Ocena wpływu terapii hormonalnej mężczyzn na samoocenę ich stanu zdrowia

Evaluation of influence of male hormonal therapy on self estimation of patients health condition

Artur Wdowiak[1], Szymon Bakalczuk[1], Artur Mroczkowski[1], Grzegorz Bakalczuk[1,2], Grzegorz Jakiel[1]

W warunkach polskich 4,3 mln mężczyzn jest w grupie wiekowej powyżej 50. roku życia. Wraz z wejściem w okres andropauzy stan ich zdrowia ulega gwałtownemu pogorszeniu, co przejawia się w subiektywnym odczuciu, jak i w postaci obiektywnego obniżenia niektórych wykładników dobrostanu organizmu. Niezwykle istotnym problemem medycyny staje się pomoc mężczyźnie w okresie andropauzy. Celem pracy było wyjaśnienie czy hormonalna terapia zastępcza oprócz realnego uzupełnienia niedoboru męskich hormonów, przynosi także poprawę samopoczucia pacjenta, a co za tym idzie podwyższenie jakości życia poprzez analizę wskaźników o charakterze subiektywnym. Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety wśród 38 mężczyzn w wieku od 45 do 65 lat z objawami andropauzy, przebywających pod opieką poradni przyklinicznej w Klinice Rozrodczości i Andrologii AM w Lublinie w 2000 i 2001 roku. Grupę badaną stanowiło 20 losowo wybranych mężczyzn, którzy przyjmowali jeden z preparatów pochodnych testosteronu przez 18 mies. Grupę kontrolną stanowiło 18 mężczyzn nieprzyjmujących hormonalnej terapii zastępczej. Stwierdzono, że mężczyźni przyjmujący hormonalną terapię zastępczą w postaci pochodnych testosteronu lepiej oceniają swój stan zdrowia w porównaniu z osobami niepoddanymi terapii. Wykazano, iż samoocena stanu zdrowia ma związek z wykształceniem mężczyzn.

Słowa kluczowe: *terapia hormonalna, andropauza*

(Przegląd Menopauzalny 2002; 4: 59–63)

Wstęp

Pojęcie *zdrowia populacji jako pełni dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego* (WHO) stwarza zapotrzebowanie na badania psychospołeczne w medycynie [22]. Dobre samopoczucie pacjenta i pozytywna ocena własnego stanu zdrowia mają nie mniejsze znaczenie niż wykonywane działania diagnostyczne i terapeutyczne. Pojęcie zdrowia czy też potrzeb zdrowotnych może być rozpatrywane w dwóch aspektach: obiektywnym i subiektywnym. Opinia pacjentów należy do ważnych wskaźników jakości świadczeń medycznych [1, 3, 6, 17].

W warunkach polskich 4,3 mln mężczyzn jest w grupie wiekowej powyżej 50. roku życia. U starzejących się mężczyzn wraz z wejściem w okres andropauzy stan zdrowia ulega gwałtownemu pogorszeniu, co przejawia się w subiektywnym odczuciu, jak i w posta-

[1] Klinika Rozrodczości i Andrologii AM w Lublinie, kierownik: dr hab. n. med. G. Jakiel, prof. nadzw.
[2] Zakład Immunologii Klinicznej AM w Lublinie, kierownik: dr hab. n. med. J. Roliński, prof. nadzw.

ci obiektywnego obniżenia niektórych wykładników dobrostanu organizmu. Okres andropauzy związany jest ze stopniowo postępującym spadkiem stężenia całkowitego testosteronu w osoczu, co prowadzi do redukcji wolnego testosteronu we krwi obwodowej [4, 10]. Niedobory hormonalne mogą prowadzić do pojawienia się różnych zaburzeń metabolicznych i objawów subiektywnych. Przejawia się to pod postacią: nerwowości, zaburzeń snu, pogorszenia zdolności kojarzenia, zaburzeń pamięci, nocnego pocenia, łatwego męczenia się, zawrotów i bólów głowy, nadwrażliwości na zimno, uderzeń gorąca, obniżenia siły i masy mięśniowej oraz przyrostu tkanki tłuszczowej [4, 7, 10, 11]. Hipogonadyzm okresu męskiego przekwitania może przyczynić się do osteoporozy, otyłości, pogorszenia czynności krwiotwórczej szpiku, insulinooporności oraz jej następstw [10, 11]. Męska andropauza wiąże się również z zaburzeniami erekcji. W badaniach amerykańskich *Massachusetts Male Aging Study* na grupie 1 230 mężczyzn w wieku 40–70 lat całkowity brak wzwodu dotyczył 10%, a umiarkowane zaburzenia wzwodu dotknęły 25% badanej populacji. Wszystkie te objawy wywołane są zmianami różnych hormonów, co powoduje, że niektórzy autorzy wprowadzają pojęcie zespołu niedoboru androgenów (*Androgen Deficiency in the Agincy Male* – ADAM), częściowego niedoboru androgenów u starzejących się mężczyzn (*Partial Androgen Deficiency in the Aging Male* – PADAM) lub, jak chce Basson, zespołu zmian hormonalnych u starzejących się mężczyzn (*Changing Hormones in the Aging Male* – CHAM) [4, 10, 11].

