

Masterarbeit
Studiengang Sexologie IV, 2021-2024
zur Erlangung des akademischen Titels

Master of Arts Sexologie

der Hochschule Merseburg im Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur
und
des ISP Zürich, Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie

**«Die goldene Mitte» –
ein Workshop zu den Wechseljahren**

**Der Einfluss gezielter sexueller Bildung auf die Selbstakzeptanz
von Frauen in der Perimenopause und ihre Einstellung dazu**

Vorgelegt von:

Monika Nänni



Erstgutachter: Ben Kneubühler

Zweitgutachter: Prof. Dr. Harald Stumpe

Abgabedatum: 1. August 2024

Zusammenfassung

Die Perimenopause ist ein komplexes Phänomen. Neben hormonellen Veränderungen wirken sich auch psychosoziale und kulturelle Einflüsse auf das Erleben der Wechseljahre und die Sexualität aus. Die vorliegende Masterarbeit untersucht, welchen Anforderungen ein Angebot sexueller Bildung entsprechen muss, um Frauen während den Wechseljahren in ihrem psychosozialen Wohlbefinden zu unterstützen. Aus der Forschung zeigen sich die Selbstakzeptanz und die Einstellung gegenüber den Wechseljahren als beeinflussbare Faktoren, die einen positiven Einfluss auf das Erleben der Perimenopause und den Umgang mit Symptomen ausüben können. In der Konzeption der 3-teiligen Workshopreihe «Die goldene Mitte» wird die Selbstakzeptanz gestärkt durch die Vermittlung von biomedizinischem, wie auch psychosozialem Wissen, Achtsamkeitstraining und körperorientierten Methoden. Die Verarbeitung von Erfahrungen auf der kognitiven, emotionalen und sozialen Ebene sowie der Austausch mit anderen Frauen und das Erkennen eigener Ressourcen verbessern die Einstellung gegenüber den Wechseljahren und gegenüber dem Altern. Das Bildungsprogramm wird mit elf perimenopausalen Frauen durchgeführt und mittels Pre- und Post-Fragebogen sowie einer Gruppendiskussion ausgewertet. Die Evaluation der schriftlichen Rückmeldungen und die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse zeigen, dass sich sowohl die Selbstakzeptanz als auch die Einstellung gegenüber den Wechseljahren bei den Teilnehmerinnen positiv verändert haben. Damit stellt das sexuelle Bildungsprogramm «Die goldene Mitte» eine wirksame Massnahme zur Förderung der sexuellen Gesundheit von Frauen in der Perimenopause dar.

Abstract

The perimenopause is a complex phenomenon. In addition to hormonal changes, psychosocial and cultural influences also have an impact on the experience of the menopause and sexuality. This master's thesis examines the requirements a sexual education program must meet in order to support women in their psychosocial well-being during the menopause. Research has shown that self-acceptance and one's attitudes towards the menopause are factors that can have a positive influence on the experience of the perimenopause and how symptoms are dealt with. In the three-part workshop series «Die goldene Mitte», self-acceptance is strengthened by imparting biomedical and psychosocial knowledge, mindfulness training and body-oriented methods. The processing of experiences on a cognitive, emotional and social level as well as the exchange with other women and the recognition of one's own resources improve the attitude towards the menopause and ageing in general. The educational program is conducted with eleven perimenopausal women and evaluated by means of a pre- and post-questionnaire as well as a group discussion. The evaluation of the written feedback and the results of the qualitative content analysis show that both self-acceptance and attitudes towards the menopause have changed positively among the participants. The sexual education program «Die goldene Mitte» is therefore an effective measure for promoting the sexual health of perimenopausal women.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1. Einleitung	2
1.1. Zielsetzung und Fragestellung	3
1.2. Methodisches Vorgehen	3
1.3. Aufbau der Arbeit	4
1.4. Wichtige Begriffe	4
1.4.1. Frauen	4
1.4.2. Perimenopause und Wechseljahre	5
1.4.3. Sexuelle Bildung	6
1.4.4. Selbstakzeptanz	6
1.4.5. Einstellung	8
2. Perimenopause – ein komplexes Phänomen	8
2.1. Hormonelle Veränderungen	9
2.2. Psychosoziale Veränderungen	12
2.2.1. Rollenwechsel	13
2.2.2. Ende der Fruchtbarkeit	14
2.2.3. Psychisches Wohlbefinden	15
2.2.4. Einstellung gegenüber dem Alter	15
2.3. Sexualität in der Perimenopause	16
2.3.1. Vulvovaginale Gesundheit	17
2.3.2. Sexuelles Interesse	18
2.3.3. Beziehungsqualität und Beziehungsdauer	19
2.4. Einfluss der Selbstakzeptanz	20
2.4.1. Akzeptanz des eigenen Körpers	21
2.4.2. Akzeptanz der Perimenopause	21
2.4.3. Gesellschaftliches Bild der älteren Frau	22
2.5. Einstellung gegenüber der Perimenopause	23
3. Konzeption Bildungsprogramm	24
3.1. Anforderungen an das Bildungsprogramm	24
3.1.1. Wissensvermittlung	25
3.1.2. Beziehung zum eigenen Körper	25
3.1.3. Selbstakzeptanz	26
3.1.4. Einstellung gegenüber den Wechseljahren	27
3.1.5. Erfahrungsaustausch	28
3.1.6. Alter, Lebensübergang und gesellschaftliches Bild der älteren Frau	28
3.1.7. Leitung des Bildungsangebots	29
3.2. Ziele	29
3.2.1. Stärkung der Selbstakzeptanz und des Körperbewusstseins	29
3.2.2. Verbesserung der Einstellung gegenüber Wechseljahren und Alter	30
3.2.3. Selbstwirksamkeit durch Wissenserweiterung	30
3.2.4. Selbstreflexion	31
3.2.5. Förderung von Resilienzfaktoren	31
3.3. Inhalte	32
3.3.1. Selbstakzeptanz durch Achtsamkeit und Körperorientierung	32
3.3.2. Einstellung gegenüber den Wechseljahren und dem Alter	34
3.3.3. Biomedizinisches und sexologisches Wissen	35
3.3.4. Wissen über psychosoziale Veränderungen	36
3.3.5. Ressourcen erkennen	36
3.3.6. Austausch mit anderen Frauen	36
3.4. Struktur	37
3.5. Ergebnis «Die goldene Mitte»	39

4. Durchführung und Methode der Evaluation.....	39
4.1. Forschungsmethode	39
4.2. Untersuchungsablauf.....	40
4.3. Datenerhebung	41
4.3.1. Fragebogen	41
4.3.2. Gruppendiskussion.....	43
4.4. Stichprobe	46
4.5. Auswertungsmethode.....	47
4.6. Forschungsethik und Datenschutz	49
5. Ergebnisse der Evaluation	50
5.1. Evaluation mit Fragebogen.....	50
5.1.1. Konzeption und Durchführung	50
5.1.2. Selbstakzeptanz	52
5.1.3. Einstellung gegenüber den Wechseljahren.....	53
5.2. Evaluation durch Gruppendiskussion	54
5.2.1. Konzeption und Durchführung	54
5.2.2. Selbstakzeptanz	55
5.2.3. Einstellung gegenüber den Wechseljahren.....	56
5.2.4. Weitere Einflüsse des Bildungsprogramms	57
5.2.5. Wechseljahre im Kontext der Gesellschaft	58
6. Diskussion.....	58
6.1. Überprüfung der Ziele	59
6.1.1. Konzeption und Durchführung	59
6.1.2. Selbstakzeptanz	60
6.1.3. Einstellung gegenüber den Wechseljahren.....	61
6.2. Limitationen	61
6.3. Schlussfolgerungen und Ausblick.....	63
Schlusswort	68
Literaturverzeichnis.....	69
Internet-Quellen	82
Zusätzliches Literaturverzeichnis für «Die goldene Mitte».....	84
Abbildungsverzeichnis.....	89
Verzeichnis der Anhänge	90

Vorwort

«Above all, don't fear difficult moments. The best comes from them.»

Rita Levi-Montalcini

Noch vor wenigen Jahren hätte ich mit den Wechseljahren Hitzewallungen, Hormontherapie und unscheinbare ältere Frauen assoziiert. 'Hätte', weil ich mit diesem Thema schlicht nicht in Berührung gekommen bin. Mit niemandem habe ich je darüber gesprochen, geschweige denn gewusst, was die Wechseljahre bedeuten.

Das, obwohl ich eine Frau bin, anfangs der 40er stand und die Perimenopause auf mich zukommen würde, wie sie auf alle Frauen zukommt.

Nächte, in denen ich mehrmals schweissgebadet aufwachte und auf die Tage folgten, die ich mit schwammigem Gehirn durchwandelte, in nebliger Erinnerung an die Babyjahre meiner drei Kinder. Nie ausgeruht, schwankten meine Stimmungen zwischen hoffnungslos und gereizt-aggressiv. Im Wissen um meine glückliche Lebenssituation machte ich mich auf die Suche nach Erklärungen und Lösungen. Dies, obwohl die Antwort vor der Tür stand: die Wechseljahre.

Was für ein Privileg, mich im Rahmen dieser Masterarbeit so intensiv mit diesem Thema auseinandersetzen zu dürfen. Mein Dank gilt Matthias, dem Mann an meiner Seite. Danke, dass du das Gute und Schöne in mir siehst und die Liebe zu unseren Kindern teilst. Ich liebe dich.

1. Einleitung

Aufgrund der weltweit steigenden Lebenserwartung erleben nahezu alle Frauen die Perimenopause, allgemein bekannt als Wechseljahre. In der Schweiz leben aktuell 782'000 Frauen im Alter zwischen 40 und 52 Jahren (Bundesamt für Statistik, 2023) und sind somit potenziell von der Perimenopause betroffen.

Mitbetroffen ist meist auch das private wie berufliche Umfeld der Frauen. Damit ist das Thema gesamtgesellschaftlich hoch relevant.

Unter diesem Gesichtspunkt ist es erstaunlich, dass das Thema der Wechseljahre in der Öffentlichkeit und auch im Privaten kaum diskutiert und ausserhalb des medizinischen Kontexts gemieden wird (Seehafer, 2000, S. 15; Binder-Fritz, 2005, S. 18; Wolf, 2009, S. 81). Dies, obwohl rund ein Drittel der Frauen so stark unter den Beschwerden der Wechseljahre leidet, dass die Lebensqualität deutlich eingeschränkt ist (Schneider et al., 2021, S. 115; Schultz-Zehden, 2004, S. 352).

Frauen sind in den Wechseljahren von weit mehr betroffen als den bekannten Hitzewallungen. Das Ende der Fruchtbarkeit, der anstehende Rollenwechsel durch Veränderungen in Beziehungen und Familie, eine berufliche Neuorientierung sowie körperliche Veränderungen durch den Alterungsprozess gehören zu den psychosozialen Herausforderungen, denen sich perimenopausale Frauen in der Mitte ihres Lebens stellen müssen. Diese physischen, sozialen und emotionalen Faktoren haben direkte und indirekte Auswirkungen auf die Sexualität.

In der jüngsten Forschung konnten Erkenntnisse über die Bedürfnisse perimenopausaler Frauen in Bezug auf die sexuelle Bildung gewonnen werden. Allerdings fehlt bislang die Umsetzung dieser Erkenntnisse in konkrete Bildungsinhalte und deren Evaluation. Es besteht dringender Handlungsbedarf, Frauen in dieser Lebensphase mit gezielter, wissenschaftlich fundierter sexueller Bildung zu unterstützen (Steffes, 2022, S. 74ff.) und in ihrem psychosozialen Wohlbefinden zu stärken. Bislang stehen meist Kinder und Jugendliche im Fokus sexueller Bildung, während das Angebot für Erwachsene eingeschränkt ist (Böhm et al., 2022, S. 14; Sielert, 2022, S. 22). Sind Frauen das Zielpublikum sexueller Bildung, so konzentriert sich das Angebot auf die Unterstützung rund um die Reproduktion, Schwangerschaft und Geburt oder sexuellen Missbrauch. Mit der vorliegenden Arbeit soll die Lücke zwischen dem Bedürfnis perimenopausaler Frauen nach sexueller Bildung und dem fehlenden Angebot (Steffes, 2022, S. 75) geschlossen werden. Das Bildungsprogramm «Die goldene Mitte» soll körperorientierte Methoden beinhalten und dem Anspruch einer ganzheitlichen Sichtweise auf die Thematik der Wechseljahre gerecht werden.

Die Aspekte der Selbstakzeptanz und der Einstellung gegenüber den Wechseljahren sind bei der Konzeption von zentraler Bedeutung. Diese stellen beeinflussbare Faktoren dar, die für das Erleben der Wechseljahre und den Umgang mit Symptomen relevant sind. Es gilt zu untersuchen, ob ein solches Angebot die Frauen im Sinne des Empowerment-Ansatzes (Herriger, 2020, S. 20f.) in ihrer Handlungskompetenz und Selbstakzeptanz tatsächlich unterstützt und sie eine positivere Einstellung gegenüber den Wechseljahren gewinnen können.

1.1. Zielsetzung und Fragestellung

Das Ziel dieser Masterarbeit ist die Konzeption, Durchführung und Evaluation eines 3-teiligen Bildungsprogramms «Die goldene Mitte», um das psychosoziale Wohlbefinden von perimenopausalen Frauen zu steigern.

Die Teilnehmerinnen setzen sich mit dem Thema der Wechseljahre auseinander, gewinnen Informationen und gelangen in den Austausch mit anderen Frauen.

Folgende Frage wird für die Konzeption des Bildungsprogramms untersucht:

- Welchen Kriterien muss ein Bildungsprogramm entsprechen, um Frauen in der Perimenopause in ihrem psychosozialen Wohlbefinden zu unterstützen?

Folgende Fragen werden zur Evaluation des Bildungsprogramms untersucht:

- Inwiefern wirkt sich das Bildungsprogramm auf die Selbstakzeptanz der Frauen aus?
- Inwiefern beeinflusst das Bildungsprogramm die Einstellung der Teilnehmerinnen gegenüber den Wechseljahren?

1.2. Methodisches Vorgehen

Um der Fragestellung zur Konzeption des Bildungsprogramms nachzukommen, werden die Kriterien anhand einer Literaturrecherche erarbeitet. Darauf aufbauend werden relevante Ziele und Inhalte für das Bildungsprogramm eruiert sowie eine geeignete Struktur und die didaktische Umsetzung konzipiert.

Vor der ersten Bildungseinheit beantworten die Teilnehmerinnen Fragen zur Selbstakzeptanz und ihrer Einstellung gegenüber den Wechseljahren mittels eines Fragebogens. Diese Fragen werden den Frauen nach den drei Workshops nochmals gestellt. Die Qualitätskriterien des Bildungsprogramms werden ebenfalls schriftlich operationalisiert.

Für die vertiefte Untersuchung der Fragestellung zur Evaluation des Bildungsprogramms wird ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, mit dessen Hilfe die Auswirkungen der sexuellen Bildung auf die Selbstakzeptanz und die Einstellung der

Teilnehmerinnen gegenüber den Wechseljahren erfragt und ausgewertet wird. Die empirischen Daten werden anhand einer ermittelnden Gruppendiskussion (Lamnek, 2005, S. 31) erhoben, nachdem die Teilnehmerinnen sämtliche Bildungseinheiten absolviert haben. Die Gruppendiskussion wird mit der Zustimmung der Frauen aufgezeichnet und nach den Regeln von Kuckartz (2018) transkribiert. Für die Auswertung wird die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gewählt.

1.3. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Masterarbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Zunächst werden relevante Begriffe erläutert und der aktuelle Forschungsstand zu den biopsychosozialen Veränderungen dargelegt, von denen die Frau in der Perimenopause betroffen ist. Ausserdem wird beleuchtet, welche Auswirkung diese auf die Sexualität haben und kulturelle Unterschiede im Erleben der Wechseljahre aufgezeigt. Dieses zweite Kapitel dient der theoretischen Grundlage für die Konzeption des Bildungsprogramms. Im Kapitel 3 werden die Kriterien eruiert, welchen das Bildungsprogramm in Bezug auf Inhalt und Struktur entsprechen muss. Basierend auf der qualitativen Studie von Steffes (2022) und Literatur zur sexuellen Bildung werden die Anforderungen an das Bildungsprogramm festgelegt. Das Ergebnis dieser Analyse wird in der Folge mit didaktischen Überlegungen dargelegt.

Anschliessend werden im Methodenteil des 4. Kapitels die Durchführung und Evaluation des Bildungsprogramms beschrieben. Die dafür verwendeten Materialien, die Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden sowie die Stichprobe werden aufgeführt.

Im darauffolgenden 5. Kapitel werden die quantitativen Daten der Fragebogen sowie die qualitativen Ergebnisse aus der Gruppendiskussion präsentiert. Schliesslich werden die Ergebnisse und die Methodik im Kapitel 6 diskutiert. Die vorliegende Arbeit schliesst mit dem Ausblick auf mögliche Optimierungen des Bildungsprogramms, zukünftige Angebote sexueller Bildung und weiterer Forschungsfragen.

1.4. Wichtige Begriffe

Im Folgenden werden die für diese wissenschaftliche Arbeit relevanten Begriffe *Frauen*, *Perimenopause*, *Wechseljahre*, *sexuelle Bildung*, *Selbstakzeptanz* und *Einstellung* definiert.

1.4.1. Frauen

Das Erleben der Perimenopause bezieht sich in der vorliegenden Arbeit auf die körperliche Realität von biologischen Frauen und deren hormonelle Veränderungen.

Soweit erkennbar beziehen sich die zitierten Studien auf Daten von Cis-Frauen. Dies trifft ebenfalls auf sämtliche Teilnehmerinnen des Bildungsprogramms zu. Da die Trans-Perspektive der Wechseljahre nicht Teil dieser Arbeit ist, wird anstelle von inklusiveren Bezeichnungen im Folgenden von Frauen gesprochen.

1.4.2. Perimenopause und Wechseljahre

Während umgangssprachlich der Begriff der *Wechseljahre* geläufig ist, wird im medizinischen Kontext meist von *Klimakterium*, *Perimenopause*, *menopausalem Übergang* oder *Menopause* gesprochen. 2001 definierte der *Stages of Reproductive Aging-Workshop* (STRAW) in den USA die Begrifflichkeiten genauer (Soules et al., [STRAW], 2001, S. 268). Die angepasste STRAW+10-Klassifikation entspricht dem Goldstandard und definiert das weibliche Alter. Sie ist unabhängig von Ethnizität, Body-Mass-Index oder Lebensstil und lässt sich auf den Grossteil der Frauen anwenden (Harlow et al., 2012, S. 105).

Bei den meisten Frauen beginnen sich die Menstruationszyklen im Alter zwischen 38 und 44 Jahren leicht zu verändern. In dieser frühen Phase des menopausalen Übergangs kann sich der Zyklus sowohl verlängern als auch verkürzen. Diese Phase der unregelmässigen Blutungen entspricht der Prämenopause (Schneider et al., 2021, S. 114).

Im weiteren Verlauf fallen zwei und mehrere Zyklen aus, bis die Phase mit der letzten Monatsblutung, der Menopause, endet. Dieser Zeitpunkt kann retrospektiv festgestellt werden, nachdem 12 Monate keine Menstruation mehr stattgefunden und hat und es dafür keine pathologische Erklärung gibt (Hoga et al., 2015, S. 72).

Sowohl die Perimenopause als auch das Klimakterium werden synonym verwendet und umfassen den Zeitraum von den ersten zyklischen Veränderungen bis ein Jahr nach der Menopause (Harlow et al., 2012, S. 109; Tschürtz et al., 2024, S. 68). Umgangssprachlich wird dieser Zeitraum als Wechseljahre bezeichnet. Die Begriffe «Perimenopause» und «Wechseljahre» beschreiben beide die Phase der hormonellen Veränderungen. 95% der Frauen befinden sich im Alter zwischen 45-55 Jahren in den Wechseljahren, wobei das durchschnittliche Alter der Menopause bei 51 Jahren liegt (Lasch & Fillenberg 2017, S. 162). Die Postmenopause beginnt mit der letzten Blutung, und dauert bis zum Lebensende (Harlow et al., 2012, S. 109; Soules et al., 2001, S. 268) oder mündet nach der Definition von Lasch und Fillenberg (2017) 10 bis 17 Jahre nach der Menopause ins «Senium» (Lasch & Fillenberg, 2017, S. 162).

1.4.3. Sexuelle Bildung

In den 1960er-Jahren etablierte sich die *Sexualaufklärung*, wobei es um den kognitiven Wissenstransfer für Heranwachsende ging. Dieser Begriff wurde in den 1980er-Jahren von der *Sexualpädagogik* abgelöst. Sie integrierte die nun konsensfähige Sexualaufklärung und verschrieb sich der Kompetenzvermittlung. Zentral war die Frage der sexuellen Selbstbestimmung. (Valtl, 2013, S. 126). Uwe Sielert (2005) und Karlheinz Valtl (2005) entwickelten auf dieser Basis den Begriff der *sexuellen Bildung* (Sielert, 2005, S. 1; Valtl, 2005, S. 13f.).

Im Gegensatz zur Sexualpädagogik macht sexuelle Bildung deutlich, dass es sich nicht nur um Kinder und Jugendliche handelt, sondern dass auch Erwachsene gemeint sind. Mit zunehmendem Alter geschieht Veränderung aufgrund persönlicher Erfahrung. Die Einstellung wird in der Interaktion mit anderen überprüft und mehr oder weniger bewusst entwickelt. Mehr als Erziehung ist das Ziel sexueller Bildung die *Selbsttätigkeit* des Lernens (Sielert & Schmidt, 2013, S. 12). Die Schwerpunkte liegen auf selbstbestimmten Lernformen sowie der Selbstformung und -gestaltung der Lernenden, um deren Autonomie zu fördern (Kluge, 2013, S. 120; Valtl, 2013, S. 128). Sexuelle Bildung ist *ganzheitlich* und berücksichtigt Aspekte des Körpers, der Seele und des Geistes gleichermassen und geht damit über die präventiven Kompetenzen hinaus (Sielert, 2013a, S. 41; Sparmann, 2015, S. 12). Ihr Ziel ist es, lebensnahe, differenzierte und praktische Erfahrungen zu ermöglichen und vielfältige Kompetenzen zu vermitteln (Sparmann, 2015, S. 12).

Nach Valtl (2013) sind die fünf zentralen Kennzeichen sexueller Bildung folgende:

- Sexuelle Bildung ist selbstbestimmt und lerner*innenzentriert
 - Sexuelle Bildung hat einen Wert an sich
 - Sexuelle Bildung ist konkret und brauchbar
 - Sexuelle Bildung spricht den ganzen Menschen an
 - Sexuelle Bildung ist politisch
- (Valtl, 2013, S. 128–139).

1.4.4. Selbstakzeptanz

Die Begriffe «Selbstwert», «Selbstwertgefühl», «Selbstvertrauen» und «Selbstakzeptanz» werden in der Literatur uneinheitlich und wenig trennscharf verwendet. Nach Potreck-Rose und Jacob (2021) werden Selbstwert und Selbstwertgefühl je nach theoretischem oder therapeutischem Kontext, jedoch weitgehend synonym verwendet. Selbstvertrauen bezieht sich auf die Überzeugung, etwas zu können. Selbstwert beinhaltet zusätzlich die Einschätzung persönlicher Attribute, die nicht zwangsläufig mit Kompetenzen zu tun haben müssen. Selbstvertrauen ist eine

Teilkomponente des Selbstwertes, die auf Kompetenzen und Können fokussiert (Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 20f.). Ein hoher Selbstwert äussert sich nach Schütz (2003) in positiven Selbstbeschreibungen (Schütz, 2003, S. 183). Im Unterschied dazu ist mit der Selbstakzeptanz die fundamentale Akzeptanz der eigenen Person gemeint, die ebenfalls die Akzeptanz der eigenen Schwächen miteinbezieht (Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 21; Schütz, 2003, S. 183).

Dieser Terminus entspricht demjenigen von Fehm und Weidmann (2023), die die Selbstakzeptanz als den sich zugewandten Umgang mit eigenen Fehlern und Unzugänglichkeiten beschreiben (Fehm & Weidmann, 2023, S. 8).

Potreck-Rose und Jacob (2021) definieren die Selbstakzeptanz als eine der vier Säulen des Selbstwertes, welche die positive Einstellung zu sich selbst beschreibt. Zu den wesentlichen Eigenschaften der Selbstakzeptanz gehören: *zufrieden mit sich sein, einverstanden mit sich sein, sich wertschätzen, eins mit sich sein sowie sich in sich selbst zu Hause fühlen*. Eine Person, die über eine hohe Selbstakzeptanz verfügt, ist zu sich selbst positiv eingestellt und kann die Einstellung auch äussern, wenn sie danach gefragt wird (Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 70f.). Zusammen mit dem Selbstvertrauen, das sich auf die positive Einstellung zu eigenen Fähigkeiten und Leistungen bezieht, stellt die Selbstakzeptanz die intrapersonelle Dimension des Selbstwertes dar. Die soziale Kompetenz und das soziale Netz sind die beiden weiteren Säulen des Selbstwertes und beschreiben die interpersonelle Dimension, die in der vorliegenden Arbeit nicht fokussiert wird (Fehm & Weidmann, 2023, S. 8; Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 70).

Die Definition der Selbstakzeptanz von Potreck-Rose und Jacob (2021) deckt sich mit derjenigen von Branden (2010) mit der 2. Säule des Selbstwerts, die er «sich selbst annehmen» benennt (Branden, 2010, S. 126). Die Selbstannahme wird synonym mit Selbstakzeptanz verwendet und beinhaltet ein aktives Tun. Die Selbstannahme umfasst drei Bedeutungsebenen. Sich selbst annehmen heisst sich wertschätzen und mit Respekt behandeln. Als Zweites gehört zur Selbstannahme die Bereitschaft, die eigenen Gefühle und Gedanken unbeschönigt und realistisch zu akzeptieren (Branden, 2010, S. 111ff.). Der dritte Aspekt der Selbstannahme besteht aus dem Selbstmitgefühl, sich selbst ein Freund zu sein (Branden, 2010, S. 115f.).

Häufig wird die ausgeprägte körperliche Komponente der Selbstakzeptanz vernachlässigt. Tylka (2011) bezeichnet die Körperakzeptanz als wichtigste Komponente der Selbstakzeptanz «...expressing comfort with and love for the body, despite not being completely satisfied with all aspects of the body.». Dabei geht es um das

Wohlfühlen im eigenen Körper, auch wenn man mit diesem nicht absolut zufrieden ist (Tylka, 2011, S. 59). Die Selbstakzeptanz beinhaltet ebenfalls, auf die eigenen Bedürfnisse zu achten und diese zu respektieren (Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 73). Nach Carson und Langer (2006) ist ein wichtiger Aspekt der Selbstakzeptanz die Bereitschaft und Fähigkeit, anderen sein wahres Ich zu zeigen (Carson & Langer, 2006, S. 31).

1.4.5. Einstellung

Ein einflussreiches Konzept zum Begriff der Einstellung ist das Multikomponentenmodell von Zanna und Rempel (1988). Auf diesem Modell basierend definieren die Sozialpsychologen Maio und Haddock (2010) Einstellungen als eine «Gesamtbeurteilung eines Objekts, die auf kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Informationen beruht» (Maio & Haddock, 2010, S. 4). Bei der vorliegenden Arbeit sind Kognitionen, Gedanken und Überzeugungen gemeint, die mit der Perimenopause assoziiert werden. Die affektive Komponente bezeichnet die Gefühle und Emotionen, die mit den Wechseljahren in Verbindung gebracht werden. Als Verhaltenskomponente von Einstellungen werden Verhaltensweisen bezeichnet, die der persönlichen Einstellung gegenüber den Wechseljahren zugrunde liegen. Daraus ergibt sich der Gedanke, dass die Äusserung einer Einstellung einem wertenden Urteil über das Einstellungsobjekt entspricht. Einstellungen beeinflussen sowohl unsere Wahrnehmung als auch unser Verhalten und können positiv, wie auch negativ oder neutral ausfallen und in ihrer Stärke variieren. Einstellungen *beruhen* auf Überzeugungen, Gefühlen und Verhaltensweisen. Gleichzeitig *formen* sie Überzeugungen, Gefühle und Verhaltensweisen (Haddock & Maio, 2010, S. 198f.).

2. Perimenopause – ein komplexes Phänomen

Dieses Kapitel befasst sich mit der Perimenopause als komplexes Phänomen. Ziel ist es, die biopsychosozialen Dimensionen der hormonellen Veränderungen zu reflektieren sowie die Aspekte der Lebensübergänge und den Umgang mit dem Alter zu beleuchten. Der Rückgang der Östrogenproduktion hat zum einen physiologische Auswirkungen und somit einen direkten Einfluss auf die Sexualität. Zum anderen wirkt sich die Veränderung der hormonellen Lage auch auf die Psyche und das soziale Umfeld der Frauen aus. Die Lebensrealität der Frauen sowie die Selbstakzeptanz und ihre Einstellung gegenüber den Wechseljahren und dem Alter haben Einfluss darauf, wie die Perimenopause erlebt wird.

2.1. Hormonelle Veränderungen

Das folgende Unterkapitel beschreibt die endokrinologischen Veränderungen, von denen Frauen in der Perimenopause betroffen sind, und untersucht deren weitreichende Auswirkungen auf den gesamten Organismus der Frau. Die Schwankungen des Hormonspiegels führen zu zahlreichen Symptomen, die in Häufigkeit und Intensität variieren und die die Lebensqualität beeinträchtigen können.

Die ersten Anzeichen der Perimenopause erkennt eine Frau meist durch Unregelmässigkeiten im Zyklus. Die Durchblutung des Gewebes nimmt ab und verändert den gewohnten Zyklus. In der Folge führt dies zu diversen möglichen Veränderungen: schwächere Blutungen, kürzere Zyklen, stärkere Blutungen, längere Zyklen, Zwischenblutungen oder ausbleibende Blutungen.

Das Hormonsystem, welches den Zyklus reguliert, umfasst die Eierstöcke, die Hypophyse und den Hypothalamus. Die Hypophyse bildet das follikelstimulierende Hormon (FSH) und das luteinisierende Hormon (LH). Das ausgeklügelte Kommunikationssystem zwischen Gehirn und Eierstöcken funktioniert durch negative, bzw. positive Rückkoppelung. Die Eierstöcke reagieren auf die Ausschüttung von LH und/oder FSH mit der Bildung von Östrogenen und Progesteron (Gelbkörperhormon), und umgekehrt veranlassen sie die Hypophyse zu verstärkter oder verringerter Aktivität.

In der Perimenopause kommt es zu starken Hormonschwankungen, insbesondere bei den Östrogenen. Dies geschieht, weil der Eizellvorrat im Eierstock allmählich zur Neige geht. Die Eierstöcke können nicht mehr auf die Signale der Hypophyse reagieren, sodass nur noch wenig oder kein Östrogen und Progesteron gebildet wird. Infolgedessen schüttet die Hypophyse noch mehr LH und FSH aus, um die Eierstöcke zu aktivieren. Dadurch kann der Östrogenspiegel höher liegen als bei jungen Frauen oder so tief wie bei Frauen in der Menopause. Insgesamt herrscht ein relativer Überschuss von Östrogenen im Vergleich zum Progesteron, was Störungen des Zyklus begünstigt (Beckermann, 2020, S. 35ff.; Jahn & Widmer 2019, S. 21ff.; Lozza-Fiacco & Ehlert, 2023, S. 14f.).

Ein bis zwei Jahre vor der Menopause fällt auch der Östrogenspiegel, wobei der Progesteronspiegel weiterhin niedrig bleibt. Die Steuerungshormone LH und FSH steigen weiter an, da die Rückkoppelung durch Östrogene und Progesteron fehlt. Letztendlich sinkt in der Postmenopause auch der Östrogenspiegel auf Null (Bucher, 2006, S. 567; Schneider et al., 2021, S. 114f.). Es handelt sich demzufolge nicht um ein kontinuierliches Schwinden der Östrogen- und Progesteron-Sekretion,

sondern vielmehr um eine Berg-und-Tal-Fahrt der Hormone (Schaudig & Schwenk-hagen, 2018, S. 830).

Der Rückgang der Östrogenwerte hat einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit der Frau. So kann er zu Demenz und Osteoporose führen. Ausserdem hat der Östrogenmangel verschiedene Effekte auf den Stoffwechsel einer Frau, beispielsweise eine veränderte Körperfettverteilung, erhöhter Blutdruck und gestörte Blutgerinnung, die das kardiovaskuläre Risiko auslösen oder erhöhen können (Beier et al., 2021, S. 132; Genazzani, 2007, S. 135ff.). Der Östrogenrückgang beschleunigt den Alterungsprozess der Arterien und erhöht das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankung (Genazzani, 2007, S. 139). Die nachlassende Produktion von Östrogen und Progesteron während der Perimenopause in den Eierstöcken führt zu Veränderungen im Hypothalamus, wo die Körpertemperatur und die Emotionen gesteuert werden. Dadurch entstehen zahlreiche Symptome, die von den Frauen unterschiedlich empfunden werden. Vasomotorische Symptome (VMS), also Hitzewallungen und Nachtschweiss, gelten als Leitsymptome des Klimakteriums und werden am häufigsten angegeben. In westlichen Ländern sind etwa 75 % der Frauen von VMS betroffen, ca. 25 % davon schwer (Sarri et al., 2017, S. 1514).

Dennoch ist nicht genau gesichert, welche hormonellen Faktoren die typischen Wechseljahressymptome bewirken. Niedrige Östrogenwerte allein können nicht der Grund sein, da nach der Menopause alle Frauen niedrige Östrogenspiegel haben, aber längst nicht alle Frauen von Hitzewallungen betroffen sind. Ausserdem haben auch Mädchen vor der Pubertät tiefe Östrogenspiegel und vasomotorische Symptome. Für die Entstehung von Hitzewallungen gibt es bislang nur Hypothesen. So könnten abfallende Östrogenspiegel die Ausschüttung von Botenstoffen bewirken, die die Blutgefässe erweitern und so zu VMS führen. Eine andere Vermutung ist, dass durch den Östrogenabfall die Schwelle im Temperaturregulationssystem herunterreguliert wird. Ebenso wenig ist geklärt, welche Mechanismen dazu führen, dass VMS nach einiger Zeit wieder verschwinden oder es Frauen gibt, die keine Hitzewallungen erleben (Beckermann, 2020, S. 36ff.). Bekannt ist jedoch, dass früh auftretende Beschwerden länger anhalten als bei Frauen, die erst nach der Menopause davon betroffen sind. Im Durchschnitt leidet eine Frau rund 7,4 Jahre unter diesen Symptomen (Avis et al., 2015, S.531; Schneider et al., 2021, S. 115).

Neben VMS sind laut der Deutschen und der Schweizerischen Menopausen-Gesellschaft folgende Anzeichen der Wechseljahre häufig zu beobachten: Konzentrations- und Schlafstörungen, Müdigkeit, Schwindel, Gelenk- und Kopfschmerzen, Nervosität, Verstimmungen, Aggressivität, Angstzustände, Reizbarkeit, Depres-

sion, Herzrasen, Veränderungen an Haut und Haaren, vermindertes Sexualverlangen sowie das Austrocknen der Schleimhäute und die Abnahme der Knochendichte. Östrogene sind besonders wichtig für die Gesundheit und Funktion der Vulva und Vagina. Durch den Hormonabfall wird die Vaginalwand schlechter durchblutet, dünner, blasser, trockener und verliert an Elastizität. Die Vagina wird enger und kürzer, und die glatte Muskulatur bildet sich zurück. Das Risiko für Harnwegsinfektionen und Belastungsinkontinenz steigt, worunter jede zweite Frau leidet (Delisle, 2011b, S. 35; De Liz, 2022, S. 83; Drimalla, 2016, S.14; Genazzani, 2007, S. 137; Von Schell & Hübner, 2022, S. 27).

Für die vielfältigen vulvovaginalen und sexuellen Symptome hat die Nordamerikanische Menopause-Gesellschaft (NAMS) 2014 den Begriff *Genitourinary Syndrome of Menopause* (GSM), zu Deutsch *urogenitales Menopausensyndrom* eingeführt (Portman & Gass, 2014, S. 2865). Symptome wie vaginale Atrophie, vaginale Trockenheit, Harnwegsinfektionen oder Harninkontinenz werden damit zusammengefasst (Von Schell & Hübner, 2022, S. 26).

Unabhängig von den hormonellen Veränderungen wandelt sich der Körper während den Wechseljahren auch aufgrund des fortschreitenden Alters. Bislang ist unklar, ob Schlafstörungen und die Veränderung der Knochendichte auf endokrinologische Veränderungen oder auf den Alterungsprozess an sich zurückzuführen sind (Stoppe et al., 2000, S. 253). Die Konferenz der National Institutes of Health (2005) kam zu dem Schluss, dass es einen eindeutigen Zusammenhang von vasomotorischen Symptomen, vaginaler Trockenheit und der Perimenopause gibt (National Institutes of Health, 2005, S. 1010).

Sowohl das Alter als auch die hormonellen Veränderungen spielen bei der Gewichtszunahme eine Rolle. Zudem sorgen die weiter unten beschriebenen Lebensumstände für eine Belastung, die sich körperlich auswirkt. Stress löst die vermehrte Ausschüttung von Cortisol aus, wodurch das Insulin nicht mehr aufgenommen wird. Dies führt zu einer Bildung von Fettgewebe, vor allem am Bauch. Dieser Effekt wird durch den sinkenden Östrogenspiegel zusätzlich verstärkt (Schneider et al., 2021, S. 117).

Rund ein Drittel aller Frauen ist von den Symptomen der Perimenopause so stark betroffen, dass ihr Alltag deutlich eingeschränkt und die Lebensqualität beeinträchtigt ist (Schneider et al., 2021, S. 115; Schultz-Zehden, 2004, S. 352).

2.2. Psychosoziale Veränderungen

Dieses Unterkapitel beschäftigt sich mit den Aspekten, die sich auf das psychosoziale Wohlbefinden von perimenopausalen Frauen auswirken. Die Frau ist mit dem Ende der eigenen Fruchtbarkeit konfrontiert, was je nach kulturellem Kontext an gesellschaftliche Erwartungen und sozialem Ansehen geknüpft ist. Überdies können Veränderungen der persönlichen Lebenssituation Rollenwechsel bewirken, die die Wahrnehmung der Wechseljahre ebenso beeinflussen wie die psychische Verfassung und die Einstellung gegenüber dem Alter. Ein gesundes Selbstvertrauen, ein intaktes soziales Umfeld, Zufriedenheit in der Partnerschaft sowie eine Erwerbstätigkeit sind einflussreiche Faktoren, die den Umgang mit der Perimenopause determinieren.

Während vasomotorische Symptome dem Hormonabfall in den Wechseljahren zugeschrieben werden, ist der kausale Zusammenhang zwischen den Symptomen wie Reizbarkeit, Ängsten und allgemeinen Stimmungsschwankungen und den endokrinologischen Veränderungen nicht eindeutig geklärt. Die genaue Ursache dafür zu finden ist komplex, da die Perimenopause mehrere Jahre dauert und es für die schwer fassbaren Symptome keine speziell validierten Evaluationsinstrumente gibt (Schaudig & Schwenkhagen, 2018, S. 830). Wissenschaftler*innen bemängeln, dass ein tiefes Verständnis der Perimenopause fehlt, solange die Wechseljahre vor einem ausschliesslich biomedizinischen Hintergrund erforscht werden. Es sei wichtig, ebenfalls soziale, kulturelle und psychologische Faktoren miteinzubeziehen, um die Reaktionen der Frauen in den Wechseljahren einordnen zu können. Diese Daten müssten Ärzt*innen zugänglich sein, worin eine Schwierigkeit bestehe (Nosek et al., 2012, S. 1; Hinchliff et al., 2010, S. 724; Utian, 2005, S. 8; Woods & Mitchell, 2005, S. 15).

Einige Studien zeigen, dass sich das Auftreten depressiver Verstimmungen während der Wechseljahre häuft, und diese werden mit dem Hormonabfall in Verbindung gebracht (Freeman et al., 2006, S. 382; Genezzani, 2007, S. 136). Bei anderen Studien werden die Ursachen depressiver Verstimmungen weniger auf die Wechseljahre zurückgeführt, sondern dem Stress, Beziehungsproblemen oder früheren Depressionen zugeschrieben (Kaufert et al., 1992, S. 154; Mitchell & Woods, 1996, S. 8). In der Literatur schwanken sowohl die Häufigkeit als auch die Dauer sämtlicher Symptome. Der individuelle Leidensdruck ist offenbar von verschiedenen Faktoren abhängig. Der psychische Faktor scheint den grössten Einfluss auf die Beschwerden der Frauen auszuüben (Schultz-Zehden, 2004, S. 351f.).

Die Ergebnisse der qualitativen Studie von Nosek et al. (2012) zeigen, dass sich psychosoziale Einflüsse auf die Symptomerfahrungen von perimenopausalen Frauen individuell auswirken und jeweils im Kontext ihrer unmittelbaren Lebenswelt zu interpretieren sind (Nosek et al., 2012, S. 7).

