

Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet

Menopause symptoms versus life satisfaction and self-esteem among women

Marta Czarnecka-Iwańczuk¹, Maja Stanisławska-Kubiak¹, Ewa Mojs¹, Maciej Wilczak^{2,3},
Włodzimierz Samborski⁴

¹Zakład Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
kierownik Zakładu: dr Ewa Mojs

²Zakład Edukacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Maciej Wilczak, prof. UM

³Klinika Zdrowia Matki i Dziecka Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Tomasz Opala

⁴Katedra Fizjoterapii, Reumatologii i Rehabilitacji i Klinika Reumatologii i Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
kierownik Katedry i Kliniki: dr hab. n. med. Włodzimierz Samborski, prof. UM

Przeгляд Menopauzalny 2012; 6: 468–473

Streszczenie

Wstęp: Objawy zmian w ciele, które towarzyszą kobietom w okresie okołomenopauzalnym, stanowią przyczynę wielu problemów zdrowotnych i psychologicznych. Wpływają także na jakość życia oraz samoocenę.

Cel pracy: Celem badania była analiza poziomu samooceny i satysfakcji z życia w kontekście doświadczanych objawów menopauzalnych u kobiet w tym okresie.

Materiał i metody: W badaniu wzięły udział 82 kobiety w wieku 45–58 lat. Do pomiaru zmiennych wykorzystano wystandaryzowane kwestionariusze psychologiczne i ankietę własnej konstrukcji.

Wyniki: Wiek kobiet korelował negatywnie z wynikiem w skali mierzącej poziom zadowolenia z życia (ρ Spearmana = $-0,336$). Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej przez ostatnie pół roku związane było z wynikami w skali samopoczucia w zakresie częstości (ρ Spearmana = $-0,247$) i intensywności (ρ Spearmana = $-0,258$) objawów somatycznych. Wynik w skali samopoczucia w zakresie częstości objawów psychologicznych pozytywnie korelował z wynikiem w skali samooceny (ρ Spearmana = $0,263$). Co więcej, wyniki w skali mierzącej objawy somatyczne w obu podskalach częstości i intensywności były ujemnie skorelowane z wynikiem w skali SWLS (ρ Spearmana = $-0,291$ i $-0,284$).

Wnioski: Starsze kobiety w okresie okołomenopauzalnym niżej oceniają swoją satysfakcję z życia. Kobiety, które częściej i intensywniej doświadczają somatycznych objawów menopauzy, częściej stosują hormonalną terapię zastępczą. Kobiety, które doświadczają częstszych objawów psychologicznych związanych z menopauzą, mają niższą samoocenę. Kobiety doświadczające częstszych i bardziej intensywnych objawów somatycznych charakterystycznych dla menopauzy odczuwają niższą satysfakcję z życia.

Słowa kluczowe: objawy menopauzy, samoocena, satysfakcja z życia.

Summary

Background: The symptoms of bodily changes that appear in the menopausal time cause many health and psychological problems. Moreover, they also influence the quality of life and self-esteem.

Aim of the study: The aim of survey was to analyze the level of self-esteem and life satisfaction in the context of menopausal symptoms experienced by women in this period of life.

Material and methods: 82 women aged 45-58 were enrolled in the study. Standardized psychological questionnaires were used. Additional data were collected using a questionnaire developed by the authors.

Adres do korespondencji:

Marta Czarnecka-Iwańczuk, Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, ul. Wawrzyniaka 39, 60-502 Poznań

Results: The age was negatively correlated with the score in the satisfaction with life questionnaire (Spearman's $\rho = -0.336$). Hormone replacement therapy during the last 6 months' period was associated with the results in the menopause symptom list as regards the frequency (Spearman's $\rho = -0.247$) and intensity (Spearman's $\rho = -0.258$) of the somatic symptoms. The score in the menopause symptom list as far as the frequency of psychological symptoms was positively correlated with the score in the self-esteem scale (Spearman's $\rho = 0.263$). Moreover, the results in the scale of somatic symptoms both in frequency and intensity were negatively correlated with the results in satisfaction with life scale (Spearman's $\rho = -0.291$ and -0.284).

Conclusions: Older women in the menopausal period assess their life satisfaction worse. Women that experience more often and more intensive somatic symptoms of menopause, more often use hormone replacement therapy. Women with more frequent psychological symptoms of menopause have lower self-esteem. Moreover, women experiencing more frequent and intensive somatic menopausal symptoms have lower satisfaction with life.

