

Sylwia Wieder-Huszla¹, Henryka Grześkowiak², Anna Jurczak¹, Dorota Pilch¹, Marzanna Stanisławska¹, Małgorzata Szkup-Jabłońska¹, Katarzyna Augustyniuk¹, Elżbieta Grochans¹

¹Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

²Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

S style radzenia sobie ze stresem kobiet w okresie okołomenopauzalnym z uwzględnieniem intensywności objawów wypadowych

Coping with stress of perimenopausal women in relation to the intensity of climacteric symptoms

STRESZCZENIE

Wstęp. Menopauza wiąże się z nieuchronnymi zmianami na płaszczyźnie fizjologicznej, fizycznej, psychicznej, społecznej i kulturowej. Liczne powikłania dotyczą między innymi układu sercowo-naczyniowego, nerwowego, układu moczowo-płciowego oraz sfery psychoemocjonalnej.

Cel. Celem pracy była ocena stylów radzenia sobie ze stresem kobiet z uwzględnieniem intensywności objawów menopauzalnych.

Materiał i metody. Badaniem objęto 305 kobiet w wieku 45–55 lat w okresie okołomenopauzalnym. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanych narzędzi badawczych: skala Blatta-Kuppermana, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, Inwentarz depresji Becka.

Wyniki. Zdecydowana większość kobiet, tj. 68,20%, nie odczuwała dolegliwości związanych z okresem menopauzy, u 13,44% objawy występowały w lekkiej formie, wśród 6,89% objawy miały średnie nasilenie, natomiast u 11,48% nasilenie objawów wypadowych było ciężkie. U 70% respondentek nie stwierdzono objawów depresyjności. U 17% badanych stwierdzono łagodne nasilenie depresyjności. Umiarkowane nasilenie depresyjności wystąpiło u 8%, a u 5% wykazano depresyjność o głębokim nasileniu. Styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu dominował u 23,61% badanych, podczas gdy styl skoncentrowany na emocjach tylko u 17,70%. Styl skoncentrowany na unikaniu dominował u 24,26% respondentów.

Wnioski.

1. Występowanie nasilonych objawów wypadowych menopauzy łączy się ze wzrostem depresyjności u kobiet. Może to być cenna informacja dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz ginekologów do podjęcia działań zapobiegających wystąpieniu pełnych klinicznych objawów depresji.
2. Większość kobiet wykazuje konstruktywną postawę wobec stresu, skupiając się na zadaniu poprzez podejmowanie efektywnych działań. Niestety często stosowanym sposobem jest unikanie stresu poprzez wystrzeżenie się przeżywania i myślenia o nim.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (1): 82–90

Słowa kluczowe: jakość życia; menopauza; stres

ABSTRACT

Introduction. Menopause is related to inevitable changes in physiological, physical, psychological, social and cultural spheres. Numerous complications involve cardiovascular, nervous and urogenital systems as well as psycho-emotional sphere.

Aim. The aim of this study was to assess various styles of coping with stress by women in relation to the severity of menopausal symptoms.

Adres do korespondencji: dr n. med. Sylwia Wieder-Huszla, Zakład Pielęgniarstwa PUM, ul. Żołnierska 48, 71–210 Szczecin, tel./faks: 91 480 09 05, tel.: 91 480 09 10, e-mail: sylwiahuszla@op.pl

Material and methods. This survey-based study involved 305 peri-menopausal women of aged 45–55 years. The tools employed were: an original questionnaire, the Blatt-Kupperman scale, the Questionnaire of Coping with Stress, and the Beck Depression Inventory.

Results. A vast majority of them (68.20%) did not suffer from climacteric symptoms, 13.44% noted mild peri-menopausal symptoms, 6.89% had medium-intensity symptoms, and 11.48% had severe climacteric symptoms. In 70% of respondents no signs of depression were observed. About 17% were slightly more depressive. Moderate depressive mood occurred in 8%, and severe depressiveness in 5%. A task-oriented style of coping with stress was chosen by 23.61% of women, while only 17.70% employed an emotion-centered style. A stress avoidance style prevailed in 24.26% of respondents.

Conclusions.

1. The occurrence of severe climacteric symptoms in women is related to their severe depressive symptoms. This information can be used by general practitioners and gynaecologists to prevent symptoms of clinical depression.
2. The majority of women had constructive attitudes to stress – they focused on tasks and undertook effective actions. Unfortunately, avoidance of stress through refusing to experience and contemplate it is a popular strategy.

