

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

Stress, symptoms and opinions on menopause in relation to depressed mood in women aged 45-55 years. An analysis within the framework of modified psychosocial model of menopausal depression

Eleonora Bielawska-Batorowicz

Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego; p.o. dyrektora: dr n. hum. Eleonora Bielawska-Batorowicz

Przeгляд Menopauzalny 2006; 2: 68–74

Streszczenie

Cel pracy: W artykule przedstawiono wyniki badań nad uwarunkowaniami obniżonego nastroju u kobiet w wieku okołomenopauzalnym. Podstawą teoretyczną badań była zmodyfikowana wersja psychospołecznego modelu depresji menopauzalnej J. Greene'a. Dokonana modyfikacja uwzględniała rolę stresu i wsparcia społecznego oraz negatywnych postaw wobec menopauzy i intensywnych objawów, jako zmiennych istotnie zwiększających ryzyko pojawienia się obniżonego nastroju. Przewidywano przy tym 2 rodzaje oddziaływań – bezpośrednie i pośrednie. W pierwszym przypadku zwiększony poziom stresu mógł sprzyjać pojawianiu się obniżonego nastroju. W drugim zwiększony poziom stresu sprzyjał nasilaniu się objawów i negatywnych postaw wobec menopauzy, co przyczyniło się do pojawiania się obniżonego nastroju.

Materiał i metody: W badaniach uczestniczyły 183 kobiety w wieku 45–55 lat. Wykorzystano w nich kwestionariusze pozwalające na pomiar obniżonego nastroju (*inwentarz depresji Becka*), poziomu doświadczanego stresu (*skala odczuwanego stresu Cohena*), stresujących wydarzeń (*skala oceny ponownego przystosowania się Holmesa i Rahe*), wsparcia społecznego (*kwestionariusz Nielanda*), przekonań dotyczących menopauzy i natężenia objawów menopauzalnych (*polska wersja Menopause Representation Questionnaire Hunter i O'Dea*).

Wyniki: Na podstawie przeprowadzonej analizy regresji wielokrotnej stwierdzono, że obniżonemu nastrójowi u kobiet sprzyjają intensywne odczuwane objawy menopauzalne i wysoki poziom odczuwanego stresu.

Wnioski: Spośród przekonań dotyczących menopauzy istotną rolę pełni przekonanie o okresie menopauzalnym jako nowej fazie życia, która *chroni* przed występowaniem obniżonego nastroju.

Słowa kluczowe: menopauza, depresja w okresie menopauzy, stres, objawy menopauzalne

Summary

Objective: The aim of the study was to look for factors linked to menopausal depression. The study was based on the modified version of psychosocial model of menopausal depression developed by J.G. Greene. It was hypothesized that depression would be linked to level of stress, attitudes towards menopause and intensity of symptoms. Factors affecting the level of stress, such as social support, were also considered.

Material and methods: The participants were 183 women aged 45-55 yrs with no diagnosis of clinical depression. The measures included Beck Depression Inventory, Menopause Representation Questionnaire, Social Support Scale, Social Readjustment Rating Scale, Scale of Stress. Multiple regression analysis, Pearson correlation coefficients and t-tests were used.

Results: The findings indicate that the level of depression was explained in 38% by the high level of experienced stress and high intensity of menopausal symptoms. It was also found that negative opinions on menopause were not linked to depression. The opinions that were more important for depression were positive ones, particularly the opinion of menopausal transition being the new phase of a female life. Sharing this opi-

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

nion were linked to lower level of depression. Together with symptoms and stress this variable explained 45% of the variance of depression.

Conclusion: The menopausal depression is increased by the intensity of symptoms and the high level of experienced and decreased by the opinion that menopausal transition is the new phase of a female life.

