



# Jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym

Quality of life of perimenopausal women

Grażyna Bączek<sup>1,A-D</sup>, Waldemar Wierzba<sup>2,C-F</sup>, Urszula Tataj-Puzyna<sup>3,A-D</sup>,  
Aleksandra Kamińska<sup>4,A-C</sup>, Barbara Baranowska<sup>5,A-B,D</sup>, Dorota Sys<sup>6,A-D</sup>, Irena Walecka<sup>7,A-F</sup>

<sup>1</sup> Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

<sup>2</sup> Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Filia w Warszawie, Polska

<sup>3</sup> Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

<sup>4</sup> Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie, Polska

<sup>5</sup> Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, Polska

<sup>6</sup> Zakład Zdrowia Reprodukcyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, Polska

<sup>7</sup> Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych,  
D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Bączek G, Wierzba W, Tataj-Puzyna U, Kamińska A, Baranowska B, Sys D, Walecka I. Jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Med Og Nauk Zdr. 2019; 25(4): 258–265. DOI: 10.26444/monz/114666

## ■ Streszczenie

**Wprowadzenie.** Okres około- i pomenopauzalny stanowi jedną trzecią życia przeciętnej kobiety. Wiąże się on ze zmianami w organizmie, przyczyniającymi się do wielu problemów zdrowotnych, psychicznych i społecznych. Celem pracy jest analiza poziomu jakości życia kobiet w wieku okołomenopauzalnym. **Cel pracy.** Celem pracy jest analiza poziomu jakości życia kobiet w wieku okołomenopauzalnym.

**Materiał i metoda.** Badaniem objęto 222 kobiety w wieku od 45 do 58 lat. Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz, skalę Oceny Objawów Menopauzy, kwestionariusz WHOQOL-BREF, skalę samooceny SES Rosenberga oraz skalę depresji Becka. Do oceny zastosowano współczynnik korelacji r-Pearsona dla poziomu istotności 95%.

**Wyniki.** Kobiety o częstszych i nasilonych objawach menopauzalnych charakteryzują się niższą jakością życia, niższym poziomem samooceny oraz wyższą skłonnością do wystąpienia depresji. Wiek korelował dodatnio ze skalą MRS II, stan cywilny oraz sytuacja materialna korelowały dodatnio ze skalą WHOQOL-BREF, natomiast ujemnie ze skalą BDI. Prawidłowe BMI i aktywność fizyczna wpływały na wyższą jakość życia, wyższą samoocenę oraz niższe ryzyko wystąpienia depresji. Kobiety chorujące przewlekłe wykazywały więcej objawów menopauzalnych, niższą jakość życia oraz wyższe ryzyko wystąpienia depresji. Wykonywanie cytologii korelowało ujemnie ze skalą MRS II, natomiast piersi wykazywało korelację ujemną ze skalą MRS II, SES oraz BDI, dodatnią ze skalą WHOQOL-BREF.

**Wnioski.** Kobiety w wieku okołomenopauzalnym są szczególnie narażone na obniżenie jakości życia, w tym obniżenie poziomu samooceny oraz pojawienie się objawów depresyjnych. Styl życia znacząco wpływa na ocenę jakości życia kobiet. Kobiety w wieku okołomenopauzalnym wykazują potrzebę edukacji na temat fizjologicznych zmian w okresie przekwitania, dolegliwości oraz metod radzenia sobie z nimi. Aktywność fizyczna pozytywnie koreluje z jakością życia kobiet po menopauzie.

## ■ Słowa kluczowe

jakość życia, zdrowie kobiety, menopauza

## ■ Abstract

**Objectives.** The peripostmenopausal period accounts for one-third of the life of an average woman. It is associated with changes in the body which contribute to many health, mental and social problems. The aim of the study is to analyze the quality of life of perimenopausal women.

**Materials and method.** The study involved 222 women aged 45–58 years. The author-constructed questionnaire, Menopausal Symptom Assessment Scale, WHOQOL-BREF questionnaire, Sosen Rosenberg Self-Assessment Scale and Beck Depression Scale were used for the study. Pearson's r-correlation coefficient for the 95% significance level was used for the assessment.

**Results.** Women with more frequent and severe menopausal symptoms are characterized by a lower quality of life, lower level of self-esteem and a higher tendency to depression. Age correlated positively with the MRS II scale, marital status and financial status, positively correlated with the WHOQOL-BREF scale, while negatively correlated with the BDI scale. Normal BMI and physical activity resulted in higher quality of life, higher self-esteem and a lower risk of depression. Chronic ill women showed more menopausal symptoms, lower quality of life, and higher risk of depression. Cytology was negatively correlated with the MRS II scale, while the breast examination showed a negative correlation with the MRS II, SES and BDI scales, positive with the WHOQOL-BREF scale.

**Conclusions.** Perimenopausal women are particularly at risk of lowering of the quality of life, including lowering of self-esteem and the appearance of depressive symptoms. Lifestyle significantly affects the assessment of women's quality of life. Perimenopausal women show a need for education about physiological changes during menopause, and the ailments and methods of dealing with them. Physical activity positively correlates with the quality of life of postmenopausal women.

## ■ Key word

quality of life, menopause, women's health

Adres do korespondencji: Waldemar Wierzba, Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Filia w Warszawie, Polska  
E-mail: wwierzba@post.pl

Nadesłano: 2019.09.07; Zaakceptowano do druku: 2019.11.25; publikacja online: 16.12.2019

## WPROWADZENIE

Pojęcie jakości życia jest trudne do zdefiniowania, ponieważ istnieje w wielu naukach i dziedzinach życia, obejmujących m.in. medycynę, psychologię, socjologię, politykę i ekonomię. Miara jakości życia w medycynie służy wskazaniu pozaszpitalnych potrzeb pacjentów oraz pomaga w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Wykazano, iż okres okołomenopauzalny wiąże się dla kobiety z wieloma zaburzeniami somatycznymi i psychologicznymi [1]. Wiele prac dotyczy badań nad wpływem terapii hormonalnej (HT) oraz szeregu innych czynników na menopauzę u kobiet, w efekcie których może dojść do nasilenia objawów menopauzalnych u badanych i które mogą wpływać negatywnie bądź pozytywnie na ocenę jakości życia przez kobiety [1–4]. Wieloaspektowość pojęcia jakości życia wymaga precyzyjnego doboru narzędzi pomiarowych do badań nad jakością życia. Kwestionariuszami najczęściej używanymi w Polsce są: SF-36, AQLQ oraz WHOQOL [3].

Menopauza wiąże się z licznymi zaburzeniami w sferze psychicznej i somatycznej, które mogą utrudniać pełnienie funkcji społecznych, zawodowych i rodzinnych. Jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym może być oceniana za pomocą skali globalnej, niespecyficznego i specyficznego. Skala globalna odnosi się do subiektywnej oceny własnej pozycji w życiu. Skala niespecyficznego pozwala ocenić zależność między stanem zdrowia kobiety a innymi czynnikami wpływającymi na jakość życia. Natomiast w ujęciu specyficznym punktem odniesienia są konkretne fizyczne zmiany związane z menopauzą [4]. Podejście uwzględniające subiektywną perspektywę kobiety koncentruje się na analizie występowania objawów, ich intensywności oraz zmianach w funkcjonowaniu w sferze fizycznej. Należy przy tym zwrócić uwagę, że przy pominięciu innych możliwych czynników część doznań może być błędnie przypisana okoliczności wystąpienia menopauzy. Inną subiektywną koncepcją jest skupienie się na ograniczeniach w różnych sferach codziennego życia, gdzie ich brak oznacza ideał funkcjonowania i zaangażowania. W tym wypadku sam fakt wystąpienia menopauzy nie musi wpływać na zmianę jakości życia. Kolejnym podejściem jest ocena zakresu osiągnięcia zamierzonych celów oraz zaspokajania własnych potrzeb. Analizując tego rodzaju ograniczenia, należy rozważyć, jak dana kultura wpływa na poglądy kobiety związane z menopauzą i starzeniem się. Ostatnie podejście to ocena poczucia szczęścia czy satysfakcji z życia, co odnosi się do skali globalnej. Przedstawione koncepcje mają odzwierciedlenie w narzędziach pomiaru HRQOL. Odwołują się one zarówno do oceny ogólnej, jak i specyficznego [5–7].

