

Eleonora Bielawska-Batorowicz

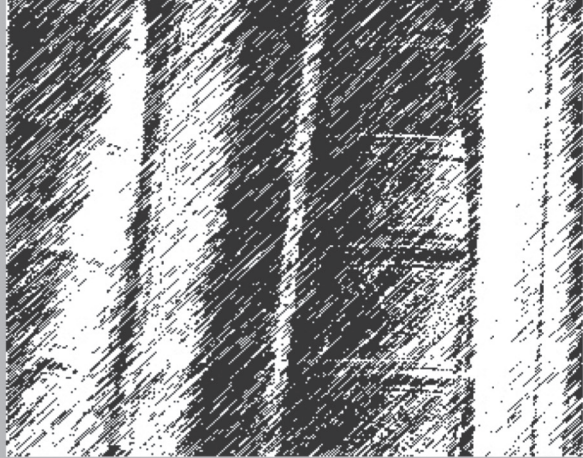
Menopauza a jakość życia

Chowanna 1, 127-142

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



ELEONORA BIELAWSKA-BATOROWICZ

Menopauza a jakość życia*

Menopause and the quality of life

Abstract: The paper presents selected issues related to the quality of life after the menopause. First, it gives the short account of theoretical approaches to quality of life and to health related quality of life. Building on that the author discusses quality of life after the menopause, and in particular these options which include the subjective perspective of menopausal women. The results of psychological studies into the menopausal transition are shortly presented. In all these studies the intensity of menopausal symptoms was considered the indicator of quality of life. The findings demonstrate that intensity of symptoms is related to personality (i.e. high neuroticism), temperament (i.e. high reactivity), to the intensive stress and ineffective coping strategies, and to the life situation (i.e. difficulties in family and personal life). Finally, the author brings forward the idea that the quality of life related to menopausal transition should be analyzed in the context of life-span development. The individual concept of menopause should also be considered.

Key words: menopause, quality of life, health related quality of life, psychological aspects of menopause, individual concept of menopause, adulthood.

* Artykuł stanowi poszerzoną wersję referatu wygłoszonego na VIII Kongresie Menopauzy i Andropauzy, który odbył się w Zakopanem w 2009 roku. Referat w postaci drukowanej dołączono do materiałów wręczanych uczestnikom Kongresu.

Wprowadzenie

Koncepcje jakości życia

W literaturze znajdujemy odwołania do licznych koncepcji jakości życia, wśród których wyróżnić można na przykład modele oczekiwań, potrzeb, powrotu do normalnego życia czy też satysfakcji z życia (Fayers, Machin, 2007). Pierwsze trzy z nich uwzględniają możliwości realizowania przez jednostkę jej zamierzeń. Ostatni z modeli można traktować jako przykład globalnej oceny własnej sytuacji życiowej. Inny podział (Netuveli, Blane, 2008) zakłada konceptualizację jakości życia w ujęciu normatywnym, preferencyjnym i subiektywnym. Ujęcie normatywne odwołuje się do przekonań i poglądów definiujących „dobre życie”, ujęcie preferencyjne natomiast do dostępności różnorodnych dóbr, spośród których można by dowolnie wybierać, oraz zdolności jednostki do zdobywania owych dóbr. Ujęcie subiektywne dotyczy poziomu zadowolenia z życia, jest więc bardzo zbliżone do wymienionego wcześniej modelu satysfakcji z życia.

Jakość życia analizowana jest w literaturze również w relacji do stanu zdrowia (tzw. jakość życia związana ze zdrowiem/zależna od zdrowia, ang. *health related quality of life*, HRQoL). Jakość życia określa się tu przez odniesienie do „wpływu fizycznych, psychicznych i społecznych skutków stanu zdrowia na poziom zadowolenia danej jednostki z życia” (Chańska, 2009, s. 312). Uwzględnienie następstw choroby dla funkcjonowania jednostki w różnych sferach życia, a także satysfakcji z tego funkcjonowania pozwala nie tylko obserwować stan zdrowia i oceniać skuteczność podjętego leczenia, lecz także oceniać efektywność nakładów na opiekę zdrowotną (ibidem). Warto zwrócić uwagę, że jakość życia związana ze zdrowiem może być analizowana w ujęciu ogólnym i specyficznym. W pierwszym przypadku brany jest pod uwagę aktualny stan zdrowia, w tym głównie objawy fizyczne, rzadziej zmiany emocjonalne i relacje jednostki z otoczeniem. W drugim ujęciu uwzględnia się skutki, jakie dla jakości życia przynosi określona choroba. Przyjęcie jednej lub drugiej perspektywy znajduje odzwierciedlenie w konstruowanych narzędziach pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem, które mogą uwzględniać zarówno ogólny stan zdrowia, jak i skutki konkretnego schorzenia dla jakości życia (Bidzan, 2008; Fayers, Machin, 2007; Schneider, MacLennan, Feeny, 2008).

Jakość życia i jej związek z menopauzą

W przypadku kobiet w wieku okołomenopauzalnym można analizować jakość ich życia z uwzględnieniem wszystkich wymienionych jej aspektów. Po pierwsze, jakość życia można traktować jako subiektywną ocenę własnej pozycji w życiu, ocenę, której dokonuje kobieta. Przyjęcie tej perspektywy właściwie nie wymaga odwoływania się do fizjologii zmian okołomenopauzalnych. Istotniejsze wydają się tutaj konsekwencje wchodzenia w wiek poreprodukcyjny, jakie widzi kobieta, społecznie utrwalone stereotypy dotyczące starzenia się i społeczny odbiór ludzi starszych. Po drugie, jakość życia można ujmować w odniesieniu do stanu zdrowia charakterystycznego dla danej fazy życia, w tym przypadku dla okresu tracenia zdolności prokreacyjnych. Obok skutków zmian hormonalnych ważne są tutaj także zmiany związane z naturalnym procesem starzenia się. Po trzecie, jakość życia można ujmować specyficznie; punktem odniesienia wszelkich ocen są wówczas fizjologiczne zmiany okołomenopauzalne i ich następstwa.

