

WYBRANE PARAMETRY STANU BIO-PSYCHO-SPOŁECZNEGO Kobiet w okresie okołomenopauzalnym

SELECTED BIOPSYCHOSOCIAL PARAMETERS RELATING TO WOMEN'S CONDITION DURING PERIMENOPAUSAL PERIOD

Joanna Błajda¹, Edyta Barnaś^{1,2}, Anna Pieniążek¹, Anna Nowak-Zygadło³

¹Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Rzeszowski

²Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

³Szpitalny Oddział Ratunkowy, Szpital im. Św. Łukasza, Tarnów

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2016.2>

STRESZCZENIE

Wstęp. Okres okołomenopauzalny jest czasem, w którym oprócz typowych objawów somatycznych, wynikających z niedoboru estrogenów, pojawiają się równie mocno nasilone dolegliwości emocjonalne. Wszystkie te symptomy mogą istotnie obniżyć jakość życia kobiet w tym okresie.

Cel. Ocena wybranych parametrów stanu bio-psycho-społecznego kobiet w wieku okołomenopauzalnym.

Materiał i metody. Przebadano 300 kobiet, mieszkankę powiatu tarnowskiego w wieku 45–55 lat, rekrutowanych w sposób losowy. Zastosowano standaryzowany kwestionariusz – Indeks Kupermana. W analizie użyto testu chi-kwadrat oraz współczynnika korelacji Pearsona.

Wyniki. Średni wiek badanych wynosił 50,57 roku, średni wiek pierwszej miesiączki – 13,82 roku. Dolegliwości menopauzalne dotyczą 68% badanych, w tym 45% ogółu manifestuje zespół objawów o ciężkim nasileniu. Im starsza wiekiem badana, tym częściej pojawiały się dolegliwości menopauzalne w postaci bezsenności, wahaniami nastrojów, nocnych potów. Dolegliwości te obniżają wszystkie płaszczyzny jakości życia badanych. Wykazano związek pomiędzy stanem cywilnym ankietowanych kobiet a otrzymywanym wsparciem przy występujących dolegliwościach menopauzalnych.

Wnioski. Ze względu na częste występowanie zespołu objawów menopauzalnych o ciężkim nasileniu konieczna jest pogłębiona edukacja kobiet na temat sposobów łagodzenia dolegliwości. Wystąpienie pierwszych objawów menopauzy powinno skłaniać kobiety do szukania fachowej pomocy, z kolei personel medyczny powinien wzmocnić akcje informacyjne służące zdrowiu kobiety w wieku średnim. Postuluje się, by kampanie edukacyjne dla kobiet miały nie tylko aspekt terapeutyczny, ale także były ukierunkowane na poprawę ich jakości życia.

Słowa kluczowe: menopauza, dolegliwości, zdrowie kobiet.

ABSTRACT

Introduction. Perimenopause is a time when in addition to typical somatic symptoms resulting from estrogen deficiency women experience equally severe emotional problems. All these symptoms may significantly impair the quality of life for women during this period.

Aim. Assessment of selected biopsychosocial parameters of women's condition during perimenopausal period.

Material and methods. The study group consisted of 300 female residents of the Tarnów District, aged 45-55, randomly recruited. The method was standardized questionnaire of Kuperman Index. The analysis used chi-square test and Pearson correlation coefficient.

Results. On average the subjects were 50.57 years old, and the mean age of the first menstruation was 13.82 years. Menopause related problems were reported by 68% of the subjects, including 45% of all the respondents experiencing a spectrum of severe symptoms. The older the subject the more frequent menopause related problems such as insomnia, mood swings and night sweats. Such problems negatively impact the subjects' quality of life at all levels. The subjects' marital status has been shown to correlate with the support obtained by the women experiencing menopause related symptoms.

Conclusions. Due to the frequent incidence of severe menopause symptoms it is necessary to educate women in detail about methods of reducing such problems. Women should look for specialist support after they experience the first symptoms of menopause, and medical personnel should intensify information campaigns designed to improve health of middle aged women. It is postulated that educational campaigns designed for women should not only focus on therapeutic aspects but also on enhancing the quality of their lives.

Keywords: menopause, health problems, women's health.

