

JAKOŚĆ ZWIĄZKU A OBJAWY MENOPAUZALNE U KOBIET I ANDROPAUZALNE U MĘŻCZYŹN

Karolina Jarecka

Institut Psychologii, Uniwersytet Łódzki
Institute of Psychology, University of Lodz

QUALITY OF THE RELATIONSHIP AND MENOPAUSAL SYMPTOMS OF WOMEN AND ANDROPAUSAL SYMPTOMS OF MEN

Summary. The aim of this study was to evaluate the importance and impact of one's assessment of the quality of one's relationship on the occurrence and intensity of menopausal symptoms of women and andropausal symptoms of men. The study included 397 persons between the ages of 45 and 68, in stable relationships. The respondents were divided into three age groups: with risk of symptoms, in transitional period, after menopause/andropause. The research used a survey of self-design, "Women's Health" questionnaire (WHQ) by Hunter, Self-Esteem Test recommended by "Organon" for men and Partner Relations Questionnaire (PFB) by Hahlweg. The results of the study have indicated that most menopausal symptoms of hormonal changes – including those of the greatest severity – are experienced by women in perimenopausal and postmenopausal phases and men aged 53-68 years, this period being adopted as inherent to andropause. The quality of the relationship is assessed the lowest by women after menopause and men in the age range of 53-68. The oldest group of women is characterized by the most relevant and significant dependencies between the dimensions of the quality of the relationship and the menopausal symptoms. The oldest men (aged 53-68 years) evaluate the quality of their relationship the worst, however the most numerous substantial dependencies with andropausal symptoms are experienced by the group aged 50-52 years (in the transitional period), whereas in the youngest studied group of men (with risk of symptoms), they are the strongest. The most essential assessment was the one relating to intimacy – its poor evaluation is accompanied by higher intensity of most menopausal and andropausal symptoms experienced.

Key words: menopause, andropause, the quality of the relationship

Adres do korespondencji: Karolina Jarecka, e-mail, karolina.o.jarecka@wp.pl

Wprowadzenie

Najczęściej tym, co nadaje sens życiu i gdzie upatruje się źródła szczęścia, są bliskie i satysfakcjonujące relacje z innymi. Potrzeba przynależności jest jedną z podstawowych potrzeb ludzkich, która, gdy jest zaspokojona, przyczynia się do wzrostu dobrego samopoczucia (Myers, 2007). Pozytywny bilans życia w większym stopniu zależy od spełnienia w relacji miłosnej niż spełnienia w pracy. Satysfakcja z pracy wydaje się istotna wtedy, gdy jednocześnie towarzyszy jej pozytywna ocena własnej relacji z partnerem (King, Eells, Burton, 2007).

Osoby będące w bliskich i satysfakcjonujących związkach emocjonalnych są szczęśliwsze, charakteryzują się lepszym zdrowiem psychicznym, fizycznym oraz żyją dłużej niż osoby samotne (Kamp Dush, Amato, 2005; Myers, 2007) o 2,3-2,8 lat (Taylor, Sherman, 2007). Znajduje to potwierdzenie również w badaniach polskich (Janicka, 2012), gdzie podano, że więcej zaburzeń funkcjonowania i objawów depresji zgłaszają single niż osoby będące w związku trwałym.

Trwające 70 lat badania prowadzone na Uniwersytecie Harvarda dowiodły, że dobre małżeństwo (zadowolone z relacji małżeńskiej) ma bardziej pozytywne znaczenie dla stanu zdrowia, osób w wieku 50 lat, niż niski poziom cholesterolu. Prawdopodobnie łatwiej dbać o siebie, odżywiać się zdrowo, być aktywnym fizycznie i regularnie korzystać z pomocy medycznej wtedy, gdy partner motywuje i sprawuje kontrolę nad tego typu działaniami. Zwiększa to szanse na zachowania prozdrowotne. Badania 50 000 dorosłych wykazały, że częstotliwość palenia i picia alkoholu ulega znacznej redukcji po zawarciu związku małżeńskiego (Myers, 2007). Ponadto małżeństwo może poprawiać funkcjonowanie systemu immunologicznego. U osób w związkach o wysokim zaangażowaniu emocjonalnym wykazano wyższą odporność na wirusy, przeziębienia, niższe ciśnienie krwi i obniżony poziom hormonu stresu, a w przypadku choroby – szybszy powrót do zdrowia (Bishop, 2000; Waite, Gallagher, 2000). Badania związane z kontrolą zachowań prozdrowotnych potwierdzają, że bycie w małżeństwie i wzajemna miłość pobudzają układ odpornościowy, co stanowi o lepszym zdrowiu osób poślubionych (Argyle, 2005).

Osoby, które pozostają w trwałych i dobrych związkach, rzadziej doświadczają wysokiego obciążenia allostatycznego, czyli kumulacji niekorzystnych zmian w systemach regulujących stres biologiczny będący efektem długotrwałej ekspozycji na chroniczny lub nawracający stresor. Dzieje się tak, ponieważ wsparcie innych obniża dyskomfort psychiczny w trudnych sytuacjach życiowych, redukując negatywne emocje, takie jak np. lęk, oraz ułatwia adaptację do zmienionych i wywołujących stres warunków. Tego typu zależności dotyczą wielu zaburzeń, m.in. choroby wieńcowej, cukrzycy, zakażenia wirusem HIV, raka czy reumatoidalnego zapalenia stawów. Okazuje się, że brak bliskich związków wydaje się bardziej istotny dla zachorowalności na przewlekłe choroby i śmiertelność niż inne uznane czynniki ryzyka, takie jak: palenie tytoniu, otyłość i brak aktywności fizycznej (Taylor, Sherman, 2007).

Bliskość partnera i jego wsparcie wpływają korzystnie na zdrowie, radzenie sobie z trudnymi i przełomowymi etapami życia, za które uznaje się okres meno-

pauzy i andropauzy. Termin „menopauza” do literatury naukowej wprowadził w 1816 roku francuski lekarz C. de Gardanne dla określenia wieku „krytycznego” w życiu kobiety (Bielawska-Batorowicz, 2011). Menopauza jest to nazwa ostatniej miesiączki w życiu kobiety. Zostaje rozpoznana dopiero po upływie 12 miesięcy, w ciągu których nie pojawiło się krwawienie miesiączkowe i jest spowodowana zanikaniem hormonalnej czynności jajników (Bińkowska, 2011). Pojawia się nieodwołalnie w życiu każdej kobiety i oznacza dla niej utratę zdolności do prokreacji oraz wiele, najczęściej spostrzeganych negatywnie, zmian w funkcjonowaniu psychicznym i somatycznym (Bielawska-Batorowicz, 2016). Z kolei termin „andropauza” użył po raz pierwszy Werner w 1939 roku. Jego zdaniem, starsi mężczyźni, a na pewno znaczna ich część, doświadczają zmian zbliżonych do tych obserwowanych u starzejących się kobiet (Marshall, 2007; zob. też Mędraś, Bablok, 2002). Andropauza nazywana także „męską menopauzą” oznacza stopniowe zmniejszanie się sekrecji wielu hormonów, także androgenów, czemu towarzyszą różnorodne dolegliwości. Funkcje hormonalne jąder są jednak zachowane do późnej starości (Mędraś, Bablok, 2002; Boul, 2003). Andropauza jest rozpoznawana na podstawie niskich stężeń testosteronu całkowitego (8-12nmol/l lub 2,31-3,46 ng/ml) oraz zgłaszanych objawów (Rabijewski, Zgliczyński, 2009a). Mimo że andropauza i menopauza to dwa odmienne zjawiska, a u mężczyzn, w przeciwieństwie do kobiet, nie dochodzi do utraty funkcji prokreacyjnej, wielu autorów doszukuje się ich wspólnych cech. Liczne objawy przypisywane andropauzie są podobne do tych obserwowanych przy menopauzie. Mężczyźni, podobnie jak kobiety z menopauzą, odczuwają pogorszenie stanu somatycznego, psychicznego i funkcji seksualnych. Tak samo jak kobiety stoją w obliczu zmian w sytuacji rodzinnej, społeczno-zawodowej, które mogą stanowić źródło stresu, a tym samym dodatkowo obniżać ich samopoczucie. Objawy zwykle pojawiają się ok. 50.-51. roku życia. Przeciętny wiek menopauzy polskich kobiet mieści się bowiem między 48. a 52. rokiem życia, jednak jej zakres to 46,6-55 lat (Kaczmarek, 2007a). Andropauza dotyczy mężczyzn po 50. roku życia (Mędraś, Bablok, 2002). Redukcja ilości testosteronu ulega przyspieszeniu między 45. a 50. rokiem życia (Charlton, 2004), a u 6-12% mężczyzn objawy widoczne są po 45. roku życia (Rabijewski, Zgliczyński, 2009b).