Uwzględnienie specyficznych zmian związanych z menopauzą pozwala dobrze opisać doświadczenia kobiet. Zwiększa jednak koncentrację na objawach, a to sprzyja z kolei zwracaniu uwagi na negatywne aspekty menopauzy. Warto zmodyfikować to podejście, zwłaszcza w świetle wyników badań, wskazujących, iż znaczna liczba kobiet jest skłonna traktować menopauzę i okres okołomenopauzalny jako pozytywne lub przynajmniej neutralne zjawisko, z którym związane mogą być również korzystne doświadczenia i następstwa (Hunter, Rendall, 2007; Hvas, 2006; Lindh-Åstrand et al., 2007).

Nie można przeprowadzić analizy jakości życia bez wzięcia pod uwagę stanowiska osoby, której jakość życia jest określana. Przyjrzyjmy się zatem bliżej opisywanym w literaturze koncepcjom włączenia do takich analiz punktu widzenia kobiet w okresie okołomenopauzalnym.

Pierwszym sposobem uwzględniania subiektywnej perspektywy jest koncentracja na objawach menopauzalnych i funkcjonowaniu w sferze fizycznej (Marciniak, Niero, 2000). Występowanie objawów i ich intensywność, a także zmiany w zakresie sprawności fizycznej oceniane są przez kobiety opisujące własne doznania, a nie przez neutralnych obserwatorów. W otrzymanych w taki sposób relacjach część doznań może być jednak błędnie przypisana faktowi wystąpienia menopauzy (a więc ostatniej miesiączki, po której przez co najmniej 12 miesięcy nie pojawia się krwawienie), z pominięciem innych możliwych przyczyn i uwarunkowań, np. procesów związanych z naturalnym starzeniem się organizmu (Hunt, 2000; Schneider, MacLennan, Feeny, 2008).

Kolejnym ujęciem, które uwzględnia subiektywną perspektywę kobiety, jest koncentracja na ograniczeniach w codziennym życiu. Ograniczenia te mogą dotyczyć zarówno sfery fizycznej, jak i psychicznej oraz społecznej (Marciniak, Niero, 2000). W tym podejściu brak jakichkolwiek ograniczeń oznaczałby optimum funkcjonowania i pełnię możliwości angażowania się w normalny tok życia. Samo wystąpienie menopauzy nie musi, jak się wydaje, modyfikować takiego zaangażowania. Większe znaczenie mają tu kulturowo uwarunkowane poglądy dotyczące starzenia się i faz życia (Berger, 1999; Bielawska-Batorowicz, 2006a; Hunt, 2000; Hunter, Rendall, 2007; Melby, Lock, Kaufert, 2005). Przyjęcie tych poglądów może rodzić oczekiwania, sygnalizowane niekiedy wyraźnie przez otoczenie, że w okresie przejścia menopauzalnego i później kobieta zmieni swój styl życia, wycofa się z niektórych ról i znacznie funkcjonować jak osoba w innej fazie życia. Konsekwencje wejścia w okres okołomenopauzalny mogą być odmienne w różnych kulturach, w tym przynosić korzystne zmiany polegające na podniesieniu statusu społecznego i usunięciu ograniczeń, jakim podlegają kobiety w okresie pełnych zdolności prokreacyjnych. W takiej sytuacji menopauza byłaby źródłem zmian jakości życia, ale zmian w kierunku pozytywnym. Dokumentują to między innymi badania prowadzone w krajach azjatyckich (np. Punyahotra, Dennerstein, 1997; Rice, 1995).

Ocena szans na osiągnięcie pożądanego celu życiowego oraz zaspokajanie własnych potrzeb to kolejne z możliwych podejść do oceny jakości życia (Marciniak, Niero, 2000). Analizując takie szanse i ewentualne ograniczenia, warto rozważać poglądy na temat menopauzy oraz starzenia się i ich konsekwencji dominujące w danej kulturze. W znacznym stopniu poglądy te mogą oddziaływać na przekonania kobiet dotyczące możliwości realizacji planów i zaspokajania potrzeb w wieku średnim i senioralnym, modyfikując tym samym ocenę jakości własnego życia (Astbury, 2009; Hunt, 2000; Hvas, 2006).

Ostatnie podejście, jakie chciałabym tu przywołać, odnosi się do globalnej oceny własnej sytuacji — to ocena poczucia szczęścia czy satysfakcji z życia (Marciniak, Niero, 2000). Sporo uwagi poświęca temu zagadnieniu psychologia pozytywna, w której uwzględnia się satysfakcję z życia w koncepcjach zdrowia (Trzebińska, 2008). Dla rozważań podjętych w niniejszym artykule podejście to oznacza, że zadowolenie z życia, nawet w maksymalnym stopniu, jest niezależne od menopauzy czy też pojawia się mimo jej wystąpienia.

Choć przedstawione propozycje ujmowania jakości życia uwzględniają wyraźnie perspektywę kobiety, a w literaturze podkreśla się zasadność odwoływania się do subiektywnych i globalnych ocen jakości życia (Chańska, 2009; Fayers, Machin, 2007), to w badaniach nad

okresem przejścia menopauzalnego zdaje się dominować tendencja do „obiektywizowania” jakości życia. Znajduje to wyraz w opisie i analizie sytuacji materialnej, stylu życia (w tym sposobów spędzania czasu wolnego), występujących dolegliwości i chorób (np. Makara-Studzińska et al., 2009; Synowiec-Piłat, 2010). O jakości życia (czy jej zmianie) wnioskuje się na podstawie odczuwanych dolegliwości czy stylu życia, zdecydowanie rzadziej natomiast (lub wcale) poprzez odwołanie się do ewaluacji własnej sytuacji życiowej dokonywanej przez uczestników badania.

