

Oczekiwania wobec hormonalnej terapii zastępczej u kobiet w okresie menopauzalnym

Menopausal women's expectations towards hormone replacement therapy

Eleonora Bielawska-Batorowicz, Elżbieta Rutkowska

Celem pracy było poznanie oczekiwań wobec hormonalnej terapii zastępczej, w tym 1) rodzaju zmian związanych ze stosowaniem HTZ i oczekiwanych przez kobiety oraz zmienności oczekiwań w czasie leczenia; 2) związku oczekiwań wobec leczenia z dolegliwościami ujawnianymi przed podjęciem terapii hormonalnej; 3) znaczenia sposobu podejmowania decyzji dla kształtowania się przekonań o skuteczności terapii; 4) roli dostrzeganych zmian w decyzji o kontynuowaniu leczenia.

Materiał i metoda: *Badaniami objęto 38 kobiet (średnia wieku 52,4) zakwalifikowanych do HTZ, które badano 2-krotnie – przed rozpoczęciem leczenia hormonalnego i po 4 mies. jego trwania. Częstość i intensywność objawów menopauzalnych mierzono kwestionariuszem „Moje samopoczucie” J. Perz, a oczekiwania wobec terapii kwestionariuszem oczekiwań wobec HTZ, skonstruowanym dla potrzeb badań.*

Wyniki: *Oczekiwania wobec HTZ koncentrowały się wokół zmian psychicznych i fizycznych, i w czasie objętym badaniem utrzymywały się na stałym poziomie. W miarę trwania terapii nasiliły się oczekiwania wobec przebiegu leczenia, dotyczące systematycznych badań kontrolnych, udzielania informacji i wyjaśniania wątpliwości pacjentek. Objawy menopauzalne, jakie obserwowały u siebie kobiety przed podjęciem leczenia, nie determinowały ich oczekiwań wobec terapii, zaś decyzja o kontynuowaniu leczenia nie zależała od wystąpienia korzystnych zmian samopoczucia. Po 4 mies. stosowania HTZ nastąpiły istotne statystycznie zmiany w zakresie objawów psychicznych i somatycznych, objawy wazomotoryczne pozostały na tym samym poziomie.*

Wnioski: *Oczekiwania wobec HTZ pozostają stabilne w czasie kilkumiesięcznego leczenia. Decyzja o kontynuowaniu HTZ nie jest związana z dostrzeganiem pozytywnych zmian po 4 mies. jej stosowania.*

Słowa kluczowe: HTZ, oczekiwania wobec leczenia hormonalnego

(Przegląd Menopauzalny 2003, 1:34–40)

Hormonalna terapia zastępcza (HTZ), oferowana kobietom w okresie menopauzalnym, ma nie tylko zmniejszać uciążliwe objawy wypadowe, ale również

zapobiegać osteoporozie i chorobom układu krążenia [18]. Wśród jej pozytywnych skutków wymienia się również poprawę stanu emocjonalnego, choć związek

Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, dyrektor: prof. nadzw. dr hab. Zygfryd Juczyński



między menopauzą i depresją oraz stanem emocjonalnym i HTZ pozostaje kontrowersyjny [10]. Kwestia ryzyka związanego ze stosowaniem HTZ pozostaje w centrum uwagi badaczy z różnych krajów, a także kobiet przyjmujących preparaty hormonalne, głównie ze względu na wykazany związek długotrwale stosowanej HTZ z rakiem sutka [10, 18]. Skutki stosowania HTZ nabrały szczególnego znaczenia po opublikowaniu wyników badań prowadzonych w USA ramach projektu *Women's Health Initiative*, które potwierdziły ryzyko raka sutka, a także zmian zakrzepowo-zatorowych, wykazując jednocześnie zmniejszenie ryzyka nowotworów jelita i złamań kości będących efektem osteoporozy [5]. Szerokie rozpropagowanie tych rezultatów w mediach sprawiło, że pytanie *stosować czy nie stosować?* postawiło sobie wiele kobiet już korzystających z HTZ bądź rozważających taką możliwość.

