

Koncepcje menopauzy

Część I – ujęcie demograficzne i kulturowe

The concepts of menopause

Part I – demographical and cultural approach

Eleonora Bielawska-Batorowicz

Menopauza najczęściej ujmowana jest z perspektywy biomedycznej, popularnej również w przeszłości. Współcześnie pojawiają się nowe sposoby jej charakteryzowania, zwracające uwagę na aspekty kulturowe i psychologiczne. W początkowej części artykułu krótko przedstawiono historię zainteresowania menopauzą, odwołując się do poglądów popularnych w XIX-wiecznej literaturze medycznej. Następnie podjęto próbę scharakteryzowania menopauzy jako zjawiska demograficznego, koncentrując się na konsekwencjach wzrastania liczby kobiet osiągniętych wiek, w jakim występuje menopauza. Wreszcie omówiono jej kulturowe aspekty. Odwołano się przy tym do koncepcji wyjaśniających rolę kultury w kształtowaniu się postaw wobec menopauzy. Zwrócono również uwagę na obszary, w jakich mogą ujawniać się różnice kulturowe, np. objawy związane z menopauzą, stosowana terminologia, źródła wiedzy o menopauzie i sposoby radzenia sobie z dolegliwościami.

Słowa kluczowe: menopauza, demografia, kultura

(Przegląd Menopauzalny 2005; 2: 10–18)

Dawne i współczesne ujęcia menopauzy

Wzmianki o menopauzie, jak podają M. O'Dowd i E.E. Philipp [za: 1], pojawiły się w już pismach Arystotelesa. Grecki filozof wspominał o zakończeniu miesiączkowania u kobiet w wieku ok. 40 lat.¹ W późniejszych dziełach i traktatach medycznych, jak twierdzą cytowani wyżej autorzy podręcznika *The history of obstetrics and gynecology*, również pojawiały się liczne odniesienia do zakończenia okresu płodności kobiet. Polski podręcznik *Historia medycyny* pod redakcją T. Brzezińskiego [2] mimo interesującego przeglądu rozwoju położnictwa i ginekologii nie podaje danych dotyczących zainteresowania menopauzą. Termin *menopauza* w znaczeniu podobnym do obecnego został użyty po raz pierwszy w 1816² r. przez C.P.L. de Gar-

danne (*la Menespausie*), zaś jego dokładną definicję w swym artykule dotyczącym zaburzeń psychicznych związanych z różnymi okresami życia podał dopiero w 1899 r. A. Clouston [3]. Połączenie zaburzeń psychicznych i menopauzy jest w tym przypadku spektakularne. Ilustruje bowiem takie podejście do menopauzy, w którym podkreślane są związane z nią objawy i negatywne następstwa dla zdrowia oraz określony obszar możliwej interwencji medycznej. Jedno z pierwszych wyjaśnień mechanizmu leżącego u podłoża menopauzy pochodzi z jeszcze wcześniejszego okresu. W 1777 r. J. Leake [1] tłumaczył zanik krwawień miesięczkowych pojawiających się z wiekiem niedostatecznym pompowaniem krwi przez naczynia krwionośne. Ten sam autor dostrzegł związek ustania miesiączkowania i atrofii pochwy, a także problemów z pęche-

Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego; p.o. dyrektora: dr n. hum. Eleonora Bielawska-Batorowicz



rzem. Inny brytyjski badacz i lekarz – E.J. Tilt – zwracał w 1857 r. uwagę na częstsze występowanie wielu chorób u kobiet w okresie perimenopauzalnym [1, 4].

Przykłady XIX-wiecznego ujmowania menopauzy w literaturze medycznej znaleźć można w pracach E. Martin [5, 6], która charakteryzując medyczne podejście do menopauzy zwraca uwagę na częste odwołanie się autorów do *metafor ekonomicznych i produkcyjnych* – energii wydatkowanej przez organizm w czasie menstruacji i oszczędzanej w okresach wolnych od miesiączkowania, zakłóceń równowagi prowadzących do schorzeń, zysków i strat, jakie ponosi organizm kobiety w związku z zanikiem zdolności prokreacyjnych. Zdaniem E. Martin [5] okres menopauzalny widziany oczyma XIX-wiecznych lekarzy to czas kryzysu, możliwego pojawienia się nowych chorób lub zaostrzenia istniejących. Z drugiej strony pojawiały się również próby przedstawiania menopauzy w pozytywnym świetle. Zmiany w kobiecej fizjologii polegające na ustaniu miesiączkowania eliminowały łączone z miesiączkowaniem obciążenia fizyczne i psychiczne, przynosiły równowagę, spokój i oszczędności energetyczne. Menopauza była więc widziana również jako wydarzenie o pozytywnych aspektach.

Charakterystyczne dla XIX-wiecznej koncepcji menopauzy było, zdaniem R. Sybylla [4] stanowisko w trzech kwestiach: stanu zdrowia związanego z przejściem menopauzy, aktywności seksualnej po menopauzie oraz utraty typowo kobiecych cech i właściwości. XIX-wieczni badacze dostrzegali typowe objawy menopauzalne oraz dolegliwości i schorzenia, jakie występowały u kobiet w tym okresie. Podkreślali również obciążenia dla organizmu kobiety, jakie są związane z cyklem menstruacyjnym [7], a także ciążą i porodem. Byli zdania, że zakończenie okresu zmian związanych z ustaniem miesiączkowania, może przynieść znaczną poprawę stanu zdrowia. R. Sybylla [4] podkreśla wyraźnie, że choć XIX-wieczni badacze wykazali, iż blisko 500 różnych schorzeń częściej występuje u starszych kobiet, to dotyczy to jedynie okresu perimenopauzalnego. Czas po menopauzie miał natomiast być okresem stabilizacji i poprawy stanu zdrowia. Drugą kwestią, w jakiej pojawiło się wyraźne stanowisko, była aktywność seksualna. Zarówno pragnienia seksualne kobiet, jak i utrzymywanie przez nie stosunków płciowych po menopauzie, były zdecydowanie odrzucane. Wyciszenie popędu seksualnego uznawano za bardzo wskazane w tym okresie życia, gdyż w aktywności seksualnej widziano przyczynę zaostrzenia się istniejących u kobiet chorób lub źródło nowych dolegliwości. Trzecia kwestia w XIX-wiecznym ujmowaniu menopauzy dotyczy nabywania przez kobiety męskich cech. Zdaniem E.J. Tilta i J.B. Hicksa [4] brak miesiączkowania i związanych z tym obciążeń sprzyja osiągnięciu stabilności emocjonalnej. Kobiety, które przestały miesiączkować, stawały się bardziej zrównoważone, odpowie-

dzialne i dojrzałe. Ze względu na mniejszą impulsywność w zachowaniu zaczynały przypominać mężczyzn. Uwolnione od cyklicznych obciążeń związanych z miesiączkowaniem mogły lepiej funkcjonować psychicznie, stąd wyrażony przez E.J. Tilta [za: 4] pogląd, że *największy wigor mentalny* kobieta osiąga w wieku 56 lat. Wydaje się, że większość z przedstawionych wyżej poglądów nie zyskałaby dziś popularności. Dotyczy to zwłaszcza opinii dotyczących aktywności seksualnej, a także opinii o kobiecości i męskości, w tym przekonania o swoistej wyższości cech męskich.

