

Maja Šimaga Saje

DISKURZIVNA ANALIZA ŽENSKIH IZKUŠENJ MENOPAVZE

UVOD

Menopavza je obdobje življenja žensk, ki označuje konec reproduktivne zmožnosti. To obdobje nikakor ni le biološko, saj vedno poteka v konkretnem družbenem okolju, okolje pa temu obdobju daje pomen.

Za sodobno zahodno družbo je značilna medikalizacija menopavze. To pomeni, da medicinska stroka menopavzo – še do pred kratkim je bila dokaj neproblematična izkušnja žensk – definira kot stanje pomanjkanja hormona estrogena, to pomanjkanje pa da sproži različne psihosomatske težave in huda obolenja.

Dominantnost medicinskega modela menopavze je, zgodovinsko gledano, posledica večanja pomena medicine v sodobni družbi. To se kaže v odvisnosti ljudi od medicinskih znanosti, v pojmovanju zdravja kot ključne vrednote in v dominantnosti medicinskega diskurza o zdravju, telesu in bolezni (Ule 1993).

Čeprav so težave, ki se lahko pojavijo v času menopavze, na različne načine lajšali že v antiki, sta šele odkritje nadomestnega hormonskega zdravljenja na začetku 20. stoletja in razmah takšnega zdravljenja v šestdesetih letih 20. stoletja omogočila medikalizacijo tudi tega obdobja življenja žensk (Banks 2002).

Nasproten prevladujočemu medicinskemu diskurzu je feministični diskurz o menopavzi. Menopavzo konceptualizira kot spremembo biološkega *in* družbenega statusa ženske. Z menopavzo se ne le konča reproduktivna zmožnost ženske, pač pa to obdobje sovpade s koncem poudarjene skrbstvene vloge za družino, to pa feministične avtorice prepoznajo v

občutkih obžalovanja in izgube. Opisujejo ju v lastnih izkušnjah menopavze in v izkušnjah drugih žensk (Greer 1992, Northrup 2006, Sheehy 1991).

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. V skladu s tem omenjena feministična literatura ženskam predvsem ponuja model neodvisne, modre in samozavestne starejše ženske, ki kljubuje stereotipnim predstavam o menopavzi in staranju.

Feministične avtorice tudi družijo spoznanje, da je odpravljanje psihosomatskih težav, ki se v menopavzi lahko pojavijo, neizogibno povezano z odnosom žensk do menopavze. Sociološke in antropološke raziskave ženskih izkušenj menopavze, ki so se razmahnile proti koncu 20. stoletja, to tezo potrjujejo – za pripadnice tistih kultur, v katerih sta starost in skrbstvena vloga ženske še vedno družbeno cenjeni, menopavza ni negativna izkušnja in psihosomatske težave niso tolikšne, da bi ženske iskale zdravniško pomoč (Ballard *et al.* 2001, Gannon 1999, Lock 1998, Greer 1992, Sheehy 1991).

Doživljanje menopavze za pripadnice sodobne poznomoderne družbe pa je pogosto negativna izkušnja, saj zahodna kultura žensko vrednoti predvsem po njenem mladostnem videzu, spolni privlačnosti in reproduktivni zmožnosti (Banks 2002, Greer 1991, Houck 2003, Lupton 2003, Worchester, Whatley 1992).

Raziskav izkušenj menopavze Slovenk, z izjemo magistrskega dela L. Lazarev Šerbec

(2003), ki je raziskovala kakovost življenja Slovenk v menopavzi, avtorica članka ni zasledila. Zato je namen članka – v njem avtorica raziskuje diskurze, ki oblikujejo izkušnjo menopavze slovenskih žensk – razširitev in poglobitev tega področja raziskav v slovenskem prostoru.

METODOLOGIJA

Raziskava je bila izvedena z metodo posamičnih, pol strukturiranih kvalitativnih intervjujev s šestimi intervjuvankami, ki so pri sebi ugotovile znake, po katerih so sklepale, da so v obdobju menopavze. Zaradi varovanja zasebnosti so intervjuvanke namesto z imeni označene 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 imata srednješolsko izobrazbo, štiri pa visokošolsko, vse so zaposlene. Glede na zakonski stan so štiri poročene, dve pa neporočeni. Štiri intervjuvanke (dve poročeni, dve neporočeni) imajo otroke, ena poročena in ena neporočena pa sta brez otrok.

Pet intervjujev je bilo izvedenih na delovnih mestih intervjuvank, eden pa pri intervjuvanki doma, v juliju in avgustu 2007. Vsak intervju je trajal od ene do dveh ur. Intervjuji so bili z dovoljenjem intervjuvank posneti z diktafonom in transkribirani. Analiza intervjujev je potekala na vsebinski in diskurzivni ravni z določitvijo ključnih tem in načinov, kako so bile te predstavljene in povezane.

IZSLEDKI

Izsledki raziskave so razdeljeni na dva dela. V prvem so predstavljene konceptualizacije menopavze, kot so jih podale intervjuvanke v treh ključnih tematskih sklopih: a) pričakovana in dejanska izkušnja menopavze, b) prepoznavanje družbenih in kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na izkušnjo menopavze, in c) iskanje informacij o menopavzi. V drugem delu so predstavljeni diskurzi o menopavzi, v katerih so intervjuvanke osmislile lastne izkušnje menopavze.

a) Pričakovana in dejanska izkušnja menopavze

Povprečna starost žensk ob prenehanju menstruacije je približno 50 let. Medicinske raziskave menopavze kažejo (Franič, Furst 2003), da se hormonske spremembe začnejo že po 35. letu starosti, se stopnjujejo in dosežejo vrhunec v obdobju nekaj let pred zadnjo menstruacijo (predmenopavza) ter izzvenijo nekaj let po njej (pomenopavza). Redkokatera posameznica je pozorna na začetne spremembe, ki se dogajajo že od druge polovice tridesetih let, zato ženske pogosto povezujejo pojav menopavze s kronološko starostjo 50 let. Tudi intervjuvanke so menopavzo večinoma konceptualizirale kot trenutni dogodek prenehanja menstruacije, ki se pojavi pri petdesetem letu starosti:

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.)

In sem šla pri osemindesetih h ginekologu na pregled, pa je rekel, da grem v menopavzo ... Kaj? Sem rekla, kaj pa je to? Jaz tega nisem priznala in jaz tega še danes ne priznam ... 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 ... Ne, name menopavza nima nobenega vpliva! (I#1, 53 let.)

Intervjuvanke, ki so začetek menopavze doživele pred petdesetim letom starosti, so bile nad tem presenečene, po drugi strani pa sta intervjuvanki I#1 in I#3 poročali, da pri sebi nista opazili nobenih sprememb, ki bi jih lahko povezali z menopavzo, pa bi jih, po njunem mnenju, zaradi kronološke starosti že morali.