Decyzja o stosowaniu hormonalnej terapii zastępczej jest uwarunkowana wieloma czynnikami, w tym również psychologicznymi. Badania prowadzone w oparciu o teorię planowanego zachowania [15] wykazały np., że zamiar stosowania hormonalnej terapii zastępczej jest związany z posiadaniem silnego przekonania o pozytywnych skutkach HTZ, ze spostrzeganiem naciskiem na stosowanie HTZ ze strony ważnych dla kobiety osób (np. mąż, rodzina), a także ze spostrzeganiem łatwości stosowania HTZ [11]. Te same zmienne pozwalały przewidywać kontynuowanie terapii hormonalnej przez rok i dłużej [17]. Stosowanie HTZ jest również związane z osobowością. Prospektywne badania Loekkegaarda i współautorów [9] wykazały, że częściej stosowały HTZ kobiety o wysokich wskaźnikach neurotyzmu oraz kobiety wykazujące małą odporność psychiczną.

Korzystanie z HTZ pozostawało również w wyraźnym związku z intensywnością objawów menopauzalnych. Objawy o dużym nasileniu stanowiły wystarczający powód do poddania się terapii hormonalnej [6], nawet dla kobiet będących zwolenniczkami traktowania menopauzy jako naturalnego okresu w życiu. Stosowanie HTZ było wówczas traktowane jako metoda łagodzenia nasilonych objawów wypadkowych, nie zaś jako działanie zapobiegające osteoporozie czy chorobom serca. Tę tendencję potwierdzają późniejsze badania, w których stwierdzono, że kobiety przyjmujące HTZ częściej w porównaniu z nieleczonymi uskarżały się na bóle głowy, zmęczenie i obniżenie nastroju, gorzej również oceniały swój ogólny stan zdrowia [7]. Bardel i współpracownicy [2] stwierdzili ponadto, że silne dolegliwości występowały również u kobiet, które zaprzestały stosowania HTZ. Wyniki dwóch ostatnio cytowanych badań wskazują, że terapia hormonalna nie usuwa dolegliwości w spodziewany przez kobiety sposób (dlatego

rezygnują z jej stosowania) oraz na tendencję do polecenia preparatów hormonalnych pacjentkom z wyjątkowo nasilonymi objawami (dlatego objawy utrzymują się przez jakiś czas mimo leczenia).

Ważnym czynnikiem decydującym o stosowaniu HTZ wydaje się również wiedza o menopauzie i hormonalnej terapii zastępczej. Badania wskazują jednak, że wiedza o menopauzie, w tym o HTZ, jest stosunkowo niska [3], a ponadto nie koreluje ze zwiększoną tendencją do stosowania HTZ [4]. Niemniej kobiety posiadające większą wiedzę podejmując decyzję o stosowaniu HTZ czynią to bardziej świadomie i przeżywają mniej konfliktów [4]. Rezerwa wobec stosowania HTZ jest jednak dość duża i wynika zarówno z braku nasilonych objawów menopauzalnych, jak i z obaw związanych z zagrożeniem chorobą nowotworową [13, 14, 16].

Podjęcie decyzji o stosowaniu hormonalnej terapii zastępczej wymaga współdziałania lekarza i pacjentki. Ważnym elementem tej decyzji są oczekiwania pacjentki wobec efektów terapii, a ich spełnienie może zaważyć na kontynuowaniu terapii. Poznanie tych oczekiwań było celem badań, których wyniki przedstawiono w niniejszym artykule. Skoncentrowano się głównie na następujących kwestiach:

- 1) rodzaju zmian związanych ze stosowaniem HTZ i oczekiwanych przez kobiety oraz niezmienności oczekiwań w czasie leczenia;
- 2) związku oczekiwań wobec leczenia z dolegliwościami ujawnianymi przed podjęciem terapii hormonalnej;
- 3) znaczenia sposobu podejmowania decyzji dla kształtowania się przekonań o skuteczności terapii;
- 4) roli dostrzeganych zmian w decyzji o kontynuowaniu leczenia.

