

Psychospołeczne aspekty funkcjonowania kobiet w okresie postmenopauzalnym – badania wstępne

Psychosocial aspects of functioning of women in postmenopausal period: a preliminary study

Aleksandra Walczak¹, Barbara Wiśniewska²

¹doktorantka I Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Jolanta Rabe-Jabłońska

²Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi;
kierownik Pracowni: dr n. med. Barbara Wiśniewska

Przeгляд Menopauzalny 2012; 6: 474–477

Streszczenie

Wstęp: Funkcjonowanie kobiet w okresie postmenopauzalnym jest utrudnione nie tylko ze względu na występujące objawy somatyczne, będące skutkiem zmian hormonalnych, lecz także z powodu wpływu czynników psychospołecznych. Ich wielość oraz konieczność szybkiego przystosowania się do nowych wymagań życia codziennego może powodować m.in. takie skutki psychologiczne, jak lęk czy depresja.

Cel pracy: Określenie czynników psychospołecznych wyznaczających funkcjonowanie kobiet w okresie postmenopauzalnym oraz ich związku z poziomem lęku i depresyjności.

Materiał i metody: Przebadano 31 pacjentek w wieku 47–62 lat, różniących się licznymi czynnikami psychospołecznymi, wyszczególnionymi w ankiecie autorskiej. Ich związek z poziomem lęku zbadano za pomocą Inwentarza Stanu i Cechy Lęku – polskiej adaptacji *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI). Do pomiaru poziomu depresyjności użyto Inwentarza Depresji Becka (BDI).

Wyniki: Istnieje zależność m.in. pomiędzy wiekiem ($p = 0,022$; $r = 0,411$), zadowoleniem ze związku partnerskiego ($p = 0,038$; $r = -0,374$), występowaniem obecnie problemów emocjonalnych ($p = 0,007$; $r = 0,475$) a poziomem lęku jako stanu oraz zależność między liczbą posiadanych dzieci ($p = 0,009$; $r = -0,461$) i odbytych porodów ($p = 0,011$; $r = -0,448$) a poziomem lęku jako cechy u badanych kobiet. Czynniki psychospołeczne w sposób istotny statystycznie korelującymi z poziomem depresyjności były m.in. wiek ($p = 0,037$; $r = 0,377$) oraz regularność opieki ginekologa ($p = 0,026$; $r = 0,4$).

Wnioski: Wyniki badań jednoznacznie wskazują na wpływ wybranych czynników psychospołecznych na funkcjonowanie kobiet w okresie postmenopauzalnym. Ze względu na podwyższony poziom depresyjności u badanych kobiet zaleca się nie tylko objęcie ich stałą opieką ginekologiczną, lecz także udzielenie im wsparcia psychologicznego.

Słowa kluczowe: menopauza, okres postmenopauzalny, funkcjonowanie społeczne, lęk, depresja.

Summary

Introduction: Women's functioning in the postmenopausal period is more difficult not only due to somatic symptoms caused by hormonal changes but also due to psychosocial factors. Its multiplicity and the necessity of quick adjustment to the new requirements of every-day life may cause e.g. such psychological effects as anxiety or depression.

Aim of the study: to define psychosocial factors determining functioning of postmenopausal women and a correlation with the level of anxiety and depression.

Material and methods: The study group included 31 females (47-60) with different chosen psychosocial factors, specified in a designed questionnaire. The patients completed also the Polish adaptation of State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Beck Depression Inventory (BDI) to analyze the correlation of anxiety and depression with psychosocial factors.

Results: There is e.g. a correlation between age ($p = 0.022$; $r = -0.411$), and satisfaction with relationship ($p = 0.038$; $r = -0.374$), occurrence of current emotional problems ($p = 0.007$; $r = 0.475$) and a level of anxiety

Adres do korespondencji:

Barbara Wiśniewska, Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź

as a state and the correlation between the number of children ($p = 0.009$; $r = -0.461$) and labors ($p = 0.011$; $r = -0.448$) and the level of anxiety as a feature. The psychosocial factors which correlate significantly with depression were e.g. age ($p = 0.037$; $r = -0.377$) and the regularity of gynecological care ($p = 0.026$; $r = 0.4$).

Conclusions: The results of this study indicate an undoubted influence of chosen psychosocial factors on functioning of women in the postmenopausal period. Because of an increased level of depression in analysed females, not only regular gynecological care but also psychological support is recommended.