Pomiar jakości życia związanej z menopauzą

Wszystkie omówione podejścia znajdują swoje odzwierciedlenie w narzędziach pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem, tych odwołujących się zarówno do ogólnej oceny, jak i do oceny jakości życia w okresie okołomenopauzalnym (Marciniak, Niero, 2000; Schneider, MacLennan, Feeny, 2008; Zöllner, Acquardo, Schaeffer, 2005). Narzędzia specyficznie dedykowane menopauzie w większości odnoszą się do objawów somatycznych, wazomotorycznych i psychicznych, rzadziej uwzględniają funkcjonowanie seksualne, a jeszcze rzadziej funkcjonowanie w sytuacjach zawodowych; narzędzia te najczęściej są listami symptomów (Hilditch et al., 1996; Schneider, MacLennan, Feeny, 2008; Sikora-Szubert, 2010; Zöllner, Acquardo, Schaeffer, 2005). Narzędzia nie uwzględniają natomiast koncepcji menopauzy, jaką posiadają badane kobiety, co jest o tyle istotne, że koncepcje te mogą modyfikować rejestrację i ocenę symptomów menopauzy. Wskazują na to wyraźnie badania prowadzone w różnych kręgach kulturowych (Berger, 1999; Bielawska-Batorowicz, 2006a; Hunter, Rendall, 2007). Interesującym wyjątkiem jest Menopause Representations Questionnaire, opracowany przez Myrę Hunter i Irene O’Dea. Narzędzie to uwzględnia, co prawda, koncepcje menopauzy i postawy wobec niej, ale nie jest typowym narzędziem do pomiaru jakości życia (Hunter, O’Dea, 2001).

Narzędziem dedykowanym do pomiaru jakości życia w okresie okołomenopauzalnym jest natomiast Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQoL), kwestionariusz opracowany przez zespół pod kierunkiem John R. Hilditcha (Hilditch et al., 1996). W kwestionariuszu MENQoL wyodrębniono cztery skale: objawów fizycznych (16 itemów), objawów wazomotorycznych (3 itemy), sfery psychospołecznej (7 itemów) i sfery seksualnej (3 itemy). Kobiety badane MENQoL określają, czy każ-

dy z listy 29 objawów wystąpił u nich w ciągu ostatniego miesiąca, a także na skali od 0 („wcale”) do 6 („bardzo”) stopień, w jakim objaw przeszkadzał im w funkcjonowaniu. Obliczając wyniki, można odwoływać się do każdej ze skal i do wyniku globalnego dla całego kwestionariusza. Polskiej adaptacji MENQoL dokonała Anita Sikora-Szubert (2010). Wskaźniki rzetelności polskiej wersji, którą nazwano „Kwestionariusz do badania jakości życia w menopauzie”, są wysokie i porównywalne z oryginałem. Dotyczy to zwłaszcza trzech pierwszych skal (α Cronbacha od 0,758 do 0,879). Nieco niższą wartość (0,609) uzyskano dla skali badania sfery seksualnej. Metoda powtórnego pomiaru wykazała dużą stabilność wyników w czasie. Badania prowadzone z wykorzystaniem zaadaptowanego kwestionariusza ujawniły, że globalny wskaźnik jakości życia nie zależy od statusu menopauzalnego i stosowania hormonalnej terapii zastępczej — zmienne te nie różnicowały istotnie wyników kobiet. Wyższej jakości życia sprzyjały natomiast: aktywność fizyczna, wyższy poziom wykształcenia, uzyskiwane wsparcie społeczne i pozytywny stosunek otoczenia do menopauzy (ibidem). Warto uwzględnić te rezultaty w świetle przytoczonych dalej wniosków z badań nad jakością życia w okresie okołomenopauzalnym.

Jeśli przyjmiemy założenia uwzględnione w narzędziach pomiarowych (w tym w opisanym tu krótko MENQoL), będziemy również rejestrować zakres, częstość, intensywność różnorodnych objawów i dolegliwości, to w toku takich badań dojdziemy do wniosku, że mniej objawów menopauzalnych to wyższa jakość życia. Tym samym zmniejszanie się częstości i intensywności objawów — naturalnie, z czasem czy pod wpływem terapii hormonalnej (Makara-Studzińska et al., 2009) — powinno prowadzić do wzrostu jakości życia. Tak się też dzieje — kobiety w okresie okołomenopauzalnym przewidują poprawę jakości swego życia w przyszłości, gdy zmniejszy się intensywność i częstość menopauzalnych objawów (Deeks, McCabe, 2004).

Wyniki badań dotyczących związku objawów menopauzalnych i jakości życia nie są jednoznaczne. Obok danych wskazujących na brak istotnego związku pomiędzy objawami menopauzalnymi, terapią hormonalną i jakością życia (Luoto, 2009; Veerus et al., 2008) pojawiają się również relacje z badań wskazujących na inne, niekiedy zaskakujące, rezultaty. W niektórych doniesieniach wykazano na przykład związek stosowania terapii hormonalnej z niższą jakością życia (Ekström, Hovelius, 2000). Inne badania dowiodły, że zakres i intensywność objawów nie pozostają w oczekiwanym związku ze zmianami hormonalnymi (Lipińska-Szałek, Sobczuk, Pertyński, 2003) — predyktorem intensywności objawów był bowiem poziom odczuwanego stresu, nie zaś obniżający się poziom estrogenów. W niektórych badaniach nie stwier-

