Ocena zysków i strat związanych z menopauzą a intensywność objawów menopauzalnych. Analiza w oparciu o teorię zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla

The evaluation of gains and losses related to menopause and the intensity of menopausal symptoms. An analysis within the framework of conservation of resources theory by Stevan E. Hobfoll

Eleonora Bielawska-Batorowicz, Marzena Mikołajczyk

Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki; dyrektor Instytutu: dr hab. Eleonora Bielawska-Batorowicz, prof. nadzw. UŁ

Przegląd Menopauzalny 2009; 1: 53–60

Streszczenie

Cel pracy: Celem badań przeprowadzonych z wykorzystaniem teorii zachowania zasobów (*conservation of resources* – COR) było:
- ustalenie, jakie zasoby są tracone, a jakie pozyskiwane w okresie okołomenopauzalnym,
- wykazanie związku pomiędzy oceną zysków i strat a intensywnością objawów menopauzalnych oraz związku pomiędzy postawą wobec menopauzy a oceną zysków i strat, jakich doświadczały kobiety w okresie okołomenopauzalnym.

Materiał i metody: W badaniach uczestniczyło 91 kobiet w wieku 47–55 lat, z których 43 stosowały terapię hormonalną (*hormone therapy* – HT). Wśród kobiet, które nie przyjmowały HT (n = 48), 35 miesiączkowało nieregularnie rok przed badaniem, u 13 od ostatniego krwawienia miesiączkowego upłynęło co najmniej 12 mies. Narzędzia badawcze to polskie wersje kwestionariusza *Menopause Representation Questionnaire* (MRQ) oraz *Kwestionariusza oceny zasobów*.

Wyniki: Uczestniczki badań wskazały na różne straty i zyski w ostatnim roku – kobiety stosujące HT częściej na zyski i straty dotyczące zasobów związanych z sytuacją osobistą, kobiety, którym nie podawano HT, na zyski dotyczące sytuacji rodzinnej i na straty dotyczące stanu zdrowia. Stwierdzono istotne korelacje pomiędzy niską oceną zysków i wysoką oceną strat a dużą intensywnością objawów, a także korelacje pomiędzy przekonaniami o menopauzie a oceną zysków i strat. Z wysoką oceną zysków i niską oceną strat współwystępowały przekonania o krótkotrwałości uciążliwych zmian menopauzalnych i możliwości kontroli nad okresem menopauzalnym.

Wnioski: Badania pokazały zasadność stosowania teorii COR S. Hobfolla do analizowania okresu okołomenopauzalnego.

Słowa kluczowe: menopauza, objawy menopauzalne, teoria zachowania zasobów, teoria COR

Summary

Objective: The study used the assumptions of the conservation of resources (COR) theory by S. Hobfoll to:
- find out what kinds of resources were gained or lost during menopausal transition,
- to examine the relationship between the evaluation of gains and losses and the intensity of menopausal symptoms as well as the relationship between attitudes towards menopause and the evaluation of gains and losses.

Material and methods: Ninety-one women aged 47-55 yrs participated in the study and 43 of them were on hormonal therapy (HT). The Menopausal Representation Questionnaire and Evaluation of Resources questionnaire were administered.

Results: Women on HT and those without HT named different gains and losses during the preceding year. Women on HT more often listed gains and losses related to personal life and individual characteristics, while those without HT listed gains related to family situation and losses related to health. High evaluation of losses and low evaluation of gains were correlated with the intensity of menopausal symptoms irrespective of HT. Attitudes towards menopause were also linked to evaluation of gains and losses. High evaluation of gains and

Adres do korespondencji:
dr hab. **Eleonora Bielawska-Batorowicz**, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź, e-mail: ebator@uni.lodz.pl

low evaluation of losses were correlated with the beliefs that symptoms related to menopause were limited to a short period of time and that women could have control over the menopausal transition.

Conclusions: The results indicate the applicability of COR theory for analyses of women's experiences during the menopausal transition.

Key words: menopause, menopausal symptoms, conservation of resources theory, COR theory

Wstęp

Analizy okresu okołomenopauzalnego uwzględniają – poza medycznymi – również aspekty kulturowe i psychologiczne [1–4]. Jednym z wątków obecnych w psychologicznych badaniach menopauzy są uwarunkowania intensywności objawów, innych niż zmiany hormonalne, występujących w okresie okołomenopauzalnym. W badaniach tych wyróżnić można dwie wyraźne grupy – w pierwszej uwzględniana jest osobowość kobiet, a względnie stałe cechy mają wyjaśniać zróżnicowanie w zakresie objawów [5–9], w drugiej intensywność objawów jest łączona z aktualną sytuacją życiową kobiet i doświadczanym przez nie stresem [10–13]. Odwoływanie się do stresu i stresorów jako czynników warunkujących stan zdrowia jest wyraźnie akcentowane we współczesnej psychologii [14–16], a skuteczne radzenie sobie ze stresem jest traktowane jako jeden z wyznaczników zdrowia [15]. W badaniach menopauzy wykazano wyraźne związki pomiędzy obecnością stresujących wydarzeń, natężeniem odczuwanego stresu a intensywnością objawów towarzyszących zmianom hormonalnym, w tym obniżonego nastroju [10, 17, 18].