Czas wystąpienia menopauzy jest indywidualny dla każdej kobiety, ponieważ jest uwarunkowany genetycznie [8]. Nie udowodniono, że wiek kobiet, u których pojawia się pierwsza miesiączka, rasa czy status ekonomiczno-społeczny są czynnikami, które wpływają na wiek kobiet przechodzących menopauzę. Zważono natomiast, iż palenie papierosów, stan po chemioterapii lub napromienianiu miednicy mniejszej działa niekorzystnie na jajniki i może przyspieszyć jej wystąpienie. Około 1% kobiet przechodzi menopauzę przed 40. r.ż., co jest definiowane jako przedwczesna niewydolność jajników [9]. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2014 roku kobiety w wieku od 45 do 59 lat stanowiły około 20% wszystkich kobiet w Polsce [10]. Wyniki te zwracają uwagę na fakt starzenia się społeczeństwa, wydłużenia średniej długości życia kobiet oraz konieczności poprawy jakości życia tej grupy wiekowej.

Oznaczenie wieku, w jakim są kobiety przechodzące menopauzę, jest bardzo trudne. Badanie jest retrospektywne, a informacje są uzyskiwane od samej kobiety za pomocą kwestionariusza ankiety. Kaczmarek [8] w swoim badaniu określiła wiek polskich kobiet przechodzących menopauzę naturalną na 51,25 lat (mediana). Zazwyczaj waha się on pomiędzy 40. a 58. r.ż. W porównaniu z kobietami z innych krajów Europy, USA i Australii wiek, w którym następuje menopauza naturalna u Polek jest taki sam. Natomiast jeśli zestawimy Polki z kobietami z krajów Afryki i Azji (poza Japonią), wyniki badań wskazują, iż kobiety w Polsce przechodzą menopauzę w starszym wieku [9, 11].

Klimakterium charakteryzuje się stopniowym wygasaniem czynności jajników, a więc wahaniem stężeń hormonów. Wahania te powodują, iż w tym okresie kobiety zgłaszają różne objawy kliniczne. Po menopauzie funkcja hormonalna jajników opiera się przede wszystkim na produkcji testosteronu i androstendionu [9, 12–14].

Główne problemy okresu okołomenopauzalnego wynikają z nadmiaru lub niedoboru estrogenów. Częstość ich występowania zależy od charakteru menopauzy oraz fazy klimakterium, w której znajduje się kobieta. Najpowszechniejsze dolegliwości okresu okołomenopauzalnego to objawy naczynioruchowe, zmiany zanikowe w układzie moczowo-płciowym, osteoporoza, choroby układu krążenia, nowotwory, zaburzenia poznawcze oraz problemy seksualne. Najczęściej zgłaszanymi są objawy naczynioruchowe i zanikowe, które wynikają z hipostrogenizmu. Dolegliwości naczynioruchowe (nocne poty, uderzenia gorąca), psychiczne (obniżenie nastroju) oraz somatyczne (parestezje, zawroty i bóle głowy, bóle stawowo-mięśniowe) są określane jako objawy zespołu klimakterycznego [8, 12, 14, 15].

Znając czynniki sprzyjające wystąpieniu ww. dolegliwości, niezwykle istotne jest wprowadzenie prozdrowotnych mających na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa ich pojawienia się na długo przed wystąpieniem menopauzy [16].

## CEL PRACY

Celem pracy jest analiza poziomu jakości życia kobiet w wieku okołomenopauzalnym. Za cele szczegółowe postawiono sobie sprawdzenie, jakie czynniki wpływają na jakość życia kobiet w tym okresie.

## MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 222 kobiety w wieku od 45 do 58 lat (średnia 50,4, mediana 50,0, odchylenie standardowe 3,71 roku), pochodzące z różnych części Polski, w większości zamieszkałe w województwie lubelskim. Z badania wykluczono kobiety, które stosowały hormonalną terapię zastępczą, preparaty estrogenowe przyjmowane dopochwowo, doustne środki antykoncepcyjne oraz te, u których zatrzymanie miesiączki było efektem operacji chirurgicznej lub leczenia innych chorób [22]. Wśród respondentek 41% zamieszkiwało tereny wiejskie, 35% miasto poniżej 250 tys. mieszkańców, natomiast 24% miasto powyżej 250 tys. mieszkańców. Najlicniejszą grupę stanowiły kobiety z wykształceniem średnim (45%) oraz wyższym (36%). Kobiety posiadające wykształcenie zawodowe stanowiły 15%. Najmniej liczna grupa badanych to te o wykształceniu podstawowym (4%). Badane kobiety były

w przeważającej części aktywne zawodowo. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety deklarujące wykonywanie pracy umysłowej (47%) oraz pracy fizycznej (37%). Emerytek/rentalistek było 6%. Bezrobotnych pozostawało 6% kobiet. Wśród innej aktywności zawodowej (4%) wymieniano zawody takie jak gospodyni domowa położna, nauczyciel, pracownik fizyczno-umysłowy. Analiza stanu cywilnego respondentek wykazała, że zdecydowana większość (73%) była w związku małżeńskim. Rozwiedzionych było 13% badanych, 8% stanowiły wdowy, 4% panny oraz 2% zaznaczyło inny rodzaj stanu cywilnego (narzeczona, separacja, związek partnerski). Wśród badanych kobiet 45% określiło swoją sytuację materialną jako „ani dobrą, ani złą”. Dobrą sytuację materialną zadeklarowało 44% badanych kobiet, bardzo dobrą – 7%, złą – 3%, bardzo złą – 1%. Większość badanych kobiet posiadała dzieci (93%). Wśród nich 50% ankietowanych miało ich dwoje, 22% – jedno, 17% – troje, 7% – czworo, po 1% stanowiły kobiety, które posiadały od pięciorga do ośmiorga dzieci. Spośród kobiet, które nie posiadały potomstwa, 25% było w ciąży. Analiza fizjologii miesiączkowania wykazała, że 50% respondentek miesiączkuje (w tym 75% kobiet twierdziło, że miesiączki są regularne). Kobiety, które przestały miesiączkować w okresie ostatnich 12 miesięcy, stanowiły 25%, w okresie od 1 roku do 3 lat – 24%, w okresie od 3 lat do 5 lat – 27% oraz w okresie powyżej 5 lat – 24% ankietowanych.

Do badania wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Badanie przeprowadzono na terenie dwóch województw: lubelskiego oraz mazowieckiego. Rozdano 300 kwestionariuszy ankiet, zwrotność ankiet wyniosła 74,67%. Łącznie dalszej analizie poddano 222 kwestionariusze ankiet. Kobiety były poinformowane o celu badania, jego anonimowości, zostały zapewnione o wykorzystaniu materiału do celów naukowych, a także poinstruowane o sposobie wypełnienia ankiety.

