

Funkcjonowanie psychospołeczne i zawodowe kobiet w okresie okołomenopauzalnym

Psychosocial and occupational functioning of women in menopause

Edyta Barnaś¹, Aleksandra Krupińska², Elżbieta Kraśnianin¹, Renata Raś³

¹Katedra Położnictwa, Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego; kierownik Katedry: dr n. med. Edyta Barnaś

²Absolwent kierunku Położnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego

³Kliniczny Oddział Ginekologii i Położnictwa Szpitala Specjalistycznego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie; ordynator Oddziału: prof. dr hab. n. med. Andrzej Skręć

Przeгляд Menopauzalny 2012; 4: 296–304

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy była ocena funkcjonowania psychospołecznego i zawodowego kobiet w okresie okołomenopauzalnym poprzez analizę wpływu wybranych czynników społeczno-demograficznych na przebieg menopauzy oraz ich wpływ na jakość życia badanych.

Materiał i metoda: Badaniem prospektywnym objęto grupę 256 kobiet w okresie okołomenopauzalnym w przedziale wiekowym 48–58 lat, zamieszkałych w województwie podkarpackim. Narzędzie badawcze stanowiły: indeks Kuppermana, skala depresji Becka oraz skrócona wersja Kwestionariusza jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization Quality of Life – WHOQoL-BREF*). Analizę wyników przeprowadzono za pomocą programu Statistica 8.0.

Wyniki: Grupa badanych kobiet była jednorodna pod względem wieku. Średni wiek wystąpienia menopauzy wyniósł 51,2 roku. Większość respondentek zamieszkiwała wieś, najczęściej z innymi członkami rodziny (średnio 4 osoby). Najliczniejszą grupę stanowiły mężatki. Wśród badanych 56,6% to kobiety aktywne zawodowo, bezrobotne stanowiły 26,3%, emerytki – 11,2%, zaś rencistki – 5,9%. Na wystąpienie objawów menopauzalnych mierzonych wg indeksu Kuppermana mają wpływ trzy zmienne: sytuacja materialna ($p = 0,019166$), czas od ostatniej miesiączki ($p = 0,030078$) oraz sytuacja zawodowa badanych ($p = 0,00324$). W populacji nie zidentyfikowano ciężkiej depresji (mierzonej skalą Becka), natomiast najczęściej stwierdzono brak objawów depresji lub łagodną jej postać. Stopień nasilenia depresji zależał od statusu materialnego ($p = 0,00964$) badanych oraz ich aktywności seksualnej ($p = 0,00324$). Jakość życia badanych zależała od statusu zawodowego ($p = 0,0000$) oraz stosowania hormonoterapii ($p = 0,008360$).

Wnioski: Występujące dolegliwości menopauzalne, niedostateczna sytuacja materialna, niestosowanie terapii hormonalnej, brak satysfakcji z pożycia seksualnego determinują złe funkcjonowanie psychospołeczne i zawodowe, pogarszając jakość życia kobiet w okresie menopauzy.

Słowa kluczowe: menopauza, dolegliwości menopauzalne, jakość życia.

Summary

Purpose: The purpose of this study was to evaluate psychosocial and occupational functioning of women in menopause through the analysis of the impact of selected socio-demographic factors on the course of menopause and their influence on women's quality of life.

Material and methods: A prospective study included 256 women in menopause aged between 48 and 58, residents of the Podkarpackie Voivodeship. The Kupperman Index, the Beck Depression Inventory (BDI), and the WHOQOL-BREF – a questionnaire assessing quality of life, were the research tools. The data were analysed using STATISTICA 8.0 software.

Results: The study population was homogenous as far as the age was concerned. The average age of menopause was 51.5 years. The majority of respondents lived in the country with other members of their families (4 people on average). The biggest subgroup included married women. Professionally active respondents com-

prised 56.6% whereas 26.3% were unemployed, 11.2% retired and 5.9% were pensioners. According to the Kupperman Index, the occurrence of menopause symptoms was determined by three variables: financial status ($p = 0.019166$), time since the last period ($p = 0.030078$), and occupational situation ($p = 0.00324$). No cases of severe depression (measured with BDI) were found among respondents. However, the most frequent findings were: no depressive symptoms or mild depression. The degree of depression correlated with the respondent's financial status ($p = 0.00964$) and one's sexual activity ($p = 0.00324$). Respondents' quality of life was determined by their professional status ($p = 0.0000$) and whether hormonal therapy was taken ($p = 0.008360$).

Conclusions: Menopause complaints, insufficient financial status, lack of hormonal therapy, and the lack of satisfaction with one's sexual life determine poor psychosocial and occupational functioning, which decreases the quality of life of women in menopause.

Key words: menopause, menopause complaints, quality of life.

Wstęp

Menopauza – wg definicji Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) ostatnie prawidłowe krwawienie miesięczne w życiu kobiety – jest naturalnym, fizjologicznym okresem wynikającym z wygasania czynności hormonalnej jajników. Okres okołomenopauzalny obejmuje 3 etapy związane z menopauzą: okres przedmenopauzalny, okołomenopauzalny oraz pomenopauzalny [1]. Średni wiek kobiet polskich doświadczających menopauzy wynosi 50–52 lat. Jest to więc wiek, w którym najczęściej kobieta realizuje się jeszcze w życiu rodzinnym (jako żona, matka dorastających dzieci) i zawodowym. Pojawiające się wówczas dolegliwości menopauzalne (wczesne i późne) mogą zasadniczo wpływać na różne obszary jej funkcjonowania, pogarszając jakość życia [2–4, 22–24].

Cel pracy

Celem pracy była ocena funkcjonowania psychospołecznego i zawodowego kobiet w okresie okołomenopauzalnym poprzez analizę wpływu wybranych czynników społeczno-demograficznych na przebieg menopauzy oraz ich wpływ na jakość życia badanych.