Key words: menopause symptoms, self-esteem, life satisfaction.

Wstęp

Objawy zmian w ciele, które towarzyszą kobietom w okresie okołomenopauzalnym, stanowią przyczynę wielu problemów zdrowotnych i psychologicznych. Wpływają także na jakość życia oraz samoocenę. Problemy te dotyczą wielu milionów kobiet – dane demograficzne wskazują, że obecnie każdego roku ok. 25 milionów kobiet na świecie przechodzi menopauzę [1].

Przeprowadzone oszacowania wskazują wyraźną tendencję do zwiększania się liczby kobiet w wieku 50 lat i więcej lat na całym świecie. Szacuje się, że w 2030 r. kobiety w tej grupie wiekowej będą stanowiły ponad 20% całej populacji [1]. Skutkiem wydłużenia się średniej życia kobiet jest fakt, że coraz więcej kobiet doświadcza okresu menopauzalnego oraz że około jedna trzecia ich życia przypada na czas po menopauzie. W konsekwencji uwzględnienie sytuacji i potrzeb tej grupy kobiet jest ważne, zwłaszcza że nadal nie są one właściwie rozpoznawane i zaspokajane [2]. Zmieniające się warunki społeczne wymagają od kobiet dobrego zdrowia, satysfakcji z życia i wysokiej samooceny, a wszelkie od tego odstępstwa są piętnowane. Negatywne zmiany związane z menopauzą często traktowane są jako czynniki wyzwalające szereg zaburzeń emocjonalnych. Niewątpliwie objawy somatyczne łączą się z psychologicznymi, są one jednak bardzo zindywidualizowane i wynikają z szeregu zmiennych. Gorsze funkcjonowanie psychosomatyczne kobiet w okresie menopauzalnym może rzutować na odczuwaną satysfakcję z życia i samoocenę. Jakość życia pogarszają naturalne, fizjologiczne objawy: wazomotoryczne, somatyczne i psychiczne [3]. Objawy wazomotoryczne to m.in. uderzenia gorąca, zaburzenia snu i pocenie się. Do objawów somatycznych należą np. bóle mięśni i stawów, zawroty i bóle głowy, drętwienie różnych partii ciała, trudności z oddychaniem, zakłócenia czucia w dłoniach i stopach. Objawy psychologiczne silnie wiążą się z pozostałymi i są to w szczególności: labilność emocjonalna, depresja, trudności z koncentracją. W wyniku zmian hormonalnych kobiety doświadczają wahania nastroju, zwiększonej drażliwości i wyższego poziomu lęku. Zaburzenia depresyjne występują

częściej u kobiet z obciążonym wywiadem rodzinnym w kierunku występowania zaburzeń afektywnych lub psychicznych, z wcześniejszymi zaburzeniami nastroju, narażonych na stres, problemy zdrowotne i/lub rodzinne, z doświadczeniem wczesnodziecięcej traumy [4–6].

Kolejnym elementem wpływającym na samopoczucie kobiety w okresie menopauzalnym jest społeczno-kulturowe lub środowiskowe znaczenie nadawane menopauzie. W konsekwencji doświadczając szeregu objawów, które wynikają z ogólnego procesu starzenia się organizmu, kobiety mogą utożsamiać je z menopauzą.

Z badań wynika, że objawy, na jakie najczęściej uskarżają się kobiety, to nie objawy wazomotoryczne. Zazwyczaj dotyczą one: poczucia zmęczenia i braku energii, sztywności i bólów stawów, bólów mięśni i stawów, bezsenności, nerwowości, osłabienia i zmęczenia, bólów głowy. Z grupy objawów wazomotorycznych najtrudniejsze jest doświadczanie intensywnego pocenia się oraz uderzeń gorąca [2].

Nasilenie, czas wystąpienia i różnorodność objawów wg badań zależą od: zmiennych demograficznych (wykształcenia, sytuacji zawodowej i rodzinnej kobiety), sytuacji ekonomicznej, uwarunkowań kulturowych i etnicznych, stylu życia kobiet (palenie tytoniu, poziom aktywności fizycznej, dieta), zmiennych psychologicznych oraz predyspozycji genetycznych.

Badania Bielawskiej-Batorowicz z 2003 r. pokazują, że w świadomości kobiet i mężczyzn menopauza kojarzona jest z negatywnymi zmianami w funkcjonowaniu kobiety i jej relacjach z otoczeniem. Opis kobiety przechodzącej menopauzę zazwyczaj dotyczy drażliwości, kłótności, labilności emocjonalnej, apatii oraz starości [7].

