

# Rola terapii hormonalnej w życiu kobiet w okresie menopauzy

## *The role of hormone therapy in the lives of menopausal women*

Leszek Putyński, Karolina Janicka

Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego;  
dyrektor Instytutu: prof. dr hab. Eleonora Bielawska-Batorowicz

Przeгляд Menopauzalny 2011; 6: 457–463

### Streszczenie

**Cel pracy:** Celem podjętych badań była ocena skuteczności terapii hormonalnej (*hormonal therapy* – HT) stosowanej u kobiet w okresie menopauzalnym, tj. różnic w występowaniu i nasileniu objawów menopauzalnych między kobietami poddawanymi i niepoddawanymi terapii hormonalnej.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 60 kobiet (30 kobiet z menopauzą niestosujących HT oraz 30 kobiet z menopauzą, u których stosowano HT) w wieku 45–70 lat. Do pomiaru częstości intensywności objawów menopauzalnych użyto skali Greena i kwestionariusza „Zdrowie kobiet” (*The Women’s Health Questionnaire* – WHQ) Hunter.

**Wyniki:** Wyniki badań wykazały, że istnieją różnice w występowaniu i nasileniu objawów menopauzalnych między kobietami stosującymi HT a kobietami niestosującymi tej terapii. Więcej objawów menopauzalnych i bardziej nasilonych występuje u kobiet pozbawionych HT.

**Wniosek:** Stosowanie HT należy uznać za uzasadnione. Znacząco łagodzi ona niepożądane objawy menopauzalne i tym samym może ułatwiać codzienne funkcjonowanie kobiet.

**Słowa kluczowe:** menopauza, terapia hormonalna, model biopsychospołeczny, model wieloczynnikowy.

### Summary

**The aim** of the conducted study was to evaluate the efficiency of the hormone therapy used by women at the menopausal stage, i.e. the assessment of differences in frequency and intensity of menopausal symptoms in women subject to hormone therapy in comparison to those who are not.

**Material and methods:** The study was conducted among 60 women (30 women with menopause using hormone therapy and 30 women with menopause without any treatment) aged from 45 to 70 years. The frequency and intensity of menopausal symptoms were measured with the scale of Greene and the Women’s Health Questionnaire (WHO) by M. Hunter.

**Results:** The results showed that there were differences in the occurrence and severity of menopausal symptoms between women subjected to hormone therapy and those who do not use this type of treatment. Women with no hormone therapy demonstrate more menopausal symptoms with more severity in comparison to their counterparts with hormonal treatment.

**Conclusion:** The use of hormonal therapy should be considered legitimate, as it significantly reduces the undesirable symptoms of menopause and it may facilitate the everyday well-being of women

**Key words:** menopause, hormonal therapy, bio-psycho-social model, multifactoral model.

### Wstęp

Termin menopauza wywodzi się z języka greckiego i stanowi połączenie dwóch słów: *men* – ‘miesiąc’ i *pau-sis* – ‘przerwa’. Menopauza jest to nazwa ostatniej miesiączki w życiu kobiety, ale zostaje rozpoznana dopiero

po upływie 12 miesięcy, w ciągu których nie pojawiło się krwawienie miesiączkowe. Jest ona spowodowana zanikaniem hormonalnej czynności jajników [1].

Davis określa menopauzę jako lata przejściowe. Inne synonimy to np. klimakterium i okres przekwitania. Zdaniem autorki, są to kolejne normalne lata w życiu

Adres do korespondencji:

Leszek Putyński, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź

każdej kobiety, które mogą przypadać na okres średniej lub późnej dorosłości [2].

Menopauza jako zanik płodności jest jedyną funkcją organizmu kobiety, która tak gwałtownie i bezpowrotnie wygasa. Utrata zdolności reprodukcyjnych, na tak długo przed śmiercią, występuje jedynie wśród kobiet i dotyczy tylko gatunku ludzkiego. Okres postreprodukcyjny u najdłużej żyjących ssaków obejmuje zaledwie 10% całego życia [3].

