

WYSTĘPOWANIE DEPRESJI I LĘKU U KOBIET W OKRESIE MENOPAUY

THE PREVALENCE OF DEPRESSION AND ANXIETY IN WOMEN DURING MENOPAUSAL TRANSITION

Dorota Koligat¹, Anna Paczkowska¹, Michał Michalak², Anna Kaźmierczak³, Marzena Skurzyńska³, Katarzyna Anusiak³, Natalia Dyśko³, Ewa Lipczyńska³, Natasza Czaja³, Tomasz Zaprutko¹, Krzysztof Kus, Elżbieta Nowakowska¹

¹ Katedra i Zakład Farmakoeconomiki i Farmacji Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Katedra i Zakład Informatyki i Statystyki, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Studenckie Koło Naukowe Farmakoeconomiki i Farmacji Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Okres menopauzy wiąże się ze zmianami hormonalnym w organizmie kobiety, odpowiedzialnymi za wystąpienie wielu schorzeń i dolegliwości. Do objawów wypadowych, określanych też mianem zespołu klimakterycznego, zalicza się uderzenia gorąca, zlewne poty, kołatanie serca, bóle i zawroty głowy, bezsenność, zmienność nastrojów, trudności w koncentracji i zapamiętywaniu, przygnębienie, a nawet depresję. Organizm kobiety w okresie menopauzy przechodzi liczne zmiany, także w sferze psychicznej.

Cel. Celem badania była analiza występowania objawów klimakterium, lęku, oraz depresji w zależności od okresu menopauzy, a także weryfikacja najczęstszych sposobów radzenia sobie z powyższymi objawami wśród kobiet w okresie menopauzy.

Materiał i metody. Do przekrojowego badania populacyjnego włączono losowo wybrane kobiety (N= 300) w wieku menopauzalnym (40–65 lat) z terenu całej Polski. Grupę badaną podzielono na trzy podgrupy (przed-, około- i po menopauzie). Do oceny stopnia nasilenia objawów klimakterium wykorzystano indeks Kuppermana (IK). Ocenę stopnia nasilenia zaburzeń depresyjno-lękowych przeprowadzono przy użyciu skali HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Badanie odbywało się z udziałem członków studenckiego koła naukowego. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę regionalnej Komisji Bioetycznej.

Wyniki. Najsilniejsze objawy klimakterium obserwowano u kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Zdecydowana większość analizowanych kobiet nie posiadała objawów wskazujących na występowanie silnej depresji i lęku, jednak obserwowano sporadyczne przypadki, u których objawy te występowały na średnim i lekkim poziomie. Największy odsetek kobiet, u których stwierdzono łagodne objawy lęku oraz depresji obserwowano u kobiet w okresie pomenopauzalnym.

Wnioski. Okres około- i pomenopauzalny to okresy w których istnieje największe ryzyko wystąpienia depresji i lęku wśród kobiet. W związku z tym bardzo istotne jest, by kobiety będące w tym okresie otrzymywały wsparcie od rodziny, a także były pod stałą opieką psychologa.

Słowa kluczowe: menopauza, depresja, lęk, badania ankietowe.

ABSTRACT

Introduction. Menopause is associated with hormonal changes in a woman's body, responsible for the occurrence of many diseases. For menopausal symptoms, sometimes referred to as climacteric, include hot flashes, sweating, palpitations, headaches, dizziness, insomnia, mood swings, difficulty in concentration and memory, depression, and even depression. The body of menopausal women undergoing many changes, also in the mental sphere.

Aim. The aim of this study was to analyze the prevalence of symptoms of the menopause, anxiety, and depression, depending on the period of menopause, as well as verification of the most common ways of coping with these symptoms among women during menopause.

Material and methods. Cross-sectional population-based study have included randomly selected women (n = 300) in menopausal age (40–65 years old) from across the Poland. The study group was divided into three subgroups (pre-, peri- or post-menopausal). To evaluate the severity of menopausal symptoms used Kupperman index (CI). The assessment of the severity of depressive-anxiety disorders was carried out using HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). The study was carried out with the participation of members of the student scientific circle. The study was approved by the regional Bioethics Committee.