Približevanje menopavzi naj bi, po mnenju intervjuvank, obvezno naznanjale težave oz. simptomi, ki so zlahka prepoznavni (vse so omenjale vročinske oblike in spremembe menstruacijskega ciklusa) ali pa mistično skriti in nepoznani (»Mogoče že imam kakšne simptome, pa niti ne vem« – I#3). V nasprotju z drugimi intervjuvankami je intervjuvanka I#1 poudarila, da je z močjo volje mogoče

premagati simptome in da menopavza ni nekaj, s čemer bi se bilo treba posebej ubadati ali obremenjevati, saj v ničemer ni spremenila njenega življenja.

Poleg konceptualizacije menopavze kot obdobja pojava zdravstvenih težav so intervjuvanke menopavzo povezovala še s staranjem ter neželenimi telesnimi in psihičnimi spremembami:

V: Kaj je menopavza? S čim bi jo povezali?

O: 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?

O: 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 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 po mnenju intervjuvanke žensko telo v menopavzi staro. Intervjuvanka menopavzo povezuje s pešanjem funkcij, koncem fizične mladosti in (začasno) izgubo nadzora nad telesom. O tem so poročale tudi druge intervjuvanke.

Medicinski diskurz našteva številne psihosomatske simptome, ki se lahko pojavijo pri ženski v obdobju menopavze. Kot najpogostejše začetne simptome medicina omenja neredne in močne menstruacije, navale vročine, zardevanje, potenje in glavobol. Fiziološke simptome spremljajo duševni: spremenljivost razpoloženja, depresija, razdražljivost, fobije, jokavost, bojzljivost, zmedenost, vzkipljivost, pomanjkanje energije, zmanjšana sposobnost koncentracije in pešanje spomina (Kocijančič

1996: 27–39). Intervjuvanke so poročale predvsem o vročinskih oblivih in nočnem potenju, psihične težave pa je omenila le ena od intervjuvank:

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 ... Pa občutljivost ... stvari, ki me mogoče včasih ne bi toliko prizadele, so me zelo ... Me imamo, po moje ženske imamo že skozi, malo tako, tisti menstrualni cikel je že tako narejen, da si včasih malo bolj občutljiva, pa je sicer vse v redu s tabo. [...] Mogoče to posledično pelje v to, da si, ne vem, tečna ali zoprna. (I#4, 48 let.)

Intervjuvanka I#4 meni, da ne le obdobje menopavze, ampak že menstrualni cikel sam po sebi vpliva na psihično počutje žensk. S tem je poudarila poleg menopavznega tudi obstoj predmenstrualnega sindroma (PMS). Tudi druge intervjuvanke so menile, da so hormonske spremembe, ki jih ženska doživlja od začetka menstrualnega cikla do konca menopavznega obdobja, najpogostejši vzrok sprememb razpoloženja.

Pri vseh šestih intervjuvankah je bilo ginekološko mnenje ključno za potrditev simptomov menopavze, čeprav je le intervjuvanka I#4 poročala, da je opravila hormonske teste, preden ji je ginekolog predlagal nadomestno hormonsko zdravljenje. Drugim intervjuvankam so ginekologi/nje določili, da so v menopavznem obdobju, zgolj na podlagi simptomov, ki so jih navedle (!). Ginekologi/nje so petim intervjuvankam predlagali nadomestno hormonsko zdravljenje z različnimi pojasnili: da se bodo bolje počutile, da bodo odpravile simptome menopavze in da bodo zavarovale telo pred osteoporozo in rakom.

Dve intervjuvanki sta ponujeno hormonsko zdravljenje odklonili, tri pa so z nadomestnim hormonskim zdravljenjem poskusile le krajši čas. Le intervjuvanka I#4, ki je imela močno izražene menopavzne simptome, je z nadomestnim hormonskim zdravljenjem lajšala

simptome neprekinjeno dve leti. Ta intervjuvanka je edina poročala ne le o natančnem zdravstvenem pregledu pred začetkom jemanja hormonskih zdravil, temveč tudi o rednih pregledih, na katere hodi že ves čas zdravljenja:

Kompletno mojo zdravstveno anamnezo je vzela: če imam kakšne težave v zvezi s tem, kakšne jetrne bolezni, kakršnakoli 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 ...

O: 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.)

V odgovoru je intervjuvanka sicer tudi sama podvomila, da gredo skozi enako zdravstveno proceduro vse ženske, ki jim zdravnik predpiše hormonsko zdravljenje. Razlog za to, da je bila sama deležna tako natančne obravnave (ki jo, mimogrede, priporoča vsa literatura, strokovna in poljudna), vidi predvsem v strokovnem poznanstvu z ginekologom.

Odnos vseh intervjuvank do nadomestnega hormonskega zdravljenja je bil ambivalenten: konceptualizirale so ga kot učinkovito sredstvo za odpravljanje simptomov, vendar nobena intervjuvanka o njem ni izrazila posebej pozitivnega mnenja. Prepričanje, ki je pri intervjuvankah prevladalo, je, da je vredno poskusiti lajšati težave najprej z drugimi »alternativnimi« načini (jemanje fitofarmaceutskih izdelkov v prosti prodaji, spremenjen življenjski slog), in šele če simptomi ne izginejo, poseči po hormonskih zdravilih.

Tudi intervjuvanka I#4 se je za nadomestno hormonsko zdravljenje odločila kot za zadnjo možnost, saj s fitofarmaceutskimi pripravki ni mogla odpraviti močnih vročinskih oblivov in

nočnih potenj. Njena pričakovanja glede koristi jemanja so bila omejena na odpravljanje omejenih vazo-motoričnih simptomov:

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 predolgo 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 preventive raka na rodilih ...

O: 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?

O: To pa, s tem pa sem seznanjena. Ampak težave so bile hujše, recimo hujše, pa nekak 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.)

Intervjuvanka I#4 je za hormonsko nadomestno zdravljenje uporabila besedno zvezo »čudežna tabletk« v pejorativnem pomenu; dvomila je o vseh koristih hormonskega zdravljenja, ki se zdaj pojavljajo v poljudnih in strokovnih publikacijah, zlasti o možnosti preprečevanja rakavih obolenj, zavedala pa se je tudi povečanega tveganja, da v času jemanja sama zboli za rakom zaradi hormonskega zdravljenja.

Vseh šest intervjuvank je bilo poleg nadomestnega hormonskega zdravljenja seznanjenih tudi z »alternativnimi« načini lajšanja menopavznih težav, predvsem z uporabo različnih fitofarmaceutskih izdelkov, ki jih oglašujejo ženske in zdravstvene revije. Poleg uporabe fitofarmaceutskih izdelkov so tudi spremenile prehranjevalne navade. O teh je zlasti v poljudnih člankih o menopavzi velikokrat zaslediti, da preprečujejo vročinske oblive in

nočna potenja. Vprašanje prehrane so omenile vse intervjuvanke. V odgovorih je bilo jasno zaslediti upoštevanje raznih popularnih diet in prehranskih režimov:

V: Bolj pazite na prehrano, kot ste prej?

