

## **PSIHOSOCIJALNI ČIMBENICI RAZVOJA PERIMENOPAUALNIH TEGOBA**

### **PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS FOR PERIMENOPAUSAL DISTRESS**

LJILJANA MUSLIĆ\*

**Deskriptori:** Perimenopauza – psihologija, etnologija; Socioekonomski čimbenici; Kulturna obilježja; Psihološka adaptacija; Stav prema zdravlju

**Sažetak.** U posljednjih 20 godina napravljen je velik broj istraživanja koja su pokušala odgovoriti što je sve povezano s manjom ili većom izraženosti perimenopausalnih tegoba, kao i velikim interindividualnim razlikama u njihovu manifestiranju. Osim istraživanja bioloških odrednica razvoja perimenopausalnih tegoba, istražuje se i doprinos različitih psihosocijalnih obilježja u njihovoj pojavi i stupnju izraženosti. Iako se perimenopausalne tegobe primarno smatraju odrazom katkad burne hormonalne fluktuacije koja se doživljava u razdoblju perimenopauze, navedeno ne isključuje ulogu psihosocijalnih čimbenika kao što su sociodemografska obilježja, kulturno, odnosno etničko podrijetlo, stajališta prema menopauzi, specifični životni stilovi i navike, specifična prijašnja životna iskustva te trajnija obilježja osobnosti. Ovaj rad upravo daje pregled suvremenih istraživanja i spoznaja o doprinosu navedenih psihosocijalnih čimbenika u razvoju perimenopausalnih tegoba. Istraživanja su nedvojbeno pokazala da određeni psihosocijalni čimbenici pridonose pojavi i stupnju izraženosti tegoba, odnosno povećavaju rizik od pojave perimenopausalnih tegoba, pa i od razvoja većih smetnja poput kliničke depresije.

**Descriptors:** Perimenopause – psychology, ethnology; Socioeconomic factors; Cultural characteristics; Adaptation, psychological; Attitude to health

**Summary.** In the past 20 years a large number of studies have been made in order to investigate what is associated with the severity of perimenopausal symptoms and large interindividual differences in their manifestation. Apart from studies of the biological determinants of perimenopausal symptoms, they have also examined the contribution of various psychosocial factors in their occurrence and severity. Although menopausal symptoms are primarily considered to be a result of the sometimes intense hormonal fluctuations that are experienced during perimenopause, this does not necessarily exclude the role of psychosocial factors such as demographic characteristics, cultural or ethnic background, attitudes toward menopause, specific lifestyles and habits, specific previous life experiences and personality traits. A review of recent research findings and contributions of these psychosocial factors in the development of perimenopausal symptoms engaged will be presented in this work. Studies have clearly shown that certain psychosocial factors contribute to the occurrence and severity of symptoms or increased risk for perimenopausal symptoms, including the risk for major disturbances, such as clinical depression.

Liječ Vjesn 2013;135:257–263

Perimenopauza kao razdoblje prijelaza s redovitoga menstrualnog ciklusa na razdoblje potpunog prestanka menstruiranja i reproduktivnog kapaciteta žene prepoznato je kao zasebno razdoblje u reproduktivnom životu žene zbog svojih specifičnih djelovanja na njezino zdravlje i kvalitetu života.<sup>1–11</sup> Biološke hormonalne promjene koje leže u pozadini navedenih promjena u reproduktivnim obilježjima i kapacitetu žena dovode do promjena i na mnogim drugim fiziološkim razinama i tkivima. Kao reakcija na navedene fiziološke promjene dolazi također do niza promjena i simptoma, tjelesne ili psihičke prirode, koji mogu ili ne moraju biti izravno povezani s hormonalnim i menstrualnim promjenama. Poznato je da su prisutne velike interindividualne razlike u manifestiranju navedenih promjena. One se mogu manifestirati nejednako često i na različit način te s manjim ili većim stupnjem izraženosti tegoba. Tako neke žene doživljavaju brojne specifične i nespecifične simptome koji znatno utječu na kvalitetu njihova života, dok kod nekih perimenopauza prolazi bez primjetnih simptoma. Koji sve čimbenici dovode do postojećih razlika u doživljavanju

promjena i simptoma vezanih uz perimenopauzu te neke žene čine rizičnima i za razvoj psihopatoloških smetnja, nije potpuno objašnjeno. Međutim, sve je jasnije da biološki odgovori nisu dovoljni u objašnjavanju tih veza. Stoga se u posljednjih 20 godina u istraživanjima razvoja i prirode perimenopausalnih tegoba, osim određivanja sve većeg broja bioloških odrednica razvoja perimenopausalnih tegoba, pozornost posvećuje različitosti u procjenama i percepcijama smetnja kod žena nastalih zbog hormonalnih promjena, kao i psihosocijalnim procesima u njihovoj pozadini. Velik broj transverzalnih istraživačkih studija ispituje doprinos različitih psihosocijalnih čimbenika u razvoju specifičnih i/ili nespecifičnih perimenopausalnih tegoba, a suvremeni epidemiološki prospektivni istraživački projekti koji izučavaju

\* Služba za promicanje zdravlja, Hrvatski zavod za javno zdravstvo (dr. sc. Ljiljana Muslić, prof. psihologije)

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. Lj. Muslić, prof. psihologije, Služba za promicanje zdravlja, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Rockefellerova 7, 10000 Zagreb, e-mail: ljmuslic@gmail.com; ljiljana.muslic@hzjz.hr

Primljeno 4. ožujka 2013., prihvaćeno 13. srpnja 2013.

žensko zdravlje i menopauzu uključuju različita psihosocijalna obilježja žena.<sup>12-14</sup> Tako su, primjerice, posljednje analize podataka iz poznate Nacionalne studije ženskog zdravlja u Americi (SWAN; engl. *Study of Women's Health Across the Nation*) pokazale da pojavi depresivnog raspoloženja u perimenopauzi značajnije pridonose životna iskustva nego hormonalne promjene.<sup>15</sup> Jednako je nađeno i za pojedine perimenopausalne simptome tjelesne prirode, posebno vazomotorne tegobe.<sup>16-18</sup> Također, zaključci najnovijih istraživanja usporedbe objektivnih fizioloških pokazatelja izraženosti vazomotornih simptoma i subjektivnog doživljaja o kojem žene izvještavaju pokazali su značajno odstupanje između navedenih pokazatelja, pretpostavljajući posredno djelovanje psiholoških procesa u doživljavanju fizioloških procesa koje obilježavaju valovi vrućine i noćno znojenje.<sup>19</sup> Zbog neosporne važnosti navedenih čimbenika u razvoju perimenopausalnih tegoba i raznolikosti perimenopausalnog iskustva među ženama, u ovom ćemo radu iznijeti pregled nekih od najčešće proučavanih psihosocijalnih čimbenika te suvremenih spoznaja o njihovom doprinosu kada su postrijedi razvoj i izraženost perimenopausalnih smetnja.