Wszystkie te zespoły najczęściej mieszczą się w szeroko pojętym zespole andropauzy. Pacjent, zgłaszający się do gabinetu lekarskiego, powinien być poddany ocenie przy pomocy testu opracowanego na uniwersytecie Saint Louis (USA) przez zespół pod kierunkiem prof. Morleya [12]:
– Czy obserwuje pan spadek popędu płciowego?
– Czy odczuwa pan brak energii?
– Czy obserwuje pan spadek siły mięśniowej lub obniżenie odporności na wysiłek fizyczny?
– Czy odnotował pan spadek *zadowolenia z życia*?
– Czy obniżył się panu wzrost?
– Czy jest pan smutny i/lub w złym humorze?
– Czy wzwody członka są słabsze?
– Czy zauważył pan ostatnio obniżenie aktywności ruchowej?
– Czy chce się panu spać po obfitym posiłku (obiedzie)?
– Czy miał pan ostatnio trudności w wykonywaniu pracy zawodowej?

Odpowiedź *tak* na pytania 1, 7 lub trzy inne pozwala podejrzewać zespół andropauzy. W tym momencie pomocne w dalszej diagnostyce różnicowej są badania biochemiczne. Należy określić poziom całkowitego testosteronu w surowicy krwi pobranej w godzinach porannych między 8–10. Poziom ten u zdrowych starszych mężczyzn nie powinien być niższy niż 12 nmol/L (350 ng/dL).

Pomocne może być też określenie stosunku całkowitego testosteronu – T (ng/ml) do LH (IU/L). Za nieprawidłowy uważa się wskaźnik T:LH poniżej jedności. Rozpoznanie hipogonadyzmu hipergonadotropowego jest wskazaniem do rozpoczęcia suplementacji androgennej. Celem leczenia niedoboru androgenów jest przywrócenie prawidłowego funkcjonowania seksualnego, *libido* i dobrego samopoczucia. Dodatkowo terapia androgenna może zapobiegać osteoporozie optymalizując gęstość kości, utrzymuje wirylizację, poprawia jasność myślenia.

W świetle powyższych faktów niezwykle istotnym problemem medycyny staje się pomoc mężczyźnie w okresie andropauzy. Niniejsza praca stara się wyjaśnić, czy hormonalna terapia zastępcza oprócz realnego uzupełnienia niedoboru męskich hormonów, przynosi także poprawę samopoczucia pacjenta, a co za tym idzie podwyższenie jakości życia [16].

Cel pracy

Celem pracy była próba samooceny stanu zdrowia mężczyzn poddanych hormonalnej terapii zastępczej poprzez analizę wskaźników o charakterze subiektywnym.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety wśród 38 mężczyzn w wieku od 45 do 65 lat z objawami andropauzy, przebywających pod opieką poradni przyklinicznej w Klinice Rozrodczości i Andrologii AM w Lublinie w 2000 i 2001 roku. Badani mężczyźni zgłaszali występowanie objawów wypadowych, a na podstawie testu Morleya oraz oznaczonego u nich poziomu hormonów można było rozpoznać u nich zespół andropauzy. Badani pacjenci nie byli obciążeni innymi chorobami, które mogłyby wpływać na obniżenie samooceny ich stanu zdrowia. Grupę badaną stanowiło 20 losowo wybranych mężczyzn, którzy przyjmowali jeden z preparatów pochodnych testosteronu przez 18 mies. Grupę kontrolną stanowiło 18 mężczyzn nieprzyjmujących hormonalnej terapii zastępczej.