Hipotez wyjaśniających pojawienie się menopauzy jest wiele. Dawno temu uważano, że to kobiety poprzez swoje „ekscesy wywołane zbytkiem i kaprysy namiętności” odpowiadają za utratę swych zdolności rozrodczych [3, s. 228]. Zanik krwawień menstruacyjnych był też niegdyś tłumaczony niedostatecznym pompowaniem krwi przez naczynia krwionośne [4]. Obecnie niektórzy uznają menopauzę za wynik dobrego odżywiania i znakomitej opieki zdrowotnej, które wydłużyły długość życia współczesnych kobiet. Zanik płodności jest tu rozumiany jako jeden ze skutków zwiększenia długości życia [3]. Nadal jednak otwarte pozostaje pytanie, dlaczego utrata płodności na długo przed końcem życia nie występuje u mężczyzn. Utrzymywanie zdolności reprodukcyjnej u mężczyzn może wynikać z dwóch powodów. Po pierwsze, męski organizm ponosi niższe koszty wynikające z posiadania potomstwa, a które wiążą się głównie z ciążą i porodem. Późne ojcostwo nie zwiększa ryzyka pozostawienia bez opieki dzieci już urodzonych (mężczyźni nie umierają podczas porodu). Po drugie, mężczyźni w mniejszym stopniu niż matki są pewni swojego ojcostwa, a długie utrzymywanie zdolności płodzenia dzieci zwiększa prawdopodobieństwo odniesienia sukcesu reprodukcyjnego [5].

Można się także spotkać z twierdzeniem, że menopauza jest „ewolucyjnie rozwiniętą adaptacją kobiet, polegającą na przesunięciu wysiłków z rodzenia dalszych dzieci na chowanie dzieci już urodzonych oraz wnuków” [3, s. 228]. Według tej hipotezy, kobiety starsze to kobiety starsze fizycznie, dla których kolejne porody mogą zagrażać ich życiu i zdrowiu. Są one jednak obdarzone pewnymi zasobami, którymi nie dysponują kobiety młodsze. Mądrość kobiet dojrzałych wynika z ich większych i bogatszych doświadczeń. Ich zadaniem jest wykorzystywanie tej wiedzy w opiece nad kolejnymi pokoleniami [3].

Menopauza niewątpliwie pełni funkcję ochronną dla kobiety. Może się przyczyniać do: własnego sukcesu reprodukcyjnego – brak kolejnych narodzin chroni zdrowie kobiety, zmniejsza ryzyko śmierci podczas porodu, umożliwia sprawowanie lepszej opieki nad posiadany już potomstwem i doprowadzenie go do okresu zdolności prokreacyjnej; sukcesu reprodukcyjnego krewnych – utrata zdolności rodzenia pozwala na wykorzystanie swoich zasobów w niesieniu pomocy krewnym przy opiece nad ich dziećmi, wspomaganie wysiłków macierzyńskich swoich dzieci zwiększa szansę przeżycia wnucząt [5].

Menopauza występuje jedynie u ludzi, ponieważ tylko ich potomstwo wymaga tak długiej i starannej opieki rodzicielskiej, co z kolei wynika z wysokiego stopnia rozwoju układu nerwowego u tego gatunku. Utrata zdolności reprodukcyjnej zwiększa szansę przeżycia dzieci już urodzonych, gdyż to na nich koncentruje się cała uwaga rodzicielska, a nie jest ona dzielona z młodszym rodzeństwem. Menopauza chroni matki, dzieci – zarówno te narodzone, jak i nienarodzone. Późne decydowanie się na potomstwo zwiększa ryzyko śmierci matki przy porodzie, przedwczesnego porodu, urodzenia dziecka w gorszym stanie zdrowia lub jego okołoporodowej śmierci [5].

Menopauza może też być rozumiana jako następstwo wyczerpania biologicznych zasobów organizmu kobiety. W tym znaczeniu kobiety, które rodzą i karmią dużą liczbę dzieci w początkowym okresie swojej dojrzałości, tracą bezpowrotnie zdolność prokreacji na długo przed śmiercią [3]. Kobiety często decydują się na liczne potomstwo na początku swojej dojrzałości ze względu „na możliwość korzystania z zasobów swoich partnerów i ich ochrony, które także z czasem ulegają wyczerpaniu” [3, s. 229].

Według Joan Borysenko, „kobiety w wieku średnim zaczynają rozwijać męską stronę osobowości, tzw. animus, podczas gdy mężczyźni rozwijają swój aspekt żeński, tzw. animę. Psychika i ciało starszych kobiet oraz mężczyzn zmieniają się w swoje przeciwieństwa. Dowodem tego są zaokrąglone kształty u mężczyzn, a bujniejsze owłosienie u kobiet. Dojrzały mężczyźni stają się pasywni, a kobiety aktywne. Pojawienie się u kobiet wewnętrznego elementu męskiego sprawia, że są one bardziej asertywne, pewne siebie, mają silną potrzebę wyjścia poza wąski świat życia rodzinnego i zrobienia czegoś dla ludzkości [6].

Zgodnie z koncepcją biologiczną, to zmiany hormonalne zachodzące w organizmie kobiety odpowiadają za pojawienie się menopauzy i związanych z nią objawów. W ciągu życia kobiety zmienia się aktywność jajników. Zmniejsza się liczba produkowanych przez jajniki komórek jajowych oraz zmniejsza się stężenie wydzielanych przez nie hormonów. Początkowo, w dniu narodzin, liczba komórek jajowych w jajniku jest największa, następnie stopniowo maleje, a menopauza oznacza ich zupełny brak. Zmniejszenie produkcji estrogenów i progesteronu powoduje ustanie cyklicznych, miesięcznych zmian w śluzówce macicy i zanik krwawień menstruacyjnych [2].