Nursing Topics 2014; 22 (1): 82–90

Key words: quality of life; menopause; stress

Wstęp

Okres klimakterium to czas dużych przemian w życiu kobiety [1]. Wiąże się z nieuchronnymi zmianami na płaszczyźnie fizjologicznej, fizycznej, psychicznej, społecznej i kulturowej [2]. Klimakterium jest stadium przejściowym w życiu kobiety pomiędzy okresem reprodukcyjnym a początkiem starzenia się, obejmując kilka lat przed i kilka po menopauzie. W tym czasie wyróżniamy trzy kolejne etapy okresu okołomenopauzalnego: menopauzalny okres przejściowy (premenopauzę), perimenopauzę oraz postmenopauzę [3]. Czas ten nie powinien być traktowany jako choroba, ale jako naturalny, fizjologiczny proces. Symptomy towarzyszące temu etapowi życia mogą być jednak bardzo dokuczliwe, zwłaszcza niedobór estrogenu i progesteronu u kobiet zwiększa ryzyko niektórych chorób [4]. Liczne powikłania dotyczą między innymi układu sercowo-naczyniowego, nerwowego, układu moczowo-płciowego oraz sfery psychoemocjonalnej. Dolegliwości ze strony psychicznej w okresie menopauzy dotyczą wielu kobiet i mają różne nasilenie, najczęściej są implikacją zmian, które zachodzą w ciele kobiety w tym okresie. Zaburzenia hormonalne powodują rozdrażnienie, niekontrolowany smutek, negatywny wizerunek samej siebie, agresję. Kobiety wówczas zaczynają zachowywać się nieracjonalnie, co nie przynosi oczekiwanego skutku, prowadząc w konsekwencji do pogłębienia bólu, złości, wstydu i nienawiści do siebie [5, 6]. Konsekwencją mogą być stany lękowe, lęk napadowy lub uogólniony [7, 8]. Bardzo często zaburzenia lękowe współwystępują z zaburzeniami depresyjnymi, prowadząc do fobii [9, 10]. Kobiety zaczynają unikać sytuacji związanych z ekspozycją społeczną, co w efekcie prowadzi do zrezygnowania z kontaktów towarzyskich, wychodzenia z domu, załamania kariery zawodowej itp.[11]. W tym okresie mogą pojawić się również problemy z zespołem

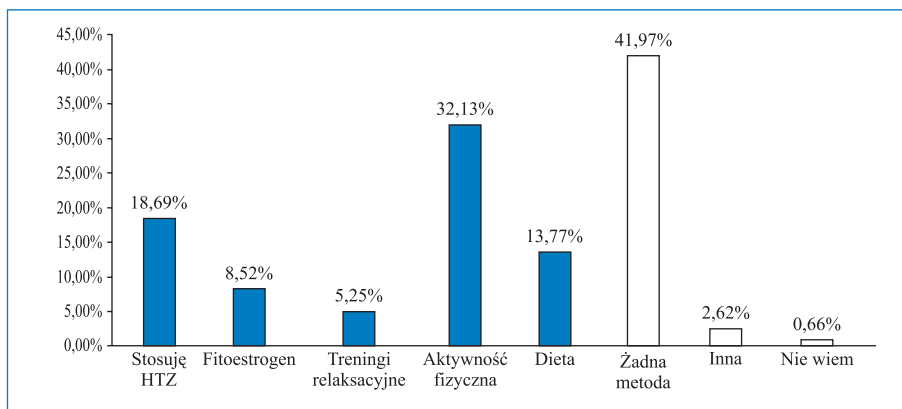
natręctw. Elementy tego zespołu towarzyszą depresji menopauzalnej. Zaburzenia lękowe występują po zadziałaniu stresorów i mogą przybierać postać ostrą lub przewlekłą, zaś stan psychiczny cechują lęk i drażliwość. Problem z silnym stresem bywa niekontrolowany i utrudnia codzienne życie, prowadząc do różnych chorób, z których najczęstsze to: schorzenia serca i układu krwionośnego, wrzody żołądka, ogólne zmniejszenie odporności [12–15].

Cel pracy

Celem pracy była ocena stylów radzenia sobie ze stresem kobiet z uwzględnieniem intensywności objawów menopauzalnych.

Materiał i metody

Badaniem objęto 305 kobiet w okresie okołomenopauzalnym mieszkających w powiecie pilskim i szczecińskim. Kryteriami włączenia do badania był brak w wywiadzie schorzeń psychicznych, układu krążenia i cukrzycy. Badania przeprowadzono w 2012 roku. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanych narzędzi badawczych, za pomocą których oceniono: występowanie objawów wypadowych (skala Blatta-Kuppermana), styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych (Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych [CISS, *Coping Inventory for Stressful Situations*]), depresyjność (Inwentarz depresji Becka [BDI, *Beck Depression Inventory*]). Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu komputerowego programu Windows: Microsoft EXCEL 2010 PL oraz StatSoft Statistica 10 PL. Podczas oceny uzyskanych wyników zastosowano statystyki opisowe, takie jak: liczba przypadków ważnych, średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana, dominanta, górny oraz dolny kwartył, mini-



Rycina 1. Struktura grupy względem rodzaju stosowanych metod mających na celu łagodzenie objawów menopauzy
Figure 1. Group structure in relation to methods applied to alleviate menopausal symptoms

mum, maksimum. Użyto też wskaźnika struktury oraz wykorzystano statystyki matematyczne, takie jak testy dopasowania rozkładu, korelacje nieparametryczne oraz testy istotności różnic. Wnioskowanie oparto na podstawie testów: t oraz Kruskala-Wallisa. Siłę oraz kierunek zależności wyznaczano natomiast w oparciu o korelację rang Spearmana. Dopasowanie do rozkładu normalnego, będące powodem zastosowania testów nieparametrycznych, mierzono przy użyciu testu Kołmogorowa-Smirnowa z poprawką Lillieforsa. Jego wyniki potwierdzono za pomocą testu Shapiro-Wilka. Przyjęto, że prawdopodobieństwo $p < 0,05$ oznacza zależności istotne, a $p < 0,01$ wysoce istotne statystycznie.