2.2.1. Rollenwechsel

Die Mehrheit der Frauen steht in der Mitte ihres Lebens, wenn sie von den hormonellen Veränderungen der Perimenopause betroffen ist (Schneider et al., 2021, S. 114). Damit verbunden sind «zentrale lebenszyklische Ablösungs- und Loslösungsprozesse» (Perrig-Chiello, 2024, S. 102). Die emeritierte Entwicklungspsychologin Perrig-Chiello spricht in diesem Zusammenhang von der *Sandwich-Generation*, wonach diese sowohl für die nachkommende Generation als auch für die Eltern verantwortlich ist. Der Auszug der Kinder kann das *Empty-Nest-Syndrom* und einen Rollenwechsel auslösen. Daneben stehen mit der zunehmenden Hilfsbedürftigkeit der eigenen Eltern bedeutende Lebensveränderungen und Entwicklungsaufgaben an. Die Doppelbelastung stellt für die Paarbeziehung häufig eine Herausforderung dar. Je nach gelebter Rolle als Mutter und Hauptverantwortliche der Familie verliert die Frau in der Lebensmitte gesellschaftlichen Status, was zu einer Krise des Selbstbildes führen kann (Perrig-Chiello, 2024, S. 101ff.; Schultz-Zehden, 2004, S. 350).

Die Studie von Deeks und McCabe zeigt, dass Frauen, die sich noch nicht in den Wechseljahren befinden, eine positivere Einstellung zu ihrer Rolle im Leben haben als peri- oder postmenopausale Frauen und dies unabhängig von ihrem Alter. Auf die Frage nach ihren Rollen im Leben gab die Mehrheit der befragten Frauen *Mutter* als sehr wichtig an. Ändert sich diese Rolle in den Wechseljahren durch die zunehmende Unabhängigkeit der Kinder, beurteilen die Frauen ihre Lebensrolle negativer (Deeks & McCabe, 2004, S. 396).

Diese Problematik zeigt sich ebenfalls in den Forschungsergebnissen von Steptoe et al. (2015), wonach die Lebenszufriedenheitskurve im Altersvergleich u-förmig ist. Der Tiefpunkt liegt in westlichen Ländern zwischen 45 und 54 Jahren (Steptoe et al., 2015, S. 642) und fällt damit in die Zeit der Perimenopause.

Mishra und Kuh (2006) untersuchten die wahrgenommene Veränderung der Lebensqualität in den Wechseljahren. Die Lebensqualität wurde in den folgenden drei Bereichen gemessen: der körperlichen und psychosomatischen Gesundheit sowie im persönlichen Leben. Es zeigt sich, dass das Selbstvertrauen einer Frau, die Zufriedenheit mit der Partnerschaft sowie der beruflichen und familiären Situation den

grösseren Einfluss auf die Lebensqualität darstellt als der menopausale Übergang (Avis et al., 2009, S. 448; Chedraui et al., 2009, S. 133; Mishra & Kuh, 2006, S. 101; Seehafer, 2000, S. 15). Frauen können mit den Wechseljahren besser umgehen, wenn sie mehrere Rollen in ihrem Leben einnehmen. Eine Erwerbstätigkeit ausser Haus erhöht das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit (Strauss, 2011, S. 125).

2.2.2. Ende der Fruchtbarkeit

Mit den Wechseljahren wird die Frau zwangsläufig mit dem Ende ihrer Fruchtbarkeit konfrontiert, was eine bewusste Reflexion der Lebenspläne bedeutet. Auch ohne Kinder steht in dieser Lebensphase oftmals eine berufliche Neuorientierung an, und die Paarbeziehung muss neu definiert werden (Schultz-Zehden, 2004, S. 352; Von Sydow, 2015, S. 18).

Die Wahrnehmung der Wechseljahre und der Umgang mit dem Verlust der Fertilität unterscheidet sich zudem je nach Kultur einer Gesellschaft, dem familiären und sozialen Netzwerk und der allgemeinen Gesundheit. Ferner kann der soziale Status einer älteren Frau deutlich variieren. Sämtliche Faktoren haben Auswirkungen auf die Sexualität von perimenopausalen Frauen (Avis et al., 2009, S. 443; Bachmann & Leiblum, 2004, S. 120; Baber, 2017, S. 291; Obermeyer, 2000, S. 184; Pines et al., 2008, S. 268). In einigen Kulturen wird der Wert einer Frau an ihrer Attraktivität und Fruchtbarkeit gemessen. Ist die Phase der Reproduktion vorbei, verliert die Frau an sexuellem und gesellschaftlichem Ansehen (Heidari et al., 2019, S. 23; Liu & Eden, 2007, S. 363f.).

Die Menopause bedeutet für manche Frauen das Ende der sexuellen Aktivität, sofern die Sexualität ausschliesslich des Zwecks der Fortpflanzung dient. Dies hat klinische Auswirkungen. Frauen, die von negativen Einstellungen und Erwartungen betroffen sind, berichten häufiger über klimakterische Symptome (Sievert, 2014, S. 422). Im Umkehrschluss wird beobachtet, dass Frauen, die eine positivere Einstellung haben zum Verlust der Fruchtbarkeit und gegenüber den Wechseljahren, nicht nur die Mutterrolle einnehmen, sondern auch andere Beschäftigungen haben, weniger gut ausgebildet und doch finanziell abgesichert sind (Strauss, 2011, S. 121). Obermeyer (2000) hält fest, dass eine lebenslange Sexualität nicht ein universelles Ideal sei, das von allen Kulturen geteilt werde. So gibt es Gesellschaften, in denen sich die Frau ab der Lebensmitte spirituellen oder religiösen Aktivitäten widmen kann, ohne sich um die eigene körperliche Befriedigung oder diejenige des Partners kümmern zu müssen (Obermeyer, 2000, S. 188f.).

In unseren Breitengraden kann das Ende der fertilen Phase einen freieren Umgang mit der Sexualität ermöglichen. Die Regelblutung fällt aus und die Monatshygiene erübrigt sich. Ausserdem ist die Frau von Verhütungsproblemen und der Furcht vor einer unerwünschten Schwangerschaft befreit (Bucher, 2006, S. 568; Schultz-Zehden, 2013, S. 59).

2.2.3. Psychisches Wohlbefinden

Brown et al. (2015a) untersuchten den Einfluss von psychologischen und physiologischen Aspekten auf das Wohlbefinden von perimenopausalen Frauen. Dabei stellte sich heraus, dass die Psyche stärker mit dem Wohlergehen zusammenhängt als das Stadium des menopausalen Übergangs. Ihren Resultaten zufolge sind das Selbstmitgefühl, das Gefühl, die Wechseljahre unter Kontrolle zu haben und geringe Symptome die wichtigsten drei Faktoren für das Wohlbefinden der Frauen (Brown et al., 2015a, S. 293). Diese Ergebnisse stimmen mit früheren Studien überein, wonach die Problembewertung von VMS stärker mit psychologischen Variablen assoziiert ist als die Häufigkeit der Hitzewallungen (Hunter & Chilot, 2013, S. 310). Zahlreiche Studien unterstreichen, dass der Leidensdruck der Frauen in der Perimenopause massgeblich mit der Zufriedenheit mit der Partnerschaft und des sozialen Umfelds zusammenhängt (Chedraui et al., 2009, S. 133f.; Nosek et al., 2012, S. 7; Price et al., 2008, S. 503; Schmidt et al., 2004, S. 19). Frauen, die in den Wechseljahren stark leiden, berichten über Attraktivitätsverlust, schwaches Selbstwertgefühl, Verlust an Lebensqualität und empfinden die Lebensumstände als belastend. Erwerbslosigkeit und das alleine leben wirken sich auf die Wahrnehmung der Wechseljahre negativ aus (Schultz-Zehden, 2005, S. 58). Den Auswertungen von Süss et al. (2021) zufolge, lassen sich die Variablen Optimismus, emotionale Stabilität, Emotionsregulation, Selbstmitgefühl und das Selbstwertgefühl einem gemeinsamen Resilienzfaktor zuordnen. Verfügen perimenopausale Frauen über die erwähnten Eigenschaften, haben weniger depressive Symptome, mildere Wechseljahrsymptome und eine höhere Lebenszufriedenheit (Süss et al. 2021, S. 231).

2.2.4. Einstellung gegenüber dem Alter

Interessante Ergebnisse zeigen sich in Forschungsarbeiten, die das Erleben von Wechseljahressymptomen in Bezug zur Einstellung gegenüber dieser Lebensphase untersucht haben. Brown et al. (2015b) beobachten, dass die Einstellung gegenüber dem Alter der stärkste Faktor ist, der das Wohlbefinden perimenopausaler Frauen bestimmt. Frauen, die sich aufgrund ihres Alters in der Gesellschaft nicht mehr

eingebunden und im Vergleich zu ihrer Jugend *invisible* (unsichtbar) fühlen, gaben eine stärkere Beeinträchtigung durch Symptome an und ihre Einstellung gegenüber den Wechseljahren war ebenfalls schlechter. Dabei kann die Erwerbstätigkeit eine schützende Rolle einnehmen. Die Autoren halten fest, dass die Einstellung zum Alter in der Lebensmitte möglicherweise formbarer ist als in späteren Jahren und eine positive Überzeugung das Wohlbefinden in der zweiten Lebenshälfte steigert (Brown et al., 2015b, S. 194f.).

Pramataroff und Strauss (2006) untersuchten Frauen, die ihre Wechseljahre verleugnen, und wagten die Vermutung, dass diese ebenfalls das Älterwerden verleugnen. Diese Ausblendung des Alters spiegle sich in unserer westlichen Gegenwartsgesellschaft, in der das Altwerden nicht als Erfüllung eines Lebenszyklus, sondern vielmehr als Defizit und Verlust verstanden wird (Pramataroff & Strauss, 2006, S. 23).

Schultz-Zehden (2004) konstatiert, dass der Gewinn an Lebenserfahrung und Reife in unserer Kultur generell nur wenig gewürdigt wird (Schultz-Zehden, 2004, S. 350). In einer Gesellschaft, in der Vitalität, Leistungsfähigkeit und Energie dem Idealbild entspricht, nimmt die Angst der Frauen vor dem Älterwerden zu. Denn Altern ist mit dem Verlust von Attraktivität verbunden. So erstaunt es nicht, dass Frauen das eigene Altern häufig mit einem «Sich-abgewertet-fühlen» verbinden (Schultz-Zehden, 2003, S. 224). Körperliche Veränderungen in der Perimenopause werden jedoch individuell und interkulturell unterschiedlich bewertet (Kowalcek et al., 2003, S. 470).

2.3. Sexualität in der Perimenopause

Sowohl die oben beschriebenen endokrinologischen als auch die psychosozialen Veränderungen können Einfluss auf die Sexualität von perimenopausalen Frauen haben. Insgesamt stellt die Lebensphase der Perimenopause eine vulnerable Zeit für die Entwicklung von sexuellen Dysfunktionen dar (Blickenstorfer, 2017, S. 200). Die sexuelle Funktion kann direkt durch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie) oder indirekt durch das veränderte Körperbild, die Gewichtszunahme, ein vermindertes Selbstwertgefühl oder eine Depression beeinträchtigt werden (Genazani, 2007, S. 136). Eine glückliche Partnerschaft, die Akzeptanz des eigenen Körpers, die Einstellung gegenüber der Sexualität, das sexuelle Interesse und positive sexuelle Erfahrungen in der Vergangenheit spielen eine wichtige Rolle in Bezug darauf, wie die Frauen in den Wechseljahren mit der Sexualität umgehen (Bitzer, 2005, S. 6; Heidari et al., 2019, S. 15; Schultz-Zehden, 2013, S. 58; Von Gruchalla & Debus, 2006, S. 9). Eine lange Beziehungsdauer, mangelnde Kommunikation und ein

negatives Altersstereotyp wirken sich negativ auf die sexuelle Zufriedenheit von Frauen in der Perimenopause aus (Bucher, 2006, S. 568; Schultz-Zehden, 2013, S. 57ff.).

2.3.1. Vulvovaginale Gesundheit

Da urogenitale Menopausensyndrome (GSM) durch den Östrogenmangel bedingt sind, sind alle Frauen früher oder später davon betroffen, und die Beschwerden verschlechtern sich zusehends. Sie können nicht nur die sexuelle Funktion, sondern auch die Lebensqualität der Frauen erheblich beeinträchtigen und sich negativ auf die Partnerschaft und das Selbstwertgefühl auswirken (Nappi & Palacios, 2014, S. 4ff.; Sturdee & Panay, 2010, S. 509; Von Schell & Hübner, 2022, S. 26).

Offenbar trauen sich Frauen nicht, ihre Beschwerden gegenüber ihren Gynäkolog*innen anzusprechen. Dies führt dazu, dass GSM häufig nicht diagnostiziert und somit nicht behandelt wird. Um eine Verschlimmerung der Erkrankung zu verhindern und die Lebensqualität zu verbessern, wäre die Früherkennung wesentlich (Faubion et al., 2020, S. 976; Gandhi et al., 2016, S. 704; Nappi & Palacios, 2014, S. 3).

Mittels niedrig dosierter vaginaler Östrogene, vaginalem DHEA oder systemischer Östrogentherapie kann GSM wirksam behandelt werden (Blickenstorfer, 2017, S. 203; Schaudig & Schwenkhagen, 2018, S. 831; Stute, 2019, S. 184). Die Beseitigung von vulvovaginaler Atrophie führt zu einer Zunahme der Durchblutung und somit einer verbesserten Lubrikation. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die genital-physiologische Reaktion aus (Cronin, 2006, S. 108; Schüler-Toprak & Ortmann, 2022, S. 197). Frauen können durch sexuelle Aktivität das GSM positiv beeinflussen. So haben sexuell aktive Frauen seltener Beschwerden und diese sind weniger stark ausgeprägt (Bitzer, 2005, S. 7; Delisle, 2011a, S.28; Von Gruchalla et al., 2003, S. 208). Die Vagina profitiert von der verbesserten Durchblutung und der Lubrikation, die Muskulatur wird trainiert und die Dehnung fördert die Elastizität (Gandhi et al., 2016, S. 710).

Von den hormonellen Veränderungen während der Perimenopause sind die Vulva und die Vagina speziell betroffen. Die dünner gewordenen Vaginalwände bieten bei penetrativem Sex keinen so guten Schutz mehr. Blutungen, Dyspareunie und der Verlust an sexuellem Interesse können die Folge davon sein (Beier et al., 2021, S. 132; Drimalla, 2016, S. 15). Allerdings sind die Schmerzen beim Geschlechtsverkehr nicht immer auf die hormonelle Umstellung in der Perimenopause zurückzuführen. Der Grund für vaginale Trockenheit und geringe Lubrikation findet sich auch

im Mangel an sexueller Erregung. Eine Studie kommt zum Schluss, dass die Vagina von jüngeren Frauen in nicht erregtem Zustand feuchter ist als die von älteren Frauen. Bei sexueller Erregung konnten jedoch *keine* Unterschiede der Lubrikation festgestellt werden. Der wahrgenommene Zusammenhang kann so erklärt werden, dass in früheren Jahren Geschlechtsverkehr auch ohne Erregung möglich ist, da genügend vaginale Gleitflüssigkeit vorhanden ist, was mit zunehmendem Alter nicht mehr der Fall ist und zu Schmerzen führen kann (Drimalla, 2016, S. 14; Laan & van Lunsen, 1997, S. 126). Ein längeres Vorspiel ist vorteilhaft, da die Lubrikation der Frau mehr Zeit braucht als in jungen Jahren (Drimalla, 2016, S. 19; Schultz-Zehden, 2005, S. 66).

2.3.2. Sexuelles Interesse

Aufgrund des Östrogenmangels und des altersbedingten Verlusts an Gewebeelastizität wandelt sich in der Perimenopause das Körperbild, was von vielen Frauen als ein Verlust von Attraktivität empfunden wird. Zudem verändert sich die Sensibilität der Haut. Beide Entwicklungen können zu einer Verminderung oder dem Verlust des sexuellen Interesses führen (Beier et al., 2021, S. 132; Drimalla, 2016, S. 15). Die Sexualfunktionen altern langsamer als andere Organfunktionen. Dennoch haben Frauen mit zunehmendem Alter die meisten Probleme mit dem sexuellen Interesse, dem Erreichen des Orgasmus und der Lubrikation (Beier et al., 2021, S. 127; Hayes & Dennerstein, 2005, S. 326). Es erstaunt wenig, dass eine verminderte sexuelle Reaktionsfähigkeit und mangelnde Lubrikation, GSM, Dyspareunie, Anorgasmie, Beckenschmerzen und Blutungen während des Geschlechtsverkehrs zum Verlust von Erregung und verringertem sexuellen Verlangen führen (Gandhi et al., 2016, S. 705).

Wissenschaftlich kontrovers ist jedoch, ob zwischen dem Androgenspiegel und der Libido eine Korrelation besteht (Genazzani, 2007, S. 135; Sartorius, 2017, S. 212). Während die Östrogen- und Progesteronwerte in der Perimenopause starken Schwankungen unterliegen, fällt die Androgenkonzentration der Frau kontinuierlich ab und geht nicht mit den Wechseljahren einher. Bei einer 20-jährigen Frau sind die Testosteronwerte doppelt so hoch wie die einer 40-jährigen Frau (Cronin, 2006, S. 108). Gracia et al. (2004) untersuchten in ihrer Studie die verminderte Libido von Frauen in der Perimenopause. Frauen sind demnach nicht von sexueller Unlust betroffen, weil ihr Testosteronspiegel unterhalb eines spezifischen Grenzwertes liegt. Ausschlaggebend für die verminderte sexuelle Lust ist vielmehr ein ausgeprägter Rückgang oder die Schwankung des Testosterons. Depressionen und das Leben

mit Kindern wirken sich ebenfalls negativ auf das sexuelle Interesse aus (Gracia et al., 2004, S. 144).

Schultz-Zehden (2005) verweist darauf, dass die Meinung weit verbreitet sei, sexuelles Interesse nehme in der Perimenopause hormonell bedingt ab. In ihrer Studie mit Frauen zwischen dem 25. und dem 50. Lebensjahr stellt sie hingegen fest, dass die sexuelle Lust zwar stetig abnimmt, aber dennoch relativ konstant bleibt (Schultz-Zehden, 2005, S. 63). Weitere Studien schlussfolgern ebenfalls, dass das sexuelle Interesse nicht primär durch die nachlassende Östrogenproduktion bedingt ist, sondern vielmehr von psychosozialen Faktoren beeinflusst wird (Drimalla 2016, S. 14; Santoro et al., 2016, S. 305).

Die Gründe für vermindertes sexuelles Interesse sind meist multifaktoriell und können sowohl psychologischen als auch emotionalen, partnerschaftlichen oder soziokulturellen Ursprungs sein (Delisle, 2011b, S. 30; Sartorius, 2017, S. 219).

Bei wissenschaftlichen Untersuchungen wird Sexualität oft anhand der Anzahl Geschlechtsverkehr pro Zeiteinheit gemessen, was der Lebensrealität von älteren Menschen nicht gerecht wird. In der Schweizer Studie von Bucher et al. (2006) werden Frauen nach ihren Wünschen gefragt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Interesse an Geschlechtsverkehr im Vergleich zu Petting und Zärtlichkeiten am deutlichsten abnimmt, sexuelle Aktivität aber bis ins hohe Alter gewünscht ist (Bucher et al., 2006, S. 569f.; Schultz-Zehden, 2013, S. 58; Von Sydow, 2015, S. 15f.). Es gibt faktisch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Östrogenspiegel und der sexuellen Aktivität, dem Genuss oder der Erregbarkeit (von Sydow, 2015, S. 17).

2.3.3. Beziehungsqualität und Beziehungsdauer

Frauen sind mit der Qualität ihres Sexuallebens zufriedener, wenn sie in einer glücklichen Beziehung leben. Die Befriedigung bezieht sich dabei nicht auf die Quantität der sexuellen Kontakte, sondern auf deren Qualität. Wie oben erwähnt, nimmt die Bedeutung von Zärtlichkeit zu, während die Häufigkeit der sexuellen Begegnungen und Geschlechtsverkehr an Wichtigkeit verliert. Sexuell zufriedene Frauen konsumieren weniger Medikamente und begründen die sexuellen Veränderungen seltener mit den Wechseljahren als unzufriedene Frauen (Von Sydow, 2015, S. 16). Gleichzeitig zeigen Frauen, die zufrieden mit ihrer Partnerschaft sind, weniger starke Wechseljahrsymptome als Frauen, die unzufrieden mit der Partnerschaft sind (Bucher, 2006, S. 568; Delisle, 2011a, S. 28; Schultz-Zehden, 2004, S. 353). Die Forschung zeigt, dass die emotionale Bindung und die Qualität des Sexuallebens

vor den Wechseljahren einen grösseren Einfluss auf die sexuelle Funktionsfähigkeit der Frauen haben als hormonelle Determinanten (Avis et al., 2000, S. 297; Blickenstorfer, 2017, S. 202; Dennerstein, et al., 2005, S. 174; Genazzani, 2007, S. 134f.; Stoppe et al., 2000, S. 257; Von Gruchalla, 2006, S. 9).

Bis zum 60. Altersjahr wird die sexuelle Aktivität stärker durch die Beziehungsdauer bedingt als durch das Alter (Schmidt et al., 2006, S. 121ff.; Schultz-Zehden, 2013, S. 58; Von Sydow, 2003, S. 14). Die sexuelle Aktivität lässt in einer Langzeitbeziehung stärker nach, wenn die Sexualität bereits in der Vergangenheit unbefriedigend war oder sich das Paar keine Aufmerksamkeit schenkt (Bucher, 2006, S. 569f.; Von Sydow, 2003, S. 14).

Nur die Hälfte aller Frauen in den Wechseljahren spricht über Sexualität (Von Gruchalla et al., 2003, S. 207). Damit die Sexualität nicht einschläft, ist es aber notwendig, über die eigenen sexuellen Wünsche zu sprechen (Von Sydow, 2015, S. 21). Mangelnde Kommunikation ist denn auch ein Grund für das Versiegen von sexuellen Kontakten. Gerade wenn sich ein Partner aus gesundheitlichen Gründen oder wegen Partnerschaftskonflikten zurückzieht, werden die eigenen sexuellen Bedürfnisse als schamhaft erlebt und es wird nicht darüber gesprochen. In den untersuchten heterosexuellen Beziehungen vermuten die Frauen, der Mann sei sexuell desinteressiert oder impotent, ohne dies durch eigene sexuelle Initiative herauszufinden (Bucher, 2006, S. 570; Schultz-Zehden, 2013, S. 57; Von Sydow, 2004, S. 49). Fürchtet sich die Frau in der Perimenopause vor einem Attraktivitätsverlust und der Partner vor seiner nachlassenden Potenz, führt dies zu einer Vermeidungsstrategie. Paare, die keinen Geschlechtsverkehr mehr praktizieren, hören nach dem *intercourse-or-nothing-Prinzip* häufig auf, intime Kontakte zu pflegen, obwohl eine befriedigende Sexualität durchaus noch möglich wäre (Berberich, 2004, S. 1080; Schultz-Zehden, 2013, S. 57ff.; Von Sydow, 2015, S. 17f.).

2.4. Einfluss der Selbstakzeptanz

Für die psychische Gesundheit ist die Selbstakzeptanz von entscheidender Bedeutung. Die fehlende Fähigkeit, sich selbst bedingungslos zu akzeptieren, kann zu emotionalen Schwierigkeiten wie Wut und Depressionen führen (Carson & Langer, 2006, S. 29). Für Frauen stellt die Selbstakzeptanz in der Perimenopause eine zentrale Kompetenz dar, um sich mit den physischen und psychosozialen Veränderungsprozessen dieser Lebensphase zurechtzufinden (Moshki et al., 2018, S. 315). Es gilt die aktuelle Lebensphase der Perimenopause mit dem damit verbundenen

Ende der Fertilität annehmen zu können. Zudem geht es darum, den eigenen Körper zu akzeptieren, der sich im Alterungsprozess befindet.

Moshki et al. (2018) untersuchten, welche Faktoren den grössten Einfluss auf die Gesundheit und die Lebensqualität von Frauen in den Wechseljahren haben. Es zeigte sich, dass die verminderte Selbstakzeptanz und die eingeschränkte Selbstwirksamkeit die grössten sozialen Herausforderungen für perimenopausale Frauen darstellen (Moshki et al., 2018, S. 315). Förderliche Faktoren zur Stärkung der Selbstakzeptanz sehen die Forscher in der Wissensvermittlung und der Schaffung einer positiven Einstellung zu den Wechseljahren. Dadurch werde die Selbstwirksamkeit erhöht und das Wohlbefinden massgeblich gefördert (Moshki et al., 2018, S. 321).

2.4.1. Akzeptanz des eigenen Körpers

Die Gewichtszunahme während der Perimenopause wirkt sich bei einigen Frauen negativ auf das Körperbild und das Selbstwertgefühl aus. Sie fühlen sich sexuell weniger attraktiv und die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper nimmt ab, was zu Depressionen führen kann (Bachmann & Leiblum, 2004, S. 124). Erlebt eine Frau den körperlichen Alterungsprozess als schambehaftet, führt dies zu einer Hemmung der Lust und einem sexuellen Rückzug, um keine Kränkung durch das Nichterfüllen des gesellschaftlichen Schönheitsideals zu erfahren. Ebenso wirken sich depressive Verstimmungen und Vorurteile gegenüber der Sexualität der älteren Frau negativ auf die sexuelle Lust der Frau aus (Schultz-Zehden 2004, S. 353). Wie eine Frau die Attraktivität des eigenen Körpers einschätzt, hängt hoch signifikant mit ihrem seelischen Befinden zusammen. Die Akzeptanz des eigenen Körpers stellt eine gleichermassen wichtige Voraussetzung für sinnliches Empfinden und Geniessen dar wie die körperliche Funktionalität (Schultz-Zehden, 2013, S.59; Von Gruchalla et al., 2003, S. 206).

2.4.2. Akzeptanz der Perimenopause

Pramataroff und Strauss (2006) stellten fest, dass Frauen, welche die Perimenopause verleugnen und das Ausbleiben ihrer Regelblutung als Schwangerschaft deuten, ein tieferes Selbstvertrauen besitzen als Frauen, die ihre Wechseljahre akzeptieren. Ihre Vorstellung von Sexualität ist ebenfalls signifikant konservativer als die von gleichaltrigen Frauen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es Frauen schwerer fällt, die Perimenopause zu akzeptieren, wenn sie ihr Frausein

vorwiegend über ihre Gebärfähigkeit definieren (Pramataroff & Strauss, 2006, S. 23).

Strauss (2011) hält in ihrer Studie fest, dass es entscheidend ist, wie die Frau mit dem Verlust ihrer Menstruation und der Fortpflanzungsfähigkeit umgehen kann. Älteren Frauen und solchen mit Kindern fällt dies in der Regel leichter zu akzeptieren, da ihr Kinderwunsch erfüllt ist oder sie keine normativen Erwartungen an das Muttersein mehr erfüllen müssen. Als stabilisierende Faktoren zeigen sich eine bezahlte Arbeit und sinnstiftende Beschäftigung, die nicht auf Fruchtbarkeit beruht und finanzielle Sicherheit. Entscheidend für den Umgang mit der Perimenopause ist die Akzeptanz des eigenen Körpers und dessen Veränderungen (Strauss, 2011, S. 125f.).

2.4.3. Gesellschaftliches Bild der älteren Frau

Ebenso wie die Scham dem eigenen körperlichen Alterungsprozess gegenüber wirkt sich auch das gesellschaftliche Bild der Frau und das damit verbundene Schönheitsideal auf die Selbstakzeptanz aus (Blickenstorfer, 2017, S. 201; Schultz-Zehden, 2013, S. 57). Von Sydow (2015) betont, wie bedeutend ein gesundes Selbstbewusstsein für ältere Frauen sei, das nicht auf körperlicher Attraktivität beruhe (von Sydow, 2015, S. 18).

Die Wechseljahre werden von manchen Frauen als Zeit der sexuellen Entwertung wahrgenommen, da sie vom *double standard of aging* beeinflusst sind. Die amerikanische Publizistin Susan Sontag (1977) benannte so das gesellschaftliche Phänomen, dass Frauen im Vergleich zu den Männern früher als unattraktiv, alt und asexuell wahrgenommen werden. Auch die Beziehung mit einem jüngeren Partner wird bei Frauen weniger toleriert, als dies bei umgekehrtem Geschlechterverhältnis der Fall ist (Berberich, 2004, S. 1078; Schultz-Zehden, 2013, S. 57).

Hinz et al. (2006) stellen eine Zunahme der Körperbezogenheit in Verbindung mit einem Jugend- und Schönheitsideal fest. Der mediale Einfluss vermittelt das Bild von optimierten Körpern auf den Ebenen der Performance, Leitungsfähigkeit und sexueller Attraktivität, was zur Ausprägung eines «internalisierten wertenden Fremd- und Aussenblicks» auf sich selbst führen kann. Der Wunsch nach ewiger Jugend sei charakteristisch für unsere Zeit und das «Streben nach Jugend» ein «gesellschaftlicher Verleugnungsprozess, in welchem das Alter 'abgeschafft' werden soll.» (Hinz et al., 2006, S. 7). Das positive Körpergefühl wird dadurch anfällig für Störungen, da die Akzeptanz des eigenen Körpers ständig hinterfragt wird (Sparmann & Hofstätter, 2022, S. 248).

Nach Formanek (2013) könnten die Frauen ihr Selbstwertgefühl als Ausgangspunkt für die Alterserfahrung nehmen, das sie als «positiv affektive Tönung der Selbstrepräsentanz» definiert. Gemeint ist das innere Bild, das jemand von sich hat, und kommt somit dem oben erklärten Begriff der Selbstakzeptanz nahe. Probleme würden dann entstehen, wenn eine Frau Strategien entwickle, die nicht altersadäquat sind. Beispielsweise indem sie versucht, durch Kosmetik, Kleidung, Diäten etc. die Attraktivität zu steigern, um dadurch ihren Selbstwert zu erhöhen (Formanek, 2013, S. 142).

2.5. Einstellung gegenüber der Perimenopause

Studien legen nahe, dass die Einstellung von Frauen gegenüber den Wechseljahren Einfluss auf die Einschätzung ihrer perimenopausalen Beschwerden ausübt. Perrig-Chiello erforschte die psycho-physische Befindlichkeit von Frauen unterschiedlichen Alters. Die Teilnehmerinnen befanden sich in der Prämenopause, Perimenopause, bis 4 Jahre nach der Postmenopause und mehr als 4 Jahre nach der Postmenopause. Die untersuchten Beschwerden beziehen sich auf Angstzustände, depressive Verstimmungen, somatische Störungen wie Muskel- oder Gelenkschmerzen, vasomotorische Störungen, urogenitale Beschwerden und Einschränkungen in der Sexualität. Die Ergebnisse zeigen, dass die Ausprägung sämtlicher Beschwerden in der Perimenopause am stärksten ist. Mit Ausnahme der vaginalen Trockenheit, die sich durch den Östrogenmangel weiter verstärkt, klingen die Beschwerden mit zunehmendem Alter ab.

Die Studie vergleicht die Frauen mit starken klimakterischen Beschwerden mit jenen, die nur geringfügige Beschwerden äusserten. Auffällig ist, dass sich die beiden Gruppen stark in ihrer Einstellung und Verhaltensweisen unterscheiden. Frauen mit ausgeprägten Beschwerden:

- haben eine negative Einstellung gegenüber den Wechseljahren
- haben generell das Gefühl, keine Kontrolle über ihre Gesundheit zu haben
- haben weniger Selbstvertrauen und mehr Attraktivitätsprobleme
- sind weniger optimistisch und generell unzufriedener mit ihrem Leben, insbesondere mit ihrer Vergangenheit
- treiben weniger Sport
- sind ausgesprochen unzufrieden mit ihrer Partnerschaft und
- ihrer Sexualität

(Perrig-Chiello, 2011, S. 63ff.).

Zum selben Resultat kommen sowohl Ayers et al. (2010) als auch Hoga et al. (2015). In ihren Metaanalysen stellen sie fest, dass die Einstellung der Frauen gegenüber den Wechseljahren massgeblich darüber entscheidet, wie die Symptome und die Zeit der Perimenopause erlebt wird (Avis & McKinlay, 1991, S. 65; Ayers et al., 2010, S. 28; Hoga et al., 2015, S. 73; Rotem et al. 2005, S. 233; Yanikkerem, 2012, S. 561). Ayers et al. (2010) vergleichen Studien, die diverse Symptome im Zusammenhang mit der Einstellung untersuchten. Frauen mit einer negativen Einstellung gegenüber den Wechseljahren berichten häufiger über Symptome wie Hitzewallungen, vaginale Trockenheit, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen. Frauen mit einer positiven Einstellung rapportieren weniger Symptome (Ayers et al., 2010, S. 35). Auch die Ergebnisse von Hunter und Chilcot (2013) zeigen, dass die somatische Verstärkung der Symptome mit negativen Überzeugungen verbunden ist (Hunter & Chilcot, 2013, S. 310). Als ausschlaggebend stellen sich dabei der Umgang mit dem Verlust der Fruchtbarkeit und der eigenen Attraktivität heraus (Perrig-Chiello, 2011, S. 65; Strauss, 2011, S. 125f.).

3. Konzeption Bildungsprogramm

In Kapitel 3 wird das Bildungsprogramm konzipiert. Wie die Literaturrecherche in Kapitel 2 zeigte, wird die blossе Vermittlung von Wissen zu hormonellen Veränderungen weder dem Anspruch an sexuelle Bildung noch der Lebensrealität und den Bedürfnissen der Frauen in der Perimenopause gerecht. Um Frauen in der Zeit der Perimenopause mit ihren spezifischen Herausforderungen gezielt unterstützen, muss ein Bildungsprogramm die Frauen zusätzlich in ihrer Selbstakzeptanz stärken, ihre Einstellung gegenüber den Wechseljahren verbessern, sie als Expertinnen miteinbeziehen und den Aspekt der Lebensübergänge, also die psychosozialen Aspekte, thematisieren. In Kapitel 3.1. werden diese Anforderungen an das Bildungsprogrammgestützt auf die Resultate der Literaturrecherche konkret erarbeitet. In Kapitel 3.2. wird das Resultat – die Workshopreihe «Die goldene Mitte» – präsentiert.

3.1. Anforderungen an das Bildungsprogramm

In diesem Kapitel werden die Anforderungen an das Bildungsprogramm erarbeitet. Dazu werden gestützt auf die Literaturrecherche die Bedürfnisse von perimenopausalen Frauen in Bezug auf sexuelle Bildung und die Faktoren, die das psychosoziale Wohlbefinden von Frauen in den Wechseljahren steigern können, identifiziert.

3.1.1. Wissensvermittlung

Die Wissensvermittlung ist ein wesentlicher Bestandteil sexueller Bildung. Die Inhalte sollen wissenschaftlich fundiert und aktuell sein sowie aus einer ideologiefreien Sichtweise vermittelt werden (Valtl, 1997, S. 3–6).

Die Interviewstudie von Steffes (2022) macht deutlich, dass Frauen eine wertschätzende, realistische und vorurteilsfreie Auseinandersetzung mit der Perimenopause vermissen. Es zeigt sich der Bedarf an ganzheitlicher Wissensvermittlung, die dennoch individuell gestaltet werden soll (Steffes, 2022, S. 80).

Es besteht ein unzureichendes Verständnis der Wechseljahre, der Symptome und deren Auswirkungen auf das tägliche Leben der betroffenen Frauen (Woods & Mitchell, 2005, S. 23). Ausserdem besteht ein Wissensdefizit der physiologischen Vorgänge (Steffes, 2022, S. 73). Perimenopausale Frauen fühlen sich angesichts der Widersprüchlichkeit medizinischer Informationen und Risikodiskurse um die Hormontherapie überfordert, sich ein umfassendes Bild über mögliche Behandlungsansätze zu machen. Sie wünschen sich bezüglich der Wissensvermittlung vor allem die laiengerechte Aufbereitung der Informationen und stufen besonders das Vertrauensverhältnis zur Fachperson als wichtig ein (Steffes, 2022, S. 76f.; Wolf, 2009, S. 88f.). Ein Vorteil der Wissensvermittlung innerhalb eines Angebots sexueller Bildung ist es, dass zwischen den Frauen und der Vermittler*in kein asymmetrisches Machtverhältnis besteht, wie dies bei Ärzt*innen der Fall sein kann (Lupton, 2003, S. 165). Ferner empfinden Frauen die gynäkologische Beratung im Fachjargon oft als schwer verständlich. Die Sichtweise ist rein biomedizinisch und berücksichtigt kaum psychosoziale Aspekte. Aus Scham und knappen zeitlichen Ressourcen seitens der Ärzt*innen trauen sich die Frauen nicht, Fragen zu den Wechseljahren im Zusammenhang mit der Sexualität zu stellen. Die Informationen sollen sorgsam aufbereitet sein, so dass keine ängstlichen Gefühle gegenüber den Wechseljahren bestärkt werden (Steffes, 2022, S. 73f.).

3.1.2. Beziehung zum eigenen Körper

Im Kontext der Perimenopause kommt der Wahrnehmung und dem Erleben des eigenen Körpers eine grosse Bedeutung zu (Brähler et al., 2000, S. 156). Um Symptome der Wechseljahre als solche wahrnehmen zu können, ist neben dem Wissen um die Auswirkungen der hormonellen Umstellung ein gutes Körperbewusstsein unabdingbare Voraussetzung. Frauen, die einen selbstsicheren Umgang mit ihrem Körper und ein gesundes Selbstbild haben, sind besser in der Lage, die Körpersignale des Älterwerdens zu beurteilen (Pramataroff & Strauss, 2006, S. 23). «Körper-

orientierte Bildungsangebote können... die Wahrnehmung des eigenen Körpers... für eine kritische Reflexion gesellschaftlich konstruierter Anteile im eigenen Gewordensein bieten.» (Sparmann & Hofstätter, 2022, S. 246). Besonders einschneidend für das Körperempfinden der Frau gelten die Erfahrungen, die durch eine Mutterschaft entstehen, und die damit einhergehenden körperlichen Veränderungen der Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit (Sparmann, 2015, S. 15; Tschudin, 2018, S. 209ff.). Ein unerfüllter Kinderwunsch, die Perimenopause oder Alterungsprozesse können auf das weibliche Körperempfinden einen ebenso starken Einfluss ausüben wie eine Mutterschaft und sich auf die Sexualität auswirken (Sparmann, 2018, S. 14). Die beschriebenen Wandlungsprozesse werden dabei auf sehr unterschiedliche Art und Weise erlebt. Das sexuelle Bildungsprogramm muss dieser komplexen, individuellen Lebenserfahrung und selbstbestimmten Lebensgestaltung in der Schaffung von Lern-, Erfahrungs- und Reflexionsräumen Rechnung tragen (Valtl, 2006, S. 11f.). Die Konzeption soll den Frauen die Aneignung des eigenen sinnlich-sexuellen Körpers ermöglichen (Sparmann & Hofstätter, 2022, S. 247) und sie in der Neubewertung der eigenen Attraktivität und der damit verbundenen *weiblichen Entwicklungsaufgabe* unterstützen (Von Sydow, 1994, S. 35f.).

Die körperorientierten Methoden verfolgen den Anspruch der Ganzheitlichkeit. Das Bildungsprogramm soll zu Lernprozessen anregen, indem die Frauen handlungsorientiert, mit allen Sinnen, mit dem Verstand, dem Gemüt und auf körperlicher Ebene angesprochen werden (Skiera, 2010, S. 17). Körperorientierte sexuelle Bildung fördert die Akzeptanz und das subjektive *Bewohnen* des eigenen Körpers. Sie ist nicht reine Körperarbeit, sondern integriert diese, um Kognitionen, Emotionen, innere Haltung, Körper und sexologisches Wissen zu verknüpfen und bewusst zu machen (Sparmann & Hofstätter, 2022, S. 260).

3.1.3. Selbstakzeptanz

Das Kapitel 2.4. erklärt die Relevanz der Selbstakzeptanz für Frauen in der Perimenopause. Frauen erleben die Wechseljahre positiver, wenn sie nicht nur die Lebensphase und den Alterungsprozess, sondern auch den eigenen Körper und den Verlust der Fertilität akzeptieren können (siehe Kapitel 2.2.). Süss et al. (2021) forschten nach den psychosozialen Faktoren, die für die Resilienz der Frauen in den Wechseljahren ausschlaggebend sind. Es zeige sich, dass die Variablen *Optimismus*, *Selbstmitgefühl* und *Selbstwertgefühl* entscheidend für das Wohlbefinden der Frauen in der Perimenopause sind. Diese Faktoren sind verbunden mit einer höheren Lebenszufriedenheit, weniger Stressempfinden und geringerer psychischer Be-

lastung sowie leichteren Beschwerden bezüglich der Wechseljahre (Brown, 2015a, S. 2; Perrig-Chiello, 2011, S. 65; Süss et al., 2021, S. 231; Zessin et al., 2015, S. 340).