Już na kilka lat przed menopauzą kobiety mogą dostrzegać u siebie objawy menopauzalne, a to z powodu wahań w wartości stężenia wydzielanych przez jajnik hormonów. Czas między kolejnymi miesiączkami wydłuża się, a krwawienie jest coraz bardziej skąpe. Nadal jednak istnieje możliwość zajścia przez kobietę w ciążę [1]. Najistotniejszym czynnikiem w powstawaniu objawów menopauzy jest niedobór estrogenów. Stężenie

estradiolu w organizmie kobiety zmniejsza się o 1/3, a estronu i estriolu o połowę. Ich głównym źródłem staje się kora nadnerczy [7]. Jajniki i nadnercza w okresie menopauzy produkują zmienne ilości słabych estrogenów, a przede wszystkim estronu. Hormon ten jest magazynowany w tkance tłuszczowej. Kobiety otyłe mają zwykle większe stężenie estronu we krwi i u nich objawy mogą przebiegać łagodniej [2].

Hormony produkowane przez jajniki oddziałują nie tylko na narządy związane z rozrodczością, ale także na wiele innych organów i tkanek. Nagłe zmniejszenie ich stężenia nie jest obojętne dla skóry, serca, układu moczowego, wątroby, naczyń krwionośnych, kości i mózgu. Wśród kobiet występują bardzo duże różnice nasilenia zmian w organizmie. Menopauza u każdej kobiety przebiega inaczej, a jej objawy mogą być bardziej lub mniej nasilone [2].

Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) wyróżniają właściwe dla okresu menopauzalnego i związane ze zmianami hormonalnymi objawy specyficzne i niespecyficzne. Specyficznymi są objawy wazomotoryczne, urogenitalne oraz nieregularne miesiączkowanie. Do objawów niespecyficznych, czyli tych, które mogą być wywołane także przez inne czynniki niż zmiany hormonalne, zaliczane są np. depresja, napięcie nerwowe, bezsenność, trudności w koncentracji uwagi, bóle głowy, zawroty głowy, bóle pleców, spadek energii. Czynniki pozahormonalnymi, które mogą wywoływać objawy niespecyficzne, są m.in. sytuacja ekonomiczno-materialna, sytuacja rodzinna i zawodowa, wykształcenie, starzenie się, przyjmowanie używek, np. palenie tytoniu [8].

Pomiar zmian menopauzalnych za pomocą analizy czynnikowej umożliwia wyodrębnienie trzech najczęściej występujących grup objawów: objawów wazomotorycznych (uderzenia gorąca, pocenie się), objawów somatycznych (bóle mięśni, stawów, zawroty głowy, bóle głowy, drętwienie różnych partii ciała, trudności z oddychaniem, zakłócenie czucia w dłoniach i stopach), objawów psychicznych (symptomy charakterystyczne dla niepokoju, jak np. uczucie napięcia, napady lęku, podniecenie, trudności z zasypianiem, trudności z koncentracją uwagi lub symptomy charakterystyczne dla depresji, jak np. smutek, utrata zainteresowań, wybuchy płaczu, uczucie zmęczenia, brak energii do działania) [8].

Zmiany w produkcji estrogenów, a w szczególności zmniejszone stężenie estradiolu może wywoływać: objawy wczesne, które stanowią natychmiastową odpowiedź organizmu na aktualnie zaistniały niedobór estradiolu (objawy wypadowe: uderzenia gorąca, nocne poty, bezsenność; zmiany psychiczne; zaburzenia miesiączkowania); objawy późne, które stanowią odległą w czasie odpowiedź organizmu na długotrwały niedobór estradiolu (zmiany zanikowe układu moczowo-płciowego, suchość pochwy, nietrzymanie moczu, nawracające stany zapalne pochwy, bolesność przy współżyciu, ob-

niżone libido, choroby układu sercowo-naczyniowego, osteoporoza) [1].

Terapia hormonalna (*hormonal therapy* – HT) służy uzupełnianiu brakujących hormonów w organizmie kobiety w okresie menopauzy. Ten rodzaj terapii ma na celu: zmniejszenie wczesnych objawów menopauzalnych, szczególnie wypadowych (krótkotrwałe stosowanie HT); działanie profilaktyczne, zapobiegające przede wszystkim osteoporozie i chorobom układu krążenia (długoterminowe stosowanie HT) [9]. Krótkotrwałą HT to kuracja trwająca od 6 miesięcy do 5 lat [10].