Results. The strongest menopausal symptoms were observed in perimenopausal women. The vast majority of women did not have any symptoms indicating the existence of a strong depression and anxiety, but have been observed sporadic cases, in which these symptoms occurred on medium and light level. The highest percentage of women who have had mild symptoms of anxiety and depression were observed in postmenopausal period.

Conclusions. Peri- and postmenopausal period is a time when there is the greatest risk of depression and anxiety among women. Therefore it is very important, to women who are in this period received specific support from their families, and were under the care of a psychologist.

Keywords: menopause, depression, anxiety, surveys.

Wstęp

Okres menopauzy wiąże się ze zmianami hormonalnymi w organizmie kobiety, odpowiedzialnymi za wystąpienie wielu schorzeń i dolegliwości. Obniżenie wydolności hormonalnej jajników w okresie okołomenopauzalnym powoduje, poza zaburzeniami miesiączkowania, wiele innych (wczesnych i późnych) objawów klinicznych. Za wczesne uważa się tak zwane objawy wypadowe, występujące

tuż przed menopauzą u około 40% kobiet i aż u 85% po menopauzie. U 1/3 z nich objawy te mają bardzo ciężki charakter. To właśnie te dolegliwości skłaniają kobiety do szukania pomocy lekarskiej [1]. Do objawów wypadowych, określanych też mianem zespołu klimakterycznego, zalicza się uderzenia gorąca, zlewne poty, kołatanie serca, bóle i zawroty głowy, bezsenność, zmienność nastrojów, trudności w koncentracji i zapamiętywaniu, przygnębienie-

nie, a nawet depresję [2]. Większość tych objawów ma podłoże neurovegetatywne i jest skutkiem niedoboru estrogenów w ośrodkowym układzie nerwowym, głównie w podwzgórzcu i układzie limbicznym i może powodować objawy depresyjne [3, 4].

W Polsce, podobnie jak w innych krajach rozwiniętych, menopauza występuje około 50. roku życia [5]. Dane demograficzne wskazują, że obecnie każdego roku ok. 25 mln kobiet na świecie przechodzi menopauzę [6], a zgodnie z prognozami w 2030 r. kobiety w wieku 50 i więcej lat stanowić będą 22,85% populacji krajów uprzemysłowionych oraz 20,41% krajów Europy Środkowej i Wschodniej. W samej Polsce problemy zdrowotne, psychologiczne, społeczne i ekonomiczne związane z menopauzą dotyczą około 5 mln kobiet po 50. roku życia [7].

Celem badania była analiza występowania objawów klimakterium, lęku, a także depresji w zależności od okresu menopauzy, a także weryfikacja najczęstszych sposobów radzenia sobie z powyższymi objawami wśród kobiet.

Materiał i metody

Do przekrojowego badania populacyjnego włączono losowo wybrane kobiety (N = 300) w wieku menopauzalnym (40–65 lat) z terenu całej Polski. Grupę badaną podzielono na trzy podgrupy (przed-, około- i po menopauzie), zgodnie z podziałem okresu menopauzalnego określonego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) [8].

Narzędziem badawczym była ankieta stworzona na potrzeby badania.

Do oceny stopnia nasilenia objawów klimakterium wykorzystano indeks Kuppermana (IK) [9]. Indeks ten pozwala określić, czy badana kobieta jest już w okresie menopauzalnym, a wartość nasilenia objawów świadczy o ciężkości zespołu objawów wypadowych. Poszczególne objawy ocenia się w skali od 0 do 12 punktów. Ocenę stopnia nasilenia zaburzeń depresyjno-lękowych przeprowadzono przy użyciu skali HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) [10].