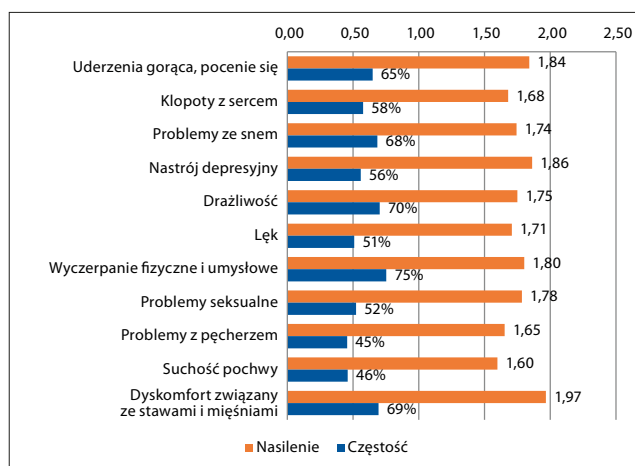
Zestaw narzędzi badawczych składał się z kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, skali Oceny Objawów Menopauzy – Menopause Rating Scale II (MRS II), kwestionariusza WHOQOL-BREF Światowej Organizacji Zdrowia, skali samooceny SES M. Rosenberga w polskiej adaptacji oraz skali depresji Becka [1, 20–23].

W celu wykonania analizy statystycznej wykorzystano program Microsoft Office Excel 2007 oraz StatSoft Inc. Statistica 10. Dokonano analizy danych za pomocą współczynnika korelacji r-Pearsona z zadaniem poziomem istotności  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

Badanie kwestionariuszem MRS II umożliwiło wskazanie objawów, które występują najczęściej, cechują się największym nasileniem, a także określenie grupy objawów, które dominują u badanych kobiet.

Analiza wyników skali MRS II wykazała, iż wyczerpanie fizyczne i umysłowe jest najczęstszym objawem występującym wśród respondentek (75%). Najrzadziej kobiety zgłaszały problemy z pęcherzem (45%). Biorąc pod uwagę nasilenie, największe dotyczy objawu dyskomfortu związanego ze stawami i mięśniami (1,97). Oprócz tego wysokim nasileniem charakteryzowały się także objawy nastroju depresyjnego (1,86) oraz uderzenia gorąca i pocenie się (1,84). Najniższym nasileniem cechowały się problemy z pęcherzem (1,65) oraz z suchością pochwy (1,60). Nasilenie oraz częstość występowania poszczególnych objawów przedstawia ryc. 1.



Rycina 1. Nasilenie oraz częstość (w %) występowania poszczególnych objawów w skali MRS II wśród badanych kobiet (n=222)

Na podstawie otrzymanych danych wyliczono średnią dla uzyskanych punktów w skali MRS II z podziałem na podskale objawów. Najwyższym nasileniem cechowały się objawy somatyczno-vegetatywne (1,81 – nasilenie umiarkowane). Natomiast najniższe nasilenie zaobserwowano w grupie objawów moczowo-płciowych. Omówione wyniki przedstawia tab. 1.

Tabela 1. Średnia punktów w skali MRS II z podziałem na podskale objawów uzyskanych przez badane kobiety

Dolegliwość objawów	Średnia	Odchylenie standardowe
MRS II	1,76	0,10
Objawy psychologiczne	1,78	0,07
Objawy somatyczno-vegetatywne	1,81	0,13
Objawy moczowo-płciowe	1,68	0,10

Zebrane dane pozwoliły na opracowanie wyników surowych pozostałych kwestionariuszy standaryzowanych.

Analiza wyników skali WHOQOL-BREF, służąca ocenie jakości życia, wykazała średnią wartość jakości życia dla całej populacji, wynoszącą 3,36 pkt. Średnio najlepiej oceniony został dobrostan społeczny (3,78 pkt), najgorzej – dobrostan fizyczny (3,14 pkt). Największe zróżnicowanie jeżeli chodzi o odpowiedzi występuje w obrębie oceny dobrostanu społecznego. Najwyżej punktowane odpowiedzi dotyczyły zadowolenia z warunków mieszkaniowych (3,92 pkt), z braku potrzeby leczenia medycznego w codziennym funkcjonowaniu (3,90 pkt), zadowolenia ze swoich osobistych relacji z ludźmi (3,88 pkt) oraz ze wsparcia, jakie dostaje się od swoich przyjaciół (3,86 pkt), a także z braku bólu, który przeszkadzałby w codziennym funkcjonowaniu (3,83 pkt) i oceny sensu życia (3,83 pkt). Najniżej zostały ocenione: zadowolenie z placówek służby zdrowia (2,69 pkt), posiadanie wystarczającej ilości pieniędzy na swoje potrzeby (3,09 pkt) oraz zadowolenie z komunikacji/transportu (3,12 pkt).

Średni wynik uzyskany przez respondentki w skali samooceny SES M. Rosenberga wyniósł 23,43 pkt. Oznacza to, że badane kobiety mieszczą się w średniej wartości ustalonej dla kobiet. Najwięcej spośród nich zgadzało się z twierdzeniem, że są osobami wartościowymi przynajmniej w takim stopniu co inni (94%). Najmniej kobiet utożsamiało się ze stwierdzeniem, że „są do niczego” (28%).



Po analizie wyników skali BDI stwierdzono, iż badana grupa kobiet charakteryzuje się brakiem depresji – większość respondentek plasowała się w zakresach braku objawów depresji lub jej łagodnej postaci. Zidentyfikowano 6 ankietowanych, u których występowała depresja ciężka. Wyniki przedstawiono w tab. 2.

**Tabela 2.** Wyniki surowe oraz ich podstawowe wartości w użytych w badaniu kwestionariuszach standaryzowanych

Kwestionariusz	Min.	Maks.	Średnia	Odchylenie standardowe	
WHOQOL-BREF	Dobrostan fizyczny	1,86	4,00	3,14	0,36
	Dobrostan psychiczny	2,00	4,83	3,40	0,46
	Dobrostan społeczny	1,00	5,00	<b>3,78</b>	0,67
	Dobrostan środowiskowy	1,50	4,88	3,35	0,54
	Zadowolenie z życia	2	5	3,57	0,69
	Zadowolenie ze zdrowia	1	5	3,45	0,80
SES	10	34	23,43	3,16	
BDI	0	32	8,30	7,39	

Skale MRS II, SES oraz BDI zamieszczone w kwestionariuszu ankiety korelowały ze sobą dodatnio. Pozwala to na stwierdzenie, że im wyższy wynik w jednej skali, tym wyższe wyniki w pozostałych dwóch. A więc im częstsze i bardziej nasilone objawy menopauzalne, tym niższa samoocena oraz zwiększone ryzyko wystąpienia depresji. Wyniki kwestionariusza WHOQOL-BREF były ujemnie skorelowane z pozostałymi. Oznacza to, że kobiety gorzej oceniające swoją jakość życia doświadczają częstszych i bardziej nasilonych objawów, mają niższą samoocenę oraz wyższe ryzyko wystąpienia depresji. Najsilniejszą korelację zaobserwowano pomiędzy oceną jakości życia a wynikami w skali BDI, najłagodniejsza zależność dotyczyła nasilenia objawów menopauzalnych z poziomem samooceny. Porównanie wykazało istotne statystycznie różnice, które zestawione zostały w tab. 3.