Materiał i metoda

W badaniu uczestniczyło 38 kobiet (średnia wieku 52,4) – pacjentek Poradni Menopauzy Instytutu Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – zakwalifikowanych do hormonalnej terapii zastępczej. Większość badanej grupy miała wykształcenie średnie (50%) lub wyższe (34,2%). Badanie odbywało się w dwóch etapach: I – po zakwalifikowaniu do HTZ, ale jeszcze przed podjęciem leczenia, II – w 3–4 mies. po podjęciu leczenia hormonalnego. W obu etapach badań zastosowano kwestionariusz *Moje samopoczucie* J. Perz [12], kwestionariusz oczekiwań wobec HTZ opracowany dla potrzeb badań, a w I etapie dodatkowo ankietę demograficzną.

Kwestionariusz *Moje samopoczucie* został opracowany do oceny częstości i intensywności objawów menopauzalnych. Składa się z 25 objawów, pogrupowanych w 3 skale pozwalające na ocenę symptomów wazomotorycznych, somatycznych i psychicznych. Tak w przy-



padku częstości, jak i intensywności, każdy z objawów oceniany jest na 6-punktowej skali od 0 (nigdy lub nie dotyczy) do 5 (prawie zawsze lub bardzo intensywnie). Rzetelność polskiej wersji kwestionariusza oceniana metodą powtórnego pomiaru jest zadowalająca i wynosi dla objawów wazomotorycznych, somatycznych i psychicznych odpowiednio 0,89; 0,76; 0,78 w skali częstości oraz 0,87; 0,83; 0,87 w skali intensywności.

Kwestionariusz oczekiwań wobec HTZ konstruowano w kilku etapach. W pierwszym na podstawie literatury dotyczącej menopauzy oraz rozmów z kobietami ułożono listę oczekiwań wobec terapii hormonalnej. W drugim etapie zaklasyfikowano poszczególne oczekiwania do trzech kategorii – oczekiwań dotyczących zmian psychologicznych, zmian fizycznych oraz przebiegu leczenia. Posłużono się przy tym metodą *sędziów kompetentnych*. W trzecim etapie przeprowadzono badania pilotażowe, w wyniku których dokonano drobnych korekt stylistycznych. Ostateczna wersja kwestionariusza liczy 38 twierdzeń, opisujących oczekiwania wobec HTZ – 11 dotyczy oczekiwań związanych ze zmianami psychicznymi (np. *Pozbędę się wa-*

hań nastroju, mój stan emocjonalny przestanie się zmieniać bez wyraźnej przyczyny), 14 związanych ze zmianami fizycznymi (np. *Chcę, aby znikły lub zostały złagodzone uderzenia gorąca*), a 13 oczekiwań związanych z przebiegiem leczenia (np. *Oczekuję, że lekarz będzie starannie prowadził moje leczenie i wyjaśniał wszelkie wątpliwości, weźmie pod uwagę moje obserwacje*). Każde z oczekiwań oceniane było na 4-punktowej skali od 1 (*nie oczekuję tego*) do 4 (*tego zdecydowanie oczekuję*). W obu etapach badania stosowano tę samą wersję kwestionariusza oczekiwań. W I etapie uzupełniono ją o pytania zamknięte dotyczące źródeł decyzji o poddaniu się HTZ (sugestia lekarza, naśladowanie innych kobiet, samodzielna decyzja) oraz przekonań o skuteczności HTZ (*jestem pewna skuteczności, nie do końca wierzę w skuteczność, ale spróbuję*). W II etapie badań kobiety dodatkowo określały zakres zauważonych zmian fizycznych, psychicznych, w sferze seksualnej oraz w relacjach z innymi ludźmi uwzględniając 3 kategorie zmian: *na lepsze, na gorsze, brak zmian*. Odpowiadały także na pytania dotyczące zgodności zaobserwowanych zmian z oczekiwaniami i zamiaru kontynuowania leczenia.