Wstęp

Okres okołomenopauzalny jest w życiu kobiety czasem, w którym ze względu na szereg zmian, jakie zachodzą w organizmie, kobiety mogą przeżywać rozmaite trudności. Obserwujemy zwiększoną świadomość kobiet na temat swojego zdrowia dzięki edukacji społecznej, łatwemu

dostępowi do Internetu, możliwości i dostępności badań lekarskich. Przy tym warunki gospodarcze i społeczne wymagają od kobiet utrzymania dobrego zdrowia, a co za tym idzie – satysfakcji z życia. Niestety okres okołomenopauzalny wiąże się z występowaniem uciążliwych dolegliwości – zarówno somatycznych, jak i psychologicznych.

Jakość życia pogarszają zarówno objawy fizjologiczne jak i psychologiczne, a to wpłynąć może na odczuwalną satysfakcję z życia i poziom samooceny [1]. Rosnąca długość życia, obowiązek aktywności zawodowej wśród kobiet minimum do 65. roku życia, a także stale rosnący odsetek kobiet wykształconych, niezależnych i czynnych społecznie i rodzinie sprawiają, iż problemy zdrowotne tego okresu i sposoby radzenia sobie z nimi stały się tak istotne dla współczesnej kobiety [2, 3].

Cel pracy

Celem pracy była ocena wybranych parametrów stanu bio-psycho-społecznego kobiet w wieku okołomenopauzalnym.

Materiał i metody

Przebadano 300 kobiet, mieszkank powiatu tarnowskiego w wieku 45–55 lat, rekrutowanych do badania w sposób losowy. Badanie przeprowadzono w okresie marzec–maj 2015 r. W pracy zastosowano standaryzowany kwestionariusz – indeks Kupermana, służący do oceny dolegliwości menopauzalnych, oraz autorski kwestionariusz ankiety. Indeks Kupermana zawiera 11 najczęściej występujących objawów menopauzalnych respondent określa, czy nasilenie danego objawu jest lekkie, średnie, ciężkie, czy też objaw nie występuje wcale. Każda odpowiedź jest punktowana zgodnie z wytycznymi instrukcji (Tabela 1).

W zależności od uzyskanego wyniku można stwierdzić fakt występowania objawów okołomenopauzalnych i określić stopień ich nasilenia.

Użyty w badaniu autorski kwestionariusz ankiety zawierał pytania dotyczące wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, sytuacji socjalno-bytowej, przeszłości ginekologiczno-położniczej oraz wiedzy na temat menopauzy i sposobów radzenia sobie z występującymi dolegliwościami.

Całość zebranego materiału poddano analizie przy użyciu programu statystycznego IBM SPSS Statistics 22.0. Zastosowano test chi-kwadrat oraz współczynnik korelacji Pearsona.

W obliczeniach przyjęto poziom istotności 0,05.

Wyniki

Średni wiek badanych wynosił 50,57 roku (SD = 3,88) i wahał się od 41 do 62 lat. Natomiast pierwsza miesiączka u badanych wystąpiła w wieku 13,82 (SD = 1,62) wiek ten wahał się w przedziale od 9 do 18 lat. Mediana wynosiła 14 lat, a więc połowa ankietowanych miała pierwszą miesiączkę w wieku młodszym, a połowa – w starszym niż 14 lat (Tabela 2).

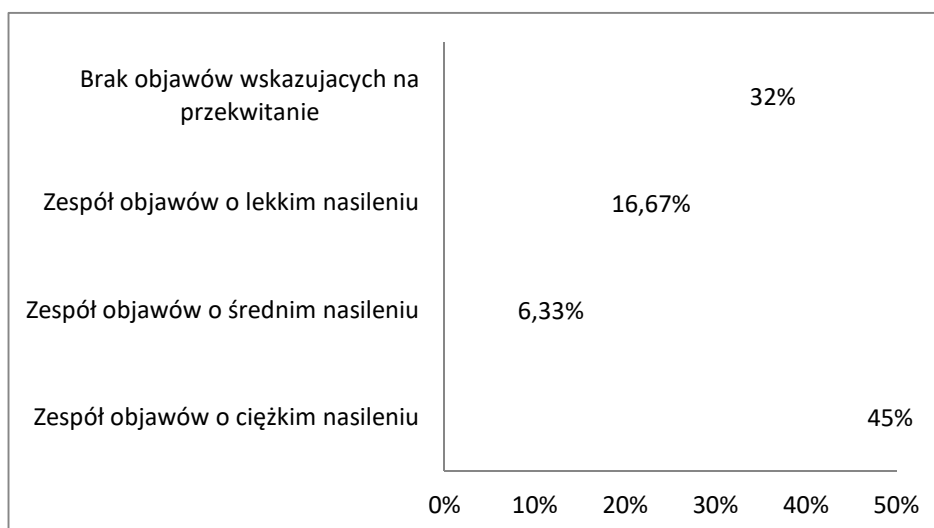
Analiza testem Kuppermana wykazała, że u 68% występują dolegliwości menopauzalne, w tym aż 45% badanych manifestuje zespół objawów o ciężkim nasileniu (Rycina 1).