Ankieta składała się z 2 części:
– pierwsza zawierała pytania zamknięte dotyczące danych demograficzno-społecznych na temat badanej osoby, tj. wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia;

Tab. I. Ocena porównania stanu zdrowia w badanych grupach

	Ocena porównania stanu zdrowia		
	lepszy	podobny	gorszy
grupa badana	50%	30%	20%
grupa kontrolna	16,7%	22,2%	61,1%

Tab. II. Ocena poprawy stanu zdrowia w badanych grupach

	Ocena poprawy stanu zdrowia		
	lepszy	podobny	gorszy
grupa badana	55%	25%	20%
grupa kontrolna	22,2%	22,2%	55,6%

– druga składała się z pytań zamkniętych o ocenę własnego stanu zdrowia.

Treść zadanych pytań:

1. Jak ocenia pan swój stan zdrowia w stosunku do osób tej samej płci i wieku? (możliwe odpowiedzi: lepszy, podobny, gorszy);
2. Czy w okresie ostatnich kilku miesięcy pana samopoczucie uległo zmianie? (możliwe odpowiedzi: polepszyło się, pogorszyło się, nie uległo zmianie).

Wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki badań

W grupie osób przyjmujących terapię zastępczą 50% określało swój stan zdrowia jako lepszy, 30% jako podobny, natomiast 20% jako gorszy niż jego rówieśnicy. Wśród mężczyzn nie przyjmujących terapii 16,7% określiło swój stan zdrowia jako lepszy, 22,2% jako podobny, 61,1% jako gorszy. Swój stan zdrowia jako lepszy określano częściej w grupie przyjmującej terapię zastępczą. Analiza statystyczna wykazała, że odpowiedzi udzielone różnią się w sposób istotny ($p<0,05$) pomiędzy tymi dwoma grupami. Jako podobny swój stan zdrowia określano w podobnym zakresie w grupie kontrolnej i badanej. Nie wykazano występowania istotnie statystycznej różnicy ($p>0,05$). Mężczyźni, którzy nie przyjmowali terapii zastępczej istotnie częściej określali swój stan zdrowia jako gorszy niż ich rówieśnicy ($p<0,05$).

W przypadku pytań o poprawę samopoczucia w ostatnim czasie 55% mężczyzn przyjmujących po-

chodne testosteronu udzieliło pozytywnej odpowiedzi. W grupie kontrolnej 22,2% mężczyzn udzieliło odpowiedzi podobnej. Analiza statystyczna wykazała, że grupy różnią się istotnie w zakresie udzielonych odpowiedzi ($p<0,05$). Poprawę samopoczucia częściej deklarowano w grupie stosującej terapię zastępczą. Podczas analizy odpowiedzi na pytania o poprawę samopoczucia 25% w grupie badanej stwierdziło brak zmiany, a w grupie kontrolnej 22,2% udzieliło podobnej odpowiedzi. Grupy te nie różniły się w zakresie udzielonej odpowiedzi w sposób istotny ($p>0,05$). Pogorszenie samopoczucia deklarowało 20% mężczyzn w grupie badanej, natomiast 55,5% w grupie kontrolnej. Grupy te różniły się istotnie w zakresie udzielonych odpowiedzi ($p<0,05$).

Podczas analizy struktury wieku badanych, miejsca zamieszkania i wykształcenia mężczyzn wykazano, że grupy nie różnią się między sobą w istotny sposób ($p>0,05$).

Nie wykazano istnienia znamienności statystycznej pomiędzy miejscem zamieszkania a charakterem udzielonych odpowiedzi $p>0,05$ w obu grupach (dotyczyło to wszystkich pytań).

Stwierdzono, iż osoby z wyższym wykształceniem częściej oceniały swój stan zdrowia jako lepszy lub podobny w porównaniu z pacjentami z wykształceniem średnim i zasadniczym zawodowym ($p<0,05$). Wykazano, iż polepszenie swego stanu zdrowia częściej deklarowali mężczyźni z wyższym wykształceniem w porównaniu z pozostałymi ($p<0,05$).

Dyskusja

Samoocena stanu zdrowia jest zagadnieniem wysoce subiektywnym i uwarunkowanym wieloma czynnikami, toteż badanie zależności pomiędzy nią a innymi czynnikami środowiskowymi powinno mieć nie tyle charakter ilościowy, co jakościowy [5, 8, 14, 15]. Porównanie wyników badań publikowanych przez innych autorów przysparza wiele trudności z powodu niemożności uzyskania identycznych grup badanych jak i kontrolnych.

