

Występowanie objawów uznawanych za typowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45–55 lat

Menopausal symptoms in women and men aged 45-55

Eleonora Bielawska-Batorowicz

Badanie miało na celu określenie czy objawy charakterystyczne dla okresu perimenopauzy mogą występować również u mężczyzn. Przyjęto następujące hipotezy: 1. objawy wazomotoryczne występują wyłącznie u kobiet, 2. objawy somatyczne i psychiczne mogą występować u obu płci, niemniej u kobiet są bardziej intensywne, 3. kobiety charakteryzują częstość i intensywność objawów niezależnie od instrukcji podkreślającej ich związek z menopauzą. W badaniu uczestniczyło 109 kobiet i 96 mężczyzn w wieku 45–55 lat, z wykształceniem co najmniej średnim, wobec których nie stosowano żadnego leczenia hormonalnego. Zastosowano kwestionariusz „Moje samopoczucie”, opisujący częstość i intensywność objawów wazomotorycznych, psychicznych i somatycznych. Wyniki wskazują na występowanie u kobiet i mężczyzn podobnych objawów, choć liczba objawów u kobiet była istotnie wyższa. Mężczyźni potwierdzili doświadczanie objawów wazomotorycznych – np. u 45,8% badanych mężczyzn występowały uderzenia gorąca. Kobiety opisywały swoje doznania tak samo, niezależnie od tego, jak definiowano je w instrukcji kwestionariusza (jako objawy związane z menopauzą vs jako przejawy samopoczucia).

Słowa kluczowe: menopauza, objawy menopauzalne, objawy wazomotoryczne, objawy somatyczne, objawy psychiczne

(Przegląd Menopauzalny 2005; 1: 53–60)

Wstęp

Objawy towarzyszące menopauzie grupowane są zwykle w kilka kategorii. Podstawą kategoryzacji jest zarówno mechanizm biologiczny, jak i fakt występowania objawów w okresie perimenopauzy. Raport ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia [1] przyjmuje tę pierwszą perspektywę, wyróżniając objawy specyficzne dla okresu menopauzalnego i związane ze zmianami hormonalnymi, a mianowicie objawy

wazomotoryczne, atrofię urogenitalną i nieregularne miesiączkowanie, a także inne objawy występujące pojedynczo i w zespołach, które jednak nie są specyficzne dla zmian hormonalnych związanych z menopauzą. Do tej grupy objawów zaliczono, np. depresję, napięcie nerwowe, bezsenność, trudności w koncentracji uwagi, bóle i zawroty głowy, bóle pleców, spadek energii. Inne źródła [2] nie stosują wyraźnie takiej klasyfikacji, choć uwzględniają wymienione grupy, ponadto włączają do objawów związanych z me-

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



nopauzą również osteoporozę i choroby układu sercowo-naczyniowego.

Kryterium współwystępowaniu objawów pojawia się w publikacjach poświęconych pomiarom zmian menopauzalnych. Zastosowanie metody analizy czynnikowej pozwala wyodrębnić grupy objawów. Ich liczba waha się od 3 [3, 4] do 7 [5], przy czym zwykle występują 3 grupy objawów: wazomotoryczne, somatyczne i psychiczne [3]. Do pierwszej z nich zaliczane są uderzenia gorąca i pocenie się, a do drugiej bóle mięśni i stawów, zawroty i bóle głowy, drętwienie różnych partii ciała, trudności z oddychaniem, zakłócenia czucia w dłoniach i stopach. Trzecia grupa – objawy psychiczne – obejmuje symptomy charakterystyczne dla niepokoju (np. uczucie napięcia, napady lęku, podniecenie, trudności z zasypianiem, trudności z koncentracją) oraz depresji (np. utrata zainteresowań, smutek, poirytowanie, wybuchy płaczu, uczucie zmęczenia i utrata energii do działania), co sprawia, że niektórzy autorzy [5] traktują te grupy objawów odrębnie. Nowsze opracowania ujmują je łącznie [3, 4, 6]. Niezależnie od kryterium (mechanizm hormonalny czy współwystępowanie) oba podejścia klasyfikacyjne wyodrębniają objawy wazomotoryczne, a ich obecność potwierdzają liczne badania [1, 7, 8, 9].