Tabela 1. Punktacja stosowana w teście Kupermana

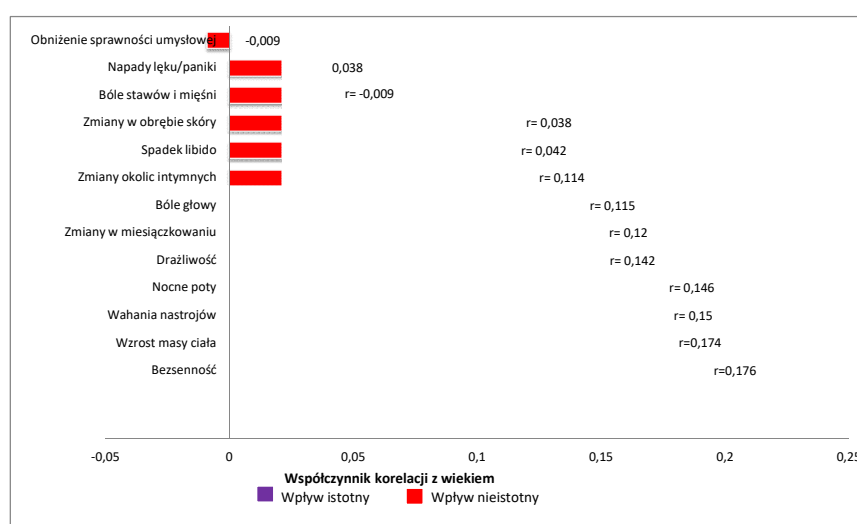
| Rodzaj objawu | Brak objawu (pkt) | Nasilenie lekkie (pkt) | Nasilenie średnie (pkt) | Nasilenie ciężkie (pkt) |
|------------------------|-------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| uderzenia gorąca | 0 | 4 | 8 | 12 |
| nadmierne poty | 0 | 2 | 4 | 6 |
| zaburzenia snu | 0 | 2 | 4 | 6 |
| nadmierna nerwowość | 0 | 2 | 4 | 6 |
| nastrój depresyjny | 0 | 1 | 2 | 3 |
| zawroty głowy | 0 | 1 | 2 | 3 |
| brak energii | 0 | 1 | 2 | 3 |
| bóle stawów | 0 | 1 | 2 | 3 |
| bóle głowy | 0 | 1 | 2 | 3 |
| zaburzenia rytmu serca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| parestezje | 0 | 1 | 2 | 3 |

Tabela 2. Wiek respondentek oraz wiek wystąpienia pierwszej miesiączki

| Zmienne | x | s | Me | Min. | Maks. | c25 | c75 |
|---------------------------|-------|------|----|------|-------|-----|-----|
| wiek respondentek | 50,57 | 3,88 | 50 | 41 | 62 | 48 | 54 |
| wiek pierwszej miesiączki | 13,82 | 1,62 | 14 | 9 | 18 | 13 | 15 |



Rycina 1. Ocena stopnia nasilenia dolegliwości menopauzalnych testem Kupermanna



Rycina 2. Korelacja Spearmana pomiędzy wiekiem a częstością występowania dolegliwości