Die Selbstakzeptanz wird im Rahmen des Bildungsprogramms durch Wissensvermittlung, Achtsamkeit und körperorientierten Übungen gefördert.

Ghahramani et al. (2009) weisen nach, dass Wissen über die Perimenopause, die Akzeptanz dieser Lebensphase und die Verbesserung des Selbstbildes eine Steigerung der Lebensqualität und der sexuellen Zufriedenheit bewirkt (Ghahramani et al., 2009, S. 18).

Der Zustand der Achtsamkeit umfasst per Definition einen Zustand der Selbstakzeptanz, da der Fokus der achtsamen Aufmerksamkeit auf der Akzeptanz und Erforschung der gegenwärtigen Erfahrung liegt und nicht auf Selbstbewertung und Selbstkritik (Carson & Langer, 2006, S. 32). Nach Carson und Langer (2006) ist die Haltung der Achtsamkeit eine der einfachsten Methoden, die Selbstbewertung zu reduzieren und diese durch Selbstakzeptanz zu ersetzen. Achtsames Handeln führt zu einer Zunahme der Zufriedenheit, Gesundheit und Kreativität (Carson & Langer, 2006, S. 29f.).

In der Perimenopause ist die Wahrnehmung des eigenen Körperbildes besonders vulnerabel. Studien belegen, dass Selbstmitgefühl für das Körperbild von Frauen wichtig ist und einen positiven Effekt auf die Wertschätzung des eigenen Körpers darstellt (Young & Kotera, 2022, S. 321). Eine positive Körpererfahrung kann zur Steigerung des Selbstwertgefühls, der Selbstakzeptanz und zur Förderung des subjektiven Wohlbefindens und der Gesundheit beitragen (Brähler et al., 2000, S. 156). Daher geschieht die Umsetzung zur Stärkung der Selbstakzeptanz durch körperorientierte Methoden, die den weiblichen Körper in den Mittelpunkt stellen. «Das Ähnliche und Verbindende wird zur stärkenden Basis – die Unterschiede können besondere Anerkennung finden und Vielfalt bewusst machen. Dadurch werden Frauen in ihrem Selbstbewusstsein und in ihrem authentischen integren Verhalten unterstützt.» (Sparmann, 2018, S. 14).

3.1.4. Einstellung gegenüber den Wechseljahren

Das Kapitel 2.5. legt dar, wie sich die Einstellung der Frau gegenüber den Wechseljahren auf die individuelle Symptombewertung auswirkt. Während sexuelle Bildung keinen Einfluss auf Herkunft, Ausbildung, finanzielle Sicherheit, Partnerschaft, familiäre und berufliche Situation sowie psychosomatische Prädispositionen nehmen kann, stellt die Einstellung zu den Wechseljahren einen gestaltbaren Aspekt

dar (Brown et al., 2015b, S. 190). Moshki et al. (2018) bestätigen, dass sich die Einstellung von Frauen gegenüber der Perimenopause sowohl durch Wissensvermittlung als auch mit Gruppendiskussionen verbessern lässt (Moshki et al., 2018, S. 319). Die Metaanalyse von Sheeran et al. (2016) ergibt, dass sich ändernde Einstellungen in Bezug auf die Gesundheit nachweislich eine Verhaltensänderung bewirken. Interventionen zum Ziel der Veränderung von Einstellungen und Normen, sind demnach für die Gesundheitsförderung wirkungsvoll (Sheeran et al., 2016, S. 1178).

3.1.5. Erfahrungsaustausch

Die Bedürfnisanalyse von Steffes (2022) zeigt den Wunsch von Frauen nach einem Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen. Solche Diskussionen sprechen die Frauen auf einer «emotionalen Ebene» an (Steffes, 2022, S. 74) und sollen im sexuellen Bildungsangebot Platz finden. Neben Gefühlen und Gedanken können auch sexuelle Erfahrungen weitergegeben werden, so dass die Frauen untereinander von ihrem Expert*innenwissen profitieren können.

3.1.6. Alter, Lebensübergang und gesellschaftliches Bild der älteren Frau

Im Kapitel 2.2. wird deutlich, dass die Wechseljahre zwingend im Kontext der psychosozialen Veränderungen gesehen werden müssen. Das Bildungsprogramm soll diesem Aspekt Rechnung tragen, indem die Frauen für den Rollenwechsel und den sich ändernden Lebenszweck sensibilisiert werden (Deeks & McCabe, 2004, S. 389). Die Zeit der Wechseljahre beschreibt einen Lebensübergang und konfrontiert die Frauen mit Fragen des Alters und den Erwartungen an die zweite Lebenshälfte. Wie Frauen diesen Lebensübergang erleben und bewältigen, beeinflusst nachhaltig das psychosoziale Wohlbefinden (Perrig-Chiello, 2024, S. 9; Schultze-Zehden, 2004, S. 350).

Wie unter 2.2.4. erläutert, ist die Einstellung gegenüber dem Alter und dem Alterungsprozess für das Erleben der Wechseljahre relevant und übt einen starken Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden in der zweiten Lebenshälfte aus. Im Rahmen des Bildungsangebots soll die Möglichkeit einer Standortbestimmung und Neuorientierung geboten und zur Reflexion über persönliche Lebensziele angeregt werden. Die diskutierten psychosozialen Veränderungen stellen ferner die Frage nach den sozialen Repräsentationen von älteren Frauen, Altersstereotypen und normativen Erwartungen an das, was altersentsprechend ist (Keller, 2009, S. 73). Daher soll die Diskussion über das Rollenbild der älteren Frau sowie das eigene

Selbstbild innerhalb des Bildungsprogramms Platz finden und die Frauen in der Suche nach ihrem veränderten Selbstverständnis, der sozialen Identität, unterstützen (Perrig-Chiello, 2024, S. 27; Schultz-Zehden, 2005, S. 87f.).

3.1.7. Leitung des Bildungsangebots

Die Leitung des Bildungsangebots hat vielschichtige Aufgaben. Sie ist verantwortlich für eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der ein offener und intimer Austausch möglich ist. Sie hat eine Vorbildfunktion hinsichtlich des achtsamen Umgangs miteinander. Für den geschützten Rahmen ist eine transparente Haltung ebenso unverzichtbar wie klare Regeln zu Vertraulichkeit und Freiwilligkeit sowie gegenseitiger Grenzachtung. Darüber hinaus muss eine verantwortungsvolle Leitung über das nötige Fachwissen und Kenntnisse über körperorientierte Methoden verfügen. Qualifikationen im Bereich Sexocorporel o.ä. sind dafür unabdingbar (Sparmann, 2018, S. 15). Die Person begleitet die Frauen im Prozess des selbstbestimmten Lernens und grenzt sich in ihrer Arbeit von defizitären Sichtweisen und erzieherischen Anliegen ab (Sparmann, 2015, S. 12; Valtl, 2013, S. 135).

3.2. Ziele

Das Globalziel, das durch die Konzeption des Bildungsprogramms umgesetzt werden soll, ist die Steigerung des psychosozialen Wohlbefindens der teilnehmenden perimenopausalen Frauen. Insbesondere die Stärkung der Selbstakzeptanz und die Verbesserung der Einstellung gegenüber den Wechseljahren haben einen hohen Stellenwert. Die Selbstwirksamkeit soll durch die Wissensvermittlung erweitert werden. Die Teilnehmerinnen werden in unterschiedlicher Weise zur Selbstreflexion animiert. Eine ressourcenorientierte Haltung soll sie im Umgang mit den Wechseljahren bestärken.

3.2.1. Stärkung der Selbstakzeptanz und des Körperbewusstseins

Ein Teil der Selbstakzeptanz ist es, die Verantwortung für die eigene Welt zu übernehmen. Veränderungen sind nur möglich, wenn man die Verantwortung und die Chancen der getroffenen Entscheidungen bewusst wahrnimmt. Indem die Teilnehmerinnen sich ihrer Wahlmöglichkeiten und ihrer Selbstwirksamkeit bewusstwerden, erleben sie das Gefühl der Kontrolle über ihr Leben und ihr Verantwortungsbewusstsein wird gestärkt. Sie sind in der Lage, vergangene Erfahrungen achtsam zu verarbeiten und Möglichkeiten für Veränderungen zu erkennen, was zu einer Stärkung der Selbstakzeptanz führt (Carson & Langer 2006, S. 39f.).

Durch körperorientierte Übungen soll ein «lustfreundliches und sexualitätsbejahendes Lern- und Erfahrungsfeld» geschaffen werden. Die Übungen regen zu sexuellen Lernprozessen an und unterstützen die Entfaltung des individuellen Potenzials (Sparmann, 2018, S.11). Die Entwicklung von körperbezogener Achtsamkeit hat zum Ziel, das nicht wertende Annehmen des eigenen Körpers zu fördern. Die Interventionen zur Förderung der Selbstakzeptanz ermöglichen den Frauen die Wahrnehmung der Vielfalt und zugleich der Einzigartigkeit der eigenen Person (Potreck-Rose, 2017, S. 193f.). Durch das Einüben einer wohlwollenden Grundhaltung gegenüber sich selbst wird die Selbstwertschätzung erhöht (Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 84f.).

3.2.2. Verbesserung der Einstellung gegenüber Wechseljahren und Alter

Das Ende der Menstruation kann als Erleichterung gesehen werden. Ebenso wie die abgeschlossene Frage nach einem (weiteren) Kind. Die Wechseljahre bieten die Chance einer Neuorientierung. Durch den Rollenwechsel entstehen Freiheiten, die bewusst genutzt werden können und die Möglichkeit zur Selbstverwirklichung bieten. Die Frauen wertschätzen ihre Lebenserfahrung und sehen darin einen Gewinn für die zweite Lebenshälfte. Die Teilnehmerinnen erkennen ihr Potenzial, unabhängig von Attraktivität und Leistungsfähigkeit. Zudem sollen Altersbilder und Geschlechterrollen hinterfragt und eigene Standards gesetzt werden (Perrig-Chiello, 2024, S. 90).

3.2.3. Selbstwirksamkeit durch Wissenserweiterung

Das Wissen über die hormonellen Veränderungen und die physiologischen Auswirkungen ermöglicht es den Frauen, die Zeichen ihres Körpers zu erkennen und richtig zu deuten. Das medizinische und sexologische Wissen um den eigenen Körper und mögliche Behandlungsoptionen vermittelt den Frauen Sicherheit im Umgang mit den Symptomen und stärkt sie in ihrem Selbstbewusstsein sowie ihrer Selbstwirksamkeit. Diese Faktoren beeinflussen die Lebensqualität perimenopausaler Frauen (Mishra et al., 2004, S. 411; Wolf, 2009, S. 88). Durch das gewonnene Wissen werden die persönliche Entscheidungs- und Handlungskompetenz in Bezug auf Gesundheit, Alltagsleben und Sexualität erweitert und Ängste reduziert (Steffes, 2022, S. 73; Valtl, 2013, S. 129).

Eine Bestätigung der Wechseljahre, die Aufklärung über die körperlichen und hormonellen Vorgänge und das Wissen, dass auch andere Frauen von den gleichen

Symptomen betroffen sind, wirkt beruhigend auf die Teilnehmerinnen und schafft Normalität (Hyde et al., 2010, S. 814).

Die Wissensvermittlung erhöht die Selbstwirksamkeit der Frauen im Umgang mit den Wechseljahren. Mit der Selbstwirksamkeit (self-efficacy) ist das Vertrauen in das eigene Vermögen gemeint, bestimmte Handlungen ausführen zu können, die zum Erreichen bestimmter Ziele erforderlich sind (Haddock & Maio, 2014, S. 225; Herriger, 2020, S. 229).

Das Verständnis für die psychosozialen Veränderungen in der Perimenopause rückt den sozialen Rollenwechsel und den Lebensübergang ins Bewusstsein der Frauen und schafft damit Anregung für die Reflexion der eigenen Lebenssituation und individueller Lebensziele. Ziel ist es, die Wechseljahre als Chance zur Neuorientierung zu erkennen und die eigenen Ressourcen positiv zu nutzen.

3.2.4. Selbstreflexion

In Diskussion mit den anderen Teilnehmerinnen erweitern die Frauen ihr Wissen rund um die Wechseljahre und werden zur Selbstreflexion der eigenen Lebenssituation angeregt. Die Gespräche helfen den Frauen, mit ihrer persönlichen Lebenslage zurechtzukommen. Zudem werden sie ermutigt, Verantwortung für ihr Wohlbefinden zu übernehmen (Bogge & Rosenthal, 2000, S. 207).

Im Austausch untereinander wird das eigene Erleben reflektiert und stärker im Bewusstsein verankert. Die Frauen begreifen die eigene Lebenserfahrung als Ressource für sich und andere. Durch die Diskussionen bauen die Frauen ihre eigene Sprachfähigkeit aus und werden von den Erfahrungen der anderen inspiriert (Sparmann, 2018, S. 18).

3.2.5. Förderung von Resilienzfaktoren

Einer amerikanischen Metastudie zufolge ist Optimismus eine bedeutende Variable für positive körperliche Gesundheitsergebnisse. Die Übersichtsarbeit kommt zu dem Ergebnis, dass eine positive Einstellung zu gesundem Leben führt (Rasmussen et al., 2009, S. 239). In Bezug auf die Wechseljahre erkennen die Frauen, dass sie die Symptome zwar nicht vollständig in der Hand haben, aber dennoch wissen, was sie tun können, um weniger darunter zu leiden. Ziel ist es, dass die Frauen in realistischer Weise optimistisch sind und auf das fokussieren, was sie beeinflussen können. Durch gezielte Übungen sollen Optimismus, Selbstmitgefühl und Selbstakzeptanz gefördert und Ressourcen erkannt werden.

3.3. Inhalte

Im Folgenden wird zur Erreichung der oben genannten Ziele auf die genauen Inhalte des Bildungsprogramms eingegangen.

3.3.1. Selbstakzeptanz durch Achtsamkeit und Körperorientierung

«Der Ansatz der Achtsamkeit kann für die sexuelle Bildung wirkungsvolle Wege eröffnen, um die Körperwahrnehmung zu verfeinern und die Körperakzeptanz zu stärken.» Mit Achtsamkeit ist die Fähigkeit gemeint, mit der gegenwärtigen Erfahrung in Kontakt zu sein und zu bleiben, ohne sich in Gedanken, Bewertungen, Sorgen oder Ängsten zu verlieren. Sie ist durch Neugier, Offenheit und Akzeptanz gekennzeichnet (Sparmann & Hofstätter, 2022, S. 255). Achtsamkeit fördert das Wohlbefinden und einen bewussteren Umgang mit Stress im Alltag. Zudem trägt Achtsamkeit zu einer Steigerung der Lebensqualität und zur persönlichen Entwicklung bei (Rytz & Wiesmann, 2013, S. 273) erhöht den Selbstwert und führt zu einer höheren Selbstakzeptanz (Hölzel & Brähler, 2015, S. 67).

Die Förderung der Achtsamkeit wird durch körperorientierte Übungen umgesetzt, welche die Wahrnehmung und Wertschätzung des Körpers in den Mittelpunkt stellen. Dabei kann die visuelle Wahrnehmung von aussen oder das Körpergespür von innen als Perspektive eingenommen werden. Die Bewertung des eigenen Körpers prägt das Gefühl der eigenen Attraktivität entscheidend. Je besser der eigene Körper in seiner Einzigartigkeit angenommen werden kann, desto attraktiver und selbstsicherer ist ein Mensch (Sparmann, 2018, S. 27).

Mittels Achtsamkeitsübungen wird das Körpergespür unterstützt, indem die Aufmerksamkeit auf Atem- und Körperempfindungen gelenkt wird (Hölzel & Brähler, 2015, S. 44ff.). Verschiedene Studien haben nachgewiesen, dass achtsamkeitsbasierte Programme das Kohärenzgefühls stärken und damit eine gesundheitsfördernde Wirkung erzielen (Carson & Langer, 2006, S. 42; Harrer et al. 2016, S. 273f.). Antonovsky (1997) sieht das Kohärenzgefühl – den *Sense of Coherence* – als zentralen Schutzfaktor, in dem sich Widerstandsressourcen zusammenfassen lassen. Dieses wird durch die drei generellen Einstellungen dem Leben gegenüber charakterisiert:

1. *Comprehensability* (Verstehbarkeit): Ich habe den Eindruck, dass ich verstehe und einordnen kann, was im Leben geschieht. Die Ereignisse sind vorhersehbar und erklärbar.
2. *Manageability* (Handhabbarkeit): Ich habe die Ressourcen, um den Anforderungen zu begegnen.

3. *Meaningfulness* (Sinnhaftigkeit): Ich denke, dass sich die Anstrengungen lohnen und sinnvoll sind (Antonovsky, 1997, S. 34ff.).

Voraussetzung für die Entwicklung von Selbstakzeptanz ist die positive Selbstzuwendung, die sich über die Ressourcenorientierung ergibt und der im Bildungsprogramm Rechnung getragen wird (Potreck-Rose, 2017, S. 193). Nach Potreck-Rose und Jacob (2021) vollzieht sich dieser Prozess in folgenden drei Schritten (Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 79ff.):

a) Selbstaufmerksam werden und achtsam sein

Achtsamkeit ist die Basis für jede positive Selbstzuwendung und beschreibt eine «Grundhaltung grösstmöglicher positiv gefärbter Aufmerksamkeit auf sich selbst in Bezug auf alle gegenwärtigen Erfahrungen, Erlebnisse und Körperempfindungen.» (Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 85). Solé-Leris (1994) definiert Achtsamkeit wie folgt: «Achtsamkeit ist das aufmerksame, unvoreingenommene Beobachten aller Phänomene, um sie wahrzunehmen und zu erfahren, wie sie in Wirklichkeit sind, ohne sie emotional oder intellektuell zu verzerren.» (Solé-Leris, 1994, S. 26).

b) Sich selbst liebevoll begegnen

In einem zweiten Schritt geht es von der Achtsamkeit zur liebevollen Begegnung mit sich selbst. Das Ziel ist es, mit wohlwollendem Blick auf sich selbst und das eigene Handeln zu schauen. Zentrale Aspekte in diesem Themenfeld sind: *sich loben und ermutigen, es sich leicht machen und keine überhöhten Ansprüche an sich selbst*. (Neff, 2010, S. 96; Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 119). Es geht darum, sich selbst das zu gönnen, was man anderen mit grosser Freundlichkeit und Selbstverständlichkeit gibt. Die Frauen dürfen sich aktiv für sich selbst und das eigene Wohlergehen einsetzen (Potreck-Rose, 2017, S. 194). Das bewusste Geniessen wird geübt (Lutz, 2002, S. 180), wobei die Übungen zur Sensibilisierung des Körpergespürs ebenfalls die Genussfähigkeit fördern können (Sparmann & Hofstätter, 2022, S. 258).

c) Für sich sorgen

Im dritten Schritt geht es stärker um das *aktive Handeln*. Es sollen konkrete Verhaltensweisen erkannt werden, in denen die Fürsorge für sich selbst zum Ausdruck kommt, sodass wohlwollende Handlungen und Aktivitäten geplant werden. Die wohltuendste Art der Fürsorge für sich selbst ist für jeden Menschen anders und muss individuell herausgefunden werden (Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 152). Die Erkenntnis, dass die Verantwortung für das eigene Wohlergehen bei einem selbst liegt, kann bitter und zugleich befreiend sein. Es bedarf einer aktiven Ent-

scheidung, nicht mehr zu warten und zu hoffen, dass sich andere für einen einsetzen, sondern die Sache selbst in die Hand zu nehmen (Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 156f.).

Neben einem aktiven und gesunden Lebensstil gilt es den Stress im Alltag zu reduzieren. Schlafhygiene, Achtsamkeits- und Entspannungsübungen, bewusstes Geniessen und Selbstfürsorge können helfen, eine Resilienz zu entwickeln und mit dem Leben gelassener umgehen zu können (De Liz, 2022, S. 252; Hill, 2021, S. 309; Lutz, 2002, S. 179f.).

3.3.2. Einstellung gegenüber den Wechseljahren und dem Alter

Die Einstellung der Frauen gegenüber der Perimenopause lässt sich durch Gruppendiskussion und gezielte Wissensvermittlung verbessern (Moshki et al., 2018, S. 319). Wie weiter oben erklärt, führt die Aufklärung über biomedizinische und sexologische Sachverhalte sowie die Einsicht über psychosoziale Veränderungen zu einem weitgreifenden Verständnis der Wechseljahre, was zur Verbesserung der Einstellung führt.

Das Bildungsprogramm klärt über die Vorteile des Alters auf und soll so die Einstellung positiv beeinflussen. Die qualitative Studie von Kramer & Pfaffenbach (2009) ergibt, dass Menschen im Alter von 50plus durchaus positive Aspekte im Älterwerden sehen. Folgende Vorteile werden genannt: mehr Zeit für sich, Familie und Freunde haben, ruhiger werden, mehr Gelassenheit, Erfahrung und Reife besitzen, das Leben geniessen, weniger Stress und Hektik und tun, worauf man Lust hat (Kramer & Pfaffenbach, 2009, S. 28).

Dank ihrer Lebenserfahrung verfügen ältere Menschen über eine bessere Regulationsfähigkeit, sind fähig, Prioritäten zu setzen und wählen bewusst soziale Kontakte (Charles & Carstensen, 2010, S. 400). Ausserdem lösen ältere Menschen zwischenmenschliche Probleme oft effektiver als jüngere Erwachsene (Blanchard-Fields et al., 2007, S. 30). Das Wissen um den Wiederanstieg der Lebenszufriedenheit nach der Lebensmitte stimmt optimistisch (Perrig-Chiello, 2024, S. 76; Steptoe et al., 2015, S. 642).

Die positiven Aspekte der Perimenopause sowie des Alters werden beleuchtet:

- Rollenwechsel ermöglichen Selbstverwirklichung
- Chance der Neuorientierung
- Lebenserfahrung als Potenzial
- Fragen um Verhütung, Familienplanung und Monatshygiene entfallen
- Wechseljahrsymptome nehmen ab, ausser dem GSM, das behandelbar ist

- Die Lebenserfahrung ermöglicht effizienten und ressourcenschonenden Umgang in zwischenmenschlichen Situationen.
- Ältere Menschen schätzen es, mehr Zeit zu haben, weniger eingebunden zu sein und über mehr Gelassenheit und Reife zu verfügen.

3.3.3. Biomedizinisches und sexologisches Wissen

Die Deutsche, Österreichische und Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [DGGG, OEGGG & SGGG] haben sich im Rahmen des Leitlinienprogramms *Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen* die Frage gestellt, welches Informationsbedürfnis peri- und postmenopausale Frauen haben (DGGG e. V., 2020, S. 25). Die Kommission erarbeitete folgende Informationsinhalte für Patientinnen, die in die Konzeption des Bildungsprogramms einfließen (DGGG e. V., 2020, S. 47).

- Phasen der Peri- und Postmenopause und deren Diagnose
- Anzeichen typischer Symptome
- Lebensstilveränderungen und Massnahmen, die die allgemeine Gesundheit und das Wohlbefinden verbessern können
- Nutzen und Risiken der Behandlungsmöglichkeiten von Wechseljahrsymptomen
- Langfristige Auswirkungen der Peri- und Postmenopause auf die Gesundheit

Eine Übersicht zu Nutzen und Risiken einer Hormontherapie bietet das Kapitel aus der wissenschaftlichen Hausarbeit von Nänni (2023), das im Anhang II zu finden ist. Die erarbeiteten Ergebnisse fliessen in das sexuelle Bildungsangebot mit ein (Nänni, 2023, S. 7ff.).

Des Weiteren soll den Frauen erklärt werden, dass die Perimenopause neben der Veränderung der Regelblutung auch von folgenden Symptomen begleitet werden kann: vasomotorische Symptome, Schlafstörungen, Beeinträchtigung der Stimmung, urogenitale Symptome und sexuelle Probleme wie beispielsweise verminderte Libido. Die Frauen sollen zudem über hormonelle und nicht-hormonelle Behandlungen (z.B. Phytotherapeutika) sowie nicht-pharmakologischen Interventionen (z.B. kognitive Verhaltenstherapie) informiert werden. Ebenfalls soll die Frage der Verhütung geklärt werden (DGGG e. V., 2020, S. 48). Diese Angaben decken sich mit der qualitativen Bedürfnisanalyse von Steffes und anderen Untersuchungsergebnissen (Beckermann, 2020, S. 51; Steffes, 2022, S. 74).

3.3.4. Wissen über psychosoziale Veränderungen

Die Ergebnisse von diversen Studien legen nahe, dass die psychosozialen Veränderungen (siehe Kapitel 2.2.) einen wesentlichen Einfluss auf das Leben einer Frau in den Wechseljahren haben. Daher ist es bedeutsam, diesen Aspekt im Bildungsprogramm zu thematisieren (Deeks & McCabe, 2004, S. 397).

3.3.5. Ressourcen erkennen

Die Frauen setzen sich mit ihren Erwartungen und Zielen für die zweite Lebenshälfte auseinander. Sie werden sich ihrer individuellen Stärken bewusst und erkennen diese als Ressourcen. Die Frauen finden Möglichkeiten, welche sie in der Entspannung unterstützen.

3.3.6. Austausch mit anderen Frauen

Ein Kernthema sexueller Bildung ist das angemessene Sprechen über Sexuelles (Sielert & Schmidt, 2013, S. 16). Im Austausch untereinander profitieren die Frauen von den vielfältigen Erfahrungen und dem vorhandenen Expert*innenwissen (Steffes, 2022, S. 74). Die Frauen sollen sich wohl fühlen und wissen, dass ihre Intimsphäre geachtet wird. Deshalb wird betont, dass die persönlichen Aussagen von anderen Teilnehmerinnen nicht weitererzählt werden. Für den eigenen Prozess kann es wertvoll sein, das Erlebte in Gesprächen mit weiteren Menschen zu verarbeiten. Dennoch darf auch nur zugehört werden. Für die Teilnehmerinnen gibt es keine Verpflichtung, eigene Erfahrungen oder Erlebnisse zu teilen. Zu den Gruppenregeln gehört es, dass persönliche Werte und Haltungen respektiert und nicht bewertet werden (Zurbrügg et al., 2017, S. 35f.). Die genannten Regeln und die wohlwollende, unterstützende Atmosphäre fördern die Offenheit und Selbstoffenbarung der Frauen (Fehm & Weidmann, 2023, S. 115).

Durch die Diskussionen erkennen die Frauen, mit den Herausforderungen der Wechseljahre nicht allein zu sein, wodurch ihre Lebenssituation *normalisiert* wird. Die Frauen werden sich ihren Stärken, Wünschen, Zielen, Erfahrungen und Ressourcen bewusst. Folgende Fragen werden im Plenum, in Kleingruppen oder zu zweit diskutiert:

- Welche Erfahrungen habe ich mit den Wechseljahren gemacht?
- Welche positiven Erkenntnisse mit den Wechseljahren möchte ich teilen?
- Welchen Umgang mit meinen Symptomen wünsche ich mir?
- Welche beruflichen und privaten Ziele verfolge ich?
- Was möchte ich in meinem Leben beibehalten und was ändern?

- Welchen Wunsch möchte ich mir erfüllen?
- Was sind meine Stärken, und welches Potenzial schlummert noch in mir?
- Moderierte Gruppendiskussion: die Bedeutung der Lebensmitte und mögliche Veränderungen, Paarsein, Intimität und Sexualität?
- Was sind die Chancen der Wechseljahre?
- Wie ist das gesellschaftliche Bild der Frau? Wie ist meine Einstellung dazu? Wo sehe ich mich?
- Was kann ich besser als früher? Was ist positiv am Altern?
- Was habe ich in der Vergangenheit alles geleistet und worauf kann ich stolz sein?
- Was möchte ich im Zusammenhang mit den Körperübungen austauschen?
- Was sind die emotionalen Konsequenzen der Selbstbewertung?
- Welches Lob gebe ich mir heute? Was kann ich richtig gut, was würde meine beste Freundin über mich sagen?
- Was kann ich im Alltag für mich tun, was tut mir gut und bereitet mir Freude?

3.4. Struktur

Das *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2019) hat nicht nur untersucht, welche Informationen Frauen in der Perimenopause brauchen, sondern auch, welche Methode der Informationsvermittlung dafür besonders geeignet ist. Dabei haben sich Broschüren als nicht effektiv erwiesen. Bei zusätzlichen Medien oder Multimediaprogrammen ist der Effekt etwas besser. Die Studie zeigt, dass der Wissenszuwachs und die Entscheidungskompetenzen der Frauen durch die Teilnahme an Workshops oder Bildungskursen am meisten erhöht werden (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2019).

Die Struktur einer Workshopreihe zum Thema der Wechseljahre ist besonders geeignet, weil die Frauen dadurch in persönlichen Kontakt treten, Erfahrungen austauschen und sich vernetzen können.

Yazdkhasti et al. (2012) zeigen, dass die Umsetzung eines strukturierten Bildungsprogramms als Gruppenunterricht eine wirksame Strategie zur Förderung der Gesundheit bedeutet. Ein Workshop unterstützt die Frauen im Umgang mit den Wechseljahren und verbessert ihre Lebensqualität (Yazdkhasti et al., 2012, S. 986).

Demzufolge ergibt sich aus den beschriebenen Anforderungen, der angestrebten Umsetzung der Ziele und Inhalte eine Workshopreihe zur sexuellen Bildung von Frauen in der Perimenopause. Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Arbeit wird eine 3-teilige Workshopreihe konzipiert. Das Bildungsprogramm dauert 2,5 Stunden

pro Abend. Zwischen den Blöcken erhalten die Teilnehmerinnen Aufgaben zur themenspezifischen Auseinandersetzung. Ein klarer und ähnlicher Ablauf der Workshops sorgt für Sicherheit und bietet Orientierung: «Transparenz über die Abläufe unterstützt das Vertrauensklima und verhilft den Frauen zu einem selbstbestimmten Umgang mit den Methoden. Das Aussteigen aus einer Methode bzw. individuelle Modifikationen durch die Teilnehmerinnen sind unbedingt erlaubt.» (Sparmann, 2018, S. 14). Inhaltlich folgen die Workshops mehrheitlich der Struktur mit folgenden Bausteinen (Sparmann, 2017, S. 266):

- Eröffnungsphase, Kennenlernen, Ankommen und Orientierung
- Erfahrungseinheit, praktische Übung, meist körperorientiert
- Wissenseinheit, Präsentation/Vortrag der Leitung
- Erfahrungsaustausch, Diskussion
- Abschlussphase, Ausklang
- Erklärung der Übung/Aufgabe für zuhause zur Körperwahrnehmung, Selbstreflexion, Vertiefung des Erlernten oder der Verankerung der Erkenntnisse im Alltag.

Ein Workshop bietet der Zielgruppe einen geschützten Raum, über Erfahrungen zu sprechen und in vertrauensvoller Atmosphäre Fragen zu stellen. Zudem kann die Anzahl der Teilnehmerinnen geplant und dem Inhalt und der Raumgrösse angepasst werden. Im Unterschied zu Online-Schulungen stehen die Frauen in direktem Kontakt mit der Leitungsperson, was ähnlich einer Therapie Vorteile bringt, sofern das Vertrauensverhältnis gegeben ist. Fragen können unmittelbar und niederschwellig gestellt werden. Das Gruppensetting zeigt die Vorzüge einer Gruppentherapie, in der die Personen sich durch andere Betroffene verstanden und in Gemeinschaft fühlen. Das Wissen, mit der Problematik nicht allein zu sein, normalisiert und stärkt den Selbstwert.

Die Konzeption eines 3-teiligen Workshops bietet zudem den Vorteil, dass sich die Teilnehmerinnen kennenlernen und ein gewisses Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Zwischen den Treffen können Angebote zur Selbstbeobachtung oder -reflexion gemacht werden, womit die Auseinandersetzung mit der Thematik über einen längeren Zeitraum vertieft wird. Im Unterschied zur persönlichen Lektüre von Literatur oder Referaten ist es den Teilnehmerinnen möglich, sich mit anderen betroffenen Frauen auszutauschen und als Expertinnen zu agieren.

3.5. Ergebnis «Die goldene Mitte»

Die Kapitel 3.2. bis 3.4. geben eine Übersicht über die Konzeption der Ziele und Inhalte des Angebots sexueller Bildung sowie dessen Struktur. Das Ergebnis ist die 3-teilige Workshopreihe «Die goldene Mitte», die mit den rekrutierten Teilnehmerinnen durchgeführt und evaluiert wird. Die detaillierte Präparation mit den dazugehörigen Präsentationen ist im Anhang IX bis XIII zu finden.

4. Durchführung und Methode der Evaluation

In diesem Kapitel werden die Forschungsmethode und der Untersuchungsablauf dargestellt. Des Weiteren werden die Instrumente zur Datenerhebung präsentiert, die Stichprobe vorgestellt und die Auswertungsmethode erklärt.

4.1. Forschungsmethode

Für die Konzeption des Bildungsprogramms für perimenopausale Frauen und die Erarbeitung der ersten Forschungsfrage wird eine Literaturrecherche betrieben.

Für die Evaluation des Bildungsprogramms und die Beantwortung der Forschungsfragen 2 und 3 wird ein multimethodisches Vorgehen gewählt. Mit der Kombination von quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden, der sogenannten *Methodentriangulation*, wird der Erkenntnisgewinn optimiert. Das Ziel der Methode ist es, abgesicherte und realitätsgerechte Erkenntnis zu erlangen (Lamnek, 2005, S. 75; Lamnek & Krell, 2016, S. 443f.).

Der quantitative Teil der Erhebung besteht aus dem Fragebogen A und B, der die persönlichen Angaben der Teilnehmerinnen sammelt und die Selbstakzeptanz sowie die Einstellung den Wechseljahren gegenüber abfragt, und zwar unmittelbar vor dem ersten Workshop und nach Abschluss des dritten Workshops.

Der qualitative Teil stellt die Vertiefung der Evaluation dar und besteht aus der abschliessenden Gruppendiskussion, die von der Moderatorin mit einem Leitfaden geführt wird.

Kromrey (1986) argumentiert für den kombinierten Einsatz der Gruppendiskussion mit der schriftlichen Befragung, indem er feststellt, dass auf diese Weise die Forscherin nicht nur ergänzende Informationen über nicht beobachtete oder nicht beobachtbare Sachverhalte erhält, sondern sie kann auch die Deutung ihrer Wahrnehmung absichern und so die Beobachtungen angemessener weiterführen (Kromrey, 1986, S. 139).

Einen entscheidenden Vorteil der Gruppendiskussion sieht Lamnek (1995) im Vergleich zu Einzelinterviews darin, dass «die individuelle Meinung in der Gruppendis-

kussion durch die gegenseitige Stimulierung deutlicher zum Vorschein kommt als bei standardisierten Interviews» (Lamnek, 1995, S. 132). Die Gruppendiskussion kann ebenfalls als Korrektiv zur Fragebogenerhebung dienen, da «die standardisierten Fragebögen die Variationsbreite von Einstellungen nur unzureichend erfassen können und vor allem nicht die Relevanzsysteme der Betroffenen ermitteln» (Lamnek & Krell, 2016, S. 389).

Als Methode der Evaluation bietet sich die Gruppendiskussion vorzüglich an. Lamnek (2005) stellt fest, dass das Ergreifen von Massnahmen im sozialen Feld vieldimensionale Auswirkungen haben kann. Deshalb muss zu deren Erfassung und Bewertung ein Instrument gewählt werden, das dieser multivariaten Struktur gerecht wird. Er erläutert, dass es zwar klar sei, welche Veränderungen im sozialen Feld (in dieser Arbeit mit dem Bildungsprogramm) beabsichtigt werden, man aber die Konsequenzen nicht abschätzen könne. Demzufolge sei eine Evaluationsstudie oft multimethodisch angelegt und eine offene, flexible und qualitative Methode besonders geeignet. Die Gruppendiskussion ist gerade für die Evaluation von Interventionsprogrammen prädestiniert, da eine unmittelbare Konfrontation verschiedener Positionen möglich ist und Differenzen diskursiv ausgetragen werden können (Lamnek, 2005, S. 76f.).

4.2. Untersuchungsablauf

In der ersten Arbeitsphase werden anhand einer vertieften Literaturrecherche die physiologischen Auswirkungen der hormonellen Veränderungen der Frauen in der Perimenopause und deren Effekt auf die Sexualität untersucht. Des Weiteren sollen schulmedizinische, insbesondere die Hormonsubstitution, sowie pflanzliche Behandlungsmöglichkeiten mit ihren Vorteilen bzw. Kontraindikationen auf der aktuellen Studienlage geprüft werden. Zur ganzheitlichen Erforschung der Perimenopause gehört ebenfalls die Erfassung psychosozialer Aspekte, die Einfluss auf die Gesundheit und die Lebensqualität der Frauen haben. Die Forschungsfragen und die daraus resultierende Forschungsmethode werden erarbeitet.

Auf der Basis der Erkenntnisse aus der ersten Phase wird in der zweiten Phase erforscht, welche Konzepte und Inhalte das psychosoziale Wohlbefinden von Frauen in der Perimenopause im Rahmen eines Bildungsprogramms fördern. Es zeigt sich, dass die Selbstakzeptanz, das Wissen rund um die biopsychosozialen Veränderungen in den Wechseljahren und die Einstellung dazu die wichtigsten Aspekte für die Konzeption eines Bildungsprogramms darstellen.

In der dritten Arbeitsphase werden der Umfang, die Terminierung sowie die Örtlichkeit für das Bildungsprogramm festgelegt und Teilnehmerinnen akquiriert. Die erarbeiteten Ziele werden in konkrete Inhalte des Workshops übersetzt und mit adäquaten Mitteln umgesetzt. Die Struktur der Workshops wird anhand didaktischer und rhythmisierender Überlegungen festgelegt. Parallel dazu werden Fragebogen und der Leitfaden der Gruppendiskussion für die Evaluation konzipiert.

Die praktische Umsetzung des Bildungsprogramms und die Evaluation werden in der vierten Phase vollzogen. Innerhalb von sechs Wochen finden drei Workshops von jeweils 150 Minuten Dauer statt, inklusive Ausfüllen der Fragebogen und der Gruppendiskussion. Die Teilnehmerinnen erhalten das gesammelte Wissen aus der ersten Phase, werden in der Körperwahrnehmung geschult, üben sich in Achtsamkeit und vertiefen ihre Erfahrungen durch Aufgaben, die sie zuhause durchführen. Mit gezielten Übungen werden die Teilnehmerinnen zur Reflexion der eigenen Lebenssituation und -ziele angeregt. Die Frauen erkennen ihre Ressourcen und üben sich in Genuss und Selbstmitgefühl. In Gesprächen wird die Rolle der Frau in unserer Gesellschaft diskutiert sowie über das Altern und das Glücklichein reflektiert. In der fünften Phase werden die Daten der Fragebogen und die Gruppendiskussion ausgewertet, in geeigneter Form dargestellt und interpretiert. Die Ergebnisse sollen Aussagen über die Qualität des Bildungsprogramms ermöglichen und den Einfluss auf die Selbstakzeptanz und die Einstellung der Teilnehmerinnen den Wechseljahren gegenüber abbilden. Ausserdem entsteht durch die Methode der Gruppendiskussion die Möglichkeit, weitere individuelle Veränderungen der Teilnehmerinnen durch das Bildungsprogramm sichtbar zu machen, die nicht voraussehbar sind.

4.3. Datenerhebung

Für den empirischen Teil dieser Arbeit werden die Daten durch Fragebogen vor und nach dem Bildungsprogramm erhoben. Ergänzt werden die Ergebnisse durch eine Gruppendiskussion. Diese findet nach der schriftlichen Rückmeldung aller Teilnehmerinnen im Anschluss an den 3-teiligen Workshop statt. Die Gruppendiskussion wird mit der Zustimmung der Frauen aufgezeichnet und transkribiert.

4.3.1. Fragebogen

Die Teilnehmerinnen füllen den Fragebogen A (Anhang VII) vor Ort zu Beginn des ersten Workshops schriftlich aus. Mit dem persönlichen Code wird die Anonymisierung der Daten sichergestellt. Die Datengewinnung setzt sich aus allgemeinen

Angaben zur Person, ihrer Motivation (Teil I) und spezifischen Fragen zur Selbstakzeptanz und der Einstellung gegenüber den Wechseljahren (Teil II) zusammen.

Nachdem die Frauen den 3. Workshop absolviert haben, füllen sie wiederum vor Ort den Fragebogen B (Anhang VIII) aus, unter Angabe ihres Codes. Die Fragen von Teil II werden nochmals ausgefüllt, so dass eine mögliche Veränderung messbar ist. Der Fragebogen wird durch den Teil III ergänzt, der die Evaluation des Bildungsprogramms betrifft. Dabei wählen die Teilnehmerinnen ihre Antwort innerhalb einer 4-teiligen Skala mit der Zusatzoption *ich weiss nicht*. Erst im Anschluss an den Fragebogen findet die Gruppendiskussion statt. Mit dieser Vorgehensweise soll sichergestellt werden, dass von allen Teilnehmerinnen die individuelle Meinung und Selbsteinschätzung ohne eine mögliche Beeinflussung durch die Gruppe eingeholt wird.

