

**Katarzyna Augustyniuk¹, Bogusława Aziewicz², Małgorzata Szkup-Jabłońska¹,
Anna Jurczak¹, Marzanna Stanisławska¹, Sylwia Wieder-Huszla¹, Artur Kotwas³,
Elżbieta Grochans¹**

¹Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

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

³Zakład Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

O cena jakości życia kobiet w okresie pomenopauzalnym

Quality of life assessment in postmenopausal women

STRESZCZENIE

Wstęp. Menopauza jest fizjologicznym okresem w życiu kobiety i pomimo, że ten stan nie jest chorobą, to może mieć wpływ na jakość życia kobiety.

Cel. Celem pracy była ocena jakości życia kobiet w okresie pomenopauzalnym w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych oraz stosowania MHT.

Materiał i metody. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Do oceny jakości życia zastosowano kwestionariusz SF-36 (wersja polska) oraz dane socjodemograficzne i medyczne, które zebrano poprzez wykorzystanie kwestionariusza własnej konstrukcji. Badania prowadzono w Koszalinie wśród 205 kobiet w wieku między 45. a 60. rokiem życia.

Wyniki. Wykształcenie badanych kobiet miało wpływ na jakość życia jedynie w obszarze funkcjonowania emocjonalnego. Kobiety wykonujące pracę zarobkową cechowały się wyższą jakością życia w poszczególnych dziedzinach aniżeli osoby ze statusem bezrobotnych. Uzyskane wyniki potwierdziły, że ocena jakości życia w ramach sprawności fizycznej, ograniczeń codziennych czynności z powodu zdrowia fizycznego oraz funkcjonowania emocjonalnego zależy istotnie od wieku. Analiza oceny jakości życia kobiet stosujących i niestosujących MHT wykazała wpływ terapii na oceniane obszary.

Wnioski.

1. Stosowanie MHT wpływa na wzrost oceny jakości życia w zakresie funkcjonowania emocjonalnego oraz ograniczeń codziennych czynności wśród kobiet w okresie pomenopauzalnym.
2. Ocena jakości życia kobiet w okresie pomenopauzalnym wraz z wiekiem ulega obniżeniu zwłaszcza w zakresie sprawności fizycznej, ograniczeń codziennych czynności oraz funkcjonowania emocjonalnego.
3. Wykształcenie oraz aktywność zawodowa kobiet w okresie pomenopauzalnym istotnie pozytywnie wpływa na jakość ich życia we wszystkich życiowych sferach.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (4): 413–419

Słowa kluczowe: menopauza; jakość życia; menopauzalna terapia hormonalna

ABSTRACT

Introduction. Menopause is a physiological process in every woman's life, and even though it is not a disease, it can considerably affect its quality.

Aim. The aim of this study was to assess the quality of life in the postmenopausal period in relation to selected socio-demographic variables and the use of menopausal hormone therapy (MHT).

Material and methods. This survey-based study was performed with a standardized instrument for measuring quality of life, the SF-36 questionnaire Polish version, as well as socio-demographic and medical data collected using the questionnaire of the authors' own design. The study was conducted among 205 women aged 45–60 years in Koszalin in 2010.

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

Results. Education affected quality of life only in the sphere of emotional functioning. The women who worked professionally had a higher quality of life in various domains than their unemployed counterparts. The results confirmed that quality of life in physical functioning, the role limitation-physical, and emotional functioning domains significantly depended on age. The quality of life analysis performed in users and non-users of MHT proved that it had an influence on the domains analysed.

Conclusions.

1. MHT improves the quality of life of postmenopausal women in such domains as emotional functioning and the role limitation-physical.
2. The quality of women's lives gets worse with age, especially in the physical functioning, the role limitation-physical, and emotional functioning domains.
3. Education and professional work have significant effects on the quality of life in all life domains.