### Sociodemografska obilježja

Niži socioekonomski status (prihodi i zaposlenost) te niži stupanj obrazovanja, odnosno obrazovnog postignuća u longitudinalnim istraživanjima zapadnih zemalja pokazao se dosljednim rizičnim čimbenikom veće izraženosti perimenopausalnih simptoma.<sup>20-24</sup> Dennerstein i suradnici<sup>21</sup> u višegodišnjem longitudinalnom Projektu istraživanja zdravlja žena srednje životne dobi u Melbourneu u Australiji (MWMHP; engl. *Melbourne Women's Midlife Health Project*) našli su da žene višeg stupnja obrazovanja izjavljuju o manje tegoba vaginalne suhoće u postmenopauzi. Autori su na osnovi dobivenih rezultata pretpostavili da obrazovanje žene u postmenopauzi zbog boljeg znanja o čimbenicima rizika ostaju seksualno aktivnije te stoga izvještavaju o manje tegoba vezanih uz vaginalnu suhoću. Općenito je u istraživanjima nađeno da je niska razina izraženosti tegoba povezana s višim obrazovanjem i boljim životnim uvjetima.<sup>11</sup> Međutim, postoje i suprotni rezultati, ovisno o načinu definiranja socioekonomskog statusa i obrazovanja, kao i kriterijskih varijabla. Neki nalaze da se s višim obrazovanjem povećava intenzitet tegoba.<sup>25</sup> Ako se kao kriterij prati rizik od pojavljivanja simptoma, on je veći kod žena nižeg stupnja obrazovanja i nižeg ekonomskog statusa.<sup>23,26</sup> Lerner-Geva i suradnici<sup>24</sup> nalaze da je manje od 9 godina obrazovanja značajno povezano s izraženijim smetnjama u perimenopauzi, a Gold i suradnici<sup>27</sup> prema podacima iz studije SWAN nalaze da je završeni stupanj obrazovanja niži od razine američkog koledža značajno povezan s učestalijim doživljavanjem vazomotornih simptoma. Također su istraživanja pokazala da bračni status žene i život s partnerom nisu čimbenik sam po sebi, nego je važan čimbenik rizika niska kvaliteta i nezadovoljstvo navedenim bračnim odnosima, odnosno percipirana potpora partnera i bliske okoline.<sup>25,28</sup>

### Kultura: rasna i etnička pripadnost

Brojna su istraživanja pokazala da socijalno i kulturno okruženje uvjetuje specifičnost u doživljavanju perimenopausalnih tegoba.<sup>24,27,29-39,41-45</sup> Antropološke i kroskulturalne studije dovele su u pitanje univerzalnost »menstrualnog sindroma« s nađenim velikim varijacijama u izvještavanju o tegobama kod žena različitog etničkog podrijetla u različitim

zemljama.<sup>17</sup> U longitudinalnim i populacijskim studijama u Americi, Australiji i Velikoj Britaniji utvrđene su brojne razlike u rasprostranjenosti i izraženosti pojedinih perimenopausalnih tegoba ovisno o rasnoj ili etničkoj pripadnosti i kulturi.<sup>34,35,39,46</sup> Žene bijele rase u zapadnim kulturama sklone su u većoj mjeri doživljavati perimenopausalne tegobe. Nađene su specifične varijacije pojedinih tegoba s obzirom na etničku, odnosno rasnu pripadnost. Studija SWAN u Americi pokazala je da žene afričkog i azijskog podrijetla manje izjavljuju o tegobama promjene raspoloženja nego pripadnice bijele rase.<sup>34,35</sup> Žene afričkog podrijetla imaju više vazomotornih tegoba, dok je u japanskoj kulturi njihova učestalost znatno manja nego u žena bijele rase.<sup>32</sup> Hispanoamerikanke doživljavaju pak više simptoma depresije, napetosti i nerveze te zaboravljivosti nego žene europskog podrijetla.<sup>46</sup> Određene međukulturne razlike primjećuju se i u izraženosti i prevladavanju pojedinih skupina perimenopausalnih tegoba unutar pojedinih reproduktivnih razdoblja.

Iako teško provedive, mnogobrojne kroskulturalne studije posljednjih deset godina dokazale su da i psihosocijalni čimbenici vezani uz kulturu, poput životnih stilova i reproduktivne povijesti, socioekonomskog statusa, indeksa tjelesne mase (ITM), klime te kognicije (atribuiranje simptoma menopauze, vjerovanja i stajališta prema menopauzi i starenju) također mogu značajno objasniti navedene razlike u izraženosti pojedinih perimenopausalnih tegoba među različitim kulturama te etničkim i rasnim skupinama.<sup>30,32,45</sup> Etničko podrijetlo obično uključuje i razlike u tome kako se žene prilagođavaju i interpretiraju kraj svoga reproduktivnog kapaciteta. Istraživanja pokazuju da su učestalost i jačina tegoba koje žena percipira u menopausalnoj tranziciji povezane sa stajalištima prema zdravlju, seksualnosti, tjelesnim promjenama, starenju i menopauzi. Također se često pretpostavlja da »medikalizacija« menopauze u zapadnoj kulturi dodatno pridonosi povećanom izvještavanju o perimenopausalnim tegobama.<sup>45</sup> Kulturna objašnjenja tih razlika, odnosno objašnjenja specifičnosti perimenopausalnog iskustva žena iz različitih kultura moraju stoga uključivati životne stilove koji dokazano utječu i na biološke procese unutar pojedinih populacija žena (dijete, vježbanje, socijalne čimbenike i reproduktivne obrasce), zatim uključivati vjerovanja i stajališta prema menopauzi te socijalni status srednje i starije životne dobi unutar određene kulture.

### Stajalište prema menopauzi

Stajališta o menopauzi pod utjecajem su socijalnih i kulturnih pretpostavki o starenju i starijim ženama. Istraživanja dosljedno pokazuju da žene koje imaju negativnije stajalište prema menopauzi pokazuju izraženije perimenopausalne tegobe. Stajalište prema menopauzi pokazalo se posebno značajnim prediktorom u predviđanju emocionalnih simptoma tijekom menopausalne tranzicije. Navedeno su još u 90-im godinama prošlog stoljeća pokazale brojne longitudinalne studije.<sup>17,47,48</sup> Osim toga, iste longitudinalne studije pokazale su da žene doživljavaju manje simptoma nego što same predviđaju u predmenopauzi. I prema istraživanju Baulda i Browna<sup>52</sup> žene koje očekuju menopauzu kao negativno iskustvo ili su visoko pod stresom doživjet će više tegoba tijekom menopausalne tranzicije.