Fragebogen A (Anhang VII)

Im Teil I werden Daten zu Alter, Familienstand, Beziehung, Kindern, Ausbildungsgrad, Erwerbstätigkeit und Behandlung im Zusammenhang mit den Wechseljahren erhoben (Schultz-Zehden, 2005, S. 96 und 101) und schliesst mit der Frage nach der persönlichen Erwartung in Bezug auf das Bildungsangebot.

Im Teil II werden je vier Fragen zur Selbstakzeptanz und zur Einstellung gegenüber den Wechseljahren gestellt.

Die Fragen 1 und 2 sind dem WHOQOL-BREF entnommen und stimmen mit den Items 11 und 19 überein (Angermeyer et al., 2000, S. 107). Dieser Fragebogen entspricht der deutschsprachigen Kurzversion der Weltgesundheitsorganisation zur Erfassung der Lebensqualität (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 1998). Die erste Frage wurde in den Fragebogen aufgenommen, da die Selbstakzeptanz einen ausgeprägten körperlichen Aspekt enthält und explizit für Frauen eine wichtige Rolle zu sein scheint (Potrecht-Rose & Jacob, 2021, S. 73).

Die Fragen 3 und 4 entsprechen den Items 8 und 10 der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl (Von Collani & Herzberg, 2003), dessen Originalfassung von Rosenberg (1965) stammt.

Die Fragen 5 bis 8 prüfen die Einstellung der Frauen gegenüber den Wechseljahren. Die erste Fragestellung ist der Studie von Strauss entnommen (Strauss, 2011, S. 122). Grundlage dafür war die Arbeit von Rossi (2004). Sie ermittelte die grundlegenden Sorgen von Frauen in der Perimenopause, die in den folgenden drei Themenfeldern verortet werden: die Fortpflanzungsfähigkeit, die eigene Attraktivität und die vermehrte Anfälligkeit von gesundheitlichen Problemen.

Die Fragestellungen 6 und 7 entstammen dem *Measure of Attitude Toward Menopause* (MAS) (Bowles, 1986, S. 83).

Die letzte Frage ist der Studie von Yanikkerem et al. (2012) entnommen, welche mit rund 15 Items zur Einstellung gegenüber der Menopause den Einfluss auf die Lebensqualität untersucht (Yanikkerem et al., 2012, S. 559).

Fragebogen B (Anhang VIII)

Der Fragebogen B enthält wiederum den Teil II und wird durch den Teil III ergänzt. Dabei machen die Teilnehmerinnen Angaben zu Inhalt, Organisation, Durchführung und Moderation der Workshops und evaluieren diesen. Die Fragen setzen sich aus den Evaluationsbogen von Brüning & Ayan (2019) sowie von Zurbrügg et al. (2017) zusammen (Brüning & Ayan, 2019, S. 123–128; Zurbrügg et al., 2017, S. 20–56).

4.3.2. Gruppendiskussion

Für die vertiefte Untersuchung der Fragestellung zur Evaluation des Bildungsprogramms wird ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Die empirischen Daten werden anhand einer ermittelnden Gruppendiskussion erhoben, die sich für die Erkundung von Meinungen und Einstellungen von einzelnen Teilnehmerinnen, aber auch der ganzen Gruppe besonders eignet (Lamnek, 2005, S. 31; Lamnek & Krell, 2016, S. 388).

Mit zwölf geplanten und letztendlich zehn teilnehmenden Frauen ist die Gruppengrösse für Gruppendiskussionen ideal (Lamnek, 2005, S. 112f.; Vogl, 2022, S. 916). In Anlehnung an Morgan (1997) wird die Gruppendiskussion in der vorliegenden Arbeit als Erhebungsmethode definiert, die Daten durch die Interaktion der Teilnehmerinnen gewinnt, wobei die Forscherin die Thematik durch ihr Interesse bestimmt. Somit grenzt sich die Methode massgeblich von anderen Gruppenmethoden ab, wie beispielsweise dem Gruppeninterview, das keine Interaktion zwischen den Teilnehmenden vorsieht, oder dem Gruppengespräch, das nicht durch die Forscherin gesteuert wird (Lamnek, 2005, S. 27ff.; Mäder, 2013, S. 25), und entspricht einer qualitativen Form der mündlichen Befragung (Lamnek, 2005, S. 32.).

In einer Gruppendiskussion werden Kommunikationsprozesse initiiert, die alltäglichen Gesprächen ähnlich sind, um Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen zu einem bestimmten Thema in einer offenen und freundlichen Atmosphäre zu erheben. Entscheidend ist die Interaktion der Teilnehmenden, bei der es nicht im Wesentlichen um den Austausch von Argumenten geht. Es soll erzählt, erinnert und gegenseitig ergänzt werden. Gruppendiskussionen sind realistischer und kommen einer natürlichen Gesprächssituation näher als Einzelinterviews, da die Teilneh-

menden miteinander interagieren und sich gegenseitig beeinflussen (Lamnek, 2005, S. 30; Vogl, 2022, S. 913). Gruppendiskussionen zeigen in Evaluationen spezifische Potenziale auf. So regen sie die Teilnehmenden an, Meinungen und Sichtweisen zu explorieren und sensibles Wissen explizit mitzuteilen und fördern so Lernprozesse (Mäder, 2013, S. 45).

Bohnsack (2021) charakterisiert die Gruppendiskussion als die «methodisch kontrollierte Verschränkung zweier Diskurse» (Bohnsack, 2021, S. 207). Demnach verschränken sich die Diskurse zwischen den Forschenden und den Erforschten sowie zwischen den Erforschten. Lamnek (1995) bemerkt, dass in standardisierten Einzelinterviews «die öffentliche Meinung als aggregierte Durchschnittsmeinung der separat befragten Mitglieder einer Population errechnet» (Lamnek, 1995, S. 137) wird. Im Gegensatz dazu geht der Ansatz der Gruppendiskussion davon aus, dass die Einzelmeinungen immer im Kontext spezifischer Situationen entstehen und deshalb vor diesem Hintergrund betrachtet werden müssen. Die Alltagsnähe zeichnet diese Art der Befragung besonders aus (Lamnek, 2005, S. 33ff.) und ist daher eher geeignet, authentische Meinungen zu produzieren (Lamnek & Krell, 2016, S. 397). Lamnek (2005) bemerkt, dass empirische Forschung, sofern sie kommunikativ ist, die alltäglichen Regeln der Kommunikation im Forschungsprozess berücksichtigen muss, was in einer Gruppendiskussion vortrefflich geleistet wird (Lamnek, 2005, S. 52).

Die Gruppendiskussion eignet sich, um Gruppenmeinungen zu einem spezifischen Gegenstand zu erheben, die losgelöst vom Individuum sind (Lamnek, 2005, S. 77; Vogl, 2022, S. 913), und sie dient der empirischen Erfassung gesellschaftlicher Teilbereiche (Krüger, 1983, S. 106; Lamnek, 1995, S. 130ff.).

Die in dieser Arbeit angewendete Methode der *ermittelnden Gruppendiskussion* folgt einem linearen Aufbau. Erst wird die Forschungsfrage definiert und danach das Forschungsdesign entworfen und vorbereitet. Darauf folgt die Entwicklung des Diskussionsleitfadens und die Datenerhebung. Der Datenauswertung und -interpretation folgt schliesslich der Forschungsbericht. Bei dieser Methode stehen die Äusserungen der Teilnehmerinnen im Zentrum des Interesses (Lamnek, 2005, S. 30). Das oberste Ziel der Gruppendiskussion ist es, eine *Selbstläufigkeit* herzustellen, die der natürlichen Gesprächssituation in der Gruppe möglichst nahekommt. Die Redebeiträge steigern sich wechselseitig, wodurch sich ein *kollektives Bedeutungsmuster* herauskristallisiert. Diese Verdichtung des Bedeutungsinhalts vollzieht sich umso mehr, je mehr das Gespräch durch das gemeinsame Erleben, denselben Erlebnis-

hintergrund geprägt ist (Bohnsack & Schäffer, 2001, S. 331). Um dies zu erreichen, ist die Rolle der Moderation von Bedeutung.

Moderation

Bei der Methode der Gruppendiskussion ist eine vertrauens- und verständnisvolle Atmosphäre wesentlich (Lamnek, 2005, S. 32; Vogl, 2022, S. 917) sowie das Wohlbefinden im Kollektiv (Spöhring, 1989, S. 223). Diese Voraussetzungen werden geschaffen, indem die Gruppendiskussion im Anschluss an das dreiteilige Bildungsprogramm und in denselben Räumlichkeiten stattfindet. Auch untereinander haben sich die Teilnehmerinnen bereits über persönliche Inhalte ausgetauscht, so dass eine intime, vertrauensvolle Atmosphäre entsteht. Die dreifache *Fremdheit*, wie sie Lamnek (2005) beschreibt, wird dadurch aufgehoben (Lamnek, 2005, S. 140). Der Autorin ist es wichtig, während der Zeitdauer des Bildungsprogramms wie auch in der Gruppendiskussion eine offene, unvoreingenommene, neugierige Haltung den Teilnehmerinnen gegenüber einzunehmen. Zudem ist das Einfühlen der Moderatorin in die Situation der Teilnehmerinnen erforderlich. Ein weicher bis neutraler Kommunikationsstil ist angebracht (Lamnek, 2005, S. 32). Die Diskussionsleitung richtet die Fragen nicht an Einzelpersonen, sondern stellt diese der ganzen Gruppe (Lamnek, 2005, S. 131), so dass es in der Folge nicht zu einem Dialog zwischen der Gesprächsleitung und einer Teilnehmerin kommt, sondern das Gespräch untereinander stattfindet (Lamnek & Krell, 2016, S. 390).

Die Moderatorin muss über eine gewisse Sachkompetenz verfügen und Erfahrungen mit der Diskussionsleitung besitzen (Lamnek, 2005, S. 157; Lamnek & Krell, 2016, S. 412; Vogl, 2022, S. 917); dies trifft auf die Autorin dieser Arbeit zu, da sie seit 20 Jahren Jugendliche unterrichtet und Seminare mit Erwachsenen führt.

Diskussionsleitfaden

Für die Entwicklung des Diskussionsleitfadens ist es unerlässlich, Klarheit darüber zu gewinnen, welche Erkenntnisse durch die Gruppendiskussion zu Tage gefördert werden sollen. Die Anzahl der Einzelaspekte soll klein gehalten werden, so dass die gewählten Schwerpunkte detailliert besprochen werden können. Diese *groben Rahmenthemen* werden in einem Diskussionsleitfaden vorgegeben, mit dessen Hilfe die Moderatorin durch die Diskussion führt. Die Reihenfolge spielt dabei keine Rolle. Vielmehr ist die Diskussion in besonderer Weise gelungen, wenn die befragten Personen selbst von einem Gegenstand zu einem anderen den roten Faden spinnen (Lamnek, 2005, S. 96).

Die Gruppendiskussion soll offen und flexibel geführt werden, so dass der Leitfaden im Interesse der Teilnehmerinnen jederzeit modifiziert werden kann (Lamnek & Krell, 2016, S. 390; Vogl, 2022, S. 915). Die Fragen des Diskussionsleitfadens sollen «demonstrativ vage gehalten werden, sodass die Teilnehmerinnen ihre Beiträge so formulieren können, wie sie ihren Orientierungsrahmen entsprechen, sie sich gewissermassen den thematischen und orientierungsbezogenen Aspekt an einer unscharf formulierten Frage herausuchen können, der zu ihren Relevanzsetzungen passt.» (Lamnek, 2005, S. 131). Der Diskussionsleitfaden findet sich im Anhang XIV und ist wie folgt strukturiert (Lamnek, 2005, S. 138ff.):

- Einleitung
- Grundreiz
- Hinführungsfrage
- Überleitungsfrage
- Schlüsselfrage
- Schlussfrage

In der Einleitung soll darauf hingewiesen werden, dass die Teilnahme freiwillig ist und die Auswertung anonymisiert erfolgt (Lamnek & Krell, 2016, S. 421). Die Gruppendiskussion selbst beginnt mit einem Grundreiz, beispielsweise einer provokativen Aussage, welche zur Diskussion animieren und zugleich Diskussionsbarrieren abbauen soll (Lamnek, 1995, S. 152; Lamnek & Krell, 2016, S. 413; Spöhring, 1989, S. 221).

4.4. Stichprobe

Der digitale Flyer (siehe Anhang III) wird an Menschen aus dem Bekanntenkreis der Autorin versendet mit der Bitte, diesen an das eigene Umfeld weiterzuleiten. Bei der Akquise stellt sich heraus, dass einige Frauen sich nicht sicher sind, ob sie zur angesprochenen Zielgruppe gehören. Eine Frau meint, mit 54 Jahren zu alt zu sein, obwohl sie noch Regelblutungen hat. Eine andere Teilnehmerin meint im Vorfeld, sie leide zwar stark unter den Symptomen, habe aber seit knapp einem Jahr keine Menstruation mehr und sei daher wohl eher in der Menopause als in den Wechseljahren. Um Aufschluss darüber zu erhalten, ob auch anderen Frauen nicht klar ist, ob sie sich in den Wechseljahren befinden oder nicht, wird die Frage in den Fragebogen A aufgenommen.

Die 12 Plätze des Workshops sind innerhalb von zwei Tagen ausgebucht, ohne dass weitere Werbung nötig ist. Zwei interessierte Freundinnen der Verfasserin

dieser Arbeit werden durch zwei ihr unbekannte Frauen ersetzt, um eine professionelle und unvoreingenommene Leitung zu gewährleisten.

Alle der insgesamt zwölf angemeldeten Frauen nehmen am ersten Workshop teil und füllen den Fragebogen A aus. Eine Frau erkrankt so schwer, dass sie sich für die folgenden Abende abmelden muss. Da sie die einzige Frau ist, die nur einen Fragebogen ausfüllt, kann dieser ausgeschieden werden. Die Angaben der Stichprobe sowie der Ergebnisse beziehen sich auf die elf Frauen, die das gesamte Bildungsprogramm absolvieren. Eine Frau, die während allen Workshops anwesend ist und beide Fragebogen ausfüllt, muss sich aus familiären Gründen verabschieden, bevor die Gruppendiskussion stattfindet.

Die Frauen sind zwischen 44 und 54 Jahren alt, wobei der Durchschnitt bei knapp 47 Jahren liegt. Sieben Frauen sind verheiratet, drei geschieden und eine Frau ist ledig. Ausser einer Frau sind alle in einer Beziehung und leben mit Partner*in im selben Haushalt. Sämtliche Frauen sind Mütter von zwei bis vier Kindern, deren Alter zwischen 7 bis 29 Jahren variiert.

Drei Frauen haben an der Universität oder der ETH studiert, vier Frauen haben eine Ausbildung an einer Fachhochschule oder einem Technikum absolviert und vier Frauen haben eine Berufslehre abgeschlossen. Alle Frauen sind mehr als 33% berufstätig, wobei zwei Frauen mehr als 35 Stunden pro Woche arbeiten.

Fünf der Frauen geben an, in den Wechseljahren zu sein und zwei nicht. Rund vier Frauen geben an, dies nicht zu wissen. Drei Frauen sind aktuell in einer Therapie im Zusammenhang mit den Wechseljahren, wobei zwei davon eine Hormonbehandlung in Anspruch nehmen.

4.5. Auswertungsmethode

Die Aufzeichnung der Gruppendiskussion als Audiodatei wird von der Verfasserin persönlich transkribiert. Das Schweizerdeutsche wird ins Hochdeutsche übersetzt. Dabei wird auf eine detailtreue und nahe an der Syntax der Mundart orientierten Sprache geachtet. Die Transkription der Gruppendiskussion (Anhang XVI) erfolgt nach den Regeln von Kuckartz (2018), die im Anhang XV zu finden sind. Die Teilnehmerinnen werden in der Reihenfolge ihrer Wortmeldung mit den Buchstaben A bis J benannt. Für die Moderatorin wird die Abkürzung M verwendet.

Zur Auswertung der Daten aus der Gruppendiskussion wird die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gewählt. Dabei wird das Material nach einer *inhaltlichen Strukturierung* (Mayring, 2015, S. 103) anhand eines Kategoriensystems analysiert. Das Ziel der Datenanalyse ist es, «bestimmte Aspekte aus dem

Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.» (Mayring, 2015, S. 67). Das Material soll strukturiert werden, um inhaltliche Aspekte vergleichen zu können. Diese Arbeit fokussiert neben der adressatengerechten Konzeption des Bildungsprogramms dessen Einfluss auf die Selbstakzeptanz und die Einstellung gegenüber den Wechseljahren auf perimenopausale Frauen. Ausserdem werden weitere Auswirkungen der Workshopreihe auf die Teilnehmerinnen untersucht.

Aus den Forschungsfragen lassen sich folgende Hauptkategorien für die Auswertung ableiten, die sich auch im Diskussionsleitfaden abbilden:

- Evaluation des Bildungsprogramms
- Einfluss auf die Selbstakzeptanz
- Einfluss auf die Einstellung den Wechseljahren gegenüber
- weitere Einflüsse des Bildungsprogramms

Die folgende Abbildung verdeutlicht die Kategorien:

Hauptkategorie	Unterkategorien
Evaluation Bildungsprogramm	Positive Rückmeldungen
	Negative Rückmeldungen
Selbstakzeptanz	Veränderung der Selbstakzeptanz gegenüber dem eigenen Körper
	Veränderung der Selbstakzeptanz gegenüber der eigenen Person
Einstellung gegenüber den Wechseljahren	Wahrgenommene Veränderungen in der Einstellung gegenüber den Wechseljahren

Abb. 1: Deduktives Kategoriensystem.

Diese Kategorien werden im Kodierleitfaden (Mayring, 2015) klar definiert und mit Kodierregeln sowie Ankerbeispielen versehen. Zwei zusätzliche induktive Kategorien (Kat. 4 und 5) sowie eine Unterkategorie (3.2.) können durch die Bearbeitung der Transkription herausgearbeitet werden. Die zweite Unterkategorie der Evaluation des Bildungsprogramms wird umformuliert in Empfehlungen, da es im Rahmen der Gruppendiskussion keine negativen Rückmeldungen gibt. Das Kernstück der

Inhaltsanalyse bildet der definitive Kodierleitfaden, der durch die systematisch strukturierte Analyse entsteht und im Anhang XVII zu finden ist.

4.6. Forschungsethik und Datenschutz

Die forschungsethischen Überlegungen basieren auf den Grundsätzen des Rats für Sozial- und Wirtschaftsdaten in Deutschland (RatSWD, 2017), die die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden fokussieren. Bereits bei der Ausschreibung zum Workshop wird darauf hingewiesen, dass es sich um eine Studie im Rahmen einer Masterarbeit handelt. Daher ist die Teilnahme am Bildungsprogramm unentgeltlich. Auf weitere Anreize zur Teilnahme wird verzichtet (Deutsche Gesellschaft für Psychologie, [DGP], 2022). Die interessierten Frauen melden sich per SMS oder Mail für das Bildungsprogramm an, worauf sie eine Informationsmail (Anhang V) mit der Einverständniserklärung (Anhang VI) erhalten. Die Einverständniserklärung orientiert sich an der Empfehlung der Ethik-Kommission der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern und wird vor dem ersten Workshop von sämtlichen Teilnehmerinnen unterzeichnet. Auf die Freiwilligkeit und die Möglichkeit eines Abbruchs ohne negative Folgen wird ausdrücklich hingewiesen.

Die Persönlichkeitsrechte der Teilnehmerinnen sind zu respektieren (Deutsche Gesellschaft für Soziologie, [DGS], 2017). Diese werden berücksichtigt, indem die Frauen im Voraus über den Zweck, die Inhalte des Bildungsprogramms sowie die Art der Datengewinnung, den Datenschutz und ihre damit einhergehenden Rechte informiert werden. Jede Interessentin stimmt schriftlich der Teilnahme an sämtlichen drei Workshops zu, dem Ausfüllen der Fragebogen sowie der Audio-Aufzeichnung und Transkription der Aussagen in anonymisierter Form. Die Vertraulichkeit und das Recht auf Verweigerung werden zu jeder Zeit betont. Jede Frau füllt die Fragebogen A und B unter Angabe ihres Codes aus. So kann die Forscherin die Angaben der Teilnehmerin vor und nach dem Bildungsprogramm vergleichen, ohne Rückschlüsse auf die Person machen zu können. Sämtliche schriftliche Angaben sind demnach auch für die Forscherin keiner Teilnehmerin zuzuordnen.

Aus Gründen der Anonymität werden die Teilnehmerinnen aufgefordert, während der Gruppendiskussion weder den eigenen, noch den Namen anderer Frauen auszusprechen (Lamnek, 2005, S. 296). Ebenso wird erwähnt, dass sie zu keiner Wortmeldung verpflichtet sind.

5. Ergebnisse der Evaluation

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Datenauswertung präsentiert. Die Evaluation der Forschungsfragen zur Konzeption und Durchführung des Bildungsprogramms sowie dessen Einfluss auf die Selbstakzeptanz und die Einstellung der Teilnehmerinnen den Wechseljahren gegenüber bezieht sich als Erstes auf die Daten aus den Fragebogen. Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Gruppendiskussion werden im darauffolgenden Kapitel dargestellt.

5.1. Evaluation mit Fragebogen

Im Kapitel 5.1. werden die Ergebnisse der Fragebogen A und B dargestellt. Die Angaben der Teilnehmerinnen werden in die Unterkapitel Selbstakzeptanz, Einstellung gegenüber den Wechseljahren und die Durchführung des Bildungsangebots gegliedert. Die Daten beziehen sich auf die Angaben der insgesamt elf Teilnehmerinnen, die das 3-teilige Bildungsprogramm absolviert haben.

5.1.1. Konzeption und Durchführung

Im Fragebogen A werden die Teilnehmerinnen nach ihren Erwartungen an den Workshop gefragt. Der Fragebogen B enthält 15 Fragen zur Durchführung des Bildungsprogramms mit Ankreuzoptionen. Zum Abschluss werden drei offene Fragen gestellt, um die individuelle Meinung und Gewichtung einzuholen.

Erwartung an das Bildungsprogramm (Fragebogen A)

Insgesamt acht Frauen geben an, mehr über die Wechseljahre erfahren zu wollen. Unter anderem mit der Begründung, für die Wechseljahre *gewappnet zu sein* oder *mit Mythen aufzuräumen*. Sechs Frauen wünschen sich, in den Austausch mit anderen Frauen zu kommen und zu erfahren, wie es anderen mit den Wechseljahren geht. Das Interesse, Methoden zur Bewältigung der Symptome kennenzulernen, bekunden drei Frauen. Ebenfalls drei Frauen möchten mehr Informationen zum medizinischen Hintergrund und *den Hormonen* erhalten. Je eine Frau äussert, sie wolle erfahren, was von dieser Lebensphase zu erwarten sei und wie man *gesund altern könne*. Eine Frau benennt keinerlei Erwartungen.

Ergebnisübersicht Konzeption und Durchführung, Fragebogen B

	Wie beurteilen Sie...	sehr gut	gut	mittel- mässig	schlecht	sehr schlecht
1	... die Inhalte der Workshops	5	6			
2	... die Verständlichkeit der Inputs und Übungen während des Workshops	9	2			
3	... die Gestaltung und die Abwechslung der Workshops	9	2			
4	... die fachlichen Kompetenzen der Workshopleitung	11				

5	... die sozialen Kompetenzen der Workshopleitung	11				
6	... die Atmosphäre während des Workshops	10	1			
7	... die Organisation des Ablaufs im Vorfeld	9	2			
8	... die Räumlichkeiten	8	2	1		
9	... Ihren persönlichen Wissenszuwachs	3	6	2		
10	... den Workshop insgesamt	7	4			
		Stimmt absolut	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt gar nicht	Ich weiss nicht
13	Die Inhalte des Workshops sind für mein tägliches Leben von Nutzen.	5	6			
14	Den Austausch mit den anderen Frauen empfand ich als wertvoll.	11				
15	Der Workshop hat mir Spass gemacht.	10	1			
16	Meine Erwartungen an den Workshop wurden erfüllt.	6	5			
17	Ich würde den Workshop weiterempfehlen.	8	3			

Abb. 4: Ergebnisübersicht zur Konzeption und Durchführung des Workshops.

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

Sieben Teilnehmerinnen erwähnen den Austausch mit den anderen Frauen als besonders wertvoll. Eine Frau führt dies aus mit den Worten *mit dem Thema nicht mehr alleine zu sein*. Ebenso viele empfinden die Inputs/Wissensvermittlung als *sehr informativ*. Je sechs Teilnehmerinnen beantworten die Frage mit der *guten Mischung der Inhalte* und der *Art der Moderatorin*, die sie als *herzlich, authentisch* und *offen* beschreiben. Weiter wird vermerkt, sie ist *sicher in der Thematik, fachlich fundiert*, hat *didaktische Kompetenzen*, ein *souveränes Auftreten* und ein *gutes Nähe-Distanzding*. Die gute Atmosphäre wird von zwei Teilnehmerinnen explizit erwähnt. Folgende Inhalte werden von je einer Frau besonders positiv wahrgenommen und erwähnt: die Arbeit an sich selbst, Achtsamkeits- und Entspannungsübungen, Tipps für zuhause, Spiele *auf einer lockeren, vertrauensvollen Ebene* und *Schatzkiste/Träume*. Eine Frau nennt an dieser Stelle den Raum.

Was könnte an diesem Workshop verändert werden?

Drei Teilnehmerinnen fordern noch mehr Austausch und Raum für Diskussionen mit den anderen Frauen. Ebenfalls drei Mal wird erwähnt, es wäre hilfreich, *schriftliche Zusammenfassungen/Informationen* der Inhalte zu erhalten. Zwei Frauen haben lieber *weniger Übungen*. Eine Frau wünscht mehr als drei Workshops und erhofft sich, dass dieses Angebot in Zukunft *für alle Frauen* zugänglich wäre. Eine weitere Teilnehmerin beschreibt, zukünftig wäre es nützlich, für die natürliche Behandlung von Symptomen *auf Kräuter hinzuweisen*. Eine andere Frau wäre interessiert an *noch mehr Wissen und Studien*. Je eine Äusserung bezieht sich auf *bequemere Sitzgelegenheiten* und der Raum sollte *persönlicher* sein.

Was möchten Sie mir sonst noch mitteilen?

Vier Teilnehmerinnen betonen die Wichtigkeit des Workshops und ihrer persönlicher Wissenserweiterung, eine Frau formuliert dies mit den Worten, sie *habe mehr Wissen – das befreit*. Eine andere Teilnehmerin meint, *nun ein besseres Wohlbefinden zu haben*. Drei Mal wird die Moderation als *lustig, erfrischend* und mit *super Ausstrahlung* beschrieben, die *schön zuhören* und *Leute mitreissen* kann. Sie hat *eine gute Art mit Menschen zu reden* und habe eine *Stimmung kreiert, wo ich mich wohlfühlte, und Spass hatte*. Zwei Teilnehmerinnen geben an, es sei *schön mit den Frauen* gewesen und bedanken sich für 'die offenen Gespräche'.

5.1.2. Selbstakzeptanz

Die Ergebnisübersicht zu den Angaben der einzelnen Teilnehmerinnen ist im Anhang XVIII abgebildet. Die Abbildung 2 zeigt die summativen Angaben der Teilnehmerinnen vor und nach dem Bildungsprogramm.



Abb. 2: Einschätzung zur Selbstakzeptanz, vor und nach dem Workshop.

Frage 1: Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?

Sämtliche Teilnehmerinnen geben vor und nach dem Bildungsangebot die gleiche Einschätzung ab.

Frage 2: Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?

Drei Teilnehmerinnen stellen eine positive Veränderung fest. Die restlichen Angaben sind dieselben.

Frage 3: Ich wünschte, ich könnte vor mir mehr Achtung haben.

Vier Teilnehmerinnen geben eine positive Veränderung an, drei davon um 2 bzw. 3 Skalenpunkte. Fünf Teilnehmerinnen machen unveränderte Angaben. Bei zwei Teilnehmerinnen verschiebt sich die Angabe um einen Skalenpunkt negativ.

Frage 4: Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.

Vier Teilnehmerinnen geben eine positive Veränderung an, zwei davon um mehr als einen Skalenpunkt. Ebenso viele geben keine Veränderung an. Drei Teilnehmerinnen geben eine negative Veränderung um einen Skalenpunkt an.

Zudem wurden die Frauen mit dem Fragebogen B nach dem Workshop zu ihrer Einschätzung zur Entwicklung der Selbstakzeptanz befragt (*Frage 12: Meine Selbstakzeptanz hat sich durch den Workshop zum Positiven entwickelt*). Acht Teilnehmerinnen beantworten die Frage mit der Option 'Stimmt eher'. Drei Frauen wählen die Antwort 'Stimmt absolut'. Die restlichen drei Antwortoptionen werden nicht berücksichtigt.

5.1.3. Einstellung gegenüber den Wechseljahren

Die Ergebnisübersicht zu den Angaben der einzelnen Teilnehmerinnen ist im Anhang XIX abgebildet. Abbildung 3 zeigt die summativen Angaben der Teilnehmerinnen vor und nach dem Bildungsprogramm.



Abb. 3: Einschätzung zur Einstellung gegenüber den Wechseljahren, vor und nach dem Workshop.

Frage 5: Was fühlen Sie, wenn Sie an das Ende Ihrer Menstruation denken?

Vier Teilnehmerinnen stellen eine positive Veränderung fest. Ebenso viele bleiben bei denselben Angaben. Bei drei Teilnehmerinnen verschiebt sich die Angabe um einen Skalenpunkt negativ.

Frage 6: Während den Wechseljahren fühlt sich eine Frau...

Sechs Teilnehmerinnen geben eine positive Veränderung an, drei davon um 2 Skalenpunkte. Drei Teilnehmerinnen machen unveränderte Angaben. Zwei Teilnehmerinnen geben eine negative Veränderung um einen Skalenpunkt an.

Frage 7: Während den Wechseljahren fühlt sich eine Frau...

Sieben Teilnehmerinnen stellen eine positive Veränderung fest, drei davon um 2, bzw. 3 Skalenpunkte. Drei Teilnehmerinnen geben die gleiche Einschätzung ab wie vor dem Bildungsangebot. Eine Teilnehmerin gibt eine negative Veränderung um einen Skalenpunkt an.

Frage 8: Ich bin froh, in den Wechseljahren zu sein.

Zehn Teilnehmerinnen stellen eine positive Veränderung fest, sechs davon unterscheiden sich mit ihrer Angabe um 2 bis 4 Skalenpunkte. Eine Teilnehmerin macht unveränderte Angaben. Eine Teilnehmerin gibt eine negative Veränderung an.

Zudem wurden die Frauen mit dem Fragebogen B nach dem Workshop nach ihrer Einschätzung zu ihrer Einstellung gegenüber den Wechseljahren befragt (*Frage 11: Meine Einstellung gegenüber den Wechseljahren hat sich durch den Workshop verbessert*). Sechs Teilnehmerinnen beantworten die Frage mit der Option *Stimmt absolut*. Vier Frauen wählen die Antwort *Stimmt eher*. Eine Teilnehmerin entscheidet sich für die Option *Stimmt eher nicht*.

5.2. Evaluation durch Gruppendiskussion

Mit der Gruppendiskussion werden die Evaluation des Bildungsprogramms und die Forschungsfragen vertieft untersucht, aus denen sich die Kapitel 5.2.1. bis 5.2.3 ergeben. Durch die strukturierte Inhaltsanalyse ist der Kodierleitfaden um die beiden induktiven Kategorien *Einflüsse des Bildungsprogramms* (5.2.4.) und *Wechseljahre im Kontext der Gesellschaft* (5.2.5.) ergänzt worden. Gestützt auf diese Kategorienbildung werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Gruppendiskussion präsentiert. Diese beinhaltet die Äusserungen der insgesamt zehn Frauen, die an der Diskussion und am Bildungsprogramm teilgenommen haben. Die Aussagen werden mit dem zugewiesenen Kennbuchstaben und einer Referenzstelle als Beispiel wiedergegeben. Das vollständige Transkript und der Kodierleitfaden sind in den Anhängen XVI und XVII zu finden.

5.2.1. Konzeption und Durchführung

Unter den Teilnehmerinnen des Bildungsprogramms besteht Konsens, dass «das miteinander reden, sich austauschen und Erfahrungen sammeln» (E, 422–423) als

besonders wertvoll erachtet wird. Eine Frau wünscht sich, man hätte sich zu gewissen Themen noch mehr austauschen können (B, 398).

Ebenso geschätzt wird *der schöne Mix* (E, 217) zwischen der Wissensvermittlung in Bezug auf die hormonellen und körperlichen Veränderungen des weiblichen Körpers sowie der medizinischen Möglichkeiten (E, 389) und «den Übungen zur Selbstakzeptanz und Selbstliebe» (E, 224). Die Spiegelübung (B, 202) und die Übung zum bewussten Genuss (H, 477) werden explizit genannt. Erwähnung findet auch der Fokus der Workshops auf das Positive und die Tipps zur Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens, was F mit den folgenden Worten wiedergibt: «...dass man nämlich auch mit Kleinigkeiten etwas verändern kann und bewirken. Das finde ich noch schön. Dass das aufgezeigt worden ist. Dass es eigentlich nicht viel braucht, dass man den Tag besser machen kann.» (F, 241–243).

In Bezug auf die Konzeption zukünftiger Bildungsprogramme finden die Frauen den Einbezug der Männer wichtig (C, 94–96). Dabei wird nicht eindeutig formuliert, ob die Männer im selben Workshop dabei sein sollen oder ob es ein eigenes Bildungsprogramm bzw. Modul für sie geben sollte (B, 89–90). Eine Frau wüsste gerne, wie sie die gewonnenen Informationen ihrem Partner kommunizieren soll (J, 332). Es melden sich diejenigen Frauen zu Wort, die sich weitere Module (C, 406) oder längere Workshops wünschen (B, 396) mit noch mehr Studienresultaten (C, 334) oder zusätzlicher Zeit für den gegenseitigen Austausch (B, 398). Weiter ist es einigen Teilnehmerinnen ein Anliegen, sich in gewissen zeitlichen Abständen wieder zu treffen (J, 318–320) und über eine Whatsapp-Gruppe in Kontakt zu bleiben (B, 351). Je eine Frau räumt ein, dass ein solches Angebot sexueller Bildung allen Frauen zur Verfügung stehen sollte (C, 71–78) und Frauen bereits im jüngeren Alter angesprochen werden sollten (A, 97–101). Eine Teilnehmerin findet es wünschenswert, dass dem Thema Sexualität ein eigenes Modul gewidmet wird (C, 411–412). Von der Mehrheit der Frauen wird ein Handout (E, 315) der wichtigsten Inhalte und ein Ausdruck der Powerpoint-Präsentationen gewünscht (G, 387).

5.2.2. Selbstakzeptanz

Die Veränderung der Selbstakzeptanz dem eigenen Körper gegenüber beschreibt eine Teilnehmerin als *besseres Körpergefühl* (B, 210) und dass sie weniger Mühe damit habe, ihren Körper anzuschauen, als dies vorher der Fall war (B, 204–215). «Ich habe irgendwie gerade mehr Achtung.» (J, Pos. 258) ist eine Aussage von J in Bezug auf den weiblichen Körper, der sich im Laufe des Lebens der jeweiligen Situation anpasst und sich verändert. Eine Frau bezeugt, sie sei «...achtsamer ge-

worden. Mir selbst gegenüber. Durch die Übungen sicher auch, so ein bisschen beobachtender, aber auch weniger wertend.» (C, 238–240). Eine andere Teilnehmerin hat ebenfalls eine positive Veränderung bei sich festgestellt (A, 249) und beschreibt diese folgendermassen: «Auch mehr Wohlwollen mir gegenüber. (...) Mehr Selbstakzeptanz, ja.» (A, 257). I räumt ein, «...dass man das auch ein bisschen geniessen sollte, dass der Körper sich verändert.» (I, Pos. 488).

5.2.3. Einstellung gegenüber den Wechseljahren

Den Aussagen der Workshop-Teilnehmerinnen zufolge hat sich ihre Einstellung gegenüber den Wechseljahren positiv verändert. Die Frauen sprechen in diesem Zusammenhang davon, das Bildungsprogramm mache die Thematik «leichter und gelassener. Man kann dem einfach so ein bisschen lockerer entgegenblicken» (E, 56). Nach dem Workshop empfindet B die Wechseljahre «als etwas Besseres, irgendwie, als vorher» (B, 28) und die «negativen Konnotationen, die es gehabt hat, sind jetzt (...) ein bisschen weg.» (B, 29).

Auch C sieht die Wechseljahre optimistischer als vor dem Bildungsprogramm: «...ja, es ist okay, ich bin offen, ich kann mit dem jetzt umgehen. (...) irgendwie positiver, definitiv.» (C, 44) und man «fühlt sich ein bisschen besser» (C, 76). Die Einstellung einer Teilnehmerin spiegelt sich in der Aussage «Ich bin der Meinung, dass jede Zeit ihre Berechtigung hat, gut zu sein. Und dass es gut ist, wie es ist, in der Phase, in der man sich nun befindet. Und dass man auch versucht, die guten Dinge dort rauszuziehen» (E, 50). J meint: «Ich fände es cool, wenn wir auch so alte Frauen werden, die einfach so... dastehen und (...) es ist ja nicht so, dass wir nichts mehr zu bieten haben, nur weil wir nicht mehr fruchtbar sind.» (J, Pos. 288). Eine Frau sieht die medizinischen Möglichkeiten als Vorteil unserer Zeit und meint: «...also ich bin gerade sehr dankbar, dass ich in dieser Generation – wenigstens jetzt in dieser Generation aufwachse» (D, 105).

Den Grund für die veränderte Einstellung gegenüber den Wechseljahren sehen einige Frauen im erlangten Wissen, «das macht das Thema jetzt ein bisschen leichter» (C, 44) und dem Austausch mit den anderen Frauen, was «hilft» und es «positiver» macht (C, 174). In den Workshops haben die Frauen erfahren, «dass man sich auch austauschen kann und merkt, dass man nicht alleine ist» (F, 65) und «es geht allen gleich. Jede fühlt sich irgendwann nicht schön, aufgedunsen, schlecht irgendwie, nicht fit, was auch immer» (E, 150).

5.2.4. Weitere Einflüsse des Bildungsprogramms

Nebst dem Einfluss auf die Selbstakzeptanz sowie der Einstellung gegenüber den Wechseljahren wirkt sich das Bildungsprogramm auch auf das Verhalten der Teilnehmerinnen aus. Mehrere Frauen erwähnen während der Gruppendiskussion, die Wechseljahre in Gesprächen nun öfters zu thematisieren und sich dies auch *trauen* (C, 171). «Ich habe mit gar niemandem vorher darüber geredet über das ganze Thema. Aber seit ich alle darauf anspreche, sagen alle genau, genau» (D, 116). Eine ähnliche Feststellung macht F: «...wenn ich sage, ich gehe nun wieder in diesen Kurs, da ist ein mega Interesse auch da in meinem Umfeld.» (F, 62). Das vermehrte Ansprechen der Wechseljahre erklärt sich D so: «Man kann nur über etwas sprechen, wenn man auch etwas darüber weiss. Sonst geht das einfach nicht» (D, 446). Das Thema hat nun mehr «Fleisch am Knochen» (D, 46) und «viele Sachen haben jetzt einen Namen bekommen... denen ich mir gar nicht bewusst war» (J, 264), denn vorher «hatte ich ja keinen Plan» (D, 47). Eine Frau meint in Bezug zu den verschiedenen Lebensphasen: «Ich glaube schon, dass es den Blick geschärft hat» (J, 297) und erzählt, wie ihr alte Frauen nun positiv auffallen (J, 282). Sie beschreibt ihr Selbstverständnis mit den Worten «einfach auch hinstehen und finden, ja... ich hänge jetzt in diesen Wechseljahren» (J, 262).

Eine Teilnehmerin beobachtet, dass sich durch das neue Wissen und ihrer Achtsamkeit die Aufmerksamkeit ihrem Körper gegenüber verändert hat und sie Schmerzen früher wahrnimmt (B, 460). Der Effekt des Bildungsprogramms wird darin gesehen, «dass man auch weiss, was man tun kann» (G, 67) und «welche Möglichkeiten man hat für alles, was kommen könnte» (G, 69). Eine andere Frau fühlt sich durch die Workshops animiert und ergreift die Initiative, was sie als positive Veränderung wahrnimmt: «...nach dem ersten Workshop deiner ersten Präsentation habe ich gedacht, okay. Ich muss etwas machen. Ich habe jetzt einfach mal das Buch gelesen, es gibt sicher noch andere Sachen, aber das hat mir jetzt schon wirklich wahnsinnig geholfen (lächelt). (..) Ja, und es macht automatisch etwas, also es hat automatisch Auswirkungen, finde ich» (D, 448).