dzano także różnic w jakości życia przed menopauzą i po niej (Özarkan, Alatas, Zencir, 2005). W literaturze dominują jednak badania, które wyraźnie wskazują na związek intensywnych objawów menopauzalnych z niską jakością życia (np. Chiu et al., 2008; Conde et al., 2006), a więc zależność zgodną z ogólną koncepcją. Uwzględnianie zmian hormonalnych i związanych z nimi objawów jako jedynych wyznaczników jakości życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym nie wystarcza do pełnego opisu uwarunkowań jakości życia i do wyjaśnienia wariacji w zakresie poziomów jakości życia, zwłaszcza gdy odwołujemy się do szerszych koncepcji jakości życia, a nie jedynie do jakości życia związanej ze zdrowiem. Pełny opis uwarunkowań jakości życia kobiet wymaga przyjęcia pozamedycznej perspektywy i poszukiwania argumentów na rzecz różnorodności uwarunkowań oceny jakości życia wśród zmiennych psychologicznych, a także odwołania się do wyznaczników społecznych i kulturowych.

Psychologiczne uwarunkowania jakości życia w okresie przejścia menopauzalnego

Analiza psychologicznych uwarunkowań jakości życia w związku z menopauzą uwzględnia zarówno typowe zmienne psychologiczne, np. osobowość czy temperament, jak i szerszy kontekst społeczny i kulturowy, który decyduje o postawach wobec menopauzy, dostępnym kobiecie wsparciu społecznym czy stylu życia. Współczesne badania coraz częściej są prowadzone zgodnie z paradygmatem biopsychospołecznym i uwzględniają jednocześnie wiele zmiennych (Hunter, Rendall, 2007; Veeninga, Kraaimaat, 1995). Większość analiz znaczenia menopauzy dla jakości życia odwołuje się do typowych narzędzi pomiaru jakości życia, które — jak już wykazano — koncentrują się na objawach. W prezentowanym krótkim przeglądzie wyników badań za kryterium wysokiej jakości życia przyjęto niską częstość i/lub intensywność objawów menopauzalnych, w tym łączonych z menopauzą objawów depresyjnych i innych objawów psychicznych. Przedstawiono jedynie najważniejsze wnioski, gdyż rozbudowany opis badań wykraczałby poza ramy artykułu.

Badania związku objawów menopauzalnych (przyjęto tu kryterium jakości życia) i zmiennych psychologicznych ukazują kilka powtarzających się zależności:

1. Badania wskazują na silny efekt różnic indywidualnych w zakresie osobowości i temperamentu. Szczególnie wyraźnie widać to na przykładzie cechy osobowości, jaką jest neurotyczność. Jej wysokie nasile-

- nie współwystępuje z wysoką częstością i intensywnością objawów menopauzalnych (Bielawska-Batorowicz, 2007; Hunter, Rendall, 2007). Związek neurotyczności z różnymi problemami zdrowotnymi został wykazany wcześniej w wielu badaniach z zakresu psychologii zdrowia (Vollrath, ed., 2006). Nie jest to więc cecha oddziałująca jedynie na przebieg okresu okołomenopauzalnego. Cecha ta może jednak moderować intensywność doznań związanych ze zmianami hormonalnymi. Jeden z wymiarów temperamentu, a mianowicie reaktywność, również odgrywa rolę w indywidualnym zróżnicowaniu doświadczanych objawów. Wysokie nasilenie reaktywności współwystępuje bowiem z wysokim natężeniem relacjonowanych objawów (Bielawska-Batorowicz, 2007).
2. Występowanie objawów menopauzalnych jest związane z doświadczanym stresem (Bielawska-Batorowicz, 2006b; Hunter, Rendall, 2007; Lipińska-Szałek, Sobczuk, Pertyński, 2003; Schmidt, Murphy, Haq, 2004) oraz sposobami radzenia sobie ze stresującymi sytuacjami (Bielawska-Batorowicz, 2007). Stwierdzone zależności wskazują, że im więcej stresujących wydarzeń w codziennym życiu, wyższe natężenie doświadczanego stresu oraz mniej efektywne sposoby radzenia sobie z nim, tym częściej u kobiet występują objawy menopauzalne, a także wzrasta ich intensywność.
 3. Aktualna sytuacja życiowa kobiety pozwala lepiej przewidzieć intensywność i częstość objawów niż status menopauzalny (Dennerstein, Dudley, Burger, 1997; Hunter, Rendall, 2007; Lipińska-Szałek, Sobczuk, Pertyński, 2003). Kilka aspektów tej sytuacji ma tutaj szczególne znaczenie. Mniejsze natężenie objawów (a zatem wyższą jakość życia) stwierdzono na przykład u kobiet pozostających w związkach małżeńskich (Astbury, 2009; Chiu et al., 2008; Koundi et al., 2006), zwłaszcza z dobrą relacją seksualną między partnerami (Chedraui, San Miguel, Avila, 2009). Kobiety z wyższym poziomem wykształcenia, który może sprzyjać korzystniejszej sytuacji zawodowej, również opisywały swoje objawy jako mniej intensywne i dokuczliwe (Astbury, 2009; Chiu et al., 2008; Hunter, Rendall, 2007; Koundi et al., 2006). Podobne zależności stwierdzano w przypadku chirurgicznej menopauzy (Kaczmarek, 2008).
 4. Istotnym czynnikiem doświadczania zmian okołomenopauzalnych jest negatywna postawa wobec menopauzy, która sprzyja częstszym i bardziej intensywnym objawom (Astbury, 2009; Bielawska-Batorowicz, 2007; Hunter, Rendall, 2007; Veeninga, Kraaimaat, 1995). Widoczne jest to zwłaszcza w tych kulturach, które nie przypisują pozytywnych znaczeń procesowi starzenia się (Berger, 1999; Bielawska-Batorowicz, 2006a). Negatywna postawa wobec

menopauzy może być rozumiana rozmaicie. Z jednej strony może oznaczać ogólną niekorzystną ocenę konsekwencji zmian fizjologicznych, z drugiej zaś specyficzny sposób interpretowania okresu przejścia menopauzalnego, który nie tylko radykalnie zmienia perspektywy życiowe, lecz także ma przebieg trudny do kontrolowania przez kobietę. Przekonanie kobiety, że w związku z menopauzą zmieniają się jej perspektywy i role życiowe, zostało wykazane w badaniach (Deeks, McCabe, 2004). Nie zawsze jednak to przekonanie o zmianach jest związane z wyraźnie niską oceną jakości własnego życia (Astbury, 2009).