Wyniki

Większość kobiet (62,95%) mieszkała w miastach liczących 10–100 tys. mieszkańców, w miastach poniżej 10 tys. i na wsi odpowiednio: 17,38% i 13,11%. W miastach powyżej 100 tys. zamieszkiwało jedynie 6,56% badanych. Badaniu poddano grupę kobiet w wieku 45–55 lat. Ponad połowa kobiet (52,79%) była w wieku 53–55 lat. W przedziale wiekowym 50–52 było 23,28%, w wieku 47–49 było 13,44%. Najmniej, bo 10,49% kobiet biorących udział w badaniu było w wieku 43–46 lat. Mężatki stanowiły znaczną większość badanych — 79,34%, w mniejszości były rozwiedzione — 8,85%, wdowy — 6,23% oraz panny — 5,57%. Ponad połowa badanych posiadała wykształcenie średnie — 54,43%, zawodowe — 10,49%, podstawowe — 2,62%, a wyższe — 2,46%. Zdecydowana większość respondentek (79,67%) była aktywna zawodowo, pozostałe kobiety (20,33%) nie pracowały. Wśród niepracujących kobiet 40,32% — stanowiły rencistki, 37,10% — emerytki, a 22,58% — bezrobotne.

Staż pracy 30–38 lat deklarowało 51,15% respondentek. Staż 22–29 lat posiadało 30,16%, a 14–21 lat

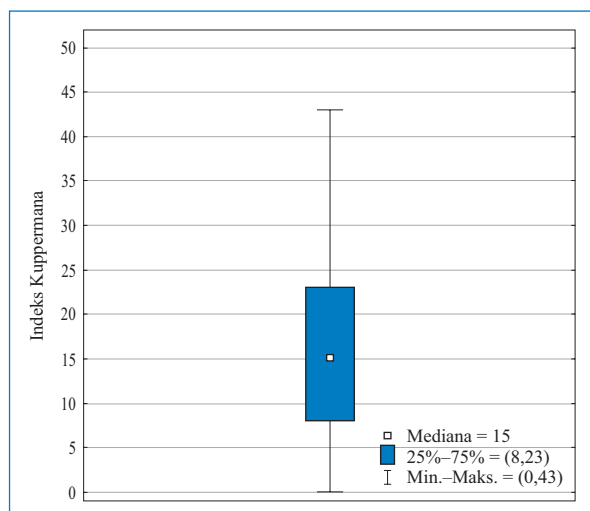
— 15,41% badanych. W przedziale 5–13 lat znalazło się 2,30% ankietowanych. Większość kobiet — 83,61% było w ciąży 1–3 razy, powyżej czterech razy — 9,51%. Nie rodziło, nie było w ciąży — 6,89%, 25,57% badanych deklaroowało, że pali papierosy. Operacjom ginekologicznym nie było poddawanych 61,64%. Pod stałą opieką ginekologiczną jest 76,39%, rzadziej niż raz w roku bada się 21,64%, a 1,9% kobiet poddaje się badaniu zdecydowanie rzadziej. Ostatnia miesiączka u 52,24% badanych wystąpiła w przedziale wiekowym 46–50 lat, u 26,87% w wieku 51–55, u 15,92% w 41–45 roku życia. Najmniej kobiet, tj. 4,98% miało ostatnią miesiączkę w wieku 35–40 lat.

Aż 41,97% respondentek nie stosuje żadnej metody w celu łagodzenia objawów menopauzy. Wzmocniony ruch jako sposób radzenia sobie z symptomami wskazało 32,13%, a menopauzalną terapią hormonalną stosuje 18,69% (ryc. 1).

W celu przeprowadzenia miarodajnej oceny nasilenia objawów wypadowych w analizowanej grupie, zastosowano Indeks Kuppermana. Teoretyczny zakres wartości możliwych do uzyskania w skali wynosi 0–51 punktów. Zero oznacza najlepszy możliwy wynik, czyli absolutny brak objawów menopauzy. Im więcej punktów, tym nasilenie objawów jest wyższe. W badanej grupie uzyskano rozpiętość punktów 0–43. Najczęściej występująca liczba uzyskanych punktów to 16, średnia arytmetyczna wyniosła 16,23 z odchyleniem standardowym o 10,18. Połowa spośród badanych osób uzyskała punktację pomiędzy 8 a 23 z wartością środkową równą 15 (ryc. 2).

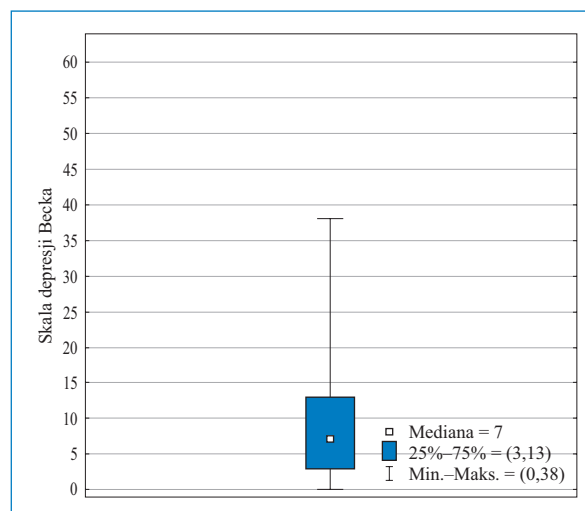
Zdecydowana większość kobiet, tj. 68,20%, nie odczuwało dolegliwości związanych z menopauzą, u 13,44% objawy występowały w lekkiej formie, wśród 6,89% objawy miały średnie nasilenie, natomiast u 11,48% nasilenie objawów wypadowych było ciężkie.