Key words: menopause, menopausal depression, stress, menopausal symptoms

Wstęp

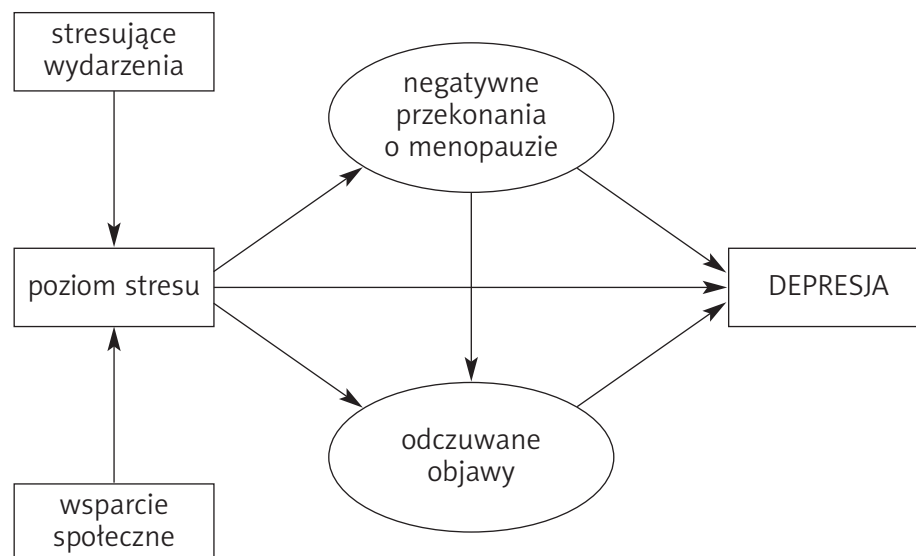
Objawy takie jak obniżenie nastroju, napięcie nerwowe, czy zakłócenia koncentracji nie są traktowane jako typowe dla okresu menopauzalnego [1], choć mogą mieć z nimi wiele wspólnego [2]. Jak pokazują badania opinii, występowania takich objawów oczekuje i obawia się zdecydowana większość kobiet [3]. Depresyjne zaburzenia nastroju oraz depresja częściej dotyczą kobiet niż mężczyzn, a okres okołomenopauzalny, zdaniem niektórych autorów [4], sprzyja depresji ze względu na współwystępowanie biologicznych i pozabiologicznych czynników etiologicznych i patoplastycznych. Uwarunkowania depresji w okresie menopauzalnym były przedmiotem rozważań od wielu lat, co doprowadziło do opracowania kilku koncepcji wyjaśniających pojawianie się obniżonego nastroju i depresji [5]. Wśród nich znalazły się koncepcje łączące depresję ze zmianami hormonalnymi (hipoteza efektu bezpośredniego), objawami menopauzalnymi, które są następstwem zmian hormonalnych (hipoteza domina), a także z utratą zdolności prokreacyjnych (hipoteza psychodynamiczna). Stosunkowo największy zakres czynników sprzyjających depresji uwzględniła tzw. hipoteza psychospołeczna, zgodnie z którą obniżenie nastroju jest związane z sytuacją życiową i osobowością kobiety. Jedną z wersji tej koncepcji zaproponował J.G. Greene [6].

Kluczowym punktem koncepcji J.G. Greene'a jest pojęcie menopauzalnej podatności na depresję (*menopausal vulnerability*). Autor rozumie je jako współdziałanie 3 rodzajów oddziaływań: mechanizmu hormonalnego, mechanizmu psychospołecznego i stresu. Mechanizm hormonalny obejmuje nie tylko spadek poziomu estrogenów, ale również związane z nim objawy. Jest to więc swoiste połączenie oddziaływań uwzględnianych w hipotezach efektu bezpośredniego i efektu domina. Estrogeny poprzez swoje oddziaływanie na neurotransmitery mogą wpływać na funkcjonowanie układu limbicznego i hipokampa [5, 7], co zdaniem J.G. Greene'a [6] nie tyle prowadzi do obniżenia nastroju, ile upośledza zdolność do radzenia sobie i zwiększa podatność na zmiany emocjonalne, zwłaszcza wówczas, gdy pojawią się trudne sytuacje życiowe. Mechanizm psychospołeczny uwzględniła indywidualną koncepcję menopauzy i postawę wobec niej. Jest więc skutkiem charakterystycznych dla danej kobiety wyobrażeń i oczekiwań związanych z menopauzą, które mogą kształtować się pod wpływem oddziaływań społecznych. O roli takich oddziaływań dla indywidualnego odbioru menopauzy

wspominano wcześniej [8–10]. Im bardziej negatywny jest indywidualny obraz menopauzy, im więcej w nim elementów związanych z jej niekorzystnymi skutkami, tym większe ryzyko pojawienia się trudności w radzeniu sobie i obniżonego nastroju. Zdaniem J.G. Greene'a [6] menopauzalna podatność na depresję, wyznaczona mechanizmem hormonalnym i psychospołecznym ulega aktywacji wskutek stresu. Tym samym ryzyko depresji jest większe u kobiet znajdujących się w trudnych sytuacjach życiowych, doświadczających oddziaływania licznych stresorów.

