Analiza wpływu objawów klimakterycznych na funkcjonowanie i jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym

The impact of climacteric symptoms on functioning and quality of life among women in perimenopausal stage

Violetta Skrzypulec, Beata Naworska, Agnieszka Drosdzol

Katedra Zdrowia Kobiety Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach; kierownik Katedry: prof. dr hab. med. Violetta Skrzypulec

Przegląd Menopauzalny 2007; 2: 96–101

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy jest ocena wpływu objawów klimakterycznych na funkcjonowanie i jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym.

Materiał i metody: Programem badawczym objęto grupę 1049 kobiet w okresie okołomenopauzalnym, w przedziale wiekowym 45.–65. roku życia, zamieszkałych w regionie Śląska i Warmii. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz, składający się z części ogólnej – dotyczącej stanu społecznego, wywiadu lekarskiego, części psychologicznej oraz indeksu Kuppermana. W analizie statystycznej wykorzystano testy – CHI^2, U Manna-Whitney'a, analizę wariancji i korelacji rang Spearmana.

Wyniki: Grupy kobiet GS i GW były jednorodne pod względem wieku (średni wiek GS wynosił 51,31±5,26 lat oraz GW 51,62±5,81 lat; p>0,09). Średni wiek wystąpienia menopauzy w badanych grupach wynosił 49,23±4,37 lat. W przeprowadzonym badaniu uzyskano generalnie niskie średnie wartości indeksu Kuppermana zarówno dla GS, jak i dla GW (średnio 16,34 pkt), co wskazuje na bardzo niski stopień nasilenia zespołu klimakterycznego. Wartości IK wzrastały wraz z wiekiem badanych kobiet GS i GW (p<0,01), samotnym zamieszkaniem (p<0,036), złą sytuacją materialną (p<0,001) oraz niestosowaniem terapii hormonalnej. Najbardziej uciążliwymi objawami klimakterycznymi były uderzenia gorąca i nadmierne poty. Stopień nasilenia uderzeń gorąca znamiennie korelował z powstawaniem zmian relacji zawodowych w grupie śląskiej (p<0,01), natomiast występowanie nadmiernych potów pogarszało relacje w środowisku rodzinnym i zawodowym kobiet z regionu Warmii (p<0,01).

Wnioski: Objawy klimakteryczne nasilają się wraz z wiekiem, złą sytuacją materialną, samotnym zamieszkaniem i niestosowaniem terapii hormonalnej, co w konsekwencji negatywnie wpływa na relacje rodzinne i zawodowe badanych kobiet.

Słowa kluczowe: menopauza, jakość życia, objawy klimakteryczne, seksualność

Summary

Objectives and study design: The aim of this study is to evaluate the impact of climacteric symptoms on functioning and quality of life among perimenopausal women.

Materials and method: A group of 1049 women in perimenopausal stage at the age of 45-65 living in Silesia and Warmia Regions were screened for inclusion in the study. A specific questionnaire was used as a research tool in this study. It included a general/sociodemographic part, medical history, psychological part and Kupperman Index. In statistical analysis CHI^2, U Mann-Whitney, analysis of variance and Spearman's rank correlation models were used.

Results: There were no significant differences between the two female groups (GS and GW) on the mean age (respectively: GS 51.31±5.26 and GW 51.62±5.81; p>0.09). The mean age of menopause was 49.23±4.37 in the present study. The study revealed generally low Kupperman Index scores both in GS and GW (mean 16.34 points) which suggests a very low intensification of the climacteric syndrome. The age of GS and GW respondents (p<0.01), living alone (p<0.036), bad financial situation (p<0.001) and not using hormonal therapy

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. med. **Violetta Skrzypulec**, Katedra Zdrowia Kobiety Śląskiej Akademii Medycznej, ul. Medyków 12, 40-752 Katowice, tel./faks +48 32 208 87 30, e-mail: cor111@poczta.onet.pl

correlated with higher IK scores. Hot flushes and sweating were classified as the most troublesome. The level of hot flushes significantly correlated with changes in occupational functioning among GS ($p<0.01$) and sweating with both family and occupational one among GW ($p<0.01$).

Conclusions: Climacteric symptoms are intensified by age, bad financial situation, living alone and not using hormonal therapy, which has a negative influence on family and occupational functioning.