W celu przeprowadzenia trafnej oceny poziomu depresyjności respondentek z uwzględnieniem emo-



Rycina 2. Miary pozycyjne Indeksu Kuppermana

Figure 2. Measures of location of the Kupperman Index



Rycina 3. Wyniki pomiaru depresyjności wyrażone w skali Becka

Figure 3. Depression levels according to the Beck Depression Inventory

cjonalnych, poznawczych, motywacyjnych i somatycznych objawów depresji, przeprowadzono badanie z zastosowaniem Skali Depresji Becka. Teoretyczny zakres możliwej do uzyskania w skali Becka punktacji zawiera się 0–63, gdzie zero oznacza najbardziej pozytywny możliwy wynik, a 63 najbardziej negatywny wynik z możliwych.

W wyniku przeprowadzenia badania ankietowego, uzyskano wyniki w zakresie od 0 do 38. Średnia arytmetyczna wynosiła 9,26 (\pm 8,15), a wartością występującą najczęściej było zero. Połowa spośród uzyskanych wartości zawierała się w zakresie od 3 do 13 z medianą równą 7 (ryc. 3).

W zależności od osiągniętego wyniku, badane kobiety przypisywano do jednej z czterech grup. Najwięcej, bo aż 70% respondentek przyporządkowano do grupy, w której nie stwierdzono objawów depresyjności. U 17% badanych stwierdzono łagodne nasilenie depresyjności. Umiarkowane nasilenie depresyjności wystąpiło 8%. Jedynie 5% respondentek wykazywało depresyjność o głębokim nasileniu.

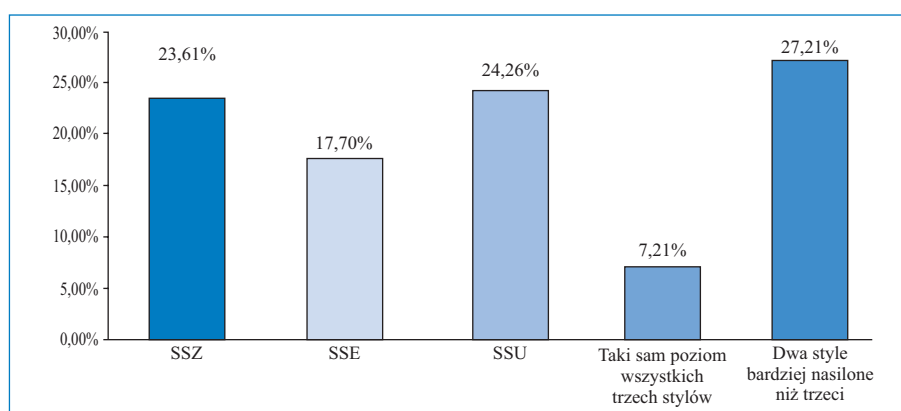
W celu przeprowadzenia analizy podatności badanych kobiet na stres w okresie klimakterium i stylów radzenia sobie ze stresem zastosowano kwestionariusz CISS. Składa się on z 48 prostych stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie podejmują w sytuacjach stresowych. Poszczególne skale składają się z 16 pozycji, a teoretyczny zakres możliwej do osiągnięcia punktacji wynosi 16–80 punktów. Po obliczeniu wyników surowych, odniesiono je do norm stenowych dla odpowiednich przedziałów wiekowych. Uzyskano w ten sposób wyniki w zakresie 1–10, gdzie 1 oznacza najniższy, najmniej zgodny, a 10 najwyższy,

najbardziej zgodny wynik w danej skali. W skali SSZ, określającej styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu, rozpiętość uzyskanych wyników była 1–10 stenów. Średnia arytmetyczna wynosiła 5,02 (\pm 2,00). Mediana oraz dominanta równe były 5. Górny kwartył wynosił 6, a dolny 4. Najczęściej osiąganą punktację stenową uzyskało 24% badanych. W skali SSE, która reprezentuje styl radzenia sobie ze stresem oparty na emocjach, również stwierdzono pełne spektrum punktów stenowych. Średnia arytmetyczna była tu niższa i wynosiła 4,83 z odchyleniem standardowym o 2,15 punktu stenowego. Połowa osób uzyskała pomiędzy 3 a 6 punktu. Wartość środkowa to 5, dominanta natomiast równa była 6. Stanowiło ją 23% przypadków.

Ostatnia z głównych skal, SSU oznacza styl skoncentrowany na unikaniu. Tu również osiągnięto pełny zakres, czyli 1–10 stenów. Średnia w tym przypadku wyniosła 5,32 (\pm 2,02). Górny kwartył wynosił 6, dolny 4, a mediana oraz moda równały się 5. Wartością najczęściej występującą osiągnęło 26% respondentek. Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) jest częścią stylu skoncentrowanego na unikaniu. Po przeliczeniu na steny uzyskano wartości 1–10. Średnia arytmetyczna była tu równa 5,62 i odchyliła się standardowo o 1,98. Zarówno mediana, dominanta, jak i dolny kwartył równe są 5, podczas gdy górny kwartył 7. Najczęściej występujący wynik osiągnęło 28% badanych. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT) jest również częścią stylu skoncentrowanego na unikaniu. Zakres stenów również wynosi tu 1–10, średnia to 5,03, odchylenie — 1,93. Dolny kwartył równy jest 4, mediana 5, a górny kwartył i dominanta

Tabela 1. Struktura badanych względem uzyskanej punktacji poszczególnych stylach**Table 1.** Group structure in relation to scores obtained for different stress-coping styles