Tabela 3. Występowanie dolegliwości okołomenopauzalnych wśród badanych oraz wpływ tych dolegliwości na jakość życia kobiet

| Dolegliwości | x | s | Me | Min. | Maks. | c25 | c75 |
|--------------------------------|------|------|----|------|-------|-----|-----|
| nocne poty | 2,18 | 0,97 | 2 | 0 | 3 | 2 | 3 |
| bezsenna | 1,79 | 0,96 | 2 | 0 | 3 | 1 | 3 |
| drażliwość | 1,56 | 0,96 | 2 | 0 | 3 | 1 | 2 |
| zmiany w miesiączkowaniu | 1,7 | 0,92 | 2 | 0 | 3 | 1 | 2 |
| wahania nastrojów | 1,66 | 1,08 | 2 | 0 | 3 | 1 | 3 |
| napady lęku/paniki | 1,86 | 0,79 | 2 | 0 | 3 | 2 | 2 |
| wzrost masy ciała | 1,06 | 1,04 | 1 | 0 | 3 | 0 | 2 |
| bóle głowy | 0,92 | 0,92 | 1 | 0 | 3 | 0 | 2 |
| bóle stawów i mięśni | 1,82 | 1,22 | 2 | 0 | 3 | 1 | 3 |
| obniżenie sprawności umysłowej | 0,68 | 0,84 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 |
| zmiany okolic intymnych | 1,1 | 0,97 | 1 | 0 | 3 | 0 | 2 |
| spadek libido | 0,46 | 0,77 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 |
| zmiany w obrębie skóry | 1,6 | 1,17 | 2 | 0 | 3 | 0 | 3 |

Kolejno badane poproszono o ocenę występujących dolegliwości menopauzalnych. Ocenę dokonywano na skali od 0 do 3, gdzie 0 oznacza czynnik „nigdy”, 3 – „bardzo często”. Respondentkom najczęściej dokuczały nocne poty. Średnia częstość ich występowania to 2,18. Równie często wskazywano na: napady lęku/paniki, bóle stawów i mięśni, bezsenność, zmiany w miesiączkowaniu, wahania nastrojów, zmiany w obrębie skóry i drażliwość. Najrzadziej występował spadek libido (**Tabela 3**).

Wykazano, że wiek istotnie wpływa na częstość występowania 9 spośród 13 analizowanych dolegliwości ($p < 0,05$). Im starsza wiekiem badana tym częściej pojawiały się dolegliwości menopauzalne, manifestowane głównie jako bezsenność, wzrost masy ciała, wahania nastrojów, nocne poty (**Rycina 2**). Nie wykazano natomiast korelacji pomiędzy sytuacją socjalno-bytową czy wykształceniem badanych a nasileniem dolegliwości ($p > 0,05$).

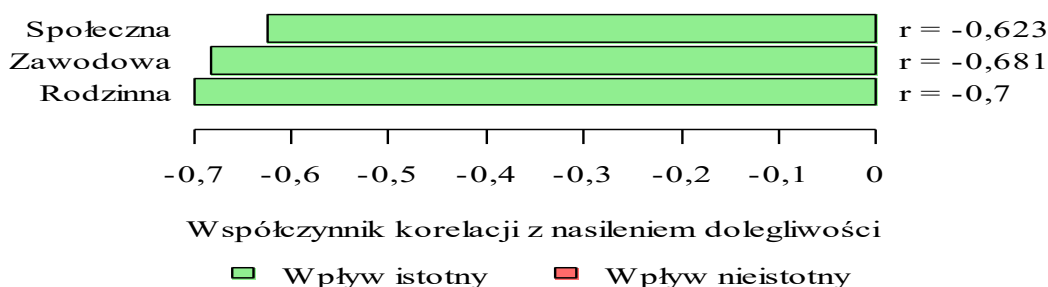
Korelacja pomiędzy stopniem nasilenia dolegliwości menopauzalnych a poszczególnymi płaszczyznami jakości życia badanych wykazała, iż wśród badanych występuje istotnie obniżenie jakości życia w każdej z analizowanych

płaszczyzn ($p < 0,05$). Najwyraźniej jednak zaznacza się to w sferze funkcjonowania rodzinnego ($r = -0,7$) (**Rycina 3**).