Przyjmując założenia prezentowanej tu koncepcji trzeba traktować depresję u kobiet w okresie menopauzalnym jako zjawisko, które może wystąpić wówczas, gdy pojawią się elementy tworzące menopauzalną podatność. Warto uwzględnić przy tym znane prawidłowości dotyczące roli wsparcia społecznego dla oceny działających stresorów i radzenia sobie ze stresem [11]. Charakterystyczny dla kobiety stan stresu może być więc traktowany jako efekt doświadczanych przez nią stresorów i uzyskiwanego wsparcia społecznego, którego dopasowanie do potrzeb jednostki może zmniejszać niekorzystne oddziaływanie tych stresorów. Warto więc wprowadzić modyfikacje do przedstawianego tu modelu i uwzględnić rolę czynników warunkujących oddziaływanie stresu, a także jednoznacznie określić te elementy mechanizmu hormonalnego i psychospołecznego, które oddziałują na występowanie obniżonego nastroju. Zmodyfikowaną wersję modelu przedstawiono na ryc. 1.

Zgodnie z przyjętymi założeniami depresja w okresie menopauzalnym jest skutkiem oddziaływania 3 grup czynników. Są nimi objawy związane ze zmianami hormonalnymi, negatywne przekonania i nastawienie wobec menopauzy oraz intensywność stanu stresu. Poziom stresu jest uwarunkowany zakresem doświadczanych wydarzeń i dostępnym wsparciem społecznym. Przedstawiany tu model uwzględnia przy tym bezpośrednio i pośrednio oddziaływanie wymienionych czynników. Z bezpośrednimi oddziaływaniami mamy do czynienia wówczas, gdy wysoki poziom stresu przyczynia się do obniżania się nastroju, co stwierdzono we wcześniejszych badaniach [12]. Pośrednie oddziaływania mogą ujawniać się dwiema drogami. Po pierwsze, w stanie silnego stresu mogą ulec zintensyfikowaniu objawy menopauzalne. To zaś, zgodnie z hipotezą domina, może sprzyjać pojawieniu się obniżonego nastroju. Po drugie, silny stres może wzmocnić efekt negatywnych postaw i przekonań dotyczących menopauzy stanowiących jeden z elementów warunkujących depresję.



Ryc. 1. Uwarunkowania depresji w okresie okołomenopauzalnym – proponowany model determinant depresji opracowany na podstawie koncepcji J.G. Greene’a

Negatywne przekonania sprzyjają również ocenie doświadczanych objawów, mogą prowadzić do częstszego podkreślania ich uciążliwości, a także koncentrowania się na nich, co może odzwierciedlić się w ocenie własnej sytuacji i pośrednio przyczynić się do obniżenia nastroju. Zgodnie z koncepcją J.G. Greene’a menopauzalna podatność na depresję jest efektem łącznego oddziaływania wszystkich mechanizmów. Jest więc prawdopodobne, że ujawnią się również wszystkie zależności uwzględnione w zmodyfikowanym modelu.

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań była weryfikacja zmodyfikowanego modelu podatności na depresję w okresie menopauzalnym opartego na koncepcji psychospołecznej J.G. Greene’a, zwłaszcza wskazanie roli stresu, wsparcia społecznego i przekonań dotyczących menopauzy w pojawianiu się obniżonego nastroju u kobiet w wieku okołomenopauzalnym.

Materiał i metody

W przeprowadzonych badaniach¹ uczestniczyły 183 kobiety w wieku 45–55 lat. Wzorzec miesiączkowania wskazywał, że 135 kobiet (74%) znajdowało się we wczesnym lub późnym okresie perimenopauzalnym, a 48 kobiet (26%) w okresie pomenopauzalnym (klasyfikacja STRAW [13]). U tych kobiet od ostatniej miesiączki upłynęło 12–24 mies. Kobiety w okresie perimenopauzalnym były młodsze ($49,25 \pm 2,54$) od kobiet w okresie pomenopauzalnym ($51,55 \pm 2,36$) ($p < 0,003$). Wśród badanych znalazło się 137 kobiet (75%) z wykształceniem średnim lub

wyższym. Większość kobiet pozostawała w związkach małżeńskich (142 osoby – 78%). Żadna z badanych kobiet nie miała klinicznego rozpoznania depresji, nie przebyła operacji chirurgicznej na narządach płciowych i nie stosowała hormonalnej terapii zastępczej,