Zmiany, których kobieta doświadcza w okresie menopauzy, a mężczyzna w okresie andropauzy i które opisywane są jako trudne, dotyczą nie tylko funkcjonowania organizmu, ale także sprawności i wyglądu ciała, aktywności zawodowej, życia rodzinnego. W społecznościach, gdzie panuje kult młodości, menopauza i andropauza mogą być postrzegane jako okres wielu strat i alienacji. Dlatego najbardziej znaczącym elementem udzielanej pomocy są otrzymywane informacje o tym, że jest się cenionym, otoczonym zainteresowaniem i miłością oraz o przynależności do sieci wspólnych relacji i wzajemnych obligacji (Tobiasz-Adamczyk, 2000). Kobiety z menopauzą, które są w związkach małżeńskich, niezależnie od ich rasy i pochodzenia etnicznego odczuwają niższy poziom stresu i wyżej oceniają jakość swojego życia (Avis i in., 2004). Tego rodzaju zależności między małżeństwem a dobrym samo-

czuciem występują we wszystkich krajach i dotyczą nie tylko kobiet. Zagrożeni złym stanem zdrowia i nagłą śmiercią są szczególnie starsi i samotni mężczyźni (Witkin, 1997). U samotnych mężczyzn występuje wysokie ryzyko pojawiania się negatywnych emocji, obniżonego nastroju, a nawet depresji (Akerlof, 1998; Myers, 2004). Wyniki badań holenderskich nieżonatych mężczyzn w wieku 45-59 lat wykazały, że są oni zagrożeni ryzykiem wszystkich chorób, w tym szczególnie związanych z układem krążenia (Mendes de Leon i in., 1992). Samotni mężczyźni są bardziej narażeni na choroby serca, częściej doświadczają stresu i lęku, większe jest u nich ryzyko alkoholizmu, problemów ze zdrowiem psychicznym, samobójstw w porównaniu z mężczyznami, którzy tworzą trwałe związki emocjonalne z partnerkami (Sampson, Laub, 1990; Coombs, 1991; Oleś, 2000).

Czas zmian hormonalnych, który przypada na drugą połowę średniej dorosłości, to trudny okres także dla funkcjonowania związku. Może tutaj dojść bowiem do rozstania lub wzmocnienia wzajemnej relacji. Wzrost swobody wynikający z mniejszej liczby obowiązków jako rodzica może wpływać na obniżenie potrzeby identyfikacji z małżeństwem i podporządkowania mu osobistych zainteresowań oraz budzić pokusę odzyskania całkowitej autonomii (Oleś, 2000). Małżonkowie zyskują więcej czasu na inne, pozarodzinne aktywności oraz samorealizację. Duża zmiana w funkcjonowaniu jednego partnera może być spostrzegana jako zagrożenie dla drugiego. Dodatkowo bilans życia, jakiego dokonuje się w tym okresie, gdy jest niekorzystny, może prowadzić do obwiniania współmałżonka, co zagraża relacji w związku (Grabowska, 2014). Z drugiej strony może być to okres dojrzewiania pary i bardzo satysfakcjonującego dalszego wspólnego życia. Warunkiem jest docenienie dotychczasowych wzajemnych osiągnięć oraz określenie nowych wspólnych celów adekwatnych do okresu rozwojowego partnerów. Wspólne życie w tym czasie może także być źródłem wspaniałych doznań i dawać poczucie szczęścia (Oleś, 2000; Rostowska, 2008). Przyjmuje się, że jakość związku może podlegać fluktuacji. Wyznaczać ją mogą również wiek oraz zmiany związane z funkcjonowaniem psychospołecznym partnerów, ich płeć i staż związku (Plopa 2005; Janicka, 2009).

Cel badań

Celem badań było wskazanie na występowanie zależności między jakością relacji z partnerem/partnerką a występowaniem i nasileniem objawów meno- i andropauzalnych. Sformułowano następujące pytania badawcze: Czy istnieją różnice w występowaniu i nasileniu objawów menopauzalnych pomiędzy trzema grupami kobiet, tj. w okresie pre-, peri- i postmenopauzalnym? Czy istnieją różnice w występowaniu i nasileniu objawów andropauzalnych pomiędzy trzema grupami mężczyzn, tj. w okresie ryzyka objawów, przejściowym i andropauzalnym? Czy istnieją różnice w ocenie własnego związku pomiędzy wyróżnionymi trzema grupami kobiet? Czy istnieją różnice w ocenie własnego związku pomiędzy trzema wyróżnio-

nymi grupami mężczyzn? Czy istnieją zależności pomiędzy występowaniem i nasileniem objawów menopauzalnych a zadowoleniem ze związku, oceną zachowań konfliktowych, wzajemnej komunikacji i intymności w związku? Czy istnieją zależności pomiędzy występowaniem i nasileniem objawów andropauzalnych a zadowoleniem ze związku, oceną zachowań konfliktowych, wzajemnej komunikacji i intymności w związku?

Metoda

Grupa badana

Zbadano 397 osób (200 kobiet i 197 mężczyzn). Były to osoby deklarujące różne formy aktywności – zawodową, rodzinną, społeczną, związane z edukacją i hobby. Osoby były badane w miejscu pracy, na uniwersytecie trzeciego wieku, w czasie organizowanych spotkań towarzyskich i czytelniczych w bibliotekach rejonowych. Wszyscy badani mieszkali w Łodzi i woj. łódzkim. Badanie miało charakter indywidualny i było przeprowadzane w obecności badacza. Osoby zostały poinformowane o celu badania oraz wyraziły świadomą zgodę na udział w nim. Badanie (rozmowa, wypełnianie ankiety i metod kwestionariuszowych) trwało ok. 50 min. Dobór osób do badań miał charakter celowy. Dobór grup wiekowych wymagał uwzględnienia występowania zmian hormonalnych u badanych. Podjęto próbę zbadania zmian, sygnalizowanych objawami, u kobiet i mężczyzn ze średnim lub wyższym wykształceniem, w związkach trwałych – małżeńskich (88% kobiet i 82,2% mężczyzn) lub kohabitacyjnych (12% kobiet i 17,8% mężczyzn), w wieku od 45. do 68. roku życia. Staż związku osób badanych wynosił od 2 do 46 lat. Opierając się na informacjach uzyskanych z ankiety, dokonano podziału osób badanych na trzy grupy wiekowe: ryzyka objawów, okres przejściowy, po menopauzie/andropauza. Z uwagi na to, że już po 45. roku życia część osób zaczyna doświadczać niekorzystnych objawów dotyczących zarówno sfery fizycznej, jak i psychicznej (Kaczmarek, 2007a, b; Rabijewski, Zgliczyński, 2009a), w badaniach uwzględniono także tę grupę wiekową i zaliczono do grupy ryzyka występowania objawów zmian hormonalnych. Kobiety zostały podzielone na trzy grupy ze względu na doświadczane zmiany menopauzalne (występowanie i regularność menstruacji). Grupa pierwsza to kobiety w okresie premenopauzalnym, a więc ryzyka objawów menopauzalnych (46 badanych), grupa druga to kobiety w okresie perimenopauzalnym, zwanym także okresem przejściowym lub okołomenopauzalnym (75 badanych), grupa trzecia to kobiety w okresie postmenopauzalnym, czyli po menopauzie (79 badanych). Proponowany podział znajduje uzasadnienie w literaturze przedmiotu. Badane kobiety w okresie premenopauzy były w wieku 45-47 lat, kobiety w okresie perimenopauzy – w wieku 48-50 lat, a te z postmenopauzą – w wieku od 51 do 68 lat. Wyróżnienie grup wiekowych mężczyzn jest umowne. Tak samo jak w przypadku menopauzy wskazano trzy grupy wiekowe, zakładając, iż mogą być właściwe trzem okresom związanym z an-

dropauzą: ryzyka objawów, przejściowego, andropauzy. Podział mężczyzn został wyznaczony przedziałami wieku, które w przybliżeniu odpowiadają wyróżnionym wiekowym grupom kobiet. Dolna i górna granica wieku kobiet i mężczyzn pozostają takie same, różnice dotyczą granic między przedziałami. Ze względu na to, że andropauzę rozpoznaje się u mężczyzn po 50. roku życia (Mędraś, Bablok, 2002), a menopauza u kobiet może pojawiać się wcześniej, bo już po 48. roku życia (Baron, 1991; Kaczmarek, Szwed, 2001, za: Bielawska-Batorowicz, 2016), przedziały wiekowe grup mężczyzn w okresie przejściowym (okołoandropauzalnym) i od ponad roku doświadczających objawów andropauzalnych zostały przesunięte o dwa lata względem odpowiadających im grup kobiet. Ponadto założono, że u mężczyzn istnieje podobna zależność jak w przypadku kobiet, dla których istotny dla przewidywania wieku osiągnięcia menopauzy naturalnej jest czas rozpoczęcia dojrzewania, co wyraża się w postaci wystąpienia pierwszej miesiączki (Kaczmarek, 2007b). Proces dojrzewania chłopców rozpoczyna się przeciętnie ok. dwa lata później, a w konsekwencji również andropauza pojawia się dwa lata później (po 50 r.ż.) niż menopauza u kobiet (po 48 r.ż.). Uwzględniając te założenia, odpowiednio do trzech grup kobiet, utworzono trzy grupy wiekowe mężczyzn: grupę pierwszą w wieku od 45 do 49 lat – jako okres ryzyka objawów (56 badanych), grupę drugą od 50 do 52 lat – jako okres przejściowy (61 badanych) i grupę trzecią od 53 do 68 lat – jako okres właściwy dla andropauzy (80 osób).

Narzędzia

Zastosowano następujące metody badawcze: ankieta własnej konstrukcji, kwestionariusz „Zdrowie kobiet” (WHQ) Hunter, Test Samooceny zalecany przez „Organon” dla mężczyzn i Kwestionariusz Stosunków Partnerskich (PFB) Hahlwega.