Skala ta składa się z dwóch części: A (lęk [AHADS]) oraz D (depresja [DHADS]), łącznie obejmuje 14 objawów. Objawy ocenia się w skali 0–3 punktów. Wartości graniczne dla obydwu podskal przedstawiają się tak samo: 0–7 punktów oznacza brak objawów, 8–14 punktów — łagodne nasilenie objawów, 15–18 punktów — umiarkowane nasilenie, a wyniki powyżej 19 punktów świadczą o dużym nasileniu lęku lub depresji. Polska wersja skali została opracowana przez Majkowicza i wsp. [11].

Mając na uwadze anonimowy charakter badania, respondentki uczestniczące w badaniu zostały poinformo-

nowane o sposobie samodzielnego obliczania wyników ankiety oraz o konieczności skontaktowania się ze specjalistą z zakresu zdrowia psychicznego, jeżeli wynik ankiety będzie wynosił ≥ 16 punktów.

Badanie odbywało się z udziałem członków studentckiego koła naukowego (ankieterzy) działającego w jednym z polskich Uniwersytetów Medycznych. Ankieterzy zostali przeszkoleni z zakresu właściwie prowadzonego badania ankietowego.

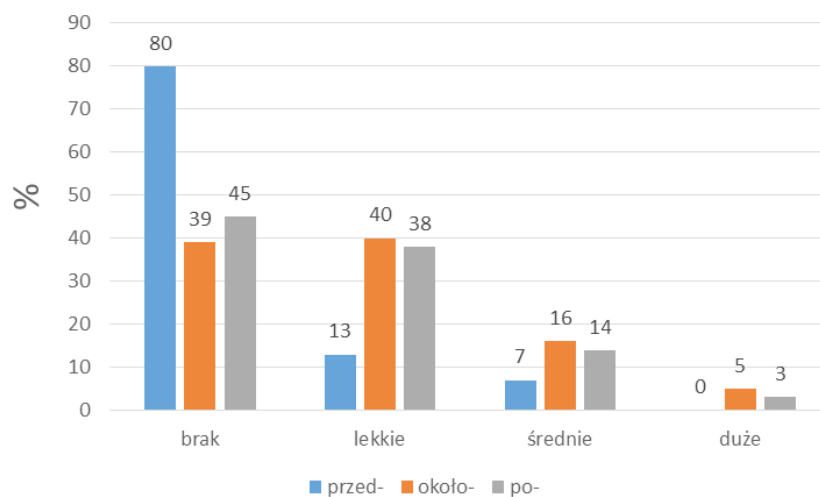
Ankietyzacja odbywała się drogą kontaktu bezpośredniego z respondentkami, które odbywały wizyty w poradniach ginekologicznych na terenie Polski.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę regionalnej Komisji Bioetycznej.