Key words: menopause, menopausal period, social functioning, anxiety, depression.

Wstęp

Okres postmenopauzalny jest naturalnym, ale dla większości kobiet bardzo trudnym etapem w życiu. Przekwitanie przypada średnio na 40.–55. rok życia, ze średnią występowania w wieku 51 lat [1]. Jest ono uciążliwe nie tylko ze względu na pojawiające się objawy somatyczne, takie jak uderzenia gorąca [2], problemy ze snem [3, 4] czy dysfunkcje seksualne [5], lecz także ze względu na problemy natury psychologicznej – rozdrażnienie, zaburzenia pamięci, koncentracji [2], depresję [2, 6–8] oraz lęk, które utrudniają efektywne funkcjonowanie. Choć zaburzenia lękowe czy depresyjne, przeważające wśród żeńskiej populacji [9, 10], mogą pojawić się w każdym wieku, np. na skutek traumatycznych zdarzeń życiowych, to – jak przytacza część autorów – zwykle występują [11] i nasilają się one u kobiet w okresie postmenopauzalnym. Niebagatelną rolę w leczeniu tego typu zaburzeń odgrywa terapia hormonalna (HT), poprawiająca samopoczucie kobiet menopauzalnych [6, 12] nieujawniających objawów ciężkiej depresji [13, 14]. Przypuszcza się, że poza zmianami hormonalnymi zachodzącymi w tym okresie ważną rolę odgrywają również czynniki psychospołeczne mogące modyfikować samopoczucie i funkcjonowanie kobiet [15–18]. Jednym z nich jest na przykład syndrom „pustego gniazda”, który wpływa negatywnie na satysfakcję z życia oraz wzmacnia nastrój depresyjności [19] i może być potęgowany przez pojawiające się niekiedy w tym okresie problemy małżeńskie, spowodowane spadkiem zainteresowania seksualnego partnerów [20]. Czynniki, które mają wpływ na relacje małżeńskie, są również objawy andropauzy partnera [21]. Niebagatelną rolę w okresie postmenopauzalnym odgrywają dobre warunki socjoekonomiczne oraz wsparcie społeczne [22], które jest silnie skorelowane z zadowoleniem z życia [23]. Na zdrowie fizyczne, jak również psychiczne ko-

biety w okresie postmenopauzalnym wpływa styl życia, zatrudnienie [16–18] oraz zajmowana pozycja społeczna [15], a wielość objawów menopauzalnych zależy od pozytywnego stosunku samej kobiety do przekwitania oraz procesu starzenia się [16].

Cel pracy

Celem pracy było określenie czynników psychospołecznych wyznaczających funkcjonowanie kobiet w okresie postmenopauzalnym i ich związku z poziomem lęku i depresyjności.

Materiał i metody

Badaniami objęto 31 kobiet w okresie postmenopauzalnym w wieku 47–62 lat (średnia wieku wynosiła 53 lata, mediana 53 lata, SD +5,2 roku) o zróżnicowanym stanie cywilnym (tab. I). Grupa różniła się także pod kątem innych wybranych czynników psychospołecznych, scharakteryzowanych w tabeli II. Wszystkie kobiety wyraziły zgodę na uczestnictwo w badaniach psychologicznych. Zastosowano autorską ankietę składającą się z 24 pytań dotyczących danych demograficznych, psychologicznych oraz danych ginekologicznych wyszczególnionych w tabelach I i II. Do zbadania poziomu lęku u kobiet w okresie postmenopauzalnym użyto In-

Tab. I. Stan cywilny i średni wiek badanych kobiet ($n = 31$)

Stan cywilny	Liczba badanych	%	Średni wiek [lata]	SD średniego wieku pacjentek
panna	4	13	60	±4,546
mężatka	17	55	51	±4,507
rozwidziona	9	29	54,4	±4,096
wdowa	1	3	48	0,000
łącznie	31	100	53,097	±3,287

Tab. II. Podział czynników psychospołecznych

Czynniki demograficzne	- wykształcenie - status zawodowy - miejsce zamieszkania - warunki materialne
Czynniki psychologiczne	- zadowolenie ze związku z partnerem - problemy emocjonalne w okresie dorastania - obecne problemy emocjonalne - obecna opieka psychologiczna - obecne zaburzenia pamięci, koncentracji uwagi, myślenia, drażliwość i inne
Czynniki ginekologiczne	- wiek wystąpienia pierwszej miesiączki - liczba dzieci - liczba porodów - liczba lat od daty ostatniej miesiączki - stosowanie HT - występujące objawy somatyczne - występujące choroby przewlekłe - opieka ginekologa i regularność wizyt