Ankieta skonstruowana na potrzeby badania służyła do uzyskania informacji demograficznych, dotyczących zdrowia i stylu życia. Dodatkowo zawarte w niej pytania miały pomóc w wyselekcjonowaniu trzech grup kobiet: w okresie premenopauzy (regularnie miesiączkujące), w okresie perimenopauzy (nieregularnie miesiączkujące) i w okresie postmenopauzy (od ponad roku niemiesiączkujące).

Kwestionariusz „Zdrowie kobiet” (WHQ) Hunter, w polskiej adaptacji Bielawskiej-Batorowicz¹, służy do pomiaru objawów emocjonalnych i fizycznych u kobiet od 45. roku życia. Stosuje się go do oceny 36 symptomów dotyczących samopoczucia, dolegliwości fizycznych, doświadczeń seksualnych, objawów wazomotorycznych i menstruacyjnych. W kwestionariuszu „Zdrowie kobiet”, oceniając symptomy, można wybrać jedną z odpowiedzi: zawsze (zdecydowanie tak), czasami (raczej tak), rzadko (raczej nie), wcale (zdecydowanie nie). Odpowiedzi „zawsze” i „czasami” otrzymują 1 pkt, a odpowiedzi „rzadko” i „nigdy” – 0 pkt. W przypadku niektórych twierdzeń należy odwrócić punktację. Poszczególne twierdzenia tworzą skale:

¹ Materiały własne udostępnione przez Autora.

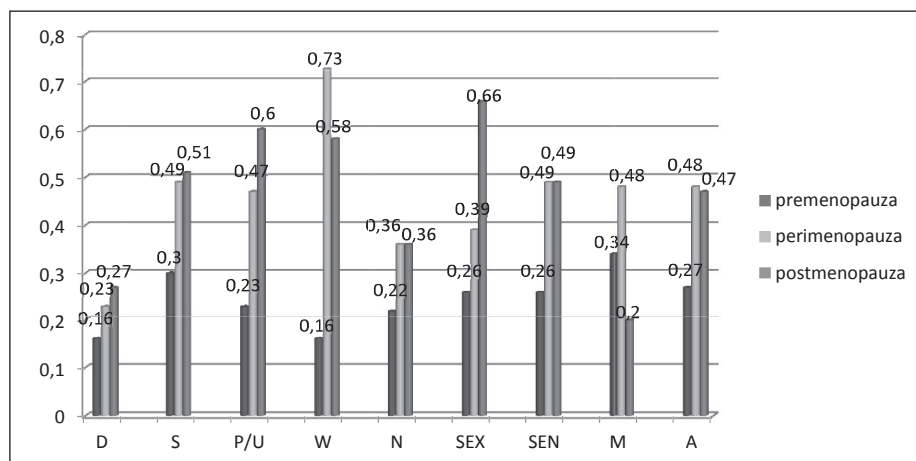
nastrój depresyjny (D), symptomy somatyczne (S), pamięć/uwaga (P/U), objawy wypadowe (W), niepokój (N), funkcjonowanie seksualne (SEX), zaburzenia snu (SEN), miesiączkowanie – wrażliwość piersi, skurcze w okolicy brzucha, obfitość miesiączki, wzdęcia brzucha (M), atrakcyjność (A). Wskaźnik dla każdej skali uzyskuje się, sumując punkty przyznane twierdzeniom tworzącym skale i dzieląc przez liczbę twierdzeń skali. Im wyższy wynik, tym częściej pojawiają się objawy uwzględnione w danej skali i tym więcej trudności i przykrych przeżyć występuje w danej sferze. Kwestionariusz „Zdrowie kobiet” umożliwia obliczenie także wskaźnika całkowitego ZDR-G. Jest on sumą wszystkich uzyskanych punktów (Hunter, 1992). Trafność kwestionariusza potwierdzono metodą porównań z GHQ – *The General Health Questionnaire*. Rzetelność określona wartością alfa Cronbacha mieści się w przedziale 0,69-0,96 (Hunter, 1992). Rzetelność testu sprawdzono również dla prezentowanych w niniejszej pracy wyników badań własnych. Wartość alfa Cronbacha mieści się w przedziale od 0,804 do 0,857.

Test Samooceny rekomendowany przez firmę farmaceutyczną „Organon” pozwala ocenić niedobór androgenów u mężczyzn. Test stosowany jest przede wszystkim przez lekarzy. Składa się z 17 twierdzeń opisujących poszczególne objawy niedoboru testosteronu. Objawy dotyczą czterech grup zaburzeń: fizycznych, naczynioruchowych, psychologicznych, seksualnych. Mężczyźni proszeni są o ocenę na czterostopniowej skali częstości obserwowanych u siebie dolegliwości. Odpowiedziom przypisane są odpowiednio punkty: nigdy – 0, czasami – 1, często – 2, zawsze – 3. O niedoborze testosteronu świadczy następujący wynik: minimum 5 pkt w ocenie zaburzeń seksualnych i naczynioruchowych (suma ocen objawów seksualnych i naczynioruchowych) albo minimum 4 pkt w ocenie zaburzeń psychologicznych lub minimum 8 pkt w ocenie zaburzeń seksualnych. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zaburzeń (Mędraś, Bablok, 2002).

Kwestionariusz Stosunków Partnerskich PFB (*Partnerschaftsfragebogen*) K. Hahlwega, w polskiej adaptacji Janickiej, stosuje się do diagnozowania jakości stosunków zarówno między małżonkami, jak i między partnerami kohabitującymi. Kwestionariusz składa się z 30 twierdzeń dotyczących różnych zachowań występujących w relacjach partnerskich, które tworzą 3 skale: wzajemna komunikacja (WK), intymność (I) i zachowania w kłótni (K). W przeciwieństwie do skal intymności i wzajemności w komunikacji w skali kłótni wysokie wartości dotyczą szczególnie negatywnych zachowań. Badanie wewnętrznej struktury skal wskazuje na ich zadowalające parametry psychometryczne, współczynniki spójności wewnętrznej wynoszą odpowiednio – rzetelność: 0,88 – dla skali wzajemnej komunikacji, 0,91 – dla skali intymności, 0,93 – dla skali kłótni oraz 0,95 – dla sumy trzech skal. Rzetelność kwestionariusza sprawdzono także metodą powtarzania testu. Współczynniki rzetelności okazały się korzystne dla wszystkich trzech skal i ich sumy. Współczynniki rzetelności wyniosły: 0,68 – dla skali kłótni; 0,74 – dla skali intymności; 0,83 – dla skali wzajemnej komunikacji oraz 0,85 – dla sumy trzech skal. Kwestionariusz ten może być stosowany do diagnozowania zaburzeń w stosunkach między partnerami (Janicka, 2008).

Wyniki

Porównano wyniki (rycina 1) dotyczące objawów menopauzalnych u kobiet należących do trzech grup: premenopauzalnej, perimenopauzalnej i postmenopauzalnej.

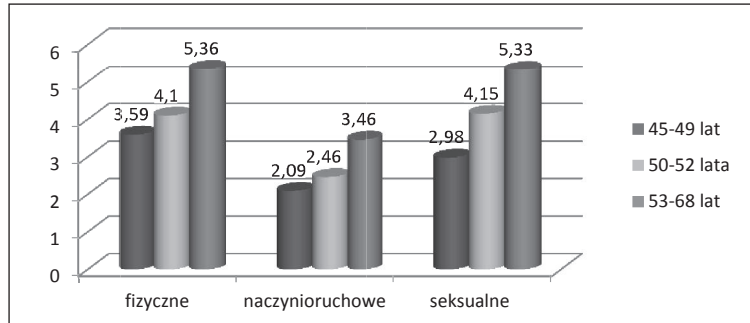


Rycina 1. Objawy menopauzalne u kobiet w okresie 1-pre-, 2-peri-, 3-postmenopauzy (analiza wariancji ANOVA – $F(3, 197)$; $p < 0,05$)

Źródło: oprac. własne.

Najwięcej objawów i największego ich nasilenia (zgodnie z zaznaczonymi wartościami średnimi na wykresie) doświadczają kobiety w okresie postmenopauzalnym i perimenopauzalnym. Kobiety po menopauzie, w porównaniu z pozostałymi grupami kobiet, zgłaszają więcej objawów uznanych za niespecyficzne dla menopauzy, takich jak depresja, zaburzenia pamięci i uwagi (P/U), symptomy somatyczne (S), ale także zaburzenia seksualne (SEX), które mogą wynikać zarówno z dolegliwości bólowych w trakcie stosunku, jak i ze straty zainteresowania współżyciem seksualnym. Kobiety w okresie perimenopauzalnym, bardziej niż pozostałe grupy kobiet, skarżą się na objawy specyficzne dla menopauzy, takie jak wypadowe (W) i związane z miesiączkowaniem (M), ale także obniżenie atrakcyjności (A). Należy sądzić, że objawy menopauzalne wyraźnie ujawniają się u kobiet już w okresie okołomenopauzalnym, a niektóre z nich (niepokój – N, zaburzenia snu – SEN) mogą być na podobnym poziomie, jak u kobiet po menopauzie.