Charakterystyka objawów typowych dla okresu okolo-menopauzalnego staje się bardziej skomplikowana, jeśli porównuje się objawy występujące u kobiet w różnych krajach. Okazuje się wówczas, że wyróżniane przez ekspertów [1] typowe następstwa zmian hormonalnych nie są ani uniwersalne, ani nawet najczęstsze. Wyniki badań z udziałem Indianek z plemienia Majów zamieszkujących Półwysep Jukatan w Meksyku wskazują, że mimo możliwych do zarejestrowania zmian poziomu estrogenów u kobiet nie występują żadne z objawów łączonych z tymi zmianami [10]. Inne badania prowadzone wśród Majów w Gwatemali [11], wskazują jednak na występowanie typowych objawów wazomotorycznych u ok. połowy badanych. Raport ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia [1] podaje, że objawy wazomotoryczne występują u 10–22% kobiet w Hongkongu, 17% kobiet w Japonii, 23% kobiet w Tajlandii, 45% kobiet w Ameryce Północnej i 80% kobiet w Danii. Inne dostępne źródła także wskazują na zróżnicowane występowania typowych objawów menopauzy. Polskie badania [12] podają stosunkowo niski (31%) odsetek kobiet doświadczających objawów wazomotorycznych, zwłaszcza w zestawieniu z danymi z Norwegii (76%) [13], Danii (56%) [14] i Finlandii (75%) [15].

Badania nad rozpowszechnieniem objawów menopauzy wskazują również, że objawy wazomotoryczne nie są objawami, na jakie najczęściej uskarżają się kobiety. Na czołowych miejscach list objawów pojawiają się, np. poczucie zmęczenia i brak energii [16, 17], sztywność i bóle stawów [7], bóle mięśni i stawów [18], bezsenność [19], nerwowość [20], osłabienie

i zmęczenie [21], bóle głowy [22]. Objawy zaliczane do grupy wazomotorycznych pojawiają się na czołowych miejscach w niektórych tylko zestawieniach, np. intensywne pocenie się [15] oraz uderzenia gorąca [23]. Cytowane dane wskazują więc, że kobiety doświadczają szeregu różnych objawów, które mogą utożsamiać z menopauzą. Część z nich może być związana z procesem starzenia się organizmu i nie jest specyficzna dla menopauzy [24]. Może być jednak łączona z menopauzą ze względu na charakterystyczną dla danej kultury koncepcję zmian związanych z traceniem zdolności rozrodczych i towarzyszących temu dolegliwości [23, 25].

Zróżnicowanie częstości objawów wazomotorycznych, a także pojawianie się innych rodzajów symptomów, sugeruje obecność pozahormonalnych czynników modyfikujących ich występowanie i nasilenie. Poszukiwano ich wśród czynników demograficznych, takich jak wykształcenie, sytuacja zawodowa i rodzinna [26–28]. U kobiet z niższym poziomem wykształcenia objawy występowały istotnie częściej [26, 27, 29] i w znacznie większym stopniu zakłócały codzienne funkcjonowanie. Kobiety niepracujące zawodowo [26] oraz w trudnej sytuacji materialnej [29] doświadczały bardziej intensywnych objawów. Spośród czynników związanych ze stylem życia kobiet i modyfikujących intensywność objawów menopauzalnych na plan pierwszy wysuwa się palenie tytoniu. Badania wskazują, że palaczki częściej zgłaszają występowanie objawów wazomotorycznych [26, 28], a także niepokój i obniżenie popędu płciowego [29], nie dostarczają natomiast dowodów na większą intensywność objawów u palących kobiet. Warto pamiętać, że palenie tytoniu częściej jest udziałem kobiet z niższym wykształceniem i w gorszej sytuacji ekonomicznej, dlatego trudno rozstrzygnąć, w jakim stopniu intensywność objawów jest pochodną palenia tytoniu, a w jakim wynikiem stresorów związanych z sytuacją społeczno-ekonomiczną [26].

Cytowane wyżej wyniki badań wskazują na związek objawów menopauzalnych z czynnikami pozahormonalnymi. W literaturze pojawiają się także pojedyncze doniesienia o możliwości występowania symptomów podobnych do menopauzalnych w innych okresach życia kobiet [9, 30], a także u mężczyzn [31, 32]. Szczególnie ta ostatnia możliwość wydaje się interesująca i warta uwagi. Silny związek objawów wazomotorycznych ze zmieniającym się poziomem estrogenów sugerowałaby, że ewentualne podobieństwa symptomów u kobiet i mężczyzn nie będą dotyczyć tej grupy objawów. Pozostałe kategorie objawów mogą również występować u mężczyzn w tej samej grupie wiekowej. Pogarszający się stan zdrowia (w tym zjawisko andropenii) [33] może prowadzić do pojawienia się niektórych objawów somatycznych i psychicznych, a sytuacja życiowa może sprzyjać objawom psychicznym.



