

KAKOVOST ŽIVLJENJA, SVETOVANJE IN HORMONSKO NADOMESTNO ZDRAVLJENJE

QUALITY OF LIFE, COUNSELLING AND HORMONE REPLACEMENT THERAPY

Nena Kopčavar Guček,^{1,3} Damir Franič^{2,3}

¹ Zdravstveni dom Ljubljana-Vič, Šestova 10, 1000 Ljubljana, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

² Ginekologija Dr. Franič, Zasebna ginekološko porodniška ordinacija, Celjska cesta 10, 3250 Rogaška Slatina

³ Slovensko Menopavzno Društvo, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

Izvleček

Izhodišča

Spremembe po menopavzi so v zadnjem času postale predmet medicinskih raziskav in medijskih interesov. S telesnimi spremembami, ki jih menopavza prinaša, in kot rezultat psihosocialnih, kulturnih in medosebnih interakcij vpliva na kakovost življenja. Na voljo so različna zdravila: precej raziskano hormonsko nadomestno zdravljenje (HNZ) in drugi, manj znani nehormonski načini zdravljenja.

Prikazani so različni pogledi na menopavzo s strani ženske, moškega in terapevta, in spremembe v kakovosti življenja po menopavzi. Sodelovanje pri zdravljenju je možno, če je bolnica dovolj poučena o načinih zdravljenja, o prednostih in tveganjih v zvezi z njimi. Skupno sprejemanje odločitev – soodločanje o zdravljenju izboljšuje zavzetost za zdravljenje in s tem tudi izide zdravljenja. Ključen je zaupen odnos z osebnim izbranim zdravnikom in dobra komunikacija med njima. Komunikacija med osebnim izbranim zdravnikom in žensko v obdobju po menopavzi je po podatkih iz literature še vedno pomanjkljiva, predvsem zaradi ožigosanosti pomenopavznih žensk, kar je odraz splošnih socialno-kulturnih normativov določenega okolja. Prispevek prinaša pregled nekaterih objav in raziskav s področja kakovosti življenja, svetovanja in sodelovanja pri hormonskem nadomestnem zdravljenju. Skupno vsem je, da je odnos do nadomestnega zdravljenja odvisen od informiranosti, poučenosti o prednostih in tveganjih in od osebne komunikacije z zdravnikom.

Zaključki

Kakovost življenja v pomenopavzi je zelo individualna in nanjo vplivajo številni dejavniki. Ena od možnosti za izboljšanje je tudi hormonsko nadomestno zdravljenje, zato je pomembno, da se ženska pravilno seznanji z vsemi koristmi in tveganji zdravljenja. Le tako bo postala enakopraven partner pri odločitvi, na kakšen način izboljšati kakovost svojega življenja.

Ključne besede menopavza; nadomestna hormonska terapija; kakovost življenja; svetovanje

Abstract

Background

Biomedical discourse dominates research literature and media accounts of menopause. Symptoms of menopause and psychosocial, cultural and interpersonal interactions inevitably influence the quality of life.

In this article, different views on menopause are presented: from the standpoints of women, men, and medical experts. Treatment decisions can be made between hormonal replacement therapy and other, less researched remedies. Shared decision making significantly improves adherence to treatment and facilitates better treatment outcomes. This can be made possible if the patient is adequately informed about the benefits and risks of the therapy. A trusting relationship between the doctor and patient and excellent communication between them is a key to better outcomes. The article brings an overview of some of the research on quality of life in menopause, and counselling concerning hormonal replacement therapy.

Conclusions *Quality of life in menopause is a result of many factors and therefore it is very individual. Hormone replacement therapy is one of the possibilities of improvement. Therefore, it is essential that a woman is adequately informed about all the advantages and risks of the hormonal replacement therapy. Only an informed patient can be a partner in shared decision making about the improvement of quality of life.*

Key words *menopause; hormone replacement therapy; quality of life; counselling*

Uvod

Z daljšanjem življenjske dobe ženske preživijo tretjino svojega življenja v pomenopavzi. Zato je sčasoma pojem kakovosti življenja postal vse pomembnejši tudi na področju menopavzne medicine.

Kakovost življenja vključuje dobro počutje v telesnem in duševnem smislu. Za razliko od življenjskega standarda je vsestranska, ni zelo oprijemljiva ter se numerično težko opredeli. Temelji na petih dejavnikih: funkcionalnem stanju posameznika, prisotnosti telesnih simptomov, emocionalnih in socialnih razmerah, vključno s socialnimi odnosi in vplivu medicinskega zdravljenja (zdravil, medicinskih postopkov itd.).

