

KAROLINA JARECKA

Uniwersytet Łódzki

ZMIANY HORMONALNE U KOBIET W WIEKU ŚREDNIM A ICH FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE

Zgodnie z najnowszymi danymi GUS (2012) wydłużył się czas życia, co dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Dla kobiet wynosi on 81 lat, a dla mężczyzn 72,2 lat. Znaczna część życia kobiet przypada na okres średniej dorosłości, tj. czas, w którym dokonują się zmiany związane z menopauzą.

Dawniej większość kobiet nie dożywała do okresu menopauzy. Jeszcze na przełomie XIX i XX wieku ich przeciętna długość życia nie przekraczała 40 lat. Zmiany te są wynikiem postępu medycznego oraz lepszych warunków egzystencji (Cajdler-Łuba i in., 2006). Aktualnie w krajach wysoko rozwiniętych około 1/3 kobiet jest w wieku postmenopauzalnym i ponad 1/3 życia kobiet to okres po menopauzie (Skrzypulec, 2010). Szacuje się, że w 2030 roku liczba kobiet w wieku 50 lat i więcej będzie stanowiła 20% całej populacji (w: Czarnecka-Iwańczuk i in., 2012).

Prognozuje się, że w drugiej połowie XXI wieku w Polsce liczba osób po 60. roku życia nadal będzie wzrastała. Należy zaznaczyć, że w większości społeczeństw liczba starszych kobiet przewyższa liczbę starszych mężczyzn (Karasek, 2006). Podaje się również, że kobiet po 45. roku życia jest zdecydowanie więcej niż dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (Pertyński, 2006).

Naturalnie wydłuża się okres późnej dorosłości oraz przesunięciu ulega średnia dorosłość, ponieważ osoby są aktywne zawodowo nawet do 70. roku życia, a bywa, że dłużej. Większość z tych osób również uczestniczy w innych dziedzinach życia, doświadczając kumulacji ról i związanych z nimi zadań. Nie ma możliwości ich porządkowania czy odraczania, jak to się dzieje we wcześniejszych okresach życia. Role nakładają się, co wymaga jednoczesnego funkcjonowania w co najmniej trzech obszarach:

zawodowym, społecznym i rozbudowanym rodzinnym. W tym ostatnim kobiety realizują złożone zadania, gdyż opiekują się własnymi dziećmi, a zdarza się również, że wnukami i starzejącymi się rodzicami. Ich doświadczenie i wiedza pozwalają czuć się przydatnymi i odnosić sukcesy. Jednakże jest to okres szczególnie trudny, ponieważ związany ze zmianami hormonalnymi, które mogą znacząco ograniczać możliwości psychofizyczne i społeczne kobiety. Potrzeba bycia aktywnym, a jednocześnie doświadczanie zmian i objawów związanych z klimakterium, wywołuje złe samopoczucie, niepokój, a nawet lęk. Dolegliwości wzmacniają obserwowane zmiany we własnym wyglądzie, co może przyczyniać się do obniżania się poczucia atrakcyjności, a ostatecznie nawet do wycofywania się z aktywnego życia i ograniczania kontaktów społecznych. Bywa, że jest to okres nie tylko trudny dla kobiety, lecz także dla jej rodziny, partnera. Konsekwencją mogą być konflikty, a nawet rozpad związku.

Menopauza łączona jest z procesem starzenia się i wpisuje się w uznane jego kryteria biologiczne i psychospołeczne.

ZMIANY HORMONALNE

Zmiany u kobiet, charakterystyczne dla okresu średniej dorosłości, są wywołane obniżeniem poziomu hormonów żeńskich, takich jak progesteron i estrogeny. Zgodnie z koncepcją biologiczną to zmiany hormonalne zachodzące w organizmie kobiety odpowiadają za pojawienie się menopauzy i związanych z nią objawów (Skałba, 2012; Stachoń 2013). Jest ona spowodowana zanikaniem hormonalnej czynności jajników (Cajdler-Łuba i in., 2006; Bińkowska, 2011).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) menopauza to „stan biologiczny organizmu, w którym dochodzi do nieodwracalnego zatrzymania cyklicznych krwawień miesięczkowych na skutek niewydolności, a następnie całkowitej utraty pęcherzyków jajnikowych. Menopauzę rozpoznaje się, jeżeli w okresie 12 miesięcy nie występuje krwawienie miesięczne, którego brak nie jest spowodowany inną patologią narządową lub ogólnoustrojową” (Słowińska-Przepiera, Syrenicz, 2009, s. 438).

Kobiety pomiędzy 45. a 55. rokiem życia można podzielić na:

- regularnie miesięczkujące,
- miesięczkujące nieregularnie od minimum roku,
- niemiesięczkujące od roku i dłużej (Skałba, 2008).

Z kolei w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (2001) wyróżniono kolejne etapy związane ze zmianami menopauzalnymi. Są to premenopauza, perimenopauza (okołomenopauza) i postmenopauza.

Premenopauza to okres około dwóch lat przed wystąpieniem ostatniej miesiączki lub cały okres płodności poprzedzający menopauzę. Częściej stosowane jest pierwsze zna-

czenie tego pojęcia. Za perimenopauzę (okołomenopauzę) uznaje się bezpośredni okres przed menopauzą i pierwszy rok po menopauzie. Okres ten zwykle trwa około 5 lat (mieści się w przedziale od 2 do 8 lat) (Bińkowska, 2011; Skałba, 2008). Najczęściej jest to stopniowy proces i tylko u 10% kobiet przebiega gwałtownie. Dodatkowo jest on dzielony na:

- wczesny okres przejścia menopauzalnego (nieregularne cykle, czyli ponad 7 dni różnicy w stosunku do typowej dla danej kobiety długości cyklu),
- późny okres przejścia menopauzalnego (przerwa między krwawieniami to minimum 60 dni).

Postmenopauza to okres po menopauzie. Jej pierwsze 5 lat nosi nazwę wczesna postmenopauza. Stężenie estradiolu po menopauzie jest bardzo niskie, poniżej 20 pg/ml, a u kobiet nie dochodzi do owulacji, co jest dowodem niedostatecznej ilości progesteronu (Bińkowska, 2011).