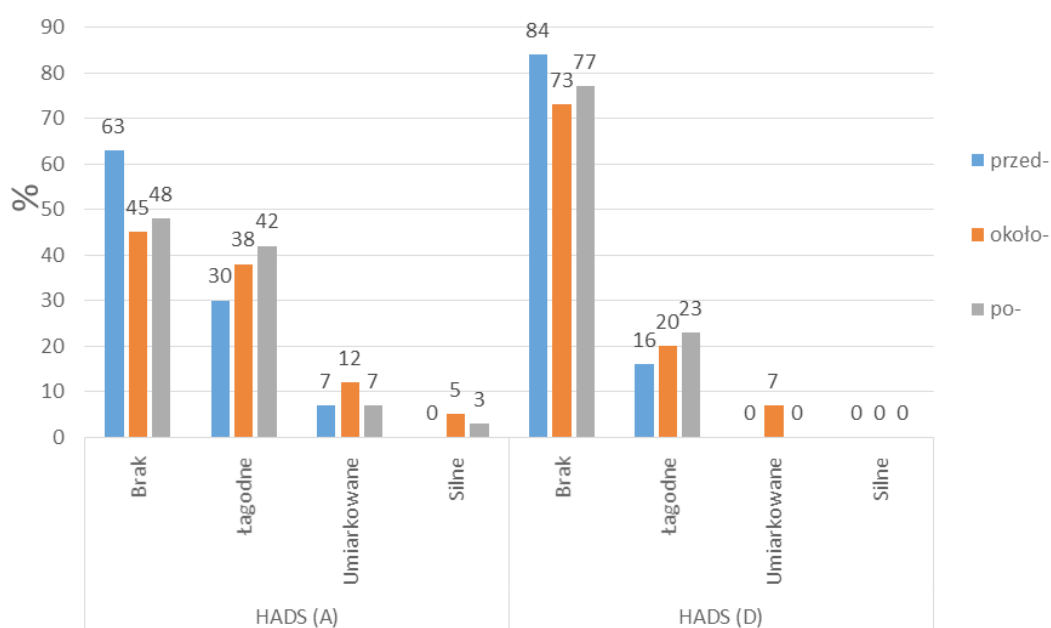
Wyniki

Najsilniejsze objawy klimakterium obserwowano u kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Aż u 5% kobiet w tym okresie stwierdzono silne objawy menopauzy, u 16% objawy te znajdowały się na średnim poziomie, natomiast u 40% na lekkim poziomie. Największy odsetek kobiet, u których odnotowano brak objawów klimakterium znajdowało się w okresie przedmenopauzalnym (80%), oraz u kobiet w okresie pomenopauzalnym (45%), u których równie często obserwowano lekkie objawy klimakterium (38%) (**Rycina 1**). Z kolei analizując występowanie objawów lęku i depresji, stwierdza się, że zdecydowana większość analizowanych kobiet nie posiada wspomnianych objawów, tj. brak objawów lęku obserwowano u 63% kobiet w okresie przedmenopauzalnym, u 45% kobiet w okresie okołomenopauzalnym oraz u 48% kobiet w wieku pomenopauzalnym. Z kolei brak występowania depresji stwierdzono u 84% kobiet w okresie przedmenopauzalnym, u 73% w okresie okołomenopauzalnym oraz u 77% kobiet w wieku pomenopauzalnym (**Rycina 2**). Największy odsetek kobiet, u których stwierdzono łagodne objawy lęku oraz depresji, obserwowano u kobiet w okresie pomenopauzalnym (lęk 42%; depresja 23%). Z kolei umiarkowane objawy lęku i depresji najczęściej deklarowały kobiety w okresie okołomenopauzalnym (lęk 12%; depresja 7%) (**Rycina 2**).

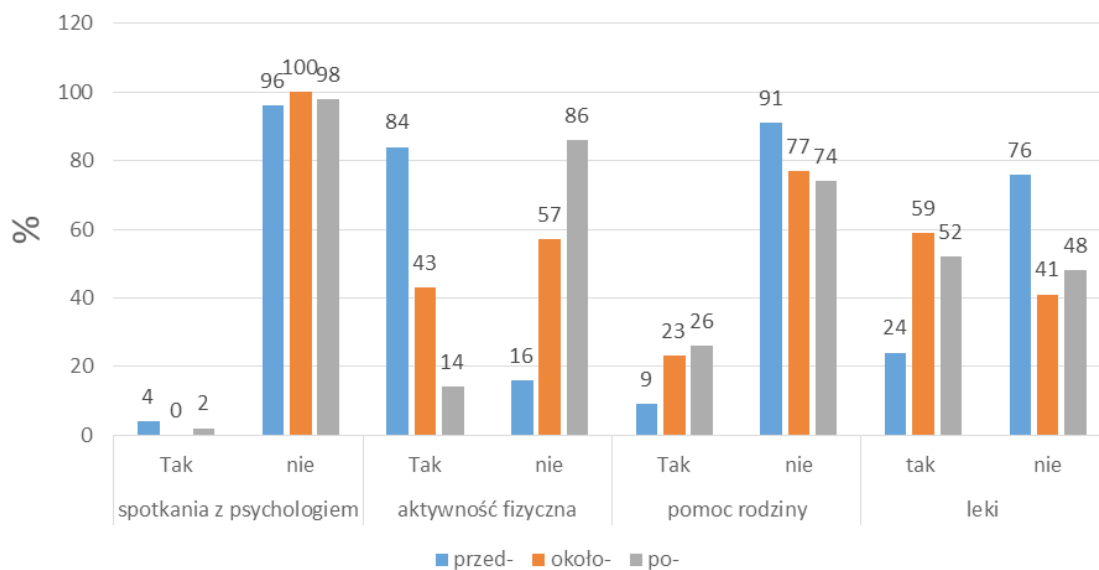
Analizując wyniki dotyczące sposobów radzenia sobie z obniżonym nastrojem, zaobserwowano, że grupą najczęściej korzystającą z farmakoterapii były kobiety w okresie około- (59%) oraz pomenopauzalnym (52%). Z kolei kobiety w okresie przedmenopauzalnym najczęściej uprawiały aktywność fizyczną w celu zminimalizowania objawów klimakterium i towarzyszących mu objawów lęku i depresji (**Rycina 3**).