Kakovost življenja v telesnem smislu vsebuje komponente, kot so zdravje, prehrana, zaščita pred boleznimi in bolečina. Psihološki vidiki kakovosti življenja vsebujejo stres, skrbi, ugodje in učinke pozitivnega in negativnega stresa. Za posameznika je težko predvideti stopnjo kakovosti življenja, ker je kombinacija komponent, ki pri posamezniku pomenijo dobro kakovost življenja, zelo individualna. Kakovost življenja ni nujno vezana na zdravje (»health related QoL«).¹ Nekdo, ki je bolan, ima lahko boljšo kakovost življenja kot nekdo, ki je navidezno zdrav. Skrbi namreč za svojo psihofizično kondicijo in se je sprijaznil s svojo boleznijo tako, da njegova kakovost življenja ni ogrožena. Zato so meritve kakovosti življenja lahko generične ali specifične (vezane na bolezen). Generične študije ocenjujejo bolnikovo celovito telesno in umsko zdravje v okviru demografskih in kulturoloških podskupin. V meritvah se seštevajo različni koncepti zdravja in kakovosti življenja glede na vpliv okolja, bolezní ali populacijskih dogajanj. Meritve kakovosti življenja, ki so za bolezen specifične, obravnavajo bolnike z isto diagnozo in so povezane z istimi vidiki bolezni. Ti so relevantni po mnenju obeh – bolnika in terapevta. Običajni pristop je kombinacija generičnega in za bolezen specifičnega vprašalnika.

Nekateri raziskovalci opredeljujejo indeks kakovosti življenja kot metodologijo, ki povezuje rezultate raziskav o subjektivnem zadovoljstvu z življenjem z objektivnimi *okviri* kakovosti življenja.

Razumevanje kakovosti življenja je danes še posebej pomembna v zdravstvu, saj ni neposredno povezana s finančnimi ukrepi. Odločitve o načinih zdravljenja in vlaganje v raziskave so odvisne od vpliva na kakovost življenja.

Razvijajoče se polje raziskav o kakovosti življenja, povezanih z zdravjem, so poimenovane s kratico HR-QoL (Health Related Quality of Life – z zdravjem povezana kakovost življenja – prosti prevod) in predstavljata stališča s perspektive bolnikov. Eden od rezul-

tatov tovrstnih raziskav je International Society for Quality of Life Research.¹⁰

Čeprav številne ženske prebrodijo menopavzni prehod brez problematičnih simptomov, se zdi menopavza izhodišče za številne telesne in duševne znake in simptome.^{4,11} Sedanji trendi zdravljenja menopavznih simptomov s hormonskim nadomestnim zdravljenjem (HNZ) z vsemi njegovimi prednostmi in možnimi tveganji so precejšen izziv za zdravnike v osnovnem zdravstvenem varstvu.⁴

Različnost pogledov na menopavzo

Doživljanje menopavze pri ženski naj bi bilo povezano s percepcijo lastnih telesnih sprememb in s predstavami o menopavzi, ki so rezultat socialnih, političnih in kulturnih navad in izročila.¹²⁻¹⁴ Biomedicinska stališča največkrat prednjačijo na področju raziskav in medijskih odzivov. Menopavza je prikazana kot bolezen pomanjkanja estrogena in skupek simptomov, ki jih je moč ozdraviti s HNZ.

To gledanje je izziv za feministke, saj so ženske srednjih let opredeljene kot »deficitarne«, torej pomanjkljive, nepopolne. Sociologi, na drugi strani, označujejo biomedicinsko gledanje kot seksistično in usmerjeno proti starejšim.¹⁵⁻¹⁷ Ženske v zahodni civilizaciji so tako soočene z lahko protislovnimi slikami menopavze in z odločitvami o HNZ v kontekstu različnih pogledov in nepopolnih dokazov.⁴

Menopavza kot univerzalni prehod je zagotovo pomemben mejnik v procesu staranja. Medicinska stroka tolmači menopavzo kot spremembo, ki ima lahko številne zdravstvene posledice za zdravje ženske. Z zniževanjem ravni ovarijskega hormona naj bi bila ženska izpostavljena številnim tveganjem za svoje zdravje.

Menopavzne spremembe so v nekaterih okoljih še vedno zavite v mit in dajejo socialno ožigosanost.¹⁸ V sedanji generaciji t. i. »baby boomers« si je vendarle priborila mesto za razpravo v strokovnem in laičnem okolju.

Ženske so željne informacij o menopavzi in njenem obvladovanju. Nedavne objave v številnih knjigah, člankih v revijah, prispevkih na televiziji in v drugih medijih skušajo zadostiti tej potrebi. Informacije potrebujejo za boljše razumevanje dogajanja v menopavzi in za spoznavanje načinov za njihovo obvladovanje.