Ayers i sur.<sup>49</sup> napravili su pregled izvornih znanstvenih istraživanja koja ispituju odnos između stajališta prema menopauzi i doživljaja perimenopausalnih tegoba. U pregled je uvršteno 14 istraživanja iz različitih dijelova svijeta koja su davala jasne rezultate i mjere stajališta prema menopauzi. Sve su studije pokazale da žene s negativnijim staja-

lištem prije menopauze imaju veću učestalost valova vrućine u kasnijem razdoblju menopauzalne tranzicije. Stajališta prema menopauzi općenito su češće pozitivna i neutralna nego negativna. Međutim, mlađe žene te žene u predmenopauzi i perimenopauzi imaju najnegativnija stajališta. Kako menopauzalna tranzicija prolazi, žene se odnose manje negativno prema menopauzi. Također rezultati pokazuju da žene bijele rase imaju sklonost negativnijim stajalištima prema menopauzi, što potkrepljuje spomenuto mišljenje o »medikalizaciji« i »patologizaciji« menopauze u zapadnoj kulturi.<sup>45</sup> Jedno od malobrojnih istraživanja psihosocijalnih odrednica iskustva klimakterija u skupini od 106 žena različitog trajanja postmenopauze iz Hrvatske uključivalo je i mjeru stajališta prema menopauzi.<sup>50</sup> Analiza napravljena na rezultatima s ciljem utvrđivanja doprinosa perimenopauzalnih simptoma i stajališta prema menopauzi u objašnjenju razine depresivnosti i zadovoljstva životom postmenopauzalnih žena pokazala je da stajalište prema menopauzi značajno pridonosi zadovoljstvu životom žena u postmenopauzi. Nižu depresivnost i veće zadovoljstvo imale su žene pozitivnijeg stajališta prema menopauzi. U istraživanju doprinosa stajališta prema menopauzi pri objašnjavanju izraženosti perimenopauzalnih tegoba na populaciji žena srednje životne dobi koje još menstruiraju Muslić<sup>51</sup> nalazi da je važan čimbenik kognitivna komponenta stajališta, odnosno postojeće uvjerenje o menopauzi, dok emocionalna komponenta stajališta, odnosno osobno vrednovanje menopauze ne utječe znatno na izraženost tegoba. Navedeni se znatan doprinos osim toga pokazao samo za perimenopauzalne tegobe psihičke prirode.

### Specifični stilovi života i navike

Kao posebna skupina psihosocijalnih čimbenika izučavaju se specifični stilovi života i navike žena najčešće unutar izučavanja općeg zdravlja i kvalitete života rizičnih skupina žena različite dobi: pušenje, konzumacija alkohola, prehrana i tjelesna aktivnost. Budući da se stilovi života značajno odražavaju na opću funkcionalnost i tjelesno zdravstveno stanje organizma, autori ih nerijetko svrstavaju i u biološku skupinu čimbenika. Pušenje je jedan od najkonzistentnijih čimbenika kad je u pitanju izraženost tegoba i općenito kvaliteta života žena u perimenopauzalnom razdoblju. Nađeno je da pušenje pridonosi i ranijem ulasku u menopauzu<sup>53,54</sup> i većoj izraženosti simptoma perimenopauze, u prvom redu vazomotornih simptoma.<sup>23,26,55,56</sup> Mehanizam djelovanja pušenja na izraženost perimenopauzalnih tegoba nije potpuno objašnjen. Povezanost pak konzumacije alkohola s pojavljivanjem perimenopauzalnih simptoma manje je dosljedna. U nekim istraživanjima nađeno je da žene koje konzumiraju više alkohola izvještavaju o više vazomotornih simptoma. Međutim, djelovanje konzumiranja alkohola na spolne hormone nije utvrđeno; zato je vjerojatnije da je povezanost konzumiranja alkohola s tegobama u razdoblju menopauzalne tranzicije modificirana djelovanjem nekih drugih čimbenika stilova života ili osobina ličnosti.<sup>46</sup> Također se pretpostavlja da na načinu menopauzalnih simptoma, a time i na razlike među kulturama, mogu utjecati i obilježja prehrane. Međutim, nalazi istraživanja prehrambenih dodataka i navika još su kontroverzni i nedovoljno dokazani.

Tjelesna aktivnost i vježbanje vrlo se često preporučuju za poboljšanje kvalitete života i smanjenje perimenopauzalnih tegoba. Postoje istraživanja koja su rabila s jedne strane samoizjave o provođenju tjelesnih aktivnosti,<sup>56</sup> odnosno samoprocjene prosječne razine tjelesne aktivnosti, do kvazi-eksperimentalnih istraživanja u kojima se uvodila tjelesna

aktivnost kao intervencija.<sup>57</sup> Rezultati provedenih istraživanja nisu jednoznačni kada je riječ o dobrobiti samih tjelesnih aktivnosti za prevenciju perimenopauzalnih tegoba. Whitcomb i suradnici<sup>58</sup> našli su, prateći povezanost različitih obrazaca tjelesne aktivnosti žena tijekom menopauzalne tranzicije s izraženosti valova vrućine, da izrazito česte tjelesne aktivnosti mogu čak biti povezane s većom učestalosti i jačim valovima vrućine u odnosu na iste simptome kod žena koje izvještavaju o minimalnim tjelesnim aktivnostima. Kada se uspoređivala skupina srednje aktivnih s minimalno aktivnim ženama, nije bilo razlike u tegobama. U jednoj kliničkoj studiji s 42 postmenopauzalne žene koje su sudjelovale u dva različita programa kratkoročnog vježbanja, rezultati su pokazali da vježbanje pozitivno djeluje na perimenopauzalne tegobe, psihološko zdravlje i depresiju te kvalitetu života općenito.<sup>59</sup> Prema navedenim rezultatima istraživanja blagotvorno može djelovati navika redovite tjelesne vježbe, ali ne i pretjerano rigorozno vježbanje.

### Obilježja prijašnjega životnog iskustva i teškoća

U istraživanjima je utvrđen jednoznačan doprinos iskustva psihičkih teškoća u prijašnjim životnim i reproduktivnim razdobljima (predmenstrualni disforični poremećaj, poslijeporođajna depresija) i osobne psihopatologije u anamnezi. Navedena iskustva i specifična obilježja žena redovito su se pokazala značajnim rizičnim čimbenicima razvoja veće izraženosti perimenopauzalnih simptoma, i psihičkih i tjelesnih.<sup>17,26,33,60</sup> Prema nekim autorima postojeća povijest depresije može umanjiti ukupan kapacitet reproduktivnog života zbog utvrđenoga prijevremenog pada funkcije jajnika kod depresivnih osoba.<sup>61</sup> Isto su pokazala i istraživanja za anksiozne ili druge psihičke poremećaje.<sup>16</sup>

Uz navedena prijašnja iskustva psihičkih tegoba ili poremećaja neka su istraživanja pokazala da i određena negativna životna iskustva i stresni životni događaji u djetinjstvu, adolescenciji ili odrasloj dobi povećavaju vjerojatnost doživljavanja perimenopauzalnih tegoba. Žene koje su doživjele zlostavljanje i zanemarivanje u djetinjstvu ili neka druga izrazita stresna iskustva u životu, koje su živjele u nepovoljnijem psihosocijalnom okruženju, imale ili imaju manje socijalne potpore u svom okruženju ili su izložene većoj količini svakodnevnog stresa (engl. *daily hassels*) pokazuju veću sklonost doživljavanju perimenopauzalnih tegoba.<sup>9,17,18,22,62-65</sup> Subjektivna percepcija životnog stresa, kao i veća izloženost stresnim događajima najčešće su povezane s većom izraženosti perimenopauzalnih tegoba, posebno onih psihološke prirode.<sup>11,66</sup> Istraživanja stresa tijekom perimenopauze i postmenopauze pokazala su da se i tijekom navedenog razdoblja javljaju mnogi stresni životni događaji specifični za srednju životnu dob (rastave, smrt roditelja i bračnih partnera, bolesti i drugi), a koji također značajno pridonose doživljavanju perimenopauzalnih tegoba. Svi su stresovi visoko povezani sa subjektivnim doživljajem jačine percipiranih tegoba te s anksioznošću i depresijom kod perimenopauzalnih i postmenopauzalnih žena.<sup>33,67</sup> Nađeno je da kombinacija visoke razine stresa i anksioznosti pogoršava i tjelesne tegobe u perimenopauzi.<sup>52</sup>

