

Karolina Jarecka, Eleonora Bielawska-Batorowicz

ANDROPAUZA CZY KRYZYS WIEKU ŚREDNIEGO

Jakość życia mężczyzn 50+

PSYCHOLOGIA

ANDROPAUZA CZY KRYZYS WIEKU ŚREDNIEGO

Jakość życia mężczyzn 50+



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Karolina Jarecka, Eleonora Bielawska-Batorowicz

ANDROPAUZA CZY KRYZYS WIEKU ŚREDNIEGO

Jakość życia mężczyzn 50+

PSYCHOLOGIA



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
ŁÓDZKIEGO
Łódź 2021

Karolina Jarecka, Eleonora Bielawska-Batorowicz – Uniwersytet Łódzki
Wydział Nauk o Wychowaniu, Instytut Psychologii
Zakład Psychologii Klinicznej i Psychopatologii, 91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12

RECENZENT
Romuald Derbis

REDAKTOR INICJUJĄCY
Urszula Dzieciątkowska

OPRACOWANIE REDAKCYJNE
Beata Otocka

SKŁAD I ŁAMANIE
AGENT PR

KOREKTA TECHNICZNA
Wojciech Grzegorzczak

PROJEKT OKŁADKI
Polkadot Studio Graficzne Aleksandra Woźniak, Hanna Niemierowicz

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/stevanovicigor

© Copyright by Karolina Jarecka, Eleonora Bielawska-Batorowicz, Łódź 2021
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2021

Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0 (CC BY-NC-ND)

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.10144.20.0.K

Ark. wyd. 12,3; ark. druk. 12,5

ISBN 978-83-8220-498-8
e-ISBN 978-83-8220-499-5

<https://doi.org/10.18778/8220-498-8>

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. 42 665 58 63

Spis treści

Wstęp	9
I. Andropauza – efekt zmian w drugiej połowie życia	11
1. Uwarunkowania andropauzy	14
1.1. Hipogonadyzm pierwotny i wtórny	15
1.2. Testosteron i inne hormony a andropauza	16
2. Objawy andropauzalne	19
2.1. Niedobór testosteronu	19
2.2. Objawy hipogonadyzmu i ich klasyfikacje	20
3. Stany chorobowe związane z niedoborem testosteronu	24
4. Andropauza a zdolność do prokreacji	26
4.1. Andropauza a aktywność seksualna	27
4.2. Andropauza a możliwości zapładniające nasienia	29
II. Andropauza a menopauza	31
1. Menopauza – uwarunkowania i skutki	31
1.1. Terminologia i wiek wystąpienia menopauzy	31
1.2. Hormonalne uwarunkowania menopauzy	32
1.3. Objawy związane z menopauzą	34
1.4. Psychologiczne koncepcje menopauzy	34
1.5. Menopauza a funkcjonowanie seksualne	35
2. Skutki zmian hormonalnych u mężczyzn i kobiet – podobieństwa i różnice	36
III. Jakość życia	41
1. Interdyscyplinarne ujęcie jakości życia	41
2. Uwarunkowania jakości życia	45
2.1. Czynniki genetyczne	45
2.2. Indywidualne właściwości człowieka i wiek	46
2.3. Warunki życia	46
2.4. Intencjonalne działania i role społeczne	47
3. Jakość życia w okresie andropauzalnym i menopauzalnym – wybrane korelaty	50
3.1. Percepcja i ocena andropauzy i menopauzy	50
3.1.1. Percepcja i ocena andropauzy	50
3.1.2. Percepcja i ocena menopauzy	52

4. Kryzys połowy życia i lęk	55
4.1. Poczucie własnej atrakcyjności i samoocena	58
4.1.1. Obraz własnego ciała i atrakcyjność fizyczna	58
4.1.2. Seksualność i atrakcyjność seksualna	61
4.2. Relacje w związku trwałym	66
IV. Zdrowie i jakość życia mężczyzn 50+. Badania własne	69
1. Cel badań, pytania i hipotezy badawcze	71
2. Charakterystyka grupy badanej i procedura	74
3. Operacjonalizacja zmiennych	77
4. Metody analizy statystycznej	84
5. Andropauza a menopauza – podobieństwa czy różnice	84
5.1. Objawy andropauzalne i menopauzalne u badanych mężczyzn i kobiet	85
5.2. Czynniki ryzyka objawów andropauzalnych i menopauzalnych	91
5.2.1. Cechy indywidualne a objawy zmian hormonalnych	91
5.2.1.1. Wiek a objawy andropauzalne i menopauzalne	91
5.2.1.2. Masa ciała a objawy andropauzalne i menopauzalne	93
5.2.1.3. Choroby przewlekłe a objawy andropauzalne i menopauzalne	95
5.2.2. Styl życia a ryzyko objawów zmian hormonalnych	98
5.2.2.1. Odżywianie się a objawy andropauzalne i menopauzalne	98
5.2.2.2. Palenie tytoniu a objawy andropauzalne i menopauzalne	102
5.2.2.3. Aktywność fizyczna a objawy andropauzalne i menopauzalne	107
5.2.3. Psychospołeczne czynniki ryzyka objawów zmian hormonalnych	111
5.2.3.1. Obecność i zaangażowanie w rolach a objawy andropauzalne i menopauzalne	111
5.2.3.2. Bliski związek emocjonalny i jego staż a objawy andropauzalne i menopauzalne	115
5.2.3.3. Zmiany psychosomatyczne u partnera a objawy andropauzalne i menopauzalne	119
5.2.3.4. Własna postawa wobec andropauzy i menopauzy	123
5.3. Czynniki ryzyka objawów andro- i menopauzalnych – analiza porównawcza	126
6. Charakterystyka psychologiczna mężczyzn 50+	132
6.1. Lęk jako stan i lęk jako cecha u mężczyzn 50+	132
6.2. Poczucie własnej atrakcyjności u mężczyzn 50+	134
6.3. Jakość bliskiego związku u mężczyzn 50+	136
6.4. Lęk, poczucie atrakcyjności i jakość związku z partnerką a objawy andropauzalne	138
6.4.1. Lęk a objawy andropauzalne	138
6.4.2. Poczucie własnej atrakcyjności a objawy andropauzalne	140
6.4.3. Jakość związku z partnerką a objawy andropauzalne	144
7. Jakość życia mężczyzn 50+	147
7.1. Jakość życia mężczyzn w perspektywie wybranych charakterystyk psychologicznych, czynników ryzyka objawów oraz zmian właściwych dla andropauzy	149

8. Podsumowanie i dyskusja wyników badań	158
8.1. Występowanie i nasilenie objawów zmian hormonalnych i ich czynniki ryzyka	158
8.2. Kryzys wieku średniego – zmiany hormonalne i funkcjonowanie psychologiczne mężczyzn 50+	170
8.3. Jakość życia mężczyzn 50+ w perspektywie doświadczanych zmian	176
Zakończenie	179
Bibliografia	183
Wyjaśnienia terminów przyjętych w pracy	199

Wstęp

Szeroko rozumiane zdrowie człowieka, określane jako dobrostan psychofizyczny i społeczny, jest szczególnie ważne zwłaszcza dla ludzi osiągających wiek, w którym dokonują się zmiany hormonalne związane z andropauzą i menopauzą. Liczba takich osób wzrasta. Potwierdzają to najnowsze dane Głównego Urzędu Statystycznego (Rocznik Demograficzny, 2019) wskazujące na zwiększającą się długość życia. Oczekiwana długość życia kobiet wynosi 81,7 lat, a dla mężczyzn 73,8 lat. Nietrudno jednak zauważyć, że mężczyźni żyją krócej niż kobiety. Wspomniana różnica, wskazująca na nadumieralność mężczyzn, zwiększa się wraz z wiekiem. Ryzyko zgonu istnieje już w średniej dorosłości, ale najczęściej dotyczy późnej dorosłości. Okazuje się bowiem, że w wieku 45 lat umiera 5% mężczyzn i 1,9% procent kobiet, a 75 lat nie dożywa aż 46,3% mężczyzn i 23,9% kobiet (GUS, 2018).

Na długość życia mężczyzn mogą mieć wpływ różne czynniki: genetyczne, słabszy układ odpornościowy i większa podatność na choroby, mniejsza troska (w porównaniu do kobiet) o własne zdrowie, ale również zmiany hormonalne. Spadek hormonów, w tym testosteronu, zwiększa ryzyko chorób sercowo-naczyniowych (Ho i in., 2016), a te okazują się najbardziej niebezpieczne dla mężczyzn. W Polsce to one są główną przyczyną zgonów. Co drugi zgon jest spowodowany chorobami krążenia i w tej kategorii zgonów obserwuje się największe różnice między mężczyznami i kobietami. Z powodu chorób układu krążenia mężczyźni w wieku 45–59 lat umierają 3,5 razy częściej niż kobiety (GUS, 2018).

Kompleksowe podejście do zdrowia jednostki wymaga uwzględnienia nie tylko jego wymiaru somatycznego, ale również psychologicznego, związanego z jakością życia i efektywnością funkcjonowania w rolach.

Dłuższy czas życia naturalnie wydłuża okres późnej dorosłości, a tym samym przesunięciu ulega średnia dorosłość, ponieważ utrwała się tendencja do utrzymywania aktywności zawodowej poza ustawowy wiek emerytalny. Większość z tych osób nie tylko pracuje zawodowo, ale również aktywnie uczestniczy w innych dziedzinach życia, doświadczając kumulacji ról społecznych i związanych z nimi zadań. Role i zadania nakładają się, co wymaga jednoczesnego funkcjonowania w co najmniej trzech obszarach: zawodowym, społecznym i rozbudowanym rodzinnym (role związane z rodziną prokreacji – własne dzieci, ale też wnuki, oraz rola opiekuna starszej generacji – starzejących się rodziców). Jest to okres szczególnie trudny, ponieważ wiąże się ze zmianami hormonalnymi, które mogą znacząco ograniczać możliwości psychofizyczne i społeczne jednostki. Potrzeba bycia aktywnym, a jednocześnie doświadczanie zmian i objawów związanych

z klimakterium wywołuje złe samopoczucie, niepokój, a nawet lęk. Dolegliwości są potęgowane przez zmiany obserwowane we własnym wyglądzie, co przyczynia się do obniżania się poczucia atrakcyjności, a ostatecznie do wycofywania się z aktywnego życia i ograniczania kontaktów społecznych. Bywa, że jest to okres nie tylko trudny dla jednostki, ale też dla jej rodziny, partnera. Konsekwencją mogą być konflikty, a nawet rozpad związku.

Osoby będące w okresie zmian hormonalnych związanych z klimakterium należy zatem otoczyć szczególną opieką. Oprócz oczywistej pomocy medycznej niezbędna jest również pomoc psychologiczna. Ważne są kompleksowe badania uwzględniające szeroki zakres przyczyn, również psychospołecznych, obniżonego samopoczucia osób w okresie meno- i andropauzy. Takie badania otwierają możliwość udzielenia takim osobom profesjonalnej pomocy i wsparcia. Priorytetem powinno być bowiem wzmacnianie dobrostanu jednostki, ponieważ stanowi on o jej pozytywnym i efektywnym funkcjonowaniu.

Oddawana do rąk czytelnika monografia dotyczy psychologicznych i społecznych skutków zmian hormonalnych doświadczanych w okresie średniej dorosłości – menopauzy, względnie dobrze znanej, i andropauzy, stosunkowo rzadziej będącej przedmiotem badań nauk społecznych. Główny nacisk położono na biologiczne aspekty andropauzy oraz społeczne i psychologiczne uwarunkowania doświadczeń w tym okresie, menopauzę traktując jedynie jako kontekst do porównań. Dotyczy to zarówno refleksji teoretycznej prowadzonej w pierwszej części monografii, jak i wyników własnych badań, przedstawionych w części drugiej.

Zgodnie z tą koncepcją uwzględniono w monografii rozdział przypominający najważniejsze zagadnienia dotyczące menopauzy – jej biologiczne uwarunkowania oraz wybrane aspekty psychologiczne. Andropauza omówiona jest szerzej – rozważania dotyczą kontrowersji wokół terminologii i kryteriów rozpoznawania, a także różnorodnych psychospołecznych konsekwencji i zmian w funkcjonowaniu mężczyzny. Podsumowaniem rozważań jest rozdział, w którym dokonano porównania obu zjawisk. Nie tylko menopauza, ale także andropauza może zmieniać jakość życia w okresie średniej i późnej dorosłości, stąd w monografii znalazł się również rozdział poświęcony koncepcjom jakości życia, zwłaszcza tym związanym ze zdrowiem. Do jakości życia i jej uwarunkowań odwołują się także prezentowane w monografii badania własne.

Mamy nadzieję, że przyjęcie takiej perspektywy pozwoliło szerzej zaprezentować zagadnienia związane z andropauzą, a także wskazać, a być może i rozstrzygnąć, liczne kontrowersje wokół problematyki andropauzy rozpatrywanej w kontekście kryzysu wieku średniego, poza nim podejmowanej rzadko lub całkowicie negowanej. Pomocne w tym mogą być wyniki badań empirycznych z udziałem mężczyzn w okresie andropauzy i kobiet w okresie menopauzalnym, przedstawione w drugiej części monografii. Ich rezultaty wskazują tak na podobieństwa doświadczeń w obu okresach zmian hormonalnych, jak i na wyraźne różnice, ilustrujące specyfikę sytuacji przedstawicieli obu płci.

Serdeczne podziękowania składamy Recenzentowi, Panu Profesorowi dr. hab. Romualdowi Derbisowi, za docenienie ważności problematyki oraz szczegółowe i konstruktywne uwagi, które się przyczyniły do ostatecznej i lepszej wersji monografii.

I. Andropauza – efekt zmian w drugiej połowie życia

Andropauza, nazywana także „męską menopauzą”, „klimakterium”, „wiro-pauzą”, oznacza stopniowe zmniejszanie się sekrecji wielu hormonów, także androgenów, czemu towarzyszą różnorodne dolegliwości. Funkcje hormonalne jąder są jednak zachowane do późnej starości, a stopień zmniejszania się sekrecji hormonów jest zróżnicowany indywidualnie (Boul, 2003; Jakiel i in., 2015; Mędraś i Bablok, 2002; Roaiah i in., 2016). Andropauza jest rozpoznawana na podstawie niskich stężeń testosteronu całkowitego (8–12 nmol/l lub 2,31–3,46 ng/ml) oraz zgłaszanych objawów (Rabijewski i Zgliczyński, 2009b) i dotyczy mężczyzn po 50. roku życia (Mędraś i 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 i Zgliczyński, 2009a). Palenie tytoniu (ponad 10 papierosów dziennie) powoduje wystąpienie andropauzy przed 50. rokiem życia (Than i Philip, 1999).

Prawdopodobnie temat męskiego klimakterium został wprowadzony do literatury naukowej po raz pierwszy przez H. Halforda. W 1813 roku przedstawił on koncepcję, w której zachęcał do akceptacji pojawiających się wraz z wiekiem zmian siły i sprawności fizycznej u mężczyzn. Zmiany te, zdaniem autora, nie powinny być poddawane leczeniu. W XIX wieku w literaturze medycznej pojawiały się także koncepcje wyjaśniające, że spadek sprawności seksualnej mężczyzn jest spowodowany starzeniem się i naruszonymi w ciągu życia zasobami nasienia (Marshall, 2007).

Terminu „andropauza” użył po raz pierwszy Werner w 1939 roku (Marshall, 2007; Mędraś i Bablok, 2002). Jego zdaniem starsi mężczyźni, a na pewno znaczna ich część, doświadczają zmian zbliżonych do tych obserwowanych u starzejących się kobiet. Inne źródła (Jakiel i in., 2015) wskazują na Hellera i Meyersa, którzy w opublikowanym w 1944 roku artykule odnieśli się do zmian u starzejących się mężczyzn, nazywając je „męską menopauzą”. Na skutek starzenia się światowej populacji wzrosło zainteresowanie procesami starzenia się nie tylko kobiet, ale także mężczyzn, a tym samym – zjawiskiem andropauzy. Opisywane w publikacjach naukowych objawy u starzejących się mężczyzn łączono najczęściej ze spadkiem poziomu testosteronu, stąd pojawiły się także propozycje jego uzupełniania w postaci hormonalnej terapii zastępczej (HTZ). Początkowo podkreślano pozytywne następstwa suplementacji hormonalnej (Marshall, 2007), dziś jednak jest ona oceniana bardziej krytycznie i zwraca się uwagę na jej negatywne efekty uboczne (Basaria i Dobs, 1999; Hijazi i Cunningham, 2005,

w: Bielawska-Batorowicz, 2011), a także na fakt, że żadna suplementacja hormonalna nie zapobiegnie starzeniu się (Tsang i in., 2019). Ponadto w literaturze przedmiotu można zauważyć podział na zwolenników i przeciwników rozpoznawania andropauzy. Zwolennicy tego terminu uznają proces zmian u mężczyzny jako podobny do menopauzy: uwarunkowany fizjologicznie, przynoszący liczne dolegliwości, negatywnie wpływający na jakość znacznej części życia mężczyzny i wymagający leczenia. Przeciwnicy uznają, że andropauza to sztuczny konstrukt, a jej objawy są związane z naturalnym procesem starzenia się i nie wymagają interwencji medycznej (Diamond, 2000, w: Bielawska-Batorowicz 2011; Marshall, 2007). Pojawiają się także poglądy, zgodnie z którymi andropauza to jedynie próba medykalizacji przez koncerny farmaceutyczne naturalnego okresu w życiu mężczyzny (Marshall, 2006, 2007). Ponadto w przypadku kobiet mamy do czynienia z niepodważalnym faktem biologicznym, natomiast istnienie „męskiej menopauzy” bywa kwestionowane, a dolegliwości, które się jej przypisuje, tłumaczone są starzeniem się organizmu (Mędraś i Bablok, 2002). Późniejsze publikacje potwierdzają jednak obecność zmian i objawów wynikających ze spadku testosteronu, ale w mniejszym zakresie i nie tak często, jak pierwotnie sugerowano (Jakiel i in., 2015).

Określenie andropauza – od greckich słów *andros*, czyli mężczyzna, i *pausis*, czyli przerwa – jest niefortunne, nie oddaje bowiem rzeczywistości biologicznej tego zjawiska (Meryn i in., 2003, w: Pryczek i Bielawska-Batorowicz, 2007; Mędraś, 2002; Morales, 2004). W tym znaczeniu andropauza musiałaby oznaczać bardzo rzadką chorobę, która wiąże się z całkowitym zahamowaniem hormonalnej czynności zmienionych anatomicznie i/lub fizjologicznie jąder. Tak rozumiana andropauza dotyczy tylko tych mężczyzn, którzy na skutek choroby lub wypadku zostali poddani chirurgicznej lub farmakologicznej kastracji (Morales, 2004). Stosowanie terminu „andropauza”, analogicznie do terminu „menopauza”, jest błędem. U mężczyzn 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 (Jakiel i in., 2015; Kula, 1998; T’Sjoen i in., 2003).

Termin „andropauza” – czyli męska menopauza – od początku budził zastrzeżenia. Od dawna wiadomo bowiem, że zmiany w stężeniu hormonów gonadalnych u mężczyzn, dotyczące zmniejszenia stężenia testosteronu, mają charakter liniowy, ciągle bez wyraźnego prognozy, a w obrazie klinicznym tych zmian widać duże różnice indywidualne (Tenover, 1994, w: Jakiel i in., 2008). Zdolność prokreacyjna mężczyzn, w przeciwieństwie do kobiet, jest zachowana do późnej starości (Karasek, 2009a). Dlatego obok potoczne przyjętych nazw – męska menopauza czy andropauza – pojawiły się bardziej precyzyjne określenia, które próbują połączyć związane z wiekiem spadek produkcji androgenów i objawy starzenia się mężczyzn. Z czasem andropauzę zastąpiono nazwą PADAM (ang. *partial androgen deficiency in the aging male*), która oznacza częściową niewydolność androgenną starzejącego się mężczyzny i która miała bardziej precyzyjnie oddawać charakter tego zjawiska. Zespół PADAM diagnozowany był głównie za pomocą kwestionariuszy oceniających szereg objawów łączonych z małym stężeniem androgenów.

Dalsze próby dokładniejszego określenia tego zespołu, którego kryteria diagnostyczne nadal były dość intuicyjne, zaowocowały pojawieniem się nazwy *late-onset hypogonadism* (LOH), co można tłumaczyć jako późny hipogonadyzm (Jakiel i in., 2008). Hipogonadyzm to nieprawidłowe funkcjonowanie gonad, które prowadzi do zaburzeń procesu powstawania i dojrzewania plemników (spermatogenezy) lub wydzielania hormonów (Rabijewski, 2011a). „Hipogonadyzm definiuje się jako zespół objawów klinicznych będących następstwem niedostatecznej syntezy testosteronu. Termin ten oznacza niedomogę jąder – zarówno endokrynną (niedobór testosteronu), jak i egzokrynną (zaburzenia spermatogenezy)” (Rabijewski, 2011a, s. 633). Z uwagi na to, że objawy kliniczne mogą wystąpić w różnym wieku i z różnych przyczyn (np. zaburzenia genetyczne, urazy, zapalenia, nowotwory jąder, zaburzenia rozwojowe, urazy czaszki, zaburzenia naczyniowe, nowotwory, zmiany zapalne podwzgórza i przysadki mózgowej), zmniejszenie syntezy testosteronu, które pojawia się wraz z wiekiem nazywamy hipogonadyzmem związanym ze starzeniem się (Rabijewski, 2011a) lub późnym hipogonadyzmem męskim (Jakiel i in., 2008; Jakiel i in., 2015; Kula i in., 2012a). „Późny hipogonadyzm męski to zespół kliniczny i biochemiczny, związany z zaawansowanym wiekiem, charakteryzujący się typowymi objawami oraz obniżonym poziomem testosteronu w surowicy. Może być powodem istotnego obniżenia jakości życia i wpływać niekorzystnie na funkcjonowanie licznych narządów” (Jakiel i in., 2008, s. 328). Do jego rozpoznania konieczny jest zatem laboratoryjny pomiar poziomu testosteronu, a nie jedynie ocena samego obrazu klinicznego. Takie stanowisko zostało przyjęte przez trzy towarzystwa naukowe: International Society of Andrology (ISA), The International Society for the Study of the Aging Male (ISSAM) i European Association of Urology (EAU) (Jakiel, Pilewska-Kozak, Melaniuk i Tobor, 2008). Ostatnio termin „późny hipogonadyzm” (*late-onset hypogonadism*, LOH) jest stosowany zamiennie z terminem „zespół deficytu testosteronu związany z wiekiem” (*age-related testosterone deficiency syndrome*, *age-related TSD*). W definicji podkreśla się, że zespół ten dotyczy mężczyzn o normalnym przebiegu okresu dojrzewania i normalnych drugorzędowych cechach płciowych (Jakiel i in., 2015).

Zespół PADAM i LOH najczęściej mieszczą się w szeroko rozumianym zespole andropauzy (Hisause i Horie, 2013; Pines, 2011; Wdowiak i in., 2002). Termin ten – andropauza – przy świadomości, jakie jest jego prawdziwe znaczenie, nadal jest stosowany jako pewnego rodzaju skrót myślowy (Mędraś, 2002). Będziemy się nim także posługiwać w tej książce.

Obecnie, mimo bardziej precyzyjnych kryteriów oceniania, andropauza nadal jest trudna do zdefiniowania. Najczęściej traktowana jest jako:

- nieunikniony element procesu starzenia się mężczyzny związany ze stopniowym spadkiem ilości androgenów, który może przebiegać także bezobjawowo (Meryn i in., 2003; Tan i Pu, 2004);
- zespół objawów klinicznych związanych ze stwierdzonym w badaniach spadkiem androgenów – testosteronu, dehydroepiandrosteronu oraz innych hormonów, który pojawia się u mężczyzn po 50. roku życia (Mędraś i Bablok, 2002).

Trudności w definiowaniu andropauzy dotyczą: problemów w identyfikacji objawów i powszechnego przekonania, że są one normalną częścią procesu starzenia; braku jasnych kryteriów oceny, jak w przypadku menopauzy; trudności w wytyczeniu poziomu testosteronu ocenianego jako „niski” (Hollander, 2003). Istotne różnice w stężeniu testosteronu mogą zależeć od wieku, chorób, pory dnia, stężeń białek wiążących hormony płciowe. Stężenie testosteronu może być obniżone na skutek bardzo ciężkiego wysiłku fizycznego, występowania chorób przewlekłych, stresu, działania niektórych leków, otyłości, a zwiększone na skutek intensywnego, ale krótkotrwałego wysiłku fizycznego czy dużej aktywności seksualnej. Normy stężenia testosteronu są raczej umowne i mało precyzyjne, a objawy jego niedoboru bardzo różnorodne i mało specyficzne (Jakiel, 2011a). Wnioski z badania European Male Aging Study wskazują jednak, że późny hipogonadyzm (LOH) wiąże się z całkowitym stężeniem testosteronu poniżej 11 nmol/l (3,2 ng/ml) i stężeniem wolnego testosteronu poniżej 220 pmol/l (64 pg/ml), którym towarzyszą określone objawy w sferze seksualnej (Jakiel i in., 2015).

Używanie terminu „andropauza” lub „męska menopauza” zdaniem niektórych autorów jest negatywną konceptualizacją męskiego wieku średniego, która prezentuje męskie ciało jako „patologiczne”, odwołując się dodatkowo do objawowego modelu kobiecej menopauzy. Znalaziono niewiele dowodów na istnienie objawowego modelu męskiego klimakterium – w European Male Aging Study spośród analizowanych 32 możliwych objawów tylko 9 było związanych z całkowitym poziomem testosteronu (Jakiel i in., 2015). Wcześniejsze analizy wskazywały, że zgłaszane objawy były raczej związane ze stanem zdrowiem i stylem życia niż wiekiem i poziomem testosteronu (Boul, 2003; Vainiopa i Topo, 2005). Stąd też wątpliwości, czy mamy do czynienia z andropauzą, czy z kryzysem połowy życia (Charlton, 2004).

1. Uwarunkowania andropauzy

Przyczyną zmniejszonego wydzielania lub działania androgenów mogą być zaburzenia czynności podwzgórza, przysadki, jąder lub tkanek docelowych dla androgenów. Hipogonadyzm późny u mężczyzn pojawia się po 40. roku życia (Kula i Słowkowska-Hilczer, 2012a; Rabijewski, 2021) i zwykle objawy mu towarzyszące nie są tak wyraźne jak w przypadku chłopców dotkniętych niedomogą endokrynną jąder w okresie przedpokwitaniowym (brak lub opóźnione dojrzewanie płciowe) (Rabijewski, 2011a). W okresie dojrzałości androgeny są odpowiedzialne za utrzymanie spermatogenezy, popędu płciowego, działają anabolicznie na wątrobę, układ krwiotwórczy, mięśniowy, kostny, immunologiczny (Kula i Słowkowska-Hilczer, 2012b).

1.1. Hipogonadyzm pierwotny i wtórny

W hipogonadyzmie redukcji ulega poziom testosteronu, któremu towarzyszą zmiany w natężeniu folitropiny (FSH) i lutotropiny (LH) (Mędraś, 2007). Folitropina pobudza dojrzewanie i wzrost jąder oraz wpływa na czynność komórek Sertolego, z którymi reguluje spermatogenezę. Lutotropina, działając na komórki Leydiga, aktywizuje enzymy odpowiedzialne za przemianę cholesterolu w testosteron. Wydzielanie hormonów podlega kontroli na drodze sprzężeń zwrotnych. Testosteron zmniejsza wydzielanie gonadoliberyny (GnRH) i lutotropiny, a hormony jąder hamują (inhibina) lub pobudzają (aktywina) wydzielanie folitropiny (Kula i Słowikowska-Hilczer, 2012b).

Hipogonadyzm późny ma charakter złożony – pierwotny i wtórny.

Hipogonadyzm pierwotny (hipergonadotropowy, gonadalny) to defekt gonad, którego przyczyny pierwotnie dotyczą jąder (upośledzenie czynności) (Mędraś, 2007; Rabijewski, 2011a) i który wiąże się z obniżonym wydzielaniem testosteronu (testosteron poniżej 3 ng/ml), czego konsekwencją jest, na skutek braku hamowania zwrotnego, wzrost produkcji FSH i LH (powyżej 10 mU/ml) przez przysadkę mózgową (Mędraś i Jankowska, 2002b). Związany jest z upośledzeniem czynności hormonalnej komórek Leydiga i Sertolego w jądrze, któremu towarzyszy nadmierne wydzielanie gonadotropin (FSH i LH) przez przysadkę mózgową (Kula i Słowikowska-Hilczer, 2012b; Mędraś i Jankowska, 2002b). U starszych mężczyzn zmiany w obrębie jąder dotyczą zmniejszenia liczby komórek Leydiga i syntetyzowanego przez nie testosteronu. Upośledzeniu ulegają także komórki Sertolego, czego przejawem jest redukcja syntezy inhibiny, która hamuje wydzielanie FSH. Zmniejsza się ukrwienie tkanki jądrowej, a błona graniczna naczyniowo-kanalikowa ulega pogrubieniu (Mędraś i Jankowska, 2002b). Przy rozpoznawaniu hipogonadyzmu pierwotnego bardziej wskazane jest, by zwracać uwagę na stężenie FSH niż LH, ponieważ okres półtrwania FSH jest dłuższy, a zmiany w jego wydzielaniu mniejsze (Rabijewski, 2011a). Hipogonadyzm pierwotny uwarunkowany upośledzeniem czynności hormonalnej spowodowanej starzeniem się występuje u 2% mężczyzn w wieku 40–80 lat, a u 9,5% mężczyzn pojawia się w formie skompensowanego hipogonadyzmu (Kula i Słowikowska-Hilczer, 2012b).

Hipogonadyzm wtórny (hipogonadotropowy, podwzgórzowo-przysadkowy) to defekt gonad wynikający z upośledzenia funkcjonowania podwzgórza i przysadki mózgowej (obniżone zostaje wydzielanie gonadotropin – FSH, LH – przez przysadkę mózgową lub gonadoliberyny – GnRH – przez podwzgórze) (Kula i Słowikowska-Hilczer, 2012b; Mędraś, 2007; Rabijewski, 2011a). Związany jest z niskim poziomem testosteronu (od 2 ng/ml wieczorem do 4 ng/ml rano) oraz obniżonym wydzielaniem FSH i LH (poniżej 5 mU/ml) (Mędraś, 2007). Wydzielanie w podwzgórzu gonadoliberyny (GnRH), której zadaniem jest pobudzanie przysadki do produkcji LH i FSH, ulega zmniejszeniu, a proces ten nosi nazwę dysregulacji podwzgórzowego generatora pulsów (Rabijewski i Zgliczyński, 2009a). W konsekwencji dochodzi do mniejszej stymulacji syntezy testosteronu przez komórki

Leydiga w jądrze (Rabijewski i Zgliczyński, 2009a, 2009b). W większości przypadków niedobór dotyczy obu gonadotropin, ale może też dotyczyć tylko jednej z nich, np. LH. U 12% mężczyzn niedobór LH współwystępuje z hipogonadyzmem późnym (LOH), często wtórnym wobec współwystępujących chorób (Kula i Słowikowska-Hilczer, 2012b).

Deficyt testosteronu, który przypisuje się andropauzie, wynika zatem ze zmian obwodowych i ośrodkowych. Wiąże się bowiem z dysfunkcją podwzgórza i przysadki, które dodatkowo zmieniają zaburzoną już czynność endogenną i egzogenną jąder (Mędraś i Jankowska, 2002b).

1.2. Testosteron i inne hormony a andropauza

Testosteron syntetyzowany jest w rytmie dobowym – najwięcej w godzinach rannych, najmniej w popołudniowych, około 6 mg dziennie. U starzejących się mężczyzn dochodzi do wyrównania rytmu dobowego wydzielania testosteronu. Testosteron całkowity we krwi to suma testosteronu, który krąży w formie wolnej (2–3%), związanego z albuminami osocza (40%) oraz z globuliną wiążącą hormony płciowe – SHBG (ang. *sex hormone binding globulin*) (około 60%) (Jakiel, 2011a, 2011c).

W największym stopniu obniża się testosteron w formie wolnej, a tylko on jest postacią aktywną biologicznie. Dodatkową pulę, która jest możliwa do wykorzystania, stanowi testosteron słabo połączony z albuminami osocza. Jednak ich łączne stężenie – testosteronu bioaktywnego – ulega stopniowej redukcji: wg jednych źródeł o 2% rocznie (Feldman i in., 2002, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2009a; Rabijewski, 2011b), wg innych o 1–1,4% rocznie (Belchetz i in., 2010; Rabijewski, 2021). Stężenie SHBG wzrasta wraz z wiekiem o 1–1,2% rocznie i obniża poziom aktywnej biologicznie frakcji testosteronu, co pogłębia hipogonadyzm (Rabijewski, 2011b; Rabijewski, 2013; Simon, 2008).

Zachodzące z wiekiem stopniowe zmniejszanie się stężenia testosteronu we krwi, zwane andropenią, rozpoczyna się między 30.–35. rokiem życia, a najwyraźniej zauważalne jest po 50. roku życia. Proces ten nie zawsze przebiega w podobny sposób. Jest on uwarunkowany genetycznie i modyfikowany przez czynniki psychospołeczne i socjoekonomiczne, tryb życia, przyjmowane leki i środki psychoaktywne, współwystępujące choroby somatyczne. Nadwaga, choroba prostaty lub inna choroba przewlekła, stałe przyjmowanie leków, nadużywanie alkoholu, stres mogą się przyczyniać do obniżenia stężeń testosteronu. Osoby palące tytoń wykazują wyższy poziom testosteronu w osoczu niż niepalące (Belchetz i in., 2010; Mędraś i Jankowska, 2002a; Rabijewski, 2011b). Wśród czynników związanych ze stylem życia największe znaczenie dla poziomu testosteronu we krwi ma palenie tytoniu i wskaźnik BMI (Ponholzer i in., 2005). Stres psychologiczny zaburza hormonalną funkcję męskich gonad, a w stanach przewlekłych przyczynia się do hipogonadyzmu wtórnego (Józków i Mędraś, 2012). Stężenie testosteronu wolnego obniża się o ok. 1,4% rocznie, ale takie czynniki jak otyłość, nadużywanie

alkoholu, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca, nadciśnienie i inne choroby przewlekłe, mogą tę wartość znacząco zwiększać (Karasek, 2009a; Rabijewski, 2021).

Łączenie andropauzy wyłącznie z niedoborem testosteronu jest dużym uproszczeniem. Objawy przypisywane andropauzie wynikają także z niedoboru dehydroepiandrosteronu, hormonu wzrostu czy melatoniny. Wraz z wiekiem ulegają one istotnemu obniżeniu zarówno w organizmie mężczyzny, jak i kobiety (Karasek, 2009b).

Po 40. roku życia obniżeniu ulega poziom androgenów nadnerczowych: dehydroepiandrosteronu (DHEA) i siarczanu dehydroepiandrosteronu (DEHA-S) (Papierska, 2011). Są one syntetyzowane w warstwie siateczkowej kory nadnerczy, a około 10–25% DHEA oraz 5% DHEA-S pochodzi z jąder. Ilość krążącego DHEA-S jest 250–500 razy wyższa niż DHEA. W ciągu doby 67% DHEA-S ulega przemianie do DHEA, a jedynie 13% DHEA jest metabolizowane do DHEA-S (Karasek, 2009b).

W swojej budowie dehydroepiandrosteron jest podobny do testosteronu i estradiolu, dlatego może być substratem przy ich syntezie. U mężczyzn 50% aktywnych androgenów pochodzi z obwodowej konwersji tego hormonu (Karasek, 2009; Papierska, 2011; Rabijewski, 2021), u kobiet – 75%, a po menopauzie nawet 100% (Karasek, 2009b). Wartości DHEA i DHEA-S wykazują duże różnice związane z wiekiem (Belanger, Candas i in., 1994, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2010, Karasek, 2009b). Ich poziom osiąga najwyższe wartości między 25. a 35. rokiem życia i dla mężczyzn wynosi 10,8–42,8 nmol/L (dla kobiet 6,3–33,6 nmol/L), a następnie zaczyna się obniżać (Karasek, 2009b). Z każdym kolejnym rokiem ulega redukcji o 3,1 i 2,2% (Labrie, Belanger i van Luu, 1998, w: Mędraś, 2002; Babuśka-Rocznik i Rocznik, 2009). W wieku 60–70 lat wynosi 10–20% wartości charakterystycznej dla osób 30-letnich (Belanger, Candas i in., 1994, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2010), a z pewnością nie przekracza 30% wartości z okresu młodości (Babuśka-Rocznik i Rocznik, 2009; Labrie, Belanger i van Luu, 1998, w: Mędraś, 2002), zaś w wieku 90 lat stanowi zaledwie ok. 5% najwyższych wartości (Rabijewski, 2021).

Dehydroepiandrosteron jako steroid syntezowany w centralnym układzie nerwowym jest ważny w przewodnictwie nerwowym. Zmiany w jego stężeniu mają znaczenie dla funkcjonowania psychicznego, układu sercowo-naczyniowego i być może ma on związek z niektórymi nowotworami (Babuśka-Rocznik i Rocznik, 2009). DHEA jest traktowany jako hormon mający wiele korzystnych działań, jak np. ochrona układu immunologicznego, działanie przeciwmiażdżycowe, przeciwosteoporotyczne, antykancerogenne, antyoksydacyjne, przeciwotyłociowe i neurotropowe, jednak sam mechanizm jego działania pozostaje niejasny (Belanger, Candas i in., 1994, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2010). Niedobór DEHA może się przyczyniać do choroby niedokrwiennej serca, zawału mięśnia sercowego, zaburzeń potencji, stanów otępiennych, niskiej samooceny (Papierska, 2011), miażdżycy, insulinooporności, obniżenia odporności, osteoporozy, zmniejszenia masy i siły mięśniowej, obniżenia libido, obniżenia nastroju (Karasek, 2009b). Niskie wartości DHEA u osób starszych współwystępują z depresją

i chorobą Alzheimera. Działa on antagonistycznie do kortyzolu, a jego obniżenie (przy niezmiennym się z wiekiem wydzielaniu kortyzolu) prowadzi do stopniowego upośledzenia funkcji poznawczych (Karasek, 2009b).

Z andropauzą wiąże się także niedobór hormonu wzrostu (GH – *growth hormone*), produkowanego przez przysadkę mózgową, oraz insulinopodobnego czynnika wzrostu (IGF-1), który jest wytwarzany w tkankach obwodowych, głównie w wątrobie (O'Connor, Tobin i Harman, 1998, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2010). GH pobudza wzrost ciała oraz wpływa na metabolizm. Mężczyźni w wieku 50 lat mają znacznie obniżony poziom GH, a w wieku 60 lat jest on porównywalny z ilością obserwowalną u pacjentów z niedoczynnością przysadki (Mędraś i Demissie, 2002). Stężenia GH u osób w wieku 65–85 lat przyjmują wartości o połowę niższe niż u osób młodych (Toogood, O'Neill i Shalet, 1996, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2010). IGF-1 jest mediatorem GH oraz samodzielnie aktywuje replikację dojrzewania komórek. Po 60. roku życia jego wartość jest o 30–40% niższa niż u osób w wieku 20–30 lat (Kozakowski, 2011a). GH jest wydzielany epizodycznie, kilka razy w ciągu dnia. Podwzgórze wytwarza związki oddziałujące na GH – somatoliberyna (GH-RH) stymuluje jego sekrecję, a somatostatyna ją hamuje. Niższe wydzielanie GH u starszych osób jest wynikiem mniejszej amplitudy i długości pulsów GH. Wiąże się to z obniżonym wydzielaniem somatoliberyny i ze zwiększonym wydzielaniem somatostatyny. Dobowy profil wydzielania GH z dominującym wydzielaniem w nocy zostaje zachowany (Karasek, 2009b).

Na wydzielany GH oddziałują przyjmowane posiłki, stres, wysiłek fizyczny, sen. Dlatego też osoby starsze, które uprawiają ćwiczenia fizyczne i są szczupłe, mogą zachować poziom GH podobny do osób młodych (Mędraś i Demissie, 2002). GH to hormon, który oddziałuje prawie na wszystkie narządy organizmu, a jego obniżenie może się przyczyniać do rozwoju wielu dolegliwości i tym samym obniżać jakość życia starszych osób (Karasek, 2009b). Niedobór GH wiąże się ze zwiększeniem tkanki tłuszczowej ciała, zmniejszeniem gęstości kości, osteoporozą, zwiększonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycą, zmniejszeniem masy mięśniowej, mniejszą wydolnością fizyczną (Karasek, 2009b; Mędraś i Demissie, 2002; Rabijewski, 2021). Obniżone wydzielanie GH i IGF-1 przyczynia się do powstawania wielu dolegliwości, nie tylko somatycznych, ale także psychicznych. Dolegliwości psychiczne to depresja, zaburzenia osobowości, drażliwość, zaburzenia snu, brak popędu płciowego (Hull, Harvey i Growth, 2003, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2010; Karasek, 2009b), chwiejność emocjonalna, zaburzenia pamięci i koncentracji, niska samoocena (Karasek, 2009b). Obniżenie nastroju, brak energii życiowej i zaburzenia pamięci stanowią najczęstsze objawy psychiczne niedoboru GH (Kozakowski, 2011a).

Melatonina wytwarzana jest głównie przez szyszynkę i odpowiada za regulację rytmu okołodobowego. Jej wydzielanie jest niewielkie w ciągu dnia, a największe w nocy (między 23:00 a 3:00) i zależy od dostępu światła do autonomicznego układu nerwowego (Karasek, 2009b; Mędraś i Szczęsny, 2002). Światło dociera do siatkówki oka, następnie informacja o nim jest wysyłana za pośrednictwem autonomicznego układu nerwowego do zakończeń nerwowych włókien adrenergicznych unerwiających szyszynkę (Karasek, 2009b).

Stężenie melatoniny we krwi waha się między 10–20 pg/ml w ciągu dnia i od 80 do 150 pg/ml w nocy (Karasek, 2009b). Dobowy rytm wydzielania melatoniny ma swój początek około 6. miesiąca życia, największe wartości przyjmuje między 4. a 7. rokiem życia (180 pg/ml), następnie obniża się w okresie pokwitania (80 pg/ml) i do 35.–45. roku życia utrzymuje się na stałym poziomie. Po 45. roku życia stopniowo się zmniejsza (40 pg/ml), a w wieku podeszłym przyjmuje bardzo niewielkie wartości (20 pg/ml) (Mędraś i Szczęsny, 2002; Rabijewski, 2021). Istnieje kilka dowodów na rolę melatoniny w procesie starzenia:

- jej wydzielanie istotnie zmniejsza się z wiekiem;
- jest naturalnym środkiem wywołującym sen, a u osób starszych następuje pogorszenie jego jakości;
- stymuluje aktywność układu immunologicznego, którego działanie jest osłabione u osób starszych, co nasila proces starzenia się;
- ma silne działanie przeciwutleniające i usuwa wolne rodniki, chroniąc serce, naczynia, mózg przed uszkodzeniami, DNA przed degradacją, powstawaniem wielu chorób typowych dla starszego wieku (np. choroba Alzheimera, Parkinsona), opóźnia starzenie się organizmu (Guerrero i Reiter, 2002; Reiter, Tan i Allegra, 2002, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2010; Karasek, 2009b; Mędraś i Szczęsny, 2002).

Od 40 do 70% starszych osób cierpi na przewlekłe zaburzenia snu, które wpływają niekorzystnie na ich zdrowie psychiczne i fizyczne: przyczyniają się do rozwoju chorób sercowo-naczyniowych i zaburzeń hormonalnych, obniżają odporność oraz zwiększają podatność na infekcje (Pandi-Perumal, Seils i in., 2002, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2010). Zmiany w sferze psychicznej wynikające z zaburzeń snu to np.: brak zdolności do odczuwania satysfakcji, zaburzenia koncentracji, gorsza wydajność, permanentna senność, nerwowość, niepokój, depresja (Karasek, 2009b).

2. Objawy andropauzalne

Rozpoznanie andropauzy wymaga stwierdzenia obniżonego poziomu testosteronu we krwi oraz wystąpienia określonych objawów klinicznych hipogonadyzmu (Jakiel i in., 2015; Rabijewski, 2011b).

2.1. Niedobór testosteronu

Niedobór testosteronu rozpoznaje się na podstawie badania krwi. Krew wykorzystywana do badań jest pobierana w godzinach porannych (7:00–11:00), ponieważ w tym czasie stężenie testosteronu jest najwyższe. W godzinach popołudniowych jest ono o około 20% niższe (Diver, Imtiaz i in., 2003, w: Kula i Słowikowska-Hilczner, 2012a). Oznaczeniu poddawany jest testosteron całkowity i SHBG w surowicy, a następnie oblicza się stężenie wolnego testosteronu:

100 x stężenie testosteronu całkowitego dzielone przez stężenie SHBG (Jakiel, 2011a; Karasek, 2009a).

Prawidłowe stężenie testosteronu całkowitego to wartość przekraczająca 11,0 nmol/l. Za kryterium rozpoznania hipogonadyzmu przyjmuje się stężenie poniżej tej wartości (Jakiel i in., 2015). Przy ocenie poziomu testosteronu należy jednak pamiętać, że jego spadek może być spowodowany także stanem chorobowym, np.: obecnością nowotworu złośliwego, przewlekłą niewydolnością nerek lub przyjmowanymi lekami (Elin i Winters, 2004, Tenover, 2003, w: Krysiak i in., 2007). Uznano, że stężenie testosteronu w surowicy krwi powyżej 12 nmol/l (3,5 ng/mL) nie wymaga leczenia, a przy wartości poniżej 8 nmol/l (2,5 ng/mL) można spodziewać się pozytywnych skutków klinicznych stosowania substytucji testosteronem. Przy stężeniach między 8 a 12 nmol/l (2,5–3,5 ng/mL) należy powtórzyć badanie, a o leczeniu powinna decydować ocena nasilenia objawów klinicznych (Karasek, 2009a; Nieschlag, Swerdloff i in., 2008, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2009a; Wang, Nieschlag i in., 2009, w: Rabijewski, 2013). Niektóre z późniejszych rekomendacji (Lunenfeld i in., 2015) uwzględniają wprowadzenie suplementacji testosteronu już przy stężeniu 15 nmol/l i obecności klinicznych objawów hipogonadyzmu. Analizowane są także efekty długotrwałego stosowania terapii testosteronem i jej bezpieczeństwo zdrowotne. Uzyskiwane wyniki badań podłużnych wskazują na zmniejszenie się indeksu masy ciała (BMI) oraz tkanki tłuszczowej u mężczyzn przyjmujących testosteron w porównaniu do placebo (Dudek i in., 2020), a systematyczny przegląd badań wskazuje, że substytucja testosteronu nie zwiększa zagrożeń chorobami prostaty, choć wskazuje na konieczność indywidualnego podejścia do leczenia (Miranda i Torres, 2020).

