonsko nadomestno zdravljenje, ki dodaja estrogen, samo še simptome poveča. To je bil zame šok, kako da ginekologinja...niti me ni...ne vem, me je pač poskus'la, ko ni b'lo, je pač dala neki druž'ga. Niti ni bila izdelana ena taka metodologija...ne vem, da bi ženski, ki še ima menstruacijo, ne dali hormonskega nadomestnega zdravljenja. Ampak so mi ga dali...to mi je bilo tko...malo čudno, al' pa razočarajoče, iz znanstvenega vidika.« (I#5, 48 let)

V odgovoru intervjuvanke I#5 ni čutiti samo presenečenja nad nekompetentnostjo zdravnice, ampak tudi razočaranje nad celotnim zdravniškim pristopom k menopavzi. Tu velja omeniti, da je intervjuvanka I#5 profesionalno povezana z znanstveno sfero in ima znanje in dostop do strokovnih informacij, zato njena kritika ne temelji zgolj na negativni osebni izkušnji.

Odnos vseh intervjuvank do NHZ je bil ambivalenten: za eno je pomenil rešitev trenutnih težav, povezanih s simptomi, pa tudi ostale intervjuvanke so ga konceptualizirale kot učinkovito sredstvo proti simptomom, vendar pa nobena intervjuvanka o njem ni izrazila posebej pozitivnega mnenja. Prepričanje, ki je prevladovalo pri večini intervjuvank je, da je vredno poizkusiti lajšati težave najprej z drugimi načini (jemanje fitofarmaceutskih izdelkov v prosti prodaji, spremenjen življenjski stil):

»In jaz sem ga sprejela, ker bi sprejela karkoli, samo da bi se spet počutila normalno...tako da še vedno nimam izdelanega mnenja, ali sem ali nisem za hormonsko nadomestno zdravljenje; pri meni se absolutno ni obneslo.« (I#5, 48 let)

»V:Če bi imeli takšne težave, kot jih ima vaša prijateljica, ali bi se odločili za zdravljenje?

Jaz bi probala najprej na kakšno natur varianto. (malo pomisli): če pa...ne vem, lahko si pa predstavljam, da če bi imela neke take težave, ki si jih zdaj ne predstavljam, ne vem, da bi imela kakšne depresije, pa da bi mi en rekel, »ej, kaj se češ matrat, tlele maš te hormone«, pa mi zraven še kaj razloži, pa jaz še malo preštudiram...tudi ni nujno, da se ne bi za to odločila. Če bi vedela, da bi mi to (menopavza) zagrenilo življenje, da bi jaz vedela, da sem tu zdaj popolnoma nemočna, potem pa bi, zakaj pa ne...nazadnje pa res, saj nihče ne želi trpet, a ne?« (I#6, 46 let)

NHZ je v daljšem časovnem obdobju jemala le ena od šestih intervjuvank. Zanj se je odločila kot za zadnjo možnost, saj s fitofarmaceutskimi pripravki ni uspela odpraviti močnih vročinskih oblivov in nočnih potenj. Njena pričakovanja glede koristi jemanja so bila omejena na odpravljanje omenjenih vazo-motoričnih simptomov. V intervjuju je za NHZ uporabila besedno zvezo »čudežna tabletk« v pejorativnem pomenu; dvomila je o vseh koristih jemanja, ki so trenutno pojavljajo v poljudnih in strokovnih publikacijah, zlasti v možnost preprečevanja nekaterih rakavih obolenj. Zaveda pa se povečanega tveganja, da v času jemanja oboli za rakom na dojki, vendar:

»sem rekla poskusila bom, ker res...to se ne moreš prepričati, da se ti ne dogaja. Enostavno...ni to zdaj tista v moji glavi, da jaz hočem čudežno tabletko pojest, zdaj bo pa vse min'lo, ampak se je enostavno predlogo vleklo... In moram rečt', da je pomagalo. Res. Je. Prvo, kar se je nehalo to potenje, potem se je uredila menstruacija.

V: Kaj pa, če ne bi imeli tako izrazitih simptomov, ali bi se kdaj odločili za NHZ? Na primer zaradi preventivne raka na roditeljih...

Ne. Zaradi kakšnega preprečevanja raznih rakov nikoli. Ker, to pa glih ne vem...toliko pa spet ne verjamem, no...

V: Kaj pa, da hormonsko zdravljenje povečuje rizik, da raka dobiš?

To pa, s tem pa sem seznanjena. Ampak težave so bile hujše, recimo hujše, pa nekaj smatram, da če hodim redno na kontrole, takšne in onakšne, da če bo že...jasno, da se lahko tudi izkaže, da zaradi tega dobiš raka na dojki, ki je pač hormonsko pogojen. Sigurno mi ne bo vseeno, da sem to jemala, pa bi rekla, aha, bi raje trpela.« (I#6, 48 let)

Pet od šestih intervjuvank je torej prišlo v stik z NHZ, ki so ga zavrnile, če zdravstvene težave niso preveč vplivale na njihova življenja, in sprejele, če so. Tudi tiste intervjuvanke, ki so hormonsko zdravljenje zavrnile, bi bile pripravljene po njem poseči, če bi bili simptomi preveč moteči za normalno vsakodnevno življenje.

So pa vse intervjuvanke bile seznanjene z »alternativnimi« načini lajšanja menopavznih težav, predvsem s fitofarmaceutskimi izdelki. Pet od šestih intervjuvank so jih jemale ali pa jih še vedno jemljejo :

»Potem sem pa iz Francije naročila te kapsule...SOYJAM, iz soje in jam-a, soja ti daje te rastlinske estrogene, jam pa zmanjšuje napihnjenost...« (I#1, 53 let)

»Najprej sem probala s temi sojinimi nadomestki; vse drugo sem probala pred hormonskim zdravljenjem. Samo, potem tudi ti sojini pripravki, saj sem že pozabila, kak' se jim reče, v glavnem, to, kar se tudi dobi tako v lekarni, ni pomagalo.« (I#4, 48 let)

Poleg fitofarmaceutskih izdelkov so v prehrano uvedle še sojo in tofu, o katerih je zlasti v poljudnih člankih o menopavzi velikokrat zaslediti, da preprečujejo vročinske oblike in nočna potenja:

»Ja, jaz sem vegetarijanka že dvajset let, pa sem imela vseeno težave, res pa je, da nisem jedla veliko soje... pa sem se malo začela posiljevati s sojo. Tako da sem nekaj časa jedla tofu pa solato vsak dan, zdaj pa ne morem več, sem se je naveličala (smeh).« (I#5, 48 let)

Vprašanja prehrane so se bolj ali manj dotaknile vse intervjuvanke. Poleg uvajanja soje je bilo v odgovorih jasno zaslediti sledenje in upoštevanje raznih popularnih diet in prehranskih režimov:

»V: Ali se prehranjujete drugače, kot ste se do sedaj?

Jaz sem enkrat brala Montignacovo knjigo in sem kar začela ločevati...pa sem jedla meso brez krompirja. Kupila sem si sokovnik in prešam sokove, zelišča pa že od nekdaj veliko uporabljam. Po 40. letu sem nehala jesti slaščice. Pa zdaj sem probala te sojine napitke.

V: Bolj pazite na prehrano, kot ste prej?

Ja, seveda. Sem brala to Montignacovo dieto, on pravi, zjutraj dve limoni, potem pa sadje pred zajtrkom, in odkar tako jem, se odlično počutim, nisem več napihnjena, kot sem bila prej skoz'. Čeprav on pravi ne korenja in banane, drugje pa piše, kako so zdrave! Ja, od vsakega nekaj pobereš, od vsakega nekaj...« (I#3, 50 let)

»V: Bolj pazite na prehrano, kot sta prej?

Ja, sigurno bolj...jaz vem, ko smo bili mladi, smo vse sorte probaval' hujšat, kljub temu, da smo bili vedno suhi, ampak kljub temu smo hujšali, vsaj jaz, no, jaz sem itak mahnjena na te diete. Mal Montignaca, mal ločevalne, mal un, to, tret., in potem enostavno začneš pazit, ane. Pa ne ješ kruh pa meso, pa testenine pa meso, pa paziš, da ne ješ zvečer, po 8 ali 7 uri. Na tak način bolj pazim, no. Pa namesto navadnega uporabljam samo olivno olje. jaz pojem veliko tofuja in soje...jaz sem spremenila prehrano mogoče že kakšnih 10 let nazaj.« (I#2, 52 let)

Intervjuvanke so se tudi zavedale, da samo sprememba prehrane ali uporaba fitofarmaceutskih izdelkov ni dovolj, da bi menopavzni simptomi izginili. V naslednjem odlomku je intervjuvanka I#4 postavila NHZ nasproti alternativnemu načinu lajšanja

težav, pri čemer je izpostavila, da je za učinkovitost slednjega potrebno še kaj več, kot le sprememba prehrane – potrebna je sprememba življenjskega stila:

»Zdaj, če si res prepričan, da ne greš v to hormonsko nadomestno terapijo, potem verjetno vse drugo probaš, kar je v redu. Zdaj, jaz sem mogoče šla po liniji najmanjšega odpora, a ne, razen to, da sem v lekarni poskus'la dobit tiste sojine kapsule..., kar se prehrane tiče, verjamem, da tudi lahko vpliva na vse to skupaj. Če nočeš hormonsko nadomestno terapijo, potem mislim, da samo spremenit prehrano ni dovolj. Potem moraš povsem spremenit način življenja. Čeprav, pri meni bi šlo to v bistvu še najlažje, ker nimam otrok... Saj pravim, jaz sem šla pač po najlažji poti.« (I#4, 48 let)

Intervjuvanka I#4 se zaveda, da življenjski stil ni tako preprosto spreminjati, saj ima večina žensk ustaljeno družinsko življenje in delovne obveznosti. Zato je označila hormonsko nadomestno zdravljenje, ki od nje ni zahtevalo nekih korenitih sprememb, za »linijo najmanjšega odpora«.