Mehrere Teilnehmerinnen beteuern, sie fühlen sich durch den Workshop in ihrem Wohlbefinden gestärkt (B, 437) und empfinden sich als selbstbewusster als davor (A, 445), was von einer Frau mit dem Wissenszuwachs erklärt wird (D, 444). Dieses Wissen *gibt einem Sicherheit* (H, 70), erklärt H. Eine andere Frau äussert: «Ich finde das sehr beruhigend zu wissen. Wenn ich will, dann kann ich handeln.» (G, 193). Im Alltag bedeutet dies beispielsweise «...ich könnte meinem Frauenarzt jetzt konkrete Fragen stellen» (D, 48) und «auch konkrete Antworten fordern» (D, 455).

Ansonsten «erzählt der mir ja irgendetwas und wenn ich nicht genau darüber Bescheid weiss, dann muss ich einfach vertrauen», und nun könne sie die Aussagen einer Fachperson *hinterfragen* (D, 459).

Das *bewusste Geniessen* und *für sich selbst etwas Gutes tun* hat für H eine Art von *Achtung* bewirkt, was *viel bringt* (H, 244). Auch C erläutert den positiven Effekt der verbesserten Selbstfürsorge (C, 468). E glaubt, «die Übungen zur Selbstakzeptanz, Selbstliebe, sich vielleicht in einem anderen Blickwinkel sehen... sich Beachtung schenken, ich glaube die Übungen» führen «zu einer besseren Zufriedenheit mit sich selbst» (E, 224). Das wiederum helfe «auf der psychisch-mentalenebene» in «Momenten, wo es einem vielleicht nicht gerade so gut geht... über die dann hinwegzukommen... Das ist ja auch ein Wissen. So die Sicherheit zu haben» (E, 228). B ist in Bezug auf die Wechseljahre der Meinung, wenn man «allen so einen Workshop zugänglich machen würde, allen Frauen, oder ehrlich gesagt auch allen Männern... dass wir das dann auch ändern könnten, und diese Schwere einfach mal weggeht. Und dann wäre es vielleicht auch nicht so schwer. Also so ist es ja. Das haben wir ja irgendwie gemerkt.» (B, 88).

5.2.5. Wechseljahre im Kontext der Gesellschaft

Die Wechseljahre werden nicht als eigentliches Tabuthema gesehen. Dennoch ist ein gewisses Vertrauensverhältnis Voraussetzung für ein Gespräch, denn es ist nicht ein Thema, was man «bei einem Drink noch schnell miteinander bespricht» (D, 129). Eine Frau führt diese Tatsache darauf zurück, dass es mit den Wechseljahren «eher in Richtung Ende» geht und damit «viele Menschen Mühe haben» (I, 157). Eine andere Begründung liegt darin, dass in unserer Gesellschaft Themen gemieden werden, bei denen es darum geht «Schwäche zu zeigen oder nicht leistungsfähig zu sein» (E, 133). E meint weiter, dass Frauen «voneinander das Gefühl haben, funktionieren zu müssen» (E, 145) und dies «eine Lücke in unserem System» (E, 147) sei. Sie hat die Erfahrung gemacht, dass sich das Gegenüber schnell offenbart, sobald sie ihre «Ängste und Sorgen, meinen mentalen Zustand» erzählt (E, 138).

6. Diskussion

Für die vorliegende Arbeit wurde auf der Basis einer Literaturrecherche ein sexuelles Bildungsprogramm konzipiert mit dem Ziel, das psychosoziale Wohlbefinden von perimenopausalen Frauen zu steigern. Das Ergebnis zeigt sich in der 3-teiligen Workshopreihe «Die goldene Mitte». Mit dem Angebot wurde die Wirkung auf die

Selbstakzeptanz und die Einstellung gegenüber den Wechseljahren von Frauen untersucht. Elf Frauen in der Perimenopause haben den Workshop absolviert und einen Fragebogen vor sowie nach dem Bildungsprogramm beantwortet. Zehn von ihnen nahmen an der anschliessenden Gruppendiskussion teil. Die erhobenen Daten wurden in Bezug auf die Forschungsfragen analysiert.

6.1. Überprüfung der Ziele

6.1.1. Konzeption und Durchführung

Die Evaluation zeigt, dass das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen gestärkt werden konnte. Die Frauen geben an, durch das Wissen rund um die hormonellen und psychosozialen Veränderungen der Wechseljahre an Sicherheit und Selbstbewusstsein gewonnen zu haben. Vor den Workshops hat den Teilnehmerinnen das Wissen gefehlt, um über das Thema Perimenopause angemessen Gespräche führen zu können, wozu sie nun nach eigenen Aussagen in der Lage sind.

Das Wissen bietet den Frauen die Grundlage für selbstverantwortliches Handeln, indem sie über mögliche Angebote zur Symptombehandlung informiert sind. Dadurch sind die Frauen befähigt, relevante gesundheitliche Entscheide zu treffen. Die Teilnehmerinnen fühlen sich sicherer gegenüber Fachpersonen und trauen sich, gezielt Fragen zu stellen und Antworten oder bestimmte Behandlungen einzufordern. Die teilnehmenden Frauen empfinden es als Selbstermächtigung, die Aussagen von Ärzt*innen hinterfragen zu können und nicht mehr bloss «blind» vertrauen zu müssen.

Die Operationalisierung der Qualitätsmerkmale zeigt, dass die Inhalte des sexuellen Bildungsprogramms insgesamt als sehr gut bewertet wurden. Neben dem biomedizinischen Wissenszuwachs fand der Fokus auf das Positive und die Möglichkeiten zur Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens im Alltag besonderen Anklang. Die Kenntnis über eigene Ressourcen hilft den Frauen im Umgang mit den Wechseljahrsymptomen.

Ideen zur Selbstfürsorge wie beispielsweise die 'Schatzkiste' oder das bewusste Geniessen erkannten die Teilnehmerinnen als ebenso wertvolles Wissen, das in schwierigen Lebenssituationen hilft und die Zufriedenheit mit sich selbst stärkt. Ausserdem profitierten die Teilnehmerinnen in besonderem Masse vom Erfahrungsaustausch mit den anderen Frauen. Sie wünschten sich noch mehr Raum für Diskussionen und die Möglichkeit, die Kontakte in Form von zukünftigen Treffen weiterzuführen.

Die Frauen geben an, sie würden das sexuelle Bildungsangebot weiterempfehlen und sie hatten Spass an den Workshops. Das Angebot hat sie motiviert, sich selbst vermehrt mit der Thematik der Wechseljahre auseinanderzusetzen.

Sämtliche Teilnehmerinnen schätzten die fachliche und soziale Kompetenz der Workshop-Leitung als sehr gut ein. Die Atmosphäre, die Gestaltung und die Verständlichkeit der Inhalte sowie die Organisation und die Räumlichkeiten wurden geschätzt.

Der Bedarf an sexueller Bildung für Frauen, insbesondere zur Thematik der Perimenopause, kam zum Ausdruck. Dies deckt sich mit der aktuellen Forschungslage (Böhm et al., 2022, S. 14; Pampel, 2019, S. 28ff; Sparmann, 2015, S. 13, S. 25). Die Empfehlung der Teilnehmerinnen ist es, dieses Angebot bereits jüngeren Frauen und einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Weitere Module, insbesondere ein spezieller Themenabend zur Sexualität und der Einbezug von Männern ins Thema der Wechseljahre, sollen für zukünftige Angebote sexueller Bildungsangebote angedacht werden.

6.1.2. Selbstakzeptanz

Als Nächstes wurde untersucht, ob die Selbstakzeptanz der Teilnehmerinnen durch das Angebot sexueller Bildung gestärkt werden konnte. Eine Veränderung zeigte sich in einer höheren Zufriedenheit mit sich selbst und einer gesteigerten Achtung vor der eigenen Person. Mittels der qualitativen Inhaltsanalyse der Gruppendiskussion zeigte sich, dass über den Zugang der Achtsamkeit der eigene Körper weniger bewertet und dadurch die Selbstakzeptanz gesteigert werden konnte. Übungen wie das Betrachten des eigenen nackten Körpers im Spiegel förderten das Bewusstsein für den eigenen Körper und verbesserten das Körpergefühl. Der achtsame Umgang mit dem eigenen Körper steigert die bewusste Wahrnehmung von Körperempfindungen, so dass Symptome besser erkannt und eingeordnet werden können.

Die Selbstakzeptanz der eigenen Person zeigte sich in einer leichten Steigerung der positiven Einstellung zu sich selbst und einer wohlwollenderen Haltung sich selbst gegenüber. Die Akzeptanz des eigenen Aussehens wurde von sämtlichen Teilnehmerinnen vor und nach dem Workshop gleich bewertet. Eine mögliche Erklärung hierfür könnten die Stichprobe aus Frauen sein, die die Akzeptanz ihres Aussehens mit *überwiegend* bereits vor dem Bildungsangebot verhältnismässig positiv einschätzten, unzulängliche Methoden oder die eingeschränkte Zeit zur Wahrnehmung einer Veränderung.

6.1.3. Einstellung gegenüber den Wechseljahren

Die Konzeption des Bildungsprogramms hatte zum Ziel, die Einstellung der Teilnehmerinnen gegenüber den Wechseljahren positiv zu beeinflussen. Die Evaluation macht deutlich, dass die Frauen durch das Angebot sexueller Bildung erwiesenermassen besser mit den Wechseljahren umgehen können, als dies vor dem Absolvieren der Workshops der Fall war. Die Teilnehmerinnen bewerteten nach dem Bildungsprogramm das Gefühl einer Frau in der Perimenopause als wertvoller und attraktiver. Das Ende der Menstruation beurteilten die Teilnehmerinnen minimal positiver in Richtung Erleichterung als vorher. Dass die Veränderung nicht deutlicher zu messen ist, könnte damit zusammenhängen, dass die Teilnehmerinnen ihre Menstruation bis dato nicht als Belastung erlebten und ihr Ende daher nicht mit Erleichterung in Verbindung bringen.

Die qualitative Inhaltsanalyse ergab, dass Frauen, die das Bildungsprogramm absolviert haben, die Wechseljahre als positiver empfinden und sich durch den Wissenszuwachs gelassener und optimistischer fühlen bezüglich der Thematik. Sie bringen ihre Dankbarkeit zum Ausdruck, den Symptomen nicht hilflos ausgeliefert zu sein und fühlen sich in ihrer Selbstwirksamkeit bestärkt. Die Teilnehmerinnen bekräftigen, dass ihnen der gegenseitige Austausch untereinander geholfen habe im Wissen darum, mit der Problematik nicht allein zu sein. Durch das sexuelle Bildungsprogramm wurde der Blick auf die verschiedenen Lebensphasen geschärft, auch gegenüber dem Alter. Die Teilnehmerinnen erfassten die spezifischen Herausforderungen der Wechseljahre und betrachten ältere Frauen nunmehr mit einem veränderten Bewusstsein, das sich weniger der Altersstereotypen bedient. Das Anerkennen eigener Leistungen und Erfahrungen führte zu einem verstärkten Selbstbewusstsein und Stolz. Das neue Selbstverständnis brachte eine Verbesserung der Einstellung gegenüber den Wechseljahren und hatte ein positiveres Bild der älteren Frau zur Folge.

6.2. Limitationen

Die vorliegende Masterarbeit ermöglichte einen vertieften Einblick in die spezifischen Herausforderungen von Frauen in der Perimenopause. Mit der Kombination von quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden konnte der Erkenntnisgewinn optimiert werden. Mit der Anzahl von elf Frauen, die das gesamte Bildungsprogramm absolviert und an der Evaluation teilgenommen haben, können die Ergebnisse der Forschungsfragen nicht unbedingt auf die Gesamtbevölkerung übertragen werden.

Die Frauen, die an dieser Studie teilnahmen, wurden aus dem erweiterten Umfeld der Autorin rekrutiert und haben sich freiwillig für das Bildungsprogramm angemeldet. Dies schränkt die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ein und muss bei der Interpretation dieser Ergebnisse berücksichtigt werden.

Zur Stichprobe lässt sich sagen, dass sämtliche Teilnehmerinnen Mütter sind, was die Gesamtgruppe von Frauen in den Wechseljahren nicht repräsentiert. In der Frage, wie das Ende der eigenen Fruchtbarkeit angenommen werden kann, spielt ein unerfüllter Kinderwunsch eine relevante Rolle, was insbesondere bei kinderlosen Frauen einen Unterschied darstellen könnte.

Im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung verfügen die Teilnehmerinnen über ein höheres Bildungsniveau (vgl. S. 47), und sie arbeiten an mehreren Wochentagen. Berufstätigen Frauen gelingt es besser, die Herausforderungen der Wechseljahre und des Alters zu erkennen und diese anzunehmen. Ebenso suchen sie sich häufiger ärztlichen Rat und informieren sich mittels Literatur (Pramataroff & Strauss, 2006, S. 22).

Zudem leben ausser einer Teilnehmerin sämtliche Frauen in einer Beziehung, was ein schützender Faktor im Umgang mit Wechseljahrsymptomen sein kann, sofern Zufriedenheit mit der Partnerschaft besteht (Avis et al., 2009, S. 448; Chedraui et al., 2009, S. 133; Mishra & Kuh, 2006, S. 101; Seehafer, 2000, S. 15).

Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Studie war eine gute Ausdrucksfähigkeit in deutscher Sprache. Frauen mit Deutsch als Zweitsprache oder mit Migrationshintergrund waren nicht Teil der Studie, weshalb die Erkenntnisse nicht auf andere Kulturkreise zu übertragen sind. Ebenfalls fehlen die Erfahrungen von Frauen unterschiedlicher sexueller Orientierung und Identität sowie von körperlich beeinträchtigten Frauen, was die Resultate in ihrer Aussagekraft einschränkt. Im Wissen um interpersonelle Unterschiede war es dennoch möglich, die Veränderungen der Teilnehmerinnen in Bezug auf die Selbstakzeptanz und ihrer Einstellung gegenüber den Wechseljahren durch das Angebot an sexueller Bildung festzustellen. Weiter ist es gelungen, Faktoren zu eruieren, die für die Konzeption des sexuellen Bildungsprogramms für perimenopausale Frauen evident sind.

Rückblickend lässt sich festhalten, dass die Eingrenzung auf ein Altersspektrum keine Relevanz hat. Zum einen hat sich gezeigt, dass Frauen ohne das nötige Wissen selbst nicht einschätzen können, ob sie sich bereits in der Perimenopause befinden oder nicht. Zum anderen, weil junge Frauen in der Prämenopause genauso von der sexuellen Wissensvermittlung profitieren und dadurch besser vorbereitet in die Wechseljahre starten, wie auch das Interesse bei Frauen in der Postmenopause

vorhanden ist. Für zukünftige sexuelle Bildungsangebote sollte daher auf eine Altersangabe verzichtet werden.

Die Bewertung der eigenen Einstellung gegenüber der Perimenopause ist nicht nur anspruchsvoll, sondern kann auch durch die momentane Gefühlslage beeinflusst sein. Diese Schwierigkeit stellt sich allerdings bei sämtlichen Abfragen. Die Zeitspanne zwischen der Erstbefragung und der Schlussbefragung nach den drei Workshop-Modulen betrug sechs Wochen. Damit kann nicht bewiesen werden, wie nachhaltig die positive Beeinflussung der Einstellung zu den Wechseljahren tatsächlich ist.

Unter 3.4. wird erklärt, welche Vorteile das Modell des 3-teiligen Workshops bringt. Aus dem zeitlich begrenzten Rahmen ergeben sich einerseits Limitationen, weil nur erste Lernschritte in Bezug auf Achtsamkeit und Körperwahrnehmung möglich waren. Andererseits kamen auf diese Weise Frauen mit körperlichem Lernen in Kontakt, die sich ansonsten vielleicht nicht für solche Inhalte interessieren.

Um selbstfürsorgliches Handeln in den Alltag zu integrieren und damit eine nachhaltige Wirkung in Bezug auf die Selbstakzeptanz zu erzielen, wären weitere Module und eine Begleitung über einen längeren Zeitraum notwendig. Diesem Anspruch kann die Workshopreihe «Die goldene Mitte» nicht gerecht werden, zumal der Anteil von Wissensvermittlung ebenso hoch ist.

Eine gesamtheitliche Erfassung der individuellen Lebensumstände ist im Umfang des vorliegenden Programms zur sexuellen Bildung nicht möglich. Um sich mit den veränderten Lebensbedingungen in und nach der Perimenopause zurechtzufinden, kann sich beispielsweise eine berufliche Neuorientierung anzeigen, die das Alter und die Leistungsfähigkeit berücksichtigt. Im Rahmen der vorliegenden Konzeption des sexuellen Bildungsangebots bleibt die individuelle Begleitung und Beratung der Teilnehmerinnen begrenzt. Eine Konsultation bei Gynäkolog*innen, Psycholog*innen oder Sexolog*innen muss ergänzend in Betracht gezogen werden.

6.3. Schlussfolgerungen und Ausblick

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde das Bedürfnis von Frauen in der Perimenopause nach sexueller Bildung deutlich. Das Bildungsangebot «Die goldene Mitte» erweist sich als zielführend, perimenopausale Frauen in ihrem psychosozialen Wohlbefinden zu unterstützen.

Mit dieser Konzeption geht der Workshop über bisher verfügbare Bildungsangebote hinaus, da neben der Vermittlung von körperorientierten Methoden und biomedizinischem Wissen ebenfalls psychosoziale Veränderungen berücksichtigt und die As-

pekte der Lebensübergänge sowie des Alterns integriert wurden. Diese Inhalte sind für die Bewältigung der Wechseljahre bedeutend (Perrig-Chiello, 2024, S. 11).

Das Ziel, die Selbstakzeptanz der Teilnehmerinnen zu stärken und ihre Einstellung gegenüber den Wechseljahren zu verbessern, wurde erreicht. Gemäss der aktuellen Forschungslage wirkt sich die Veränderung der untersuchten beiden Faktoren positiv auf die Wahrnehmung der Wechseljahrsymptome und den Umgang damit aus, sie verbessert die Lebenszufriedenheit (Ayers et al., 2010, S. 28; Brown, 2015a, S. 2; Hoga et al., 2015, S. 73; Perrig-Chiello, 2011, S. 65; Rotem et al. 2005, S. 233; Süss et al., 2021, S. 231; Yanikkerem, 2012, S. 561) und somit ebenfalls die Sexualität (Bitzer, 2005, S. 6; Heidari et al., 2019, S. 15; Schultz-Zehden, 2013, S. 58; Von Gruchalla & Debus, 2006, S. 9).

Durch den Austausch mit anderen Frauen gewinnt die eigene Lebenssituation an Normalität, und von den individuellen Erfahrungen kann profitiert werden (Hyde et al., 2010, S. 814; Sparmann, 2018, S. 18), was von den Teilnehmerinnen in besonderem Masse geschätzt wurde. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erkenntnissen von Steffes (2022), wonach die Gespräche untereinander als stärkstes Bedürfnis perimenopausaler Frauen bewertet wurde (Steffes, 2022, S. 74). Diskussionen rund um die Herausforderungen der Wechseljahre und des Alterns animieren die Frauen zur Selbstreflexion der eigenen Lebenssituation (Boggs & Rosenthal, 2000, S. 207). Es zeigt sich, dass Gruppendiskussionen und die Vermittlung von Wissen mittels einer optimistischen, lebensbejahenden und sexpositiven Haltung die Einstellung gegenüber den Wechseljahren verbessern können (Moshki et al., 2018, S. 319). Die Einstellung der Frauen gegenüber den Wechseljahren ist ausschlaggebend dahingehend, wie Symptome während der Perimenopause erlebt werden (Ayers et al., 2010, S. 28; Hoga et al., 2015, S. 73; Perrig-Chiello, 2011, S. 63ff.; Rotem et al. 2005, S. 233; Yanikkerem, 2012, S. 561).

Dank den umfassenden Informationen über hormonelle sowie psychosoziale Veränderungen in der Perimenopause gewinnen die Frauen an Kompetenz und Sicherheit im Umgang mit gesundheitlichen Fragen und ihren Wechseljahrsymptomen. Dadurch wird die Selbstwirksamkeit und das Selbstbewusstsein von perimenopausalen Frauen erhöht, was wiederum ihre Lebensqualität positiv beeinflusst (Ghahramani et al., 2009, S. 18; Haddock & Maio, 2014, S. 225; Herriger, 2020, S. 229; Mishra et al., 2004, S. 411; Valtl, 2013, S. 129; Wolf, 2009, S. 88).

Die Teilnehmerinnen haben sich mit ihren Stärken, Talenten und Leistungen auseinandergesetzt. Dadurch sind sie sich ihrem Selbstwert bewusst geworden, der sich nicht aus der vergänglichen Reproduktivität und Attraktivität nährt, sondern auf

Fähigkeiten, was den Umgang mit den Wechseljahren erleichtert (Perrig-Chiello, 2011, S. 65; Strauss, 2011, S. 125f.).

Wie erwartet (vgl. Steffes, 2022, S. 73; Valtl, 2013, S. 129) erweiterten die Teilnehmerinnen durch das gewonnene Wissen die persönliche Entscheidungs- und Handlungskompetenz in Bezug auf Gesundheit, Alltagsleben und Sexualität, und sie reduzierten ihre Ängste. Darauf lässt die Auswertung der Gruppendiskussion schließen (vgl. D, 48–49). Des Weiteren zeigt die Analyse der Gruppendiskussion, dass die Frauen sich nicht mehr hilflos, sondern zu aktivem Handeln befähigt fühlen (vgl. H, 70). Dieses gesteigerte Kohärenzgefühl war im Sinne der Selbstwirksamkeit zu erwarten (vgl. Antonovsky, 1997, S. 34ff.), wonach sich die Frauen ihren hormonellen Veränderungen nicht hilflos ausgesetzt, sondern sich zu aktivem Handeln befähigt fühlen und eine Verbesserung ihrer Lage erwarten.

Die Selbstakzeptanz wurde nebst der Wissensvermittlung durch Achtsamkeit (Carson & Langer, 2006, S. 40f.; Harrer et al. 2016, S. 273f.; Hölzel & Brähler, 2015, S. 67; Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 85) und körperorientierten Methoden gestärkt. Achtsamkeit fördert durch den bewussteren Umgang mit Stress das Wohlbefinden, trägt zur Steigerung der Lebensqualität bei (Rytz & Wiesmann, 2013, S. 273). Diese persönliche Entwicklung konnten die Teilnehmerinnen auch bei sich beobachten (vgl. I, 488–489).

Mittels körperorientierter Übungen wird der nichtbewertende Umgang mit dem eigenen Körper geübt, der das Gefühl der eigenen Attraktivität entscheidend prägt (Sparmann, 2018, S. 27). Die Frauen drücken dies mit einem Wohlwollen (A, 257) und der nichtwertenden Beobachtung (C, 238–240) der eigenen Person gegenüber aus. Was Sparmann und Hofstätter (2022) beschreiben, kam in der Gruppendiskussion zum Ausdruck: «Wenn die empfundene Spannung zwischen Selbstbild und Idealbild aufgehoben werden kann, wird die hemmende Scham überwunden und es entstehen Stolz und Würde.» (Sparmann & Hofstätter, 2022, S. 259). Das Selbstmitgefühl ist bedeutend für das Körperbild und die Wertschätzung des eigenen Körpers (Young & Kotera, 2022, S. 321) und wurde durch das Bildungsangebot gefördert. Die positive Selbstzuwendung sowie das Wissen um die eigenen Ressourcen kann Frauen in der Bewältigung multifaktorieller Herausforderungen in den Wechseljahren helfen und den Selbstwert erhöhen (Hölzel & Brähler, 2015, S. 67; Young & Kotera, 2022, S. 321).

Für die Sensibilisierung zur Wahrnehmung von Körpersignalen sowie eigenen Bedürfnissen und Ansprüchen bedarf es an Zeit und eventuell individueller Begleitung. Diesem Anspruch kann das vorliegende Konzept sexueller Bildung nicht nachkom-

men, weshalb die Nachhaltigkeit der beobachteten Effekte nicht beurteilt werden kann.

In Bezug auf die Selbstakzeptanz sind weitere Forschungen wünschenswert. Gerade bei Frauen, die aus gesundheitlichen oder ideologischen Gründen auf eine HRT verzichten müssen oder wollen, kann dieser Ansatz die Lebensqualität der Frauen verbessern.

Im Laufe dieser Arbeit hat sich die Wichtigkeit einer frühzeitigen Wissensvermittlung gezeigt. Es sollen bereits junge Frauen auf hormonelle Veränderungen sensibilisiert werden, um rechtzeitig gesundheitliche Entscheidungen treffen zu können und Veränderungen einordnen zu können, die Ärzt*innen aufgrund des jungen Alters nicht als Wechseljahrsymptome erkennen. An dieser Stelle sollten Überlegungen angestellt werden, wie Frauen aus anderen Kulturkreisen oder mit wenig Sprachkenntnissen erreicht werden können, die keine Fachperson aufsuchen.

Für die Erarbeitung zukünftiger Bildungsangebote zum Thema der Wechseljahre wäre es sinnvoll, das Umfeld miteinzubeziehen. Die Befragung von Partner*innen und Familienmitgliedern von Frauen in der Perimenopause könnte weiteren Aufschluss über die belastenden Elemente in der Lebenssituation der Frauen geben. Zusätzlich könnte das Zielpublikum der perimenopausalen Frauen auf alle interessierten Menschen ausgeweitet werden. Ayers et al. (2010) beobachteten, dass Frauen, die eine positivere Einstellung gegenüber den Wechseljahren hatten, in Beziehungen waren mit Männern, die ebenfalls eine positivere Einstellung hatten im Vergleich mit den anderen Partnern (Ayers et al., 2010, S. 35).

In Bezug auf das sexuelle Bildungsangebot für Frauen in den Wechseljahren trifft die Aussage von Sielert und Schmidt (2013) zu. In den letzten Jahren wurde im Bereich der sexuellen Bildung zwar einiges erreicht. Dennoch hat «die Professionalisierung der Sexualpädagogik noch keineswegs den Status erreicht, der dem Stand der gesellschaftlichen Entwicklungsprozesse im Bereich von Sexualkultur und einer angemessenen sexuellen Bildung entsprechen würde. Sexualpädagogik benötigt weiterhin der gesellschaftlichen und bildungs- wie auch wissenschaftspolitischen Unterstützung» (Sielert & Schmidt, 2013, S. 20). Diese Masterarbeit leistet einen wichtigen Schritt in diese Richtung.

Angesichts der hohen gesellschaftlichen Relevanz gilt es in Zukunft neben der Situation der betroffenen Frau und ihrer familiären Umgebung die Thematik ebenfalls auf die Arbeitswelt zu expandieren. Derzeit läuft ein deutschlandweites Forschungsprojekt des Instituts für angewandte Forschung in Berlin, das betriebliche Massnahmen entwickelt, um Frauen in den Wechseljahren im Arbeitskontext effektiv unter-

stützen zu können (Rumler et al., 2014). Diese Erkenntnisse gilt es auch hierzulande zu verbreiten und in Betriebe zu integrieren. Damit würden die Wechseljahre in einem erweiterten Kontext diskutiert, was der Enttabuisierung der Thematik weiter Vorschub leisten könnte. Das Verständnis einer breiten Öffentlichkeit für die Wechseljahre würde die Scham perimenopausaler Frauen verringern, wovon letztlich alle profitieren. Es bleibt viel zu tun!

Schlusswort

«Du kannst etwas verändern – jeden Tag und zu jeder Zeit.»

Jane Goodall

Die Wechseljahre sind da, sie stehen vor der Tür. Mit dieser Masterarbeit habe ich diese Türe weit geöffnet und die Wechseljahre eintreten lassen. Anfangs haben sie sich wie ein ungebetener Gast angefühlt. Klopfen sie heute an, heisse ich sie willkommen, weil ich sie kenne und einen Umgang mit ihnen gefunden habe. Durch die Wechseljahre habe ich viel über mich gelernt und stehe in der

«goldenen Mitte» meines Lebens.

Ich bin stolz auf mich. Weil ich für mich eingestanden bin und mir Zeit für diese Arbeit erkämpft habe. Ich musste gegen mein schlechtes Gewissen, Erwartungen und Müdigkeit kämpfen. Ich danke meiner Familie für das Verständnis, die Geduld und die Unterstützung.

Ich danke den zwölf Frauen von Herzen, die am Workshop teilgenommen haben. Was für eine Freude und Bereicherung, mit euch zu arbeiten. Eure Rückmeldungen haben mich berührt und motivieren mich über die vorliegende Arbeit hinaus, Frauen in den Wechseljahren zu unterstützen.

Besonderen Dank gilt meiner Freundin Sabine für ihr Dasein und die Durchsicht dieser Arbeit. Meinen Freundinnen Britta, Esther und Felizitas danke ich für ihre offenen Herzen und Ohren und ihr Interesse an sexologischen Themen.

Literaturverzeichnis

- Angermeyer, Matthias C., Kilian, Reinhold & Matschinger, Herbert (2000). *WHOQOL - 100 und WHOQOL - BREF : Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Hogrefe.
- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dgvt-Verl.
- Avis, Nancy E., & McKinlay, Sonja M. (1991). A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas*, 13(1), 65-79.
- Avis, Nancy E., Stellato, Rebecca, Crawford, Sybil, Johannes, Catherine & Longcope, Christopher (2000). Is there an association between menopause status and sexual functioning?. *MENOPAUSE-NEW YORK-*, 7(5), 297-309.
- Avis, Nancy E., Ory, Marcia, Matthews, Karen A., Schocken, Miriam, Bromberger, Joyce T., & Colvin, Alicia (2003). Health related quality of life in a multiethnic sample of middle-aged women. *Medical Care*, 41, 1262-1276.
- Avis, Nancy E., Brockwell, Sarah, Randolph Jr, John. F., Shen, Shunhua, Cain, Virginia S., Ory, Marcia & Greendale, Gail A. (2009). Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: Results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause (New York, NY)*, 16(3), 442-452.
- Avis, Nancy E., Crawford, Sybil L., Greendale, Gail, Bromberger, Joyce T., Everson-Rose, Susan A., Gold, Ellen B., ... & Study of Women's Health Across the Nation. (2015). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA internal medicine*, 175(4), 531-539.
- Ayers, Beverley, Forshaw, Mark & Hunter, Myra S. (2010). The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. *Maturitas*, 65(1), 28-36.
- Baber, Rod (2017). The hot flush: symptom of menopause or sign of disease?. *Climacteric*, 20(4), 291-292.
- Bachmann, Gloria A. & Leiblum, Sandra R. (2004). The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause*, 11(1), 120-130.
- Beckermann, Maria J. (2020). *Wechseljahre - was muss ich wissen, was passt zu mir? Nach den aktuellen medizinischen Leitlinien*. Hogrefe.
- Beier, Klaus M., Bosinski, Hartmut A. G., & Loewit, Kurt (2021). *Sexualmedizin*. München: Elsevier Health Sciences.

- Berberich, Hermann J. (2004). Sexualität im Alter. *Der Urologe. Ausg. A.*, 43(9), 1076-1081.
- Binder-Fritz, Christine (2005): Transkulturelle Perspektiven auf die Wechseljahre: Körperbilder - Körperfragen. *Journal für Menopause* (12), S. 16–21.
- Bitzer, Johannes (2005). Die Sexualität des älter werdenden Paares. *Journal für Menopause*, 12(1), 6-9.
- Blanchard-Fields, Fredda (2007). Everyday problem solving and emotion: An adult developmental perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 16(1), 26-31.
- Blickenstorfer, Kerstin (2017). Sexualität und Menopause. *Gynäkologische Endokrinologie*, 15, 200-204.
- Boggs, Pamela P. & Rosenthal, Miriam B. (2000). Helping women help themselves: developing a menopause discussion group. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 43(1), 207-212.
- Böhm, Maika, Kopitzke, Elisa, Herrath, Frank & Sielert, Uwe (2022). Sexuelle Bildung – ein Leben lang. Aufgaben und Inhalte sexueller Bildung im Erwachsenenalter. In Maika, Böhm, Elisa, Kopitzke, Frank, Herrath & Uwe, Sielert (Hrsg.): *Praxishandbuch Sexuelle Bildung im Erwachsenenalter*, 9-19. Beltz Juventa.
- Bohnsack, Ralf (2021). *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden*. Verlag Barbara Budrich.
- Bohnsack, Ralf & Schäffer, Burkhard (2001). Gruppendiskussionsverfahren. In Theo, Hug (Hrsg.): *Wie kommt die Wissenschaft zu Wissen?* Band 2: Einführung in die Forschungsmethodik und Forschungspraxis, 324-341. Schneider Verlag Hohengehren.
- Bowles, Cheryl (1986). Measure of attitude toward menopause using the semantic differential model. *Nursing Research*, 35(2), 81-85.
- Brähler, Elmar, Strauß, Bernhard, Hessel, Aike & Schumacher, Jörg (2000). Normierung des Fragebogens zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Diagnostica*, 46(3), 156-164.
- Branden, Nathaniel (1995). *Die 6 Säulen des Selbstwertgefühls: Erfolgreich und zufrieden durch ein starkes Selbst*. Piper.
- Brüning, Eva M. & Ayan, Türkan (2019). *Quo Vadis? - Leitungsinteressierte Frauen Im Sozial- und Gesundheitswesen*. Springer Gabler.
- Brown, Lydia, Bryant, Christina, Brown, Valerie, Bei, Bei & Judd, Fiona (2015a). Investigating how menopausal factors and self-compassion shape well-being: An exploratory path analysis. *Maturitas*, 81(2), 293-299.

- Brown, Lydia, Bowden, Stephen, Bryant, Christina, Brown, Valerie, Bei, Bei, Gilson, Kim-Michelle & Judd, Fiona (2015b). Validation and utility of the Attitudes to Ageing Questionnaire: Links to menopause and well-being trajectories. *Maturitas*, 82(2), 190-196.
- Bucher, Thomas, Hornung, Rainer, & Buddeberg, Claus (2003). Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 16(03), 249-270.
- Bucher, Thomas (2006). Altern und Sexualität. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 49(6), 567-574.
- Carson, Shelley H., & Langer, Ellen J. (2006). Mindfulness and self-acceptance. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 24, 29-43.
- Charles, Susan T., & Carstensen, Laura L. (2010). Social and emotional aging. *Annual review of psychology*, 61, 383-409.
- Chedraui, Peter, San Miguel, Glenda, & Avila, Carlos (2009). Quality of life impairment during the female menopausal transition is related to personal and partner factors. *Gynecological Endocrinology*, 25(2), 130-135.
- Christensen, Kaare, Doblhammer, Gabriele, Rau, Roland, & Vaupel, James W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *The lancet*, 374(9696), 1196-1208.
- Cronin, Maureen (2006). Beiträge der Akademietagung: Die Anwendung von Sexualhormonen in der Behandlung sexueller Funktionsstörungen bei der menopausalen Frau. *Sexuologie*, 13(2), 107-110.
- Deeks, Amanda A. & McCabe, Marita P. (2004). Well-being and menopause: an investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. *Quality of Life Research*, 13, 389-398.
- Delisle, Birgit (2011a). Sexualität der Frau in den verschiedenen Lebensphasen. *URO-News* 15, 24–28.
- Delisle, Birgit (2011b). Störungen der weiblichen Appetenz—Auslösende Faktoren und Therapieoptionen. *Sexuologie*, 18(1), 30-47.
- De Liz, Sheila (2022). *Woman on Fire: alles über die fabelhaften Wechseljahre*. Rowohlt Verlag GmbH.
- Dennerstein, Lorraine, Lehert, Philippe, & Burger, Henry (2005). The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertility and sterility*, 84(1), 174-180.
- Drimalla, Elisabeth. (2016). *Amor altert nicht: Paarbeziehung und Sexualität im Alter*. Vandenhoeck & Ruprecht.

- Faubion, Stephanie S., Kingsberg, Sherly A., Clark, Amanda L., Kaunitz, Andrew M., Spadt, Susan K., Larkin, Lisa C., ... & McClung, Michael R. (2020). The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, 27(9), 976-992.
- Fehm, Lydia & Weidmann, Anke (2023). *Selbstwertbezogene Interventionen*. Hogrefe Verlag.
- Formanek, Ruth (2013). Learning the Lines: Women's Aging and Self—Esteem. In *Psychoanalysis and Women*, 139-157. Routledge.
- Gandhi, Jason, Chen, Andrew, Dagur, Gautam, Suh, Yiji, Smith, Noel, Cali, Brianna, & Khan, Sardar A. (2016). Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *American journal of obstetrics and gynecology*, 215(6), 704-711.
- Genazzani, Andrea R. (2007). Menopause und Altern, Lebensqualität und Sexualität. *Gynäkologische Endokrinologie*, 5(3), 134-140.
- Ghahremani, Leyla, Nazari, Mahin, & Mousavi, M. (2009). Improvement of quality of life in elderly men in Kahrizak nursing home based on educational intervention. *Knowledge & Health Journal*, 4(2), 18–23.
- Gracia, Clarisa R., Sammel, Mary D., Freeman, Ellen W., Liu, Li, Hollander, Lori, & Nelson, Deborah B. (2004). Predictors of decreased libido in women during the late reproductive years. *Menopause*, 11(2), 144-150.
- Haddock, Geoffrey & Maio, Gregory R. (2014). Einstellungen. In: Klaus, Jonas, Wolfgang Stroebe & Miles, Hewstone (Hrsg.): *Sozialpsychologie*, 197–229. Springer.
- Harlow, Sibodán D., Gass, Margery, Hall, Janet E., Lobo, Roger, Maki, Pauline, Rebar, Robert W., Sherman, Sherry, Sluss, Patrick M., de Villiers, Tobie J. (2012). Executive summary of the stages of reproductive agingworkshop+10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Climacteric*, 15(2), 105-114.
- Harrer, Michael E., Clement, Ulrich, & Weiss, Halko (2016). *Wirkfaktoren der Achtsamkeit: - wie sie die Psychotherapie verändern und bereichern*. Schattauer.
- Hayes, Richard, & Dennerstein, Lorraine. (2005). The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population-based studies. *The journal of sexual medicine*, 2(3), 317-330.
- Heidari, Mohammad, Ghodusi, Mansureh, Rezaei, Parvin, Abyaneh, Shokouh K., Sureshjani, Ehsan H. & Sheikhi, Rahim A. (2019). Sexual function and factors

- affecting menopause: a systematic review. *Journal of menopausal medicine*, 25(1), 15-27.
- Herriger, Norbert (2020). *Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung*. Verlag W. Kohlhammer.
- Hill, Maisie (2021). *Super Power für die Wechseljahre*. Kirchzarten bei Freiburg: VAK Verlags GmbH.
- Hinchliff, Sharron, Gott, Merryn & Ingleton, Christine (2010). Sex, menopause and social context: A qualitative study with heterosexual women. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 724-733.
- Hinz, Andreas, Brähler, Elmar, Brosig, Burkhard & Stirn, Aglaia (2006). Verbreitung von Körperschmuck und Inanspruchnahme von Lifestyle-Medizin in Deutschland. *BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, 1/2006, 7-11.
- Hoga, Luiza, Rodolpho, Juliana, Gonçalves, Bruna, Quirino, Bruna (2015). Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(7), 72-81.
- Hölzel, Britta & Brähler, Christine (2015). *Achtsamkeit mitten im Leben: Anwendungsgebiete und wissenschaftliche Perspektiven*. Barth.
- Hunter, Myra S. & Chilcot, Joseph (2013). Testing a cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats. *Journal of psychosomatic research*, 74(4), 307-312.
- Hyde, Abbey, Nee, Jean, Howlett, Etaoine, Drennan, Jonathan & Butler, Michelle (2010). Menopause narratives: The interplay of women's embodied experiences with biomedical discourses. *Qualitative Health Research*, 20(6), 805-815.
- Jahn, Ruth & Widmer, Regina (2019). *Cool durch die heissen Jahre: Individuell zu Wohlbefinden in den Wechseljahren*. Beobachter-Edition.
- Kaufert, Patricia A., Gilbert, Penny, & Tate, Robert (1992). The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas*, 14(2), 143-155.
- Keller, Barbara (2009). Weibliche Entwicklungen 50plus: Herausforderungen, Hemmnisse, Hoffnungen aus psychodynamischer Perspektive. In Saskia-Fee, Bender & Birgit Blättel-Mink (Hrsg.): *Doing Aging - Weibliche Perspektiven des Älterwerdens*. Nomos.
- Kluge, Norbert (2013): Sexuelle Bildung: Erziehungswissenschaftliche Grundlegung. In: Renate-Berenike, Schmidt & Uwe, Sielert (Hrsg.): *Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung*, 116 – 124. Juventa Verlag.
- Kowalcek, Ingrid, Diedrich, K., Painn, K.; Rotte, D.; Schmidt-Müller, A. (2003): Kulturspezifische kognitive Konzepte über die Menopause - ein Vergleich

- prämenopausaler Frauen in Deutschland und Papua-Neuguinea. *Journal für Menopause* (10), S. 12–16.
- Kramer, Caroline & Pfaffenbach, Carmella (2009). 'Jetzt brauch' ich keinem mehr zu gefallen, nur noch mir'—Wohnwünsche, Lebensstile und Altersbilder der Generation 50plus in einer Genderperspektive. In: Birgit, Blättel-Mink & Caroline, Kramer (Hrsg.): *Doing Aging-Weibliche Perspektiven des Älterwerdens*, 19-34. Nomos.
- Kromrey, Helmut (1986). Gruppendiskussionen. Erfahrungen im Umgang mit einer weniger häufigen Methode empirischer Sozialwissenschaft. In Jürgen, H. P. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.), *Qualitative Methoden der Datenerhebung in der Arbeitsmigrantenforschung*. 109-139. Mannheim.
- Krüger, Heidi (1983). Gruppendiskussion – Überlegungen zur Rekonstruktion sozialer Wirklichkeit aus der Sicht der Betroffenen. In: *Soziale Welt*, Jg. 34, Heft 1. 90-109.
- Kuckartz, Udo (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.
- Laan, Ellen & van Lunsen, Rik (1997). Hormones and sexuality in postmenopausal women: a psychophysiological study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18(2), 126-133.
- Lamnek, Siegfried (1995). *Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken*. Beltz.
- Lamnek, Siegfried (2005). *Gruppendiskussion: Theorie und Praxis*. Beltz.
- Lamnek, Siegfried, Krell, Claudia (2016). *Qualitative Sozialforschung*. Beltz.
- Lasch, Lidia & Fillenberg, Sabine (2017). *Basiswissen Gynäkologie und Geburtshilfe*. Springer Berlin Heidelberg.
- Liu, Jinzhu & Eden, John (2007). Experience and attitudes toward menopause in Chinese women living in Sydney—a cross sectional survey. *Maturitas*, 58(4), 359-365.
- Lozza-Fiacco, Serena & Ehlert, Ulrike (2023). *Ratgeber Wechseljahre. Informationen für Betroffene und Angehörige*. Hogrefe.
- Lupton, Deborah (2012). *Medicine as culture: illness, disease and the body*. Sage Publications.
- Lutz, Rainer. (2002). Kleine Schule des Genießens. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 3(02), 179-183.