Tab. I. Oczekiwania wobec HTZ najczęściej wybierane w I i II etapie badań

Oczekiwanie	% wyborów w I etapie	% wyborów w II etapie	Kategoria
wyjaśnienie wątpliwości	94,7	95,3	przebieg leczenia
badanie piersi	92,1	80,9	przebieg leczenia
ochrona przed osteoporozą	89,4	90,5	fizyczne
poprawa jakości życia	86,8	90,5	fizyczne
systematyczne badania	86,8	100,0	przebieg leczenia
energia do działania	86,8	81,0	psychiczne
brak rozdrażnienia	84,2	81,0	psychiczne
brak uderzeń gorąca	84,2	71,4	fizyczne
brak wahań nastroju	81,5	81,0	psychiczne
zmniejszenie obaw przed menopauzą	81,6	81,0	psychiczne
brak fizycznego zmęczenia	79,0	66,7	fizyczne
brak uczucia smutku	78,9	61,9	psychiczne
wpływ na długość życia	76,3	66,7	fizyczne
ochrona przed chorobami serca	76,3	61,9	fizyczne
poprawa urody, wyglądu skóry	76,3	61,9	fizyczne
poprawa pamięci	73,7	81,0	psychiczne
większa skuteczność niż innych metod	73,6	76,2	przebieg leczenia
aktywność w różnych sferach życia	71,0	76,2	psychiczne



Tab. II. Średnie wartości punktowe przypisane każdej kategorii oczekiwań w I i II etapie badań

Kategoria oczekiwań	I badanie	II badanie	t	p
psychiczne	2,77	2,80	-0,291	0,77
fizyczne	2,59	2,59		
przebieg leczenia	2,53	2,65	-2,036	0,05

W statystycznej analizie wyników dokonanej przy użyciu programu SPSS 8.0 PL zastosowano test χ^2 , test t-Studenta, współczynniki korelacji Pearsona oraz analizę wariancji z testami HSD Tukeya.

Wyniki

Zmiany związane ze stosowaniem HTZ oczekiwane przez kobiety i niezmiennosc oczekiwań w czasie leczenia

Oczekiwania wobec HTZ, które były najczęściej wybierane przez kobiety w obu etapach badań przedstawiono w tab. I. Zamieszczono w niej te spośród oczekiwań, które zostały wybrane przez co najmniej 70% kobiet w I etapie badań, uwzględniając jednocześnie odsetek kobiet z II etapu badań.

Przedstawione dane demonstrują wyraźnie, że w I i II etapie badań kobiety ujawniły podobne oczekiwania wobec HTZ. Podane wartości procentowe są zbliżone, choć w przypadku niektórych oczekiwań nieznacznie niższe po kilku miesiącach kontynuowania terapii. Na 18 najczęściej wymienianych oczekiwań 4 dotyczą przebiegu leczenia. Kobiety oczekują, że lekarze będą wyjaśniać im wszystkie wątpliwości związane z terapią, będą kontrolować piersi, prowadzić systematycznie inne badania kontrolne. Kobiety oczekują również dużej skuteczności terapii hormonalnej. Oczekiwania związane ze zmianami fizycznymi

i psychicznymi pojawiły z równą częstością. Było ich wyraźnie więcej niż oczekiwań związanych z przebiegiem leczenia. Znalazły się wśród nich zmiany, na jakie HTZ oddziałuje (uderzenia gorąca, ochrona przed osteoporozą), a także zmiany, których związek z HTZ nie jest do końca potwierdzony (np. poprawa pamięci).

Tab. II. przedstawia średnie wartości punktowe przypisane każdej kategorii oczekiwań w I i II etapie badań. Jak widać oczekiwania dotyczące zmian psychicznych i fizycznych nie zmieniały się w sposób istotny lub były identyczne. Oczekiwania wobec leczenia wzrastały w czasie trwania terapii hormonalnej.

Poziom wykształcenia badanych kobiet nie różnicował oczekiwań wobec leczenia [$F(2,35)=1,62$; $p=0,21$]. Kobiety z wykształceniem wyższym ujawniały natomiast mniej oczekiwań dotyczących zmian fizycznych w porównaniu z grupą z wykształceniem średnim i poniżej średniego [$F(2,35)=6,12$; $p=0,005$; testy HSD Tukeya odpowiednio 0,026 i 0,009] oraz mniej oczekiwań dotyczących zmian psychicznych w porównaniu z grupą z wykształceniem poniżej średniego [$F(2,35)=5,99$; $p=0,006$; testy Tukeya 0,006].