Materiał i metoda

Badaniem prospektywnym objęto grupę 256 kobiet w okresie okołomenopauzalnym w przedziale wiekowym 48–58 lat, zamieszkałych w województwie podkarpackim. Badanie zaprojektowano i zrealizowano od stycznia do maja 2010 r. Populację ankietowanych stanowiły kobiety zgłaszające się do Poradni K w celu wykonania rutynowego badania ginekologicznego, cytologicznego, jak również kobiety hospitalizowane w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie. Badane zostały poinformowane o celu i anonimowości prowadzonych badań i wyraziły chęć uczestnictwa w nim. Ostatecznej analizie poddano ankiety uzyskane od 205 kobiet spełniających wszystkie kryteria włączenia do badania.

Grupa badanych kobiet była jednorodna pod względem wieku (średnia wieku $52,8 \pm 3,3$ roku). Średni wiek wystąpienia menopauzy wśród badanych wynosił 51,2 roku. Większość respondentek zamieszkiwała wieś (65,4%).

Mieszkancki małych miast stanowiły 18,5% badanych, natomiast dużych miast – 16,1%. Średnia liczba lat kształcenia wśród respondentek to 13. Wykazano, że istnieją różnice w liczbie lat nauki w podziale na miejsce zamieszkania. Najwięcej lat poświęciły na naukę osoby mieszkające w mieście powyżej 50 tys. mieszkańców, najkrócej uczyły się kobiety pochodzące ze wsi. Najwięcej ankietowanych stanowiły kobiety zamężne (74%), ale posiadanie stałego partnera życiowego deklaruje 79% ogółu. W zdecydowanej większości badane mają potomstwo (najczęściej w liczbie 3), tylko 7,8% kobiet z badanej grupy nigdy nie rodziło. Badane kobiety zamieszkują gospodarstwa domowe wspólnie z innymi członkami rodziny (średnio z 4 osobami). Wśród badanych 56,6% to kobiety aktywne zawodowo, bezrobotne stanowiły grupę 26,3%, emerytki – 11,2%, zaś rencistki – 5,9%. Średnia waga badanych kobiet wyniosła 66 kg. Najniższa waga kobiet wynosiła 45 kg, a najwyższa 105 kg. Średni wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI) ankietowanych kobiet wyniósł 24,26. Ponad połowa respondentek (60,5%) miała wagę w normie. Prawie 1/3 ankietowanych miała nadwagę, a otyłymi było 14 kobiet (6,85%). Jedna badana (0,5%) miała niedowagę.

Badane swoją sytuację materialną oceniły na 3,6 pkt w 5-stopniowej skali Likerta. Oznacza to, że badana grupa posiada dobry status socjoekonomiczny (tab. I i II).

Metodą zastosowaną w pracy była metoda sondażu diagnostycznego, opartego na standaryzowanych kwestionariuszach ankiety:

- indeks Kuppermana – inwentarz samooceny służący do jakościowej i ilościowej oceny objawów klimakterycznych (Kupperman HS, 1959);
- inwentarz depresji Becka składający się z 21 zestawów po 4 stwierdzenia odnoszące się do wymiarów funkcjonowania w ciągu miesiąca od momentu pomiaru. Wynik stanowi sumę udzielonych odpowiedzi (Beck, Ward, Mendelson, 1961);
- skrócona wersja Kwestionariusza jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization Quality of Life* – WHOQoL-BREF) zawierająca 26 pytań, umożliwiająca udzielenie odpowiedzi w 5-stopniowej skali Likerta; ocena dotyczy funkcjonowania osoby w 4 dziedzinach (aspekt psychiczny, zdrowia fizycznego, relacji społecznych i środowiskowych) oraz 2 pozycje

Tab. I. Dane demograficzne badanej populacji

Zmienna	n	Średnia	Me	Mo	Min.	Maks.	Q ₁	Q ₃	SD	V _z
wiek [lata]	205	52,8	53,0	50	48,0	58,0	50,0	56,0	3,3	6,2
wiek ostatniej miesiączki [lata]	70	51,19	51,00	51	44,00	57,00	50,00	53,00	2,47	4,83
liczba lat nauki	205	12,9	13,0	13	8,0	20,0	11,0	14,0	2,6	20,2
wspólne zamieszkiwanie [liczba osób]	205	3,9	4,0	3	0,0	9,0	3,0	5,0	1,8	47,6
sytuacja materialna	205	3,6	4,0	4	2,0	5,0	3,0	4,0	0,7	20,8

n – liczba badanych; min. – minimum; maks. – maksimum; SD – odchylenie standardowe (standard deviation).

Tab. II. Zależność pomiędzy wybranymi cechami społeczno-demograficznymi a występowaniem objawów klimakterycznych wg indeksu Kuppermana