- Mäder, Susanne (2013). Die Gruppendiskussion als Evaluationsmethode: Entwicklungsgeschichte, Potenziale und Formen. *Zeitschrift für Evaluation*, 12(1), 23-51.
- Maio, Gregory R. & Haddock, Geoffrey (2010). *The psychology of attitudes and attitude change*. Sage.
- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz Verlag.
- Mishra, Gita, Brown, Wendy J. & Dobson, Annette (2004). Physical and mental health: Changes during menopause transition. *Menopause Digest*, 16, 405–412.
- Mishra, Gita & Kuh, Diana (2006). Perceived change in quality of life during the menopause. *Social science & medicine*, 62(1), 93-102.
- Mitchell, Ellen S. & Woods, Nancy F. (1996). Symptom experiences of midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Maturitas*, 25(1), 1-10.
- Moshki, Mahdi, Mohammadzadeh, Fatemeh & Dehnoalian, Atefeh (2018). The effectiveness of a group-based educational program on the self-efficacy and self-acceptance of menopausal women: A randomized controlled trial. *Journal of women & aging*, 30(4), 310-325.
- Morgan, David L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. Sage.
- Nänni, Monika (2023). *Altersspezifische Veränderungen perimenopausaler Frauen in Bezug auf die Sexualität und positive Einflussfaktoren*. Wissenschaftliche Hausarbeit, ISP Zürich.
- Nappi, Rosella E. & Palacios, Santiago (2014). Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric*, 17(1), 3-9.
- National Institutes of Health (2005). National Institutes of Health State-of-the-Science Conference statement: management of menopause-related symptoms. *Annals of Internal Medicine*, 142(12), 1003-1013.
- Neff, Kristin (2010). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Nosek, Marcianna, Kennedy, Holly Powell & Gudmundsdottir, Maria (2012). Distress during the menopause transition: a rich contextual analysis of midlife women's narratives. *Sage Open*, 2(3), 1-10.
- Obermeyer, Carla M. (2000). Menopause across cultures: a review of the evidence. *Menopause*, 7(3), 184-192.
- Pampel, Ralf (2019): Wir reden zu wenig! Angebote zur sexuellen Bildung Erwachsener. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Perrig-Chiello, Pasqualina (2011). *In der Lebensmitte: die Entdeckung der zweiten Lebenshälfte*. Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Perrig-Chiello, Pasqualina (2024). *Own your age: stark und selbstbestimmt in der zweiten Lebenshälfte: die Psychologie der Lebensübergänge nutzen*. Beltz.
- Pines, Amos, Sturdee, David W., Birkhäuser, Martin H., De Villiers, Tobie, Naftolin, Frederick, Gompel, Anne, ... & et al. on behalf of the International Menopause Society. (2008). HRT in the early menopause: scientific evidence and common perceptions. *Climacteric*, 11(4), 267-272.
- Potreck-Rose, Friederike (2017). Stärkung des Selbstwerts. *PSYCH up2date*, 11(03), 193-196.
- Potreck-Rose, Friederike & Jacob, Gitta (2021). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Klett-Cotta.
- Portman, David J. & Gass, Margery L. (2014). Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *The journal of sexual medicine*, 11(12), 2865-2872.
- Pramataroff, Vivian & Strauss, Bernhard. (2006). Das verleugnete Klimakterium: eine Untersuchung bei Patientinnen zu Beginn des Klimakteriums in einer gynäkologischen Praxis. *Journal für Menopause*, 13(3), 22-23.
- Price, Sheri L., Storey, Sandra & Lake, Margaret (2008). Menopause experiences of women in rural areas. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 503-511.
- Rasmussen, Heather N., Scheier, Michael F., & Greenhouse, Joel B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of behavioral medicine*, 37(3), 239-256.
- Rosenberg, Morris (1965). *Society and the adolescent selfimage*. Princeton University Press.
- Rossi, Alice S. (2004). The Menopausal Transition and Aging Processes. In Orville G. Brim, Carol D. Ryff, & Ronald C. Kessler (eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (153-201). University of Chicago Press.
- Rotem, Mina, Kushnir, Talma, Levine, Ruth & Ehrenfeld, Mally (2005). A Psycho-Educational Program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(2), 233-240.
- Rytz, Thea & Wiesmann, Silvia (2013). *Essstörungen und Adipositas: Akzeptanz verkörpern: Formen körperorientierter Gruppentherapien*. Huber.

- Santoro, Nanette, Worsley, Roisin, Miller, Karen K., Parish, Sharon J., & Davis, Susan R. (2016). Role of estrogens and estrogen-like compounds in female sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 305-316.
- Sarri, Grammatio, Pedder, Hugo, Dias, Sofia, Guo, Yelan, & Lumsden, Mary Ann (2017). Vasomotor symptoms resulting from natural menopause: a systematic review and network meta-analysis of treatment effects from the National Institute for Health and Care Excellence guideline on menopause. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(10), 1514-1523.
- Sartorius, Gideon (2017). Androgens and female libido. *Gynäkologische Endokrinologie*, 15, 212-220.
- Schaudig, Katrin & Schwenkhagen, Anneliese (2018). Behandlungsstrategien für Patientinnen mit klimakterischen Beschwerden. *Der Gynäkologe*, 51(10), 828-841.
- Schmidt, Gunter, Dekker, Arne, Matthiesen, Silja & Starke, Kurt (2006). *Spätmoderne Beziehungswelten*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmidt, Peter J., Murphy, Jean H., Haq, Nazli A., Rubinow, David R., & Danaceau, Merry A. (2004). Stressful life events, personal losses, and perimenopause-related depression. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 19-26.
- Schneider, Harald J., Jacobi, Nicola & Thyen, Joscha. (2021). *Hormone—ihr Einfluss auf mein Leben: Wie kleine Moleküle Liebe, Gewicht, Stimmung und vieles mehr steuern*. Springer.
- Schüler-Toprak, Susanne, Ortmann, Olaf (2022). Vaginale Östrogentherapie. *Gynäkologische Endokrinologie* 20, 197–200.
- Schultz-Zehden, Beate (2003). Krise der Frau in der Lebensmitte—hormonell oder psychisch? *Der Gynäkologe*, 36, 224-230.
- Schultz-Zehden, Beate (2004). Das Klimakterium als Herausforderung. *Psychotherapeut*, 5(49), 350-356.
- Schultz-Zehden, Beate (2005). Lust, Leid, Lebensqualität von Frauen heute: Ergebnisse der deutschen Kohortenstudie zur Frauengesundheit. Springer.
- Schultz-Zehden, Beate. (2013). Sexualität und Älterwerden. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 14(02), 56-60.
- Schütz, Astrid (2003). *Psychologie des Selbstwertgefühls: von Selbstakzeptanz bis Arroganz*. Kohlhammer.
- Seehafer, Peggy (2000): Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf das Erleben der Menopause. *Journal für Menopause* 2000 (7), 15–20.

- Sheeran, Paschal, Maki, Alexander, Montanaro, Erika, Avishai-Yitshak, Aya, Bryan, Angela, Klein, William M. P., Miles, Eleanor & Rothman, Alexander J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health psychology*, 35(11), 1178-1188.
- Sielert, Uwe (2022). Sexuelle Bildung im Erwachsenenalter - eine 'Reisebegleitung'. In Maika, Böhm, Elisa, Kopitzke, Frank, Herrath & Uwe, Sielert (Hrsg.): *Praxis-handbuch Sexuelle Bildung im Erwachsenenalter*, 22-37. Beltz Juventa.
- Sielert, Uwe & Schmidt, Reante-Berenike (2013): Eine Professorin kommt in die Jahre. In Renate-Berenike, Schmidt & Uwe, Sielert (Hrsg.): *Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung*, 11 – 20, Juventa Verlag.
- Sievert, Lynnette L. (2014). Menopause across cultures: clinical considerations. *Menopause*, 21(4), 421-423.
- Skiera, Ehrenhard (2010). *Reformpädagogik in Geschichte und Gegenwart. Eine kritische Einführung*. Oldenbourg.
- Solé-Leris, Amadeo (1994). *Die Meditation, die der Buddha selber lehrte: wie man Ruhe und Klarblick gewinnen kann*. Herder.
- Sontag, Susan. (2018). The double standard of aging. In *The other within us*, 19-24. Routledge.
- Soules, Michael R., Sherman, Sherry, Parrott, Estella, Rebar, Robert, Santoro, Nannette, Utian, Wulf, & Woods, Nancy (2001). Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW). *Climacteric*, 4(4), 267-272.
- Sparmann, Julia (2015): *Körperorientierte Ansätze für die Sexuelle Bildung junger Frauen – Eine interdisziplinäre Einführung*. Psychosozial Verlag.
- Sparmann, Julia (2017). Persönliche sexuelle Revolution – Körperorientierte Sexuelle Bildung für Frauen. In Manfred, Thielen, Anke, Abraham & Thomas Harms (Hrsg.), *Körperpsychotherapie und Sexualität: Grundlagen, Perspektiven und Praxis*, 257-274. Psychosozial-Verlag.
- Sparmann, Julia (2018). *Lustvoll körperwärts – Körperorientierte Methoden für die Sexuelle Bildung für Frauen*. Psychosozial-Verlag.
- Sparmann, Julia & Hofstätter, Christine (2022): Körperarbeit in der sexuellen Erwachsenenbildung für Frauen*. In Maika, Böhm, Frank, Herrath, Uwe, Sielert, Elisa, Kopitzke & Eva Kubitzka (Hrsg.): *Praxishandbuch Sexuelle Bildung im Erwachsenenalter*, 246-262. Beltz Juventa.
- Spöhring, Walter (1989). *Qualitative Sozialforschung*. B. G. Teubner.

- Starke, Kurt (2013): Sexualität im Erwachsenenalter. In: Renate.-Berenike & Schmidt, Uwe, Sielert (Hrsg.): *Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung*, 392 – 407. Juventa Verlag.
- Steffes, Claudia (2022). *Die Wechseljahre als Thema der sexuellen Bildung für Erwachsene. Eine Interviewstudie über die Wahrnehmung, Einstellungen und Wissensbestände von Frauen* unterschiedlicher Altersstufen* [Masterarbeit]. Hochschulbibliothek, Hochschule Merseburg.
- Stephoe, Andrew, Deaton, Angus & Stone, Arthur A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The lancet*, 385(9968), 640-648.
- Stoppe, Gabriela, Von Sydow, Kirsten, & Krasney, Nina (2000). Psychic symptoms in peri-and postmenopause. *Reproduktionsmedizin*, 16, 253-260.
- Strauss, Judy R. (2011). Contextual Influences on Women's Health Concerns and Attitudes toward Menopause. *Health & social work*, 36(2), 121-127.
- Sturdee, David W. & Panay, Nick A. (2010). Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric*, 13(6), 509-522.
- Stute, Petra (2019). Steigerung der Lebensqualität durch HRT. *Gynäkologische Endokrinologie*, 17(3), 184-184.
- Süss, Hannan, Willi, Jasmine, Grub, Jessica, & Ehlert, Ulrike (2021). Psychosocial factors promoting resilience during the menopausal transition. *Archives of women's mental health*, 24(2), 231-241.
- Tschürtz, Nikolai, Schaudig, Katrin, & Bachmann, Annette (2024). Hormonelle Kontrazeption in der Perimenopause. *Gynäkologische Endokrinologie*, 22, 68-74.
- Tschudin, Sibil (2018). Babypause auch bei Sex? – Sexualität in der Schwangerschaft und nach der Geburt. In Angelika, Eck (Hrsg): *Der erotische Raum: Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie*, 208-224. Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Tylka, Tracy L. (2011). Positive psychology perspectives on body image. In Thomas F. Cash & Linda Smolak (Eds.): *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*, 56–64. The Guilford Press.
- Utian, Wulf (2005). The true symptoms associated with menopause confirmed after 33 years: Better late than never, but let's move on now! *Menopause Management*, 14(4), 7-8
- Valtl, Karlheinz (2013). *Sexuelle Bildung als neues Paradigma einer lernerzentrierten Sexualpädagogik für alle Lebensalter*. In Renate, Berenike & Schmidt, Uwe, Sielert (Hrsg.): *Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung*, 125 – 140. Juventa Verlag.

- Vogl, Susanne (2022). Gruppendiskussion. In Nina, Baur & Jörg, Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, 913–919. Springer.
- Von Collani, Gernot & Herzberg, Philipp Y. (2003). *Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg (Kurzbeitrag)*. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 24, 3-7.
- Von Gruchalla, Britta, Hahlweg-Widmoser, Brigitte, Gugger, Barbara, Teschner, Adrienne & Debus, Gerlinde (2003). Peri- und Postmenopause-Körperlichkeit, Sexualität und Selbstbild der älteren Frau. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 125 (06), 202-208.
- Von Gruchalla, Britta & Debus, Gerlinde (2006). Körperlichkeit und Sexualität der älteren Frau-Chance oder Tabu für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte? Anamnese und Konsequenzen für die frauenärztliche Praxis. *Journal für Menopause*, 13(1), 6-10.
- Von Schell, Julia & Hübner, Markus (2022). Vaginale Atrophie: Einschränkungen der Lebensqualität durch urogynäkologische und sexuelle Beschwerden. *gynäkologie+ geburtshilfe*, 27(5), 26-31.
- Von Sydow, Kirsten (1994). *Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen*. Ernst Reinhardt.
- Von Sydow, Kirsten (2003). Sexuelle Realitäten älterer Frauen, *BZgA Forum*, 1/2-2003. 12-15.
- Von Sydow, Kirsten (2004). Wechseljahre und Sexualität. *Wechseljahre multidisziplinär was wollen Frauen—was brauchen Frauen*, 47-60.
- Von Sydow, Kirsten (2015). Erotik, Zärtlichkeit und Sexualität älterer Frauen, *Sexuologie*, 22(1-2). 13-23.
- Woods, Nancy F. & Mitchell, Ellen S. (2005). Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *The American journal of medicine*, 118(12), 14-24.
- Wolf, Meike (2009): Wie viel Prävention ist möglich? Zur Rationalität gesundheitsbewussten Handelns von Frauen der Generation 50plus. In Birgit Blättel-Mink & Caroline, Kramer (Hrsg.): *Doing Aging - weibliche Perspektiven des Älterwerdens*, 79–91. Nomos.
- World Health Organisation (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual*. World Health Organisation.
- Yazdkhasti, Mansooreh, Keshavarz, Maryam, Merghati Khoei, Effat, & Hosseini, Agha F. (2012). The effect of structured educational program by support group

- on menopause women's quality of life. *Iranian Journal of Medical Education*, 11(8), 986–994.
- Yanikkerem, Emre, Koltan, S. Oruc, Tamay, Asli, Goker & Dikayak, Şerife (2012). Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric*, 15(6), 552-562.
- Young, Holly & Kotera, Yasuhiro (2022). Menopause and body image: the protective effect of self-compassion and mediating role of mental distress. *British Journal of Guidance & Counselling*, 50(2), 321–338.
- Zanna, Mark P. & Rempel, John K. (1988). Attitudes: A new look at an old concept. In Daniel Bar-Tal & Arie W. Kruglanski (Eds): *The Social Psychology of Knowledge*, 315-334. Cambridge University Press.
- Zessin, Ulli, Dickhäuser, Oliver & Garbade, Sven (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *APPLIED PSYCHOLOGY: HEALTH AND WELL-BEING*, 2015, 7 (3), 340–364.
- Zurbrügg, Rahel, Burr, Christian, Briggeler, Peter & Moser, Elsy B. (2017). *Sexualität und psychische Gesundheit: ein Manual für die Einzel- und Gruppenarbeit mit Betroffenen und Fachpersonen*. Psychiatrie Verlag.

Internet-Quellen

- Bundesamt für Statistik (2023). Bevölkerung – Lebenserwartung. Neuchâtel. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todes-faele/lebenserwartung.html>.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), (2020): S3-Leitlinie Peri- und Postmenopause - Diagnostik und Interventionen. https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-062l_S3_HT_Peri-Postmenopause-Diagnostik-Interventionen_2021-01.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie, DGP. (2022). Berufsethische Richtlinien des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. <https://www.dgps.de/die-dgps/aufgaben-und-ziele/berufsethische-richtlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Soziologie, DGS. (2017). Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS). https://soziologie.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Ethik-Kodex_2017-06-10.pdf
- Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten, RatSWD (2017). Forschungsethische Grundsätze und Prüfverfahren in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. RatSWD Output 9 (5). Berlin, Deutschland: Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten. https://www.konsortswd.de/wp-content/uploads/RatSWD_Output9_Forschungsethik.pdf
- Rumler, Andrea, Memmert, Julia, Nitsche, Sabine & Ailed Chan de Avila, Jennifer (2024). *Forschungsprohekt MenoSupport: Ergebnisse der ersten deutschlandweiten Befragung zum Thema Wechseljahre am Arbeitsplatz*. Institut für angewandte Forschung Berlin e.V. <https://www.ifaf-berlin.de/projekte/menosupport/#projektinfos>
- National Institut for Health and Care Excellence, NICE-Guideline (2019). *Menopause: diagnosis and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>
- Schultz-Zehden, Beate (2004b). Wie wandelt sich Sexualität im Alter? *Das Sexualleben älterer Frauen—ein tabuisiertes Thema. Fundiert. Das Wissenschaftsmagazin der Freien Universität Berlin*. <http://www.elfenbeinturm.net/archiv/2004/06.html>.
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Menopause (2023). <https://www.meno-pause.ch/>
- Sielert, Uwe (2005): *Sexuelle Bildung von Anfang an! In: KuscheIn, Fühlen, Doktor-spiele*. Dokumentation zur Fachtagung ``Frühkindliche Sexualerziehung in der

- Kita“, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Hamburg, 14 – 21. www.isp-dortmund.de/vortrag_Sielert_-_Sexuelle_Bildung.pdf
- Valtl, Karlheinz (1997): *Emanzipatorische Sexualpädagogik – Konsequenzen für Aus- und Fortbildung, Vortrag auf der Fachtagung «Sexualpädagogik und Sexualwissenschaft: Bestandsaufnahme und Perspektiven für sexualpädagogische Qualifizierungsmassnahmen»*. Fachhochschule Merseburg, 1-13. [https://www.ispsexualpaedagogik.org/downloadfiles/Emanzipatorische%20Sexualp%C3%A4dagogik%20\(Merseburg%201997\)%20.pdf](https://www.ispsexualpaedagogik.org/downloadfiles/Emanzipatorische%20Sexualp%C3%A4dagogik%20(Merseburg%201997)%20.pdf).
- Valtl, Karlheinz (2005): *Sexuelle Bildung als life long learning und die Aufgaben der Pädagogik*. In: Dokumentation der Fachtagung ``Sinnventur – Situationsanalysen und Perspektiven sexualpädagogischen Handelns“, EFH Freiburg, 6 – 23. https://www.isp-sexualpaedagogik.org/Dokumentation_SINNVENTUR.pdf.
- Valtl, Karlheinz (2006). *Sexuelle Bildung als neues Paradigma einer lernerzentrierten Sexualpädagogik für alle Lebensalter*, 1-16. Tagung Sexuelle Bildung in Zürich. https://www.ispsexualpaedagogik.org/downloadfiles/Vortrag_Karlheinz_Valtl.pdf.

Zusätzliches Literaturverzeichnis für «Die goldene Mitte»

- Anderson, Garnet L., Limacher, Marian, Assaf, Annlousie R., Bassford, Tamsen, Beresford, Shirley A., Black, Henry, ... & Women's Health Initiative Steering Committee. (2004). Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama*, 291(14), 1701-1712.
- Baker, Fiona C., De Zambotti, Massimiliano, Colrain, Ian M. & Bei, Bei (2018). Sleep problems during the menopausal transition: prevalence, impact, and management challenges. *Nature and science of sleep*, 73-95.
- Beer, Andre M. & Neff, Albert (2013). Differentiated evaluation of extract-specific evidence on Cimicifuga racemosa's efficacy and safety for climacteric complaints. *Evidence-Based complementary and alternative medicine*, 1-21.
- Buster, John E., Kingsberg, Sherly A., Aguirre, Oscar, Brown, Candace, Breaux, Jeffrey G., Buch, Akshay, ... & Casson, Peter (2005). Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, 105(5 Part 1), 944-952.
- Cano, Antonio, Nappi, Rossella E., Santoro, Nanette, Stute, Petra, Blogg, Martin, English, Marci L., Scrine, Ludmila, Siddiqui, Emad & Ottery, Faith D. (2024). Fezolinetant impact on health-related quality of life for vasomotor symptoms due to the menopause: Pooled data from SKYLIGHT 1 and SKYLIGHT 2 randomised controlled trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1-10.
- Canonica, Marianne (2014). Hormone therapy and hemostasis among postmenopausal women: a review. *Menopause*, 21(7), 753-762.
- Clemons, Mark, & Goss, Paul (2001). Estrogen and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 344(4), 276-285.
- Davis, Susan R., Davison, Sonia L., Donath, Susan, & Bell, Robin J. (2005). Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *Jama*, 294(1), 91-96.
- De Geyter, Christian H. (2009). Menopausale Hormontherapie. *Nutzen und Risiken. Ars Medici Schweizer Zeitschrift für Hausarztmedizin*, 4, 144-148.
- Dennerstein, Lorraine, Lehert, Philippe, & Guthrie, Janet (2002). The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. *Archives of women's mental health*, 5, 15-22.
- Eismann, Gunnar (2021). *Emotionsregulation*. Beltz.

- Elavsky, Steriani (2009). Physical activity, menopause, and quality of life: the role of affect and self-worth across time. *Menopause (New York, NY)*, 16(2), 265.
- Elavsky, Steriani, & McAuley, Edward (2007). Physical activity and mental health outcomes during menopause: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 132-142.
- Elraiyyah, Tarig, Sonbol, Mohamad B., Wang, Zhen, Khairalseed, Tagwa, Asi, Noor, Undavalli, Chaitanya, ... & Murad, Mohammad H. (2014). The benefits and harms of systemic dehydroepiandrosterone (DHEA) in postmenopausal women with normal adrenal function: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 99(10), 3536-3542.
- Fischer, Heide (2022). *Mein Kompass durch die Wechseljahre: Den eigenen Weg finden bei hormonellen Turbulenzen*. Herbig.
- Fliegel, Steffen (2022). *Unsere Sexualitäten*. Dgvt-Verlag.
- Freeman, Ellen W., Sammel, Mary D., Lin, Hui, & Nelson, Deborah B. (2006). Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Archives of general psychiatry*, 63(4), 375-382.
- Gerber, Judith R., Johnson, Julia V., Bunn, Janice Y., & O'Brien, Susan L. (2005). A longitudinal study of the effects of free testosterone and other psychosocial variables on sexual function during the natural traverse of menopause. *Fertility and sterility*, 83(3), 643-648.
- Gold, Ellen B., Sternfeld, Barbara, Kelsey, Jennifer L., Brown, Charlotte, Mouton, Charles, Reame, Nancy, ... & Stellato, Rebecca (2000). Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40–55 years of age. *Am J Epidemiol*; 152: 463–73.
- Gracia, Clarisa R., Freeman, Ellen W., Sammel, Mary D., Lin, Hui, & Mogul, Marjori (2007). Hormones and sexuality during transition to menopause. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 831-840.
- Grady, Deborah, Gebretsadik, Tebeb, Kerlikowske, Karla, Ernster, Virginia, & Petitti, Diana (1995). Hormone replacement therapy and endometrial cancer risk: a meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 85(2), 304-313.
- Grodstein, Francine, Manson, JoAnn E., Colditz, Graham A., Willett, Walter C., Speizer, Frank E., & Stampfer, Meir J. (2000). A prospective, observational study of postmenopausal hormone therapy and primary prevention of cardiovascular disease. *Annals of internal medicine*, 133(12), 933-941.

- Grodstein, Francine, Manson, JoAnn E., & Stampfer, Meir J. (2006). Hormone therapy and coronary heart disease: the role of time since menopause and age at hormone initiation. *Journal of Women's Health*, 15(1), 35-44.
- Hsia, Judith, Langer, Robert D., Manson, JoAnn E., Kuller, Lewis, Johnson, Karen C., Hendrix, Susan L., ... & Women's Health Initiative Investigators. (2006). Conjugated equine estrogens and coronary heart disease: the Women's Health Initiative. *Archives of internal medicine*, 166(3), 357-365.
- Hobbs, Catherine, Jelbert, Sarah, Santos, Laurie R. & Hood, Bruce (2024). Long-term analysis of a psychoeducational course on university students' mental well-being. *Higher Education*, 1-13.
- Hodis, Howard N., Mack, Wendy J., Henderson, Victor W., Shoupe, Donna, Budoff, Matthew J., Hwang-Levine, Juliana, ... & Azen, Stanley P. (2016). Vascular effects of early versus late postmenopausal treatment with estradiol. *New England Journal of Medicine*, 374(13), 1221-1231.
- Joffe, Hadine, Crawford, Sybil L., Freeman, Marlene P., White, David P., Bianchi, Matt T., Kim, Semmie... & Cohen, Lee S. (2016). Independent contributions of nocturnal hot flashes and sleep disturbance to depression in estrogen-deprived women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(10), 3847-3855.
- Kempter, Rita (2002). *Natürlich durch die Wechseljahre: So kommen Sie fit und gelassen durch die Wechseljahre. Die häufigsten Probleme - und was Sie dagegen tun können*. Puls-Media AG.
- Körner, Robert, Petersen, Lars-Eric & Schütz, Astrid (2021). Do expansive or contractive body postures affect feelings of self-worth? High power poses impact state self-esteem. *Current Psychology*, 40, 4112-4124.
- Kosack, Godula & Krasberg, Ulrike (2002). *Regel-lose Frauen: Wechseljahre im Kulturvergleich*. Helmer.
- Lange-Collett, Jennifer, & Schumann, Lorna (2002). Promoting health among perimenopausal women through diet and exercise. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 14(4), 172-179.
- Lee, Youngwhee, & Kim, Hwansoon (2008). Relationships between menopausal symptoms, depression, and exercise in middle-aged women: a cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 45(12), 1816-1822.
- MacLennan, Alastair H., Broadbent, Jessica L., Lester, Sue, & Moore, Vivienne (2004). Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane database of systematic reviews*, (4). 1-107.

- Manson, JoAnn E., Chlebowski, Rowan T., Stefanick, Marcia L., Aragaki, Aaron K., Rossouw, Jacques E., Prentice, Ross L., ... & Wallace, Robert B. (2013). Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *Jama*, 310(13), 1353-1368.
- Manson, JoAnn E., & Kaunitz, Andrew M. (2016). Menopause management—getting clinical care back on track. *N Engl J Med*, 374(9), 803-6.
- Manson, JoAnn E., Aragaki, Aaron K., Rossouw, Jacques E., Anderson, Garnet L., Prentice, Ross L., LaCroix, Andrea Z., ... & WHI Investigators. (2017). Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality: the Women's Health Initiative randomized trials. *Jama*, 318(10), 927-938.
- Mueck, Alfred O. (2015). Anwendungsempfehlungen zur Hormonsubstitution in Klimakterium und Postmenopause. *Gynäkologische Endokrinologie*, 4(13), 270-273.
- Oellerich, Heike & Wessels, Miriam (2016). *Wechseljahre: das Komplett-Programm: Körpertaining, Entspannung, Naturheilkunde*. blv.
- Perrig-Chiello, Pasqualina, Höpflinger, Francois, Kaiser, Aandrea & Sturzenegger, Matthias (1999). Psychosoziale Aspekte der Lebensbedingungen von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. *Zeitschrift für Familienforschung*, 11(3), 5-27.
- Perrig-Chiello, Pasqualina (2010). Gesundheit und Wohlbefinden als lebenslanger Prozess. In *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Prävention im Fokus unterschiedlicher Perspektiven, Band 37*, 70-83.
- Potreck-Rose, Friederike (2011). Selbstakzeptanz fördern. In Renate, Frank (Hrsg.): *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*, 189-198. Springer.
- Riedel, Ingrid (2021). *Vom Geheimnis der zweiten Lebenshälfte. Frauen finden zu sich selbst*. Patmos.
- Rossouw, Jacques E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., ... & Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama*, 288(3), 321-333.
- Rossouw, Jacques E., Prentice, Ross L., Manson, JoAnn E., Wu, LieLing, Barad, David, Barnabei, Vanessa M., ... & Stefanick, Marcia L. (2007). Postmenopausal

- hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *Jama*, 297(13), 1465-1477.
- Rytz, Thea (2018). *Achtsam bei sich und in Kontakt. Emotionsregulation und Stressreduktion durch achtsame Wahrnehmung*. Hogrefe.
- Salpeter, Shelley R., Walsh, Judith M., Greyber, Elizabeth, & Salpeter, Edwin E. (2006). Brief report: coronary heart disease events associated with hormone therapy in younger and older women: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 21, 363-366.
- Schaudig, Katrin & Schwenkhagen, Anneliese (2016). Individualized hormone therapy in the peri-and postmenopausal period. *Gynäkologische Endokrinologie*, 14, 31-43.
- Schaudig, Katrin & Schwenkhagen, Anneliese (2023). Hormonsprechstunde. *FRAUENARZT*, (10), 686-690.
- Scholz, Falk P. (2021). *Selbstakzeptanz-Schatzkiste für Therapie und Beratung*. Beltz.
- Simoncini, Tommaso, Mannella, Paolo, Fornari, Letizia, Caruso, Antonella, Varone, Gaetano, & Genazzani, Andrea R. (2004). Genomic and non-genomic effects of estrogens on endothelial cells. *Steroids*, 69(8-9), 537-542.
- Stojanovska, Lily, & Kitanovaska, Viki. (2013). The effect of complementary and alternative therapy at menopause: trick or treat. *Current Topics in Menopause*, 22, 1.
- Stojanovska, Lily, Apostolopoulos, Vasso, Polman, Remco, & Borkoles, Erika (2014). To exercise, or, not to exercise, during menopause and beyond. *Maturitas*, 77(4), 318-323.
- Veronesi, Umberto, Boyle, Peter, & Goldhirsch, Aron (2005). Breast cancer. *Lancet*, 365(9472), 1727-1741.
- West, Suzanne L., Vinikoor, Lisa C., & Zolnoun, Denniz (2004). A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annual review of sex research*, 15(1), 40-172.
- Zhang, Jianzhao, Yin, Je, Song, Xiaodong, Lai, Shunkai, Zhong, Shuming & Jia, Yanbin. (2023). The effect of exogenous estrogen on depressive mood in women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of psychiatric research*.
- Ziaei, Saeideh, Kazemnejad, Anoshirvan, & Zareai, M. (2007). The effect of vitamin E on hot flashes in menopausal women. *Gynecologic and obstetric investigation*, 64(4), 204-207.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:.....Deduktives Kategoriensystem

Abbildung 2:.....Einschätzung zur Selbstakzeptanz, vor und nach dem Workshop

Abbildung 3:..... Einschätzung zur Einstellung gegenüber den Wechseljahren,
vor und nach dem Workshop

Abbildung 4:.....Ergebnisübersicht zur Konzeption und Durchführung
des Workshops

Verzeichnis der Anhänge

Anhang I:	Abkürzungsverzeichnis
Anhang II:	Hormontherapie – Nutzen und Risiko?
Anhang III:	Flyer «Die goldene Mitte»
Anhang IV:	Fotos vom Workshop-Raum
Anhang V:	Mailing Teilnahmebestätigung
Anhang VI:	Einverständniserklärung
Anhang VII:	Fragebogen A
Anhang VIII:	Fragebogen B
Anhang IX:	Übersicht Workshop 1
Anhang X:	Präsentation Workshop 1: Physische Veränderungen, weiblicher Zyklus, Symptome, Hormontherapie
Anhang XI:	Übersicht Workshop 2
Anhang XII:	Präsentation Workshop 2: Psychosoziale Veränderungen, Sexualität, kulturelle Einflüsse, aktiver Lebensstil
Anhang XIII:	Übersicht Workshop 3
Anhang XIV:	Leitfaden Gruppendiskussion
Anhang XV:	Transkriptionsregeln
Anhang XVI:	Transkription Gruppendiskussion
Anhang XVII:	Kodierleitfaden
Anhang XVIII:	Ergebnisübersicht Selbstakzeptanz
Anhang XIX:	Ergebnisübersicht Einstellung gegenüber den Wechseljahren
Selbständigkeitserklärung	

Anhang I: Abkürzungsverzeichnis

DGS:	Deutsche Gesellschaft für Soziologie
DGP:	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DHEA:	Dehydroepiandrosteron, Ausgangssubstanz für männliche und weibliche Sexualhormone (Testosteron und Östrogen)
FSH:	Follikelstimulierendes Hormon, das die Reifung der Eibläschen bewirkt
GSM:	Genitourinary Syndrome of Menopause Deutsch: Urogenitales Menopausensyndrom. Die Bezeichnung fasst Symptome wie vaginale Atrophie, vaginale Trockenheit, Harnwegsinfektionen und Harninkontinenz zusammen.
HRT:	Hormone replacement therapy Deutsch: Hormonersatztherapie. Entweder als Monotherapie mit Östrogenen oder als Kombinationstherapie mit Östrogenen und Progesteron. Gleichbedeutend wie MHT, menopausal hormone therapy
LH:	Luteinisierendes Hormon, das den Eisprung auslöst
NAMS:	North American Menopause Society
NICE:	National Institute for Health and Care Excellence
RatSWD:	Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten Unabhängiges Gremium in Deutschland
STRAW:	Stages of Reproductive Aging-Workshop
VMS:	Vasomotor symptoms Deutsch: Vasomotorische Symptome Damit sind Hitzewallungen und nächtliche Schweißausbrüche gemeint.

Anhang II: Hormontherapie - Nutzen oder Risiko?

Seit die beiden Studien der Women's Health Initiative (WHI) im Jahre 2002 und 2004 vor einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen, Brustkrebs und Thrombosen warnten (Anderson et al., 2004, S. 1701; Rossouw et al., 2002, S. 321), ist die Skepsis gegenüber der Hormonsubstitution (HRT) gross. Zwar widerlegte die WHI diese Ergebnisse und zeigte eine Verringerung der Herzkrankheiten, ein reduziertes Frakturrisiko und eine verbesserte Lebensqualität sowie keine negativen gesundheitlichen Folgen bei einer HRT (Manson et al., 2013, S. 1353). Doch diese Informationen schafften es nicht in gleichem Masse in die Schlagzeilen. Auch die beiden Reanalysen im Jahre 2006 (Grodstein, Manson & Stampfer, 2006; Hsia et al., 2006) der zwei Studien aus den Jahren 2002 und 2004, wurde in der breiten Öffentlichkeit wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Pines et al., 2008, S. 267). Darin räumen die Autoren selbst Fehler in der Interpretation der Daten ein (Manson et al., 2017, S. 935f). Tatsächlich waren Frauen Teil der Studie, die nicht in das Programm hätten aufgenommen werden dürfen. Im Durchschnitt waren die Frauen 63 Jahre alt. Sie befanden sich demzufolge bereits seit 12 Jahren in der Menopause. Überdies hatten 35% der Teilnehmerinnen erhebliches Übergewicht, 34% waren gar adipös und die Hälfte der Frauen rauchte. Häufig wird vergessen, dass die Frauen eine Kombination aus Premarin und Provera erhielten. Das Östrogen wurde aus Urin trächtiger Stuten gewonnen und das Progesteron entsprach einer synthetischen Form. Diese Präparate sind mit den gegenwärtigen bioidentischen Hormonen nicht zu vergleichen (de Geyter, 2009, S. 146; de Liz, 2022, S. 170f; Hill, 2021, S. 116). Dennoch verstummen die kritischen Stimmen gegenüber der Hormontherapie nicht. Baber (2017) stellte fest, dass sowohl die US Preventive Services Task Force als auch die American College of Physicians vor der Verwendung der HRT zur primären Prävention von Osteoporose warnen (Baber, 2017, S. 292). In der Studie der NASM wird bemerkt, dass in Packungsbeilagen von niedrig dosierten vaginalen Östrogenpräparaten auf das Risiko von Herzkrankheiten, Schlaganfällen, venösen Thromboembolien sowie Brust- und Endometriumkrebs hingewiesen wird. Dies, obwohl eine Erkrankung aufgrund der Anwendung bei solch minimaler Absorption höchst unwahrscheinlich sei (Faubion et al., 2020, S. 986). Startet die Frau frühzeitig mit der HRT, kann sie einer Arteriosklerose vorbeugen (Hodis et al., 2016, S. 1231). Bei dieser Krankheit bilden sich Ablagerungen auf der Innenseite der Arterien. Der Rückgang des Östrogens in der Perimenopause beschleunigt die Erkrankung, da das Hormon die Gefässe elastisch und geschmeidig hält und entzündungshemmend wirkt (Simoncini et al., 2004, S. 541). Beginnt eine

Patientin zu spät mit der HRT, können sich die Ablagerungen in den Gefässen aufweichen und absplittern, was zu einem Herzinfarkt oder Schlaganfall führen kann (Baber, 2017, S. 292; de Liz, 2022, S. 177; Hill, 2021, S. 117). Bei der HRT gilt es das Alter, die Risikofaktoren, den Gesundheitszustand und die Lebensgewohnheiten der Frau zu berücksichtigen und im Verlauf je nach Beschwerden anzupassen. Bei vaskulären Risikofaktoren der Frau sollte das Östrogen transdermal verabreicht werden, da sich das Thromboserisiko 2- bis 4fach erhöhen kann. Durch Gels, Sprays oder Pflaster kann dieses Risiko weitgehend minimiert werden (Canonica, 2014, S. 753; Schaudig & Schwenkhagen, 2018, S. 832). Bei Frauen mit Gebärmutter muss zusätzlich zum Östrogen ein Gestagen, sprich Progesteron, verschrieben werden, da sich ansonsten das Risiko eines Endometriumkarzinoms 8-10fach erhöht (Grady et al., 1995, S. 304; Mueck, 2015, S. 272) und eine Endometriose auslösen kann (Schaudig & Schwenkhagen, 2016, S. 31).

Ob eine Hormontherapie einen möglichen Schutz vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen bietet oder das Risiko dafür erhöht, wird kontrovers diskutiert. Die erste WHI-Studie aus dem Jahre 2002 ging von einem negativen Effekt aus (Rossouw et al., 2002, S. 321). In der Reanalyse der Daten konnte weder in der Kombinations- noch in der Monotherapie ein signifikant erhöhtes Risiko ausgemacht werden (Grodstein, Manson & Stampfer, 2006, S. 35; Hsia et al., 2006, S. 357). Andere Studien belegen, dass bei einer frühzeitig begonnenen HRT ein verringertes Vorkommen von kardiovaskulären Erkrankungen festzustellen ist. Bei älteren Frauen ist dies nicht mehr der Fall (Grodstein et al., 2000, S. 933; Rossouw et al., 2007, S. 1465; Salpeter et al., 2006, S. 363). Untersuchungen haben ergeben, dass Übergewicht, Alkoholkonsum und mangelnde Bewegung einen viel grösseren Einfluss auf das Risiko einer Brustkrebserkrankung haben als eine Hormonsubstitution (Clemons & Goss, 2001, S. 276; Veronesi, Boyle & Goldhirsch, 2005, S. 1728). Die Präsidentin der deutschen Menopausen Gesellschaft, Katrin Schaudig erklärt, dass die Hormontherapie Fälle von Demenz, Osteoporose und Infarkten verhindere. Dennoch rät sie von einer HRT als Prophylaxe für die genannten Erkrankungen ab (Mueck, 2015, S. 272; Schaudig & Schwenkhagen, 2018, S. 834).