**Tabela 3.** Współczynniki korelacji r-Pearsona pomiędzy wynikami kwestionariuszy standaryzowanych użytych w badaniu

Porównywane wyniki kwestionariuszy standaryzowanych	Współczynnik korelacji
MRS II WHOQOL-BREF	-0,4071*, $p < 0,001$
MRS II SES	0,36754*, $p < 0,001$
MRS II BDI	0,491062*, $p < 0,001$
WHOQOL-BREF SES	-0,398841*, $p < 0,001$
WHOQOL-BREF BDI	<b>-0,62673*</b> , $p < 0,001$
BDI SES	0,37244*, $p < 0,001$

\*  $p < 0,05$

W pracy podjęto próbę oceny zależności pomiędzy domenami kwestionariusza WHOQOL-BREF a podskalami objawów skali MRS II. Wszystkie wyniki były istotne statystycznie i korelowały ze sobą ujemnie (niższa jakość życia wiązała się z większym nasileniem objawów w danej grupie). Ocena siły korelacji pozwoliła stwierdzić, iż dobrostan fizyczny wykazywał najsilniejszą zależność od objawów uroginekologicznych a dobrostan psychiczny od objawów psychologicznych. Dobrostan społeczny wiązał się najsilniej z objawami uroginekologicznymi, natomiast ocena dobrostanu środowiskowego związana była z objawami

psychologicznymi. Zadowolenie z życia korelowało najsilniej z objawami uroginekologicznymi, a zadowolenie ze zdrowia z objawami somatycznymi. Na ogólną ocenę jakości życia najbardziej wpływają objawy psychologiczne. Wyniki zestawiono w tab. 4.

**Tabela 4.** Współczynniki korelacji r-Pearsona pomiędzy wynikami oceny poszczególnych domen kwestionariusza WHOQOL-BREF a grupami objawów skali MRS II

Grupy objawów MRS Domeny WHOQOL-BREF	Objawy psychologiczne	Objawy somatyczne	Objawy uroginekologiczne
Dobrostan fizyczny	-0,23502* $p < 0,001$	-0,2196* $p < 0,001$	<b>-0,27972*</b> <b><math>p &lt; 0,001</math></b>
Dobrostan psychiczny	<b>-0,37244*</b> <b><math>p &lt; 0,001</math></b>	-0,27683* $p < 0,001$	-0,33394* $p < 0,001$
Dobrostan społeczny	-0,33056* $p < 0,001$	-0,27503* $p < 0,001$	<b>-0,37964*</b> <b><math>p &lt; 0,001</math></b>
Dobrostan środowiskowy	<b>-0,29249*</b> <b><math>p &lt; 0,001</math></b>	-0,22365* $p < 0,001$	-0,22209* $p < 0,001$
Zadowolenie z życia	-0,30007* $p < 0,001$	-0,26533* $p < 0,001$	<b>-0,32455*</b> <b><math>p &lt; 0,001</math></b>
Zadowolenie ze zdrowia	-0,32231* $p < 0,001$	<b>-0,36754*</b> <b><math>p &lt; 0,001</math></b>	-0,27918* $p < 0,001$

\*  $p < 0,05$

Badając związek danych socjodemograficznych z wynikami kwestionariuszy standaryzowanych, wykazano, iż wiek koreluje dodatnio z wynikami w skali MRS II ( $r = 0,218846$ ,  $p < 0,001$ ). Oznacza to, że wraz ze wzrostem wieku respondentek zwiększa się zgłaszalność objawów menopauzalnych oraz ich nasilenie. Biorąc pod uwagę stan cywilny, dowiedziono korelację dodatnią pomiędzy jakością życia ( $r = 0,27821$ ,  $p < 0,001$ ), korelację ujemną ze skalą SES ( $r = -0,3256$ ,  $p < 0,001$ ) oraz korelację ujemną ze skalą BDI ( $r = -0,21979$ ,  $p < 0,001$ ). Analogicznie wskazuje to na fakt, iż kobiety zameżne charakteryzują się wyższą jakością życia, wyższym poziomem samooceny oraz niższą predyspozycją do wystąpienia depresji. Sytuacja materialna koreluje dodatnio z jakością życia ( $r = 0,398841$ ,  $p < 0,001$ ) oraz ujemnie ze skalą BDI ( $r = -0,21979$ ,  $p < 0,001$ ). Oznacza to, że im lepiej oceniana jest sytuacja materialna, tym wyższa jest jakość życia i niższe ryzyko depresji. Miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz aktywność zawodowa nie wykazały korelacji z wynikami ankiet standaryzowanych.

Biorąc pod uwagę macierzyństwo, wykazano ujemną korelację między posiadaniem dzieci a wynikami w skali SES ( $r = -0,23864$ ,  $p < 0,001$ ). Kobiety, które zadeklarowały fakt bycia matką, cechują się wyższą samooceną. Wykazano korelację ujemną pomiędzy występowaniem u kobiety miesiączki a wynikami w skali MRS II ( $r = -0,2419$ ,  $p < 0,001$ ) – kobiety, które miesiączkują, rzadziej odczuwają objawy okołomenopauzalne.

### Zdrowy tryb życia oraz zapadalność na choroby przewlekłe

Dane uzyskane z kwestionariuszy ankiet pozwoliły na wskazanie kobiet prowadzących zdrowy tryb życia (aktywnych fizycznie, niepalących tytoniu, niespożywających alkoholu), posiadających prawidłowy wskaźnik BMI oraz niechorujących przewlekłe. Zgodnie z klasyfikacją WHO w badanej grupie 44% ma prawidłowe BMI. Nadwaga dotyczy 36%, otyłość – 19% ankietowanych. Jeżeli chodzi o aktywność

ruchową, to 74% deklaruje, iż ją prowadzi. Najczęściej podejmowany rodzaj aktywności fizycznej to spacer (50%) oraz jazda na rowerze (43%). Gimnastykę uprawia 16% ankietowanych, 13% – nordic walking, 10% – taniec, 9% – pływanie i 8% – ćwiczenia aerobowe. Jako inną aktywność ruchową (12%) kobiety wskazały: pracę w ogrodzie, pilates, aktywność fizyczną w pracy, bieganie, pracę w gospodarstwie rolnym, siłownię. Z badań wynika, iż 50% ankietowanych kobiet choruje przewlekłe. Najczęściej zgłaszaną chorobą jest nadciśnienie tętnicze (43%). Inne choroby wymieniane przez kobiety to: alergia, schorzenia kostne, nadwaga, migrena, choroba śródmiąższowa płuc, jaskra. Wśród respondentek 26% zadeklarowało, że pali papierosy. Spośród nich 47% pali paczkę dziennie i więcej, 33% paczkę dziennie, 15% mniej niż paczkę tygodniowo, 5% paczkę tygodniowo. Badania wykazały, iż 50% kobiet pije alkohol. Jeżeli chodzi o częstotliwość, to 67% spożywa go rzadziej niż raz w miesiącu, 26% kilka razy w miesiącu, 5% mniej niż 2 razy w tygodniu, natomiast 2% deklaruje picie alkoholu częściej niż 2 razy w tygodniu.