Zastosowano kwestionariusze oparte na metodzie samoopisu, pozwalające na ocenę każdej ze zmiennych uwzględnionych w modelu. Depresję mierzono *inwentarzem depresji Becka* (BDI), składającym się z 21 itemów uwzględniających emocjonalne, poznawcze, motywacyjne i somatyczne objawy depresji. Każdy z itemów ma 4 warianty odpowiedzi uwzględniające zróżnicowane natężenie objawów. Wyniki uzyskiwane w BDI wahają się w przedziale 0–63 pkt, a wynik powyżej 10 pkt jest traktowany jako sygnał depresji. Psychometryczne parametry BDI są satysfakcjonujące, a samo narzędzie często stosowane w badaniach psychologicznych. Przyjmuje się przy tym, że wyniki w przedziale 10–18 pkt wskazują na łagodną depresję, w przedziale 19–29 na umiarkowaną depresję, a 30 i więcej pkt na ciężką depresję [14]. W prezentowanych badaniach wyniki BDI były traktowane jako wskaźnik obniżonego nastroju.

Objawy i ich natężenie, a także przekonania dotyczące menopauzy mierzono za pomocą kwestionariusza *Menopause Representation Questionnaire* (MRQ) Hunter i O’Dea [15] we własnej adaptacji. Kwestionariusz składa się z 2 części. Pierwsza część pozwala na scharakteryzowanie 20 objawów, więc na potwierdzenie ich występowania i subiektywną ocenę natężenia na 3-punktowej skali (wyższy wynik punktowy oznacza silniejsze natężenie odczuwanych objawów), a druga na poznanie opinii i przekonań o menopauzie. Wyróżniono kilka kategorii opinii, które tworzą podskale tej części kwestionariusza. Kategorie te to nega-

tywne następstwa menopauzy dla funkcjonowania kobiety (5 itemów), ulga z powodu ustania miesiączkowania (2 itemy), nowa faza w życiu (2 itemy), krótki okres trwania zmian związanych z menopauzą (2 itemy), długi okres trwania zmian związanych z menopauzą (2 itemy), kontrola własnego stanu i posiadanie zasobów na poradzenie sobie z menopauzą (4 itemy). W każdej kategorii wyższy wynik punktowy (poszczególne itemy oceniane na skali od 1 *zdecydowanie nie zgadzam się* do 5 *zdecydowanie zgadzam się*) wskazywał na silniejsze podzielenie przekonań.

Skala oceny ponownego przystosowania się Holmessa i Rahe (SOPP) pozwoliła na określenie liczby stresujących wydarzeń w ciągu ostatnich 12 mies. oraz ich intensywności [16]. Skalę tworzy lista 43 zdarzeń (negatywnych i pozytywnych), spośród których dokonuje się wyboru, a uzyskany wynik stanowi sumę punktów przypisanych wszystkim zaznaczonym wydarzeniom. Wyższe wyniki wskazują na doświadczanie większej liczby stresujących wydarzeń. Skala odczuwanego stresu Cohena (SOS) (w adaptacji Z. Juczyńskiego) pozwoliła na pomiar stopnia, w jakim doświadczane sytuacje były odczuwane jako stresujące. Im wyższy wynik, tym większe jest natężenie odczuwanego stresu.

Wsparcie społeczne mierzono za pomocą skali do pomiaru wsparcia społecznego Nielanda (adaptacja własna). Zawiera ona listę źródeł wsparcia społecznego (np. członkowie najbliższej rodziny, przyjaciele, przedstawiciele służby zdrowia, instytucje i organizacje społeczne). Wsparcie oceniane jest wg 3 kryteriów – pożądane wsparcie, uzyskane wsparcie i ocena uzyskanego wsparcia. Ocena źródeł wsparcia dokonywana jest na 4-punktowej skali od 1 (wcale) do 4 (wyjątkowo) niezależnie dla każdego kryterium. Rzetelność polskiej wersji skali jest

satysfakcjonująca [17]. W bieżącej analizie uwzględniono tylko jedno kryterium – ocenę uzyskanego wsparcia.

W analizie statystycznej prowadzonej z wykorzystaniem pakietu SPSS 12.0 zastosowano parametryczne testy istotności dla średnich (przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$), analizę korelacji oraz analizę regresji wielokrotnej.