Večina raziskav o menopavzi je zajemala vzorce iz bele populacije žensk in srednjega razreda,¹⁹ pomanjkljivi pa so podatki o subkulturnih razlikah v drugih okoljih. Znano je, da socio-kulturni dejavniki vplivajo na

dojemanje in izkušnje z menopavzo. Razlike v veri in prepričanju tudi nudijo različne možnosti za obvladovanje njenih simptomov.²⁰

Ženske se med seboj zelo razlikujejo v dojetanju menopavze. Schnebly s sodelavci je ugotovil, da nekatere ženske menopavzo ocenjujejo in doživljajo bolj negativno kot druge in da se teh medsebojnih razlik tudi zavedajo.²¹

Kar zadeva spol, ženske na splošno verjamejo, da moški menopavzo dojemajo še bolj negativno kot one same. Tako menopavza v celoti ustreza definiciji ožigosanosti.²²

Razlike v pogledih se lahko zrcalijo tudi v odnosu med bolnico in zdravnikom, če je slednji moškega spola. Spol zdravnika naj bi bil povezan z načinom komuniciranja. Analize zvočnih zapisov komunikacij med bolnikom in zdravnikom v zvezi s kroničnimi boleznimi so pokazale, da so moški zdravniki v odnosu nekoliko bolj avtoritarni, se manj ukvarjajo z oblikovanjem partnerstva z bolnikom/co, dajejo manj pozitivnih sporočil, nudijo manj informacij in manj sprašujejo.^{23, 24} Čeprav navedene raziskave niso bile neposredno povezane z menopavzo, podatki zrcalijo pogoste pritožbe žensk glede posvetov na temo menopavze.⁴

Spremembe kakovosti življenja po menopavzi

Ugotovili so, da sta dva najpogosteje opisana simptoma v obdobju po menopavzi vročinski polivi in suhost nožnice; drugi simptomi so vključevali nespečnost, nemir, iritabilnost, bolečino v sklepih, motnje spomina in motnje menstruacijskega ciklusa.⁸ Znano je, da te težave zmanjšujeta HNZ in telesna dejavnost, nekateri pa opisujejo tudi alternativne možnosti zdravljenja.¹⁹ Ženske z opisanimi težavami pogosto skušajo načeti pogovor s svojim osebnim zdravnikom, čeprav imajo take pogovore za težavne. Zdi se, da so ženske s hudimi menopavznimi težavami v manjšini. 10–15 % vseh žensk v prehodu v meno naj bi imelo resne zdravstvene težave. Preostale imajo srednje hude težave, ki se v določenem obdobju pojavljajo občasno, ali pa sploh nimajo nobenih simptomov.^{8, 25} Večina žensk torej zaradi težav po menopavzi ne išče zdravniške pomoči in se izogiba pogovorom v zvezi s tem; posredno se izognejo tudi možnosti zdravljenja s HNZ. Zato te ženske manj pogosto uporabljajo HNZ ali alternativno zdravljenje kot tiste, ki iščejo za menopavzne simptome zdravniško pomoč.

Boljša informiranost ženskam pomaga razumeti dogajanje v njihovem telesu in s tem v zvezi tudi spoznati načine za obvladovanje teh sprememb. Z večjim znanjem imajo nedvomno več možnosti za soodločanje pri zdravljenju in za boljše odločitve o kakovosti življenja.²⁶

Na drugi strani obstaja možnost, da zaradi pomanjkanja znanja posameznica svojih težav ne povezuje z življenjskim obdobjem po menopavzi. Ker povezave sama ne vidi, jih tudi zdravstvenim delavcem lahko opisuje na tak način. Glavoboli in bolečine v mišicah sodijo med zelo nespecifične simptome s številnimi različnimi vzroki, vključno z menopavzo. Zdravnik za-

nje lahko išče številne razlage, vključno z zamudnimi in dragimi preiskavami, preden te simptome pripiše menopavzi.

Druga skrajnost je možnost, da neke simptome pripiše menopavzi, čeprav imajo nek drug vzrok; le-ta posledično ostane neprepoznan in nezdravljen.¹⁸

Emocionalne in socialne razmere v obdobju po menopavzi pogosto kažejo na to, da so se določene skrbi pojavljale že pred nastopom vročinskih obiliv in suhosti vagine. Življenjsko ozadje in slog življenja posameznice naj bi bistveno vplival na njeno razumevanje in obvladovanje menopavznih težav.¹¹

Staranje je pojem, ki ga številne ženske v srednjih letih povezujejo z menopavzo. Nekaterne ženske na to dogajanje gledajo kot na spremembo, druge se veselijo naslednjega obdobja v svojem življenju. Nekaterne isto dogajanje ocenjujejo kot negativno ali celo kot krizo. Odnos do tega obdobja v njihovem življenju v marsičem vpliva na njihovo emocionalno stabilnost in na možno doživljanje depresije in anksioznosti.^{27, 28} Ženske z negativnim odnosom do staranja in do menopavze bodo doživljale več simptomov in bolj intenzivno, ter bodo tudi bolj dovzetne za zdravstvene težave.^{29, 30}