Społeczno-kulturowe myślenie o menopauzie ma z kolei wpływ na kształtowanie się indywidualnych postaw wobec menopauzy kobiet oraz rzutuje na ich samoocenę. W związku z tym obserwuje się duże różnice kulturowe w przeżywaniu i odczuwaniu objawów psychofizycznych, a im status kobiety dojrzałej w społeczeństwie jest wyższy, tym objawy łagodniejsze.

Pozytywne elementy okresu menopauzalnego podkreślane przez kobiety to poczucie ulgi z powodu ustąpienia menstruacji i konieczności stosowania antykoncepcji. Badania pokazują, że kobiety oceniają meno-

pauzę bardziej pozytywnie, gdy mają ją za sobą [8–10]. Jeżeli jest ona traktowana jako „normalna fizjologiczna zmiana” [11], kobiety radzą sobie z nią doskonale, a nawet widzą w niej szereg pozytywnych aspektów [12].

Niejednoznaczność wyników badań nad przeżywaniem przez kobiety menopauzy skłoniła w ostatnich dziesięcioleciach do podjęcia badań dotyczących głównie związku między objawami somatycznymi i psychologicznymi oraz wymiarami zdrowie – choroba.

Cel pracy

Celem badania była analiza poziomu samooceny i satysfakcji ze swojego życia w kontekście doświadczanych objawów menopauzalnych u kobiet w tym okresie.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na terenie zachodniej Polski w pierwszej połowie 2012 r. Wzięty w nim udział 82 kobiety w wieku 45–58 lat.

Kobiety wypełniały formularze badawcze w sposób anonimowy, wyrażając wcześniej zgodę na udział w badaniu. W celu pomiaru zmiennych wykorzystano wystandaryzowane kwestionariusze psychologiczne, omówione pokrótce poniżej.

Kwestionariusz Samopoczucia

Jest polską adaptacją *Menopause Symptom List* [13]. Służy do pomiaru objawów menopauzalnych. Osoby badane mają za zadanie ocenić każdy z podanych objawów na 6-punktowej skali, biorąc pod uwagę częstość ich występowania oraz intensywność w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Lista 25 objawów podzielona jest na 3 grupy – objawy psychologiczne, wazomotoryczne oraz somatyczne. Uzyskuje się zatem trzy wartości liczbowe w zakresie trzech grup objawów, wyróżnione w dwóch grupach ze względu na częstość i intensywność ich występowania.

SWLS

Jest to skala badająca poziom satysfakcji z życia [14]. Zawiera ona pięć stwierdzeń. Osoba badana ocenia, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jej dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Im jest on wyższy, tym wyższe poczucie zadowolenia z życia osoby badanej.

SES

Jest to kwestionariusz do badania ogólnego poziomu samooceny Rosenberga w polskiej adaptacji [15].

Skala jest narzędziem pozwalającym na ocenę poziomu ogólnej samooceny – względnie stałej dyspozycji rozumianej jako świadoma postawa (pozytywna lub negatywna) wobec ja. Składa się z 10 stwierdzeń. Osoba badana ma za zadanie wskazać na 4-stopniowej skali, w jakim stopniu zgadza się z każdym z podanych stwierdzeń. Im niższy wynik w tej skali, tym wyższy poziom samooceny.

W celu uzyskania dodatkowych informacji, takich jak wiek, wykształcenie, zawód, status ekonomiczny, stan cywilny, miejsce zamieszkania, dzieciństwo i przyjmowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), wykorzystano ankietę własnej konstrukcji.

Z badań wykluczono osoby, które nie spełniały kryteriów wiekowych, przyjmowały hormonalną terapię zastępczą dłużej niż 6 miesięcy oraz nie wypełniły wszystkich kwestionariuszy.

Wyniki

W badaniu udział wzięły 82 kobiety w wieku 45–58 lat (średnia 50,13 roku, odchylenie standardowe 3,76 roku). Nieco ponad połowa ankietowanych – 52% (43 osoby) – mieszkała w mieście powyżej 50 tys. mieszkańców, 28% (23) w mieście do 50 tys., 20% (16 osób) na wsi. Wykształcenie wyższe miało 60% kobiet (49 osób), 29% (24) średnie, 10% (8) zawodowe, jedna podstawowe. Aż 91% (75 osób) było aktywnych zawodowo. Wśród ankietowanych dużą grupę stanowiły nauczycielki (28 osób, 34%), następnie pielęgniarki i położne (12 osób) oraz pracownicy biurowi (7 osób). Jako dobry swój status ekonomiczny określiło 46% badanej populacji, jako średni zaś 45%.