Viele Experten weisen auf das 'Goldene Fenster' oder 'window of opportunity' hin, um von den Vorteilen einer Hormontherapie profitieren zu können. Demzufolge sollte vor dem 60. Lebensjahr damit begonnen werden (de Geyter, 2009, S. 147; Mueck, 2015, S. 273).

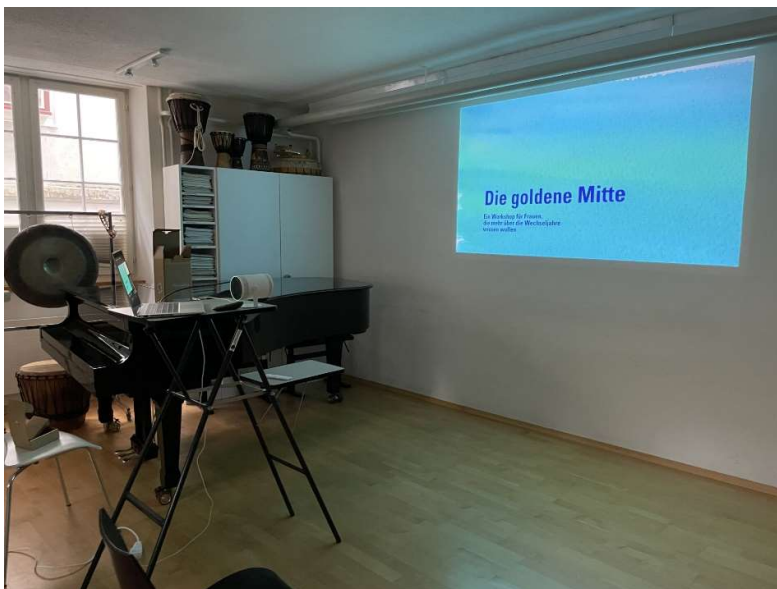
Sarri et al. (2017) untersuchte in ihrer Studie 16 verschiedene Methoden zur Behandlung von VMS auf ihre Wirksamkeit. Transdermales Östradiol plus Gestagen

in der Kombinationstherapie konnte bei Frauen mit Gebärmutter die Symptome am stärksten reduzieren (Sarri et al., 2017, S. 1514). Wie lange die HRT dauert, sollte individuell beurteilt werden. Die Gynäkologin de Liz (2022) begründet, dass sowohl die Deutsche Menopausen Gesellschaft, als auch die British Menopause Society und die NASM Hormontherapien empfehlen, die länger als 7 Jahre dauern (de Liz, 2022, S. 213; Hill, 2021, S. 138; Schaudig & Schwenkhagen, 2018, S. 835). Grundsätzlich wird Frauen, die unter einem hormonabhängigen Krebs leiden oder litten, von einer HRT abgeraten (Schneider, Jacobi & Thyen, 2020, S. 115f.).

Anhang III: Flyer «Die goldene Mitte»



Anhang IV: Fotos vom Workshop-Raum



Anhang V: Mailing Teilnahmebestätigung

Liebe _____

Es freut mich, dass du bei den Workshops «Die goldene Mitte» zum Thema der Wechseljahre dabei bist! Insgesamt wirst du mit 11 anderen Frauen an der Studie im Rahmen meiner Masterarbeit teilnehmen.

Gerne gebe ich dir bereits im Vorfeld die wichtigsten Informationen. An den drei Abenden werden wir uns mit den körperlichen, psychischen, sozialen und sexuellen Veränderungen befassen, von denen wir in den Wechseljahren betroffen sind.

Ich werde dir mein Wissen weitergeben und du hast die Möglichkeit, deine Erfahrungen mit Frauen aus der Gruppe zu teilen. Ich werde dich zu spielerischen Körperübungen anleiten, die dich in der Wahrnehmung, Achtsamkeit und Entspannung unterstützen sollen.

Zu Beginn des ersten und dritten Workshops gebe ich dir einen kurzen Fragebogen, den du anonym ausfüllst. Am Ende der Workshops werde ich die Gruppendiskussion mit allen Teilnehmerinnen leiten, die ungefähr eine Stunde dauern wird. Wichtig für dich zu wissen ist, dass ich eine Audioaufnahme davon machen werde. Die Diskussion werde ich persönlich transkribieren und in meiner Arbeit anonymisiert verarbeiten. Die Aufnahme ist ausschliesslich auf einem Chip gespeichert und wird von mir nach Annahme der Masterarbeit gelöscht. Im Anhang sende ich dir die **Einverständniserklärung zur Ansicht**. Ich werde diese am ersten Abend in ausgedruckter Form dabei haben. Bitte melde dich, falls du Fragen dazu hast.

Wir treffen uns in **Zürich**, an der **Schlossergasse 9**, im schönen Oberdorf. Am Ende der Gasse gehst du links durch das offene Tor der Mauer entlang um das Gebäude und gelangst dort zur Eingangstür. Um 19Uhr werde ich vor der Türe stehen, du brauchst also nirgends zu klingeln. Ich empfehle dir die Anreise mit den öffentlichen Verkehrsmitteln. Die nächsten Haltestellen sind entweder 'Helmhaus' (vom Limmatquai her) oder 'Kunsthhaus'. Mit dem Auto ist das Parkhaus 'Hohe Promenade' am nächsten.

Im Raum für Musik und Bewegung werden wir die Strassenschuhe ausziehen. Wenn du dich mit dicken Socken oder Hausschuhen wohler fühlst, dann nimm diese bitte mit.

Hier nochmals die Daten und Zeiten:

Donnerstag, den 4. April 2024 von 19:00 bis 21:30 Uhr

Donnerstag, den 18. April 2024 von 19:00 bis 21:30 Uhr

Montag, den 13. Mai 2024 von 19:00 bis 21:30 Uhr

Bei Fragen stehe ich dir jederzeit zur Verfügung.

Herzliche Grüsse

Monika (Shugi) Nänni

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an einer Gruppendiskussion sowie zwei Fragebogen

zum Thema

«Die goldene Mitte» - ein Workshop zu den Wechseljahren

-
- Ich wurde von Monika Nänni mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf der Workshops, das Ausfüllen der Fragebogen und der Gruppendiskussion sowie über mögliche Vor- und Nachteile informiert.
 - Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden.
 - Ich hatte genügend Zeit, um die Entscheidung zu treffen, an der Studie teilzunehmen.
 - Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir deswegen Nachteile entstehen.
 - Die Gruppendiskussion findet im Anschluss an den 3. Workshop statt und dauert ungefähr eine Stunde.
 - Ich weiss, dass die Gruppendiskussion aufgenommen (Ton) und anschließend transkribiert wird. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten dienen ausschliesslich des wissenschaftlichen Zwecks. Die interviewende Person untersteht der Schweigepflicht, auch über den Abschluss der Arbeit hinaus. Die Audioaufnahme wird nach Abnahme der Masterarbeit gelöscht.
 - Ich weiss, dass meine persönlichen Daten gesondert und nur für die interviewende Person zugänglich gespeichert werden. In der Masterarbeit werden jegliche Aussagen anonymisiert, in Veröffentlichungen können einzelne anonymisierte Zitate in sprachlich geglätteter Form wiedergegeben werden.

Zürich, den

Vor- und Nachname

Unterschrift

Unterschrift Monika Nänni

Anhang VII: Fragebogen A

Herzlich willkommen zum Workshop «Die goldene Mitte»

Den 3-teiligen Workshop habe ich im Rahmen meiner Masterarbeit zum Thema der Wechseljahre konzipiert. In diesem Bildungsprogramm geht es darum, betroffenen Frauen Informationen zu den Wechseljahren weiterzugeben, die Einstellung dazu zu verbessern sowie die Selbstakzeptanz zu stärken.

Im ersten Teil des Fragebogens bitte ich Sie um persönliche Angaben zu Ihrer Person und Ihren Erwartungen an den Workshop. Im zweiten Teil frage ich Sie bezüglich Ihrer Selbstakzeptanz und Ihrer Einstellung gegenüber den Wechseljahren. Kreuzen Sie auf der Skala die Einschätzung an, die Sie am passendsten finden.

Nach dem 3. Workshop werde ich Sie um eine Rückmeldung zum Bildungsprogramm bitten. So kann ich den Nutzen der Workshopreihe untersuchen.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme,

Monika Nänni

••••••••

Bitte codieren Sie Ihren Fragebogen, damit die Anonymität gewährleistet ist.

Die ersten zwei Stellen setzen sich aus den Initialen Ihrer Mutter zusammen

Die beiden letzten Stellen entsprechen dem Tag Ihrer Geburt, ohne Monat.

Beispiel: Name meiner Mutter: Ruth Meier → RM

Mein Geburtstag ist am 4. Januar → 04

ergibt den Code: RM04

Ihr Code: _ _ _ _

Teil I

Mein Code: _ _ _ _

Alter: _____ Jahre

Familienstand: ☐ ledig
☐ verheiratet, eingetragene Partnerschaft
☐ geschieden
☐ verwitwet

Beziehung: ☐ alleinlebend ohne Partner:in
☐ mit Partner:in zusammenlebend
☐ Partner:in, aber nicht zusammenlebend

Eigene Kinder: ☐ nein
☐ ja Alter _____ Jahre

Höchster Ausbildungsgrad: ☐ keinen Abschluss
☐ Real- / Sekundarschule
☐ Matur
☐ Diplomabschluss
☐ Lehre
☐ Fachhochschule / Technikum
☐ Universität / ETH

Welche der folgenden Angaben zur Erwerbstätigkeit treffen auf Sie zu?

- ☐ Zurzeit nicht erwerbstätig
☐ Teilzeit oder stundenweise erwerbstätig (bis 15h/Woche)
☐ Teilzeit erwerbstätig (15 bis 34h pro Woche)
☐ Voll erwerbstätig (35h oder mehr pro Woche)

Ich bin in den Wechseljahren: ☐ ja ☐ nein ☐ ich weiss nicht

Ich mache aktuell eine Therapie im Zusammenhang mit den Wechseljahren:

☐ nein ☐ ja, betreffendes ankreuzen: ☐ Hormonbehandlung
☐ Akupunktur / TCM
☐ Coaching / Beratung
☐ anderes: _____

Meine Erwartung an den Workshop:

Teil II

Mein Code: _ _ _ _

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie sie Ihre Selbstakzeptanz und die Einstellung gegenüber den Wechseljahren beurteilen. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist diese die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt. Kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an ihr Leben **während der vergangenen vier Wochen**.

1. Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?

☐	☐	☐	☐	☐
überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	Völlig

2. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?

☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

3. Ich wünschte, ich könnte vor mir mehr Achtung haben.

☐	☐	☐	☐	☐	☐
gar nicht	nicht	eher nicht	eher schon	schon	vollkommen

4. Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.

☐	☐	☐	☐	☐	☐
gar nicht	nicht	eher nicht	eher schon	schon	vollkommen

Was sind Ihre Meinungen und Ihre Gefühle gegenüber den Wechseljahren?
Beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie den passendsten Punkt auf der Skala umkreisen.

5. Was fühlen Sie, wenn Sie an das Ende Ihrer Menstruation denken?

• • • • • • •

Bedauern Erleichterung

Geben Sie den Grad an, inwiefern die Adjektive den Gefühlen einer Frau während den Wechseljahren entsprechen. Umkreisen Sie den passendsten Wert.

6. Während den Wechseljahren fühlt sich eine Frau...

• • • • • • •

wertlos wertvoll

7. Während den Wechseljahren fühlt sich eine Frau...

• • • • • • •

unattraktiv attraktiv

8. Ich bin froh, in den Wechseljahren zu sein.

• • • • • • •

Ich stimme zu Ich stimme nicht zu

Anhang VIII: Fragebogen B

Fragebogen B zum Workshop «Die goldene Mitte»

Herzlich Dank zur Teilnahme an den Workshops «Die goldene Mitte»!

Um den Nutzen und die Wirkung des Bildungsangebots zu untersuchen bitte ich Sie, den Fragebogen auszufüllen. Im ersten Teil geht es um Ihre Selbstakzeptanz und Ihre Einstellung den Wechseljahren gegenüber.

Im zweiten Teil geht es um die Evaluation des Bildungsprogramms in Bezug auf Organisation, Durchführung und Moderation. Ihre Rückmeldung ist ein wichtiger Bestandteil für die Auswertung des Workshops. Sie trägt zur Optimierung zukünftiger Workshops zum Thema bei.

Herzlichen Dank für Ihre Rückmeldung,

Monika Nänni

••••••••

Bitte ergänzen Sie auch hier Ihren Code, damit ich die Antworten in den Zusammenhang mit dem ersten Fragebogen bringen kann.

Die ersten zwei Stellen setzen sich aus den Initialen Ihrer Mutter zusammen

Die beiden letzten Stellen entsprechen dem Tag Ihrer Geburt, ohne Monat.

Beispiel: Name meiner Mutter: Ruth Meier → RM

Mein Geburtstag ist am 4. Januar → 04

ergibt den Code: RM04

Ihr Code: _ _ _ _

Teil I

Mein Code: _ _ _ _

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie sie Ihre Selbstakzeptanz und die Einstellung gegenüber den Wechseljahren beurteilen. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist diese die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt. Kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an ihr Leben **während der vergangenen vier Wochen**.

1. Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

überhaupt nicht eher nicht halbwegs überwiegend Völlig

2. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr unzufrieden unzufrieden weder zufrieden noch unzufrieden zufrieden sehr zufrieden

3. Ich wünschte, ich könnte vor mir mehr Achtung haben.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

gar nicht nicht eher nicht eher schon schon vollkommen

4. Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

gar nicht nicht eher nicht eher schon schon vollkommen

Was sind Ihre Meinungen und Ihre Gefühle gegenüber den Wechseljahren?
Beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie den passendsten Punkt auf der Skala umkreisen.

5. Was fühlen Sie, wenn Sie an das Ende Ihrer Menstruation denken?

• • • • • • •

Bedauern Erleichterung

Geben Sie den Grad an, inwiefern die Adjektive den Gefühlen einer Frau während den Wechseljahren entsprechen. Umkreisen Sie den passendsten Wert.

6. Während den Wechseljahren fühlt sich eine Frau...

• • • • • • •

wertlos wertvoll

7. Während den Wechseljahren fühlt sich eine Frau...



8. Ich bin froh, in den Wechseljahren zu sein.



Teil II

Mein Code: __ __ __ __

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.

	Wie beurteilen Sie...	sehr gut	gut	mittel- mässig	schlecht	sehr schlecht
1	... die Inhalte der Workshops					
2	... die Verständlichkeit der Inputs und Übungen während des Workshops					
3	... die Gestaltung und die Abwechslung der Workshops					
4	... die fachlichen Kompetenzen der Workshopleitung					
5	... die sozialen Kompetenzen der Workshopleitung					
6	... die Atmosphäre während des Workshops					
7	... die Organisation des Ablaufs im Vorfeld					
8	... die Räumlichkeiten					
9	... Ihren persönlichen Wissenszuwachs					
10	... den Workshop insgesamt					
		Stimmt absolut	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt gar nicht	Ich weiss nicht
11	Meine Einstellung gegenüber den Wechseljahren hat sich durch den Workshop verbessert.					
12	Meine Selbstakzeptanz hat sich durch den Workshop zum Positiven entwickelt.					
13	Die Inhalte des Workshops sind für mein tägliches Leben von Nutzen.					
14	Den Austausch mit den anderen Frauen empfand ich als wertvoll.					
15	Der Workshop hat mir Spass gemacht.					
16	Meine Erwartungen an den Workshop wurden erfüllt.					
17	Ich würde den Workshop weiterempfehlen.					

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

Was könnte an diesem Workshop verändert werden?

Was möchten Sie mir sonst noch mitteilen?

Herzlichen Dank für Ihre Rückmeldung!

Anhang IX: Übersicht Workshop 1

Workshop 1 «Die goldene Mitte»

Donnerstag, 4. April, 19:00 bis 21:30

Übung	Fragebogen	Spiel	Runde	Pause	Input	Austausch	Übung	Take Home
-------	------------	-------	-------	-------	-------	-----------	-------	-----------

Zeit	Inhalt	Ziel	Material
19:00	Ich stelle mich vor Ablauf erklären	Kennenlernen, Vertrauen Sicherheit, Orientierung	Bausteine auf Zettel an Wand
19:05	Stille Atemmeditation Augen schliessen, Atem beobachten, wertungsfrei <i>Gedanken</i> : Welche Gedanken kommen auf? Bewerte ich mich? Die Gedanken ziehen wie Wolken weiter. <i>Körperempfindungen</i> : Was nehme ich wahr? Ich darf auf meine Bedürfnisse achten und danach handeln <i>Verhalten</i> : Was nehme ich mir vor für heute Abend? (Pausengespräch, Kontakt mit anderer TN, heim spazieren?)	Ankommen Achtsamkeit auf das Atmen und Sitzen lenken Bedürfnisse des Körpers wahrnehmen Auf eigene Motivation hören, sich Gutes tun, Vorhaben fassen	(Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 104f./S. 108f.) (Sparmann, 2018, S. 54f.) (Fehm & Weidmann, 2023, S.56)
19:25	Fragebogen ausfüllen und Einverständniserklärung unterschreiben	Datenerhebung	Fragebogen A Einverständniserklärung
19:35	Aufwärmenspiel 'Name-Geste-Emotion' im Kreis 1. Runde: eigener Name 2. Runde: Name von TN von rechts und Geste 3. Runde: Name und Geste kreuz und quer 4. Runde: Emotion als Vorgabe, Name und Geste in dieser Emotion zurufen (freudig, wütend, traurig, geheimnisvoll, verführerisch...)	Kennenlernen, in Kontakt kommen Spass haben, lachen Sich wohlfühlen Lockere, humorvolle Atmosphäre	(Sparmann, 2018, S. 21)
19:45	Gemeinsame Runde: • Was hat mich zur Teilnahme bewegt? • Was sind meine Erwartungen? • Welche Fragen habe ich? (Pinker Zettel)	Erwartungen klären Qualitätskontrolle Anpassung an Workshop Inhalte möglich	Papier Stifte Klebeband
19:00	Pause	Miteinander ins Gespräch kommen Kennenlernen	Tee, Kaffee kapseln, Guetzli

20:10	Wissensvermittlung: Wann bin ich in den Wechseljahren? Was passiert mit meinem Körper? Was sind typische Symptome und was kann ich dagegen tun? Hormone, ja oder nein? Positive Einflussfaktoren auf die Wechseljahrbeschwerden	Begriffsklärung, Beginn und Dauer der WJ, Wissen um den Zyklus und die hormonellen Veränderungen des Körpers, Symptome erkennen Gesundheitliche Risiken (Osteoporose, GSM, Demenz) kennen Hormontherapie pro und contra, schulmedizinische/alternative Behandlungsmöglichkeiten kennen, Einflussfaktoren auf das Erleben der Wechseljahre erkennen	Beamer Presenter Tablet, PowerPoint Präsentation Verlängerungskabel
20:40	Austausch über den Input: Wie geht es mir mit/ohne Hormontherapie? Wie zeigen sich bei mir Symptome und wie gehe ich damit um? Welche positiven Erfahrungen kann ich teilen?	Frauen als Expertinnen miteinbeziehen Fragen klären	Erweiterung der Diskussion evtl.: (Scholz, 2021, div. Karten)
20:50	Fantasiereise durch den Körper Kurzer Austausch zu zweit oder zu dritt Gibt es etwas Wichtiges in der Gruppe zu teilen?	Achtsamkeit auf den Körper Sich den Bewertungen der einzelnen Körperregionen bewusst werden Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper	(Fliegel, 2022, S. 273) Matten, evtl. Decken
20:20	Auftrag für zuhause: Spiegelübung	Selbstakzeptanz in Bezug auf den Körper fördern, Auseinandersetzung mit Schönheitsidealen und eigenen gedanklichen Bewertungen	(Branden, 1995, S. 116; Weig, 1996, S.225f.)
21:30	Augen schliessen, überprüfen, habe ich meinen Vorsatz erfüllt? Wenn nicht, was hat mich daran gehindert? Welchen schönen Moment, nehme ich nachhause?	Ausklang Selbstakzeptanz Positive Erlebnisse abspeichern	

Quellen:

- Anderson, Garnet L., Limacher, Marian, Assaf, Annlousie R., Bassford, Tamsen, Beresford, Shirley A., Black, Henry, ... & Women's Health Initiative Steering Committee. (2004). Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama*, 291(14), 1701-1712.
- Baker, Fiona C., De Zambotti, Massimiliano, Colrain, Ian M. & Bei, Bei (2018). Sleep problems during the menopausal transition: prevalence, impact, and management challenges. *Nature and science of sleep*, 73-95.
- Beckermann, Maria J. (2020). *Wechseljahre - was muss ich wissen, was passt zu mir? Nach den aktuellen medizinischen Leitlinien*. Hogrefe.
- Branden, Nathaniel (1995). *Die 6 Säulen des Selbstwertgefühls: Erfolgreich und zufrieden durch ein starkes Selbst*. Piper.
- Cano, Antonio, Nappi, Rossella E., Santoro, Nanette, Stute, Petra, Blogg, Martin, English, Marci L., Scrine, Ludmila, Siddiqui, Emad & Ottery, Faith D. (2024). Fezolinetant impact on health-related quality of life for vasomotor symptoms due to the menopause: Pooled data from SKYLIGHT 1 and SKYLIGHT 2 randomised controlled trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1-10.
- Fehm, Lydia & Weidmann, Anke (2023). *Selbstwertbezogene Interventionen*. Hogrefe Verlag.
- Fliegel, Steffen (2022). *Unsere Sexualitäten*. Dgvt-Verlag.
- Jahn, Ruth & Widmer, Regina (2019). *Cool durch die heissen Jahre: Individuell zu Wohlbefinden in den Wechseljahren*. Beobachter-Edition.
- Joffe, Hadine, Crawford, Sybil L., Freeman, Marlene P., White, David P., Bianchi, Matt T., Kim, Semmie, ... & Cohen, Lee S. (2016). Independent contributions of nocturnal hot flashes and sleep disturbance to depression in estrogen-deprived women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(10), 3847-3855.
- Kempter, Rita (2002). *Natürlich durch die Wechseljahre: So kommen Sie fit und gelassen durch die Wechseljahre. Die häufigsten Probleme - und was Sie dagegen tun können*. Puls-Media AG.
- Lozza-Fiacco, Serena & Ehlert, Ulrike (2023). *Ratgeber Wechseljahre. Informationen für Betroffene und Angehörige*. Hogrefe.
- MacLennan, Alastair H., Broadbent, Jessica L., Lester, Sue, & Moore, Vivienne (2004). Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane database of systematic reviews*, (4). 1-107.

- Manson, JoAnn E., Chlebowski, Rowan T., Stefanick, Marcia L., Aragaki, Aaron K., Rossouw, Jacques E., Prentice, Ross L., ... & Wallace, Robert B. (2013). Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *Jama*, 310(13), 1353-1368.
- Manson, JoAnn E., & Kaunitz, Andrew M. (2016). Menopause management—getting clinical care back on track. *N Engl J Med*, 374(9), 803-6.
- Manson, JoAnn E., Aragaki, Aaron K., Rossouw, Jacques E., Anderson, Garnet L., Prentice, Ross L., LaCroix, Andrea Z., ... & WHI Investigators. (2017). Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality: the Women's Health Initiative randomized trials. *Jama*, 318(10), 927-938.
- Mueck, Alfred O. (2015). Anwendungsempfehlungen zur Hormonsubstitution in Klimakterium und Postmenopause. *Gynäkologische Endokrinologie*, 4(13), 270-273.
- Oellerich, Heike & Wessels, Miriam (2016). *Wechseljahre: das Komplett-Programm: Körpertraining, Entspannung, Naturheilkunde*. blv.
- Potreck-Rose, Friederike (2011). Selbstakzeptanz fördern. In Renate, Frank (Hrsg.): *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*, 189-198. Springer.
- Potreck, Friederike & Jacob, Gitta (2021). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Klett-Cotta.
- Riedel, Ingrid (2021). *Vom Geheimnis der zweiten Lebenshälfte. Frauen finden zu sich selbst*. Patmos.
- Rossouw, Jacques E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., ... & Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama*, 288(3), 321-333.
- Rossouw, Jacques E., Prentice, Ross L., Manson, JoAnn E., Wu, LieLing, Barad, David, Barnabei, Vanessa M., ... & Stefanick, Marcia L. (2007). Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *Jama*, 297(13), 1465-1477.
- Rytz, Thea (2018). *Achtsam bei sich und in Kontakt. Emotionsregulation und Stressreduktion durch achtsame Wahrnehmung*. Hogrefe.
- Salpeter, Shelley R., Walsh, Judith M., Greyber, Elizabeth, & Salpeter, Edwin E. (2006). Brief report: coronary heart disease events associated with hormone therapy in younger and older women: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 21, 363-366.

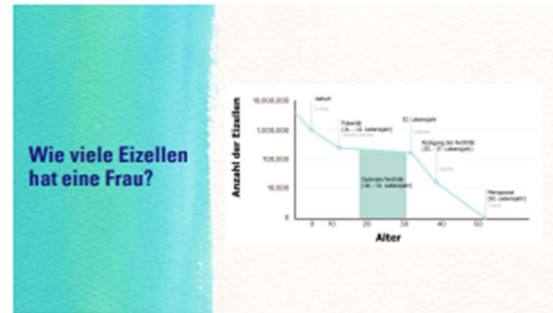
- Sarri, Grammatio, Pedder, Hugo, Dias, Sofia, Guo, Yelan, & Lumsden, Mary Ann (2017). Vasomotor symptoms resulting from natural menopause: a systematic review and network meta-analysis of treatment effects from the National Institute for Health and Care Excellence guideline on menopause. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(10), 1514-1523.
- Schaudig, Katrin & Schwenkhagen, Anneliese (2016). Individualized hormone therapy in the peri-and postmenopausal period. *Gynäkologische Endokrinologie*, 14, 31-43.
- Schaudig, Katrin & Schwenkhagen, Anneliese (2023). Hormonsprechstunde. *FRAUENARZT*, (10), 686-690.
- Scholz, Falk P. (2021). *Selbstakzeptanz-Schatzkiste für Therapie und Beratung*. Beltz.
- Simoncini, Tommaso, Mannella, Paolo, Fornari, Letizia, Caruso, Antonella, Varone, Gaetano, & Genazzani, Andrea R. (2004). Genomic and non-genomic effects of estrogens on endothelial cells. *Steroids*, 69(8-9), 537-542.
- Sparmann, Julia (2018). Lustvoll körperwärts – Körperorientierte Methoden für die Sexuelle Bildung für Frauen. Psychosozial-Verlag.
- Veronesi, Umberto, Boyle, Peter, & Goldhirsch, Aron (2005). Breast cancer. *Lancet*, 365(9472), 1727-1741.
- Weig, Wolfgang (1996). Erfahrungen mit einem Programm zur Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit. In *Sexuologie* 4(3), 222-231.
- Zhang, Jianzhao, Yin, Je, Song, Xiaodong, Lai, Shunkai, Zhong, Shuming & Jia, Yanbin. (2023). The effect of exogenous estrogen on depressive mood in women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of psychiatric research*.

Internet-Quellen:

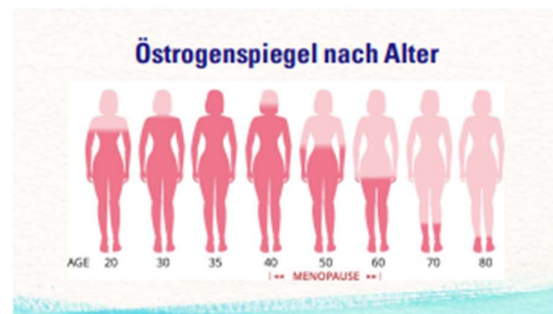
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), (2020): S3-Leitlinie Peri- und Postmenopause - Diagnostik und Interventionen. https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-062I_S3_HT_Peri-Postmenopause-Diagnostik-Interventionen_2021-01.pdf
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Menopause (2023). <https://www.meno-pause.ch/>

Anhang X: Präsentation Workshop 1

Physische Veränderungen, weiblicher Zyklus, Symptome, Hormontherapie



- Ablauf**
- Wann bin ich in den Wechseljahren?
 - Was passiert in meinem Körper?
 - Was sind typische Symptome der Wechseljahre?
 - Was kann ich gegen meine Symptome tun?
 - Hormone ja oder nein?
 - Wer leidet mehr und wer weniger?



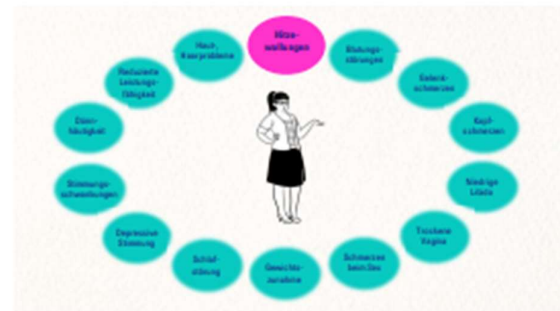
Der weibliche Zyklus – ein permanenter Dialog

Wir

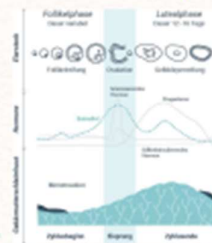
- Hypophyse
- Eierstöcke

Wer

- FSH und LH
- Östrogen und Progesteron



Der weibliche Zyklus – ein permanenter Dialog



- **Gehirn:** Zwischenhirn und Hirnanhangdrüse regen durch Bildung von FSH und LH das Wachstum eines Eibläschens im Eierstock an
- **Eierstock:** Eibläschen mit Eizelle wächst, am Tag 14 kommt es zum Eisprung
- **Eierstock:** Das Eibläschen bildet zunächst Östrogen, nach dem Eisprung auch Progesteron (Gelbkörperhormon)
- **Gebärmutter:** Nach der Blutung baut sich die Schleimhaut auf, nach dem Eisprung wird diese "umgebaut"

Wer leidet unter klimakterischen Beschwerden?

- 1/3 aller Frauen äussert keine oder minimale Beschwerden
- 1/3 kommt mit den Symptomen klar
- 1/3 leidet so stark, dass die Lebensqualität beeinträchtigt ist

Statt Ebbe und Flut...

...Springfluten und Tsunamis!



Hitzewallungen: Behandlungsansätze und deren Nutzen

Schulmedizin

- Hormontherapie (HRT) mit bioidentischen Hormonen

➡ Nutzen nachgewiesen

Alternative

- Abwarten, Placebo, Kognitive Verhaltenstherapie, Achtsamkeit
- ➡ Nutzen nachgewiesen
- Traubensilberkerze, Iseflavone, Phytoöstrogenreiche Ernährung
- ➡ Nutzen möglich
- Sport, Vitamin E, chin. Kräuter
- ➡ Nutzen unwahrscheinlich

Hormontherapie (HRT) - Pro und Contra

Vorteile

- Hitzewallungen signifikant verbessert
- Nutzen bei Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen wahrscheinlich
- Mögliche günstige Effekte auf die Lebensqualität
- Risikosenkung für Osteoporose signifikant
- Risikosenkung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Risikosenkung für Diabetes mellitus (Typ 2) signifikant
- Risikosenkung für Dickdarmkrebs signifikant

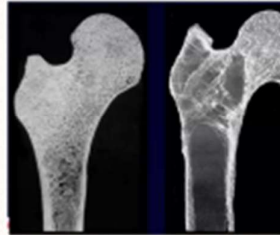
Nachteile

- Darf nicht bei Brustkrebs angewendet werden
- Um profitieren zu können, muss Frau bis spätestens 10 Jahre nach der Menopause mit HRT beginnen
- Brustkrebsrisiko nach 10 Jahren HRT um 2% erhöht (gilt nicht bei Monotherapie)

Wie ist die Anwendung der Hormontherapie?

Oral	Transdermal	Transdermal	Rezeptal
			
• Tablette • Kapsel • Kapsel	• Gel • Spray	• Pflaster	• Creme • Droge
• tägliche Einnahme • akute Nebenwirkung	• individuelle Dosierung • keine systemische Nebenwirkung	• alle 1-2 Wochen • keine systemische Nebenwirkung	• lokale Behandlung • keine systemische Nebenwirkung
Aufnahme durch Magen-Darm-Trakt	Umgehung von Magen-Darm-Trakt & der Leber		

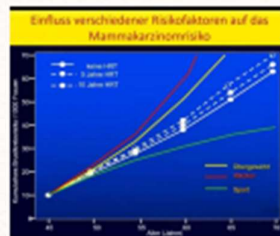
Prävention Osteoporose



Möglichkeiten zur Verbesserung aller Symptome ohne Hormontherapie

- Lebensstiländerung
- Sport, Yoga
- Akupunktur
- Hypnose
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Pflanzliche Therapie:
 - Phytoöstrogene (nicht bei Brustkrebs)
 - Traubeneckenwurzel (nicht bei Brustkrebs)
 - Antidepressiva
- NEU: Faszinanten

Einfluss verschiedener Risikofaktoren auf das Brustkrebsrisiko



Eine Frau kann besser mit den Wechseljahren umgehen wenn...

- ...sie über Körperwissen verfügt
- ...ihre Einstellung zu dieser Lebensphase gut ist
- ...ihre Selbstakzeptanz höher ist

Anhang XI: Übersicht Workshop 2

Workshop 2 «Die goldene Mitte»

Donnerstag, 18. April, 19:00 bis 21:30

Übung	Spiel	Übung	Austausch	Pause	Input	Austausch	Runde	Übung	Take Home
-------	-------	-------	-----------	-------	-------	-----------	-------	-------	-----------

Zeit	Inhalt	Ziel	Material
19:00	Ablauf erklären	Sicherheit, Orientierung	Bausteine auf Zettel an Wand
19:05	Stille Atemmeditation im Stehen Augen schliessen, Atem beobachten, wertungsfrei <i>Gedanken:</i> Welche Gedanken kommen auf? Bewerte ich mich? Sie ziehen wie Wolken weiter. <i>Körperempfindungen:</i> Was nehme ich wahr? Ich darf auf meine Bedürfnisse achten und danach handeln <i>Verhalten:</i> Was nehme ich mir vor für heute Abend? (Pausengespräch, Kontakt mit anderer TN, heim spazieren?)	Ankommen Sicherheit durch Ritual Achtsamkeit auf das Atmen und Stehen lenken Bedürfnisse des Körpers wahrnehmen Auf eigene Motivation hören, sich Gutes tun, Vorhaben fassen	Stühle zur Seite stellen (Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 104f./S. 108f.) (Sparmann, 2018, S. 54f.) (Fehm & Weidmann, 2023, S.56) (Rytz, S. 145)
19:15	Aufwärmenspiel 'Spielerische Begrüssung im Raum' 1. Raum einnehmen, Namen innerlich repetieren 2. Begrüssen mit diskretem Zunicken, lässigem Winken, Handschlag, freudige Umarmung, Hüftbewegung 3. Begrüssungen im Rollenspiel: als Geheimagentinnen, Geschäftsfrauen (freundl./distanziert), Königinnen, konkurrierende Schönheitsköniginnen, alte Freundinnen, die sich seit Ewigkeiten nicht mehr gesehen haben 4. Stehen bleiben und zentrierten Stand einnehmen. Wo habe ich mit meinem Fuss Kontakt zum Boden?	Namen spielerisch repetieren Spass haben, emotionaler Ausdruck In Kontakt kommen Sich wohlfühlen Angenehme Atmosphäre Zentrierung Achtsamkeit auf das Stehen	(Sparmann, 2018, S. 22) (Rytz, S. 120) (Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 104f./S. 108f.)
19:25	Verwandlung – Haltung, Gang, Zentrierung • Erforschung des eigenen Ganges • Erforschung von Spannungszuständen • Mit Körperhaltungen experimentieren Reflexion: Wie verändert die Körperhaltung die Bewegungsqualität und den Ausdruck? Welche Veränderung merke ich in Körpergefühl und Stimmung? Wie attraktiv fühle ich mich in den einzelnen Haltungen?	Aufmerksamkeit und Vertrauen in das gegenwärtige Körpererleben Erfahrung von Zusammenwirken von Körper, Gefühl und Kognitionen Reflexion über Chancen und Grenzen von Selbstinszenierung Stärkung der sexuellen Selbstsicherheit	(Sparmann, 2018, S. 31ff.)

19:50	Auftrag mit Partnerin besprechen, zu zweit, wer sich nicht kennt Im Plenum sammeln: Welche Erfahrungen hast du gemacht? Welche Erkenntnisse hast du gewonnen? Was sind die emotionalen Konsequenzen der Selbstbewertung? (Die Abgrenzung ist die achtsame, nicht wertende Wahrnehmung.) Input: Wäre es realistisch, davon auszugehen, wir könnten uns selbst lieben, wenn wir das, was wir im Spiegel sehen, verachten?	Selbstwert erhöhen, Vertrauen in die Gruppe gewinnen (Potreck-Rose, 2017, S. 194) Erkenntnis: Selbstannahme und Selbstwertgefühl hängen zusammen! Verhältnis zu sich selbst wird harmonischer, Selbstachtung und -wirksamkeit wächst. UND: Wer sich akzeptiert, ist auch motivierter, Dinge zu verändern, die einem nicht gefallen, soweit es in unserer Macht steht. Selbstakzeptanz macht uns stark. Wenn wir uns nicht annehmen, schwächen wir uns. (Branden, 1995, S. 116)	
20:05	Lob-Runde, verteilt im Raum: «ich lobe mich dafür, dass...»	Stärkung eines ausgewogenen Selbstbilds	(Fehm & Weidmann, 2023, S. 83-85)
20:10	Pause	Austausch, Kontakt knüpfen, lüften	Tee, Kaffee, Guetzli
20:25	Wissensvermittlung: Welche Auswirkungen haben die Wechseljahre auf die Sexualität? Was hilft dagegen und wie kann ich Einfluss darauf nehmen? Von welchen psychosozialen Veränderungen sind Frauen in den Wechseljahren betroffen? Gibt es kulturelle Unterschiede im Erleben der Wechseljahre? Was tut mir gut in dieser Lebensphase? Welche Faktoren wirken sich positiv auf meine Befindlichkeit aus?	• Dimensionen der psychosozialen Veränderung in den WJ erkennen • Natürliche Behandlungsansätze von Symptomen kennenlernen • Bedeutung des Lebensstils • Einstellung zu WJ überdenken • Selbstakzeptanz	Verlängerungskabel Beamer Presenter Tablet PowerPoint Präsentation
20:55	Austausch über den Input: Welche Tipps kenne ich? Was kann ich für mich tun? Was ist das gesellschaftliche Bild der alternden Frau? Welche Einstellung habe ich dazu?	Frauen als Expertinnen miteinbeziehen Andere Frauen als Ressourcen Verbundenheit spüren, ich bin nicht allein, ich bin normal, anderen geht es auch so, Fragen klären	In den Stuhlreihen Papier und Kugelschreiber für Notizen
21:05	Diskussion/Reflexion <i>Was kannst du heute besser als früher?</i> • Gelassenheit, Vergeben können, Verständnis, Liebe, Geduld, Mitgefühl	Selbstwert erhöhen Einstellung gegenüber dem Alter reflektieren, Positives erkennen Selbstakzeptanz fördern	Im Stuhlkreis (Hölzel & Brähler, 2015, S. 277) (Schmidbauer, 2022, S. 235ff.) (Neff, 2003, S. 89)

	• Das defizitorientierte Verständnis des Alters herrscht in unserer Gesellschaft, weil wir Menschen nach ihrer Leistungsfähigkeit und Produktivität beurteilen. • Mentale und physische Degeneration sind kein unausweichliches Schicksal! <i>Was sind Chancen der Wechseljahre? Was ist positiv am Altern?</i> • Neuorientierung • Weniger Abhängigkeiten, mehr Selbstbestimmung	Ressourcenorientierung 'sense of common humanity'	(Scholz, 2021, div. Karten) Stühle auf die Seite räumen, Mat- ten holen und im Raum verteilen, bequeme Position einnehmen
21:20	Übung zur Genussfähigkeit: In der Mitte des Kreises sind schön angerichtet: Schokolade, Dattel, Baumnüsse, Erdbeere, Apfel aufmerksam anschauen, innere Vorstellung, betasten, riechen, kosten, geniessen	Achtsamkeit für die Sinne, Geniessen üben Die Übung lässt sich auch auf die Se- xualität übertragen	(Kanfer et al., 2012, S. 379; Lutz, 2002, S. 180; Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 114; Rytz, 2018, S. 173f.; Weig, 1996, S. 226)
21:10	Übung: Augen schliessen, Atem beobachten, Körper spüren, wie er aufliegt, überlegen, ob ich den Vorsatz von anfangs Stunde umsetzen konnte. Imaginationsübung zur liebevollen Begleitung: «Du bist eine Frau in der goldenen Mitte deines Lebens. Du siehst dich von aussen, wie du aufrecht dastehst, verwurzelt mit dem Boden, an einem schönen Ort. Eine liebevolle Freundin oder eine Person, die dir viel bedeutet, blickt auf dich. Wie würde sie oder er dich beschreiben? Was macht dich aus? Was kannst du gut? Was sind deine Stärken, wenn du dich so von aussen siehst? Konzentriere dich auf deine positiven Eigenschaften. Was gelingt dir gut? -- Notiere all deine Erkenntnisse auf dem Papier neben dir. (Hast du eine besonders gute Orientierung? Gelingt es dir, deine Figur optimal zu betonen und hast du einen exzellenten Kleiderstil? Schaffst du es deine Wohnung zu dekorieren und sorgst mit Blumen oder anderem für eine schöne Atmosphäre daheim? Meldest du dich bei Kollegen, die selten etwas hören lassen von sich? Kannst du gut trösten, organisieren, Feuer machen, einschlafen, Nein-Sagen, Abend geniessen, Komplimente machen, verzeihen, fotografieren, den Garten pflegen, dich begeistern, neugierig sein?)» TN notieren sich Ideen	Körperwahrnehmung schulen Liebevolle Begleitung suchen Einen wohlwollenden Blick auf sich entwickeln. Selbstfürsorge Ressourcenorientierung Sich den eigenen Stärken und Fähigkeiten bewusst werden. Motivation zur aktiven Selbstwertarbeit	(Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 126ff.) Schreibzeug und Arbeitsblatt holen (Oellerich & Wessels, 2016, S. 14) (Kanfer et al., 2012, S. 392)

«Diese Liste wirst du in den kommenden Wochen immer mal wieder ergänzen und lesen. Bewundere dich vor dem inneren Auge oder dem Spiegel mit all deinen Stärken, die du im Laufe deines Lebens aufgebaut hast. Lächle dir noch einmal freundlich zu, atme tief und öffne die Augen.» Auftrag erklären, Freund:innen, Partner:innen nach den eigenen positiven Eigenschaften fragen und aufschreiben, das Blatt und eine Schatzkiste auf das nächste Mal mitnehmen! Fragen zu meinem zukünftigen ICH: Was würde ich mir gerne ermöglichen? Adieu und schöne Frühlingsferien	Selbstentwertung reduzieren Aktive Auseinandersetzung mit dem Thema über die nächsten drei Wochen Sich über eigene Bedürfnisse und Wünsche Gedanken machen	(Fischer, 2022, S. 26; Hill, 2021, S. 206f.; Lozza-Fiacco & Ehlert, 2023, S 82/92; Potreck-Rose, 2017, S. 194; Rytz, 2018, S. 183)
---	---	---

Quellen:

- Beer, Andre M. & Neff, Albert (2013). Differentiated evaluation of extract-specific evidence on Cimicifuga racemosa's efficacy and safety for climacteric complaints. *Evidence-Based complementary and alternative medicine*, 1-21.
- Buster, John E., Kingsberg, Sherly A., Aguirre, Oscar, Brown, Candace, Breaux, Jeffrey G., Buch, Akshay, ... & Casson, Peter (2005). Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, 105(5 Part 1), 944-952.
- Davis, Susan R., Davison, Sonia L., Donath, Susan, & Bell, Robin J. (2005). Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *Jama*, 294(1), 91-96.
- Dennerstein, Lorraine, Lehert, Philippe, & Guthrie, Janet (2002). The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. *Archives of women's mental health*, 5, 15-22.
- Eismann, Gunnar (2021). *Emotionsregulation*. Beltz.
- Elavsky, Steriani (2009). Physical activity, menopause, and quality of life: the role of affect and self-worth across time. *Menopause (New York, NY)*, 16(2), 265.
- Elavsky, Steriani, & McAuley, Edward (2007). Physical activity and mental health outcomes during menopause: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 132-142.