Częstość występowania obniżonego poziomu testosteronu (poniżej 11 nmol/l lub 3,2 ng/mL) wynosi 10–15% dla mężczyzn w wieku 45–60 lat, 20% dla mężczyzn w wieku 60–69 lat, 30% dla mężczyzn w wieku 70–79 lat i 40% dla mężczyzn po 80. roku życia (Rabijewski, 2011b). Wyniki badań European Male Aging Study dowodzą jednak, że niedobór testosteronu i towarzyszące mu symptomy dotyczą około 2% starszych mężczyzn (Jakiel i in., 2015; Rabijewski, 2021). Według badań MMAS (Massachusetts Male Aging Study) częstość występowania zespołu późnego hipogonadyzmu dotyczy 21% mężczyzn w wieku 55–59 lat, 26% mężczyzn w wieku 60–69 lat i 31% mężczyzn w wieku 70–86 lat (Jakiel, 2010; Samipoor i in., 2017). Tylko 1% zdrowych mężczyzn w wieku 20–40 lat ma poziom testosteronu poniżej 11 nmol/l (320 ng/dl), ale dotyczy to już 50% mężczyzn w wieku powyżej 50 lat (Pines, 2011). Niespójne wyniki prezentowanych badań potwierdzają wspomniane wcześniej trudności w rozpoznawaniu andropauzy na podstawie niskich stężeń testosteronu.

2.2. Objawy hipogonadyzmu i ich klasyfikacje

Objawy zespołu niedoboru testosteronu można podzielić na:

1. Objawy specyficzne: zmniejszenie libido i spadek aktywności seksualnej, zmniejszenie częstości nocnych i porannych wzwodów, ginekomastia

lub uczucie dyskomfortu w obrębie gruczołów piersiowych, zmniejszenie owłosienia ciała, zmniejszenie objętości jąder, obniżona gęstość mineralna kości, zmniejszenie masy i siły mięśniowej, uderzenia gorąca, nadmierne pocenie się;

2. Objawy niespecyficzne: obniżenie energii i motywacji do działania, spadek pewności siebie, obniżony nastrój, rozdrażnienie, pogorszenie pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, bezsenność, zwiększenie masy tkanki tłuszczowej, wzrost BMI, obniżenie sprawności psychofizycznej;
3. Stany chorobowe związane z niedoborem testosteronu: cukrzyca typu 2, zespół metaboliczny, przewlekła obturacyjna choroba płuc, osteoporoza, niepłodność, choroba niedokrwienna serca (Bhasin, Cunningham i in., 2006; Zitzmann i Nieschlag, 2006; Zitzmann, Faber i Nieschlag, 2006, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2009a).

Inna klasyfikacja (Lunenfeld i in., 2015) zakłada wyróżnianie objawów seksualnych i pozaseksualnych. Do pierwszej grupy należą: zaburzenia erekcji, zmniejszenie częstości erekcji porannych, obniżenie popędu płciowego, trudności z osiągnięciem orgazmu i spadek jego intensywności. Do drugiej grupy: zmęczenie, zaburzenia koncentracji, depresja, obniżona energia i samopoczucie, a także anemia, osteopenia i osteoporoza, otyłość brzuszna i zespół metaboliczny. Obie klasyfikacje uwzględniają podobne objawy.

Symptomy, które pojawiają się jako pierwsze na skutek obniżenia poziomu testosteronu, to obniżona energia i libido (Zitzmann i Nieschlag, 2006, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2009a). Inne objawy specyficzne niedoboru testosteronu, takie jak zmniejszenie owłosienia na ciele i twarzy, małe i miękkie jądra oraz ginekomastia, nie są już tak powszechne i występują tylko u niektórych pacjentów (Rabijewski i Zgliczyński, 2009a). Dla przykładu, ginekomastia dotyczy 55–70% mężczyzn po 50. roku życia. Dotknięci nią mężczyźni mogą doświadczać dolegliwości bólowych w obrębie sutków, ale często stanowi ona przede wszystkim problem natury psychologicznej i kosmetycznej, negatywnie wpływając na jakość życia (Czajka-Oraniec i Zgliczyński, 2011).

Zespół kliniczny objawów pod nazwą hipogonadyzm późny obejmuje:

- obniżenie libido oraz ilości i jakości, szczególnie nocnych, erekcji;
- zmiany nastroju, depresję, drażliwość, spadek aktywności intelektualnej, funkcji poznawczych, orientacji przestrzennej, poczucie zmęczenia;
- zaburzenia snu;
- zmniejszenie beztłuszczowej masy ciała, spadek siły i masy mięśni;
- wzrost ilości tłuszczu trzewnego;
- zmniejszenie owłosienia i zaburzenia skórne;
- zmniejszenie gęstości kości (Jakiel, 2010).

Inny podział symptomów uwzględnia trzy zespoły objawów andropauzalnych. Dotyczą one funkcjonowania psychicznego, somatycznego i seksualnego (Comhaire, 2000; Demers, 2003, w: Krysiak i in., 2007; Heinemann, Zimmermann i in., 1999, w: Mędraś, 2002) i obejmują:

1. Zespół objawów dotyczących psychiki:
 - nerwowość (nadmierne napięcie wewnętrzne, niemożność pełnego zrelaksowania się);

- niepokój, a nawet lęk lub okresy paniki;
 - drażliwość;
 - nastrój depresyjny (zniechęcenie, smutek, częsta zmienność nastroju, poczucie bezsensu życia i wyczerpania energii życiowej);
 - pogorszenie pamięci i zdolności koncentracji;
 - dokuczliwa świadomość, że najlepszy okres życia już minął (Heinemann, Zimmermann, Vermeulen i in., 1999, w: Mędraś, 2002);
 - nadpobudliwość;
 - uczucie osłupienia;
 - anhedonia (Mooradian i Korenman, 2006, w: Krysiak i in., 2007; Morales, 2004).
2. Zespół objawów somatowegetatywnych:
- bóle stawów i mięśni;
 - pocenie się (odczuwane jako nadmierne lub pocenie się przy niewielkim nawet wysiłku fizycznym);
 - uderzenia gorąca, zlewne poty;
 - zaburzenia snu (kłopoty z zasypianiem, budzenie się w środku nocy lub przed czasem z poczuciem zmęczenia i niewyspania, zwiększona potrzeba snu w ciągu dnia, również długotrwałe poczucie zmęczenia i senności);
 - zmniejszenie siły i masy mięśniowej;
 - pogorszenie ogólnego samopoczucia;
 - redukcja masy kostnej;
 - wzrost ilości tkanki tłuszczowej wisceralnej;
 - częstoskurcze nadkomorowe;
 - zawroty i bóle głowy;
 - bóle gonad (dysfunkcja dźwigacza jąder) (Heinemann, Zimmermann i in., 1999, w: Mędraś, 2002);
 - osłabienie lub upośledzenie dobrego samopoczucia;
 - wyczerpanie fizyczne towarzyszące nawet niewielkiemu wysiłkowi (Comhaire, 2000, w: Krysiak i in., 2007; Olarinoye, Adebisi i Popoola, 2006).
3. Zespół objawów dotyczących sfery życia seksualnego:
- redukcja potencji;
 - zmniejszenie częstości porannych erekcji;
 - obniżenie libido;
 - obniżenie aktywności seksualnej;
 - rozrzedzenie zarostu na twarzy;
 - zmiany andrologiczne w zakresie zewnętrznych narządów płciowych (Heinemann, Zimmermann i in., 1999, w: Mędraś, 2002);
 - słabe i krótkotrwałe erekcje z towarzyszącym zmniejszeniem objętości spermy podczas ejakulacji (Handelsman i Liu, 2005, w: Krysiak i in., 2007).

Cały zespół dolegliwości andropauzalnych pojawia się tylko u części mężczyzn. Prawdopodobnie 10–12% mężczyzn w wieku około 60 lat doświadcza

andropauzy. U młodszych mężczyzn, między 45. a 50. rokiem życia, także można obserwować objawy męskiej menopauzy; dotyczą one głównie sfery psychicznej (Heinemann, Zimmermann i in., 1999, w: Mędraś, 2002). Zastosowanie ścisłych kryteriów opartych na stężeniu testosteronu (poniżej 8 nmol/l) i występowaniu co najmniej trzech objawów ze sfery seksualnej sprawia, że zespół dolegliwości andropauzalnych można rozpoznać u około 2% mężczyzn (Huhtaniemi, 2014a, 2014b). Za najbardziej typowe objawy hipogonadyzmu związane ze sferą seksualną uważa się zaburzenia erekcji, brak porannych erekcji oraz rzadsze myślenie o seksie (Wu, Tajar i in., 2010, w: Kula i Słowikowska-Hilczner, 2012a). Właśnie te objawy współwystępują z niskimi stężeniami testosteronu (poniżej 11 nmol/l) (Wu, Tajar i in., 2010, w: Rabijewski, 2013), ale u niektórych mężczyzn typowe objawy hipogonadyzmu nie wykazują związku ze stężeniem testosteronu (Rabijewski, 2021). U starzejących się mężczyzn mogą występować objawy subdepresji, wzmożona podejrzliwość, zazdrość, lęk przed młodszymi konkurentami, wybuchowość, trudności w podejmowaniu decyzji, hipochondria lub też pracoholizm. Co trzeci mężczyzna po 60. roku życia doświadcza zaburzeń pamięci (Jakiel i in., 2009). Gorsze funkcjonowanie psychiczne mężczyzn w okresie andropauzy może wynikać z negatywnych zmian w sferze seksualnej. Obniżenie sprawności seksualnej wiąże się z dyskomfortem psychicznym, z którym mężczyzna próbuje sobie np. radzić, zwiększając aktywność zawodową, co niejednokrotnie prowadzi do pracoholizmu. Gorsza sprawność intelektualna, zaburzenia pamięci i uwagi mogą skutkować ograniczeniem efektywności także w sferze zawodowej, co tylko pogłębia wspomniany dyskomfort. U mężczyzn w okresie andropauzy do rozwoju depresji i lęku może się przyczynić nie tylko słaba sprawność seksualna, ale także ogólnie złe samopoczucie i wiele innych stresorów psychospołecznych związanych z wiekiem średnim (Lee i in., 2010).

W literaturze przedmiotu trwa dyskusja nad wprowadzeniem bardziej precyzyjnych kryteriów rozpoznawania andropauzy. Poza obniżonym poziomem testosteronu stwierdzanym w badaniach laboratoryjnych, wymagana jest obecność minimum trzech z ośmiu objawów hipogonadyzmu, do których zalicza się: zaburzenia wzwodu i zmniejszenie libido, pogorszenie jakości życia, zaburzenia snu, rozdrażnienie lub stany depresyjne, uczucie przewlekłego zmęczenia, otyłość brzuszna, zmniejszenie masy i siły mięśniowej, zmniejszenie gęstości mineralnej kości (Lunenfeld i in., 2015; Rabijewski, 2011b).

Ważnych danych zwiększających trafność diagnozy andropauzy dostarczyło badanie prowadzone w wielu ośrodkach – The European Male Aging Study (EMAS) – z udziałem 3369 mężczyzn w wieku od 40 do 79 lat (średnia wieku 59,7 lat), z użyciem kwestionariuszy dotyczących zdrowia fizycznego i funkcji poznawczych oraz testów wydajności, biochemicznych i hormonalnych. Europejskie badanie starzejących się mężczyzn zdefiniowało kryteria biochemiczne i kliniczne dla LOH, obejmujące postępujący wraz z wiekiem niedobór testosteronu oraz trzy objawy seksualne: zaburzenia erekcji, zmniejszoną częstotliwość myśli seksualnych i porannych erekcji. Według danych EMAS można z dużą pewnością stwierdzić, że jeżeli mężczyzna nie ma objawów seksualnych, to nie ma też późnego hipogonadyzmu (LOH). Zapewne niski poziom testosteronu związany jest, choć w mniejszym stopniu, z szerszym zakresem objawów (Wu i in., 2010).

Uzyskane wyniki wskazały objawy związane z niskimi stężeniami testosteronu. Były to:

- trzy objawy seksualne (zmniejszona częstotliwość porannych erekcji, zmniejszenie częstotliwości myśli seksualnych, zaburzenia erekcji);
- trzy objawy fizyczne (niezdolność do angażowania się w energiczne aktywności, np. bieganie, podnoszenie ciężkich przedmiotów, uczestnictwo w wymagających sportach; niezdolność przejścia większego dystansu niż 1 km; niezdolność do klękania lub schylania się);
- trzy objawy psychologiczne (utrata energii, smutek lub przygnębienie, zmęczenie).

Wiele innych objawów, takich jak zaburzenia snu, koncentracji, nerwowość, niepokój, uczucie bezwartościowości, nie było związanych z niskimi stężeniami testosteronu. Objawy seksualne i obniżona zdolność do angażowania się w intensywną aktywność fizyczną występowały przy stężeniach testosteronu w granicach 8–13 nmol/l (Jakiel i in., 2015; Huhtaniemi, 2014a, 2014b; Pines, 2011; Wu, Tjar, Beynon i in., 2010). Niemniej u blisko 75% mężczyzn, których to dotyczyło, występowała również nadwaga lub otyłość. Redukcja masy ciała znacząco zmniejszała intensywność objawów andropauzalnych (Huhtaniemi, 2014a).

W badaniach epidemiologicznych związek między testosteronem a pożądaniem seksualnym jest statystycznie istotny, ale mniej ścisły ze względu na interakcje z innymi czynnikami, które zmniejszają zarówno pożądanie seksualne, jak i poziom testosteronu. Stąd, oprócz ewentualnego późnego hipogonadyzmu, należy wziąć po uwagę inne czynniki etiologiczne (zdrowie, bliski związek, czynniki społeczno-ekonomiczne i psychologiczne) oraz możliwe zaburzenia seksualne (Lejeune, Huyghe i Droupy, 2013).

3. Stany chorobowe związane z niedoborem testosteronu

Androgeny działają anabolicznie na układ krwiotwórczy, mięśniowy, kostny immunologiczny i na wątrobę (Kula i Słowikowska-Hilczer, 2012b). Stąd hipogonadyzm może się przyczynić do osteoporozy, otyłości, gorszej czynności krwiotwórczej szpiku, insulinooporności oraz jej następstw w postaci choroby miażdżycowej lub cukrzycy typu 2 (Lunenfeld i in., 2015; Morales, Heaton i Carson, 2000; Morales i Lunenfeld, 2001, w: Wdowiak i in., 2002; Oh, Barrett-Connor i in., 2002, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2009a; Rabijewski, 2011b).

Mężczyźni, u których diagnozuje się zespół metaboliczny (odporność insulinową, otyłość brzuszną, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze), są bardziej narażeni na zespół niedoboru testosteronu (Kalyani i Dobs, 2007, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2009a). Obniżony poziom testosteronu niekorzystnie wpływa na skład ciała, zwiększając ilość tkanki tłuszczowej trzewnej, wywołuje i nasila wydzielanie insuliny oraz oporność na insulinę (Rabijewski, 2011b). W badaniu z udziałem 802 mężczyzn z zaburzeniami seksualnymi, których wiek wynosił średnio 53,6 lat, a poziom testosteronu był niższy niż 8 nmol/l (2,31 ng/mL), 11,9%

stanowiły osoby z rozpoznanym zespołem metabolicznym. Ponadto wykazano, że stężenie testosteronu zmniejsza się wraz ze wzrostem liczby parametrów definiujących zespół metaboliczny (Corona, Manucci i in., 2006, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2009a).

Choroby układu krążenia, takie jak nadciśnienie tętnicze, też występują istotnie częściej u mężczyzn z niskimi stężeniami testosteronu (Huhtaniemi, 2014a; Januszewicz i Prejbisz, 2012; Lunenfeld i in., 2015; Rabijewski, 2011b). Im niższe stężenie testosteronu, tym większe ryzyko zawału mięśnia sercowego (Huhtaniemi, 2014b; Rabijewski, 2011b), którego najczęstszą przyczyną jest miażdżycza tętnic wieńcowych (powyżej 98% przypadków) (Budaj i in., 2012), występująca najczęściej u osób między 50. a 60. rokiem życia (Undas i Szczeklik, 2012).

Niedobór androgenów u mężczyzn w okresie andropauzy, podobnie jak inne wymieniane czynniki: toksyczne składniki dymu tytoniowego, stres oksydacyjny, niektóre przeciwciała i zakażenia (Mędraś i Jankowska, 2002d; Undas i Szczeklik, 2012), prawdopodobnie może inicjować miażdżycę, uszkodzając komórki śródnabłonka tętnicy wieńcowej. Niedobór testosteronu powoduje zaburzenie gospodarki lipidowej, obniżenie „dobrego” cholesterolu (HDL-lipoprotein o wysokiej gęstości) i zwiększenie „złego” cholesterolu (LDL-lipoprotein o niskiej gęstości), który przedostaje się w obręb naczyń i podlega dalszym przemianom w procesie rozwoju miażdżycy (Mędraś i Jankowska, 2002d). Stężenie testosteronu poniżej 10,4 nmol/l (3,0 ng/mL) wydaje się istotnie częstsze u mężczyzn z czynnikami ryzyka choroby naczyniowej (otyłość, cukrzyca, hiperlipidemia, nadciśnienie) (Mulligan, Frick i in., 2006, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2009a).

Otyłość w coraz większym stopniu dotyczy starzejących się mężczyzn i jest łączona ze spadkiem androgenów. Istnieje bowiem odwrotna zależność między poziomem wskaźnika masy ciała a testosteronu (Tan i Pu, 2002). Nadmiar tkanki tłuszczowej zlokalizowanej głównie w jamie brzusznej, pod skórą i w okolicy narządów wewnętrznych rozwija się u mężczyzn z niedoborem testosteronu (Maggi, 2008). Otyłość, zwłaszcza brzuszna, prowadzi do insulinooporności, zaburzeń metabolizmu węglowodanów i kwasów tłuszczowych, nieprawidłowych stężeń glukozy i lipidów we krwi oraz nadciśnienia tętniczego, co razem daje obraz zespołu metabolicznego. Zespół ten z kolei, poza zwiększeniem ryzyka wystąpienia cukrzycy, miażdżycy, choroby wieńcowej (Kozakowski, 2011b), przyczynia się do zaburzeń erekcji (Maggi, 2008).

Niskie stężenia testosteronu są też często łączone z osteoporozą. Osteoporoza pierwotna rozwija się nie tylko u kobiet po menopauzie, ale również u starszych mężczyzn. Zmiany inwolucyjne związane z masą kostną obejmują osoby powyżej 45. roku życia (Głuszko i in., 2012), niemniej wiedza o niej nie jest powszechna (Janiszewska i in., 2016). Osteoporoza rzadziej występuje u mężczyzn niż u kobiet ze względu na wyższą szczytową masę kostną (nawet o 30–50%) oraz grubsze kości (Głuszko i in., 2012; Rabijewski, 2006b). Osteoporoza u mężczyzn zwykle nie przybiera zaawansowanej formy, gdyż rozpoczyna się około 10 lat później, a spodziewana długość życia jest o 5–8 lat krótsza w porównaniu z kobietami (Rabijewski, 2006b; Rocznik Demograficzny, 2019). U mężczyzn utrata masy kostnej przebiega wolniej i nie przyspiesza bezpośrednio po 50. roku

życia. Mężczyźni w ciągu całego życia tracą od 15 do 45% kości beleczkowej oraz od 5 do 15% kości korowej. Wśród czynników ryzyka, obok uwarunkowań genetycznych, demograficznych (wiek, płeć), sposobu odżywiania i stylu życia (niedobór wapna, witaminy D, nadmiar lub niedobór fosforu, niedobór lub nadmiar białka w diecie, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nadmierne spożywanie kawy, brak aktywności fizycznej), wyróżnia się także niedobór hormonów płciowych (Głuszko i in., 2012; Rabijewski, 2006b). U osób z rozpoznaną osteoporozą niskie stężenia testosteronu były obserwowane dwukrotnie częściej niż u pacjentów z prawidłową masą tkanki kostnej. Dodatkowo cechy osteopenii w obrębie bliższej nasady kości udowej były także wyraźnie wyższe u mężczyzn z niedoborem testosteronu (22,5%) (Fink, Ewing i in., 2006, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2009a). Niedobór testosteronu stwierdzono także u ponad 30% mężczyzn z osteoporozą w obrębie kręgosłupa lędźwiowego i u 70% mężczyzn, którzy przeszli złamanie szyjki kości udowej (Rabijewski, 2011; Rabijewski i Zgliczyński, 2009a).

U mężczyzn po 40. roku życia rośnie ryzyko łagodnego przerostu gruczołu krokowego (ang. *benign prostatic hyperplasia*, BPH). Towarzyszą temu takie objawy jak częstomocz, uczucie parcia na pęcherz moczowy, moczenie nocne, nietrzymanie moczu, osłabienie strumienia moczu, zatrzymanie moczu. BPH prawdopodobnie wynika ze zmian proporcji stężeń steroidów płciowych i liczby ich receptorów. Wraz z wiekiem rośnie bowiem stężenie estrogenów w gruczole krokowym, które zwiększają liczbę receptorów dla dihydrotestosteronu (DHT). Zmiany w stężeniu testosteronu oraz zaburzone proporcje w stężeniu hormonów płciowych stanowią czynnik ryzyka wystąpienia raka gruczołu krokowego u mężczyzn po 65. roku życia. Rak gruczołu krokowego, po raku płuc, jest najczęstszym nowotworem u mężczyzn. Poza czynnikami hormonalnymi i genetycznymi, istotną rolę w jego powstaniu odgrywają także czynniki środowiskowe, głównie dieta (Czajka-Oraniec i Baranowski, 2011).

4. Andropauza a zdolność do prokreacji

Andropauza pozbawiona jest tak wyraźnej cezury, jaką dla menopauzy jest brak miesiączki, a przypisywane jej zmiany biologiczne są stopniowe. W przypadku mężczyzn nie dochodzi do radykalnych zmian hormonalnych i ustania funkcji rozrodczych. Mężczyźni, w odróżnieniu od kobiet, pozostają płodni przez całe życie (Karasek, 2009).

Utrzymywanie zdolności reprodukcyjnej u mężczyzn może wynikać z dwóch powodów. Po pierwsze, męski organizm ponosi niższe koszty związane z posiadaniem potomstwa, które wiążą się głównie z ciążą i porodem. Późne ojcostwo nie zwiększa ryzyka pozostawienia bez opieki dzieci już urodzonych (mężczyźni nie umierają podczas porodu) (Diamond, 1998). Po drugie, mężczyźni w mniejszym stopniu niż matki są pewni swojego ojcostwa, a długie utrzymywanie zdolności płodzenia dzieci zwiększa prawdopodobieństwo odniesienia sukcesu reprodukcyjnego (Baker i Oram, 2001). Zachowanie zdolności reprodukcyjnych

może też mieć negatywne konsekwencje w późniejszym okresie i powodować skrócenie długości życia (Buss, 2001). Wraz z wiekiem postępuje jednak łagodny spadek płodności mężczyzn (Jakiel, 2010; Piasecka i Gill, 2021). Według Światowej Organizacji Zdrowia istnieją dwie główne przyczyny wykluczające możliwość poczęcia dziecka przez mężczyznę. Są to: niemożność utrzymania regularnych stosunków płciowych oraz brak zdolności zapładniającej nasienia (Jakiel, 2011b).

4.1. Andropauza a aktywność seksualna

Testosteron pełni u mężczyzn istotną rolę w fizjologii seksualnej, wpływa na libido, funkcje erekcyjne, możliwość osiągnięcia orgazmu i ejakulację. Testosteron jest niezbędny do anatomicznej i czynnościowej integralności tkanek odpowiedzialnych za wzwód, a także reguluje równowagę enzymatyczną śródbłonna ciał jamistych. Prawidłowe funkcje seksualne, takie jak pożądanie seksualne, spontaniczne nocne erekcje oraz te reakcje, które stanowią odpowiedź na bodźce seksualne, czas trwania wzwodu, sztywność członka, wymagają odpowiednich stężeń testosteronu. Zespół niedoboru testosteronu jest jednym z najważniejszych, obok cukrzycy i miażdżycy, czynników warunkujących zaburzenia pożądania (libido) i erekcji (Rabijewski, 2011c). Przyjętą normą, w której powinny być zachowane prawidłowe funkcje seksualne, jest stężenie testosteronu powyżej 400 ng/dl (4 ng/mL). U mężczyzn, u których badania laboratoryjne wykazują wartości powyżej 4 ng/mL stężeń testosteronu, przyczyną osłabionego libido nie jest niedobór tego hormonu. Poziom stężenia testosteronu poniżej 200 ng/dl (2 ng/mL) odpowiada za upośledzenie aktywności seksualnej, a poniżej 140 ng/dl (1,4 ng/mL) prowadzi do upośledzenia nocnych i pobudzanych psychicznie wzwodów. Mężczyźni, u których stężenie testosteronu w surowicy wynosi 1,4 ng/mL lub mniej, wcale nie myślą i nie fantazjują o seksie. Tak określone progi stężenia testosteronu obejmują mężczyzn, którzy spełniają kryteria andropauzy (Jakiel, 2010, 2010b, 2011b). Niedobór androgenów w surowicy krwi, charakterystyczny dla hipogonadyzmu, może zmniejszyć zainteresowanie seksualne, jakość erekcji, a tym samym obniża jakość życia mężczyzn (Jakiel, 2010, 2011b; Morales i in., 2004).

W porównaniu z innymi zaburzeniami seksualnymi zaburzenia erekcji wiążą się z najwyższym poziomem stresu, zagrożeniem zdrowia psychicznego i relacji partnerskich. Stanowią coraz bardziej istotny problem także na skutek wzrastającej długości życia. Ich występowanie rośnie z wiekiem, co potwierdzają analizy epidemiologiczne (Hatzimouratidis, 2007). Oszacowano, że ze względu na wzrost długości życia i liczby starszych mężczyzn, do 2025 roku zaburzenia erekcji będą dotyczyć 322 mln osób (Sipiński, 2010). W Polsce zaburzenia erekcji dotyczą około 1,5 miliona mężczyzn po 35. roku życia, jednak tylko około 15% z nich decyduje się skorzystać z pomocy medycznej. Większość (ponad połowa) to osoby pomiędzy 40. a 60. rokiem życia, które traktują tego typu problemy jako naturalną i nieuchronną konsekwencję starzenia się (Hatzimouratidis, 2007; Rabijewski, 2006a). Wyniki badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych (MMAS

– Massachusetts Male Aging Study) wskazują, że u 52% mężczyzn w wieku 40–70 lat stwierdzono różne zaburzenia erekcji, od minimalnych (10%) przez umiarkowane (25%) do całkowitego braku (10%) (Rabijewski, 2006a; Sipiński, 2010). U 14,7% z 4342 mężczyzn po 50. roku życia z zaburzeniami erekcji stężenia testosteronu wynosiły mniej niż 3,0 ng/mL (Buvat, Bou i Jaoude, 2006, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2009a). Głównym czynnikiem wpływającym na ryzyko występowania zaburzeń erekcji u starszych mężczyzn są zmiany naczyniowe, ale także zaburzenia hormonalne – niedobór testosteronu oraz choroby przewlekłe, jak np. cukrzyca (60% chorych w wieku 60 lat i aż 90% mężczyzn po 70. roku życia), miażdżycy (40–80%), nadciśnienie tętnicze (15%), dolegliwości dolnych dróg moczowych lub łagodny rozrost gruczołu krokowego (60%). Częściowo (u 25% mężczyzn) zaburzenia erekcji mogą być spowodowane przyjmowaniem leków lub innych substancji psychoaktywnych (alkohol, nikotyna, narkotyki). Związany z wiekiem spadek zawartości kolagenu i włókien elastycznych w błonie białawej, zmniejszenie zawartości włókien mięśni gładkich oraz zmiany metaboliczne w komórkach śródnabłonka także przyczyniają się do zaburzeń erekcji (Rabijewski, 2006a). Czynniki psychologiczne zwiększające ryzyko zaburzeń erekcji to np.: zaburzenia nastroju, lęk, zespół wdowca¹ (Sipiński, 2010).

Przyczyny obniżonego libido mogą być bardzo różne; to m.in. choroby somatyczne, stres, zaburzone relacje z partnerem, jego choroba, leki, substancje psychoaktywne oraz zaburzenia hormonalne (Jakiel, 2011b). Zmiany hormonalne, fizyczne i obecność chorób przewlekłych, których ryzyko wystąpienia jest większe u starszych osób, ograniczają lub eliminują popęd i zachowania seksualne mężczyzn. Głównym czynnikiem, który negatywnie wpływa na popęd seksualny, jest zaawansowany wiek. Starszy mężczyzna do osiągnięcia pełnego wzwodu potrzebuje więcej czasu i bardziej bezpośredniej stymulacji. Faza podniecenia seksualnego bezpośrednio poprzedzająca orgazm jest przedłużona. Osłabieniu ulega nagłość wystąpienia orgazmu i wytrysku. Przeżywany orgazm jest mniej intensywny, trwa krócej i wiąże się z mniejszą liczbą skurczów mięśni opuszkowo-jamistych. Objętość ejakulatu jest mniejsza, a czas refrakcji dłuższy (Jakiel i in., 2009; Jakiel, 2010). Zmiany w sferze seksualności u starszych mężczyzn dotyczą obniżenia takich parametrów jak częstość myśli i snów erotycznych, masturbacji, popędu seksualnego, planowania seksu, frustracji związanej z jego brakiem (Araujo, Mohr i in., 2004, w: Jakiel i in., 2009; Jakiel, 2010).

Poza czynnikami biofizycznymi wpływającymi na seksualność mężczyzn w okresie andropauzy należy uwzględnić także inne: psychologiczne (np. wiedzę o seksie, skłonność do ekspresji seksualnej, zdrowie psychiczne, depresję) oraz społeczne (np. dostępność i relacje z partnerem seksualnym) (Jakiel, 2010). Duże znaczenie dla funkcjonowania seksualnego mężczyzn mogą mieć także czynniki kulturowe i religijne. Zaangażowanie i otwartość na potrzeby partnera mają w tym okresie życia większe znaczenie dla funkcjonowania seksualnego

1 Zespół wdowca/wdowy to negatywne konsekwencje w funkcjach seksualnych, prowadzące do różnych zaburzeń na skutek niepodjęcia współżycia seksualnego przez okres minimum roku (Lew-Starowicz, 1988, w: Grabowska, 2011).

niż atrakcyjność fizyczna (Stusiński i Lew-Starowicz, 2012). Popęd seksualny starzejących się mężczyzn jest bardziej uwarunkowany jakością związku z partnerką niż jej posiadaniem w ogóle. Podobnie jak kobiety w tym samym wieku, mężczyźni doświadczają wielu zmian, które także mogą mieć znaczenie dla ich życia seksualnego. W kulturze promującej młodość, starszy mężczyzna przestaje być wzorcem obiektu seksualnego. Dodatkowo zmiany hormonalne czyniące go podatnym na depresję i narażające na zaburzenia erekcji powodują, że ocenia on siebie bardziej surowo i niejednokrotnie traci zainteresowanie sferą seksu (Jakiel i in., 2009, Jakiel, 2010).

4.2. Andropauza a możliwości zapładniające nasienia

Andropauza nie wiąże się z całkowitą utratą zdolności zapładniającej nasienia, jednak zmiany hormonalne, które zachodzą w organizmie starzejących się mężczyzn, obniżają czynność plemnikotwórczą jąder (Bablok, 2002; Kula i Słowikowska, 2012b; Piasecka i Gill, 2021). Badanie nasienia mężczyzn w wieku 52–79 lat i porównanie wyników z wynikami takich samych badań u młodszych mężczyzn wykazało różnice w objętości nasienia, liczbie i budowie plemników oraz ich ruchliwości. U starszych mężczyzn mniejsza była objętość nasienia (1,8 ml, a u młodszych mężczyzn – 3,2 ml), liczba plemników (74 mln, a u młodszych mężczyzn – 206 mln), mniej było plemników o prawidłowej budowie (14%, u młodszych mężczyzn – 25%), gorsza była także ich żywotność (51%, a u młodszych mężczyzn – 80%). Nieprawidłowości w budowie plemników u starszych mężczyzn dotyczyły głównie witki. Nie wykazano natomiast różnic w koncentracji plemników (Ng, Donat i in., 2004).

Zmiany w stężeniu LH, FSH, obniżenie poziomu testosteronu oraz zmniejszenie liczby komórek Leydiga, upośledzenie komórek Sertolego, czego przejawem jest redukcja syntezy inhibiny B u starzejących się mężczyzn (Mędraś i Jankowska, 2002b), są typowe dla hipogonadyzmu pierwotnego i wtórnego oraz prowadzą do zaburzeń spermatogenezy (Rabijewski, 2011a).

Dodatkowo stres psychologiczny, którego źródłem mogą być np. zmiany życiowe związane z wiekiem średnim czy objawy zmian hormonalnych, zaburza plemnikotwórczą funkcję gonad. Obniżenie stężenia i ruchliwości plemników, zwiększenie odsetka plemników o nieprawidłowej morfologii, to najczęstsze zaburzenia spermatogenezy wywołane stresem (Józków i Mędraś, 2012).

Nieprawidłowe wyniki badanego nasienia, także u starszych mężczyzn, mogą być również spowodowane działaniem czynników toksycznych, takich jak alkohol czy palenie tytoniu lub być konsekwencją przyjmowanych leków (Kurzawa i Starczewski, 2009).

II. Andropauza a menopauza

Termin „andropauza”, utworzony w analogii do terminu „menopauza”, wszedł do języka naukowego. Przeciwnicy jego stosowania zwracają jednak uwagę na zasadnicze różnice między przebiegiem i skutkami zmian hormonalnych u mężczyzn i kobiet. Efekty zmian hormonalnych u mężczyzn opisano w poprzednim rozdziale. Zanim odniesiemy się do stanowisk akcentujących wspomniane różnice albo wskazujących na podobieństwa, przypomnimy najważniejsze aspekty zmian związanych z menopauzą.

1. Menopauza – uwarunkowania i skutki

1.1. Terminologia i wiek wystąpienia menopauzy

Termin „menopauza” wywodzi się z języka greckiego i stanowi połączenie dwóch słów: *men* – miesiąc i *pausis* – przerwa. Oznacza zatem nieodwracalne zatrzymanie cyklicznych krwawień miesięczkowych, ostatnią miesiączkę. Menopauzę rozpoznaje się, jeżeli w okresie 12 miesięcy nie występuje krwawienie miesięczne i to właśnie brak krwawień menstruacyjnych przez 12 miesięcy jest podstawowym kryterium rozpoznania menopauzy, a każde krwawienie, które wystąpi po upływie tego czasu, traktowane jest jako nieprawidłowe, wymagające diagnostyki oraz wykluczenia patologii (Bińkowska, 2011; Sowińska-Przepiera i Syrenicz, 2009).

Wyróżniamy menopauzę samoistną (naturalną) oraz sztuczną. Podstawą pierwszej jest samoczynne ustanie czynności jajników. W menopauzie sztucznej ustanie pracy jajników jest następstwem ich chirurgicznego usunięcia lub stosowania chemioterapii czy radioterapii (Bielawska-Batorowicz, 2016; Caidler-Luba i in., 2006). W raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (*Badania nad menopauzą w latach 90.*, 2001) obok menopauzy naturalnej i sztucznej wyróżniono:

- premenopauzę – okres około dwóch lat przed wystąpieniem ostatniej miesiączki (w raporcie postuluje się, by termin ten stosować dla określenia całego okresu płodności poprzedzającego menopauzę);
- perimenopauzę – bezpośredni okres przed menopauzą i pierwszy rok po menopauzie (okres okołomenopauzalny);
- postmenopauzę – okres po menopauzie.

Większość kobiet przestaje miesiączkować pomiędzy 45. a 55. rokiem życia, a najczęściej menopauza pojawia się w wieku 50–52 lat (Bielawska-Batorowicz, 2016; Bińkowska, 2011; Pertyński, 2006; Sowińska-Przepiera i Syrenicz, 2009). Przeciętny wiek menopauzy polskich kobiet mieści się między 48. a 52. rokiem życia (Kaczmarek, 2007a). Jest on związany z wiekiem wystąpienia pierwszej miesiączki, długością trwania cyklu menstruacyjnego, liczbą porodów i stosowaniem środków antykoncepcyjnych (Cajdler-Łuba i in., 2006; Kaczmarek, 2007b).

Do innych czynników, które mogą mieć wpływ na wiek pojawienia się menopauzy, należą: status socjoekonomiczny, masa ciała, liczba posiadanego potomstwa, sposób odżywiania się, aktywność fizyczna, ilość spożywanego alkoholu oraz, co wielokrotnie potwierdzono w badaniach, palenie tytoniu (*Badania nad...*, 2001; Sarec i in., 2011; Sowińska-Przepiera i Syrenicz, 2009). Palenie może przyspieszyć wystąpienie menopauzy o półtora roku (Bińkowska, 2011), a nawet o dwa lub trzy lata (Kapliński i in., 1998). Tym, co może opóźnić pojawienie się menopauzy, a jednocześnie wydłużyć czas życia kobiety, jest zdrowe odżywianie, przestrzeganie zasad higieny, unikanie używek, dbanie o zdrowie i kondycję fizyczną oraz dobre warunki socjalne (Pertyński, 2006).

Czas wystąpienia menopauzy zwykle jest dziedziczony z pokolenia na pokolenie i podobny w rodzinie (de Bruin i in., 2001; Varea i in., 2000). Szacuje się, że odziedziczalność wieku menopauzy wynosi 31–85% (Moron i in., 2009). Zakończenie pracy jajników przed 40. rokiem życia to przedwczesna menopauza, która dotyczy 1% kobiet i najczęściej jest wynikiem czynników toksycznych oddziałujących na jajniki, chorób autoimmunologicznych, zaburzeń chromosomalnych lub innych o niejasnym, nieznanym podłożu. Wczesna menopauza – przed 45. rokiem życia – dotyczy 10% kobiet (Bińkowska, 2011; Sowińska-Przepiera i Syrenicz, 2009).

1.2. Hormonalne uwarunkowania menopauzy

Za zmiany menopauzalne dokonujące się w organizmie kobiety odpowiada układ podwzgórze – przysadka – jajnik. Około sześć lat przed całkowitym ustaniem miesiączkowania przysadka stymulowana przez gonadoliberynę (GnRH) podwzgórza wzmacnia wydzielanie FSH (hormonu folikulotropowego), który pobudza rozwój i czynność pęcherzyka jajnikowego (komórki jajowej wraz z otaczającymi je komórkami) oraz LH (hormonu lutenizującego), który wzmacnia owulację i rozwój ciała żółtego (pęcherzyka jajnikowego w dojrzałym stadium, zwanego także pęcherzykiem Graafa) (Cajdler-Łuba i in., 2006). Wzrost wydzielania gonadotropin wynika z tego, że pęcherzyki jajnikowe stają się na nie bardziej odporne i jest pierwszym etapem zmian związanych z menopauzą – fazą wyrównania niewydolności jajników. Zaburzony rozwój pęcherzyków Graafa powoduje wzrost liczby cykliów bezowulacyjnych, o niskim stężeniu estrogenów i bardzo niskim progesteronu, a to z kolei prowadzi do nadczynności podwzgórzowo-przysadkowej (Kapliński i in., 1998).

Początkowy niewielki wzrost stężenia FSH wynika ze spadku wydzielania inhibiny B przez komórki ziarniste pęcherzyków antralnych (Bińkowska, 2011). Stężenie inhibiny B poniżej 45 pg/ml prognozuje słabą odpowiedź na stymulację FSH (Wołczyński, 2011). Wraz z wiekiem zmniejsza się liczba pęcherzyków jajnikowych, co powoduje dalszy spadek inhibiny B, a tym samym wzrost stężenia FSH wydzielanej przez przysadkę (Bińkowska, 2011; Lemm i Skalba, 2013). Inhibina B produkowana w komórkach ziarnistych jajnika hamuje, poprzez sprzężenie zwrotne, wydzielanie FSH przez przysadkę mózgową (Sowińska-Przepiera i Syrenicz, 2009). We wczesnym okresie przejścia menopauzalnego nie dochodzi do wyraźnego wzrostu LH. W tym czasie nie następuje także zmiana stężenia estradiolu, choć okresowo może być ono podwyższone (Bińkowska, 2011). Zmiany te są widoczne już przy nieznacznie wydłużonych cyklach miesięczkowych (Sowińska-Przepiera i Syrenicz, 2009).

W kolejnych latach wrażliwość jajników na działanie hormonów FSH i LH gwałtownie spada (Cajdler-Łuba i in., 2006). Dochodzi do drugiego etapu zmian związanych z menopauzą – częściowej niewydolności jajników (Kapliński i in., 1998). Zaburzeniu ulega proces dojrzewania komórki jajowej. Z pęcherzyka przestają być wydzielane komórki jajowe, czego konsekwencją są cykle bezowulacyjne i zaburzony proces tworzenia się ciała żółtego. Jednocześnie następuje także spadek produkowanych przez jajniki estrogenów i progesteronu.

Już na kilka lat przed menopauzą kobiety mogą dostrzegać u siebie objawy menopauzalne, a to z powodu wahań w poziomie hormonów wydzielanych przez jajnik. Miesiączki stają się nieregularne, krwawienia się przedłużają, a w przebiegu cyklu mogą pojawić się plamienia. Czas między kolejnymi miesiączkami wydłuża się, a krwawienie jest coraz bardziej skąpe. Nadal jednak istnieje możliwość, że kobieta zajdzie w ciążę (Cajdler-Łuba i in., 2006).

Poziom estradiolu spada gwałtownie dopiero dwa lata przed menopauzą. W czasie postmenopauzy nie dochodzi do wzrastania pęcherzyków jajnikowych. Na skutek braku hamowania zwrotnego inhibiny B, stężenie FSH jest przez kilka lat znacznie podwyższone (o 10–20 razy i wynosi nawet powyżej 100 j.m./l), a stężenie LH tylko nieznacznie (3-krotnie) rośnie w stosunku do okresu reprodukcyjnego (Bińkowska, 2011; Sowińska-Przepiera i Syrenicz, 2009). W ciągu kolejnych kilku lat stężenie obu gonadotropin spada na skutek starzenia się przysadki (Bińkowska, 2011).

Po menopauzie jajniki nie wydzielają estradiolu, stąd jego stężenie w organizmie kobiety obniża się o 1/3 i wynosi 5–20 pg/ml (Bińkowska, 2011). Jego spadek prowadzi do ustania krwawień miesięczkowych i oznacza trzeci etap zmian – całkowitą niewydolność jajnika (Kapliński i in., 1998). Głównym estrogenem staje się estron (30–70 pg/ml) (Bińkowska, 2011), ale jego stężenie także obniża się o połowę. Pochodzi on z konwersji obwodowej androstendionu, wytwarzanego głównie, choć w niewielkich ilościach, przez korę nadnerczy (Bińkowska, 2011). W okresie okołomenopauzalnym stężenie androstendionu jest o 50% mniejsze niż w okresie reprodukcyjnym na skutek jego upośledzonej produkcji w jajnikach (Sowińska-Przepiera i Syrenicz, 2009). W okresie pomenopauzalnym 95% estrogenów pochodzi z obwodowej aromatyzacji androstendionu w tkance tłuszczowej (Kapliński i in., 1998).

1.3. Objawy związane z menopauzą

Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia (*Badania nad...*, 2001) dzielą objawy związane z menopauzą na specyficzne (związane ze zmianami hormonalnymi) oraz niespecyficzne (wywołane przez inne czynniki, np. sytuację materialną, rodzinną i zawodową, przyjmowanie używek). Do pierwszej grupy należą objawy wazomotoryczne, urogenitalne, nieregularne miesiączkowanie, a do drugiej np. depresja, napięcie nerwowe, bezsenność, trudności w koncentracji uwagi, bóle głowy, zawroty głowy, bóle pleców, spadek energii. Objawy grupowane są także w trzy główne kategorie: objawy wazomotoryczne, psychiczne i somatyczne (Bielawska-Batorowicz, 2016).

Uwzględniając czas wystąpienia, wyróżnia się (1) objawy wczesne (spowodowane natychmiastową odpowiedzią organizmu na niedobór estradiolu), do których należą: objawy wypadowe (naczynioruchowe, inaczej wazomotoryczne – uderzenia gorąca, nocne poty), zmiany psychiczne, zaburzenia miesiączkowania, oraz (2) objawy późne (odległa w czasie odpowiedź organizmu na długotrwały niedobór estradiolu), do których należą: zmiany zanikowe układu moczowo-płciowego, suchość pochwy, nietrzymanie moczu, nawracające stany zapalne pochwy, bolesność przy współżyciu, obniżone libido, choroby układu sercowo-naczyniowego, osteoporoza (Cajdler-Łuba i in., 2006).

Doświadczenie objawów menopauzalnych jest zjawiskiem wielowymiarowym i odzwierciedla wpływ różnych czynników: genetycznych, diety, aktywności fizycznej, zmian fizycznych, stosowanych leków, wpływów kulturowych i indywidualnych poglądów oraz oczekiwań, zmiennych psychologicznych, demograficznych, warunków ekonomicznych (Bielawska-Batorowicz, 2016; Czarnecka-Iwańczuk i in., 2013; Palacios i in., 2010).

1.4. Psychologiczne koncepcje menopauzy

W koncepcjach psychologicznych zakłada się, że indywidualne postawy wobec menopauzy i sposób prezentowania objawów są ukształtowane i modyfikowane przez poglądy typowe dla danej kultury oraz charakterystyczny dla kobiet styl życia oraz ich zasoby (Berger, 1999; Bielawska-Batorowicz, 2013, 2016; Gannon, 1999). Menopauza jako utrata zdolności reprodukcyjnej i atrakcyjności fizycznej – dwu aspektów, które często stanowią kontekst społecznej percepcji kobiet – może być spostrzegana negatywnie, a to wzmacnia intensywność łączonych z nią objawów.

Jednym z ujęć teoretycznych wyjaśniającym sposób doświadczania menopauzy jest tzw. indywidualna koncepcja menopauzy (Bielawska-Batorowicz, 2013, 2016). To konstrukt, na który składają się: 1) wiedza o menopauzie, w tym o jej fizjologii, która pozwala kobiecie trafnie rozpoznać i interpretować pojawiające się objawy; 2) poglądy dotyczące skutków zmian fizjologicznych, w tym przekonania

o ich znaczeniu dla funkcjonowania w biologicznej i społecznej roli kobiety oraz poglądy dotyczące zdolności prokreacyjnych, starzenia się i seksualności, sprzyjające kształtowaniu się pozytywnego lub negatywnego podejścia do starzenia się, a zatem także postawy wobec menopauzy; 3) indywidualna ocena i interpretacja menopauzy. Indywidualna koncepcja menopauzy obejmuje zatem wiedzę (tak naukową, jak i potoczną) i przekonania dotyczące zmian hormonalnych oraz ich następstw. Prowadzą one do oceny, interpretowania i nadawania znaczenia temu okresowi życia; tym samym indywidualna koncepcja menopauzy staje się czynnikiem wyznaczającym sposób przeżywania przejścia menopauzalnego, w tym intensywność doświadczanych objawów. Ważną rolę w kształtowaniu się indywidualnej koncepcji menopauzy odgrywają czynniki społeczne i kulturowe, wyznaczające sposób interpretowania zmian fizjologicznych oraz działania podejmowane w związku z menopauzą.

1.5. Menopauza a funkcjonowanie seksualne

Podstawową przyczyną zaburzeń funkcji seksualnych u kobiet w okresie okołomenopauzalnym jest zmniejszenie stężenia estrogenów i testosteronu (Skrzypulec, 2010; Skrzypulec-Plinta i in., 2011). Obniżony poziom tych hormonów powoduje zmiany fizyczne, które mogą wpływać na funkcje seksualne kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Zredukowany przepływ krwi w pochwie i sromie ogranicza dopływ estrogenów, które podnoszą wrażliwość na stymulację seksualną oraz poziom wilgotności pochwy i sromu, co powoduje dyskomfort w czasie stosunku (Czyżakowska i in., 2011; Skrzypulec, 2010). Niski poziom estrogenów odpowiada za zmniejszenie częstości współżycia, a brak testosteronu powoduje spadek zainteresowania seksem (Skrzypulec, 2010).