Nursing Topics 2014; 22 (4): 413–419

Key words: menopause; quality of life; menopausal hormone therapy

Wprowadzenie

Pomimo faktu, że menopauza nie jest chorobą i nie pojawia się nagle w życiu kobiety, to jednak jest traktowana jako zakończenie pewnego etapu życia i przejście do kolejnego. W dobie kultu młodości trudno jest kobiecie pogodzić się zaistniałą sytuacją i zaakceptować widoczne oraz odczuwalne zmiany zachodzące w jej organizmie [1, 2]. Liczne zmiany zanikowe, dokonujące się w organizmie kobiety ze względu na niedobór hormonów, a także nakładające się nań zmiany związane z wiekiem (starzenie się organizmu), narażają kobietę na wiele chorób i związanych z nimi dolegliwości. W licznych badaniach prezentowanych w literaturze przedmiotu wykazano niekorzystny wpływ menopauzy i jej objawów na jakość życia kobiety zwłaszcza w sferze psychospołecznej, fizycznej i seksualnej [3–8]. Zaobserwowano, że postrzeganie i odbieranie objawów menopauzy przez same kobiety jest bardzo zróżnicowane [9], podobnie jak stosowanie przez nie menopauzalnej terapii hormonalnej (MHT) [3].

Jeszcze niedawno jedną z szeroko stosowanych metod poprawy jakości życia kobiet w okresie około-menopauzalnym była MTH, zalecana głównie w celu łagodzenia objawów jej towarzyszących, ale również często jako antidotum na starość. Wyniki przeprowadzonych na szeroką skalę badań (*Women's Health Initiative, Million Women Study*) wskazują na przewagę niebezpiecznych dla życia działań niepożądanych MHT nad jej korzyściami. W niezależnych badaniach przeprowadzanych na przestrzeni ostatnich 7 lat wnioski wynikające ze wspomnianych badań nie zostały potwierdzone, a częściowo całkowicie zanegowane [1].

Dlatego nadal prowadzone są liczne badania mające na celu ocenę jakości życia kobiet w tym okresie, jak również w kontekście terapii hormonalnej, uzasadniającej celowość jej stosowania. Największe kontrowersje dotyczące działania terapii hormonalnej (estrogenowo-progestagenowej) dotyczą wskazań

oraz czasu, w którym należy ją rozpocząć, a także długości jej stosowania [8, 9].

Za odpowiedni czas rozpoczęcia MHT uważa się moment pojawienia się pierwszych objawów, wynikających z niedoboru estrogenów, zaś za bezpieczną długość trwania (MHT) przyjmuje się okres 5 lat [9]. Zakwalifikowanie pacjentki do tego typu kuracji hormonalnej musi być rozpatrywane indywidualnie ze względu na istniejące przeciwwskazania. Pacjentka, podejmując decyzję o zastosowaniu terapii, musi być w pełni świadoma związanych z nią korzyści oraz ryzyka, jakie ona ze sobą niesie. Obecny stan wiedzy na temat MHT i przestrzeganie wszystkich zasad jej stosowania przynosi ogromnej rzeszy kobiet w wieku około- i postmenopauzalnym szansę poprawy jakości życia przy stosunkowo niewielkim ryzyku związanym z jej stosowaniem [10].

Realizując ocenę jakości życia, należy zwrócić uwagę na konieczność rozróżnienia obiektywnego stanu zdrowia i jego subiektywnego poczucia. Taka obiektywna ocena może być uzależniona od rodzaju objawów czy choroby, jak również wynikać może z ograniczeń życiowych, społecznych czy ekonomicznych.

Cel

Celem pracy była ocena jakości życia kobiet w okresie pomenopauzalnym w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych oraz stosowania MHT.