Styl	Sten									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Styl skoncentrowany na zadaniu	5%	8%	10%	15%	24%	16%	13%	5%	4%	1%
Styl skoncentrowany na emocjach	6%	10%	13%	14%	14%	23%	10%	5%	4%	2%
Styl skoncentrowany na unikaniu	3%	7%	8%	11%	26%	21%	12%	5%	6%	2%
Angażowanie się w czynności zastępcze	2%	4%	9%	9%	28%	16%	15%	10%	3%	4%
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	6%	5%	10%	19%	20%	21%	9%	8%	1%	2%

**Rycina 4.** Porównanie stylów dominujących**Figure 4.** Comparison of dominating stress-coping styles

— 6. Najczęściej występującą wartość osiągnęło 21% badanych. Dane przedstawiono w tabeli 1.

Następnie wyznaczono styl dominujący (z prawdopodobieństwem na poziomie 85%). Styl skoncentrowany na zadaniu dominował u 23,61% badanych, podczas gdy styl skoncentrowany na emocjach tylko u 17,70%. Styl skoncentrowany na unikaniu dominował u 24,26% respondentów. U 7,21% kobiet nie ma znaczącej różnicy pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem. Dwa style nasilone bardziej od trzeciego zaobserwowano u 27,21% badanych (ryc. 4).

Następnie poddano analizie różnice nasilenia objawów klimakterium względem dominującego stylu radzenia sobie ze stresem. Wyniki przeprowadzonego badania wykazały, że zróżnicowanie jest wysoce istotne statystycznie (tab.2.). Następnie poddano analizie istnienie zależności pomiędzy nasileniem objawów menopauzalnych a stylami radzenia sobie ze stresem (tab. 3.)

Korelacje, które okazały się być istotne statystycznie, zaprezentowano na wykresach rozrzutu. Wraz z nasileniem się objawów menopauzalnych, wskaźnik stylu skoncentrowanego na emocjach rośnie wysoce istotnie ($p < 0,01$), choć ze słabym nasileniem dodat-

nim ($R \approx 0,3$). Oznacza to wzrost uczuć, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Wzrasta tendencja do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Choć działania te mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z okresem klimakterium, mogą niekiedy powiększać poczucie stresu, powodować wzrost napięcia lub przygnębienie (ryc. 5).

Nasilenie się objawów menopauzy wpływa na przyjmowanie stylu skoncentrowanego na unikaniu nieco słabiej niż stylu opartego na emocjach. W tym przypadku wpływ jest istotny statystycznie ($p < 0,05$), lecz oddziałuje z bardzo słabym dodatnim nasileniem ($R \approx 0,1$). Oznacza to, że badani wraz z nasileniem się objawów wypadowych, wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia na ten temat, zajmowania się czynnościami, które pomagają o tym zapomnieć. Opisywaną zależność przedstawiono na rycinie 6.

Dyskusja

Objawy zmian, jakie towarzyszą kobietom w okresie okołomenopauzalnym, są często punktem wyjścia wielu zagrożeń zdrowotnych i psychologicznych. Wiele problemów, które dotyczą kobiety w tym okresie najlepiej odwzorowuje skala Kuppermana,

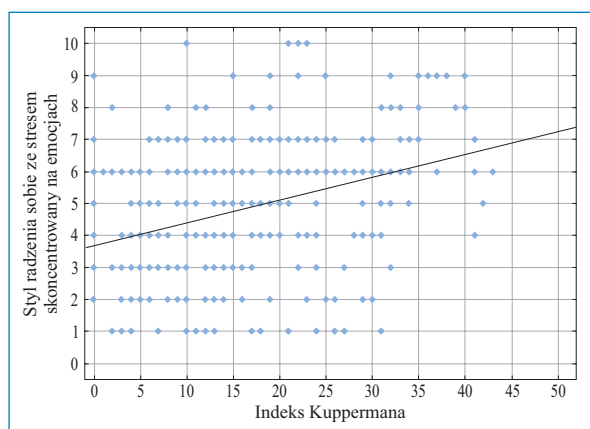
Tabela 2. Test istotności różnic Indeksu Kuppermana w zależności od dominującego stylu radzenia sobie ze stresem
Table 2. A significance test of differences in the Kupperman Index in relation to a dominating stress-coping style

Styl dominujący	n	Suma rang	Średnia ranga	Wynik Kruskala-Wallisa	p
SSZ dominujący	72	8168	113,44		
SSE dominujący	54	9915	183,61		
SSU dominujący	74	11326,5	153,06	22,755	< 0,0001
Brak dominującego	22	3639	165,41		
Dwa dominujące	83	13616,5	164,05		

Tabela 3. Wpływ nasilenia objawów klimakterycznych na podejmowane sposoby radzenia sobie ze stresem
Table 3. Effects of severity of menopausal symptoms on a choice of stress-coping styles