Cel badań

Badanie miało na celu określenie, czy i w jakim stopniu objawy uznawane za typowe dla menopauzy są charakterystyczne jedynie dla kobiet, a także czy kobiety łączą objawy ze zmianami hormonalnymi. Przyjęto, że objawy wazomotoryczne wystąpią jedynie u kobiet (hipoteza 1.), kobiety i mężczyźni będą deklorować występowanie podobnych objawów psychicznych i somatycznych, jednak u kobiet objawy te będą występować częściej i z większą intensywnością (hipoteza 2.), niezależnie od wprowadzenia instrukcji informującej o badaniu objawów związanych z menopauzą kobiety będą charakteryzować występujące u nich doznania tak samo (hipoteza 3.).

Materiał i metoda

W badaniu¹ uczestniczyło 205 osób w wieku 45–55 lat, w tym 109 kobiet (średni wiek 49,9 lat, SD = 2,4) oraz 96 mężczyzn (średni wiek 51 lat, SD = 2,7). Badani mieli co najmniej średnie wykształcenie. Nie byli poddawani hormonalnej terapii zastępczej. U kobiet rejestrowano liczbę miesięcy, jaka upłynęła od ostatniego krwawienia miesięczkowego. Wiek badanych kobiet był zgodny z typowym wiekiem osób uczestniczących w badaniach nad menopauzą [34]. Wiek mężczyzn odpowiadał okresowi, w którym mogą pojawiać się skutki stopniowego zmniejszania się sekrecji hormonów [33].

Do pomiaru występowania objawów zastosowano kwestionariusz *Moje samopoczucie* [6] składający się z 25 twierdzeń. W przypadku każdego z nich określa się na 6-punktowej skali od 0 (nigdy) do 5 (*prawie zawsze*) częstość, z jaką występują objawy, a także ich intensywność. Tu również stosowana jest 6-punktowa skala – od 0 (*nie dotyczy*) do 5 (*bardzo duża intensywność*). Twierdzenia tworzą 3 skale – objawów psychicznych, wazomotorycznych i somatycznych. Rzeczność kwestionariusza jest satysfakcjonująca – uzyskano wysokie współczynniki α Cronbacha, współczynnik Spearmanna-Browna oraz współczynniki korelacji dla metody powtórnego pomiaru [6]. Trafność kwestionariusza oceniano na podstawie badań 68 kobiet poddawanych hormonalnej terapii zastępczej – porównywano wyniki uzyskiwane w *Moim samopoczuciu* przed i po leczeniu oraz porównywano zmianę zarejestrowaną w wynikach kwestionariusza z kliniczną oceną zmiany stanu zdrowia kobiet. We wszystkich skalach kwestionariusza uzyskano istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami przed i po HTZ, zaś ocena kliniczna dokonywana przez lekarza potwierdziła wyraźną zmianę nasilenia objawów u kobiet, których wyniki zmieniły się istotnie [6].

Kwestionariusz *Moje samopoczucie* został zastosowany do oceny występowania objawów u kobiet, a także u mężczyzn. Dokonano nieznacznej modyfikacji kwestionariusza: 1. w twierdzeniu 24. użyto sformułowania *trudności, dyskomfort podczas stosunku płciowego*; 2. w instrukcji kwestionariusza wypełnianej przez część kobiet (n = 49) wprowadzono sformułowanie wskazujące, że kwestionariusz bada objawy związane z menopauzą (standardowa instrukcja odnosi się do samopoczucia w ciągu ostatnich 3 mies.). Ocenę występowania objawów u kobiet i mężczyzn przeprowadzono na 2 sposoby. Po pierwsze, porównano występowanie objawów u kobiet i mężczyzn – wykorzystano tutaj dane o liczbie osób, które uznały, że dany objaw u nich nie występuje (zaznaczenie 0) i liczbie osób, u których występował (wybór jednego z pozostałych punktów skali). Po drugie, posłużono się dokonywaną przez badanych oceną częstości i intensywności każdego z objawów, a także wynikami dla poszczególnych skal kwestionariusza.

Wyniki

Wstępna analiza (test t-Studenta) nie wykazała istotnych różnic w zakresie liczby rejestrowanych objawów pomiędzy kobietami wypełniającymi kwestionariusz zawierający zmodyfikowaną i standardową instrukcję, dlatego w dalszych analizach wykorzystano wyniki całej badanej grupy.