Materiał i metody

Badania prowadzono w Koszalinie wśród 205 kobiet w wieku między 45. a 60. rokiem życia. W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując standaryzowane narzędzie badawcze do oceny jakości życia — SF-36 (wersja polska) oraz narzędzie własnej konstrukcji służące do zebrania danych demograficznych oraz medycznych i stosowania MHT, które zebrano poprzez wykorzystanie kwestionariusza własnej konstrukcji. Do badania włączono

Tabela 1. Porównanie jakości życia w zależności od wykształcenia**Table 1.** Quality of life in relation to education

Obszar	Wykształcenie	Wykształcenie	z	p
	wyższe	średnie		
	n = 71	n = 109		
	Średnia rang	Średnia rang		
Sprawność fizyczna (PF)	6940,0	9350,0	1,517	> 0,05
Ograniczenie codziennych czynności z powodu stanu zdrowia fizycznego (RP)	6947,5	9342,5	1,730	> 0,05
Ból (BP)	6742,5	9547,5	0,936	> 0,05
Ogólny stan zdrowia (GH)	6843,5	9446,5	1,226	> 0,05
Witalność (V)	6779,0	9511,0	1,041	> 0,05
Funkcjonowanie społeczne (SF)	7003,0	9287,0	1,720	> 0,05
Funkcjonowanie emocjonalne (RE)	7186,0	9104,0	2,528	≤ 0,01
Stan psychiczny (MH)	7078,0	9212,0	1,916	≤ 0,05

z — sprawdzian testu U Manna-Whitneya; p — poziom istotności

kobiety, u których ostatnia miesiączka wystąpiła minimum rok przed przeprowadzeniem badania, niepalące, nieuzależnione od alkoholu, u których nie występowały choroby endokrynologiczne i o podłożu ginekologicznym.

Uzyskano opinię Komisji Bioetycznej PUM w Szczecinie umożliwiającą przeprowadzenie badań. Przed przystąpieniem do badań każda kobieta została poinformowana o celu badania, sposobie wypełniania kwestionariusza i anonimowości.

Średnia wieku respondentek wynosiła 51,2 lata. Większość kobiet biorących udział w badaniu była mężatkami — 70%. Ponad połowa kobiet objętych analizą miała wykształcenie średnie — 53%, natomiast wykształcenie wyższe deklarowało — 35%. Prawie połowa kobiet (44%) pochodziła z miasta do 100 tysięcy mieszkańców, większość ankietowanych była aktywna zawodowo i utrzymywała się z wykonywania pracy zarobkowej — 61%. W badanej grupie przeważały kobiety niestosujące MHT (78,04%), pozostałe 21,95% kobiet przyjmowały MHT.

Analizy oceny jakości życia kobiet w wieku pomenopauzalnym z uwzględnieniem wybranych czynników dokonano przy użyciu testu U Mana-Whitneya oraz współczynnika korelacji liniowej Pearsona. W badaniach przyjęto poziom istotności $p = 0,05$.

Wyniki

Dokonując oceny wpływu wykształcenia na jakość życia w poszczególnych sferach funkcjonowania kobiet w okresie pomenopauzalnym, stwierdzono

występowanie istotnych statystycznie różnic w obszarze funkcjonowania emocjonalnego ($p \leq 0,01$) oraz w zakresie stanu psychicznego ($p \leq 0,05$). Ze względu na nieliczne grupy osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym do badania wybrano kobiety, które ukończyły szkołę średnią oraz studia wyższe. W pozostałych sferach życia nie potwierdzono wpływu wykształcenia na ocenę jakości życia (tab. 1).

Analiza danych związanych z aktywnością zawodową wykazała, że kobiety z wyższym wykształceniem we wszystkich sferach funkcjonowania charakteryzowały się wyższą jakością życia ($p < 0,01$) (tab. 2).

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że ocena jakości życia w ramach sprawności fizycznej, ograniczeń codziennych czynności z powodu zdrowia fizycznego oraz funkcjonowania emocjonalnego zależy istotnie od wieku. Ujemny charakter korelacji sugeruje, że osoby starsze cechowały się niższą oceną jakości życia w ramach wymienionych sfer (tab. 3).

W pracy dokonano również analizy oceny jakości życia kobiet stosujących i niestosujących MHT. Wykazano różnice istotne statystycznie w ocenie jakości życia, uwzględniając stosowanie MHT przez kobiety w wieku pomenopauzalnym w zakresie ograniczeń codziennych czynności z powodu stanu zdrowia fizycznego ($p < 0,05$) oraz funkcjonowania emocjonalnego ($p < 0,01$) (tab. 4).