Prowadzone współcześnie badania menopauzy nie są jednorodne. Podkreślają to wyraźnie M. Sowers i wsp. [8] uznając, że menopauzę można rozpatrywać z kilku perspektyw teoretycznych. Pierwszą z nich jest perspektywa biologiczna, zgodnie z którą wszystkie doświadczenia kobiet w okresie peri- i postmenopauzalnym, w tym typowe objawy, należy przypisać zachodzącym w ich organizmach zmianom hormonalnym. Drugą jest perspektywa psychologiczna (zwana również psychospołeczną), w której podkreśla się rolę stresu i stresorów jako czynników sprzyjających ujawnianiu się i nasilaniu objawów menopauzalnych. Trzecie ujęcie – społeczno-kulturowe lub środowiskowe – uwzględnia znaczenie, jakie nadawane jest menopauzie w danym kręgu kulturowym. Typowe dla danej kultury poglądy na temat menopauzy, a także charakterystyczny dla kobiet styl życia, kształtują indywidualne postawy wobec menopauzy i mogą modyfikować indywidualny sposób prezentowania objawów menopauzalnych. Ostatnie z proponowanych ujęć to perspektywa feministyczna, zgodnie z którą okres okołomenopauzalny jest kolejnym etapem w życiu kobiety, stawiającym przed nią typowe dla tego okresu wyzwania i zadania. Każda z wymienionych perspektyw prowadzi do koncentrowania się na innych aspektach procesów i doświadczeń związanych z menopauzą. Wymaga również odmiennych metod badawczych. Ponadto nie może być wprowadzona do żadnej z pozostałych.

Propozycję rozróżniania znaczeń, jakie można przypisać menopauzie i perspektyw, z jakich można ją ujmować, podaje również M. Hunter [9], która rozpoczyna prezentację od zwrócenia uwagi, że menopauza może być analizowana jako przyczyna lub okoliczność sprzyjająca zaburzeniom psychicznym. Ten nurt rozważań pojawia się stosunkowo często w literaturze światowej, zwłaszcza w zestawieniu z depresją. Kolejna propozycja M. Hunter (2000) to ujęcie okresu okołomenopauzalnego jako okresu wielu zmian życiowych, związanych przede wszystkim z usamodzielnianiem się dzieci, stratą rodziców, a także partnera życiowego. Mimo to okres okołomenopauzalny, zdaniem cytowanej tu autorki, nie jest unikalny pod względem towarzyszących mu zmian. Początkowa faza życia małżeńskiego i macierzyństwa wydaje się przynosić ze sobą porównywalną liczbę stresujących wydarzeń i zmian sytuacji życiowej.



Menopauza może być również rozpatrywana w kontekście kobiecej aktywności i atrakcyjności seksualnej. W tradycyjnych poglądach przejście menopauzy oznaczało zakończenie aktywności seksualnej, dlatego ujawnianie przez nie pożądania było traktowane jako niewłaściwe i sugerowało konieczność interwencji medycznej. Badania przeprowadzone przez Z. Izdebskiego [10] wskazują, że pogląd ten jest ciągle podzielany – 27% reprezentatywnej próby Polaków w wieku 15–49 lat uważa bowiem, że w wieku 50–54 lat wyraźnie spada u kobiet zainteresowanie seksem. Badania seksualności kobiet w wieku okołomenopauzalnym wskazują jednak na duże zainteresowanie tą sferą życia, a także na utrzymywanie regularnej aktywności seksualnej po menopauzie [11, 12]. Dlatego współczesne ujęcie związków menopauzy i seksualności koncentruje się na analizowaniu zmian aktywności seksualnej i możliwościach jej przywrócenia [9].

W propozycjach przedstawionych przez M. Hunter [9] znajdują się również ujęcia menopauzy jako choroby i jako naturalnego wydarzenia w rozwoju. W pierwszym przypadku autorka odwołuje się do biologicznego mechanizmu pojawiania się menopauzy i lansowanej w literaturze naukowej koncepcji deficytów hormonalnych, odpowiedzialnych za objawy menopauzalne i schorzenia (np. osteoporoza, choroby układu krążenia) pojawiające się u kobiet po menopauzie. Przyjęcie koncepcji deficytów hormonalnych sprzyja kolejnemu krokowi, a mianowicie wyrównywaniu deficytów poprzez stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, która może być również wykorzystywana w celach profilaktycznych. W drugim przypadku menopauza traktowana jest jako wydarzenie naturalne, które samo w sobie nie prowadzi do żadnych patologicznych następstw. Źródłem ewentualnych problemów związanych z wystąpieniem menopauzy są negatywne stereotypy i postawy wobec kobiet wchodzących w okres pomenopauzalny. Podobne stanowisko zaprezentowali Sowers i wsp. [8], odwołując się do społeczno-kulturowego ujęcia menopauzy.

Przytoczone powyżej przykłady perspektyw teoretycznych wykorzystywanych do analizowania menopauzy pokazują, że najczęściej jest ona ujmowana w perspektywie biologicznej i medycznej. Badacze dostrzegają również konieczność uwzględniania kulturowych aspektów menopauzy. Wydaje się, że menopauzę i towarzyszące jej zmiany można również ujmować z wielu innych perspektyw. W dalszej części artykułu przyjrzymy się menopauzie z perspektywy demograficznej, której nie uwzględnili cytowani wyżej autorzy. Szerzej mówione zostanie również ujęcie kulturowe.

Menopauza – ujęcie demograficzne

Przyjęcie perspektywy demograficznej pozwala ująć menopauzę jako zjawisko, którego doświadcza

możliwa do oszacowania grupa kobiet. Pozwala również porównywać liczebność tej grupy w różnych regionach świata i analizować, jaki odsetek populacji kobiet stanowią osoby po menopauzie, a także uwzględnić dane z przeszłości oraz prognozować zmiany liczebności tej grupy kobiet.