We współczesnej psychologii stres wiązany jest zwykle z brakiem równowagi pomiędzy wymaganiami otoczenia a zasobami czy możliwościami jednostki [19]. Popularne są dwie koncepcje stresu – poznawczo-transakcyjny paradygmat stresu i radzenia sobie R. Lazarusa oraz teoria zachowania zasobów S. Hobfolla [19]. Druga z wymienionych koncepcji wydaje się szczególnie interesującą podstawą do analizowania skutków naturalnych zjawisk i zmian rozwojowych, gdyż odwołuje się do szeroko rozumianego społecznego i historycznego kontekstu stresu, definiując go przy tym jako *stan, w którym cenione cele zostają zagrożone bądź utracone, lub w którym człowiek nie jest w stanie stworzyć warunków umożliwiających osiągnięcie lub utrzymanie tych celów* [20, s. 44]. Biorąc pod uwagę znaczenie przypisywane menopauzie i związek zdolności prokreacyjnych z uwarunkowanymi kulturowo i społecznie modelami roli kobiety [1, 2, 21, 22], można przyjąć, że wchodzenie w okres okołomenopauzalny wiąże się z ryzykiem utraty lub zagrożenia cenionych celów/wartości związanych z rolą kobiety.

Zgodnie z założeniami teorii zachowania zasobów (*conservation of resources* – COR) stres związany jest z ryzykiem utraty posiadanych przez jednostkę zasobów, faktyczną ich utratą lub mniejszym niż oczekiwany zyskiem w wyniku zainwestowania własnych zasobów [20]. W teorii COR zasoby to *rzeczy cenione przez ludzi* [20, s. 70], wśród których można wyróżnić zasoby pierwotne niezbędne do przetrwania (np. pożywienie, ale też umiejętności zawodowe), zasoby wtórne umożliwiające zdobycie zasobów pierwotnych (w tym np. wsparcie społeczne i więzi rodzinne) oraz zasoby trzeciego rzędu symbolicznie związane z poprzednimi, a więc oznaki prestiżu społecznego czy kontakty społeczne. Inny podział zasobów w teorii COR to klasyfikacja strukturalna, która uwzględnia cztery kategorie. Pierwszą stanowią zasoby materialne bezpośrednio warunkujące przetrwanie lub kojarzone ze statusem społecznym czy samooceną. Drugą kategorią są zasoby osobiste, a więc umiejętności i cechy osobowości, trzecią zaś zasoby stanu ułatwiające dostęp do innych zasobów, a więc np. zdrowie, zatrudnienie, małżeństwo. Czwartą kategorią są zasoby energii (np. pieniądze czy wiedza), które można wymienić na zasoby należące do pozostałych rodzajów. W teorii COR przyjęto kilka ważnych założeń. Pierwsze z nich odnosi się do straty zasobów, która jest zawsze bardziej wyraźna niż ich pozyskanie, czym przyczynia się do wystąpienia stresu. Inne założenie odnosi się do konieczności ciągłego inwestowania zasobów, by zapobiec ich utracie, zrekompensować straty lub pozyskać nowe. Jeszcze inne założenia łączą poziom posiadanych zasobów z ryzykiem ich utraty i wystąpieniem stresu. Niedostatek zasobów zwiększa nie tylko ryzyko ich utraty, ale także ogranicza możliwości ich odzyskania czy rozbudowania. Naraża to jednostkę na pojawienie się licznych negatywnych konsekwencji, np. w postaci dalszych strat czy ograniczania możliwości inwestowania swoich zasobów, a także zwiększa poziom stresu.