### Osobine ličnosti

Istraživanja doprinosa osobina ličnosti u doživljavanju perimenopauzalnih tegoba uglavnom su ograničena na manji broj tih osobina, kao što su neuroticizam, pesimizam-optimizam, anksioznost kao osobina ličnosti, emocionalna inte-



ligencija te negativni afektivitet. Među važnijim istraživanjima koja su ispitivala povezanost osobina ličnosti s izraženosti perimenopauzalnih simptoma jest istraživanje Diane Kuh i suradnika.<sup>22,64</sup> U istraživanju rizičnih čimbenika psihičkih smetnja u perimenopauzalnoj dobi našli su da žene s visokom razinom psihičkih smetnja imaju visoke rezultate na skali neuroticizma u svim razdobljima svog života te prisutnost antisocijalnog ponašanja u razdoblju adolescencije, kao i mentalnih ili tjelesnih zdravstvenih problema u ranijoj odrasloj dobi. Elavsky i McAuley<sup>57</sup> ispitivali su doprinos razine neuroticizma, anksioznosti kao osobine ličnosti te pesimizma-optimizma nespecifičnim psihičkim i tjelesnim simptomima te vazomotornim i seksualnim teškoćama kod žena u dobi od 42 do 58 godina u kontekstu primjene specifičnih tjelesnih aktivnosti. Žene su prema slučaju podijelili u podskupinu koja je uključena u četveromjesečnu aktivnost vježbanja i skupinu koja je ostala na listi čekanja. Osim mjera osobina ličnosti i izraženosti perimenopauzalnih tegoba praćeni su i određeni funkcionalni tjelesni parametri prije i poslije četveromjesečne intervencije. Rezultati su pokazali da anksioznost i optimizam kao osobine ličnosti djelomično pridonose objašnjavanju individualnih razlika u izraženosti tegoba. Psihičke tegobe na kraju intervencije bile su općenito povezane s anksioznošću, a vazomotorne tegobe s optimizmom. Žene s visokom razinom anksioznosti te niskim optimizmom bile su sklonije psihičkim i vazomotornim tegobama. Žene s višom razinom anksioznosti ujedno su imale i manji pad psihičkih smetnja s vježbanjem, dok su žene s većom razinom optimizma i poboljšanjem na određenim funkcionalno tjelesnim parametrima doživljavale značajniji pad u vazomotornim tegobama nakon vježbanja nego žene s manje izraženim optimizmom ili bez evidentiranih funkcionalno tjelesnih promjena nakon vježbanja. U drugim istraživanjima također je nađena veća vjerojatnost doživljavanja vazomotornih simptoma kod skupine žena s većom razinom anksioznosti, mjerene na različitim skalama samoprocjene anksioznih simptoma.<sup>27,46</sup> Žene sa srednjom ili jakom razinom anksioznosti imale su tri do pet puta veću vjerojatnost da će doživjeti simptome valova vrućine nego žene s normalnom razinom anksioznosti.<sup>16</sup> Zanimljiv pokušaj identificiranja psiholoških čimbenika koji pridonose izraženosti smetnja kod niske i visoke učestalosti doživljavanja valova vrućine tijekom perimenopauze napravili su autori u sklopu analize najnovijih rezultata studije SWAN.<sup>18</sup> Oni su ispitivali čimbenike negativnog afektiviteta te razinu osjetljivosti na tjelesne senzacije (engl. *body sensation sensitivity*) u odnosu na doživljaj smetnja koje izazivaju valovi vrućine. Negativni afektivitet operacionaliziran je kao ukupni zbroj rezultata na pet pojedinačnih mjera negativnog raspoloženja i stresa (skala pozitivnog i negativnog afektivnog stanja, skala percipiranog stresa, skala depresivnih simptoma, skala anksioznih simptoma te anksioznost kao osobina ličnosti). Rezultati analize pokazali su da negativni afektivitet, kao i veća sklonost usmjeravanju pažnje na tjelesne senzacije značajno pridonose stupnju izraženosti smetnja kod doživljavanja valova vrućine. Viša razina negativnog afektiviteta povezana je s doživljajem izraženijeg stupnja smetnja bez obzira na to koliko se često navedeni simptomi doživljavaju. Također, žene koje imaju veliku učestalost pojavljivanja valova vrućine, ali malu procjenu stupnja u kojem ih ti simptomi smetaju, upravo su žene s vrlo niskom razinom negativnog afektiviteta. Navedeno potvrđuje važnu ulogu sklonosti negativnom raspoloženju i stresu u doživljavanju valova vrućine kod žena tijekom perimenopauze. Neka

istraživanja također pokazuju da su valovi vrućine često praćeni i izraženim anksioznim reakcijama psihičke prirode.<sup>16,46</sup>

Tijekom usporedbe prirode paničnih napadaja i simptoma valova vrućine te uloge pojedinih kognitivnih čimbenika u njihovu nastanku i razvoju Hanish i suradnici<sup>68</sup> zaključili su da zbog veće reaktivnosti na tjelesne senzacije anksiozno osjetljivijih žena ta kognitivna predispozicija može biti značajan prediktor izraženosti valova vrućine i dodatnih psihičkih simptoma kod žena koje prolaze kroz menopauzalnu tranziciju. Anksiozna osjetljivost proizlazi iz uvjerenja i očekivanja da simptomi anksioznosti i tjelesne senzacije mogu imati negativne tjelesne, psihičke i socijalne posljedice, a pokazala se značajnom u pojačavanju doživljaja nekih specifičnih anksioznih i tjelesnih stanja. U istraživanjima strukture anksiozne osjetljivosti pokazalo se da navedena osobina uključuje zabrinutost zbog tjelesnih simptoma (tjelesne brige ili zabrinutost), koja se odnosi na strah od tjelesnih simptoma anksioznosti; zabrinutost zbog mentalne onesposobljenosti ili nedostatnosti (psihičke brige ili zabrinutost) te socijalne brige ili zabrinutosti. Socijalne brige odnose se na strah od javnog otkrivanja anksioznosti i njezinih simptoma, odnosno na strah od socijalnog odbijanja i osramoćivanja ako se primijete simptomi anksioznosti. Tako se anksiozna osjetljivost pokazala između ostalog povezana s većom pobuđenosti na tjelesne senzacije i doživljavanjem njihova intenziteta znatno jačim<sup>69-72</sup> te s iskazivanjem o doživljavanju većeg broja predmenstrualnih tegoba zbog točnijeg prepoznavanja i veće usmjerenosti na tjelesne senzacije.<sup>73-76</sup> Općenito autori pretpostavljaju da anksiozno osjetljivije žene imaju veću reaktivnost na hormonalne fluktuacije u svom tijelu te tjelesne senzacije koje zbog toga nastaju. Hipotezu o povećanoj reaktivnosti nekih žena na posljedice i znakove hormonalnih fluktuacija tijekom menopauzalne tranzicije potvrđuju i rezultati spomenutih longitudinalnih istraživanja koja pokazuju da veća sklonost usmjeravanju pažnje na tjelesne senzacije kod nekih žena, što je između ostalog značajno obilježje visoko anksiozno osjetljivih žena zbog izraženijeg straha od tjelesnih simptoma,<sup>77</sup> značajno pridonose stupnju izraženosti smetnja kod doživljavanja valova vrućine.<sup>18</sup> Prema toj pretpostavci žene povišene razine anksiozne osjetljivosti izjavljivale bi o značajnijim perimenopauzalnim tegobama kao rezultat njihova izraženijeg strahovanja vezanog uz tjelesne senzacije pobuđenosti nastale pod djelovanjem hormona, primjerice termoregulacijskih promjena kod valova vrućine. U istraživanju izraženosti perimenopauzalnih tegoba žena srednje životne dobi koje redovito menstruiraju<sup>51</sup> pokazuje se da je visoka razina anksioznosti zajedno s izraženom anksioznom osjetljivošću na dimenziji psihičkih briga značajan čimbenik rizika u predikciji psihičkih perimenopauzalnih tegoba. Međutim, kod tjelesnih perimenopauzalnih tegoba od provjeravanih osobina ličnosti značajni čimbenik bila je samo anksioznost. Prema navedenom istraživanju izmjerene osobine ličnosti i upotrijebljeni psihosocijalni prediktori općenito bolje objašnjavaju reaktivnost na psihičke perimenopauzalne tegobe (primjerice tegobe afektivne ili kognitivne prirode) u odnosu na perimenopauzalne tegobe tjelesne prirode (primjerice nespecifične tjelesne boli i neugode, urogenitalne tegobe, vazomotorne tegobe).