Zdecydowana większość, bo 76% kobiet, była zamężna (62 osoby), 12% było rozwiedzionych (10), pozostałe to panny (2), wdowy (6) lub osoby żyjące w nieformalnym związku (2). Aż 93% ankietowanych posiadało dzieci (76 osób). Większość badanych – 75 kobiet (91%) – nie stosowała HTZ ze względu na objawy menopauzy, 9% (7) stosowała HTZ, ale nie dłużej niż 6 miesięcy.

Wyniki surowe w poszczególnych kwestionariuszach przedstawiono w tabeli I.

W celu pomiaru korelacji pomiędzy zmiennymi wykorzystano program Statistica, wersja 10, dzięki któremu obliczono współczynniki korelacji Spearmanna dla wybranych zmiennych. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

W zakresie zmiennych z ankiety własnej oraz kwestionariuszy psychologicznych uzyskano wyniki, które przedstawiono poniżej.

Wiek korelował negatywnie z wynikiem w skali mierzącej poziom zadowolenia z życia (ρ Spearmana = $-0,336$), co oznacza, że im starsze były kobiety, tym niżej oceniały swoje zadowolenie z życia. Miejsce zamieszkania, stan cywilny, posiadanie dzieci oraz wykształcenie nie wpływały istotnie na żaden wynik w zastosowanych kwestionariuszach. Aktywność zawodowa była dodatnio

Tab. I. Wyniki surowe oraz ich podstawowe wartości w użytych w badaniu testach psychologicznych

Kwestionariusz		Min.	Maks.	Średnia	Odchylenie standardowe	
Kwestionariusz Samopoczucia	objawy psychologiczne	częstość	0	48	12,39	9,96
		intensywność	0	40	12,86	9,38
	objawy somatyczne	częstość	0	22	8,48	5,91
		intensywność	0	26	9,06	6,28
	objawy wazomotoryczne	częstość	0	42	9,42	8,22
		intensywność	0	39	9,71	7,95
SES		10	30	18,8	4,03	
SWLS		5	35	20,3	5,14	

związana z wynikiem w skali samooceny (ρ Spearmana = 0,252), co oznacza przy odwrotnej interpretacji wyniku w SES, że kobiety aktywne zawodowo miały wyższą samoocenę niż te, które nie pracowały, były na rencie lub emeryturze. Status ekonomiczny korelował pozytywnie z wynikiem w skali SWLS. A zatem osoby, które wyżej oceniały swój status, miały też wyższe wyniki w skali satysfakcji z życia. Ponadto stosowanie HTZ przez ostatnie pół roku związane było istotnie z wynikami w skali samopoczucia w zakresie częstości (ρ Spearmana = -0,247) i intensywności (ρ Spearmana = -0,258) występowania objawów somatycznych. Kobiety, które wyżej oceniały intensywność i częstość występowania objawów somatycznych, częściej stosowały hormonalną terapię zastępczą.

Wszystkie skale z kwestionariusza samopoczucia korelowały ze sobą pozytywnie zarówno w podskalach intensywności, jak i częstości ich występowania. A zatem można stwierdzić, że objawy psychologiczne, somatyczne i wazomotoryczne stanowią pewien system dodatnich sprzężeń zwrotnych. Należy się spodziewać, że im wyższy wynik w którejś ze skal, np. w zakresie objawów somatycznych, tym wyższe wyniki w pozostałych dwóch – w skali objawów psychologicznych i wazo-

motorycznych. Wartości otrzymanych współczynników korelacji Spearmana przedstawiono w tabeli II.

Ponadto dokonana analiza statystyczna wykazała, że wynik w skali samopoczucia w zakresie częstości występowania objawów psychologicznych pozytywnie korelował z wynikiem skali samooceny (ρ Spearmana = 0,263). Zakładając odwrotną interpretację wyniku w skali SES, można wnioskować, że kobiety, które podawały dużą częstość doznawania objawów psychologicznych, miały niższą samoocenę. Co więcej, wyniki w skali mierzącej objawy somatyczne w obu podskalach częstości i intensywności były ujemnie skorelowane z wynikiem w skali SWLS (ρ Spearmana = -0,291 i -0,284). Oznacza to, że kobiety doświadczające częstszych i bardziej intensywnych objawów somatycznych niżej oceniały poziom swojej satysfakcji z życia. Uzyskane rezultaty nie wskazywały na istotne związki pomiędzy pozostałymi skalami – somatyczną i wazomotoryczną a wynikami w SES oraz psychologiczną i wazomotoryczną z wynikami w SWLS.