Dane demograficzne wskazują, że obecnie każdego roku ok. 25 mln kobiet na świecie przechodzi menopauzę [13]. Biorąc pod uwagę dane dotyczące wieku osiągnięcia menopauzy i warunkujących go czynników, wiek grupy kobiet, o której mowa to ok. 50–51 lat, z możliwym odchyleniem poniżej i powyżej tej wartości. Dla analiz demograficznych przyjęto wiek 50 lat, gdyż dla tej wartości dostępne są dane dotyczące liczby osób osiągniętych ten wiek w przeszłości, a także prognozy do 2030 r., bazujące na założeniach zawartych w przygotowanym przez Bank Światowy dokumencie *World development report 1993: investing in health* [za: 13, 14]. Dokonane oszacowanie wskazuje na wyraźną tendencję do zwiększania się liczby kobiet w wieku 50 i więcej lat we wszystkich regionach świata (z 467 mln w 1990 r. do 742 mln w 2010 r. i 1,2 mld w 2030 r. – [13]). Wskazuje również na tendencję do zwiększania się odsetka kobiet w wieku 50 i więcej lat w całej populacji (z 8,87% w 1990 r. do 10,53% w 2010 r. i 13,73% w 2030 r. – [13]). Coroczny wzrost liczby kobiet w analizowanej grupie wiekowej ma wynosić 2,65%. Przewiduje się najbardziej dynamiczny wzrost tej części populacji kobiet w krajach Bliskiego Wschodu, Azji, w Chinach i Ameryce Łacińskiej (ponad 3% lub blisko 3% rocznie), najniższy zaś w krajach wysoko rozwiniętych oraz Europie Środkowej i Wschodniej (niewiele ponad 1% lub poniżej 1%) [13]. Zgodnie z prognozami demograficznymi w 2030 r. kobiety w wieku 50 i więcej lat stanowią będą 22,85% populacji krajów uprzemysłowionych oraz 20,41% krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Dla porównania w krajach Bliskiego Wschodu, gdzie przewidywane roczne tempo wzrostu jest najwyższe, odsetek ten będzie wynosił 9,21%, a w Chinach, które wg przewidywań plasują się na 3. miejscu pod względem liczby kobiet po 50. roku życia – 17,08% [13].

Prezentowane przez K. Hilla [13] dane są zgodne z szacunkami Organizacji Narodów Zjednoczonych [15], która stosuje nieco inną klasyfikację grup wiekowych, a także przyjmuje 3 różne warianty liczby ludności, szacując niski, średni i wysoki wzrost. Zgodnie z tymi danymi liczba kobiet w wieku 50–54 lat będzie w 2005 r. wynosić w wariacie średnim 159,8 mln, a w 2010 r. 175,2 mln. Tendencja wzrostowa jest więc również wyraźnie widoczna.

Zmianę liczby kobiet w Polsce w wieku 50. i więcej lat przedstawia tab. I. Dane z minionych okresów potwierdzają systematyczny wzrost liczby kobiet po menopauzie (mierzonej wiekiem 50 i więcej lat), a także tendencję do wydłużania się przeciętnego trwania



Tab. I. Liczba kobiet (w tys.) w przedziale wieku 50–54 lat i starszych w Polsce oraz dalsze przeciętne trwanie życia (w latach) kobiety w wieku 45 lat

Rok	50–54 lat	50 i więcej lat	Dalsze trwanie życia
1993	915,4	5 509,9	33,2
1997	1 022,5	5 763,4	33,9
2002	1 458,3	6 361,2	35,4

Materiał źródłowy: opracowanie własne na podstawie Rocznika statystycznego 1994. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; Rocznika statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej 1998. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; Rocznika statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej 2003. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny

życia. Prognozy Organizacji Narodów Zjednoczonych przewidują, że w Polsce w 2005 r. liczba kobiet w wieku 50–54 lat wyniesie 1 554 tys., a w 2010 r. 1 551 tys. [15]. Tendencja wzrostowa zostanie co prawda zahamowana, niemniej utrzyma się widoczne od lat zjawisko liczebnej przewagi kobiet nad mężczyznami w starszych grupach wiekowych (szacowana liczba mężczyzn w wieku 50–54 lat w 2010 r. to 1 494 tys.).

Wzrastające (choć w różnym tempie w różnych regionach świata) średnie trwanie życia sprawia, że coraz więcej kobiet dożywa menopauzy. W połowie XVII w. kobieta żyła średnio 32 lata i dopiero w XIX w. przewidywane średnie trwanie życia wyniosło dla kobiet 50 lat. Aż do końca XIX stulecia zaledwie 30% kobiet miało szansę dożyć wieku, w którym dziś pojawia się menopauza, a więc 50–51 lat [16]. K.K. Limpaphayom [17] przytacza dane z lat 1850–2000, które w interesujący sposób ilustrują skutek wydłużania się średniego życia kobiet. Choć na przestrzeni analizowanego okresu jedynie bardzo nieznacznie podwyższył się przeciętny wiek menopauzy (sugerują to również Boldsen i Jeune [za: 13], którzy podają 52 lata jako wiek menopauzy w krajach uprzemysłowionych), to zdecydowanie bardziej zwiększyło się przeciętne trwanie życia kobiet. Sprawilo to, że ok. 1/3 ich życia przypada na czas po menopauzie. Skłania to do szerszego niż wcześniej uwzględniania sytuacji i potrzeb tej grupy kobiet. Ważne wydają się tutaj zwłaszcza potrzeby zdrowotne, tym bardziej, że nie zawsze są one właściwie rozpoznawane i zaspokajane [1, 18–21]. Wzrastająca systematycznie liczba kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym to przecież wzrastająca liczba osób wymagających leczenia różnych dolegliwości oraz osób z potencjalnym ryzykiem wystąpienia chorób nasilających się po menopauzie. Uwzględnianie potrzeb zdrowotnych kobiet w okresie okołomenopauzalnym ma jednak również swoich przeciwników, którzy opierając się na danych epidemiologicznych wskazujących na niewielkie nasilenie specyficznych dla menopauzy problemów i objawów, kwestionują potrzebę organizowania specjalistycznych placówek opieki medycznej dla kobiet [22].

Zwiększanie się liczby kobiet w wieku okołomenopauzalnym sprawia, że przeżycia związane z menopauzą nie tylko stają się udziałem coraz większej grupy ko-

biet, ale również są coraz bardziej widoczne w skali społecznej. Sytuacja ta wzmacnia utrwalanie się dwóch przeciwstawnych obrazów menopauzy. Z jednej strony menopauza może być spostrzegana jako zjawisko, które pociąga za sobą szereg objawów i dolegliwości, zwiększa ryzyko wystąpienia poważnych schorzeń somatycznych oraz wymaga interwencji medycznej. Przy wzrastającej ogólnej liczbie kobiet po menopauzie zwiększa się również liczba osób doświadczających intensywnych objawów. Publikacje – także te popularne – demonstrują relatywną powszechność skarg i dolegliwości, a także sposobów ich usuwania [12, 23, 24], co może przyczyniać się do upowszechniania i utrwalania *patologicznego* obrazu menopauzy. Tendencję tę ilustrują badania pokazujące, że w świadomości kobiet i mężczyzn menopauza łączy się z wieloma negatywnymi zmianami w funkcjonowaniu kobiety i jej relacjach z otoczeniem, a obraz kobiety przechodzącej menopauzę pełen jest odniesień do drażliwości, kłótniowości i labilności emocjonalnej, apatii oraz starości [25]. Z drugiej strony menopauzę można traktować jako *normalną zmianę fizjologiczną* [1, s. 78], z którą większość kobiet radzi sobie doskonale, a nawet widzi w niej wiele istotnych, pozytywnych aspektów [26]. Ponadto większość kobiet nie doświadcza nadmiernie intensywnych objawów menopauzalnych [27, 28]. Badania pokazują również, że kobiety są skłonne traktować menopauzę bardziej pozytywnie wówczas, gdy mają ją już za sobą [5, 11, 29–31]. Własne doświadczenia równoważą wówczas negatywny stereotyp menopauzy i modyfikują obraz okresu okołomenopauzalnego, który następnie – w nowej już formie – może być przekazywany innym kobietom. Zwiększanie się liczby kobiet przechodzących menopauzę, o czym mówią dane i prognozy demograficzne, może więc sprzyjać rozpowszechnianiu się bardziej pozytywnego obrazu menopauzy, która nie musi być tak wyraźnie kojarzona z objawami somatycznymi i psychicznymi.