Zmiany w życiu seksualnym kobiet w okresie menopauzalnym są jednak uwarunkowane wieloczynnikowo. Poza deficytem hormonów odpowiedzialnych za prawidłową reakcję seksualną, znaczenie może mieć także styl życia, choroby somatyczne, zażywane leki, relacje z partnerem, czynniki psychologiczne, jak np. obniżony nastrój, stres, brak akceptacji własnego ciała (Barnaś i in., 2012; Skrzypulec, 2010). Nie tylko zmiany zanikowe w obrębie układu moczowo-płciowego, ale także inne objawy menopauzalne odpowiadają za problemy funkcjonowania seksualnego kobiet w tym czasie. Należą do nich uderzenia gorąca, zaburzenia snu, drażliwość i obniżony nastrój (Chedraui i in., 2009). Kobiety w okresie okołomenopauzalnym, u których diagnozuje się zaburzenia seksualne, częściej skarżą się na trudności ze snem, obniżony nastrój, lęk, czemu zwykle towarzyszy niższy status społeczno-ekonomiczny (Schnatz i in., 2010). Doświadczane objawy menopauzalne, takie jak: atrofia pochwy, uderzenia gorąca, nadmierna potliwość, zaburzenia snu, czego efektem jest przemęczenie, mogą sprawiać, że kobieta czuje się mniej atrakcyjna (Bakalczuk i Bakalczuk, 2005; Cajdler-Luba i in., 2006; Grabowska, 2011; Skrzypulec-Plinta i in., 2011). Nietrzymanie moczu,

stany zapalne dolnych odcinków dróg moczowych, na które częściej narażone są kobiety po menopauzie, także zniechęcają do współżycia seksualnego (Skrzypulec, 2010).

2. Skutki zmian hormonalnych u mężczyzn i kobiet – podobieństwa i różnice

U mężczyzn, w przeciwieństwie do kobiet, nie dochodzi z wiekiem do całkowitej utraty funkcji prokreacyjnej. Zachowana zostaje możliwość spermatogenezy. Hormonalny mechanizm i jego następstwa wydają się wystarczającym powodem do traktowania andropauzy i menopauzy jako dwóch wyraźnie odmiennych zjawisk (Jakiel i in., 2015). Podobieństwo obu terminów (ze wszystkimi podanymi w poprzednim rozdziale zastrzeżeniami co do stosowania określenia „andropauza”), które sugeruje, że andropauza to męskie odzwierciedlenie kobiecej menopauzy, sprzyja próbom analizowania obu zjawisk z perspektywy istniejących podobieństw.

Wiele objawów przypisywanych andropauzie, opisanych w poprzednim rozdziale, jest podobnych do tych obserwowanych przy menopauzie. Mężczyźni, podobnie jak kobiety w okresie menopauzalnym, odczuwają pogorszenie stanu somatycznego, psychicznego i funkcji seksualnych. Ujmowanie menopauzy i andropauzy wyłącznie z perspektywy medycznej sprzyja jednak koncentracji na stanie zdrowia oraz takich działaniach profilaktycznych i leczniczych, które zmniejszają intensywność objawów i ograniczają negatywne konsekwencje zmian hormonalnych, a także naturalnego procesu starzenia się. Z drugiej strony taka perspektywa sprzyja kształtowaniu się negatywnego obrazu menopauzy i andropauzy, także u osób, których one (jeszcze) nie dotyczą.

Mężczyźni, tak samo jak kobiety w okresie połowy życia, stoją w obliczu zmian sytuacji rodzinnej, społeczno-zawodowej, które same w sobie mogą stanowić źródło stresu, a tym samym dodatkowo obniżać ich samopoczucie. Menopauza i andropauza pojawiają się na takim etapie dorosłości, w którym zmiany związane ze stanem zdrowia i sytuacją społeczno-zawodową mogą być uniwersalne dla obu płci. Obok zmian hormonalnych wyznaczają je także procesy fizjologicznego starzenia się i zadania rozwojowe właściwe dla tej fazy dorosłości.

Systematyzując podobieństwa andropauzy do menopauzy, należy wskazać na następujące kwestie:

1. zmiany hormonalne (w obu przypadkach ma miejsce spadek poziomu hormonów płciowych: estrogenów u kobiet, androgenów u mężczyzn); niemniej trudno wykazać jednoznaczny związek między poziomem hormonów a intensywnością objawów i stwierdzić, że znaczniejszemu spadkowi poziomu hormonów towarzyszą bardziej intensywne objawy;
2. objawy (dotyczące sfery psychicznej: obniżenie nastroju, drażliwość, zaburzenia procesów poznawczych; sfery somatycznej: uderzenia gorąca, pocenie się; oraz seksualnej: spadek libido, zaburzenia seksualne) oraz

- ich pozahormonalne uwarunkowania (np. styl życia, sytuacja życiowa, zachowania zdrowotne), które mogą być równie ważnym predyktorem intensywności objawów jak sam poziom hormonów;
3. czas występowania (druga połowa życia);
 4. współwystępujące starzenie się organizmu (zarówno u kobiet, jak i mężczyzn zmiany hormonalne przypisywane menopauzie i andropauzie są elementem procesu fizjologicznego starzenia się organizmu);
 5. znaczenie dla funkcjonowania fizycznego i psychicznego oraz sytuacji społecznej (doświadczane objawy i ich interpretacja mogą mieć znaczenie dla oceny jakości życia) (Bielawska-Batorowicz, 2011).

Jedną z wyraźnych analogii między menopauzą i andropauzą jest wiek ujawniania się zmian – objawy zmian hormonalnych zwykle są widoczne około 50.–51. roku życia. Objawy wazomotoryczne, choć pojawiają się zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, różnią się zwykle intensywnością (Bielawska-Batorowicz, 2005c). Nie można bowiem oczekiwać, że subtelne i stopniowe zmiany w poziomie hormonów u mężczyzn będą miały takie same skutki jak gwałtowne zmiany hormonalne w kobiecej menopauzie. Wspólne dla menopauzy i andropauzy objawy psychologiczne, jak np. niepokój, drażliwość, depresja, nie są traktowane jako specyficzne dla zmian hormonalnych, a nawet wydają się bardziej związane ze stylem życia, stanem zdrowia i sytuacją społeczną. Depresja nie jest uniwersalnym stanem dla osób w średnim wieku i na obniżenie nastroju kobiet i mężczyzn w tym okresie wpływa wiele innych czynników, a nie tylko zmiany hormonalne. Zmiany w życiu, jak np. perspektywa przejścia na emeryturę, mogą być zarówno źródłem stresu, jak i go redukować. Mężczyźni tak samo jak kobiety doświadczają stresu psychospołecznego, który ma znaczenie dla obrazu zmian meno- i andropauzalnych.

Głównym obszarem badań nad menopauzą są uwarunkowania intensywności objawów menopauzalnych i możliwości ich redukcji (Bielawska-Batorowicz, 2016), a zmiany w sferze seksualnej traktowane są raczej drugoplanowo (Boul, 2003). W andropauzie, pomimo stosunkowo niewielkich zmian w poziomie hormonów i ciągłej zdolności reprodukcyjnej, główny nacisk kładziony jest właśnie na zaburzenia seksualne (Boul, 2003; Lunenfeld i in., 2015). W poprzednim rozdziale wykazano, że ich obecność jest traktowana – obok spadku poziomu testosteronu – jako sygnał i wskaźnik zmian andropauzalnych. Funkcjonowanie seksualne jest ważnym elementem koncepcji męskości (Parent i Sánchez, 2019; Tsang i in., 2019), stąd zakłócenia w tej sferze są przez samych mężczyzn odbierane negatywnie, co może sprzyjać z jednej strony obniżeniu nastroju i jakości życia, z drugiej zaś poszukiwaniu skutecznego remedium. Seksualność mężczyzn, w porównaniu z kobietami, jest bardziej uwarunkowana biologicznie (Lew-Starowicz, 2012), a więc spodziewane lub obserwowane zmiany stają się bardziej znaczące.

Zainteresowanie andropauzą i menopauzą wzrosło w wyniku globalnego starzenia się populacji i pojawienia się koncepcji pozytywnego starzenia się, zgodnie z którą bardziej istotne jest podnoszenie jakości życia, a nie jedynie wydłużanie go (Bielawska-Batorowicz, 2016; Jaspers i in., 2015; Kaczmarek, 2015). Proponowana forma interwencji (hormonalna terapia zastępcza) nie tylko może

zredukować intensywność objawów przejścia hormonalnego, ale wpływa korzystnie na ich postrzeganie: można sobie z nimi poradzić, a nie są wyłącznie niezmiennym rezultatem procesu starzenia się (Shabsigh, 2003; Vaillant, 2007). Mężczyźni przyjmujący hormonalną terapię zastępczą (estry testosteronu, preparaty testosteronu w żelu), podobnie jak kobiety korzystające z terapii hormonalnej, lepiej oceniają swój stan zdrowia w porównaniu z osobami niepoddawanymi terapii (Gomuła i Rabijewski, 2010). Co do stosowania terapii hormonalnej u obu płci pojawiają się podobne kontrowersje i ograniczenia. Kontrowersje dotyczą zasadności medykalizacji naturalnych procesów fizjologicznych (Boul, 2003; Marshall, 2007; Tsang i in., 2019) i nadużywania leków tam, gdzie korzystniejsza byłaby zmiana zachowania na bardziej prozdrowotne (Dijk i in., 2015). Ograniczenia wynikają z powikłań pojawiających się wskutek suplementacji hormonalnej, głównie w postaci wzrostu ryzyka nowotworów hormonozależnych (Huhtaniemi, 2014b; Miranda i Torres, 2020; Shapiro i in., 2011).

Niezależnie do biomedycznego podejścia do menopauzy i andropauzy, którego wyrazem może być hormonalna terapia zastępcza, popularność zdobywają koncepcje traktujące oba zjawiska z perspektywy rozwojowej. W okresie dorosłości mają miejsce ważne wydarzenia związane z życiem rodzinnym i karierą zawodową. Zaangażowanie w pracę, dbałość o zaspokajanie potrzeb i rozwój dzieci oraz o rozwój rodziny to podstawowe zadania przedstawicieli obu płci. Do zadań tej fazy życia należy również akceptowanie zmian fizjologicznych właściwych dla wieku średniego i przystosowywanie się do nich. Akceptowanie zmian biologicznych jest więc jednym z ważnych zadań rozwojowych, a same zmiany są traktowane jako zjawisko naturalne i nieuniknione. Ma to szczególne znaczenie dla naszych rozważań nad andropauzą i menopauzą. Podkreśla bowiem, że przystosowanie się do zmian fizjologicznych jest swoistym wyznacznikiem prawidłowego przebiegu tej fazy rozwojowej, jaką jest wiek średni. Zmiany związane z andropauzą można interpretować zatem podobnie jak zmiany związane z menopauzą, zwracając uwagę na ich nieunikniony charakter i konieczność akceptacji. Byłoby to jeszcze jedno podobieństwo, które warto uwzględnić w analizie andropauzy i menopauzy.

Doświadczenia związane z andropauzą i menopauzą można traktować jako element fazy rozwoju (średniej dorosłości), której przebieg jest efektem skomplikowanego układu oddziaływań, jakim podlegają ludzie w tym okresie życia. Doświadczenia te są uwarunkowane nie tylko naturalnymi zmianami fizjologicznymi w organizmie, ale i stanem zdrowia (zwłaszcza współwystępującymi chorobami), który może nasilać dolegliwości związane ze zmianami hormonalnymi, a także sprzyjać częstszemu koncentrowaniu się na funkcjonowaniu własnego organizmu i dostrzeganiu większej liczby objawów. Stan zdrowia, związane z wiekiem zmiany fizjologiczne oraz aktualna sytuacja życiowa, a zwłaszcza posiadanie partnerki/partnera (i stan ich zdrowia) może determinować podejmowaną aktywność seksualną. Jej częstość i stopień osiąganego satysfakcji stanowią istotny element indywidualnych doświadczeń. Ważnym elementem fazy rozwoju, który może kształtować doświadczenia związane z andropauzą i menopauzą, jest także stopniowa zmiana pełnionych ról społecznych oraz związanych z nimi wymagań

i oczekiwań. Prowadzi to do zmiany percepcji własnej osoby i innej oceny własnych perspektyw życiowych. Stąd łączenie menopauzy, a zwłaszcza andropauzy, z kryzysem połowy życia.

Ważnym elementem prezentowanych tu zależności jest indywidualna percepcja i ocena zmian towarzyszących tej fazie życia. W odniesieniu do kobiet określono ją jako indywidualną koncepcję menopauzy i scharakteryzowano krótko powyżej. Podobny konstrukt może dotyczyć mężczyzn i andropauzy, a jego elementami byłyby analogiczne elementy: wiedza o fizjologicznych aspektach andropauzy oraz poglądy dotyczące skutków zmian fizjologicznych, w tym przekonania o ich znaczeniu dla funkcjonowania w roli mężczyzny. Podobnie jak w przypadku menopauzy ważnym czynnikiem decydującym o powstawaniu indywidualnej koncepcji andropauzy są uwarunkowania kulturowe, które mogą sprzyjać kształtowaniu się pozytywnych lub negatywnych nastawień do starzenia się, a zatem także do andropauzy. Indywidualna koncepcja andropauzy także może być operacjonalizowana jako pozytywna/negatywna ocena okresu andropauzalnego, a także jako opinia o konsekwencjach zmian hormonalnych i ich oddziaływaniu na codzienne funkcjonowanie. Wyniki badań nad menopauzą pokazują dość jednoznacznie, że negatywne nastawienie do niej sprzyja większemu nasileniu objawów, w tym objawów depresyjnych (Bielawska-Batorowicz, 2016). W przypadku andropauzy podobne konsekwencje wydają się równie prawdopodobne.

Objawy wynikające ze zmian hormonalnych, które – jak wykazałyśmy – dotyczą obu płci i mają wiele zbliżonych cech, mogą oddziaływać na jakość życia kobiet i mężczyzn. W kolejnej części książki przedstawiamy koncepcje jakości życia i możliwe oddziaływanie andropauzy, a także menopauzy, na jakość życia mężczyzn i kobiet.

III. Jakość życia

1. Interdyscyplinarne ujęcie jakości życia

Pojęcie „jakość życia” pojawiło się w naukach społecznych na początku lat 50. XX wieku jako skutek rozważań nad tym, co oznacza dobre życie, oraz zmian związanych z postępem technologicznym. Początkowo wykorzystywane było w trosce o coraz bardziej zanieczyszczane i wyjaławiane środowisko, później w trosce o człowieka i jego konsumpcyjny styl funkcjonowania. Warto przypomnieć, że rozważania nad jakością życia, ujmowaną jako szczęście, mają długą tradycję w filozofii (Tatarkiewicz, 1962), z której wywodzą się podejścia hedonistyczne i eudajmonistyczne, wykorzystywane także we współczesnych analizach prowadzonych w psychologii (Biegańska, 2019; Czapiński, 2004a; Trzebińska, 2008). W podejściu hedonistycznym wyraźne jest koncentrowanie się na osobistych odczuciach jednostki, która ma wyłączne prawo do oceny poziomu swojego szczęścia na podstawie doświadczeń i przeżyć, a tym samym do oceny jakości życia. W podejściu eudajmonistycznym na pierwszy plan wysuwa się życie autentyczne, prowadzące do przekraczania własnych ograniczeń i rozwijania cnót. Takie funkcjonowanie jest podstawą wysokiej jakości życia. Jakość życia określałoby zatem coś innego niż odczuwana przyjemność, a mianowicie samorealizacja, harmonia, wewnętrzny spokój. Tak rozumiana jakość życia jest możliwa do osiągnięcia poprzez dążenie do osobistego rozwoju, działanie ukierunkowane na cel, realizację możliwości, potencjałów, zaangażowanie w zadania, poczucie sprawczości, przynależności, wspólnoty, otwartość na nowe doświadczenia, gotowość na wyzwania (Oleś, 2011; Stecler, 2001; Trzebińska, 2008).

Jakość życia rozpatrywana jest obecnie w różnych obszarach życia człowieka: społeczno-ekonomicznym (Czapiński, 2017), zawodowym – związanym z pracą i karierą (Bańka, 2005; Derbis, 2000; Kasprzak, 2005; Zalewska, 2003) oraz w odniesieniu do zdrowia (Chańska, 2009; Kowalik, 2005; Straś-Romanowska 2005). Badania akcentują subiektywny charakter jakości życia w odniesieniu do wartościowania życia na poziomie emocjonalnym i poznawczym (Zalewska, 2003). Nie zawsze te komponenty traktowane są jednak jako wzajemnie zależne oraz jednakowo ważne w różnych okresach życia człowieka. Badania dowodzą, że osoby starsze ujawniają niższy poziom jakości życia w wymiarze emocjonalnym, a wyższy w poznawczym (Czapiński, 2017).

Literatura przedmiotu odwołuje się do licznych koncepcji jakości życia, wśród których wyróżnić można np. modele oczekiwań, potrzeb, powrotu do normalnego

życia czy też satysfakcji z życia (Feyers i Machin, 2007). Pierwsze trzy z nich uwzględniają możliwości realizowania przez jednostkę jej zamierzeń. Ostatni z modeli można traktować jako przykład globalnej oceny własnej sytuacji życiowej. Netuveli i Blane (2008) zaproponowali conceptualizację jakości życia w ujęciu normatywnym, preferencyjnym i subiektywnym. Ujęcie normatywne odwołuje się do przekonań i poglądów definiujących „dobre życie”, ujęcie preferencyjne natomiast – do dostępności różnorodnych dóbr, spośród których można by dowolnie wybierać, oraz zdolności jednostki do zdobywania owych dóbr. Ujęcie subiektywne odwołuje się do poziomu zadowolenia z życia, jest więc bardzo zbliżone do wymienionego wcześniej modelu satysfakcji z życia. Aspekty subiektywne znajdują także odzwierciedlenie w określeniu „dobrostan”, zdaniem Biegańskiej (2019) używanego zamiennie z określeniami „szczęście”, „dobrostan psychologiczny” czy „jakość życia”. Ten ostatni termin ma jednak szersze znaczenie, gdyż obok aspektów emocjonalnych obejmuje standard życiowy, stan zdrowia, możliwości realizowania działań w sferze rekreacji (Biegańska, 2019; Derbis, 2000). Pojęcia dobrostanu i jakości życia wyraźnie rozdziela także Trzebińska (2008) – w przypadku pierwszego jest to ogólna ocena sytuacji życiowej człowieka (np. jako odczuwane szczęście), w przypadku drugiego uwzględniane jest wiele aspektów i warunków określających sytuację materialną i środowisko życia człowieka. Zdaniem tej autorki jakość życia wyznaczają głównie warunki zewnętrzne, a dobrostan jest charakteryzowany przez ocenę stanu psychicznego. Stan psychiczny i jego uwarunkowania zostały także uwzględnione w koncepcji Kowalika (2005), która koncentruje się na jakości życia psychicznego. Sam termin „dobrostan” jest przez Kowalika (2015) krytykowany, ze względu na sprowadzanie jakości życia do przeżywanego pozytywnego stanu emocjonalnego.

Jakość życia analizowana jest w literaturze również w relacji do stanu zdrowia (tzw. jakość życia związana ze zdrowiem/ zależna od zdrowia, ang. *health related quality of life*, HRQoL). Określa się ją przez odniesienie do „wpływu fizycznych, psychicznych i społecznych skutków stanu zdrowia na poziom zadowolenia danej jednostki z życia” (Chańska, 2009, s. 312). Uwzględnienie następstw choroby dla funkcjonowania jednostki w różnych sferach życia, a także satysfakcji z tego funkcjonowania, pozwala nie tylko obserwować stan zdrowia i oceniać skuteczność podjętego leczenia, ale także efektywność nakładów na opiekę zdrowotną (Chańska, 2009; Dunn i Hope, 2020). W takim ujęciu jakość życia miała decydować o określonym leczeniu, które poza przedłużaniem życia powinno być mocno skoncentrowane na ograniczaniu cierpień pacjenta oraz dbałości o jego najlepszy interes (Dunn i Hope, 2020). Warto zwrócić uwagę, że jakość życia związana ze zdrowiem może być analizowana w ujęciu ogólnym i specyficznym. W pierwszym przypadku brany jest pod uwagę aktualny stan zdrowia, w tym głównie objawy fizyczne, rzadziej zmiany emocjonalne i relacje jednostki z otoczeniem. W drugim ujęciu uwzględnia się skutki, jakie dla jakości życia przynosi określona choroba. Przyjęcie jednej lub drugiej perspektywy znajduje odzwierciedlenie w konstruowanych narzędziach pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem, które mogą uwzględniać tak ogólny stan zdrowia, jak i skutki dla jakości życia wynikające z konkretnego schorzenia (Bidzan, 2008; Błachnio, 2019; Fayers i Machin, 2007;

Schneider i in., 2008). Dla rozważań prowadzonych w monografii kontekst zdrowotny jakości życia jest szczególnie ważny.

Obecnie jakość życia jest pojęciem interdyscyplinarnym, pojawiającym się w różnych dziedzinach nauki, a jego zakres zależy od dyscypliny, która ją opisuje. Z reguły definicje jakości życia zawierają wszystkie aspekty oceny egzystencji osoby – jej stan fizyczny i stopień sprawności, samopoczucie psychiczne oraz relacje społeczne (Chańska, 2009; Papuć, 2011; Trzebiatowski, 2011). Określanie jakości życia powinno uwzględniać także subiektywny aspekt oraz zmienność, wyznaczaną czynnikami zewnętrznymi (środowisko) oraz wewnętrznymi (właściwości indywidualne osoby, której jakość życia jest określana) (Chańska, 2009; Kowalik, 2001; Papuć, 2011).

Różnorodność definicji jakości życia doprowadziła do próby ich klasyfikacji. Wyróżniono definicje globalne, złożone, specyficzne i mieszane. Definicje globalne traktują jakość życia jako całość, jako dobre życie, szczęście, zadowolenie, dobrostan, ogólną satysfakcję z ważnych dziedzin życia (Czapiński, 2004a; King i in., 2007; Stelcer, 2001). Definicje złożone, obok oceny całościowej właściwej dla definicji globalnych, biorą pod uwagę także poszczególne obszary życia człowieka, które mają znaczenie dla jakości życia. W tym ujęciu jakość życia jest wyznaczana przez satysfakcję z ważnych dla danej osoby dziedzin życia (Ferrans i Powers, 1992, w: Papuć, 2011). Definicje specyficzne koncentrują się na poszczególnych obszarach życia, często jest nim zdrowie. Tak rozumiana jakość życia może zatem oznaczać subiektywną ocenę własnego zdrowia, następstw choroby i jej objawów (Schipper, Clinch i Olweny, 1996, w: Papuć, 2011). Ostatnim typem są definicje mieszane, które odnoszą się zarówno do oceny globalnej jakości życia, ale także do czynników zewnętrznych, wewnętrznych i indywidualnych oczekiwań. Przykładem jest definicja zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia, zgodnie z którą jakość życia to „spostrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz w związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami” (WHO, 1993, w: Papuć, 2011, s. 143).

Na podstawie takiego rozumienia jakości życia przedstawiciele 15 ośrodków (z różnych krajów) skonstruowali i opublikowali w 1994 roku narzędzie do pomiaru jakości życia – kwestionariusz WHOQoL-100 (World Health Organization Quality of Life Instrument) (Papuć, 2011), a w 1997 roku wyodrębniono czynniki składające się na jakość życia osoby. Należą do nich: zdrowie i sprawność fizyczna, stan psychiczny, stopień niezależności i relacje z innymi ludźmi oraz środowisko, w jakim żyje dana osoba (Papuć, 2011). Opracowano także skróconą wersję kwestionariusza (WHOQoL Group, 1998). Kwestionariusz i sposób jego konstruowania są przykładem normatywnego i arbitralnego podejścia do jakości życia, zgodnego z podziałem Netuveli i Blane’a (2008). Jego przeciwieństwem jest podejście teoretyczne, w którym punktem wyjścia dla konstruowania narzędzi pomiaru jest określona koncepcja jakości życia.

Jakość życia jest więc rozumiana jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a jego ocena powinna opierać się na subiektywnych spostrzeżeniach osoby (Błachnio, 2019; Stecler, 2001; Testa, 1987, w: Kowalik, 2001; WHOQoL Group, 1998). W ocenie jakości życia dużą rolę odgrywają z jednej strony – odczucia

jednostki, z drugiej – warunki jej życia, jak np. stan zdrowia czy dobra materialne, utrudniające lub ułatwiające zaspokajanie potrzeb, także społecznych. Szczególnie ważna jest percepcja warunków życia – o ile obiektywne warunki można łączyć z jakością życia, o tyle ich percepcję z poczuciem jakości życia, a więc subiektywnym przekonaniem o jego jakości. Poczucie jakości życia jest zatem bliskie pojęciu szczęścia.

Z jakością życia łączy się zadowolenie z życia, łączone z sensem życia i postępowaniem w harmonii ze sobą samym i środowiskiem społecznym (Stecler, 2001). Zadowolenie z życia łączy zatem komponent poznawczy i emocjonalny. Poznawczy oznacza satysfakcję z życia, ogólną pozytywną ocenę życia i poszczególnych jego sfer, a także optymizm, poczucie wewnętrznej kontroli, realizację i akceptację siebie, poczucie sensu i wartości realizowanych przez siebie celów oraz poglądy na temat wartości życia (Kowalik, 2001; Sobol-Kwapińska, 2007). Aspekt emocjonalny odnosi się do proporcji doświadczanych emocji pozytywnych i negatywnych. Szczęście będące efektem przewagi emocji pozytywnych nad negatywnymi stanowi o zadowoleniu z życia uznanego za dobre i wartościowe (Sheldon i Lyubomirsky, 2007). Częste odczuwanie emocji pozytywnych związane jest z poczuciem zadowolenia – szczęścia (Sobol-Kwapińska 2007). Tak szczęście definiował już Tatarkiewicz (1962). Uwzględnił on również wymiar obiektywny szczęścia (np. dobra materialne, warunki życia), który jest konieczny dla subiektywnego zadowolenia. Uznaje się jednak, że szczęście jest w bardzo niewielkim stopniu zależne od warunków życiowych, dochodów finansowych, rasy czy płci. Natomiast jako niezbędne wymienia się relacje społeczne, sukcesy zawodowe, skuteczne radzenie sobie. Ludzie szczęśliwi są zdrowsi fizycznie i dłużej żyją (King i in., 2007; Diener i in., 2008; Seligman, 2008).

Subiektywne zadowolenie z życia uznawane jest za dobrostan psychiczny (Argyle, 2004; Diener i in., 2005), traktowane jako „jedna z kategorii, która odnosi się do oceny jakości życia” (Trejtowicz, 2007, s. 66). Na dobrostan psychiczny składa się zatem wspomniana wyżej poznawcza i emocjonalna ocena własnego życia (sądy dotyczące zadowolenia i spełnienia oraz poziom nastrojów: wysoki – pozytywnych, a niski – negatywnych) (Argyle, 2004; Diener i in., 2005). Z pewnością dobrostan psychiczny, uczucie zadowolenia są pomocne przy ocenie jakości życia, a powrót do dobrego samopoczucia stanowi odzwierciedlenie efektów radzenia sobie ze zmianami życiowymi. Większość ludzi pytana o to, czego sobie życzy, wymienia szczęście jako jeden z najważniejszych celów i wartości w życiu (King i in., 2007). Dobre życie dla większości ludzi najczęściej oznacza życie dające poczucie zadowolenia, takie, które chcieliby posiadać lub które spełnia wartości moralne (King i in., 2007; Trzebińska, 2008). Poczucie celowości i znaczenia nadaje życiu sens, a to stanowi silny korelat subiektywnego dobrostanu (Antonovsky, 1995; King i in., 2007).

Wydaje się więc, że podejmowanie działania, które poprawi jakość życia, łączy się z osobowością dojrzałą i zintegrowaną. Oznacza to, że dla wysokiej jakości życia istotne jest nie tylko podnoszenie satysfakcji poprzez zaspokajanie potrzeb, ale realizacja ważnych celów, które nadają życiu sens (Oleś, 2011). Wg McAdams ludzie mogą być szczęśliwi i zadowoleni ze swojego życia, nie doszukując się jego sensu, a biorąc jedynie to, co proponuje im świat i co pozwala

zaspokoić ich potrzeby. Jednak poczucie tożsamości oznacza zrozumienie sensu życia, a to z pewnością zwiększa szanse na szczęście, prowokując do działań i chroniąc przed bierną vegetacją (Oleś, 2011).

W niniejszej pracy przyjęto rozumienie jakości życia proponowane przez Światową Organizację Zdrowia. Uwzględnia ono wielowymiarowy, subiektywny i uniwersalny charakter jakości życia, a subiektywny dobrostan dotyczy funkcjonowania człowieka w obszarze fizycznym, psychologicznym, społecznym i środowiskowym. Te wymiary jakości życia były przedmiotem badań prezentowanych w dalszej części pracy.

2. Uwarunkowania jakości życia

W literaturze przedmiotu wskazuje się na podstawowe aspekty uwzględniane w ocenie jakości życia. Sheldon i Lubomirsky (2007) klasyfikują je jako przynależne do trzech grup:

- uwarunkowania genetycznie i stały potencjał (50%) – to on decyduje o poczuciu szczęścia, jeżeli wszystkie inne czynniki mają wartość zerową;
- okoliczności (10%): względnie stałe zmienne demograficzne (wiek, status rodzinny, status zawodowy, dochód); zmienne geograficzne i kontekstowe (miejsce zamieszkania, udogodnienia, stan posiadania), do których jednak osoba szybko się adaptuje;
- działania intencjonalne (40%), które wymagają wysiłku i prowadzą do bardziej zróżnicowanych doświadczeń i są bardziej odporne na proces adaptacji.

2.1. Czynniki genetyczne

Subiektywny dobrostan wyznaczają przede wszystkim czynniki genetyczne (Czapiński, 2004b; Czarnecka-Iwańczuk i in., 2013; Lykken, 2005; Sheldon i Lyubomirsky, 2007; Trejtowicz, 2007). Autorzy nie są jednak zgodni co do tego, jaki jest ich udział: czynnikom genetycznym przypisuje się wiodącą rolę lub określa ich udział na poziomie 50–80%. Oznacza to, że każdy człowiek wyposażony jest w pewien punkt, obszar szczęścia, wokół którego się porusza i od którego pozostaje w niewielkiej odległości. Prawdopodobnie tak określony poziom szczęścia jest najłatwiejszy do osiągnięcia i do niego się zmierza (Sheldon i Lyubomirsky, 2007). W cebulowej teorii szczęścia Czapińskiego (2004b, 2017) wymiar genetyczny określany jest jako wola życia i stanowi najgłębszy poziom w strukturze szczęścia¹.

1 Pozostałe obszary cebulowej teorii szczęścia Czapińskiego (2005) to warstwa środkowa, czyli subiektywnie doświadczana wartość własnego życia (optymizm, dobry nastrój, radość życia), i warstwa zewnętrzna, którą tworzą satysfakcje częściowe odnoszące się do rodziny, pracy, finansów, warunków mieszkaniowych itp.

Przyjmuje się względną stałość poczucia dobrostanu, mimo że zmiany rozwojowe i ważne wydarzenia życiowe mogą prowadzić do jego czasowej fluktuacji (Trejtowicz, 2007). Dobrostan podlega zmianom również pod wpływem doświadczanych objawów meno-/andropauzalnych. Okazuje się jednak, że zwykle powraca do poziomu, jaki był ukształtowany we wcześniejszych okresach życia lub do poziomu wrodzonego. Towarzyszy temu przyjmowanie strategii obronnych, takich jak np. „efekt Feniksa” (kiedy szczęście niejako się regeneruje) czy „efekt sali szpitalnej” (w sytuacjach trudnych porównywanie się z osobami w gorszym położeniu) (Czapiński, 2001). O radzeniu sobie z trudnościami żywotnymi, w tym zmianami związanymi z procesem starzenia się, decydują zasoby, jakie jednostka posiada, i cechy indywidualne (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008).

2.2. Indywidualne właściwości człowieka i wiek

Wśród czynników indywidualnych zwraca się przede wszystkim uwagę na cechy osobowości, które mogą odpowiadać za tendencję do utrzymywania subiektywnego dobrostanu na względnie stałym poziomie. Zdaniem McCrea i Costy, takie cechy jak neurotyczność i ekstrawersja są najbardziej związane z dobrostanem (Czapiński, 2004a). Koreluje z nim także poczucie koherencji, co wykazano m.in. w badaniach słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (Zielińska-Wieczkowska i in., 2011). Z wyższą satysfakcją z życia tej grupy osób współwystępuje również korzystny bilans zysków i strat (Leszczyńska i Żychlińska, 2012). Dla poczucia jakości życia znaczenie mają również samoocena, ocena własnych możliwości fizycznych i psychicznych, które jednak mogą obniżyć się wraz z wiekiem (Błachnio, 2019; Kowalik, 2001). Zdaniem Łachman i Bertrand (2001, w: Oleś, 2011) okres dorosłości jest czasem, gdy osoba posiada więcej pozytywnych relacji interpersonalnych, ma większą kontrolę nad środowiskiem, bardziej siebie akceptuje i ma większe poczucie niezależności. Wraz z końcem wieku średniego i w późnej dorosłości poczucie celu, sensu życia oraz rozwoju osobistego zazwyczaj ulega obniżeniu.

2.3. Warunki życia

Środowisko stwarza odpowiednie warunki dla subiektywnego dobrostanu. Okazuje się jednak, że znaczenie okoliczności i czynników środowiskowych jest raczej drugoplanowe. Ludzie szybko adaptują się do nowych warunków, dlatego to, co czyni ich szczęśliwsiymi, po pewnym czasie traci znaczenie (Oleś, 2011; Sheldon i Lyubomirsky, 2007; Trzebińska, 2008). Zasoby finansowe i dobra sytuacja materialna mogą czasowo podwyższać poziom dobrostanu, co jednocześnie stymuluje wzrost aspiracji w tym zakresie i stąd w dłuższej perspektywie czasowej nie przynosi poprawy dobrostanu. Zatem, zgodnie z tzw. paradoksem Easterlina,

w krajach powyżej pewnego poziomu dochodów poprawa sytuacji materialnej nie zmienia już satysfakcji z życia. Wzrost dochodu nie wiąże się jednoznacznie z jakością życia (Stutzer, 2004, w: Trejtowicz, 2007). Jak pokazały m.in. badania Kahnemana i Deatona (2010), warunki materialne wyznaczają jakość życia w różny sposób – satysfakcja z życia wzrasta wraz z zamożnością, ale subiektywny dobrostan rośnie tylko do pewnego poziomu dochodów. Niski poziom dochodów natomiast wywołuje negatywne efekty niepowodzeń życiowych i rodzinnych (np. rozvodu, choroby, osamotnienia), prowadząc do niskiego subiektywnego dobrostanu. Małżeństwo nie podnosi zatem poziomu szczęścia, ale strata czy dysfunkcja w tym obszarze życia sprzyja doznawaniu nieszczęścia (Czapiński, 2017; Kahneman i Deaton, 2010). Relacje dobrobytu materialnego i subiektywnego dobrostanu warto rozpatrywać także w perspektywie rodzaju pracy zawodowej i działalności gospodarczej. Jak pokazały badania Biegańskiej (2019), w grupie przedsiębiorców związki dobrobytu i subiektywnego dobrostanu są wyraźnie silniejsze niż u innych grup społeczno-zawodowych.

Związek warunków materialnych i poczucia jakości życia analizowali także Oishi i współpracownicy (w: King i in., 2007), dowodząc, że w krajach bogatszych siła związku między satysfakcją z życia rodzinnego a zadowoleniem z życia jest większa niż w krajach ubogich. Moderatorem jakości życia mogą być również normy kulturowe. Kulturowo uwarunkowane lepsze nastawienie, przykładowo wśród Amerykanów, znajduje odzwierciedlenie w bardziej pozytywnych sądach na temat własnego życia (King i in., 2007).

Wśród determinant jakości życia za ważniejsze uznaje się zatem te wewnętrzne, a za mniej ważne – zewnętrzne. Okazuje się, że czynniki społeczno-demograficzne modyfikują jedynie 10% wariacji poczucia szczęścia (Czapiński, 2017), choć Diener (1984) wskazał na nieco wyższy ich udział – tj. 15%. Zalewska (2003) w swoim transakcyjnym Modelu Jakości Życia uwzględniła wzajemne oddziaływanie aspektów sytuacyjnych, środowiskowych oraz dyspozycyjnych – emocjonalnych i poznawczych. Wskazała, że czynniki zewnętrzne mogą wpływać na jakość życia, ale jest to wpływ krótkotrwały. Natomiast znaczenie mają właściwości podmiotu – ich wpływ na jakość życia jest bezpośredni i pośredni.

2.4. Intencjonalne działania i role społeczne

Szczególne znaczenie przypisuje się podejmowanym działaniom, zwykle tym mającym na celu unikanie sytuacji trudnych, dezadaptacyjnych (Sheldon i Lyubomirsky, 2007). Aktywność intencjonalna pełni tu niewiele mniejszą rolę niż uwarunkowania genetyczne (Oleś, 2011) i przyczynia się do wzrostu odczuwanego szczęścia. Podejmowane i zakończone sukcesem działania prowadzą do wzrostu dobrostanu, który jest utrzymywany na nowym, wyższym poziomie dzięki kolejnym pozytywnym doświadczeniom. Nie ma jednak działań uniwersalnych dla wszystkich, które mogłyby się przyczyniać do wzrostu zadowolenia z życia. Działania intencjonalne wymagają znalezienia wewnętrznej motywacji, która pozwoli

je zainicjować i utrzymać. Powinny być one różnorodne, i dzięki temu atrakcyjne, oraz wykonywane w odpowiednich odstępach czasu (niezbyt często i niezbyt rzadko), by mogły być efektywne (Błachnio, 2019; Kaczmarek, 2016; Sheldon i Lyubomirsky, 2007).

Badania dowodzą, że osoby, które są bardziej ukierunkowane na cele zewnętrzne (takie jak dobra materialne, wygląd, popularność, sukces zawodowy, finansowy) niż na wewnętrzne (samorealizacja, afiliacja, dobre relacje z innymi, własny rozwój), niżej oceniają swoją jakość życia, przeżywają mniej emocji pozytywnych, a więcej negatywnych, doświadczają więcej dolegliwości fizycznych, są bardziej narażone na choroby psychiczne (np. zaburzenia osobowości, zaburzenia zachowania, uzależnienia) (Csíkszentmihályi, 1987; Kasser, 2007).

Osiąganie celów zewnętrznych może być wtedy korzystne dla jakości życia, gdy z zewnętrznych staną się wewnętrznymi. Jest to możliwe, gdy pojawia się zaangażowanie (Csíkszentmihályi, 1987). Stąd znaczącą zmienną jest nie tyle sama aktywność człowieka, ile jego zaangażowanie w działanie. Zaangażowanie rozumiane jest jako specyficzny stan umysłu, aktywizujący się w czasie podejmowania interesujących działań odpowiadających poziomowi umiejętności, co wiąże się z zadowoleniem z życia (Csíkszentmihályi, 1987). Bywa też określane jako optymalny poziom doświadczanych wyzwań będących źródłem przyjemności. Osoby szczęśliwe przejawiają większe zaangażowanie w różnych, nawet tych zwykłych codziennych, czynnościach (King i in., 2007).

Zgodnie z teorią autodeterminacji (Self-Determination Theory – SDT) Ryana i Deciego, dobre życie wiąże się z zaspokajaniem potrzeb wewnętrznych i rozwojem osobowości. Zarówno w kulturach Wschodu i Zachodu zadowolenie wynika z zaspokajania trzech potrzeb: autonomii, kompetencji i więzi z innymi. Są one niezbędne dla poczucia dobrostanu (Kaczmarek, 2016; King i in., 2007).

Wraz z wiekiem ludzie, w coraz większym stopniu, mogą kierować się własnymi potrzebami, a to umożliwia im przesunięcie w kierunku motywacji wewnętrznej (Sheldon, 2006, w: Oleś, 2011). Dzieje się tak, ponieważ okres średniej i późnej dorosłości wydaje się, ze względu na większą autonomię i istnienie wewnętrznego programu dynamiki rozwoju człowieka, dobrym czasem dla samorealizacji (Rogers, 2002, w: Oleś, 2011).

Odpowiedni dobór ważnych celów i dążeń, zgodny z własnymi możliwościami i dostępnymi środkami, jest niezmiernie istotny w osiąganiu satysfakcji z życia. Sukces w realizacji celów wpływa korzystnie na samoocenę i przyczynia się do większego zadowolenia z życia, podczas gdy porażka silnie obniża poczucie własnej wartości i ocenę życia. Autoweryfikacja, zmiana własnych standardów, rezygnacja z dotychczasowych kierunków dążeń, które mogą w pewnych okresach życia stać się nierealne, zmiana ambicji i aspiracji, dobór odpowiednich porównań społecznych, stają się niezbędne dla utrzymania zadowalającego poziomu funkcjonowania (Freund i Baltes, 2007; Oleś, 2011; Schulz i Heckhausen, 1996). Wysoka jakość życia jest zatem możliwa dzięki podejmowaniu lub zmianie zadań życiowych.

Istotnym modyfikatorem podejmowanych zachowań związanych z różnymi zadaniami żywymi jest płeć i aktywizujący się, w różnym stopniu u kobiet

i mężczyzn, mechanizm odpowiedzialności za rolę. Konflikt rodzina – praca częściej ma miejsce wśród kobiet, które ograniczają pełnienie obowiązków rodzinnych lub zawodowych lub z nich rezygnują. Żadna z podjętych decyzji nie wydaje się dostatecznie dobra. Wybór kariery zawodowej może powodować poczucie winy z powodu zaniedbania obowiązków rodzinnych, a koncentracja na roli rodzinnej może wiązać się z poczuciem straty osiągnięć w sferze zawodowej (Lachowska, 2012).

Praca zawodowa okazuje się ważnym czynnikiem, który należy uwzględniać w ocenie jakości życia. Stanowi nie tylko o wymiarze ekonomicznym, ale również o pozycji społecznej i zdrowiu psychicznym. Stąd jakość życia osób pracujących jest zwykle wyższa od tych, które nie pracują zawodowo (Henry, 2007). Dotyczy to zwłaszcza osób w okresie średniej dorosłości, ponieważ praca stanowi o poczuciu własnej wartości, wynikającym z przydatności społecznej jednostki. Badania 316 kobiet w wieku 45–60 lat, prowadzone przez Kowalską i in. (2010), pokazały, że na lepszą jakość życia, mierzoną stanem zdrowia fizycznego i psychicznego, miała wpływ satysfakcja z pracy zawodowej.

Kobiety w okresie okołomenopauzalnym, które są aktywne zawodowo, charakteryzują się wyższą samooceną, a te, które lepiej oceniają swój status ekonomiczny, są także bardziej zadowolone z życia (Czarnecka-Iwańczuk i in., 2013). Dodatkowo kobiety wyżej oceniające swój status zawodowy oraz socjoekonomiczny zgłaszają mniej objawów menopauzalnych (Barnaś i in., 2012). Bywa, że menopauza ogranicza możliwości efektywnego wywiązywania się z obowiązków zawodowych kobiet, powodując spadek jakości ich życia (Fallahzadeh, 2010; Fuh i in., 2003).

Wiek średni jest okresem osiągnięć zawodowych, ale może również wiązać się z istotną destabilizacją w rozwoju kariery zawodowej. Może ona wynikać z rozbieżności między oczekiwaniami wobec zawodu a wykonywaną pracą i prowadzić do decyzji o zmianie pracy, a nawet zawodu albo do syndromu wypalenia zawodowego. Zadowolenie z wykonywanej pracy wyraźnie wiąże się z zadowoleniem z całego życia. Dla mężczyzn praca jest dominującą i najbardziej gratyfikującą formą aktywności. To pracy poświęcają najwięcej czasu i pracą tłumaczą brak zaangażowania w innych sferach życia. Źródłem stresu u mężczyzn są: niepewność ciągłości zatrudnienia, wzrost godzin pracy oraz hiperkonkurencja, które mogą obniżać poczucie dobrostanu (Chmura-Rutkowska i Osrouch, 2007; Henry, 2007) oraz intensyfikować psychologiczne i somatyczne objawy towarzyszące zmianie poziomu testosteronu (Hirokawa i in., 2016).

Okres średniej dorosłości może być czasem korzystnym dla jednostki. Jest to bowiem okres największej autonomii, ustabilizowanej sytuacji rodzinnej i zawodowej, satysfakcjonujących relacji interpersonalnych, najwyższych osiągnięć i samoakceptacji. Pełnione role rodzinne, zawodowe, społeczne lub inne, związane z edukacją lub hobby, dostarczają dodatkowych zasobów w postaci wsparcia społecznego, emocjonalnego, finansowego, informacyjnego i dają poczucie bycia potrzebnym, ważnym, skutecznym. Osoby pełniące wiele ról to osoby w większej mierze skoncentrowane na zadaniach, które mają do wykonania, a nie na sobie, upływającym czasie, własnych dolegliwościach i negatywnych refleksjach z tym związanych. Zgodnie z teorią Plecka (1995), im więcej ról ma jednostka,

w których może mieć pozytywne interakcje i doświadczenia, tym lepsze jest jej samopoczucie i jakość życia. Dzieje się tak, ponieważ negatywne skutki problemów w jednej roli są minimalizowane przez inną rolę, w której się dobrze funkcjonuje. Uznaje się, że wykonywanie jednocześnie wielu ról daje człowiekowi satysfakcję i świadczy o jego zdrowiu psychicznym (Davies i McAlpine, 1998), co jest zgodne z coraz bardziej aktualną teorią akumulacji ról (Lahclma i in., 2002; Matthews i Power, 2002). Zaangażowanie w wiele ról społecznych zwiększa także subiektywny dobrostan (Czapiński, 2017). Badania dowodzą, że dobre zdrowie, które jest ważnym wyznacznikiem jakości życia, jest wynikiem kombinacji przede wszystkim ról rodzinnych i zawodowych (Bender, 2006), a także różnorodnej aktywności (Gergen i Gergen, 2001, 2006).

3. Jakość życia w okresie andropauzalnym i menopauzalnym – wybrane korelaty

Średnia dorosłość to czas, w którym zaczynają być widoczne pierwsze przejawy starzenia się. Starzenie się nie musi oznaczać nieuchronnego spadku sprawności i wycofywania się z różnego rodzaju aktywności. Tempo zmian jest różne i zależy od wielu czynników. Jednym z nich są zmiany związane ze starzeniem się, także w wyniku zmian hormonalnych, zachodzące u partnera życiowego, co jest rzadko uwzględniane, a dość istotne przy ocenie jakości życia osób w średnim wieku (Schneider, MacLennan i Feeny, 2008).