Ženske, ki svojo vlogo v življenju ocenjujejo kot pomembno – v družini, v medsebojnih odnosih in v službi, imajo boljše raven dobrega počutja, boljše objektivne zdravstvene izide in pogosto manj menopavznih simptomov.^{30–32}

Medosebni odnosi lahko vplivajo na doživljanje menopavze, zlasti prisotnost partnerja in kakovost odnosa z njim. Vdove in ločene ženske imajo pogosteje depresijo kot tiste v partnerskem odnosu.³³ Nedavne raziskave so pokazale, da so ženske s kakovostnimi prijateljskimi odnosi manj depresivne in imajo bolj pozitivna stališča o menopavzi.³⁴ Socialna osamitev, pomanjkanje socialne podpore in depresija statistično značilno zvečajo tveganje za koronarno bolezen.^{35, 36}

Menopavznemu obdobju ženske pogosto pripisujejo tudi nenadne spremembe razpoloženja, motnje spanja, anksioznost. Dokazali so, da tiste, ki dosegajo večje vrednosti na lestvici anksioznosti, doživljajo tudi več navalov vročine in da so uporabnice HNZ manj anksiozne.^{37, 38}

Socialnokulturno okolje precej vpliva na odnos do menopavznih žensk in posredno tudi na njihovo kakovost življenja. Medtem ko jih imajo nekatera okolja za modre svetovalke, tudi mladim, je v drugih kulturah menopavza tabu in o njej ni dovoljeno javno govoriti.^{39, 40}

Vloga osebnega zdravnika in komuniciranje v menopavzi

Ni povsem dognano, kako pogosto ženske razpravljajo o menopavzi s svojimi zdravniki. Schnebly s sodelavci je v svoji raziskavi v vzorcu motiviranih, dobro educiranih žensk opazil, da tretjina tistih z menopavznimi težavami o tem ni govorila s svojim zdravnikom.¹¹ Glede na navedene ovire je možno sklepati, da je to le manjši del menopavznih žensk.

Eden od ciljev pobude Healthy People 2000 je, da bi 90 % ženskam pojasnili prednosti in tveganja, povezana z jemanjem estrogena.⁴

Kljub temu, da se ve za pomen »prvega obiska« na sodelovanje pri zdravljenju, slovenska prospektivna raziskava tega ni potrdila. Osebno dožemanje ženske in njeno zadovoljstvo z informacijami, ki jih pridobi od svojega ginekologa, nista zagotovilo, da bo začela uporabljati HNZ, še manj, da bo upoštevala navodila svojega ginekologa in vztrajala pri HNZ toliko časa, kot je potrebno.^{41,42} To pomeni, da ženske pridejo k svojemu ginekologu »že zasvojene z informacijami«, ki so jih pridobile v različnih medijih. Zato mora zdravnik ponuditi ženski stvaren odnos glede koristi in tveganja, ki ga posamezno zdravilo utegne pri posameznici sprožiti. Šele takrat se lahko ženska samostojno in na temelju dokazov, ki so jo prepričali, odloči, ali lahko predlagano zdravljenje izboljša kakovost njenega življenja tako, da se potem varno odloči za zdravljenje.

Kadar pride ženska zaradi številnih in intenzivnih menopavznih simptomov k zdravniku, je pomembno razumeti in preučiti duševne in telesne vzroke njenih težav. Upoštevanje individualnega psihosocialnega in fizičnega življenjskega okolja vsake posameznice pokaže pravo pot v obravnavi. Morda je potrebno farmakološko in psihoterapevtsko zdravljenje, pač glede na situacijo vsake posameznice.

Šele ko razjasnimo vse težave, njihovo povezavo z menopavzo in terapevtske možnosti, je učinkovita obravnavna možna.

Predpogoj za vsakršno skupno sprejemanje odločitev in partnerstvo pri zdravljenju je učinkovita komunikacija.

Vsakdo ima individualen slog komuniciranja.

Kot so pokazale nekatere izkušnje, je pomemben tudi spol zdravnika. Zdravnice naj bi bile bolj pozorne in manj avtoritarne, bolnikom/cam nudijo več subjektivnih in objektivnih informacij; izmerjeni čustveni odgovor po ginekoloških pregledih pri ženskih zdravnicah naj bi bil bolj pozitiven, v primerih, ko so ginekologinje ženskega spola, kot pri njihovih moških kolegih.^{43,44}

Zdi se, da tipičen način interakcije pri moških na eni strani in žensko prepričanje, da moški na menopavzo gledajo kot na stigmatizirajoči dogodek na drugi strani skupaj predstavljata kar pomembno oviro pri komuniciranju o obvladovanju menopavze.⁴