Dane dotyczące występowania objawów u kobiet i mężczyzn przedstawia tabela I. Spośród 25 objawów, w 13 nie ma istotnych różnic w zakresie odsetka kobiet i mężczyzn, którzy stwierdzili u siebie występowanie danego objawu. Wśród objawów, których występowanie różni się u kobiet i mężczyzn, znalazło się kilka zaliczanych do grupy objawów psychicznych (objaw 1., 3., 10., 21. wg tabeli I). Różnice stwierdzono również w przypadku kilku objawów zaliczanych do grupy objawów wazomotorycznych (objaw 8., 9., 17., 19., 20.), a także wśród objawów somatycznych (objaw 6., 7.). Wymienione objawy występowały częściej u kobiet niż u mężczyzn. W przypadku pozostałych objawów nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie liczby kobiet i mężczyzn, którzy je u siebie zauważyli. Uzyskane dane wskazują, że kobiety i mężczyźni stwierdzali u siebie, choć niekiedy w różnej proporcji, występowanie tych samych objawów. Wśród wymienionych w *Moim samopoczuciu* doznań nie znalazło się bowiem takie, które w ogóle nie wystąpiłoby w badanej grupie mężczyzn. Dotyczy to również uderzeń gorąca – objawu typowego dla zmian związanych z menopauzą, który pojawił się u 45,8% badanej grupy mężczyzn. Mimo występowania



Tab. I. Występowanie objawów wymienianych w kwestionariuszu *Moje samopoczucie* u kobiet i mężczyzn (w %)

Objaw *	Kobiety	Mężczyźni	p
1. martwienie się bez powodu	91,7	68,8	0,05
2. uczucia depresyjne	75,2	64,6	n.i.
3. napięcie lub ucisk w głowie bądź innych częściach ciała	79,8	54,2	0,05
4. bezsenność	79,8	68,8	n.i.
5. brak czucia w dłoniach i stopach	46,8	38,5	n.i.
6. utrata zainteresowań seksualnych	80,7	55,2	0,05
7. zła koncentracja	85,3	70,8	0,05
8. palpitacje	70,6	57,3	0,05
9. zimne dłonie i stopy	66,1	42,7	0,05
10. wahania nastroju	88,9	71,9	0,05
11. pobudliwość	91,7	87,5	n.i.
12. brak apetytu	57,8	51,0	n.i.
13. zaparcia	58,7	45,8	n.i.
14. przybieranie na wadze	68,8	59,4	n.i.
15. drażliwość	96,3	90,6	n.i.
16. wczesne budzenie się rano	73,4	63,5	n.i.
17. brak tchu	59,6	43,7	0,05
18. odrętwienie i uczucie mrowienia	62,4	58,3	n.i.
19. uderzenia gorąca	63,3	45,8	0,05
20. bóle głowy	83,5	69,8	0,05
21. uczucie napięcia	88,1	72,9	0,05
22. wybuchy płaczu	68,8	20,8	0,05
23. pieczenie oczu	54,1	46,9	n.i.
24. trudności, dyskomfort podczas stosunku płciowego	44,9	44,7	n.i.
25. pocenie się	67,9	57,3	n.i.

* W wersji wypełnianej przez badanych każdy z objawów był szerzej objaśniony

nia każdego z doznań u obu płci liczba objawów, które stwierdzili u siebie mężczyźni (średnio 14,51) jest istotnie niższa ($t=4,236$; $df=203$; $p<0,01$) niż liczba objawów u kobiet (średnio 18,05).

W dalszym etapie analizy porównano częstość i intensywność objawów, korzystając z listy objawów oraz ze skal kwestionariusza *Moje samopoczucie*. Średnie wartości punktowe wszystkich skal przedstawiono w tabeli II.