„Decyzja o zalecaniu terapii hormonalnej, dla zarówno celów bliskich, jak i odległych powinna być oparta na zrozumieniu korzyści i ryzyka tego typu terapii, a także na indywidualnych preferencjach kobiety” [9, s. 103].

Głównym zarzutem kierowanym wobec HT jest rakotwórcze działanie hormonów. Według tej hipotezy, kobiety stosujące HT w większym stopniu są narażone na raka sutka niż na zawał serca lub udar mózgu. Jednak w rzeczywistości w dowolnym okresie dorosłego życia u 1 kobiety na 9 rozwija się rak sutka, a tylko 1 na 25 umiera z tego powodu, podczas gdy 1 na 3 kobiety umiera z powodu choroby serca, a 1 na 6 z powodu udaru mózgu [11].

Długoterminowa HT może zwiększać ryzyko raka endometrium i raka sutka. Korzyści płynące z tego rodzaju terapii będą przewyższać straty u kobiet z dużym ryzykiem zawału serca. Wśród kobiet z dużym ryzykiem raka sutka długoterminowa HT będzie zdecydowanie bardziej szkodliwa niż korzystna. Także krótkotrwałą HT może być w swoich skutkach odbierana jako bardziej pozytywna lub negatywna. Krótkotrwałą HT wpływa na poprawę samopoczucia, zachowanie czynności układu moczowego i czynności seksualnych, ale również może powodować nieregularne lub regularne krwawienia u starszych kobiet, napięcie piersi, objawy typu napięcia przedmiesiączkowego, a także wymaga regularnego zażywania leków i wizyt u lekarza [9]. Leczenie hormonalne polega na podawaniu dwóch rodzajów hormonów jajnikowych – estrogenów i progesteronu [12]. Przyczyną większości objawów menopauzalnych jest niedobór estrogenów, dlatego odgrywa on główną rolę w HT. Podawanie progesteronu (syntetyczny progesteron) służy zrównoważeniu działania estrogenów. Oba hormony podawane są w minimalnych dawkach, ale takich, które wykazują skuteczność [10].

Menopauza jest zagadnieniem ciekawym nie tylko dla medycyny, ale także dla psychologii. Medycyna koncentruje się na zmianach hormonalnych zachodzących w okresie klimakterium i ich konsekwencjach zdrowotnych. Psycholodzy natomiast interesują się zmianami emocjonalnymi i psychospołecznymi.

Wyróżnia się dwa psychologiczne modele wyjaśniające zjawisko menopauzy: biopsychospołeczny i wieloczynnikowy. W modelu biopsychospołecznym prokreacja jest zjawiskiem: biologicznym (płeć, stan zdrowia), psychologicznym (osobowość, postawy, poglądy, emo-

cje), społecznym (oczekiwania wynikające z ról związanych z płcią, zachowania akceptowane społecznie itp.). Te trzy czynniki łącznie decydują o tym, jak kobieta spostrzeża i interpretuje swój stan, które dolegliwości przypisuje menopauzie i jakie podejmie działanie. Może bowiem zwrócić się o pomoc lub sama sobie poradzić. Trudno jest przewidzieć, jak dana kobieta będzie przeżywać menopauzę – każda może odbierać ją inaczej [13].

Zgodnie z modelem wieloczynnikowym, fizjologiczne zmiany dokonujące się w organizmie kobiety w czasie przekwitania są następnie przez nią zauważane, oceniane, nazywane objawami menopauzalnymi oraz ujawniane otoczeniu lub przed nim ukrywane. Cały ten proces jest uwarunkowany przez czynniki: biologiczne (zmiany hormonalne oraz choroby somatyczne niezwiązane z menopauzą); psychologiczne (osobowość oraz wyznaczony przez nią sposób radzenia sobie ze stresem); społeczne (kulturowo uwarunkowane poglądy na temat menopauzy i starzenia się, stresujące wydarzenia życiowe, pomoc i społeczne wsparcie). Czynniki te mogą modyfikować ocenę objawów, powodować poszukiwanie pomocy medycznej lub nie. To, że kobieta obserwowane u siebie objawy przypisze zmianom hormonalnym charakterystycznym dla okresu menopauzy, nie oznacza, że uzna za konieczną interwencję medyczną. Być może dzięki wsparciu rodziny i własnym indywidualnym zdolnościom będzie w stanie sama sobie poradzić z dolegliwościami menopauzalnymi. Z kolei brak zdolności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, brak wsparcia, niekorzystna sytuacja życiowa i dodatkowe dolegliwości zdrowotne mogą intensyfikować objawy klimakteryczne i zachęcać do poszukiwania pomocy medycznej [13].