O: 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 skozi'. Čeprav on pravi ne korenja in banane, drugje pa piše, kako so zdrave! Ja, od vsakega nekaj pobereš, od vsakega nekaj. [...] Soja vsebuje snovi, ki so podobne ženskemu hormonu, in ko jih ješ, ti to nadomesti tvoje hormone, ki ti jih primanjkuje. Pa ščiti tudi pred rakom na dojki. To sem brala v eni hrvaški reviji na morju. Pa ščiti tudi pred osteoporozo. (I#3, 50 let)

V naracijah intervjuvank je prevladujoča konceptualizacija menopavze neizogibna, negativna izkušnja, povezana z zdravstvenimi težavami, s katerimi se mora posameznica spoprijeti. Pri tem ni dovolj le obisk ginekologa, ki lahko predpiše nadomestno hormonsko zdravljenje, pač pa je potrebno tudi upoštevanje različnih prehranskih režimov in dodatkov, ki naj bi lajšali simptome. Le ena od intervjuvank je poročala o drugačni, pozitivni konceptualizaciji menopavze in o pričakovanjih, povezanih s tem obdobjem:

Na začetku simptomov sem mislila, da me telo izdaja, tako sem čutila, da me telo izdaja. Ampak zdaj poskušam to gledat drugače. [...] Ja, jaz upam, da je to ena taka sprememba, ki je sicer težka, sploh na začetku, ko te presejneti, 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.)

Enako kot druge je tudi intervjuvanka I#5 najprej omenila zdravstvene težave in obču-

tek, da jo je telo izdajalo. S tem je tudi sama potrdila vsenavzočnost negativnega medicinskega modela menopavze. Šele na podlagi literature, ki jo ima za dovolj strokovno, je začela spreminjati zorni kot gledanja na svoje zdravstvene probleme in je negativno izkušnjo prevrednotila v pričakovanje in ugotavljanje pozitivnih sprememb.

b) Kulturni dejavniki, ki vplivajo na izkušnjo menopavze

Intervjuvanke so se zavedale, da na izkušnjo menopavze pomembno vpliva kulturno in družbeno okolje. V sodobni zahodni družbi se ženske v obdobju menopavze pogosto spopadajo s stereotipi o starejših ženskah in tudi intervjuvanke so menopavzo povezovale z neprijetno izkušnjo staranja in izgubo reproduktivne sposobnosti. Po njihovem mnenju mora ženska v menopavzi sprejeti oboje:

Narava te je obdarovala z nečem in sprejmi ta dar, ampak narava bo tisto, kar ti je dala, sčasoma začela jemati nazaj ... jaz, ko sem prvič zagledala pri petdesetih te spremembe na koži, sem rekla, kaj pa je zdaj to?! Potem sem pa začela razmišljati: ne, zaradi tega se ustrelil ne bomo! Ne bomo tudi na plastične operacije hodil pa denar zapravljaj! 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.)

V: Kaj pa to, da menopavza pomeni konec rodnega obdobja, je to za vas pomembno?

O: 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.)

Sprijaznjenost in sprejemanje starostnih sprememb se na prvi pogled zdita uspešna načina upiranja kultu mladosti, vendar dekonstrukcija pojma mladosti, kot ga je konceptualizirala intervjuvanka I#1, pokaže, da to 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 jemati nazaj«). Mladost je torej nekaj dragocenega, kar ženska dobi in pozneje izgubi, neodvisno od njenih želja in prizadevanj.

Sprijaznjenost s staranjem in starostnimi spremembami zato ni izbira, ampak imperativ. Intervjuvanka I#48 pa je poudarila, da se zaveda, da se bo z menopavzo končala njena reproduktivna sposobnost in je to spoznanje pri njej sprožilo krizo. Čeprav velja, da od iznajdbe kontracepcije vsaj v zahodni kulturi o koncu rodne dobe odloča posameznica in ne menopavza, je kljub temu z reproduktivno sposobnostjo, enako kot z mladostjo, povezan simbolni kapital ženske. Tega so se zavedale tudi intervjuvanke.

Odnos do menopavze in spremembe, ki so jih intervjuvanke uvedle v obdobju menopavze, so – po pričakovanju – zelo odvisne od delovnega in družinskega okolja, v katerega so vpete. Intervjuvanka I#5 je poudarila obremenjenost žensk v sodobni družbi, ki se v času menopavze ne zmanjša, in to, da kljub motečim simptomom, ki vplivajo na zbranost pri delu, v delovnem okolju ne omenja težav:

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 opravljati ... 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.

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

O: Ja. Ja.

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

O: 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 kot nekakšen »moralni imperativ« za ženske v menopavzi, saj so ga omenile vse intervjuvanke. Pri tem se sproža 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, legitimiralo obstoj t. i. *glass ceiling of ageism*, steklenih stropov, povezanih ne le s spolom, ampak tudi s starostjo.

Na življenje žensk v menopavzi pomembno vpliva tudi družinsko okolje. Nobena od intervjuvank ni omenila, da bi njihovi simptomi kakorkoli vplivali na odnose z družinskimi člani. Intervjuvanke, ki imajo družine, so največ poročale o spremembi statusa, saj so otroci odrasli, in s tem se je njihova skrb za gospodinjstvo in družinske člane zmanjšala. 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 nekaj' 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

predvsem njuna naloga. Podobno so poročale vse intervjuvanke, ki imajo otroke. Ker 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 zanjo ni samoumevna. Sprožiti (in opravičiti) jo mora neki zunanji dogodek, na katerega posameznica vsaj na videz ne more vplivati – v njenem primeru menopavzni simptomi. Prav iskanje vzrokov in opravičevanje spremembe pa kažeta na to, da ima intervjuvanka dotedanjno (pretirano) obremenjenost za »normalno«.

Intervjuvanke so poročale tudi o tem, da si želijo spremembo življenjskega stila; želijo si več časa preživeti s partnerjem zunaj doma. Ta želja je bolj kot z menopavzo povezana z dotedanjim načinom življenja, ki jih je zaradi skrbi za družino priklepil na dom. Menopavza je le sovpadla z obdobjem, ko otroci odraščajo, in intervjuvanke dobijo možnost, da se vsaj delno otresejo skrbstvene vloge.

c) Informacije o menopavzi

Poleg medicinskega osebja sta najpomembnejši vir informacij o menopavzi izkušnje drugih žensk in množični mediji. Vse intervjuvanke so omenjale izkušnje menopavze njihovih mater in svoje izkušnje primerjale z njihovimi. Pomemben vir informacij o doživljanju menopavze so tudi druge ženske: 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 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' v 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.)