Intervjuvanka I#5 je edina poročala o številnejših spremembah, ki jih je uvedla, kar je po njenem mnenju zmanjšalo težave. Obenem je še kombinirala klasično in alternativno medicino:

»In potem sem spremenila vse, kar mi je kdo svetoval...moja ginekologinja mi je svetovala, naj začnem uživati sojine nadomestke, tako da sem začela Menosoy jemati, to jemljem še vedno redno...potem sem začela na svojem telesu opazovati, kaj mi kdaj škodi in kaj ne...recimo, aktivni šport, ki sem ga vedno imela rada, če ga delam zvečer, da se mi telo pregreje, potem se znojim. (...) Moj pogled na medicino in na alternativo je, da to ni nekaj, kar bi se moralo boriti, a ne, ampak dopolnjevati. In na srečo imam tudi tako ginekologinjo da potem, ko mi je ona vse tiste svoje tabletko dala pa mi niso prijele, a ne, je na koncu sama rekla, pojdite h nekomu, ki dela akupunkturo, ker pri tistih, ki jim pač hormonsko nadomestno zdravljenje ni prijelo, pomaga ponavadi akupunktura. In mi je celo dala naslove ljudi, zdravnikov, ki so usposobljeni delati akupunkturo. In potem sem se odločila ne za akupunkturo, ampak za elektropresuro oziroma za elektrostimulacijo, kar je podobno. In mi je to pomagalo, najbolj je bilo to takrat akutno ko sem imela ta sindrom karpalnega kanala, takrat res nisem več mogla delati, držati miške, in mi je ta elektrostimulacija odpravila najprej bolečino, potem sem šla še na manualno terapijo, ki mi je poravnala kosti. In moram reči, da moja izkušnja s tem je bila dobra. In zdaj nekako s tem vozim....da s kontracepcijskimi tabletami zmanjšujem krvavitve, kar se pa tiče znojenja in tega, pa z načinom življenja...na primer, skoraj ne spim pokrita, vedno živim na meji tega, da me zebe, potem se ne znojim.« (I#5, 48 let)

Vendar bi tudi vse te spremembe, ki jih je intervjuvanka I#5 navedla, težko označila kot spremembo življenjskega stila, saj je njen urnik ostal enako naporen kot prej in njene obveznosti enako številne.

Spremembe, ki so jih intervjuvanke uvedle v obdobju menopavze so – po pričakovanju – močno odvisne od delovnega in družinskega okolja, v katerega so intervjuvanke vpete. Tudi v času menopavze so intervjuvanke matere (nekatero tudi že babice, s čemer se je skrbniška vloga spet povečala), gospodinje ter profesionalno angažirane ženske, kot so bile pred nastopom menopavze, in razen manjših sprememb v količini prostega časa, niso poročale – niti ni bilo v njihovih naracijah zaslediti želje po tem – o večjih spremembah življenjskega stila.

7. 1. 4. Informacije o menopavzi

Poleg medicinskega osebja sta najpomembnejši vir informacij o menopavzi izkušnje drugih žensk (mami, sorodnice, prijateljice) in množični mediji. Tudi vse intervjuvanke so omenjale izkušnjo menopavze svojih mater ter svoje izkušnje primerjale z njihovimi.

»In še, moja mami je imela isto, sam' kasneje. In šele takrat, ko se je to meni zgodilo, sem to začela jemati zares. Ker ona je »vroče, vroče« (krili z rokama), začela, pa sem ji rekla, »pa daj, nehaj, umiri se in zamenjaj majico, pa adijo!« Pa je rekla: » Ja pa saj ne morem tega desetkrat na dan početi!« Ker to ni samo enkrat na dan. Mamo sem v menopavzi sploh spremljala, zelo, ker je hodila na preglede kjer sem delala, tako da sem njeno stanje res zelo spremljala...

V: In ste mami povedali tudi za svoje znake?

Ja, sem ji povedala, in potem mi je rekla, no, zdaj me pa razumeš...« (I#4, 48 let)

Intervjuvankin odgovor kaže na to, da je šele ob lastni izkušnji menopavznih simptomov izkušnja mame dobila pravo težo. Intervjuvanka I#5 je svoje simptome prav tako primerjala z maminimi, hkrati pa je omenila tudi očeta in andropavzo. Enako kot druge intervjuvanke tudi ona predvideva, da so simptomi podedovani – ker jih mati ni imela, je prepričana, da je nagnjenost k simptomu vročinskih oblivov podedovala po očetu:

»V: Ali ste se z ženskami v vaši družini kdaj pogovarjali o menopavzi?

Moja mama je zdravnica, pa kljub temu sem jaz stopila v moje težave, ne da bi karkoli vedela o tem. Ampak vzrok je verjetno v tem, ker je moja mama vstopila v menopavzo pri petinpetdesetih, jaz pa pri 44-ih in je verjetno mislila, da je še čas. Poleg tega ona ni imela skoraj nobenih simptomov, je rekla, da je čutila, da se mal' psihično...se čudno

počuti, pa da je malo močno krvavela, pa da ji je takrat ginekologinja nekaj predpisala, da je jemala par mesecev, in potem je bilo konec. Tako, da ona ni imela tega, je pa zanimivo to, da to obilno znojenje je imel moj oče oziroma mi je povedal, da ga je imel. Tako da ena od tabu tem pa tudi je, da se moškimi nič ne dogaja. Andropavza, ane. Tako da jaz imam očitno to nagnjenost k znojenju po očetu..« (I#5, 48 let)

Andropavza, ki jo intervjuvanka I#5 omenja, dobiva vedno več medicinske in farmacevtske pozornosti, prav tako se že pojavlja v množičnih medijih. Je pa od vseh intervjujev bila to edina opazka o moških v tem starostnem obdobju.

Pomemben vir informacij o doživljanju menopavze so tudi druge ženske – daljne sorodnice, prijateljice, sodelavke – iz iste starostne skupine. Vsaka od intervjuvank je poimensko navedla vsaj eno prijateljico ali sodelavko, ki je imela izražene simptome, pa tudi vsaj eno, ki z menopavzo ni imela nobenih težav. Svoje izkušnje menopavze so primerjale in legitimirale z izkušnjami teh prijateljic, in pogosto upoštevale njihove nasvete:

»Se pa spomnim sodelavke, ki je okno odpirala, pa zapirala, pa se slačila, pa oblačila, pa »porka madona, kdaj bo to mem, mor'm it spet mal' na kolo«, pa sem rekla,« a je to hudo?«, pa je rekla: »Sam športat je treba, samo šport!«... njene besede so men' u glavi ostale. Nje se blazno spomnim, ko je to imela na začetku...te moje punce pa...moram reči, da te moje prijateljice, ki so moj letnik, nimajo kakšnih posebnih težav.« (I#1, 53 let)

»No, ampak zanimivo, zdaj ko se tako pogovarjamo, jaz se spomnim, ko je bila prijateljica X v meni, pa sva se pogovarjale o tem, jaz sem včasih zelo rada pulije nosila, X je pa rekla, nič ne prenesem okol' vratu, in jaz sem zdaj ugotovila, da mogoče kakšne dve leti pulijev ne prenesem!« (I#3, 50 let)

Intervjuvanka I#5 pa je poročala o tem, da so s prijateljicami prišle na idejo, da organizirajo neformalno zaprto skupino, v kateri si medsebojno izmenjujejo informacije menopavzi in o simptomih:

»Potem sem si res želela nekako izmenjevati izkušnje o tem, in se je čisto slučajno zgodilo da...da enkrat smo se neki pogovarjale in potem je X, ki zdaj vodi ta krog, slišala, da smo se nekaj pogovarjale o tem, da imam težave, in tako je nastala ideja, da bi se tiste, ki imamo podobne težave ali pa opažanja na svojem telesu začele dobivat, in moram reč't, da je meni to zelo ljubo, da si lahko izmenjamo izkušnje, pa tudi smo interno t'ko si

pripravljale... če je katera kaj prebrala, da smo pripravile tako kot eno neformalno predavanje. In mi smo si zadale za cilj, da to ni samo en krožek jamranja, ampak da je to krožek, kjer si tudi pozitivne izkušnje prenesemo, tako da si znamo bolj pomagat.» (I#5, 48 let)

Tudi strokovna literatura navaja (Griffiths, 1999), da so ženske skupine, v katerih si posameznice izmenjujejo izkušnje, pomemben način podpore in informacij. Drugi pomemben vir informacij pa so mediji. Analiza revij je pokazala, da je v zadnjih desetih letih v slovenskih zdravstvenih in ženskih revijah izšlo precejšnje število člankov o menopavzi in menopavznih simptomih, vendar večina intervjuvank tem člankom ne posveča posebne pozornosti niti jim ne pripisuje pomena:

»Je pa tud to, da ne berem o teh svareh, ker se mi zdi, da skoz...no, tolk' sem že prebrala, da vem za kaj gre, ampak...na primer tista osteoporoza, ma dej no mir... Članki pa največ o tem govorijo, osteoporozi, pol pa te...napihnenosti, o prehranjevanju... Ko pa to bereš, pa neumen rataš...joj, a to da moram jest?! Dejte mi mir!« (I#1, 53 let)

Le ena od intervjuvank je spontano omenila članek iz hrvaške ženske revije in smatrala, da je informacija, ki jo je prebrala, kompetentna:

»Soja vsebuje snovi, ki so podobne ženskim hormonom, in ko jih ješ, ti to nadomesti tvoje hormone, ki ti jih primanjkuje. Pa štiti tudi pred rakom na dojki. To sem brala v eni hrvaški reviji na morju. Pa štiti tudi pred osteoporozo. (I#3, 50 let)

Intervjuvanki, ki sta zaradi izraženih simptomov bili prisiljeni posvetiti menopavzi več pozornosti, sta prav tako poročali o tem, da informacij v poljudnih revijah nista iskali. Ker pa sta profesionalno povezani z medicino in znanostjo, sta potrebne informacije o menopavzi dobili že v času študija in iz znanstvene literature. Informacije iz teh virov sta ovrednotili kot prave in resnične, medtem ko po njunem mnenju množični mediji ne dajejo relevantnih informacij. Intervjuvanka I#5 je še izpostavila priročnik Christiane Northrup *Žensko telo, ženska modrost*, kot primer dobrega priročnika in to je bila tudi edina konkretna omemba literature:

»V: Kje ste dobili informacije o menopavzi in ali ste zdaj, ko imate težave, iskali dodatne informacije?