Ostatnią uzyskaną korelacją był negatywny związek wyników w SWLS i SES (ρ Spearmana = -0,537). Świadczy to o związku samooceny z satysfakcją z życia.

Tab. II. Wartości współczynników korelacji Spearmana (ρ) dla skal Kwestionariusza Samopoczucia

Skala	Objawy psychologiczne – częstość	Objawy psychologiczne – intensywność	Objawy somatyczne – częstość	Objawy somatyczne – intensywność	Objawy wazomotoryczne – częstość	Objawy wazomotoryczne – intensywność
Objawy psychologiczne – częstość	1,000	0,958	0,751	0,776	0,764	0,754
Objawy psychologiczne – intensywność	0,958	1,000	0,718	0,772	0,733	0,765
Objawy somatyczne – częstość	0,751	0,718	1,000	0,965	0,718	0,720
Objawy somatyczne – intensywność	0,776	0,772	0,965	1,000	0,709	0,747
Objawy wazomotoryczne – częstość	0,764	0,733	0,718	0,709	1,000	0,962
Objawy wazomotoryczne – intensywność	0,754	0,765	0,720	0,747	0,962	1,000

Dyskusja

Uzyskane wyniki wskazują, że stosunek do własnego ja kobiet w okresie menopauzalnym wyznacza szereg funkcji emocjonalno-motywacyjnych, w tym ogólne samopoczucie, przeżywanie emocji i siebie w świecie. W konsekwencji natężenie zgłaszanych przez kobiety objawów menopauzalnych jest związane z subiektywną samooceną i satysfakcją z życia. Z przedstawionych badań wynika, że kobiety w wieku okołomenopauzalnym, które doświadczają częstych objawów psychologicznych związanych z menopauzą, mają niższą samoocenę. Samoocena nie jest pojęciem jednorodnym, jest subiektywnym konstruktem opartym na percepcji i ocenie własnej osoby, na który może mieć wpływ szereg czynników [16, 17]. Część badań wskazuje na jej względnie trwałe charakter u dorosłych [18], inne podkreślają zmienność samooceny w ciągu życia – im człowiek starszy, tym jego samoocena jest niższa [19].

Według badań Learego i wsp. na samoocenę jako stan ma wpływ akceptacja społeczna, a w konsekwencji poczucie odrzucenia i braku akceptacji społecznej obniża samoocenę. Samoocena może być odzwierciedleniem aktualnie doświadczanego poziomu aprobaty i akceptacji społecznej i miary poczucia własnej wartości w relacjach interpersonalnych oraz wieku [20, 21]. Z badań Bielawskiej-Batorowicz wynika, że w Polsce funkcjonuje negatywny stereotyp kobiety w okresie okołomenopauzalnym. Podobne wyniki uzyskała Bogucka, najniższy poziom samooceny wystąpił u kobiet doświadczających negatywnych zmian w okresie menopauzalnym, szczególnie u tych z poczuciem braku samorealizacji, depresji i o małej dojrzałości [22].

Rosenberg zwraca uwagę na zależność między samooceną a funkcjonowaniem somatycznym. Więcej objawów psychosomatycznych doświadczali badani z niższym poziomem samooceny: 60% osób z wysoką samooceną zgłaszało obecność jednego symptomu somatycznego, a 42% osób z niską samooceną zgłosiło takich symptomów pięć lub więcej [15].

W wielu badaniach, podobnie jak w badaniu prezentowanym w niniejszej pracy, poziom samooceny był również powiązany z subiektywnym poczuciem szczęścia i z satysfakcją z życia [23, 24].

Ponadto w opisywanych badaniach własnych kobiety skarżące się na więcej dolegliwości somatycznych przyjmowały nie dłużej niż 6 miesięcy HTZ. Złe samopoczucie fizyczne można traktować jako czynnik motywujący kobiety do rozpoczęcia kuracji HTZ.