Okres okołomenopauzalny przynosi ze sobą zmiany hormonalne łączące się z wystąpieniem dolegliwości i objawów, które można traktować jako sygnał pogarszającego się stanu zdrowia. Byłoby to więc tracenie jednego z zasobów jednostki – zasobu stanu. Okres okołomenopauzalny to również czas innych możliwych zmian w położeniu życiowym kobiety – sytuacji rodzinnej czy zawodowej – które mogą być odbierane jako straty. Jeśli kobieta jednocześnie nie dysponuje bogatymi zasobami (w rozumieniu teorii COR) lub nie pozyskuje nowych zasobów, to zmiany związane z okresem okołomenopauzalnym mogą być interpretowane jako straty i przyczyniać się do występowania stresu. Stres zaś może wtórnie zintensyfikować natężenie odczuwanych objawów i dolegliwości menopauzalnych. Z drugiej strony, okres okołomenopauzalny to także faza życia bogata w nowe doświadczenia, np. sukcesy zawodowe czy nowe role

społeczne, co przyczynia się do pozyskiwania nowych zasobów. Korzystając z założeń teorii COR, można zatem wysunąć hipotezę, że zyski i straty doświadczane przez kobiety oddziałują na poziom stresu, a zatem łączą się z intensywnością objawów menopauzalnych. Jednym z zasobów, który może przyczyniać się do trafnej oceny zysków i strat, jest postawa wobec menopauzy. Sprzyja ona właściwemu zrozumieniu natury zmian menopauzalnych i reakcji na nie, a w konsekwencji lepszemu wykorzystywaniu zasobów w radzeniu sobie w okresie menopauzy. Można zatem wysunąć kolejną hipotezę, zgodnie z którą pozytywna postawa wobec menopauzy (zasób osobisty) wyznacza ocenę zysków i strat.

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań było:

- ustalenie, jakie zasoby są tracone, a jakie pozyskiwane w okresie okołomenopauzalnym,
- zweryfikowanie przedstawionych wyżej hipotez sformułowanych na podstawie teorii COR, a więc wykazanie związku pomiędzy oceną zysków i strat a intensywnością objawów menopauzalnych oraz związku pomiędzy postawą wobec menopauzy a oceną zysków i strat, jakich doświadczały kobiety w okresie okołomenopauzalnym.

Według wiedzy autorek prezentowane w artykule badania są pierwszą próbą wykorzystania teorii COR do analizy zmian związanych z menopauzą.

Materiał i metody

W badaniach uczestniczyło 91 kobiet – pacjentek poradni K i poradni leczenia menopauzy – w wieku 47–55 lat, z których 43 stosowały terapię hormonalną (*hormonal therapy* – HT). Wśród kobiet, które nie przyjmowały HT (n = 48), u 35 miesiączki na rok przed badaniem występowały z dużą nieregularnością, a u pozostałych 13 badanych od ostatniego krwawienia miesiączkowego upłynęło co najmniej 12 mies. Charakterystykę demograficzną badanej grupy przedstawiono w tabeli I. Kobiety przyjmujące HT i niestosujące jej nie różniły się pod względem wieku, poziomu wykształcenia, sytuacji materialnej i rodzinnej. Badane przyjmujące HT częściej mieszkały natomiast w dużych i bardzo dużych miastach.

Zastosowane narzędzia badawcze to: polska wersja kwestionariusza *Menopause Representation Questionnaire* (MRQ) Hunter i O'Dea [23] w adaptacji Bielawskiej-Batorowicz oraz polska wersja *Kwestionariusza oceny zasobów* [24]. Kwestionariusz MRQ składa się z dwóch części. Pierwsza z nich zawiera 20 objawów menopauzalnych, których natężenie określane jest w 3-punktowej skali. Wyższy wynik oznacza przy tym silniejsze natężenie odczuwanych objawów. Druga część składa się z 17 twierdzeń pozwalających respondentce na określenie opinii i przekonań dotyczących menopauzy, które podzielono na kilka kategorii (podskal). Są nimi: negatywne następstwa menopauzy, ulga z powodu ustania miesiączkowania, nowa faza w życiu, krótki czas trwania zmian menopauzalnych, długi czas trwania tych zmian,

Tab. I. Charakterystyka badanej grupy

	Kobiety leczone HT (n=43)	Kobiety nieprzyjmujące HT (n=48)	p
średni wiek (SD)	50,88 (2,16)	50,75 (2,23)	n.i.
wykształcenie			
średnie	25 (58,1%)	34 (68,8%)	n.i.
wyższe	18 (41,9%)	15 (31,3%)	
miejsce zamieszkania			
miasto powyżej 100 tys.	20 (46,5%)	7 (14,6%)	0,004
miasto poniżej 100 tys.	18 (41,9%)	32 (66,7%)	
wieś	5 (11,6%)	9 (18,7%)	
praca			
bezrobotna	6 (14,0%)	7 (14,6%)	n.i.
zatrudniona	37 (86,0%)	41 (85,4%)	
ocena sytuacji materialnej			
zła	0	3 (6,2%)	n.i.
średnia	29 (67,4%)	30 (62,5%)	
dobra i bardzo dobra	14 (32,5%)	15 (31,3%)	
posiadanie partnera			
tak	33 (76,7%)	36 (75,0%)	n.i.
nie	10 (23,3%)	12 (25,0%)	
posiadanie dzieci			
tak	34 (79,1%)	39 (87,5%)	n.i.
nie	9 (20,9%)	9 (12,5%)	