## Cel pracy

Celem badań była ocena wpływu HT na występowanie i nasilenie objawów menopauzalnych. Sformułowano następujące pytanie badawcze: czy istnieją różnice w występowaniu i nasileniu objawów menopauzalnych między kobietami, które stosują HT a kobietami, które tej terapii nie podejmują?

## Materiał i metody

Przeprowadzone badanie objęło kobiety w wieku 45–70 lat. Analizie zostały poddane wyniki 60 osób (30 kobiet z menopauzą i niestosujących HT oraz 30 kobiet z menopauzą, które poddano HT). U żadnej z badanych kobiet nie stwierdzono oznak zaburzeń i patologii, które mogłyby wpłynąć na wyniki mierzonych zmiennych.

W celu zweryfikowania postawionych pytań badawczych zostały zastosowane następujące metody badawcze: skala Greena, kwestionariusz „Zdrowie kobiet” (*The Women’s Health Questionnaire – WHQ*) Hunter.

Skala Greena i WHQ służą do badania występowania oraz stopnia nasilenia objawów menopauzalnych.

Skala Greena tworzy 21 objawów, które są przyporządkowane skalom: skala objawów psychologicznych, która może następnie być dzielona na lęk i depresję; skala objawów somatycznych, skala objawów wazomotorycznych i zaburzenia seksualne. Rzetelność skali Greena określono poprzez dwukrotne przebadanie 50 kobiet z menopauzą w ciągu 2 tygodni. Dla poszczególnych skal przyjęła ona określone wartości: objawy psychologiczne – 0,87; objawy somatyczne – 0,84; objawy wazomotoryczne – 0,83. Wyniki te są statystycznie istotne. Trafność skali sprawdzano metodą trafności diagnostycznej. Symptomy, które zostały potwierdzone przez inne badania, były statystycznie istotne i zostały umieszczone w ostatecznej wersji skali [14].

Kwestionariusz Hunter służy do pomiaru objawów emocjonalnych i fizycznych kobiet w wieku 45–65 lat. Został opracowany z myślą o kobietach w menopauzie, ale może być wykorzystany do badania kobiet w różnym wieku, np. nastolatek cierpiących na depresję. Kwestionariusz bada 36 symptomów dotyczących samopoczucia, dolegliwości fizycznych, doświadczeń seksualnych, objawów wazomotorycznych i menstruacyjnych. Pierwszych 12 pochodzi ze Skali Złości i Depresji Leeds. Pozostałe zostały sformułowane w oparciu o dolegliwości, do których najczęściej przyznawały się kobiety podczas menopauzy. Należą do nich objawy ogólne, wspólne dla obu płci, jak np. ból głowy, i objawy wywołane mniejszym stężeniem estrogenów w organizmie, jak np. suchość pochwy. Kwestionariusz zamyka pytanie, na które odpowiedź stanowi wskazanie najbardziej dokuczliwego objawu. Poszczególne twierdzenia tworzą skale: nastrój depresyjny, symptomy somatyczne, pamięć/uwaga, objawy wypadowe, niepokój, funkcjonowanie seksualne, zaburzenia snu, miesiączkowanie, atrakcyjność [15]. Trafność WHQ zmierzono na podstawie korelacji z Kwestionariuszem Ogólnego Zdrowia (*General Health Questionnaire – GHQ*). Obejmuje on długotrwałe i chroniczne problemy zdrowotne związane z menopauzą, podczas gdy WHQ koncentruje się na krótkoterminowych dolegliwościach. Rzetelność L-Cronbocha dla tej metody mieści się w przedziale 0,69–0,96. Oceniając trafność kwestionariusza w zakresie badania depresji i złości, metodą tą porównano z 30 pytaniami GHQ Goldberga. Współczynnik korelacji dla depresji wyniósł 0,81, a dla złości – 0,46 [15].

Kwestionariusz „Zdrowie kobiet” i skala Greena dostarczają wygodnej klasyfikacji symptomów z grupy objawów somatycznych, wazomotorycznych i psychologicznych. Kwestionariusz „Zdrowie kobiet” umożliwia jednak dokładniejsze określenie fizycznych i psychicznych dolegliwości, ponadto jest bogatszy o pytania dotyczące doświadczeń seksualnych i menstruacyjnych [15].

## Wyniki

Udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące różnic w występowaniu objawów menopauzalnych i ich nasileniu w obu badanych grupach kobiet wymagało zastosowania testu *t*-Studenta. Umożliwił on porównanie dwóch średnich uzyskanych w grupach: kobiet poddanych HT i kobiet, wobec których nie stosowano HT. Wyniki przedstawiono w tabelach I i II.