Ženske potrebujejo tudi informacije o menopavzi in o obvladovanju težav. V odsotnosti teh podatkov ženske ne morejo kot enakovredne partnerke soodločati pri obravnavi menopavze. Ker imajo premajhno znanje, ne vedo, kaj bi bilo treba izpostaviti v zvezi z načinom zdravljenja, tudi s HNZ. Zato se počutijo nekako negotove in ne povsem prepričane, še posebej ne pri zdravljenju, ki traja več let. Posledica je lahko tudi manjša zavzetost za zdravljenje; menda ostane tudi kar lepo število receptov v predalih in torbica potencialnih prejemnic.^{2,3}

Kratki besedni posegi lahko koristno spodbujajo bolnico k postavljanju vprašanj med posvetom in posredno prispevajo k boljšim izidom; boljše zdravstveno stanje, vestnejše upoštevanje terminov posvetov in večje zadovoljstvo bolnic z zdravljenjem.⁴

Povprečna starost ženske, ko vstopi v menopavzo, je 51 let. Ker nastopi pogovor o možnosti HNZ običajno kasneje – v zvezi s tveganjem za srčno-žilne bolezni in osteoporozo, mora biti slog komuniciranja prilagojen starejšim ženskam.⁴

Tipično zanje je, da so običajno manj spretni pri predstavljanju svojih problemov osebnemu izbranemu zdravniku. Pogosto pri posvetu pozabijo omeniti svoj glavni problem (v približno 70 %) in 27 % vseh njihovih zdravstvenih težav ni nikoli omenjenih in se posledično ne obravnavajo pri zdravniku.⁵

Tudi kadar bolnice načnejo pogovor o HNZ, so zdravniki manj zavzeti pri odgovorih in pojasnjevanju, kot če problem načnejo oni. Čeprav se morda starejše ženske čutijo manj ožigosane glede menopavze, pa se – v zvezi z modernim kultom mladosti in lepote – zagotovo počutijo prizadete kot stare (in zato manj zdrave).⁶ Ocena deleža žensk, ki o tovrstnih težavah razpravljajo s svojim osebnim zdravnikom, bi pomembno prispevala k prioriteta in izboljšanju obravnave menopavznih žensk.

Zanimiva bi bila tudi ocena vpliva, ki ga ima kratko izobraževanje na odnos med bolnico in zdravnikom, pa tudi na zadovoljstvo bolnic z oskrbo, na zavzetost za zdravljenje in na strategije obravnave menopavznih bolnic in nenazadnje na tip in stopnjo uporabe zdravstvenih storitev.⁴

Celovita seznanjenost s terapevtskimi možnostmi terja tudi informacije o nemedikamentnem zdravljenju. Podatki o teh načinih zdravljenja so omejeni in večina raziskav je bila napravljena z ženskami, ki so imele v anamnezi raka dojke. Zaviralci privzema serotonina in venlafaksin so zmanjšali vročinske oblike za 19 do 60 % in so imeli dobro toleranco; sojini izoflavoni so v nekaterih raziskavah zmanjšali vročinske oblike za 9 do 40 %, v drugih pa so bili njihovi učinki primerljivi s placebom.⁷ Črna in rdeča detelja, kombinacija beladone, ergotamina in benzodiazepinov, dong quai, rožno olje, gabapentin, mirtazapine, trazodon, vitamin D, melatonin so bili predlagani kot zdravilo, a pomembnih objav o njihovi učinkovitosti ni veliko.

Raziskave

Nekatere raziskave so skušale opredeliti odnos žensk do HNZ in njihovo mnenje, občutke, stališča in obnašanje v zvezi z njo.

1. Marmoreo s sodelavci je leta 1997 v svojo kvalitativno raziskavo zajel 56 večinoma belih postmenopavznih žensk, razdeljenih v 8 fokusnih skupin.⁸ Povprečna starost je bila 56 let, z rangom od 44 do 73 let. Devet žensk ni opredelilo svojega statusa do HNZ, med preostalimi 47 je bilo 45 %, ki niso nikoli jemale HNZ, 30 % občasnih uporabnic in 25 % je redno uporabljalo HNZ v času raziskave. Kvalitativna analiza rezultatov je pokazala, da je odnos med osebnim izbranim zdravnikom in bolnico pri sprejemanju odločitev o HNZ igral pomembno vlogo. Izkazalo se je tudi, da ženske iščejo informacije v podpornih skupinah, da so pripravljene eksperimentirati s tabletami in odmerki in da potrebujejo mreženje. Protislovni rezultati raziskav o tveganju za ra-