kontrola nad menopauzą. Każde z twierdzeń oceniane jest na skali od 1 – *zdecydowanie nie zgadzam się,* do 5 – *zdecydowanie zgadzam się*, a wyższy wynik wskazuje na silniejsze podzielanie przekonań uwzględnionych w danej podskali. Kwestionariusz ten wykorzystywano już w polskich badaniach menopauzy [18]. *Kwestionariusz oceny zasobów* [24] jest adaptacją kwestionariusza opracowanego przez twórcę teorii COR. Polską wersję utworzono, odtwarzając oryginalną procedurę budowania kwestionariusza. Zawiera ona 91 zasobów (oryginalna 74). Badani oceniają ważność poszczególnych zasobów na 5-stopniowej skali (w oryginale 7-punktowa skala), a następnie określają, które z zasobów utracili, a które zyskali w ciągu ostatniego roku. Wielkość strat (zysków) oblicza się, mnożąc ważność danego zasobu przez ocenę jego straty (zysku), a następnie sumując uzyskane w ten sposób wartości wszystkich 91 zasobów. Tak obliczone wartości nazywane są w dalszej części artykułu globalnymi wskaźnikami zysków i strat.

W analizach statystycznych wykorzystano analizę korelacji (współczynnik r-Pearsona), parametryczny test istotności t-Studenta oraz test niezależności Chi^2. Analizy przeprowadzono za pomocą programu SPSS 12.0 PL for Windows, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Zyski i straty związane z menopauzą

Uczestniczki badań wskazały na różne straty, jakich doświadczyły, i zyski, jakie uzyskały w ostatnim roku. W tabeli II przedstawiono najważniejsze i najmniej ważne zyski, a w tabeli III najważniejsze i najmniej ważne straty. W obu tabelach uwzględniono odrębnie opinie

Tab. II. Ocena zysków w zakresie zasobów – opinie kobiet stosujących i niestosujących HT

Kobiety leczone HT	Kobiety nieprzyjmujące HT
największy zysk	
życie zgodnie z własnymi zasadami	*mądrość życiowa*
poczucie rozwoju osobistego	satysfakcja z własnych dzieci
osiąganie celów w życiu osobistym	bycie tolerancyjnym
zaradność życiowa	miłość z wzajemnością
panowanie nad sytuacją	poczucie wsparcia ze strony przyjaciół
możliwość sterowania własnym życiem	*oparcie w rodzinie*
mądrość życiowa	bycie kochanym przez swoje dzieci
poczucie sensu życia	dobre relacje ze swoimi dziećmi
oparcie w rodzinie	*zaradność życiowa*
realizacja własnych planów	*osiąganie celów w życiu osobistym*
najmniejszy zysk	
poczucie życia w kraju stabilnym ekonomicznie	sprawność umysłowa
bycie autorytetem dla innych	*szansa awansu w pracy*
przekonanie o swojej atrakcyjności i urodzie	akceptacja własnego wyglądu
zaufanie do rządzących	wystarczająca ilość snu
możliwość oddzielenia pracy od życia prywatnego	zdrowie własne
kierownicze stanowisko	posiadanie władzy
poczucie życia w kraju stabilnym politycznie	*zaufanie do rządzących*
szansa awansu w pracy	*przekonanie o własnej atrakcyjności i urodzie*
atrakcyjne spędzanie czasu wolnego	*poczucie życia w kraju stabilnym ekonomicznie*
posiadanie wiedzy	*poczucie życia w kraju stabilnym politycznie*

Kursywą oznaczono zasoby wymienione przez obie grupy kobiet

Tab. III. Ocena strat w zakresie zasobów – opinie kobiet stosujących HT i niestosujących HT

Kobiety leczone HT	Kobiety nieprzyjmujące HT
największa strata	
ufność w stosunku do ludzi	przekonanie o własnej atrakcyjności i urodzie
możliwość oddzielenia pracy od życia prywatnego	akceptacja własnego wyglądu
atrakcyjne spędzanie czasu wolnego	nadzieja
pieniądze na niespodziewane wydatki	zdrowie własne
posiadanie zaufania innych osób	*pewność zatrudnienia*
pewność zatrudnienia	poczucie sukcesu
szansa awansu w pracy	posiadanie energii życiowej
posiadanie władzy	poczucie sensu życia
wystarczająca ilość snu	swobodny dostęp do świadczeń medycznych
pieniądze na przyjemności	sprawność fizyczna
najmniejsza strata	
sprawność fizyczna	bycie tolerancyjnym
dobre relacje z sąsiadami	szczęście własnych dzieci
obsługa komputera	bycie autorytetem dla innych
własny samochód	*własny samochód*
dobre relacje z przyjaciółmi	*dom odpowiadający potrzebom*
dom odpowiadający potrzebom	dom w zadbanym miejscu
życie zgodnie z własnymi zasadami	możliwość uczenia się nowych rzeczy
zdrowie własne	wykształcenie
sprawność umysłowa	*obsługa komputera*
satysfakcja z własnych dzieci	*satysfakcja z własnych dzieci*