HT – terapia hormonalna (hormonal therapy)

wentarza Stanu i Cechy Lęku – polskiej adaptacji *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI). Jest to kwestionariusz składający się z dwóch skal: skali X-1 do badania lęku jako stanu i skali X-2 do badania lęku jako cechy. Zadaniem osoby badanej było ustosunkowanie się do 20 zamieszczonych stwierdzeń. Poziom depresji zmierzono

za pomocą Inwentarza Depresji Becka (BDI). Służy on do samooceny m.in. odczuwanego nastroju, poczucia porażki, poziomu niezdecydowania, zaburzeń łaknienia i snu. Każde z pytań zawiera 4 stwierdzenia o różnym stopniu nasilenia, a zadaniem pacjenta jest wybranie tylko jednej z proponowanych odpowiedzi.

Tab. III. Korelacje pomiędzy poszczególnymi czynnikami psychospołecznymi a poziomem lęku i depresji

Czynniki psychospołeczne	Lęk – stan	Lęk – cecha	Poziom depresyjności
wiek	$p = 0,022^*$ $r = 0,411$	$p = 0,04^*$ $r = 0,37$	$p = 0,037^*$ $r = 0,377$
stan cywilny – brak współmałżonka	$p = 0,840$ $r = 0,038$	$p = 0,71$ $r = -0,07$	$p = 0,924$ $r = -0,018$
wykształcenie	$p = 0,590$ $r = 0,101$	$p = 0,864$ $r = -0,032$	$p = 0,939$ $r = 0,014$
status zawodowy	$p = 0,263$ $r = 0,206$	$p = 0,695$ $r = 0,073$	$p = 0,844$ $r = 0,037$
miejsce zamieszkania	$p = 0,696$ $r = 0,073$	$p = 0,733$ $r = -0,064$	$p = 0,446$ $r = -0,412$
warunki materialne	$p = 0,162$ $r = -0,258$	$p = 0,074$ $r = -0,325$	$p = 0,086$ $r = -0,314$
zadowolenie ze związku	$p = 0,038^*$ $r = -0,374$	$p = 0,012^*$ $r = -0,445$	$p = 0,08$ $r = -0,319$
problemy emocjonalne w okresie dorastania	$p = 0,297$ $r = 0,194$	$p = 0,195$ $r = 0,239$	$p = 0,921$ $r = 0,019$
obecne problemy emocjonalne	$p = 0,007^*$ $r = 0,475$	$p = 0,002^*$ $r = 0,544$	$p = 0,263$ $r = 0,207$
obecna opieka psychologiczna	$p = 0,526$ $r = 0,118$	$p = 0,221$ $r = 0,226$	$p = 0,434$ $r = 0,146$
obecne zaburzenia	$p = 0,303$ $r = 0,191$	$p = 0,364$ $r = 0,169$	$p = 0,581$ $r = 0,103$
liczba obecnych zaburzeń	$p = 0,296$ $r = 0,194$	$p = 0,07$ $r = 0,33$	$p = 0,04^*$ $r = 0,375$
wiek wystąpienia pierwszej miesiączki	$p = 0,095$ $r = -0,305$	$p = 0,017^*$ $r = -0,424$	$p = 0,058$ $r = -0,344$
liczba dzieci	$p = 0,084$ $r = -0,315$	$p = 0,009^*$ $r = -0,461$	$p = 0,19$ $r = -0,242$
liczba porodów	$p = 0,09$ $r = -0,31$	$p = 0,011^*$ $r = -0,448$	$p = 0,231$ $r = -0,222$
rok ostatniej miesiączki	$p = 0,045^*$ $r = -0,363$	$p = 0,214$ $r = -0,23$	$p = 0,275$ $r = -0,202$
stosowanie HT	$p = 0,537$ $r = -0,115$	$p = 0,966$ $r = 0,008$	$p = 0,467$ $r = 0,136$
występujące objawy somatyczne	$p = 0,418$ $r = -0,151$	$p = 0,752$ $r = 0,059$	$p = 0,417$ $r = 0,151$
występujące choroby przewlekłe	$p = 0,74$ $r = 0,062$	$p = 0,518$ $r = 0,121$	$p = 0,569$ $r = -0,106$
opieka ginekologa	$p = 0,471$ $r = 0,134$	$p = 0,624$ $r = 0,092$	$p = 0,261$ $r = 0,208$
regularność opieki ginekologicznej	$p = 0,48$ $r = 0,132$	$p = 0,48$ $r = 0,132$	$p = 0,026^*$ $r = 0,4$