Intervjuvanka I#5 pa je poročala o tem, da so s prijateljicami prišle na idejo, da organizirajo neformalno zaprto skupino, v kateri bi si zaupale informacije menopavzi in simptomih. Tudi strokovna literatura navaja (Griffiths 1999), da so ženske skupine, v katerih si posameznice zaupajo izkušnje o menopavzi, pomemben način podpore in informacij.

V Sloveniji so se v zadnjih letih na internetu pojavili forumi o menopavzi in na njih lahko posameznice preberejo izkušnje o menopavzi in jih zaupajo drugim ženskam. V Mariboru deluje društvo Mena, humanitarna organizacija za pomoč ženskam, prizadetim z inkontinenco in menopavzo.

Drugi pomemben vir informacij o menopavzi so mediji. Vsebinska analiza slovenskega revijalnega tiska (Šimaga-Saje 2008) je pokazala, da je v zadnjih desetih letih v slovenskih zdravstvenih in ženskih revijah izšlo precej člankov o menopavzi, vendar intervjuvanke tem člankom ne posvečajo posebne pozornosti niti jim ne pripisujejo pomena:

Je pa tud to, da ne berem o teh stvareh, 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 ... napihnjenosti, o prehranjevanju ... Ko pa to bereš, pa neumen rataš ... Joj, a to da moram jest?! Dejte mi mir! (I#1, 53 let.)

Intervjuvanki I#5 in I#4, ki sta bili zaradi izraženih simptomov prisiljeni posvetiti menopavzi več pozornosti, sta prav tako poročali o tem, da informacij v poljudnih revijah nista iskali. Ker pa sta poklicno 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, množični mediji pa po njunem mnenju ne dajejo relevantnih informacij. Intervjuvanka I#5 je navedla priročnik Christiane Northrup *Žensko telo, ženska modrost* kot primer dobrega priročnika, to pa je bila tudi edina konkretna omemba literature v intervjujih.

č) Diskurzivna analiza

Na podlagi tematske obravnave medicinskih in kulturnih dejavnikov menopavze, ki so jih intervjuvanke omenile, je mogoče razločiti prepletanje različnih diskurzov. Intervjuvanke so jih poljubno združevale v koherentno izkušnjo 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 ipd., in bile so seznanjene z medicinsko definicijo menopavze (stanje pomanjkanja hormona estrogena). Od šestih intervjuvank sta le dve že doživeli menopavzo v pomenu prenehanja menstruacije, preostale štiri pa so same sebe označile kot »predmenopavzne«, se pravi, da so sprejele tudi širšo medicinsko definicijo menopavze, ki vključuje obdobje od nekaj let pred zadnjo menstruacijo do nekaj let po njej. Velik vpliv medicinskega diskurza pri intervjuvankah se kaže tudi v njihovih opisih simptomov, odnosu do zdravniškega mnenja in nadomestnega hormonskega zdravljenja.

Drugi prepoznan diskurz je upravljavski diskurz, ki, enako kot medicinski, menopavzo povezuje z zdravstvenimi težavami. Ključna razlika med njima je, da je v medicinskem diskurzu ženska le pasivna sprejemnica zdravljenja – prepuščena na milost in nemilost hormonskim spremembam, dokler jih nadomestno hormonsko zdravljenje ne odpravi. Nasprotno pa ima v upravljavskem diskurzu ženska v menopavzi aktivno vlogo: z iskanjem informacij, uporabo alternativnih oblik zdravljenja, spremembami življenjskega stila ipd. se postavi težavam po robu tudi sama. Ena od intervjuvank je rekla: »Ko stvari nastopijo, greš s celim bitjem v to, ne greš samo z idejami in to je potem drugače ...« (I#6, 46 let).

Upravljavski diskurz je posledica potrošniškega pristopa k zdravju. Zaradi takšnega pristopa je v sodobnih zahodnih družbah ključno pacientovo odločanje o izbiri zdravnika in načinu zdravljenja. S tem sta povezana tudi zmanjšanje zdravniške avtoritete in povečan vpliv alternativnih terapij. K uveljavitvi upravljavskega diskurza so pripomogli tudi številni

priročniki o menopavzi, ki so se pojavili v devetdesetih letih 20. stoletja na svetovnem in slovenskem tržišču (Lyons, Griffin 2003, Lupton 2003).

Tretji prepoznan diskurz je diskurz zaničanja menopavze in težav, povezanih z njo. Ta diskurz legitimira zdravje in mladostni videz kot družbeni normi, ki so ju ženske v menopavzi prisiljene sprejeti. Sybylla trdi (1997: 206), da so ženske v menopavzi v sodobni zahodni družbi drugi ne le v odnosu do moških, ampak tudi do mlajših žensk, saj je mlado žensko telo standard, na podlagi katerega je določena patološkost telesa starejše ženske. Ne biti zdrav in mladostnega videza v današnji družbi pomeni osebni poraz. V diskurzu zaničanja izkušnje menopavze se skrivata 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 zadnjem prepoznanem, feministično-empirističnem diskurzu. Ta menopavzo konceptualizira kot znanilko osebne transformacije in zato kot pozitivno izkušnjo. Menopavza naj bi sprožila rojstvo »modre ženske«, ki ni obremenjena s kultom mladosti in drugimi stereotipi, ki jih družba navezuje na starejše ženske.

Model »modre ženske« sta v feministični diskurz o menopavzi vpeljali G. Sheehy (1991) in G. Greer (1992). Po mnenju obeh avtoric ženska po končanem obdobju menopavznih sprememb zaživi novo obdobje, v katerem jo preneha omejevati njena kulturna določenost spolnega objekta in matere.

Ker se ženskam v menopavzi uspe izogniti družbeni definiciji spola, si pridobijo pravico do odkritega govora in samoiniciativnega delovanja, s tem pa dobijo možnost, da znova uveljavijo družbeno vrednost starejših žensk. Ta diskurz, ki sicer lahko pozitivno vpliva na izkušnje menopavze posameznic, v družbi ni opazen toliko, da bi odstranil stereotipe, ki se vežejo na menopavzo in starejše ženske.

SKLEP

Analiza šestih intervjujev z ženskami, ki so menopavzo že doživele oziroma se spoprijemajo s spremembami ali starostjo, ki jo naznanjajo, je potrdila, da prevladujoča konceptualizacija menopavze v vseh intervjujih izhaja iz medicinskega diskurza o menopavzi. V njem je to obdobje povezano z zdravstvenimi težavami.