Wyniki

Natężenie depresji, negatywnych przekonań dotyczących menopauzy oraz stresu

Wyniki w inwentarzu depresji Becka znajdowały się w przedziale 0–29 pkt. Średni wynik dla całej grupy (12,84±6,73), zgodnie z podanymi wyżej kryteriami, mieści się w granicach łagodnej depresji. Spośród badanych 58 kobiet (32%) uzyskało wynik poniżej 10 pkt, co wskazuje na brak objawów depresji. Wśród pozostałych 80 osób (44%) uzyskało wyniki wskazujące na łagodną, a 45 (24%) na umiarkowaną depresję. Podgrupy kobiet w okresie perimenopauzalnym i pomenopauzalnym nie różniły się istotnie pod względem średnich wskaźników depresji (tab. I). Wspomniane podgrupy uzyskały wyniki świadczące o podzieleniu przekonań dotyczących negatywnych następstw menopauzy, kontroli nad swoim stanem, ulgi związanej z ustaniem miesiączkowania, choć nie różniły się istotnie w tym zakresie. Dane przedstawione w tab. I wskazują również, że kobiety w okresie peri- i pomenopauzalnym nie różniły się w zakresie liczby stresujących wydarzeń i poziomu stresu, odczuwanych objawów oraz oceny uzyskiwanego wsparcia. Dalsze analizy prowadzono więc łącznie dla całej badanej grupy.

Tab. I. Depresja, stres, odczuwane objawy, ocena uzyskanego wsparcia społecznego oraz przekonania dotyczące menopauzy – średnie (odchylenia standardowe) uzyskane przez badane pacjentki w okresie perimenopauzalnym (N=135) i pomenopauzalnym (N=48)

Zmienna	Kobiety w okresie perimenopauzalnym	Kobiety w okresie pomenopauzalnym	p
poziom depresji	13,71 (7,06)	14,41 (6,89)	0,735
poziom stresu	5,42 (1,95)	6,23 (2,45)	0,219
stresujące wydarzenia	113,54 (80,17)	120,00 (85,33)	0,793
odczuwane objawy	23,75 (6,33)	22,59 (7,18)	0,564
ocena wsparcia	22,50 (5,81)	20,05 (6,37)	0,179
negatywny wpływ	16,25 (2,83)	16,55 (2,73)	0,721
ulga	6,58 (2,08)	6,73 (1,66)	0,798
nowa faza	5,25 (1,77)	5,95 (2,01)	0,214
krótko	5,79 (1,53)	5,82 (1,91)	0,959
długo	5,13 (1,59)	5,00 (1,57)	0,791
kontrola	12,88 (3,24)	14,45 (2,91)	0,090

Uwarunkowania depresji

Wartości i znak współczynników korelacji dla wskaźników poziomu stresu, wsparcia społecznego i stresujących wydarzeń, przedstawione w tab. II, pozwalają potwierdzić zakładane w teoretycznym modelu związku poziomu stresu, wsparcia i działających stresorów. Można również przyjąć istnienie silnego związku przekonań o negatywnych następstwach menopauzy i natężenia odczuwanych objawów. Dodatnio korelują ze sobą również inne zmienne modelu – natężenie objawów i poziom depresji, przekonania o negatywnych następstwach menopauzy i poziom depresji, poziom stresu i odczuwane objawy oraz poziom stresu i przekonania o negatywnych następstwach menopauzy. Jak wynika z danych w tab. II, poziom depresji jest związany nie tylko z negatywnymi przekonaniami o menopauzie, ale również z pozytywnymi przekonaniami. Poziom depresji jest niższy u kobiet podzielających przekonania, że okres menopauzalny jest nową fazą w życiu ($r=-0,38$), trwa krótko ($r=-0,23$), a związane z nim zmiany można kontrolować ($r=-0,40$).

Związek wszystkich uwzględnionych w modelu teoretycznym zmiennych z poziomem depresji analizowano za pomocą regresji wielokrotnej, optymalizując model metodą eliminacji wstecznej. Zmienne wprowadzono do równania blokami, które odpowiadały trzem mechanizmom tworzącym podatność na depresję. Pierwszy blok stanowiły zmienne związane ze stresem: obciążenie stresującymi wydarzeniami życiowymi (wynik SOPP), poziom odczuwanego stresu (wynik SOS) oraz ocena uzyskanego wsparcia społecznego (wynik w skali Nielanda). W drugim bloku znalazła się intensywność odczuwanych objawów menopauzalnych (wynik I czę-

ści MRQ), a w trzecim przekonania dotyczące menopauzy (wyniki w podskalach z II części MRQ).