W literaturze światowej stosowane są 3-, 4- oraz 5-stopniowe skale samooceny jako miernik stanu zdrowia [9, 13]. Skala 4-stopniowa w porównaniu do skali 3-stopniowej stosowanej w innych pracach [18] niesie ze sobą możliwość wybrania odpowiedzi o treści: *nie potrafię ocenić* umożliwiając respondentom uchylenie się – z różnych przyczyn (brak chęci lub niezrozumienie pytania) – przed oceną własnego stanu zdrowia. Wydaje się, że stosowanie różnych skal ocen własnego stanu zdrowia powinno być dobierane indywidualnie, zależnie od rodzaju badania, wykształcenia oraz płci respondentów.

Fakt, że osoby z wykształceniem wyższym, pomaturalnym lub średnim należały do grupy pacjentów lepiej oceniających swój stan zdrowia w porównaniu ze swoimi rówieśnikami znajduje potwierdzenie w piśmiennictwie [5, 6, 13, 19, 20], które udowadnia, że częstość pozytywnych samoocen zdrowia wzrasta z poziomem wykształcenia.

Analiza struktury wieku osób pozytywnie oceniających swój stan zdrowia nie była przeprowadzona ze względu na niewielką rozbieżność wiekową badanych. Wyniki badań uzyskanych przez Bartosińską i wsp. oraz Wójcika i wsp. [1, 20] sugerują, że czynnik ten ma duży wpływ na samoocenę pacjenta.

Wyniki naszych badań w kwestii ilościowej samooceny stanu zdrowia nie znajdują odzwierciedlenia w podobnych pracach Rojka i wsp. czy Bartosińskiej i wsp. [1, 13], jednakże badane grupy są odmienne od siebie, co tłumaczy ten fakt.

Samoocena stanu zdrowia, jak postrzegają to różni autorzy, jest zależna od poziomu wykształcenia [1, 20]. W świetle tych spostrzeżeń potwierdzają się wyniki międzynarodowych badań prowadzonych przez różnych autorów, które ukazały wysoce niepokojące postawy mieszkańców wielkich i małych miast wobec własnego zdrowia. Zdecydowana większość traktowała zdrowie w kategoriach *braku choroby*, nie starając się go promować i dbać o jego ciągły wzrost oraz ochronę [5]. Inni autorzy [21] również dostrzegają zjawisko, iż medyczny sposób pojmowania stanu zdrowia w myśleniu potocznym prawie nigdy nie występuje w odosobnieniu od spojrzenia człowieka na swoje zdrowie w kontekście psychospołecznym. Należy brać pod uwagę fakt, iż zdrowie może być traktowane jako szersze zjawisko, co wiąże się z tym, że obecność chorób o bardzo poważnym rokowaniu może nie powodować poczucia braku zdrowia. W pracach [2, 10, 11] wykazano podobne zależności dotyczące mężczyzn przyjmujących hormonalną terapię zastępczą.

Wydaje się, że problem samooceny stanu zdrowia mężczyzn w okresie andropauzy powinien zajmować uwagę lekarzy zajmujących się tą problematyką, aby można było zrównoważyć korzyści, jakie płyną z terapii w porównaniu z potencjalnym ryzykiem stosowania pochodnych testosteronu.

Wnioski

1. Mężczyźni przyjmujący hormonalną terapię zastępczą w postaci pochodnych testosteronu lepiej oceniają swój stan zdrowia w porównaniu z osobami nie poddanymi terapii.
2. Samoocena stanu zdrowia ma związek z wykształceniem mężczyzn.

Summary

In Poland 4.3 mln males are over fifty. In aging males along with beginning of andropause, their health condition is getting worse, what can show in subjective feeling and in objective decreasing of some of organism well being indexes. It become a very important for medicine to help men during andropause. Aim of this study was explaining if replacement hormonal therapy except actual supplementation of male hormone shortage, can also improve patients frame of mind and what goes after this improve life quality in subjective indexes. The study was performed by using questionnaire between 38 men, age from 45 to 65 with andropausal symptoms. The patients were under supervision of Department of Reproduction and Andrology University School of Medicine in Lublin during 2000 and 2001. Twenty randomly chosen men made examined group, who were taking one of testosterone drug during period of 18 months. Control group was created of 18 men who did not take hormonal replacement therapy. It was ascertained that men who were taking hormonal replacement therapy evaluated their health condition on higher level in comparison to men who did not. It was shown that self estimation of health condition is connected with males educational level.