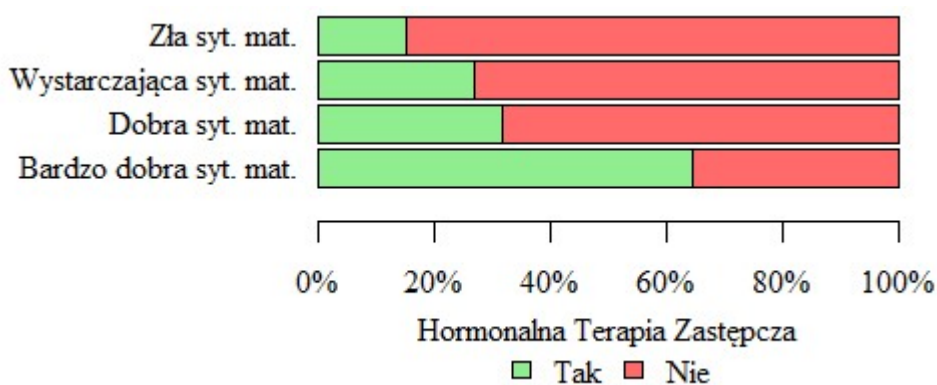
Badane zapytano o definiowanie pojęcia „menopauza”, w większości – 64% ogółu – wskazano właściwą odpowiedź. Niemal wszystkie badane znają objawy typowe dla menopauzy; najczęściej wymieniono: uderzenia gorąca (98,33%), nocne poty (78,33%), zmiany w miesiączkowaniu (66,33%), bezsenność (54,00%), drażliwość (67%), bóle głowy (45,00%).

Aby poradzić sobie z dolegliwościami, 107 ankietowanych (35,67%) stosuje suplementy diety, 34,33% – hormonalną terapię zastępczą, 25,33% nic nie stosuje. Wykazano zależność pomiędzy sytuacją socjalno-bytową a stosowaniem hormonalnej terapii zastępczej (HTZ). Im lepsza sytuacja materialna badanych, tym częściej stosowana jest HTZ ($p < 0,05$) (**Rycina 4**).

Wykazano związek pomiędzy stanem cywilnym ankietowanych kobiet a otrzymywanym wsparciem w związku z występującymi dolegliwościami okołomenopauzalnymi. Badane stanu wolnego najczęściej mogą liczyć na specjalistę ginekologa, w dalszej kolejności na partnera, z kolei mę-



Rycina 3. Wpływ dolegliwości okołomenopauzalnych na poszczególne sfery jakości życia kobiet



Rycina 4. Sytuacja socjalno-bytowa badanych a stosowanie HTZ

zatkan najczęściej wskazały że nigdzie nie znajdują wsparcia lub znajdują je u partnera, natomiast wdowy najczęściej nie otrzymują potrzebnego wsparcia (**Tabela 4**).

Dyskusja

Menopauza jako fizjologiczny etap w życiu kobiety jest przedmiotem wielu badań, co jest wynikiem systematycznie zwiększającej się długości życia kobiet na całym świecie. Dane demograficzne podają, że każdego roku około 25 milionów kobiet przechodzi menopauzę. Wskazuje to wyraźnie zwiększającą się liczbę kobiet w wieku powyżej 50. roku życia. Szacuje się, że do roku 2030 kobiety w okresie okołomenopauzalnym stanowią będą około 20% całej populacji [1]. Badania Bielawskiej-Batorowicz dowodzą, że kobietom okres okołomenopauzalny kojarzy się z negatywnymi zmianami, zarówno w funkcjonowaniu, jak i relacjach z otoczeniem [4].

W badaniu własnym średni wiek ankietowanych kobiet wynosił 50,57 roku, co jest zgodne z innymi doniesieniami polskimi, w których autorzy wskazują na 51. rok życia kobiety jako wiek wystąpienia ostatniego krwawienia miesięcznego. Biorąc pod uwagę fakt, iż średnia wieku przeżywalności kobiet polskich wyniosła w 2012 roku 81 lat, aż 30 lat przypada na okres pomenopauzalny [3]. Autorzy badania przeprowadzonego w Szwecji wyraźnie wskazują, iż jakość życia kobiet powyżej 45. roku życia obniża się z powodu dolegliwości okołomenopauzalnych, takich jak uderzenia gorąca, zaburzenia układu moczowo-płciowego i zaburzenia snu. Szczególną rolę przypisują uderzeniom gorąca, które dotyczą ich zdaniem 75% kobiet [5]. Mediana czasu trwania uderzeń gorąca jest szacowana na okres 4–5 lat [6]. Istnieją doniesienia mówiące o tym, że mogą one pojawić się u kobiet nawet 10 lat po menopauzie i trwać do końca życia [7]. W badaniu własnym w populacji kobiet tarnowskich wykazano, iż uderzenia gorąca najczęściej dokuczały respondentkom w funkcjonowaniu codziennym. Średnia ocena częstości ich występowania wynosiła 2,18. Pokrywa się to z doniesieniami Herber-Gast