- ka dojke, o tveganju za zlom kolka in o tveganju za srčno-žilno bolezen povzročajo ženskam in njihovim osebnim zdravnikom težave pri skupnem sprejemanju odločitev (stopnja soglasja 2b).
- Walterjeva in Brittnova sta v letu 2002 v svojo kvalitativno raziskavo zajeli 40 žensk iz dveh različnih splošnih ambulant v Cambridgeu.⁹ Stare so bile od 50 do 55 let in so glede HNZ spadale v eno od naslednjih kategorij: trenutne uporabnice, bivše uporabnice in tiste, ki niso nikoli jemale HNZ. Namen raziskave je bil pri preiskovankah ugotoviti razumevanje tveganja v zvezi z menopavzo in s HNZ. Preiskovanke, ki so tveganje razumevale kot nevarnost in obvladovanje tveganja, so terjale oceno tveganja za informirano sprejemanje odločitev. Lastno znanje, skupaj s prikazom in kontekstom tveganja, in njihov lasten sistem vrednot so bili osnovni dejavniki, ki so jim pomagali razumeti tveganje. Izkušnje, starost in čustva so vplivali na vzpostavljane ravnotežja med tveganjem in prednostmi, povezanimi s HNZ (stopnja soglasja 2b).
 - Franić je v letu 2006 v svoji prospektivni, randomizirani in kontrolirani intervencijski raziskavi pokazal, kako svetovanje v obliki predavanj o posledicah menopavze in možnostih za odpravo njenih tako kratkoročnih kot dolgoročnih posledic vpliva na sodelovanje pri HNZ.^{41,42} Ugotovljeno je bilo, da je izobraževanje žensk pomemben dejavnik, ki statistično pomembno vpliva na boljše sodelovanje pri HNZ. Ženske, ki so se vključile v izobraževanje, so statistično pomembno dlje uporabljale HNZ (46,8 %) kot tiste, ki se v izobraževanje niso vključile (31,7 %), in sicer po 24 mesecih uporabe HNZ. Predhodna uporaba hormonske kontracepcije je zelo pomembna izkušnja, ki za 3,7-krat izboljša sodelovanje pri HNZ po 12 mesecih in za 2,25-krat po 24 mesecih. Ženske se za HNZ odločajo predvsem po nasvetu ginekologa in na temelju osebne odločitve, da HNZ lahko izboljša kakovost življenja. Na tretjem mestu so simptomi, ki so značilni za perimenopavzo. Dolgoročne posledice menopavze niso odločilni dejavnik, ki bi vplival na začetek HNZ. Največ informacij o menopavzi in HNZ dobijo ženske od ginekologa, sledijo revije in pogovori s prijateljico; internet je na zadnjem mestu. Razlog za prekinitve HNZ je strah pred rakom na dojki, ki prevladuje od začetka do konca zdravljenja. Na začetku se mu pridružijo še strah pred rakom na maternici, krvavitve, povečanje telesne teže in napete in boleče dojke. Dlje ko ženske uporabljajo HNZ, večji je negativen vpliv medijev, ki dodatno potrdijo, da je strah pred rakom na dojki najmočnejši in najodločilnejši razlog za prenehanje HNZ (stopnja soglasja 1b).
 - MacLennan je v letu 2007 ponovno analiziral podatke randomizirane raziskave Women's Health Initiative (WHI) in drugih randomiziranih raziskav in ugotovil, da se možna tveganja v zvezi z uporabo HNZ lahko zmanjšajo, če: a) se uporabljajo hormonski pripravki v nizkih odmerkih, b) minimiziramo ali eliminiramo sistemski progestagen, c) uporabljamo ne peroralno, temveč po alternativni poti (koža - transdermalni obliži, geli, kreme; dihalne poti - pršilo za nos) za aplikacijo estrogena, d) pri žen-

skah s simptomi začnemo hormonsko zdravljenje čim bližje menopavzi⁴⁵ (stopnja soglasja 1a).

- Griffithsova je leta 1999 opravila kvantitativno analizo o odnosu do HNZ; poslala je vprašalnik 1649 ženskam med 20. in 69. letom starosti.⁴⁶ Izmed 1225 žensk, ki so odgovorile na vprašalnik, jih je 46,2 % soglašalo z intervjujem, 48,6 % ga je odklonilo in 5,2 % ni odgovorilo na to vprašanje. Vse, ki so želele sodelovati, so z nadaljnjim anketiranjem in z delom v fokusnih skupinah skušali opredeliti v odnosu do HNZ. Mediji in socialni stiki so se izkazali kot glavni viri informacij. V fokusnih skupinah so razpravljale o kontroli, ki jo imajo v zvezi z jemanjem HNZ, in kaj vpliva nanjo. Ženske, ki nasploh nerade jemljejo zdravila, so bile bolj zadržane do jemanja HNZ (stopnja soglasja 2b).
- Hunterjeva s sodelavci je leta 2007 v svojo kvalitativno deskriptivno raziskavo s poglobljenimi intervjuji o odločanju za ali proti HNZ vključila 93 50-letnih žensk, od katerih je 45 sprejelo sodelovanje.⁴⁷ Pri sprejemanju odločitev o HNZ so prevladovale tri teme: prisotnost ali odsotnost motečih vazomotornih simptomov, pogledi in mnenje osebnega izbranega zdravnika in stališča do menopavze in zdravil. Menopavza se je zdela kot naraven proces, razen v primeru zares hudih težav. Na splošno so ženske imele drugačno stališče od zdravstvenih delavcev, vendar so ga odkrile samo v primeru uspešne komunikacije z osebnim izbranim zdravnikom.