Kursywą oznaczono zasoby wymienione przez obie grupy kobiet

kobiet, które stosowały HT lub jej nie stosowały. Niektóre z wymienionych zysków i strat są takie same w obu badanych grupach, np. *mądrość życiowa* czy *oparcie w rodzinie* wymieniane wśród największych zysków, czy *pewność zatrudnienia* wymieniana wśród największych strat. Wybór dokonany przez obie grupy kobiet wskazuje jednak interesujące różnice. Kobiety stosujące HT wśród największych zysków wymieniają głównie zmiany związane z sytuacją osobistą, np. *życie zgodnie z własnymi zasadami* czy *poczucie rozwoju osobistego*. Spośród 10 najważniejszych pozyskanych zasobów aż 9 dotyczy sytuacji osobistej. Kobiety, które nie stosowały HT, częściej odnosiły się do swoich relacji z innymi ludźmi – rodziną i przyjaciółmi. Spośród 10 najważniejszych pozyskanych zasobów 6 dotyczy tej kategorii, np. *satysfakcja z własnych dzieci, poczucie wsparcia ze strony przyjaciół.* Obie badane grupy wśród zasobów, w zakresie których zysk był najmniejszy, wymieniały przed wszystkim te odnoszące się do sytuacji osobistej, w tym *przekonanie o własnej atrakcyjności i urodzie*, ale tylko kobiety niestosujące HT uwzględniły stan własnego zdrowia. Porównanie strat ujawnia wyraźną różnicę w zakresie oceny sprawności fizycznej i stanu zdrowia. Badane, które nie stosowały HT, umieściły te dwa zasoby wśród największych strat, a stosujące HT wśród najmniejszych doznanych strat. Jak wskazują dane w tabeli III kobiety niestosujące HT wśród największych strat wymieniały również inne związane ze stanem psychofizycznym, np. *posiadanie energii życiowej, akceptację własnego wyglądu* czy *przekonanie o własnej atrakcyjności i urodzie.*

Obliczono globalne wskaźniki zysków i strat. Średnie wartości dla zysków wynosiły w grupie z HT i bez HT odpowiednio 579,14 (SD = 226,29) oraz 533,54

Tab. IV. Zyski i straty a intensywność objawów menopauzalnych – wartości współczynników korelacji r-Pearsona

	Kobiety leczone HT	Kobiety nieprzyjmujące HT
ocena zysków	–0,515*	–0,800*
ocena strat	0,559*	0,760*

** p < 0,01*

(SD = 234,16), a średnie wartości dla strat w grupie z HT i bez HT odpowiednio 527,02 (SD = 213,59) oraz 621,46 (SD = 234,21). O ile obie grupy kobiet oceniały podobnie zyski w zakresie zasobów, o tyle ocena strat była istotnie różna – kobiety, które nie stosowały HT, uznawały, że poniosły więcej strat (p = 0,047).

Zyski i straty a intensywność objawów menopauzalnych

Wyniki kwestionariusza MRQ wskazały na istotne zróżnicowanie (p = 0,0003) intensywności objawów menopauzalnych. Średnie wyniki ogólne dla intensywności objawów wynosiły 9,42 (SD = 4,31) dla kobiet stosujących HT i 19,71 (SD = 9,78) dla niestosujących HT. Wartości współczynników korelacji r-Pearsona dla intensywności objawów oraz oceny zysków i strat dokonanych przez obie grupy kobiet przedstawiono w tabeli IV. W obliczeniach posłużono się wynikiem ogólnym dla intensywności objawów oraz globalnymi wskaźnikami zysków i strat. Wartości współczynników są istotne statystycznie i zgodne z wysuniętą hipotezą. Tak więc im wyższa jest subiektywna ocena strat ponoszonych w okresie okołomenopauzalnym, tym intensywniejsze są objawy, jakich doświadcza kobieta. Subiektywne przekonanie o większych zyskach sprzyja natomiast mniej nasilonym objawom. Zależności te występują niezależnie od stosowania terapii hormonalnej.