Key words: menopause, quality of life, climacteric symptoms, sexuality

Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje menopauzę jako ostatnie prawidłowe krwawienie miesięczne w życiu kobiety, co przyczynowo jest związane z całkowitą utratą pęcherzyków jajnikowych [1]. Zgodnie z podziałem menopauzalnego życia kobiety (WHO), wyróżniania się 3 kolejne okresy sąsiadujące z menopauzą – menopauzalny okres przejściowy, perimenopauzę oraz postmenopauzę [1]. Menopauzalny okres przejściowy (premenopauza) jest określany jako stadium życia kobiety przed ostatnią miesiączką, w którym zwykle zwiększona jest nieregularność miesiączkowania i przypada na wiek ok. 45. do 48.–49. roku życia. Perimenopauza obejmuje okres bezpośrednio przed menopauzą (ok. 2 lat), kiedy zaczynają pojawiać się pierwsze kliniczne, biologiczne i endokrynologiczne cechy zbliżającej się ostatniej miesiączki, jak i rok do 2 lat po menopauzie. Postmenopauza natomiast jest definiowana przez WHO jako okres życia po ostatniej miesiączce, niezależnie od faktu, czy menopauza jest procesem naturalnym, czy wywołana sztucznie [1].

W okresie przekwitania stan hormonalny kobiety, a w głównej mierze niedobór estrogenów, jest odpowiedzialny za wiele objawów klinicznych. Zespół symptomów występujących w okresie okołomenopauzalnym można podzielić na objawy o charakterze krótkotrwałym: zmiany w cyklu miesiączkowym, zaburzenia naczynioruchowe, dysfunkcje układu moczowo-płciowego oraz zaburzenia psychoemocjonalne, jak i długotrwałe skutki utraty funkcji endokrynnej jajnika – choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia gospodarki lipidowej, osteoporoza pomenopauzalna, nowotwory sutka i trzonu macicy, cukrzyca typu 2, zespoły demencyjne, a także zaburzenia psychiczne [2–5].

Zespół objawów neurowegetatywnych i psychoemocjonalnych występujących w okresie przekwitania określany jest jako zespół klimakteryczny. W okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym najczęstszymi są objawy o charakterze zaburzeń termoregulacji (objawy naczynioruchowe). Należą do nich uderzenia gorąca, nadmierne poty – zwłaszcza nocne, zawroty głowy, bóle głowy, kołatania serca, bezsenność [2–5]. Uderzenia gorąca występują podczas klimakterium nawet u 75% kobiet [2–5]. Średni czas trwania uderzeń gorąca wynosi ok. 2 lat, a 25% kobiet doświadcza tych objawów przez ponad 5 lat [2, 3, 5].

Przekwitanie u kobiet łączy się również z występowaniem zaburzeń psychoemocjonalnych. Obserwuje się w tej grupie kobiet symptomy związane z zakłóceniem równowagi stanu psychicznego – poczucie zmniejszenia energii i motywacji do działania, silne wahania nastroju, wzmożone napięcie emocjonalne, chwiejność emocjonalną, lęk, podwyższoną drażliwość, obniżenie sprawności procesów intelektualnych, trudności w koncentracji i zapamiętywaniu oraz zmniejszenie libido [2–5].

Zmiany fizjologiczne okresu klimakterium, nakładające się dodatkowo schorzenia ogólnoustrojowe dotyczące wieku średniego, w połączeniu ze zmianami w pozycji społeczno-ekonomicznej wpływają na ogólną kondycję fizyczną, psychiczną i społeczną kobiet w wieku menopauzalnym, co może skutkować negatywnym wpływem na jakość życia [2–7].

Cel pracy

Celem pracy badawczej była ocena funkcjonowania biopsychospołecznego kobiet w okresie okołomenopauzalnym, analiza wpływu czynników psychospołecznych na przebieg klimakterium w badanych grupach oraz ocena wpływu objawów klimakterycznych na funkcjonowanie i jakość życia kobiet.