Najpogostejše simptome menopavze (vročinski oblivi in nočno potenje) so poznale in navajale vse intervjuvanke. Vse so bile tudi seznanjene z možnostjo nadomestnega hormonskega zdravljenja, ki te simptome uspešno odpravlja. O pojavu psihičnih simptomov intervjuvanke, razen ene, niso poročale, obveljalo pa je mnenje, da je ženska v menopavzi »občutljiva« in da je tudi sicer njeno počutje odvisno od hormonskih sprememb med menstrualnim ciklom.

Predmenstrualni in menopavzni sindrom sta se v medicinskem in javnem diskurzu pojavila v 20. stoletju, sočasno z redefinicijo menstruacije iz patološkega v normalen fiziološki proces (Lorber 1997: 59). To sovpadanje po mnenju Judith Lorber nikakor ni naključno: velik poudarek v predmenstrualni in menopavzni simptomatiki je na negativnih psiholoških stanjih, kot so depresivnost, anksioznost, razdražljivost, agresivnost, tj. na duševnih stanjih, ki so v nasprotju s kulturno določenimi ženskimi lastnostmi (prijaznost, ustrežljivost ipd).

Tako sta menopavzna simptomatika in predmenstrualni sindrom v sodobni družbi nadomestila menstruacijo kot antisocialno silo, zaradi katere mora biti ženska pod (medicinskim) nadzorom. Ob konceptualizaciji menopavze kot obdobja zdravstvenih težav je pomembna tudi konceptualizacija menopavze kot obdobja, v katerem telo žensko »izdaja«. Kot navaja E. Martin (1997), metafora telesa, ki »ne deluje pravilno«, izhaja iz zahodni kulturi zelo ukoreninjenega, mehanicističnega modela telesa, po katerem (žensko) telo funkcionira kot stroj, katerega delovanje je usmerjeno k enemu samemu cilju: transportu jajčeca iz jajčnika v maternico, ki mora biti primerno pripravljena (tj. sluznica zadebeljena) za sprejem

in rast jajčeca, če bo to oplojeno. V skladu s tem je neregularnost mesečnih krvavitev, zlasti značilna za pubertetno in zgodnje menopavzno obdobje, v medicini označena kot patologija, motnja v delovanju jajčnikov, ki zahteva hormonsko zdravljenje.

Intervjuvanke so namenile veliko pozornosti vprašanju kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na doživljanje menopavze, zlasti kultu mladosti. Ta je pri njih sprožil negativen odnos do staranja. K prepoznavanju problematike družbenega in ženskega odnosa do starajočega se ženskega telesa so veliko prispevale feministične avtorice. Tako Germaine Greer (1992: 53) trdi, da starejša ženska ni več predmet moškega pogleda, to pa pri »ozaveščeni« posameznici ne sme sprožiti občutka obžalovanja. Vendar pa moški v patriarhalni kapitalistični družbi ženski s tem, ko jo opazi kot spolni objekt, pripiše simbolno družbeno vrednost. Ko ženska ni več predmet tega pogleda, izgubi tudi simbolno vrednost, in ta izguba jo prizadene veliko bolj, kot le izguba moškega zanimanja, o katerem govori Greer.

Feministična psihoanaliza je opozorila na »ponotranjeni moški pogled patriarhalnega Drugega, ki je nenehno prisoten v vsaki ženski« (Bartky 2006: 72), zato odsotnost moškega pogleda tudi iz te perspektive ne omogoča občutka svobode, kot trdi Greer, saj je panoptični opazovalec kljub temu navzoč. 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«. Patriarhalna oblast je torej tako močno vtisnjena v osebne identitete posameznic, da so feministične projekcije osvoboditve z zavračanjem normativnih in iskanjem nenormativnih podob ženskosti v največji meri neuspešne, saj, kot trdi Eva Bahovec (1995: 30), opustitev normativne ženskosti pomeni opustitev občutka identitete.

Najpomembnejši družbeni dejavniki, ki vplivajo na doživljanje menopavze, so sferi plačanega in neplačanega dela in usklajevanje med njima. Vse intervjuvanke so poudarile obremenjenost na delovnem mestu – ta ostaja

nespremenjena ne glede na njihovo počutje in težave, ki jih imajo – ter nujnost, da te težave zakrijejo pred sodelavci. Tako je »menopavznemu bumu« v medijih nasprotje »menopavzni molk« v realnem življenju.

Kot pomemben dejavnik, ki pozitivno vpliva na doživljanje menopavze, so intervjuvanke, ki imajo družine, omenile zmanjšanje skrbniške in gospodinjske vloge v družini. Ta podatek je v nasprotju s sociološkimi raziskavami, ki kažejo, da se skrbniška vloga žensk v času menopavze pogosto ne zmanjša. Če se zaradi odraslih otrok obremenitev žensk v jedrni družini zmanjša, imajo veliko možnosti, da postanejo bodisi skrbnice ostarelim staršem, bolnemu partnerju ali pa gospodinjijo svojim odraslim otrokom (Garner, Mercer 1989: 131, Kanjuo Mrčela, Černigoj Sadar 2004: 23–25).

Intervjuvanke so velik pomen pripisovale informacijam o menopavzi, ki so jih dobile v pogovoru z drugimi ženskami, zlasti z mamo in prijateljicami iste starosti, informacijam iz medijev pa niso namenjale 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 priložnikov o menopavzi.

Zdi se, da večina tekstovnih sporočil o menopavzi ne doseže ciljnega bralstva. Natančnejša analiza pa pokaže, da to kljub temu ne drži: intervjuvanke so navajale (ali pričakovale) iste simptome in bolezni, kot jih navajajo besedila v revijah in priložnikih, poimensko so poznale fitofarmaceutvske izdelke, ki so jih revije oglaševale, poznale so prehranske smernice, ki zahtevajo spremembo prehrane v menopavzi, in bile so pozorne na telesne spremembe, ki jih revije povezujejo z menopavzo: pojav gub na obrazu, povečanje telesne teže in ohlapnost kože. Le ena od intervjuvank je menopavzo doživljala kot (sicer naporno) preobrazbo, druge pa so jo konceptualizirale v skladu z medijskimi reprezentacijami kot negativno zdravstveno oziroma starostno spremembo.

Diskurzivna analiza ženskih izkušenj menopavze je tudi v Sloveniji potrdila vsenavzočnost medicinskega diskurza o menopavzi. Ta vključuje negativne koncepte, ki so povezani z žen-

skim telesom v menopavzi, s številnimi zdravstvenimi težavami in boleznimi. V narecijah intervjuvank se je medicinski diskurz prepletal z upravljaljskim diskurzom (telo je mogoče obvladovati), diskurzom zanikanja (simptomi so zanemarljivi, menopavza v ničemer ne vpliva na življenje ženske) in feministično-emancipacijskim diskurzom (menopavza omogoča transformacijo v »modro žensko«).