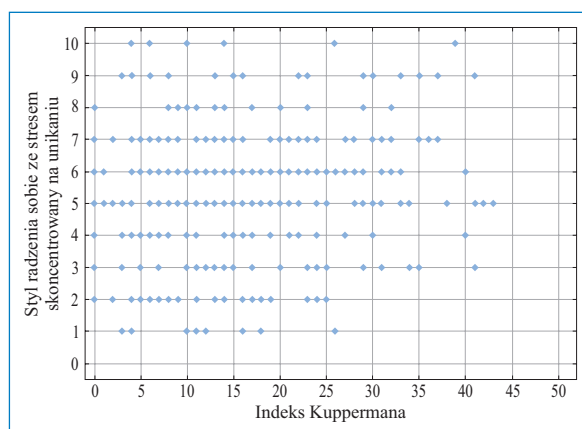
Styl	R	t	p
Skoncentrowany na zadaniu (SSZ)	-0,012	-0,202	> 0,05
Skoncentrowany na emocjach (SSE)	0,295	5,381	< 0,01
Skoncentrowany na unikaniu (SSU)	0,143	2,511	< 0,05

R — współczynnik Korelacji rangowej, t — wynik statystyki t, p — wyliczone prawdopodobieństwo testowe



Rycina 5. Koncentrowanie się na emocjach względem nasilenia objawów menopauzy

Figure 5. Concentration on emotions in relation to severity of menopausal symptoms



Rycina 6. Koncentrowanie się na unikaniu względem nasilenia objawów menopauzy

Figure 6. Concentration on avoidance in relation to severity of menopausal symptoms

która zawiera w sobie większość najistotniejszych, najdotkliwszych objawów. W programie badawczym *Munakata Women's Midlife Health Project*, analizującym jakość życia i symptomy wypadowe u kobiet zamieszkujących Japonię wykazano narastanie symptomów wypadowych i częstsze identyfikowanie średniego i ciężkiego zespołu klimakterycznego w grupie kobiet w czasie perimenopauzalnym (24,4%) i postmenopauzalnych (26,6%) w odniesieniu do okresu premenopauzalnego (3,1%) [16, 17]. Badania prowadzone w krajach europejskich przez Genazza-

niego i wsp. w 2005 roku potwierdziły występowanie objawów wypadowych u 94% kobiet, wśród nich dominowały uderzenia gorąca — 74%, bezsenność — 58%, zmiany samopoczucia — 57% oraz obniżone libido — 45% [18]. Natomiast Skrzypulec i wsp. uzyskały w swoich badaniach niskie wartości indeksu Kuppermana, u 13% respondentek zdiagnozowano grupę objawów wypadowych o słabym nasileniu, a 4,8% o średnim natężeniu. Jedynie około 3% badanych miało zespół klimakteryczny o dotkliwym nasileniu. Uzyskane zatem wyniki wskazywały na

nieznaczny stopień nasilenia zespołu klimakterycznego. Jednocześnie autorki dowiodły, że symptomy wypadowe nasilają się wraz z wiekiem, również zła kondycja ekonomiczna i samotność są czynnikami intensyfikującymi [19]. Według Dmoch-Gajzlerskiej i wsp. jedynie 10% kobiet miało silne dolegliwości okołomenopauzalne, 75% umiarkowane, a 15% słabe [20]. W wynikach Orzechowskiej i wsp. u ponad 80% badanych w okresie klimakterium występował zbiór typowych objawów somatycznych i psychoemocjonalnych, a u ponad 60% respondentek stwierdzono spadek poczucia spełnienia oraz niską samoakceptację [10]. W badaniach własnych wykazano, że zdecydowana większość respondentek, bo 68,20% nie miała objawów wypadowych, symptomy o lekkim i średnim nasileniu stwierdzono odpowiednio u 13,44% i 6,89%. Ciężkie nasilenie objawów wypadowych deklarowało 6,89% badanych.

Badania zespołu Jagielskiej i wsp. dowiodły, że najczęstszymi objawami wypadowymi według skali Kuppermana była nadmierna pobudliwość — 97,50%, drażliwość — 97,50%, uczucie napięcia — 82,50%, trudności w koncentracji — 85,50%, utrata zainteresowań życiem płciowym — 80%, trudności w zasypianiu — 77,5% oraz bóle głowy — 75% wśród badanych respondentek [21]. Z przeprowadzonych badań Barnasia wynika, że na występowanie objawów menopauzalnych mierzonych według wykazu Kuppermana mają wpływ trzy zmienne: sytuacja materialna, czas od ostatniej miesiączki oraz sytuacja zawodowa badanych. Podobną korelację zaobserwowano między nasileniem objawów a statusem zawodowym badanych [22].

Jednym z głównych czynników przyspieszających proces starzenia się organizmu jest palenie papierosów. U kobiet palących wzrasta ryzyko zachorowania na choroby naczyniowe, osteoporozę i nowotwory. Współczynnik śmiertelności jest 2-krotnie większy niż u kobiet niepalących. Wiadomo również, że kobiety palące przechodzą menopauzę wcześniej niż niepalące. Na podstawie zebranego materiału własnego wykazano, że zdecydowana większość (74,43%) nie pali papierosów, do nałogu przyznało się 25,57% badanych, w badanej populacji ostatnią miesiączkę w wieku 46–50 lat miało 52,24%, u 26,87% wystąpiła w wieku 51–55. Wczesne ustanie krwawienia wystąpiło w przedziale wiekowym 41–45 lat i 35–40 lat odpowiednio u 15,92% i u 4,98% kobiet. Chmara-Pawlińska i Szwed twierdzą, że kobiety, które nigdy nie paliły papierosów przechodziły menopauzę później około 50 roku życia, natomiast palące nałogowo w okres klimakteryczny wchodziły średnio w wieku 48 lat, zatem liczba wypalanych dziennie papierosów jednoznacznie wpływa na czas wystąpienia naturalnej menopauzy [23].