Wyniki wskazują, że kobiety, które nie były poddawane HT, uzyskały istotnie wyższe wskaźniki dotyczące objawów (mierzonych WHQ), takich jak: depresyjne, somatyczne, wypadowe (związane z takimi doświadczeniami, jak uderzenia gorąca, pocenie się) oraz problemów ze współżyciem seksualnym, z pamięcią i uwagą, miesiączkowaniem, w porównaniu z kobietami poddawanymi HT. Również wskaźnik całkowity objawów menopauzalnych okazał się istotnie wyższy u kobiet niestosujących HT w porównaniu z kobietami stosującymi HT. Zgodnie z danymi uzyskanymi w skali Greena, większe

nasilenie wszystkich badanych objawów menopauzalnych występuje u kobiet niestosujących HT. Różnice okazały się istotne statystycznie w obu badanych grupach w przypadku objawów: psychologicznych, somatycznych, wazomotorycznych, złości, depresyjnych, dysfunkcji seksualnych. Wskaźnik całkowity objawów menopauzalnych także okazał się istotnie wyższy u kobiet niestosujących HT niż u kobiet ją stosujących.

Wyniki badań uzyskane w WHQ oraz skali Greena okazały się spójne i jednoznacznie wskazują na zasadność stosowania HT u kobiet w okresie menopauzalnym. Terapia ta zmniejsza w istotnym stopniu występowanie przykrych dla kobiet dolegliwości menopauzalnych.

## Dyskusja

Zebrany materiał empiryczny oraz jego analiza umożliwiły sprawdzenie, czy HT wpływa na objawy menopauzalne. Okazało się, że istnieją różnice w występowaniu

**Tab. I.** Występowanie i nasilenie objawów menopauzalnych, zgodnie z wynikami uzyskanymi w kwestionariuszu „Zdrowie kobiet” Hunter

	Kobiety stosujące HT (n = 30)		Kobiety niestosujące HT (n = 30)		t	p
	średnia	SD	średnia	SD		
ZDR-G	2,57	1,92	4,27	2,02	-3,32	0,02
D	0,20	0,17	0,34	0,23	-2,64	0,01
S	0,34	0,19	0,51	0,28	-2,75	0,008
P/U	0,32	0,36	0,62	0,37	-3,11	0,003
W	0,25	0,41	0,47	0,39	-2,09	0,04
N	0,29	0,27	0,40	0,31	-1,41	NS
SEX	0,30	0,32	0,49	0,37	-2,08	0,04
SEN	0,36	0,35	0,49	0,37	-1,41	NS
M	0,20	0,24	0,39	0,30	-2,70	0,09
A	0,38	0,41	0,58	0,39	-2,63	NS

A – atrakcyjność; D – nastrój depresyjny; HT – terapia hormonalna (hormonal therapy); M – miesiączkowanie; n – liczebność grupy; N – niepokój; p – poziom istotności; P/U – pamięć/uwaga; S – objawy somatyczne; SD – odchylenie standardowe (standard deviation); SEN – zaburzenia snu; SEX – funkcjonowanie seksualne; t – wartość testu *t*-Studenta; W – objawy wypadowe; ZDR-G – wskaźnik całkowity objawów menopauzalnych.

**Tab. II.** Występowanie i nasilenie objawów menopauzalnych według skali Greena

	Kobiety stosujące HT (n = 30)		Kobiety niestosujące HT (n = 30)		t	p
	średnia	SD	średnia	SD		
GCS	14,73	7,34	24,03	9,47	-4,25	0,001
P	8,93	4,64	13,70	5,38	-3,66	0,001
S	4,00	2,63	6,40	3,36	-3,07	0,003
V	1,07	1,48	2,47	1,81	-3,27	0,002
A	5,27	2,61	7,73	3,18	-3,28	0,002
D	3,63	2,18	6,03	2,68	-3,79	0,001
SEX	0,93	0,86	1,60	0,96	-2,80	0,007

A – złość; D – depresja; GCS – wskaźnik całkowity skali Greena; n – liczebność grupy; p – poziom istotności; P – skala objawów psychologicznych; S – skala objawów somatycznych; SD – odchylenie standardowe (standard deviation); SEX – dysfunkcje seksualne; t – wartość testu *t*-Studenta; V – skala objawów wazomotorycznych.

i nasileniu objawów menopauzalnych między kobietami stosującymi HT i tymi, które nie stosują HT. Więcej objawów menopauzalnych i o większym nasileniu występuje u kobiet, które nie podejmują tego rodzaju terapii.

Terapia hormonalna ma równie dużo zwolenników, jak i przeciwników. Z jednej strony menopauza nie jest chorobą, a naturalnym procesem stanowiącym nieodłączny element starzenia się, a więc wszelkie ingerencje można uznać za niewłaściwe. Z drugiej jednak strony, menopauza wiąże się z wieloma bardzo dokuczliwymi objawami, z którymi kobieta musi sobie radzić coraz dłużej, wydłużeniu ulega bowiem średnia życia całej populacji. Objawy menopauzalne w połączeniu z innymi schorzeniami związanymi z procesem starzenia się zdecydowanie pogarszają jakość życia kobiet. Leczenie menopauzy polega na łagodzeniu dolegliwości z nią związanych i tym samym może ono pełnić funkcję ochronną [11].