Podjęto próbę oceny zależności między wynikami kwestionariuszy standaryzowanych a czynnikami wskazującymi na zdrowy tryb życia oraz występowaniem chorób przewlekłych. Wykazano, że im niższe BMI, tym wyższa jakość życia, wyższy poziom samooceny oraz niższe ryzyko wystąpienia depresji. Osoby deklarujące aktywność fizyczną charakteryzowały się wyższą jakością życia, wyższym poziomem samooceny oraz obniżonym ryzykiem wystąpienia depresji. Jeżeli chodzi o występowanie chorób przewlekłych, to respondenci wskazujące na fakt ich występowania charakteryzowały się częstszymi i bardziej nasilonymi objawami okołomenopauzalnymi, niższą jakością życia oraz wyższym ryzykiem wystąpienia depresji. Wyniki przedstawia tab. 5.

**Tabela 5.** Współczynniki korelacji r-Pearsona pomiędzy wynikami kwestionariuszy standaryzowanych a czynnikami wpływającymi na styl życia oraz występowaniem chorób przewlekłych

Skala Czynnik	MRS II	WHOQOL-BREF	SES	BDI
BMI	0,097003 p=0,150	<b>-0,28892*</b> p < 0,001	<b>0,36651*</b> p < 0,001	<b>0,280817*</b> p < 0,001
Aktywność fizyczna	-0,08702 p=0,197	<b>0,240292*</b> p < 0,001	<b>-0,25779*</b> p < 0,001	<b>-0,29207*</b> p < 0,001
Choroby przewlekłe	<b>0,34374*</b> p < 0,001	<b>-0,32225*</b> p < 0,001	0,104161 p=0,122	<b>0,325105*</b> p < 0,001
Palenie papierosów	-0,01128 p=0,867	-0,08873 p=0,188	-0,09137 p=0,175	0,112257 p=0,095
Spożywanie alkoholu	-0,05665 p=0,401	-0,00343 p=0,959	0,082908 p=0,219	-0,05863 p=0,385

\*p < 0,05

### Badania profilaktyczne

Z badań wynika, iż 93% respondentek było informowanych o konieczności wykonywania badań profilaktycznych, takich jak badanie piersi i cytologia. Najczęściej informację tą przekazywał lekarz (57%), najrzadziej położna (8%). Oprócz tego kobiety wymieniały: Internet, prasę, pisemne zaproszenia na badania, ulotki, media, reklamy telewizyjne, plakaty oraz informację telefoniczną. Spośród badanych kobiet 93% przyznaje, iż wykonuje badania cytologiczne. Jeżeli chodzi o częstotliwość, to 34% deklaruje, że wykonuje badanie co 2 lata, 29% co 3 lata, 20% rzadziej niż co 3 lata. Najmniej ankietowanych wykonuje cytologię co rok (17%). Z uzyskanych

danych wynika, że 58% kobiet wykonuje samobadanie piersi. Spośród nich 31% wykonuje to badanie regularnie co miesiąc, pozostałe kobiety odpowiedziały, iż wykonują je rzadziej niż raz w miesiącu. Badanie mammograficzne wykonuje 55% respondentek.

Wykazano zależność pomiędzy wykonywaniem cytologii a obniżeniem nasilenia oraz częstości występowania objawów klimakterycznych. Kobiety badane deklarujące wykonywanie samobadania piersi charakteryzowały się także niższymi wynikami w skali MRS II, wyższą jakością życia, wyższym poziomem samooceny oraz niższym ryzykiem występowania depresji. Wyniki przedstawia tab. 6.

**Tabela 6.** Współczynniki korelacji r-Pearsona pomiędzy wynikami kwestionariuszy standaryzowanych a wykonywaniem badań profilaktycznych

Skala Czynnik	MRS	WHOQOL-BREF	SES	BDI
Wykonywanie cytologii	<b>-0,4071*</b> p < 0,001	0,048696 p=0,470	0,099047 p=0,141	-0,05961 p=0,377
Wykonywanie samobadania piersi	<b>-0,31964*</b> p < 0,001	<b>0,334662*</b> p < 0,001	<b>-0,21199*</b> p < 0,001	<b>-0,26111*</b> p < 0,001
Wykonywanie mammografii	0,034842 p=0,606	-0,00693 p=0,918	0,045468 p=0,500	-0,02895 p=0,668

\*p < 0,05

### Poglądy dotyczące menopauzy

U 44% badanych kobiet przeważają skojarzenia pozytywne odnośnie do menopauzy, u 34% – negatywne, natomiast u 22% – neutralne. Spośród pozytywnych stwierdzeń kobiety najczęściej zgadzały się, że okres okołomenopauzalny wiąże się z ulgą z powodu ustąpienia menstruacji (61%), brakiem stosowania antykoncepcji (52%) oraz stanowi nowy okres w życiu (50%). Najmniej ankietowanych zgadzało się z tym, że menopauza to więcej czasu dla partnera. Z kolei skojarzenia negatywne, z którymi zgadzały się respondenci to: oznaka przemijającego czasu (68%), starzenie się (63%) i większe narażenie na choroby (58%). Najmniej kobiet zgodziło się z tym, że menopauza wiąże się z odrzuceniem (9%). Korelacja liniowa r-Pearsona wykazała, iż kobiety mające pozytywne skojarzenia z menopauzą uzyskały niższe wyniki w skali MRS II ( $r = -0,28432$ ,  $p < 0,001$ ), charakteryzowały się wyższą jakością życia ( $r = 0,262687$ ,  $p < 0,001$ ), wyższym poziomem samooceny ( $r = -0,3102$ ,  $p < 0,001$ ) oraz niższym ryzykiem wystąpienia depresji ( $r = -0,27669$ ,  $p < 0,001$ ).

### Wiedza na temat menopauzy

Większość kobiet była informowana o zmianach zachodzących w okresie okołomenopauzalnym i o związanych z nimi dolegliwościach (56%). Najczęściej osobą informującą był lekarz (52%). Oprócz zawartych w ankiecie możliwości odpowiedzi kobiety wymieniały telewizję oraz rodzinę. Respondenci zasięgały porady odnośnie do radzenia sobie z objawami w okresie przekwitania głównie z prasy i książek (41%), następnie z Internetu (38%) oraz od znajomych (37%). Kobiety, które nie zasięgały takiej porady, stanowiły 13% ogółu badanych. Najrzadziej porady tego typu uzyskiwały od pielęgniarki i położnej (po 5%). Wśród innych źródeł badane podawały telewizję.

Z badań wynika, iż 32% kobiet stosuje nefarmakologiczne metody radzenia sobie z objawami przekwitania. Najczęstszą formą jest aktywność fizyczna – 42%, następną zioła zawierające naturalne estrogeny (takie jak pluskwawica

groniasta, dziurawiec, lukrecja, żeńszęń, czerwona porzeczka, jemiola) – 39% oraz dieta bogata w rośliny zawierające naturalne estrogeny (jak soja, ciecierzycy, tofu i inne rośliny strączkowe) – 34%. Inne stosowane sposoby to muzykoterapia i częste kąpiele.

Analizując związek stosowania tego rodzaju metod z wynikami kwestionariuszy standaryzowanych, wykazano, iż koreluje ono ujemnie z wynikami w skali MRS II ( $r = -0,268871$ ,  $p < 0,001$ ). Oznacza to, iż metody te są skuteczne w zwalczaniu dolegliwości okresu okołomenopauzalnego.