Związek oczekiwań wobec leczenia z dolegliwościami ujawnianymi przed podjęciem terapii hormonalnej

Wychodząc z założenia, że kobieta odczuwając dolegliwości określonego rodzaju decyduje się na podję-

Tab. III. Współczynniki korelacji Pearsona dla objawów menopauzy i oczekiwań wobec hormonalnej terapii zastępczej

Objawy menopauzy	Kategorie oczekiwań		
	psychiczne	fizyczne	wobec leczenia
wazomotoryczne (częstość)	0,13	0,14	0,25
wazomotoryczne (intensywność)	0,09	0,13	0,28
somatyczne (częstość)	0,19	0,23	0,29
somatyczne (intensywność)	0,18	0,22	0,31
psychiczne (częstość)	0,24	0,15	0,16
psychiczne (intensywność)	0,15	0,12	0,20



cie leczenia mającego je zminimalizować lub wyeliminować, spodziewano się, że oczekiwania wobec HTZ będą uzależnione od rodzaju dolegliwości. Dane przedstawione w tab. III. wskazują, że objawy menopauzy ujawniane przez kobiety przed podjęciem hormonalnej terapii zastępczej (mierzone kwestionariuszem *Moje samopoczucie*) nie są związane z oczekiwaniami wobec efektów tej terapii. Dotyczy to zwłaszcza związku pomiędzy objawami somatycznymi i psychicznymi, a oczekiwaniami należącymi do tych samych kategorii. Jedynie w przypadku korelacji objawów somatycznych i oczekiwań wobec przebiegu leczenia wartość współczynnika r Pearsona zbliża się do istotności statystycznej ($p=0,08$ i $p=0,06$).

Sposób podejmowania decyzji a przekonanie o skuteczności HTZ

Analizując sposób podejmowania decyzji o poddaniu się HTZ wyodrębniono 2 grupy kobiet – te, które zdecydowały o HTZ pod wpływem namowy innych osób oraz te, które uznały, że o poddaniu się HTZ zdecydowały same. Obie grupy wyraźnie różniły się przekonaniami na temat skuteczności terapii hormonalnej. Kobiety, które czuły, że same zdecydowały o poddaniu się HTZ istotnie częściej były przekonane o dużej skuteczności tej formy leczenia ($\chi^2=8,11$; $p=0,004$).

Rola dostrzeganych zmian a decyzja o kontynuowaniu leczenia

Czas, jaki upłynął pomiędzy pierwszym pomiarem objawów menopauzalnych przed rozpoczęciem HTZ a drugim, po ok. 4 mies. terapii wystarczył, by kobiety zaobserwowały u siebie zmiany. Wyniki obu pomiarów przedstawia tab. IV.

Dane zawarte w tab. IV. wskazują, że w stosowaniu HTZ doprowadziło do istotnego obniżenia się częstości i intensywności objawów somatycznych

oraz psychicznych. W przypadku objawów wazomotorycznych obniżenie się wskaźników nie jest istotne statystycznie.

Porównano zamiary kontynuowania terapii hormonalnej przez kobiety, które zaobserwowały u siebie wyraźne zmiany związane z jej stosowaniem i te, które takich zmian nie dostrzegły. Nie stwierdzono istotnych zależności ani wówczas, gdy ogólnie pytano o zaobserwowane zmiany ($\chi^2=0,01$; $p=0,91$), ani wówczas gdy analizowano poszczególne sfery zmian, a więc sferę fizyczną ($\chi^2=1,06$; $p=0,59$), psychiczną ($\chi^2=1,23$; $p=0,54$), seksualną ($\chi^2=0,27$; $p=0,87$) oraz sferę kontaktów z ludźmi ($\chi^2=0,01$; $p=0,93$). Wydaje się więc, że po 4 mies. stosowania terapii hormonalnej kobiety podejmują decyzję o jej kontynuacji nie tylko na podstawie oceny zmian, do jakich doszło w wyniku leczenia.