5. Objawy menopauzalne, w tym depresyjne, mogą być związane ze stylem życia, zwłaszcza ze sposobem odżywiania się, z paleniem tytoniu, aktywnością fizyczną (Astbury, 2009; Elavsky, McAuley, 2007; Hunter, Rendall, 2007). Uwarunkowania te wydają się bliższe medycynie niż psychologii. Warto zwrócić na nie jednak uwagę, gdyż oddziaływanie na zachowania prozdrowotne kobiet w okresie okołomenopauzalnym może być łatwiejsze w przypadku współpracy lekarzy i psychologów. Przykładami skuteczności takich oddziaływań są programy promujące zdrowy styl życia oferowane kobietom w okresie przejścia menopauzalnego. Ważnym elementem tych programów są zarówno informacje o zmianach związanych z menopauzą, jak i ćwiczenia skłaniające do większej aktywności fizycznej, ułatwiające radzenie sobie z objawami, oraz treningi antystresowe. Efektem uczestnictwa kobiet w programach, oferowanych — co warto podkreślić — w różnych krajach, jest zmniejszanie się natężenia objawów, a także zmiana nawyków, które pozwalają na podtrzymanie zachowań prozdrowotnych (Ambroziak, Bielawska-Batorowicz, 2011; Forouhari et al., 2010; Ueda et al., 2009). Ze względu na różny okres obserwacji skutków oddziaływań trudno jednoznacznie określić efektywność podejmowanych interwencji.

Jakość życia, menopauza a rozwój w cyklu życia

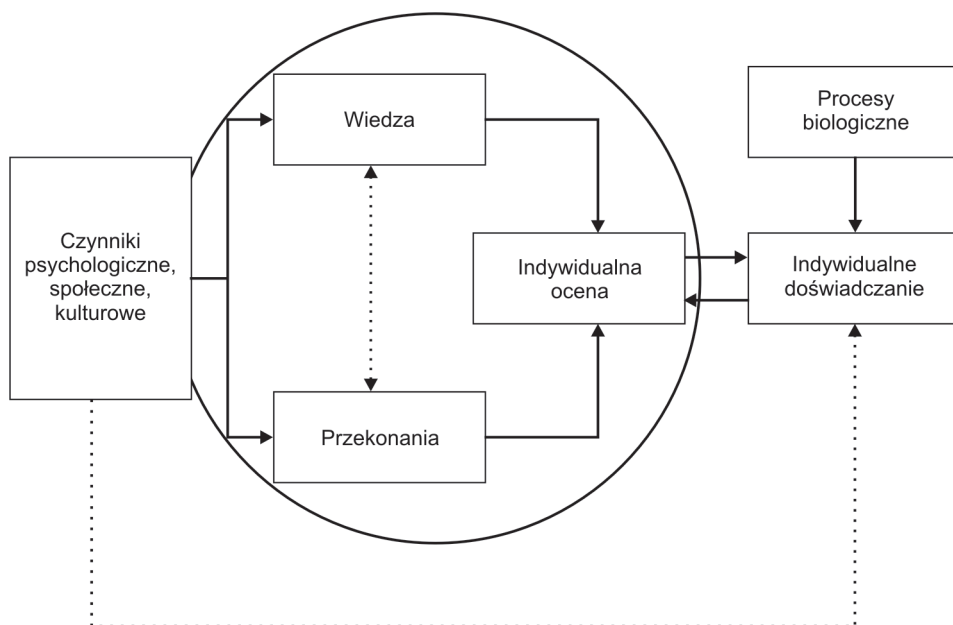
Obok biomedycznego podejścia do menopauzy warto uwzględnić koncepcję rozwojową, pozwalającą szerzej spojrzeć na jakość życia po menopauzie; jakość życia można rozumieć, jak już podano, również jako globalną ocenę własnej sytuacji, poczucie satysfakcji życiowej. Do najważniejszych zadań okresu dorosłości, obok osiągnięcia obywatelskiej i społecznej odpowiedzialności, kształtowania właściwych relacji z partnerem

i wspierania dorastających dzieci, należy także akceptowanie zmian fizjologicznych charakterystycznych dla wieku średniego i przystosowywanie się do nich (Brzezińska, 2000). Akceptowanie to ma znaczenie dla niniejszych rozważań nad jakością życia w związku z menopauzą, podkreśla bowiem, że ustanie miesiączkowania powinno zostać zaakceptowane jako zmiana wpisana w procesy rozwoju. Przystosowanie się do niej może być więc wyznacznikiem prawidłowego przebiegu fazy rozwojowej, jaką jest wiek średni. Naturalne zmiany rozwojowe tworzyłyby zatem układ odniesienia, w jakim rozpatrywana powinna być zarówno menopauza, jak i jakość życia jednostki.