Zaključki

Način doživljanja menopavze je pogojen s percepcijo lastnih telesnih sprememb in psihosocialnih, kulturnih in tradicionalnih vplivov okolja. Prevladuje mnenje, da menopavza spremeni kakovost življenja vsake posameznice. Biomedicinska znanost definira menopavzo kot pomanjkanje estrogena, ki ga učinkovito ozdravi HNZ. Odločitev o HNZ mora biti usklajena in rezultat partnerstva med bolnico in zdravnikom. Pri tem igrata pomembno vlogo komunikacija med bolnico in zdravnikom in informiranost bolnice. Številne študije tečejo o možnostih nehormonskega zdravljenja. Nadaljnje raziskave na področju HNZ in odnosa uporabnic do njega bi omogočile boljšo metodologijo in strategijo zdravljenja na tem področju in optimalno izkoriščenost zdravstvenih storitev.

Komentar

Na kakovost življenja žensk v pomenopavzi vplivajo številni dejavniki. Izbira in način zdravljenja ali nezdravljenja morata biti usmerjena na preventivo. Zato je svetovanje ženskam ključnega pomena, ker omogoča pridobitev informacij, nujnih, da se ženska odgovorno, varno, individualno in predvsem skupaj s svojim zdravnikom odloči za njej najprimernejšo izbiro. Če se odloči za HNZ ali alternativno zdravljenje, mora zdravljenje jemati redno. Zato mora biti prepričana, da je to zanjo najboljša izbira, saj sodelovanje pri sprejemanju odločitev bistveno pripomore k zavzetosti za zdravljenje.

Po hierarhiji dokazov ima ponovna analiza študije WHI največjo stopnjo soglasja (Ia). To pomeni, da je priporočljivo HNZ z nizkimi odmerki, zgodnji začetek zdravljenja in – če se le da – izogibanje peroralni uporabi. Slovenska študija o vplivu svetovanja na sodelovanje žensk pri HNZ ima raven dokaza Ib, kar pomeni, da je za dobro sodelovanje pomembno predhodno svetovanje in pridobivanje ustreznega znanja o tem, kaj, kako dolgo in na kateri način jemati. Predhodna izkušnja pri uporabi hormonske kontracepcije zelo dobro vpliva tudi na sodelovanje pri HNZ. Ostale študije, ki imajo raven dokazov 2b, poudarjajo velik vpliv medijev na odločitve za ali proti zdravljenju. Strah pred rakom na dojki in pred srčno-žilnimi boleznimi pa tudi vmesne krvavitve negativno vplivajo na odločitve za HNZ in na predčasno opustitev le-tega.