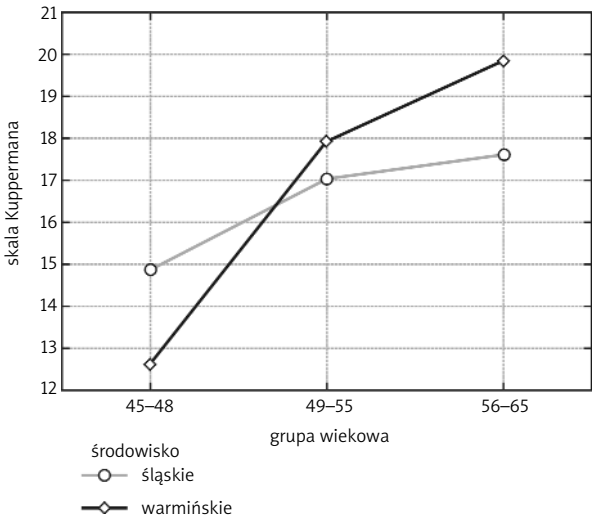
Materiał i metody

Programem badawczym objęto grupę 1049 kobiet w okresie okołomenopauzalnym w przedziale wiekowym 45.–65. roku życia, zamieszkałych w regionie Śląska i Warmii. Populację respondentek stanowiły kobiety zgłaszające się do jednostek klinicznych w celu wykonania rutynowego badania ginekologicznego, cytologicznego, kontynuacji stosowania doustnej antykoncepcji hormonalnej, jak również kobiety hospitalizowane lub leczone ambulatoryjnie z powodu objawów okresu okołomenopauzalnego i/lub zaburzeń hormonalnych. Do ostatecznej analizy zakwalifikowano 1007 kobiet spełniających wszystkie kryteria włączenia. Badane respondentki podzielono na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowiły mieszkanki regionu Śląska – grupa śląska (GS) (n=695), drugą grupę mieszkanki regionu Warmii – grupa Warmii (GW) (n=312). W obrębie każdej z grup wyodrębniono trzy podgrupy wiekowe (45–48 lat, 49–55 lat, 56–65 lat).

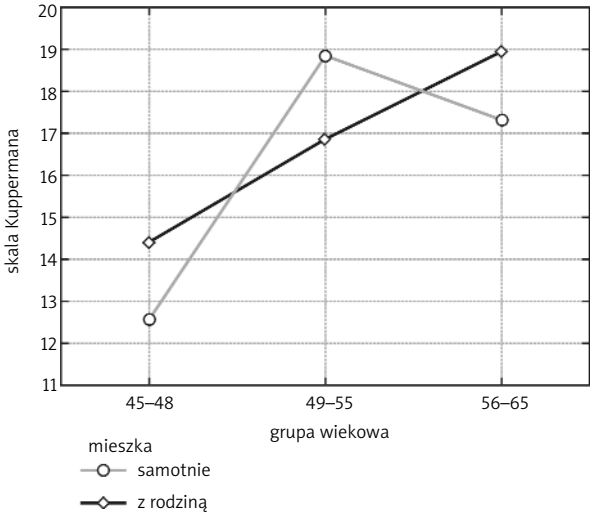
Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz badawczy, dobrowolnie i anonimowo wypełniany przez respondentki grupy badanej. Kwestionariusz składał się z części ogólnej dotyczącej stanu społecznego, wywiadu lekarskiego, części psychologicznej oraz inwentarza samooceny – indeksu Kuppermana do jakościowej i ilościowej oceny objawów klimakterycznych [8].

Projekt badawczy został przedłożony i pozytywnie zaopiniowany przez Komisję Bioetyczną Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach (L.dz. NN-013-185/03).

W analizie statystycznej wykorzystano pakiet STATISTICA dla Windows. Różnice między parametrami uznano za istotne dla poziomu istotności 0,05. Analiza statystyczna obejmowała test CHI^2, test U Manna-Whitney'a, analizę wariancji i korelacji rang Spearmana.



Ryc. 1. Zależność nasilenia objawów klimakterycznych w skali Kuppermana względem grupy wiekowej i środowiskowej (istotny wpływ wieku p<0,001 i interakcji wiek-grupa p<0,016)



Ryc. 2. Rozkład zależności skali Kuppermana od wieku i zamieszkania badanych kobiet (istotny wpływ wieku p<0,001, interakcja wiek-zamieszkanie p<0,036)

Wyniki

Grupy kobiet GS i GW były jednorodne pod względem wieku (średni wiek GS wynosił 51,31±5,26 lat oraz GW 51,62±5,81 lat; p>0,09). Średni wiek wystąpienia menopauzy w badanych grupach wynosił 49,23±4,37 lat. Istotnych różnic statystycznych pomiędzy grupami GS i GW nie stwierdzono również w poziomie wykształcenia, w deklarowanej sytuacji materialnej, stanie cywilnym, zamieszkiwaniu samotnym lub z rodziną, a także w źródłach utrzymania i trybie życia badanych kobiet w obu środowiskach. Częstość występowania i rozkład schorzeń ogólnoustrojowych (nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zawału mięśnia sercowego, zmian niedokrwiennych ośrodkowego układu nerwowego, osteoporozy, depresji, chorób nowotworowych oraz nietrzymania moczu) nie różniły się istotnie statystycznie pomiędzy badanymi grupami kobiet. Jedynie analiza statystyczna wykazała istotną odmienność (p<0,05), obejmującą rozpoznanie i częstsze występowanie w grupie śląskiej choroby niedokrwiennej serca (GS – 14,96%, GW – 8,01%), żylaków kończyn dolnych oraz żylaków odbytu.