Doświadczenia typowe dla menopauzy stanowią element fazy rozwoju, której przebieg jest efektem skomplikowanych oddziaływań, jakim podlegają kobiety w tym okresie życia. Doświadczenia te łączą się z naturalnymi zmianami fizjologicznymi w organizmie, które w postaci objawów menopauzalnych oddziałują na jakość życia, zwłaszcza rozumianą jako jakość życia związaną ze zdrowiem. Są także uwarunkowane ogólnym stanem zdrowia mogącym nasilać dolegliwości, które są wynikiem zmian hormonalnych, oraz sprzyjać częstszemu koncentrowaniu się na funkcjonowaniu własnego organizmu i dostrzeganiu większej liczby objawów. Stan zdrowia, następujące z wiekiem zmiany fizjologiczne oraz aktualna sytuacja życiowa, a zwłaszcza posiadanie partnera (i stan jego zdrowia) determinują podejmowaną aktywność seksualną. Częstość zbliżeń i stopień osiąganego satysfakcji stanowią istotny element indywidualnych doświadczeń, są także traktowane jako jeden z wyznaczników jakości życia (Chedraui, San Miguel, Avila, 2009). Elementem fazy rozwoju, który może kształtować doświadczenia okołomenopauzalne, jest również stopniowa zmiana pełnionych ról społecznych, związanych z nimi wymagań i oczekiwań. Wszystkie te doświadczenia prowadzą do zmiany percepcji własnej osoby i oceny własnych perspektyw życiowych; decydują o jakości życia w najszerszym rozumieniu, a więc także o jakości życia związanej ze zdrowiem.

W prezentowane tu zależności wpisuje się również indywidualna koncepcja menopauzy. Jest ona rozumiana jako konstrukt, na który składa się kilka elementów (rys. 1). Są nimi: 1) wiedza o fizjologii menopauzy, która pozwala trafnie rozpoznać i interpretować występujące objawy, 2) poglądy dotyczące skutków zmian fizjologicznych, w tym przekonania o ich znaczeniu dla funkcjonowania kobiety w jej biologicznej i społecznej roli, 3) uwarunkowane kulturowo poglądy dotyczące zdolności prokreacyjnych, starzenia się i seksualności, które mogą sprzyjać kształtowaniu się pozytywnych lub negatywnych nastawień do starzenia się, a zatem także nastawień do menopauzy. Indywidualna koncepcja menopauzy (oznaczona na rys. 1 okręgiem), obejmuje zarówno rzetelną wiedzę, jak i przekona-

nia dotyczące zmian hormonalnych i ich szeroko rozumianych następstw. Wiedza i przekonania prowadzą do oceny tego okresu w życiu, interpretowania go i nadawania mu znaczenia. Ważną rolę w kształtowaniu się indywidualnej koncepcji menopauzy odgrywają czynniki psychologiczne, społeczne i kulturowe. Można uwzględnić tu osobowość i styl radzenia sobie (czynniki psychologiczne), sytuację życiową, doświadczany stres i dostępne wsparcie (czynniki społeczne), a także obecne w danej kulturze modele menopauzy i ról związanych z płcią (podają za: Veeninga, Kraaimaat, 1995). W konkretnym środowisku społecznym dostępna jest również rzetelna wiedza o fizjologii menopauzy i promowane są określone sposoby łagodzenia szczególnie intensywnych objawów menopauzalnych.



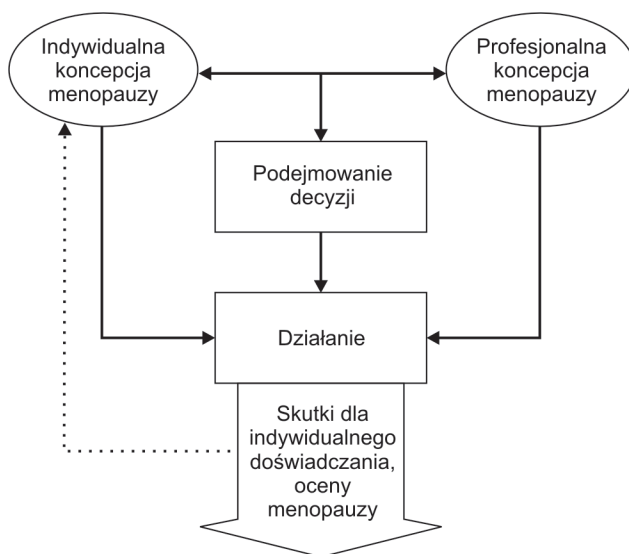
Rys. 1. Indywidualna koncepcja menopauzy

Źródło: Opracowanie własne.

Indywidualna koncepcja menopauzy może być operacjonalizowana jako pozytywna/negatywna ocena okresu okołomenopauzalnego, a także jako opinia o konsekwencjach zmian hormonalnych i ich oddziaływaniu na codzienne funkcjonowanie. Wyniki badań nad menopauzą pokazują, że negatywne nastawienie do niej sprzyja większemu nasileniu objawów, w tym objawów depresyjnych, co z kolei jest traktowane jako wyznacznik jakości życia (Bielawska-Batorowicz, 2006a; Dennerstein, Dudley, Burger, 1997; Schmidt, Murphy, Haq, 2004). Indywidual-

na koncepcja menopauzy może wyznaczać zatem sposób doświadczania zmian związanych z okresem przejścia menopauzalnego. Można przewidywać również zależność odwrotną, zgodnie z którą doświadczanie zmian menopauzalnych modyfikuje opinie o menopauzie i jej konsekwencjach. Mniej intensywne — w porównaniu z przewidywaniami — objawy, ich mniej negatywne konsekwencje, mniej negatywne niż przewidywano postawy środowiska wobec kobiet w okresie przejścia menopauzalnego prowadziłyby do zmiany wcześniejszych przekonań i nastawienia, a zatem do zmiany indywidualnej koncepcji menopauzy (Bielawska-Batorowicz, 2013).