Duża liczba kobiet w okresie okołomenopauzalnym to również duża grupa potencjalnych klientów – pacjentek placówek oferujących leczenie w przypadku intensywnych objawów i chorób towarzyszących menopauzie, osób stosujących hormonalną terapię zastępczą



i/lub inne środki farmakologiczne łagodzące objawy menopauzy, uczestniczek grup wsparcia i programów terapeutycznych dla kobiet w okresie menopauzy, a także czytelniczek licznych wydawnictw. Potrzeby tego rynku są sukcesywnie rozpoznawane i zaspokajane w rozmaity sposób.

Skoncentrujemy się na dostarczaniu informacji o menopauzie, ilustrując to badaniami przeprowadzonymi przez A. Rządewską [24]. Autorka przeanalizowała treść 7 wysokonakładowych polskich pism kobiecych (m.in. *Twój Styl*, *Claudia*, *Przyjaciółka*, *Pani*) z lat 1997–2001 (982 numery), w których łącznie znalazły się 324 teksty (artykuły, wywiady z ekspertami itp.) poświęcone menopauzie (w 15 z nich znalazł się również wątek andropauzy). Przeciętnie w co trzecim numerze analizowanych czasopism pojawiła się więc publikacja dotycząca menopauzy. W większości z nich (67,9%) menopauza stanowiła główny i jedyny temat, w pozostałych treść uzupełniały inne wątki. Najczęściej pojawiały się publikacje poświęcone dolegliwościom związanym z menopauzą (34,9%), hormonalnej terapii zastępczej (33,9%), a także alternatywnym metodom leczenia (19,1%). Znacznie rzadziej natomiast publikowano materiały poświęcone aktywności seksualnej w okresie okołomenopauzalnym (6,8%) czy badaniom przesiewowym i profilaktycznym związanym ze schorzeniami, których ryzyko wzrasta po menopauzie (2,6%), a jeszcze rzadziej teksty dotyczące psychospołecznych aspektów menopauzy (0,9%). Analiza zawartości czasopism wskazała również na pewne zróżnicowanie treści publikacji – w czasopismach adresowanych do lepiej wykształconych i bardziej zamożnych czytelniczek (np. *Twój Styl*) pojawiło się mniej tekstów dotyczących alternatywnych metod łagodzenia objawów menopauzy na korzyść tekstów o hormonalnej terapii zastępczej. Liczba tekstów w każdym z czasopism była natomiast równomiernie rozłożona w ciągu całego okresu poddanej analizie, ich problematyka również nie ulegała znaczącym zmianom. Podobny obraz menopauzy w prasie ujawniły badania prowadzone w Australii [23] oraz w USA [12]. Tam również przeważały informacje na temat objawów i problemów zdrowotnych, pojawiły się także liczne rozważania dotyczące zaburzeń emocjonalnych związanych ze zmianami hormonalnymi. Dominowało więc biologiczne ujęcie i wyraźnie medyczna orientacja, podkreślająca patologiczne aspekty menopauzy.

Czasopisma dostarczają więc kobietom, również w Polsce, sporej dozy informacji na temat problemów związanych z menopauzą. Uzupełniają to liczne publikacje książkowe, np. w sierpniu 2004 r. znana w świecie księgarnia internetowa oferowała ponad 9 tys. książek poświęconych menopauzie, w większości wydawnictw popularnonaukowych. Ważną rolę pełnią również specjalistyczne strony internetowe, w tym strona finansowana przez Komisję Europejską projektu *Woman*

II – europejska sieć usług dla zdrowia kobiet [32], oferująca informacje o wielu medycznych aspektach menopauzy i jej leczenia, a także o jakości życia w okresie okołomenopauzalnym. Korzystanie z nich wymaga jednak dużej ostrożności, gdyż przeprowadzona ostatnio ocena zawartości stron internetowych poświęconych menopauzie [33] wskazuje, że w wielu przypadkach informacje tam umieszczane są niekompletne, tendencyjne i wyraźnie komercyjnie ukierunkowane.

Menopauza – ujęcie kulturowe

Publikacje opisujące objawy związane z menopauzą wskazują, że ich rodzaj i częstość występowania są odmienne u kobiet różnych ras i narodowości [34–38]. Naturalne więc staje się pytanie o przyczyny takiego zróżnicowania. Badania Y. Beyene [za: 39, 40], jedne z najczęściej cytowanych badań różnic kulturowych w zakresie menopauzy pokazały, że mimo takiego samego zakresu zmian hormonalnych u kobiet północnoamerykańskich i mieszkanek Yukatanu, natężenie objawów w obu grupach było inne. Indianki z Yukatanu nie doświadczały bowiem wcale objawów wazomotorycznych. Taki rezultat można interpretować jako wyraz kulturowego uwarunkowania przebiegu menopauzy [39]. Przyjrzyjmy się zatem dokładniej roli kultury, koncentrując się głównie na mechanizmach oddziaływania wpływów kulturowych oraz koncepcjach menopauzy.

Menopauza, nawet traktowana jako wydarzenie rozwojowe, jest dość powszechnie, przynajmniej w kręgu kultury zachodniej, interpretowana negatywnie, zwłaszcza przez osoby młode, oczekujące jej nadejścia [11, 31, 41, 42]. Zwróciła na to uwagę C. Bowles [43] twierdząc, że sposób przeżywania menopauzy i towarzyszące jej objawy są konsekwencją panujących w danej kulturze poglądów i przekonań dotyczących tego okresu życia. Zgodnie z koncepcją C. Bowles można wyróżnić dwie płaszczyzny kształtowania się doświadczeń związanych z okresem okołomenopauzalnym: społeczno-kulturową i indywidualną. Pierwsza z nich zawiera typowy dla danej kultury sposób ujmowania menopauzy – jako zjawiska negatywnego i nieakceptowanego lub pozytywnego i pożądanego. Druga płaszczyzna uwzględnia przejmowanie społeczno-kulturowego modelu menopauzy przez jednostki, które zgodnie z nim oceniają fakt wchodzenia w kolejny etap życia i towarzyszące temu doznania. Tak więc przekonania i oczekiwania związane z menopauzą – typowe dla danego kręgu kulturowego – są odpowiedzialne za kształtowanie się indywidualnych postaw wobec menopauzy u kobiet w danej kulturze i w konsekwencji rzutują na ich doświadczenia. Od kulturowo uwarunkowanych poglądów i przekonań zależy więc, zdaniem C. Bowles, czy kobieta będzie przeżywać menopauzę jako wydarzenie traumatyczne, czy też jako normalny, a może nawet pożądaný etap życia.