Jak wynika z danych przedstawionych w tab. III w końcowym modelu regresji znalazły się 3 zmienne – poziom stresu, odczuwane objawy oraz przekonanie, że menopauza jest nową fazą w życiu – które łącznie wyjaśniały 45% wariacji wyników w zakresie poziomu depresji. Znaki współczynników B wskazują, że wyróżnione zależności są zgodne z teoretycznymi założeniami. Poziom depresji wzrasta wraz ze zwiększaniem się natężenia odczuwanych objawów i poziomu stresu. Na podstawie wyników analizy wielozmianowej nie można potwierdzić związku przekonań o negatywnych następstwach menopauzy z natężeniem poziomu depresji. Nie oznacza to, że nastawienie do menopauzy, które zgodnie z założeniami teoretycznymi miało stanowić jeden z elementów sprzyjających depresji, nie jest związane ze stanem emocjonalnym. Wyniki analizy wskazały bowiem na istotną rolę pozytywnych przekonań. Podzielanie przez badane kobiety poglądu, że menopauza jest nową fazą życia, sprzyjało niższemu poziomowi depresji.

Omówienie wyników

Prezentowane rezultaty wskazują na występowanie obniżonego nastroju tak w okresie perimenopauzalnym, jak i pomenopauzalnym, o czym świadczą średnie w *inwentarzu depresji Becka* dla obu podgrup kobiet. Średnie te nie różniły się jednak istotnie. Warto zwrócić ponadto uwagę, że blisko 1/3 badanych uzyskała wyniki świadczące o braku objawów depresji. Wskazuje to, że obniżenie nastroju w okresie okołomenopauzalnym nie jest zjawiskiem powszechnym i nieuniknionym.

Tab. II. Współczynniki korelacji r Pearsona dla poziomu depresji, stresu, przekonań dotyczących menopauzy, odczuwanych objawów i oceny uzyskanego wsparcia społecznego

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
I poziom depresji	–	0,14	0,47*	-0,33*	0,45*	-0,15	-0,38*	-0,23*	0,29*	-0,40*	0,54*
II stresujące wydarzenia	0,14	–	0,32*	-0,13	0,13	-0,06	-0,14	-0,25*	0,15	-0,27*	0,08
III poziom stresu	0,47*	0,32*	–	-0,27*	0,49*	-0,11	-0,12	-0,11	0,22*	-0,41*	0,35*
IV ocena wsparcia	-0,33*	-0,14	-0,27*	–	-0,22*	0,24*	0,13	0,09	-0,37*	0,27*	-0,24*
V negatywne następstwa	0,45*	0,13	0,49*	-0,22*	–	-0,13	-0,08	-0,12	0,36*	-0,42*	0,47*
VI ulga	-0,15	-0,06	-0,11	0,24*	-0,13	–	0,50*	0,27*	-0,41*	0,34*	0,05
VII nowa faza	-0,38*	-0,14	-0,12	0,13	-0,08	0,50*	–	0,45*	-0,38*	0,39*	-0,17
VIII krótki czas	-0,23*	-0,25*	-0,11	-0,09	-0,12	0,27*	0,45*	–	-0,53*	0,37*	-0,17
IX długi czas	0,29*	0,15	0,22*	-0,37*	0,36*	-0,41*	-0,38*	-0,53*	–	-0,54*	0,19
X kontrola	-0,40*	-0,27*	-0,41*	0,27*	-0,42*	-0,34*	0,39*	0,37*	-0,54*	–	-0,19*
XI objawy	0,54*	0,08	0,35*	-0,24*	0,47*	0,05	-0,17	-0,17	0,19	-0,19*	–

* $p < 0,05$

Obie podgrupy kobiet nie różniły się również pod względem postaw wobec menopauzy, choć doniesienia z niektórych badań [18] sygnalizują, że po przebyciu menopauzy nastawienie do niej może zmienić się na bardziej pozytywne.