Ne...mal' sem samo na internetu...da bi pa kaj preveč, pa moram reč't, da ne.

V: Ali se spomnite, da bi kjerkoli prebrala kaj poljudnega o menopavzi?

Ne. Ne. Res se ne spomnim, evo, tudi pri frizerju, ko prelistam...ampak jaz prelistam in se sploh ne spravim brat. Ne rečem, da so vsi članki zanič, ne zaničujem tega, kar pišejo, ampak enostavno, evo, niti me tako daleč ni zanimalo. Jaz vem, kaj je menopavza, vem iz faksa... Tako da res nisem nič brala, nič, razen tistega, kar piše na lističih od tablet.» (I#4, 48 let)

»Ko sem sama začela imeti te težave, sem se najprej spravila na znanstveno literaturo, ne na take revije, ki itak pišejo vse isto, a ne, ampak sem hotela za svoje simptome najdet' eno zdravstveno razlago in razumeti, kaj se dogaja globoko na bio-kemijskem nivoju. In sem bila presenečena, kako malo je literature tudi v znanosti

V: Kakšno literaturo ste iskali?

Predvsem znanstvene članke, v znanstvenih medicinskih revijah, plus kar sem našla strokovne literature tudi v obliki knjig. Tako da, eno od knjig, ki se mi je zdelo, da je bila res kvalitetno napisana, je bila od Christine Northrup, ki je prevedena v slovenščino. Ta se mi zdi, tako, za populacijo ljudi, ki jih malo bolj poglobljeno zanima, se mi zdi dobro napisana.

V: Kaj pa v revijah, ste kdaj zasledili kakšen članek o menopavzi?

Ja, ena revija...cela številka Zdravja je bila temu posvečena, tako da tisto sem prebrala...pa tudi tu pa tam...ampak se mi zdi, da...da kar naprej naštevajo ene in iste stvari.« (I#5, 48 let)

Ta intervjuvanka je omenila tudi tuje televizijske oddaje o menopavzi, in v njih prepoznala vkodiran kult mladostništva:

»Potem tudi na Discovery Chanel, vem, da je bilo par oddaj v zvezi s tem, ki so bile ameriške, in moram rečt', da so me razjezile...se mi zdi, da so tako močno potencirale...v smislu, saj lahko marsikaj narediš, da boš še vedno izgledala mlada, to pa gre meni še posebno na živce. Zakaj bi se trudila izgledat mlada, jaz cenim svojo starost, meni je pomembno, da se jaz v svoji starosti dobro počutim, ne pa, da igram, da sem mlada.« (I#5, 48 let)

Pri intervjuvanki I#5 je poudarjanje mladostnega videza sprožilo negativni odziv: *»moram rečt', da so me razjezile«* in zavračanje imperativa mladosti: *»meni je pomembno, da se jaz v svoji starosti dobro počutim«*. Skrb za mladostni videz intervjuvanka razume kot pretvarjanje: *»ne pa, da igram, da sem mlada«*, kar je skladno s konceptom maškarade K. Woodward (1991). Vendar pa intervjuvanka – v nasprotju z Woodwardovo (1991: 149), ki smisel in namen maškarade vidi v obvarovanju posameznika pred stigmatizacijo in socialno izključenostjo – trdi, da je *»igranje mladosti«* nepotrebno in se s tem približuje diskurzu feministk drugega vala (S. Sontag, G. Greer), ki so ženske opogumljale, naj se starajo *»graciozno«*, to je, naj ne zakrivajo vidnih znakov staranja.

7. 2. Diskurzivna analiza

V naracijah intervjuvank je bilo mogoče identificirati več različnih diskurzov: medicinskega, upravljskega, diskurz o zanikanju simptomov in (esencialistično) feministični diskurz. Intervjuvanke so posamezne elemente različnih diskurzov med seboj poljubno združevale v koherentne izkušnje menopavze.

V naracijah vseh intervjuvank je prevladoval medicinski diskurz o menopavzi. Vse so menopavzo povezovale z zdravjem, uporabljale so medicinsko izrazoslovje, kot so *simptomi*, *nadomestno hormonsko zdravljenje*, *estrogen*, itd. in bile seznanjene z medicinsko definicijo menopavze (stanje pomanjkanja hormona estrogena). Od šestih intervjuvank sta le dve že doživeli menopavzo v smislu izgube menstruacije, ostale štiri pa so same sebe označile kot »predmenopavzne«, kar pomeni, da so sprejele tudi širšo medicinsko definicijo menopavze, ki vključuje obdobje od nekaj let pred do nekaj let po zadnji menstruaciji. Velik vpliv medicinskega diskurza pri intervjuvankah se kaže tudi v njihovih opisovanjih zdravstvenih težav, odnosu do zdravniškega mnenja in NHZ.

Upravljski diskurz, enako kot medicinski, menopavzo povezuje z zdravstvenimi težavami. Ključna razlika med njima pa je, da je v medicinskem diskurzu ženska prepuščena na milost in nemilost hormonskim spremembam, dokler jih NHZ ne odpravi. Ženska je v medicinskem diskurzu torej pasivna sprejemnica zdravljenja, v upravljskem diskurzu pa ima aktivno vlogo: s spremembami življenjskega stila, iskanjem informacij, uporabo alternativnih oblik zdravljenja ipd., se postavi težavam po robu tudi sama. Če citiram ena od intervjuvank - »ženska gre v to s celim bitjem«:

»Zdaj pa, ko stvari nastopijo, greš pa s celim bitjem v to, ne greš samo z idejami in to je potem drugače...tako, da jaz pričakujem, ko bom imela te spremembe, bom že kaj počela, bom kaj več o tem prebrala, se mogoče kaj več o tem pogovarjala, šla na malo daljši sprehod, kot sem navajena do sedaj ...tako si predstavljam.« (I#6, 46 let)

Upravljski diskurz nosi v sebi zametke zdravizma, to je ideologije, po kateri individuum prevzame odgovornost za svoje zdravje nase in ga ohranja z natančno določenim življenjskim stilom, ki vključuje: zdravo prehrano, redno telesno vadbo, nadzorovanje telesne teže, izogibanje alkoholu, kajenju in drugim odvisnostim,

practiciranje varne spolnosti, opravljanje rednih zdravniških pregledov, itd. (Skrabanek, 1994).

Tretji diskurz, ki sem ga identificirala, je diskurz zanikanja menopavze. Zanj je značilno, da se posameznica s težavami ne spopada, ampak jih zanika:

»Pri tem, pri menopavzi, jaz vidim, da je treba samo migat! Pa preusmerit moraš razmišljanje kam drugam. Če pa se zasediš, pa začneš joj, pa me glava...joj, kaj 'mam tukaj..., joj pa tole...sprejmi sebe, sprejmi, kar ti je narava dala... Ne, name menopavza nima nobenega vpliva. Jaz grem samo naprej, jaz se ne oziram nazaj, jaz grem naprej. Predvsem sem pa jaz tako naspidirana in neobremenjena, da sploh nimam časa, da razmišljam o tem. ...jaz težav nimam, ker menopavze ne priznavam!« (I#1, 53 let)

Intervjuvanka torej sugerira, da je z močjo volje mogoče prevladati nad simptomi, in da menopavza ni nekaj, s čemer bi se bilo treba posebej ubadati ali obremenjevati, saj v ničemer ni spremenila njenega življenja. V tej naraciji sta skriti še dve trditvi: ženska, ki je pozorna na telesne spremembe, bo zaradi tega simptome doživljala še težje, in osebna refleksija, ki jo lahko sproži menopavza – bodisi zaradi njene navezave na staranje ali konec reprodukcije, bodisi zaradi motečih simptomov, ki vplivajo na življenje – ni zaželena.