Echo koncepcji C. Bowles można znaleźć w poglądach A.T. Veeninga i F.W. Kraaiaaat [44], którzy w opracowanym przez siebie wieloczynnikowym modelu objawów menopauzalnych uwzględniają oddziaływania kulturowe. Ich zdaniem odbierane z własnego ciała doznania są traktowane przez kobiety jako objawy menopauzy pod wpływem ukształtowanych kulturowo przekonań dotyczących ich charakteru i znaczenia. Nazwanie doświadczanych objawów menopauzalnymi pociąga za sobą konsekwencje właściwe dla przekonań o menopauzie, np. ujawnienie objawów otoczeniu, a dalej poszukiwanie akceptowanych społecznie dróg ich usunięcia lub złagodzenia. Warto dodać, że A.T. Veeninga i F.W. Kraaiaaat uwzględniają również płaszczyznę indywidualną. Sposób odbierania doznań z ciała, nazywania ich i radzenia sobie z nimi zależy bowiem od zmiennych psychologicznych – osobowości, preferowanych strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach, współistniejących zaburzeń psychicznych, a także od współwystępujących negatywnych wydarzeń życiowych i dostępnego danej kobiecie wsparcia społecznego. Splot tych uwarunkowań może zwiększyć lub zmniejszyć prawdopodobieństwo poszukiwania przez kobietę pomocy wśród specjalistów i/lub najbliższego otoczenia.

Związki kultury i menopauzy były również przedmiotem wszechstronnych analiz G.E. Berger [45]. Zdaniem tej autorki w każdej kulturze występują przekonania i poglądy odnoszące się do ról płciowych, starzenia się i funkcjonowania ludzkiego ciała. Przekonania te są przekazywane w procesie socjalizacji i kształtują indywidualne doświadczenia kobiet oraz warunkują sposób, w jaki kobiety doświadczają zmian związanych z menopauzą oraz jak oceniają te zmiany i jak na nie reagują. Typowe dla danej kultury są również konsekwencje osiągnięcia przez kobietę wieku menopauzalnego i związane z tym zakończenie okresu aktywności prokreacyjnej. Za najważniejsze G.E. Berger uznała przekonania, które odnoszą się do starości i zdolności prokreacyjnych. Związana ze starzeniem się utrata urody, atrakcyjności i sprawności fizycznej, a także rzeczywiste pogarszanie się stanu zdrowia sprawia, że wszelkie oznaki procesu starzenia się mogą być odbierane bardzo negatywnie, zwłaszcza w krajach, gdzie panuje swoisty *kult młodości*. Menopauza i związane z nią zmiany mogą być wówczas traktowane jako jeden z sygnałów nieuchronnego starzenia się i tym samym odbierane bardzo negatywnie.

Posiadanie potomstwa jest powszechnie traktowane jako kluczowy element biologicznej i społecznej roli kobiety. Wydawać by się mogło, że utrata zdolności prokreacyjnych będzie kolejnym elementem wyznaczającym negatywne reakcje kobiet w związku z menopauzą. Wbrew temu, co postulowała koncepcja psychoanalityczna, utrata zdolności prokreacyjnych nie musi być jednak witana z żalem. Nie jest tak zwłaszcza w krajach o wysokiej dzietności kobiet i ograniczonym

dostępie do antykoncepcji, gdzie zakończenie reprodukcyjnej fazy życia uwalnia kobiety od ryzyka zachodzenia w kolejne, zwykle niepożądane ciąży.

Te elementy – stosunek do starzenia się i utrata zdolności prokreacyjnych – określają społeczną pozycję kobiety po menopauzie. Wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z wysoką pozycją społeczną ludzi w starszym wieku, a wyjście z reprodukcyjnej fazy życia uwalnia kobietę od wielu ograniczeń, menopauza jest traktowana zdecydowanie pozytywniej i częściej odbierana przez kobiety jako wydarzenie korzystne [42, 45, 46]. Podkreśla to również C. Bart [za: 47] zwracając uwagę na pewien paradoks – w kulturach wysoko ceniących prokreację menopauza podnosi status kobiety, zaś w kulturach podkreślających samoistną wartość aktywności seksualnej wejście w okres menopauzalny ten status obniża.

Różnice kulturowe związane z menopauzą ujawniają się na kilka sposobów: po pierwsze – w koncepcji menopauzy i terminologii stosowanej do jej opisywania, po drugie – w charakterze doświadczeń i objawów łączonych z menopauzą, po trzecie – w źródłach i zakresie wiedzy o menopauzie, po czwarte – w sposobach radzenia sobie.

Wiązanie wystąpienia menopauzy ze zmianami hormonalnymi i zatrzymaniem się owulacji wymaga merytorycznej wiedzy. Badania wskazują, że kobiety nie zawsze mają dostateczną wiedzę na temat biologicznego mechanizmu menopauzy, a także jej następstw zdrowotnych – chorób serca i osteoporozy. Dotyczy to zarówno mieszanek krajów europejskich (np. badania Liao i Hunter [48] prowadzone w Wielkiej Brytanii, Fistonica i in. [49] w Chorwacji), jak i krajów pozaeuropejskich (np. badania Haines i in. [50] w Chinach, Kearnsa i Christophersona [51] w Meksyku, Rice [46] wśród emigrantek z Laosu). Tam, gdzie brak wiedzy o mechanizmach hormonalnych bardziej popularne są koncepcje, zgodnie z którymi menopauza pojawia się wówczas, gdy wyczerpią się zasoby krwi menstruacyjnej (Yukatan, Meksyk – [52]), gdy kobieta urodzi wszystkie przypisane jej przez los dzieci (Laos – [46]), lub gdy wyczerpie się właściwy danej kobiecie limit cykli menstruacyjnych (Chinki mieszkające w USA – [30]). Nie wszędzie również powszechnie stosowane są terminy medyczne. Czasami nie ma ich odpowiedników. Zamiast *menopauzy* pojawiają się określenia metaforyczne, obejmujące nie tylko ustanie miesiączkowania, ale również szerszy kontekst zmian w życiu kobiety, w tym emocji i zachowania oraz pozycji społecznej – np. *konenki* w Japonii [53], *pog laus* (starsza pani) w Laosie [46], *leod cha pai – lom cha ma* (krew odejdzie – wiatr nadejdzie) w Tajlandii [54].

Różnice kulturowe są bardzo wyraźne w przypadku rodzaju i nasilenia objawów występujących u kobiet w związku z menopauzą. Objawy wazomotoryczne – częste u mieszanek Europy i USA – nie są tak powszechne w Azji [36], gdzie znacznie częściej kobiety



łączą z menopauzą sztywność karku, bóle głowy, dolegliwości typu reumatycznego (Japonia – [53], Hongkong – [55]), duszności i przybieranie na wadze (Indonezja – [45]), nerwowość (Chiny – [56]), bezsenność (Tajwan – [57]). Uważa się również, że intensywność większości objawów jest mniejsza [36]. Ponadto w literaturze często pojawia się pogląd o bardziej pozytywnym nastawieniu do menopauzy kobiet mieszkających poza kręgiem kultury zachodniej, co łączone jest z wysokim statusem społecznym starszych ludzi, a także ze zniesieniem wielu ograniczeń, jakie społeczeństwo nakłada na kobiety w wieku rozrodczym [42, 45, 46].