i wsp., którzy definiują uderzenia gorąca oraz występowanie nocnych potów jako zespół objawów motorycznych, będących wynikiem zaburzeń termoregulacji [8]. W badaniu własnym również często obserwowano: wahania nastrojów, bóle głowy, nocne poty, drażliwość, zmiany w miesiączkowaniu, spadek libido i bezsenność. Rzadziej natomiast – zmiany w obrębie skóry. Wyniki badań własnych częściowo pokrywają się z badaniami przeprowadzonymi przez Skrzypulec i wsp. na terenie województwa śląskiego – wykazano, że najczęściej występującymi dolegliwościami okołomenopauzalnymi są uderzenia gorąca oraz nocne poty. Podobne badania przeprowadzone na terenie województwa podkarpackiego przez Barnaś i wsp. wykazały, iż najczęstszą dolegliwością okołomenopauzalną są uderzenia gorąca i nadmierna drażliwość. Najrzadziej występującą dolegliwością w badaniach tych były bóle mięśni i stawów [9]. Podobne wyniki prezentują Ghazanfarpoura i wsp., którzy w badaniach na grupie 349 losowo dobranych kobiet po menopauzie wykazali, iż najczęstszymi dolegliwościami były bóle stawów i mięśni. Wysokie wyniki badane osiągnęły także w aspekcie występowania dolegliwości wazomotorycznych, fizycznych i seksualnych. Jak podkreślają autorzy badania, postawa kobiet wobec menopauzy wyraźnie wpływała na częstość występowania u nich nocnych potów, zaburzeń snu i pamięci [10]. Z kolei ponad połowa (57,2%) z grupy 1 547 przebadanych kobiet koreańskich odczuwała dolegliwości wazomotoryczne w stopniu łagodnym (N = 508), średnim (N = 240) i nasilonym (N = 137) [11].

Należałoby zwrócić uwagę, iż aby prawidłowo rozpoznać okres okołomenopauzalny i towarzyszące mu dolegliwości, niezbędna jest podstawowa wiedza z zakresu fizjologii organizmu kobiety i zachodzących w nim zmian. W przeprowadzonym badaniu znaczna część – 99% – spośród 300 respondentek zadeklarowała, że wie, co to jest menopauza, z czego 64% podało prawidłową definicję menopauzy. Biorąc pod uwagę, że 46% ankietowanych ma wykształcenie wyższe, 24% – średnie, wynik ten nie

Tabela 4. Otrzymywane wsparcie w zależności od stanu cywilnego badanych

| Od kogo otrzymuje Pani wsparcie w menopauzie? | Stan wolny | | Zamężna | | Wdowa | | p |
|---|------------|--------|---------|--------|-------|--------|-----------|
| | n | % * | n | % * | n | % * | |
| od męża/partnera | 7 | 28,00% | 78 | 34,82% | 0 | 0,00% | p < 0,001 |
| od córka | 2 | 8,00% | 12 | 5,36% | 6 | 11,76% | p = 0,244 |
| od przyjaciółka | 3 | 12,00% | 15 | 6,70% | 15 | 29,41% | p < 0,001 |
| od specjalisty ginekologa | 13 | 52,00% | 49 | 21,88% | 5 | 9,80% | p < 0,001 |
| nigdzie nie znajdują wsparcia | 2 | 8,00% | 98 | 43,75% | 29 | 56,86% | p < 0,001 |

* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

jest zadowolający. Badania przeprowadzone przez Wyderkę i wsp. na terenie Łodzi wśród 120 ankietowanych kobiet wykazały, iż wszystkie znały znaczenie terminu „menopauza” i 90% potrafiło prawidłowo wskazać objawy okołomenopauzalne w postaci uderzeń gorąca czy drażliwości [12]. Zakłada się, że posiadanie przez kobiety wiedzy na temat fizjologii menopauzy idzie w parze z postawami prozdrowotnymi i łagodzeniem występujących dolegliwości. Wśród 300 ankietowanych 103 kobiety (34,33%) stosują HTZ, 107 kobiet (35,67%) sięga po suplementy diety, a 76 kobiet (25,33%) nie stosuje nic, by złagodzić występujące dolegliwości. Doniesienia naukowe jednoznacznie wskazują, iż zastępcza terapia hormonalna redukuje objawy okołomenopauzalne, a co za tym idzie, może poprawiać jakość życia. Adler i wsp. w swoich badaniach wykazali, iż zastosowanie hormonalnej terapii zastępczej zmniejszyło w stopniu umiarkowanym lub silnym częstość uderzeń gorąca. Ponadto wykazali tendencję spadkową dolegliwości w postaci bólów głowy, zaburzeń snu oraz objawów suchości pochwy [13]. Terapia hormonalna, w monoterapii lub w połączeniu z estrogenem progestagenów, jest najbardziej skuteczną formą leczenia dolegliwości menopauzalnych ogranicza skalę uderzeń gorąca nawet do 75% [5]. Należy jednak pamiętać, że po opublikowaniu wyników badań WHI aplikacja leków w postaci HTZ spadła diametralnie [14, 15]. Aktualnie HTZ jest zalecana w najniższej, skutecznej dawce, przez jak najkrótszy okres tylko w przypadku umiarkowanych i ciężkich uderzeń gorąca [16].

W badaniach własnych 65% kobiet określających swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą stosuje hormonalną terapię zastępczą, natomiast 36% kobiet stosuje w celu łagodzenia dolegliwości okołomenopauzalnych suplementy diety dostępne bez recepty. Niezadowolające jest to, że aż 26% ankietowanych kobiet nie podejmuje żadnych działań, aby złagodzić dolegliwości okołomenopauzalne. Fakt ten dziwi, zważywszy na szeroko zakrojoną w mediach kampanię marketingową suplementów diety łagodzących objawy okołomenopauzalne, na dostępność pism kobiecych, gdzie systematycznie pojawiają się artykuły o menopauzie, i na dostęp do bezpłatnych porad lekarza ginekologa, który jest w stanie udzielać wyczerpujących informacji o menopauzie i sposobach radzenia sobie z dolegliwościami okołomenopauzalnymi. Północnoamerykańskie Towarzystwo Menopauzy w zagadnieniach poświęconych psychologiczno-społecznym aspektom menopauzy zwraca uwagę, że nie tylko działanie diagnostyczne i terapeutyczne jest ważne, ale także aspekt psychologiczny [16].

W badaniu własnym wykazano, iż nasilenie dolegliwości istotnie obniża wszystkie sfery jakości życia, najmocniej koreluje z płaszczyzną rodzinną. Przegląd pochodzących

z baz medycznych 108 badań, dotyczących menopauzy i doświadczeń kobiet w tym obszarze, przeprowadzony przez Hoqa i wsp., wykazał, iż doświadczenie/postrzeganie menopauzy zależy od przekonań i wartości panujących w otoczeniu społeczno-kulturowym kobiet. Analiza postaw kobiet jednoznacznie wskazuje, iż badane postrzegają menopauzę jako fizjologię, w kategoriach zysków i strat. Dlatego też strategie wsparcia powinny uwzględniać oczekiwania kobiet i być prowadzone wielotorowo [17]. W badaniu własnym aż 43% spośród 300 respondentek nigdzie nie znajduje wsparcia. Analizując zależność między stanem cywilnym a poczuciem otrzymywanego wsparcia, wykazano, iż badane stanu wolnego najczęściej mogą liczyć na specjalistę ginekologa, w dalszej kolejności na partnera. Niepokojące jest to, iż mężatki i wdowy najczęściej wskazały, że nigdzie nie znajdują wsparcia. Część mężatek może liczyć na swojego partnera. Podobne wyniki prezentują Yanikkerrem i wsp., którzy wykazali, iż kobiety deklarujące negatywne relacje z mężem miały zdecydowanie bardziej nasilone objawy naczynioruchowe, gorsze funkcjonowanie psychospołeczne i fizyczne. Podobny rozkład odpowiedzi wystąpił także w grupie kobiet, które miały złe relacje z dziećmi [18]. Ciekawe wyniki prezentują Ghazanfarpour i wsp., którzy wykazali, iż stan cywilny i poziom wykształcenia męża były jedynymi czynnikami demograficznymi mającymi wpływ na nasilenie objawów menopauzy u kobiet [10].