Indywidualna koncepcja menopauzy w wielu różnych sytuacjach jest konfrontowana z wiedzą medyczną i opiniami specjalistów, a więc z profesjonalną koncepcją menopauzy. Może być również konfrontowana z indywidualnymi koncepcjami innych kobiet. W czasie konsultacji lekarskiej obie koncepcje — indywidualna i profesjonalna — ulegają aktywacji. Lekarz i pacjentka odwołują się do tych koncepcji w procesie podejmowania decyzji o ewentualnym wdrożeniu postępowania terapeutycznego, które może oddziaływać na objawy doświadczane przez kobietę, doraźnie zmienić jej samopoczucie. Taki efekt podjętego działania to efekt wąski, gdyż odnosi się jedynie do stanu zdrowia kobiety. Możliwy jest również szeroki efekt podjętych działań — wyciszenie objawów może poprawić funkcjonowanie kobiety w różnych sferach życia, zmienić



Rys. 2. Indywidualna i profesjonalna koncepcja menopauzy w terapii okresu okołomenopauzalnego

Źródło: Opracowanie własne.

nastawienie do menopauzy u niej samej i osób z jej otoczenia. Wtórnie może oddziaływać zatem na indywidualną koncepcję menopauzy (mechanizm ten przedstawiono schematycznie na rys. 2). Wydaje się, że uwzględnienie posiadanej przez kobietę indywidualnej koncepcji menopauzy jest niezbędnym warunkiem wyboru trafnych, bo możliwych do wdrożenia przez pacjentkę, zaleceń lekarskich.

Podsumowanie

Analizowanie jakości życia po menopauzie wymaga uwzględnienia zarówno procesów rozwojowych charakterystycznych dla wieku średniego, jak i indywidualnej koncepcji menopauzy. Pamiętając, że jakość życia oceniana jest subiektywnie, warto zwrócić uwagę na te zależności, które pozwalają jakość życia oceniać w szerszej perspektywie niż tylko w odniesieniu do objawów menopauzalnych, tym bardziej że u większości kobiet ich nasilenie nie jest wysokie (Krajewska-Ferishah et al., 2010). Konieczne jest więc odwołanie się do sytuacji życiowej konkretnej osoby. W sytuacji tej mogą bowiem tkwić elementy mające równie duże znaczenie dla jakości życia (rozumianej jako poczucie satysfakcji) jak intensywność objawów menopauzalnych. Elementami tymi są osiągnięcia w zakresie życia rodzinnego, zawodowego czy relacji interpersonalnych, a w przypadku niektórych osób także wartości związane z duchowością (Astbury, 2009; Chedraui, San Miguel, Avila, 2009). Przyjmowanie perspektywy, zgodnie z którą jakość życia ocenia się w odniesieniu do stanu zdrowia, prowadzi do analizowania jakości życia w okresie okołomenopauzalnym głównie przez odwołanie się do częstości i intensywności objawów menopauzalnych oraz innych doznań związanych ze starzeniem się. Skuteczne stosowanie terapii hormonalnej tonuje te objawy, a tym samym może poprawić tę sferę jakości życia, która łączy się ze zdrowiem. Oddziaływanie na tak rozumianą jakość życia jest niewątpliwie wskazane, nie oznacza jednak równoznacznego z kompleksowym oddziaływaniem na jakość życia ujmowaną szerzej, w odniesieniu do całokształtu sytuacji życiowej kobiety i fazy jej rozwoju. W tym przypadku istotnym elementem może być oddziaływanie na indywidualną koncepcję menopauzy, zarówno przez wzbogacanie wiedzy o menopauzie, jak i kreowanie zrównoważonego obrazu okresu okołomenopauzalnego i towarzyszących mu zmian.

Bibliografia

- Ambroziak E., Bielawska-Batorowicz E., 2011: *Can the intensity of menopausal symptoms be modified? The pilot study of the effects of an intervention programme designed for 48–54-year-old women*. „Przegląd Menopauzalny”, T. 10, s. 58–62.
- Astbury J., 2009: *Mental health aspects of women’s reproductive health. A global review of the literature*. Geneva.
- Berger C., 1999: *Menopause and culture*. London.
- Bidzan M., 2008: *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nie-trzymania moczu*. Kraków.
- Bielawska-Batorowicz E., 2006a: *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice.
- Bielawska-Batorowicz E., 2006b: *Stres, objawy i przekonania dotyczące menopauzy a obniżony nastrój u kobiet w wieku 45–55 lat. Próba weryfikacji zmodyfikowanego psychospołecznego modelu depresji w okresie okołomenopauzalnym*. „Przegląd Menopauzalny”, T. 5, s. 68–74.
- Bielawska-Batorowicz E., 2007: *Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych*. „Przegląd Menopauzalny”, T. 6, s. 70–76.
- Bielawska-Batorowicz E., 2013: *The psychology of the menopause. The experience during the transition and the individual conceptualization of menopause*. In: *Nutrition and diet in menopause*. Eds. C.J.H. Martin et al. New York.
- Brzezińska A., 2000: *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa.
- Chańska W., 2009: *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*. Wrocław.
- Chedraui P., San Miguel G., Avila C., 2009: *Quality of life impairment during the female menopausal transition is related to personal and partner factors*. “Gynecological Endocrinology”, vol. 25, s. 130–135.
- Chiu Y.W. et al., 2008: *Factors influencing women’s quality of life in the later half of life*. “Climacteric”, vol. 11, s. 201–211.
- Conde D.M. et al., 2006: *Factors associated with quality of life in a cohort of postmenopausal women*. “Gynecological Endocrinology”, vol. 22, s. 441–446.
- Deeks A.A., McCabe M.P., 2004: *Well-being and menopause: An investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women*. “Quality of Life Research”, vol. 13, s. 389–398.
- Dennerstein L., Dudley E., Burger H., 1997: *Well-being and the menopausal transition*. “Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology”, vol. 18, s. 95–101.
- Ekström H., Hovellius B., 2000: *Quality of life and hormone therapy in women before and after menopause*. “Scandinavian Journal of Primary Health Care”, vol. 18, s. 115–121.
- Elavsky S., McAuley E., 2007: *Physical activity and mental health outcomes during menopause: A randomized controlled trial*. “Annals of Behavioral Medicine”, vol. 33, s. 132–142.
- Fayers P.M., Machin D., 2007: *Quality of life. The assessment, analysis and interpretations of patient-reported outcomes*. Chichester.
- Forouhari S. et al., 2010: *The effect of education and awareness on the quality-of-life in postmenopausal women*. “Indian Journal of Community Medicine”, vol. 35, s. 109–114.