Literatura

1. Fistonici I. Usporedba načina života, kakvoće života i prihvaćanja hormonskog nadomjesnog lijećenja: Nacionalna studija žena treće životne dobi. /doktorska disertacija/. Zagreb: Medicinski fakultet; 2001.
2. Cauley JA, Cummings SR, Black DM, Mascioli SR, Seeley DG. Prevalence and determinants of estrogen replacement therapy in elderly women. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1438–44.
3. Ravnikar VA. Compliance with hormone therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 1332–4.
4. Hampson SE, Hibbard JH. Cross-talk about the menopause: enhancing provider-patient interactions about the menopause and hormone therapy. *Patient Educ Couns* 1996; 27: 177–84.
5. Rost K, Frankel R. The introduction of the older patient problems in medical visit. *J Health Aging* 1993; 5: 387–401.
6. Gekoski WL, Knox VI. Ageism or healthism? Perceptions based on healthstatus. *J Aging Health* 1990; 2: 115–27.
7. Carrol DG. Nonhormonal therapies for hot flashes in menopause. *Am Fam Physician* 2006; 73: 457–64.
8. Marmoreo J, Brown JB, Batty HR, Cummings S, Powell M. Hormone replacement therapy: determinants of women's decisions. *Patient Educ Couns* 1998; 33: 289–98.
9. Walter FM, Britten N. Patients' understanding the risk: a qualitative study of decision-making about the menopause and hormone replacement therapy in general practice. *Fam Pract* 2002; 19: 579–86.
10. www.isoqual.org, accessed April 13, 2008
11. Deeks AA. Is this menopause? Women in midlife-psychological issues. *Aust Fam Physician* 2004; 33: 889–93.
12. Martin E. *The Woman in the body*. Boston: Beacon Press; 1987.
13. Hunter M. *Your Menopause*. London: Pandora Press; 1990.
14. Ussher JM. Women's madness: Mysogyny or mental illness? London: Harvester Wheatsheaf; 1991.
15. Worcester N, Whatley MH. The selling of HRT: playing the fear factor. *Feminist Review* 1992; 41: 1–26.
16. Greer G. *The Change*. London: Penguin; 1992.
17. Hunt K. A cure for all ills? Constructions of menopause and the chequered fortunes of hormone replacement therapy. In: *Women and health: feminist perspectives*. London: Taylor Francis; 1994.
18. Page L. *Menopause and emotions*. Vancouver: Primavera Press; 1994.
19. McKinlay JB, McKinlay SM, Brambillia DJ. Health status and utilization behavior associated with menopause. *Am J Epidemiol* 1987; 125: 110–21.
20. Lock M, Kraufert P, Gilbert P. Cultural construction of the menopausal syndrome: the Japanese case. *Maturitas* 1988; 10: 317–32.
21. Schnebly JH, Hibbard JH, Hampson SE, Harvey SM. Women's perception of menopause. Presented at the Annual meeting of American Public Health Association. San Francisco, California, 1993.
22. Goffman E. *Stigma*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1963.
23. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol* 1994; 13: 384–92.
24. Roter D, Lipkin MJ, Korsgaard A. Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care health visits. *Med Care* 1991; 29: 1083–93.
25. Ziegler J. After menopause begins the dilemma of estrogen replacement. *Am Health* 1992; 11(3): 68–71.
26. Hibbard JH, Hampson SE. Evaluating women's partnership with health providers in hormone replacement therapy: research and practice dimensions. *J Women Health* 1993; 5: 17–29.
27. Avis NE, McKinlay SM. A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas* 1991; 13: 65–79.
28. Dennerstein L, Lehert P, Dudley E, Guthrie J. Factors contributing to positive mood during the menopausal transition. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 84–9.
29. Gannon L, Ekstrom B. Attitudes toward menopause. The influences of sociocultural paradigms. *Psychol Women Q* 1993; 17: 275–88.
30. Collins A. A psychological approach to the management of menopause. In: Wren BG, ed. *Progress in the management of menopause*. London: Parthenon Publishing Group; 1997. p. 94–8.
31. Vandewater EA, Ostrove JM, Stewart AJ. Predicting women's well-being in midlife: the importance of personality development and social role involvements. *J Pers Soc Psychol* 1997; 72: 1147–60.
32. Gannon L. Menopausal symptoms as consequences of dysrhythmia. *J Behav Med* 1993; 16: 387–402.
33. Kaufen PA, Gilben P, Tate R. The Manitoba project: a reexamination of the link between menopause and depression. *Maturitas* 1992; 14: 143–55.
34. Cooke DJ. Psychosocial vulnerability to life events during the climacteric. *Br J Psychiatr* 1985; 147: 71–3.
35. Ruiz Perez I, Pinar IM, Hernandez-Aguado I. Associated factors to psychiatric morbidity in postmenopausal phases. *Maturitas* 1997; 28: 107–15.
36. Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, Hickie IB, Hunt D, Jelinek VM, et al. Stress and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Med J Aust* 2003; 178: 272–6.
37. Freeman EW, Sammel MD, Grisso JA, Battistini M, Garcia-España B, Hollander L. Hot flashes in the late reproductive years: risk factors for African American and Caucasian women. *J Womens Health Gend Based Med* 2001; 10: 67–76.
38. Boyle GJ. A preliminary study of hormone replacement therapy and psychological mood states in perimenopausal women. *J Psychol Rep* 2001; 88: 160–70.
39. Beyene Y. Cultural significance and physiological manifestations of menopause. A biocultural analysis. *Cult Med Psychiatry* 1986; 10: 47–71.
40. Lock M. Ambiguities of aging: Japanese experience and perceptions of menopause. *Cult Med Psychiatry* 1986; 10: 47–71.
41. Franić D, Verdenik I, Meden-Vrtovec H, Švab I. Continuation of hormone replacement therapy in Slovenia: A prospective, randomized, controlled trial – 1-year follow-up. *Maturitas* 2006; 54: 110–8.
42. Franić D. Dejavniki, ki vplivajo na sodelovanje žensk pri sodelovanju pri nadomestnem hormonskem zdravljenju. /doktorska disertacija/ Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2006.
43. Meeuwesen L, Schaap C, van der Staak C. Verbal analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med* 1991; 32: 1143–50.
44. Ragan SL, Pagano M. Communicating with female patients: affective interaction during contraceptive counselling and gynecological exam. *Women's Stud Commun* 1987; 10(2): 46–57.
45. MacLennan AH. HRT: a reappraisal of the risks and benefits. *Med J Aust* 2007; 186: 643–6.
46. Griffiths F. Women's control and choice regarding HRT. *Soc Sci Med* 1999; 49: 469–81.
47. Hunter MS, O'Dea I, Britten N. Decision-making and hormone replacement therapy: a qualitative analysis. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1541–8.