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 medicinskim diskurzom. Navzočnost preostalih diskurzov v Sloveniji posameznici omogoča več različnih pozicij, s katerih lahko osmisli svojo izkušnjo menopavze. Izkušnja menopavze tako postane bolj vpeta v družbeno okolje in tudi bolj pozitivna (ali pa vsaj nevtralna), kot je v prevladujočem medicinskem diskurzu.

VIRI

- BAHOVEC, E. D. (1995), Žensko telo in oblast v mediju vizualnega. *Delta*, 1, 3–4: 19–40.
- BALLARD, K., KUH, D., WADSWORTH, M. (2001), The role of the menopause in women's experiences of the »change of life«. *Sociology of Health and Illness*, 23, 4: 397–424.
- BANKS, E. (2002), From dogs' testicles to mares' urine: The origins and contemporary use of hormonal therapy for the menopause. *Feministic Review*, 72: 2–25.
- BARTKY, S. (2006), Foucault, ženskost in modernizacija patriarhalne oblasti. *Delta*, 12, 1–2: 59–86.
- FRANIČ, D., FURST J. (2003), Uporaba hormonskih pripravkov v perimenopavzi v Sloveniji. *Zdravstveni vesnik*, 72, II: 3–8.
- GANNON, L. (1999), *Women and aging: Transcending the myths*. London/New York: Routledge.
- GARNER, D., MERCER, S. (ur.) (1989), *Women as they age: Challenge, opportunity and triumph*. New York/London: The Haworth Press.
- GREER, G. (1992), *The Change: Women, ageing and the menopause*. London: Penguin Books.
- GRIFFITHS, F. (1999), Women's control and choice regarding HRT. *Social Science and Medicine*, 49: 469–481.

- HOUCK, J. A. (2003), »What do this woman want?«: Feminist responses to *Feminine Forever*, 1963–1980. *Bulletin of History of Medicine*, 77: 103–132.
- KANJUO MRČELA, A., ČERNIGOJ SADAR, N. (2004), *Starši med delom in družino*. Ljubljana: Vlada RS, Urad za enake možnosti (raziskovalno poročilo).
- KOCIJANČIČ, A. (1996), *Knjiga o klimakteriju*. Ljubljana: EWO.
- LAZAREV ŠERBEC, L. (2003), *Družbeni vidiki menopavze (klimakterija) kot življenjskega obdobja žensk v Sloveniji*. Maribor: Pedagoška fakulteta (magistrsko delo).
- LOCK, M. (1998), Menopause: Lessons from anthropology. *Psychosomatic Medicine*, 60: 410–419.
- LORBER, J. (1997), *Gender and the social construction of illness*. London/New Delhi: Sage Publications.
- LUPTON, D. (2003), *Medicine as culture*. London/New Delhi: Sage Publications.
- LYONS, A. C., GRIFFIN, C. (2003), Managing menopause: A qualitative analysis of self-help literature for women at midlife. *Social Science and Medicine*, 56: 1629–1642.
- MARTIN, E. (1997), The woman in the menopausal body. V: Komesaroff, P., Rothfield, P., Daly, J. (ur.), *Reinterpreting menopause: Cultural and philosophical issues*. New York, London: Routledge.
- NORTHRUP, C. (2006), *Žensko telo, ženska modrost*. Tržič: Učila International.
- SEFCOVIC, E. (1996), Stuck in the middle: Representations of middle-aged women in three popular books about menopause. *Women's Studies in Communications*, 19, 1: 1–27.
- SHEEHY, G. (1991), *The silent passage: Menopause*. New York: Random House.
- SYBYLLA, R. (1997), Situating menopause within strategies of power. V: Komesaroff, P., Rothfield, P., Daly, J. (ur.), *Reinterpreting menopause: Cultural and philosophical issues*. New York, London: Routledge.
- ŠIMAGA SAJE, M. (2008), *Analiza in kritika menopavze v pozno moderni družbi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede (magistrsko delo).
- ULE, M. (1993), *Psihologija vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- WORCESTER, N., WHATLEY, M. H. (1992), The selling of HRT: Playing on the fear factor. *Feminist Review*, 41: 1–26.

Darja Zaviršek

REPRODUKTIVNA MEDICINA IN SOCIALNO DELO

MED MODERNO TEHNOLOGIJO
IN ETIČNIMI DILEMAMI

Reproduktivna medicina ima tudi v Sloveniji vse več uporabnic in uporabnikov, njen diskurz pa je omejen na medicinsko paradigmo, čeprav obstajajo potrebe ljudi po socialnih delavkah, ki bi ponujale psihosocialno svetovanje ljudem med reproduktivnimi izbirami in v času, ko potekajo medicinski reproduktivni postopki. Članek obsega globalni pregled področja reproduktivne medicine, s poudarkom na darovanju celice tretje osebe. Sproža vprašanja etičnih dilem na tem področju, med drugim tudi vprašanje globalnih neenakosti. Sem sodita tudi vprašanje otrokove pravice vedeti in etično vprašanje dolžnosti staršev, da otroka seznanijo z genetsko zgodovino. Kot etnografski material so uporabljeni slovenski spletni forumi ljudi, ki uporabljajo reproduktivno medicino.

KLJUČNE BESEDE: medicinska reproduktivna tehnologija, darovanje spolnih celic, pravica vedeti, psihosocialno svetovanje, slovenski starši.

Prof. dr. Darja Zaviršek je redna profesorica, doktorica sociologije, predstojnica katedre za preučevanje socialne pravičnosti in vključevanja ter predsednica Vzhodnoevropske regionalne mreže šol za socialno delo v okviru IASSW. Je častna profesorica na Univerzi za uporabne znanosti Alice Salomon v Berlinu. Kontakt: darja.zavirsek@fsd.uni-lj.si

Zlata Ličer

SPOLNO ZDRAVJE, REPRODUKTIVNO ZDRAVJE IN VARNO MATERINSTVO

Članek opiše psihosocialno svetovalno delo na področju temeljne človekove pravice do načrtovanja družine, umetne prekinitve nosečnosti in v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo ter širše zajema področje varovanja reproduktivnega zdravja žensk v obdobju nosečnosti in po porodu ter zavezanost socialnega dela kot stroke k delovanju na načelih enakosti, socialne pravičnosti in solidarnosti. Namen članka je predstaviti pomen sodelovanja med strokami pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok in

do vsestranske podpore ženski in njenim družinskim članom v obdobju nosečnosti in poroda.

KLJUČNE BESEDE: načrtovano starševstvo, spolno zdravje, neželena nosečnost, svobodno odločanje o rojstvu otrok.