Wielu autorów dostrzega wyższe ryzyko wystąpienia depresji w okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym w porównaniu z populacją ogólną [24]. Pojawienie się menopauzy od dawna wiązano z wystąpieniem zaburzeń psychicznych, zwłaszcza z melancholią inwolucyjną, interpretowaną jako depresja występująca w czasie klimakterium [25]. Związek menopauzy i depresji dotychczas nie jest jednoznacznie rozstrzygnięty i opinie na ów temat są skrajne [24]. Z badań zespołu Sprawki, który analizował zaburzenia depresyjne i lękowe kobiet według indeksu Kuppermana wynika, że zaburzenia te częściej stwierdza się u kobiet po zakończonym okresie rozrodczym. Występowanie zaburzeń depresyjnych w wieku między 45 a 50 rokiem życia kształtuje się na poziomie 30%, a między 35 a 44 na poziomie 6%. Najwyższe nasilenie tych zaburzeń występuje w okresie okołomenopauzalnym. Jednak u kobiet w okresie pomenopauzalnym zaburzenia depresyjne i lękowe występują częściej niż u kobiet w okresie premenopauzalnym [12]. Badania Barnasia i wsp. oparte na skali depresji Becka wykazały, że 61% ankietowanych nie miało symptomów depresji, łagodna depresyjność dotyczyła 36%, a u 3% rozpoznano ciężką depresję [22]. Natomiast wyniki badań Jagielskiej i wsp. dowiodły znaczącą statystycznie współzależność między stanem nasilenia objawów depresji według skali Becka a wiekiem pojawienia ostatniej menstruacji [21]. U kobiet z symptomami ciężkiej depresji ustalono minimalny wiek wystąpienia ostatniego krwawienia miesięcznego i wynosił on 41,4 lat, natomiast w kręgu kobiet, u których nie zdiagnozowano objawów depresji, przeciętny wiek wystąpienia ostatniej miesiączki wynosił 48,3 lata [21]. Zaznaczyć należy, że nie odnotowano kluczowej statystycznie współzależności dla skali Becka i Kuppermana. Użyteczność skali Becka do przesiewowego identyfikowania depresji ilustruje pomiar Araszkievicza i wsp., którzy wykazali występowanie zaburzeń nastroju u co trzeciej pacjentki. U kobiet, które zgłaszają się do poradni ginekologicznej z powodu objawów klimakterycznych, częstość zaburzeń nastroju wzrasta 2-krotnie [7]. Zbliżone wyniki uzyskali Jagielska i wsp. w badanej grupie depresję rozpoznano u 65,57% kobiet, a u 9,84% zaobserwowano objawy ciężkiej depresji [21]. Badania Walczak i wsp. dowodzą, że wraz z wiekiem nasila się poziom lęku jako stanu i jako cechy oraz poziom depresyjności. Stan ten może być związany ze zmianą ról życiowych występowaniem na przykład syndromu „pustego gniazda” [13]. Dowiedziono, że poziom depresyjności nasila się, gdy wzrasta liczba zaburzeń funkcji poznawczych, na przykład pamięci, koncentracji uwagi, myślenia i innych, które mogą być spowodowane pogorszeniem samopoczucia kobiet w związku z mniej

efektywnym funkcjonowaniem. Autorzy dowodzą, że nie ma korelacji między stosowaniem MHT a poziomem lęku i depresyjności, co jest w sprzeczności z większością badań [13]. Badania własne zbliżone są do wyników badań Barnasia i wsp., gdyż u 70% badanej populacji nie stwierdzono objawów depresyjności, postać łagodną wykazano u 17% kobiet, a tylko u 5% ujawniono depresyjność o głębokim nasileniu. Walczak i wsp. dowodzą, że z wiekiem nasila się poziom lęku i depresyjności [13]. Uzyskane wyniki własne nie potwierdziły tej zależności, ponieważ grupa badanych kobiet w zdecydowanej większości była w wieku 53–55 lat i nie wykazywała objawów depresyjnych. Należy zaznaczyć, że badane kobiety najczęściej to mężatki, z wykształceniem średnim, pracujące, co niewątpliwie ma korzystny wpływ na niwelowanie stanów lękowych i depresyjnych. Czynniki takie jak brak współmałżonka, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania i warunki materialne, status zawodowy nie korelowały w sposób istotny statystycznie z poziomem lęku i depresyjności, do takich wniosków doszła w 2006 roku Bielawska-Batorowicz, która przebadła 183 kobiety w wieku 45–55 lat. Średni wynik całej grupy mieścił się w granicach łagodnej depresyjności, tj. 32% kobiet osiągnęło rezultat poniżej 10 pkt i to świadczy o braku objawów depresyjności. Pozostałe 44% uzyskało wyniki wskazujące na łagodną, a 24% na umiarkowaną depresyjność. Spadek nastroju w okresie okołomenopauzalnym jest oceniany przez poziom odczuwanego stresu, intensywności objawów oraz wysoki poziom odczuwanego stresu [17].

Z przeprowadzonych badań własnych z zastosowaniem kwestionariusza CISS wynika, że co czwarta kobieta wykazuje twórczą postawę wobec stresu. W wielu przypadkach sposobem na radzenie sobie ze stresem stają się czynności nieprowadzące do rozwiązania problemu lub nawet przerwanie działań poprzez ucieczkę w świat imaginacji, fantazji. Styl skoncentrowany na zadaniu stwierdzono u 23,61% kobiet, styl skoncentrowany na unikaniu u 24,26%, zaś styl skoncentrowany na emocjach u 17,70% badanych. W wynikach Bielawskiej-Batorowicz dominujący wśród kobiet był stylem skoncentrowany na emocjach i styl skoncentrowany na unikaniu [25]. Jednocześnie dowiedziono istotną zależność wskazującą, że u kobiet stosujących MHT zdecydowanie częściej występuje styl skoncentrowany na emocjach.