Zmienne	Indeks Kuppermana – zespół objawów								F χ ²	p
	brak objawów		o lekkim nasileniu		o średnim nasileniu		o ciężkim nasileniu			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
	$\bar{x} \pm \delta$		$\bar{x} \pm \delta$		$\bar{x} \pm \delta$		$\bar{x} \pm \delta$			
wiek [lata]	(53,01 ± 3,39)		(52,07 ± 1,95)		(52,10 ± 3,92)		(50,83 ± 2,31)		1,56	0,199405
liczba lat nauki	(12,80 ± 2,47)		(13,44 ± 3,23)		(13,10 ± 3,24)		(13,83 ± 2,31)		0,71	0,545085
liczba osób, z którymi pani mieszka	(3,82 ± 1,89)		(4,03 ± 1,60)		(4,50 ± 1,64)		(3,66 ± 1,86)		0,52	0,668863
sytuacja materialna	(3,66 ± 0,73)		(3,40 ± 0,79)		(3,20 ± 0,42)		(3,00 ± 0,63)		3,38	0,019166
wzrost [m]	(1,65 ± 0,06)		(1,63 ± 0,05)		(1,63 ± 0,09)		(1,64 ± 0,06)		1,08	0,358146
waga [kg]	(66,66 ± 9,94)		(64,85 ± 7,49)		(61,40 ± 11,64)		(64,00 ± 8,22)		1,20	0,309332
czas od ostatniej miesiączki	(10,68 ± 19,52)		(10,78 ± 18,33)		(14,61 ± 16,34)		(58,36 ± 91,87)		3,04	0,030078
liczba porodów	(2,59 ± 1,41)		(2,29 ± 1,32)		(2,50 ± 0,97)		(1,83 ± 0,75)		0,91	0,436978
liczba poronień	(0,43 ± 1,03)		(0,77 ± 1,42)		(0,30 ± 0,67)		(0,16 ± 0,41)		1,05	0,371922
miejsce zamieszkania:										
wieś	104	77,61	19	14,18	9	6,72	2	1,49	7,65	0,026461
miasto do 50 tys. mieszkańców	29	76,32	6	15,79	1	2,63	2	5,26		
miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	29	87,88	2	6,06	0	0	2	6,06		
stan cywilny:										
panna	16	84,21	3	15,79	0	0	0	0	14,67	0,10954
zamężna	120	79,47	20	13,25	9	5,96	2	1,32		
wdowa	15	78,95	1	5,26	1	5,26	2	10,53		
rozwidziona	11	68,75	3	18,75	0	0	2	12,50		
posiadanie partnera:										
nie	33	76,74	6	13,95	1	2,33	3	6,98	3,83	0,27960
tak	129	79,33	21	12,69	9	5,56	3	1,86		
status zawodowy:										
pracuje	93	80,17	12	10,34	7	6,03	4	3,45	24,75	0,00324
bezrobotna	40	74,07	13	24,07	1	1,85	0	0		
rencistka	7	58,33	1	8,33	2	16,67	2	16,67		
emerytka	22	95,65	1	4,35	0	0,00	0	0		
BMI:										
niedowaga	1	100	0	0	0	0	0	0	3,90	0,98517
waga w normie	96	77,42	16	12,9	8	6,45	4	3,23		
nadwaga	54	81,82	9	13,64	1	1,52	2	3,03		
otyłość I stopnia	9	75	2	16,67	1	8,33	0	0		
otyłość II stopnia	2	100	0	0	0	0	0	0		
regularność miesiączek:										
nie	39	61,90	17	26,98	5	7,94	2	3,17	6,87	0,07615
tak	38	84,44	4	8,89	2	4,44	1	2,22		
stosowanie HTZ:										
nie	143	77,30	26	14,05	10	5,41	6	3,24	3,56	0,31195
tak	19	95,00	1	5,00	0	0	0	0,00		
aktywność seksualna:										
nie	46	74,19	9	14,52	4	6,45	3	4,84	1,94	0,58373
tak	116	81,12	18	12,59	6	4,20	3	2,10		

BMI – wskaźnik masy ciała (body mass index); HTZ – hormonalna terapia zastępcza.

określające ogólną jakość życia i ogólny stan zdrowia (*The World Health Organization Quality of Life*, 2004).

Analizę uzyskanych wyników przeprowadzono za pomocą programu Statistica 8.0, przyjmując za istotne statystycznie poziom istotności $p = 0,05$. W analizie użyto testy chi-kwadrat (χ^2) Pearsona oraz test Anova.

Wyniki

Z przeprowadzonych badań wynika, że na wystąpienie objawów menopauzalnych mierzonych wg Indeksu Kuppermana mają wpływ trzy zmienne: sytuacja materialna ($p = 0,019166$), czas od ostatniej miesiączki ($p = 0,030078$) oraz sytuacja zawodowa badanych ($p = 0,00324$). Brak dolegliwości menopauzalnych stwierdzono u ankietowanych mających dobrą/bardzo dobrą sytuację materialną. Wraz ze stopniem nasilania się objawów menopauzalnych obniża się ocena swojego statusu socjoekonomicznego przez badane ($p = 0,019166$). Czas, jaki upłynął od ostatniej miesiączki, ma również istotny wpływ na stopień odczuwania dolegliwości: im dłuższy okres od zakończenia miesiączkowania, tym większe natężenie objawów zgłaszanych przez ankietowane ($p = 0,030078$). Podobną korelację zaobserwowano pomiędzy natężeniem objawów a statusem zawodowym badanych. Najliczniejszą grupę stanowiły respondentki, u których nie występują dolegliwości lub są one odczuwane w stopniu umiarkowanym ($p = 0,00324$; tab. II).

W badanej populacji nie zidentyfikowano respondentek, u których występowałaby ciężka depresja (mierzona skalą Becka), natomiast zdecydowana większość badanych plasowała się w zakresach: brak objawów depresji lub łagodna postać depresji. Średnio respondentki uzyskały 10,64 pkt w Skali depresji Becka. Analizując zależność pomiędzy wybranymi cechami społeczno-demograficznymi a występowaniem depresji wśród badanych, wykazano wpływ statusu materialnego respondentek oraz ich aktywności seksualnej. Badane, które swoją sytuację określały jako dobrą, nie miały depresji lub były w grupie osób z jej łagodną postacią. Natomiast ankietowane określające swój status ekonomiczny jako wystarczający zgłaszały objawy depresji o umiarkowanie ciężkim stopniu nasilenia ($p = 0,00964$). Aktywność seksualna również koreluje z występowaniem depresji – badane aktywne seksualnie w większości nie mają depresji, natomiast u kobiet nieaktywnych seksualnie częściej rozpoznano postać łagodną depresji ($p = 0,00324$; tab. III).

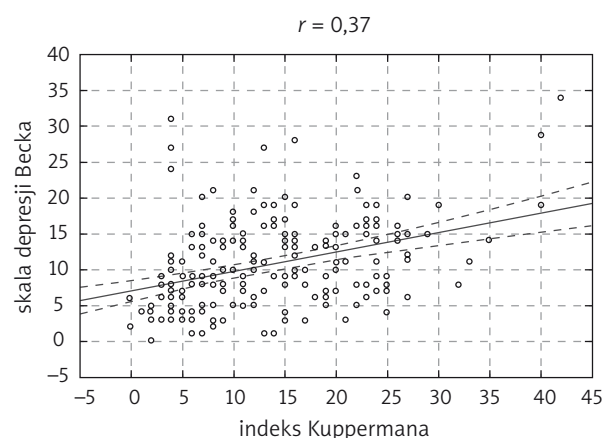
Analizując czynniki wpływające na życie intymne badanych, wykazano, iż wpływ na nie ma zarówno status zawodowy, jak i wiek badanych. Aktywniejsze seksualnie są zarówno osoby pracujące, jak i bezrobotne ($p = 0,02063$). Natomiast biorąc pod uwagę wiek badanych, wykazano satysfakcję z pożycia u osób młodszych ($p = 0,010609$). Ponadto na stopień zadowolenia z życia

intymnego miał wpływ fakt stosowania hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) przez badane ($p = 0,022178$). Średnia długość stosowania HTZ wynosi 41,5 miesiąca (ok. 3,5 roku; tab. IV).