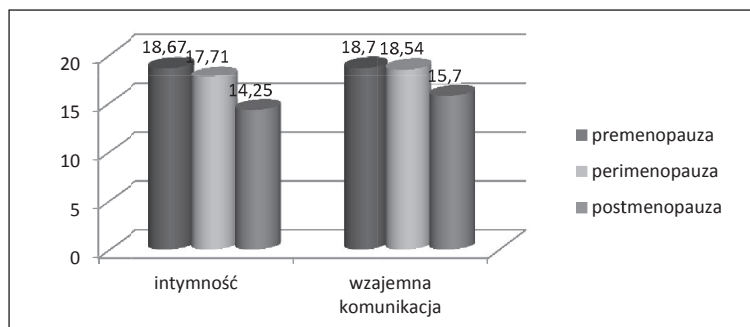
Porównano wyniki (rycina 2) dotyczące objawów andropauzalnych u mężczyzn należących do trzech grup wiekowych: 45-49 lat, 50-52 lata, 53-68 lat.



Rycina 2. Objawy andropauzalne u mężczyzn w trzech grupach wiekowych: 45-49 lat, 50-52 lata, 53-68 lat (analiza wariancji ANOVA – $F(3, 194)$; $p < 0,05$)
 Źródło: oprac. własne.

Najwięcej objawów świadczących o andropauzie i największe ich nasilenie (wyniki średnie zaznaczone na wykresie) dotyczy mężczyzn w wieku 53-68 lat. Średnie wskaźniki objawów wzrastają wraz z wiekiem badanych – istotnie wyższe okazały się w badanej grupie mężczyzn najstarszych, w porównaniu z mężczyznami z grupy młodszej i najmłodszej. Mężczyźni z najstarszej grupy (53-68 lat), bardziej niż pozostałe grupy, skarżą się na zaburzenia fizyczne, naczyniowe, seksualne. Zaburzenia psychologiczne nie różnicują badanych grup wiekowych mężczyzn, ale dla wszystkich przyjmują wartości wskazujące – zgodnie z założeniami Testu Samooceny – na niedobór androgenów.

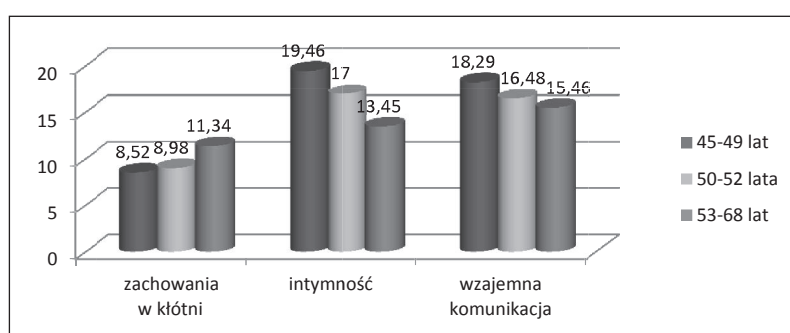
Porównano poziom intymności, wzajemnej komunikacji i zachowania w kłótni, w trzech grupach badanych kobiet. Zachowania w kłótni nie różnicowały badanych grup kobiet. Wyniki dotyczące intymności i komunikacji prezentuje rycina 3.



Rycina 3. Intymność i wzajemna komunikacja u kobiet w okresie 1-pre-, 2-peri-, 3-postmenopauzy (analiza wariancji ANOVA – $F(3, 197)$; $p < 0,05$)
 Źródło: oprac. własne.

Kobiety z trzech grup wiekowych istotnie różnicuje poziom intymności oraz wzajemnej komunikacji (średnie wyniki zaznaczone na wykresie). Najkorzystniejsze wskaźniki, tych wymiarów jakości związku, uzyskały kobiety z premenopauzą, a najgorsze – po menopauzie. Zatem jakość relacji w związkach, jakie tworzą badane kobiety, może obniżać się wraz z ich wiekiem i towarzyszącymi mu zmianami hormonalnymi.

Podobnego porównania wymiarów jakości związku (zachowań w kłótni, intymności, wzajemnej komunikacji) dokonano w trzech grupach wiekowych mężczyzn. Wyniki prezentuje rycina 4.



Rycina 4. Jakość związku u mężczyzn w wieku: 45-49 lat, 50-52 lata, 53-68 lat (analiza wariacji ANOVA – $F(3, 194)$; $p < 0,05$)

Źródło: oprac. własne.

Mężczyźni w wieku 53-68 lat częściej przyznają się do zachowań konfliktowych niż pozostali. Intymność i wzajemna komunikacja osiągają wartości najkorzystniejsze u mężczyzn w wieku 45-49 lat, a najmniej korzystne – u mężczyzn najstarszych, tj. w wieku 53-68 lat. Opierając się na uzyskanych wynikach, należy wnioskować, że jakość związku jest najniższa u mężczyzn będących w okresie andropauzy.

Porównanie średnich wymiarów jakości związku kobiet w okresie premenopauzalnym i mężczyzn w wieku 45-49 lat nie ujawniło występowania istotnych różnic. Mężczyźni i kobiety w okresie, przyjętym w badaniach własnych, ryzyka objawów meno- i andropauzalnych oceniają podobnie jakość swojego związku i są z niego zadowoleni. Mężczyźni z najstarszej grupy (53-68 lat) oraz młodszy (50-52 lata) ujawniają więcej zachowań w kłótni w porównaniu z odpowiadającymi im grupami kobiet (postmenopauzalną i perimenopauzalną). Mężczyźni w wieku 50-52 lata, w porównaniu z kobietami w podobnym wieku (w czasie perimenopauzy), niżej oceniają komunikację w związku ($p < 0,05$).

Zależności między jakością związku a objawami menopauzalnymi dla kobiet należących do trzech wyróżnionych grup związanych ze zmianami hormonalnymi prezentują tabele 1-3. W opisie wyników przyjęto za znaczące istotne korelacje powyżej 0,3.

Tabela 1. Jakość związku a objawy menopauzalne u kobiet w okresie premenopauzalnym ($n = 46$)

Jakość związku	Objawy									
	Depresja	Symptomy somatyczne	Pamięć i uwaga	Objawy wypadowe	Niepokój	Funkcjonowanie seksualne	Zaburzenia snu	Miesiączkowanie	Atrakcyjność	Wynik ogólny
Zachowania w kłótni	<i>r</i> 0,359	0,378	-0,035	0,202	0,291	0,169	0,041	0,191	0,247	0,324
	<i>p</i> 0,014	0,010	0,817	0,179	0,050	0,262	0,787	0,203	0,098	0,028
Intymność	<i>r</i> -0,235	-0,227	0,116	-0,185	-0,105	-0,218	-0,035	0,083	-0,319	-0,211
	<i>p</i> 0,116	0,129	0,443	0,218	0,485	0,145	0,816	0,585	0,051	0,159
Wzajemna komunikacja	<i>r</i> -0,298	-0,324	0,183	-0,075	-0,225	-0,023	-0,209	0,069	-0,386	-0,225
	<i>p</i> 0,044	0,028	0,223	0,618	0,133	0,879	0,164	0,650	0,008	0,133
Zadowolenie ze związku	<i>r</i> -0,524	-0,396	0,001	-0,096	-0,268	-0,176	-0,224	-0,109	-0,276	-0,352
	<i>p</i> 0,001	0,007	0,995	0,527	0,071	0,241	0,135	0,470	0,064	0,016

Źródło: oprac. własne.

Wśród kobiet w okresie premenopauzalnym (tabela 1) wymiary jakości związku korelowały ze wskaźnikami objawów depresji i symptomów somatycznych. Kobiety doświadczające bardziej intensywnych objawów depresji uzyskiwały wyższe wskaźniki dotyczące zachowań w kłótni, co oznacza więcej takich negatywnych zachowań w relacji z partnerem ($r = 0,359$; $p = 0,014$), i niższe dotyczące zadowolenia ze związku ($r = -0,529$; $p = 0,001$). Intensywnym symptomom somatycznym towarzyszyło także więcej zachowań w kłótni ($r = 0,378$; $p = 0,010$), niższa ocena wzajemnej komunikacji ($r = -0,324$; $p = 0,028$) oraz zadowolenia ze związku ($r = -0,396$; $p = 0,007$). Im wyższa wartość ogólna dla objawów menopauzalnych, tym wyższe były wskaźniki dotyczące zachowań w kłótni ($r = 0,324$; $p = 0,028$) i tym mniejsze zadowolenie ze związku ($r = -0,352$; $p = 0,016$).

U kobiet w okresie okołomenopauzalnym (tabela 2) jakość związku i zadowolenie ze związku mają największe znaczenie dla funkcjonowania seksualnego. Bardziej intensywnym i niekorzystnym zmianom w funkcjonowaniu seksualnym (obniżone libido, suchość pochwy, bolesne stosunki) towarzyszy więcej zachowań w kłótni ($r = 0,304$; $p = 0,008$), niższy poziom intymności ($r = -0,599$; $p = 0,001$) oraz mniejsze zadowolenie ze związku ($r = -0,514$; $p = 0,001$). Niższa ocena intymności występowała z wyższym wynikiem dotyczącym niepokoju ($r = -0,361$; $p = 0,001$) i poczucia nieatrakcyjności ($r = -0,349$; $p = 0,002$). Kobiety doświadczające więcej objawów menopauzalnych były mniej zadowolone ze swojego związku ($r = -0,375$; $p = 0,001$), który oceniały przede wszystkim jako mało intymny ($r = -0,377$; $p = 0,001$).