Jednim od rijetkih istraživanja koja su ispitivala doprinos aspekata samopoštovanja i slike o sebi<sup>78</sup> utvrđeno je da žene koje su zadovoljne svojim fizičkim izgledom doživljavaju manje tegoba te da postoji značajna povezanost između visoke razine samopoštovanja i manje izraženosti perimeno-

pauzalnih tegoba. Također, Bauld i Brown<sup>52</sup> utvrdili su da žene s visokom razinom emocionalne inteligencije imaju puno pozitivnija stajališta prema menopauzi i doživljavaju manje izraženi stres, psihičke smetnje i perimenopauzalne tegobe te su općenito boljšeg tjelesnog zdravlja. S druge strane, niža razina emocionalne inteligencije povezana je s jačim perimenopauzalnim tegobama i lošijim tjelesnim zdravljem.

Općenito se primjećuje da je u dostupnim istraživanjima perimenopauzalnog iskustva premalo izvještavanja o doprinosu specifičnih strategija i stilova suočavanja kod žena u menopauzalnoj tranziciji. Pojedina istraživanja pokazuju da žene s izraženim simptomima u perimenopauzi i postmenopauzi imaju smanjene kapacitete suočavanja sa stresom i manje efikasne stilove suočavanja.<sup>67,79</sup> U spomenutom istraživanju o doprinosu emocionalne inteligencije Bauld i Brown<sup>52</sup> našli su da manje proaktivni stil suočavanja uz nižu razinu emocionalne inteligencije dovodi do jačih perimenopauzalnih tegoba, pri čemu kao medijatori djeluju i visoka razina stresa, anksioznost i depresija te negativna stajališta prema menopauzi. Bosworth i sur.<sup>80</sup> utvrdili su na uzorku žena od 45 do 54 godine da žene koje imaju veću razinu neuroticizma percipiraju menopauzalnu tranziciju stresnijom i koriste se manje uspješnim strategijama u suočavanju s perimenopauzalnim smetnjama. Intenzitet izraženosti pojedinih perimenopauzalnih tegoba (valovi vrućine, teškoće spavanja i iritabilnost), traženje socijalne potpore i neuroticizam objašnjavali su 21% varijance procijenjenog stresa vezanog uz menopauzalnu tranziciju. Postoje istraživanja koja su pokazala da žene koje traže pomoć u menopauzalnim klinikama u većoj mjeri rabe strategije izbjegavanja nego »zdrave« žene te da je viša razina izbjegavanja povezana s većom izraženosti simptoma.<sup>66</sup>

### Zaključno razmatranje

Pregled istraživanja i spoznaja o čimbenicima razvoja perimenopauzalnih tegoba pokazuje da autori različitih profesija naglašavaju potrebu izučavanja psihosocijalnih čimbenika da bi se dobio odgovor na pitanje kako to da unatoč manje-više univerzalnoj hormonalnoj prirodi perimenopauzalnih tegoba žene navedeno razdoblje doživljavaju drugačije. Iako su tegobe perimenopauze primarno odraz hormonalne fluktuacije, postojeća istraživanja nedvojbeno pokazuju da psihosocijalni čimbenici povećavaju rizik od pojave perimenopauzalnih tegoba, pa i rizik od razvoja većih smetnja poput kliničke depresije<sup>11</sup> te pridonose objašnjavanju povećane vulnerabilnosti kod pojedinih žena zbog koje one, primjerice, navedene hormonalne promjene »osjete«, a druge žene ne.

Međutim, osvrt na istraživanja psihosocijalnih čimbenika također pokazuje da se, unatoč naglašavanju njihove uloge unutar suvremenoga biopsihosocijalnog shvaćanja menopauze, navedene komponente tog pristupa nedovoljno istražuju. Još dominira izučavanje bioloških i tjelesnih predispozicija, a tek sporadično psihosocijalnih čimbenika. Također, među psihosocijalnim čimbenicima ispituju se ponajprije stajališta, životni stilovi ili specifične navike i životna iskustva žena, što je potaknuto razvojem izučavanja razlika u prirodi perimenopauzalnog iskustva među kulturama. Do sada utvrđene razlike u prirodi perimenopauzalnog iskustva među kulturama potiču sve veći broj istraživanja specifičnosti perimenopauzalnog iskustva i čimbenika njihova razvoja unutar različitih kultura, etničkih skupina i/ili država. S tim u vezi, unutar domicilnoga znanstvenog istraživanja pokazuje se da nedostaje sustavno i kontinuirano

istraživanje navedene problematike, osim, primjerice, u području proučavanja čimbenika prihvaćanja hormonalne nadomjesne terapije.<sup>84,85</sup> Ta su istraživanja pokazala da određena psihosocijalna obilježja žena u postmenopauzi (osobna zainteresiranost žena, stajalište žena prema hormonalnoj terapiji, odnosno općeniti strah prema hormonalnim lijekovima) uz izraženije vazomotorne ili psihičke tegobe mogu biti značajan motivacijski čimbenik prihvaćanja hormonalne nadomjesne terapije.<sup>84</sup> Važnim čimbenikom prihvaćanja hormonalne nadomjesne terapije pokazalo se i vrijeme provedeno u konzultaciji s liječnikom te dobivanje adekvatnih i uvjerljivih informacija od liječnika jer one omogućuju bolje razumijevanje sigurnosti terapije te veću suradljivost pacijentica, zaključuju autori.<sup>85</sup>

Nadalje, u sklopu ispitivanja psihosocijalnih čimbenika razvoja perimenopauzalnih tegoba interes je uglavnom usmjeren na pokazatelje određenih životnih obilježja i iskustva žena prije same menopauzalne tranzicije, a u manjoj mjeri radi se o ispitivanjima trajnijih psihičkih osobina žena povezanih s njihovim emocionalnim ili kognitivnim funkcioniranjem. S druge se strane pokazalo da doživljavanje nespecifičnih tegoba, posebno tegoba psihičke prirode, mogu više pridonijeti osobna i trajnija sklonost psihološkoj i fiziološkoj osjetljivosti nego izravna i specifična reakcija na perimenopauzu kao hormonalni reproduktivni događaj.<sup>11,81-83</sup> Stoga je šire izučavanje trajnijih psihičkih osobina žena koje mogu bitno pridonijeti pojavnosti i intenzitetu perimenopauzalnih tegoba važno jer poznavanje njihova doprinosa može dati smjernice o načinima na koje žene prije i tijekom menopauzalne tranzicije možemo prigodno psihološki pripremiti te u konačnici umanjiti i/ili olakšati prisutne tegobe.