Rycina 1. Występowanie objawów klimakterium (IK) w zależności od okresu menopauzy (przed-, około-, pomenopauzalny)



Rycina 2. Występowanie objawów lęku i depresji w zależności od okresu klimakterium (przed-, około-, pomenopauzalny)



Rycina 3. Sposoby radzenia sobie z objawami klimakterium (przed-, około-, pomenopauzalny)

Dyskusja

Uznaje się, że występowanie i nasilenie objawów zmian hormonalnych jest największe w czasie przedmenopauzalnym i w pierwszych dwóch latach po menopauzie, a następnie ulega zmniejszeniu [12]. Powyższego stwierdzenia nie potwierdziły wyniki badań własnych, które wykazały, że najbardziej nasilone objawy menopauzalne występują u kobiet w okresie około- i pomenopauzalnym. Podobne spostrzeżenia obserwowano w przypadku występowania objawów lęku i depresji [13].

Kobiety będące w okresie około- i pomenopauzalnym znacznie częściej deklarowały objawy obniżonej kondycji psychicznej, aniżeli kobiety przed menopauzą. Pomimo tego, że badania wskazują na brak bezpośredniego związku depresji z menopauzą [14], powyższe obserwacje można tłumaczyć występowaniem zmian hormonalnych mogących powodować zmiany psychiczne w organizmie kobiety. W związku z tym zaburzenia nastroju znacznie częściej obserwuje się u kobiet w okresie menopauzy, aniżeli u młodszych kobiet. Kobiety w średnim wieku narażone są na liczne zmiany, które dotyczą nie tylko zmiany gospodarki hormonalnej, ale także zmiany związanej z emocjami i relacjami społecznymi [15].

Za typowe dla tego okresu (okresu menopauzy) uznaje się płacizliwość, rozdrażnienie, chwiejność emocjonalną, zaburzenia koncentracji, a czasami nawet depresję. Czasem zaburzenia nastroju są na tyle dolegliwe, że kobiety decydują się na podjęcie leczenia w tym kierunku. Badania wskazują, że najczęściej kobiety decydują się na rozpoczęcie farmakoterapii w kierunku zaburzeń emocjonalnych w okresie roku lub dwóch lat przed menopauzą i roku lub dwóch lat po menopauzie [16], co było zbieżne z wynikami przeprowadzonego badania. Najczęściej farmakoterapia kobiet w okresie menopauzy oparta jest na hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) lub też jej alternatywie, tj. fitoestrogenach. Udowodniono naukowo, że HTZ skutecznie niweluje lub zmniejsza objawy wypadowe, a zatem istotnie poprawia komfort życia [17]. Obecnie to właśnie te objawy są pierwszym i niepodważalnym wskazaniem do stosowania HTZ [18, 19].

Eksperci uważają, że zalecanie hormonalnej terapii zastępczej kobietom z objawami menopauzy jest uzasadnione, pod warunkiem braku związanych z nią czynników ryzyka, takich jak choroba sercowo-naczyniowa i rak piersi. Ponadto decyzja o wdrożeniu tej terapii powinna być podjęta po porozumieniu z opiekującym się pacjentką lekarzem ogólnym, z uwzględnieniem czynników ryzyka oraz potencjalnych korzyści związanych z takim postępowaniem. Zastosowanie hormonalnej terapii zastępczej może

zmniejszyć nasilenie uderzeń gorąca i korzystnie wpłynąć na sen, a u niektórych kobiet może też zmniejszyć nasilenie objawów depresyjnych.