Zyski i straty a opinie i przekonania dotyczące menopauzy

Wyniki analizy związków opinii i przekonań o menopauzie (wyniki w podskalach kwestionariusza MRQ) z oceną zysków i strat (wskaźniki globalne) przedstawiono w tabeli V. Obliczone dla obu grup badanych kobiet współczynniki korelacji wskazują na kierunek zależności zgodny z postawioną hipotezą, choć tylko niektóre ze współczynników osiągnęły wartość istotną statystycznie. Kobiety stosujące HT wyżej oceniają zyski w zakresie zasobów, jeśli nie podzielają przekonania o negatywnych następstwach menopauzy, a odczuwają ulgę w związku z ustaniem miesiączkowania, traktują menopauzę jako nową fazę życia, są zdania, że zmiany okołomenopauzalne, nad którymi mają kontrolę, będą trwać krótko. Silne przekonanie o krótkotrwałości zmian okołomenopauzalnych oraz o wchodzeniu w nową fazę życia sprzyja niższej ocenie ponoszonych strat. W przypadku kobiet, które nie stosowały terapii hormonalnej, istotne zależności dotyczyły oceny zysków i opinii o czasie trwania zmian oraz kontroli nad nimi. Wysoka ocena zysków współwystępowała zatem z przekonaniem, że zmiany okołomenopauzalne będą trwały krótko, a kobieta ma nad nimi kontrolę i możliwości dobrego radzenia sobie z nimi. Niższej ocenie ponoszonych strat sprzyjały w tej grupie kobiet przekonania o nowej fazie życia oraz kontroli nad zmianami związanymi z menopauzą.

Omówienie wyników

Globalne wskaźniki dla zysków i strat pozwalają stwierdzić, że bez względu na stosowanie terapii hormonalnej badane kobiety podobnie oceniają zyski w zakresie zasobów, jakie osiągnęły w okresie okołomenopauzalnym. Zdecydowanie inaczej oceniały natomiast poniesione straty, które były przedstawiane jako istotnie większe przez kobiety bez leczenia hormonalnego. Na podstawie analizy jakościowej rodzaju zasobów można ponadto wskazać odmienne tendencje w obu bada-

Tab. V. Opinie i przekonania dotyczące menopauzy a ocena zysków i strat – wartości współczynników korelacji r-Pearsona

	Ocena zysków		Ocena strat	
	kobiety leczone HT	kobiety nieprzyjmujące HT	kobiety leczone HT	kobiety nieprzyjmujące HT
negatywne następstwa menopauzy	–0,333*	–0,225	–0,313	0,156
ulga z powodu ustania miesiączkowania	0,349*	0,179	–0,289	–0,223
nowa faza w życiu	0,420**	0,258	–0,376*	–0,293*
krótki czas trwania zmian menopauzalnych	0,499**	0,410**	–0,483**	–0,276
długi czas trwania zmian menopauzalnych	–0,279	–0,334*	0,272	0,218
posiadanie kontroli nad menopauzą	0,358*	0,296*	–0,287	–0,328*

** p < 0,05, ** p < 0,01*

nych grupach. Kobiety leczone hormonalnie odwoływały się do zysków (zarówno największych, jak i najmniejszych) głównie w zakresie zasobów związanych z sytuacją osobistą i osobistymi właściwościami. Kobiety, które nie stosowały terapii hormonalnej, odwoływały się zaś do zysków w zakresie zasobów związanych z relacjami z rodziną. Obie grupy kobiet wskazywały także na inne straty – w zakresie zasobów związanych z sytuacją osobistą straty częściej wymieniane były przez kobiety stosujące terapię hormonalną, a straty w zakresie stanu zdrowia częściej przez kobiety, które nie były leczone hormonalnie. Uzyskane rezultaty wskazują również na silny związek oceny zysków i strat z intensywnością objawów menopauzalnych. W obu badanych grupach kobiet intensywne objawy menopauzalne współwystępowały z wysoką oceną strat i niską oceną zysków. Zgodnie z założeniami teorii COR [20] wysokie straty i niskie zyski zwiększają poziom stresu. Wysoki poziom stresu może zaś, jak wykazywały wcześniejsze badania [10, 17, 18, 25], sprzyjać wzrastaniu intensywności objawów menopauzalnych. Potwierdziły to również badania prezentowane w niniejszym artykule.