Prav nasprotna pa je vloga osebne refleksije v feminističnem diskurzu, ki ga je uporabila le intervjuvanka I#5:

»Ja, jaz upam, da je to ena taka sprememba, ki je sicer težka, sploh na začetku, ko te preseneti, da je to kar en tak pretres do temeljev, ampak iz tega se rodi nekaj, in če bi jaz to zdaj gledala tako...malo...kako bi rekla, v »Zofijskem smislu«, se lahko rodi ena modra ženska. Ne tisto, kar naša družba kaže, ena plastična ženska, ki je vsa plastična zato, da bo izgledala mlada, ampak se rodi ena modra ženska, ki stoji v sebi in nosi in daje družbi to, kar lahko daje. In jaz si želim zase, da bi to postala.« (I#5, 48 let)

Zanjo so menopavzni simptomi, s katerimi se sooča tudi sama, znanilec osebnotne transformacije in so zato pozitivna izkušnja. Menopavza naj bi po mnenju intervjuvanke I#5 inicirala rojstvo »modre ženske«, ženske, ki ni obremenjena s kultom mladosti in ostalimi stereotipi, ki jih sodobna družba navezuje na starejše ženske. Žal ta izredno lepa misel, ki jo intervjuvanka zaključi z željo, da bi tudi sama postala »modra ženska«, ni

preprosto uresničljiva. Identiteta je namreč presečišče individualnega in družbenega; oblikuje jo težnja po individualizaciji (individuuum lahko izoblikuje identiteto v skladu s svojimi željami) in težnja po socializaciji (individuuum mora izoblikovati identiteto v skladu z zahtevami okolja, kateremu pripada, sicer tvega izolacijo).

8. EVALVACIJA REZULTATOV

V tekstovno analizo menopavze sem vključila 5 priročnikov o menopavzi v slovenskem jeziku, ki so dosegljivi v splošnih knjižnicah v Sloveniji; tekste dveh brošur in ene zgibanke o hormonskem nadomestnem zdravljenju ter tekste dveh brošur in treh zgibank o fitofarmaceutskih izdelkih za lajšanje težav v menopavzi, ki so v letu 2006 -2007 bili dosegljivi v ginekoloških in splošnih ordinacijah, v lekarnah in zeliščnih lekarnah ter 239 tekstov o menopavzi, ki so v obdobju 1995 -2006 izšli v revijah *Jana*, *Naša žena*, *Viva* in *Zdravje*. S tem sem zajela večino trenutno aktualnega tekstovnega gradiva, ki se nanaša na vprašanje menopavze in je dostopno večini slovenskih žensk v menopavzi.

V analizo ženskih izkušenj menopavze sem vključila pol strukturirane intervjuje s šestimi ženskami, ki so same sebe prepoznale kot »ženske v obdobju menopavze«. V intervjujih sem raziskala njihovo konceptualizacijo menopavze in ključne teme, ki so jih povezovale s tem obdobjem življenja. Pomembno vprašanje v intervjujih je bil tudi odnos intervjuvank do medijskih reprezentacij menopavze.

8. 1. Kvantitativna, vsebinska in diskurzivna analiza tekstov

Avtorstvo je pomemben indikator strokovnosti in tematske usmerjenosti teksta. Avtorstvo analiziranih tekstov se po posameznih tipih tekstov razlikuje: vsi priročniki so avtorska dela, štiri so napisale tuje avtorice in enega slovenska avtorica; avtorstvo brošur in zgibank, z izjemo brošure: *Hormonsko nadomestno zdravljenje v menopavzi*, ni navedeno, kar je razumljivo, saj gre povečini le za oglasni material za NHZ in fitofarmaceutske izdelke. Brošuro *Hormonsko nadomestno zdravljenje v menopavzi* so napisali trije slovenski avtorji: dve avtorici in en avtor. Od 212 analiziranih tekstov revijalnega tiska, so 91 (ali 42,92%) tekstov napisali poimensko znani avtorji, pri 103 tekstih (ali 48,58 %) avtorstva ni bilo mogoče ugotoviti in 18 tekstov (ali 8,50 %) so bili prevodi iz tuje literature. Iz podatkov lahko sklepamo, da je najbolj vprašljiva strokovnost tekstov revijalnega tiska, saj je skoraj polovica tekstov brez navedenega avtorja.

Analiza avtorjev po spolu pokaže, da je »pokrivanje« menopavze pretežno v domeni avtoric: napisale so vse analizirane priročnike, razmerje v avtorski brošuri je 2: 1 v korist

avtoric ter 84,61% vseh tekstov z znanim avtorstvom v analiziranih revijah. Analiza profesije avtorjev in avtoric prispevkov pa pokaže, da je v priročnikih in brošurah prevladujoča medicinska stroka: štiri od petih avtoric priročnikov so zdravnice (vključno s slovensko avtorico), medtem ko je peta avtorica novinarka, katere profesionalno področje je poročanje o zdravstvenih temah. Brošuro *Hormonsko nadomestno zdravljenje v menopavzi* so napisali trije slovenski zdravniki/ce, strokovnjaki s področja ginekologije. Delež zdravnic in zdravnikov, ki so avtorji tekstov v revijalnem tisku, je nižji od deleža novinarjev in novinark, vendar je odstotek zdravnic in zdravnikov kljub temu visok: 41,76% avtorsko prepoznavnih tekstov so napisali zdravnice/zdravniki, 58,24% pa novinarke in novinarji. Vir informacij, ki sem ga identificirala in analizirala le v revijalnem tisku, pokaže, da je v 38 prispevkih od 58 analiziranih, vir informacij ženska oseba (65,52%), v 20 prispevkih pa oseba moškega spola (34,48%). Tako kot pri avtorstvu, torej tudi pri viru informacij prevladujejo osebe ženskega spola. Po profesiji sem vir informacij identificirala kot zdravnika/ico in kot laično osebo. Razmerje med enim in drugimi je močno premaknjeno v korist medicinskega osebja: kar 94,83% informatorjev in informatork (v 55 prispevkih od 58-ih) je po profesiji zdravnic in zdravnikov, laično menje pa sta v treh prispevkih podali le dve osebi: manekenka in novinar.

Iz teh podatkov je mogoče zaključiti, da v analiziranem gradivu prevladuje medicinski diskurz o menopavzi. Vsebinska analiza gradiva to potrjuje, saj so priročniki, brošure in zgibanke ter revijalni teksti vsebinsko enako strukturirani: v uvodu je menopavza predstavljena z medicinsko terminologijo zadnje menstruacije, konca reproduktivne sposobnosti zaradi prenehanja funkcije jajčnikov in obdobja pomanjkanja hormona estrogena. Vsi teksti brez izjeme v nadaljevanju podajajo medicinske opise telesnih in duševnih simptomov ter bolezni, ki jih medicina povezuje z nižjim nivojem estrogena. Vsi teksti bralkam tudi svetujejo, da od prvih sprememb menstrualnega ciklusa, ki naznanjajo menopavzo nekje proti koncu štiridsetih, pa vse v pozno starost, ko se pojavijo bolezni, ki jih medicina povezuje z nižjim nivojem estrogena, redno hodijo na zdravstvene preglede. Pozornost vsake posameznice na telesne spremembe, ki bi lahko naznanjali zdravstvene težave in podrejanje medicinski avtoriteti in različnim pregledom je torej imperativ zahodne konceptualizacije menopavze. Prav tako vsi teksti navajajo

NHZ kot najbolj razširjen način odpravljanja menopavznih simptomov, pa tudi kot preprečitev proti nekaterim boleznim (osteoporoza, srčno-žilna obolenja). Te ugotovitve so skladne s prvo hipotezo, da v slovenski družbi prevladuje medicinski model menopavze.

Pri vprašanju NHZ je prvič mogoče zaslediti cepitev do tedaj enotnega (medicinskega) diskurza vseh tekstov: mnenje, ki ga zagovarjajo dva pro-NHZ usmerjena priročnika, brošure o nadomestnem hormonskem zdravljenju in večina analiziranih tekstov v revijah *Naša žena*, *Viva* in *Zdravje* postavlja koristi, ki jih ženska od nadomestnega hormonskega zdravljenja lahko ima, daleč nad tveganje, ki ga njegovo jemanje sproži. V argumentaciji pro- NHZ usmerjenih tekstov se medicinski diskurz zlije s prvinami (liberalno) feminističnega diskurza o menopavzi, po katerem ima ženska, ki se sooča z menopavznimi simptomi, pravico do medicinske obravnave in zdravljenja. Trije priročniki o menopavzi, vse brošure in zgibanke o fitofarmaceutskih izdelkih, ter manjši delež prispevkov v revijah *Jana*, *Viva* in *Zdravje* pa izpostavljajo nevarnosti jemanja NHZ in svetujejo ženskam, naj dobro premislijo, predno se odločijo za NHZ. Kot učinkovito nadomestilo hormonskemu zdravljenju ti teksti ponujajo fitofarmaceutske izdelke, nehormonska zdravila ter natančnejša navodila za spremembe življenjskega stila: kakovostnejšo prehrano, več gibanja in manj stresa. Pri vprašanju hormonskega zdravljenja se torej bralke prvič soočijo z nasprotnima mnenjema, od katerih ima vsak medicinsko argumentacijo.

Vseh pet priročnikov vsebuje tudi elemente feminističnega diskurza, po katerem na izkušnjo menopavze pomembno vplivajo družbeni in kulturni dejavniki okolja, iz katerega posameznica izhaja. Kot pomembne dejavnike priročniki izpostavljajo družbeno vlogo ženske, ki jo primarno določa skrb za druge, podrejanje imperativu mladosti in farmacevtsko industrijo, ki trži velike dobičke od prodaje nadomestnega hormonskega zdravljenja. Brošure in zgibanke teh vidikov menopavze ne omenjajo, in tudi analiza revijalnega tiska pokaže, da je tem dejavnikom namenjeno izjemno malo pozornosti: tematska porazdelitev v *Jani*, *Vivi* in *Zdravju* pokaže, da v kategoriji *Konceptualizacija menopavze* podkategorija *Vpliv družbenih in kulturnih dejavnikov na doživljanje menopavze* tvori le 2-3% identificiranih tem (tabela 8).