Istnieją także medyczne wskazania i przeciwwskazania do stosowania hormonalnej terapii zastępczej. Do przeciwwskazań w jej stosowaniu należą: niezdiagnozowane krwawienia z dróg rodnych, nowotwory hormonalnie zależne (np. rak sutka) lub duże ryzyko ich powstania; czynna choroba zakrzepowo-zatorowa; ostra lub przewlekła choroba wątroby, aktywna choroba niedokrwienności serca i przebyty zawał mięśnia sercowego. Terapię hormonalną można z kolei stosować, gdy: występują objawy menopauzalne, czyli objawy wypadowe i objawy będące skutkiem zmian zanikowych śluzówki w układzie moczowo-płciowym; istnieje duże ryzyko zachorowalności na osteoporozę, aby zapobiec tej chorobie lub jej przeciwdziałać, gdy już się pojawi; istnieje duże prawdopodobieństwo pojawienia się chorób układu sercowo-naczyniowego – ale tylko do zapobiegania tym chorobom, a nie do ich leczenia (rola HT w zapobieganiu chorobom układu sercowo-naczyniowego nadal jest przyczyną sporów) [10]. Terapia hormonalna może w pewnym stopniu chronić także przed rozwojem otępienia typu choroby Alzheimera, wykazano bowiem jej pozytywny wpływ na funkcjonowanie poznawcze, głównie pamięć i szybkość wykonywanych zadań ruchowych [16].

Każdą kobietę należy traktować indywidualnie. Lekarz sprawujący opiekę nad kobietą, będącą w okresie menopauzy, powinien ustalić jej dolegliwości, wyeliminować patologię i określić, co ma związek z menopauzą, a co wykracza poza objawy menopauzalne [12]. Stosowanie lub niestosowanie HT zależy przede wszystkim od samej kobiety. Znaczenie ma tu m.in. wykształcenie, poziom wiedzy na temat menopauzy, dostępności do specjalistów opieki medycznej. Okazuje się, że im wyższe wykształcenie, tym większa znajomość problematyki menopauzy i terapii hormonalnej. Kobiety lepiej wykształcone i mieszkanki dużych miast najczęściej opowiadają się za HT. Wiedza kobiet na temat menopauzy i HT jest w Polsce nadal zbyt mała. Wiele kobiet przyjmuje doświadczane objawy menopauzalne jako wynik starzenia się i nie zgłasza ich lekarzowi specjalście. Poza

tym różny jest dostęp do specjalistów opieki medycznej – utrudniony dostęp do specjalistycznych placówek medycznych mają kobiety z aglomeracji wiejskich, ale także znaczna liczba pań z miast przyznaje, że często opuszcza zalecane wizyty kontrolne u ginekologów [17, 18].

Najczęstszą przyczyną niepodejmowania przez kobiety HT nie jest jednak obawa przed powikłaniami i działaniami ubocznymi tej terapii. Winni są lekarze pierwszego kontaktu, którzy bardzo często nie informują swoich pacjentek o możliwości leczenia dolegliwości menopauzalnych [17]. To, czy kobieta uzna HT za konieczną, zależy także od tego, jak spostrzega menopauzę. Na postawę wobec klimakterium ma wpływ wiele czynników. Nie bez znaczenia jest stan zdrowia kobiety, jej osobowość czy kultura, w której żyje [13].