Zmiany hormonalne i związane z nimi objawy somatyczne i psychiczne u kobiet w wieku średnim określane są również jako przekwitanie lub klimakterium. To szerokie pojęcie służy do wskazania na okres przejściowy pomiędzy wiekiem rozrodczym a latami pomenopauzalnymi. Odnosi się do zmian właściwych dla okresu okołomenopauzalnego, a według niektórych lekarzy także postmenopauzalnego (Skałba, 2008). Pojęcie to zostało zastąpione wspomnianym wyżej, podziałem na kolejne fazy zmian hormonalnych, które dokładniej oddają istotę starzenia się reprodukcyjnego kobiet (Bińkowska, 2011).

Należy zaznaczyć, że u kobiet w porównaniu z mężczyznami znacznie wcześniej rozpoczynają się inwolucyjne zmiany hormonalne, prowadząc do zaniku funkcji owulacyjnej gonad, co znacząco wpływa na samopoczucie i jakość życia.

Proces zmian dokonuje się wraz z wiekiem kobiety. Zmniejsza się liczba produkowanych przez jajniki komórek jajowych oraz obniża się poziom wydzielanych przez nie hormonów. Początkowo w dniu narodzin liczba komórek jajowych w jajniku jest największa, następnie stopniowo maleje, a menopauza oznacza ich zupełny brak. Wynika to z owulacji i samoistnej śmierci komórek jajowych (Davis, 1996; Skałba, 2012). U noworodka płci żeńskiej pęcherzyków jajnika jest około 2 mln. Wkraczając w okres dojrzałości płciowej, kobieta ma ich około 400 000 (Wołczyński, 2011), a w okresie okołomenopauzalnym jest ich od 266 do 472 tys. (Skałba, 2012). Po menopauzie ich liczba wynosi 100-1000 (Andrysiak-Mamos, Sowińska-Przepiera, Syrenicz, 2009b, Skałba, 2012). Proces wygasania czynności jajników rozpoczyna się pomiędzy 35. a 45. rokiem życia (Kapliński, Kula, Sawicki, 1998). Nasila się on około 40. roku życia, co sprawia, że płodność kobiet 45-letnich jest już wyraźnie zmniejszona (Skałba, 2012).

Właściwe zmiany hormonalne związane z menopauzą zaczynają się w 45. roku życia (Pertyński, 2006). U 95% kobiet termin ostatniego krwawienia występuje między 44. a 56. rokiem życia. Najczęściej jednak w wieku 50-52 lata (Sowińska-Przepiera, Syrenicz, 2009; Bińkowska, 2011). Według Raportu Światowej Organizacji Zdrowia

(2001) menopauza pojawia się około 51. roku życia, a wszelkie odstępstwa mogą być tłumaczone takimi czynnikami, jak: wiek wystąpienia pierwszej miesiączki, stosowanie środków antykoncepcyjnych, tryb i standard życia, liczba ciąż i porodów, długość cyklu menstruacyjnego. Ostatecznie przyjmuje się, że przeciętny wiek menopauzy polskich kobiet mieści się między 48. a 52. rokiem życia, jednak jej zakres to 46,6-55 lat (Cajdler-Łuba i in., 2006; Kaczmarek, 2007a, b). Stąd zmiany hormonalne i związane z nimi dolegliwości występują w okresie przypadającym na średnią dorosłość, tj. od 40/45 do 60/65 roku życia (Olejnik, 2011).

Odwołując się do okresów rozwoju człowieka, należy uznać, że kobiety już we wczesnym etapie średniej dorosłości narażone są na zmiany premenopauzalne, a w kolejnych etapach okołomenopauzalne i postmenopauzalne. Bywa, że objawy związane z menopauzą utrzymują się jeszcze na początku późnej dorosłości.

PSYCHOSPOŁECZNE FUNKCJONOWANIE KOBIEC

Opisane wyżej zmiany menopauzalne i związane z nimi objawy stanowią zarówno przyczynę, jak i skutek trudności funkcjonowania psychospołecznego kobiet.

Objawy menopauzalne, niezależnie od etapu zmian (premenopauza, perimenopauza, postmenopauza), wpływają niekorzystnie na fizyczny, psychologiczny, społeczny obszar funkcjonowania (Nisar, Sohoo, 2010), co może stanowić o nienormalności rozwoju kobiet w wieku średnim (Olejnik, 2011). W okresie okołomenopauzalnym negatywnie oddziałują głównie na funkcjonowanie fizyczne i psychospołeczne, a po menopauzie na sferę seksualną. Menopauza to czas ryzyka depresji, rozwoju zaburzeń emocjonalnych, lękowych (Lai i in., 2006; Vesco i in., 2007; Asadi, Jouyandeh, Nayebzadeh, 2012), zaburzeń procesów poznawczych: uwagi, pamięci (Chen i in., 2007). Z badań wynika, że najwyższy spadek jakości życia kobiet następuje w okresie okołomenopauzalnym (Alwi i in., 2009; Avis i in., 2004).

Trudności związane z funkcjonowaniem sprzyjają nadmiernemu koncentrowaniu się na objawach menopauzalnych, co może je nasilać. Pesymistycznemu nastawieniu towarzyszy więcej objawów psychologicznych, w tym wyższy poziom stresu, niż u kobiet nastawionych bardziej optymistycznie lub neutralnie (Marnocha, Bergstrom, Dempsey, 2011). Objawy te mogą być wywoływane przez inne czynniki niż zmiany hormonalne. Dotyczy to zwłaszcza objawów niespecyficznych, takich jak np.: depresja, napięcie nerwowe, bezsenność, trudności w koncentracji uwagi, bóle głowy, zawroty głowy, bóle pleców, spadek energii (Raport WHO, 2001). Czynniki pozahormonalnymi, które intensyfikują objawy niespecyficzne, są m.in. trudna sytuacja materialna, problemy rodzinne i zawodowe, niskie wykształcenie, przyjmowanie używek, np. palenie tytoniu, starzenie się (Bielawska-Batorowicz, 2005c).