Szukając korelacji pomiędzy użytymi skalami depresji Becka oraz indeksem Kuppermana, wykazano, iż ma ona charakter dodatni ($r = 0,37$; $p = 0,0000$), co oznacza, że wraz ze stopniem nasilania się objawów klimakterycznych mierzonych indeksem Kuppermana zdecydowanie częściej występują symptomy depresyjne wśród badanych (ryc. 1).

Kolejno poddano analizie wyniki skali WHOQOL-BREF oceniającej jakość życia badanych. Średnia wartość, jaką uzyskano dla całej populacji, wyniosła 3,6 pkt. Badane miały możliwość wyboru odpowiedzi w 5-stopniowej skali Likerta, jednak najniższą zaznaczoną wartością były 2 pkt, a najwyższą 5 pkt. Najwyżej punktowane odpowiedzi dotyczyły: sensu życia, dostępności do informacji w życiu codziennym, zadowolenia ze swoich warunków mieszkaniowych, zadowolenia z osobistych relacji z ludźmi oraz zadowolenia z siebie. Najgorzej zostały ocenione: zadowolenie ze snu, zadowolenie z placówek służby zdrowia i zadowolenie z komunikacji. W analizie poszczególnych dziedzin funkcjonowania badanych na podstawie zarejestrowanych odpowiedzi wyraźnie dominuje płaszczyzna somatyczna i środowiskowa, natomiast największe zróżnicowanie występuje w obrębie płaszczyzny socjalnej i psychologicznej (tab. V).

W badanej grupie istnieje istotna statystycznie różnica w ocenie jakości życia, uwzględniając status zawodowy badanych ($p = 0,0000$) – najlepszą jakość życia wykazywały respondentki czynne zawodowo (3,8 pkt) lub będące na emeryturze (3,78 pkt). Równocześnie badane stosujące HTZ miały zdecydowanie lepszą samoocenę jakości życia aniżeli ankietowane niestosujące hormonoterapii ($p = 0,008360$; ryc. 2.).



Ryc. 1. Zależność pomiędzy wynikami uzyskanymi w indeksie Kuppermana a wynikami w skali Becka

Tab. III. Zależność pomiędzy wybranymi cechami społeczno-demograficznymi a występowaniem depresji wśród badanych

Zmienne	Wyniki skali Becka – zespół objawów								F χ^2	p
	brak depresji		łagodna depresja		umiarkowanie ciężka depresja		bardzo ciężka depresja			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
	$\bar{x} \pm \delta$		$\bar{x} \pm \delta$		$\bar{x} \pm \delta$		$\bar{x} \pm \delta$			
wiek [lata]	(52,56 ±3,14)		(53,25 ±3,35)		(51,50 ±4,37)		(0,00 ±0,00)		1,54	0,21624
liczba lat nauki	(13,07 ±2,40)		(12,79 ±2,99)		(11,83 ±1,47)		(0,00 ±0,00)		0,80	0,44881
liczba osób, z którymi pani mieszka	(3,94 ±1,19)		(3,72 ±1,73)		(4,33 ±1,86)		(0,00 ±0,00)		0,50	0,60756
sytuacja materialna	(3,71 ±0,71)		(3,41 ±0,75)		(3,16 ±0,98)		(0,00 ±0,00)		4,75	0,00964
wzrost [m]	(1,64 ±0,06)		(1,65 ±0,06)		(1,69 ±0,09)		(0,00 ±0,00)		1,74	0,17894
waga [kg]	(66,90 ±9,67)		(65,06 ±9,9)		(61,50 ±5,24)		(0,00 ±0,00)		1,53	0,21829
czas od ostatniej miesiączki	(36,21 ±57,4)		(34,76 ±51,95)		(46,53 ±95,21)		(0,00 ±0,00)		0,12	0,88563
liczba porodów	(2,60 ±1,45)		(2,43 ±1,26)		(2,16 ±0,75)		(0,00 ±0,00)		0,60	0,552328
liczba poronień	(0,42 ±1,05)		(0,51 ±1,12)		(0,66 ±0,81)		(0,00 ±0,00)		0,27	0,763223
miejsce zamieszkania:										
wieś	79	58,96	52	38,81	3	2,24	0	0	4,64	0,32519
miasto do 50 tys. mieszkańców	22	57,89	15	39,47	1	2,63	0	0		
miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	24	72,73	7	21,21	2	6,06	0	0		
stan cywilny:										
panna	11	57,89	8	42,11	0	0	0	0	10,37	0,10979
zamężna	98	64,90	49	32,45	4	2,56	0	0		
wdowa	9	47,37	10	52,63	0	0	0	0		
rozwidziona	7	43,75	7	43,75	2	12,5	0	0		
posiadanie partnera:										
nie	20	46,51	21	48,84	2	4,65	0	0	4,86	0,08777
tak	105	64,81	53	32,72	4	2,47	0	0		
status zawodowy:										
pracuje	77	66,38	34	29,31	5	4,31	0	0	9,59	0,14292
bezrobotna	30	55,56	23	42,59	1	1,85	0	0		
rencistka	4	33,33	8	66,67	0	0	0	0		
emerytka	14	60,87	9	39,13	0	0	0	0		
BMI:										
niedowaga	1	100	0	0	0	0	0	0	6,44	0,59738
waga w normie	68	54,84	51	41,13	5	4,03	0	0		
nadwaga	47	71,21	18	27,27	1	1,52	0	0		
otyłość I stopnia	8	66,67	4	33,33	0	0	0	0		
otyłość II stopnia	1	50,00	1	50,00	0	0	0	0		
regularność miesiączek:										
nie	38	60,32	24	38,10	1	1,59	0	0	3,02	0,22034
tak	30	66,67	12	26,67	3	6,67	0	0		
stosowanie HTZ:										
nie	109	58,92	70	37,84	6	3,24	0	0	3,55	0,16906
tak	16	80,00	4	20,00	0	0,00	0	0		
aktywność seksualna:										
nie	27	43,55	32	51,61	3	4,84	0	0	11,46	0,00324
tak	98	68,53	42	29,37	3	2,10	0	0		

BMI – wskaźnik masy ciała (body mass index); HTZ – hormonalna terapia zastępcza.