Zróżnicowanie oceny strat i zysków jest zgodne z założeniami teorii COR, która postuluje, że straty są zawsze bardziej wyraziste od zysku [20]. W przypadku kobiet, które nie były leczone hormonalnie, wyższe natężenie objawów podkreślało wyraźne zmiany w stanie zdrowia. Pociągało to za sobą niższą ocenę innych zasobów związanych ze stanem psychofizycznym (np. sprawności fizycznej, energii życiowej, a także nadziei) i zwracanie uwagi na możliwe pogorszenie się sytuacji życiowej. Stan zdrowia jest ważnym zasobem osobistym, który umożliwia pozyskiwanie innych zasobów, dlatego jego pogorszenie się może być interpretowane jako wyraźna strata. Niekorzystne zmiany w stanie zdrowia mogą również dać początek spirali strat. Straty mogą także rzutować na ocenę zasobów. Zgodnie z założeniami teorii COR, straty zasobów lub ograniczony dostęp do nich sprzyjają postawie defensywnej i ochronie tych zasobów, które są nadal dostępne. Wydaje się więc prawdopodobne, że spostrzegane straty związane ze stanem zdrowia powodują tendencję do zachowywania innych zasobów i działań mających na celu ich utrzymanie. Dlatego kobiety, które wysoko oceniły straty w zakresie zdrowia i sprawności fizycznej związane z menopauzą, podkreślały zyski w zakresie zasobów związanych z sytuacją rodzinną. Korzystna sytuacja rodzinna jest kolejnym ważnym zasobem, który może ułatwić pozyskiwanie innych zasobów, stąd działania na rzecz jej utrzymania i podkreślanie zysków w tym zakresie, co dotyczyło głównie kobiet bez terapii hormonalnej.

Uzyskane rezultaty wskazały, że przekonania i opinie o menopauzie mogą modyfikować ocenę zysków i strat w okresie okołomenopauzalnym. Przekonaniami silnie związanymi z oceną zysków i strat były, niezależnie od stosowania terapii hormonalnej, te dotyczące okresu menopauzy jako nowej fazy w życiu, krótkotrwałości uciążliwych zmian i posiadania nad nimi kontroli. W obu badanych grupach pojawiały się one zarówno jako korelaty wysokiej oceny zysków, jak i niskiej oceny strat. Potwierdzono zatem drugą z wysuniętych hipotez. Na rolę przekonań dotyczących menopauzy jako moderatorów intensywności doświadczanych objawów [1, 18, 22] oraz wyznaczników decyzji dotyczących terapii hormonalnej [2, 22] wskazywano już wcześniej. Wyniki prezentowanych badań potwierdzają ich znaczenie jako czynników modyfikujących ocenę sytuacji życiowej w okresie okołomenopauzalnym, w tym związanych z nią zysków i doznawanych strat. Można więc założyć istnienie następującego mechanizmu – przekonania dotyczące menopauzy modyfikują sposób, w jaki kobiety oceniają swoją sytuację życiową (zyski i straty) w okresie okołomenopauzalnym, ocena ta (zgodnie z teorią COR) nasila poziom doznawanego przez nie stresu, a stres zwiększa intensywność doświadczanych objawów. Związek przekonań dotyczących menopauzy oraz oceny zysków i strat wykazano niezależnie od terapii hormonalnej, a więc niezależnie od poziomu natężenia objawów, który był niższy w grupie stosującej HT. Bardziej prawdopodobna jest więc zależność, zgodnie z którą to przekonania o menopauzie są swoistą przyczyną oceny okresu w życiu, w jakim znalazła się kobieta, niż zależność odwrotna, zgodnie z którą ocena zysków i strat pociągałaby za sobą kształtowanie się poglądów dotyczących menopauzy.

Stosowanie terapii hormonalnej może zmniejszyć natężenie objawów menopauzalnych. Uzyskane przez nas dane wskazały na istotne różnice intensywności objawów pomiędzy kobietami, które przyjmowały lub nie preparaty hormonalne. Ze względu na sposób prowadzenia badania (jednorazowy pomiar) nie można jednak rozstrzygnąć, w jakim stopniu niższa intensywność doznawanych objawów była skutkiem trwającego leczenia hormonalnego. Ponieważ ocena strat była istotnie wyższa w grupie kobiet bez HT, a ocena taka sprzyja wzrostowi stresu, zatem można przyjąć, że część wysokiego natężenia objawów w tej grupie kobiet należy przypisać oddziaływaniu stresu. Stres, obok intensywnych zmian hormonalnych, których nie korygowano HT, byłby więc czynnikiem wyjaśniającym intensywność doświadczanych objawów. Doniesienia dotyczące terapii hormonalnej wskazują nie tylko na możliwość zmniejszenia natężenia objawów menopauzalnych [3], ale także na zmiany opinii kobiet o konieczności i bezpieczeństwie jej stosowania [26–29]. Można zatem przewidywać istnienie pewnej rezerwy wśród kobiet co do stosowania HT, dlatego zasadne wydaje się poszukiwanie innych, w tym psychologicznych, metod oddziaływania na jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Działaniami, które warto uwzględnić, mogą być strategie zmieniające poziom stresu i postawy wobec menopauzy.