Wnioski

1. Występowanie nasilonych objawów wypadowych menopauzy łączy się ze wzrostem depresyjności u kobiet. Może to być cenna informacja dla lekarzy

pierwszego kontaktu oraz ginekologów do podjęcia działań zapobiegających wystąpieniu pełnych klinicznych objawów depresji.

2. Większość kobiet wykazuje konstruktywną postawę wobec stresu, skupiając się na zadaniu poprzez podejmowanie efektywnych działań. Niestety równie często stosowanym sposobem jest unikanie stresu poprzez wystrzeganie się przeżywania i myślenia o nim.

Piśmiennictwo

1. Dębski R. Ginekologia kliniczna. Tom 1–3, Urban & Partner Wrocław 2009.
2. Dawis S. Zdrowie kobiety — menopauza. Via Medica, Gdańsk 1996.
3. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group. Technical Report Series 866, Genewa 1996.
4. Pertyński T., Stachowiak G. Współczesne poglądy na opiekę menopauzalną. *Przew. Lek.* 2010; 2: 146–148.
5. Tikow A. Stres i życie społeczne polskie doświadczenia. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1993.
6. Wrześniński K. Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: Wyderka M., Zdziennicki A., Byalek T. (red.). Poziom wiedzy wybranych grup kobiet na temat okresu przekwitania. *Przeegl. Menopauz.* 2007; 6: 365–370.
7. Araszkiwicz A., Płocka-Lewandowska M. Zaburzenia psychiczne w okresie przekwitania. *Magazyn Medyczny. Ginekol. Prakt.* 2001; 1: 16–20.
8. Bielawska-Batorowicz E. Koncepcje menopauzy. Część III — ujęcie psychopatologiczne. *Przeegl. Menopauz.* 2005; 5: 24–31.
9. Heszen-Niejodek I. Styl radzenia sobie ze stresem jako indywidualna zmienna wpływająca na funkcjonowanie w sytuacji stresowej. W: Strelau J. (red.). Osobowość a ekstremalny stres. GWO, Gdańsk 2004.
10. Orzechowska A., Typel D., Wysokiński A., Talarowska-Bogusz M., Gruszczyński W. Funkcjonowanie psychospołeczne kobiet w okresie klimakterium. *Psych. Pol.* 2007; 3: 293.
11. Krogulski S. Depresje menopauzalne. W: Pertyński T. (red.). Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego. Urban & Partner, Wrocław 2004: 175–87.
12. Sprawka K., Wysokiński A., Orzechowska A., Talarowska-Bogusz M., Typel D., Gruszczyński W. Zaburzenia depresyjne i lękowe w okresie klimakterium. *Psychiatria* 2008; 5 (3): 99–104.
13. Walczak A., Wiśniewska B. Psychospołeczne aspekty funkcjonowania kobiet w okresie postmenopauzalnym — badania wstępne. *Przeegl. Menopauz.* 2012; 6: 474–477.
14. Jacson N. Okres menopauzalny. Równowaga hormonalna naturalnie. KDC, Warszawa 2009.
15. Słopiecka A. Narażenie na sytuacje stresowe w opinii kobiet. *Probl. Pielęg.* 2012; 20 (3): 353–360.
16. Satoch T., Ohashi K. Quality of life assessment in community — dwelling, middle-aged, healthy women in Japan. *Climacterik* 2005; 8: 146–153.
17. Bielawska-Batorowicz E. Koncepcje menopauzy. Część I — ujęcie demograficzne i kulturowe. *Przeegl. Menopauz.* 2005; 2: 10–8.

18. Genazzani A.R., Schneider H.P.G., Nijland E. The European Menopause Survey 2005; 8 (supl. 2): 96.
19. Skrzypulec V., Naworska B., Drosdzol B. The impact of clinical symptoms on functioning and quality of life among women in perimenopausal stage. *Przegl. Menopauz.* 2007; 6 (2): 96–101.
20. Dmoch-Gajzlerska E., Rabiej M., Bednorz B. HTZ — analiza dokumentacji medycznej kobiet pod kątem stosowania różnych form terapii. *Położ. Nauka Prakt.* 2010; 3: 8–11.
21. Jagielska I., Grabiec M., Wolski B., Szymański W. Częstość występowania objawów depresji w przebiegu zespołu klimakterycznego u kobiet w okresie postmenopauzy. *Przegl. Menopauz.* 2007; 3: 140–144.
22. Barnaś E., Krupińska A., Kraśnianin E., Raś R. Funkcjonowanie psychospołeczne i zawodowe kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Przegl. Menopauz.* 2012; 4: 296–304.
23. Chmara-Pawlińska R., Szwed A. Palenie papierosów a wiek menopauzy naturalnej u kobiet w Polsce. *Przew. Lek.* 2004; 61 (10): 1003–1005.
24. Bielawska-Batorowicz E. 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. *Przegl. Menopauz.* 2006; 5: 68–74.
25. Bielawska-Batorowicz E. Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych. *Przegl. Menopauz.* 2007; 6: 70–76.