Dyskusja

Menopauza jest fizjologicznym okresem w życiu kobiety, w którym występują ostatnie, prawidłowe

Tabela 2. Porównanie jakości życia w zależności od aktywności zawodowej (kobiety aktywne zawodowo n = 126; kobiety nieaktywne zawodowo n = 79)**Table 2.** Quality of life in relation to employment (employed women n = 126; unemployed women n = 79)

Obszar	z	p
Sprawność fizyczna (PF)	3,128	< 0,001
Ograniczenie codziennych czynności z powodu stanu zdrowia fizycznego (RP)	2,761	< 0,001
Ból (BP)	3,133	< 0,001
Ogólny stan zdrowia (GH)	5,695	< 0,001
Witalność (V)	4,221	< 0,001
Funkcjonowanie społeczne (SF)	4,513	< 0,001
Funkcjonowanie emocjonalne (RE)	5,253	< 0,001
Stan psychiczny (MH)	5,713	< 0,001

z — sprawdzian testu U Manna-Whitneya; p — poziom istotności

Tabela 3. Korelacja między wiekiem a oceną jakości życia**Table 3.** Correlation between age and quality of life

Obszar	Badana grupa kobiet	
	n = 205	
	Współczynnika korelacji liniowej Pearsona	p
Sprawność fizyczna (PF)	-0,21	p < 0,01
Ograniczenie codziennych czynności z powodu stanu zdrowia fizycznego (RP)	-0,23	p < 0,01
Ból (BP)	-0,08	p > 0,05
Ogólny stan zdrowia (GH)	-0,06	p > 0,05
Witalność (V)	-0,05	p > 0,05
Funkcjonowanie społeczne (SF)	-0,11	p > 0,05
Funkcjonowanie emocjonalne (RE)	-0,21	p < 0,01
Stan psychiczny (MH)	-0,02	p > 0,05

krwawienie miesięczkowe w wyniku utraty aktywności pęcherzykowej jajników. O jakości życia w tym okresie można mówić w różnych aspektach, począwszy od subiektywnego postrzegania własnej pozycji w życiu, przez stan zdrowia charakterystyczny dla danego okresu życia, aż do spojrzenia przez pryzmat specyficznych dla tego okresu zmian fizjologicznych oraz związanych z nimi następstw. Jednym ze sposobów radzenia sobie z przejawami menopauzy uwzględniającymi subiektywne spojrzenie kobiety jest skoncentrowanie się na objawach i ich wpływie na funkcjonowanie fizyczne. Następną perspektywą

oceny są ograniczenia życia codziennego, mogące dotyczyć sfery psychicznej, fizycznej i społecznej. Kolejnym podejściem do oceny jakości życia jest odczuwanie ograniczeń co do możliwości realizowania celów życiowych, a także zaspokajania własnych potrzeb. Nie bez znaczenia jest również całościowa ocena własnej sytuacji życiowej — poczucie spełnienia i szczęścia, czy też odczucie porażki. Każde z tych ujęć subiektywnej oceny jakości życia jest wykorzystywane w narzędziach pomiarowych jakości życia w kontekście zdrowia, zarówno w znaczeniu ogólnym, jak i w odniesieniu do zjawiska menopauzy [11–14].

Tabela 4. Porównanie jakości życia w zależności od stosowania MHT**Table 4.** Quality of life in relation to MHT usage

	Badana grupa kobiet n = 205					
	Kobiety stosujące MTH	Kobiety niestosujące MTH	Suma rang nie	Suma rang tak	z	p
Sprawność fizyczna (PF)	45	160	16512,5	4602,5	0,093	> 0,05
Ograniczenie codziennych czynności z powodu stanu zdrowia fizycznego (RP)	45	160	15795,5	5319,5	-2,184	<0,05
Ból (BP)	45	160	16372,5	4742,5	-0,308	> 0,05
Ogólny stan zdrowia (GH)	45	160	16509,5	4605,5	0,084	> 0,05
Witalność (V)	45	160	15990,0	5125,0	-1,402	> 0,05
Funkcjonowanie społeczne (SF)	45	160	16152,0	4963,0	-0,949	> 0,05
Funkcjonowanie emocjonalne (RE)	45	160	15529,5	5585,5	-3,032	< 0,01
Stan psychiczny (MH)	45	160	16210,0	4905,0	-0,770	> 0,05