Tabela 2. Jakość związku a objawy menopauzalne u kobiet w okresie perimenopauzalnym ($n = 75$)

Jakość związku	Objawy									
	Depresja	Symptomy somatyczne	Pamięć i uwaga	Objawy wypadowe	Niepokój	Funkcjonowanie seksualne	Zaburzenia snu	Miesiączkowanie	Atrakcyjność	Wynik ogólny
Zachowania w kłótni	r 0,106	0,177	-0,052	-0,030	0,156	0,304	0,023	-0,062	0,009	0,127
	p 0,365	0,129	0,657	0,796	0,182	0,008	0,847	0,599	0,941	0,276
Intymność	r -0,084	-0,125	-0,168	0,140	-0,361	-0,599	-0,161	0,029	-0,349	-0,377
	p 0,476	0,284	0,149	0,229	0,001	0,001	0,167	0,806	0,002	0,001
Wzajemna komunikacja	r -0,201	-0,102	-0,150	0,174	-0,257	-0,249	-0,120	0,077	-0,256	-0,227
	p 0,084	0,385	0,199	0,136	0,026	0,031	0,303	0,511	0,027	0,050
Zadowolenie ze związku	r 0,009	-0,243	-0,169	-0,025	-0,158	-0,514	-0,270	-0,021	-0,312	-0,375
	p 0,938	0,036	0,147	0,831	0,175	0,001	0,019	0,859	0,006	0,001

Źródło: oprac. własne.

Tabela 3. Jakość związku a objawy menopauzalne u kobiet po menopauzie ($n = 79$)

Jakość związku	Objawy									
	Depresja	Symptomy somatyczne	Pamięć i uwaga	Objawy wypadowe	Niepokój	Funkcjonowanie seksualne	Zaburzenia snu	Miesiączkowanie	Atrakcyjność	Wynik ogólny
Zachowania w kłótni	r 0,639	0,353	0,146	0,066	0,329	0,246	0,179	0,071	0,289	0,381
	p 0,001	0,001	0,200	0,561	0,003	0,029	0,114	0,535	0,010	0,001
Intymność	r -0,470	-0,407	-0,374	-0,114	-0,288	-0,482	-0,462	-0,162	-0,214	-0,513
	p 0,001	0,001	0,001	0,317	0,010	0,001	0,001	0,154	0,059	0,001
Wzajemna komunikacja	r -0,482	-0,191	-0,133	0,077	-0,232	-0,267	-0,258	-0,198	-0,43	-0,269
	p 0,001	0,091	0,243	0,502	0,040	0,017	0,022	0,080	0,708	0,016
Zadowolenie ze związku	r -0,565	-0,139	-0,119	0,002	-0,352	-0,267	-0,189	-0,171	-0,163	-0,317
	p 0,001	0,221	0,294	0,987	0,001	0,017	0,096	0,132	0,151	0,004

Źródło: oprac. własne.

Wśród kobiet po menopauzie (tabela 3) najwięcej silnych zależności z zadowoleniem ze związku oraz wymiarami jego jakości dotyczy objawów depresji. Silnym objawom depresji towarzyszy więcej zachowań w kłótni ($r = 0,639$; $p = 0,001$), niski poziom intymności ($r = -0,470$; $p = 0,001$), niski poziom wzajemnej komunikacji ($r = -0,482$; $p = 0,001$) i małe zadowolenie ze związku ($r = -0,567$; $p = 0,001$). Niższej ocenie intymności towarzyszy nie tylko większa intensywność doświadczanych objawów depresyjnych, ale także symptomów somatycznych ($r = -0,407$; $p = 0,001$), zaburzeń pamięci i uwagi ($r = -0,374$; $p = 0,001$), zmian w funkcjonowaniu seksualnym ($r = -0,482$; $p = 0,001$), snu ($r = -0,462$; $p = 0,001$) oraz wyższy wskaźnik ogólny objawów menopauzalnych ($r = -0,513$; $p = 0,001$). Więcej zachowań w kłótni charakteryzuje związki kobiet, które również częściej obserwują u siebie symptomy somatyczne ($r = 0,353$; $p = 0,001$), niepokój ($r = 0,329$; $p = 0,003$) i objawy menopauzalne ujęte we wskaźniku ogólnym ($r = 0,381$; $p = 0,001$). Niższe zadowolenie ze związku występowało z wyższymi wskaźnikami niepokoju ($r = -0,352$; $p = 0,001$) i sumy objawów menopauzalnych ($r = -0,317$; $p = 0,004$).

Zależności między jakością związku a objawami andropauzalnymi dla mężczyzn należących do trzech wyróżnionych grup prezentują tabele 4-6.

Tabela 4. Jakość związku a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 45-49 lat ($n = 56$)

Jakość związku	Objawy						
	<i>r</i>	Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia naczynioruchowe	Zaburzenia psychologiczne	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seksualne + naczynioruchowe	Wynik ogólny
Zachowania w kłótni	<i>r</i>	0,037	0,268	0,171	0,257	0,297	0,256
	<i>p</i>	0,789	0,046	0,208	0,056	0,026	0,057
Intymność	<i>r</i>	-0,349	-0,465	-0,245	-0,606	-0,637	-0,587
	<i>p</i>	0,008	0,001	0,069	0,001	0,001	0,001
Wzajemna komunikacja	<i>r</i>	-0,183	-0,375	-0,101	-0,233	-0,328	-0,296
	<i>p</i>	0,177	0,004	0,459	0,083	0,014	0,027
Zadowolenie ze związku	<i>r</i>	-0,210	-0,362	-0,190	-0,318	-0,384	-0,366
	<i>p</i>	0,120	0,006	0,161	0,017	0,004	0,005

Źródło: oprac. własne.

W najmłodszej grupie badanych mężczyzn (tabela 4) intensywniejsze objawy andropauzalne, z wyjątkiem zaburzeń psychologicznych, współwystępują z niższą oceną intymności w związku. Tu najsilniejsze zależności dotyczą zaburzeń seksualnych ($r = -0,606$; $p = 0,001$) oraz sumy zaburzeń seksualnych i naczynioruchowych ($r = -0,637$;

$p = 0,001$). Mniejsze zadowolenie z komunikacji z partnerem towarzyszy silniejszym zaburzeniom naczynioruchowym ($r = -0,375$; $p = 0,004$) oraz naczynioruchowym z seksualnymi ($r = -0,328$; $p = 0,014$). Ponadto im mniejsze zadowolenie ze związku, tym więcej zaburzeń naczynioruchowych ($r = -0,362$; $p = 0,006$), seksualnych ($r = -0,318$; $p = 0,017$), seksualnych i naczynioruchowych łącznie ($r = -0,384$; $p = 0,004$) oraz tym wyższy wskaźnik ogólny objawów andropauzalnych ($r = -0,366$; $p = 0,005$).

Tabela 5. Jakość związku a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 50-52 lata ($n = 61$)

Jakość związku	Objawy						
		Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia naczynioruchowe	Zaburzenia psychologiczne	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seksualne + naczynioruchowe	Wynik ogólny
Zachowania w kłótni	<i>r</i>	0,232	0,284	0,160	0,566	0,510	0,428
	<i>p</i>	0,072	0,026	0,217	0,001	0,001	0,001
Intymność	<i>r</i>	-0,461	-0,482	-0,259	-0,514	-0,562	-0,548
	<i>p</i>	0,001	0,001	0,044	0,001	0,001	0,001
Wzajemna komunikacja	<i>r</i>	-0,204	-0,270	-0,038	-0,269	-0,302	-0,253
	<i>p</i>	0,115	0,035	0,773	0,036	0,018	0,049
Zadowolenie ze związku	<i>r</i>	-0,435	-0,430	-0,141	-0,467	-0,502	-0,475
	<i>p</i>	0,001	0,001	0,279	0,001	0,001	0,001

Źródło: oprac. własne.

Mężczyźni w wieku 50-52 lata (tabela 5), którzy doświadczają silniejszych zaburzeń seksualnych, seksualnych i naczynioruchowych łącznie oraz ujawniają wyższy wskaźnik ogólny dla objawów andropauzalnych, jednocześnie niżej oceniają jakość swojego związku we wszystkich trzech wymiarach oraz są mniej zadowoleni z relacji z partnerką. Najsilniejsze korelacje występują pomiędzy: zaburzeniami seksualnymi a oceną zachowań w kłótni ($r = 0,566$; $p = 0,001$) i intymności ($r = -0,514$; $p = 0,001$); zaburzeniami seksualnymi i naczynioruchowymi a oceną zachowań w kłótni ($r = 0,510$; $p = 0,001$), intymności ($r = -0,562$; $p = 0,001$) i zadowolenia ze związku ($r = -0,502$; $p = 0,001$); sumą objawów andropauzalnych (ujęta w wyniku ogólnym) a oceną intymności ($r = -0,548$; $p = 0,001$). Niska ocena intymności związku może oznaczać brak zrozumienia i wsparcia dla trudności wynikających ze zmian hormonalnych a związanych z funkcjonowaniem seksualnym, czyniąc je bardziej dotkliwymi. Niższej ocenie intymności oraz zadowolenia ze związku towarzyszą także bardziej nasilone zaburzenia fizyczne ($r = -0,461$ oraz $r = -0,435$; $p = 0,001$) i naczynioruchowe ($r = -0,482$ oraz $r = -0,430$; $p = 0,001$).