Dyskusja

Prezentowane powyżej wyniki wskazują, że oczekiwania kobiet wobec HTZ są bardzo różnorodne. Dotyczyły bowiem zarówno obszarów, na które leczenie hormonalne oddziałuje bezpośrednio, jak i obszarów, na które HTZ ma pośredni wpływ. Co ciekawe, oczekiwania dotyczące następstw psychicznych nieznacznie przeważały nad spodziewanymi efektami dla zdrowia. Jest to obserwacja zgodna z wcześniej przeprowadzonymi badaniami [8], które wykazały, że kobiety rozważały przyjmowanie HTZ przede wszystkim ze względu na poprawę własnego funkcjonowania w pracy, w relacjach z ludźmi oraz w rodzinie, a nie wyłącznie ze względu na zmniejszenie ryzyka chorób serca czy osteoporozy. W świetle cytowanych i własnych badań otwarte pozostaje pytanie, czy oczekiwania poprawy psychicznego funkcjonowania w wyniku stosowania HTZ mogą zostać spełnione. Hipoteza *efektu domina* [1] wskazuje, że oczekiwania dotyczące poprawy stanu psychicznego są w pewnej mierze uzasadnione. Zgodnie z nią ewentualna zmiana wynika

Tab. IV. Porównanie średnich dla częstości i intensywności objawów menopauzalnych (kwestionariusz *Moje samopoczucie*) przed podjęciem HTZ i po 4 mies. jej stosowania

Objawy	I badanie	II badanie	t	p
wazomotoryczne (częstość)	18,00	13,81	1,96	0,06
wazomotoryczne (intensywność)	17,95	15,19	1,75	0,09
somatyczne (częstość)	17,27	13,71	2,19	0,04
somatyczne (intensywność)	18,04	14,33	2,73	0,01
psychiczne (częstość)	27,91	18,05	3,39	0,002
psychiczne (intensywność)	29,67	21,62	2,96	0,007



jednak nie tyle z bezpośredniego oddziaływania hormonalnego na stan psychiczny, ile z wyeliminowania dokuczliwych objawów, co poprawia jakość życia i stan emocjonalny oraz pozwala skupić się na pozazdrowotnych aspektach życia.

W oczekiwaniach kobiet wyraźnie dało się zauważyć zainteresowanie przebiegiem leczenia i stawianie wymagań lekarzowi, który powinien wyjaśniać wszystkie wątpliwości pacjentki i prowadzić systematyczne badania kontrolne. Porównanie oczekiwań ujawnionych w obu etapach badań wskazuje, że oczekiwania dotyczące badań kontrolnych nasiliły się wyraźnie po podjęciu leczenia hormonalnego (86,8% kobiet w I badaniu i 100% kobiet w II ujawniło to oczekiwanie), spadły natomiast oczekiwania dotyczące badania piersi (92,1% i 80,9%). Badanie piersi przeprowadza się u kobiet, którym oferowana jest HTZ. Część uczestniczek badań mogła więc uznać, że ich oczekiwania w tym względzie zostały zaspokojone. Warto jednak dodać, że II etap badań prowadzono po opublikowaniu wyników badań prowadzonych w USA ramach projektu *Women's Health Initiative*, co mogło wpłynąć na wzrost obaw o stan zdrowia w badanej grupie, stąd oczekiwanie wszechstronnych badań kontrolnych.