z — sprawdzian testu U Manna-Whitneya; p — poziom istotności

W badaniach przeprowadzonych w grupie 150 kobiet województwa małopolskiego Kolarzyki i wsp. [15] wykazali, że najlepiej oceniają swoją jakość życia, zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej, respondenci z wykształceniem wyższym, zamieszkujące aglomeracje miejskie, pracujące oraz wywodzące się z najstarszej grupy wiekowej badanych kobiet (55–60 lat). Najgorzej oceniły swoje zdrowie w aspekcie psychicznym i fizycznym kobiety mieszkające na wsi, z wykształceniem podstawowym lub zawodowym.

Z kolei uwzględniając aktywność zawodową, to kobiety niepracujące, lecz zajmujące się inną osobą, wykazały najgorszą ocenę w zakresie zdrowia fizycznego, a kobiety niepracujące w aspekcie zdrowia psychicznego. Kobiety stosujące MTH wskazały na niższą ocenę jakości życia zarówno w aspekcie zdrowia fizycznego, jak i psychicznego [15]. Trafalska i wsp. wykazali również, że kobiety z wyższym wykształceniem, zamieszkujące miasta oraz aktywne zawodowo, najlepiej oceniały swoją jakość życia, zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym, ale nie były to kobiety najstarsze w badanej grupie [16].

Wyniki te potwierdzają badania opisane przez zespół Szczepańskiej, przeprowadzone w grupie 154 kobiet w wieku 45–60 lat, mieszkank województwa kujawsko-pomorskiego, wskazujące na wpływ wykształcenia na ocenę jakości. Im wyższe, tym lepsza ocena w obu aspektach zdrowotnych (fizycznym i psychicznym) [17].

Badania przeprowadzone w województwie zachodniopomorskim i opisane przez Pastucha i wsp. [18] są zbliżone z wynikami Trafalskiej i wsp. [16] oraz

Kowalskiej i wsp. przeprowadzonych w grupie kobiet z Katowic i Krakowa [19].

Marcinkowski i wsp. potwierdza tę zależność w swoich badaniach przeprowadzonych w grupie 520 kobiet z Kalisza i okolic, jednocześnie wskazują, że to u mieszkank wsi, a nie miast, wystąpił najwyższy stopień jakości życia, zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym [20]. Wyniki te potwierdził zespół Bartosińskiej, przeprowadzając badania wśród kobiet z województwa pomorskiego [21].

Badania własne wykazały różnice istotne statystycznie tylko w aspekcie funkcjonowania emocjonalnego (RE) i stanu psychicznego (MH), w przypadku analizy z uwzględnieniem zmiennej wykształcenia ($p < 0,05$). W ocenie pozostałych sfer życia, nie potwierdzono wpływu wykształcenia na lepszą ocenę ich jakości. Respondenci zamieszkujące małe miasta (do 10 tys. mieszkańców) znacznie gorzej oceniały jakość życia w aspekcie ogólnego stanu zdrowia (GH), niż kobiety z miast średnich (10–100 tys.) oraz dużych (powyżej 100 tys. mieszkańców). Kobiety mieszkające na wsi znacznie gorzej oceniały jakość życia w aspekcie funkcjonowania emocjonalnego (RE).

Kolejną zmienną wpływającą na ocenę jakości życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym jest wiek. Badania własne wykazały, że ma on istotny wpływ na ocenę jakości życia w ramach sprawności fizycznej (PF), ograniczeń w codziennych czynnościach (RP) oraz funkcjonowania emocjonalnego (RE), co ma swoje odzwierciedlenie w ujemnej korelacji, wskazując na niższą ocenę jakości życia (PF) i (RP) przez kobiety starsze ($p \leq 0,05$).