Według perspektywy psychologicznej, nazywanej także psychospołeczną, o przebiegu okresu średniej dorosłości u kobiety oraz doświadczaniu objawów menopauzalnych mogą decydować: subiektywne poczucie kryzysu wieku średniego, społeczno-kulturowe warunki życia oraz postawa wobec menopauzy.

KRYZYS WIEKU ŚREDNIEGO

Kryzys oznacza nagłą wyraźną i zwykle niekorzystną zmianę w życiu człowieka. Może ona dotyczyć zdrowia człowieka, jakości jego relacji z otoczeniem, kierunku jego dalszego rozwoju (Sęk, 2001). W taką definicję wpisuje się okres zmian związanych z menopauzą. Jest to również czas kryzysu rozwojowego, ponieważ obejmuje dłuższy okres życia kobiety. Kryzys rozwojowy wymaga dokonania przewartościowań, a nieraz w konsekwencji zmiany całego stylu życia. Powoduje zmianę sposobu spostrzegania siebie, świata, interpretacji pewnych zdarzeń, zmianie ulegają cele, zadania i pełnione role. Prowadzi to do przejściowego stanu zachwiania równowagi psychicznej lub społecznej (Płużek, 1997) albo do wycofania się z życia społecznego (Straś-Romanowska, 2000). Jest ostateczną reakcją na sytuację postrzeganą jako trudna, czemu towarzyszą zaburzenia w funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym oraz behawioralnym (Kubacka-Jasiecka, 1997).

Kobiety są szczególnie wrażliwe na zmiany dokonujące się w ich organizmie oraz w wyglądzie zewnętrznym. W wieku średnim takie zmiany stają się coraz bardziej widoczne szczególnie wtedy, gdy pojawiają się objawy menopauzalne.

Uciążliwość i nagłość występowania objawów jest dla większości kobiet źródłem niepokoju, w różnym stopniu dyskomfortem związanym ze spostrzeganymi ograniczeniami i bywają przyczyną konsultacji lekarskiej. Menopauza, jako jeden z przejawów starzenia się, wiąże się z wieloma zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi, które mogą utrudniać realizację zadań społecznych i zawodowych. To także czas negacji i przewartościowań związanych ze świadomością utraty atrybutów młodości, niezmiernie trudny w życiu kobiet (Skałba, 2008). Zwykle towarzyszą mu zmiany socjoekonomiczne, takie jak obniżenie lub utrata statusu społecznego i ekonomicznego, zdrowia, atrakcyjności fizycznej. Poczucie nieodwracalnej straty jest przyczyną kryzysu (Straś-Romanowska, 2000). Stąd ryzyko kryzysu u kobiet w okresie zmian menopauzalnych ocenia się jako wysokie.

Do kryzysu określanego jako „kryzys wieku średniego” prowadzą również obawa o przyszłość, brak umiejętności cieszenia się wolnym czasem, pogarszający się stan zdrowia, negatywna ocena pożycia małżeńskiego i pracy, stres związany z opieką nad starzejącymi się rodzicami (Oleś, 2000). W tym czasie zwykle obniża się efektywność podejmowanych strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. We wspomniane problemy uwikłane są zmiany psychosomatyczne ujawniające się w postaci objawów klasy-

fikowanych jako menopauzalne. Występowanie zróżnicowanych symptomów menopauzalnych powoduje, że kryzys wieku średniego u kobiet ma charakter specyficzny i przebiega inaczej niż u mężczyzn.

Jak wskazują badania, menopauza jako marker czasu prowokuje do oceny dotychczasowego życia. Symptomy i zwiększona podatność na obniżony nastrój w tym okresie powodują, że pojawiające się myśli częściej mogą mieć negatywne zabarwienie (Dykes, Slade, Haywood, 2011). Po przekroczeniu połowy życia może się nasilać lęk przed śmiercią, który stanowi tło ludzkiej egzystencji. Lęk ten może skłaniać do zachowania własnego życia i nadmiernej jego ochrony lub przybierać różnorodne formy aktywności na rzecz własnej rodziny, społeczeństwa, wartości natury kulturalnej lub metafizycznej. Dążenie do zachowania dotychczasowego życia stanowi źródło negatywnych uczuć, takich jak niepokój i nienawiść. Otaczający świat postrzegany jest jako zagrażający i prowokujący do walki lub wycofania się. Redukcję tak doświadczanego lęku umożliwia przyjęcie dalszej perspektywy, ukierunkowanie własnych dążeń na zewnątrz. Wymaga to większego wysiłku, uporządkowania świata zewnętrznego w obliczu zagrażającej zmiany, odnalezienia w nim pewnych ważnych wartości (Kępiński, 2012).

Różnego rodzaju zagrożenia, jakie pojawiają się w okresie średniej dorosłości, mogą prowadzić do uruchamiania strategii konstruktywnych prowadzących do adaptacji, co gwarantuje normatywny przebieg rozwoju, i destruktywnych, które zagrażają dezadaptacją. Odzwierciedleniem dezadaptacji są wspomniane już lęk, brak konstruktywnych mechanizmów radzenia sobie, brak świadomości własnych zasobów i pesymizm. Istnieje wtedy niebezpieczeństwo korzystania z zastępczych strategii radzenia sobie z problemami wieku średniego, takimi jak np. nadużywanie leków, alkoholu, nadmierne objadanie się, ucieczka w chorobę, w pracę (Ziółkowska, 2005). Negatywne doświadczenia związane ze zmianą funkcjonowania mogą również zmuszać do refleksji, powtórnej oceny życia i wyznaczają nowy kierunek poszukiwań tego, co może nadać mu pozytywne znaczenie. Radzenie sobie z trudnymi sytuacjami oznacza bowiem maksymalizację wysiłku w podążaniu za utraconym szczęściem. Cierpienie może także stanowić ważny element naszego rozwoju. W sytuacji, kiedy osoba stoi przed nowymi, niejednokrotnie trudnymi wyzwaniem, na skutek akomodacji zmienia swój sposób pojmowania siebie i świata, a to wpływa na jej funkcjonowanie. W ten sposób kształtowana dojrzałość może przyczynić się do lepszego rozumienia złożoności życia i swojego w nim miejsca (King, Ells, Burton, 2007).