Średni BMI (*body mass index*) wzrastał wraz z wiekiem wszystkich respondentek populacji badanej od 24,7 w pierwszej podgrupie wiekowej (45–48 lat) do 28,3 w trzeciej (56–65 lat) (p<0,001).

Dokonując oceny nasilenia objawów klimakterycznych za pomocą indeksu Kuppermana (IK), uzyskano jednoznaczne rezultaty – generalnie niskie bezwzględne średnie wartości indeksu zarówno dla GS, jak i GW – 16,34 pkt, co po zastosowaniu punktu odcięcia nie wskazywało nawet na lekki zespół klimakteryczny. Wykazano znamienną zależność generalnej punktacji IK od wieku ankietowanych kobiet (p<0,01) – indeks Kuppermana wzrastał wraz z wiekiem badanych w obu środowiskach (interakcja wiek-grupa, p<0,016). Dynamika wzrostu była większa w środowisku warmińskim, jednakże nieznamienna statystycznie (ryc. 1.).Najbardziej uciążliwymi objawami klimakterycznymi były uderzenia gorąca i nadmierne poty. Stopień nasilenia uderzeń gorąca znamiennie korelował z powstawaniem zmian relacji zawodowych w grupie śląskiej (p<0,001), natomiast występowanie nadmiernych potów pogarszało relacje w środowisku rodzinnym i zawodowym kobiet z regionu Warmii (p<0,001).

Analiza statystyczna wpływu wybranych czynników społeczno-ekonomicznych na oscylację skali Kuppermana wykazała, iż najwyższe nasilenie objawów klimakterycznych dotyczyło kobiet mieszkających samotnie (p<0,036), w przedziale wiekowym 49–55 lat (p<0,01) (ryc. 2.), w złej sytuacji materialnej badanych w poszczególnych podgrupach wiekowych (p<0,001) (ryc. 3.) oraz

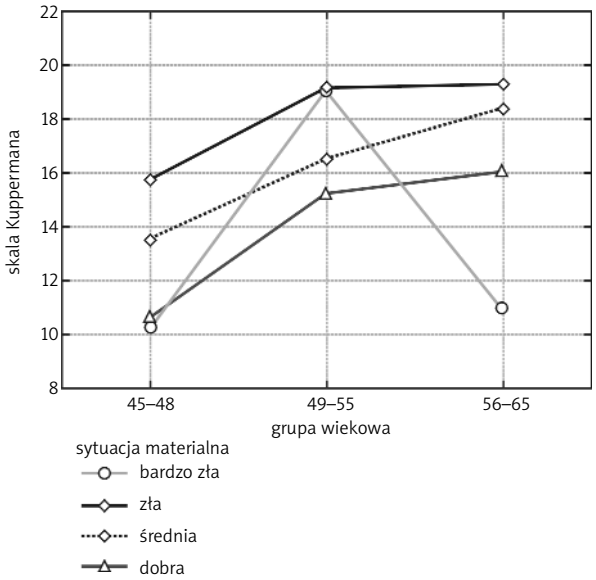
pozostających w dobrych relacjach partnerskich (ryc. 4.). W pracy nie ujawniono natomiast istotnego wpływu stanu cywilnego na występowanie i stopień nasilenia objawów klimakterycznych.

Zastosowanie terapii hormonalnej znamiennie korelowało z niższymi wskaźnikami indeksu Kuppermana we wszystkich podgrupach wiekowych obu grup badanych (ryc. 5.). Odsetek respondentek niestosujących hormonoterapii (HT) bez objawów zespołu klimakterycznego był najwyższy w najmłodszej i najstarszej podgrupie wiekowej w obu grupach badanych (ponad 60% badanych), natomiast u osób stosujących leczenie w 1. i 2. podgrupie wiekowej zarówno GS, jak i GW (średnio ok. 75% badanych). Największą grupę z lekkim zespołem klimakterycznym wśród badanych stanowiły kobiety z Warmii w wieku 49–55 lat niestosujące HT (26,79%). Średni zespół klimakteryczny najczęściej występował wśród kobiet śląskich (19,02%) w wieku 49–55 lat, także niestosujących HT. Natomiast ciężki zespół klimakteryczny był najczęściej diagnozowany w najstarszej podgrupie wiekowej kobiet z regionu warmińskiego niestosujących HT (11,76%).