Tabela 6. Jakość związku a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 53-68 lat ($n = 80$)

Jakość związku	Objawy						
		Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia naczyniowo-ruchowe	Zaburzenia psychologiczne	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seksualne + naczyniowo-ruchowe	Wynik ogólny
Zachowania w kłótni	<i>r</i>	0,013	0,093	-0,060	0,051	0,082	0,034
	<i>p</i>	0,910	0,412	0,599	0,652	0,467	0,767
Intymność	<i>r</i>	-0,085	-0,090	-0,259	-0,267	-0,215	-0,258
	<i>p</i>	0,453	0,427	0,020	0,016	0,056	0,021
Wzajemna komunikacja	<i>r</i>	-0,025	0,131	-0,207	0,110	0,141	0,001
	<i>p</i>	0,826	0,245	0,065	0,333	0,212	0,990
Zadowolenie ze związku	<i>r</i>	0,063	0,106	-0,210	-0,048	0,044	-0,036
	<i>p</i>	0,581	0,350	0,062	0,673	0,700	0,750

Źródło: oprac. własne.

W grupie mężczyzn między 53. a 68. rokiem życia (tabela 6) występują jedynie słabe zależności pomiędzy doświadczanymi objawami andropauzalnymi a oceną jakości związku. Niższa ocena intymności związku towarzyszy silniejszym zaburzeniom psychologicznym ($r = -0,259$; $p = 0,020$), seksualnym ($r = -0,267$; $p = 0,016$) oraz tym ujmowanym jako suma objawów andropauzalnych ($r = -0,258$; $p = 0,021$). U mężczyzn będących w okresie andropauzy jakość ich związku jest oceniana najniżej, co nie łączy się jednak z nasileniem ich objawów andropauzalnych.

Dyskusja

Przedstawione wyżej wyniki badań wskazują, że szczególnie trudnym okresem dla kobiet, tj. tym, w którym nasilenie objawów menopauzalnych bywa największe, jest czas perimenopauzalny i postmenopauzalny. Inne badania potwierdzają, że występowanie i nasilenie objawów zmian hormonalnych jest największe w czasie perimenopauzy i w pierwszych latach po menopauzie (Fuh i in., 2003). Jednak obniżanie się poziomu estrogenów i wynikające z tego zmiany w proporcjach między hormonami prowadzą do postępujących i nieodwracalnych zmian ustrojowych, które w końcowym efekcie ujawniają się w postaci starzenia się organizmu. Prawdopodobnie dlatego u kobiet po menopauzie, w porównaniu z kobietami w okresie okołomenopauzalnym, bardziej nasilone były objawy traktowane jako niespecyficzne dla menopauzy (symptomy depresji, somatyczne) albo bardziej odroczone

konsekwencje zmian hormonalnych (np. zmiany w funkcjonowaniu seksualnym). Najwięcej objawów świadczących o andropauzie i największe ich nasilenie dotyczyło grupy mężczyzn będących w wieku 53-68 lat. U mężczyzn, w przeciwieństwie do kobiet, nie występuje całkowite zatrzymanie czynności rozrodczych, a zmiany związane ze starzeniem się układu płciowego przebiegają stopniowo. Tylko niewielka grupa mężczyzn doświadcza wyraźnych objawów dysfunkcji czynności hormonalnej gonad (Kula, 1998; T'Sjoen i in., 2003). Zespół objawów klinicznych związanych ze stopniowym zmniejszaniem się syntezy testosteronu w surowicy krwi zwykle pojawia się wraz z wiekiem i dotyczy mężczyzn starszych, stąd nazywany jest także późnym hipogonadyzmem męskim (Jakiel i in., 2008). Z najnowszych badań wynika, że zespół niedoboru testosteronu najlepiej charakteryzują objawy z kategorii zaburzeń seksualnych (zaburzenia erekcji, brak porannych erekcji, mniejsza częstotliwość myślenia o seksie) (Rabijewski, 2013), na które zwykle skarżą się starsi mężczyźni. Spośród objawów przypisywanych andropauzie jedynie zaburzenia psychologiczne nie różnicowały badanych grup mężczyzn. Potwierdza to koncepcja braku specyficznych objawów psychologicznych dla andropauzy (Delhez, Hansenne, Legros, 2003; Zitzmann, Faber, Nieschlag, 2006; Zitzmann, Nieschlag, 2006; Nieschlag i in., 2008, za: Rabijewski, Zgliczyński, 2009b; Lee i in., 2010; Pines, 2011).

Najstarsze kobiety i najstarsi mężczyźni, w porównaniu z młodszymi osobami, niżej oceniają jakość swoich związków. Kobiety po menopauzie najniżej oceniły intymność i wzajemną komunikację w relacji z partnerem, a mężczyźni w wieku 53-68 lat dodatkowo wskazali na zachowania w kłótni. Druga połowa średniej dorosłości to bardzo trudny okres dla funkcjonowania związku zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. Odejście dorosłych dzieci z domu może oznaczać dla partnerów poczucie pustki, nudy i samotności, a nawet kryzys tożsamości. Wzrost swobody wynikający z mniejszej liczby obowiązków jako rodzica może wpływać na obniżenie potrzeby identyfikacji z małżeństwem i podporządkowania mu osobistych zainteresowań oraz budzić pokusę odzyskania całkowitej autonomii i realizacji niewykorzystanych szans życiowych (Oleś, 2000; Rostowska 2009). Ponadto osoby w wieku menopauzy i andropauzalnym najczęściej są w związkach z długim stażem, w których mogło dojść do ochłodzenia uczuć między partnerami, utraty pragnienia poszukiwania z nim fizycznej bliskości. Zdaniem Jakieła i współautorów, mniejsze zainteresowanie seksem i kryzys wieku średniego partnera jest głównym powodem negatywnych zmian w małżeństwie w przypadku kobiet z menopauzą. Zaburzenia erekcji i obniżony popęd seksualny mężczyzn (w podobnym do kobiet wieku) są przyczyną mniejszej liczby stosunków lub całkowitego zaprzestania współżycia (za: Stusiński, Lew-Starowicz, 2012; zob. też Chedraui, Miguel, Avila, 2009). Dodatkowo dolegliwości związane ze zmianami hormonalnymi lub współwystępującymi chorobami somatycznymi (których ryzyko pojawienia się także rośnie wraz z wiekiem) mogą ograniczać zdolność do wzajemnej empatii i bliskości.

U kobiet w okresie postmenopauzalnym ocena jakości związku okazała się najbardziej istotna dla doświadczeń związanych ze zmianami hormonalnymi. W tej

grupie kobiet najbardziej znaczącą dla objawów menopauzalnych okazał się jeden z trzech wymiarów jakości związku – intymność. Niższa ocena intymności towarzyszyła bardziej nasilonym objawom (depresyjnym, somatycznym, zaburzeniom pamięci i uwagi, seksualnym, snu, sumą objawów menopauzalnych). Objawy depresji, w grupie kobiet po menopauzie, były najbardziej powiązane z oceną jakości związku. Im gorzej oceniane były wszystkie wymiary jakości związku (intymność, wzajemna komunikacja, zachowania w kłótni), tym bardziej intensywnie doświadczano objawów depresji. Zła relacja z partnerem częściej charakteryzuje kobiety, które negatywnie oceniają menopauzę i zgłaszają więcej dolegliwości (Barth Olofsson, Collins, 2000). Badania kobiet po menopauzie wykazały, że trwała relacja interpersonalna, jaką jest związek małżeński, ma znaczenie dla poziomu odczuwanego stresu (Avis i in., 2004) i prawdopodobnie także decyduje o przystosowaniu się do nowej sytuacji, jaką jest zmiana funkcjonowania psychosomatycznego po menopauzie. Przekonanie, że jest się kochanym, ważnym dla innych, otaczanym troską, może osłabiać doświadczane symptomy poprzez lepsze radzenie sobie z nimi i przyczyniać się do dobrego samopoczucia. Według Bacona więź z bliską osobą może dwukrotnie zwiększać radość i ograniczać smutek (Myers, 2007). Kobiety, w porównaniu z mężczyznami, częściej przeżywają negatywne emocje, zwłaszcza w związkach niesatysfakcjonujących. Symptomy depresyjne u kobiet mniej zadowolonych ze swoich związków mogą wynikać z ich tendencji do obwiniania siebie za problemy w relacji, a także ze skłonności ich partnerów do wycofywania się, co obciąża emocjonalnie partnerkę. Kobiety dłużej niż ich partnerzy przechowują w pamięci konflikty i wzajemne urazy. Na depresję bardziej narażone są kobiety, które mają niezaspokojoną potrzebę bliskości. Dodatkowo ich zdrowie psychiczne i fizyczne silnie zależy od satysfakcji z relacji z partnerem szczególnie w związku z dłuższym stażem (Kazimierczak, 2008), który częściej dotyczy starszych kobiet.