- Hilditch J.R. et al., 1996: *A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties*. "Maturitas", vol. 24, s. 161—175.
- Hunt S.M., 2000: *The subjective health of older women: Measures outcomes in relation to prevention*. "Quality of Life Research", vol. 9, s. 709—719.
- Hunter M., O'Dea I., 2001: *Development of the menopause representations questionnaire*. "Psychology of Health & Medicine", vol. 6, s. 65—76.
- Hunter M., Rendall M., 2007: *Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause*. "Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology", vol. 21, s. 261—274.
- Hvas L., 2006: *Menopausal women's positive experience of growing older*. "Maturitas", vol. 54, s. 245—251.
- Kaczmarek M., 2008: *Reproductive health and psychological well-being of surgically menopausal Polish women*. "Acta Medica Lithuanica", vol. 15, s. 43—48.
- Koundi K.L. et al., 2006: *Quality of life and psychological symptoms in Greek postmenopausal women: Association with hormone therapy*. "Gynecological Endocrinology", vol. 22, s. 660—668.
- Krajewska-Ferishah K. et al., 2010: *Analysis of quality of life of women in menopause period in Poland, Greece and Belarus and Belgium using MRS scale. A multicenter study*. "Advances in Medical Science", vol. 55, s. 191—195.
- Lindh-Åstrand L. et al., 2007: *Women's conception of the menopausal transition — a qualitative study*. "Journal of Clinical Nursing", vol. 16, s. 509—517.
- Lipińska-Szałek A., Sobczuk A., Pertyński T., 2003: *Wpływ czynników biologicznych i psychosocjalnych na psychiczne aspekty okresu okołomenopauzalnego*. „Przegląd Menopauzalny”, T. 2, nr 6, s. 55—61.
- Luoto R., 2009: *Hot flushes and quality of life during menopause*. "BMC Women's Health", vol. 9, s. 13. Tryb dostępu: <http://www.biomedcentral.com/1472—6874/9/13>. Data dostępu: 06.08.2009 r.
- Makara-Studzińska M. et al., 2009: *Wpływ terapii hormonalnej na poziom depresji i jakość życia kobiet w wieku okołomenopauzalnym, zamieszkujących tereny wiejskie*. „Przegląd Menopauzalny”, T. 8, s. 284—289.
- Marciniak A., Niero M., 2000: *Integrating the patients' views into the measurement of quality of life: Examples from the peri- and post-menopausal periods*. "Quality of Life Research", vol. 9, s. 775—784.
- Melby M.K., Lock M., Kaufert P., 2005: *Culture and symptoms reporting at menopause*. "Human Reproduction Update", vol. 11, s. 495—512.
- Netuveli G., Blane D., 2008: *Quality of life in older ages*. "British Medical Bulletin", vol. 85, s. 113—126.
- Özarkan S., Alatas E.S., Zencir M., 2005: *Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods*. "Quality of Life Research", vol. 14, s. 1795—1801.
- Punyahotra S., Dennerstein L., 1997: *Menopausal experiences of Thai women. Part 2: The cultural context*. "Maturitas", vol. 26, s. 9—14.
- Rice P.L., 1995: *Pog laus, tsis koj khaub ncaaws lawm: the meaning of menopause in Hmong women*. "Journal of Reproductive and Infant Psychology", vol. 13, s. 79—92.
- Schmidt P.J., Murphy J.H., Haq N., 2004: *Stressful life events, personal losses, and perimenopause-related depression*. "Archives of Women's Mental Health", vol. 7, s. 19—26.
- Schneider H.P.G., MacLennan A.H., Feeny D., 2008: *Assessment of health-related quality of life in menopause and aging*. "Climacteric", vol. 11, s. 93—107.

- Sikora-Szubert A., 2010: *Adaptacja kwestionariusza do badania jakości życia w menopauzie — Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQoL)*. Uniwersytet Łódzki. Wydział Nauk o Wychowaniu. Instytut Psychologii. Praca magisterska. Maszynopis.
- Synowiec-Piłat M., 2010: *Wybrane społeczne wyznaczniki jakości życia 50-letnich Polek w kontekście sytuacji zdrowotnej*. „Przegląd Menopauzalny”, T. 9, s. 385—389.
- Trzebińska E., 2008: *Psychologia pozytywna*. Warszawa.
- Ueda M. et al., 2009: *Longitudinal study of a health education program for Japanese women in menopause*. “Nursing and Health Science”, vol. 11, s. 114—119.
- Veeninga A.T, Kraaimaat F., 1995: *A multifactorial approach to complaints during the climacteric*. “Journal of Reproductive and Infant Psychology”, vol. 13, s. 69—77.
- Veerus P. et al., 2008: *Symptom reporting and quality of life in the Estonian Postmenopausal Hormone Therapy Trial*. “BMC Women’s Health”, vol. 8, s. 5. Tryb dostępu: <http://www.biomedcentral.com/1472—6874/8/5>. Data dostępu: 06.08.2009 r.
- Vollrath M.E., ed., 2006: *Handbook of personality and health*. Chichester.
- Zöllner Y.F., Acquardo C., Schaeffer M., 2005: *Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause*. “Quality of Life Research”, vol. 14, s. 309—327.