Vprašanja prehrane, telesne vadbe, v majhni meri tudi alternativnih načinov lajšanja menopavznih težav (joga, meditacija, akupunktura) v večjem obsegu obravnavajo vsi priročniki in teksti iz revij *Jana*, *Naša žena* in *Viva*. Zlasti v tekstih iz revij je pogosto mogoče zaslediti prepletanje vprašanja zdravja in videza, saj prehranski režimi in telesna dejavnost v enaki meri služijo tako zdravstveni preventivi kot ohranjanju nespremenjene, to je vitke postave. Prav tako nega kože, ki se v menopavznem obdobju rada spremeni in postane bolj suha in občutljiva, ni namenjena zgolj negi, temveč tudi varovanju pred pojavom gub in ohlapnostjo, kar uničuje mladostni videz. Pri vprašanju menopavze sta tako imperativa zdravja in mladosti združena v eno, menopavza pa je v enaki meri grožnja zdravju in spolno privlačnemu videzu, kot ga definira zahodna kultura. Ti dognanji sta v skladu z drugo hipotezo: *V prevladujočem medijskem diskurzu je ustrahovanje (strah pred boleznijo, staranjem in spolno neprivlačnostjo) ključna metoda za oblikovanje ženske identitete v menopavznem obdobju.*

»Aktivno« stališče do menopavze, kar pomeni iskanje informacij o menopavzi, simptomih in načinih zdravljenja ter podrejanje različnim prehrabnim in vadbenim režimom, strokovna literatura poimenuje »upravljalni diskurz o menopavzi« (Griffiths, 1999) in ga je, za medicinskim diskurzom, mogoče identificirati kot drugi najpomembnejši diskurz v analiziranem gradivu.

Negativni konceptualizaciji menopavze je nasproten feministični model menopavze, po katerem je menopavza pozitivno obdobje, ki omogoča transformacijo posameznice v samostojno in »modro« žensko, neodvisno od pritiskov in zahtev, ki jih sodobna družba postavlja starejšim ženskam (ohranjanje mladostnega videza, prevzemanje skrbniške vloge za partnerja/starše/vnuke). V analiziranem gradivu je poglobljeno feministično konceptualizacijo menopavze predstavila le C. Northrup v priročniku *Žensko telo, ženska modrost* (2006), ki je leta 2007 bil dosegljiv v večini slovenskih knjižnic in knjigarn. V slovenskem prostoru je torej bralkam dostopna tudi literatura, ki podaja pozitivno konceptualizacijo menopavze, vendar je v poplavi negativnih informacij skoraj nevidna. Ta ugotovitev je skladna s tretjo hipotezo, da *tiskani mediji menopavzo reprezentirajo predvsem kot negativno izkušnjo in bolezensko stanje, medtem ko je pozitivnih reprezentacij menopavze veliko manj.*

8. 2. Vsebinska in diskurzivna analiza ženskih izkušenj menopavze

Analiza šestih intervjujev z ženskami, ki so menopavzo že doživele oziroma se soočajo s spremembami ali starostjo, ki jo naznanjajo, je potrdila, da prevladujoča konceptualizacija menopavze v vseh intervjujih izhaja iz medicinskega modela, po katerem je to obdobje povezano z zdravstvenimi težavami. Najpogostejše simptome menopavze (vročinski oblivi in nočno potenje) so poznale in navajale vse intervjuvanke. Ob zdravstvenih težavah je pomembna tudi konceptualizacija menopavze kot obdobja staranja, ki prinaša spolno manj privlačen videz, ki pa ga ženska mora sprejeti.

Več pozornosti kot analizirani teksti so intervjuvanke posvetile vprašanju družbenih in kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na doživljanje menopavze: prepoznale so kult mladosti, ki v posameznicah sproža strah pred staranjem ter dejstvo, da menopavza prinaša konec reproduktivne zmožnosti. Izpostavile so obremenjenost na delovnem mestu, ki ostaja nespremenjena, ne glede na njihovo počutje in težave, ki jih imajo, ter nujnost, da te težave zakrijejo pred sodelavci. Tako »menopavznemu bumu« v medijih stoji nasproti »menopavzni molk« v realnem življenju. Kot pomemben dejavnik, ki pozitivno vpliva na doživljanje menopavze so intervjuvanke, ki imajo družine, izpostavile zmanjšanje skrbniške in gospodinjske vloge v družini. Nobena od njih ni navajala, da bi morala skrbeti za ostarele starše ali bolnega partnerja. Dve intervjuvanki, ki sta že imeli vnuke, pa sta skrb za njih izrazile kot neobremenjujočo.

Z NHZ so se srečale vse intervjuvanke, v času intervjuja pa ga je redno jemala le ena. Pri vseh je bil opazen ambivalenten odnos do NHZ – sprejemale so ga kot učinkovito zdravilo v primeru težav, hkrati pa so poznale tudi tveganja ob njegovem jemanju. Intervjuvanke so same tudi presodile, ali ga bodo jemale ali ne – nekatere so ga zavrnilo kljub zdravnikovemu predlogu, ena intervjuvanka ga je kljub zdravnikovemu nasprotovanju zahtevala. Intervjuvanke so zdravniškemu mnenju sicer pripisovale določeno avorriteto, vendar so ga tudi odkrito kritizirale, če se le-to ni skladalo z njihovimi izkušnjami. Veliko težo so pripisovale informacijam, ki so jih dobile od sorodnic (zlasti od mame) in od prijateljic iste starosti, medtem ko informacijam iz medijev niso pripisovale posebne pozornosti. Poglavitna kritika, ki so jo usmerile v medijske

reprezentacije menopavze je, da »vse revije pišejo isto«. Razen ene intervjuvanke, nobena ni poročala niti o tem, da bi prebrala katerega od priročnikov. Zdi se, kot da večina tekstovnih sporočil o menopavzi ne doseže ciljnega bralstva. Natančnejša analiza pa pokaže, da temu le ni tako: intervjuvanke so navajale (ali pričakovale) iste simptome in bolezni kot jih navajajo analizirani teksti iz revij in priročnikov, poimensko so navajale fitofarmaceutvske izdelke, ki so jih revije oglaševale, poznale so prehrambene smernice, ki zahtevajo spremembo prehrane v menopavzi in bile so pozorne na telesne spremembe, ki jih revije povezujejo z menopavzo, to je pojav gub na obrazu, povečanje telesne teže in ohlapnost kože. Le ena od intervjuvank je menopavzo doživljala kot (sicer naporno) preobrazbo, ostale pa so jo konceptualizirale skladno z medijskimi reprezentacijami kot negativno zdravstveno in/ali starostno spremembo. S tem je potrjena tudi četrta hipoteza, da *je zaradi prevladujočih negativnih reprezentacij menopavze odnos žensk do menopavze bolj v skladu z negativnimi medijskimi reprezentacijami kot s pozitivnimi.*

Diskurzivna analiza ženskih izkušenj je pokazala dominantnost medicinskega diskurza, ki menopavzo povezuje z zdravstvenimi težavami in zdravljenjem. Ta diskurz se je prepletal z upravljaljskim diskurzom (telo je mogoče obvladovati), diskurzom znanikanja (simptomi so zanemarljivi, menopavza v ničemer ne vpliva na življenje ženske) in feminističnim diskurzom (menopavza omogoča transformacijo v »modro žensko«). V primerjavi z diskurzi analiziranih tekstov iz priročnikov, brošur, zgibank in revij so ženske izkušnje menopavze bogatejše v tem, da vključujejo elemente več različnih diskurzov in s tem omogočajo posameznici več različnih pozicij, s katerih lahko osmisli svojo lastno izkušnjo menopavze.

9. SKLEP

Menopavza je obdobje življenja žensk, ki označuje prehod iz rodnosti v nerodnost. To obdobje nikakor ni le biološko, saj vedno poteka v konkretnem družbenem okolju, ki mu daje pomen. V pozno moderni družbi menopavzo definirata dva, ideološko nasprotna, modela: prevladujoči medicinski in manj izpostavljen feministični.

Dominantnost medicinskega modela menopavze je, zgodovinsko gledano, posledica večanja pomena medicine v sodobni družbi, ki se odraža v odvisnosti ljudi od medicinskih znanosti, pojmovanju zdravja kot ključne vrednote in dominantnosti medicinskega diskurza o zdravju, telesu in bolezni v javnosti (Ule, 2003). Medicinska stroka menopavzo definira kot odpoved delovanja jajčnikov in stanje hormonskega deficita. Čeprav so menopavzne težave na različne načine lajšali že od antike dalje (Banks, 2002), je šele odkritje nadomestne hormonske terapije (NHZ) v začetku 20. st. in njen razmah v 60-ih, omogočilo medikalizacijo tudi tega obdobja življenja žensk. Ostro kritiko medikalizacije menopavze, še posebej NHZ, je podalo veliko število feminističnih kritičark (npr. Banks, 2002; Lupton, 2003; Sheehy, 1992; Greer, 1991; Worchester, 1992), o prednostih in tveganjih NHZ pa niti sama medicinska stroka nima enotnega mnenja.