Wnioski

1. Ze względu na częste występowanie zespołu objawów menopauzalnych o ciężkim nasileniu konieczna jest pogłębiona edukacja kobiet na temat sposobów łagodzenia dolegliwości.
2. Wystąpienie pierwszych objawów menopauzy powinno skłaniać kobiety do szukania fachowej pomocy, z kolei personel medyczny powinien wzmocnić akcje informacyjne służące zdrowiu kobiety w wieku średnim.
3. Postuluje się, by kampanie edukacyjne dla kobiet miały tylko aspekt terapeutyczny, ale także były ukierunkowane na poprawę ich jakości życia.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autor deklaruje brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Iwańczuk-Czarnecka M, Kubiak-Stanisławska M, Mojs E, Wilczak M et al. Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. *Prz Menopauz.* 2012;6:468–473.
2. Skrzypulec W, Naworska B, Droszól A. Analiza wpływu objawów klimakterycznych na funkcjonowanie i jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Prz Menopauz.* 2007;2:96–101.
3. Radowicka M, Szparaga R, Pietrzak B, Wielgos M. Quality of life in women after menopause. *Neuro Endocrinol Lett.* 2015;7:644–649.
4. Bielawska-Batorowicz E, Cieślak J, Cwalina E. Rola płci i wieku w tworzeniu obrazu kobiety w okresie menopauzy. *Prz Menopauz.* 2003;6:68–73.
5. Berin E, Hammar ML, Lindblom H, Lindh-Åstrand L et al. Resistance training for hot flushes in postmenopausal women: randomized controlled trial protocol. *Maturitas.* 2016;85:96–103.
6. Col NF, Guthrie JR, Politi M, Dennerstein L. Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: a longitudinal study. *Menopause.* 2009;16:453–457.
7. Hunter MS, Gentry-Maharaj A, Ryan A, Burnell M et al. Prevalence, frequency and problem rating of hot flushes persist in older postmenopausal women: impact of age, body mass index, hysterectomy, hormone therapy use, lifestyle and mood in a cross-sectional cohort study of 10,418 British women aged 54–65. *BJOG.* 2012;119:40–50.
8. Herber-Gast GC, Mishra GD, Van der Schouw YT, Brown WJ et al. Risk factors for night sweats and hot flushes in midlife: results from a prospective cohort study. *Climacteric.* 2013;20:953–959.
9. Barnaś E, Krupińska A, Kraśnianin E, Raś R. Funkcjonowanie psychospołeczne i zawodowe kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Prz Menopauz.* 2012;4:296–304.
10. Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdolalian S et al. The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol.* 2015;31,11:860–865.
11. Kwon DH, Lee JH, Ryu KJ, Park HT, Kim T. Vasomotor symptoms and the homeostatic model assessment of insulin-resistance in Korean postmenopausal women. *Obstet Gyne Sci.* 2016;1:45–49.
12. Wyderka M, Zdziennicki W, Byalek T. The level of knowledge of certain groups of women about the menopause period. *Prz Menopauz.* 2007;6:365–370.
13. Adler G, Young D, Galant R. A multicenter, open-label study to evaluate satisfaction and menopausal quality of life in women using transdermal estradiol/norethindrone acetate therapy for the management of menopausal signs and symptoms. *Gynecol Obstet Invest.* 2005;59:212–219.
14. Lindh-Åstrand L, Hoffmann M, Hammar M, Spetz Holm AC. Hot flushes, hormone therapy and alternative treatments: 30 years of experience from Sweden. *Climacteric.* 2015;18:53–62.
15. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA.* 2002;288:321–333.
16. North American Menopause Society. The 2012 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2012;19:257–271.
17. Hoga L, Rodolpho J, Gonçalves B, Quirino B. Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2015;8:250–337.
18. Yanikkerem E, Koltan SO, Tamay AG, Dikayak Ş. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric.* 2012;15,6:552–562.

Zaakceptowano do edycji: 2016-09-20
Zaakceptowano do publikacji: 2016-10-05

Adres do korespondencji

Edyta Barnaś
Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego
Wydział Medyczny
Uniwersytet Rzeszowski
ul. Stanisława Pigonia 6
35-310 Rzeszów
tel.: 17 872 11 95
e-mail: ebarnas@interia.eu