Porównując oczekiwania z I i II badania zauważyć można, że ich hierarchia pozostała właściwie taka sama. Nieznacznie zmniejszyło się oczekiwanie, by HTZ wyeliminowała uderzenia gorąca. Można zatem przypuszczać, że kobiety powoli zaczynają odczuwać efekty terapii hormonalnej i prawdopodobnie oczekiwanie to będzie słabnąć jeszcze bardziej w miarę zanikania uderzeń gorąca. Analiza trwałości oczekiwań w czasie objętym badaniem pokazuje jednak, że oczekiwania dotyczące zmian psychicznych i fizycznych utrzymują się na tym samym poziomie. Istotna zmiana dotyczyła natomiast oczekiwań dotyczących przebiegu leczenia, które wyraźnie się nasiliły. Wydaje się, że pacjentki leczone HTZ w miarę trwania leczenia zaczynają zwracać uwagę nie tylko na poprawę swego samopoczucia, ale również na sposób prowadzenia leczenia i relacje z lekarzem prowadzącym. Stawia to przed lekarzem zadanie prowadzenia leczenia konkretnej pacjentki nie tylko zgodnie z obowiązującymi standardami, ale również zgodnie z jej potrzebami i oczekiwaniami. Wymaga więc czasu na poznanie tych oczekiwań.

Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy częstością występowania i intensywnością objawów menopauzalnych a oczekiwaniami wobec terapii hormonalnej. Uzyskane rezultaty nie potwierdzają więc założenia, zgodnie z którym oczekiwania konkretnej pacjentki wobec terapii kształtowane są

przez doświadczane przez nią dolegliwości. Choć duże nasilenie określonych objawów może decydować o poddaniu się HTZ [6], to jednak nie musi – jak pokazują nasze badania – łączyć się oczekiwaniami dotyczącymi usunięcia dolegliwości danego rodzaju. Wydaje się raczej, że oczekiwania wobec HTZ kształtowane są nie tyle przez własne dolegliwości, ile przez posiadaną wiedzę o menopauzie i efektach terapii hormonalnej. Zróżnicowanie oczekiwań wobec zmian psychicznych i fizycznych w zależności od poziomu wykształcenia badanych kobiet wydaje się potwierdzać taką możliwość.

Rezultaty dotyczące zmian zaobserwowanych przez kobiety w toku terapii wskazują, że najwyraźniej dostrzeżono zmiany w sferze psychicznej i somatycznej. Nie zarejestrowano natomiast istotnej statystycznie zmiany w zakresie objawów wazomotorycznych. Być może czas objęty badaniem był zbyt krótki, by wystąpiły w tym zakresie wyraźne zmiany. Nie bez znaczenia jest tu również początkowe nastawienie kobiet – najbardziej pożądanymi efektami HTZ były zmiany w sferze psychicznej. Być może to początkowe nastawienie – *chcę, by hormonalna terapia zastępcza pomogła mi radzić sobie z problemami psychicznymi* – implikuje zauważenie wyraźnej zmiany po zastosowaniu HTZ w tej właśnie sferze.

Większość uczestniczek badań zaobserwowała u siebie korzystne zmiany po rozpoczęciu terapii zarówno w sferze fizycznej, psychicznej, jak i relacjach z ludźmi. Wystąpienie tych zmian, będących wskaźnikiem skuteczności terapii, nie miało jednak związku z decyzją o kontynuowaniu leczenia. Być może kontynuowanie leczenia zależy nie tyle od obserwowanych na bieżąco zmian, ile od ugruntowanego przekonania o skuteczności terapii hormonalnej. Uzyskane przez nas rezultaty wykazały, że takie przekonanie mają przede wszystkim kobiety, które samodzielnie – bez nacisków ze strony otoczenia – podjęły decyzję o HTZ.

W opisanych badaniach uczestniczyła stosunkowo niewielka grupa kobiet, dlatego trudno uogólniać uzyskane rezultaty. Niemniej badania pokazały, że kobiety poddawane hormonalnej terapii zastępczej żywią wobec niej sprecyzowane oczekiwania. Spodziewają się wyraźnych zmian w sferze psychicznej (dostrzegają je przy tym najszybciej) i fizycznej, oczekują również informacji o przebiegu leczenia, wyjaśniania swych wątpliwości i systematycznych badań kontrolnych. Z reguły podejmując leczenie są przekonane o skuteczności HTZ i są skłonne kontynuować je niezależnie od obserwowanych na bieżąco zmian swego samopoczucia.