Ważnym obszarem samooceny i samopoczucia kobiety jest jej własny wygląd. Atrakcyjność fizyczna niesie ze sobą wiele korzyści, wpływa na zwiększenie powodzenia u płci przeciwnej, ale także oddziałuje na wiele aspektów życia niezwiązanych z seksualnością. Okazuje się, że wraz z wiekiem wzrasta również niezadowolenie z wyglądu własnego ciała i spada motywacja do monitorowania własnego ciała (Głębocka, Wiśniewska, 2005). Zmiany inwolucyjne ciała rozpoczynają się po osiągnięciu 21. roku życia, a stają

się szczególnie widoczne po 45. roku życia. E. Mandal (2003) potwierdza, że kobiety mają zwykle negatywny wizerunek własnego ciała. Z kolei badania Academy of Eating Disorders (2002) na grupie kobiet między 50. i 65. rokiem życia oraz po 65. roku życia wskazują, że im kobiety starsze, tym mniej są zadowolone z wyglądu swojego ciała (Barthalow i in., 2005).

Porównanie czterech grup kobiet z uwzględnieniem etapów zmian menopauzalnych (po menopauzie, przed menopauzą, ale z terapią hormonalną, przed menopauzą z regularnymi miesiączkami, przed menopauzą z nieregularnymi miesiączkami) pokazało, że najbardziej zadowolone z wyglądu są kobiety przed menopauzą miesiączkujące regularnie (średnia wieku 49,09). Pozostałe kobiety niekorzystnie oceniają swój wygląd, czemu zwykle towarzyszą negatywne emocje, brak akceptacji siebie oraz obawa dezaprobaty społecznej. Wszystkie bowiem kobiety, niezależnie od doświadczeń związanych ze zmianami hormonalnymi, mają potrzebę aprobaty społecznej (Głębocka, 2009).

Okazuje się jednak, że o zadowoleniu osób starszych ze swojego wyglądu nie zawsze musi decydować atrakcyjność fizyczna. Wraz z wiekiem znaczenia nabierają przede wszystkim takie cechy, jak sprawność i zdrowe ciało (Plener, Caiken, Flett, Rebousin i in., w: Ćiarbić, Pokrywka, 2010).

SPÓŁECZNO-KULTUROWE WARUNKI ŻYCIA

Podjęcie środowiskowe lub społeczno-kulturowe zwraca uwagę na znaczenie, jakie ma menopauza w kulturze, w której żyje kobieta. Indywidualne postawy wobec menopauzy i sposób prezentowania objawów są bowiem ukształtowane i modyfikowane przez poglądy typowe dla danej kultury oraz charakterystyczny dla kobiet styl życia.

Okazuje się, że takie warunki, jak wiedza o menopauzie, poziom wykształcenia, status zatrudnienia, jakość relacji z partnerem i rodziną mogą odpowiadać za nasilenie doświadczanych symptomów (Conde i in., 2006; Budako Glu i in., 2007; Bölgesinde i in., 2010).

W Polsce zarówno kobiety, jak i mężczyźni łączą menopauzę z negatywnymi zmianami w funkcjonowaniu kobiet (Bielawska-Batorowicz, Cieślak, Cwalina, 2003). Kult młodości i piękna, szczególnie w odniesieniu do kobiet, jest wciąż aktualny, a współcześnie coraz bardziej eksponowany przez media. Stąd kobieta w okresie menopauzy doświadcza dyskomfortu nie tylko fizycznego, lecz także psychicznego związanego z własnym ciałem, a tym samym z wyglądem zewnętrznym. Najnowsze badania wskazują, że choć objawy menopauzalne są wynikiem obniżonego poziomu estrogenów, to sposób ich doświadczania jest kształtowany nie tylko przez czynniki psychologiczne (np. typ osobowości), lecz także kulturowe i społeczne (Bielawska-Batorowicz, 2013).

Czynniki społeczno-kulturowe (tzw. ageizm i seksizm) odgrywają silniejszą rolę w określaniu obrazu ciała u kobiety w wieku średnim niż zmiany fizjologiczne zwią-

zane z menopauzą (Barthalow i in., 2005). Według Sowersa i współpracowników przyczyną przykrych doświadczeń i zmian związanych z menopauzą są negatywne stereotypy i postawy wobec kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Okres średniej dorosłości jest kojarzony z negatywnymi zmianami u kobiet. Przyjęte w naszej kulturze stereotypy są znaczące dla niekorzystnego postrzegania zmian związanych z okresem menopauzy. Powoduje to, że wraz z nadejściem menopauzy kobiety czują się mniej atrakcyjne, mniej seksowne, mniej pożądane. Oczekują starości, która kojarzona jest np. z bezużytecznością, samotnością, uporem, siwymi włosami, przygarbioną sylwetką, spowolnionymi ruchami (Głębocka, 2009).

Model relatywizmu kulturowego Gannon odnosi się do dwóch przypisywanych kobiecie w kulturze zachodniej ról: matki i osoby atrakcyjnej fizycznie. Menopauza jako utrata zdolności reprodukcyjnej i atrakcyjności jest postrzegana negatywnie, a to wzmacnia intensywność łączonych z nią objawów (Bielawska-Batorowicz, 2006).

W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się przede wszystkim te kobiety, które dopiero wkraczają w okres menopauzy. W tym czasie bowiem dochodzi do największych zmian w jakości ich życia i wizerunku własnego ciała. Negatywny wizerunek ciała osób starszych wynika nie tylko z obiektywnych zmian w wyglądzie spowodowanych starzeniem się organizmu, lecz także z obowiązujących współcześnie standardów urody promujących młodość i piękno (Głębocka, 2009). Takie cechy okazują się szczególnie pożądane, ale jednocześnie nieosiągalne dla starzejących się kobiet.