## Podsumowanie

Menopauza jest wpisana w życie każdej kobiety i to, jak jest doświadczana, zależy od wielu czynników. Natężenie i mnogość objawów mogą być uwarunkowane genetycznie, ale także mogą zależeć od sposobu myślenia o menopauzie. Sama HT – choć łagodzi objawy przekwitania – nie jest w stanie całkowicie wyeliminować klimakterium z życia kobiety. Menopauza jest dla kobiety okresem wielu zmian – nie tylko biologicznych – zachodzących w jej organizmie, ale także psychologicznych, życiowych, które niejednokrotnie są dla niej trudniejsze. Należą do nich m.in.: pojawienie się lub zaostrzenie chorób somatycznych; choroba, śmierć rodziców czy partnera; opuszczenie rodzinnego domu przez dorosłe dzieci; zmiana statusu społeczno-ekonomicznego (przejście na rentę/emeryturę); zmiana myślenia o sobie [19]. Kobiety, które korzystają z pomocy lekarskiej, często mają największe trudności z przystosowaniem się do nowego etapu życia. Nie akceptują menopauzy jako przejawu starzenia się. Oczekując w tym czasie negatywnych zmian w swoim wyglądzie, zachowaniu, podają w wątpliwość własną atrakcyjność, kobiecość. Terapia hormonalna daje im często poczucie kontroli nad tymi niepożądanymi zmianami i nadzieję na zachowanie swojej młodości i witalności na dłużej. Wyniki badań wskazują na zasadność stosowania HT. Dojrzała kobieta to kobieta, która aktywnie działa na wielu polach: jako żona, matka, pracownik, opiekunka starzejących się rodziców. To nagromadzenie ról i okres menopauzy, który ma miejsce w tym czasie, mogą przyczynić się do trudności w funkcjonowaniu psychicznym, somatycznym i w konsekwencji prowadzić do psychopatologii [20]. Terapia hormonalna na pewno nie rozwiązuje wszystkich problemów dojrzałych kobiet, ale przynajmniej odciąża organizm od większości dolegliwości związanych z przekwitaniem. Poprawa jakości życia kobiet po 45. r.ż., które stanowią przeważającą część naszego społeczeństwa [21], jest wystarczającym powodem stosowania HT.

## Piśmiennictwo

1. Cajdler-Łuba A, Sobieszkańska-Jabłońska A, Nadel I, Salata I. Co to jest menopauza? W: Lewiński A (red.). Menopauza bez tajemnic. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
2. Davis S. Zdrowie kobiety – menopauza. Via Medica, Gdańsk 1994.
3. Buss D. Ewolucja pożądania. GWP, Gdańsk 2000.
4. Bielawska-Batorowicz E. Konceptcje menopauzy. Część I – ujęcie demograficzne i kulturowe. Przegł Menopauz 2005; 2: 10-8.
5. Bielawska-Batorowicz E. Konceptcje menopauzy. Część II – ujęcie ewolucyjne i rozwojowe. Przegł Menopauz 2005; 4: 32-7.
6. Borysenko J. Księga życia kobiety: ciało, psychika, duchowość. GWP, Gdańsk 2002.
7. Drzewoski J, Wiśniewska-Jarosińska M. Nadciśnienie tętnicze u kobiet w okresie przekwitania. Folia Medica Lodzensia 1997; 24: 57-70.
8. Bielawska-Batorowicz E. Występowanie objawów uznanych za typowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45–55 lat. Przegł Menopauz 2005; 1: 53-60.
9. Raport WHO – Światowej Organizacji Zdrowia. Badania nad menopauzą w latach 90. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2001.
10. Sobieszkańska-Jabłońska A, Cejder-Łuba A, Nadel I, Salata I. Hormonalna terapia zastępcza. W: Lewiński A (red.). Menopauza bez tajemnic. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
11. Kandys WM. Hormonalna terapia zastępcza – terapia ciągłych kontrolersji. Przegł Menopauzy 2004; 2: 30-8.
12. Mimoun S. Choroba duszy czy ciała? Zaburzenia psychosomatyczne u kobiet. Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 1994.
13. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty okresu przekwitania. Folia Medica Lodzensia 1997; 24: 97-108.
14. Greene JG. Guide to the Greene Climacteric Scale. University of Glasgow 1991.
15. Hunter M. The Women's Health Questionnaire: a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. Psychol Health 1992; 7: 45-54.
16. Biechowska D, Lackorzyński J. Neuropsychologiczne następstwa hormonalnych terapii zastępczych. W: Chybicka A, Kaźmierczak M (red.). Kobieta w kulturze – kultura w kobiecie. Studia interdyscyplinarne, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
17. Mogilnaya I, Rachoń D, Zdrojewski T, Suchecka-Rachoń K. Ocena wiedzy na temat hormonalnej terapii zastępczej oraz jej częstotliwość stosowania wśród 50-letnich mieszkank Gdyni i Sopotu. Wyniki badania SOPKARD i GDYNIKARD. Przegł Menopauz 2005; 2: 28-33.
18. Bińkowska M, Pietrzak B, Dębski R. Hormonalna terapia zastępcza w grupie kobiet polskich w wieku 45–54 lat. Wiedza, opinia, stosowanie. Przegł Menopauz 2005; 2: 19-27.
19. Kogulski S, Lipińska-Szałek A. Depresje menopauzalne – nietypowy obraz kliniczny, leczenie. Przegł Menopauz 2004; 3: 31-8.
20. Duxbury L, Higgins C. Work-life balance in new millennium: Where are we? Where do we need go? Canadian Policy Research Networks, Inc., Ottawa 2001.
21. Karasek M. Konsekwencje starzenia się populacji światowej. W: Lewiński A (red.). Menopauza bez tajemnic. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.