Dyskusja

W piśmiennictwie istnieje wiele badań epidemiologicznych potwierdzających związek pomiędzy masą ciała, aktywnością fizyczną a stopniem występowania dolegliwości związanych z przekwitaniem [5, 6]. Okres menopauzalny koreluje z przyrostem masy ciała u ko-

biet – niektórzy szacują, że u 44% kobiet po menopauzie występuje nadwaga, a u 23% otyłość [7, 8]. W badaniu własnym średnia waga respondentek wynosiła 66 kg (BMI 24,26), 1/3 badanych miała nadwagę, prawie 7% ogółu stwierdzoną otyłość. Badania Daleya i wsp. jednoznacznie wskazują na pozytywny aspekt regularnej aktywności na zmniejszenie występowania dolegliwo-

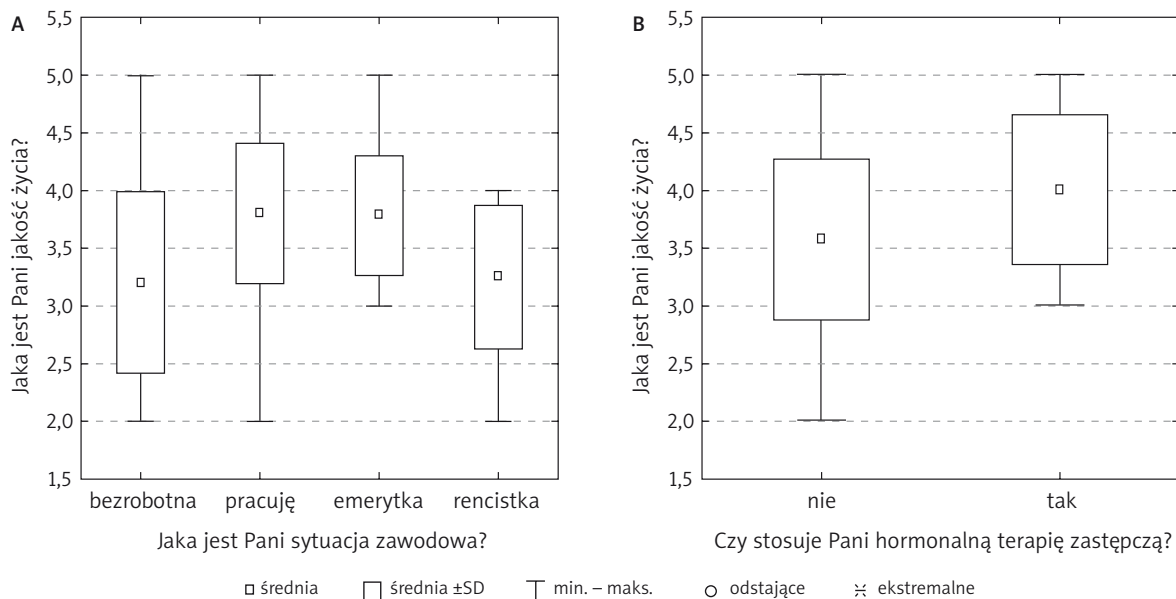
Tab. IV. Zależność pomiędzy wybranymi cechami demograficznymi a aktywnością seksualną badanych

Zmienne	Aktywność seksualna				F χ^2	p
	nie		tak			
	n	%	n	%		
	$\bar{x} \pm \delta$		$\bar{x} \pm \delta$			
wiek	(53,66 \pm 3,31)		(52,39 \pm 3,17)		6,25	0,010609
miejsce zamieszkania:						
wieś	37	27,61	97	72,39	1,78	0,41031
miasto do 50 tys. mieszkańców	12	31,58	26	68,42		
miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	13	39,9	20	60,61		
sytuacja zawodowa:						
pracuje	32	27,59	84	72,41	9,76	0,02063
bezrobotna	13	24,07	41	75,93		
rencistka	8	66,67	4	33,33		
emerytka	9	39,13	14	60,87		
Zmienna	Hormonalna terapia zastępcza				F χ^2	p
	nie		tak			
stopień zadowolenia z życia intymnego	(3,65 \pm 0,91)		(4,17 \pm 0,63)		5,35	0,022178