H konstrukciji feminističnega modela menopavze je veliko prispeval feminizem drugega in tretjega vala. Začetek feminističnega diskurza o menopavzi sovpada z izdajo knjige R. Wilsona *Feminine Forever* (1966). Odziv feministk na omenjeno delo ni bil enoten: nekatere (npr. Ehrenreich in English v Houck, 2003) so ostro kritizirale medikalizacijo menopavze kot del patriarhalne ideologije, ki žensko vrednoti le skozi njeno reproduktivno funkcijo in spolno privlačnost, druge pa so NHZ vrednotile pozitivno, saj terapija odpravlja fiziološke neugodnosti menopavze (potenja, utripanje srca, spremembe razpoloženja, popušcanje koncentracije...), ki ženske ovirajo v vsakdanjem življenju (npr. Cannon in Cooper v Houck, 2003). V osemdesetih in devetdesetih letih 20. st. so medicinske študije pokazale prve rezultate o povezanosti NHZ in povečanem tveganju za nastanek raka, kar je, skupaj s porastom zanimanja feminističnih avtoric za izkušnjo menopavze, rezultiralo v dveh, medicinski alternativnih, konceptualizacijah menopavze:

1. Menopavza ni bolezen, ampak »naravni« prehod iz stanja rodnosti v nerodnost in iz ene družbene vloge v drugo (Gannon, 1999; Greer, 1991; Sheehy 1991)
2. Na doživljanje menopavze imata velik vpliv družbeno okolje in družbena vloga ženske. Medkulturne študije so pokazale različno doživljanje menopavzne izkušnje pri pripadnicah različnih kultur – tam, kjer sta starost in skrbstvena vloga ženske visoko cenjeni, menopavza ni negativna izkušnja in fizične težave niso tolikšne, da bi posameznice iskale zdravniško pomoč (Berger in Wenzel, 2001, internetni vir št. 1; Ballard, Kuh in Wadsworth, 2001; Gannon, 1999; Lock, 1998; Greer, 1991; Sheehy, 1991).

Sociološke študije ženskih izkušenj menopavze so prav tako potrdile širšo konceptualizacijo menopavze, kot jo ponujata le medicinski ali feministični model. V nalogi sem, poleg magistrskega dela L. Lazarev-Šerbčeve (2003), ki je edina slovenska raziskava o ženski izkušnji menopavze, vključila le še tiste raziskave, ki se nanašajo na evropske države, ZDA in Kanado, ker so njihove izkušnje najbolj primerljive z izkušnjami Slovenk. Ženske v konstrukciji lastnega odnosa do menopavze upoštevajo biološke in družbene dejavnike, ki vplivajo na njihova življenja, zato se težko v celoti poistovetijo samo z enim od obeh modelov. Menopavzo konceptualizirajo različno, saj se zavedajo negativnih in pozitivnih strani tega obdobja ter različnih dejavnikov, ki vplivajo nanj. S tem dokazujejo, da niso niti pasivne žrtve medikalizacije (čeprav je mnenje zdravnika na splošno visoko cenjeno) niti medijev (zavedajo se dvoumnih in kontradiktornih informacij, ki jih le-ti posredujejo).

Komunikološke raziskave potrjujejo tezo, da ženske večino informacij o menopavzi dobijo iz medijev, predvsem iz ženskih revij in revij o zdravju ter iz priročnikov (Lyons in Griffin, 2003; Hust in Adsager, 2003; Coupland in Williams, 2002; Shoebridge in Steed, 1999; Gannon in Stevens, 1998; Carlson, Li in Holm, 1997). Sporočila, kodirana v tekstih o menopavzi, le-to konceptualizirajo v skladu z medicinskim modelom kot negativno obdobje zdravstvenih težav in kot obdobje, v katerem se pojavijo vidni znaki staranja, zaradi katerih ženska postane spolno manj privlačna. Zlasti teksti v ženskih revijah so polni nasvetov, kako naj se posameznica upre vidnim starostnim spremembam:

obraznim gubam, sivim lasem in spremenjeni obliki postave. V diskurzu ženskih revij »delo na sebi« v srednjem obdobju življenja pomeni zakrivanje teh sprememb in ohranjanje mladostnega videza. Vendar dekodirano medijsko sporočilo ni nujno identično vkodiranemu – razbiranje (dekodiranje) je odvisno od družbene pozicije in prepoznavanja skupnih kod pošiljatelja in prejemnika sporočila. Zato reprezentacije menopavze, ki jih posredujejo množični mediji, bralke nujno ne interpretirajo v skladu z dominantnim medicinskim diskurzom niti s prevladujočo ideologijo femininosti (Dillaway, 2006; Dillaway 2005).

Pomembni družbeni dejavniki, ki vplivajo na doživljanje menopavze, a jih prevladujoči diskurz o menopavzi v zahodnih družbah zanemarljivo, so sfera plačanega in neplačanega dela in njuno usklajevanje ter vprašanje telesnega staranja v pozno moderni družbi, obsedeni z mladostjo. V času nastopa menopavze je veliko žensk še polno zaposlenih in morajo, navkljub menopavznim simptomom, opravljati delo enako intenzivno in učinkovito kot prej. Če se njihova obremenitev v sferi doma zaradi odraslih otrok zmanjša, imajo veliko možnosti, da postanejo bodisi skrbnice ostarelim staršem, bolnemu partnerju ali pa servisirajo gospodinjstva svojih otrok: jim kuhajo, pospravljajo in čuvajo vnuke. Pripadnice pozno modernih družb se soočajo s kultom mladosti, ki od njih zahteva uporabo praks za prikrivanje telesnih sprememb, ki v zahodni družbi označujejo staranje (barvanje sivih las, prikrivanje in odpravljanje gub, skrb za ohranjanje vitke postave) in ohranjanje mladostnega videza dolgo v starost. Vendar pa je odnos posameznice do teh zahtev odvisen od več dejavnikov: njenega upoštevanja imperativa mladosti, želje po prilagajanju lastnega videza kodam, ki določajo videz določene starostne skupine ter individualne biološke preddispozicije telesa do staranja. Večinoma poskušajo ženske staranje povezati v konsistentno in družbeno sprejemljivo izkušnjo, skladno z njihovim izkustvom lastnih fizioloških starostnih sprememb. Ballard (Ballard et al. 2005: 173-187) trdi, da je sprejemljiva podoba staranja pri večini žensk povezana z izogibanjem pretirano mladostnemu videzu, saj nošenje »maske mladosti« po njihovem mnenju ni ne zaželeno, ne prepričljivo.

Cilj magistrske naloge je bil prenesti obstoječe študije konceptualizacije menopavze na slovenske razmere. Analiza tiskanega gradiva in ženskih izkušenj menopavze je tudi v

slovenskem prostoru potrdila v zahodni družbi prevladujoči medicinski model menopavze, ki vključuje negativne koncepte in metafore, ki se vežejo na žensko telo v menopavzi, na številne zdravstvene težave in bolezni ter na staranje. Diskurzivna analiza tiskanega gradiva je poleg medicinskega odkrila še prisotnost »upravljalkega« diskurza: vsem negativnim vidikom menopavze naj bi se posameznica zoperstavila z »upravljalško« strategijo: informiranostjo (predvsem z medicinskimi informacijami), in z upoštevanjem različnih prehrabnih in vadbenih režimov. Vsebinska in diskurzivna analiza izkušnj menopavze pri 6.-ih intervjuvankah pa sta pokazali, da je ob prevladujoči medicinski konceptualizaciji pogostost drugih diskurzov (poleg »upravljalkega« še diskurz zanikanja simptomov in feministični diskurz o rojstvu »modre ženske« po težavnem obdobju menopavze) zadostna, da je izkušnja menopavze postala širša, bolj vpeta v družbeno okolje in je tudi bolj pozitivno (ali pa vsaj nevtralno) naravnana.

10. LITERATURA

1. Andolšek Jeras, Lidija (2002): Hormoni v ginekologiji in andrologiji.: Meden-Vrtovec, Helena (ur): *Zdravljenje s hormoni v ginekologiji in andrologiji*. Ljubljana: Klinični center, str. 11-15.
2. Arber, Sara, McKinlay, John, Adams, Ann, Marceau, Lisa, Link, Carol, O'Donnell, Amy (2006): Patient characteristics and inequalities in doctor's diagnostic and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment. V: *Social Science and Medicine*, let. 62, str. 103-115.
3. Andrist, Linda (1998): The impact of media attention, family history, politics and maturation on women's decisions regarding hormone replacement therapy. V: *Health Care for Women International*, let. 19, str. 243-260.
4. Bahovec, Eva D. (1995): Žensko telo in oblast v mediju vizualnega. V: *Delta*, let. 1, št. 3-4, str. 19-40.
5. Ballard, Karen, Kuh, Diana, Wadsworth, Michael (2001): The role of the menopause in women's experiences of the »change of life«. V: *Sociology of Health in Illness*, let. 23, št.4, str.397-424.
6. Ballard, Karen (2002): Understanding risk: women's perceived risk of menopause-related disease and the value they place on preventive hormone replacement therapy. V: *Family Practice*, let.19, št.6, str. 591-595.
7. Ballard, Karen, Elson, Mary Ann, Gabe, Jonathan (2005): Beyond the mask: women's experiences of public and private aging during midlife and their use of age resisting activities. V: *Health*, let. 9, št. 2, str. 169-187.
8. Banister, Elizabeth (1999): Women's midlife experience of their changing bodies. V: *Qualitative Health Research*, let. 9, št. 4, str. 520-537.
9. Banks, Emily (2002): From dogs' testicles to mares' urine: the origins and contemporary use of hormonal therapy for the menopause. V: *Feministic Review*, let. 72, str. 2-25.
10. Bartky, Sandra (2006): Foucault, ženskost in modernizacija patriarhalne oblasti. V: *Delta*, let. 12, št. 1-2, str. 59-86.
11. de Beauvoir, Simone (1986): *Starost*. Beograd: Beogradski izdavačko-grafički zavod.
12. de Beauvoir, Simone (2000): *Drugi spol*. Ljubljana: Delta.