Badania pokazują jednak, że kwestia pozytywnych nastawień do menopauzy poza Europą i negatywnych wśród Europejek i Amerykanek nie jest tak jednoznaczna. Rezultaty wielu badań wskazują na powszechność negatywnego stosunku do menopauzy. W badaniach z udziałem Brytyjek i Portugalek potwierdziły to M.J. Figueiras i T.M. Marteu [58], a w badaniach z udziałem kobiet z Belgii, Francji, Wielkiej Brytanii i Niemiec autorzy raportu *International Health Foundation* [za: 45]. W tym ostatnim przypadku większość badanych ujawniła niespójne poglądy – z jednej strony uznano menopauzę za źródło problemów psychicznych, z drugiej podkreślano jej korzystne następstwa, a mianowicie zakończenie miesiączkowania i obaw o zajście w niepożądaną ciążę. Na pozytywny stosunek wskazują badania przeprowadzone w grupie ponad 4 tys. kobiet w Szwecji [28], w których 45% uczestniczek opisywało menopauzę jako ulgę od dolegliwości związanych z miesiączkowaniem i antykoncepcją, a tylko 4% jej wystąpienie wiązało za stratą kobiecości. Podobne wyniki dotyczące stosunku do menopauzy, a także następującego po niej etapu życia, uzyskali w badaniach amerykańskich W.H. Utian i P.P. Boggs [59]. Spośród badanych przez nich kobiet w wieku 50–65 lat większość (51%) uznała, że obecnie czuje się bardziej szczęśliwa i spełniona niż w wieku 20, 30 czy 40 lat.

Stosunek do menopauzy może być odmienny wśród kobiet mieszkających w jednym kraju i podlegających oddziaływaniu zasadniczo tych samych wpływów kulturowych. S. Khademi i M.S. Cooke [47] przeprowadzili badania w Iranie – w stolicy kraju i na obszarach wiejskich. Zakładali, że mieszkanki Teheranu przejęły, przynajmniej częściowo, zachodnie wzorce związane z *kulturą młodości*, dlatego będą ujawniać bardziej negatywną postawę wobec menopauzy. Wyniki badań nie potwierdziły tej hipotezy. Postawy kobiet zamieszkujących obszary wiejskie były zdecydowanie bardziej negatywne – kobiety łączyły menopauzę z utratą atrakcyjności i efektywności oraz utożsamiały ze starością. Autorzy wyjaśniają uzyskany rezultat odwołując się do funkcjonowania tradycyjnych społeczności wiejskich, w których miarą wartości kobiety jest jej zdolność wydawania na świat potomstwa, czym przyczynia się do powiększania zasobów siły roboczej w rodzinie i podtrzymuje sta-

tus mężczyzny. Porównanie postaw wobec menopauzy w społeczeństwach wielonarodowościowych, np. w USA, pozwala na sformułowanie wniosku, że poziom akceptacji menopauzy jest funkcją stopnia akulturacji [60]. Im mniej zasymilowane w kulturze amerykańskiej są badane kobiety, tym z reguły bardziej pozytywna jest ich postawa wobec menopauzy. Potwierdzają to wyniki badań z udziałem imigrantek z Meksyku [61].

Kulturowe zróżnicowanie widoczne jest również w zakresie źródeł wiedzy o menopauzie i w stosowaniu hormonalnej terapii zastępczej. W niektórych krajach (np. Filipiny) menopauza jest ciągle tematem tabu, rzadko poruszonym nawet w gronie kobiet [45]. W innych (np. Ghana, Tajlandia, Tajwan) to właśnie kobiety – matki i przyjaciółki – są podstawowym lub bardzo częstym źródłem informacji [54, 57, 62]. W krajach wysoko rozwiniętych informacje uzyskiwane są głównie z literatury, prasy i telewizji, przy czym umiejętność korzystania i dostęp do nich jest często uzależniony od wykształcenia i pochodzenia etnicznego [62, 63]. Ciekawe wnioski nasuwa analiza danych, dotyczących stosowania hormonalnej terapii zastępczej. Po pierwsze, odsetek kobiet, które przyjmują preparaty hormonalne jest większy w Europie i w USA niż w pozostałych regionach, po drugie zaś, stosowanie terapii jest wyraźnie uzależnione od poziomu wykształcenia. Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej szacuje się na 1% w Chinach [56], ok. 10% na Tajwanie i 6% w Hongkongu [57], 11–12% w Wielkiej Brytanii [48, 64], odpowiednio 25% i 24% w Niemczech i USA [64], 12% w Polsce [65], 11% w Szwecji [64], 8% w Chorwacji [49], ale tylko 6% w Czechach, 2% na Węgrzech i 1% w Bułgarii i Rumunii [64]. Wydaje się więc, że nie tylko obszar geograficzny, ale również sytuacja ekonomiczna społeczeństwa decyduje o rozpowszechnieniu hormonalnej terapii zastępczej. Tam, gdzie jest ona stosowana, większość użytkowników stanowią kobiety z wyższym poziomem wykształcenia [65, 66].

Wydaje się, że zachodni sposób ujmowania menopauzy stopniowo upowszechnia się, zwłaszcza wśród wykształconych kobiet. Tradycje kulturowe i sposób pojmowania roli kobiety są jednak bardzo silne. Wskazują na to rezultaty badań przeprowadzonych w Ghanie i w Polsce przez K. Akeya [62]. Uczestniczyły w nich mieszkanki dużych aglomeracji (Akra i Łódź) w wieku 45–55 lat z co najmniej średnim wykształceniem, a analizie poddano obecność i natężenie objawów, źródła wiedzy o menopauzie, zastosowane sposoby redukcji objawów oraz zmiany sytuacji życiowej związane z menopauzą. Do pomiaru natężenia objawów zastosowano skalę *Menopause Symptom List J.* Perz [67] i jej polską wersję. Badane grupy kobiet nie różniły się pod względem częstości i intensywności występowania objawów wazomotorycznych i somatycznych. Istotne zróżnicowanie dotyczyło natomiast objawów psychicznych (głównie obniżenia nastroju i drażliwości), które wśród Polek pojawiały się częściej i były