Tab. V. Podstawowe statystyki opisowe skali oceniającej jakość życia badanych

Pytania składowe skali WHOQOL-BREF	Średnia	SD	Min.	Maks.	Mo	Liczność
1. Jaka jest Pani jakość życia?	3,61	0,70	2	5	4	118
2. Czy jest Pani zadowolona ze swojego zdrowia?	3,37	0,81	1	5	4	88
3. Jak bardzo ból fizyczny przeszkadzał Pani robić to, co Pani powinna?	3,53	0,84	1	5	4	82
4. W jakim stopniu potrzebuje Pani leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania?	3,67	0,95	1	5	3	73
5. Ile ma Pani radości w życiu?	3,51	0,81	1	5	4	94
6. W jakim stopniu ocenia Pani, że Pani życie ma sens?	4,08	0,76	2	5	4	93
7. Czy dobrze koncentruje Pani uwagę?	3,50	0,71	1	5	4	106
8. Jak bezpiecznie czuje się Pani w swoim codziennym życiu?	3,71	0,82	1	5	4	115
9. W jakim stopniu Pani otoczenie sprzyja zdrowiu?	3,59	0,80	1	5	4	100
10. Czy ma Pani wystarczająco energii w swoim życiu?	3,32	0,76	1	5	3	97
11. Czy jest Pani w stanie zaakceptować swój wygląd?	3,71	0,90	1	5	4	100
12. Czy ma Pani wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby?	3,22	0,96	1	5	4	78
13. Na ile dostępne są informacje, których może Pani potrzebować w codziennym życiu?	3,99	0,80	1	5	4	91
14. W jakim zakresie ma Pani sposobność realizowania swoich zainteresowań?	3,30	1,03	1	5	3	80
15. Jak odnajduje się Pani w tej sytuacji?	3,58	0,72	1	5	4	106
16. Czy zadowolona jest Pani ze swojego snu?	3,00	1,05	1	5	4	61
17. W jakim stopniu jest Pani zadowolona ze swojej wydolności w życiu codziennym?	3,73	0,79	1	5	4	102
18. W jakim stopniu jest Pani zadowolona ze swojej zdolności do pracy?	3,61	0,85	1	5	4	95
19. Czy jest Pani zadowolona z siebie?	3,79	0,72	1	5	4	122
20. Czy jest Pani zadowolona ze swoich osobistych relacji z ludźmi?	3,81	0,83	2	5	4	98
21. Czy jest Pani zadowolona ze swojego życia intymnego?	3,42	0,99	1	5	3	72
22. Czy jest Pani zadowolona z oparcia, wsparcia, jakie dostaje Pani od swoich przyjaciół?	3,74	0,96	1	5	4	97
23. Jak bardzo jest Pani zadowolona ze swoich warunków mieszkaniowych?	3,99	0,73	1	5	4	112
24. Jak bardzo jest Pani zadowolona z placówek służby zdrowia?	3,03	1,06	1	5	4	66
25. Czy jest Pani zadowolona z komunikacji?	3,22	0,98	1	5	3	87
26. Jak często doświadczają Pani negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, lęk, rozpacz, depresja?	3,65	0,59	2	5	4	131

WHOQOL-BREF – skrócona wersja Kwestionariusza jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization Quality of Life); SD – odchylenie standardowe (standard deviation); min. – minimum; maks. – maksimum; Mo – modalne.



Ryc. 2. Rozkład zależności pomiędzy jakością życia a sytuacją zawodową (A) i stosowaniem hormonalnej terapii zastępczej (B)

ści menopauzalnych. W przebadanej grupie 1180 kobiet wykazali, że prawidłowy BMI ma wpływ nie tylko na częstość objawów wazomotorycznych czy somatycznych, ale też na samoakceptację i ocenę swojej atrakcyjności. Zdecydowanie gorsze wyniki w tym zakresie osiągnęły kobiety z wysokim BMI [9].

Średni czas, jaki upłynął od ostatniej miesiączki u badanych kobiet w grupie własnej, to 36 miesięcy. Istniało duże zróżnicowanie wśród badanych kobiet pod względem upływu czasu od ostatniej miesiączki. Średni wiek wystąpienia menopauzy dla całej grupy to 49,2 roku, natomiast średni wiek wystąpienia menopauzy naturalnej to 51,2 roku. Wynik ten znajduje potwierdzenie w badaniach Kaczmarek, w których określono wiek menopauzy naturalnej polskich kobiet na 51,25 roku. Próbę stanowiły 7183 kobiety w wieku 35–65 lat. Badania przeprowadzono w latach 2000–2004 [4].

W badaniu własnym HTZ stosowało blisko 10% ankietowanych. Średnia długość stosowania hormonoterapii wynosiła 41,5 miesiąca (ok. 3,5 roku). W badaniu przeprowadzonym przez autora w 2002 r. na podobnej populacji kobiet (336 osób), zamieszkujących ten sam region geograficzny, aż 330 badanych stosowało HTZ, a średni czas stosowania wynosił 2 lata [10].

W badaniu własnym nie wykazano zależności między stosowaniem HTZ a stopniem nasilenia depresji w skali depresji Becka lub stopniem nasilenia objawów klimakterycznych w indeksie Kuppermana. Badania Janickiej i wsp., Makary-Studzińskiej i wsp. jednoznacznie ukazały związek pomiędzy stosowaniem HTZ a nasileniem depresji, który był istotnie wyższy w grupie kobiet niestosujących HTZ [11, 12]. Podobne wyniki uzyskali Skrzypulec i wsp., którzy badali grupę 1049 kobiet za-

mieszkujących teren Śląska i Warmii przy wykorzystaniu indeksu Kuppermana [13]. Cytowani autorzy wykazali, że objawy klimakteryczne nasilają się wraz z wiekiem, złą sytuacją materialną, samotnym zamieszkiwaniem. Wyniki te korelują z wynikami badań własnych, w których czas od ostatniej miesiączki i trudne warunki bytowe korelowały z większym natężeniem dolegliwości menopauzalnych. Według indeksu Kuppermana u 13% badanych rozpoznano zespół objawów wypadowych o lekkim nasileniu, natomiast zespół klimakteryczny o średnim nasileniu występował u 4,8% respondentek. Blisko 3% badanych miało zespół klimakteryczny o ciężkim nasileniu. W badaniach Orzechowskiej i wsp. u ponad 80% respondentek w okresie klimakterium występował zespół charakterystycznych objawów somatycznych i psychoemocjonalnych, natomiast u ponad 60% badanych zaobserwowano obniżenie poczucia zadowolenia z życia oraz niską samoakceptację [14].

Badania Veerusa i wsp., w których badano kobiety przyjmujące HTZ (średni czas stosowania 3,6 roku) i niestosujące hormonoterapii, wykazały pozytywny wpływ HTZ na objawy wazomotoryczne i problemy ze snem, natomiast nie wykazano związku pomiędzy hormonoterapią a jakością życia kobiet [15]. Podobne efekty w zakresie redukcji objawów wazomotorycznych, zmniejszenia problemów ze snem oraz poprawy życia seksualnego uzyskali Welton i wsp. w grupie 3721 kobiet – dane zebrano na podstawie skali CES-D (*Centre for Epidemiological Studies Depression Scale*) oraz EuroQol (*European quality of life Instrument*) [16].