Średnia dorosłość to okres zmian, które mogą decydować o jakości życia kobiet i mężczyzn. Na jakość życia osób w wieku średnim może składać się wiele czynników, w tym doświadczenie i ocena pojawiających się objawów menopauzalnych i andropauzalnych, ale również poczucie lęku egzystencjalnego związanego z kryzysem wieku średniego, zmiany w poczuciu własnej atrakcyjności na skutek zmian w wyglądzie i sprawności, a także relacje w związku trwałym.

3.1. Percepcja i ocena andropauzy i menopauzy

Dla oceny jakości życia, poza obiektywną oceną nasilenia objawów zmian hormonalnych, duże znaczenie ma sposób ich spostrzegania. Na subiektywny dobrostan może wpływać to, jakie mężczyzna i kobieta nadadzą znaczenie doświadczanym zmianom i jakie emocje im towarzyszą.

3.1.1. Percepcja i ocena andropauzy

W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie objawami zmian hormonalnych u starzejących się mężczyzn (Bielawska-Batorowicz, 2006; Jakiel i in., 2015; Mędraś i Bablok, 2002). Niezależnie od tego, jak je nazwiemy, to w okresie średniej

dorobłości może dojść do wielu niekorzystnych zmian w funkcjonowaniu mężczyzny. Dlatego andropauza, choć mniej oczywista niż menopauza, nie może być ignorowana.

Badania potwierdzają, że wiedza mężczyzn na temat andropauzy, towarzyszących jej zmian i skutków jest niewielka zarówno wśród mężczyzn w średnim wieku (Al-Sejari, 2011; Fatusi i in., 2003; Tan i Philip, 1999), jak i młodszych (Pryczek i Bielawska-Batorowicz, 2007). Co więcej, wiedza o takich zmianach hormonalnych nie jest powszechna i szeroka wśród przedstawicieli zawodów medycznych (Fatusi i in., 2004), wymaga także uaktualnienia (Harrison, 2011).

Andropauza ujmowana jako starzenie się może być oceniana pozytywnie – jako zjawisko naturalne, powszechne, akceptowane, jako kolejny etap w rozwoju człowieka. Tak traktowana andropauza nadal jednak łączy się z wieloma niekorzystnymi i nieuniknionymi zmianami w funkcjonowaniu osób starszych, które mogą obniżyć poczucie jakości życia. Andropauza jako zespół objawów klinicznych, związanych ze zmianami hormonalnymi, może wzbudzać niepokój, przyczyniać się do negatywnych interpretacji – jako zaburzenie, choroba. W takim ujęciu uwaga koncentruje się na uwarunkowaniach biologicznych andropauzy, a inne czynniki (psychologiczne, społeczno-kulturowe), które także mogą odgrywać istotną rolę w kształtowaniu jej obrazu, są traktowane marginalnie. Takie podejście może sprzyjać poszukiwaniu środków zaradczych, jakim jest leczenie poprzez farmakoterapię lub działania profilaktyczne, w tym zmianę stylu życia. Samo przyjęcie jednej lub drugiej koncepcji nie wydaje się gwarantować pozytywnej postawy wobec andropauzy.

Indywidualna ocena andropauzy (podobnie jak menopauzy) zależy od:

- wiedzy o fizjologicznych mechanizmach andropauzy, która umożliwia trafne rozpoznawanie i interpretowanie pojawiających się objawów;
- poglądów dotyczących konsekwencji zmian fizjologicznych, przekonania o ich znaczeniu dla funkcjonowania w roli mężczyzny (nie zawsze opartym na rzetelnej wiedzy), np. impotencji;
- uwarunkowań kulturowych, wzorców przyjmowanych w procesie socjalizacji, a kształtujących oczekiwania dotyczące np. starzenia się, seksualności, a więc także nastawienia wobec andropauzy, które może być negatywne lub pozytywne. Negatywne nastawienie do andropauzy, podobnie jak ma to miejsce w przypadku menopauzy, sprzyja nasileniu jej objawów (Bielawska-Batorowicz, 2011).

Przykładem różnic w ocenie andropauzy mogą być wyniki badań przeprowadzonych z udziałem studentów polskich i fińskich, które wskazują, że opinie o andropauzie zawierają zarówno treści prawdziwe, jak i błędne. Brak dostatecznej wiedzy na temat uwarunkowań hormonalnych andropauzy, niektórych objawów (obniżone libido, wzrost tkanki tłuszczowej, osłabienie siły mięśni, zaburzenia funkcji poznawczych), jej związku z chorobami (choroba wieńcowa i osteoporoza) oraz znaczenia różnic indywidualnych i stresu dla jej przebiegu, wykazali badani z obu krajów. Polacy częściej niż Finowie przypisywali andropauzie niekorzystne skutki dla funkcjonowania psychicznego, somatycznego, seksualnego, zawodowego i ogólnie niskiej jakości życia mężczyzn po 50. roku życia. Mężczyźni z obu

krajów mieli mniejszą wiedzę o andropauzie niż kobiety. Mężczyźni z jednej strony rzadziej przypisywali andropauzie zaburzenia funkcji seksualnych, obniżenie nastroju i jakości życia, z drugiej strony – częściej wskazywali na potrzebę jej leczenia i hospitalizacji. Może to wynikać z ograniczonej wiedzy lub potrzeby traktowania andropauzy jako możliwej do wyleczenia choroby, a nie zjawiska, które dotyczy większości mężczyzn (Pryczek i Bielawska-Batorowicz, 2007).

Większej wiedzy na temat andropauzy towarzyszył bardziej negatywny obraz zmian z nią związanych. Jak wykazały badania, wiedza ta jest jednak dość intuicyjna, a osoby ją posiadające odnoszą się do procesu starzenia oraz kobiecej menopauzy. Być może za negatywny obraz mężczyzn w tym okresie odpowiada fakt, że pojęcie andropauzy jest stosunkowo nowe, a wiedza na jej temat bardziej stereotypowa, niekompletna i wzbudzająca niepokój (Pryczek i Bielawska-Batorowicz, 2008).

Andropauza prawdopodobnie postrzegana jest jako mniej zagrażająca. W przeciwieństwie do kobiet, mężczyźni utrzymują zdolności do prokreacji, choć wśród objawów widać zmiany w zakresie popędu i sprawności seksualnej. Inne zasoby mężczyzn – posiadane dobra i pozycja społeczna – nie zmieniają się radykalnie. Ponadto męska pozycja w społeczeństwie z reguły jest mniej wyraźnie powiązana ze zdolnościami reprodukcyjnymi. Zasoby mężczyzn mogą się zmieniać, nawet wzrastać z upływem czasu, natomiast reprodukcyjne zasoby kobiet nieodwracalnie spadają wraz z wiekiem.

3.1.2. Percepcja i ocena menopauzy

To, jak kobieta radzi sobie w okresie zmian hormonalnych, w dużym stopniu zależy od postrzegania menopauzy.

Menopauza może być odbierana przez kobiety:

- negatywnie – wiąże się to z wieloma niekorzystnymi zmianami w funkcjonowaniu kobiety, a także w jej relacjach z otoczeniem. Zmiany te mogą powodować, że otoczenie dostrzega u kobiety w okresie menopauzy wiele negatywnych cech, takich jak kłótniowość, drażliwość, chwiejność emocjonalna, apatia itp. (Bielawska-Batorowicz, Cieślík i Cwalina, 2003);
- pozytywnie – jako naturalna zmiana fizjologiczna (Bielawska-Batorowicz, 2005a; Havas, 2001; Marnocha i in., 2011). 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 (Bielawska-Batorowicz, 2016).

Środowisko, w którym żyje kobieta, może kształtować sposób przeżywania menopauzy. Przekonania i oczekiwania z nią związane, typowe dla danej kultury, wpływają na indywidualne postawy kobiet wobec menopauzy i ich doświadczenia w tym okresie. To, czy kobieta będzie postrzegać menopauzę jako traumatyczne wydarzenie, czy normalny, a nawet pożądaný etap w życiu, w dużej mierze zależy od kulturowo uwarunkowanych poglądów i przekonań (Bielawska-Batorowicz, 2016; Bowles, 1990; Davies, 1997; Hunter i Rendall, 2007). Każda kultura

może inaczej określać zadania i wymagania związane z rolą kobiet, wyglądem ich ciała, seksualnością, nadawać inne znaczenie ich funkcjom prokreacyjnym. Społeczeństwo, w którym żyje kobieta, decyduje także o znaczeniu i pozycji osób w różnym wieku. W kulturach, gdzie duże znaczenie nadaje się ich atrakcyjności fizycznej, menopauza jest postrzegana negatywnie. W kulturach, gdzie wraz z wiekiem wzrastają przywileje kobiet, podnosi się ich status, zwiększa samodzielność, menopauza może być traktowana bardziej pozytywnie (Berger, 1999; Bielawska-Batorowicz, 2011, 2016), oznaczać awans społeczny poprzez wejście do starszej grupy wiekowej, cieszącej się większym uznaniem (por. badania Rice (1995) prowadzone w Laosie).

W krajach o wysokiej dzietności kobiet i ograniczonym dostępie do antykoncepcji menopauza może być przyjmowana z radością, gdyż znika obawa przed kolejnymi ciążami (Bielawska-Batorowicz, 2005a, 2016). Menopauza może oznaczać także uwolnienie od restrykcji, jakie nakładane są (np. w Nepalu, niektórych częściach Afryki) na miesiączkującą kobietę (Stępczak, 2018; Walker, 1997).

W społecznościach, gdzie panuje kult młodości, menopauza postrzegana jest wyłącznie jako okres strat. Kobieta starsza bywa niekorzystnie oceniana – jako osoba o nieatrakcyjnym wyglądzie i zmianach w zachowaniu. Stąd negatywna postawa kobiet wobec menopauzy, będącej przejawem starzenia się. Część kobiet stara się za wszelką cenę zapobiec postępującemu procesowi starzenia się lub go ukryć. Inne natomiast „poddają się starzeniu” i przestają zupełnie o sobie dbać. Tak jedna, jak i druga postawa prowadzi do poczucia odrzucenia oraz braku akceptacji siebie (Czarnecka-Iwańczuk i in., 2012).

W Polsce zarówno kobiety, jak i mężczyźni łączą menopauzę z negatywnymi zmianami w funkcjonowaniu kobiet (Bielawska-Batorowicz i in., 2003). Najnowsze badania wskazują, że choć objawy naczynioruchowe są wynikiem obniżonego poziomu estrogenów, to sposób ich doświadczania jest kształtowany przez czynniki psychologiczne (np. typ osobowości) oraz kulturowe i społeczne (Bielawska-Batorowicz, 2013, 2016). Przyjęte w naszej kulturze stereotypy są znaczące dla niekorzystnego postrzegania zmian związanych z okresem menopauzy. Wraz z jej nadejściem kobiety czują się mniej atrakcyjne, mniej seksowne, mniej pożądane. W szczególności 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 (Głębocka, 2009).

Słabej wiedzy na temat zmian związanych z prokreacją kobiet towarzyszy bardziej negatywny stosunek do menopauzy. Przykładem może być Nigeria, gdzie niedostateczna wiedza na temat menopauzy przyczynia się do tworzenia wielu budzących niepokój mitów, odwoływania się do choroby lub działania czarów (Sakai in., 2012). W krajach cywilizacji Zachodu nawet bardzo wykształcone kobiety zgłaszają, że posiadają tylko podstawową wiedzę o menopauzie i brak im pewności co do własnych zmian ustrojowych (Hunter i O'Dea, 1999). Czują się zdezorientowane i zakłopotane, opisując brak kontroli nad takimi wydarzeniami jak uderzenia gorąca czy przewidzenie terminu kolejnego krwawienia menstruacyjnego. Często pojawia się niespójność między posiadaną wiedzą na temat klimakterium a uznaniem zachodzących w ich ciałach zmian za objawy

menopauzalne. Zgłaszając się po pomoc, kobiety najczęściej otrzymują recepty, gdy w rzeczywistości bardziej oczekują informacji i potwierdzenia, że ich doświadczenia są typowe. Kobiety czują się nieprzygotowane na okres okołomenopauzalny i menopauzę. To wszystko sprawia, że menopauza jest postrzegana jako okres niestabilności, zamieszania i niepokoju. Pesymistycznemu nastawieniu do menopauzy towarzyszy więcej objawów psychologicznych, w tym wyższy poziom stresu, niż u kobiet nastawionych bardziej optymistycznie lub neutralnie (Bielawska-Batorowicz, 2016; Marnocha i in., 2011).

Większa wiedza na temat menopauzy sprzyja bardziej pozytywnemu jej postrzeganiu i traktowaniu jako normalnego, fizjologicznego zjawiska, 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 (Bölgesinde i in., 2010; Budakoglu i in., 2007; Oyediji i in., 2011; Sagdeo i Aro-ra, 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, 2016). Wyniki badań wskazują, że poprawa edukacji i inicjowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej kobiet poprawia ich jakość życia po menopauzie (Caylan i in., 2011; Dillaway i Burton, 2011; Jaspers i in., 2015).

Stosunek do menopauzy może być różny wśród mieszkanki tego samego kraju, które podlegają tym samym wpływom kulturowym. Ważne są bowiem czynniki psychologiczne, takie jak stres i sposób radzenia sobie z nim, które także kształtują indywidualną koncepcję menopauzy (Bielawska-Batorowicz, 2006, 2016). Znaczenie ma również typ osobowości. Wyższy poziom otwartości na doświadczenia łączy się z pozytywną oceną menopauzy, a neurotyczności z negatywną (Bielawska-Batorowicz, 2013, 2016). Bardziej negatywny stosunek do menopauzy przejawiają kobiety, które zgłaszają więcej dolegliwości związanych z menopauzą. Są to najczęściej kobiety o niskiej pozycji ekonomicznej, socjalnej, z niskim wykształceniem i bez zatrudnienia (Caylan, i in., 2011). Negatywnie oceniają menopauzę kobiety, które źle znoszą ten okres. Zwykle to te, które cierpią na przewlekłe schorzenia, miały dolegliwości związane z miesiączkowaniem (zespół napięcia przedmiesiączkowego), żyją w stałym stresie, mają negatywny stosunek do starzenia się (Davis, 1996; Fuh i in., 2003; Szwed, 2001), złą relację z partnerem i prowadzą niehigieniczny tryb życia (Barth Olofsson i Collins, 2000).

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 z nią, które u każdej z kobiet mogą być inne, stąd też inne są ich oceny menopauzy (Manesh i Moghadam, 2011).

Należy jednak pamiętać, że menopauza jest naturalnym zjawiskiem fizjologicznym i tak właśnie może być postrzegana przez kobiety. Wówczas jest traktowana jako okres zmian podobny do okresu dojrzewania lub ciąży, a więc taki, który należy zaakceptować (Mimoun, 1994).

4. Kryzys połowy życia i lęk

Wiek średni to czas, w którym może pojawić się kryzys połowy życia. Kryzys oznacza nagłą zmianę i definiowany jest jako „stan psychiki i sytuacji, który ma charakter przełomowy i zwrotny, w którym rozstrzyga się stan zdrowia człowieka, jakość jego relacji z otoczeniem, kierunek jego dalszego rozwoju” (Sęk, 2001, s. 261). W przypadku kryzysów rozwojowych proces ten może trwać stosunkowo długo. Kryzys rozwojowy wymaga dokonania przewartościowań, a czasem w konsekwencji – zmiany całego stylu życia. Dochodzi do zmiany sposobu postrzegania siebie, świata, interpretacji pewnych zdarzeń, zmianie ulegają cele, zadania i pełnione role. Kryzys może prowadzić do przejściowego stanu zachwiania równowagi psychicznej człowieka albo utraty równowagi społecznej. Jest ostateczną reakcją na sytuację postrzeganą jako trudna i prowadzi do zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym oraz behawioralnym (Kubacka-Jasiecka, 1997; Płużek, 1997).

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 prowadzą do kryzysu określanego także jako „kryzys wieku średniego” (Oleś, 2000), który w znaczący sposób może wpływać na jakość życia osób w tym okresie. Zwykle obniża się efektywność podejmowanych strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Może to prowadzić do obniżenia samooceny, pojawiania się uczuć negatywnych, wzrostu lęku (Kowalik, 2001). Wspomnianym problemom towarzyszą zmiany psychosomatyczne ujawniające się w postaci objawów klasyfikowanych jako menopauza i andropauza. Stanowią one zarówno przyczynę, jak i skutek zmian w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym, interpersonalnym i intymnym jednostki.

Jak wskazują badania, menopauza jako marker czasu także prowokuje do oceny dotychczasowego życia. W tym okresie symptomy i zwiększona podatność na obniżony nastrój powodują, że pojawiające się myśli częściej mogą mieć negatywne zabarwienie (Dykes i in., 2011).

Negatywne doświadczenia związane ze zmianą funkcjonowania mogą także 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 także stanowi ważny element naszego rozwoju. Kiedy osoba stoi przed nowymi, niejednokrotnie trudnymi wyzwaniami, na skutek akomodacji zmienia swój sposób rozumienia siebie i świata, a to wpływa na jej funkcjonowanie. W ten sposób kształtowana dojrzałość może przyczyniać się do lepszego rozumienia złożoności życia i swojego w nim miejsca (King i in., 2007).

Wiek średni i związane z nim zmiany postrzegane jako postępujące i prowadzące do starzenia się, bywają źródłem lęku o zdrowie, przyszłość, a nawet życie. Lęk przejawia się w określonych reakcjach biologicznych, somatycznych oraz w sferze poznawczej, kiedy to następuje koncentracja na zagrażających bodźcach, a aktywność umysłowa skupia się wokół planowania, jak uniknąć

zagrożenia (Öhman, 2005; Kępiński, 1987). W niniejszej pracy przyjęto koncepcję Spielbergera (1966) ujmującą lęk jako stan i jako cechę. Osoby o wysokim natężeniu lęku jako cechy mają obniżony próg reagowania lękiem, dużą skłonność do odczuwania lęku w sytuacjach stosunkowo niegroźnych oraz charakteryzuje je znaczna intensywność przeżyć lękowych (Rachman, 2005).

Lęk związany z okresem przemian, typowych dla wieku średniego, może wynikać ze zmniejszającej się energii fizycznej, procesu starzenia się, zmian w sytuacji rodzinnej i zawodowej, a także świadomości przejścia połowy życia. Zmiany fizyczne i psychiczne obserwowane u siebie i partnera oraz u starzejących się rodziców, którzy przestają być oparciem, a sami wymagają opieki i pomocy, powodują utratę poczucia bezpieczeństwa. Pojawia się konieczność zmiany dotychczasowego życia, przeformułowania zadań i celów, np. rezygnacji z tych, których do tej pory nie udało się zrealizować i na które może już nie starczyć czasu. Lęk, który towarzyszy kryzysowi połowy życia, najczęściej nie przybiera postaci patologii, a jest sygnałem koniecznej zmiany, na którą osoba nie jest jeszcze gotowa (Płużek, 1997). Podanie w wątpliwość dotychczasowych przekonań, utrata nadziei na dokonanie czegoś wielkiego i wspomniana konieczność zmiany dotychczasowych nawyków mogą wiązać się z poczuciem zagrożenia (Oleś, 1995, 2000).

U kobiet i mężczyzn kryzys połowy życia i związany z nim lęk może mieć nieco inne źródła. U kobiet wiąże się on przede wszystkim z przemianami biologiczno-hormonalnymi, jakie dokonują się w okresie menopauzy, zmianami związanymi ze zdrowiem oraz przejawami starzenia się. Zmiany fizyczne postrzegane jako utrata atrakcyjności silnie zagrażają poczuciu własnej wartości (Głębocka, 2009; Sęk, 1990). Duże znaczenie ma też odejście dzieci z domu i poczucie niespełnienia w jednej z ról – rodzinnej lub zawodowej. Dodatkowo sytuację utrudnia świadomość, że pozostało już niewiele czasu na realizację ważnych celów i zaniedbanych ról. Trudno uniknąć rozrachunku dotyczącego zrealizowanych i niezrealizowanych pragnień oraz celów życiowych (Lieblich, 1986; Ward, 1987, w: Oleś, 2000).

Zmiany związane z menopauzą, nakładając się na kryzys połowy życia, mogą sprzyjać jego przedłużeniu. Prawdopodobnie na taką sytuację szczególnie narażone są kobiety, które planowały, a nie mają potomstwa, lub chciały mieć więcej dzieci (Bielawska-Batorowicz, 2006). Okres menopauzy wiąże się nie tylko ze zmianami fizjologicznymi, ale także z wieloma zmianami życiowymi. Jest to czas utraty rodziców, małżonka, usamodzielnienia się dzieci, co wraz z dolegliwościami menopauzalnymi stanowi olbrzymie źródło stresu (Hunter, 2000; Bielawska-Batorowicz, 2005a).

Badanie kobiet między 47. a 62. rokiem życia wskazuje, że wyższy poziom lęku jako stanu współwystępuje ze starszym wiekiem, mniejszym zadowoleniem ze związku partnerskiego oraz z mniejszą liczbą lat, jaka upłynęła od ostatniej miesiączki. Większej liczbie problemów emocjonalnych towarzyszy wyższy poziom lęku jako stanu i jako cechy. Wyższy poziom lęku jako cechy charakteryzuje kobiety starsze, które wcześniej rozpoczęły miesiączkowanie, mają mniej dzieci i są mniej zadowolone ze swojego związku (Walczak i Wiśniewska, 2012).

Dla mężczyzn głównym źródłem satysfakcji lub braku satysfakcji jest sfera życia zawodowego i osobistego (małżeństwo, rodzina, dzieci). Mężczyznom niełatwo jest zaakceptować większą niezależność dorastających dzieci oraz osiągnięcie kulminacyjnego punktu w karierze zawodowej. Rodzi się obawa o dotychczas pełnione, ważne role rodzinne i zawodowe. Niezaspokojone potrzeby, związane z tymi rolami, prowadzą do poszukiwania wrażeń i eksplorowania tych sfer życia, których atrakcyjność rośnie wraz z zagrożeniem ich utraty. Mężczyźni podejmują ostatnią i intensywną walkę o pozycję, o wykazanie własnej skuteczności, zupełnie ignorując zdrowie i niepokojące sygnały płynące z organizmu. Zmniejszająca się aktywność seksualna może prowokować do angażowania się w związki ze znacznie młodszymi kobietami (Oleś, 2000; Sęk, 2001).

Mężczyźni doświadczają zmian w swoim funkcjonowaniu niezależnie czy obserwowane objawy przypisują andropauzie, czy procesowi starzenia się. Każdej takiej zmianie może towarzyszyć lęk przed nieznaną przyszłością. Osoba dostrzega własną, zmienioną sytuację życiową i poddaje ocenie to, czym dysponuje, czym chciałaby dysponować, czym dysponują inni, dostępne i konieczne środki, by móc realizować cele, własne cechy i te wymagane przez środowisko. Im większa różnica pomiędzy oceną obecnego stanu a pożądanym standardem, tym niższa jakość życia (Kowalik, 2001).

Po osiągnięciu połowy życia nasilać się może 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 kulturowej lub metafizycznej (Łukaszewski, 2010). Zachowanie dotychczasowego życia jest egoistyczne i stanowi źródło negatywnych uczuć, takich jak niepokój i nienawiść. Otaczający świat postrzegany jest jako zagrażający i prowokujący do walki lub wycofania się. Przyjęcie dalszej perspektywy, ukierunkowanie własnych dążeń na zewnątrz, umożliwia redukcję lęku. Wymaga to większego wysiłku, uporządkowania świata zewnętrznego w obliczu zagrażającej zmiany, odnalezienia w nim pewnych ważnych wartości (Kępiński, 2012).

Depresja, negacja istniejącego stanu, nadmierna krytyka w stosunku do siebie i otoczenia, niechęć wobec młodszych i sprawniejszych, stanowiących konkurencję, to tylko kilka z możliwych konsekwencji pogarszającego się stanu zdrowia i problemów seksualnych mężczyzny po 50. roku życia. Związki pozamałżeńskie, nowe zaskakujące formy aktywności, intensyfikacja aktywności zawodowej, to niektóre sposoby radzenia sobie mężczyzn z dyskomfortem psychicznym w tym okresie (Mędraś i Jankowska, 2002). Z kolei zabiegi kosmetyczne, operacje, osiągnięcie wysokiej pozycji społecznej, władzy i dóbr materialnych, to kilka z metod umożliwiających redukcję lęku i podniesienie nastroju oraz wzmocnienie poczucia własnej wartości wśród dojrzałych kobiet (Buss, 2000).

Lęk związany z zagrożeniem dotyczącym pogorszenia stanu somatycznego w niewielkim stopniu wywołuje zmiany w zachowaniu, jak np. zmiana diety, wzrost aktywności fizycznej, unikanie zachowań szkodliwych dla zdrowia. Zgodnie z modelem przekonań zdrowotnych, konieczna jest jeszcze pewność, że podejmowane działania skutecznie wyeliminują ryzyko negatywnych zmian w funkcjonowaniu

(Ayers i de Visser, 2018; Taylor i Sherman, 2007). Ludzie często przejawiają opór wobec informacji, które wymagają zmian w ich postępowaniu, szczególnie, gdy mają one dotyczyć zachowań lubianych i często praktykowanych (Taylor i Sherman, 2007).

Lęk jest zdecydowanie niższy u osób, które posiadają kontrolę psychiczną, wiedzę i dysponują środkami dającymi im poczucie bezpieczeństwa. Takie osoby czują się przygotowane do nowych, nawet stresujących sytuacji i lepiej sobie z nimi radzą. Poczucie sprawstwa motywuje do podejmowania wielu pozytywnych działań, które przyczyniają się do podnoszenia jakości swojego życia (Taylor i Sherman, 2007). Ludzie w obliczu trudnej sytuacji poszukują sensu życia. Mimo że informacja o przewlekłej chorobie lub zaburzeniu początkowo wzbudza lęk i inne negatywne emocje, to może również prowokować do szukania w tej sytuacji korzyści. Efektem są zmiany priorytetów i niejednokrotnie wzrost oceny jakości życia (Krok, 2017; Taylor i Sherman, 2007).

4.1. Poczucie własnej atrakcyjności i samoocena

Poziom samooceny ma znaczenie dla poczucia szczęścia i satysfakcji z życia (Czarnecka-Iwańczuk i in., 2012; Ryff i Singer, 2004). W pewnym stopniu samoocena jest odzwierciedleniem doświadczanej aprobaty społecznej, poczucia własnej wartości w relacjach z innymi oraz wieku (Leary, Tambor i in., 1995, w: Czarnecka-Iwańczuk i in., 2012). Osoby o wysokiej samoocenie postrzegają siebie jako bardziej atrakcyjne społecznie i bardziej lubiane. Istnieje również zależność pomiędzy samooceną a funkcjonowaniem somatycznym. Więcej objawów psychosomatycznych doświadczają osoby z niższym poziomem samooceny (Łaguna i in., 2007). Można zatem przypuszczać, że okres zmian hormonalnych oraz związane z nimi dolegliwości zagrażają samoocenę kobiet i mężczyzn.

4.1.1. Obraz własnego ciała i atrakcyjność fizyczna

Ważnym obszarem samooceny jest własny wygląd. Atrakcyjność fizyczna niesie ze sobą wiele korzyści, wpływa na zwiększenie powodzenia u płci przeciwnej, ale także na wiele aspektów życia niezwiązanych z seksualnością. Według teorii społeczno-kulturowych to obowiązujące w danym społeczeństwie normy i wartości decydują, jak osoba ocenia siebie i jest postrzegana przez otoczenie. W każdym społeczeństwie obowiązują pewne standardy urody, które umożliwiają określenie poziomu atrakcyjności poszczególnych ludzi. Zgodnie z teorią oczekiwań społecznych atrakcyjność fizyczna jest cenioną wartością społeczną, która wyznacza również zachowanie ludzi względem siebie i percepcję własnej osoby (Wojciszke, 2006, 2011). Zwykle na podstawie atrakcyjności fizycznej człowieka, która zauważana jest jako pierwsza, kształtujemy własną opinię o innych jego cechach (Głębocka, 2009). Zjawisko to określane jest w literaturze mianem stereotypu atrakcyjności fizycznej (Wosińska, 2004) i tłumaczone „efektem aureoli”.

Atrakcyjność fizyczna rozumiana jest tu jako cecha pozytywna, która motywuje do globalnie pozytywnego oceniania osoby atrakcyjnej (Wojciszke, 2006, 2011). Ludzie chętniej nawiązują kontakt z osobami atrakcyjnymi, ponieważ są one postrzegane jako dobre, kompetentne, życzliwe, zrównoważone, inteligentne, silniejsze, o lepszych cechach charakteru, szczęśliwsze, lepiej przystosowane społecznie i bardziej aktywne seksualnie (Dąbkowska, 2015; Lipowska i Lipowski, 2006; Mandal, 2008; Myers, 2003). Przeciwny do efektu aureoli jest „efekt diabelski”, który tłumaczy, dlaczego na podstawie jednej widocznej niekorzystnej cechy wnioskujemy o innych negatywnych, które nie zostały zaobserwowane (Głębocka, 2009).

Najczęściej to media propagują atrakcyjność fizyczną jako cenioną wartość, a urodę jako niezwykle ważny atrybut. Tworzą także normy określające standardy atrakcyjności, wyznaczają, jakie cechy są pożądane w społeczeństwie. Osoba piękna charakteryzuje się dobrym zdrowiem, zdolnością do prokreacji i szczupłą sylwetką. Są to najczęściej atrybuty osoby młodej i są łączone z wyższym poziomem odczuwanego szczęścia i akceptacji społecznej (Brytek-Matera, 2012; Izydorczyk i Rybicka-Klimczyk, 2009). Zgodnie z efektem częstości, dochodzi do zinternalizowania obowiązującego i nieustannie prezentowanego w mediach ideału piękna. Konsekwencją może być obniżenie poczucia własnej wartości i jakości życia (Brytek-Matera, 2008; Izydorczyk, 2014). Rozwinięty przemysł kosmetyczny, farmaceutyczny oraz medycyna estetyczna, oferując wiele narzędzi poprawiających wygląd, dają poczucie, że wykreowany w mediach wizerunek pięknego ciała jest fizycznie osiągalny (Borkenhagen, 2018; Gawron, 2013; Strzelecki i in., 2007).

Coraz większa popularność zabiegów chirurgii estetycznej także może świadczyć o znaczeniu urody ciała w życiu człowieka (Ćiarbić i Pokrywka, 2010; Gawron, 2013). Dbłość o atrakcyjność fizyczną przekłada się na jakość życia osobistego i zawodowego (Izdebski, 2004) oraz samoocenę (Stapelton i in., 2017).

W swojej teorii „elastycznego wizerunku ciała” Philip Myers i Frank Biocca (za: Głębocka, 2009) podkreślają, że wykreowany w umyśle obraz własnej sylwetki składa się z czterech elementów: społecznego (kulturowe standardy urody), zinternalizowanego (uwewnętrzniony społeczny ideał wyglądu ciała), indywidualnego wizerunku ciała (który charakteryzuje się elastycznością i niestabilnością, może się zmieniać, gdy zmieniają się zinternalizowane wzorce lub pod wpływem nastroju, kontekstu oceniania lub uwag otoczenia) oraz obiektywnego wyglądu (który najbardziej się zmienia w okresie dojrzewania oraz starzenia się). Przyjmowanie nierealistycznych ideałów, promowanych w mediach modeli kobiecej i męskiej urody jako indywidualnego wzorca i dążenie do niego mimo świadomości, iż są nierealistyczne, może prowadzić do negatywnych następstw, jak choćby zaburzenia w odżywianiu lub paradoksalny wzrost liczby osób niedbających o urodę i zdrowie, np. otyłych (Głębocka, 2009; Izydorczyk, 2014).

Brak zadowolenia z własnego wyglądu może wynikać z negatywnej jego oceny lub braku nadziei na pozytywną zmianę. Dodatkowo rozbieżności pomiędzy tym, jak osoba wygląda, a jak chciałaby lub powinna wyglądać, mogą być źródłem rozczarowania i negatywnych emocji, takich jak smutek, lęk lub poczucie winy.

Osoby, których cechy wyglądu odbiegają od oczekiwanych idealnych standardów lub przekonań o tym, jakie powinny być, czują się gorzej, a nawet mogą przejawiać względem siebie negatywne zachowania (Głębocka, 2009). Im te rozbieżności są większe, tym większe niezadowolenie z własnego ciała i tym poważniejsze tego konsekwencje, np. anoreksja u kobiet lub bigoreksja u mężczyzn (Ćiarbić i Pokrywka, 2010). Brak akceptacji własnego ciała wynika z traktowania go jako obiektu, a więc zbioru odrębnych części, a nie procesu, w którym ocenie poddaje się całość kształtu funkcji, jakie ciało spełnia. Postrzeganie własnego ciała jako obiektu częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn (Rybicka-Klimczyk i Brytek-Matera, 2008). Wśród kobiet wraz z wiekiem wzrasta obawa o utratę jedności ciała i smukłości figury (Izydorczyk i in., 2008). Mniejsze zadowolenie z własnego wyglądu wśród mężczyzn łączy się jednak z większą deklarowaną przez nich aktywnością fizyczną oraz wyższą oceną własnej atrakcyjności względem przedstawianych ideałów. Mężczyźni nie unikają tego typu porównań, tylko lepiej niż kobiety wydają się sobie z nimi radzić. Być może, podobne jak u kobiet, mężczyźni także odczuwają negatywny wpływ mediów na poczucie zadowolenia z własnego ciała, jednak ich samoocena jest z reguły wyższa niż u kobiet (Głębocka, 2009).

Ludzie starsi są mniej zadowoleni z wyglądu niż osoby młode (Głębocka, 2009). Niezadowolenie z wyglądu własnego ciała wzrasta wraz z wiekiem, ale z wiekiem spada także motywacja do monitorowania własnego ciała (Głębocka i Wiśniewska, 2005). Zmiany inwolucyjne ciała rozpoczynają się po osiągnięciu 21. roku życia, a stają się coraz bardziej widoczne po 45. roku życia (Marchewka i in., 2012). Są one spowodowane przewagą procesów katabolicznych nad anabolicznymi w organizmie i wzmocniane nieprawidłowym trybem życia, np. złą dietą, brakiem aktywności fizycznej. To, w jakim tempie będzie przebiegał proces starzenia się ciała, zależy od czasu jego dojrzewania w dzieciństwie. Osoby, które szybciej osiągnęły dojrzałość płciową, będą wcześniej obserwować u siebie zmiany związane z menopauzą i andropauzą. Negatywny wizerunek ciała osób starszych wynika z obiektywnych niekorzystnych zmian w wyglądzie spowodowanych starzeniem się organizmu, obowiązujących współcześnie standardów urody promujących młodość, negatywnych stereotypów dotyczących osób starszych, np. beзуżyteczność, bezproduktywność, lękowość, samotność, upór, siwe włosy, zgarbiona sylwetka, spowolnione ruchy (Głębocka, 2009). Źródłem zadowolenia osób starszych ze swojego wyglądu może być sprawność i zdrowe ciało, a nie sama atrakcyjność fizyczna (Błachnio, 2019; Nowicki i in., 2017).

Atrakcyjne kobiece ciało oznacza płodność i zdrowie. Cechy kobiecego ciała uznawane za atrakcyjne najczęściej informują także o ich wysokiej płodności (Buss, 2001; Brannon, 2002; Ćiarbić i Pokrywka, 2010). Współczynnik BMI u kobiet, potwierdzający ich wysoką atrakcyjność, powinien wynosić 18–23, a więc wartość uznawaną za prawidłową, wskazującą na dobry stan zdrowia. Prawidłowe wartości BMI mają pozytywny wpływ na częstość objawów wazomotorycznych i somatycznych oraz na samoakceptację i ocenę własnej atrakcyjności (Barnaś i in., 2012).

Innym wskaźnikiem atrakcyjności jest stosunek obwodu talii do obwodu bioder (WHR, *Waist-to-Hip Ratio*) (Wojciszke, 2006), który dla kobiet ocenianych

jako najatrakcyjniejsze przybiera wartość od 0,67 do 0,80. W okresie menopauzy, wraz z utratą płodności i obniżeniem poziomu hormonów płciowych, WHR podwyższa się do wartości typowych dla mężczyzny. W tym czasie następuje zwykle zwiększanie się masy ciała. Dokonujące się zmiany fizyczne mają wpływ na jakość życia (Kulasingam i in., 2008; Lynch i in., 2010).

Atrakcyjnego mężczyznę charakteryzuje rozbudowana masa mięśniowa oraz wysoki wzrost. Zarówno masa mięśniowa ciała, jak i wzrost świadczą o sile mężczyzny, która jest najbardziej pożądaną przez kobiety cechą. Okazuje się, że kawalerowie są z reguły niżsi od mężczyzn żonatych, a wysoki wzrost jest wymieniany w ogłoszeniach matrymonialnych jako oczekiwany. W ocenie atrakcyjności mężczyzn kluczową rolę odgrywa siła. Duża masa mięśniowa jest pozytywnie skorelowana z wysokim poziomem testosteronu. Jednym z objawów andropauzalnych jest zmniejszenie masy i siły mięśniowej (Čiarbić i Pokrywka, 2010).

W porównaniu z mężczyznami kobiety są bardziej krytyczne w ocenie swej atrakcyjności fizycznej, zdają się czerpać mniej satysfakcji z własnego wyglądu zewnętrznego i częściej doświadczają lęku przed jego krytyczną oceną (Buczowski, 2005). Może to tłumaczyć, dlaczego usilnie zabiegają o atrakcyjność zewnętrzną, nawet w okresie menopauzy, swoją samoocenę w znacznym stopniu kształtują bowiem na podstawie własnych walorów zewnętrznych (Barthelow Koch i in., 2005; Głębocka, 2009).

Czynniki społeczno-kulturowe (tzw. ageizm i seksizm) odgrywają silniejszą rolę w określaniu obrazu ciała osób w średnim wieku niż zmiany fizjologiczne związane z menopauzą (Barthelow Koch i in., 2005). Obowiązujące w naszej kulturze stereotypy sprawiają, że kobiety wraz z nadejściem menopauzy czują się mniej atrakcyjne, mniej seksowne, mniej pożądane. W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się przede wszystkim te kobiety, które dopiero wkraczają w okres menopauzy (Głębocka, 2009). Czynnikiem ochronnym może być jednak wysoka samoocena, która sprzyja podtrzymaniu poczucia własnej atrakcyjności, także w okresie okołomenopauzalnym (Bielawska-Batorowicz i Królikowska, 2003).

Biorąc pod uwagę szeroki zakres czynników, które składają się na atrakcyjność, uznano, że należy ją traktować wielowymiarowo. Przyjęto, za Chybicką i Karasewiczem (2009), że ważnymi jej aspektami są: satysfakcja z własnego wyglądu i fizyczności oraz satysfakcja z bycia atrakcyjnym dla swojego partnera w relacji romantycznej. Ten drugi wymiar atrakcyjności i związana z nim atrakcyjność seksualna zostały opisane w kolejnym rozdziale (4.1.2).

4.1.2. Seksualność i atrakcyjność seksualna

Seksualność jest doświadczana i wyrażana w myślach, fantazjach, przeżyciach, przekonaniach, wartościach, zachowaniach, rolach i związkach. Na tę sferę życia składa się aktywność seksualna, satysfakcja seksualna, identyfikacja z płcią i rolą seksualną, orientacja seksualna, erotyzm, pożądanie, intymność, prokreacja (Bancroft, 2011; Lew-Starowicz, 2010). Seksualność jest uwarunkowana przez czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne. Oznacza to, że dla seksualności znaczenie może mieć zarówno fizjologia, funkcjonowanie hormonalne,

ale także potrzeby, oczekiwania, postawy, osobowość, obraz własnej osoby, obowiązujące normy i stereotypy kulturowe (van den Akker, 2012; Bancroft, 2011; Izdebski, 2012; Lew-Starowicz, 2010). Aktywność seksualna i satysfakcja z niej czerpana stanowi jeden z ważnych komponentów dobrostanu psychicznego. Zmiany związane z okresem średniej (zwłaszcza drugiej jego części) i późnej dorosłości mogą modyfikować aktywność seksualną kobiet i mężczyzn. Wraz z wiekiem zwykle następuje spadek częstości aktywności seksualnej (van den Akker, 2012; Grabowska, 2011, 2014) oraz dochodzi do rozdzielenia seksualności od prokreacji. Bywa, że wiele par odkrywa tę sferę życia na nowo, zwłaszcza że odejście dzieci z domu pozwala na więcej prywatności, a brak lęku przed ciążą może pozytywnie wpłynąć na życie seksualne (Beisert, 2010; Czajkowski i in., 2016; Grabowska, 2011; Hvas, 2001). Dla osiągnięcia satysfakcji seksualnej ważne są także rozumienie i akceptacja procesu starzenia się partnera i dobre z nim relacje (Grabowska, 2011), higieniczny tryb życia, umiarkowany wysiłek fizyczny, wypoczynek, brak używek, odpowiednia dieta (Boul, 2003; Lew-Starowicz, 2004). W późniejszych fazach rozwoju aktywne seksualnie są najczęściej te osoby, które regularnie podejmowały zachowania seksualne pomiędzy 20. a 40. rokiem życia (Izdebski, 2012). Samoocena, relacje partnerskie, jakość życia seksualnego we wcześniejszych latach w większym stopniu określają satysfakcję seksualną niż zmiany hormonalne (Cichocka, 2006; Lew-Starowicz i Szymańska, 2010). Prawdopodobnie doświadczane zmiany fizjologiczne stanowią pretekst do wycofania się z aktywności seksualnej jedynie tych osób, dla których ta sfera życia nigdy nie była satysfakcjonująca (Grabowska, 2011). Zbyt duża koncentracja na aktywności seksualnej jako zagrożonej ze względu na wiek, poczucie starzenia się, negatywny wizerunek własnego ciała, mogą mieć niekorzystny wpływ na zachowania seksualne (Grabowska, 2011; Skrzypulec, 2010).

Dla zachowań seksualnych duże znaczenie ma samoocena dotycząca atrakcyjności seksualnej (Faith i Schare, 1993; Grabowska, 2011; Kucharski i Rzeпа, 2017; Lin i Lin, 2018), czyli zespołu cech wywołujących zainteresowanie partnera (Lew-Starowicz, 1999). Kryteria tak pojmowanej atrakcyjności zależą od wielu czynników, takich jak płeć, wiek, kultura lub panujące w danym czasie trendy mody (Lew-Starowicz, 2004). Warto tu podkreślić, że atrakcyjność seksualna w wielu kulturach powiązana jest z oceną atrakcyjności fizycznej (Giddens, 2004). Samoocena w zakresie atrakcyjności fizycznej i seksualnej w przypadku kobiet uzależniona jest od wieku (Lipowska i Lipowski, 2006). W późnej dorosłości wysoka ocena własnej atrakcyjności seksualnej wiąże się z wysokim poziomem poczucia własnej wartości i wysokim poziomem ekstrawersji, który intensyfikuje kontakty społeczne jednostki oraz sprzyja otwartości także w sferze seksualnej (Grabowska, 2011). Samoocena w zakresie atrakcyjności seksualnej u kobiet w okresie średniej dorosłości ma największe znaczenie dla satysfakcji seksualnej, zachowań seksualnych, zaspokojenia potrzeb własnych i partnera, inicjatywy seksualnej oraz częstości stosunków koitalnych. Wśród kobiet po 60. roku życia poczucie atrakcyjności seksualnej jest ważne dla zaspokojenia potrzeb seksualnych, inicjatywy i satysfakcji seksualnej. U mężczyzn w okresie średniej dorosłości i tych po 60. roku życia samoocena dotycząca atrakcyjności seksualnej

silnie determinuje częstość stosunków koitalnych. Dodatkowo, w grupie starszych mężczyzn, można zauważyć wpływ oceny atrakcyjności seksualnej na różnorodność stosowanych technik współżycia seksualnego (Grabowska, 2011).

Zmiany zachodzące w wyglądzie zewnętrznym związane ze starzeniem się różnie określają poziom samooceny w zakresie atrakcyjności seksualnej kobiet i mężczyzn. Te same zmiany w wyglądzie fizycznym będące przejawem procesu starzenia się, jak np. zmarszczki, siwe włosy, mogą stanowić atut i być postrzegane jako wyraz dojrzałości u mężczyzn, a u kobiet jako przejaw starości i utraty kobiecości (Grabowska, 2011). Wygląd ciała jest szczególnie ważny dla kobiet, ponieważ łączony jest z własną seksualnością (Daire i Fairall, 2005; Nobre i Pinto-Gouveia, 2006), ma znaczący wpływ na pożądanie seksualne, osiąganie orgazmu, przyjemności i częstotliwość aktywności seksualnej, ale nie stwierdzono takiego związku z satysfakcją seksualną (Barthelow Koch i in., 2005).

Należy pamiętać, że ocena atrakcyjności danej jednostki nie zależy wyłącznie od jej cech, lecz również od pewnych właściwości osoby oceniającej, zwłaszcza partnera. Duża rozbieżność między samooceną w obszarze atrakcyjności fizycznej a oceną atrakcyjności przez partnera sprawia, że osoby postrzegają siebie jako mniej atrakcyjne, co sprzyja doświadczaniu lęku przed odrzuceniem. Wydaje się, że zmiany hormonalne i starzenie się niekoniecznie muszą powodować spadek poczucia atrakcyjności seksualnej oraz pożądania. Duże znaczenie mają także czynniki kontekstowe, a jednym z ważniejszych jest relacja z partnerem, rodzaj uczuć do niego i długość trwania związku (Barthelow Koch i in., 2005; Birnbaum i in., 2007; Davison i in., 2008). Kobiety będące w udanym związku ze sprawnym seksualnie partnerem kontynuują kontakty seksualne w późniejszym wieku. Jakość związku, jego stabilność, satysfakcja, dobra komunikacja z partnerem, jego kreatywność w relacjach intymnych i atrakcyjność wpływają na życie seksualne kobiet (Grabowska, 2011; Meston, Hamilton i Harte, 2009, w: Lew-Starowicz i Szymańska, 2010).

Satysfakcja seksualna koreluje z satysfakcją ze związku, jeżeli więc jedna ulega obniżeniu, druga także (Dundon i Rellini 2010, w: Lew-Starowicz i Szymańska, 2010). Według McCall i Meston (w: Stusiński i Lew-Starowicz, 2012) u kobiet po menopauzie, nawet z obniżonym popędem płciowym, uczucie miłości i więź emocjonalna mogą zwiększyć poziom pożądania seksualnego. Wyniki badań Dundon i Rellini (w: Stusiński i Lew-Starowicz, 2012) wykazały, że u kobiet między 40. a 70. rokiem życia głównymi predyktorami satysfakcji seksualnej są dopasowanie w związku i dobrostan psychiczny, w mniejszym stopniu objawy menopauzalne, natomiast postawa wobec ciała nie była predyktorem satysfakcji. Zaburzenia erekcji i obniżony popęd seksualny u mężczyzn (w podobnym wieku) są przyczyną mniejszej liczby stosunków lub całkowitego zaprzestania współżycia (Chedraui i in., 2009; Hatzimouratidis, 2007; Stusiński i Lew-Starowicz, 2012) oraz sprzyjają brakowi satysfakcji seksualnej u kobiet (Lew-Starowicz i Szymańska, 2010).