Suvremena korelacijska istraživanja koja nastoje utvrditi psihosocijalne čimbenike perimenopauzalnih tegoba uglavnom utvrđuju njihov doprinos pojavnosti samih tegoba, a rjeđe ispituju i koliko navedeni čimbenici pridonose njihovu stupnju izraženosti. Naime, u većini istraživanja od žena su tražili da samo procijene učestalost pojavljivanja tegoba u njihovu životu, ali vrlo rijetko su ispitali i stupanj smetnja koje doživljavaju.<sup>18,46</sup> Žene se razlikuju u svojim doživljajima, ali i reakcijama na perimenopauzalne promjene i tegobe. Stoga u istraživanjima prirode perimenopauzalnog iskustva i prilagodbe nije dovoljno ispitivati samo pojavnost i izraženost tegoba nego i stupanj u kojem žene doživljavaju da ih navedene promjene i tegobe ometaju u svakodnevnom životu. Iz navedenog doživljaja utjecaja perimenopauzalnih tegoba proizlaze i moguće razlike u traženju stručne pomoći (engl. *treatment seeking behavior*).<sup>30</sup> Iako perimenopauza ne mora nužno biti stresno iskustvo, interakcija psihosocijalnih čimbenika određuje kakav će utjecaj perimenopauzalne promjene imati na život žene, ali i na percepciju tegoba. Slično navode i autori domicilnog istraživanja prihvaćanja hormonalne nadomjesne terapije naglašavajući da su glavni motivacijski čimbenici skupine postmenopauzalnih žena koje rabe hormonalnu nadomjesnu terapiju izražene vazomotorne ili psihičke tegobe te željeno povećanje kvalitete života.<sup>84</sup> Stoga se razlike u doživljavanju perimenopauzalnih tegoba, kao i razlike u traženju pomoći mogu objasniti prvotno razlikama u individualnoj svjesnosti simptoma (engl. *symptom awareness*), a zatim posrednim djelovanjem različitih osobina ličnosti i/ili stresa.<sup>30</sup> Navedeno naglašava važnost interpretacije i atribuiranja iskustava doživljenih tjelesnih i psihičkih promjena i pretpostavlja kognitivnu paradigmu koja je trenutačno jedini postojeći integrativni teorijski okvir u objašnjavanju

cjelokupnih tegoba i perimenopauzalnog iskustva, a ponajviše okvir za objašnjenje nastanka i doživljaja vazomotornih tegoba.<sup>19,30,84</sup> Navedeni teorijski okvir prvi put integrira u jedinstvenome modelu biološke, psihološke i socijalne čimbenike razvoja i intenziteta izraženosti specifičnih perimenopauzalnih tegoba. To je važan napredak u suvremenoj biopsihosocijalnom shvaćanju perimenopauzalnog iskustva, jer upućuje na potrebu multidisciplinarnog pristupa kada je posrijedi izučavanje prirode perimenopauzalnog iskustva.

Osim u znanstvenom izučavanju nastanka i razvoja perimenopauzalnih tegoba te čimbenika koji dovode do postojećih razlika u perimenopauzalnog iskustvu u suvremenom shvaćanju menopauze primjetno je naglašavanje multidisciplinarnog i integrativnog pristupa i u pružanju potrebne stručne potpore ženama koje prolaze kroz menopauzalu tranziciju, gdje psiholozi mogu svojim profesionalnim djelovanjem značajno pridonijeti. Velik broj žena traži pomoć u smislu educiranja, informacija i savjeta kako da se što bolje nose s postojećim perimenopauzalnim tegobama. Pritom psiholozi, u suradnji sa stručnjacima drugih profesija, trebaju biti svjesni svih biopsihosocijalnih čimbenika nastanka i izraženosti perimenopauzalnih tegoba i suvremenih spoznaja o njihovoj prirodi kako bi mogli pružiti informacije temeljene na dokazima (engl. *evidence based practice*) i empirijskim istraživanjima te osnažiti žene i pomoći im u njihovim izborima tijekom prilagodbe na perimenopauzalno razdoblje. Takvo profesionalno djelovanje psihologa može se s jedne strane ostvariti na području različitih programa javnog zdravstva te promicanja zdravlja i kvalitete života žena srednje i starije životne dobi, a s druge strane unutar multidisciplinarnih timova u kliničkoj praksi, primjerice specijaliziranih klinika i/ili ambulanta za žensko zdravlje i menopauzu. U okviru različitih programa promicanja zdravlja i kvalitete života žena psiholozi mogu sudjelovati u razvijanju psihoedukativnih programa namijenjenih ženama koje očekuju, prolaze ili su već prošle kroz razdoblje menopauzalne tranzicije te sudjelovati u diseminaciji vjerodostojnih i pravodobnih informacija o menopauzi i široj populaciji žena i liječnika i drugoga zdravstvenog osoblja specifičnim edukacijskim programima. Unutar kliničke prakse sa ženama psiholozi također mogu različitim oblicima grupnog ili individualnog savjetovanja u suradnji s liječnicima senzibilizirati žene na postojeće perimenopauzalne tegobe i eventualne rizike za njihovo psihičko i tjelesno zdravlje, podučavati žene o dobivenim spoznajama radi boljeg prihvaćanja i nošenja s perimenopauzalnim tegobama. Razvojem različitih psiholoških intervencija u grupnom i individualnom radu psiholozi mogu osnaživati i poticati žene na ulaganja u razvoj osobnih psihičkih kapaciteta potrebnih za uspješnije nošenje s tegobama koje doživljavaju te ih podučavati različitim strategijama usmjerenim na promjene kognicije i zdravstvenog ponašanja kojima mogu djelovati na smanjenje i/ili olakšavanje tegoba. Stoga uloga psiholoških intervencija postaje sve važnija kao rezultat potrebe za efikasnim i prihvatljivim medicinskim pristupom u tretmanu perimenopauzalnih tegoba.