Wnioski

1. Badania pokazały zasadność stosowania teorii zachowania zasobów (COR) S. Hobfolla do analizowania okresu okołomenopauzalnego.
2. Kobiety stosujące HT różnią się od kobiet niestosujących jej w zakresie oceny poziomu strat, który był wyższy u kobiet nieprzyjmujących HT. W grupie, w której nie stosowano HT, wśród najważniejszych strat częściej wymieniano zmianę stanu zdrowia i sprawności fizycznej.
3. Spostrzeganie przez kobiety wielu strat przy niskiej ocenie zysków sprzyjało doświadczaniu bardziej intensywnych objawów menopauzalnych.
4. Przekonania dotyczące menopauzy modyfikowały ocenę zysków i strat niezależnie od intensywności objawów.

Piśmiennictwo

1. Berger G. Menopause and culture. Pluto Press, London 1999.
2. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Śląsk Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2006.
3. Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego. Pertyński T (red.). Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004.
4. Hall L, Callister LC, Berry JA, Matsumura G. Meanings of menopause. Cultural influences on perception and management of menopause. J Holist Nurs 2007; 25: 106-18.
5. Bielawska-Batorowicz E. Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych. Prz Menopauz 2007; 6: 70-6.
6. Bromberger JT, Matthews KA. A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle-aged women. Psychol Aging 1996; 11: 207-13.
7. Caltabiano ML, Holzheimer M. Dispositional factors, coping and adaptation during menopause. Climacteric 1999; 2: 21-8.
8. Bosworth HB, Bastian LA, Rimer BK, Siegler IC. Coping styles and personality domains related to menopausal stress. Womens Health Issues 2003; 13: 32-38.
9. Bielawska-Batorowicz E, Gorzela M. Sense of coherence and menopausal symptoms. QoL Newsletter 2002; 29: 16-7.
10. Lipińska-Szałek A, Sobczuk A, Pertyński T i wsp. Wpływ czynników biologicznych i psychospołecznych na psychiczne aspekty okresu menopauzalnego. Prz Menopauz 2003; 6: 55-61.
11. Hardy R, Kuh D. Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. Soc Sci Med 2002; 55: 1975-88.
12. Binfa L, Castelo-Branco C, Blümel JE, et al. Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. Maturitas 2004; 48: 425-31.
13. Blümel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, et al. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. Maturitas 2004; 49: 205-10.
14. Handbook of personality and health. Vollrath ME (ed.). John Wiley & Sons, Ltd, Chichester 2006.
15. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Difin, Warszawa 2008.
16. Sarafino EP. Health psychology. Biopsychosocial interactions. Ed. 6. John Wiley & Sons, Ltd, New York 2008.
17. Dennerstein L, Lehert P, Guthrie J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. Arch Womens Ment Health 2002; 5: 15-22.
18. Bielawska-Batorowicz E. Stres, objawy i przekonania dotyczące menopauzy a obniżony nastrój u kobiet w wieku 45–55 lat. Próba weryfikacji zmodyfikowanego psychospołecznego modelu depresji w okresie okołomenopauzalnym. Prz Menopauz 2006; 5: 68-74.
19. Heszen I, Sęk H. Zdrowie i stres. W: Strelau J, Doliński D (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki, tom 2. GWP, Gdańsk 2008; 681-734.
20. Hobfoll SE. Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu. GWP, Gdańsk 2006.
21. Greer G. The change. Women, aging and the menopause. Fawcett Columbine, New York 1991.
22. Reinterpreting menopause. Cultural and philosophical issues. Komesaroff P, Rothfield P, Daly J. Routledge (eds). New York & London 1997.
23. Hunter M, O'Dea I. Cognitive appraisal of the menopause: the Menopause Representation Questionnaire (MRQ). Psychol Health Medicine 2001; 6: 65-76.
24. Dudek B, Gruszczyńska E, Koniarek J. Teoria zachowania zasobów S. Hobfolla – zagadnienia teoretyczne, metodologiczne oraz adaptacja kwestionariusza COR-Evaluation. W: Pasikowski T, Sęk H (red.). Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria. Bogucki Wydawnictwo Naukowe. Poznań 2006; 51-60.
25. Mishra G, Kuh D. Perceived change in quality of life during the menopause. Soc Sci Med 2006; 62: 93-102.
26. Ekström H, Hevelius B. Quality of life and hormone therapy in women before and after menopause. Scand J Prim Health Care 2000; 18: 115-121.
27. Genazzani AR, Schneider HP, Panay N, Nijland EA. The European Menopause Survey 2005: Women's perceptions on the menopause and postmenopausal hormone therapy. Gynecol Endocrinol 2006; 22: 369-75.
28. Lindh-Åstrand L, Brynhildsen J, Hoffman M, et al. Attitudes towards the menopause and hormone therapy over the turn of the century. Maturitas 2007; 56: 12-20.
29. Thunell L, Stadberg E, Milsom I, Mattsson LA. Changes in attitudes, knowledge and hormone replacement therapy use: a comparative study in two random samples with 6-year interval. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84: 395-401.