bardziej intensywne. Kolejne różnice dotyczyły źródeł wiedzy o menopauzie. Polki czerpały ją głównie z prasy, literatury popularnonaukowej i konsultacji lekarskich, zaś mieszkanki Ghany przede wszystkim z informacji udzielanych przez matki i inne starsze kobiety, a dopiero w dalszej kolejności od lekarza oraz z literatury. Zakres posiadanej wiedzy był niewielki i bardzo zbliżony, zaś liczne luki dotyczyły przede wszystkim hormonalnego mechanizmu menopauzy. Zdecydowanie większa liczba Polek konsultowała z lekarzami dolegliwości menopauzalne i otrzymywała receptę na preparaty hormonalne, mimo to w obu krajach liczba kobiet stosujących HTZ nie różniła się istotnie. Wyraźne zróżnicowanie dotyczyło natomiast stosunku do menopauzy. Kobiety w Ghanie częściej niż Polki podzielały pogląd, że menopauza przynosi kobiecie wiele negatywnych zmian w aktywności seksualnej. Negatywne konsekwencje, do których odwołują się kobiety z Ghany, mają źródło w popularnym przekonaniu, że wraz z menopauzą kobieta traci prawa żony, zaś jej miejsce może zająć ktoś młodszy [62]. Zacytowane rezultaty wskazują, że wśród wykształconych kobiet z Ghany wzra-

sta znaczenie źródeł wiedzy o menopauzie, popularnych w krajach europejskich oraz leczenia hormonalnego, swą pozycję utrzymują jednak tradycyjne źródła wiedzy i przekonania.

Podsumowanie

Przedstawione w artykule demograficzne i kulturowe ujęcia menopauzy uzupełniają najpopularniejszą koncepcję, jaką jest ujęcie biomedyczne, odwołujące się do zmian hormonalnych warunkujących wystąpienie menopauzy, towarzyszących jej objawów i następstw. Nie wyczerpują jednak zakresu możliwych do zastosowania perspektyw. Dlatego w II części artykułu omówione zostaną kolejne ujęcia menopauzy, a mianowicie ujęcie ewolucyjne i rozwojowe. Pierwsze z nich wyjaśnia adaptacyjne znaczenie menopauzy i jej rolę w sukcesie reprodukcyjnym gatunku ludzkiego, drugie pozwala umieścić menopauzę w cyklu życia kobiety i odnieść ją do zadań przypadających na daną fazę rozwoju.

Summary

Menopause is most often approached from the biomedical perspective. Such a perspective was also popular in the past. Nowadays new approaches to menopause emerge and psychological as well as cultural aspects are also considered. The first part of the paper describes views presented in the 19th century medical literature. What follows is the analysis of menopause from the demographic perspective. The effects of growing numbers of women in postmenopausal age are discussed. The last part of the paper deals with cultural aspects of menopausal transition. The role of culture in developing attitudes toward menopause is discussed and areas of cultural differences in menopausal symptoms, knowledge about transition and coping are presented.

Key words: menopause, demography, culture

Piśmiennictwo

1. Utian WH. *Menopause – a modern perspective from a controversial history*. Maturitas 1997; 26: 73-82.
2. *Historia medycyny*. red. T. Brzeziński. PZWL, Warszawa 1988.
3. Greer G. *The change. Women, aging and the menopause*. Fawcett Columbine Books, New York 1991.
4. Sybylla R. *Situating menopause within the strategies of power*. In: Komesaroff P, Rothfield P, Daly J (red.). *Reinterpreting menopause. Cultural and philosophical issues*. Routledge, New York 1997; 200-21.
5. Martin E. *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Open University Press, Milton Keynes 1987.
6. Martin E. *The woman in the menopausal body*. In: Komesaroff P, Rothfield P, Daly J. (red.). *Reinterpreting menopause. Cultural and philosophical issues*. Routledge, New York 1997; 239-54.
7. Walker AE. *The menstrual cycle*. Routledge, London 1997.
8. Sowers M, Crawford S, Sternfeld B, et al. *SWAN: A multicenter, multiethnic, community-based cohort study of women and the menopausal transition*. In: Lobo RA, Kelsey J, Marcus R (red.). *Menopause. Biology and pathobiology*. Academic Press, San Diego 2000; 175-88.
9. Hunter M. *Mid-life menopause: psychological and social meanings*. In: Singer D, Hunter M (red.). *Premature menopause. A multidisciplinary approach*. Whurr Publishers, London 2000; 37-53.
10. Izdebski Z, Ostrowska A. *Seks po polsku. Zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków*. Muza SA, Warszawa 2003.
11. Etaugh C. *Women in the middle and later years*. In: Denmark FL, Paludi MA (red.). *Psychology of women*. Greenwood Press, Westport 1993; 125-51.
12. Gannon L. *Women and aging. Transcending the myths*. Routledge, London 1999.
13. Hill K. *The demography of menopause*. Maturitas 1996; 23: 113-27.
14. *Badania nad menopauzą w latach 90*. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2001.
15. *World population prospects. The 1998 revision*. Economic & Social Affairs. United Nations, New York 1999.
16. Unger R, Crawford M. *Women & gender. A feminist psychology*. McGraw Hill, Inc., New York 1992.
17. Limpaphayom KK. *Healthy aging in the 21st century*. In: Aso T, Yanaihara T, Fujimoto S (red.). *The menopause at the millenium. The proceedings of the 9th International Menopause Society World Congress on the Menopause*. The Parthenon Publishing Group, New York 2000; 95-100.
18. Hoffman E, Massion C. *Women's health as a medical speciality and a clinical science*. In: Sherr L, St. Lawrence J (red.). *Women, health and the mind*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester 2000; 3-16.
19. Leder S. *Problematyka kobieca w medycynie*. W: Meder J (red.). *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2003; 7-10.