W przypadku większości objawów oraz wszystkich skal (tabela II) kwestionariusza *Moje samopoczucie* wyniki uzyskane przez kobiety są istotnie wyższe niż wyniki mężczyzn, co wskazuje na częstsze i bardziej intensywne występowanie każdej kategorii objawów. Jedynie w przypadku 8 z 25 objawów nie było istotnej różnicy w zakresie średniej częstości występowania. Objawy te to 3 objawy wazomotoryczne (objaw 5., 18., 25.), 2 objawy psychiczne (ob-



Tab. II. Częstość i intensywność objawów – średnie wyniki kobiet i mężczyzn w skalach kwestionariusza *Moje samopoczucie*

Skala	Kobiety	Mężczyźni	t	p
częstość – objawy psychiczne	27,84	20,17	4,078	0,001
częstość – objawy wazomotoryczne	16,85	11,80	3,424	0,01
częstość – objawy somatyczne	17,51	12,81	3,768	0,01
intensywność – objawy psychiczne	28,09	20,42	4,320	0,001
intensywność – objawy wazomotoryczne	17,59	12,37	3,580	0,01
intensywność – objawy somatyczne	17,47	12,32	4,299	0,001

jaw 11., 15.) oraz 3 objawy somatyczne (objaw 12., 16., 24.). Porównanie intensywności poszczególnych objawów wskazuje, że w 9 z 25 objawów nie było istotnych różnic między płciami. Objawy te należą do grupy wazomotorycznych (4 objawy – np. 5., 17.), somatycznych (4 objawy – np. 12., 24.), psychicznych (1 objaw – 15.).

Uzyskane wyniki nie były wysokie. Średnie dla kobiet plasowały się na poziomie 6 stena wg tymczasowych norm [6], a średnie dla poszczególnych objawów zawierały się w przedziale 0,752–2,339 (skala 0–5) w przypadku częstości oraz 0,899–2,312 w przypadku intensywności, co wskazuje, że kobiety nie były nadmiernie obciążone ani ze względu na częstość, ani intensywność objawów. Średnie wyniki dla mężczyzn były jeszcze niższe. Jedynie w przypadku 2 objawów – pobudliwości i drażliwości – nieznacznie przekraczały 2 pkt. Również mężczyźni nie doświadczali więc nadmiernie częstych i intensywnych objawów.

Porównania częstości i intensywności objawów menopauzalnych, jaką deklarowały kobiety opisują-

ce swoje samopoczucie (instrukcja standardowa) lub swoje samopoczucie w związku z menopauzą (instrukcja zmodyfikowana) dokonano, posługując się analizą wariancji. Kontrolowano przy tym status menopauzalny badanych kobiet wyrażony liczbą miesięcy, jaka upłynęła od ostatniego krwawienia miesięczkowego. Przy uwzględnieniu statusu menopauzalnego nie wykazano efektu głównego instrukcji (tabela III). Kobiety podobnie opisywały więc swoje doznania niezależnie od tego, czy wyraźnie zdefiniowano je jako objawy menopauzalne. Mimo braku istotnych statystycznie różnic warto jednak zwrócić uwagę na rysującą się tendencję – u kobiet w przypadku zmodyfikowanej instrukcji wyniki są nieco wyższe w każdej skali z wyjątkiem objawów somatycznych.

Dyskusja

Przeprowadzone badanie wykazało, że kobiety i mężczyźni deklarują występowanie podobnych ob-

Tab. III. Średnie uzyskane przez kobiety i wyniki ANCOVA (kontrolowana liczba miesięcy od ostatniej miesiączki) dla częstości i intensywności objawów w przypadku standardowej (n=60) i zmodyfikowanej (n=49) instrukcji kwestionariusza *Moje samopoczucie*

Skala	Standardowa instrukcja (n=60)	Zmodyfikowana instrukcja (n=49)	F (1, 107)	p
częstość – objawy psychiczne	27,04	28,31	0,135	0,71
częstość – objawy wazomotoryczne	15,91	16,51	0,037	0,84
częstość – objawy somatyczne	17,83	17,06	0,123	0,73
intensywność – objawy psychiczne	28,71	29,03	0,002	0,96
intensywność – objawy wazomotoryczne	16,16	17,09	0,070	0,79
intensywność – objawy somatyczne	17,98	16,33	0,675	0,41