U kobiet w okresie perimenopauzalnym niższa ocena poziomu intymności (wymiaru jakości związku) była związana z wyższym poziomem niepokoju, bardziej nasilonymi niekorzystnymi zmianami w funkcjonowaniu seksualnym i niższym poczuciem atrakcyjności. Intymność to pozytywne uczucia względem partnera umożliwiające przywiązanie, bliskość i wzajemną zależność (Sternberg, 2007). Jest ona szczególnie ważna zwłaszcza w sytuacjach trudnych, ponieważ redukuje negatywne emocje (Taylor, Sherman, 2007). Zdaniem Grabowskiej (2014), intymność w związku ma pozytywne znaczenie, także dla zachowań seksualnych. To od stopnia intymności w relacji zależy możliwość zaspokajania potrzeb seksualnych własnych i partnera, podejmowanie inicjatywy seksualnej, częstotliwość i satysfakcja ze współżycia seksualnego. Relacje małżeńskie oparte na wzajemnej komunikacji i akceptacji, posiadaniu wspólnych zainteresowań są wymieniane jako czynniki dobrego funkcjonowania seksualnego kobiet w czasie menopauzy (Ling, Wong, Ho, 2008; Jarzabek-Bielecka, Sowińska-Przepiera, Pawlaczyk, 2012). Satysfakcja seksualna koreluje z satysfakcją ze związku, stąd jeżeli jedna ulega obniżeniu, to druga także (Lew-Starowicz, Szymańska, 2012). Według McCall i Meston (za: Stusiński, Lew-Starowicz, 2012) uczucie

miłości i więź emocjonalna mogą zwiększyć poziom pożądania seksualnego nawet w sytuacji obniżonego popędu płciowego u kobiet po menopauzie. Obowiązujące w naszej kulturze stereotypy sprawiają, że kobiety wraz z nadejściem menopauzy, czują się mniej atrakcyjne (Bielawska-Batorowicz, 2016). Dla kobiet ważne jest ich poczucie zewnętrznej atrakcyjności, a udany związek zwykle zapewnia doświadczanie aprobaty i adoracji partnera (Lew-Starowicz, Szymańska, 2012). Kobiety, których związek z partnerem jest pozbawiony intymności, są bardziej narażone na niekorzystne zmiany w postrzeganiu własnej atrakcyjności i seksualności (Birnbbaum, Cohen, Wertheimer, 2007), a tym samym występowanie i nasilenie objawów menopauzalnych może być większe.

U kobiet w okresie premenopauzalnym zależności pomiędzy objawami menopauzalnymi a wymiarami jakości związku okazały się dotyczyć głównie zachowań w kłótni. Im częściej kobiety podejmowały tego typu zachowania, tym gorzej czuły się zarówno psychicznie, jak i somatycznie. Umysł i ciało są trwale ze sobą powiązane, co oznacza, że uraz psychiczny ujawnia się także w zaburzeniach somatycznych (Rotschild, 2014). Kłótnie z partnerem ograniczają, a nawet pozbawiają poczucia bliskości, intymności, bezpiecznej wspólnej egzystencji, co znacznie wpływa na samopoczucie kobiety – intensyfikuje jej dolegliwości somatyczne i obniża nastrój.

U mężczyzn znaczące zależności pomiędzy objawami andropauzalnymi a jakością związku charakteryzowały osoby w wieku 50-52 lata i młodsze – w wieku 45-49 lat. Starsi mężczyźni, którzy przyznawali się do silniejszych zaburzeń seksualnych, seksualnych i naczynioruchowych łącznie oraz ogólnie związanych z andropauzą niżej oceniali intymność swojego związku i zgłaszali więcej zachowań w kłótni. Przyczyny zaburzeń seksualnych, jak np. obniżone libido, mogą być bardzo różne. Poza zaburzeniami hormonalnymi są nimi choroby somatyczne, stres, używanie leków, substancji psychoaktywnych, ale także zaburzone relacje z partnerką (Jakiel, 2011). Zaangażowanie i otwartość na potrzeby partnerki są bardzo znaczące dla funkcjonowania seksualnego w tym okresie życia (Stusiński, Lew-Starowicz, 2012). Brak intymności i konflikty w związku ograniczają możliwość uzyskania zrozumienia i wsparcia partnerki, czyniąc zaburzenia seksualne bardziej dotkliwymi (Kazimierczak, 2008).

W najmłodszej grupie mężczyzn (45-49 lat) niższej ocenie intymności w związku i wzajemnej komunikacji towarzyszyły bardziej intensywne zaburzenia naczynioruchowe oraz wyższy wynik sumy objawów seksualnych i naczynioruchowych. Być może u mężczyzn w tym wieku objawy naczynioruchowe, a tym bardziej problemy w sferze seksualnej budzą najsilniejsze emocje, a niepodejmowane jako temat rozmów, nawet z własną partnerką, stają się większym problemem. Według Steil (za: Kazimierczak, 2008) pomiędzy kobietami i mężczyznami istnieją różnice w tendencji do poszukiwania wsparcia społecznego. Mężczyźni rzadziej zgłaszają się po profesjonalną pomoc w rozwiązywaniu problemów psychologicznych. Brak możliwości ujawnienia problemów lub dostrzeżenia ich przez najbliższych pozostawia je nierozwiązane.

Najstarsi mężczyźni (53-68 lat) i kobiety (po menopauzie), w porównaniu z młodszymi osobami, doświadczają najwięcej objawów zmian hormonalnych i najniżej oceniają jakość swojego związku. U mężczyzn z andropauzą, w przeciwieństwie do kobiet po menopauzie, niska ocena własnego związku nie wydaje się tak wyraźnie intensyfikować ich objawów. Czy zatem „dobra” relacja nie chroni mężczyzn z andropauzą przed nasilaniem się objawów zmian hormonalnych? Okazuje się, że nie w takim samym stopniu jak kobiet po menopauzie. Prawdopodobnie kobiety bardziej niż mężczyźni potrzebują bliskości i intymności w tym trudnym dla siebie okresie. Mężczyzna musi czuć się potrzebny, a uczony jest, że w relacji ma spełniać oczekiwania finansowe, być silnym i nie szukać wsparcia u kobiety. Wychowanie kobiet także wzmacnia tego typu przekonania. Przejawem władzy – siły poza zewnętrznymi atrybutami (wynagrodzenie finansowe, status społeczny, stan posiadania) są również te wewnętrzne, jak zdrowie lub emocjonalna świadomość i otwartość, co częściej charakteryzuje kobiety, a także daje kontrolę nad własnym życiem i dostęp do doświadczeń umożliwiających satysfakcję. Mężczyźni z zinternalizowanym przekonaniem o konieczności bycia twardym tłumią emocje, co stoi na przeszkodzie bliskości i intymności w relacji z innymi. Odrzucenie własnej wrażliwości powoduje, w późniejszym życiu, brak oczekiwania pomocy i wyrażania swoich potrzeb. Mężczyźni często nie potrafią określić, z czego wynika ich frustracja, bo nikt ich nie uczy poszukiwania przyczyn własnych problemów i lęków. Gniew stanowi często formę rozładowania napięć, jednocześnie wzmacniając dystans z innymi (Zimbardo, Coulombe, 2015).

Uzyskane wyniki należy interpretować z dużą ostrożnością z uwagi na celowy dobór osób do badań. Ponadto uzyskane wskaźniki zależności między badanymi zmiennymi nie były wysokie – osiągały wartości bliskie przeciętnej. Niewątpliwie wyniki badania zwłaszcza dotyczące wciąż dyskutowanej, a nawet kwestionowanej andropauzy należałoby uznać za wstępne i poddać dalszej weryfikacji. Trzeba jednak podkreślić, że druga połowa średniej dorosłości może być podobnie trudna zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet. Zmiany zachodzące w ich życiu, również w bliskich związkach, mogą nasilać objawy hormonalne, nawet te łagodniej przebiegające u mężczyzn. Stąd wszystkie osoby będące w tym okresie życia należy otoczyć szczególną opieką. Oprócz oczywistej pomocy medycznej niezbędna jest również psychologiczna. Ważne są kompleksowe badania uwzględniające szeroki zakres, również psychospołecznych, przyczyn obniżonego samopoczucia osób w okresie meno- i andropauzy w celu ich kontroli lub możliwej eliminacji. Takie badania otwierają możliwości profesjonalnej pomocy i wsparcia.