Respondentki przyjmujące kiedykolwiek suplementy diety dla kobiet w okresie klimakterium (np. Climea, Activ-Meno, Mabelle, Femal Activ Menopauza) stanowiły 22%. Jeżeli chodzi o terapię hormonalną, to 9% kobiet kiedyś ją przyjmowało, 27% kobiet stosowało w przeszłości doustne środki antykoncepcyjne, zaś 2% – preparaty estrogenowe stosowane dopochwowo.

## DYSKUSJA

Okres około- i postmenopauzalny stanowi jedną trzecią życia przeciętnej kobiety. Wiąże się on z wieloma zmianami w organizmie, przyczyniającymi się do wielu problemów zdrowotnych i psychologicznych. W dzisiejszych czasach od kobiet 50-letnich wymaga się pełnej aktywności fizycznej, intelektualnej oraz społecznej. Stąd ważne jest, aby jak najdłużej zachowywały one zdrowie oraz cieszyły się dobrym funkcjonowaniem. Istnieje wiele publikacji badających jakość życia kobiet w wieku okołomenopauzalnym. Narzędzia pomiarowe dedykowane menopauzie skupiają się głównie na objawach klimakterium i zakładają, że im więcej objawów, tym niższa jakość życia. Oprócz uwzględnienia objawów, badacze coraz częściej skupiają się na zmiennych bio-psycho-społecznych, analizując ich związek z oceną jakości życia. Menopauza wiąże się dodatkowo z objawami depresyjnymi i zmianami w samoocenie. Dlatego w pracy badawczej oprócz analizy jakości życia badanych kobiet badano także zależności pomiędzy samooceną i występowaniem cech depresji [4].

W pracy własnej wykazano, iż najbardziej uciążliwym objawem klimakterycznym wśród badanych kobiet jest wyczerpanie fizyczne i umysłowe (z grupy objawów psychologicznych), zaś największe nasilenie dotyczy objawu dyskomfortu związanego ze stawami i mięśniami. Badanie Kryś-Noszczyk i wsp. [18] także wykazało, iż największym nasileniem cechuje się objaw dyskomfortu związanego ze stawami i mięśniami. W badaniu tym wykazano, że najczęstszym objawem jest nastrój depresyjny, problemy ze snem, drażliwość, a także wyczerpanie i lęk. Najwyższym poziomem nasilenia cechowały się objawy psychologiczne – 1,52 (w badaniu własnym objawy somatyczno-wegetatywne – 1,81, objawy psychologiczne – 1,79). Grupę badanych kobiet charakteryzowało zatem większe nasilenie objawów klimakterycznych niż w przedstawionym badaniu.

Janicka [1], a także inni badacze dowiedli, iż kobiety w okresie postmenopauzy niżej oceniają swoją jakość życia, co również zgadza się z wynikami w pracy własnej. Kobiety po menopauzie są narażone na niekorzystne zmiany w sferze psychicznej, czego dowiedli Bojar, Witczak, Stępiak i wsp. [24]. Z badań własnych wynika, iż na ogólną ocenę jakości życia najbardziej wpływają objawy psychologiczne.

Badania Skrzypulec, Naworskiej i Droszól [25] potwierdzają, iż objawy klimakteryczne nasilają się wraz z wiekiem

oraz złą sytuacją materialną. Aktualna sytuacja życiowa kobiety wpływa na jej jakość życia [4]. W badaniu własnym stwierdzono wyższą jakość życia oraz niższe ryzyko depresji u kobiet zamężnych. Literatura potwierdza tę zależność. Badania Astbury [26], Chiu i in. [27], dowodzą, iż kobiety w związku małżeńskim zgłaszają mniejsze natężenia objawów (cechują się zatem wyższą jakością życia). W pracy własnej nie wykazano zależności pomiędzy jakością życia a aktywnością zawodową, choć wielu badaczy wykazało taką zależność [18, 28, 29]. Badania przeprowadzone przez Szkup-Jabłońską i wsp. [29], a także Bartosińską [30] dowodzą, iż kobiety lepiej wykształcone określają swoją jakość życia wyżej. W badaniach własnych nie dowiedziono tej zależności. Jeżeli chodzi o miejsce zamieszkania, to badania Żołnierczuk-Kieliszek i wsp. [31] przeprowadzone na reprezentatywnej grupie 2143 kobiet potwierdzają, iż kobiety z wyższym wykształceniem, mieszkające w miastach, lepiej oceniające swoją sytuację materialną cechują się wyższą jakością życia. W badaniach własnych potwierdzono, iż sytuacja materialna istotnie wpływa na ocenę jakości życia oraz na wystąpienie objawów depresyjnych. Barnaś i wsp. [32] w swoim badaniu prospektywnym, wykorzystując narzędzie badawcze, jakim jest kwestionariusz WHOQOL-BREF oraz skalę BDI, wykazali, iż jakość życia badanych zależy od statusu zawodowego, natomiast stopień nasilenia depresji od statusu materialnego. W pracy własnej wykazano także wpływ posiadania dzieci na wyższą samoocenę.

Objawy menopauzalne mogą być związane ze stylem życia, zwłaszcza z aktywnością fizyczną, sposobem odżywiania oraz paleniem tytoniu [26]. Literatura potwierdza związek pomiędzy BMI, aktywnością fizyczną a występowaniem objawów klimakterycznych [32–34]. Daley i wsp. [34] wskazują na pozytywny wpływ prawidłowego BMI na samoocenę oraz zmniejszenie częstości objawów menopauzalnych. W grupie 1180 kobiet u tych, które deklarowały podejmowanie aktywności fizycznej, zaobserwowano zmniejszenie występowania objawów menopauzalnych. Badanie własne także wykazało, że kobiety aktywne fizycznie oraz mające prawidłowe BMI wyżej oceniają swoją jakość życia oraz mają mniejszą skłonność do depresji. Jeżeli chodzi o palenie tytoniu oraz spożywanie alkoholu, to badanie własne nie wykazało wpływu tego rodzaju zachowań na jakość życia. Mimo to badania wykazują pozytywny wpływ zachowań prozdrowotnych na stopień odczuwania objawów klimakterycznych oraz na ocenę jakości życia [26]. Ambroziak wraz z Bielawską-Batorowicz [35], realizując program psychoedukacyjny dla kobiet w wieku 48–54 lata, zaobserwowały, że zmienił on istotnie natężenie objawów oraz postawy wobec menopauzy.

Duży wpływ na ocenę jakości życia ma także występowanie chorób przewlekłych. Kobiety ze względu na zmiany hormonalne są bardziej na nie narażone [36–38]. Badania własne wykazały, iż respondentki chorujące przewlekłe mają bardziej nasilone objawy menopauzalne, niżej oceniają swoją jakość życia, a także cechuje je wyższe ryzyko wystąpienia depresji.

Zachowania prozdrowotne, jakimi są regularne wykonywanie badań profilaktycznych, a także edukacja dotycząca zmian oraz objawów występujących w okresie okołomenopauzalnym, jak również ich interpretacja i kontrola istotnie wpływają na poprawę jakości życia kobiet w okresie klimakterium [4, 35]. Z badań własnych wynika, że kobiety wykonujące cytologię oraz samobadanie piersi miały słabsze objawy menopauzalne. Oprócz tego fakt wykonywania



samobadania piersi wiązał się z wyższą jakością życia oraz niższym ryzykiem wystąpienia depresji. W badaniach Paździor [39] ponad połowa kobiet stara się stosować profilaktykę, jaką jest samobadanie piersi, kontrolna mammografia oraz badanie cytologiczne. Z punktu widzenia edukacji okres okołomenopauzalny w zasadzie nie jest dostrzegany. Kobiętom w tym okresie proponuje się leczenie farmakologiczne, często zapominając o przygotowaniu ich na zmiany zachodzące w okresie klimakterium poprzez stosowanie działań profilaktycznych. Planując edukację kobiet, należy wziąć pod uwagę fakt, iż poziom zachowań zdrowotnych jest związany z indywidualnymi uwarunkowaniami. Kobieta, która widzi sens w swoim życiu, przeciwdziała objawom menopauzy, oprócz tego żywi silne przekonanie, iż pokona przeciwność losu [40]. A zatem poprzez realizację odpowiednio przygotowanego programu prozdrowotnego, skupiającego się także na psychicznym funkcjonowaniu kobiet w wieku okołomenopauzalnym, możemy uzyskać poprawę ich jakości życia.