Podstawowym celem prowadzonych analiz było poszukiwanie zmiennych wyznaczających występowanie obniżonego nastroju. Przyjęto przy tym założenia koncepcji psychospołecznej J.G. Greene'a, stąd oczekiwane zależności dotyczyły związku depresji z poziomem stresu, intensywnością objawów menopauzalnych oraz przekonaniami dotyczącymi menopauzy. Wyniki analizy regresji wykazały, że obniżony nastrój u kobiet w okresie okołomenopauzalnym jest wyznaczany przez poziom odczuwanego stresu i intensywność objawów, co potwierdza założenia modelu teoretycznego. Podobne rezultaty uzyskali także inni autorzy [19–22], wykazując, że wśród czynników sprzyjających depresji ważne są nie tyle zmiany hormonalne, ile sytuacja życiowa kobiet, w tym działające stresory. Przedstawiane w artykule wyniki wskazują, że dla występowania depresji istotne są również przekonania dotyczące menopauzy. Wbrew założeniom zawartym w modelu teoretycznym istotny związek z poziomem depresji nie dotyczył jednak przekonań o negatywnych następstwach menopauzy dla funkcjonowania kobiety. Znaczenia tego typu przekonań nie można potwierdzić na podstawie przeprowadzonej analizy regresji, choć wcześniejsza analiza korelacji wskazała na możliwość istnienia takiej zależności.

Rezultaty analizy regresji wskazały, że spośród przekonań dotyczących menopauzy istotnie związane z poziomem depresji jest przekonanie o nowej fazie życia, która rozpoczyna się wraz z wejściem w okres menopauzy. Podzielanie tego przekonania obniżało poziom depresji, nawet w przypadku nasilonego poziomu stresu i intensywnych objawów. Wydaje się, że ten typ przekonań spełnia swoistą *funkcję ochronną* i ogranicza tendencję do uwzględniania głównie niekorzystnych następstw zmian menopauzalnych. Inne przekonania, jak wykazały przeprowadzone analizy, nie pełnią takiej *funkcji ochronnej*. Wydaje się, że negatywne przekonania mogą sprzyjać intensyfikowaniu niekorzystnych doświadczeń związanych z menopauzą. Może to prowadzić do koncentracji na objawach i zmodyfikowanej oceny ich uciążliwości. To z kolei może przyczynić się do narastania wskaźników obniżonego nastroju. Choć wspomniane tu zależności są zgodne z teoretycznym modelem, to wyniki przeprowadzonej analizy regresji nie pozwalają ich potwierdzić.

Przedstawione w artykule rezultaty wskazują na zasadność przyjętych założeń teoretycznych. Wśród zmiennych istotnie powiązanych z poziomem depresji znalazły się zmienne reprezentujące wszystkie typy mechanizmów wyznaczających menopauzalną podatność na depresję, a więc mechanizmu hormonalnego (objawy), mechanizmu psychospołecznego (przekonania dotyczące menopauzy) oraz stresu. Tak jak przewidywano wysoki poziom stresu oraz duże natężenie objawów zwiększały

Tab. III. Depresja u kobiet a objawy menopauzalne, stresujące wydarzenia, poziom stresu, ocena wsparcia społecznego i przekonania dotyczące menopauzy – wyniki analizy regresji

Model/zmienne w modelu	B	SE B	p	R	R ²
Model wyjściowy					
stresujące wydarzenia	-0,004	0,008	0,571	0,706	0,498
poziom stresu	0,645	0,317	0,045		
ocena wsparcia	-0,165	0,110	0,138		
odczuwane objawy	0,241	-,078	0,003		
negatywne następstwa	0,247	0,235	0,297		
ulga	0,229	0,373	0,541		
nowa faza	-1,065	0,424	0,014		
krótki czas	-0,050	0,434	0,909		
długi czas	-0,249	0,580	0,669		
kontrola	-0,268	0,245	0,279		
Model końcowy					
poziom stresu	0,912	0,266	0,001	0,677	0,459
odczuwane objawy	0,297	0,068	0,000		
nowa faza	-1,067	0,327	0,002		

ryzyko wystąpienia obniżonego nastroju. Taki związek intensywności objawów i depresji jest zgodny z założeniami hipotezy domina. Poziom depresji ulegał natomiast obniżeniu w przypadku posiadania pozytywnych przekonań dotyczących menopauzy. Choć nie jest to w pełni zgodne z przyjętymi założeniami podkreślającymi rolę negatywnych przekonań, to jednak pozwala potwierdzić, że nastrój kobiet w okresie zmian menopauzalnych jest uzależniony od ich nastawienia do menopauzy.