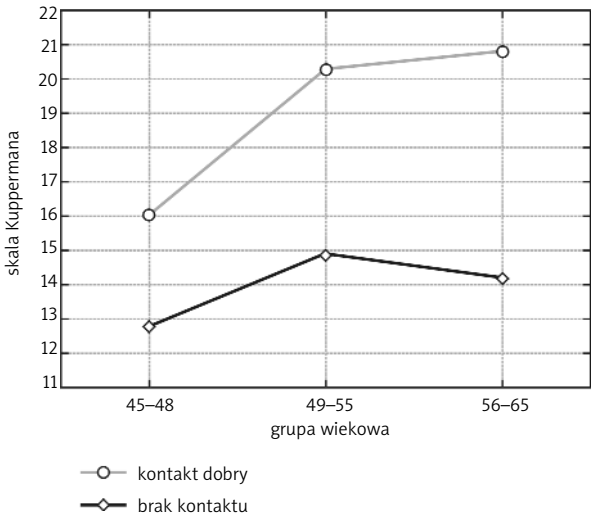
Dyskusja

Zgodnie z aktualnymi zaleceniami Północnoamerykańskiego Towarzystwa Menopauzy (NAMS) dotyczącymi zagadnień psychologiczno-społecznych menopauzy, zadaniem zarówno lekarzy specjalistów, jak i położnych i pielęgniarek powinno być nie tylko działanie diagnostyczno-terapeutyczne, ale także zwrócenie uwagi na aspekt psychologiczny zaburzeń klimakterycznych i dążenie do poprawy jakości życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym [9].

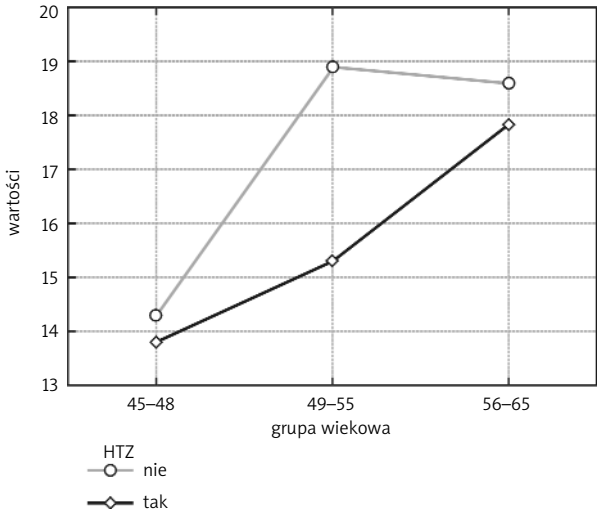
W badaniu Satoh i Ohashi [10] w projekcie badawczym *Munakata Women's Midlife Health Project*, oceniającym jakość życia i objawy klimakteryczne 187 kobiet w Japonii, wykazano narastanie objawów wypadowych i istotnie częstsze rozpoznawanie średniego i ciężkiego zespołu klimakterycznego w grupie kobiet w okresie perimenopauzalnym (24,4%) i postmenopauzalnym (26,6%) w odniesieniu do okresu premenopazalnego (3,1%). Autorzy ujawnili ponadto obniżenie jakości życia badanych kobiet wraz z nasileniem objawów klimakterycznych w okresie peri- i postmenopauzalnym [10].



Ryc. 3. Rozkład zależności skali Kuppermana od wieku i sytuacji materialnej badanych kobiet (grupa wiek p<0,006, sytuacja materialna p<0,001, interakcja p=0,485)



Ryc. 4. Rozkład zależności skali Kuppermana od wieku i kontaktów z partnerem (grupa wiekowa p<0,001 kontakt z partnerem p<0,001, interakcja p=0,077)



Ryc. 5. Rozkład zależności skali Kuppermana od wieku i stosowania HT w badanych grupach kobiet (grupa wiekowa p<0,001 stosowanie HT p<0,020, interakcja p=0,052)