#### LITERATURA

1. WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. WHO Technical Report Series 1996; 866:107.
2. Stotland NL, Stewart DE, ur: Psychological aspects of women's health care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology. 2. izd. Washington: American Psychiatric Publishing; 2001, str. 654.
3. Schaie KW, Willis SL. Psihologija odrasle dobi i starenja. 1. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2001, str. 554.
4. Sloane E. Biology of Women. 4. izd. NY: Delmar; 2002, str. 656.
5. Llewellyn S, Kennedy P, ur: Handbook of clinical health psychology. 1. izd. London: Wiley & sons; 2003, str. 605.
6. Schneider HPG. Quality of life as assessed by menopause-related scales. U: Schneider HPG, ur: Menopause: The state of the art – in research and management. The International Menopause Society. NY: The Parthenon Publishing Group; 2003, str. 314–318.
7. Loue S, Sajatovic M, ur: Encyclopedia of women's health. New York: Kluwer Academic; 2004, str. 710.
8. Gannon LR. Women and aging: Transcending the myths. 1. izd. London: Routledge Publisher; 2005, str. 240.
9. Blake J. Menopause: evidence-based practice. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2006;20(Suppl 6):799–839.
10. Loue S, Sajatovic M, ur: Encyclopedia of aging and public health. New York: Springer; 2008, str. 843.
11. Wroolie T, Holcomb M. Menopause. U: Levin BL, Becker MA, ur: A public health perspective of women's mental health. New York: Springer Science Business Media; 2010, str. 143–164.
12. Highlights of Women's Health Research for ORWH 20<sup>th</sup> Anniversary. SWAN report 2010. Preuzeto sa stranice [http://www.swanstudy.org/docs/SWAN\\_Highlights\\_ORWH.pdf](http://www.swanstudy.org/docs/SWAN_Highlights_ORWH.pdf) dana 20.11.2011.
13. Avis NE, McKinlay SM. The Massachusetts Women's Health Study: An epidemiological investigation of the menopause. J Amer Med Womens Ass 1995;50(Suppl2):45–49.
14. Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Leher P, Burger HG. The menopausal transition: A 9-year prospective population-based study. The Melbourne Women's Midlife Health Project. Climacteric 2004;7:375–89.
15. Bromberger JT, Schott LL, Kravitz HM i sur. Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition: Results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Arch Gen Psychiatr 2010;67(Suppl 6):598–607.
16. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, Kapoor S, Ferdousi T. The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes. Menopause 2005;12(Suppl 3):258–66.
17. Hunter M, Rendall M. Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007;21(Suppl 2):261–74.
18. Thurston RC, Bromberger JT, Joffe H i sur. Beyond frequency: who is most bothered by vasomotor symptoms? Menopause 2008;15(Suppl 5):841–7.
19. Hunter MS, Mann E. A cognitive model of menopausal hot flashes and night sweats. J Psychosom Res 2010;69:491–501.
20. Bromberger JT, Assmann SF, Avis NE, Schocken M, Kravitz HM, Cordal A. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre- and perimenopausal women. Am J Epidemiol 2003;158(Suppl 4):347–56.
21. Dennerstein L, Dudley E, Hopper J, Guthrie J, Burger H. A prospective population based study of menopausal symptoms. Obstet Gynecol 2000;96(Suppl 3):351–8.
22. Kuh D, Hardy R, Rodgers B, Wadsworth MEJ. Lifetime risk factors for women's psychological distress in midlife. Soc Sci Med 2002;55:1957–73.
23. Perez JAM, Garcia FC, Palacios S, Perez M. Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. Maturitas 2009;62:30–36.
24. Lerner-Geva L, Boyko V, Blumstein T, Benyamini Y. The impact of education, cultural background and lifestyle on symptoms of the menopausal transition: The Womens's Health at Midlife Study. J Wom Health 2010;19(Suppl 5):975–85.
25. Li C, Borgfeldt C, Samsioe G, Lidfeldt J, Nerbrand C. Background factors influencing somatic and psychological symptoms in middle-age women with different hormonal status: A population-based study of Swedish women. Maturitas 2005;52(Suppl 2):306–18.
26. Sabia S, Fournier A, Mesrine S, Boutron-Ruault MC, Clavel-Chapelon F. Risk factors for onset of menopausal symptoms: Result of cohort study. Maturitas 2008;60(Suppl 2):108–21.
27. Gold EB, Colvin A, Avis N i sur. Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Am J Public Health 2006;96(Suppl 7):1226–35.
28. Chedraui P, Pérez-López FR, Morales B, Hidalgo L. Depressive symptoms among climacteric women are related to menopausal symptom intensity and partner factors. Climacteric 2009;12:395–403.
29. Anderson D, Yoshizawa T, Gollschewski S, Atogami F, Courtney M. Menopause in Australia and Japan: effects of country of residence on menopausal status and menopausal symptoms. Climacteric 2004;7(Suppl 2):165–74.
30. Ayers B, Forshaw M, Hunter M. Is menopause experience universal? Lessons learned from a global outlook. The Psychologist 2011;24(Suppl 5):348–52.
31. Avis NE, Stellato R, Crawford SL i sur. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. Soc Sci Med 2001;52(Suppl 3):345–56.