Potwierdzeniem wyników wskazujących na pogarszanie się jakości życia kobiet wraz z wiekiem, legitymujących się wykształceniem podstawowym i będących mieszkankami wsi są wnioski z badań opisanych przez Marcinkowskiego [20]. Analiza badań zespołów: Szczepańskiej [17] i Pastuchy [18] przeprowadzonych wśród mieszkank województwa kujawsko-pomorskiego oraz województwo zachodniopomorskiego wykazały, że najniższą jakość życia w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego sygnalizowały kobiety w wieku 55–60 lat, mieszkające na wsi, posiadające wykształcenie podstawowe, a także niepracujące. Bartosińska i wsp. [22], w badaniach przeprowadzonych wśród kobiet, zamieszkujących Trójmiasto, wskazała tylko na podobną zależność wiekową w złej ocenie jakości życia.

Aktywność zawodowa jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka. Z jednej strony zapewnia byt, standard życia i status społeczny, a z drugiej daje możliwość samorealizacji i zaspokojenia ambicji. Problem wpływu aktywności zawodowej kobiet w wieku 45–65 lat wydaje się być bardzo istotnym, dlatego w badaniach własnych, grupa badanych bezrobotnych respondentek jest stosunkowo liczna — 39%. Jak istotną zmienną jest aktywność zawodowa w badanej grupie, świadczą o tym uzyskane wyniki przeprowadzonych badań, w świetle których w ujęciu aktywności zawodowej respondentki niepracujące (bezrobotne) wykazały, że fakt posiadania statusu bezrobotnej istotnie w sposób negatywny wpłynął na ocenę jakości życia w każdej z ocenianych sfer ($p < 0,05$). Kobiety pracujące wykazywały znacznie wyższą ocenę jakości życia. O wpływie aktywności zawodowej badanych na ocenę jakości życia świadczą również wyniki badań opisane przez Kowalską i wsp. [19], Pastucha i wsp. [18], Marcinkowskiego i wsp. [20], Trafalską i wsp. [16] oraz Karczewskiego i wsp. [23].

Ważną zmienną jest aspekt stosowania przez kobiety w wieku 45–60 lat MTH. W obecnej dobie, krytyki i wykazywania ujemnych skutków stosowania MTH, trudno jest kobiecie podjąć decyzję o stosowaniu tej terapii, mimo doznawania dokuczliwych objawów. Ta sytuacja ma przełożenie na liczbę kobiet stosujących tego typu leczenie. W 2009 roku w badanej populacji 1412 kobiet z siedmiu województw w wieku okołomenopauzalnym zaledwie 23,5% stosowało MTH [14].

W przeprowadzonych badaniach własnych kobiety stosujące MTH stanowiły tylko 21,95%. Uzyskane wyniki wykazały jednak, że kobiety stosujące tę terapię cechowały się znacznie wyższą jakością życia w zakresie ograniczeń codziennych czynności z powodu zdrowia fizycznego (RP), a także funkcjonowania emocjonalnego (RE) $p \leq 0,05$.

Podobne wyniki w aspekcie stosowania MTH opisują Trafińska i wsp [16], Bartosińska i wsp. [22],

a także Marcinkowski i wsp. zaznaczając jednocześnie, że stosowanie MTH zdaje się mieć wpływ na podwyższenie jakości w sferze zdrowia fizycznego [20].

Kolarzyk [11] wyciągnęła wnioski z przeprowadzonych badań, świadczące między innymi o tym, że wraz z wiekiem, samotnym zamieszkaniem, złą sytuacją materialną oraz niestosowaniem MTH nasilają się objawy klimakteryczne.