Warto zwrócić uwagę na dwa ograniczenia przeprowadzonych badań. Po pierwsze, ich program mógł być bardziej interesujący dla kobiet (dobór próby nie był losowy), dla których menopauza i zmiany emocjonalne stanowiły sytuację trudną. Udział w badaniach mógł stanowić dla nich okazję do refleksji nad sobą, stąd przewaga w grupie kobiet ze wskaźnikami obniżonego nastroju. Po drugie, wszystkie dane zbierano w tym samym czasie i za pomocą narzędzi opartych na samoopisie, co mogło wzmacniać efekt interakcji zmiennych.

Wnioski

1. Obniżony nastrój u kobiet w okresie menopauzalnym jest związany z obecnością intensywnych objawów i wysokim poziomem odczuwanego stresu.
2. Przekonania o negatywnych następstwach menopauzy nie były związane z wysokim natężeniem depresji. Badania wykazały istotną rolę pozytywnych przekonań, zwłaszcza przekonania o menopauzie jako nowej fazie w życiu, które pełniło *funkcję ochronną* i współwystępowało z obniżonym poziomem depresji.

Piśmiennictwo

1. Badania nad menopauzą w latach 90. (2001). Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera. Łódź 2001.
2. Banger M. Affective syndrome during menopause. *Maturitas* 2002; 41 Suppl. 1, 13-8.
3. Podgórska J. Mity menopauzy (Ten problem). *Polityka* 2003; 13 (2497): 4-11.
4. Krogulski S. Depresje menopauzalne. W: T. Pertyński (red.) *Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego*. Urban & Partner, Wrocław 2004: 175-87.
5. Bielawska-Batorowicz E. Koncepcje menopauzy. Część III – ujęcie psychopatologiczne. *Prz Menopauz* 2005; 4 (5): 24-31.
6. Greene JG. The psychosocial vulnerability model of the menopause. In: T. Aso T. Yanaihara S. Fujimoto (red.) *The menopause at the millenium. The proceedings of the 9th International Menopause Society World Congress on the Menopause*. The Parthenon Publishing Group, New York 2000: 536-9.
7. Douma SL, Husband C, O'Donnell ME, et al. Estrogen-related mood disorders. Reproductive life cycle factors. *ANS Adv Nurs Sci* 2005; 28 (4): 364-75.
8. Bowles CL. *The Menopausal Experience. Sociocultural Influences and Theoretical Models*. W: R. Formanek (red.) *The Meanings of Menopause. Historical, Medical and Clinical Perspectives*. The Analytic Press, Hillsdale 1990: 157-75.
9. Berger G. *Menopause and culture*. Pluto Press, London 1999.
10. Bielawska-Batorowicz E. Koncepcje menopauzy. Część I – ujęcie demograficzne i kulturowe. *Prz Menopauz* 2005, 2: 10-8.
11. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Red. Sęk H, Cieślak R. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.

12. Davison GC, Neale JM. *Abnormal psychology*. Wiley & Sons, New York 2001.
13. Netz Y, Zach S, Denerstein L, et al. The menopausal transition: does it induce women's worries about aging? *Climacteric* 2005; 8 (4): 333-41.
14. Gotlib IH, Hammen CL. *Psychological aspects of depression. Toward cognitive – interpersonal integration*. Wiley & Sons, Chichester 1992.
15. Hunter M, O'Dea I. Cognitive appraisal of the menopause: the Menopause Representations Questionnaire (MRQ). *Psychol, Health Med* 2001, 6: 65-76.
16. Sanderson CA. *Health psychology*. Wiley & Sons, New York 2004.
17. Bielawska-Batorowicz E. Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1995.
18. Bielawska-Batorowicz E. Sposób prezentowania menopauzy a ocena związanych z nią zmian. *Prz Menopauz* 2004; 3: 24-30.
19. Lipńska-Szałek A, Sobczuk A, Pertyński T. Wpływ czynników biologicznych i psychospołecznych na psychiczne aspekty okresu okołomenopauzalnego. *Prz Menopauz* 2003; 6: 55-61.
20. Denerstein L, Lehert P, Burger H. Mood and the menopausal transition. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 658-91.
21. Woods N F, Mitchell E S. Pathways to depressed mood for midlife women: Observation from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Res in Nursing & Health* 1997; 20:119-29.
22. Avis NE. Depression during the menopausal transition. *Psychol Women Quart* 2003; 27: 91-100.

Przypisy

1. W zbieraniu części przedstawionego materiału uczestniczyła Klaudia Syrowy.