Mag. Zlata Ličer, univ. dipl. socialna delavka, je vodja svetovalno-socialne službe na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana. Sodeluje v Kolegiju zdravstvenih socialnih delavcev v Univerzitetnem Kliničnem centru Ljubljana in pri pedagoškem delu študentov Medicinske fakultete Ljubljana in Zdravstvene fakultete Ljubljana. Je članica Komisije za umetno prekinitev nosečnosti ter strokovna sodelavka v Kliničnem oddelku Ginekološke klinike za reprodukcijo Ljubljana. Kontakt: zlata.licer@kclj.si

Maja Šimaga Saje

DISKURZIVNA ANALIZA ŽENSKIH IZKUŠENJ MENOPAVZE

Članek obravnava diskurzivno konstrukcijo ženskih izkušenj menopavze v Sloveniji. Analiza diskurza je bila izvedena z metodo polstrukturiranih intervjujev s šestimi intervjuvankami, ki so pri sebi ugotovile znake, po katerih so sklepale, da so v obdobju menopavze. Intervjuvanke so lastne izkušnje menopavze konceptualizirale v treh ključnih tematskih sklopih: a) pričakovana in dejanska izkušnja menopavze, b) prepoznavanje družbenih in kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na izkušnjo menopavze, in c) iskanje informacij o menopavzi. Diskurzivna analiza ženskih izkušenj menopavze je pokazala, da se v zahodni družbi dominanten medicinski diskurz o menopavzi prepleta z upravljavskim diskurzom, diskurzom zanikanja izkušnje menopavze in feministično-emancipacijskim diskurzom. Preplet različnih diskurzov omogoča posameznici več različnih pozicij, s katerih lahko osmislijo svojo lastno izkušnjo menopavze. Ta tako postane izkušnja menopavze bolj vpeta v družbeno okolje in tudi bolj pozitivna (ali pa vsaj nevtralna), kot je v prevladujočem medicinskem diskurzu.

KLJUČNE BESEDE: menopavza, ženske, analiza diskurza.

Mag. Maja Šimaga Saje je končala magistrski študij sociologije na Fakulteti za družbene vede, smer

»seksizem kot sodobna tradicija«, z magistrsko nalogo »Analiza in kritika menopavze v pozno moderni družbi« pod mentorskim vodstvom doc. dr. Zdenke Šadl. Kontakt: maja.simaga@gmail.com.

Renata Šribar

SPOLI V POLJUDNOMEDICINSKEM GOVORU IN VREDNOSTNEM ZAZNAMOVANJU BOLEZNI IN ZDRAVSTVENIH TEŽAV

Članek obravnava konstrukcije spolov v poljudno-medicinskem govoru, kot se ta oblikuje v množičnih tiskanih in informacijskih spletnih medijih. Privede nas do temeljne ugotovitve, da je že sama bolezen ali zdravstvena težava na ravni sindroma ospoljena. Najbolj značilna in transparentna konstrukcija boleznii iz te perspektive je rak na prsni, običajno poimenovan rak na dojki. Že samo poimenovanje kaže na izključevanje moških, čeprav je to v neskladju s statistično evidenco pojavnosti boleznii. Hkrati pa se tako kaže kulturni pomen ženskih prsi. S semiotično analizo in kritiko ideoloških komponent številnih primerov avtorica dokazuje, da so najbolj javno opazne tiste bolezni, ki se povezujejo z reprodukcijsko anatomijo in fiziologijo, pri tem pa se po logiki »naravne« asociativne vezi bolezen sokonstruira s seksualnimi aluzijami, ki so prav tako kot spol zavezane vladajočim diskriminacijskim opojmljenjem. Spolno pristransko in pogosto zaznamovano s seksualnostjo je tudi razumevanje bolečine in instance skrbi v medosebnih odnosih na področju boleznii in zdravstvenih težav.

KLJUČNE BESEDE: rak, mena, virilnost, seksualnost, videz, skrb.

Renata Šribar je zasebna raziskovalka in docentka za antropologijo. Je avtorica in soavtorica štirih znanstvenih monografij in številnih znanstvenih in strokovnih člankov na področju feminizmov in (novih) medijev iz spolne perspektive. Teoretsko in aplikativno se osredotoča predvsem na konstrukcije spolov in strukturalna razmerja seksualnosti in telesnosti žensk. Kontakt: renata.sribar@guest.arnes.si.

Emmanuelle Jouet, Olivier Las Vergnas,
Luigi Flora

PRIZNAVANJE IZKUSTVENEGA ZNANJA BOLNIKOV IN BOLNIC – PREGLED STANJA

Poleg gibanja za participacijo bolnikov in bolnic v zdravstvenem sistemu je bolnikovo vlogo v marsikaterem pogledu spremenilo tudi znanje, ki izhaja iz izkušnje z boleznijo. Pomen kronične boleznii je spodbudil tudi razvijanje izobraževanja bolnikov in bolnic o njihovi boleznii, da bi jih podprli pri spopadanju s simptomi in izboljšali kakovost njihovega življenja.

Danes v odnos s strokovnjaki na področju zdravja vstopa več profilov pacientov in pacientk, ki menijo, da jim je bolezen dala izkustveno znanje, ki bi lahko koristilo zdravstvenemu sistemu in družbi. Delujejo z vrstniki (vrstniška podpora), v izobraževalnih okoljih (uporabniki, ki usposablajo druge uporabnike, uporabniki-raziskovalci), v bolnišnicah (osebe, ki izobražujejo vrstniške podpornike). Številne organizacije, ki jih vodijo bolniki in bolnice ter njihovi bližnji, vzpostavljajo nove odnose do ustvarjanja znanja, zlasti na področju tistih sindromov, ki so z akademskega vidika slabo raziskani. Takšno krepitev moči pacientov kot oseb, ki razvijajo znanje, lahko primerjamo z drugimi situacijami, v katerih so osebe, ki niso znanstveniki, vključeni v raziskovalne procese, denimo v civilno pobudo na področju epidemiologije ali v društvih ljubiteljev znanosti. Vse te situacije pravzaprav kršijo kategorizacijo na področju izobraževanja, saj ta določa, kdo se je sposoben ukvarjati z znanstvenimi vprašanji, hkrati pa ponujajo možnost, da jasno opredelimo »znanstveno znanje laikov«, ki je poglavitno vprašanje programov o »znanosti in državljanih«.

KLJUČNE BESEDE: laično znanje, strokovnjak z izkušnjo, izobraževanje o zdravljenju, znanost in družba.

Dr. Emmanuelle Jouet dela kot raziskovalka v raziskovalnem laboratoriju Bolnišnice Maison Blanche v Parizu. Ukvarja se področja socialne psihiatrije, izobraževanja pacientov in izkustvenega znanja pacientov. Kontakt: Maison Blanch Hospital, 6-10 rue Pierre Bayle, 75020 Paris, France.