Warunki społeczno-kulturowe, w jakich żyje kobieta, określają również sposoby radzenia sobie ze zmianami postrzeganymi i negatywnie ocenianymi jako związanymi ze starzeniem się. W kulturach indywidualistycznych kobiety bardziej koncentrują się na umacnianiu swojej wartości, przeciwdziałając w ten sposób obserwowanym niekorzystnym zmianom we własnym wyglądzie. Podejmują nowe wyzwania w różnych sferach aktywności, osiągają sukcesy zawodowe, poszukują nowych relacji, zdarza się, że z młodszym partnerem, stosują kosztowne zabiegi kosmetyczne i korzystają z tych proponowanych przez medycynę estetyczną, co również służy budowaniu pozytywnego wizerunku. D. Buss (2000) podaje, że osiągnięcie wysokiej pozycji społecznej, władzy i dóbr materialnych, zabiegi kosmetyczne, operacje to kilka z metod umożliwiających redukcję lęku i wzmocnienie poczucia własnej wartości wśród dojrzałych kobiet.

Rozwinięty przemysł kosmetyczny, farmaceutyczny oraz medycyna estetyczna, oferując masę narzędzi poprawiających własny wizerunek, dają poczucie, że wykreowany w mediach wizerunek pięknego ciała jest fizycznie osiągalny (Strzelecki i in., 2007). Kobiety czują się w obowiązku trzymać się wyznaczonych kanonów piękna. Zabiegają przede wszystkim o szczupłą sylwetkę, jędrne ciało i redukcję zmarszczek, a trudności w ich osiągnięciu przyczyniają się do niezadowolenia z własnego wyglądu i spadku samooceny (Astice, Prensels, Spangler, w: Głębocka, 2009).

Coraz większa popularność zabiegów chirurgii estetycznej także może świadczyć o znaczeniu urody ciała w życiu człowieka (Ćiarbić, Pokrywka, 2010). Zdecydowana większość ankietowanych (90%) w badaniach CBOS (Biały, 2003) deklarowała, że wygląd

zewewnętrzny jest dla nich bardzo istotny. Dbałość o atrakcyjność fizyczną przekłada się na jakość życia osobistego (82% badanych) i zawodowego (80% badanych) (Izdebski, 2004).

Według teorii społeczno-kulturowych to obowiązujące w danym społeczeństwie normy i wartości decydują, jak osoba ocenia siebie i jest postrzegana przez otoczenie.

POSTAWY WOBEC ZMIAN ZWIĄZANYCH Z MENOPAUZĄ

To, jak kobieta w wieku średnim radzi sobie ze zmianami hormonalnymi i związanymi z nimi objawami menopauzalnymi, zależy od ich oceny. Badania wskazują, że menopauza podważa poczucie tożsamości określanej przez wiek i atrybucje objawów (Schneider, MacLennan, Feeny, 2008). Poza obiektywną oceną nasilenia objawów zmian hormonalnych, duże znaczenie ma jednak sposób ich postrzegania. Ważne jest, jakie znaczenie kobieta nada doświadczanym zmianom i jakie emocje jej towarzyszą.

Menopauza może być odbierana negatywnie, jako patologia, gdyż wiąże się z wieloma niekorzystnymi zmianami w funkcjonowaniu kobiety i jej relacjach z otoczeniem. Cechami często postrzeganymi przez otoczenie u kobiety w okresie menopauzy jest kłótność, drażliwość, chwiejność emocjonalna, apatia itp. (Bielawska-Batorowicz, 2005b). Negatywny stosunek do menopauzy przejawiają kobiety, które zgłaszają więcej dolegliwości z nią związanych. Taka niekorzystna postawa zwykle nasila objawy menopauzalne, co z kolei potwierdza negatywny obraz siebie, ograniczając możliwości pozytywnego starzenia się. Badania wskazują, że dotyczy to najczęściej kobiety o niskiej pozycji ekonomicznej, socjalnej, z niskim wykształceniem i bez zatrudnienia (Caylan i in., 2011).

Menopauza może być postrzegana jako naturalna zmiana fizjologiczna. Taki stosunek do menopauzy przejawiają najczęściej kobiety, które nie doświadczają nadmiernie intensywnych objawów menopauzalnych lub potrafią sobie z nimi dobrze radzić, a także nie poddają się negatywnym stereotypom (Havas, 2001, w: Bielawska-Batorowicz, 2005a) lub te, które uznają ją jako normalne zjawisko życiowe każdej starzejącej się kobiety. Traktują jako okres zmian podobnych do tych w okresie dojrzewania lub tych obserwowanych w czasie ciąży, które należy zaakceptować (Mimoun, 1994). Badania potwierdzają, że pozytywną lub neutralną postawę wobec menopauzy prezentują zwykle kobiety starsze. Taki typ postawy wyraźniej zaznacza się wraz z wiekiem kobiet (Bielawska-Batorowicz, 2016).

Badania postaw kobiet wobec menopauzy wskazują, że wśród ich opinii dominują cztery: początek nowego etapu życia, usunięcie ograniczeń, czas niesatysfakcjonujących aktów seksualnych, czas zmian w stanie zdrowia fizycznego i psychicznego. Wszystkie kobiety wydają się zatem zgodne, że jest to czas zmian. Ekspozycja na nową sytuację wymaga od nich umiejętności radzenia sobie, które u każdej z nich mogą być inne, stąd też ich oceny menopauzy są inne (Manesh, Moghadam, 2011).

Feministyczny punkt widzenia określa okres menopauzalny jako kolejny etap w życiu kobiety, który jak każdy inny stawia przed nią pewne zadania i wyzwania. Według R.J. Havighursta jednym z zadań rozwojowych kobiety jest akceptacja zmian fizjologicznych związanych z wiekiem średnim. Przystosowanie się do sytuacji związanej ze zmianami menopauzalnymi może być zatem wyznacznikiem prawidłowego przebiegu tej fazy rozwojowej, szansą dalszego i pozytywnego rozwoju, czego przejawem jest podejmowanie zadań satysfakcjonujących i jednocześnie adekwatnych do wieku rozwojowego. Takimi ważnymi zadaniami w tej fazie życia są: osiągnięcie społecznej i obywatelskiej dojrzałości, kształtowanie właściwych relacji z partnerem, towarzyszenie dorastającym dzieciom w osiąganiu przez nie szczęścia i odpowiedzialności, utrzymywanie odpowiedniego materialnego standardu życia, rozwijanie różnych form spędzania czasu wolnego, określenie przynależności do własnej grupy wiekowej, opieka nad starzejącymi się rodzicami i akceptacja zmian w ich funkcjonowaniu (Brzezińska, 2007).