W badaniu własnym wykazano istotną statystycznie zależność ($p = 0,00000$) między jakością snu a natężeniem stanu depresyjnego wg skali depresji Becka: 61% ankietowanych nie miało objawów depresji, ta-

godna depresja dotyczyła 36% badanych, a 3% respondentek miało umiarkowanie ciężką depresję. Badania Jagielskiej i wsp. wykazały istotną statystycznie zależność pomiędzy stopniem nasilenia objawów depresji wg skali Becka a wiekiem wystąpienia ostatniej miesiączki. U kobiet z objawami ciężkiej depresji stwierdzono najniższy wiek wystąpienia ostatniego krwawienia miesięcznego (41,4 roku), natomiast w grupie kobiet, w której nie rozpoznano objawów depresji wg skali Becka, średni wiek wystąpienia ostatniej miesiączki wynosił 48,3 roku. Badania własne nie potwierdziły tej zależności [17].

Badanie wpływu zaburzeń snu na funkcjonowanie codzienne kobiet w okresie menopauzy było przedmiotem zainteresowań licznych autorów. Timura i wsp. badali Turczynki, u których wykazali, że ryzyko wystąpienia zaburzeń snu było 3,9 razy większe u kobiet z depresją niż u kobiet bez objawów depresji (diagnozowanej za pomocą skali Becka). Ryzyko pojawienia się zaburzeń snu było 1,7 razy większe wśród przyjmujących HTZ niż wśród kobiet bez terapii hormonalnej oraz 1,5 razy większe wśród chorych kobiet niż wśród zdrowych. Wzrost wieku o 1 rok wiązał się z 5-procentowym wzrostem ryzyka wystąpienia zaburzeń snu [18]. Ośmioletnie badania Pien i wsp. przeprowadzone na grupie Afroamerykanek oraz kobiet rasy białej ($n = 43$), wykazały jednoznacznie, że niezależnymi czynnikami wpływającymi na jakość snu były: uderzenia gorąca, małe stężenie inhibiny B oraz objawy depresyjne. Rasa nie determinowała jakości snu kobiet [19]. Badania polskie (Wilczak i wsp.) przeprowadzone na grupie 90 kobiet jednoznacznie wskazują, że ingerencja zewnętrzna w postaci podaży hormonoterapii istotnie wpływa na poprawę jakości snu, a pośrednio na zmniejszenie objawów depresji [20, 21].

W badaniu własnym wykazano pozytywną korelację pomiędzy skalą depresji Becka a indeksem Kuppermana ($r = 0,37$; $p = 0,00000$). Badania Jagielskiej i wsp. również wskazują na związek pomiędzy występowaniem depresji wraz z nasilaniem się objawów zespołu menopauzalnego [17]. Podobne wyniki uzyskali Janicka i wsp. wśród kobiet stosujących HTZ oraz jej niestosujących. U kobiet stosujących terapię hormonalną występowały istotne zależności między rodzajem objawów depresyjnych a objawami menopauzalnymi (mierzonymi przy użyciu skali Greena) [11]. W badaniach Krajewskiej i wsp. nasilenie symptomów menopauzalnych u kobiet polskich, białoruskich oraz greckich jest podobne. Autorzy przeprowadzili badania u kobiet po 45. roku życia z Polski ($n = 55$), Białorusi ($n = 50$) oraz Grecji ($n = 85$). Jako narzędzia badawczego użyto skali MRS (*The Menopause Rating Scale*).

Najczęstsze zarejestrowane dolegliwości to: uderzenia gorąca (tylko 3,6% nie zgłaszało uderzeń gorąca), nadmierna drażliwość (dotyczyła ponad 96% badanych). Najbardziej pojawiały się bóle mięśni i stawów (1/3 ogółu) oraz nastrojów depresyjny (w stopniu średnim

i nasilonym ok. 18% ogółu). Respondentki z Grecji odpowiadały podobnie do ankietowanych Polek: najczęstszymi objawami klimakterycznymi były nadmierna nerwowość oraz uderzenia gorąca, a najrzadziej występowały bóle mięśni i stawów oraz bezsenność. Symptomy menopauzalne u Białorusinek pod względem częstości (najczęstsze i najrzadsze) były identyczne jak u Polek [25].

Występowanie problemów zdrowotnych w okresie okołomenopauzalnym ma wpływ na gorszą ocenę jakości życia seksualnego wśród badanych. Osoby depresyjne, pozostające w gorszych relacjach z otoczeniem, mające niską samoocenę, niestosujące HTZ to w badaniu własnym grupa szczególnie narażona na ryzyko braku satysfakcji z pożycia seksualnego oraz na gorszą jakość życia (mierzoną skalą WHOQOL-BREF). Podobne wnioski wysunęli Nusrat i Ahmed Sohoo, którzy przy użyciu skali MRS oraz WHOQOL-BRIEF wykazali wyraźny związek pomiędzy sferą somatyczną a psychiczną, ponadto jeszcze związek pomiędzy ww. sferami, a dolegliwościami uroginekologicznymi wśród kobiet zamieszkujących Pakistan [26]. Korelacja czynników warunkujących poziom libido w okresie menopauzalnym była przedmiotem badań Reeda i wsp., którzy w badaniu wykluczyli kobiety stosujące hormonoterapię oraz mające zdiagnozowaną depresję. Według nich występowanie nocnych potów obniża znacząco libido u kobiet, natomiast poziom libido nie wpływa na jakość snu u kobiet [27].

W badaniach z 2009 r. Verita i wsp. wyciągnęli wnioski, że spadek satysfakcji z pożycia seksualnego u kobiet bez zdiagnozowanej depresji jest zależny od lat edukacji, przychodów i okresu menopauzalnego [28]. Przychód w rodzinie i wynikający stąd status ekonomiczny ma niewątpliwie wpływ na częstość stosowania hormonoterapii przez kobiety [10, 12]. Liczne doniesienia wskazują na wymierne korzyści z terapii hormonalnej – nie tylko w kontekście polepszenia jakości życia seksualnego, ale ogólnej jakości życia poprzez redukcję objawów wynikających z hipostrogenizmu [11–13, 29].