13. Bell, Susan (1987): Changing Ideas: The Medicalisation of Menopause. V: *Social Science and Medicine*, let. 24, št. 6, str. 535-542.
14. Bernard, Miriam, Phillips, Judith, Machin, Linda, Harding Davies, Val (2000): *Women ageing: changing identities, challenging myths*. London: Routledge.
15. Biggs, Simon (1993): *Understanding Ageing: Images, Attitudes and Professional Practice*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
16. Biggs, Simon (2004): Age, gender, narratives and masquerades. V: *Journal of Aging Studies*, let. 18, str. 45 – 58.
17. Breheny, Mary, Stephens, Christine (2003): Healthy living and keepin busy: A discourse analysis of mid-aged women's attributions for menopausal experience. V: *Journal of language and social psychology*, let. 22, št. 2, str. 169-189.
18. Carlson, Elisabeth S, Li Suling, Holm Karyn (1997): An analysis of menopause in the popular press. V: *Health Care for Women International*, let. 18, št. 6, (nov.-dec.), str. 557-564.
19. Carpenter, Laura M., Nathanson, Constance A., Kim, Young J. (2006): Sex after 40? Gender, ageism and sexual partnering in midlife. V: *Journal of Aging Studies*, let. 20, str. 93-106.
20. Cigale, Marija (1992): O ženskem delu. V: Cigale, Marija (ur.): *Ko odgrneš sedem tančic*. Ljubljana: Društvo Iniciativa.
21. Coupland, Justine, Williams, Angie (2002): Conflicting discourses, shifting ideologies: pharmaceutical, »alternative« and feminist emancipatory texts on the menopause. V: *Discourse & Society*, let. 13, št. 4, str. 419-455.
22. Coward, Rosalind (1989): *Ženska želja*. Ljubljana: Krt.
23. Crawford, Robert (1980): Healthism and the medicalisation of everyday life. V: *International Journal of Health Services*, let. 10, št. 3, str. 365-388.
24. Černigoj Sadar, Nevenka (2000): Spolne razlike v formalnem in neformalnem delu. V: Jogan, Maca (ur.): *Tranzicija in neenakost med spoloma, tematska številka Družboslovne razprave*, let.16, št. 34-35, str. 31-52.
25. Dautzenberg, Maaïke, Diederiks, Jos, Philipsen, Hans, Stevens, Fred, Tan, Frans, Vernooij – Dassen, Myrre (2000): The Competing Demands of Paid Work and Parent Care. V: *Research on Aging*, let. 22, št. 2, 165-187.

26. Dillaway, Heather (2005a): (Un)changing menopausal bodies: How women think and act in the face of a reproductive transition and gendered beauty ideals. V: *Sex Roles*, let.53, št. 1-2, str. 1-17.
27. Dillaway, Heather (2005b): Menopause is the »good old«: Women's thoughts about reproductive aging. V: *Gender and Society*, let. 19, št. 3, str. 398 – 417.
28. Dillaway, Heather (2006): Good Mothers Never Wane: Mothering at Menopause. V: *Journal of Women and Ageing*, let.18, št. 2, str. 41-53.
29. Emslie, C., Hunt, K., Watt, G. (2001): Invisible women? The importance of gender in lay beliefs about heart problems. V: *Sociology of Health and Illness*, let. 23, str. 203-233.
30. Eurostat (2006): *EU Population Statistics*. Luxemburg: Office for Official Publications of the EU Communities.
31. Fairclough, Norman (2002): Discourse as social practice. V: Toolan, Michael (ur.): *Critical Discourse Analysis. Critical Concepts in Linguistic*. London/New York: Routledge, str. 1-22.
32. Featherstone, Mike, Hepworth, Mike (1991): The mask of aging and the postmodern Life Course. V: Featherstone, Mike, Hepworth, Mike, Turner, Bryan S. (ur.): *The Body: Social Process and Cultural Theory*. Sage Publications: London/Newbury Park/New Delhi, str.371-389.
33. Febraro, Angela R. (2003): Alpha Bias and Beta Bias in Research on Labour and Love: The Case of Enhancement vs. Scarcity. V: *Feminism and Psychology*, let. 13, št. 2, str. 201-223.
34. Flere, Sergej (2000): *Sociološka metodologija: temelji družboslovnega raziskovanja*. Maribor: Pedagoška fakulteta.
35. Foucault, Michel (1984): *Nadzorovanje in kaznovanje*. Ljubljana: Delavska enotnost.
36. Foucault, Michel (1991): *Vednost – oblast – subjekt*. Ljubljana: Krt.
37. Franić, Damir, Furst Jurij (2003): Uporaba hormonskih pripravkov v perimenopavzi v Sloveniji. V: *Zdravstveni vesnik*, let.72, II, str. 3-8.
38. Franić, Damir (2006a): *Dejavniki, ki vplivajo na sodelovanje žensk pri nadomestnem hormonskem zdravljenju*. Doktorska disertacija.

39. Franić, Damir, Verdenik, Ivan, Meden-Vrtovec, Helena, Švab, Igor (2006b): Continuation of hormone replacement therapy in Slovenia: A prospective, randomized, controlled trial - 1 year follow-up. V: *Maturitas*, let. 54, str. 110-118.
40. Gannon, Linda (1999): *Women and Aging. Transcending the Myths*. London/New York: Routledge
41. Gannon, Linda, Stevens, Jill (1998): Portraits of Menopause in the Mass Media. V: *Women & Health*, let. 27, št. 3, str. 1-15.
42. Gannon Isenhardt, Elisabeth (1992): Kin caregivers of the cognitively impaired elderly: Problems and interventions. V: *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, sept./okt. 1992, str. 18-23.
43. Garner, Dianne, Merrcer, Susan (ed.) (1989): *Women as they age: Challenge, Opportunity and Triumph*. New York/London: The Haworth Press.
44. Greer, Germaine (1992): *The Change. Women, Ageing and the Menopause*. London: Penguin Books.
45. Greer, Germaine (2000): Lepota. V: *Sodobnost*, let. 48, št. 7/8, str. 1103-1108.
46. Griffen, Joyce (1982): Cultural Models for Coping with Menopause. V: Voda, Ann M. (ur.): *Changing Perspectives on Menopause*. Austin: University of Texas Press, str. 248-260.
47. Griffiths, Frances (1999): Women's control and choice regarding HRT. V: *Social Science and Medicine*, let. 49, str. 469-481.
48. Griffiths, F., Green, E., Bendelow, G. (2006): Health professionals, their medical interventions and uncertainty: A study focusing on women at midlife. V: *Social Science and Medicine*, let. 62, str. 1078-1090.
49. Holm, S. (2002): Does chaos theory have major implications for philosophy of medicine? V: *Medical Humanities*, let. 28, str. 78-81.
50. Houck, Judith A. (2003) : »What do this woman want?« Feminist responses to *Feminine Forever*, 1963-1980. V: *Bulletin of History of Medicine*, let. 77, str. 103-132.
51. Hunter, Myra, O'Dea, Irene, Britten Nicky (1997): Decision-making and hormone replacement therapy: a qualitative analysis. V: *Social Science and Medicine*, let.45, št. 10, 1541-1548.

52. Hust, Stacey J.T., Andsager, Julie L. (2002): Medicalization vs. Adaptive Models? Sense-making in magazine framing of Menopause. V: *Women & Health*, let. 38, št. 1, str. 101-122.
53. Hvas, Lotte (2006): Menopausal women's positive experience of growing older. V: *Maturitas*, let. 54, str. 245-251.
54. Jogan, Maca (1990): *Družbena konstrukcija hierarhije med spoloma*. Ljubljana: FSPN.
55. Jong, van der Berg, Lolkje, Faber Adrienne, van der Berg, Paul (2006): HRT use in 2001 and 2004 in the Neatherlands – a world of difference. V: *Maturitas*, let. 54, str. 193-197.
56. Jung, Carl Gustav (1994): *Sodobni človek išče dušo*. Ljubljana: J. Pergar.
57. Kamin, Tanja (2004): Promocija zdravja kot mit opolnomočenega državljana : doktorska disertacija.
58. Kamin, Tanja in Tivadar, Blanka (2003): Laično upravljanje s telesom v imenu zdravja: iskanje ravnotežja s prehranjevanjem. V: *Teorija in praksa*, let. 40, št. 5, str. 891-908.
59. Kanjuo Mrčela, Aleksandra (2000): Spolna konstrukcija menedžerskih vlog: stekleni organizacijski stropovi v devetdesetih. V: Jogan, Maca (ur.) : Tranzicija in neenakost med spoloma, tematska številka *Družboslovne razprave*, let. 16, št. 34-35, str. 53-78.
60. Kanjuo Mrčela, Aleksandra in Černigoj Sadar, Nevenka (2004): *Starši med delom in družino*. Raziskovalno poročilo. Ljubljana: Vlada RS, Urad za enake možnosti.
61. Kanjuo Mrčela, Aleksandra (2005): Zaposlovanje in delo žensk v Sloveniji in Evropski uniji. V: Ferfila, Bogomil (ur) : *Traveling with Europe. Slovenia and EU*. Ljubljana: FDV.
62. Kocijančič, Andreja (1996): *Knjiga o klimakteriju*. Ljubljana: EWO.
63. Kogovšek, Tina, Hlebec, Valentina, Ferligoj, Anuška (2003): Omrežja socialne opore Ljubljančanov. V: *Družboslovne razprave*, let. 43, str. 183-206.
64. Kuhar, Metka (2004): *V imenu lepote*. Družbena konstrukcija telesne samopodobe. Ljubljana: FDV.
65. Lachman, Margie E. (2004): Development in Midlife. V: *Annual Review Psychology*, let. 55, str. 305 – 331.