Zgodnie z wynikami badań (Janicka, 2006; Plopa, 2005; Rostowski, 1987) dla satysfakcji seksualnej znaczące są bliskie i trwałe związki emocjonalne. Jednakże zależność między byciem w związku formalnym a satysfakcją seksualną

nie jest jednoznacznie określona. Badania zachodnie wskazują, że bardziej satysfakcjonujący seks występuje u par poślubionych w porównaniu z kohabitującymi (Treas i Giesen, 2000; Waite i Joyner, 2000), natomiast w badaniach polskich takich różnic nie stwierdzono (Janicka, 2006). Dla zachowań seksualnych istotną wydaje się jakość relacji partnerskiej definiowana na podstawie poziomu występowania trzech składników miłości: intymności – jako uczucia, które wywołuje przywiązanie, bliskość i wzajemną zależność; namiętności będącej konstelacją emocji pozytywnych oraz negatywnych, której towarzyszą pragnienia erotyczne i pobudzenie seksualne; zaangażowania, które prowadzi do przekształcenia relacji miłosnej w trwały związek (Sternberg, 2007; Wojciszke, 2009). Zaangażowanie daje poczucie bezpieczeństwa w związku, to zaś może pozwolić jednostce na odważniejsze wyrażanie własnej seksualności (Grabowska, 2011) oraz odgrywa istotną rolę w procesie dopasowywania się partnerów (Rhoades i in., 2012). Kobiety doświadczające mniej intymności z partnerem, są bardziej narażone na niekorzystne zmiany w postrzeganiu własnej atrakcyjności seksualnej (Birnbaum i in., 2007). Stopień emocjonalnej bliskości i ogólna percepcja satysfakcji seksualnej z partnerem obok innych czynników, takich jak wykształcenie i hormonalna terapia, wykazują znaczący związek z wydolnością seksualną, osiąganiem satysfakcji seksualnej i poczuciem atrakcyjności seksualnej u kobiet w średnim wieku. W sferze seksualności kobiet istotna dla oceny i ewentualnej poprawy ich poczucia jakości życia, jest potrzeba identyfikacji zależności między wydajnością organizmu, libido i pewnymi aspektami psychospołecznymi, w tym przede wszystkim rodzajem relacji z partnerem (Birnbaum i in., 2007; Gonzalez i in., 2006; Winterich, 2003).

Funkcjonowanie seksualne jest ważnym elementem zdrowia i dobrego samopoczucia kobiet (Jaspers i in., 2015; Palacios i in., 2002). Objawy okresu okołomenopauzalnego obniżają poczucie jakości życia kobiet, wpływając negatywnie również na ich funkcjonowanie seksualne (Barnaś i in., 2012). Wiele pacjentek klinik menopauzalnych skarży się na zaburzenia seksualne (Nappia i Lachowsky, 2009; Pertyński, 2004), ale obecnie mogą one kontrolować objawy niedoboru estrogenów, które przynoszą znaczny dyskomfort i obniżają jakość ich życia seksualnego (Gonçalves i Merighi, 2009). Nadal jednak nie ma jednoznacznych dowodów świadczących o bezpośrednim wpływie hormonów na aktywność seksualną kobiet. Podaje się, że kobiety stosujące terapię hormonalną, funkcjonują podobnie jak te bez terapii (Woods i in., 2010). Prawdopodobnie proponowana kobietom hormonalna terapia zastępcza może jedynie poprawiać ich ogólne samopoczucie, a tym samym zwiększyć zainteresowanie sferą seksu (Davison i Davis, 2011). Stwierdzono, że samo podejmowanie aktywności seksualnej w tym okresie życia może zatrzymać proces starzenia się tkanek pochwy oraz podwyższyć poziom hormonów płciowych (Grabowska, 2014).

Dostępne dowody empiryczne sugerują, że menopauza jako wydarzenie biologiczne ma także nadbudowę społeczną, a postawy i oczekiwania wobec seksualności w tym okresie są efektem wpływu społeczeństwa, w którym kobieta żyje. Kultura zachodnia, która idealizuje młodsze piękno, traktując seks jako domenę młodości, sprawia, że doświadczenia seksualne osób w średnim wieku

i starszych pełne są restrykcyjnych mitów i uprzedzeń. Kobiety będące w wieku średnim często wierzą, że doświadczenia seksualne będą nieprzyjemne, bolesne, niewarte wysiłku i inwestycji, a próby współżycia zazwyczaj potwierdzają tego typu oczekiwania (Astbury-Ward, 2003).

Ostatecznie uznaje się, że zmiany w życiu seksualnym w okresie menopauzy, mają podłoże fizyczne, psychiczne i społeczne. Jest to zjawisko złożone i nie ma wystarczających dowodów, aby wiązać je jedynie ze spadkiem poziomu estrogenów i wiekiem biologicznym kobiet (Alves i in., 2009). Kobiety zadowolone ze swojego życia seksualnego, niezależnie od tego, czy są przed, czy po menopauzie, przejawiają większe zainteresowanie sferą seksu, częściej podejmują aktywność seksualną i mają więcej doświadczeń związanych z seksem (Stusiński i Lew-Starowicz, 2012).

Andropauza także zagraża poczuciu atrakcyjności seksualnej dojrzałych mężczyzn. Jest to bowiem okres zmian fizjologicznych, które mogą wpływać na ich aktywność seksualną. Wydłużeniu ulega czas narastania podniecenia, czas refrakcji, wzrasta zapotrzebowanie na stymulację (Hatzimouratidis, 2007; Lew-Starowicz, 2004), osłabieniu ulegają ejakulacje, a znacząca część mężczyzn doświadcza trudności z osiągnięciem i utrzymaniem erekcji (Grabowska, 2014; Hakimi i in., 2019; Jakiel, 2015). Może to dotyczyć co najmniej kilkunastu procent mężczyzn w wieku 50–59 lat i ponad 50% mężczyzn po 70. roku życia (Izdebski, 2012).

Stąd uznaje się, że najbardziej dostrzegalnym i odczuwalnym przez mężczyzn objawem andropauzy jest obniżona sprawność seksualna, która wywołuje negatywne emocje i znacznie obniża poczucie własnej wartości i atrakcyjności (Jakiel, 2015; Mędraś i Jankowska, 2002a, 2002c). Niepowodzenie seksualne podnosi poziom lęku przed tego typu doświadczeniami, a alkohol jest częstym sposobem radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Oba czynniki wyraźnie wpływają na seksualną wydolność w okresie andropauzalnym (Boul, 2003).

W obliczu odczuwalnych zmian biologicznych i psychospołecznych kobiety i mężczyźni stoją przed koniecznością wyboru dotyczącego dalszej aktywności seksualnej. Kontynuowanie aktywności seksualnej w niezmienionej postaci może narażać na frustrację wynikającą ze zmniejszonej wydolności fizycznej. Dotyczy to głównie kobiet, których partnerzy, będący w podobnym wieku, nie są w stanie zaspokoić ich potrzeb oraz wymagają dłuższej stymulacji. Tego typu trudności są niejednokrotnie postrzegane jako konsekwencja utraty własnej atrakcyjności i kobiecości. Kobiety mogą czuć się winne za niepowodzenia seksualne swoich partnerów. Mężczyźni narażeni na niepowodzenie, na to, że nie sprostają oczekiwaniom partnerki i zostaną przez nią odrzuceni, także czują się mniej atrakcyjni. Ograniczanie zachowań seksualnych obniża ryzyko frustracji związanej z niepowodzeniem lub niezaspokojeniem potrzeb, ale może prowadzić do stopniowego wycofywania się z tej sfery aktywności (Cichocka, 2006). Zarówno kobiety, jak i mężczyźni, którzy rezygnują z aktywności seksualnej, szybciej podlegają procesowi starzenia się: biologicznego, psychicznego i społecznego (Jarząbek-Bielecka i in., 2012). Odrzucenie własnej seksualności może się wiązać z mniejszym dbaniem o siebie i o własny wygląd, gorszym samopoczuciem, obniżoną samooceną, społeczną izolacją, samotnością (Cichocka, 2006; Lew-Starowicz, 1988).

4.2. Relacje w związku trwałym

Badania dowodzą, że ludzie będący w bliskich związkach emocjonalnych są bardziej szczęśliwi, odznaczają się lepszym zdrowiem psychicznym i fizycznym oraz żyją dłużej niż osoby samotne (Coombs, 1991; Hemstrom, 1996; Kamp, Dush i Amato, 2005; Kurdek, 1991; Mendes de Leon i in., 1992; Myers, 2004, 2007; Rosengren i in., 1989; Ross i in., 1990). Potwierdzone zostało występowanie silnego związku między ogólną oceną jakości życia a oceną jakości relacji partnerskiej. Uznaje się, że najsilniejszym korelatem dobrostanu jest trwały i bliski związek – małżeństwo (Czapiński, 2004a; Diener i in., 2004; Myers, 2007), co wykazano także w przypadku kobiet w wieku okołomenopauzalnym (Avis i in., 2004).

Trwające 70 lat badania prowadzone na Uniwersytecie Harvarda dowiodły, że małżeństwo ma bardziej pozytywne znaczenie dla stanu zdrowia osób w wieku 50 lat niż niski poziom cholesterolu (Myres, 2007). Nie bez znaczenia jest oczywiście jakość relacji między małżonkami. Jedynie te o wysokiej jakości stanowią o zadowoleniu partnerów i ich dobrym zdrowiu (Czapiński, 2004a; Myres, 2007; Rostowska, 2008). Prawdopodobnie łatwiej dbać o siebie, zdrowo się odżywiać, być aktywnym fizycznie i regularnie korzystać z pomocy medycznej, 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 (Marano, 1998, w: Myres, 2007). Ponadto małżeństwo, które zaspokaja potrzebę przynależności, poprawia funkcjonowanie systemu immunologicznego. Zależność emocjonalna i doświadczane przez partnerów wzajemne wsparcie podnosi ich odporność na wirusy przeziębienia, obniża ciśnienie krwi i poziom hormonu stresu, a w przypadku choroby może stanowić o szybszym powrocie do zdrowia (Argyle, 2004; Bishop, 2000; Myres, 2007; Waite i Gallagher, 2000).

Bliskie związki interpersonalne odgrywają olbrzymią rolę w zachowaniach zdrowotnych i przystosowaniu się do nowej sytuacji, jaką jest zmiana funkcjonowania psychosomatycznego. Odrzucenie i osamotnienie, brak relacji z innymi mogą pogłębiać i przedłużać czas doświadczanych dolegliwości. Przekonanie, że jest się kochanym, ważnym dla innych, otaczanym troską może natomiast osłabiać symptomy poprzez lepsze radzenie sobie z nimi i przyczyniać się do dobrego samopoczucia. Bliska osoba jest nieocenionym źródłem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, choć niejednokrotnie wystarczająca jest sama świadomość, że z takiej pomocy można skorzystać (Taylor i Sherman, 2007). Wsparcie zabezpiecza przed pogarszaniem się stanu zdrowia i sprzyja odpowiedniej adaptacji do sytuacji trudnej (Rostowska, 2008) oraz stanowi o radzeniu sobie z problemami żywiciowymi (Harwas-Napierała, 2012). Wsparcie innych obniża dyskomfort psychiczny w trudnych sytuacjach życiowych, redukując negatywne emocje, takie jak np. lęk, i ułatwia adaptację do zmienionych i wywołujących stres warunków. Związki z innymi wydają się bardziej istotne dla zachorowalności na choroby przewlekłe i śmiertelności niż inne uznane czynniki ryzyka, takie jak palenie tytoniu, otyłość, brak aktywności fizycznej (Ayers i de Visser, 2018; Taylor i Sherman, 2007).

Wsparcie społeczne, uzyskiwane zwykle w związkach trwałych, jako istotny korelat dobrostanu psychicznego może być pomocne w podejmowaniu i utrzymywaniu działań zwiększających poziom szczęścia (Sheldon i Lyubomirsky, 2007). Pomaga radzić sobie z sytuacją trudną poprzez eliminowanie bądź modyfikowanie warunków stwarzających problem, zmianę znaczenia bodźca zewnętrznego wywołującego stres, organizowanie poziomu emocjonalnej reakcji na stres (Tobiasz-Adamczyk, 2000). Poprzez poczucie więzi i wzajemnej zależności partnerzy odbierają wszelkie problemy jako wspólne. Obdarzają się wzajemnym wsparciem, które ma charakter ciągły, tzn. występuje zawsze (nieokazjonalnie). Długoterminowe wsparcie, jakie ma miejsce w trwałych i satysfakcjonujących związkach emocjonalnych wpływa korzystnie na poczucie dobrostanu, co podkreślają liczne badania (Argyle, 2004; Hemstrom, 1996; Heszen-Nejodek i Sęk, 1997; Heszen i Sęk, 2007; Janicka, 2012; Kamp Dush i Amato, 2005; King i in., 2007; Ostrowska, 1999; Rogers, 1995; Rostowska, 2008).

Czas zmian hormonalnych, który zarówno u kobiety, jak i mężczyzny przypada na drugą połowę średniej dorosłości, to bardzo trudny okres dla funkcjonowania ich związku. Może tutaj bowiem dojść do rozstania albo wzmocnienia wzajemnej relacji. Wzrost swobody wynikający z mniejszych obowiązków jako rodzica może zmniejszyć potrzebę identyfikacji z małżeństwem i podporządkowania mu osobistych zainteresowań oraz zwiększyć pokusę odzyskania całkowitej autonomii. Z drugiej strony może być to okres dojrzewania pary i bardzo satysfakcjonującego dalszego wspólnego życia. Warunkiem jest docenienie dotychczasowych wzajemnych osiągnięć oraz określenie nowych wspólnych celów, adekwatnych do okresu rozwojowego partnerów.

Przegląd literatury i badań wskazuje na złożoność problematyki dotyczącej meno- i andropauzy. Zmiany hormonalne i związane z nimi objawy zależą od wielu czynników biologicznych, psychospołecznych, a nawet kulturowych. Występowanie objawów zwykle wyznacza wiek. Z kolei różnice w objawach może określać płeć, a ich intensywność uwarunkowana jest ogólnym stanem zdrowia, ale także indywidualnymi właściwościami jednostki, w tym postawami wobec starzenia się. Kwestia andropauzy u mężczyzn wciąż wzbudza wiele kontrowersji.

Zmiany hormonalne i towarzyszące im objawy mogą wpływać na jakość życia człowieka. Nie można ich jednak traktować jako niezależnych od warunków życia, intencjonalnej aktywności człowieka, subiektywnej percepcji i oceny meno/andropauzy, poczucia atrakcyjności, również seksualnej, oraz lęku, jaki wiąże się z kryzysem połowy życia. Nie bez znaczenia dla doświadczania zmian hormonalnych są również bliskie i trwałe relacje emocjonalne, co także może decydować o poczuciu jakości życia.

Niewątpliwie ocena występowania objawów związanych ze zmianami hormonalnymi w okresie średniej i późnej dorosłości wymaga ujmowania ich w kontekście wielu innych modyfikujących je czynników. Opisane wyżej korelaty jakości życia stanowiły podstawę skonstruowania modelu teoretycznego (rys. 1) dla zawartych w niniejszej pracy badań własnych.

IV. Zdrowie i jakość życia mężczyzn 50+. Badania własne

Zdrowie i dobre funkcjonowanie mężczyzn wciąż znajdują się w centrum zainteresowań badaczy. Jest to uzasadnione, skoro różnice w długości życia mężczyzn i kobiet wypadają na niekorzyść tych pierwszych. Dzieje się tak, ponieważ mężczyźni częściej niż kobiety chorują i szybciej umierają. Czas życia, w porównaniu z tym dla kobiet, jest krótszy prawie o osiem lat. Ryzyko zgonów naturalnie zwiększa się wraz z wiekiem, ale u mężczyzn jest ono większe niż u kobiet już w okresie średniej dorosłości (GUS, 2019).

Stąd znaczenia nabierają badania dotyczące zmian hormonalnych u mężczyzn, które określane są mianem andropauzy. Towarzyszy im pytanie, czy zasadne jest mówienie o „męskiej menopauzie”, czy raczej zmiany, klasyfikowane jako objawy, należy traktować jako możliwy skutek starzenia się i konfrontowania z trudnościami życia lub jakimiś indywidualnymi problemami.

Zmiany hormonalne występują zarówno u starzejących się mężczyzn, jak i kobiet. Traktowanie zmian andropauzalnych jako podobnych do menopauzy jest wciąż tematem otwartym. Dyskusje dotyczą głównie aspektów medycznych i odnoszą się do oceny poziomu hormonów. Zmiany hormonalne przebiegają bowiem inaczej u każdej płci i mają różne konsekwencje. U kobiet dochodzi do zanikania hormonalnej czynności jajników, co wiąże się z utratą zdolności prokreacyjnych, natomiast u mężczyzn funkcje hormonalne jąder są zachowane do późnej starości (Boul, 2003; Mędraś i Jankowska, 2002). Ponadto zmiany w stężeniu hormonów gonadalnych u mężczyzn – zmniejszenie stężenia testosteronu – mają charakter ciągły i nie są pozbawione różnic indywidualnych. Dodatkowo sytuację komplikuje fakt, że andropauza zwykle rozwija się powoli, głównie między 40. a 55. rokiem życia, i trudno precyzyjnie określić jej początek, co wynika między innymi z braku jasnych kryteriów oceny (Hollander, 2003). Przyjmuje się, że pojawia się ona po 50. roku życia (Bablok i Mędraś, 2002). Z kolei menopauza występuje w bardziej konkretnym przedziale wiekowym (zwykle 48–52 lata) i zmiany są bardziej wyraźne niż u mężczyzn (Pertyński i Stachowiak, 2013).

Zwolennicy terminu „andropauza” uznają, że proces zmian zachodzących u mężczyzn przypomina menopauzę: jest uwarunkowany fizjologicznie, przynosi liczne dolegliwości, negatywnie wpływa na jakość życia i wymaga leczenia. Zwraca się uwagę na podobne podstawy rozpoznawania menopauzy i andropauzy; jest to niskie stężenie hormonów odpowiedzialnych za pojawianie się objawów. U kobiet spada poziom hormonów żeńskich, takich jak progesteron i estrogeny (Stachoń, 2003), a u mężczyzn następuje stopniowe zmniejszanie się sekrecji

wielu hormonów, także androgenów (Rabijewski, 2021; Rabijewski i Zgliczyński, 2009). Z kolei przeciwnicy kwestionują istnienie „męskiej menopauzy”. Uznają, że andropauza to sztuczny konstrukt, a objawy jej przypisywane są zwykle związane z naturalnym procesem starzenia się i nie wymagają interwencji medycznej. Bywa, że za ich występowanie odpowiada zły stan zdrowia lub/i niehigieniczny styl życia, a nie wiek (Boul, 2003).

Mimo szeroko zakrojonych badań brak jest jasnych kryteriów oceny andropauzy, jakie istnieją w przypadku menopauzy. Świadczą o tym niespójne wyniki badań oraz fakt, że wspomniane objawy, uznane za typowe dla niskiego poziomu testosteronu, nie występują u wszystkich mężczyzn (Huhtaniemi, 2014). Pokazuje to, że mogą być one skutkiem nie tylko zmian hormonalnych, ale również strat starzejącego się mężczyzny. Zawodne okazuje się nawet uznawanie wnioskowanie o andropauzie na podstawie poziomu testosteronu ocenianego jako „niski”, bowiem niektóre choroby przewlekłe i stosowanie leków związanych z pewnymi zaburzeniami, np. opioidów i glikokortykoidów, mogą być częściowo odpowiedzialne za obniżenie testosteronu (Hollander, 2003; Huhtaniemi, 2014). Poza tym badania pokazują, że tylko niewielka grupa mężczyzn doświadcza wyraźnych objawów dysfunkcji czynności hormonalnej gonad (Pines, 2011).

Jakość życia mężczyzn nie zależy jedynie od zdrowia i zmian zachodzących w ich ciele, ale także od wielu innych czynników, takich jak warunki ekonomiczne, praca, bliskie relacje z rodziną itd. (Kowalik i in., 2001). Ratowanie życia, przywracanie do zdrowia, hamowanie postępu choroby, fizyczne usprawnianie pacjenta są niewystarczające; równie ważne okazuje się dbanie o sferę psychiczną oraz tworzenie sprzyjającego środowiska.

Do najczęściej wymienianych wymiarów składających się na jakość życia należą: zdrowie i sprawność fizyczna, sytuacja materialna, relacje z innymi (rodzina, przyjaciele), użyteczność (wykonywanie zajęć domowych, praca, aktywność społeczna), poczucie szczęścia i zadowolenia (Kowalik, 2001). Jakość życia jest więc rozumiana jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a ich ocena powinna opierać się na subiektywnych spostrzeżeniach danej osoby (Raport WHO, 1946, w: Stelcer, 2001; Testa, 1987, w: Kowalik, 2001).

Ocena jakości życia w okresie średniej i późnej dorosłości opiera się zwykle na wymiarach, które mogą ją naturalnie obniżać. Według Siegrista i Junge'a ocena jakości życia powinna obejmować trzy rodzaje uwarunkowań: fizyczne (np. niepełnosprawność, ból), psychiczne (np. lęk, niepokój) i społeczne (np. zmiany w relacjach z otoczeniem i zmiana miejsca w społeczeństwie) (Siegrist i Junge, 1989, w: Kowalik, 2001). Uwarunkowania te stają się coraz bardziej wyraźne wraz z dokonującym się procesem zmian spowodowanym starzeniem się człowieka.

Czynniki, które są związane z pozytywnym starzeniem się, to: niepalenie lub rzucenie palenia w młodym wieku, stosowanie dojrzałych mechanizmów obronnych, brak problemów z nadużywaniem alkoholu, zdrowa waga (szacowana za pomocą BMI), stabilne małżeństwo, aktywność fizyczna, wyższy poziom wykształcenia (Valliant, 2007).

Badania Vaillanta (2002, 2007) pokazały, że mężczyźni zadowoleni ze swojego życia są zdrowi fizycznie, oceniają swoje zdrowie fizyczne jako dobre, nadal mogą pracować i rozwijać się zawodowo, od wielu lat uważają swoje małżeństwo

za udane, spędzają aktywnie czas z przyjaciółmi, nie korzystają z pomocy psycho-terapeuty i psychiatry, a w ciągu roku wykorzystali mniej niż pięć dni zwolnienia lekarskiego. Ponadto posiadają partnerkę, dzieci, rodzeństwo, przyjaciół, przynależą do grup religijnych, społecznych, wysoko oceniają swoją satysfakcję w różnych sferach życia i aktywności. Dla oceny jakości życia poczucie zdrowia i inne subiektywne przekonania są zatem tak samo ważne jak wskaźniki obiektywne.

1. Cel badań, pytania i hipotezy badawcze

Celem badań była ocena występowania i nasilenia objawów łączonych ze zmianami hormonalnymi u mężczyzn: poczucia atrakcyjności, poziomu lęku, relacji w trwałym związku oraz wskazanie na ich znaczenie dla jakości życia. Założono, że zarówno o nasileniu objawów andropauzalnych, jak i o jakości życia, mogą decydować określone czynniki ryzyka, które zostały uwzględnione w badaniach własnych. Są to: wiek, współczynnik masy ciała BMI, palenie tytoniu, odżywianie się, aktywność fizyczna, występowanie choroby przewlekłej, obecność oraz ocena zaangażowania w roli zawodowej, rodzinnej, społecznej i innych, własna postawa wobec andropauzy, obserwowane u partnera zmiany psychosomatyczne, rodzaj i staż związku.

Podjęto próbę oceny przebiegu andropauzy pod względem ewentualnych podobieństw i różnic między męskim i kobiecym klimakterium, co wymagało objęcia badaniem także kobiet. Jako wyznacznik oczekiwanych zmian hormonalnych przyjęto uznawany dla andropauzy i menopauzy wiek.

Podjęto trzy zadania, w ramach których zostały sformułowane pytania badawcze.

Pierwszym zadaniem było wskazanie najtrudniejszego – krytycznego okresu, tj. związanego z największym nasileniem objawów andropauzalnych, uwzględnienie ich czynników ryzyka oraz ewentualnych podobieństw do kobiecej menopauzy. Założono, że andropauza przebiega podobnie do kobiecego klimakterium (oczywiście z wyłączeniem zmian dotyczących miesiączkowania), to znaczy jest procesem wyznaczanym przez zmiany hormonalne i indywidualną charakterystykę jednostki. Biorąc to pod uwagę, badanie miało umożliwić uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania badawcze oraz zweryfikowanie hipotez:

Pytanie 1: Czy istnieją różnice w występowaniu i nasileniu objawów andropauzalnych pomiędzy trzema grupami mężczyzn: w okresie ryzyka objawów, przejściowym i właściwym dla andropauzy?

Pytanie 2: Który z okresów (ryzyka objawów, przejściowy i właściwy dla andropauzy/menopauzy) jest najtrudniejszy – krytyczny, tj. związany z największym nasileniem objawów zmian hormonalnych, i czy występuje w tym samym okresie zmagania się u mężczyzn z andropauzą i u kobiet – z menopauzą?

Pytanie 3. Którą z grupy badanych mężczyzn charakteryzuje najwięcej czynników ryzyka (spośród tych uwzględnionych w badaniu) objawów zmian hormonalnych?

Pytanie 4. Czy zmienne traktowane jako czynniki ryzyka nasilenia objawów zmian hormonalnych dotyczą w takim samym stopniu badanych grup mężczyzn i kobiet?

Drugim zadaniem badawczym była ocena funkcjonowania psychologicznego mężczyzn w wieku 50+. Bywa ono określane kryzysem wieku średniego lub kryzysem połowy życia i łączone z odczuwanym spadkiem vitalności, atrakcyjności własnego ciała, prestiżu i lękiem przed starością (Oleś, 2000). Towarzyszy im zwykle podejmowanie nagłych zmian, takich jak rezygnacja z dotychczasowego stylu życia (np. zmiana miejsce zamieszkania, zainteresowań, porzucenie pracy zawodowej), oraz zaprzeczanie dokonującym się zmianom, co może prowadzić do „odmładzania” swojego wizerunku (np. młodzieżowy sposób ubierania się, nowa i dużo młodsza partnerka życiowa). Należy zaznaczyć, że ich przyczyną mogą być również zmiany hormonalne, ale też nie można wykluczyć, że doświadczanie objawów uznawanych za andropauzalne może zależeć od uznanych za znaczące charakterystyk psychologicznych (lęku, oceny ciała i poczucia atrakcyjności oraz jakości bliskich relacji) właściwych dla mężczyzn 50+. Stąd kryzys wieku średniego bywa zwykle łączony z andropauzą. Postawiono zatem kolejne pytania badawcze:

Pytanie 5: Czy istnieją różnice w poziomie odczuwanego lęku – jako stanu i jako cechy – pomiędzy trzema badanymi grupami mężczyzn?

Pytanie 6: Czy pomiędzy trzema badanymi grupami mężczyzn istnieją różnice w zakresie oceny atrakcyjności?

Pytanie 7: Czy ocena własnego związku z partnerką różnicuje grupy badanych mężczyzn?

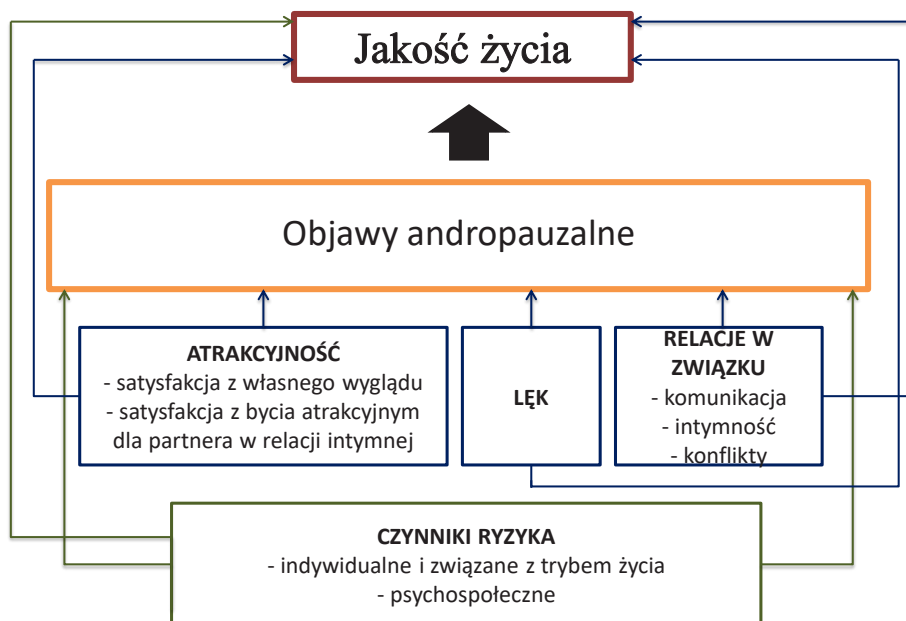
Pytanie 8: Czy istnieje zależność między lękiem, oceną atrakcyjności oraz jakością relacji z partnerką a nasileniem objawów zmian hormonalnych?

Trzecim zadaniem była ocena jakości życia badanych mężczyzn oraz wskazanie, które z analizowanych zmiennych są dla niej znaczące?

Pytanie 9: Czy istnieją różnice w postrzeganiu dobrostanu psychicznego, społecznego, środowiskowego, zadowolenia z życia i zdrowia pomiędzy trzema grupami mężczyzn?

Pytanie 10: Które z wybranych zmiennych psychologicznych łączonych z kryzysem wieku średniego, objawów zmian hormonalnych oraz czynników ich ryzyka (indywidualnych, związanych ze stylem życia i psychospołecznych) są znaczące dla jakości życia badanych mężczyzn?

Przedstawione wyżej zadania badawcze odnoszą się do zależności i uwarunkowań jakości życia, jakie zostały zaprezentowane w modelu (rys. 1).



Rysunek 1. Jakość życia w okresie andropauzy i jej uwarunkowania – model badań
Źródło: opracowanie własne (dotyczy wszystkich rysunków w publikacji).

Zgodnie z rozważaniami w części teoretycznej, jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym i dlatego w powyższym modelu starano się uwzględnić wybrane i ważne aspekty funkcjonowania w okresie andropauzy, a więc uwarunkowania fizyczne, psychiczne i społeczne. Z uwagi na to, że jakość życia w dużym stopniu zależy od indywidualnych cech i doświadczeń osoby dokonującej oceny, podejmowane analizy dotyczyły jedynie subiektywnego postrzegania poszczególnych obszarów funkcjonowania.

Model ten uwzględnia znaczenie lęku, poczucia atrakcyjności, także w sytuacji intymnej z partnerem, relacji w związku, dla występowania i nasilenia objawów andropauzalnych u mężczyzn. Przyjęto, że zmienne te mogą decydować o jakości życia osób w okresie dokonujących się zmian hormonalnych.

Model uwzględnia także rolę czynników indywidualnych (wiek, wskaźnik BMI, obecność choroby przewlekłej), związanych z trybem życia (palenie tytoniu, aktywność fizyczna, odżywianie) oraz psychospołecznych (pełnione role, własna postawa wobec andro- i menopauzy, staż związku z partnerem), które są traktowane jako czynniki ryzyka występowania i nasilenia symptomów zmian hormonalnych, a także mogą pośrednio lub bezpośrednio wpływać na jakość życia.

Prezentowane w modelu (rys. 1) zmienne mogą różnicować poszczególne grupy badanych osób w zależności od ich wieku. Wciąż jednak otwarte i poddawane dyskusji jest zagadnienie andropauzy, zarówno pod względem jej charakterystyki, jak i odniesienia do menopauzy. Niejednoznaczne jak dotąd wyniki badań odnoszące się do zmian andropauzalnych u mężczyzn oraz rozważania

teoretyczne prowadzone w rozdziale 4 upoważniają do sformułowania następujących hipotez:

Hipoteza 1: Istnieją różnice w występowaniu i nasileniu objawów andropauzalnych pomiędzy trzema grupami mężczyzn: w okresie ryzyka objawów, przejściowym i właściwym dla andropauzy.

Hipoteza 2: Najtrudniejszy, tj. nasilający objawy zmian hormonalnych, jest okres przejściowy – właściwy dla andro- i menopauzy. Największe nasilenie objawów zmian hormonalnych nie występuje u mężczyzn i kobiet w tym samym okresie zmagania się z andro- i menopauzą.

Hipoteza 3: Najwięcej czynników ryzyka zmian hormonalnych, stanowiących o występowaniu i nasileniu objawów, dotyczy mężczyzn z grup wiekowych uznanych za właściwe dla andropauzy, tj. przejściowej (50–52 lata) i najstarszej (53–68 lat).

Hipoteza 4: Podobne u mężczyzn i kobiet zmienne, traktowane jako czynniki ryzyka objawów zmian hormonalnych, są odpowiedzialne za nasilenie się objawów zmian hormonalnych.

Hipoteza 5: Lęk jako stan i jako cecha różnicuje grupy wiekowe badanych mężczyzn.

Hipoteza 6: Ocena atrakcyjności różnicuje grupy wiekowe badanych mężczyzn.

Hipoteza 7: Ocena własnego związku z partnerką różnicuje grupy wiekowe badanych mężczyzn.

Hipoteza 8: Istnieje zależność między lękiem, oceną atrakcyjności oraz jakością relacji z partnerką a objawami zmian hormonalnych.

Hipoteza 8.1: Istnieje zależność między lękiem jako stanem i jako cechą a nasileniem objawów zmian hormonalnych.

Hipoteza 8.2: Istnieje zależność między poczuciem atrakcyjności a nasileniem objawów zmian hormonalnych.

Hipoteza 8.3: Istnieje zależność między jakością relacji z partnerką a nasileniem objawów zmian hormonalnych.

Hipoteza 9: Istnieją różnice dotyczące oceny dobrostanu psychicznego, społecznego, środowiskowego pomiędzy badanymi grupami mężczyzn.

Z uwagi na eksploracyjny charakter badań nie sformułowano hipotezy do pytania 10.

2. Charakterystyka grupy badanej i procedura

Zbadano 500 osób, z których ostatecznie wybrano 397 (197 mężczyzn i 200 kobiet). Badania wymagały uwzględnienia ważnych, ze względu na cel badań, zmiennych włączających (wiek – od 45 do 68 lat, wykształcenie – średnie lub wyższe, posiadanie stałego partnera – małżeństwo/kohabitacja) i wyłączających (szczególnie uciążliwe i znacznie ograniczające funkcjonowanie i możliwości kontaktu choroby – np. nowotworowe, psychiczne, neurologiczne oraz życie w pojeдинkę).

Wszyscy badani mieszkali w Łodzi i woj. łódzkim oraz byli narodowości polskiej. Okres rekrutacji badanych i gromadzenia danych trwał dwa lata. Badania były prowadzone w miejscu zamieszkania badanych, na terenie ich miejsca pracy lub w innym, w czasie wolnym od obowiązków rodzinnych i zawodowych (np. na Uniwersytecie Trzeciego Wieku, w bibliotekach rejonowych, w czasie spotkań czytelniczych). Badanie miało charakter indywidualny i było przeprowadzone w obecności badacza. Dobór grup był celowy.

Żeby bardziej wnikliwie przyrzeć się ewentualnym podobieństwom i różnicom w funkcjonowaniu mężczyzn i kobiet, osoby badane zostały podzielone na trzy grupy: ryzyka objawów, okres przejściowy, po andropauzie/menopauzie.

Określenie początków andropauzy jest skomplikowane, co wynika między innymi z braku jasnych kryteriów oceny, inaczej niż w przypadku menopauzy (Holtnader, 2003). Uznaje się, że andropauza dotyczy mężczyzn po 50. roku życia (Mędraś i Bablok, 2002). Należy jednak pamiętać, co podkreślono w rozdziale 2, że andropauzę rozpoznaje się na podstawie zgłaszanych objawów i niskich stężeń testosteronu całkowitego (Rabijewski i Zgliczyński, 2009), a spadek jego poziomu u mężczyzn ulega przyspieszeniu po 45. roku życia (Charlton, 2004). U około 12% mężczyzn objawy są już w tym wieku widoczne (Rabijewski i Zgliczyński, 2009), dlatego za dolną granicę wieku badanych dla grupy ryzyka objawów uznano 45. rok życia.

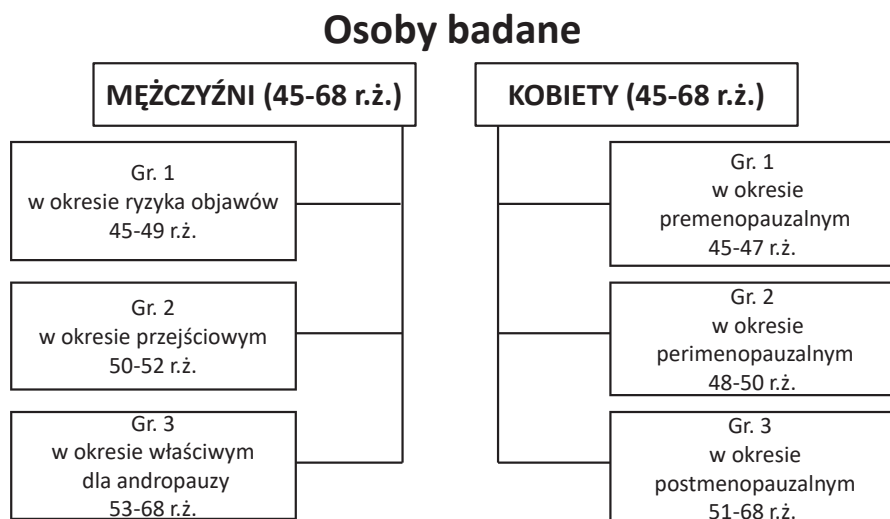
Niewątpliwie łatwiej wyznaczyć początek menopauzy u kobiet, ponieważ jest ona spowodowana zanikiem hormonalnej czynności jajników i wiąże się z utratą miesiączki. Przeciętny wiek menopauzy polskich kobiet mieści się między 48. a 52. rokiem życia, jednak zakres przedziału wiekowego, w którym u Polek występuje menopauza to 46,6–55 lat (Kaczmarek, 2007). Z uwagi na to, że już po 45. roku życia część kobiet zaczyna doświadczać niekorzystnych objawów dotyczących sfery zarówno fizycznej, jak i psychicznej (Cajdler-Łuba i in., 2006; Davis, 1994; Pertyński i Stachowiak, 2013), w badaniach uwzględniono także tę grupę wiekową i podobnie jak w przypadku mężczyzn zaliczono do grupy ryzyka występowania objawów menopauzalnych.

Chcąc uzyskać więcej informacji na temat uwarunkowań samopoczucia mężczyzn, którzy z racji wieku (po 65. r.ż.) zakończyli aktywność zawodową, badaniem objęto osoby do 68. roku życia. Pozwoliło to ujednolicić warunki dla badanych mężczyzn i kobiet, które wcześniej przeszły na emeryturę. Badanie obejmuje bowiem także te kobiety i tych mężczyzn, którzy mieli wystarczająco dużo czasu na przystosowanie się do sytuacji, jaką jest zaprzestanie pracy zawodowej.

Wśród uczestników badania wyróżniono trzy grupy wiekowe, które mogą być związane z różnym występowaniem i nasileniem objawów andro- i menopauzalnych. Wyróżnienie grup wiekowych mężczyzn jest umowne (analogiczne do kobiet). Wskazano trzy grupy wiekowe, zakładając, iż mogą być właściwe dla trzech okresów związanych z andropauzą: ryzyka objawów (56 badanych), przejściowego (61 badanych), andropauzy (80 badanych). Podział mężczyzn został wyznaczony przedziałami wieku, które w przybliżeniu odpowiadają wyróżnionym wiekowym grupom kobiet: grupa pierwsza w wieku 45–49 lat (ryzyka objawów), grupa druga od 50 do 52 lat (okres przejściowy) i grupa trzecia od 53 do 68 lat (okres właściwy dla andropauzy).

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 w czasie postmenopauzy w wieku od 51 do 68 lat.

Dolna i górna granica wieku mężczyzn i kobiet pozostaje taka sama, różnice dotyczyły granic między przedziałami. Ze względu na to, że andropauza jest właściwa dla mężczyzn po 50. roku życia (Mędraś i Bablok, 2002), a menopauza u kobiet może pojawiać się wcześniej, bo już po 48. roku życia (Kaczmarek i Szwed, 2001), przedziały wiekowe grup mężczyzn w okresie przejściowym (okołoandropauzalnym), od ponad roku doświadczających objawów andropauzalnych, zostały przesunięte o dwa lata względem odpowiadających im grup kobiet. Założono, że u mężczyzn istnieje podobna zależność jak w przypadku kobiet, dla których istotny dla przewidywań wieku wystąpienia menopauzy naturalnej jest czas rozpoczęcia dojrzewania, co wyraża się pojawieniem się pierwszej miesiączki (Kaczmarek, 2008). 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.). Podział wiekowy uczestników badania przedstawia rysunek 2.



Rysunek 2. Grupy osób badanych

Procedura badania była zgodna ze standardami etycznymi, właściwymi dla badań psychologicznych: uczestnikom przedstawiono cel badań oraz informacje dotyczące sposobu jego przeprowadzania, przechowywania i ochrony danych, nieograniczonego prawa do rezygnacji z udziału w badaniu. Udzielano również wyjaśnień, gdy taka potrzeba była sygnalizowana. Wszyscy uczestnicy wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu.

3. Operacjonalizacja zmiennych

W modelu badawczym wyróżniono zmienne ważne dla realizacji celu badań. Wskaźniki tych zmiennych oraz narzędzia ich pomiaru zawiera tabela 1. W dalszej części rozdziału przedstawiono krótką charakterystykę zastosowanych narzędzi.

Tabela 1

Operacjonalizacja zmiennych. Zmienne i ich wskaźniki

Zmienne	Wskaźniki	Narzędzia badawcze
Zmienne niezależne		
Indywidualne	- Wiek, wzrost, waga (wskaźnik BMI) - Choroba przewlekła	Odpowiedzi zamieszczone w ankiecie
Związane z trybem życia	- Odżywianie się - Palenie tytoniu - Aktywność fizyczna	Ankieta socjodemograficzna (opracowanie własne)
Psycho-społeczne	- Role (zawodowe, rodzinne i inne) - Staż bliskiego związku - Spostrzeganie objawów psychosomatycznych u partnera - Własna postawa wobec zmian hormonalnych	
Lęk	- Lęk – stan - Lęk – cecha	Suma punktów uzyskanych w poszczególnych skalach
Atrakcyjność	- Akceptacja własnego ciała - Dbłość o wygląd - Atrakcyjność dla partnera - Atrakcyjność seksualna	Suma punktów uzyskanych w poszczególnych skalach oraz wynik ogólny

Tabela 1 (cd.)

Zmienne	Wskaźniki	Narzędzia badawcze	
Relacje w związku	• Wzajemna komunikacja • Intymność • Zachowania w kłótni	Suma punktów uzyskanych w poszczególnych skalach oraz wynik ogólny	
		Kwestionariusz Stosunków Partnerskich PFB (w adaptacji polskiej – Janicka, 2008)	
Zmienne pośredniczące			
Objawy andropauzalne	• Fizyczne • Naczynioruchowe • Psychologiczne • Seksualne	Suma punktów uzyskanych w poszczególnych skalach oraz wynik ogólny	„Test samooceny” (Bablok i Mędraś, 2002)
Objawy menopauzalne	• Nastrój depresyjny • Symptomy somatyczne • Pamięć/uwaga • Objawy wypadowe • Niepokój • Funkcjonowanie seksualne • Zaburzenia snu • Miesiączkowanie • Atrakcyjność	Suma punktów uzyskanych w poszczególnych skalach oraz wynik ogólny	Kwestionariusz „Zdrowie kobiet” – WHQ (Hunter,1992)
Zmienne zależne			
Jakość życia	• Fizyczna • Psychologiczna • Społeczna • Środowiskowa	Suma punktów uzyskanych w poszczególnych skalach oraz wynik ogólny	The World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) (w adaptacji polskiej – Jaracz, Wołowicka i Kalfos, 2001)

Źródło: opracowanie własne (dotyczy wszystkich tabel w publikacji).

W badaniu zastosowano następujące narzędzia: ankietę socjodemograficzną, „Test samooceny”, Kwestionariusz „Zdrowie kobiet” (WHQ), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL), Skalę Oceny Własnej Atrakcyjności w Związku, Kwestionariusz Stosunków Partnerskich (PFB), The World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF).

Ankieta socjodemograficzna

Ankieta socjodemograficzna, skonstruowana na potrzeby badania, służyła do uzyskania informacji demograficznych dotyczących zdrowia i stylu życia, zaangażowania w rolę zawodowe i rodzinne, postaw wobec andropauzy i menopauzy. 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 (ostatnia miesiączka co najmniej 12 miesięcy wcześniej).

Ankieta złożona była z trzech części. W pierwszej, osoby badane proszone były o podanie swojego wieku, wzrostu, wagi, wykształcenia, doświadczanych

dolegliwości, chorób, przyjmowanych leków, wieku partnera, rodzaju i stażu związku. Badani odpowiadali także na pytania dotyczące: palenia tytoniu (tak – 1 pkt, nie – 0 pkt); spożywania zdrowych i regularnych posiłków (tak – 1 pkt, nie – 0 pkt); aktywności fizycznej (tak – 1 pkt, nie – 0 pkt); zaobserwowanych w przebiegu ostatniego roku zmian w funkcjonowaniu psychicznym i/lub somatycznym partnera (tak – 1 pkt, nie – 0 pkt). Kobiety pytane były dodatkowo o aktualne doświadczenia związane z miesiączkowaniem (regularne miesiączki, nieregularne miesiączki, brak miesiączki od ponad roku) oraz o stosowanie terapii hormonalnej (tak – 1 pkt, nie – 0 pkt).

Druga część ankiety służyła do zbadania oceny stopnia zaangażowania w następujących rolach: zawodowej (pracownik), rodzinnej (małżonek, rodzic, dziadek, opiekun starszej generacji itp.), społecznej (członkostwo w różnego rodzaju ugrupowaniach, działalność na rzecz kultury, państwa, środowiska, pomaganie innym itp.), innych rolach (związanych np. z edukacją lub hobby). Osoby zaznaczały odpowiedzi na czterostopniowej skali, które następnie były punktowane od 0 (brak zaangażowania) do 3 pkt (bardzo duże zaangażowanie).

W trzeciej części ankiety zarówno mężczyźni, jak i kobiety proszeni byli o określenie, poprzez wybór jednej z czterech proponowanych definicji, swoich poglądów na temat andropauzy i menopauzy. Wybór najbardziej negatywnej definicji (np. przejaw starzenia się, w którym najdotkliwiej odczuwalne są zaburzenia funkcji seksualnych) punktowano jako 1 pkt, a najbardziej pozytywnej (np. nie ma męskiego klimakterium) – 4 pkt. Ponadto ich zadaniem była ocena, poprzez zaznaczenie na czterostopniowej skali, przekonań i poglądów innych osób na temat męskiego i kobiecego klimakterium („1” oznaczało zjawisko najbardziej negatywne i nieakceptowane, a „4” – najbardziej pozytywne i akceptowane). Zarówno przy określaniu własnych poglądów, jak i ocenie przekonań innych osób na temat meno- i andropauzy starano się zmniejszyć czytelność intencji badającego. Andropauza i menopauza zostały więc umieszczone pośród innych wydarzeń związanych z prokreacją (np. dojrzewanie biologiczne, ciąża, niepłodność, aborcja), w odniesieniu do których badani także określali własne poglądy.