- Fehm, Lydia & Weidmann, Anke (2023). *Selbstwertbezogene Interventionen*. Hogrefe Verlag.
- Fischer, Heide (2022). *Mein Kompass durch die Wechseljahre: Den eigenen Weg finden bei hormonellen Turbulenzen*. Herbig.
- Fliegel, Steffen (2022). *Unsere Sexualitäten*. Dgvt-Verlag.
- Freeman, Ellen W., Sammel, Mary D., Lin, Hui, & Nelson, Deborah B. (2006). Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Archives of general psychiatry*, 63(4), 375-382.
- Gerber, Judith R., Johnson, Julia V., Bunn, Janice Y., & O'Brien, Susan L. (2005). A longitudinal study of the effects of free testosterone and other psychosocial variables on sexual function during the natural traverse of menopause. *Fertility and sterility*, 83(3), 643-648.
- Gold, Ellen B., Sternfeld, Barbara, Kelsey, Jennifer L., Brown, Charlotte, Mouton, Charles, Reame, Nancy, ... & Stellato, Rebecca (2000). Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40–55 years of age. *Am J Epidemiol*; 152: 463–73.
- Gracia, Clarisa R., Freeman, Ellen W., Sammel, Mary D., Lin, Hui, & Mogul, Marjori (2007). Hormones and sexuality during transition to menopause. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 831-840.
- Gunter, Jen (2022). *Das Menopause Manifest: Nimm deine Gesundheit selbst in die Hand!* Südwest.
- Hill, Maisie (2021). *Super Power für die Wechseljahre*. Kirchzarten bei Freiburg: VAK Verlags GmbH.
- Hobbs, Catherine, Jelbert, Sarah, Santos, Laurie R. & Hood, Bruce (2024). Long-term analysis of a psychoeducational course on university students' mental well-being. *Higher Education*, 1-13.
- Hölzel, Britta & Brähler, Christine (2015). *Achtsamkeit mitten im Leben: Anwendungsgebiete und wissenschaftliche Perspektiven*. Barth.
- Jahn, Ruth & Widmer, Regina (2019). *Cool durch die heißen Jahre: Individuell zu Wohlbefinden in den Wechseljahren*. Beobachter-Edition.
- Kanfer, Frederick H., Reinecker, Hans & Schmelzer, Dieter (2012). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Springer Berlin Heidelberg.
- Kempter, Rita (2002). *Natürlich durch die Wechseljahre: So kommen Sie fit und gelassen durch die Wechseljahre. Die häufigsten Probleme - und was Sie dagegen tun können*. Puls-Media AG.

- Körner, Robert, Petersen, Lars-Eric & Schütz, Astrid (2021). Do expansive or contractive body postures affect feelings of self-worth? High power poses impact state self-esteem. *Current Psychology*, 40, 4112-4124.
- Kosack, Godula & Krasberg, Ulrike (2002). *Regel-lose Frauen: Wechseljahre im Kulturvergleich*. Helmer.
- Lange-Collett, Jennifer, & Schumann, Lorna (2002). Promoting health among perimenopausal women through diet and exercise. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 14(4), 172-179.
- Lee, Youngwhae, & Kim, Hwansoon (2008). Relationships between menopausal symptoms, depression, and exercise in middle-aged women: a cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 45(12), 1816-1822.
- Lozza-Fiacco, Serena & Ehlert, Ulrike (2023). *Ratgeber Wechseljahre. Informationen für Betroffene und Angehörige*. Hogrefe.
- Lutz, Rainer. (2002). Kleine Schule des Genießens. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 3(02), 179-183.
- Oellerich, Heike & Wessels, Miriam (2016). *Wechseljahre: das Komplett-Programm: Körpertraining, Entspannung, Naturheilkunde*. blv.
- Perrig-Chiello, Pasqualina, Höpflinger, Francois, Kaiser, Aandrea & Sturzenegger, Matthias (1999). Psychosoziale Aspekte der Lebensbedingungen von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. *Zeitschrift für Familienforschung*, 11(3), 5-27.
- Perrig-Chiello, Pasqualina (2010). Gesundheit und Wohlbefinden als lebenslanger Prozess. In *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Prävention im Fokus unterschiedlicher Perspektiven, Band 37*, 70-83.
- Perrig-Chiello, Pasqualina (2011). *In der Lebensmitte: die Entdeckung der zweiten Lebenshälfte*. Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Perrig-Chiello, Pasqualina (2024). *Own your age: stark und selbstbestimmt in der zweiten Lebenshälfte: die Psychologie der Lebensübergänge nutzen* (1. Auflage). Beltz.
- Potreck-Rose, Friederike (2011). Selbstakzeptanz fördern. In Renate, Frank (Hrsg.): *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*, 189-198. Springer.
- Potreck-Rose, Friederike (2017). Stärkung des Selbstwerts. *PSYCH up2date*, 11(03), 193-196.
- Potreck, Friederike & Jacob, Gitta (2021). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Klett-Cotta.

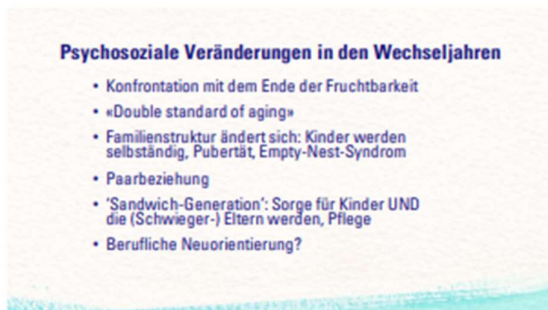
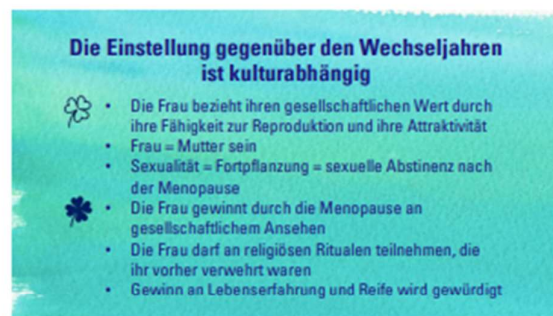
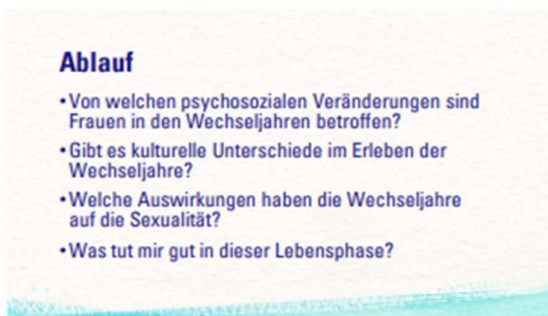
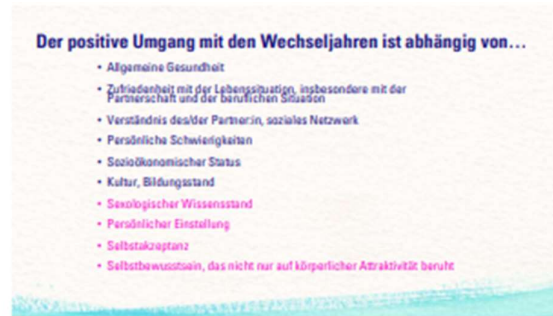
- Riedel, Ingrid (2021). *Vom Geheimnis der zweiten Lebenshälfte. Frauen finden zu sich selbst*. Patmos.
- Rytz, Thea (2018). *Achtsam bei sich und in Kontakt. Emotionsregulation und Stressreduktion durch achtsame Wahrnehmung*. Hogrefe.
- Schmidt, Gunter, Dekker, Arne, Matthiesen, Silja & Starke, Kurt (2006). *Spätmoderne Beziehungswelten*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Scholz, Falk P. (2021). *Selbstakzeptanz-Schatzkiste für Therapie und Beratung*. Beltz.
- Schüler-Toprak, Susanne, Ortmann, Olaf (2022). Vaginale Östrogentherapie. *Gynäkologische Endokrinologie* 20, 197–200.
- Stojanovska, Lily, & Kitanovaska, Viki. (2013). The effect of complementary and alternative therapy at menopause: trick or treat. *Current Topics in Menopause*, 22, 1.
- Stojanovska, Lily, Apostolopoulos, Vasso, Polman, Remco, & Borkoles, Erika (2014). To exercise, or, not to exercise, during menopause and beyond. *Maturitas*, 77(4), 318-323.
- Sparmann, Julia (2018). *Lustvoll körperwärts – Körperorientierte Methoden für die Sexuelle Bildung für Frauen*. Psychosozial-Verlag.
- West, Suzanne L., Vinikoor, Lisa C., & Zolnoun, Denniz (2004). A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annual review of sex research*, 15(1), 40-172.
- Ziaei, Saeideh, Kazemnejad, Anoshirvan, & Zareai, M. (2007). The effect of vitamin E on hot flashes in menopausal women. *Gynecologic and obstetric investigation*, 64(4), 204-207.

Internet-Quellen:

- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), (2020): S3-Leitlinie Peri- und Postmenopause - Diagnostik und Interventionen. https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-062l_S3_HT_Peri-Postmenopause-Diagnostik-Interventionen_2021-01.pdf
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Menopause (2023). <https://www.meno-pause.ch/>

Anhang XII: Präsentation Workshop 2

Psychosoziale Veränderungen, Sexualität, kulturelle Einflüsse, Lebensstil





Welche Hilfsmittel gibt es?

Vaginale Trockenheit:

- Gleitmittel und Feuchtigkeitscremes
- Lokale Östriolalbe für ALLE Frauen, dauerhafte Anwendung
- tägliche Pflege mit Ölen
- Vaginale Lasertherapie
- Vitamin E, vaginal
- DHEA-Vaginalzäpfchen mit Prasteron (Intrarosa®)

Lustlosigkeit:

- Testosteronbehandlung, Off-Label-Nutzung
- Testosteronpflaster (Intrinsa®) bei ES- und/oder GM-Entfernung

Was tut mir gut in dieser Lebensphase?

Lebensstil anpassen:

- Bewegung, Krafttraining, Gewicht reduzieren
- Gesunde Ernährung, weniger Kalorien, kein Alkohol, kein Nikotin, Zeit an der frischen Luft
- Schlafhygiene

Selbstzuwendung:

- Was/wer tut mir gut? (Achtsamkeit, sich liebevoll begegnen, für sich sorgen, 'Nein'-sagen, Selbstakzeptanz)
- Sexualtherapie, Psychotherapie
- Kalender über Blutungen und Symptome führen

Positive Einflussfaktoren auf die Sexualität

- Vulvovaginale Gesundheit
- Beziehungsqualität
- Sexualtherapie
- Selbstbewusstsein, das nicht auf körperlicher Attraktivität beruht
- Sexuell aktiv sein
- Stärkung der Beckenbodenmuskulatur
- Körperliche Aktivität
- Gesunder Lebensstil
- Achtsamkeit
- Stressreduktion, Schlafhygiene

Anhang XIII: Übersicht Workshop 3

Workshop 3 «Die goldene Mitte»

Montag, 13. Mai, 19:00 bis 21:30

Übung	Spiel	Austausch	Übung	Fragebogen	Pause	Diskussion	Ausklang
-------	-------	-----------	-------	------------	-------	------------	----------

Zeit	Inhalt	Ziel	Material
19:00	Ablauf erklären	Sicherheit, Orientierung	Ablauf auf Whiteboard
19:05	Stille Atemmeditation 'Vipassana' Ich darf auf meine Bedürfnisse achten und danach handeln Was nehme ich mir vor für heute Abend? (Pausengespräch, Kontakt mit anderer TN, heim spazieren?)	Ankommen, Präsenz, Aufmerksamkeit und Vertrauen in das gegenwärtige Körpererleben Auf eigene Motivation hören, sich Gutes tun, Vorhaben fassen	(Sparmann, 2018, S. 54f.)
19:15	Aufwärmspiel 'Wo ist Laura?' 1. Gehen, Aufmerksamkeit bei sich 2. Wahrnehmung des Ganges 3. Andere wahrnehmen 4. Auf Zeichen Freeze, Augen schliessen, mit Finger auf TN zeigen, deren Namen ich sage	Achtsamkeit auf den Gang In den Kontakt kommen Spas haben Namen repetieren	(Potreck-Rose & Jacob, 2021, S. 102f.) (Sparmann, 2018, S. 23)
19:25	Wie ist es mit der Aufgabe zuhause ergangen? Was habe ich in der Vergangenheit alles geleistet? Worauf bin ich richtig stolz? Was kann ich richtig gut? Was möchte ich aufgeben? Welche Angewohnheit ist mir nicht dienlich? Was nehme ich bewusst in die neue Lebensphase? Was macht mir besonders viel Freude und befriedigt mich? Was möchte ich noch erreichen? Wer bin ich? Wer will ich sein? Welcher meiner Wünsche ist der Wichtigste? Wie könnte dieser umgesetzt werden? Welche Hindernisse gibt es? Austausch zu zweit, dann im Plenum	Wertschätzung der Vergangenheit Selbsterkenntnis Ressourcen erkennen Umsetzung eines Wunsches planen, Verbindlichkeit einbauen	(Günther, 2021, S. 87ff.; Hofmann, 2022, S. 32ff., S. 75f., S. 90ff.; Zurbrügg et al. 2017, S. 62)
19:35	Fragen aus dem Workshop 1 beantworten	Überprüfung Erwartungen/Fragen	Zettel der TN aus WS 1
19:40	Schatzkiste gemeinsam füllen: «Positiv Aspekte im Alltag», «sich selbst etwas Gutes tun»	Selbstfürsorge	(Kanfer et al., 2012, S. 392) (Rytz, S. 183)

	Jemand sagt Idee, wer will schreibt es auf und legt es in seine Kiste. Auch Lebensweisheiten gelten! Erwinnere dich in Zukunft, wenn du erschöpft und innerlich bedürftig bist an diese Schatzkiste.	Ressourcenorientierung	
19:50	Fragebogen B ausfüllen	Datenerhebung, Evaluation	Fragebogen B
20:00	Pause	Austausch, lüften	Tee und Kaffee
20:10	Gruppendiskussion	Evaluation der Fragestellung	Interviewleitfaden Aufnahmegerät
21:25	Teebeutel verschenken: Auf Vorderseite Kompliment für eine andere Frau schreiben. Auf Rückseite: selbst ein Kompliment, Mantra, Spruch, Aufsteller darauf schreiben	Selbstwert erhöhen, Freude Wertschätzung Selbstfürsorge organisieren	Teebeutel in Geschenkpapier Herz-Stickers

Quellen:

Günther, Maja (2021). *Vergleiche dich nicht, sei du selbst: Eine Anleitung zur Selbstakzeptanz*. Knaur Balance.

Kanfer, Frederick & Reinecker, Hans (2012). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Springer Berlin Heidelberg.

Körner, Robert, Petersen, Lars-Eric & Schütz, Astrid (2021). Do expansive or contractive body postures affect feelings of self-worth? High power poses impact state self-esteem. *Current Psychology*, 40, 4112-4124.

Lamnek, Siegfried (1995). *Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken*. Beltz.

Lamnek, Siegfried (2005). *Gruppendiskussion: Theorie und Praxis*. Beltz.

Mäder, Susanne (2013). Die Gruppendiskussion als Evaluationsmethode–Entwicklungsgeschichte. *Zeitschrift für Evaluation*, 12(1), 23-51.

Potreck, Friederike & Jacob, Gitta (2021). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Klett-Cotta.

Rytz, Thea (2018). *Achtsam bei sich und in Kontakt. Emotionsregulation und Stressreduktion durch achtsame Wahrnehmung*. Hogrefe.

Sparmann, Julia (2018). *Lustvoll körperwärts – Körperorientierte Methoden für die Sexuelle Bildung für Frauen*. Psychosozial-Verlag.

Zurbrugg, Rahel, Burr, Christian, Briggeler, Peter & Moser, Elsy B. (2017). *Sexualität und psychische Gesundheit: ein Manual für die Einzel- und Gruppenarbeit mit Betroffenen und Fachpersonen*. Psychiatrie Verlag.

Anhang XIV: Leitfaden Gruppendiskussion

Einleitung:

Als erstes möchte ich mich bei euch für eure Teilnahme an den Workshops bedanken und euer Vertrauen, dass ihr mir und der Gruppe entgegenbringt. Ich habe euch als sehr engagiert, neugierig und reflektiert wahrgenommen, was mich in meiner Motivation für das Thema und die Arbeit positiv gestärkt hat.

Als Schlusspunkt möchte ich mit euch eine Gruppendiskussion führen. Wie ihr bereits wisst, wird diese Diskussion aufgezeichnet und im Anschluss von mir in anonymisierter Form transkribiert. Ich wiederhole an dieser Stelle, dass es euch freigestellt ist, ob ihr euch zu Wort meldet oder nicht und welchen Inhalt eure Äusserungen haben.

Um die von mir untersuchten Forschungsfragen in der vorgegebenen Zeit zu beantworten, werde ich die Diskussion moderieren. Bitte habt Verständnis, sollte ich jemanden einmal unterbrechen oder das Thema wechseln. Schaut auch, dass alle zu Wort kommen, die möchten. Es ist schön, wenn sich alle zu Wort melden, so dass das Ergebnis möglichst repräsentativ ist. Gegensätzliche Meinungen gehören dazu und gestalten die Diskussion interessant. Es geht in der Diskussion *nicht* darum, wer Recht hat oder besser überzeugen kann, sondern darum, ein tieferes Verständnis für Frauen in den Wechseljahren zu generieren. Demzufolge interessiert mich eure Sichtweise und Interpretation und nicht ein Streitgespräch. Es geht dabei nicht um ein Hin- und Her von Frage und Antwort. Das Ziel ist es vielmehr, dass ihr untereinander diskutiert, wie ihr das auch in der Pause oder nach dem Workshop miteinander tut, wenn ihr euch Erlebnisse erzählt.

Grundreiz:

Ihr seid alle in den Wechseljahren und habt zu diesem Thema in den letzten 6 Wochen am dreiteiligen Workshop «Die goldene Mitte» mitgemacht. Seid ihr nun der Meinung, dass die Wechseljahre die beste Zeit des Lebens ist?

Hinführungsfrage

Welche positiven Veränderungen hast du seit dem 1. Workshop bei dir festgestellt?
Oder welche Erkenntnisse hast du gewonnen?

Überleitungsfrage

Was hat diese Veränderung indiziert? Aus was ist dieses Erkenntnis entstanden?

Schlüsselfrage

Von wem oder was konntest du im Rahmen der Workshops am meisten profitieren?

Inwiefern hat sich deine Selbstakzeptanz verändert?

- Wie stellst du diese Veränderung fest?
- Was hat dazu beigetragen?

Inwiefern hat sich deine Einstellung den Wechseljahren gegenüber verändert?

- Wie zeigt sich diese Veränderung? Wie nimmst du diese wahr?
- Was hat dazu beigetragen?

Deckt der Workshop deine Bedürfnisse ab? Wenn nicht, was müsste zukünftig berücksichtigt werden?

Schlussfragen

Fühlst du dich durch den Workshop in deinem Wohlbefinden als Frau in den Wechseljahren gestärkt?

Fühlst du dich selbstbewusster im Umgang mit den Wechseljahren?

Welchen Rat hast du an Frauen in den Wechseljahren?

Abschluss

DANKE für die lebhafteste Diskussion. Das war sehr aufschlussreich und hilfreich.

Anhang XV: Transkriptionsregeln

Für die Transkription der Gruppendiskussion werden die Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2018) verwendet und durch Vorschläge von Dresing und Pehl (2018) ergänzt (Dresing & Pehl, 2018, S. 23ff.; Kuckartz, 2018, S. 167ff.).

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgetreu ins Hochdeutsche übersetzt. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, das heisst an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus «Sie hät no soes Buech erwähnt» → «Sie hat noch so ein Buch erwähnt.» Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie Fehler enthalten. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Grossschrift kenntlich gemacht. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäusserungen (mhm, aha, etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der Moderatorin oder einer Teilnehmerin nicht unterbrechen. Einwürfe einer anderen Person werden in Klammern gesetzt. Lautäusserungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert. Absätze der Moderatorin werden durch ein «M:» gekennzeichnet. Die Teilnehmerinnen werden in der Reihenfolge ihrer Wortmeldung von «A:» bis «J» benannt. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Ein Wechsel der Sprecherin wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, zum Beispiel (Handy klingelt). Nonverbale Aktivitäten und Äusserungen der Teilnehmerinnen wie auch der Moderatorin werden in Doppelklammern notiert, zum Beispiel ((klacht)), ((stöhnt)) und Ähnliches. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht.
14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
15. Wort- und Satzabbrüche werden mit – markiert: «Ich habe gewu- also ich habe es geahnt.» (Bohnsack, 2021, S. 255).

Anhang XVI: Transkription Gruppendiskussion

M: Moderatorin

A, B, C, D, E, F, G, H, I und J: Teilnehmerinnen in der Reihenfolge ihrer Wortmeldung

01	[REDACTED]
02	[REDACTED]
03	[REDACTED]
04	[REDACTED]
05	[REDACTED]
06	[REDACTED]
07	[REDACTED]
08	[REDACTED]
09	[REDACTED]
10	[REDACTED]
11	[REDACTED]
12	[REDACTED]
13	[REDACTED]
14	[REDACTED]
15	[REDACTED]
16	[REDACTED]
17	[REDACTED]
18	[REDACTED]
19	[REDACTED]
20	[REDACTED]
21	[REDACTED]
22	[REDACTED]
23	[REDACTED]
24	[REDACTED]
25	[REDACTED]
26	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]
■	[REDACTED]

[illegible]

97	
98	
99	
100	
101	
102	
103	
104	
105	
106	
107	
108	
109	
110	
111	
112	
113	
114	
115	
116	
117	
118	
119	
120	
121	
122	
123	
124	
125	
126	
127	
128	
129	
130	

233	
234	
235	
236	
237	
238	
239	
240	
241	
242	
243	
244	
245	
246	
247	
248	
249	
250	
251	
252	
253	
254	
255	
256	
258	
259	
260	
261	
262	
263	

	[REDACTED]
	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED] [REDACTED]
	[REDACTED] [REDACTED]
	[REDACTED]

Anhang XVII: Kodierleitfaden

Kategorie	Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Kategorie 1: Konzeption Bildungsprogramm				Alle Rückmeldungen, die das Bildungsprogramm betreffen.
	Unterkategorie 1.1.: Positive Rückmeldungen	Alle Beschreibungen, was am absolvierten Bildungsprogramm geschätzt wurde.	«Und das hat mich so <u>gut</u> gedünkt, auch so die psy- also die psychischen Sachen oder einfach was man sich Gutes tun kann, eben bewusst etwas geniessen oder sich- ja, einfach sich selbst etwas Gutes tun. Und dass das das Allgemeinwohlbefinden fördert...» H, Pos. 475-478 «Ja, das finde ich eigentlich schon auch mega wertvoll- immer- immer so das miteinander reden. Sich austauschen und Erfahrungen sammeln.» E, Pos.422-423 «Also ich habe die Übung dort – die Übung, als wir uns so hingelegt haben, in der ersten Runde, also wir haben dann in der zweiten auch so etwas gemacht – auch die, die wir nachhause genommen haben, mit nackt vor den Spiegel stehen und sich so ansehen.» B, Pos. 200-203 «Das mit den medizinischen- das war mega.» E, Pos. 389	Alle positiven Erwähnungen in Bezug auf Inhalt, Aufbau, Struktur oder Organisation des Bildungsprogramms.
	Unterkategorie 1.2.: Ergänzungen	Alle Beschreibungen, Ideen und Ergänzungen in Bezug auf das Bildungsprogramm.	«...dass das Angebot eigentlich allen Frauen zur Verfügung stehen sollte. Dass, das gehört für mich ins Thema Aufklärung. So wie eigentlich in der Schule, wo die Kinder auch aufgeklärt werden. Das gehört für mich eigentlich in das rein. Das würde allen Frauen guttun.» C, Pos. 71-74	Alle ergänzenden Vorschläge oder Ideen für ein zukünftiges Bildungsprogramm, in Bezug auf Inhalt, Aufbau, Struktur oder Organisation.

			«Ich glaube auch, dass es wichtig ist, dass es genug früh ist. (.) Idealerweise Frauen, weiss auch nicht, so (.) 35, 40 schon, sich schon mit dem Thema befassen.» A, Pos. 97-101 «Ja, vielleicht- also die Sexualität ist ja auch mega spannend. Und das braucht ja wie alleine- das braucht ja wie ein eigenes Gefäss.» C, Pos. 410-411 «Ein Handout.» E, Pos. 315 «Also eigentlich könntest du das ja wie die nächsten 10, 15 Jahre, könntest du das jetzt wie machen... es müsste dann ja auch nicht jede Woche sein, vielleicht ist es dann alle zwei, drei Monate, oder so.» E, Pos. 424-427 «Und natürlich mehr Module.» C, Pos. 406	
Kategorie 2: Selbstakzeptanz				Alle individuellen Beschreibungen bezüglich der Selbstakzeptanz.
	Unterkategorie 2.1.: Veränderung der Selbstakzeptanz gegenüber dem eigenen Körper	Alle Veränderungen, die bezüglich der Akzeptanz des eigenen Körpers wahr-genommen werden.	«Das erste Mal haben wir es ja einfach so gemacht mit der Vorstellung – und (.) ich habe wirklich – bis dorthin hätte ich jetzt gesagt, dass ich mega Mühe hätte, und irgendwie meinen Körper gar nicht – gar nicht so toll fände, den so genau anzugucken. (.) ... - (lacht) aber trotzdem habe ich das Gefühl, <u>ich</u> habe jetzt ein besseres <u>Körpergefühl</u>.» B, Pos. 203-215 «Oder <u>Achtung</u> ist es auch. Ich habe irgendwie gerade mehr <u>Achtung</u>.» J, Pos. 258-261	Alle Beschreibungen der Teilnehmerinnen, die sich auf die Wahrnehmung der veränderten Selbstakzeptanz des eigenen Körpers beziehen.

			«Und dass man das auch ein bisschen genießen sollte, dass der Körper sich verändert.» I, Pos. 488-489	
	Unterkategorie 2.2.: Veränderung der Selbstakzeptanz gegenüber der eigenen Person	Alle Veränderungen, die bezüglich der Akzeptanz der eigenen Person oder Lebenssituation wahrgenommen werden.	«Ja, ich finde ich bin achtsamer geworden. Mit selbst gegenüber. Durch die Übungen sicher auch, so ein bisschen beobachtender, aber auch weniger <u>wertend</u> .» C, 238-240 «Auch mehr Wohlwollen mir gegenüber. (..) Mehr Selbstakzeptanz, ja.» A, Pos. 257	Alle Beschreibungen der Teilnehmerinnen der veränderten Selbstakzeptanz in Bezug auf die eigene Person, die nicht in die Unterkategorie 2.1. fallen.
Kategorie 3: Einstellung gegenüber den Wechseljahren				Alle individuellen Beschreibungen betreffend der Einstellung gegenüber den Wechseljahren.
	Unterkategorie 3.1.: Veränderung der Einstellung gegenüber den Wechseljahren	Alle Veränderungen, die in Bezug auf die Einstellung gegenüber den Wechseljahren wahrgenommen werden.	«So, wie so, ja, es ist okay, ich bin offen, ich kann mit dem jetzt umgehen. So wie so irgendwie positiver, definitiv.» C, Pos. 44-45 «Also ich glaube ich empfinde es jetzt, nach dem Workshop, als etwas Besseres, irgendwie als vorher. Es ist für mich so (.) es hat alles so Gestalt angenommen und und ich ha- so, so, ich glaube so negative Konnotationen, die es gehabt hat, sind jetzt wie irgendwie ein bisschen weg.» B, Pos. 27-30 «Es macht es einfach so ein bisschen leichter und gelassener. Man kann dem einfach so ein bisschen lockerer entgegenblicken. Also ich merke es auch (.) so die Sorgen, ach, oh Gott, werde ich nun zu einer Hexe, bin ich eine Hexe,	

			also weisst du – so wie die Mythen, das ist so wie weg. Ich denke das ist wichtig.» E, Pos. 55-59	
	Unterkategorie 3.2.: Begründung für die veränderte Einstellung gegenüber den Wechseljahren	Alle erwähnten Gründe für die veränderte Einstellung gegenüber den Wechseljahren.	«Ich finde das Wissen, das Rundherumwissen, ich hatte sehr wenig Wissen, das macht das Thema jetzt ein bisschen leichter.» C, Pos. 42-44 «Dass man sich auch austauschen kann und merkt, dass man nicht alleine ist.» F, Pos. 65-66	
Kategorie 4: Weitere Einflüsse des Bildungsprogramms				Alle individuellen Beschreibungen der Teilnehmerinnen, welchen Einfluss das Bildungsprogramm auf sie ausübt.
	Unterkategorie 4.1.: Wahrnehmung der Veränderung	Alle wahrgenommenen Veränderungen, in Bezug auf das eigene Verhalten, das eigene Handeln, das eigene Fühlen und die eigene Wahrnehmung.	«Und vielleicht weil man schon aufmerksamer ist mit dem Körper, denke ich. Also so- ja, wenn ich irgendwo so etwas habe, was mich schmerzt, dann habe ich das gar nicht richtig beachtet.» B, Pos. 460-462 «Ich habe mit gar niemandem vorher darüber geredet über das ganze Thema. Aber seit ich alle darauf anspreche, sagen alle <u>genau</u> , <u>genau</u> .» D, Pos. 116-117 «Man kann nur über etwas sprechen, wenn man auch etwas darüber weiss. Sonst geht das einfach nicht. Also- ja, also nach deinem- nach dem ersten Workshop- deiner ersten Präsentation (.) habe ich gedacht, okay. Ich muss etwas machen (lacht). Und habe ich- ja, ich habe jetzt einfach mal das Buch gelesen, es gibt sicher noch	Alle Beschreibungen von Veränderungen, die die Teilnehmerinnen auf das Bildungsprogramm zurückführen und nicht der Kategorie 2 oder 3 entsprechen.

			andere Sachen, aber das hat mir jetzt schon wirklich wahnsinnig- wahnsinnig geholten (lächelt). (..) Ja, und es macht automatisch etwas-also es hat automatisch etwas Auswirkungen, finde ich.» D, Pos. 446-453	
	Unterkategorie 4.2.: Auswirkung der Veränderung	Alle von den Teilnehmer-innen geäusserten Deutungen, Erkenntnisse, Erklärungen und Interpretationen, wie sich die unter 4.1 beschriebenen Veränderungen auf sie auswirkten.	«Aber ich könnte meinem Frauenarzt jetzt konkrete Fragen stellen. Was ich auch tun werde.» D, Pos. 48-49 «Es gibt einem Sicherheit. Wenn man Anhaltspunkte hat, was man tun kann.» H, Pos. 70 «Ich finde das sehr beruhigend zu wissen. Wenn ich will, dann kann ich handeln.» G, Pos. 193-194 «...so ich glaube die Übungen – ja, führen mich auch so zu einer besseren Zufriedenheit mit sich selbst. (.) Und das hilft natürlich gerade auch so in Momenten, wo es einem vielleicht nicht gerade so gut geht. (.) So gerade in Phasen, über die dann hinwegzukommen und, ja gut, es kommen auch wieder die Tage, an denen ich mich lieber anschau. Das ist ja auch ein Wissen. So die Sicherheit (.) zu haben. (..) Das ist vielleicht eher so auf der psychisch mentalen Ebene.» E, Pos. 226-232	Alle individuellen Beschreibungen von Wirkungen, die sich auf die positiven Veränderungen zurückführen lassen, die nicht der Kategorie 2 oder 3 entsprechen.
Kategorie 5: Wechseljahre im Kontext der Gesellschaft		Alle Äusserungen der Teilnehmerinnen zu den Wechseljahren im gesellschaftlichen Kontext.	«Ich habe nicht das Gefühl, dass es ein Tabuthema ist, aber vielleicht doch etwas, was man nicht einfach so bei einem Drink noch schnell miteinander bespricht, ich weiss es nicht.» D, Pos. 128-130 «Also ich merke auch, dass, wenn du fragst, warum das so ist, dass ich das Gefühl habe, dass	Alle individuellen Meinungen und Sichtweisen, die die Wechseljahre und die gesellschaftliche Meinung dazu betreffen.

			es auch so etwas ist, das wie auch zu Ende geht. Ich glaube, dass viele Menschen Mühe haben, dass das Leben vielleicht auch irgendwann – es geht eher Richtung (.) Ende...» I, Pos. 155-158 «wir haben immer voneinander – also wir Frauen explizit, haben immer voneinander das Gefühl, wir müssen funktionieren, wir müssen gut sein, wir müssen liefern, und leisten... und dort irgendwie die Schwäche zu zeigen, ich denke, das ist so die Lücke in unserem System...» E, Pos. 143-147	
--	--	--	---	--

Anhang XVIII: Ergebnisübersicht Selbstakzeptanz

Ergebnisübersicht zur Selbstakzeptanz

TN	Frage 1		Frage 2		Frage 3		Frage 4		Selbsteinschätzung der Selbstakzeptanz Selbstakzeptanz hat sich positiv verändert
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach	
BB29	4	4	5	5	5	5	6	5	Stimmt eher
DH15	4	4	4	5	4	4	4	6	Stimmt absolut
EB14	4	4	4	4	3	3	4	4	Stimmt absolut
MF09	4	4	4	4	3	5	4	5	Stimmt eher
ME22	4	4	4	4	3	5	4	4	Stimmt eher
MH16	4	4	4	5	5	6	5	6	Stimmt eher
DS09	4	4	4	4	5	4	5	4	Stimmt eher
RK07	4	4	4	4	4	5	5	5	Stimmt eher
RM11	4	4	4	5	3	6	4	6	Stimmt absolut
MR08	3	3	3	3	3	3	4	4	Stimmt eher
UT15	4	4	5	5	6	6	6	5	Stimmt eher

TN = Code der Teilnehmerin

Der Wert 1 entspricht einer tiefen Selbstakzeptanz

Der Wert 5, bzw. 6 entspricht einer hoher Selbstakzeptanz

Frage 1 und 2: 5teilige Skala, Frage 3 und 4: 6teilige Skala

Positive Veränderung	Keine Veränderung	Negative Veränderung
----------------------	-------------------	----------------------

Selbsteinschätzung zur Selbstakzeptanz

Frage 12, Fragebogen B

		Stimmt absolut	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt gar nicht	Ich weiss nicht
12	Meine Selbstakzeptanz hat sich durch den Workshop zum Positiven entwickelt.	3	8			

Die Zahl bezieht sich auf die Anzahl Teilnehmerinnen mit der entsprechenden Antwort

Anhang XIX: Ergebnisübersicht Einstellung gegenüber den Wechseljahren

Ergebnisübersicht zur Einstellung gegenüber den Wechseljahren

TN	Frage 5		Frage 6		Frage 7		Frage 8		Selbsteinschätzung der Einstellung
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach	Einstellung hat sich positiv verändert
BB29	5	4	6	7	6	6	4	5	Stimmt absolut
DH15	5	6	3	5	2	5	2	3	Stimmt absolut
EB14	2	2	4	4	3	4	2	5	Stimmt eher
MF09	5	6	3	4	3	4	2	4	Stimmt eher
ME22	5	5	3	5	3	4	4	4	Stimmt absolut
MH16	6	6	6	6	6	6	2	6	Stimmt absolut
DS09	7	7	7	6	5	7	4	6	Stimmt eher
RK07	7	6	4	5	3	3	1	4	Stimmt absolut
RM11	4	5	5	7	5	7	1	3	Stimmt absolut
MR08	6	5	5	4	5	4	6	3	Stimmt eher
UT15	5	6	5	5	5	6	4	5	Stimmt eher nicht

TN = Code der Teilnehmerin

Der Wert 1 entspricht einer negativen Einstellung gegenüber den Wechseljahren

Der Wert 7 entspricht einer positiven Einstellung gegenüber den Wechseljahren

Die Fragen 6 bis 8 beziehen sich auf eine 7teilige Skala

Positive Veränderung	Keine Veränderung	Negative Veränderung
----------------------	-------------------	----------------------

Selbsteinschätzung zur Einstellung gegenüber den Wechseljahren

Frage 11, Fragebogen B

		Stimmt absolut	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt gar nicht	Ich weiss nicht
11	Meine Einstellung gegenüber den Wechseljahren hat sich durch den Workshop verbessert.	6	4	1		

Die Zahl bezieht sich auf die Anzahl Teilnehmerinnen mit der entsprechenden Antwort

Selbständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit

«Die goldene Mitte» -

ein Workshop zu den Wechseljahren

Der Einfluss gezielter sexueller Bildung auf die Selbstakzeptanz
von Frauen in der Perimenopause und ihre Einstellung dazu

selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe. Sämtliche Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus veröffentlichten oder noch nicht veröffentlichten Quellen entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Die Eigenständigkeit der Arbeit erstreckt sich über alle Phasen der Erstellung, von der Konzeption über die Durchführung bis hin zur Dokumentation. Diese Erklärung gilt als verbindliche Zusicherung meinerseits über die Authentizität und Selbstständigkeit meiner wissenschaftlichen Leistung.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende schriftliche Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Name, Vorname Nänni, Monika



Ort, Datum _____

Unterschrift _____