Dr. Olivier Las Vergnas je ustanovil Cité des métiers de la Villette in ustanovo vodi od leta 1993. Deluje tudi kot raziskovalec v moštvi za učenje in izobraževanje odraslih CREF v okviru Univerze v Nanterru (EA 1589). Ukvarja se z vprašanjem učinka delitve

Darja Zaviršek

REPRODUCTIVE MEDICINE AND SOCIAL WORK

BETWEEN MODERN TECHNOLOGY AND ETHICAL DILEMMAS

Like in other countries, in Slovenia too, the number of people who are in need of an assisted reproductive technology is increasing. Nevertheless, the discourse in the area is dominated by the medical model and social workers are almost non-existent. Social workers would be needed to support people during their reproductive choices and during the process of assisted reproductive technology. The article gives an overview over the current global processes of assisted reproductive technology and emphasises the issues of the donation of the gametes by the third party. It also analyses the ethical concerns about the child's right to know about his or her genetic history and the ethical dilemmas about the right of the parents to tell. The ethnographic material is based on the analysis of Slovenian internet forums of people who use assisted reproductive technology.

KEY WORDS: medical reproductive technology, cell donations, the right to know, psychosocial counselling, Slovenian parents.

Professor Darja Zaviršek, PhD in sociology, is the Chair of the Department of Social Justice and Inclusion at the Faculty of Social Work, University of Ljubljana. She is the president of the Eastern European Sub-regional Association of the Schools of Social Work of the IASSW. She is a honorary professor of the University of Applied Sciences Alice Salomon Berlin. Contact: darja.zavirsek@fsd.uni-lj.si.

Zlata Ličer

SEXUAL HEALTH, REPRODUCTIVE HEALTH AND SAFE MOTHERHOOD

Psycho-social counselling in the field of the rights to family planning, to artificial termination of pregnancy and to procedures of artificial insemination with biomedical assistance, which are all basic human rights, are described. In broader terms, the counselling involves protection of the reproductive health of women during periods of pregnancy and after childbirth. It is also an indicator of commitment

of social policies to function according to principles of equality, social justice and solidarity. The aim of the paper is to present the significance of interdisciplinary cooperation which enables realization of every woman's right to freely decide to have children and to have available universal support to her and her family members during period of pregnancy and childbirth.

KEY WORDS: planned parenthood, sexual health, unwanted pregnancy, free decision about child birth.

Zlata Ličer, social worker with Master degree, is the head of the Social Counselling Service at Gynecology Clinic UKC Ljubljana. She is a member of the Clinical social workers' collegium in the University Clinical Centre of Ljubljana. She takes part in the pedagogic work with students of the Faculty of Medicine and Faculty of Health Sciences at University of Ljubljana. She is a member of the Commission for the artificial termination of pregnancy and an expert collaborator at Gynecological Clinic Center for Reproductive Medicine and Infertility. Contact: zlata.licer@kclj.si.

Maja Šimaga Saje

A DISCOURSE ANALYSIS OF WOMEN'S MENOPAUSAL EXPERIENCE

The article analyses discursive construction of menopause and aims to examine the ways in which menopause is represented. Through six semi-structured individual interviews the study hears from women how they approach the menopausal experience, which social and cultural factors influence it and who were the major sources of information about menopause. Discursive analysis of women's menopause experiences has shown that predominant medical discourse on menopause is combined with managerial discourse, denial discourse and the feminist-emancipatory discourse. A patchwork of different discourses provides an opportunity for different positions, which can give meaning to women's experience of menopause. Those positions enable that experience of menopause becomes more embedded in the social context and more positive (or at least neutral) than in the dominant medical discourse.

KEY WORDS: menopause, women, discourse analysis.

Maja Šimaga Saje has a MSc at the Faculty of Social Sciences, majoring in »Sexism as modern tradition« with a master's thesis »An analysis and critique of menopause in late modern society« under the mentorship of Asst. Prof. Zdenka Šadl. Contact: maja.simaga@gmail.com

Renata Šribar

GENDERS IN POPULAR MEDICAL DISCOURSE AND IN VALUE MARKERS OF ILLNESS AND HEALTH PROBLEMS

The paper is focused on the constructions of genders in popular medical discourse in printed news and online information media. It leads to the basic conclusion that an illness or a health problem itself is engendered on the level of a syndrome. As the most characteristic and transparent construction of an illness from genders perspective the breast cancer is thematized; the naming itself (in Slovene language) is denoting the exclusion of men, which is in contradiction with the quantitative data related to the phenomenon. At the same time the cultural meaning of women's breasts is being confirmed. Applying the semiotics and criticism of ideology in the analysis of numerous cases the author argues that illnesses, which relate to reproductive anatomy and physiology, are echoed most in the media public – introducing the »natural« associative logic of sexual character, which conveys, just like genders, discriminatory meanings. Besides, gender biased and sexualized is also the understanding of pain and the instance of care in interpersonal relations related to illnesses and health problems.

KEY WORDS: cancer, menopause, virility, sexuality, appearance, care.

Renata Šribar is a free-lance researcher and assistant professor in anthropology. She is the author and co-author of four scientific monographs and numerous scientific and expert articles in the field of feminisms and (new) media from genders perspective. She is theoretically and applicatively focused on the constructions of genders and sexuality and corporeality relations. Contact: renata.sribar@guest.arnes.si.

Emmanuelle Jouet, Olivier Las Vergnas, Luigi Flora

PATIENTS' EXPERIENTIAL KNOWLEDGE RECOGNITION – A STATE OF THE ART

Alongside the movement of patients' participation within the health system, the knowledge drawn from the experience of illness has also changed the patients' roles in many aspects. The importance of chronic illness has stimulated the development of patients' education about their illness in order to support them in their symptoms management and to improve their life quality. Several ideal typical roles of patients are nowadays in relation with health professionals: those who consider that their illness brought them experiential knowledge that could be useful to the health system and the society. They are acting with their peers (peer-support), in educational settings (user-trainers, user-researchers), in hospitals (peer-educators). Meanwhile, several organizations lead by ill people and their relatives, have also experienced new relationship with knowledge production, particularly in the case of not academically well known syndromes. This new kind of empowerment of patients as medical knowledge producers can be compared to other new situations in which non-scientists are involved in research processes, such as popular epidemiology or scientific leisure club. All those situations transgress the division of people into those able or unable to deal with scientific issues. Besides, those situations offer an opportunity to try to clarify the idea of »lay scientific« knowledge, which is a main question for »science and citizens« programmes..

KEY WORDS: lay-knowledge, expert-patient, therapeutic education, sciences and society.

Emmanuelle Jouet, PhD in education, works as a researcher in the research Laboratory of the Maison Blanche hospital in Paris. Main domains of research are social psychiatry, education of patients, and experiential knowledge of patients. Contact: Maison Blanch Hospital, 6-10 rue Pierre Bayle, 75020 Paris, France.

Olivier Las Vergnas, PhD and post-doctoral degree in education, has been the creator and director of Cité des métiers de la Villette since 1993. He is also a researcher in the team »learning and adult education« CREF at the University