Większa wiedza na temat menopauzy sprzyja bardziej pozytywnemu jej postrzeganiu i traktowaniu jako normalne, fizjologiczne zjawisko, które nie wymaga leczenia (Ande i in., 2011). Kobiety posiadające więcej informacji na temat menopauzy lepiej sobie z nią radzą i łatwiej jest im zachować pozytywny jej obraz (Budako Glu i in., 2007; Bölgesinde i in., 2010, Oyediji i in., 2011; Sagdeo, Arora, 2011). Kobiety świadome czynników, które wpływają na ich samopoczucie w okresie menopauzy, stają się bardziej aktywne w procesach decyzyjnych i zaangażowane w działania związane ze zdrowiem (Bielawska-Batorowicz, 2013). Chętniej stosują również hormonalną terapię zastępczą, choć okazuje się, że jej zwolenniczkami są przede wszystkim kobiety z wyższym wykształceniem (Bielawska-Batorowicz, 2016).

Wyniki badań wskazują, że odpowiednia edukacja i inicjowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej kobiet poprawia jakość życia po menopauzie (Caylan i in., 2011). W edukacji kobiet ważne wydaje się zatem zwrócenie uwagi, że menopauza jest procesem długotrwałym, ale doświadczeniem jedynie pozornie niekończącym się, a towarzyszące jej objawy charakteryzuje zmienność i różnorodność (Dillaway, Burton, 2011).

PODSUMOWANIE

Ocena funkcjonowania kobiet w okresie średniej dorosłości wymaga uwzględnienia towarzyszących im zmian menopauzalnych. Przebieg menopauzy i stopień nasilenia dolegliwości z nią związanych wyznaczają złożone układy czynników biologicznych – hormonalnych, ale również psychospołecznych.

Występowanie objawów określa wiek, choć proces starzenia się organizmu nie musi ich nasilać. Jednakże trudności pojawiają się wtedy, gdy kobieta nie radzi sobie z doświadczanymi dolegliwościami. To, jak postrzega ona i ocenia dokonujące się zmiany hormo-

nalne, zależy od wielu cech indywidualnych oraz warunków życia. Niewątpliwie ocena występowania zmian hormonalnych w okresie średniej dorosłości wymaga ujmowania ich w kontekście wielu innych modyfikujących je czynników.

Ważne jest też, jak kobieta postrzega swój stan i jakie podejmie działania. Kobiety różnie interpretują spostrzegane u siebie zmiany, co stanowi o ich pozytywnym, lub nie, rozwoju. Kobiety aktywne zwykle je akceptują, a okres średniej dorosłości traktują jako nowy etap dający inne możliwości w obszarach życia rodzinnego, zawodowego i społecznego. Doświadczane przez kobiety dolegliwości związane z menopauzą mogą być postrzegane również jako ograniczenia. Prowadzi to do braku akceptacji siebie – swojej kobiecości, ale również niskiej sprawności we wspomnianych sferach życia. Efektem tego jest zwykle wycofywanie się z aktywności, a nawet izolacja społeczna. Takie zachowania mogą nasilać występowanie i doświadczanie objawów menopauzalnych (Marnocha, Bergstrom, Dempsey, 2011).

Obserwowane objawy związane ze zmianami hormonalnymi charakterystycznymi dla okresu menopauzy nie zawsze wymagają interwencji medycznej. Łączenie ich z koniecznymi procesami zmian okresu średniej dorosłości pozwala lepiej sobie z nimi radzić. Szczególnie ważne dla osób w tym okresie jest wsparcie społeczne oraz, w sytuacji pojawiających się dolegliwości, również medyczne.

Starzenie się nie musi oznaczać nieuchronnego spadku sprawności i wycofywania z różnego rodzaju aktywności. O tym, jak funkcjonujemy, nie musi decydować wiek, a przede wszystkim to, jak dbamy o siebie i jak się czujemy. Jak słusznie twierdzi H. Heimpel (1981), osoby starsze mogą robić prawie wszystko to co ludzie młodzi, zajmuje im to tylko więcej czasu (Vaillant, 2007). Z kolei istotą pozytywnego starzenia się jest „dodawanie więcej życia do lat a nie lat do życia” (Valliant, 2007, s. 335). Jak się okazuje, do dobrego funkcjonowania starszych kobiet może przyczyniać się również menopauza. Jej pozytywne konsekwencje związane są z rolą adaptacyjną. Polega ona na tym, że menopauza chroni kobietę przed, nie zawsze bezpiecznymi w późnym wieku, ciążą i porodem. Pozwala jej to dłużej realizować się w roli matki dzieci już urodzonych oraz, oczekiwanej przez dorosłe dzieci i pożądaną przez wnuki, roli babki (Bielawska-Batorowicz, 2016).

Biorąc pod uwagę potencjał, jakim dysponują kobiety w okresie średniej dorosłości, należy je otoczyć szczególną opieką. Oprócz oczywistej pomocy medycznej niezbędna jest również psychologiczna. Ważne są kompleksowe badania uwzględniające szeroki zakres również psychospołecznych przyczyn obniżonego samopoczucia kobiet w okresie menopauzy, w celu ich kontroli lub możliwej eliminacji. Takie badania otwierają możliwości profesjonalnej pomocy i wsparcia. Priorytetem bowiem powinna być pozytywna asymilacja kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Ma to znaczenie dla ich dobrego rozwoju i efektywnego funkcjonowania.