jawów – 13 spośród 25 analizowanych występowało u porównywalnej liczby kobiet i mężczyzn. Wśród nich znalazły się również objawy zaliczane do grupy wazomotorycznych i ściśle łączone ze zmianami hormonalnymi towarzyszącymi menopauzie. Niemniej analiza wskaźników (średnia częstość i intensywność) wskazuje, że u kobiet wiele spośród uwzględnianych objawów pojawia się częściej, są również zdecydowanie bardziej intensywne. Potwierdza to także porównanie wskaźników dla poszczególnych kategorii objawów. Objawy wazomotoryczne (hipoteza 1.), jak i psychiczne oraz somatyczne (hipoteza 2.) pojawiają się i u kobiet, i mężczyzn, ale istotnie częściej i z większą intensywnością u kobiet. Uzyskane dane nie potwierdzają hipotezy, że objawy wazomotoryczne są doświadczane wyłącznie przez kobiety. Pozwalają natomiast stwierdzić, że podobnie jak 2 pozostałe kategorie objawów, istotnie częściej występują u kobiet. Potwierdza to drugą z wysuniętych hipotez. Uzyskane dane są zgodne z wynikami badań prowadzonych w Australii [31], w których stwierdzono pojawianie się u mężczyzn objawów wazomotorycznych, mniej intensywnych jednak niż u kobiet. Australijscy badacze również uzyskali wyniki, potwierdzające większe nasilenie wszystkich analizowanych objawów u kobiet.

Stwierdzone w badaniach większe nasilenie objawów u kobiet może być uwarunkowane dwojako. Po pierwsze, może wynikać z rzeczywistego stanu zdrowia badanych kobiet, w tym zmian związanych z menopauzą, co znalazło odzwierciedlenie w deklarowanej częstości i intensywności objawów. Zawarte w *Moim samopoczuciu* objawy są łączone z menopauzą [1, 3–5, 35, 36] i rozpoznawane u kobiet w przedziale wiekowym uwzględnionym w badaniu. Są więc typowe i stąd ich występowanie u badanych kobiet. Niektóre z objawów zawartych w *Moim samopoczuciu* są jednak zbieżne z objawami częściowego niedoboru androgenów u starzejących się mężczyzn, zwłaszcza z jego objawami somatycznymi i psychicznymi [33, 37–39]. Dlatego też uczestniczący w badaniach mężczyźni rozpoznali u siebie wiele z wymienionych objawów. Zmiany związane ze zmniejszającym się poziomem androgenów z reguły są rozpoznawane ok. 60. roku życia i stosunkowo rzadko są badane u mężczyzn w przedziale 45–55 lat [38]. Być może nie wstępują jeszcze w takim nasileniu jak u kobiet, co tłumaczyłoby niższe wyniki uzyskane u mężczyzn.

Drugie wyjaśnienie łączy się z opisanymi w literaturze tendencjami mężczyzn do bagatelizowania i ukrywania własnych problemów zdrowotnych [39–41]. Informowanie o mniejszej liczbie, mniej intensywnych objawów byłoby wówczas skutkiem nie

tyle ich mniejszego nasilenia, ile efektem tendencji do pomniejszania własnych niedomagań. W takim przypadku uzyskane wyniki świadczyłyby raczej o sposobie, w jaki mężczyźni odnoszą się do swego stanu zdrowia niż o rzeczywistym mniejszym nasileniu analizowanych objawów.

Warto uwzględnić jeszcze jedną możliwość wyjaśnienia wyników uzyskanych przez mężczyzn. Uczestniczący w badaniach mężczyźni dysponowali wiedzą na temat menopauzy i jej objawów, której źródłem mogła być obserwacja stanu zdrowia ich partnerek. Mogli uznać przynajmniej część z listy objawów za typowe dla menopauzy (bo występujące u znajdującej się w okresie perimenopauzy partnerki) i dlatego nie rozpoznać ich u siebie (zwłaszcza objawów wazomotorycznych). Przyczyniło się to niższej średniej liczby objawów, a także ich niższej częstości i intensywności. Inne objawy, zwłaszcza z grupy objawów psychicznych i somatycznych, są dość uniwersalne i mogą pojawiać się u osób różnej płci, dlatego pojawiły się w wynikach badanych mężczyzn. Objawy te są także związane z występującymi u mężczyzn ok. 50. roku życia zmianami hormonalnymi [33], tym bardziej więc mogły zostać uwzględnione przez badanych opisujących własne samopoczucie.

Uzyskane wyniki wskazują również, że niezależnie od tego czy uwzględnione w kwestionariuszu objawy zostały wyraźnie powiązane z menopauzą, czy też nie, uczestniczki badań charakteryzowały swoje doznania tak samo. Tym samym hipoteza 3. została potwierdzona. Wydaje się, że w przypadku kobiet, u których objawy nie są zbyt intensywne i które nie są leczone z powodu dolegliwości okołomenopauzalnych, podkreślanie związku objawów z menopauzą nie ma istotnego znaczenia. Ważniejsza jest bowiem ocena natężenia dolegliwości. Jeśli objawy nie są uznawane za częste i intensywne, to podkreślanie ich związku ze zmianami hormonalnymi nie wpływa na ocenę. Wyniki innych badań, które wykazały wyraźny związek opinii o menopauzie i jej objawach z doświadczeniami kobiet w okresie perimenopauzalnym [42], wskazują na zasadność takiego wnioskowania.