Na podstawie informacji z ankiety (wzrost, waga ciała) obliczono wskaźnik masy ciała (BMI), którego wartość wskazuje na prawidłową wagę ciała (18,5–24,99), nadwagę ($\geq 25,0$) lub niedowagę ($< 18,5$) (Raport WHO, 2000). Analiza danych opierająca się na modelowaniu strukturalnym wymagała stworzenia wskaźnika – „czynniki ryzyka”, który uzyskiwano, sumując czynniki ryzyka występowania i nasilenia objawów andropauzalnych związanych ze stylem życia i obecnością chorób przewlekłych, jakie zostały uwzględnione w ankiecie. Stosowano następującą punktację: niedowaga/nadwaga (1 pkt), brak aktywności fizycznej (1 pkt), palenie tytoniu (1 pkt), niezdrowe odżywianie się (1 pkt), obecność przewlekłej choroby somatycznej (1 pkt), przyjmowanie leków związanych z przewlekłą chorobą (1 pkt). Wartość maksymalna wskaźnika „czynniki ryzyka” to 6 pkt, minimalna – 0 pkt.

„Test samooceny”

„Test samooceny” rekomendowany przez firmę farmaceutyczną „Organon” służy do oceny niedoboru androgenów u mężczyzn. Test składa się z 17 twierdzeń opisujących poszczególne objawy niedoboru testosteronu. Objawy dotyczą

czterech grup zaburzeń: fizycznych, naczynioruchowych, psychologicznych, seksualnych. Mężczyźni proszeni są o ocenę częstości obserwowanych u siebie dolegliwości na 4-stopniowej skali. 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, albo minimum 4 pkt w ocenie zaburzeń psychologicznych lub minimum 8 pkt w ocenie zaburzeń seksualnych. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zaburzeń (Bablok i Mędraś, 2002). Sprawdzono rzetelność testu dla wyników badań własnych. Wartość *alfa Cronbacha* mieści się w przedziale od 0,783 do 0,816.

Kwestionariusz „Zdrowie kobiet” (WHQ)

Kwestionariusz „Zdrowie kobiet” (WHQ) M. Hunter, w polskiej adaptacji Bielawskiej-Batorowicz, 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 (Hunter, 1992). Pierwszych 12 twierdzeń pochodzi ze Skali Złości i Depresji Leedsa (Snaith, Bridge i Hamilton, 1976, za: Hunter, 1992). Pozostałe zostały sformułowane na podstawie dolegliwości, do których najczęściej przyznawały się kobiety w okresie okołomenopauzalnym i menopauzy. Należą do nich objawy ogólne, wspólne dla obu płci, jak np. ból głowy, oraz objawy wywołane niższym poziomem estrogenów w organizmie, jak np. suchość w pochwie. Kwestionariusz zamyka pytanie, na które odpowiedź stanowi wskazanie najbardziej dokuczliwego objawu (Hunter, 1992).

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 skalę: 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 skalę i dzieląc je 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 – 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.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL)

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL) to polska adaptacja amerykańskiego testu State-Trait Anxiety Inventory (STAI) C.D. Spilbergera, R.L. Gorsucha i R.E. Lushene'a. Jest to narzędzie przeznaczone do badania lęku rozumianego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki oraz lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości. Metoda ta, ze względu na istniejące normy, może być stosowana do badania młodzieży w wieku 15 i 16 lat, osób dorosłych w wieku 21–79 lat oraz żołnierzy zasadniczej służby wojskowej. Wykorzystywana jest również w diagnozie lub w eksperymentach wymagających rejestrowania zmian nasilenia lęku. Inwentarz składa się z dwóch podskal, z których jedna służy do pomiaru lęku-stanu, a druga lęku-cechy. Każda podskala składa się z 20 pozycji, a badany odpowiada, wybierając jedną z czterech odpowiedzi: zdecydowanie nie – 1 pkt, raczej nie – 2 pkt, raczej tak – 3 pkt, zdecydowanie tak – 4 pkt. W przypadku niektórych twierdzeń punktacja jest odwrócona. Wyniki dla obu podskal obliczane są odrębnie i mogą wahać się pomiędzy 20 pkt (niskie natężenie lęku) a 80 pkt (wysokie natężenie lęku) (Wrześniewski i in., 2002).

Zgodność wewnętrzną polskiej wersji testu można uznać za wysoką. Wartość współczynnika *alfa Cronbacha* dla lęku-stanu wynosi 0,90, dla lęku-cechy – 0,88. Trafność diagnostyczna skali również okazała się zadowalająca – mieściła się w przedziale od 0,72 do 0,81 (Sosnowski, 1982; Tysarczyk, 1976, w: Wrześniewski i in., 2002).

Skala Oceny Własnej Atrakcyjności w Związku

Skala Oceny Własnej Atrakcyjności w Związku, której autorami są Aneta Chybicka i Karol Karasewicz, służy do pomiaru poczucia własnej atrakcyjności, satysfakcji z pożycia seksualnego, własnej cielesności i wyglądu fizycznego. Narzędzie złożone jest z czterech podskal: ciało – akceptacja własnego ciała; wygląd – dbałość o wygląd; partner – akceptacja ze strony partnera; seks – satysfakcja seksualna, które umożliwiają ocenę dwóch aspektów poczucia własnej atrakcyjności. Jednym z nich jest satysfakcja z bycia atrakcyjnym dla swojego partnera w relacji romantycznej, drugi to satysfakcja z własnego wyglądu i fizyczności. Skalę tworzy 16 twierdzeń, po 4 na każdą podskalę. Wśród twierdzeń po 8 dotyczy relacji z partnerem i własnej fizyczności. Odpowiedzi punktowane są na 4-stopniowej skali: zdecydowanie tak – 1 pkt, tak – 2 pkt, nie – 3 pkt, zdecydowanie nie – 4 pkt. W przypadku połowy twierdzeń punktacje należy odwrócić. Liczba punktów dla każdej podskali mieści się w przedziale: 4–12, a wynik ogólny (suma punktów wszystkich podskal) w przedziale 16–64. Im wyższy wynik, tym niższa ocena własnej atrakcyjności i poszczególnych jej wymiarów (Chybicka i Karasewicz, 2009).

W celu weryfikacji rzetelności narzędzia została przeprowadzona analiza wewnętrznej zgodności pozycji Skali. Współczynnik *alfa Cronbacha* dla podskal wynosi: seks – 0,69, partner – 0,71, wygląd – 0,74, ciało – 0,67, wynik ogólny – 0,75. Dla rozwiązania dwuczynnikowego współczynnik *alfa Cronbacha* wynosi: dla skali relacji z partnerem – 0,70, dla skali własnej fizyczności – 0,76, dla wyniku ogólnego – 0,71. Wyniki te wskazują, że zarówno rozwiązanie dwu-, jak

i czteroczynnikowe jest równie precyzyjne dla opisu poczucia własnej atrakcyjności. Jednak dalsza weryfikacja rzetelności skal, z odrębnym udziałem kobiet i mężczyzn, studentów młodszych (18–23 lata) i starszych (24–30 lat), wykazała większą wartość psychometryczną rozwiązania czteroczynnikowego. Rzetelność skal w rozwiązywaniu czteroczynnikowym waha się od 0,67 dla skali ciało do 0,78 dla skali seks u kobiet i od 0,71 dla skali partner do 0,81 dla skali seks u mężczyzn. Podobnie w odniesieniu do grup wiekowych w obu populacjach najniższą rzetelność osiąga skala wygląd (0,70 – dla studentów młodszych i 0,70 – dla studentów starszych). Natomiast najwyższe wskaźniki rzetelności uzyskują skale seks dla studentów młodszych (0,81) i partner dla studentów starszych (0,78) (Karasewicz, 2011).

Kwestionariusz Stosunków Partnerskich (PFB)

Kwestionariusz Stosunków Partnerskich – PFB (Partnerschaftsfragebogen) Kurta Hahlwega (Janicka, 2008) służy do diagnozowania jakości stosunków między małżonkami, jak również między partnerami kohabitującymi.

Kwestionariusz składa się z 30 twierdzeń dotyczących różnych zachowań występujących w relacjach partnerskich, które tworzą trzy skale: wzajemna komunikacja (WK), intymność (I) i zachowania w kłótni (K). Każda ze skal zawiera 10 twierdzeń. Osoba badana ocenia stopień, w jakim każde z nich dotyczy jej związku, na skali od nigdy/bardzo rzadko (0 pkt) do bardzo często (3 pkt). Uzyskiwane wyniki dla skal znajdują się w przedziale 0–30 (wyniki powyżej 15 punktów traktowane są jako wysokie), a dla całego kwestionariusza w przedziale 0–90.

W przeciwieństwie do skal intymności i wzajemności w komunikacji, w skali kłótni – wysokie wartości dotyczą szczególnie negatywnych zachowań.

Dla potrzeb przeprowadzenia analiz na podstawie modelowania strukturalnego stworzono dodatkowy wskaźnik ogólny „Relacje w związku”. Stanowi on sumę rang uzyskanych w trzech skalach (maksymalny wynik to 12, minimalny – 3). Otrzymanym w skali intymności i w skali komunikacji punktom przyporządkowano następujące rangi: 1 – od 0 do 7 pkt; 2 – od 8 do 15 pkt; 3 – od 16 do 23 pkt; 4 – od 24 do 30 pkt. Dla skali kłótni – ponieważ różni się ona od pozostałych tym, że wysokie wartości oznaczają negatywne zachowania – tym samym rangom (jak w skali intymności i komunikacji) przyporządkowano inne wartości: 1 – od 24 do 30 pkt; 2 – od 16 do 23 pkt; 3 – od 8 do 15 pkt; 4 – od 0 do 7 pkt.

Badanie wewnętrznej struktury skal wskazuje na ich zadowalające parametry psychometryczne, współczynniki spójności wewnętrznej wynoszą odpowiednio: 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. Wynosiły one: 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 (Hahlweg, 1996, w: Janicka, 2008).

Polska wersja kwestionariusza w opracowaniu Janickiej (2008) okazała się zadowalająca odnośnie do trafności i rzetelności. Trafność teoretyczną

sprawdzono, badając związek Kwestionariusza Stosunków Partnerskich (PFB) ze Skalą Zależności od Partnera M. Babiuch i O. Kriegelewicz (2002, w: Janicka, 2008) i Kwestionariuszem Powodzenia Małżeństwa M. Braun-Galkowskiej (1995). Stwierdzono istotne i znaczące korelacje między badanymi skalami PFB a zależnością partnerów i powodzeniem małżeństwa/związku (r od 0,67 do 0,85; $p < 0,01$). Współczynnik zgodności wewnętrznej (*alfa Cronbacha*) między trzema skalami wyniósł 0,89 (Janicka, 2008).

The World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)

The World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) to narzędzie stworzone przez Światową Organizację Zdrowia do badania oceny jakości życia, uwzględniające jej wielowymiarowy, subiektywny i uniwersalny charakter. Może być stosowane dla osób zdrowych i chorych, służyć celom zarówno poznawczym, jak i klinicznym.

Wersja BREF (krótka) WHOQOL została skonstruowana na podstawie wersji pełnej (WHOQOL-100) i umożliwia ocenę jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej (czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen, zdolność do pracy), psychologicznej (wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocena, duchowość, religia, osobista wiara, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja), społecznej (związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna), środowiskowej (zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zdrowie, dostępność i jakość opieki zdrowotnej, środowisko domowe, możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwości oraz uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne, transport). Narzędzie to zawiera także pytania, które analizowane są oddzielnie: pytanie 1: dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia, i pytanie 2: dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia. Odpowiedzi punktowane są na 5-stopniowej skali, a im większa liczba punktów, tym lepiej oceniana jest jakość życia w danej dziedzinie. Punktacje ustala się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z sumy pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin. Wyliczone średnie należy pomnożyć przez 4, tak aby uzyskać postać wyników porównywalnych z WHOQOL-100.

W celu przeprowadzenia analiz na podstawie modelowania strukturalnego stworzono wskaźnik ogólny – „jakość życia”, który stanowi sumę punktów uzyskanych dla czterech dziedzin: fizycznej (4–20 pkt), psychologicznej (4–20 pkt), społecznej (4–20 pkt) i środowiskowej (4–20 pkt). Maksymalny wynik to 80 pkt, minimalny to 16 pkt, a im wyższy wynik, tym wyżej oceniana jakość życia.

Do oceny własności psychometrycznych kwestionariusza wykorzystano m.in. analizę macierzy wielu metod, analizę czynnikową oraz badano jego moc dyskryminacyjną. Rzetelność oceniono za pomocą współczynnika *alfa Cronbacha*, który wynosi od 0,65 do 0,93. Pomiar rzetelności w innych badaniach wynosi 0,95 dla osób chorych i 0,92 dla osób zdrowych, co wskazuje na wysoką spójność wewnętrzną (Jaracz, Wołowicka i Kalfos, 2001). Trafność teoretyczną polskiej wersji kwestionariusza badano poprzez analizę struktury wewnętrznej skali. Współczynnik korelacji wynosił od 0,58 do 0,86 (Wołowicka, 2001).

4. Metody analizy statystycznej

Metody statystycznego opracowania danych dobrano odpowiednio do celu badań. Wybór ten uwarunkowany był również czynnikami obiektywnymi – liczbą i liczebnością grup. Przeprowadzona analiza rozkładów potwierdziła, że metody parametryczne mogą mieć tu zastosowanie. Zarówno wyniki testu Shapiro-Wilka ($p > 0,05$), jak i wartości takich statystyk jak współczynnik skośności i kurtoza (bliskie 0), M-estymatory czy średnia obcięta (bliskie wartości średniej arytmetycznej), potwierdzają, że rozkład analizowanych zmiennych nie różni się znacząco od rozkładu normalnego. Biorąc również pod uwagę liczebność próby, statystyki stosowanych w pracy testów są odporne na ewentualne odstępstwa od normalności rozkładu zmiennej losowej (Serfining, 1991; Szymczak, 2008).

Do porównywania dwóch i więcej grup zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. Do porównań międzygrupowych zastosowano test Tukeya. Za pomocą współczynnika korelacji r Pearsona określono współzależność oraz siłę związku między dwiema zmiennymi ciągłymi. W innych przypadkach zależności między badanymi zmiennymi sprawdzono za pomocą testu nieparametrycznego *chi-kwadrat*. Ostateczną weryfikację przyjętego w pracy modelu teoretycznego przeprowadzono, opierając się na metodzie modelowania strukturalnego. Miało to na celu analizę struktury oraz sił liniowych pomiędzy badanymi zmiennymi (Bedyńska i Książek, 2012; Szymczak, 2008). Obliczenia statystyczne zostały wykonane przy użyciu oprogramowania IBM SPSS 24 z AMOS na licencji Uniwersytetu Łódzkiego. Dla wszystkich analiz przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

5. Andropauza a menopauza – podobieństwa czy różnice

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. Podobieństwo obu terminów również sugeruje, że andropauza to męskie odzwierciedlenie kobiecej menopauzy. Wiele objawów przypisywanych andropauzie jest podobnych do tych obserwowanych przy menopauzie. Mężczyźni, podobnie jak kobiety w okresie menopauzy, 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.

Analiza wyników obejmowała porównanie grup mężczyzn i kobiet odnośnie do występowania i nasilenia objawów andro- i menopauzalnych wraz ze wskazaniem ich czynników ryzyka.

5.1. Objawy andropauzalne i menopauzalne u badanych mężczyzn i kobiet

Objawy świadczące o andropauzie zbadano „Testem samooceny”. Tabele 2 i 3 przedstawiają wyniki porównań dotyczących objawów andropauzalnych u mężczyzn należących do trzech grup wiekowych: 45–49 lat (ryzyka występowania objawów), 50–52 lata (okres przejściowy) i 53–68 lat (andropauza).

Tabela 2

Objawy niedoboru androgenów u mężczyzn w trzech grupach wiekowych

Objawy andropauzalne	Wiek	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (3,194)	p
Zaburzenia fizyczne	45–49 lat	56	3,59	1,86	15,37	0,001
	50–52 lata	61	4,10	1,74		
	53–68 lat	80	5,36	2,13		
Zaburzenia naczynioruchowe	45–49 lat	56	2,09	1,74	11,24	0,001
	50–52 lata	61	2,46	1,59		
	53–68 lat	80	3,46	1,91		
Zaburzenia psychologiczne	45–49 lat	56	4,27	1,88	0,24	0,784
	50–52 lata	61	4,28	1,96		
	53–68 lat	80	4,47	2,09		
Zaburzenia seksualne	45–49 lat	56	2,98	3,02	13,52	0,001
	50–52 lata	61	4,15	2,65		
	53–68 lat	80	5,33	2,21		
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	45–49 lat	56	5,09	4,14	15,96	0,001
	50–52 lata	61	6,59	3,81		
	53–68 lat	80	8,71	3,41		
Wynik ogólny	45–49 lat	56	12,93	6,38	15,35	0,001
	50–52 lata	61	15,03	6,20		
	53–68 lat	80	18,63	5,76		

Tabela 3

Objawy niedoboru androgenów u mężczyzn w trzech grupach wiekowych – test Tukeya

Objawy andropauzalne		Wiek	p
Zaburzenia fizyczne	45–49 lat	50–52 lata	0,333
	45–49 lat	53–68 lat	0,0001
	50–52 lata	53–68 lat	0,0001

Tabela 3 (cd.)

Objawy andropauzalne	Wiek		p
Zaburzenia naczynioruchowe	45–49 lat	50–52 lata	0,496
	45–49 lat	53–68 lat	0,0001
	50–52 lata	53–68 lat	0,003
Zaburzenia seksualne	45–49 lat	50–52 lata	0,043
	45–49 lat	53–68 lat	0,0001
	50–52 lata	53–68 lat	0,023
Zaburzenia naczynioworuchowe i seksualne	45–49 lat	50–52 lata	0,080
	45–49 lat	53–68 lat	0,0001
	50–52 lata	53–68 lat	0,003
Wynik ogólny	45–49 lat	50–52 lata	0,150
	45–49 lat	53–68 lat	0,0001
	50–52 lata	53–68 lat	0,002

Mężczyźni z najstarszej grupy (53–68 lat) skarżą się na zaburzenia fizyczne, naczyniowe, seksualne, które okazały się bardziej nasilone w porównaniu do grupy mężczyzn w wieku 45–49 lat ($p < 0,001$) i w wieku 50–52 lat ($p < 0,05$). Podobny kierunek różnic występuje odnośnie do wskaźnika stanowiącego sumę objawów naczyniowych i seksualnych ($p < 0,05$). Wynik łączny dla tych objawów okazał się najwyższy ($M = 8,71$) u mężczyzn z trzeciej grupy wiekowej (53–68 lat), ale również wysoki u tych w okresie przejściowym, tj. w wieku 50–52 lat ($M = 6,59$), i świadczy o niedoborze testosteronu. Zgodnie z założeniami „Testu samooceny”, że wynik (suma objawów naczynioruchowych i seksualnych) większy od 5 wskazuje na andropauzę, należy traktować najmłodszych mężczyzn (45–49 lat) jako grupę ryzyka niedoboru androgenów ($M = 5,09$). Zaburzenia psychologiczne nie różnicują badanych grup wiekowych mężczyzn, ale dla wszystkich przyjmują wartości wskazujące (zgodnie z założeniami „Testu samooceny”) na niedobór androgenów. Również wskaźnik ogólny objawów andropauzalnych okazał się najwyższy u mężczyzn w wieku 53–68 lat i istotnie różnicuje ich od młodszych (45–49 lat) ($p < 0,001$), jak również od tych w wieku 50–52 lat ($p < 0,05$).

Uzyskane wyniki upoważniają do przyjęcia hipotezy 1, wskazującej, że istnieją różnice w występowaniu objawów andropauzalnych pomiędzy trzema grupami mężczyzn: w okresie ryzyka objawów, przejściowym i właściwym dla andropauzy. Należy sprecyzować jednak, że różnice te dotyczą większości objawów (poza psychologicznymi) i są właściwe dla porównań grup mężczyzn – najmłodszej (45–49 lat – w okresie ryzyka objawów) i najstarszej (53–68 lat – w okresie andropauzy), oraz grup – przejściowej (50–52 lata) i najstarszej (53–68 lat).

Badanie kwestionariuszem „Zdrowie kobiet” umożliwiło wskazanie na typowe objawy występujące u kobiet w okresie menopauzy. Porównano wyniki dotyczące objawów menopauzalnych u kobiet w okresie premenopauzy, perimenopauzy (przejścia menopauzalnego) i postmenopauzy (tab. 4 i 5).

Tabela 4

Objawy menopauzalne u kobiet w okresie premenopauzy, perimenopauzy, postmenopauzy

Objawy menopauzalne	Grupy kobiet	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (3,197)	p
Nastroj depresyjny	Premenopauza	46	0,16	0,20	3,30	0,039
	Perimenopauza	75	0,23	0,24		
	Postmenopauza	79	0,27	0,25		
Symptomy somatyczne	Premenopauza	46	0,30	0,24	12,27	0,001
	Perimenopauza	75	0,49	0,24		
	Postmenopauza	79	0,51	0,25		
Pamięć i uwaga	Premenopauza	46	0,23	0,32	16,62	0,001
	Perimenopauza	75	0,47	0,31		
	Postmenopauza	79	0,60	0,39		
Objawy wypadowe	Premenopauza	46	0,16	0,33	39,88	0,001
	Perimenopauza	75	0,73	0,30		
	Postmenopauza	79	0,58	0,39		
Niepokój	Premenopauza	46	0,22	0,29	4,17	0,017
	Perimenopauza	75	0,36	0,28		
	Postmenopauza	79	0,36	0,28		
Funkcjonowanie seksualne	Premenopauza	46	0,26	0,34	20,26	0,001
	Perimenopauza	75	0,39	0,36		
	Postmenopauza	79	0,66	0,37		
Zaburzenia snu	Premenopauza	46	0,26	0,27	10,60	0,001
	Perimenopauza	75	0,49	0,30		
	Postmenopauza	79	0,49	0,32		
Miesiączkowanie	Premenopauza	46	0,34	0,28	22,06	0,001
	Perimenopauza	75	0,48	0,30		
	Postmenopauza	79	0,20	0,21		
Atrakcyjność	Premenopauza	46	0,27	0,38	5,56	0,004
	Perimenopauza	75	0,48	0,36		
	Postmenopauza	79	0,47	0,37		
Wynik ogólny	Premenopauza	46	2,21	0,60	24,54	0,001
	Perimenopauza	75	4,13	0,47		
	Postmenopauza	79	4,13	0,79		

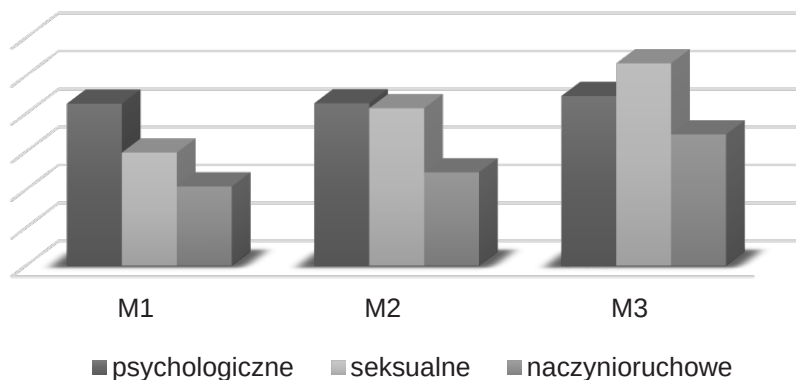
Tabela 5

Objawy menopauzalne u kobiet w okresie premenopauzy, perimenopauzy, postmenopauzy – test Tukeya

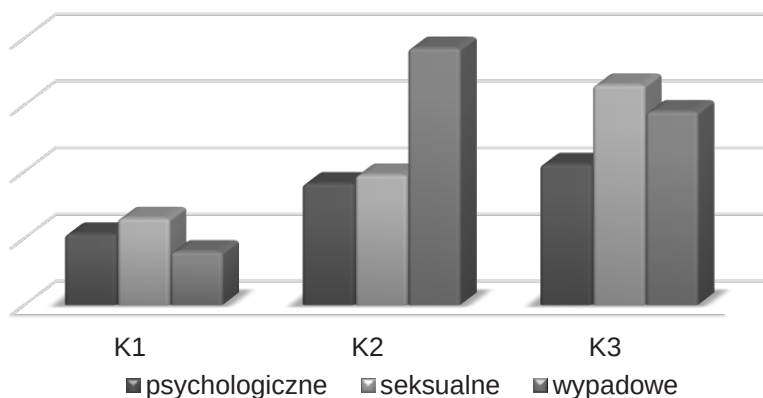
Objawy menopauzalne	Grupy kobiet		<i>p</i>
Nastój depresyjny	Premenopauza	Perimenopauza	0,191
		Postmenopauza	0,030
	Perimenopauza	Postmenopauza	0,629
Symptomy somatyczne	Premenopauza	Perimenopauza	0,0001
		Postmenopauza	0,0001
	Perimenopauza	Postmenopauza	0,888
Pamięć i uwaga	Premenopauza	Perimenopauza	0,001
		Postmenopauza	0,0001
	Perimenopauza	Postmenopauza	0,047
Objawy wypadowe	Premenopauza	Perimenopauza	0,0001
		Postmenopauza	0,0001
	Perimenopauza	Postmenopauza	0,019
Niepokój	Premenopauza	Perimenopauza	0,023
		Postmenopauza	0,031
	Perimenopauza	Postmenopauza	0,985
Funkcjonowanie seksualne	Premenopauza	Perimenopauza	0,117
		Postmenopauza	0,0001
	Perimenopauza	Postmenopauza	0,0001
Zaburzenia snu	Premenopauza	Perimenopauza	0,0001
		Postmenopauza	0,0001
	Perimenopauza	Postmenopauza	0,999
Miesiączkowanie	Premenopauza	Perimenopauza	0,019
		Postmenopauza	0,008
	Perimenopauza	Postmenopauza	0,0001
Atrakcyjność	Premenopauza	Perimenopauza	0,008
		Postmenopauza	0,009
	Perimenopauza	Postmenopauza	0,996
Wynik ogólny	Premenopauza	Perimenopauza	0,0001
		Postmenopauza	0,0001
	Perimenopauza	Postmenopauza	1,000

Kobiety w trzech porównywanych okresach doświadczają objawów z różną intensywnością. U kobiet w okresie perimenopauzalnym wyraźnie ujawniają się objawy wypadowe (uderzenia gorąca, pocenie się) i związane z miesiączkowaniem (np. dolegliwości piersi i z okolic brzucha). Są one szczególnie silne w porównaniu do kobiet z pozostałych grup – najmłodszej, ale też najstarszej ($p < 0,05$). Większość objawów (nastój depresyjny, zaburzenia somatyczne, snu, niepokój, spadek atrakcyjności) utrzymuje się na wysokim poziomie już w okresie przejścia menopauzalnego i podobnym do tego obserwowanego u kobiet po menopauzie ($p > 0,05$). Podobny kierunek różnic dotyczył wyniku ogólnego. Za najtrudniejszy dla kobiet należy uznać okres przejścia menopauzalnego.

Porównanie andropauzy do menopauzy jest trudne, ponieważ ich diagnozowanie opiera się na różnych metodach, a te z kolei obejmują zróżnicowane, również pod względem ilościowym, objawy. Mimo wspomnianych trudności podjęto próbę wskazania okresu krytycznego (najtrudniejszego) dla andropauzy i menopauzy. Odwołano się do ustaleń (Bablok i Mędraś, 2002), że uzyskany wymagany poziom objawów właściwych dla andropauzy (psychologicznych oraz sumy naczynioruchowych i seksualnych) wskazuje na niedobór androgenów. Dla przeprowadzenia porównań uwzględniono trzy objawy właściwe dla mężczyzn, tj. psychologiczne (zaburzenia pamięci i uwagi, lęk), naczynioruchowe (uderzenia gorąca, pocenie się) i seksualne (zaburzenia erekcji i utrata porannych erekcji, spadek pożądania seksualnego). Dokonano próby doboru objawów menopauzalnych, które odpowiadałyby tym kryterialnym dla andropauzy. Trzy objawy: obniżony nastrój (nastój depresyjny), zaburzenia pamięci i uwagi, niepokój, zaklasyfikowano jako psychologiczne. Policzono średnią z sumy trzech objawów dla trzech grup badanych kobiet: premenopauzalnej ($M = 0,213$; $SD = 0,29$), okołomenopauzalnej ($M = 0,364$; $SD = 0,26$) i po menopauzie ($M = 0,422$; $SD = 0,31$). Należy zaznaczyć, że w obszarze objawów psychologicznych i naczynioruchowych stwierdzenia oceniane przez kobiety i mężczyzn były najbardziej zbliżone. Zaburzenia seksualne u kobiet też ujawniają się – podobnie jak u mężczyzn – obniżonym popędem płciowym i zainteresowaniem seksem oraz trudnościami w osiągnięciu pobudzenia seksualnego. Z uwagi na specyfikę tych zaburzeń, stwierdzenia dla kobiet były nieco inne niż te dla mężczyzn. Wyniki dokonanych porównań przedstawiono na rysunkach 3 i 4. Przedstawione na wykresach dane – ze względu na skalę pomiarową – nie mogą być przedmiotem bezpośrednich porównań kobiet i mężczyzn w zakresie nasilenia objawów. Nie rozstrzygając o podobieństwie czy różnicy objawów, pozwalają jednak zademonstrować nasilenie głównych kategorii objawów w poszczególnych grupach wiekowych.



Rysunek 3. Objawy psychologiczne, seksualne, naczynioruchowe u mężczyzn dla trzech grup wiekowych: 45–49 lat (M1), 50–52 lat (M2), 53–68 lat (M3)



Rysunek 4. Objawy psychologiczne, objawy seksualne, wypadowe/naczynioruchowe u kobiet dla trzech grup wiekowych: 45–47 lat (K1), 48–50 lat (K2), 51–68 lat (K3)

Objawy psychologiczne (obniżony nastrój, zaburzenia pamięci i uwagi, niepokój) okazały się silniejsze u kobiet w okresie przejścia menopauzalnego i po menopauzie niż u kobiet przed menopauzą ($p < 0,05$). Takiego wzrostu nie obserwujemy u mężczyzn. U nich objawy psychologiczne (zaburzenia pamięci i uwagi, lęk) utrzymują się na podobnym poziomie w trzech grupach wiekowych ($p > 0,05$). Zaburzenia seksualne wzrastają wraz z wiekiem wyraźniej u mężczyzn ($p < 0,05$) niż u kobiet (kobiety w okresie pre- i okołomenopauzalnym podobnie oceniają doświadczane objawy seksualne ($p > 0,05$) i istotnie mniej ich zgłaszają niż kobiety po menopauzie ($p < 0,05$). Z kolei zaburzeń naczynioruchowych podobnie doświadczają mężczyźni najmłodsi – w wieku 45–49 lat i ci w okresie przejściowym – w wieku 50–52 lat ($p > 0,05$), a najdotkliwiej mężczyźni najstarsi, tj. w wieku 53–68 lat, co różnicuje ich istotnie od pozostałych grup ($p < 0,05$). Natomiast u kobiet objawy wypadowe (naczynioruchowe) mają następujący przebieg:

w porównaniu do kobiet przed i po menopauzie ($p < 0,05$) najsilniej doświadczają ich kobiety w okresie przejścia menopauzalnego. Zestawienie objawów u kobiet i mężczyzn wskazuje na interesujące wzorce ich nasilenia: u kobiet objawy wypadowe są najsilniejsze w okresie perimenopauzalnym, a nasilenie pozostałych systematycznie wzrasta (rys. 4); u mężczyzn objawy z czasem systematycznie wzrastają (objawy naczynioruchowe i seksualne) lub pozostają na tym samym poziomie (objawy psychologiczne) (rys. 3).

Przedstawione wyniki badań pozwalają na przyjęcie hipotezy 2. U mężczyzn z najstarszej grupy wiekowej (uznawanej za właściwą dla andropauzy) wystąpiło największe nasilenie dwóch objawów zmian hormonalnych, tj. seksualnych i naczynioruchowych. Można potwierdzić, że okres najtrudniejszy – krytyczny, tj. związany z największym nasileniem objawów, dotyczy najstarszej grupy badanych mężczyzn, tj. tych w wieku 53–68 lat. Z kolei okresem najtrudniejszym dla kobiet okazał się perimenopauzalny, z uwagi na wysoką dotkliwość objawów wypadowych, oraz postmenopauzalny, w którym najbardziej przykre to te seksualne.

5.2. Czynniki ryzyka objawów andropauzalnych i menopauzalnych

W badaniach własnych uwzględniono czynniki ryzyka indywidualne: wiek, waga (wskaźnik BMI) i występowanie choroby przewlekłej; związane z trybem życia: sposób odżywiania się (niewłaściwa dieta), palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej; psychospołeczne: obecność i zaangażowanie w ważnych dla jednostki rolach, własna postawa wobec andro- i menopauzy, dostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnera, staż związku. Zmienne te mogą modyfikować poziom doświadczanych zmian andro- i menopauzalnych.

5.2.1. Cechy indywidualne a objawy zmian hormonalnych

5.2.1.1. *Wiek a objawy andropauzalne i menopauzalne*

W badaniach własnych podjęto próbę wskazania na zależność między wiekiem a objawami związanymi z andropauzą i menopauzą.

Zbadano korelacje między wiekiem i objawami niedoboru androgenów w trzech grupach mężczyzn. Wiek nie koreluje z objawami andropauzalnymi u mężczyzn w wieku 45–49 lat oraz u mężczyzn w wieku 50–52 lat. Zależności stwierdzono jedynie w grupie mężczyzn najstarszych (53–68 lat) (tab. 6).

Tabela 6

Wiek a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 53–68 lat (N = 80) – wartości współczynnika korelacji r Pearsona

Objawy andropauzalne	Wiek
Zaburzenia fizyczne	0,381**
Zaburzenia naczynioruchowe	0,499**
Zaburzenia psychologiczne	0,068
Zaburzenia seksualne	0,263*
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	0,424**
Wynik ogólny	0,432**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Wraz z wiekiem nasilają się prawie wszystkie objawy (oprócz zaburzeń psychologicznych) u mężczyzn w wieku 53–68 lat. Siła związku między badanymi zmiennymi jest słaba lub przeciętna. Znaczące współczynniki korelacji uzyskano dla zaburzeń naczynioruchowych ($r = 0,499$, $p < 0,01$), sumy zaburzeń naczynioruchowych i seksualnych ($r = 0,424$; $p < 0,01$) oraz ogólnego wyniku ($r = 0,432$, $p < 0,01$).

Zbadano korelację między wiekiem a objawami menopauzalnymi w trzech grupach badanych kobiet. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności między wiekiem a objawami menopauzalnymi u kobiet w okresie premenopauzy i w okresie perimenopauzy. Zależności wystąpiły u kobiet w okresie postmenopauzy, co prezentuje tabela 7.

Tabela 7

Wiek a objawy menopauzalne u kobiet w okresie postmenopauzy (N = 79) – wartości współczynnika korelacji r Pearsona

Objawy menopauzalne	Wiek
Depresja	0,156
Symptomy somatyczne	0,369**
Pamięć i uwaga	0,452**
Objawy wypadowe	0,143
Niepokój	0,183
Funkcjonowanie seksualne	0,470**
Zaburzenia snu	0,157
Miesiączkowanie	–0,196
Atrakcyjność	0,204
Wynik ogólny	0,376**

** $p < 0,01$

W grupie kobiet po menopauzie wraz z wiekiem wzrasta ryzyko występowania i nasilenia objawów menopauzalnych (wynik ogólny $r = 0,376$; $p < 0,01$) oraz przede wszystkim takich objawów jak funkcjonowanie seksualne ($r = 0,470$; $p < 0,01$), pamięć i uwaga ($r = 0,452$; $p < 0,01$) oraz symptomy somatyczne ($r = 0,369$; $p < 0,01$).

Jedynie w grupie mężczyzn w wieku 53–68 lat i w grupie kobiet w okresie postmenopauzalnym wraz z wiekiem rośnie intensywność doświadczanych objawów andropauzalnych i menopauzalnych. Prawdopodobnie jest to również związane ze współwystępowaniem innych dolegliwości somatycznych, których ryzyko pojawienia się także wzrasta z wiekiem.

5.2.1.2. Masa ciała a objawy andropauzalne i menopauzalne

Osoby w okresie zmian hormonalnych mają trudności z kontrolą i utrzymaniem masy ciała. Nadwaga i otyłość występują najczęściej w okresie zmian hormonalnych zachodzących w drugiej połowie średniej dorosłości i później (Ostrzyżek, 2013).

Zbadano korelacje między wskaźnikiem BMI i objawami zmian hormonalnych u badanych mężczyzn i kobiet. Masa ciała (powyżej i poniżej wartości prawidłowych) stanowi czynnik ryzyka pojawiania się wielu dolegliwości, a nawet chorób, stąd może mieć również znaczenie dla występowania i nasilenia objawów.

Jedynie u mężczyzn w wieku 45–49 lat nie stwierdzono związku masy ciała i objawów andropauzy. Wyniki analizy korelacji dotyczące pozostałych grup: mężczyzn w wieku 50–52 lat i 53–68 lat prezentuje tabela 8.

Tabela 8

BMI a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 50–52 lat (N = 61) i u mężczyzn w wieku 53–68 lat (N = 80) – wartości współczynnika korelacji r Pearsona

Objawy andropauzalne	BMI	
	50–52 lata	53–68 lat
Zaburzenia fizyczne	0,033	–0,107
Zaburzenia naczynioruchowe	0,087	0,069
Zaburzenia psychologiczne	0,060	–0,399**
Zaburzenia seksualne	–0,378*	0,004
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	–0,225	0,050
Wynik ogólny	–0,112	–0,160

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

U mężczyzn w wieku 50–52 lat istotna korelacja wystąpiła między wskaźnikiem BMI a zaburzeniami seksualnymi ($r = -0,378$; $p < 0,05$). Zależność jest ujemna – wzrostowi masy ciała towarzyszy spadek zaburzeń seksualnych. U mężczyzn w wieku 53–68 lat istotna korelacja wystąpiła jedynie między masą ciała a zaburzeniami psychologicznymi ($r = -0,399$; $p < 0,01$). Im wyższy wskaźnik

BMI, tym mniej zaburzeń w funkcjonowaniu psychologicznym mężczyzn. Wśród mężczyzn zarówno w okresie przejściowym, jak i po andropauzie wyższe wskaźniki BMI wiążą się z występowaniem mniejszych trudności w funkcjonowaniu seksualnym (młodszych mężczyzn) i psychologicznym (starszych mężczyzn). Być może mężczyznom łatwiej jest wyjaśniać, a może też akceptować, pewne zmiany w funkcjonowaniu, gdy mogą je łączyć z nadwagą. Analizy tak wrażliwych zmiennych wymagają bardzo ostrożnej interpretacji i dalszych badań, najlepiej o charakterze jakościowym.

W analizach prowadzonych oddzielnie dla każdej z wyróżnionych grup kobiet nie stwierdzono zależności między wskaźnikiem BMI a objawami menopauzalnymi u kobiet w okresie premenopauzalnym oraz u kobiet po menopauzie. Współczynniki korelacji r Pearsona dla grupy kobiet w okresie perimenopauzy prezentuje tabela 9.

Tabela 9

BMI a objawy menopauzalne u kobiet w okresie perimenopauzy (N = 75)

Objawy menopauzalne	BMI
Depresja	-0,111
Symptomy somatyczne	-0,170
Pamięć i uwaga	-0,251*
Objawy wypadowe	-0,118
Niepokój	0,171
Funkcjonowanie seksualne	0,040
Zaburzenia snu	0,057
Miesiączkowanie	-0,030
Atrakcyjność	-0,022
Wynik ogólny	-0,076

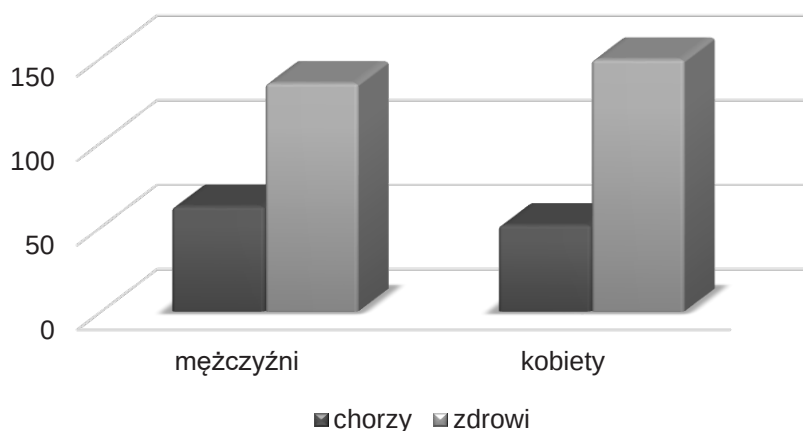
* $p < 0,05$

U kobiet w okresie perimenopauzy stwierdzono jedynie słabą i ujemną zależność między współczynnikiem BMI a pamięcią i uwagą ($r = -0,251$; $p < 0,05$). Wyższymi wartościami współczynnika BMI towarzyszą niższe wartości wskaźnika dotyczącego zaburzeń pamięci i uwagi, co świadczy o lepszym funkcjonowaniu procesów poznawczych u kobiet z wyższą masą ciała. Kobiety w postmenopauzie, u których ten wskaźnik przybiera większe wartości, sygnalizują mniej zakłóceń pamięci i uwagi. Kobiety otyłe mają zwykle wyższy poziom estronu we krwi i u nich objawy mogą przebiegać łagodniej (Bińkowska, 2011; Davis, 1996; Mellemkjaer i in., 2011).

5.2.1.3. Choroby przewlekłe a objawy andropauzalne i menopauzalne

Osoby w okresie średniej i późnej dorosłości zwykle narażone są na choroby, które mogą mieć charakter przewlekły, a nawet stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia.

Wśród 397 osób badanych, 51 kobiet i 62 mężczyzn skarżyło się na choroby przewlekłe (rys. 5), typowe dla okresu średniej i późnej dorosłości, takie jak: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, cukrzyca i zwyrodnienie kręgosłupa.



Rysunek 5. Udział mężczyzn i kobiet zgłaszających i niezgłaszających występowanie chorób przewlekłych

Spośród badanych mężczyzn najwięcej chorujących przewlekłe stwierdzono w grupie wiekowej 53–68 lat (62,5%), a najmniej w grupie wiekowej 45–49 lat (8,92%).

W najmłodszej grupie mężczyzn (45–49 lat) wystąpiły ponadto duże dysproporcje pomiędzy liczebnością mężczyzn chorujących ($N = 5$) i niechorujących ($N = 51$), co ogranicza możliwości oceny wyników. Zdecydowano zatem nie przeprowadzać porównań w tej grupie.

Dla grupy wiekowej 50–52 lata nie stwierdzono istotnych różnic w doświadczaniu objawów andropauzalnych między mężczyznami zdrowymi a chorującymi przewlekłe. Różnice dla mężczyzn w wieku 53–68 lat prezentuje tabela 10.

Tabela 10

Choroby przewlekłe a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 53–68 lat (N = 80)

Objawy andropauzalne	Choroby przewlekłe	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,78)	p
Zaburzenia fizyczne	Nie	30	4,57	2,19	7,228	0,009
	Tak	50	5,84	1,96		
Zaburzenia naczynioruchowe	Nie	30	2,57	1,74	12,049	0,001
	Tak	50	4,00	1,82		
Zaburzenia psychologiczne	Nie	30	4,73	2,41	0,733	0,394
	Tak	50	4,32	1,88		
Zaburzenia seksualne	Nie	30	5,13	2,46	0,357	0,552
	Tak	50	5,44	2,07		
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	Nie	30	7,63	3,64	5,055	0,027
	Tak	50	9,36	3,12		
Wynik ogólny	Nie	30	17,00	6,77	3,964	0,050
	Tak	50	19,60	4,87		

W najstarszej grupie mężczyzn istotne różnice pomiędzy mężczyznami chorującymi i zdrowymi dotyczą różnych grup objawów. Mężczyźni, którzy zgłaszali, że chorują przewlekłe, doświadczali więcej objawów zaburzeń fizycznych ($M = 5,84$; dla zdrowych $M = 4,57$), więcej objawów zaburzeń naczynioruchowych ($M = 4,00$; dla zdrowych $M = 2,57$) oraz więcej objawów związanych z niedoborem androgenów ujętych we wskaźniku ogólnym ($M = 19,60$; dla zdrowych $M = 17,00$). Objawy zaburzeń naczynioruchowych i seksualnych łącznie także są bardziej nasilone wśród mężczyzn chorujących przewlekłe ($M = 9,36$) niż zdrowych ($M = 7,63$) ($p < 0,05$).

Najwięcej kobiet, które przyznają się do chorób przewlekłych, należy do najstarszej grupy – postmenopauzalnej (48,10% kobiet w tej grupie), a najmniej – do grupy premenopauzalnej (13,04%).

U kobiet w okresie premenopauzalnym, podobnie jak w przypadku mężczyzn z najmłodszej grupy (45–48 lat), nie przeprowadzono porównań z uwagi na małą liczebność zgłaszających choroby przewlekłe ($N = 6$).

W grupie perimenopauzalnej ($N = 75$) nasilenie objawów nie różnicuje istotnie chorujących przewlekłe i zdrowych kobiet. Różnice ujawniono w grupie pomenopauzalnej (tab. 11).

Tabela 11

Choroby przewlekłe a objawy menopauzalne u kobiet w okresie postmenopauzalnym (N = 79)

Objawy menopauzalne	Choroby przewlekłe	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,77)	p
Depresja	Nie	41	0,192	0,234	8,365	0,005
	Tak	38	0,349	0,247		
Symptomy somatyczne	Nie	41	0,440	0,249	7,938	0,006
	Tak	38	0,589	0,218		
Pamięć i uwaga	Nie	41	0,485	0,358	8,323	0,005
	Tak	38	0,727	0,387		
Objawy wypadowe	Nie	41	0,537	0,394	1,188	0,279
	Tak	38	0,632	0,380		
Niepokój	Nie	41	0,191	0,185	47,01	0,001
	Tak	38	0,533	0,254		
Funkcjonowanie seksualne	Nie	41	0,550	0,362	7,765	0,007
	Tak	38	0,771	0,340		
Zaburzenia snu	Nie	41	0,407	0,301	6,342	0,014
	Tak	38	0,584	0,324		
Miesiączkowanie	Nie	41	0,189	0,229	0,094	0,759
	Tak	38	0,204	0,200		
Atrakcyjność	Nie	41	0,366	0,317	8,235	0,005
	Tak	38	0,592	0,383		
Wynik ogólny	Nie	41	3,358	1,705	19,49	0,001
	Tak	38	4,956	1,494		

Kobiety, które po menopauzie i chorują przewlekłe, w porównaniu ze zdrowymi mają więcej dolegliwości związanych z depresją ($M = 0,349$; dla zdrowych $M = 0,192$), pamięcią i uwagą ($M = 0,727$; dla zdrowych $M = 0,485$), niepokojem ($M = 0,533$; dla zdrowych $M = 0,191$), funkcjonowaniem seksualnym ($M = 0,771$; dla zdrowych $M = 0,550$), snem ($M = 0,584$; dla zdrowych $M = 0,407$). Ponadto kobiety chore czują się mniej atrakcyjne ($M = 0,592$) niż zdrowe ($M = 0,336$), obserwują u siebie więcej objawów somatycznych ($M = 0,589$) niż zdrowe ($M = 0,440$) oraz wszystkich objawów ujętych we wskaźniku ogólnym ($M = 4,956$; dla zdrowych $M = 3,358$) ($p < 0,05$). Należy sądzić, że kobiety, które dłużej zmagają się z dolegliwościami niedoboru estrogenów i dodatkowo chorują przewlekłe, bardziej dotkliwie doświadczają objawów menopauzalnych.