20. Ostrowska A. *Problemy zdrowia kobiet z perspektywy socjologii medycyny*. W: Meder J. (red.). *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2003; 11-24.
21. Sanderson CA. *Health psychology*. John Wiley & Sons, Inc., New York 2004.
22. Rips J. *Who needs a menopause policy?* In: Callahan J. (red.). *Menopause: A midlife passage*. Bloomington and Indiana. Indiana University Press 1993; 79-91.
23. Shoebridge A, Steed L. *Discourse about menopause in selected print media*. Austral and NZ J of Public Health 1999; 23: 475-481.
24. Rządewska A. *Obraz okresu menopauzy w polskiej prasie kobiecej*. Praca magisterska niepublikowana. Uniwersytet Łódzki, Łódź 2002.
25. Bielawska-Batorowicz E, Cieślak I, Cwalina E. *Rola płci i wieku w tworzeniu obrazu kobiety w okresie menopauzy*. Prz Menopauz 2003; 2, 6: 68-73.
26. Hvas L. *Positive aspects of menopause. A qualitative study*. Maturitas 2001; 39: 11-7.
27. Calvaresi E, Bryan J. *Symptom experience in Australian men and women in midlife*. Maturitas 2003; 44: 225-36.
28. Stadberg E, Mattsson LA, Milson I. *Women's attitudes and knowledge about the climacteric period and its treatment. A Swedish population-based study*. Maturitas 1997; 27: 109-16.
29. Abraham S, Llewellyn-Jones D, Perz J. *Changes in Australian women's perception of the menopause and menopausal symptoms before and after the climacteric*. Maturitas 1995; 20: 121-8.
30. Adler SR, Fosket JR, Kagawa-Singer M, et al. *Conceptualizing menopause and midlife: Chinese American and Chinese women in the US*. Maturitas 2000; 35, 11-23.
31. Gannon L, Ekstrom B. *Attitudes towards menopause. The influence of socio-cultural paradigms*. Psychology of Women Quarterly 1993; 17: 275-88.
32. Bolanowski M, Jędrzejuk D, Milewicz A. *Projekt Woman II*. Prz Menopauz 2003; 9: 71-72.
33. Perez-Lopez FR. *An evaluation of the contents and quality of menopause information on World Wide Web*. Maturitas 2004; 49: 276-282.
34. *The menopause at the millenium. The proceedings of the 9th International Menopause Society World Congress on the Menopause*. Aso T, Yanaihara T, Fujimoto S (red.). The Parthenon Publishing Group, New York 2000.
35. Bielawska-Batorowicz E. *Występowanie objawów uznanych za typowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45–55 lat*. Prz Menopauz 2005; 1: 53-60.
36. Kaufert PM. *The social and cultural context of menopause*. Maturitas 1996; 23: 169-80.
37. Obermeyer CM. *Menopause across cultures: a review of the evidence*. Menopause 2000; 7: 184-92.
38. Szwed A. *Biologiczne i kulturowe uwarunkowania klimakterium u kobiet*. UAM, Poznań 2001.
39. Voda AM. *Menopause, me and you. The sound of women pausing*. Harrington Park Press, New York 1997.
40. Beyene Y, Martin MC. *Menopausal experiences and bone density of Mayan women in Yukatan, Mexico*. Am J Human Biol 2001; 13: 505-11.
41. Bielawska-Batorowicz E. *Sposób prezentowania menopauzy a ocena związanych z nią zmian*. Prz Menopauz 2004; 3: 24-30.
42. Stotland NL. *Menopause: Social expectations, women's realities*. Arch of Women's Mental Health 2002; 5: 5-8.
43. Bowles C. *The menopausal experience: sociocultural influences and theoretical models*. In: Formanek R. (red.). *The meanings of menopause: historical, medical and clinical perspectives*. Analytic Press, Hillsdale 1990; 157-77.
44. Veeninga AT, Kraaimaat FW. *A multifactorial approach to complaints during the climacteric*. J Reprod Infant Psychol 1995; 13: 69-77.
45. Berger G. *Menopause and culture*. Pluto Press, London 1999.
46. Rice PL. *Pog laus, tsis koj khaub ncawm lawm: the meaning of menopause in Hmong women*. J Reprod Infant Psychol 1995; 13: 79-92.
47. Khademi S, Cooke MS. *Comparing the attitudes of urban and rural Iranian women toward menopause*. Maturitas 2003; 46: 113-21.
48. Liao KLM, Hunter MS. *Knowledge and beliefs about menopause in a general population sample of mid-aged women*. J Reprod Infant Psycho 1995; 13: 101-14.
49. Fistonc I, Cigler S, Fistonc M, Skegro I. *Menopause in Croatia. Socio-demographic characteristics, women's attitudes and source of information, compliance with HRT*. Maturitas 2004; 47: 91-8.
50. Haines CJ, Rong L, Chung TKH, et al. *The perception of the menopause and the climacteric among women in Hong Kong and southern China*. Preventive Medicine 1995; 24: 245-8.
51. Kearns J R, Christopherson VA. *Mexican-American perceptions of menopause*. In: Dan AJ, Lewis LL (red.). *Menstrual health in women's lives*. University of Illinois Press, Urbana 1992; 191-97.
52. Beyene Y. *Menopause: a biocultural event*. In: Dan AJ, Lewis LL (red.). *Menstrual health in women's lives*. University of Illinois Press, Urbana 1992; 169-77.
53. Lock M. *Encounters with aging. Mythologies of menopause in Japan and North America*. University of California Press, Berkeley 1993.
54. Punyahotra S, Dennerstein L. *Menopausal experiences of Thai women. Part 2: the cultural context*. Maturitas 1997; 26: 9-14.
55. Lam PM, Leung TN, Haines C, et al. *Climacteric symptoms and knowledge about hormone replacement therapy among Hong Kong Chinese women aged 40-60 years*. Maturitas 2003; 45: 99-107.
56. Xiao B, Ge QS. *Role of reproductive health in the quality of life of women in the menopause*. In: Aso T, Yanaihara T, Fujimoto S (red.). *The menopause at the millenium. The proceedings of the 9th International Menopause Society World Congress on the Menopause*. The Parthenon Publishing Group, New York 2000; 122-26.
57. Pan HA, Wu MH, Hsu CC. *The perception of menopause among women in Taiwan*. Maturitas 2002; 41: 269-74.
58. Figueiras MJ, Marteu TM. *Experiences of the menopause: a comparison between Portugal and the UK*. J Reprod Infant Psychol 1995; 13: 93-100.
59. Utian WH, Boggs PP. *The North American Menopause Society 1998 menopause survey. Part I: Postmenopausal women's perceptions about menopause and midlife*. Menopause 1999; 6: 122-8.
60. Sommer B, Avis N, Meyer P, et al. *Attitudes toward menopause and aging across ethnic/racial groups*. Psychosomatic Medicine 1999; 61, 868-75.
61. Bell ML. *Attitudes toward menopause among Mexican American women*. Health Care for Women International 1995; 16: 425-35.
62. Akyea KK. *A comparative study of menopausal women in Ghana and Poland*. Praca magisterska niepublikowana. Uniwersytet Łódzki, Łódź 2003.
63. Padonu G, Holmes-Rovner M, Rothert M, et al. *African-American women's perception of menopause*. Am J Health Behavior 1996; 20: 242-51.
64. Acs N, Vajo Z, Miklos Z, et al. *Postmenopausal hormone replacement therapy and cardiovascular mortality in Central-Eastern Europe*. J Gerontol; 2000; 55A: M160-M162.
65. Rachoń D, Zdrojewski T, Suchecka-Rachoń K, et al. *Knowledge and use of hormone replacement therapy among Polish women: estimates from a nationally representative study – HORTPOL 2002*. Maturitas 2004; 47: 31-37.
66. Miranda GV, Miranda S, Camargos AF. *The use of hormones and psychopharmacology: women's views*. In: Aso T, Yanaihara T, Fujimoto S (red.). *The menopause at the millenium. The proceedings of the 9th International Menopause Society World Congress on the Menopause*. The Parthenon Publishing Group, New York 2000; 133-40.
67. Perz J. *Development of the Menopause Symptom List: a factor analytic study of menopause associated symptoms*. Women & Health. 1997; 25: 53-69.

¹ Warto zwrócić uwagę, że możliwość wystąpienia menopauzy w takim wieku u kobiet z wcześniejszych okresów historycznych postulowała J.S. Peccei (1995), wyjaśniając ewolucyjne znaczenie menopauzy.

² M. Lock (1993) podaje inną datę – rok 1821.

Adres do korespondencji

dr Eleonora Bielawska-Batorowicz
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego
ul. Smugowa 10/12
91-433 Łódź
e-mail: eborator@uni.lodz.pl