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na uzyskanie wyników potwierdzonych w piśmiennictwie polskim i światowym. Wykazano, że objawy okresu okołomenopauzalnego istotnie wpływają na pogorszenie jakości życia kobiet, szczególnie w aspekcie funkcjonowania psychicznego, społecznego, seksualnego.

Wnioski

W badanym materiale obserwuje się występowanie dolegliwości menopauzalnych u kobiet będących w gorszej sytuacji materialnej, nieczynnych zawodowo, niestosujących HTZ. Ponadto gorsze funkcjonowanie psychiczne prezentują kobiety z niższym statusem socjoekonomicznym, nieaktywne seksualnie. Wszystkie te czynniki determinują jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series 866, Geneva 1996.
2. Genazzani AR, Gambacciani M, Simoncini T. Menopause and aging, quality of life and sexuality. *Climacteric* 2007; 10: 88-96.
3. Morrison JH, Brinton RD, Schmidt PJ, et al. Estrogen, menopause and aging brain: how basic neuroscience can inform hormone therapy in women. *J Neurosci* 2006; 26: 10332-48.
4. Kaczmarek M. Określenie wieku menopauzy naturalnej w populacji polskich kobiet. *Przeł Menopauz* 2007; 2: 77-82.
5. Barnett F. Psychobiological predictors of exercise behaviour in postmenopausal women. *Maturitas* 2009; 63: 41-2.
6. Fanara G, De Vivo A, Giacobbe A, et al. Mood state in pre and postmenopausal women. Influence of personological construct. *Maturitas* 2009; 63: 101-2.
7. Perez JA, Garcia FC, Palacios S, et al. Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. *Maturitas* 2009; 62: 30-6.
8. Lambrinouadaki I, Brincat M, Erel CT, et al. EMAS position statement: Managing obese postmenopausal women. *Maturitas* 2010; 66: 323-6.
9. Daley A, MacArthur C, Stokes-Lampard H, et al. Exercise participation, body mass index, and health-related quality of life in women of menopausal age. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 130-5.
10. Barnaś E, Penar-Zadarko B, Pikuła A, et al. The assessment of women's life quality during climacterium. *Polish J Environ Stud* 2006; 15: 31-3.
11. Janicka K. Wpływ terapii hormonalnej na styl poznawczy i depresję kobiet w okresie menopauzy. *Przeł Menopauz* 2008; 2: 61-8.
12. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Bakalczuk G, et al. Wpływ terapii hormonalnej na poziom depresji i jakość życia kobiet w wieku okołomenopauzalnym, zamieszkujących tereny wiejskie. *Przeł Menopauz* 2009; 5: 284-9.
13. Skrzypulec V, Naworska B, Droszdzol A. Analiza wpływu objawów klimakterycznych na funkcjonowanie i jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Przeł Menopauz* 2007; 2: 96-101.
14. Orzechowska A, Typel D, Wysokiński A, et al. Funkcjonowanie psychospołeczne kobiet w okresie klimakterium. *Psychiatr Pol* 2007; 3: 293.
15. Veerus P, Fischer K, Hovi SL, et al. Symptom reporting and quality of life in the Estonian Postmenopausal Hormone Therapy Trial. *BMC Womens Health* 2008; 8: 5.
16. Welton AJ, Vickers MR, Kim J, et al. Health related quality of life after combined hormone replacement therapy: randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 337: 1190.
17. Jagielska I, Grabiec M, Wolski B, Szymański W. Częstość występowania objawów depresji w przebiegu zespołu klimakterycznego u kobiet w okresie postmenopauzy. *Przeł Menopauz* 2007; 3: 140-4.
18. Timura S, Sahinb NH. Effects of sleep disturbance on the quality of life of Turkish menopausal women: a population-based study. *Maturitas* 2009; 64: 177-81.
19. Pien GW, Sammel MD, Frejman EW, et al. Predictors of Sleep Quality in Women in the Menopausal Transition. *Sleep* 2008; 31: 991-9.
20. Wilczak M, Samulak D, Mojs E, et al. Uwarunkowania zaburzeń snu u kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą i niestosujących hormonalnej terapii zastępczej. *Przeł Menopauz* 2010; 6: 407-13.
21. Wilczak M, Samulak D, Mojs E, et al. Zaburzenia snu oraz emocji u kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą. *Przeł Menopauz* 2011; 2: 147-52.
22. Deeks AA, McCabe MP. Well being and menopause: an investigation of purpose in life, self acceptance and social role in pre-menopausal, perimenopausal and postmenopausal women. *Qual Life Res* 2004; 13: 389-98.
23. Randolph JF Jr, Sowers M, Gold EB, et al. Reproductive hormones in early menopausal transition: relationship to ethnicity, body size and menopausal status. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88: 1515-22.
24. Conde DM, Pinto-Neto AM, Santossa D, et al. Factors associated with quality of life in a cohort of postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol* 2006; 22: 441-6.
25. Krajewska K, Krajewska-Kutak E, Heineman L, et al. Comparative analysis of quality of life women in menopause period in Poland, Greece and Belorussia using MRS scale. Preliminary report. *Advances in Medical Sciences* 2007; 52: 140-3.
26. Nusrat N, Achmed Sohoo N. Severity of Menopausal symptoms and quality of life at deferent status of Menopause: a community based survey from rural Sindh, Pakistan. *International J of Collaborative Research on Internal Medicine&Public Health* 2010; 2: 118-30.
27. Reed SD, Newton KM, LaCroix AZ, et al. Night sweats, sleep disturbance, and depression associated with diminished libido in late menopausal transition and early postmenopause. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: 593.e1-593.e7.
28. Verita FF, Veritb A, Billurcuc N. Low sexual function and its associated risk factors in pre- and postmenopausal women without clinically significant depression. *Maturitas* 2009; 64: 38-42.
29. Genazzani AR, Schneider HPG, Nijland E. The European Menopause Survey 2005: What do women think right now about menopause and HRT? *Climacteric* 2005; 8: 96.