Piśmiennictwo

1. Bartosińska M, Tukalska-Parszuto M. *Subiektywna ocena stanu zdrowia pracowników zakładu ceramicznego i jej uwarunkowania.* Problemy Medycyny Społecznej 1997; 31: 116-24.
2. Basaria Sh, Dobs A. S. *Hypogonadism and androgen replacement therapy in elderly men.* American Journal of Medicine 2001; vol. 111: 563-72.
3. Chrzanowski R. *Ochrona jakości w opiece zdrowotnej – zalecenia dla menadżerów*. Antidotum, 1994; 7/8: 37-41.
4. Geurts TBP, Coelingh Bennink HJT. *Testosterone replacement therapy – testosterone undecanoate (Andriol®)*. J Urol Urogynäkol, 2000; 1: 1-12.
5. Góralczyk-Modzelewska M., Indulski J. *Subiektywna ocena stanu zdrowia pracowników przemysłu i jej uwarunkowania.* Zdrowie Publiczne 1982; 94: 9, 8.
6. Grębowski R, Kryszpiniuk A. *Potrzeby i zachowania zdrowotne pracowników Hajnowskich Zakładów Przemysłu Drzewnego*. Zdrowie Publiczne 1980; 91, 4: 237-42.
7. Lamberts SWJ, van den Beld AW, van der Lely AJ. *The Endocrinology of aging.* Science1997; vol. 278 (5337): 419-24.
8. Marcinowicz L, Chlabicz S, Grębowski R, et al. *Zadowolenie pacjentów ze świadczeń udzielanych przez lekarzy rodzinnych w Giżycku.* Problemy Medycyny Społecznej 1997; 32: 178-81.
9. Montinho L. *Problems in Marketing. Analysis and Applications.* Paul Chapman Publishing Ltd, London 1991; 153-6.
10. Morales A, Heaton JPW, Carson CC. *Andropause: A misnomer for a true clinical entity.* Journal of Urology March 2000; vol. 163: 705-12.
11. Morales A, Lunenfeld B. *Androgen replacement therapy in aging men with secondary hypogonadism.* The Aging Male 2001; 4: 151-62.
12. Morley JE, Patrick P. *Validation of screening questionnaire for androgen deficiency in aging males.* Metab Clin Exp 2000; 49: 1239.
13. Palmer HR, Donabedian A, Povar GJ. *Striving for quality in health care.* An Inquiry into Policy and Practice, Health Administration Press, Michigan 1991.
14. Rojek A, Gdulewicz T, Kaczmerczyk-Chałas K, Szadkowska-Stańczyk I. *Samoocena stanu zdrowia dorosłej ludności m. Łodzi.* Zdrowie Publiczne 1982; 93, 10: 425.
15. Sokołowska M. *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986
16. Titkow A. *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby. Studium warszawskie.* PWN, Warszawa 1983.
17. Warchoł-Sławińska E, Wdowiak L. *Wybrane elementy stanu zdrowia osób z chorobami układu krążenia przebywających na rehabilitacji uzdrowiskowej (Cz. II). Samoocena stanu zdrowia osób rehabilitowanych w uzdrowisku Nałęczów.* Problemy Medycyny Społecznej 1997; 31: 78-6.
18. Wdowiak L. *Uwarunkowania określające korzystanie z usług medycznych badanej grupy przewlekle chorych mieszkańców Lublina.* Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1984.
19. Wojewódzka J, Radwańska A. *Anamneza a subiektywna ocena stanu zdrowia. Człowiek, populacja, środowisko.* Prace Dolnośląskiego Centrum Diagnostyki Medycznej – DOLMED – we Wrocławiu, tom III, nr 13, Wrocław 1986; 145: 202.
20. Wójcik M, Wdowiak A. *Subiektywna ocena stanu zdrowia pacjentów po zabiegu wszczepienia stymulatora serca (WSS) – badanie pilotażowe.* Dni Medycyny Społecznej 21–23 X 99, Rawa Mazowiecka.
21. Zachowania zdrowotne. P*raca zbiorowa pod redakcją Andrzeja Gniazdowskiego.* IMP, Łódź, 1990.
22. *Zdrowie publiczne.* pod redakcją Macieja Latalskiego, 1999.

Adres do korespondencji

Klinika Rozrodczości i Andrologii
Akademii Medycznej w Lublinie
Staszica 16
20-081 Lublin
e-mail: amdrolub@panaceum.am.lublin.pl