Mają one niezaprzeczalny wpływ na pogorszenie się komfortu życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Wyniki badań przeprowadzonych przez Henrykowską i wsp. [24] wskazują, że kobiety stosujące MTH lepiej oceniają swój stan zdrowia w aspekcie fizycznym niż kobiety niestosujące MTH. W grupie stosującej terapię kobiety w wieku 50–55 lat wykazały mniejsze ograniczenia w zakresie aktywności społecznej, a także mniej ograniczeń w zakresie funkcjonowania z powodu zdrowia psychicznego. Do zbliżonych wniosków doszły Bielawska-Batorowicz i Mikołajczyk, wykorzystując teorię zachowania zasobów (COR, *conservation of resources*) dowiodły, że kobiety stosujące MTH inaczej oceniają poziom strat, był on u nich niższy niż u kobiet niestosujących MTH. Kobiety niestosujące terapii jako najważniejszą stratę wymieniały pogorszenie się stanu zdrowia oraz sprawności fizycznej [25].

Jednak badania przeprowadzone w grupie 7875 kobiet w wieku 45–65 lat, mieszkank województwa lubelskiego, które opisuje zespół Żolnierczuk-Kieliszek [26] nie potwierdzają jednoznacznie pozytywnego wpływu stosowania MTH na poprawę jakości życia kobiet. Podobne wyniki prezentuje zespół badawczy Bidzana, który zaprzecza pozytywnemu wpływowi tego typu terapii na jakość życia kobiet, wykazując, że kobiety niestosujące MTH lepiej oceniały swój stan zdrowia w aspekcie zdrowia fizycznego niż kobiety stosujące terapię [27].

Potwierdzają te wyniki Kłosiewicz i wsp., opisując grupę 142 kobiet mieszkających w województwie mazowieckim. W grupie badanej respondentki nieprzyjmujące MTH wskazały na lepszą ocenę jakości życia w aspekcie psychicznym [28].

Zapewne wyniki te miały wpływ na wniosek przedstawiony w artykule Kolarzyk, że kobiety stosujące MTH nieznacznie niżej oceniły swoją jakość życia zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej, niż kobiety niestosujące terapii [11]. Również Henrykowska i wsp. [24] w zakresie ogólnej oceny zdrowia psychicznego przedstawia wyniki badań wskazujące na lepszą ocenę ogólnego stanu psychicznego przez kobiety niestosujące MTH. Kobiety, które ukończyły 55 lat i stosowały MTH, wykazywały dużo gorsze wartości zarówno w aspekcie zdrowia psychicznego, jak i fizycznego.

Wnioski

Stosowanie MHT wpływa na wzrost oceny jakości życia w zakresie funkcjonowania emocjonalnego oraz ograniczeń codziennych czynności wśród kobiet w okresie pomenopauzalnym.

Ocena jakości życia kobiet w okresie pomenopauzalnym wraz z wiekiem ulega obniżeniu zwłaszcza w zakresie sprawności fizycznej, ograniczeń codziennych czynności oraz funkcjonowania emocjonalnego.

Wykształcenie oraz aktywność zawodowa kobiet w okresie pomenopauzalnym istotnie pozytywnie wpływa na jakość ich życia we wszystkich życiowych sferach.