66. Lazarev, Šerbec, Lučka (2003): *Družbeni vidiki menopavze (klimakterija) kot življenjskega obdobja žensk v Sloveniji*. Magistrsko delo.
67. Lewis, Jane (1993): Feminism, the menopause and hormone replacement therapy- V: *Feminist Review*, let. 43, str. 38-56.
68. Lock, Margaret (1998): Menopause: Lessons from anthropology. V: *Psychosomatic Medicine*, let. 60, str. 410-419.
69. Loomis Spencer, Laura, Booth, Alan (1995): Multigenerational Caregiving and Well-Being: The Myth of the Beleaguered Sandwich Generation. V: *Journal of Family Issues*, let. 16, str. 131-148.
70. Lorber, Judith (1997): *Gender and the social construction of illness*. London/New Delhi: Sage Publications.
71. Lupton, Deborah (2003): *Medicine as Culture*. London/New Delhi: Sage Publications.
72. Lyons, Antonia C., Griffin, Christine (2003): Managing menopause: a qualitative analysis of self-help literature for women at midlife. V: *Social Science and Medicine*, let. 56, str. 1629-1642.
73. Malnar, Brina (2002): Sociološki vidiki zdravja. V: Toš, Niko, Malnar, Brina (ur.): *Družbeni vidiki zdravja: Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*. Ljubljana: Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.
74. Martin, Emily (1997): The Woman in the Menopausal Body. V: Komesaroff, Paul, Rothfield, Philipa, Daly, Jeanne (ur.): *Reinterpreting Menopause. Cultural and Philosophical Issues*. New York, London: Routledge.
75. Massé, Raymond, Légaré, France, Cote, Luc, Dodin Sylvie (2001): The limitations of a negotiation model for perimenopausal women. V: *Sociology of Health and Illness*, let. 23, št.1, str.44-64.
76. McKinlay, John, Potter, Deborah, Feldman, Henry (1996): Non- medical influences on medical decision-making. V: *Social Science and Medicine*, let. 42, št. 5, str. 769-776.
77. Meyer, Vicki F. (2003): Medicalised Menopause, US Style. V: *Health Care for Women International*, let. 24, str. 822-830.

78. Moss, Nancy (2002): Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the pattering of women's health. V: *Social Science and Medicine*, let. 54, str. 649-661.
79. Neves –e – Castro Manuel, Samsioe Göran, Dören, Martina, O Skuby, Sven (2002): Results from WHI and HERS II-Implications for women and the prescriber of HRT. V: *Maturitas*, let.42, str. 255-258.
80. Northrup, Christiane (2006): *Žensko telo, ženska modrost*. Tržič: Učila International.
81. Notelovtz, Morris (2003): The clinical practice impact of the Women's Health Initiative: political vs. biologic correctness. V: *Maturitas*, let. 44, str. 3-9.
82. Oudshoorn, N. E. J. (1997): Menopause, only for women? The social construction of menopause as an exclusively female condition? V: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, let. 18, str. 137-144.
83. Parasuraman, Saroj, Greenhaus, Jeffrey H. (2002): Toward reducing some critical gasps in work-family research. V: *Human Resource Management Review*, št. 12, str. 299 - 312.
84. Rener, Tanja (2000): O delu iz »ljubezni«: Politična zgodovina neplačanega ženskega dela. V: Oakley, Ann: *Gospodinja*, str. 279-301. Ljubljana: Založba *cf.
85. Richmond-Abbott, Marie (1992): *Masculine and Feminine: Gender Roles over the Life Cycle*. USA: McGraw-Hill Inc.
86. Riviere, Joan (1995): Ženskost kot maškarada. V: *Delta*, let.1, št. 3-4, str. 7- 17.
87. Rosenthal, Carolyn J., Matthews, Sarah H., Marshall, Victor W. (1989): Is Parent Care Normative? The Experiences of a Sample of Middle-Aged Women. V: *Research on Ageing*, let. 11, št.2, str. 244-260.
88. Rousseau, Mary E. (1998): Women's midlife health. Reframing Menopause. V: *Journal of Nurse-Midwifery*, let. 43, št. 3, str. 208-223)
89. Sefcovic, Enid (1996): Stuck in the middle: Representations of middle-aged women in three popular books about menopause. V: *Women's Studies in Communications*, let. 19, št.1, str. 1-27.
90. Sheehy, Gail (1991): *The silent passage: Menopause*. New York: Random House.

91. Shoebridge Andrea, Steed, Lyndall (1999): Discourse about menopause in selected print media. V: *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, let. 23, št. 5, str. 475- 481.
92. Shore, Geraldine (1999): II. Soldiering on: An exploration into women's perceptions and experiences of menopause. V: *Feminism and Psychology*, let.9, št.2, str. 168-10.
93. Skrabanek, Petr (1994): *The death of humane medicine and the rise of coercive healthism*. Suffolk: St Edmundsbury Press Ltd.
94. Speroff, Leon (2003): The Million Women Study and breast cancer. V: *Maturitas*, let. 46, str. 1-6.
95. Spitze, Glenna, Logan, John (1990): More Evidence on Women (and Men) in the Middle. V: *Research on Aging*, let. 12, št. 2, str. 182 – 198.
96. Spitzer, Denise (2003): Panic and Panaceas: Hormone Replacement Therapy and the Menopausal Syndrome. V: *Atlantis*, 27.2.2003
97. Statistični urad RS (1996): *Statistični letopis Republike Slovenije 1996*. Ljubljana : Zavod RS za statistiko.
98. Stephens, Christine, Carryer, Jenny, Budge, Clare (2004): To have or to take: discourse, positioning, and narrative identity in women's accounts of HRT. V: *Health*, let. 8, št.3, str. 329-350.
99. Sybylla, Roe (1997): Situating Menopause within Strategies of Power. V: V: Komesaroff, Paul, Rothfield, Philipa, Daly, Jeanne (ur.): *Reinterpreting Menopause. Cultural and Philosophical Issues*. New York, London: Routledge.
100. Šadl, Zdenka (2002): Emocionalno delo in intimni odnosi v pozni modernosti. V: *Družboslovne razprave*, let.18, št. 39, str. 59-71.
101. Šadl, Zdenka (2006): Plačano gospodinjsko delo v Sloveniji. V: *Družboslovne razprave*, let. 23, št. 53, str. 35-54.
102. Švab, Alenka (2001): *Družina: od modernosti k postmodernosti*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
103. Turner, Bryan (1996): *The Body and Society: explorations in social theory*. London/New York: Sage Publications.
104. Ule Nastran, Mirjana (1993): *Psihologija vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

105. White, Kevin (2002): *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London/New Delhi: Sage Publications.
106. Wilk, Carole A., Kirk, Mary A. (1995): Menopause: a developmental stage, not a deficiency disease. V: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, let. 32, št. 2, str. 233-241.
107. Wilson, Robert, Wilson, Thelma (1963): The fate of the nontreated postmenopausal woman: a plea for the maintenance of adequate estrogen from puberty to the grave. V: *Journal of the American Geriatrics Society*, let. 11, str. 347-362.
108. Wilson, Robert (1971): *Neminljiva ženskost*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
109. Woodward, Kathleen (1991): *Aging and its discontents. Freud and other fictions*. Bloomington/Indianapolis: Indiana University Press.
110. Woodward, Kathleen (1993): Simone de Beauvoir: Prospects for the future of older women. V: *Generations*, let. 17, št. 2, str. 23-26.
111. Worcester, Nancy, Whatley, Mariamne H. (1992): The selling of HRT: Playing on the fear factor. V: *Feminist Review*, let. 41., str. 1-26.
112. Worcester, Nancy (2004): Hormone Replacement Theory (HRT): Getting to the heart of the politics of women's health? V: *NWSA Journal*, let. 16, št. 3, str. 56-68.

Internetni viri:

1. Berger, Gabriella, Wenzel, Eberhard (2001): Women, body and society: Cross-cultural differences in menopause experiences.
www.ldb.org/menopaus.htm, 20.3.2008
2. Chandler, David (1994): Encoding/Decoding.
<http://www.aber.ac.uk/media/Documents/S4B/>, 20.3.2008
3. Greenhaus, Jeffrey H. (2003): *Parental responsibilities, work hours and family-to-work conflict: The role of gender and organizational support. Prispevek na konferenci: 2003 Annual Meeting of SIOP, Orlando, Florida, ZDA*.
www.bcfwp.org/conference_papers/Greenhaus.pdf, 6.2.2007
4. Keber, Irena: *Menopavza*.
http://med.over.net/klinicne_stroke/porodnistvo/clanki/menopavza.htm, 20.3.2008

5. Sontag, Susan (1979): *The double standard about aging*.
www.mediawatch.com/wordpress/?p=33 , 20.3.2008
6. Statistični urad RS (2006): *Statistični letopis Republike Slovenije 2006*.
http://www.stat.si/letopis/index_vsebina.asp?leto=2006&jezik=si, 20.3.2008
7. Viitanen, Tarja K. (2005): *Informal elderly care and female labour force participation across Europe*. ENEPRI Research Reports.
<http://www.enepri.org/files/Publications/RR13.pdf> ; 20.3. 2008