Doniesienia Blumela i wsp. [11] potwierdzają także niekorzystny wpływ wystąpienia ostatniej miesiączki i objawów klimakterycznych na jakość życia kobiet (*Specific Quality of Life Questionnaire for Menopause of Toronto University*). W okresie peri- i postmenopauzalnym w odniesieniu do premenopauzy wzrastało 10,6-krotnie ryzyko występowania objawów wazomotorycznych, upośledzających dobrostan pacjentek, 3,48-krotnie ryzyko pogorszenia domeny psychospołecznej jakości życia, 5,72-krotnie domeny funkcjonowania fizycznego oraz 3,24-krotnie domeny funkcjonowania seksualnego. Ponadto nasilenie objawów menopauzalnych, jak i utrata prawidłowego funkcjonowania fizycznego i seksualnego postępowały wraz z wiekiem badanych. Brak aktywności zawodowej sprzyjał nasilaniu objawów wazomotorycznych oraz pogorszeniu jakości życia. Zaburzenia seksualne dominowały w przypadku kobiet samotnych, o niskiej aktywności seksualnej i przypadały na okres peri- i postmenopauzalny [11]. Przedstawione powyżej rezultaty są zbliżone do wyników badań własnych, w aspekcie korelacji pomiędzy nasileniem objawów klimakterycznych i obniżeniem jakości życia kobiet a wiekiem. Najwyższe nasilenie objawów menopauzalnych dotyczyło kobiet mieszkających samotnie i w złej sytuacji materialnej. Zaburzenia pożądania seksualnego wzrastały wraz z wiekiem oraz stopniem nasilenia objawów klimakterycznych i zaburzeń nastroju. Nie potwierdzono natomiast wpływu stanu cywilnego na życie seksualne badanych kobiet.

Według Wiklunda i wsp. [12] jakość życia kobiet ulega wyraźnym zmianom w okresie okołomenopauzalnym, a istotne znaczenie w tym aspekcie odgrywają objawy klimakteryczne. Wykazano korzystny wpływ terapii hormonalnej na wszystkie domeny jakości życia, zwiększenie ogólnej satysfakcji, energii, aktywności, zmniejszenie napięcia, lęku, zaburzeń nastroju, zaburzeń snu oraz stopnia nasilenia objawów klimakterycznych i wskaźnika Kuppermana [12].

Lai i wsp. [13] porównali częstość występowania i stopień nasilenia poszczególnych objawów klimakterycznych oraz ich wpływ na jakość życia (WHOQOL-BREF) kobiet w okresie okołomenopauzalnym zgłaszających się do lekarzy specjalistów z powodu pogorszenia stanu zdrowia (grupa badana; n=230), z grupą kobiet w dobrym ogólnym stanie zdrowia w identycznym przedziale wiekowym (45–55 lat) (grupa kontrolna; n=349). Najczęstszymi objawami klimakterycznymi deklarowanymi przez badaną populację kobiet były poty nocne (66%), zaburzenia emocjonalne (64%), spadek libido (40,9%) oraz uderzenia gorąca (35,4%). Cytowani autorzy wykazali istotne obniżenie jakości życia kobiet grupy badanej w domenach funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i środowiskowego, w porównaniu z grupą kontrolną. Nie stwierdzono wpływu objawów wypadowych na jakość życia, z wyjątkiem zaburzeń snu i zaburzeń emocjonalnych, pogarszających dobrostan pacjentek [13]. W prezentowanym materiale własnym najczęściej stwierdzano uderzenia gorąca i nadmierne poty, które najsilniej obniżały jakość życia badanych kobiet – uderzenia gorąca w zakresie funkcjonowania zawodowego w grupie śląskiej ($p<0,01$), natomiast nadmierne poty w zakresie zarówno funkcjonowania zawodowego, jak i rodzinnego w grupie z Warmii ($p<0,01$). Zaburzenia libido występowały z porównywalną częstością w badanych grupach kobiet i zwiększały się wraz z wiekiem, nasileniem objawów klimakterycznych i depresyjnych zaburzeń nastroju.