* $p < 0,05$; HT – terapia hormonalna (hormonal therapy)

Analiza statystyczna

Do oceny zależności między badanymi zmiennymi zastosowano metodę współczynnika korelacji Spearmana oraz test istotności dla dwóch średnich *t*-Studenta. Za istotny statystycznie przyjęto poziom $p < 0,05$. Wyniki badań ujęto jako średnie wraz z odchyleniem standardowym (SD). Do analizy statystycznej wykorzystano program komputerowy Statistica for Windows PL (S.5.5) firmy StatSoft (licencja Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”).

Wyniki

Korelacje wybranych czynników psychospołecznych z poziomem lęku i depresyjności są częściowo istotne statystycznie (tab. III). Wiek, zadowolenie ze związku partnerskiego oraz liczba lat od daty ostatniej miesiączki korelowały ujemnie, natomiast ilość obecnych problemów emocjonalnych dodatnio z poziomem lęku jako stanem u badanych kobiet. Wiek badanych, wiek wystąpienia pierwszej miesiączki, liczba dzieci i porodów oraz zadowolenie ze związku korelowały ujemnie, natomiast występowanie obecnie problemów emocjonalnych dodatnio z poziomem lęku jako cechą i były istotne statystycznie. Wiek kobiet oraz regularność wizyt u ginekologa w sposób znamieny statystycznie korelowały dodatnio z poziomem depresyjności. Pozostałe czynniki nie korelowały w sposób istotny statystycznie z poziomem lęku i depresyjności.

Dyskusja

Dotychczas większość badań dotyczyła wpływu stężeń hormonów na występowanie epizodów depresyjnych u kobiet menopauzalnych [11, 24], natomiast przeprowadzono niewiele analiz na temat znaczenia czynników psychospołecznych. Średni wiek badanych wynosił 53 lata i jest on nieco wyższy od przedstawianego w literaturze średniego wieku kobiet menopauzalnych [1]. Nasze badania dowodzą, iż wraz z wiekiem rośnie poziom lęku jako stanu i jako cechy oraz poziom depresyjności, co może być związane ze zmianą ról życiowych i występowaniem np. syndromu „pustego gniazda” [19]. Udowodniony brak zależności pomiędzy obecnie występującymi objawami somatycznymi a lękiem i depresją może być spowodowany np. otrzymywanym wsparciem społecznym [22] lub z ra-

cji wstępnego charakteru badań – małą liczebnością grupy. Wykazano natomiast, że poziom depresyjności nasila się, gdy wzrasta ilość różnych zaburzeń funkcji poznawczych, np. pamięci, koncentracji uwagi, myślenia i innych, które mogą być spowodowane pogorszeniem samopoczucia kobiet mającym związek z mniej efektywnym funkcjonowaniem. Co ciekawe, wg autorów tych badań nie ma korelacji między stosowaniem HTZ a poziomem lęku i depresyjności, co pozostaje w sprzeczności z większością badań [6, 12, 24]. Istnieje jednak zależność między zadowoleniem ze związku, liczbą dzieci i porodów a obniżaniem się poziomu lęku. Dobrostan psychiczny związany z zadowoleniem z relacji z partnerem oraz posiadaniem rodziny wpływa więc pozytywnie na samopoczucie kobiet. Inne czynniki psychospołeczne, takie jak brak współmałżonka, stan cywilny, wykształcenie, status zawodowy, miejsce zamieszkania i warunki materialne nie korelowały w sposób istotny statystycznie z poziomem lęku i depresyjności, co jest w opozycji do reszty badań świadczących o związku objawów menopauzalnych z czynnikami psychospołecznymi [16–18]. Fakt objęcia ankietowanych kobiet opieką psychologiczną i ginekologiczną nie koreluje z poziomem lęku i depresyjności, natomiast regularność wizyt u ginekologa łączyła się z depresyjnością. Może to być spowodowane brakiem dostatecznego wsparcia i poszukiwaniem pomocy w kontaktach z lekarzem. Poznanie roli czynników psychospołecznych w funkcjonowaniu kobiet menopauzalnych może przyczynić się do opracowania modelu optymalizacji opieki ginekologicznej i psychologicznej.