Summary

Aims: The aim of the study was to look at patients' expectations related to hormone replacement therapy (HRT) and at stability of these expectations during several month of treatment. The relationship between menopausal symptoms, expectations and the decision to continue HRT was also analysed.

Material and method: Thirty eight menopausal women (mean age 52.4) eligible for HRT were tested twice – just before pursuing HRT and after 4 months of treatment. Menopause Symptoms List by J. Perz and HRT Expectations Questionnaire by E. Rutkowska were administered on both occasions.

Results: Women expected that HRT would have an impact on their psychological and physical well-being. They expected also regular medical check-up and discussion about their concerns related to treatment. All these expectations remained stable during 4 months period and were not related to menopausal symptoms recorded before HRT treatment. The decision to continue with HRT was not related to psychological, physical and sexual changes.

Key words: HRT, expectations towards hormonal treatment

Piśmiennictwo

1. Adler EM, Ross LA, Gebbie A. *Menopausal symptoms and the domino effect.* J Reprod and Infant Psychol 2000; 18: 75-8.
2. Bardel A, Wallander MA, Svardsudd A. *Hormone replacement therapy and symptom reporting in menopausal women. A population-based study of 35 – 65-year-old women in mid-Sweden.* Maturitas 2002; 41: 7-15.
3. Clinkingbeard C, Minton BA, Davis J, McDermott K. *Women's knowledge about menopause, hormone replacement therapy (HRT), and interactions with healthcare providers: An exploratory study.* J Women's Health & Gender-Based Medicine 1999; 8: 1097-102.
4. Connelly MT, Rusinak D, Livingston W, et al. *Patient knowledge about hormone replacement therapy: Implications for treatment.* Menopause 2000; 7: 266-72.
5. Dębski R, Pertyński T. *Analiza wyników pracy „Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial (WHI)”.* Przegląd Menopauzalny 2002; 1: 7-10.
6. Hunter MS, O'Dea I, Britten N. *Decision-making and hormone replacement therapy: A qualitative analysis.* Soc Sci Med 1997; 45: 1541-8.
7. Koster A, Eplöv LF, Grade K. *Anticipations and experiences of menopause in a Danish female general population cohort born in 1936.* Arch Womens Ment Health 2002; 5: 9-13.
8. Legare F, Godin G, Guilbert E, et al. *Determinants of the intention to adopt hormone replacement therapy among premenopausal women.* Maturitas 2000; 34: 211-8.
9. Loekkegaard E, Eplöv LF, Koster A, Grade K. *Description of women's personality traits and psychological vulnerability prior to choosing hormone replacement therapy.* Arch Womens Ment Health 2002; 5: 23-31.
10. Notman MT, Nadelson C. *The hormone replacement therapy controversy.* Arch Womens Ment Health 2002; 5: 33-5.
11. Quine L, Rubin R. *Attitude, subjective norm and perceived behavioural control as predictors of women's intentions to take hormone replacement therapy.* Br J Health Psychol 1997; 2: 199-216.
12. Perz J. *Development of the Menopause Symptom List: A factor analytic study of menopause associated symptoms.* Women & Health 1997; 25: 53-69.
13. Rabin DS. *Zrozumieć niechęć kobiet do hormonalnej terapii zastępczej.* Ginekologia po Dyplomie 1999; 4: 45-51.
14. Rabin DS, Cipparrone N, Linn ES, Moen M. *Why menopausal women do not want to take hormone replacement therapy.* Menopause 1999; 6: 61-7.
15. Sęk H. *Zdrowie behawioralne.* W: Strelau J. (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2000.
16. Skałba P. *Hormonalna terapia zastępcza – rola poradnictwa ginekologicznego.* W: Pertyński T. (red.) *Menopauza.* Łódź: Wydawnictwo Adi, 2000.
17. Viesser AP, Hofland I, Gehring B, et al. *The continuation of hormone replacement therapy: a compliance study of Dutch and Belgian climacteric women.* J Reprod and Infant Psychol 1995; 13: 135-46.
18. World Health Organization. *Research on the menopause in the 1990s.* Report of a WHO scientific group. Geneva: WHO, 1996.

Adres do korespondencji

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