Należy przypuszczać, że interakcje pomiędzy menopauzą, samooceną, satysfakcją z życia a objawami somatycznymi i wazomotorycznymi są dwukierunkowe. Zarówno menopauza ma wpływ na procesy psychofizjologiczne, jak i zaburzenia psychofizjologiczne okresu okołomenopauzalnego wpływają negatywnie na poziom satysfakcji i samooceny.

Wnioski

Starsze kobiety w okresie okołomenopauzalnym niżej oceniają swoją satysfakcję z życia. Kobiety, które są aktywne zawodowo w okresie okołomenopauzalnym, mają wyższą samoocenę niż te, które nie pracują, są na rencie lub emeryturze. Kobiety w wieku okołomenopauzalnym, które wyżej oceniają swój status, mają wyższą satysfakcję z życia. Kobiety, które częściej i intensywniej doświadczają somatycznych objawów menopauzalnych, częściej stosują HTZ. Doświadczane przez kobiety objawy menopauzalne trzech typów: psychologiczne, somatyczne i wazomotoryczne, stanowią system dodatnich sprzężeń zwrotnych. Kobiety w wieku okołomenopauzalnym, które doświadczają częstych objawów psychologicznych związanych z menopauzą, mają niższą samoocenę. Kobiety doświadczające częstszych i bardziej intensywnych objawów somatycznych charakterystycznych dla menopauzy mają niższą satysfakcję z życia.

Piśmiennictwo

- Hill K. The demography of menopause. *Maturitas* 1996; 23: 113-27.
- Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Wydawnictwo Naukowe Śląsk. Katowice 2006.
- Greene JG. Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas* 1998; 29: 25-31.
- Amore M, Di Donato P, Papalini A, et al. Psychological status at the menopausal transition: An Italian epidemiological study. *Maturitas* 2004; 48: 115-24.
- Maartens LW, Knottnerus JA, Pop VJ. Menopausal transition and increased depressive symptomatology: a community based prospective study. *Maturitas* 2002; 42: 195-200.
- Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Dudley E. Mood and the menopausal transition. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 685-91.
- Bielawska-Batorowicz E, Cieślak I, Cwalina E. Rola płci i wieku w tworzeniu obrazu kobiety w okresie menopauzy. *Prz Menopauz* 2003; 6: 68-73.
- Abraham S, Llewellyn-Jones D, Perz J. Changes in Australian women's perception of the menopause and menopausal symptoms before and after the climacteric. *Maturitas* 1995; 20: 121-8.
- Adler SR, Fosket JR, Kagawa-Singer M, et al. Conceptualizing menopause and midlife: Chinese American and Chinese women in the US. *Maturitas* 2000; 35: 11-23.
- Etaugh C. Women in the middle and later years. In: *Psychology of women*. Denmark FL, Paludi MA (eds.). Greenwood Press, Westport 1993.
- Utian WH. Pieter van Keep Memorial Lecture. Menopause – a modern perspective from a controversial history. *Maturitas* 1997; 26: 73-82.
- Hvas L. Positive aspects of menopause: a qualitative study. *Maturitas* 2001; 39: 11-7.
- Bielawska-Batorowicz E. Moje Samopoczucie – polska adaptacja Kwestionariusza Menopause Symptom List Janette M. Perz. *Acta Universitatis Lodzensis, Folia Psychologica* 2004; 8: 45-54.
- Juczynski Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych*, Warszawa 2009.
- Dzwonkowska I, Lachowicz-Tabaczek K, Łąguna M. SES – Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. *Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych*, Warszawa 2008.
- Anastasi A, Urbina S. Testy psychologiczne, *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 1999.
- Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JJ, et al. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest* 2003; 4: 1-44.
- Blascovich J, Tomaka J. Measures of self-esteem. W: *Measures of personality and social psychological attitudes. Measures of social psycholo-*

- gical attitudes. Robinson JP, Shaver PR, Wrightman LS (ed.). Academic Press, New York 1991.
19. Demo DH. The self-concept over time: research issues and directions. *Ann Rev Sociol* 1992; 18: 303-26.
 20. Leary MR, Tambor ES, Terdal SK, et al. Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995; 68: 518-30.
 21. Twenge JM. *Generation Me*. Free Press, New York 2006.
 22. Bogucka M. Przemiany połowy życia u kobiet a samoocena i uznawane wartości. Niepublikowana praca magisterska. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa 2007.
 23. Diener E, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995; 68: 653-63.
 24. Furnham A, Cheng H. Lay theories of happiness. *Journal of Happiness Studies* 2000; 1: 227-46.