Najwięcej osób chorujących należy do najstarszych grup mężczyzn i kobiet. W tych grupach wiekowych wystąpiły też wyraźne różnice w nasileniu objawów andro- i menopauzalnych pomiędzy osobami chorującymi przewlekłe i zdrowymi. Mężczyźni z najstarszej grupy (53–68 lat), chociaż nie obserwują tak wyraźnych

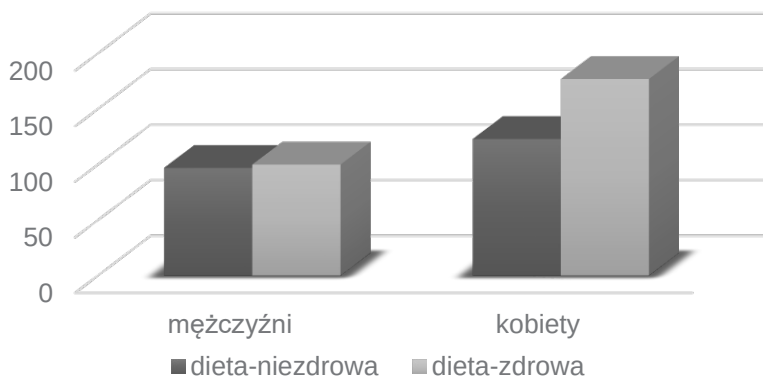
objawów i zmian hormonalnych jak kobiety, też doświadczają ich więcej i silniej w sytuacji zmian chorobowych.

Można uznać, że choroby przewlekłe (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, cukrzyca, zwyrodnienie kręgosłupa) zgłaszane przez najstarsze osoby mogą nasilać objawy andro- i menopauzalne. Różnice dotyczą rodzaju objawów. Chorujący przewlekłe mężczyźni najbardziej skarżą się na objawy naczynioruchowe, naczynioruchowe i seksualne, a kobiety na te związane z funkcjonowaniem psychicznym (obniżony nastrój, niepokój, zaburzenia pamięci i uwagi, niskie poczucie atrakcyjności).

5.2.2. Styl życia a ryzyko objawów zmian hormonalnych

5.2.2.1. Odżywianie się a objawy andropauzalne i menopauzalne

Zdrowe odżywianie uznaje się za ważny czynnik prozdrowotny odpowiedzialny za lepsze funkcjonowanie człowieka w każdym wieku. W badaniach własnych stwierdzono, że wśród osób badanych zdrowe odżywianie dotyczy 100 mężczyzn i 123 kobiet. Pozostałe osoby (97 mężczyzn i 77 kobiet) określiły swój styl odżywiania jako niezdrowy (rys. 6).



Rysunek 6. Udział mężczyzn i kobiet oceniających swój sposób odżywiania się jako zdrowy i niezdrowy

Sposób odżywiania (zdrowy, niezdrowy) różnicuje nasilenie objawów u badanych mężczyzn należących do grup wiekowych 45–49 lat oraz 50–52 lata (tab. 12 i 13). Nie stwierdzono takiego zróżnicowania w najstarszej grupie wiekowej (53–68 lat).

Tabela 12

Zdrowe odżywianie a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 45–49 lat (N = 56)

Objawy andropauzalne	Zdrowe odżywianie	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,54)	p
Zaburzenia fizyczne	Nie	29	4,00	1,89	3,054	0,086
	Tak	27	3,15	1,75		
Zaburzenia naczynioruchowe	Nie	29	2,34	1,84	1,304	0,258
	Tak	27	1,81	1,62		
Zaburzenia psychologiczne	Nie	29	4,76	1,96	4,334	0,042
	Tak	27	3,74	1,68		
Zaburzenia seksualne	Nie	29	3,52	3,65	1,922	0,171
	Tak	27	2,41	2,06		
Zaburzenia naczynioworuchowe i seksualne	Nie	29	5,86	4,80	2,139	0,149
	Tak	27	4,26	3,17		
Wynik ogólny	Nie	29	14,62	6,91	4,502	0,038
	Tak	27	11,11	5,29		

Tabela 13

Zdrowe odżywianie a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 50–52 lat (N = 61)

Objawy andropauzalne	Zdrowe odżywianie	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,59)	p
Zaburzenia fizyczne	Nie	32	4,34	1,79	1,348	0,250
	Tak	29	3,83	1,67		
Zaburzenia naczynioruchowe	Nie	32	2,88	1,70	4,926	0,030
	Tak	29	2,00	1,34		
Zaburzenia psychiczne	Nie	32	4,56	2,12	1,423	0,238
	Tak	29	3,97	1,74		
Zaburzenia seksualne	Nie	32	4,47	2,76	0,988	0,324
	Tak	29	3,79	2,53		
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	Nie	32	7,34	3,97	2,715	0,105
	Tak	29	5,76	3,49		
Wynik ogólny	Nie	32	16,28	6,25	2,810	0,099
	Tak	29	13,66	5,95		

U mężczyzn w wieku 45–49 lat (tab. 12) sposób odżywiania okazał się znaczący dla zaburzeń psychologicznych ($p < 0,05$) i wskaźnika ogólnego objawów niedoboru androgenów ($p < 0,05$). Mężczyźni, którzy odżywiają się zdrowo, zgłaszali mniej dolegliwości psychologicznych (średnia 3,74) niż ci, którzy odżywają się niezdrowo ($M = 4,76$). Podobne różnice dotyczą wskaźnika ogólnego, który

jest lepszy u mężczyzn odżywiających się zdrowo ($M = 11,11$) niż u mężczyzn niedbających o zdrowe odżywianie ($M = 14,62$).

W grupie mężczyzn między 50. a 52. rokiem życia (tab. 13) różnice w sposobie odżywiania się miały znaczenie w przypadku zaburzeń naczynioruchowych ($p < 0,05$). Mężczyźni odżywiający się zdrowo mniej skarżyli się na zaburzenia naczynioruchowe ($M = 2,00$) niż pozostali ($M = 2,88$).

Sposób odżywiania (zdrowy, niezdrowy) nie różnicuje objawów menopauzalnych u kobiet w okresie postmenopauzalnym. Różnice ujawniono jedynie w grupach kobiet w okresie premenopauzalnym i perimenopauzalnym, co prezentują tabele 14 i 15.

Tabela 14

Zdrowe odżywianie a objawy menopauzalne u kobiet w okresie premenopauzalnym ($N = 46$)

Objawy menopauzalne	Zdrowe odżywianie	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA F (2,44) p	
Depresja	Nie	14	0,121	0,166	0,641	0,428
	Tak	32	0,172	0,212		
Symptomy somatyczne	Nie	14	0,231	0,205	1,848	0,181
	Tak	32	0,336	0,252		
Pamięć i uwaga	Nie	14	0,047	0,120	7,577	0,009
	Tak	32	0,310	0,347		
Objawy wypadowe	Nie	14	0,107	0,289	0,557	0,459
	Tak	32	0,188	0,354		
Niepokój	Nie	14	0,161	0,288	0,923	0,342
	Tak	32	0,250	0,291		
Funkcjonowanie seksualne	Nie	14	0,402	0,373	3,730	0,060
	Tak	32	0,197	0,314		
Zaburzenia snu	Nie	14	0,141	0,249	4,061	0,050
	Tak	32	0,310	0,265		
Miesiączkowanie	Nie	14	0,232	0,229	3,390	0,072
	Tak	32	0,391	0,284		
Atrakcyjność	Nie	14	0,286	0,426	0,027	0,870
	Tak	32	0,266	0,359		
Wynik ogólny	Nie	14	1,729	1,490	1,842	0,182
	Tak	32	2,418	1,623		

Tabela 15

Zdrowe odżywianie a objawy menopauzalne u kobiet w okresie perimenopauzalnym (N = 75)

Objawy menopauzalne	Zdrowe odżywianie	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,73)	p
Depresja	Nie	38	0,289	0,240	4,610	0,035
	Tak	37	0,175	0,220		
Symptomy somatyczne	Nie	38	0,533	0,239	2,091	0,152
	Tak	37	0,455	0,228		
Pamięć i uwaga	Nie	38	0,497	0,326	0,643	0,425
	Tak	37	0,438	0,304		
Objawy wypadowe	Nie	38	0,737	0,302	0,010	0,919
	Tak	37	0,730	0,303		
Niepokój	Nie	38	0,408	0,256	1,982	0,163
	Tak	37	0,318	0,298		
Funkcjonowanie seksualne	Nie	38	0,488	0,369	5,713	0,019
	Tak	37	0,295	0,330		
Zaburzenia snu	Nie	38	0,539	0,272	2,127	0,149
	Tak	37	0,441	0,314		
Miesiączkowanie	Nie	38	0,500	0,313	0,472	0,494
	Tak	37	0,453	0,282		
Atrakcyjność	Nie	38	0,513	0,318	0,642	0,426
	Tak	37	0,446	0,405		
Wynik ogólny	Nie	38	4,503	1,323	5,235	0,025
	Tak	37	3,748	1,530		

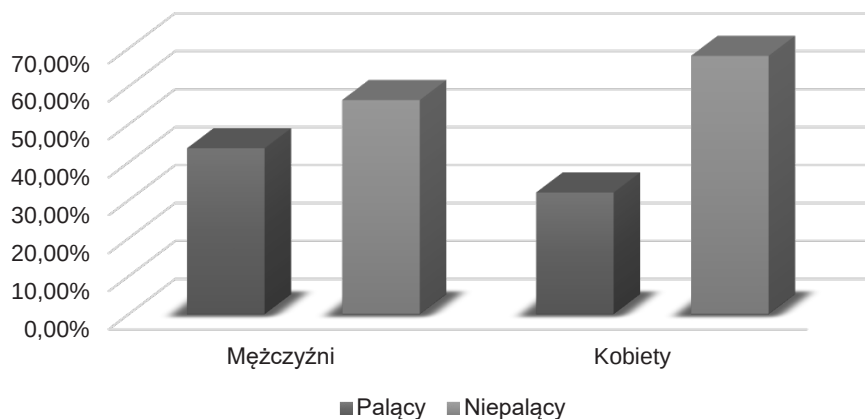
W grupie premenopauzalnej (tab. 14) istotne różnice między kobietami, które zdrowo się odżywiają i pozostałymi, dotyczą pamięci i uwagi ($p < 0,05$) oraz można uznać, że również zaburzeń snu ($p = 0,050$). Paradoksalnie, kobiety odżywiające się zdrowo, zgłaszały więcej trudności związanych z pamięcią i uwagą ($M = 0,310$) niż te, które odżywiały się niezdrowo ($M = 0,047$). Kobiety przywiązujące większą wagę do tego, co i jak jedzą, obserwowały u siebie także więcej dolegliwości związanych ze snem ($M = 0,310$), niż kobiety niezdrowo się odżywiające ($M = 0,141$).

W grupie perimenopauzalnej (tab. 15) sposób odżywiania okazał się różnicować kobiety pod względem objawów depresji ($p < 0,05$), funkcjonowania seksualnego ($p < 0,05$) oraz ogólnego wskaźnika doświadczeń wskazujących na menopauzę ($p < 0,05$). Zdrowemu odżywianiu towarzyszyło mniej dolegliwości związanych z depresją ($M = 0,175$, a dla kobiet niezdrowo się odżywiających: $M = 0,289$), mniej trudności związanych z funkcjonowaniem seksualnym (odpowiednio: $M = 0,295$ i $M = 0,488$) i niższy wskaźnik objawów związanych z menopauzą (odpowiednio: $M = 3,748$ i $M = 4,503$).

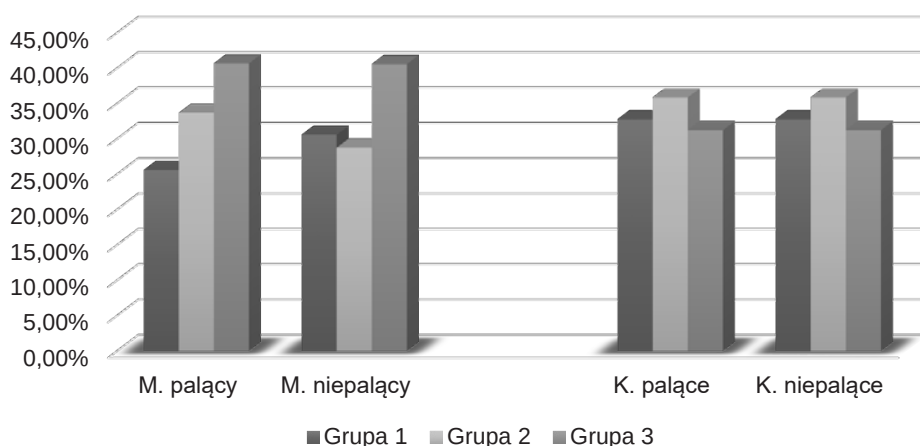
Zarówno w przypadku badanych mężczyzn, jak i kobiet można zaobserwować podobną prawidłowość. Zdrowe odżywianie się, będące przejawem zdrowego stylu życia, ma znaczenie dla obserwowanych objawów przed osiągnięciem menopauzy lub umownie przyjętego wieku właściwego dla andropauzy. Jedynie wśród kobiet z najmłodszej grupy zdrowe odżywianie łączyło się z bardziej nasilonymi objawami. Prawdopodobnie kobiety te zaczynają zwracać uwagę na to, co jedzą, sprowokowane pojawiającymi się zmianami w ich funkcjonowaniu, których wcześniej u siebie nie obserwowały. Kobiety w okresie premenopauzalnym mogą pokładać większe nadzieje w pewnych czynnościach (bardziej dbają o to, by ich posiłki były zdrowe i dostarczały potrzebnych składników), które ich zdaniem opóźnią zmiany związane z menopauzą. Kobiety w okresie premenopauzalnym zwykle nie szukają jeszcze innej, bardziej inwazyjnej pomocy w postaci terapii farmakologicznej. Dodatkowo większa koncentracja na sobie i własnym zdrowiu sprzyja wyraźniejszemu dostrzeganiu objawów niż u kobiet mniej dbających o siebie i nieprzysługujących aż takiej wagi do spożywanych posiłków. U mężczyzn jest inaczej, ponieważ pierwsze objawy zwykle pojawiają się lub są zauważane dużo później niż w przypadku kobiet. Łatwiej jest im ignorować pewne dolegliwości aż do momentu, gdy stają się przeszkodą w codziennym funkcjonowaniu. Jednak zmiany w żywieniu i kontrola nad nim zostają wprowadzane zwykle wcześniej przez ich partnerki. W pozostałych grupach kobiet i mężczyzn zachodziła odwrotna prawidłowość: mniej dolegliwości obserwowały u siebie osoby zdrowo się odżywiające. Ponadto ani u kobiet, ani u mężczyzn efekt sposobu odżywiania się nie ujawnił się u najstarszych badanych.

5.2.2.2. Palenie tytoniu a objawy andropauzalne i menopauzalne

Dotychczasowe wyniki badań wskazują, że nasilenie objawów związanych ze zmianami hormonalnymi charakterystycznymi dla menopauzy jest większe u kobiet palących tytoń (Bielawska-Batorowicz, 2016; Henderson i in., 2008, w: Rumianowski i in., 2012; Morris, Jones i Schoemaker, 2012, w: Piotrowska i Majchrzycki, 2013). Z uwagi na to można przypuszczać, że podobna zależność będzie dotyczyła także mężczyzn. Wśród badanych 197 mężczyzn prawie połowa (86) paliła tytoń – tj. 43,65% (22 – w wieku 45–49 lat, 29 – w wieku 50–52 lat i 35 – w wieku 53–68 lat). Z badanych 200 kobiet 64 podało, że pali tytoń – tj. 32% (21 – w okresie premenopauzalnym, 23 – w perimenopauzalnym, 20 – w postmenopauzalnym) (rys. 7 i 8).



Rysunek 7. Odsetek osób palących i niepalących w grupach badanych mężczyzn i kobiet



Rysunek 8. Odsetek mężczyzn i kobiet, palących i niepalących, należących do trzech wyróżnionych grup: ryzyka objawów (grupa 1); około andro- i menopauzalnej (grupa 2); andro- i menopauzy (grupa 3)

Największy odsetek wśród osób palących tytoń stanowią mężczyźni w wieku 53–68 lat (40,70%) i kobiety w okresie perimenopauzalnym (35,90%). Występowanie i nasilenie objawów andropauzalnych u palących i niepalących tytoń mężczyzn w wieku 45–49 lat prezentuje tabela 16. Podobne analizy przeprowadzono dla pozostałych dwóch grup badanych mężczyzn. Dla mężczyzn w wieku 50–52 lat i starszych (w wieku 53–68 lat) nie wykazano istotnych różnic w nasileniu obserwowanych objawów między palącymi a niepalącymi.

Tabela 16

Objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 45–49 lat, niepalących i palących tytoń (N = 56)

Objawy andropauzalne	Palenie tytoniu	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,54)	p
Zaburzenia fizyczne	Nie	34	3,38	2,12	1,077	0,304
	Tak	22	3,91	1,34		
Zaburzenia naczynioruchowe	Nie	34	1,97	1,83	0,398	0,531
	Tak	22	2,27	1,61		
Zaburzenia psychologiczne	Nie	34	3,82	2,07	5,187	0,027
	Tak	22	4,95	1,33		
Zaburzenia seksualne	Nie	34	2,35	2,65	3,964	0,052
	Tak	22	3,95	3,34		
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	Nie	34	4,35	3,78	2,829	0,098
	Tak	22	6,23	4,49		
Wynik ogólny	Nie	34	11,53	6,56	4,423	0,040
	Tak	22	15,09	5,56		

Mężczyźni między 45. a 49. rokiem życia, którzy palą tytoń, w porównaniu z niepalącymi, wykazują istotnie wyższe nasilenie objawów psychologicznych ($p < 0,05$) oraz wyższy wskaźnik ogólny objawów związanych z niedoborem androgenów ($p < 0,05$).

Jedynie najmłodsza grupa mężczyzn palących tytoń wykazuje większe nasilenie objawów psychologicznych i wyższy wskaźnik ogólny objawów andropauzalnych niż niepalący. Palenie tytoniu może przyspieszać zmiany hormonalne, co powoduje, że mężczyźni wcześniej mogą obserwować u siebie objawy andropauzalne. Być może mężczyźni przed 50. rokiem życia czują największą presję związaną z upływem czasu oraz potrzebą osiągnięć, co może sprzyjać zwracaniu uwagi na okoliczności utrudniające realizację zamierzeń. Nałóg, jakim jest palenie, może również (jako sposób regulacji emocji) charakteryzować mężczyzn gorzej radzących sobie z trudnościami, oceną innych i zbliżaniem się starości, a zatem gorzej funkcjonujących psychologicznie.

Palenie tytoniu nie różnicuje istotnie objawów u kobiet w okresie premenopauzalnym. Występowanie i nasilenie objawów menopauzalnych u kobiet palących i niepalących tytoń w okresie perimenopauzalnym i postmenopauzalnym prezentują tabele 17 i 18.

Tabela 17

Objawy menopauzalne u kobiet w okresie perimenopauzalnym, niepalących i palących tytoń (N = 75)

Objawy menopauzalne	Palenie tytoniu	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,73)	p
Depresja	Nie	52	0,182	0,224	8,942	0,004
	Tak	23	0,350	0,226		
Symptomy somatyczne	Nie	52	0,454	0,214	5,199	0,026
	Tak	23	0,585	0,260		
Pamięć i uwaga	Nie	52	0,465	0,325	0,015	0,902
	Tak	23	0,475	0,298		
Objawy wypadowe	Nie	52	0,721	0,304	0,276	0,601
	Tak	23	0,761	0,297		
Niepokój	Nie	52	0,341	0,297	1,049	0,309
	Tak	23	0,413	0,234		
Funkcjonowanie seksualne	Nie	52	0,427	0,369	1,501	0,225
	Tak	23	0,317	0,339		
Zaburzenia snu	Nie	52	0,428	0,318	8,335	0,005
	Tak	23	0,632	0,172		
Miesiączkowanie	Nie	52	0,418	0,283	7,103	<0,001
	Tak	23	0,609	0,290		
Atrakcyjność	Nie	52	0,442	0,392	1,855	0,177
	Tak	52	0,182	0,224		
Wynik ogólny	Nie	52	3,880	1,491	5,197	0,026
	Tak	23	4,696	1,274		

Tabela 18

Objawy menopauzalne u kobiet w okresie postmenopauzalnym, niepalących i palących tytoń (N = 79)

Objawy menopauzalne	Palenie tytoniu	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,77)	p
1	2	3	4	5	6	7
Depresja	Nie	59	0,306	0,264	5,757	0,019
	Tak	20	0,155	0,171		
Symptomy somatyczne	Nie	59	0,547	0,230	4,936	0,029
	Tak	20	0,410	0,265		
Pamięć i uwaga	Nie	59	0,653	0,377	4,339	0,041
	Tak	20	0,448	0,394		

Tabela 18 (cd.)

1	2	3	4	5	6	7
Objawy wypadowe	Nie	59	0,602	0,369		
	Tak	20	0,525	0,444	0,582	0,448
Niepokój	Nie	59	0,394	0,275		
	Tak	20	0,243	0,264	4,618	0,035
Funkcjonowanie seksualne	Nie	59	0,682	0,364		
	Tak	20	0,581	0,372	1,142	0,289
Zaburzenia snu	Nie	59	0,497	0,323		
	Tak	20	0,480	0,332	0,040	0,842
Miesiączkowanie	Nie	59	0,203	0,220		
	Tak	20	0,175	0,200	0,260	0,612
Atrakcyjność	Nie	59	0,492	0,377		
	Tak	20	0,425	0,335	0,490	0,486
Wynik ogólny	Nie	59	4,376	1,811		
	Tak	20	3,390	1,530	4,754	0,032

Większe nasilenie objawów somatycznych związanych z zaburzeniami miesiączkowania, depresją, zaburzeniami snu u kobiet w okresie perimenopauzy (tab. 17), występuje u palących tytoń w porównaniu do niepalących ($p < 0,05$). Ogólny wskaźnik objawów menopauzalnych okazał się istotnie wyższy również u kobiet palących w porównaniu do niepalących ($p < 0,05$). U kobiet w okresie postmenopauzalnym (tab. 18) i palących nasilenie objawów związanych z depresją, symptomami somatycznymi, pamięcią i uwagą, niepokojem oraz dotyczące ogólnego wskaźnika, okazały się mniejsze niż u kobiet niepalących ($p < 0,05$).

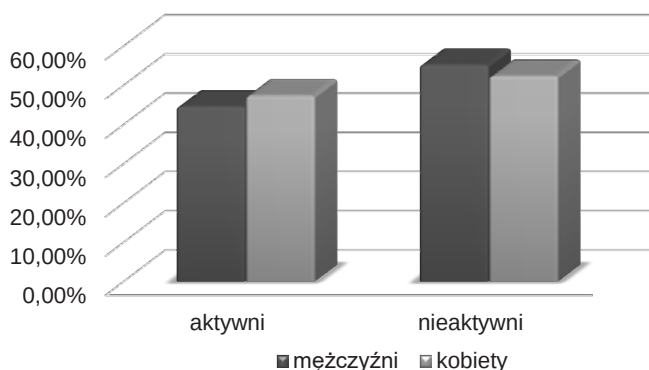
W przypadku kobiet palenie może mieć znaczenie w doświadczaniu dolegliwości związanych z menopauzą. Kobiety palące, szczególnie w okresie okołomenopauzalnym, obserwują u siebie większe nasilenie zaburzeń miesiączkowania, objawów depresji, zaburzeń somatycznych i zaburzeń snu. Nasilenie objawów może wiązać się z przyspieszeniem okresu menopauzy, który pojawia się około dwa lata wcześniej u kobiet palących tytoń (Korabel i Krzysiek, 2013).

Starsze kobiety, które palą, wydają się lepiej niż te niepalące funkcjonować somatycznie, emocjonalnie i poznawczo. Nikotyna jako środek pobudzający czynności organizmu i wzmagający aktywność nerwową, ma pozytywne znaczenie dla funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego, co bardziej dotyczy najstarszej grupy kobiet (w okresie postmenopauzalnym). Prawdopodobnie kobiety te palą najdłużej i ich organizm często nie potrafi już normalnie funkcjonować bez obecności nikotyny. Badania dowodzą, że organizm przyzwyczajony do nikotyny może gorzej funkcjonować przy jej odstawieniu (Bętkowska-Korpała, 2009). Dla osób uzależnionych (palących przez wiele lat) palenie tytoniu ma istotne znaczenie w codziennym funkcjonowaniu, jest bowiem sposobem radzenia sobie z trudnymi emocjami i napięciem psychofizycznym (Bętkowska-Korpała, 2009; Terracciano i Costa, 2003).

5.2.2.3. Aktywność fizyczna a objawy andropauzalne i menopauzalne

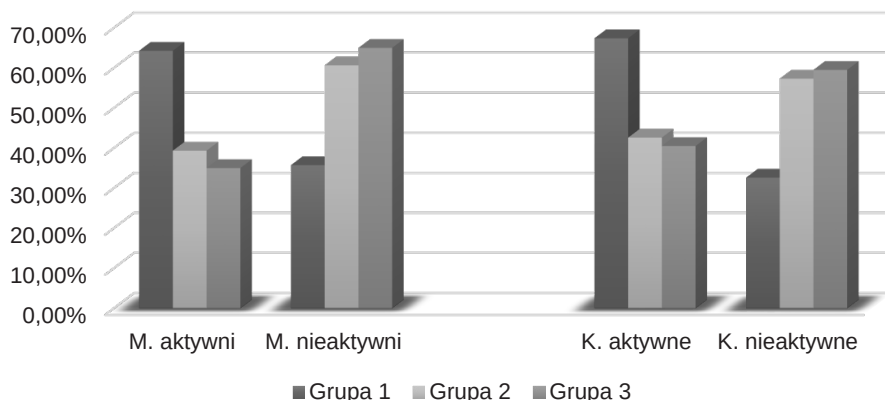
Aktywność fizyczna wpływa korzystnie na zdrowie jednostki. Może zarówno opóźniać proces starzenia się, jak i obniżać natężenie związanych ze zmianami hormonalnymi objawów. Ważne jest jednak intensywnie i regularnie wykonywane ćwiczeń (średnio 3,2 godziny w tygodniu) (Rumianowski i in., 2012). Z kolei badania Skrzypulec i in., (2010) wykazały, że nasilenie objawów zmian hormonalnych zmniejsza nawet umiarkowany poziom aktywności fizycznej.

Udział osób aktywnych i nieaktywnych fizycznie wśród badanych mężczyzn i kobiet prezentują rysunki 9 i 10.



Rysunek 9. Aktywność fizyczna badanych mężczyzn i kobiet

Większość badanych mężczyzn i kobiet nie jest aktywna fizycznie. Za aktywnych fizycznie uznało siebie 44,6% badanych mężczyzn i 47,50% badanych kobiet. Dalsze porównania przeprowadzono, uwzględniając trzy grupy wiekowe mężczyzn i kobiet.



Rysunek 10. Aktywność fizyczna w trzech grupach wiekowych mężczyzn (45–49 lat – gr. 1; 50–52 lat – gr. 2; 53–68 lat – gr. 3) i kobiet (premenopauzalnej – gr. 1; perimenopauzalnej – gr. 2; postmenopauzalnej – gr. 3).

Wraz z wiekiem zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet wzrasta tendencja do ograniczania aktywności fizycznej. Najbardziej aktywne są osoby najmłodsze – mężczyźni w wieku 45–49 lat i kobiety w okresie premenopauzalnym. We wszystkich trzech grupach badanych to kobiety wydają się bardziej dbać o kondycję fizyczną niż mężczyźni.

Aktywność w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn jest zróżnicowana. W grupie wiekowej 45–49 lat aktywnych fizycznie jest 64,28% mężczyzn, w grupie 50–52 lat – 39,34% mężczyzn, a wśród najstarszych mężczyzn (53–68 lat) za aktywnych fizycznie uznało się 35% badanych. Wśród 46 kobiet w okresie premenopauzy 31 (67,40%) jest aktywnych fizycznie. Z 75 kobiet w wieku perimenopauzalnym aktywnych jest 32 (42,60%). Z kolei w grupie kobiet najstarszych – w okresie postmenopauzy – tylko 32 (40,50%) określa siebie jako aktywne fizycznie.

U mężczyzn w wieku 45–49 lat nie wykazano istotnych różnic pomiędzy aktywnymi fizycznie i nieaktywnymi w doświadczaniu objawów niedoboru androgenów. Wyniki dla mężczyzn w wieku 50–52 lat i 53–68 lat prezentują tabele 19 i 20.

Tabela 19

Aktywność fizyczna a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 50–52 lat (N = 61)

Objawy andropauzalne	Palenie tytoniu	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,59)	p
Zaburzenia fizyczne	Nie	37	4,49	1,48	4,998	0,029
	Tak	24	3,50	1,96		
Zaburzenia naczynioruchowe	Nie	37	2,89	1,58	7,786	0,007
	Tak	24	1,79	1,38		
Zaburzenia psychologiczne	Nie	37	4,89	1,87	10,70	0,002
	Tak	24	3,33	1,74		
Zaburzenia seksualne	Nie	37	4,27	2,28	0,199	0,657
	Tak	24	3,96	3,18		
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	Nie	37	7,14	3,43	1,960	0,167
	Tak	24	5,75	4,27		
Wynik ogólny	Nie	37	16,54	5,47	6,023	0,017
	Tak	24	12,71	6,65		

Tabela 20

Aktywność fizyczna a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 53–68 lat (N = 80)

Objawy andropauzalne	Aktywność fizyczna	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,78)	p
Zaburzenia fizyczne	Nie	52	5,94	1,94	12,627	0,001
	Tak	28	4,29	2,07		
Zaburzenia naczynioruchowe	Nie	52	3,98	1,87	12,552	0,001
	Tak	28	2,50	1,60		
Zaburzenia psychologiczne	Nie	52	4,88	2,11	6,095	0,016
	Tak	28	3,71	1,84		
Zaburzenia seksualne	Nie	52	5,63	2,30	2,976	0,088
	Tak	28	4,75	1,96		
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	Nie	52	9,50	3,51	8,698	0,004
	Tak	28	7,25	2,70		
Wynik ogólny	Nie	52	20,44	5,61	17,968	0,001
	Tak	28	15,25	4,40		

U mężczyzn w wieku 50–52 lat (tab. 19) istotne różnice pomiędzy osobami aktywnymi fizycznie i nieaktywnymi dotyczyły następujących objawów: zaburzeń fizycznych ($p < 0,05$), naczynioruchowych ($p < 0,05$), psychologicznych ($p < 0,05$) oraz wskaźnika ogólnego objawów andropauzalnych ($p < 0,05$). Mężczyźni aktywni fizycznie, w tym przedziale wiekowym, zgłaszali mniej dolegliwości fizycznych ($M = 3,50$, a dla nieaktywnych $M = 4,49$), naczynioruchowych ($M = 1,79$, a dla nieaktywnych $M = 2,89$), psychologicznych ($M = 3,33$, a dla nieaktywnych $M = 4,89$). Także wskaźnik ogólny objawów znaczących dla andropauzy okazał się niższy u mężczyzn aktywnych fizycznie ($M = 12,71$), w porównaniu z nieaktywnymi ($M = 16,54$).

Więcej istotnych różnic dotyczy intensywności objawów andropauzalnych między mężczyznami aktywnymi a nieaktywnymi fizycznie w najstarszej grupie (tab. 20). Mężczyźni aktywni fizycznie, między 53. a 68. rokiem życia, to osoby sprawniejsze fizycznie ($M = 4,29$), z mniejszym natężeniem objawów naczynioruchowych ($M = 2,50$) i psychologicznych ($M = 3,71$). Oznacza to, że mężczyźni będący w tym samym przedziale wiekowym, ale nieaktywni, mają więcej zaburzeń fizycznych ($M = 5,94$), naczynioruchowych ($M = 3,98$) i psychologicznych ($M = 4,88$). Wskaźnik ogólny dla wszystkich zgłaszanych objawów także jest korzystniejszy (niższy) dla mężczyzn dbających o swoją kondycję fizyczną ($M = 15,25$) niż tych, którzy tego nie robią ($M = 20,44$).

Aktywność fizyczna nie różnicuje kobiet pod względem doświadczanych objawów menopauzalnych w grupach premenopauzalnej ($N = 46$) i perimenopauzalnej ($N = 75$). Inaczej jest w przypadku kobiet po menopauzie (tab. 21).

Tabela 21

Aktywność fizyczna a objawy menopauzalne u kobiet postmenopauzalnych (N = 79)

Objawy menopauzalne	Aktywność fizyczna	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA F (2,77) p	
Depresja	Nie	47	0,291	0,258	1,004	0,319
	Tak	32	0,233	0,243		
Symptomy somatyczne	Nie	47	0,548	0,228	2,544	0,115
	Tak	32	0,459	0,263		
Pamięć i uwaga	Nie	47	0,636	0,380	0,937	0,336
	Tak	32	0,550	0,403		
Objawy wypadowe	Nie	47	0,511	0,397	4,124	0,046
	Tak	32	0,688	0,354		
Niepokój	Nie	47	0,372	0,280	0,410	0,524
	Tak	32	0,331	0,280		
Funkcjonowanie seksualne	Nie	47	0,708	0,373	2,340	0,130
	Tak	32	0,580	0,349		
Zaburzenia snu	Nie	47	0,518	0,337	0,724	0,397
	Tak	32	0,455	0,302		
Miesiączkowanie	Nie	47	0,144	0,193	7,571	0,007
	Tak	32	0,273	0,223		
Atrakcyjność	Nie	47	0,564	0,232	7,453	0,008
	Tak	32	0,344	0,369		
Wynik ogólny	Nie	47	4,271	1,782	0,755	0,388
	Tak	32	3,914	1,803		

Aktywne fizycznie kobiety po menopauzie zgłaszały więcej dolegliwości związanych z objawami wypadowymi ($M = 0,688$) ($p < 0,05$) i zaburzeń przypominających te związane z miesiączkowaniem ($M = 0,273$) ($p < 0,05$). Kobiety aktywne czują się jednak bardziej atrakcyjne ($M = 0,344$) niż nieaktywne ($M = 0,564$) ($p < 0,05$).

Przewidywanie, że aktywność fizyczna służy zdrowiu fizycznemu i psychicznemu okazało się słuszne w przypadku mężczyzn, zwłaszcza w starszych grupach wiekowych. Osoby aktywne fizycznie w wieku 50–52 lat doświadczały mniej dolegliwości fizycznych, naczynioruchowych, psychologicznych oraz ogólnie związanych z andropauzą. W grupie najstarszych mężczyzn (53–68 lat) większa aktywność fizyczna wiązała się dodatkowo z mniejszym nasileniem sumy objawów naczynioruchowych i seksualnych. W przypadku kobiet istotne różnice pomiędzy aktywnymi a nieaktywnymi fizycznie dotyczyły najstarszej grupy (postmenopauzalnej). Różnice te, inaczej niż u mężczyzn, nie okazały się tak jednoznaczne. Kobiety bardziej aktywne fizycznie czuły się bardziej atrakcyjne, ale doświadczały więcej objawów wypadowych i dolegliwości podobnych do tych, które wcześniej związane były z miesiączkowaniem. Ćwiczenia fizyczne mogą nasilać odczuwanie niektórych dolegliwości somatycznych, szczególnie takich jak uderzenia gorąca, pocenie się.

5.2.3. Psychospołeczne czynniki ryzyka objawów zmian hormonalnych

5.2.3.1. Obecność i zaangażowanie w rolach a objawy andropauzalne i menopauzalne

Realizowanie różnych zadań i stawianie sobie nowych celów życiowych jest ważne w okresie średniej i późnej dorosłości, stąd w badaniach własnych uwzględniono również ocenę zaangażowania w rolach rodzinnych, zawodowych, społecznych i innych (związanych z hobby, edukacją).

U mężczyzn w wieku 45–49 lat nie stwierdzono zależności między zaangażowaniem w analizowane rodzaje aktywności (role) a objawami andropauzalnymi. W przypadku mężczyzn w wieku 50–52 lat korelacje wystąpiły między objawami andropauzalnymi a zaangażowaniem w rolę zawodową i inne formy aktywności (np. związane z hobby, edukacją) (tab. 22), a u mężczyzn w wieku 53–68 lat – między objawami andropauzalnymi a zaangażowaniem w rolę zawodową i społeczną (tab. 23).

Tabela 22

Obecność i zaangażowanie w rolach zawodowej i innych u mężczyzn w wieku 50–52 lat (N = 61) – wartości współczynników korelacji r Pearsona

Objawy andropauzalne	Rola zawodowa	Inne role
Zaburzenia fizyczne	–0,254*	–0,358*
Zaburzenia naczynioruchowe	–0,252	–0,326*
Zaburzenia psychologiczne	–0,210	–0,287*
Zaburzenia seksualne	–0,240	–0,284*
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	–0,276*	–0,333*
Wynik ogólny	–0,307*	–0,388*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabela 23

Obecność i zaangażowanie w rolach zawodowej i społecznej u mężczyzn w wieku 53–68 lat (N = 80) – wartości współczynników korelacji r Pearsona

Objawy andropauzalne	Rola zawodowa	Rola społeczna
Zaburzenia fizyczne	–0,390**	–0,206
Zaburzenia naczynioruchowe	–0,503**	–0,220
Zaburzenia psychologiczne	–0,139	–0,047
Zaburzenia seksualne	–0,191	–0,147
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	–0,403**	–0,230*
Wynik ogólny	–0,435**	–0,222*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Mężczyźni w wieku 50–52 lat (tab. 22), przy większym zaangażowaniu w rolę zawodową, doświadczają mniej intensywnych objawów andropauzalnych: związanych z dolegliwościami fizycznymi ($r = -0,254$; $p < 0,05$), zaburzeniami naczynioruchowymi i seksualnymi ($r = -0,276$; $p < 0,05$). Nasilenie wszystkich objawów andropauzalnych ($r = -0,307$; $p < 0,05$) jest również niższe. Większe zaangażowanie w inne formy aktywności (pozarodzinne i pozaspołeczne) współwystępuje z niższym natężeniem zaburzeń fizycznych ($r = -0,358$; $p < 0,05$), psychologicznych ($r = -0,287$; $p < 0,05$), naczynioruchowych ($r = -0,326$; $p < 0,05$), seksualnych ($r = -0,284$; $p < 0,05$) oraz sumą objawów naczynioruchowych i seksualnych ($r = -0,333$; $p < 0,05$). Wskaźnik ogólny nasilenia objawów andropauzalnych okazał się niższy przy większym zaangażowaniu w inne rodzaje aktywności ($r = -0,388$; $p < 0,05$).

W przypadku mężczyzn w wieku 53–68 lat (tab. 23) zaangażowanie w pracę zawodową współwystępowało z niższym nasileniem objawów andropauzalnych, takich jak zaburzenia fizyczne ($r = -0,390$; $p < 0,001$) i naczynioruchowe ($r = -0,503$; $p < 0,001$). Związek taki dotyczył też sumy zaburzeń naczynioruchowych i seksualnych ($r = -0,403$; $p < 0,001$). Mężczyznom bardziej zaangażowanym zawodowo towarzyszy mniej objawów andropauzalnych. Także aktywność społeczna wiąże się z łagodniejszym doświadczaniem zaburzeń naczynioruchowych i seksualnych ($r = -0,230$; $p < 0,05$). Wskaźnik ogólny objawów andropauzalnych okazał się niższy przy większym zaangażowaniu zarówno w rolę społeczną ($r = -0,222$; $p < 0,05$), jak i zawodową ($r = -0,435$; $p < 0,001$).

Dane dotyczące związku objawów menopauzalnych i intensywności zaangażowania w role rodzinne, zawodowe i społeczne w trzech grupach kobiet przedstawiają tabele 24, 25, 26.

Tabela 24

*Obecność i zaangażowanie w roli społecznej u kobiet w okresie premenopauzalnym (N = 46)
a objawy menopauzalne – wartości współczynników korelacji r Pearsona*

Objawy menopauzalne	Rola społeczna
Depresja	0,180
Symptomy somatyczne	-0,304*
Pamięć i uwaga	0,050
Objawy wypadowe	0,245
Niepokój	-0,128
Funkcjonowanie seksualne	0,120
Zaburzenia snu	-0,150
Miesiączkowanie	-0,168
Atrakcyjność	-0,043
Wynik ogólny	-0,043

* $p < 0,05$

Tabela 25

Obecność i zaangażowanie w rolach: zawodowej, rodzinnej i społecznej dla kobiet w okresie perimenopauzy (N = 75) a objawy menopauzalne – wartości współczynników korelacji r Pearsona

Objawy menopauzalne	Rola zawodowa	Rola rodzinna	Rola społeczna
Depresja	0,040	0,280*	0,005
Symptomy somatyczne	0,079	0,147	0,175
Pamięć i uwaga	0,045	-0,040	0,145
Objawy wypadowe	0,049	0,018	0,009
Niepokój	0,030	0,036	-0,068
Funkcjonowanie seksualne	-0,316*	0,005	-0,065
Zaburzenia snu	-0,049	-0,108	0,075
Miesiączkowanie	-0,016	0,102	0,256*
Atrakcyjność	-0,308*	-0,219	-0,008
Wynik ogólny	-0,125	0,017	0,098

* $p < 0,05$

Tabela 26

Obecność i zaangażowanie w rolach: zawodowej i społecznej u kobiet w okresie postmenopauzy (N = 79) a objawy menopauzalne – wartości współczynników korelacji r Pearsona

Objawy menopauzalne	Rola zawodowa	Rola społeczna
Depresja	-0,315*	-0,022
Symptomy somatyczne	-0,350*	0,071
Pamięć i uwaga	-0,401**	-0,003
Objawy wypadowe	-0,098	0,129
Niepokój	-0,354**	-0,137
Funkcjonowanie seksualne	-0,381**	-0,221
Zaburzenia snu	-0,146	0,178
Miesiączkowanie	0,188	0,280*
Atrakcyjność	-0,325*	-0,198
Wynik ogólny	-0,401**	-0,001

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

W grupie kobiet w okresie premenopauzalnym (tab. 24) nie stwierdzono korelacji między rolą zawodową i rodzinną a objawami menopauzalnymi. Natomiast zaangażowanie w roli społecznej współwystępowało z niższym natężeniem objawów somatycznych ($r = -0,304$; $p < 0,05$).

U kobiet w okresie perimenopauzy (tab. 25) zaangażowanie w roli zawodowej koreluje z funkcjonowaniem seksualnym ($r = -0,316$) oraz z poczuciem atrakcyjności ($r = -0,308$; $p < 0,05$). Wzrost zaangażowania w roli zawodowej współwystępuje z mniejszym natężeniem objawów, a więc lepszym funkcjonowaniem

seksualnym i wyższym poczuciem atrakcyjności u kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Być może aktywność zawodowa jest najbardziej gratyfikującą dla kobiet formą aktywności, która przyczynia się do bardziej pozytywnej oceny własnej osoby, lepszego samopoczucia, a tym samym może być także znacząca dla sfery seksualnej. Wzrostowi zaangażowania w roli rodzinnej towarzyszy nasilenie objawów związanych z depresją ($r = 0,280$; $p < 0,05$). Wzrost zaangażowania w roli społecznej może współwystępować z nasileniem problemów związanych z miesiāczkowaniem ($r = 0,256$; $p < 0,05$).

Dla grupy kobiet w okresie postmenopauzy (tab. 26) znaczące dla objawów menopauzalnych okazało się zaangażowanie w rolę zawodową. Wzrost zaangażowania zawodowego korelował ujemnie ze wskaźnikiem ogólnym, co wskazuje na mniejsze nasilenie objawów ($r = -0,401$, $p < 0,001$) oraz z niektórymi z objawów. Współwystępował ze słabszymi symptomami depresji ($r = -0,315$), symptomami somatycznymi ($r = -0,350$), problemami związanymi z pamięcią i uwagą ($r = -0,401$), funkcjonowaniem seksualnym ($r = -0,381$) oraz z postrzeganiem własnej atrakcyjności ($r = -0,325$; $p < 0,05$). Aktywność społeczna współwystępowała natomiast z problemami podobnymi do tych związanych z miesiāczkowaniem ($r = 0,280$; $p < 0,05$).

Zaangażowanie w inne, niewyszczególnione tutaj role, nie korelowało z objawami, co dotyczy kobiet zarówno w okresie premenopauzy, jak i postmenopauzy. Dla kobiet w okresie perimenopauzalnym zaangażowanie w inne role wiązało się jedynie ze wzrostem zakłóceń pamięci i uwagi ($r = 0,236$; $p < 0,05$).

Najważniejszą aktywnością dla mężczyzn i kobiet była praca zawodowa, która okazała się znacząca dla doświadczanych objawów zmian hormonalnych. Mężczyźni w wieku 50–52 lat (w okresie przejściowym) oraz kobiety w okresie okołomenopauzalnym bardziej zaangażowani zawodowo doświadczali mniej dolegliwości somatycznych. Mężczyźni ujawniali mniej objawów związanych z andropauzą, zwłaszcza zaburzeń naczynioruchowych i seksualnych, a kobiety czuły się bardziej atrakcyjne.

Mężczyźni w wieku 50–52 lat, którzy bardziej angażowali się w role związane np. z hobby, słabiej odbierali wszystkie objawy andropauzalne. Najwyraźniej ta dodatkowa aktywność, wymagająca mniej wysiłku, a dająca więcej przyjemności, poprawia nastrój i sposób interpretowania zdarzeń oraz odwraca uwagę od pojawiających się symptomów zmian hormonalnych.

W grupie kobiet w okresie perimenopauzalnym duże zaangażowanie w role rodzinne wiązało się z większym nasileniem objawów depresyjnych, a aktywność społeczna wzmagała dolegliwości miesiāczkowania. Okazuje się, że objawy depresji częściej pojawiają się w okresie perimenopauzalnym niż przed i po menopauzie (Bielawska-Batorowicz, 2006). Według teorii psychospołecznej, klimakterium to trudny okres, który obfituje w wiele życiowych zmian, także w systemie rodzinnym. Zdarzenia te i towarzyszący im stres zwiększają ryzyko zachorowalności na depresję (Bielawska-Batorowicz, 2005d). Ponadto role rodzinne są obarczone wysoką odpowiedzialnością i zależnością emocjonalną. Odejście dzieci z domu oraz opieka nad starzejącymi się rodzicami przy zmianach dokonujących się we własnym ciele mogą zatem nasilać objawy depresji, szczególnie u kobiet bardzo zaangażowanych w role rodzinne. Dodatkowo role rodzinne są często niedoceniane, niedostatecznie nagradzane i traktowane jako przeszkoda

w realizacji innych, niejednokrotnie ważniejszych dla samorealizacji celów. Mężczyznom przypisuje się mniejszą, a kobietom większą odpowiedzialność za role związane z obowiązkami domowymi i wychowaniem dzieci (Haas, 1995). To rolę kobiety jest być ekspertem w sprawach domowych. Stąd interferencja rodzina – praca częściej dotyczy kobiet. Zgodnie z teorią domina, zmiany hormonalne, powodując objawy wazomotoryczne (które okazały się, również w badaniach własnych, bardziej intensywne u kobiet w okresie okołomenopauzalnym), wywołują uczucie zmęczenia i zaburzenia snu, czego konsekwencją są drażliwość i obniżenie nastroju (Avis, 2003, w: Bielawska-Batorowicz, 2005d). Wspomniane objawy mogą być intensyfikowane przez obowiązki domowe.