Piśmiennictwo

- Dębski R., Paszkowski T., Pawelczyk L., Pertyński T. Terapia hormonalna okresu menopauzalnego — stan wiedzy w 2010 r. *Prze. Menopauz.* 2010; 3: 121–127.
- Brodowska A., Laszczyńska M., Starczewski A., Karakiewicz B., Brodowki J. Zmiany lokalizacji i funkcji receptora estrogenowego w jajniku kobiet po menopauzie w porównaniu z wiekiem rozrodczym. *Pol. Merk. Lek.* 2007; 135: 231.
- Blumel J.E., Castelo-Branco C., Binfa L., Gramagna G., Tacla X., Aracena B. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000; 34: 17–23.
- Punyahotra S., Dennerstein L., Lehert P. Menopausal experiences of thai women. *Maturitas* 1997; 26: 1–7.
- Blumel J.E., Brandt A., Tacla X. Symptomatic profile of the climacteric female. *Clin. Exp. Rev. Med. Chil.* 1992; 120 (9): 1017–21.
- Von Mublen D.G., Kritiz-Silverstein D., Barrett-Connor E. A community-based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. *Maturitas* 1995; 22 (2): 71–78.
- Sierra B., Hidalgo L.A., Chedraui P.A. Measuring climacteric symptoms in an Ecuadorian population with the Greene Climacteric Scale. *Maturitas* 2005; 51: 236–245.
- Grycewicz J., Cypryk K. Wpływ hormonów płciowych na występowanie zaburzeń metabolicznych u kobiet w okresie menopauzy. *Prze. Menopauz.* 2008; 1: 29–37.
- Pertyński T., Stachowiak G. Menopauza-fakty i kontrowersje. *Endokrynol. Pol.* 2006; 5 (57): 525–534.
- Darewicz B., Skrodzka M., Kudelski J. Problemy urologiczne kobiet okresu pomenopauzalnego. *Prze. Menopauz.* 2008; 4: 175–183.
- Kolarzyk E. Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat — metodologia badań. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90 (4): 490–494.
- Paszkowski T. Postępy w medycynie menopauzy. IZT Sp z o.o., Lublin 2009.
- Kolarzyk E. Przesłanki do podjęcia ogólnopolskich badań jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90 (4): 484–489.
- Kolarzyk E., Szoł W., Pastucha E., Bartosińska M., Szczepańska B., Karczewski Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90 (4): 548–552.
- Kolarzyk E., Kwiatkowski J., Wójtowicz B., Helbin J., Lang-Młynarska D. Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat. Cz. 9. Badania kobiet województwa małopolskiego. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 9 (4): 542–547.
- Trafalska E., Figwer M., Nowacka E., Grzybowski A. Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat. Cz. 7. Badania kobiet z województwa łódzkiego. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90 (4): 530–535.
- Szczepańska B., Szardy-Grad M., Klawe Jacek J., Kołodziejska K., Zaworska L. Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat. Cz. 3. Badania kobiet z województwa kujawsko-pomorskiego. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90 (4): 506–510.
- Pastucha E., Drozd-Dąbrowska M., Milona M., Walczak A., Olszowski T., Szych Z. Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat. Cz. 1. Badania kobiet z województwa zachodniopomorskiego. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90 (4): 495–500.
- Kowalska M., Kolarzyk E., Kaizer M., Trząski D. Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat z Katowic i Krakowa. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90 (4): 553–555.
- Marcinkowski Jerzy T., Bajek A., Galewska I. Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat. Cz. 2. Badania kobiet z terenu miasta Kalisza i powiatu kaliskiego. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90 (4): 517–522.
- Ćwirlej A., Wilmowska-Pietruszyńska A. Ocena wpływu systematycznej aktywności fizycznej na jakość życia kobiet po menopauzie. *Young Sport Science of Ukraine* 2010; 4: 179–185.
- Bartosińska M., Bartosińska A. Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat. Cz. 2. Badania kobiet z województwa pomorskiego. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90 (4): 501–505.
- Karczewski J., Ustynowicz-Farbiszewska J., Filon J. Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat. Cz. 4. Badania kobiet z województwa podlaskiego. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90 (4): 511–516.
- Henrykowska G., Dziedziczak-Buczyńska M., Śmigielski J., Buczyński A. Wpływ stosowania hormonalnej terapii zastępczej na samoocenę stanu zdrowia fizycznego i psychicznego wśród kobiet łódzkich. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90 (4): 556–560.
- Bielawska-Batorowicz E. Koncepcje menopauzy. Część II - ujęcie ewolucyjne i rozwojowe. *Prze. Menopauz.* 2005; 4: 32–37.
- Żołnierczuk-Kieliszek Dorota U., Kulik Teresa B., Pacian A.B., Stefanowicz A. Społeczno — zdrowotne uwarunkowania decyzji kobiet o stosowaniu hormonalnej terapii zastępczej. *Wiad. Lek.* 2006; 60: 9–10.
- Bidzan M., Smutek J., Bidzan L. Nietrzymanie moczu — ostatnim tabu XXI wieku? *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin — Polonia* 2005; 29: 110–117.
- Kłosiewicz-Latoszek L., Kosińska I., Szostak-Węgierek D., Cichocka A. Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat. Cz. 6. Badania kobiet z województwa mazowieckiego. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90 (4): 523–529.