32. Avis NE, Brockwell S, Colvin A. A universal menopausal syndrome? *Am J Med* 2005;118(Suppl 12B):375–465.
33. Binfa L, Castelo-Branco C, Blümel JE *i sur*. Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. *Maturitas* 2004;48:425–31.
34. Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM *i sur*. Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. *Am J Public Health* 2001;91(Suppl 9):1435–42.
35. Bromberger JT, Harlow S, Avis NE, Kravitz HM, Cordal A. Racial/Ethnic differences in the prevalence of depressive symptoms among middle-aged women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Am J Public Health* 2003;94(Suppl 8):1378–85.
36. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* 2007;57:271–8.
37. Ho SC, Chan SG, Yip YB, Chan SY, Sham A. Factors associated with menopausal symptom reporting in Chinese midlife women. *Maturitas* 2003;44:149–56.
38. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL *i sur*. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40–55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000;152(Suppl 5):463–73.
39. Green R, Polotsky AJ, Wildman RP *i sur*. Menopausal symptoms within a Hispanic cohort: SWAN – The Study of Women's Health Across the Nation. *Climacteric* 2010;13:376–84.
40. Lindh-Åstrand L, Brynhildsen J, Hoffmann M, Liffner S, Hammar M. Attitudes towards the menopause and hormone therapy over the turn of the century. *Maturitas* 2007; 56(Suppl 1):12–20.
41. Lindh-Åstrand L, Hoffmann M, Hammer M, Kjellgren KI. Women's conception of the menopausal transition – a qualitative study. *J Clin Nurs* 2005;16:509–17.
42. Nusrat N, Nishat Z, Gultaren H, Aftab M, Asia N. Knowledge, attitude and experience of menopause. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2008;20 (Suppl 1):56–9.
43. Punyahotra S, Dennerstein L, Leher P. Menopausal experiences of Thai women. Part 1: Symptoms and their correlates. *Maturitas* 1997; 26:1–7.
44. Juang KD, Wang SJ, Lud SR, Lee SJ, Fuh JL. Hot flashes are associated with psychological symptoms of anxiety and depression in peri- and post- but not premenopausal women. *Maturitas* 2005;52:119–26.
45. Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flashes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric* 2007;10:197–214.
46. Freeman EW, Sammel MD, Grisso JA, Battistini M, Garcia-España B, Hollander L. Hot flashes in the late reproductive years: Risk factors for African American and Caucasian women. *J Womens Health Gend Based Med* 2001;10(Suppl 1):67–76.
47. Avis NE, McKinlay SM. A longitudinal analysis of women's attitudes towards menopause: Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas* 1991;13:65–79.
48. Hunter M, Battersby R, Whitehead M. Relationship between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status (reprint 1998). *Maturitas* 2008;6(Suppl 1-2):95–106.
49. Ayers B, Forshaw M, Hunter M. The impact of attitudes toward menopause on women's symptom experience: a systematic review. *Maturitas* 2010;65:28–36.
50. Lacković-Grgin K, Penezić Z, Varkaš L. Neke odrednice depresivnosti i zadovoljstva životom žena u menopauzi. *Med Iader* 2001;31:141–52.
51. Muslić LJ. Doprinos anksiozne osjetljivosti u objašnjavanju tegoba vezanih uz perimenopauzu (dissertacija). Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2012, str. 164.
52. Bauld R, Brown RF. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas* 2009;62(Suppl 2):160–5.
53. te Velde ER. Female reproductive aging. U: Schneider HPG, ur. Menopause: The state of the art – in research and management. The proceedings of the 10th world congress on the Menopause, Berlin, July 10–14, 2002. The International Menopause Society. New York: The Parthenon Publishing Group; 2003, str. 337–343.
54. Gold EB, Bromberger J, Crawford S *i sur*. Factors associated with age of natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. *Am J Epidemiol* 2001;153(Suppl 9):865–74.
55. Greendale GA, Gold EB. Lifestyle factors: are they related to vasomotor symptoms and do they modify the effectiveness or side effects of hormone therapy? *Am J Med* 2005;118(Suppl 12/2):148–54.
56. Ziv-Gal A, Flaws JA. Factors that influence the experience of hot flashes by healthy middle-aged women. *J Wom Health* 2010;19(Suppl 10):1905–14.
57. Elavsky S, McAuley E. Personality, menopausal symptoms, and physical activity outcomes in middle-aged women. *Pers Individ Dif* 2009; 46:123–128.
58. Whitcomb BW, Whiteman MK, Langenberg P, Flaws JA, Romani WA. Physical activity and risk of hot flashes among women in midlife. *J Wom Health* 2007;16(Suppl 1):124–33.
59. Agil A, Abike F, Daskapan A, Alaca R, Tüzün H. A short-term exercise approaches on menopausal Symptoms, psychological health and quality of life in postmenopausal women. *Obstetr Gynecol Int* 2010;2010: 1–7.
60. Gyllstrom ME, Schreiner PJ, Harlow BL. Perimenopause and depression: strength of association, causal mechanisms and treatment recommendations. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21(Suppl 2): 275–97.
61. Deecher D, Andree TH, Sloan D, Schechter LE. From menarche to menopause: Exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology* 2008;33: 3–17.
62. Blümel JEM, Castelo-Branco C, Cancelo MJ *i sur*. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. *Maturitas* 2004;49(Suppl 3):205–10.
63. Hardy R, Kuh D. Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. *Soc Sci Med* 2002;55:1975–88.
64. Kuh DL, Wadsworth M, Hardy R. Women's health in midlife: The influence of the menopause, social factors and health in earlier life. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:923–33.
65. Thurston RC, Sowers MR, Chang Y *i sur*. Adiposity and reporting of vasomotor symptoms among midlife women: The Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol* 2008;167(Suppl 1):78–85.
66. Schmidt PJ, Murphy JH, Haq N, Rubinow DR, Danaceau MA. Stressful life events, personal losses, and perimenopause-related depression. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:19–26.
67. Simpson EEA, Thompson W. Stressful life events, psychological appraisal and coping style in postmenopausal women. *Maturitas* 2009; 63(Suppl 4):357–4.
68. Hanisch LJ, Hantsoo L, Freeman EW, Sullivan GM, Coyne JC. Hot flashes and panic attacks: A comparison of symptomatology, neurobiology, treatment, and a role for cognition. *Psychol Bull* 2008;134 (Suppl 2):247–69.
69. Richards J, Bertram S. Anxiety sensitivity, state and trait anxiety, and perception of change in sympathetic nervous system arousal. *J Anxiety Disord* 2000;14(Suppl 4):413–27.
70. Ball S, Goddard A, Shekhar A. Evaluating and treating anxiety disorders in medical settings. *J Postgrad Med* 2002;48:317–21.
71. Vujanovic AA, Zvolensky MJ, Bernstein A, Feldner MT, McLeish AC. A test of the interactive effects of anxiety sensitivity and mindfulness in the prediction of anxious arousal, agoraphobic cognitions, and body vigilance. *Behav Res Ther* 2007;45(Suppl 6):1393–400.
72. Esteve MR, Camacho L. Anxiety sensitivity, body vigilance and fear of pain. *Behav Res Ther* 2008;46:715–27.
73. Sigmon ST, Fink CM, Rohan KJ, Hotovy LA. Anxiety sensitivity and menstrual cycle reactivity: psychophysiological and self-report differences. *J Anxiety Disord* 1996;10:393–410.
74. Sigmon ST, Rohan KJ, Boulard NE, Dorhofer DM, Whitcomb SR. Menstrual reactivity: the role of gender-specificity, anxiety sensitivity and somatic concerns in self-reported menstrual distress. *Sex Roles* 2000; 43:143–61.
75. Sigmon ST, Dorhofer DM, Rohan KJ, Boulard NE. The impact of anxiety sensitivity, bodily expectations, and cultural beliefs on menstrual symptom reporting: a test of the menstrual reactivity hypothesis. *J Anxiety Disord* 2000;14:615–33.
76. Sigmon ST, Whitcomb-Smith SR, Rohan KJ, Kendrew JJ. The role of anxiety level, coping styles, and cycle phase in menstrual distress. *J Anxiety Disord* 2004;18:177–91.
77. Stewart SH, Taylor S, Baker JM. Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *J Anxiety Disord* 1997;11:179–200.
78. Bloch A. Self-awareness during the menopause. *Maturitas* 2002;41: 61–8.
79. Reynolds F. Some relationships between perceived control and women's reported coping strategies for menopausal hot flashes. *Maturitas* 1999;32(Suppl 1):25–32.
80. Bosworth HB, Bastian LA, Rimer BK, Siegler IC. Coping styles and personality domains related to menopausal stress. *Wom Health Iss* 2003;13:32–8.
81. Becker D, Lomranz J, Pines A *i sur*. Psychological distress around menopause. *Psychosomatic* 2001;42:252–25.
82. Soares CN, Warren M, ur. The Menopausal Transition – Interface between Gynecology and Psychiatry. Basel: Karger Verlag; 2009, str. 149.
83. Soares CN, Zitek B. Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: A continuum of vulnerability? *J Psychiatry Neurosci* 2008;33(Suppl 4):331–43.
84. Keefer L, Blanchard EB. Hot flash, hot topic: conceptualizing menopausal symptoms from a cognitive-behavioral perspective. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2005;30(Suppl 1):75–82.
85. Fistončić I, Ciglar S, Fistončić M *i sur*. Menopause in Croatia. Sociodemographic characteristics, women's attitudes and sources of information, compliance with HRT. *Maturitas* 2004;47(2):91–8.
86. Fistončić I, Franić D, Popić J, Fistončić N, Maletić A. Adherence with hormone replacement therapy in menopause. *Climacteric* 2010;13:570–7.