LITERATURA

- Alwi, S., Lee, P., Awi, I., Mallik, P., Haizal, M. (2009). The menopausal experience among Indigenous women of Sarawak, Malaysia. *Climacteric*, 12, 548-556.
- Ande, A.B., Omu, O.P., Ande, O.O., Olagbujii, N.B. (2011). Features and perceptions of menopausal women in Benin City, Nigeria. *Annals of African Medicine*, 10, 4, 300-304.
- Andrasiak-Mamos, E., Sowińska-Przepiera, E., Syrenicz, A. (2009). Podstawowe wiadomości o anatomii i fizjologii gonad. W: A. Syrenicz (red.). *Endokrynologia w codziennej praktyce lekarskiej* (361-371). Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.
- 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.
- Asadi, M., Jouyandeh, Z., Nayebzadeh, F. (2012). Prevalence of menopause symptoms among Iranian women. *Journal of Family and Reproductive Health*, 6, 1, 1-3.
- Bartholow Koch, P., Kernoff Mansfield, P., Thureau, D., Carey, M. (2005). "Feeling Frumpy": The relationships between body image and sexual response changes in midlife women. *The Journal of Sex Research*, 42, 3, 215-223.
- Biały, K. (2003). *Dbalność o własną sylwetkę. Komunikat z badań*. Warszawa: CBOS, www.cbos.pl.
- Bielawska-Batorowicz, E., Cieślak, I., Cwalina, E. (2003). Rola płci i wieku w tworzeniu obrazu kobiety w okresie menopauzy. *Przegląd Menopauzalny*, 6, 68-73.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2005a). Koncepcje menopauzy, Część I: Ujęcie demograficzne i kulturowe. *Przegląd Menopauzalny*, 2, 10-18.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2005b). Koncepcje menopauzy, Część II: Ujęcie ewolucyjne i rozwojowe. *Przegląd Menopauzalny*, 4, 32-37.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2005c). Występowanie objawów uznanych za typowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45-55 lat. *Przegląd Menopauzalny*, 1, 53-60.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2013). The psychology of the menopause: The experiences during the transition and individual conceptualization of menopause. Springer Science+Business Media New York.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2016). *Psychologiczne aspekty menopauzy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bińkowska, M. (2011). Menopauza. W: W. Zgliczyński (red.). *Wielka Interna. Endokrynologia*, 2 (609-619). Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune.
- Bölgesinde, M., Klimakterik, Y., Kadinlannda, D., Kalitesini, Y., Faktörler, E. (2010). Factors affecting the quality of life in climacteric women in Manisa region. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(2), 111-116.
- Brzezińska, A. (2007). *Společna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Budako Glu, I.I., Özcan, C., Ero Glu, D., Yanik, F. (2007). Quality of life and postmenopausal symptoms among women in a rural district of the capital city of Turkey. *Gynecological Endocrinology*, 23(7), 404-409.
- Buss, D. (2000). *Ewolucja pożądania*. Gdańsk: GWP.
- Cajdler-Luba, A., Sobieszkańska-Jabłońska, A., Nadel, I., Salata, I. (2006). Co to jest menopauza? W: A. Lewiński (red.). *Menopauza bez tajemnic* (13-22). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Caylan, A., Aydemir, I., Dagdeviren, M., Akturk, Z., Set, T., Oztora, S., Enec Can, F. (2011). Evaluation of health related quality of life among perimenopausal Turkish women. *HealthMED*, 5 .4, 741-752.
- Chen, Y., Lin, S.Q., Wei, Y., Gao, H.L., Wu, Z.L. (2007). Menopause-specific quality of life satisfaction in community-dwelling menopausal women in China. *Gynecological Endocrinology*, 23(3), 166-172.

- Conde, D.M., Pinto-Neto, A.M., Sanos-Sa, D., Costa-Paiva, L., Martinez, E.Z. (2006). Factors associated with quality of life in a cohort of postmenopausal women. *Gynecological Endocrinology*, 22(8), 441-446.
- Czarnecka-Iwańczuk, M., Stanisławska-Kubiak, M., Mojs, E., Wilczak, M., Samborski, W. (2012). Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. *Przegląd Menopauzalny*, 6, 468-473.
- Čiarbić, M., Pokrywka, L. (2010). *Piękno ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Davis, S. (1996). *Zdrowie kobiety – menopauza*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
- Dębski, R. (2011). Diagnostyka endokrynologiczna w ginekologii. W: W. Zgliczyński (red.). *Wielka interna. Endokrynologia*, 2 (541-548). Warszawa: Wydawnictwo Medical Trybune Polska.
- Dillaway, H.E., Burton, J. (2011). "Not done yet?!" Women discuss the "end" of menopause. *Women's Studies*, 40, 149-176.
- Dykes, K., Slade, P., Haywood, A. (2011). Long term follow-up of emotional experiences after termination of pregnancy: women's views at menopause. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29, 1, 93-112.
- Głębocka, A. (2009). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Głębocka, A., Wiśniewska, A. (2005). Psychologiczny portret kobiet otyłych. W: A. Głębocka, J. Kubalt (red.). *Wizerunek ciała. Portret Polek* (63-83). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Demograficznych (2012). *Wyniki wstępne Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011*. Materiały z konferencji prasowej.
- Izdebski, Z. (2004). *Jesteśmy atrakcyjne, ale...* badania OBOP, www.tns-global.pl
- Jung, C.G. (1981). *Archetypy i symbole. Pisma wybrane*. Warszawa: Czytelnik
- Karasek, M. (2006). Konsekwencje starzenia się populacji światowej. W: A. Lewiński (red.), *Menopauza bez tajemnic* (9-12). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kaczmarek, M. (2007a). Określenie wieku menopauzy naturalnej w populacji polskich kobiet. *Przegląd Menopauzalny*, 2, 77-82.
- Kaczmarek, M. (2007b). Zróżnicowanie wieku menopauzy naturalnej wśród polskich kobiet ze względu na historię okresu rozrodczego. *Przegląd Menopauzalny*, 2, 69-76.
- Kapliński, A., Kula, K., Sawicki, A. (1998). Menopauza i starzenie się męskiego układu płciowego. W: T. Romer (red.). *Endokrynologia kliniczna dla ginekologa, internisty, pediatry* (508-513). Warszawa: Springer PWN.
- King, L., Ells, J., Burton, Ch. (2007). Pojęcie dobrego życia w ujęciu szerokim i wąskim. W: P. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (19-40). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kępiński, A. (2012). *Lęk*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kubacka-Jasiecka, D. (1997). Z psychologii kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (11-29). Kraków: Wydawnictwo AAL.
- Lai, J.N., Chen, H.J., Chen, C.M., Chen, P.C., Wang, J.D. (2006). Quality of life and climacteric complaints amongst women seeking medical advice in Taiwan: assessment using the WHOQOL-BREF questionnaire. *Climacteric*, 9, 119-128.
- Mandal, E. (2003). *Kobiecość i męskość*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
- Manesh, M.J., Moghadam, Z.B. (2011). The experiences of menopause through the lens of Iranian women: Content Analysis Study. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 5(8), 1543-1548.
- Marnocha, S.K., Bergstrom, M., Dempsey, L.F. (2011). The lived experience of perimenopause and menopause. *Contemporary Nurse*, 37(2), 229-240.
- Mimoun, S. (1994). Choroba duszy, czy ciała? Zaburzenia psychosomatyczne u kobiet. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.