Wnioski

Objawy uznawane za typowe dla menopauzy nie występują wyłącznie u kobiet. Są charakterystyczne także dla mężczyzn w porównywalnej grupie wiekowej, choć u kobiet pojawiają się z większą częstością i intensywnością. Dla oceny częstości i intensywności objawów przez kobiety nie ma znaczenia wyraźne podkreślanie ich związku z menopauzą.



Summary

Objective: There were two aims of the study: to look at menopausal symptoms in women and men of the same age, and to test whether menopausal women characterize their experiences in the same way when asked to describe their menopausal symptoms and when asked to describe their present well-being.

Subjects and methods: The sample of 45-55 years old subjects included 109 women and 96 men. None of the participants received any form of hormonal treatment at the time of study. The 25-items Menopausal symptoms list ('Moje samopoczucie') was administered. This measure allowed to evaluate the prevalence of symptoms in the sample, and to describe frequency and intensity of symptoms.

Results: All types of symptoms, including vasomotor symptoms, were reported by women and men. However, the mean number of symptoms was significantly lower for men. Women described their experiences in the same way despite the instruction pointing to menopausal transition or present well-being.

Conclusion: Typical menopausal symptoms, including vasomotor symptoms, are not unique for women. They are also experienced by men, however less frequently and less intensively.

Key words: menopause, menopausal symptoms, vasomotor symptoms, somatic symptoms, psychological symptoms

Piśmiennictwo

1. *Badania nad menopauzą w latach 90.* Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera. Łódź 2001.
2. Coope J. *Menopauza.* W: A. McPherson (red.) *Problemy zdrowotne kobiet.* Springer PWN Warszawa 1997, 203-31.
3. Greene JG. *Constructing a standard climacteric scale.* *Maturitas*, 1998; 29, 25-31.
4. Perz J. *Development of the Menopause Symptom List: A factor analytic study of menopause associated symptoms.* *Women & Health* 1997; 25: 53-69.
5. Hunter M. *The Women's Health Questionnaire: A measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health.* *Psychol and Health* 1992; 7: 45-54.
6. Bielawska-Batorowicz E. *Moje samopoczucie – polska adaptacja kwestionariusza Menopause Symptom List Jannette M. Perz.* *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica* 2004; 8: 45-54.
7. *The Menopause at the Millennium. The proceedings of the 9th International Menopause Society World Congress on the Menopause.* red. Aso T, Yanaihara T, Fujimoto S. The Parthenon Publishing Group, New York 2000.
8. *Menopause. Biology and Pathobiology.* red. Lobo RA, Kelsey J, Marcus R. Academic Press. San Diego 2000.
9. Blumel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, et al. *Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric.* *Maturitas* 2004; 49: 205-210.
10. Beyene Y, Martin MC. *Menopausal experiences and bone density of Mayan women in Yukatan, Mexico.* *Am J of Human Biol* 2001; 13: 505-11.
11. Stewart DE. *Menopause in highland Guatemala Mayan women.* *Maturitas* 2003; 44: 293-7.
12. Wojnar M, Drózd W, Araszkiwicz A, et al. *Assessment and prevalence of depression in women 45-55 years of age visiting gynecological clinics in Poland.* *Arch Women's Mental Health* 2003; 6: 193-201.
13. Holte A. *The changing truth about how natural menopause affects health complaints: results from the Norwegian Menopause Project.* In: K Wijma, B von Schoultz (red.) *Reproductive life. Advances in research in psychosomatic obstetrics and gynecology.* The Parthenon Publishing Group. Carnforth 1992, 352-8.
14. Koster A, Eplöv LF, Garde K. *Anticipations and experiences of menopause in a Danish female general population cohort born in 1936.* *Arch Women's Mental Health* 2002; 5: 9-13.
15. Jokinen K, Rautava P, Makinen J, et al. *Experience of climacteric symptoms among 42-46 and 52-56-year-old women.* *Maturitas* 2003; 46: 199-205.
16. Conboy L, Domar A, O'Connell E. *Women at mid-life: symptoms, attitudes, and choices, an internet based survey.* *Maturitas* 2001; 38: 129-36.
17. Aso T. *The significance of the menopause in human life in the present and next centuries.* In: T Aso, T Yanaihara, S Fujimoto (red.) *The menopause at the millennium. The proceedings of the 9th International Menopause Society World Congress on the Menopause.* The Parthenon Publishing Group. New York 2000, 88-94).
18. Lam PM, Leung TN, Haines C, et al. *Climacteric symptoms and knowledge about hormone replacement therapy among Hong Kong Chinese women aged 40-60 years.* *Maturitas* 2003; 45: 99-107.