Wnioski

Istnieje wpływ wybranych czynników psychospołecznych na funkcjonowanie kobiet w okresie postmenopauzalnym. Ze względu na podwyższony poziom depresyjności zalecana jest nie tylko regularna opieka ginekologiczna, lecz także psychologiczna nad kobietami w okresie postmenopauzalnym.

Piśmiennictwo

1. The North American Menopause Society. Common clinical issues during perimenopause and beyond. In: Menopause practice: A clinician's guide. 3rd ed. Cleveland 2007; 29-101.
2. Schindler AE. Climacteric symptoms and hormones. *Gynecol Endocrinol* 2006; 22: 151-4.
3. Joffe H, Soares CN, Cohen LS. Assessment and treatment of hot flushes and menopausal mood disturbance. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26: 563-80.
4. Wilczak M, Samulak D, Mojs E i wsp. Uwarunkowania zaburzeń snu u kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą i niestosujących hormonalnej terapii zastępczej. *Prz Menopauz* 2010; 14: 407-13.
5. Schnatz PF, Whitehurst SK, O'Sullivan DM. Sexual dysfunction, depression, and anxiety among patients of an inner-city menopause clinic. *J Womens Health (Larchmt)* 2010; 19: 1843-9.
6. Soares CN. Can depression be a menopause-associated risk? *BMC Medicine* 2010; 8: 79.
7. Avis NE, Crawford S, Stellato R, Longcope C. Longitudinal study of hormone levels and depression among women transitioning through menopause. *Climacteric* 2001; 3: 243-9.
8. Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM, et al. Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. *Am J Public Health* 2001; 91: 1435-42.
9. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychol Bull* 1987; 101: 259-82.
10. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34: 98-111.
11. Walaszek P, Mazur P, Płachta Z. Czy stan hormonalny kobiet w okresie menopauzy jest przyczyną zaburzeń nastroju o typie depresji? *Prz Menopauz* 2002; 6: 33-7.
12. Birkhäuser MH, Panay N, Archer DF, et al. Updated practical recommendations for hormone replacement therapy in the peri- and postmenopause. *Climacteric* 2008; 11: 108-23.
13. Ditkoff EC, Crary WG, Cristo M, Lobo RA. Estrogen improves psychological function in asymptomatic postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 991-5.
14. Palinkas LA, Barrett-Connor E. Estrogen use and depressive symptoms in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 30-6.
15. Anderson D, Posner N. Relationship between psychosocial factors and health behaviours for women experiencing menopause. *Int J Nurs Pract* 2002; 8: 265-73.
16. Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Dudley E. Factors affecting sexual functioning of women in the mid-life years. *Climacteric* 1999; 2: 254-62.
17. Olofsson AS, Collins A. Psychosocial factors, attitude to menopause and symptoms in Swedish perimenopausal women. *Climacteric* 2000; 3: 33-42.
18. Gannon L. Menopausal symptoms as consequences of dysrhythmia. *J Behav Med* 1993; 16: 387-402.
19. Liu LJ, Guo Q. Life satisfaction in a sample of empty-nest elderly: a survey in the rural area of a mountainous county in China. *Qual Life Res* 2008; 17: 823-30.
20. Jakiel G, Pilewska-Kozak AB, Łepecka-Klusek C i wsp. Mężczyźni kobiet menopauzalnych. Część II. Relacje partnerskie i seksualne. *Prz Menopauz* 2009; 13: 97-101.
21. Mędraś M. Andropauza i menopauza – dwie strony tego samego problemu. *Prz Menopauz* 2002; 12: 54-8.
22. Woods NF, Lentz M, Mitchell E. The new woman: health-promoting and health-damaging behaviors. *Health Care Women Int* 1993; 14: 389-405.
23. Newsom JT, Schultz R. Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychol Aging* 1996; 11: 34-4.
24. Janicka K. Wpływ terapii hormonalnej na styl poznawczy i depresję kobiet w okresie menopauzy. *Prz Menopauz* 2008; 12: 61-8.