- Nisar, N., Sohoo, N.A. (2010). Severity of Menopausal symptoms and the quality of life at different status of menopause: a community based survey from rural Sindh, Pakistan. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2, 5, 118-130.
- Olejnik, M. (2011). Średnia dorosłość. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (312-325). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Oleś, P. (2000). *Psychologia przelomu połowy życia*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Oyediji, E.F., Amosu, A.M., Atulomah, N.O.S., Thomas, M.A., Ojo, E.S. (2011). Impact of knowledge and awareness on the ability to cope with menopause among bodija market women in Ibadan Oyo State, Nigeria. *Archives of Applied Science Research*, 3(5), 179-190.
- Pertyński, T. (2006). 1000 kroków przed nocą. *Wysokie Obcasy*, 16, 28-32.
- Pluzek, Z. (1997). Kryzysy psychologiczne i rodzaje kryzysów osobowościowych. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (31-43). Kraków: Wydawnictwo ALL.
- Raport WHO – Światowej Organizacji Zdrowia (2001). *Badania nad menopauzą w latach 90*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera.
- Sagdeo, M.M., Arora, D. (2011). Menopausal symptoms: A comparative study in rural and urban women. *JK Science*, 13, 1, 23-26.
- Schneider, H.P.G., MacLennan, A., Feeny, H. (2008). Assessment of health related – quality of life in menopause and aging. *Climacteric*, 11, 93-107.
- Sęk, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Skałba, P. (2008). *Endokrynologia ginekologiczna*. Warszawa: PZWL
- Skałba, P. (2012). Choroby jajników. W: P. Gajewski (red.), *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych* (1261-1273). Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
- Stachoń, A.J. (2013). Ocena odczuwania wybranych objawów w zależności od fazy klimakterium i charakteru menopauzy. *Przegląd Menopauzalny*, 4, 315-320.
- Straś-Romanowska, M. (2000). Późna dorosłość. Wiek starzenia się. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, 2 (263-292). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Strzelecki, W., Cybulski, M., Strzelecka, M., Dolczewska-Samela, A. (2007). Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie. *Nowiny Lekarskie*, 76, 2, 173-181.
- Skrzypulec, V. (2010). Seksualność kobiet w okresie klimakterium. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (138-145). Warszawa: PZWL.
- Sowińska-Przepiera, E., Syrenicz, A. (2009). Menopauza i okołomenopauzalny okres przejściowy. W: A. Syrenicz (red.), *Endokrynologia w codziennej praktyce lekarskiej* (438-452). Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.
- Vaillant, G. (2007). Pozytywne starzenie się. W: A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (334-361). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Vesco, K.K., Haney, E.M., Humphrey, L., Fu, R., Nelson, H.D. (2007). Influence of menopause on mood: a systematic review of cohort studies. *Climacteric*, 10, 448-465.
- Wolczyński, S. (2011). Podstawowe wiadomości o cyklu płciowym. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka interna. Endokrynologia*, 2 (533-541). Warszawa: Wydawnictwo Medical Trybune.
- World Health Organization (2001). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation*. Geneva.
- Ziółkowska, B. (2005). Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (rozd. 16). Gdańsk: GWP.

**ZMIANY HORMONALNE U KOBIET W WIEKU ŚREDNIM
A ICH FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE**

STRESZCZENIE: Rozwój kobiet w średniej dorosłości związany jest z właściwymi dla tego okresu życia zmianami hormonalnymi prowadzącymi do menopauzy. Menopauza, pomimo że stanowi jeden z okresów cyklu płciowego, zwykle łączona jest ze starzeniem się i tym samym oceniana jako niekorzystny dla kobiet „wariant normy” – okres wielu strat. Czynniki psychospołeczne: poczucie kryzysu wieku średniego, niesprzyjające społeczno-kulturowe warunki życia oraz negatywna postawa wobec menopauzy wydają się równie istotnym obciążeniem jak czynniki hormonalne, decydując o przebiegu okresu średniej dorosłości i nasileniu objawów menopauzalnych.

SŁOWA KLUCZOWE: kobiety, średnia dorosłość, menopauza, zmiany hormonalne, zmiany psychospołeczne

**HORMONAL CHANGES IN WOMEN OF MIDDLE AGE
AND THEIR PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING**

SUMMARY: The development of women in middle adulthood is associated with appropriate, for this period of life, hormonal changes leading to menopause. Menopause, although it is one of the natural and inevitable stages in a woman's life, is usually combined with aging and therefore assessed as an unfavorable "standard variant" – a period of many losses. Psychosocial factors: a sense of middle age crisis, unfavorable socio-cultural conditions of life and the negative attitude towards menopause seem to be as important a burden as hormonal factors, deciding on the course of the middle adulthood period and the intensity of menopausal symptoms.

KEYWORDS: women, middle adulthood, menopause, hormonal changes, psychosocial changes