Z badań własnych wynika, iż 56% kobiet było informowanych o zmianach zachodzących w okresie okołomenopauzalnym oraz o dolegliwościach z nimi związanych, w tym 52% przez lekarza, a tylko 10% przez położną, która ma najwyższe kompetencje do przeprowadzenia takiego rodzaju edukacji. Być może wynika to z faktu, iż kobieta nie wie, że może zasięgnąć takiej porady właśnie u położnej, która często kojarzona jest jedynie z pracą na sali porodowej, i nie jest świadoma, w jak istotny sposób zmiany hormonalne wpływają na jej organizm. Literatura dowodzi, że u kobiet akceptujących swoje ciało, a więc i zmiany, jakie w nim zachodzą, w czasie menopauzy objawy klimakteryczne występują ze słabszym nasileniem, a zatem wyżej oceniają one swoją jakość życia [41]. W pracy własnej badano, z jakich źródeł kobiety uzyskują wiedzę, jak radzić sobie z objawami przekwitania. Badania Walczak i Wiśniewskiej [42] dowodzą, iż objęcie kobiet regularną opieką ginekologiczną zmniejsza występowanie objawów menopauzalnych, poprawia jakość oraz satysfakcję z życia. Wydaje się, że najodpowiedniejszą osobą do jej świadczenia także powinna być położna we współpracy z lekarzem i psychologiem. W badaniu własnym kobiety najczęściej zgłaszały, iż zasięgają porad z prasy, książek, Internetu oraz znajomych. Lekarz rzadziej udzielał tego rodzaju informacji, natomiast najmniej respondentek wskazało położną. Tylko 13% ankietowanych nie zasięgało tego rodzaju porad, co może świadczyć o częstotliwości występowania objawów menopauzalnych. Wynika stąd, iż kobiety w większości same poszukują informacji na temat metod radzenia sobie z uciążliwymi objawami okresu klimakterium. Wskazuje na to także duży odsetek ankietowanych stosujących zioła zawierające naturalne estrogeny, w tym suplementy diety dla kobiet w okresie przekwitania. Niestety tego rodzaju źródła nie są sprawdzone i metody nieskonsultowane mogą wywołać wiele skutków niepożądanych.

Badania własne wykazały, że kobiety deklarujące stosowanie niefarmakologicznych metod radzenia sobie z objawami przekwitania rzadziej zgłaszają objawy menopauzalne, a więc można stwierdzić, iż są one skuteczne. Nie wykazano bezpośredniego związku pomiędzy jakością życia. Natomiast wiedząc, że im więcej i bardziej nasilone dolegliwości okresu klimakterium kobiety, tym niższa jej jakość życia, można wysnuć wnioski, że dolegliwości te nie są w jego ocenie bez znaczenia.

Bielawska-Batorowicz podkreśla, że na jakość życia kobiety wpływa również indywidualna koncepcja menopauzy.

Składa się ona z wcześniej wspomnianej wiedzy o fizjologii menopauzy, poglądów dotyczących skutków zmian fizjologicznych mających wpływ na biologiczne i społeczne funkcjonowanie kobiety oraz z kulturowo uwarunkowanych poglądów na temat prokreacji, seksualności oraz starzenia się [4]. W pracy własnej podjęto próbę zbadania zależności pomiędzy poglądami dotyczącymi menopauzy a jakością życia. Kobiety z negatywnym nastawieniem do menopauzy częściej doświadczały objawów klimakterycznych, w tym depresyjnych, oraz niżej oceniały swoją jakość życia. Wyniki własne potwierdza literatura [26, 43].

Jak widać, na jakość życia kobiet w wieku okołomenopauzalnym wpływa wiele czynników. Jedne z nich można modyfikować, inne pozwalają na wytypowanie kobiet, którym okres okołomenopauzalny może przynieść wiele problemów zdrowotnych, w tym psychicznych. Znając czynniki sprzyjające wystąpieniu dolegliwości okresu menopauzy, można odpowiednio wcześniej podjąć działania profilaktyczne. Niestety niewiele kobiet jest objętych opieką kompetentnych doradców. Zadania specjalistów, czyli lekarzy i położnych, powinny skupiać się nie tylko na działaniach diagnostyczno-terapeutycznych, ale także na edukacji oraz aspekcie psychologicznym zaburzeń klimakterycznych [25].

## WNIOSKI

Kobiety w wieku okołomenopauzalnym powinny być objęte szczególną opieką przedstawicieli zawodów medycznych, a także psychologów, gdyż są one szczególnie narażone na obniżenie jakości życia, w tym obniżenie poziomu samooceny oraz pojawienie się objawów depresyjnych.

Dzięki wiedzy na temat wpływu zmiennych socjodemograficznych na jakość życia kobiet w okresie klimakterium możemy określić grupę kobiet szczególnie narażonych na niekorzystne zmiany związane z menopauzą oraz zastosować względem nich działania profilaktyczne. Należy zachęcać kobiety do prowadzenia zdrowego stylu życia oraz wykonywania badań profilaktycznych, gdyż wpływa to pozytywnie nie tylko na ich zdrowie, ale również na jakość życia.

Kobiety w wieku okołomenopauzalnym wykazują potrzebę edukacji na temat fizjologicznych zmian zachodzących w okresie przekwitania, dolegliwościach oraz metodach radzenia sobie z nimi. Ważne jest, aby informacje te były zgodne z najnowszą wiedzą medyczną, a zatem przekazywane przez osobę odpowiednio do tego przygotowaną.

Objęcie kobiet wszechstronną opieką przełoży się na wyższą jakość ich życia. Należy pamiętać, iż okres okołomenopauzalny nie wiąże się jedynie z objawami wypadowymi – należy odnieść się do całości sytuacji życiowej kobiety. Dużą rolę w funkcjonowaniu kobiety w okresie przekwitania odgrywa jej indywidualna koncepcja menopauzy. Dla jej kreowania ma znaczenie zarówno wzbogacanie wiedzy o menopauzie, jak i pozytywna postawa wobec okresu okołomenopauzalnego i towarzyszących mu zmian.

## PIŚMIENNICTWO

1. Janicka K. Jakość życia kobiet w okresie średniej i późnej dorosłości. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*, 2014; 18: 67–84.
2. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 2011; 46(1): 25–31.