19. Pan HA, Wu MH, Hsu CC, et al. *The perception of menopause among women in Taiwan*. *Maturitas*, 2002; 41, 269-74.
20. Xiao B, Ge QS. *Role of reproductive health in the quality of life of women in the menopause*. In: T Aso, T Yanaihara, S Fujimoto (red.). *The menopause at the millenium. The proceedings of the 9th International Menopause Society World Congress on the Menopause*. The Parthenon Publishing Group. New York 2000, 122-6.
21. Obermeyer CM, Schulein M, Hajji N, et al. *Menopause in Marocco: symptomatology and medical management*. *Maturitas* 2002; 41: 87-95.
22. Limpaphayom KK. *Healthy aging in the 21st century*. In: T Aso, T Yanaihara, S Fujimoto (red.). *The menopause at the millenium. The proceedings of the 9th International Menopause Society World Congress on the Menopause*. The Parthenon Publishing Group. New York 2000, 95-100.
23. Berger G. *Menopause and culture*. Pluto Press. London 1999.
24. Bradsher JE, McKinlay SM. *Distinguishing the effects of age from those of menopause*. In: RA Lobo, J Kelsey, R Marcus (red.). *Menopause. Biology and pathobiology*. Academic Press. San Diego 2000, 203-11.
25. Lock M. *Encounters with aging. Mythologies of menopause in Japan and North America*. University of California Press. Berkeley 1995.
26. Gold EB. *Demographics, environmental influences and ethnic and international differences in the menopausal experience*. In: RA Lobo, J Kelsey, R Marcus (red.). *Menopause. Biology and pathobiology*. Academic Press. San Diego 2000, 189-201.
27. O'Connor VM, Del Mar CB, Sheehan M, et al. *Do psycho-social factors contribute more to symptom reporting by middle-aged women than hormonal status?* *Maturitas* 1995; 20: 63-9.
28. Staropoli CA, Flaws JA, Bush TL, et al. *Predictors of menopausal hot flashes*. *J Women's Health* 1998; 7: 1149-55.
29. Avis NE, Stellato R, Crawford S, et al. *Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups*. *Soc Sci Med* 2001; 52: 345-56.
30. Hahn P, Wong, J, Reid R. *Menopausal-like hot flashes reported in women of reproductive age*. *Fert Steril* 1998; 70: 913-8.
31. Calvaresi E, Bryan J. *Symptom experience in Australian men and women in midlife*. *Maturitas* 2003; 44: 225-36.
32. Hulka BS, Meirik O. *Research on the menopause*. *Maturitas* 1996; 23: 109-12.
33. Mędraś M, Bablok L. (red.) *Andropauza*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2002.
34. Holte A. *Menopause, mood and hormone replacement therapy: methodological issues*. *Maturitas* 1998; 29: 5-18.
35. Hunter M, O'Dea I. *Cognitive appraisal of the menopause: the menopause representations questionnaire (MRQ)*. *Psychol Health & Med* 2001; 6: 65-76.
36. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, et al. *A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties*. *Maturitas* 1996; 24: 161-75.
37. Diamond J. *Surviving male menopause. A guide for women and men*. Sourcebooks, Inc. Naperville 2000.
38. Korenman SG, Mooradian AD, Hendrick V. *Changes in men as they age: the manopause*. In: RA Lobo, J Kelsey, R Marcus (red.). *Menopause. Biology and pathobiology*. Academic Press. San Diego 2000, 111-33.
39. Tan RS. *The andropause mystery. Unraveling truths about the male menopause*. AMRED Publishing. Houston 2001.
40. Brannon L. *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni*. GWP. Gdańsk 2002.
41. Mandal E. *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 2000.
42. 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.

Adres do korespondencji

dr n. hum. **Eleonora Bielawska-Batorowicz**
 Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego
 ul. Smugowa 10/12
 91-433 Łódź
 e-mail: ebat@uni.lodz.pl

¹W zbieraniu przedstawionego tu materiału uczestniczyła Izabela Lewicka.