W badaniu wykazano także, że kobiety w wieku menopauzalnym znacznie częściej decydują się na podjęcie bardziej radykalnych środków aniżeli korzystanie z mniej inwazyjnych metod walki z menopauzą, takich jak aktywność fizyczna czy wsparcie ze strony psychologa lub rodziny.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Warenik-Szymankiewicz A. Estrogens and aging in women. *Pol Arch Med Wewn.* 2001;105:105–110.
2. Ibarra de Palacios P, Schmidt G, Sergejew T *et al.* Comparative study to evaluate skin irritation and adhesion of Estradot and Climara in healthy postmenopausal women. *Climacteric.* 2002;5(4):383–9.
3. Hlatky MA, Boothroyd D, Vittinghoff E, Sharp P, Whooley MA. Quality-of-life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy: results from the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) trial. *JAMA.* 2002;287:591–597.
4. Rajewski J, Rybakowski J. Depression in premenopausal women: gonadal hormones and serotonergic system assessed by D-fenfluramine challenge test. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2003;27:705–709.
5. Chmara-Pawlińska R, Szwed A. Cigarette smoking and the age of natural menopause in women in Poland. *Przegl Lek.* 2004;61:1003–1005.
6. Hill K. The demography of menopause. *Maturitas.* 1996;23:113–127.
7. Pachon D, Zdrojewski T, Suchecka-Rachon K *et al.* Knowledge and use of hormone replacement therapy among Polish women: estimates from a nationally representative study — HORTPOL 2002. *Maturitas.* 2004;47:31–37.
8. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series 866, Geneva 1996.
9. Kupperman HS, Wetchler BB, Blatt MMG. Contemporary therapy of the menopausal syndrome. *JAMA.* 1959;171:1627–1637.
10. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361.
11. Majkovicz M. Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane techniki badawcze. W: de Walden-Gafuszko K, Majkovicz M (red.). Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Akademia Medyczna Gdańsk, Zakład Medycyny Paliatywnej. Gdańsk. 2000;21–42.
12. Fuh JL, Wang SJ, Lee SJ, Lu SR, Juan KD. Quality of life and menopausal transition for middle-aged women on Kinmen island. *Quality of Life Research.* 2003;12:53–61.
13. Stewart DE, Boydell K, Derzko C, Marshall V. Psychologic distress during the menopausal years in women attending a menopause clinic. *International Journal of Psychiatry in Medicine.* 1992;22:213–20.

14. Vesco KK, Haney EM, Humphrey L, Fu R, Nelson HD. Influence of menopause on mood: A systematic review of cohort studies. *Climacteric*. 2007;10:448–465.
15. Anderson D, Melby MK, Sievert LL, Obermeyer CM. Methods used in crosscultural comparisons of psychological symptoms and their determinants. *Maturitas*. 2011;70:120–6.
16. Russo NF, Green BL. Kobiety a zdrowie psychiczne. W: Wojciszke B (red.). *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk. 2002; 303–353.
17. Stearns V, Ullmer L, Lopez JF *et al.* Hot flushes. *Lancet*. 2002;360:1851–1861.
18. Rekomendacja Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie stosowania hormonalnej terapii zastępczej po badaniach WHI i Million Women Study. *Prz Menopauz*. 2003;5:8–9.
19. Naftolin F, Schneider HP, Sturdee DW *et al.* Guidelines for hormone treatment of women in the menopausal transition and beyond. *Climacteric*. 2004;7:333–337.

Zaakceptowano do edycji: 2015-10-09
Zaakceptowano do publikacji: 2015-11-10

Adres do korespondencji:

Dorota Koligat
Katedra i Zakład Farmakoekonomiki i Farmacji Społecznej,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań
tel./fax: 61 854 68 94
e-mail: dorota.kol@vp.pl