Ostatnie badania Genazzaniego i wsp. [14], prowadzone w 2005 r. w siedmiu krajach europejskich (Belgii, Francji, Niemczech, Holandii, Hiszpanii, Szwajcarii i Wielkiej Brytanii) na grupie 4201 kobiet w wieku okołomenopauzalnym potwierdziły występowanie objawów klimakterycznych u 94% kobiet oraz ich negatywny wpływ na codzienne funkcjonowanie u prawie połowy badanych respondentek. Rozpoznano w 74% uderzenia gorąca, 58% bezsenność, 57% zmiany nastroju oraz w 45% spadek libido. Generalnie 48% badanych kobiet wyrażało pozytywny stosunek do terapii hormonalnej wieku menopauzalnego, z najwyższym odsetkiem w grupie aktualnie stosującej HT (73%). Na podstawie powyższego projektu badawczego autorzy wnioskują, iż u przeważającej większości kobiet w okresie menopauzalnym występują silne objawy klimakteryczne, które wymagają skutecznego leczenia. Istnieje zasadnicza potrzeba informowania pacjentek o okresie menopauzy oraz korzyściach i ryzyku stosowania HT [14]. Przedstawione spostrzeżenia zostały częściowo potwierdzone wynikami badań własnych. Ponad 13% populacji badanej deklarowało stosowanie terapii hormonalnej aktualnie lub w przeszłości. W badaniu opinii respondentek dotyczącej HT 68,2% GS i 68,62% GW deklarowało pozytywne stwierdzenia dotyczące poprawy samopoczucia i bezpieczeństwa stosowania powyższej terapii. Wykazano, iż stosowanie terapii hormonalnej istotnie różnicowało poglądy kobiet na jej temat – wzrastał odsetek opinii pozytywnych, a zmniejszał się odsetek negatywnych. Różnica wyników własnych z przedstawionymi doniesieniami dotyczyła stopnia nasilenia objawów menopauzalnych, które w badanej populacji kobiet GS i GW głównie występowały w postaci objawów o bardzo słabym nasileniu.

W pracy własnej wykazano negatywny wpływ operacji ginekologicznych na profil psychologiczny pacjentek – wzrost odsetka depresji u kobiet po usunięciu macicy oraz jajników z wyraźną dominacją objawów w najmłodszej (45–48 lat) i najstarszej (56–65 lat) podgrupie wiekowej. Przegląd piśmiennictwa (Rannestad i wsp.) [15] wskazuje na wzrost ryzyka zaburzeń snu i braku aktywności życiowej w grupie kobiet poddanych zabiegom ginekologicznym. Nie potwierdza natomiast występowania objawów psychopatologicznych i zaburzeń seksualnych.

Liczne publikacje obejmują problematykę korzystnego wpływu terapii hormonalnej wieku menopauzalnego na redukcję objawów klimakterycznych i poprawę jakości życia kobiet [16–19].

Adler i wsp. [16] uzyskali zmniejszenie częstości uderzeń gorąca w stopniu umiarkowanym/silnym z 4,1 dziennie przed terapią do 0,6 dziennie w 12. tyg. transdermalnej terapii hormonalnej (0,05 mg E2 i 0,14 mg noretisteronu) w grupie 193 kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Wykazano również istotny spadek bólów głowy, zaburzeń snu oraz objawu suchości i zmian atroficznych pochwy ($p<0,0001$) [16]. Dla porównania, w badaniach autorskich zastosowanie HT korelowało z niewystępowaniem objawów klimakterycznych u ok. 75% badanych kobiet grup GS i GW; dotyczyło to głównie przedziałów wiekowych 45–48 oraz 49–55 lat. 34,6% respondentek śląskich i 40,7% warmińskich deklarowało poprawę ogólnego samopoczucia po wdrożeniu terapii hormonalnej.

Podobne rezultaty spotyka się w badaniu Skrzypulec i wsp. [17], w którym wykazano istotną poprawę trzech kategorii jakości życia – funkcjonowania fizycznego, aktywności społecznej i witalności (inwentarz zdrowia SF-36) w grupie kobiet suplementowanych HT ($p<0,05$). Najwyraźniejsza różnica dotyczyła domeny funkcjonowania fizycznego w podgrupach HT kobiet krwawiących regularnie oraz niekrwawiących do 2 lat. Autorzy wykazali istotną redukcję częstości i intensywności uderzeń gorąca, nadmiernych potów, zaburzeń snu i objawu nietrzymania moczu w grupie HT. Podobnie jak w badaniach własnych, u kobiet stosujących HT znamiennie rzadziej rozpoznawano ciężki zespół klimakteryczny (skala Greena) [17]. Vaheri i wsp. [19] uzyskali także poprawę jakości życia i parametrów seksualności (skala Q-les-Q) kobiet poddanych długotrwałej (7–9-letniej) terapii hormonalnej.