Literatura cytowana

- Akerlof, G.A. (1998). Men without children. *The Economic Journal*, 108, 287-309.
- Argyle, M. (2005). Przyczyny i korelaty szczęścia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 165-203). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Avis, N.E., Assmann, S.F., Kravitz, H. M., Ganz, P.A., Ory, M. (2004). Quality of life in diverse groups of midlife women: Assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Quality of Life Research*, 13, 933-946.
- Barth Olofsson, A.S., Collins, A. (2000). Psychosocial factors, attitude to menopause and symptoms in Swedish perimenopausal women. *Climacteric*, 3, 1, 33-42.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2011). Menopauza i andropauza. Lustrzane odbicie czy różne zjawiska? W: B. Bartosz (red.), *Wymiary kobiecości i męskości. Od psychologii do kultury* (s. 33-56). Warszawa: Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2016). *Psychologiczne aspekty menopauzy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bińkowska, M. (2011). *Menopauza*. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka interna. Endokrynologia. Część 2* (s. 609-619). Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Birnbaum, G.E., Cohen, O., Wertheimer, V. (2007). Is it all about intimacy? Age, menopausal status, and women's sexuality. *Personal Relationships*, 14, 167-185.
- Bishop, G.D. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Boul, L.A. (2003). Men's health and middle age. *Sexualities, Evolution & Gender* 5, 1, 5-22.
- Charlton, R. (2004). Ageing male syndrome, andropause, androgen decline or mid-life crisis? *Journal of Men's Health and Gender*, 1 (1), 55-59.
- Chedraui, P., Miguel, G.S., Avila, C. (2009). Quality of life impairment during the female menopausal transition is related to personal and partner factors. *Gynecological Endocrinology*, 25 (2), 130-135.
- Coombs, R. (1991). Marital status and personal well-being: A literature review. *Family Relations*, 40 (1), 97-102.
- Delhez, M., Hansenne, M., Legros, J. (2003). Andropause and psychopathology: minor symptoms rather than pathological ones. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 863-874.
- Fuh, J.L., Wang, S.J., Lee, S.J., Lu, S.R., Juan, K.D. (2003). Quality of life and menopausal transition for middle-aged women on Kinmen Island. *Quality of Life Research*, 12, 53-61.
- Grabowska, M. (2014). Seksualność w związkach małżeńskich. W: I. Janicka, H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny* (s. 167-184). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Harwas-Napierała, B. (2012). Zdrowie rodziny w perspektywie psychologicznej. W: T. Rostowska, A. Lewandowska-Walter (red.), *Małżeństwo i rodzicielstwo a zdrowie* (s. 15-25). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Hunter, M. (1992). The woman's health questionnaire: a measure of mind-aged woman's perceptions of their emotional and psychical health. *Psychology and Health*, 7, 45-54.
- Jakiel, G. (2011). Niepłodność męska. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka interna. Endokrynologia. Część 2* (s. 647-650). Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Jakiel, G., Pilewska-Kozak, A.B., Melaniuk, M., Tobor, E. (2008). Mężczyźni kobiet menopauzalnych. Część I. Ocena demograficzna i stan endokryny. *Przegląd Menopauzalny*, 6, 323-331.

- Janicka, I. (2008). Stosunki partnerskie w związkach niemałżeńskich. *Przeгляд Psychologiczny*, 1, 37-53.
- Janicka, I. (2009). Ryzyko kryzysów i konfliktów w związkach kohabitacyjnych. *Przeгляд Psychologiczny*, 3, 293-308.
- Janicka, I. (2012). Poczucie dobrostanu u osób poślubionych, kohabitujących i u singli. W: T. Rostowska, A. Lewandowska-Walter (red.), *Małżeństwo i rodzicielstwo a zdrowie* (s. 26-53). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Jarząbek-Bielecka, G., Sowińska-Przepiera, E., Pawlaczyk, M. (2012). Aging and sexual activity: gynecological, sexological and psychological aspects. *Przeгляд Menopauzalny*, 6, 487-489.
- Kaczmarek, M. (2007a). Określenie wieku menopauzy naturalnej w populacji polskich kobiet. *Przeгляд Menopauzalny*, 2, 77-82.
- Kaczmarek, M. (2007b). Zróżnicowanie wieku menopauzy naturalnej wśród polskich kobiet ze względu na historie okresu rozrodczego. *Przeгляд Menopauzalny*, 2, 69-76.
- Kamp Dush, C.M., Amato, P.R. (2005). Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22 (5), 607-627.
- Kazimierczak, M. (2008). *Oblicza empatii w relacjach małżeńskich. Perspektywa psychologiczna*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- King, L.A., Eells, J.E., Burton, C.M. (2007). Pojęcie dobrego życia – w ujęciu szerokim i wąskim. W: P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 19-41). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kula, K. (1998). Starzenie się męskiego układu płciowego. W: T.E. Romera (red.), *Endokrynologia kliniczna dla ginekologa, internisty, pediatry* (s. 520-523). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lee A.M., Chu L.W., Chong C.S.Y., Chan S.Y., Tam S., Lam, K.S.L., Lam, T.P. (2010). Relationship between symptoms of androgen deficiency and psychological factors and quality of life among Chinese men. *European Academy of Andrology*, 33, 755-763.
- Lew-Starowicz, Z., Szymańska, M. (2012). Zaburzenia seksualne i problemy osobiste kobiet powyżej 45. roku życia. *Przeгляд Menopauzalny*, 6, 381-384.
- Ling, D.C., Wong, W.C.W., Ho, S.C. (2008). Are post-menopausal women "half-a-man"?: sexual beliefs, attitudes and concerns among midlife chinese women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 15-29.
- Marshall, B.L. (2007). Climacteric redux?: (Re)medicalizing the male menopause. *Men and Masculinities*, 9, 4, 509-529.
- Mendes de Leon, C.F., Apllles, A.W., Otten, F.W., Schouten, E.G. (1992). Risk of mortality and coronary heart disease by marital status in middle-aged men in the Netherlands. *International Journal of Epidemiological Association*, 3, 460-466.
- Mędraś, M., Bablok, L. (red.) (2002). *Andropauza*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Myers, D.G. (2004). Bliskie związki a jakość życia W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (s. 204-235). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Myers, D.G. (2007). Związki z ludźmi a dobre życie: szukanie równowagi między interesem jednostki i wspólnoty w polityce społecznej. W: P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 389-411). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Oleś, P. (2000). *Psychologia przelotmu połowy życia*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Pines, A. (2011). Male menopause: is it a real clinical syndrome? *Climacteric*, 14, 15-17.
- Plopa, M. (2005). *Psychologia rodziny*. Elbląg: Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Rabijewski, M. (2013). Zespół niedoboru testosteronu u starszych mężczyzn – aktualne poglądy. *Przegląd Menopauzalny*, 1, 34-39.
- Rabijewski, M., Zgliczyński, W. (2009a). Etiopatogeneza, rozpoznawanie i leczenie hipogonadyzmu u mężczyzn. *Endokrynologia Polska*, 60 (3), 222-233.
- Rabijewski, M., Zgliczyński, W. (2009b). Zespół niedoboru testosteronu u mężczyzn. *Geriatrics*, 3, 17-26.
- Rostowska, T. (2008). *Matżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Rostowska, T. (2009). *Matżeństwo, rodzina, praca a jakość życia* (wyd. 2). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Rotschild, B. (2014). *Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychicznym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sampson, R.J., Laub, J.H. (1990). Crime and deviance over the life course: The salience of adult social bonds. *American Sociological Review*, 55 (5), 609-627.
- Sternberg, R.J. (2007). Dwuskładnikowa teoria miłości. W: R.J. Sternberg, K. Weis (red.), *Nowa psychologia miłości* (s. 275-296). Taszów: Moderator.
- Stusiński, J., Lew-Starowicz, Z. (2012). Funkcjonowanie seksualne kobiet w średnim wieku – przegląd piśmiennictwa. *Przegląd Menopauzalny*, 2, 87-92.
- Taylor, S., Sherman, D. (2007). Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek. W: P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 194-210). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2000). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- T'Sjoen, G., Feyen, E., De Kuyper, P., Comhaire, F., Kaufman, J.M. (2003). Self-referred patients in an aging male clinic: much more than androgen deficiency alone. *The Aging Male*, 6, 157-165.
- Waite, L.J., Gallagher, M. (2000). *The case for marriage. Why married people are happier, healthier, and better off financially*. New York: Random House.
- Witkin, G. (1997). *Stres męski*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Zimbardo, P.G., Coulombe, N.S. (2015). *Gdzie ci mężczyźni?* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Streszczenie. Celem podjętych badań była ocena znaczenia jakości własnego związku dla występowania i nasilenia objawów menopauzalnych u kobiet i andropauzalnych u mężczyzn. Badaniem objęto 397 osób w wieku 45-68 lat, w związkach trwałych. Osoby badane zostały podzielone na trzy grupy wiekowe: ryzyka objawów, okres przejściowy, po menopauzie/andropauzie. Do badań wykorzystano ankietę własnej konstrukcji, kwestionariusz „Zdrowie kobiet” (WHQ) Hunter, Test Samooceny zalecany przez „Organon” dla mężczyzn oraz Kwestionariusz Stosunków Partnerskich (PFB) Hahlwega. Wyniki badań wskazały, że najliczniejszych objawów zmian hormonalnych o największym nasileniu doświadczają kobiety w okresie perimenopauzy i postmenopauzy oraz mężczyźni w wieku 53-68 lat (przyjętym za właściwy dla andropauzy). Swój związek najniżej oceniają kobiety po menopauzie i mężczyźni w wieku 53-68 lat. W grupie najstarszych kobiet istotnych oraz znaczących zależności między wymiarami jakości związku a objawami menopauzalnymi jest najwięcej. Najstarsi mężczyźni (53-68 lat) najniżej oceniają jakość swojego związku, jednak najwięcej znaczących zależności z objawami andropauzalnymi charakteryzuje grupę w wieku 50-52 lata (w okresie przejściowym), a u najmłodszych mężczyzn (w okresie ryzyka objawów) są one najsilniejsze. Najbardziej znacząca okazała się ocena intymności związku. Niższej ocenie intymności towarzyszy bowiem większa intensywność objawów menopauzalnych i andropauzalnych.

Słowa kluczowe: menopauza, andropauza, jakość związku

Data wpłynięcia: 28.08.2016

Data wpłynięcia po poprawkach: 14.11.2016

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 1.12.2016