3. Kłak A, Mińko M, Siwczynska D. Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(4): 632–638.
4. Bielawska-Batorowicz E. Jakość życia po menopauzie – perspektywa psychologiczna. W: T. Paszkowski (red.). *Postępy w medycynie menopauzy*. IZT Sp. z o.o. Lublin; 2009, p. 21–29.
5. Bielawska-Batorowicz E. *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Śląsk sp. z o.o. Wyd. Naukowe: Katowice; 2006, p. 156–162.
6. Schneider HPG, MacLennan AH, Fenny D. Assessment of health-related quality of life in menopause aging. *Climacteric* 2008; 11: 93–107.
7. Hunter M, Rendall M. Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Practice & Res Clin Obstet Gynecol* 2007; 21: 261–274.
8. Kaczmarek M. Określenie wieku menopauzy naturalnej w populacji polskich kobiet. *Prz Menopauz* 2007; 2: 77–82.
9. Shifren JL, Schiff I. *Menopauza*. W: Berek J.S., E. Novak (red.). *Ginekologia*. Wyd. Medipage: Warszawa; 2008, p. 1441–1458.
10. Główny Urząd Statystyczny: Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2014 R. Stan w dniu 31 XII. Warszawa 2015, p. 148–152.
11. Rumianowski B, Brodowska A, Karakiewicz B. i wsp. Czynniki środowiskowe wpływające na wiek wystąpienia naturalnej menopauzy u kobiet. *Prz Menopauz* 2012; 5: 412–416.
12. Drews K, Seremak-Mrozikiewicz A, Pieńkowski W. *Menopauza*. W: Słomko Z. (red.). *Ginekologia Geriatryczna*. Wyd. Lek. PZW: Warszawa; 2008, p. 431–449.
13. Postępowanie w przypadku objawów menopauzalnych. Wytyczne postępowania klinicznego American College of Obstetricians and Gynecologists nr 141, 2014. *Ginekol Położ* 2014; 6(94): 9–26.
14. Stachoń AJ. Ocena odczuwania wybranych objawów w zależności od fazy klimakterium i charakteru menopauzy. *Prz Menopauz* 2013; 4: 315–320.
15. Pertyński T, Stachowiak G. *Menopauza – fakty i kontrowersje*. *Endokrynol Pol* 2006; 5(57): 525–534.
16. Bączek G, Dmoch-Gajzlerska E. Przygotowanie kobiety/rodziny do zmian związanych z okresem klimakterium. *Annales Versitatis Mariae Curie-Skłodowska: Lublin*; 2005, 18: 75–79.
17. Tomczak AA, Juchnowicz D, Chrzanowski W. Zastosowanie skali MRS II do oceny częstości występowania objawów wypadowych w populacji kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska: Lublin* 2005, t. 15, suppl 16, p. 570.
18. Kryś-Noszczyk K, Podstawka D, Kowalska M. i wsp. Nasilenie objawów menopauzy u kobiet w Polsce i na świecie. *Pielęgniarstwo Polskie* 2014; 2(52): 123–129.
19. Potthoff P, Heinemann LAJ, Schneider HPG, Rosemeier HP, Hauser GA. Menopause-Rating-Skala (MRS II): Methodische Standardisierung in der deutschen Bevölkerung. In: JA Barth. *Zentralbl Gynakol* 2000; 122(5): 280–286.
20. Jaracz K, Wołowicka L, Kalfoss M. Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL-100. W: L. Wołowicka (red.). *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Dział Wydawnictw Uczelni Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2001, p. 291–302.
21. Czarnecka-Iwańczuk M, Stanisławska-Kubiak M, Mojs E i wsp. Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. *Prz Menopauz* 2012; 6: p. 468–473.
22. Dzwonkowska I, Lachowicz-Tabaczek K, Łaguna M. SES – Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. *Pracownia Testów Psychologicznych*, Warszawa 2008.
23. Gotlib IH, Hammen CL. *Psychological aspects of depression. Toward cognitive – interpersonal integration*. Wiley & Sons, Chichester 1992.
24. Bojar I, Witczak M, Stępnia A (i wsp.). Funkcje poznawcze mierzone baterią testów CNS VS a subiektywna ocena zaburzeń pamięci, koncentracji i obniżenia jakości życia kobiet po menopauzie. *Prz Menopauz* 2013; 5: 371–377.
25. Skrzypulec V, Naworska B, Drosdzol A. Analiza wpływu objawów klimakterycznych na funkcjonowanie i jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Prz Menopauz*. 2007; 2: 96–101.
26. Astbury J. *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*. Geneva 2009.
27. Chiu Y-W, Moore RW, Hsu CE et al. Factors influencing women's quality of life in the latter half of life. *Climacteric*, 2008; 11: 201–211.
28. Nowakowska I, Rasińska R, Głowacka DM. Analiza związku objawów okołomenopauzalnych z funkcjonowaniem zawodowym i poczuciem satysfakcji z życia – subiektywne postrzeganie zależności przez kobiety w wieku 40+. *Medycyna Pracy* 2015; 66(3): 351–358.
29. Szkup-Jabłońska M, Tutaj E, Jurczak A i wsp. Wpływ warunków socjodemograficznych na jakość życia kobiet w okresie pomenopauzalnym. *Perinatol Neonatol Ginekol*. 2012; 5(1): 34–38.
30. Bartosińska M, Bartosińska A. Ogólnopolskie badania jakości życia ze zdrowiem psychicznym i fizycznym kobiet w wieku 45–60 lat. Cz. 2. Badania kobiet z województwa pomorskiego. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90(4): 501–505.
31. Żołąnierczuk-Kieliszek D, Kulik T B, Janiszewska M i wsp. Influence of sociodemographic factors on quality of life in women living in Lublin Province in Poland. *Prz Menopauz*. 2014; 13(1): 13–17.
32. Barnaś E, Krupińska A, Kraśnianin E i wsp. Funkcjonowanie psychospołeczne i zawodowe kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Prz Menopauz*, 2012; 4: 296–304.
33. Dąbrowska J, Naworska B, Galas-Dąbrowska M i wsp. Rola wysiłku fizycznego w okresie menopauzy. *Prz Menopauz*. 2012; 6: 445–448.
34. Daley A, MacArthur C, Stokes-Lampard H, et al. Exercise participation, body mass index, and health-related quality of life in women of menopausal age. *Br J Gen Pract*. 2007; 57: 130–5.
35. Ambroziak E, Bielawska-Batorowicz E. 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. *Prz Menopauz*. 2011; 10: 58–62.
36. Godziejewska-Zawada M. Otyłość i cukrzyca u kobiet w okresie menopauzy – zapobieganie i leczenie. *Prz Menopauz*. 2013; 1: 5–9.
37. Matthews KA, Crawford SL, Chae CU et al. Are changes in cardiovascular disease risk factors in midlife women due to chronological aging or to the menopausal transition? *J Am Coll Cardiol*. 2009; 54: 2366–2373.
38. Posadzy-Mańczyńska A. Menopauza jako czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego – implikacje terapeutyczne nadciśnienia tętniczego. *Prz Menopauz*. 2011; 1: 40–44.
39. Paździor A, Stachowska M, Zielińska A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi. *Nowiny Lek*. 2011; 80: 419–422.
40. Kurowska K, Kierzenkowska E. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne wśród kobiet w okresie menopauzalnym. *Curr Gynecol Onkol*. 2014; 12(3): 206–215.
41. Sakson-Obada O, Wycisk J. The body self and the frequency, intensity and acceptance of menopausal symptoms. *Prz Menopauz*. 2015; 14(2): 82–89.
42. Walczak A, Wiśniewska B. Psychospołeczne aspekty funkcjonowania kobiet w okresie postmenopauzalnym – badania wstępne. *Prz Menopauz*. 2012; 6: 474–477.
43. 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. *Prz Menopauz*. 2006; 2: 68–74.