W niektórych doniesieniach spotyka się jednak zupełnie odmienne rezultaty końcowe w odniesieniu do badań przytaczanych powyżej i własnych. Jedną z części randomizowanego badania kliniczno-kontrolnego WHI [20] była ocena jakości życia w grupie 1511 kobiet. Po roku obserwacji klinicznej stwierdzono nieznaczny, ale istotny statystycznie korzystny wpływ terapii HT na aktywność fizyczną, odczuwanie bólu i zaburzenia snu. Jednakże po 3 latach badania nie wykazano już wyraźnej różnicy w końcowej ocenie jakości życia kobiet. Powyższe rezultaty można tłumaczyć faktem, iż większość pacjentek (43%) zakwalifikowanych do badania przebyła menopauzę 15 lat wcześniej i aktualnie nie podawały objawów wypadowych. A zatem ocena wpływu HT na objawy klimakteryczne i jakość życia kobiet po menopauzie wydaje się nieadekwatna w tak zaprojektowanym programie klinicznym [20].

Analiza materiału badawczego pozwoliła na uzyskanie rezultatów, potwierdzonych wielokrotnie w innych publikacjach. Wykazano, iż przemiany okresu okołomenopauzalnego wywierają istotnie negatywny wpływ na wybrane elementy jakości życia kobiet poprzez nasilanie objawów klimakterycznych oraz upośledzenie funkcjonowania seksualnego. Zaprezentowane rezultaty badawcze podkreślają konieczność szybkiej interwencji diagnostyczno-terapeutycznej w grupie kobiet zgłaszających się do lekarzy specjalistów z powodu dolegliwości klimakterycznych, w celu zminimalizowania negatywnego wpływu menopauzy na stan psychiczny.

Wnioski

W badanych grupach kobiet obserwuje się nasilenie objawów klimakterycznych wraz z wiekiem, złą sytuacją materialną, samotnym zamieszkaniem i niestosowaniem terapii hormonalnej, co w konsekwencji negatywnie wpływa na relacje rodzinne i zawodowe.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series 866, Geneva 1996.
2. Skałba P. Przekwitanie, klimakterium. W: Endokrynologia ginekologiczna. Skałba P (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998; 304-5.
3. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 6th Edition. Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore 1999.
4. Pertyński T. Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004.
5. Skałba P. Hormonalna terapia zastępcza. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
6. Otsuka K, Mitsutake G, Yano S. Depression quality of life, and lifestyle: chronoecological health watch in a community. Biomed Pharmacother 2002; 56: 232-42.
7. Schmidt PJ. Depression, the perimenopause, and estrogen therapy. Ann NY Sci 2005; 1052: 27-40.
8. Kupperman HS, Wetchler BB, Blatt MMG. Contemporary therapy of the menopausal syndrome. JAMA 1959; 171: 1627-37.
9. NAMS. Clinical challenges of perimenopause: consensus opinion of The North American Menopause Society. Menopause 2000; 1: 5-13.
10. Satoh T, Ohashi K. Quality-of-life assessment in community-dwelling, middle-aged, healthy women in Japan. Climacteric 2005; 8: 146-153.
11. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L. Quality of life after menopause: a population study. Maturitas 2000; 34: 17-23.
12. Wiklund J, Holst J, Karlberg J. A new methological approach to the evaluation of quality of life in postmenopausal women. Maturitas 1992; 14: 211-24.
13. Lai JN, Chen HJ, Chen CM, et al. Quality of life and climacteric complaints amongst women seeking medical advice in Taiwan: assessment using the WHOQOL-BREF questionnaire. Climacteric 2006; 9: 119-28.
14. Genazzani AR, Schneider HPG, Nijland E. The European Menopause Survey 2005: What do women think right now about menopause and HRT? Climacteric 2005; 8 (suppl. 2): 96.
15. Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, et al. Are the physiologically and psychosocially based symptoms in women suffering from gynecological disorders alleviated by means of hysterectomy. J Womens Health Gend Based Med 2001; 10: 579-87.
16. Adler G, Young D, Galant R, et al. A multicenter, open-label study to evaluate satisfaction and menopausal quality of life in women using transdermal estradiol/norethindrone acetate therapy for the management of menopausal signs and symptoms. Gynecol Obstet Invest 2005; 59: 212-9.
17. Skrzypulec V, Drosdzol A, Ferensowicz J. Ocena jakości życia kobiet w okresie klimakterium. Gin Pol 2004; 75: 373-81.
18. Dinger J, Zimmermann T, Heinemann LA, et al. Quality of life and hormone use: new validation results of MRS scale. Health Qual Life Outcomes 2006; 4: 32.
19. Vaheri R, Akkila J, Kainulainen P. Quality of life, mood and sexual interest in women on long-term continuous combined hormone therapy. Climacteric 2005; 8 (suppl. 2): 214-5.
20. Hays J, Ockene JK, Brunner RL, et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. N Engl J Med 2003; 348 (19): 1839-54.