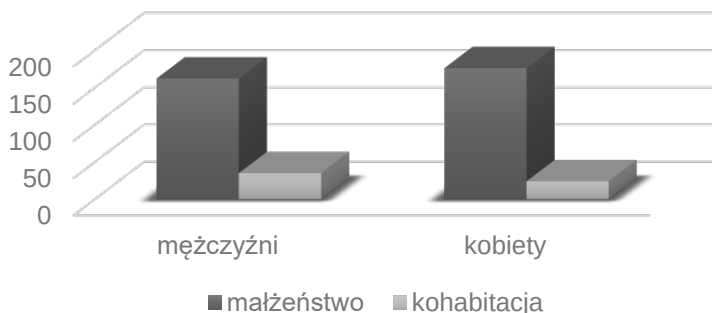
U kobiet w okresie okołomenopauzalnym może dojść do rozwinięcia „fobii społecznej”. Obawa przed oceną własnej osoby dokonywaną przez innych, lęk przed kompromitacją i upokorzeniem, unikanie pewnych sytuacji społecznych, częściej dotyczy kobiety z silnymi objawami wypadowymi, mimo że objawy takie nie są negatywnie postrzegane i oceniane przez otoczenie (Kamańczyk, 2016; Smith i in., 2011). Uderzenia gorąca, pocenie się, czerwienienie (których nasilenie okazało się w badaniach własnych intensywniejsze u kobiet w okresie okołomenopauzalnym) powoduje, że wolą pozostać w ukryciu (Krogulski i Lipińska-Szałek, 2006). Być może silny lęk przed różnymi sytuacjami społecznymi, jak np. spotkania towarzyskie, powoduje u kobiet zgłaszających większy udział w życiu społecznym bardziej nasilone dolegliwości. Im większa bowiem intensywność doświadczanych symptomów, należących do którejkolwiek grupy objawów menopauzalnych (somatycznych, psychologicznych, wazomotorycznych), tym większa dokuczliwość objawów z pozostałych grup (Czarnecka-Iwańczuk i in., 2013).

W grupie mężczyzn w wieku 53–68 lat (z andropauzą) i kobiet po menopauzie większa aktywność zawodowa wiązała się z mniejszym nasileniem prawie wszystkich objawów andro- i menopauzalnych. Wydaje się, że aktywność społeczna stanowi naturalne zadanie rozwojowe dla mężczyzn w wieku 53–68 lat i jest równie ważna dla utrzymania ich pozytywnej samooceny oraz lepszego samopoczucia, co nie dotyczy kobiet po menopauzie.

5.2.3.2. Bliski związek emocjonalny i jego staż a objawy andropauzalne i menopauzalne

Wsparcie, jakie jednostka otrzymuje od swojego partnera, wpływa korzystnie na jej zdrowie. Badania (Czapiński, 2004a; Gove i in., 1983; Janicka, 2002; Pillsworth i Haselton, 2005) wskazują, że gorzej funkcjonują osoby bez partnera – samotne. Stąd w badaniach własnych nie uwzględniono takich osób. Wyniki badań zachodnich (Argyle, 2004; Rhoades i in., 2012; Waite i Gallagher, 2000) i polskich (Janicka, 2006; Ostrowska, 1999) potwierdzają, że dwie formy związków trwałych – małżeństwo i kohabitacja – nie są równoważne w zakresie dawanego i otrzymywanego wsparcia oraz poczucia bezpieczeństwa partnerów. Obecnie jednak kohabitacja traktowana jest jako związek trwały, podobnie jak małżeństwo. Nie było możliwe porównanie, jak mężczyźni i kobiety radzą sobie z andropauzą/menopauzą w zależności od tego, w jakim pozostają związku, wśród badanych przeważały bowiem osoby w związkach małżeńskich

(162 mężczyzn i 176 kobiet). Niewiele osób – 59 (35 mężczyzn i 24 kobiety) było w kohabitacjach. Zwykle był to kolejny związek (po rozwiązaniu małżeństwa) i trwał zdecydowanie krócej niż małżeński.



Rysunek 11. Udział mężczyzn i kobiet w związkach małżeńskich i kohabitacyjnych

Sprawdzono istotność zależności między wiekiem a formą związku u mężczyzn i kobiet w trzech grupach wiekowych. Wyniki prezentują tabele 27 i 28.

Tabela 27
Wiek badanych mężczyzn a forma związku

Forma związku		Wiek			Ogółem
		45–49 lat	50–52 lata	53–68 lat	
Małżeństwo	N	43	47	72	162
	%	76,8%	77,0%	90%	82,2%
Kohabitacja	N	13	14	8	35
	%	23,2%	23%	10%	17,8%
Ogółem	N	56	61	80	197
	%	100%	100%	100%	100%

$\chi^2 = 5,563$
 $p = 0,062$

Tabela 28
Wiek kobiet a forma związku

Forma związku		Wiek kobiet			Ogółem
		45–47 lat	48–50 lat	51–61 lat	
Małżeństwo	N	36	65	75	176
	%	78,3%	86,7%	94,9%	88,0%
Kohabitacja	N	10	10	4	24
	%	21,7%	13,3%	5,1%	12,0%
Ogółem	N	46	75	79	200
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 7,86^*$
 $p = 0,020$

* Uwzględniona została poprawka Yatesa

Tylko w przypadku kobiet zależność wieku i formy związku jest istotna statystycznie. Niemniej u obu płci widoczny jest podobny wzorzec relacji. Większość badanych mężczyzn (82,2%) i kobiet (88%) żyje w związku małżeńskim, przy czym największy odsetek takich osób jest w najstarszych grupach wiekowych.

Staż związku jest często funkcją wieku, a wraz ze wzrostem wieku badanych wzrasta także ryzyko występowania i nasilenia objawów zmian hormonalnych.

Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie korelacji między stażem związku a objawami andropauzalnymi u mężczyzn w wieku 53–68 lat. Być może wynika to z tego, że wśród badanych byli również ci w kolejnym związku, którego staż był krótki. Korelacje dotyczące stażu związku i objawów andropauzalnych w pozostałych grupach mężczyzn prezentuje tabela 29.

Tabela 29

Staż związku a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 45–49 lat (N = 56) i w wieku 50–52 lat (N = 61)

Objawy andropauzalne	Staż związku	
	45–49 lat	50–52 lata
Zaburzenia fizyczne	0,227	0,431**
Zaburzenia naczynioruchowe	0,168	0,370*
Zaburzenia psychologiczne	0,167	–0,111
Zaburzenia seksualne	0,332*	0,200
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	0,315*	0,293*
Wynik ogólny	0,318*	0,254*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Im dłuższy staż związku, tym bardziej nasilone są zaburzenia seksualne, naczynioruchowe i seksualne traktowane łącznie i tym wyższy wskaźnik ogólny objawów andropauzalnych w grupie mężczyzn w wieku 45–49 lat ($p < 0,05$).

W grupie mężczyzn w wieku 50–52 lat istotne zależności ze stażem związku dotyczyły zaburzeń fizycznych, naczynioruchowych, wskaźnika ogólnego objawów andropauzalnych i sumy zaburzeń naczynioruchowych i seksualnych ($p < 0,05$).

Nie stwierdzono istotnych korelacji między stażem związku a objawami menopauzalnymi u kobiet z grupy premenopauzalnej. Kobiety te w porównaniu z tymi w okresie perimenopauzalnym i postmenopauzalnym prawdopodobnie doświadczają najmniej objawów zmian hormonalnych, a ich związki są krótsze.

Korelacje dotyczące stażu związku i objawów menopauzalnych dla grup kobiet perimenopauzalnej i postmenopauzalnej prezentuje tabela 30.

Tabela 30

Staż związku a objawy menopauzalne u kobiet z grupy perimenopauzalnej (N = 75) oraz z grupy postmenopauzalnej (N = 79)

Objawy menopauzalne	Staż związku	
	Perimenopauza	Postmenopauza
Depresja	0,141	0,232*
Symptomy somatyczne	0,187	0,402**
Pamięć i uwaga	0,066	0,307*
Objawy wypadowe	0,088	0,252*
Niepokój	0,063	0,271*
Funkcjonowanie seksualne	-0,311*	0,221
Zaburzenia snu	0,142	0,153
Miesiączkowanie	0,023	-0,096
Atrakcyjność	-0,085	0,216
Wynik ogólny	-0,028	0,360**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

U kobiet w okresie perimenopauzalnym staż związku okazał się znaczący dla funkcjonowania seksualnego ($r = -0,311$; $p < 0,05$). Dłuższy staż związku może wiązać się z większą akceptacją zmian związanych z aktywnością seksualną. Może to sprzyjać postrzeganiu objawów jako mniej intensywnych.

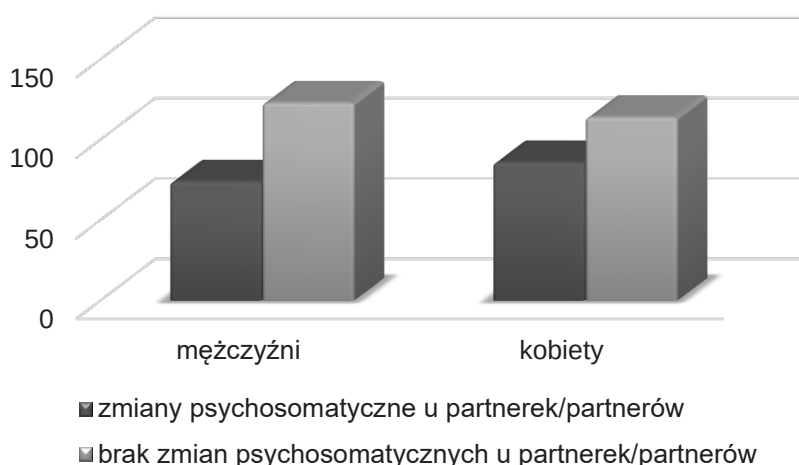
Istotne zależności między stażem związku a nasileniem objawów menopauzalnych u kobiet z grupy postmenopauzalnej dotyczą depresji, objawów somatycznych, pamięci i uwagi, objawów wypadowych, zaburzeń nastroju oraz wskaźnika ogólnego objawów menopauzalnych ($p < 0,05$). Objawy te są bardziej nasilone u kobiet z dłuższym stażem związku.

Wśród młodszych kobiet, staż związku nie okazał się znaczący dla ich funkcjonowania psychicznego i somatycznego. Inaczej jest z odpowiadającą im grupą mężczyzn (w wieku 45–49 lat). W grupie tej im dłuższy staż związku, tym więcej skarg na zaburzenia seksualne, naczynioruchowe i seksualne oraz wyższy wskaźnik ogólny objawów związanych z niedoborem androgenów.

W przypadku mężczyzn w wieku 50–52 lat długość stażu związku współwystępuje z większą liczbą zaburzeń andropauzalnych. Funkcjonowanie seksualne kobiet w okresie okołomenopauzalnym okazało się lepsze wraz ze wzrostem stażu związku. Trzecia grupa kobiet przejawia najwięcej dolegliwości, które nasilają się wraz z wydłużeniem stażu związku, przy czym zależności te nie dotyczą – tak jak u młodszych kobiet – zaburzeń seksualnych. Możliwe, że ta sfera aktywności staje się mniej ważna. Kobiety starsze prawdopodobnie w mniejszym stopniu dążą do aktów seksualnych, co ogranicza ewentualne doświadczanie zaburzeń seksualnych związanych ze zmianami hormonalnymi.

5.2.3.3. Zmiany psychosomatyczne u partnera a objawy andropauzalne i menopauzalne

Spostrzeganie zmian psychicznych i somatycznych u partnera, podobnych do własnych i obserwowanych w okresie andro- lub menopauzy, szczególnie gdy partner jest w zbliżonym wieku, może mieć znaczenie dla własnych symptomów zmian hormonalnych. Dolegliwości partnera mogą prowokować do odkrywania podobnych zmian u siebie, stanowić dodatkowo źródło stresu, wzmacniać własne objawy albo prowadzić do ich ignorowania. Dzieje się tak wtedy, gdy cała uwaga jest skoncentrowana na partnerze i konieczności opieki nad nim. Także silnie doświadczanie własnych objawów może, w efekcie projekcji, skutkować przypisywaniem partnerowi podobnych symptomów. Udział mężczyzn i kobiet obserwujących zmiany psychosomatyczne u swojej partnerki/partnera prezentuje rysunek 12.



Rysunek 12. Udział mężczyzn i kobiet obserwujących zmiany psychosomatyczne u swojej partnerki / swojego partnera

Spośród badanych, 81% osób (74 mężczyzn, tj. 38%; i 86 kobiet, tj. 43%) zgłosiło widoczne zmiany w funkcjonowaniu psychosomatycznym swojego partnera. Większość z nich należała do najstarszych grup. Spośród mężczyzn w wieku 53–68 lat dotyczyło to 58%, a u kobiet po menopauzie – 55%. Warto pamiętać, że kobiety po menopauzie i mężczyźni w wieku 53–68 lat to osoby, które zgłaszały najwięcej objawów zmian hormonalnych.

Obserwowanie zmian w funkcjonowaniu partnerki nie różnicuje mężczyzn z najmłodszej grupy wiekowej (45–49 lat) pod względem doświadczania własnych symptomów andropauzalnych. Wyniki dotyczące występowania i nasilenia objawów andropauzalnych u mężczyzn w wieku 50–52 lat i 53–68 lat w sytuacji występowania zmian psychosomatycznych u partnerek prezentują tabele 31 i 32.

Tabela 31

Objawy andropauzalne a spostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnerki przez mężczyzn w wieku 50–52 lat (N = 61)

Objawy andropauzalne	Obecność zmian psychosomatycznych u partnerki	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,59)	p
Zaburzenia fizyczne	Nie	42	3,67	1,60	9,487	0,003
	Tak	19	5,05	1,68		
Zaburzenia naczynioruchowe	Nie	42	2,17	1,56	4,870	0,031
	Tak	19	3,11	1,49		
Zaburzenia psychologiczne	Nie	42	4,31	2,05	0,033	0,857
	Tak	19	4,21	1,78		
Zaburzenia seksualne	Nie	42	3,62	2,25	5,786	0,019
	Tak	19	5,32	3,13		
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	Nie	42	5,76	3,37	7,031	0,010
	Tak	19	8,42	4,15		
Wynik ogólny	Nie	42	13,86	5,84	5,183	0,026
	Tak	19	17,63	6,34		

Tabela 32

Objawy andropauzalne a spostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnerki przez mężczyzn w wieku 53–68 lat (N = 80)

Objawy andropauzalne	Obecność zmian psychosomatycznych u partnerki	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,78)	p
Zaburzenia fizyczne	Nie	36	4,39	1,86	16,325	0,001
	Tak	44	6,16	2,02		
Zaburzenia naczynioruchowe	Nie	36	2,58	1,84	16,630	0,001
	Tak	44	4,18	1,66		
Zaburzenia psychologiczne	Nie	36	4,47	2,09	0,0001	0,991
	Tak	44	4,48	2,11		
Zaburzenia seksualne	Nie	36	4,67	2,10	6,160	0,015
	Tak	44	5,86	2,18		
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	Nie	36	7,17	3,16	16,011	0,001
	Tak	44	9,98	3,10		
Wynik ogólny	Nie	36	16,11	5,70	14,619	0,001
	Tak	44	20,68	4,99		

Istotne różnice pomiędzy mężczyznami w wieku 50–52 lat (tab. 31), obserwującymi i nieobserwującymi zmian psychosomatycznych u partnerek, dotyczą zaburzeń fizycznych, naczynioruchowych, seksualnych, ogólnego wskaźnika

objawów andropuzalnych oraz sumy zaburzeń naczynioruchowych i seksualnych ($p < 0,05$). Wszystkie te objawy są bardziej nasilone u mężczyzn, którzy obserwują zmiany w funkcjonowaniu swoich partnerek.

Mężczyźni w wieku 53–68 lat (tab. 32), którzy obserwują zmiany psychosomatyczne u swoich partnerek, podobnie jak ci wieku 50–52 lat, różnią się w doświadczaniu większości objawów (z wyjątkiem psychologicznych) w porównaniu z tymi, którzy takich zmian nie zauważają.

Jedynie 12 kobiet w okresie premenopauzy obserwowało objawy psychosomatyczne u partnera, stąd nie przeprowadzono porównań w tej grupie. Wyniki dotyczące występowania i nasilenia objawów menopauzalnych u kobiet w sytuacji występowania zmian psychosomatycznych u partnera przedstawiono dla kobiet w okresie okołomenopauzalnym (tab. 33) oraz dla kobiet po menopauzie (tab. 34).

Tabela 33

Objawy menopauzalne a spostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnera przez kobiety z grupy perimenopauzalnej (N = 75)

Objawy menopauzalne	Obecność zmian psychosomatycznych u partnera	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,73)	p
Depresja	Nie	47	0,207	0,200	1,595	0,211
	Tak	28	0,277	0,286		
Symptomy somatyczne	Nie	47	0,445	0,240	5,872	0,018
	Tak	28	0,577	0,206		
Pamięć i uwaga	Nie	47	0,422	0,283	2,736	0,102
	Tak	28	0,545	0,354		
Objawy wypadowe	Nie	47	0,691	0,305	2,496	0,118
	Tak	28	0,804	0,283		
Niepokój	Nie	47	0,351	0,274	0,240	0,626
	Tak	28	0,384	0,293		
Funkcjonowanie seksualne	Nie	47	0,345	0,360	2,238	0,139
	Tak	28	0,473	0,356		
Zaburzenia snu	Nie	47	0,508	0,284	0,443	0,508
	Tak	28	0,461	0,318		
Miesiączkowanie	Nie	47	0,489	0,330	0,228	0,635
	Tak	28	0,455	0,236		
Atrakcyjność	Nie	47	0,468	0,352	0,134	0,715
	Tak	28	0,500	0,385		
Wynik ogólny	Nie	47	3,924	1,476	2,535	0,116
	Tak	28	4,477	1,416		

Tabela 34

Objawy menopauzalne a spostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnera przez kobiety z grupy postmenopauzalnej (N = 79)

Objawy menopauzalne	Obecność zmian psychosomatycznych u partnera	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (2,77)	p
Depresja	Nie	33	0,127	0,137	22,54	0,001
	Tak	46	0,369	0,268		
Symptomy somatyczne	Nie	33	0,428	0,260	7,295	0,008
	Tak	46	0,573	0,217		
Pamięć i uwaga	Nie	33	0,462	0,372	7,863	0,006
	Tak	46	0,701	0,374		
Objawy wypadowe	Nie	33	0,545	0,361	0,508	0,478
	Tak	46	0,609	0,407		
Niepokój	Nie	33	0,291	0,251	3,143	0,080
	Tak	46	0,402	0,291		
Funkcjonowanie seksualne	Nie	33	0,502	0,373	11,28	0,001
	Tak	46	0,766	0,322		
Zaburzenia snu	Nie	33	0,371	0,284	8,897	0,004
	Tak	46	0,580	0,323		
Miesiączkowanie	Nie	33	0,182	0,200	0,253	0,617
	Tak	46	0,207	0,225		
Atrakcyjność	Nie	33	0,379	0,307	4,042	0,048
	Tak	46	0,543	0,392		
Wynik ogólny	Nie	33	3,287	1,524	14,67	0,001
	Tak	46	4,728	1,733		

Obserwowanie objawów psychosomatycznych u partnera różnicuje intensywność objawów somatycznych ($p < 0,05$) doświadczanych przez kobiety w okresie okołomenopauzalnym (tab. 33). Kobiety, które spostrzegają niepokojące objawy u swoich partnerów, ujawniają więcej własnych symptomów somatycznych ($M = 0,577$) niż kobiety, które nie dostrzegają tego typu zmian ($M = 0,445$).

Kobiety w okresie postmenopauzalnym (tab. 34) obserwujące negatywne zmiany w funkcjonowaniu psychosomatycznym partnera, w porównaniu z pozostałymi z tej samej grupy, zgłaszają istotnie ($p < 0,05$) więcej objawów depresji ($M = 0,369$ vs. $M = 0,127$), objawów somatycznych ($M = 0,573$ vs. $M = 0,428$), ogólnie związanych z menopauzą ($M = 4,728$ vs. $M = 3,287$), zaburzeń pamięci i uwagi ($M = 0,710$ vs. $M = 0,462$), zaburzeń funkcjonowania seksualnego ($M = 0,766$ vs. $M = 0,502$), zaburzeń snu ($M = 0,580$ vs. $M = 0,328$) oraz mogą czuć się mniej atrakcyjne ($M = 0,543$ vs. $M = 0,379$).

Zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet zmiany w funkcjonowaniu psychosomatycznym partnerów mogą być znaczące dla spostrzegania własnych objawów

andro- lub menopauzalnych. Na uwagę zasługuje fakt, że znaczenie dolegliwości partnera dla doświadczania własnych objawów rośnie wraz z wiekiem. Najmłodszy mężczyźni (w wieku 45–49 lat) nie obserwują u siebie nasilenia żadnych zaburzeń, niezależnie od tego, czy partnerka ma widoczne objawy, somatyczne i psychiczne, czy nie. Mężczyźni starsi (50–52 lata) i najstarsi (53–68 lat) w sytuacji widocznych zmian u partnerki odczuwają większe nasilenie wszystkich objawów (z wyjątkiem zaburzeń psychologicznych). Nieco inaczej jest z kobietami. Obserwowane zmiany psychosomatyczne u partnera współwystępują ze zgłaszaniem większej liczby objawów somatycznych przez kobiety w okresie okołomenopauzalnym, a u kobiet z grupy postmenopauzalnej dotyczy to większości objawów.

Należy wnioskować, że mężczyźni 50+, którzy obserwują zmiany psychosomatyczne u swojej partnerki, są bardziej wrażliwi na własne objawy andropauzalne. Dotyczy to również kobiet po menopauzie (w wieku 51+), które informują o większej liczbie własnych objawów, gdy obserwują zmiany psychosomatyczne u swojego partnera.

5.2.3.4. *Własna postawa wobec andropauzy i menopauzy*

To, jak człowiek się czuje i reaguje na sygnały płynące z własnego ciała, wynika niejednokrotnie z wiedzy, jaką ma na dany temat. Oczekiwanie zmian, koncentrowanie się na objawach, postrzeganie ich nie jako typowych dla określonego wieku, ale jako zagrożenia chorobą czy starością, może decydować o ich nasileniu. Ważne są również informacje, jakie odbieramy od innych na temat andropauzy czy menopauzy. Zwykle postrzegamy i oceniamy objawy w perspektywie ocen innych, na które wpływają również wzorce kulturowe i społeczne.

Andropauza to pojęcie mało znane i rozumiane, używane raczej w żartobliwym kontekście niż odnoszące się do ewentualnie występujących dolegliwości. Spostrzegane zmiany tłumaczone są zwykle przemęczeniem, a jeżeli są bardziej dotkliwe i powtarzają się, to przypisywane są chorobie lub procesowi starzenia się, którym mają prawo towarzyszyć.

Inaczej jest z menopauzą. W naszej kulturze klasyfikuje się kobiety w określonym wieku jako te, które „przekwitają”. Zmiany w ich zachowaniu, smutek, nerwowość itp. przypisywane są zwykle menopauzie. Kobieta oczekuje tych zmian jako właściwych dla wieku, co – stymulowane negatywną postawą innych – stanowi zwykle o braku akceptacji tych objawów i ich nasileniu.

Dla mężczyzn znacząca dla występowania i nasilenia objawów okazała się własna postawa wobec andropauzy. Wartości współczynników korelacji między objawami andropauzalnymi a własną postawą wobec andropauzy dla wyróżnionych grup mężczyzn prezentuje tabela 35.

Tabela 35

Postawa wobec andropauzy u mężczyzn w wieku 45–49 lat (N = 56), 50–52 lat (N = 61), 53–68 lat (N = 80) a objawy andropauzalne – wartości współczynników korelacji r Pearsona

Objawy andropauzalne	Własna postawa wobec andropauzy		
	45–49 lat	50–52 lata	53–68 lat
Zaburzenia fizyczne	–0,339*	–0,275*	0,440
Zaburzenia naczynioruchowe	–0,155	–0,260*	0,210
Zaburzenia psychologiczne	–0,083	–0,346*	–0,246*
Zaburzenia seksualne	–0,207	–0,027	–0,077
Zaburzenia naczynioruchowe i seksualne	–0,214	–0,129	–0,055
Wynik ogólny	–0,263	–0,263*	–0,096

$p < 0,05^*$

U mężczyzn w wieku 45–49 lat istotna korelacja wystąpiła jedynie między własną postawą wobec andropauzy a zaburzeniami fizycznymi ($r = -0,339$; $p < 0,05$) – bardziej pozytywna postawa współwystępowała z mniejszą liczbą zaburzeń fizycznych.

Dla grupy badanych mężczyzn w wieku 50–52 lat istotne statystycznie okazały się korelacje między objawami niedoboru androgenów a własną postawą wobec andropauzy. Mężczyźni, którzy podważali występowanie andropauzy lub byli skłonni traktować ją jako normalny okres w życiu, zgłaszali mniej zaburzeń fizycznych ($r = -0,275$; $p < 0,05$), naczynioruchowych ($r = -0,260$; $p < 0,05$), psychologicznych ($r = -0,346$; $p < 0,05$) oraz związanych z niedoborem androgenów – wynik ogólny ($r = -0,263$; $p < 0,05$).

Dla badanej grupy mężczyzn w wieku 53–68 lat istotna korelacja wystąpiła między własną postawą wobec andropauzy a zaburzeniami psychologicznymi ($r = -0,246$; $p < 0,05$). Okazuje się, że mniejsze nasilenie objawów psychologicznych współwystępuje z bardziej pozytywną oceną andropauzy.

Korelacje między własną postawą wobec menopauzy a występowaniem i nasileniem objawów w trzech grupach kobiet prezentuje tabela 36.

Tabela 36

Własna postawa wobec menopauzy u kobiet w okresie premenopauzalnym (N = 46), perimenopauzalnym (N = 73), postmenopauzalnym (N = 79) a ich objawy menopauzalne – wartości współczynników korelacji r Pearsona

Objawy menopauzalne	Własna postawa wobec menopauzy		
	Premenopauza	Perimenopauza	Postmenopauza
1	2	3	4
Depresja	–0,372*	0,077	–0,389**
Symptomy somatyczne	–0,176	0,154	–0,429**
Pamięć i uwaga	–0,098	0,084	–0,412**

1	2	3	4
Objawy wypadowe	-0,305*	0,166	-0,245*
Niepokój	-0,236	0,096	-0,465**
Funkcjonowanie seksualne	0,132	0,038	-0,345*
Zaburzenia snu	-0,008	0,046	-0,461**
Miesiączkowanie	-0,184	0,022	-0,181
Atrakcyjność	-0,377*	0,276*	-0,354**
Wynik ogólny	-0,292*	0,198	-0,563**

$p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$

U kobiet w okresie premenopauzy istotne korelacje dotyczą własnej postawy wobec menopauzy i oceny własnej atrakcyjności ($r = -0,377$; $p < 0,05$). Pozytywna postawa wobec menopauzy sprzyjała poczuciu atrakcyjności. Istotne współzależności z własną postawą wobec menopauzy dotyczą takich objawów jak depresja ($r = -0,372$; $p < 0,05$), objawy wypadowe ($r = -0,305$; $p < 0,05$) oraz ogólny wskaźnik objawów menopauzalnych ($r = -0,292$; $p < 0,05$). Bardziej pozytywnej postawie towarzyszyło mniejsze nasilenie tych objawów.

U kobiet w okresie okołomenopauzalnym korelacje pomiędzy doświadczaniem objawów a postawą wobec menopauzy okazały się istotne tylko w przypadku jednego objawu. Istotne korelacje wystąpiły pomiędzy oceną własnej atrakcyjności i własną postawą wobec menopauzy ($r = 0,276$; $p < 0,05$). Kobiety w okresie perimenopauzalnym, które oceniały menopauzę jako początek nowego i dającego wiele satysfakcji okresu życia lub jako normalny, kolejny etap w życiu, nisko oceniały własną atrakcyjność. Mimo pozytywnej postawy wobec menopauzy kobiety te szczególnie surowo oceniają własną atrakcyjność. U kobiet po menopauzie pozytywna postawa wobec zmian hormonalnych, związana z ich akceptacją, sprzyja pozytywnej ocenie prawie wszystkich objawów menopauzalnych.

Na uwagę zasługuje jeszcze fakt, że w drugiej grupie kobiet (perimenopauzalnej) w przeciwieństwie do pozostałych kobiet, ale także do mężczyzn, zależności mogą przybierać odwrotny kierunek. Kobiety te im bardziej pozytywnie oceniały menopauzę, tym gorzej oceniały własną atrakcyjność. Prawdopodobnie pozytywna ocena menopauzy daje kobietom możliwość wyjaśniania, usprawiedliwiania niekorzystnych zmian czy niskiej atrakcyjności. Uznaje się, że grupa kobiet znajdujących się w okresie okołomenopauzalnym zasługuje na szczególną uwagę. Ich własny wizerunek podlega największym zmianom (Głębocka, 2009). Mimo, jak się zdaje, pozytywnej postawy wobec menopauzy, kobiety w okresie okołomenopauzalnym nie są w stanie ignorować pierwszych wyraźnych zmian w ich funkcjonowaniu. W przypadku, gdy nie posiadają dostatecznej ilości informacji na temat menopauzy, w formułowaniu własnej oceny częściej kierują się emocjami lub opiniami innych osób. Wiedza kobiet na temat klimakterium często nie ma odzwierciedlenia w osobistych przeżyciach związanych ze zmianami menopauzalnymi zachodzącymi w ich własnych ciałach, stąd oczekują one informacji, że

doświadczenia, które budzą ich niepokój, są czymś normalnym. Wcześniejsze badania wykazały, że kobiety czują się zwykle nieprzygotowane na okres okołomenopauzalny i menopauzę (Marnocha i in., 2011).

5.3. Czynniki ryzyka objawów andro- i menopauzalnych – analiza porównawcza

Czynniki mające znaczenie dla intensywności objawów andropauzalnych u mężczyzn, w zależności od ich wieku, oraz objawów menopauzalnych u kobiet, w zależności od ich doświadczeń związanych z miesiączkowaniem, przedstawia tabela 36.

Wyróżnione czynniki ryzyka objawów andro- i menopauzalnych można zaklasyfikować do trzech kategorii. Pierwsza obejmuje zmienne związane z cechami indywidualnymi (wiek, wskaźnik BMI, obecność choroby przewlekłej). Druga dotyczy stylu życia jednostki (sposób odżywiania się, palenie tytoniu, aktywność fizyczna). Trzecia kategoria to czynniki psychospołeczne: pełnienie ról (obecność oraz ocena zaangażowania w roli zawodowej, rodzinnej, społecznej i innych), bliski związek emocjonalny i jego staż, spostrzeganie u partnera zmian psychosomatycznych, percepcja zmian hormonalnych wyznaczona własną postawą wobec andropauzy i menopauzy. W tabeli 37 uwzględniono te czynniki ryzyka, które intensyfikują objawy meno- i andropauzalne. W przypadku analiz opartych na korelacji r Pearsona przyjęto te istotne zależności między czynnikami ryzyka a nasileniem objawów andro- i menopauzalnych, gdzie r Pearsona było większe od 0,31.

W grupie mężczyzn w wieku 45–49 lat do czynników ryzyka nasilenia objawów andropauzalnych należą: palenie tytoniu, niewłaściwe odżywianie się, długi staż związku oraz negatywna postawa wobec andropauzy. Mężczyźni ci doświadczają więcej objawów zmian hormonalnych.

Dla mężczyzn w wieku 50–52 lat za nasilenie objawów związanych z niedoborem androgenów odpowiada: niski wskaźnik BMI, niezdrowe odżywianie się, brak aktywności fizycznej, długi staż związku i obserwowane zmiany psychosomatyczne u partnerki, małe zaangażowanie w rolach zawodowej i innych oraz negatywna postawa wobec andropauzy.

Mężczyźni w wieku 53–68 lat, którzy nie są aktywni fizycznie, chorują przewlekłe i dostrzegają negatywne zmiany w funkcjonowaniu partnerki, mają więcej dolegliwości andropauzalnych niż ci, którzy są aktywni fizycznie, nie chorują i nie dostrzegają żadnych zmian w funkcjonowaniu partnerki. Ponadto starszy wiek własny, niższy wskaźnik BMI, mniejsze zaangażowanie w roli zawodowej współwystępują z większym nasileniem objawów zmian hormonalnych.

Najwięcej czynników ryzyka (8, tj. 73%) nasilenia objawów andropauzalnych dotyczy grupy mężczyzn w wieku 50–52 lat, mniej (6, tj. 55%) mężczyzn w wieku 53–68 lat, a najmniej czynników ryzyka (4, tj. 36%) występuje u mężczyzn

w wieku 45–49 lat. Hipotezę 3 potwierdzono tylko odnośnie do grupy mężczyzn w wieku 50–52 lat. O nasileniu objawów zmian andropauzalnych u mężczyzn z tej grupy stanowi najwięcej (spośród analizowanych w badaniach własnych) czynników ryzyka.

Tabela 37

Czynniki ryzyka („+” oznacza czynniki znaczące) objawów andropauzalnych w trzech grupach mężczyzn (1 – w wieku 45–49 lat, 2 – w wieku 50–52 lat, 3 – w wieku 53–68 lat) i objawów menopauzalnych w trzech grupach kobiet (1 – premenopauzalnej, 2 – perimenopauzalnej, 3 – postmenopauzalnej)

Czynniki ryzyka			Objawy andropauzalne			Objawy menopauzalne		
			Grupy mężczyzn			Grupy kobiet		
			1	2	3	1	2	3
Cechy indywidualne	Wiek	Wiek			+			+
		Niski wskaźnik BMI		+	+			
		Choroby przewlekłe			+			+
Styl życia	Niezdrowe odżywianie	Niezdrowe odżywianie	+	+			+	
		Palenie tytoniu	+				+	
		Brak aktywności fizycznej		+	+			+
		Aktywność fizyczna						+
Psycho-społeczne	Związek z partnerem/partnerką	Długi staż związku	+	+				+
		Krótki staż związku					+	
		Spostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnera		+	+		+	+
	Pełnienie ról	Brak lub małe zaangażowanie w roli zawodowej		+	+		+	+
		Brak zaangażowania w innych rolach: edukacja, hobby, inne		+				
	Postawa	Negatywna postawa wobec andropauzy/menopauzy	+	+		+		+

Najwięcej wspólnych czynników ryzyka objawów andropauzalnych wystąpiło w grupach drugiej i trzeciej – przejściowej oraz z andropauzą, tj. u mężczyzn w wieku 50–52 lat i 53–68 lat. Należą do nich: wskaźnik BMI, aktywność fizyczna, obserwowane zmiany psychosomatyczne u partnerki, zaangażowanie w roli zawodowej.

Dla mężczyzn w wieku 45–49 lat, podobnie jak dla tych w wieku 50–52 lat, istotne dla doświadczeń związanych z andropauzą okazały się niezdrowe odżywianie się, długi staż związku i negatywna własna postawa wobec andropauzy.

U kobiet należących do grupy pierwszej (premenopauzalnej), do czynników ryzyka o charakterze psychospołecznym należy własna negatywna postawa wobec menopauzy. Im bardziej negatywna postawa kobiet wobec menopauzy, tym częściej postrzegają zmiany hormonalne jako dokuczliwe.

Kobiety z grupy drugiej (perimenopauzalnej), które palą papierosy, niezdrowo się odżywiają, mają krótszy staż związku i dostrzegają negatywne zmiany w funkcjonowaniu psychosomatycznym partnera, a dodatkowo są mniej zaangażowane w role zawodowe, doświadczają więcej i bardziej nasilonych objawów menopauzalnych.

U kobiet zaklasyfikowanych do grupy trzeciej (postmenopauzalnej), czynników ryzyka wysokiego nasilenia objawów menopauzalnych jest najwięcej. Należą do nich: wiek, aktywność fizyczna, choroba przewlekła, staż związku, obserwowane zmiany psychosomatyczne u partnera, aktywność zawodowa, własna postawa wobec menopauzy. Kobiety starsze, które chorują przewlekłe, są w związkach o dłuższym stażu, z partnerem z widocznymi zmianami w funkcjonowaniu psychosomatycznym, mniej aktywne zawodowo i oceniające menopauzę negatywnie, przejawiają więcej dolegliwości. Większa aktywność fizyczna w tej grupie kobiet wiązała się z bardziej pozytywną oceną własnej atrakcyjności, ale jednocześnie z większym nasileniem objawów wypadowych i przypominających te, które towarzyszą miesiączkowaniu.

Najwięcej wspólnych czynników ryzyka nasilenia objawów menopauzalnych charakteryzowało kobiety w okresie okołomenopauzalnym i postmenopauzalnym (staż związku, spostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnera, zaangażowanie w rolę zawodową). Dla grupy premenopauzalnej i postmenopauzalnej wspólna okazała się tylko negatywna własna postawa wobec menopauzy.

Można zatem wnioskować, że największy udział czynników ryzyka występowania i nasilenia objawów menopauzalnych dotyczy kobiet w okresie postmenopauzalnym, a najmniejszy – kobiet z grupy premenopauzalnej.

Odpowiadając na pytanie o ewentualne podobieństwa między andropauzą a menopauzą pod względem czynników ryzyka nasilenia objawów, dokonano porównania trzech grup kobiet z odpowiednimi trzema grupami mężczyzn (tab. 38, 39, 40).

Tabela 38

Czynniki ryzyka objawów andropauzalnych u mężczyzn w wieku 45–49 lat (grupa 1)
i menopauzalnych u kobiet w okresie premenopauzalnym (grupa 1) („+” oznacza czynniki znaczące)

Czynniki ryzyka			Objawy andropauzalne Grupa mężczyzn 1	Objawy menopauzalne Grupa kobiet 1
Styl życia		Niezdrowe odżywianie	+	
		Palenie tytoniu	+	
Psycho- społeczne	Związek z partnerem / partnerką	Długi staż związku	+	
		Spostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnera		
	Postawa	Negatywna postawa wobec andropauzy/ menopauzy	+	+

Tabela 39

Czynniki ryzyka objawów andropauzalnych u mężczyzn w wieku 50–52 lat (grupa 2)
i menopauzalnych u kobiet w okresie okołomenopauzalnym (grupa 2) i („+” oznacza czynniki znaczące)

Czynniki ryzyka			Objawy andropauzalne Grupa mężczyzn 2	Objawy menopauzalne Grupa kobiet 2
Cechy indywidualne		Niższy wskaźnik BMI	+	
Styl życia		Niezdrowe odżywianie się	+	+
		Palenie tytoniu		+
		Brak aktywności fizycznej	+	
Psycho- społeczne	Związek z partnerem/ partnerką	Długi staż związku	+	
		Krótki staż związku		+
		Spostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnera	+	+
	Pełnienie ról	Brak lub małe zaangażowanie w roli zawodowej	+	+
		Brak zaangażowania w innych rolach: edukacja, hobby, inne	+	
	Postawa	Negatywna postawa wobec menopauzy/ andropauzy	+	

Tabela 40

Czynniki ryzyka objawów andropauzalnych u mężczyzn w wieku 53–69 lat (grupa 3) i menopauzalnych u kobiet w okresie postmenopauzalnym (grupa 3) („+” oznacza czynniki znaczące)

Czynniki ryzyka		Objawy andropauzalne Grupa mężczyzn 3	Objawy menopauzalne Grupa kobiet 3
Cechy indywidualne	Wiek	+	+
	Niższy wskaźnik BMI	+	
	Obecność choroby przewlekłej	+	+
Styl życia	Brak aktywności fizycznej	+	+
	Aktywność fizyczna		+
Psycho-społeczne	Związek z partnerem / partnerką		+
			+
	Pełnienie ról		+
			+
	Postawa		+

Do wspólnych czynników ryzyka nasilenia objawów zmian hormonalnych w najmłodszej grupie mężczyzn i kobiet (tab. 38) należy jedynie własna postawa wobec andropauzy/menopauzy. Negatywna postawa wobec andropauzy u mężczyzn i menopauzy u kobiet charakteryzowała osoby o większym nasileniu doświadczanych zmian hormonalnych. Do wspólnych czynników ryzyka nasilenia objawów zmian hormonalnych u mężczyzn i kobiet w tzw. okresie „przejściowym” (tab. 39) należą: niezdrowy tryb życia (niezdrowe odżywianie się, palenie tytoniu u kobiet i brak aktywności fizycznej u mężczyzn); niekorzystne relacje z partnerem (wiążane ze stażem związku i spostrzeganiem u niego zmian psychosomatycznych), brak lub małe zaangażowanie w roli zawodowej u kobiet i mężczyzn, ale u mężczyzn również brak zaangażowania w innych rolach. Osoby, które niezdrowo się odżywiają i spostrzegają negatywne zmiany w funkcjonowaniu partnera, silniej doświadczają klimakterium. Im mniejsze zaangażowanie w roli zawodowej, tym większe nasilenie dolegliwości andropauzalnych u mężczyzn i menopauzalnych u kobiet.

U mężczyzn w wieku 53–68 lat i kobiet należących do grupy postmenopauzalnej (tab. 40) wspólnymi czynnikami ryzyka nasilenia objawów zmian hormonalnych są: wiek, obecność przewlekłej choroby, niezdrowy styl życia, czego przejawem jest brak aktywności fizycznej, spostrzegane zmiany w funkcjonowaniu partnera, brak lub małe zaangażowanie w roli zawodowej. Osoby starsze, mniej

zaangażowane zawodowo, które obserwują negatywne zmiany psychofizyczne u partnera i cierpią na przewlekłą chorobę, wydają się bardziej dotkliwie doświadczać klimakterium. Brak aktywności fizycznej u mężczyzn wiąże się z większym nasileniem objawów andropauzalnych. Kobiety nieaktywne fizycznie skarżą się na niższą atrakcyjność, natomiast aktywne doświadczają bardziej nasilonych objawów wypadowych. Występowanie i nasilenie objawów kobiety łączą wyraźniej z jakością bliskiej relacji. Wskazały na dwa czynniki ryzyka: staż związku oraz postrzeganie zmian psychosomatycznych u partnera. Dla mężczyzn istotne okazały się zmiany psychosomatyczne u partnerki.

Podsumowując, najwięcej podobnych czynników ryzyka objawów mają mężczyźni i kobiety z grupy trzeciej, czyli osoby najstarsze (tab. 40 – pięć czynników, w tym dwa należące do kategorii związanej z cechami indywidualnymi, a trzy z obszaru czynników psychospołecznych). Mniej wspólnych czynników ryzyka występuje w grupie drugiej – „przejściowej” (tab. 39 – trzy czynniki, w tym jeden związany z niezdrowym stylem życia i dwa należące do psychospołecznych). Najmniej wspólnych czynników ryzyka objawów można zaobserwować w najmłodszej grupie (tab. 38 – jeden czynnik – negatywna postawa wobec andro- i menopauzy). Należy sadzić, że osoby najmłodsze spodziewają się i obawiają zmian związanych z klimakterium, dlatego oceniają je negatywnie. Potwierdzono hipotezę 4 – zarówno u mężczyzn, jak i kobiet, podobne czynniki ryzyka są odpowiedzialne za nasilenie się objawów zmian hormonalnych.

Podobieństwa odnośnie do czynników ryzyka nasilających objawy andropauzalne i menopauzalne w odpowiednich grupach wiekowych mężczyzn i kobiet prezentuje rysunek 13.

GRUPA 1 Mężczyźni 45–49 lat Kobiety 45–47 lat	GRUPA 2 Mężczyźni 50–52 lata Kobiety 48–50 lat	GRUPA 3 Mężczyźni 53–68 lat Kobiety 51–68 lat
• negatywna własna postawa wobec andropauzy/ menopauzy	• niezdrowe odżywianie się	• wiek • choroba przewlekła • brak aktywności fizycznej
	• brak lub małe zaangażowanie w roli zawodowej • spostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnerki/partnera	• brak lub małe zaangażowanie w roli zawodowej • spostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnerki/partnera

Rysunek 13. Czynniki odpowiedzialne za nasilenie się objawów andropauzalnych u mężczyzn i menopauzalnych u kobiet z trzech grup wiekowych

Dla mężczyzn i kobiet takie samo znaczenie mają następujące czynniki:

- wiek – dla kobiet i mężczyzn z grupy trzeciej (im osoby starsze, tym więcej doświadczają objawów zmian hormonalnych);
- obecność choroby przewlekłej – dotyczy kobiet i mężczyzn z grupy trzeciej (osoby chore doświadczają większego nasilenia objawów andro- i menopauzalnych);
- brak aktywności fizycznej – dotyczy kobiet i mężczyzn z grupy trzeciej (osoby nieaktywne fizycznie częściej doświadczają niektórych objawów w porównaniu z aktywnymi);
- niezdrowe odżywianie – dotyczy kobiet i mężczyzn z grupy drugiej (u osób niezdrowo się odżywiających objawy zmian hormonalnych są bardziej nasilone);
- brak lub małe zaangażowanie w roli zawodowej – właściwe dla grup drugiej i trzeciej (im jest ono mniejsze, tym większe nasilenie obserwowanych objawów zmian hormonalnych u kobiet i mężczyzn);
- spostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnera – dotyczy grupy drugiej i trzeciej (obserwowanie zmian psychosomatycznych u partnera sprzyja spostrzeganiu również własnych dolegliwości);
- negatywna własna postawa wobec andropauzy/menopauzy – dla kobiet i mężczyzn z grupy pierwszej (im bardziej negatywna postawa, tym większe nasilenie objawów).

6. Charakterystyka psychologiczna mężczyzn 50+

Charakterystyka psychologiczna mężczyzn 50+ obejmowała kluczowe i wpływające na zmiany ich funkcjonowania zmienne łączone z kryzysem wieku średniego. Były to lęk, poczucie atrakcyjności na skutek zmian w wyglądzie i sprawności oraz relacje w związku z partnerką.

6.1. Lęk jako stan i lęk jako cecha u mężczyzn 50+

Okresowi średniej i późnej dorosłości często towarzyszy lęk związany z przekroczeniem połowy życia. Do jego wzrostu mogą przyczyniać się niekorzystne zmiany psychosomatyczne oraz konieczne ograniczenia w rolach i aktywnym życiu. Przeprowadzono analizę wyników dotyczących stanu i cechy lęku, które zbądano, stosując Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL) C.D. Spielbergera w polskiej adaptacji (Wrześniewski i in., 2002).

Analiza wyników (tab. 41 i 42) wykazała, że lęk jako stan okazał się istotnie niższy u mężczyzn w wieku 45–49 lat w porównaniu z mężczyznami w wieku 50–52 lat i w wieku 53–68 lat ($p < 0,05$). Natomiast mężczyźni w okresie przejściowym – 50–52 lata – ($M = 39,80$) oraz andropauzalnym – 53–68 lat ($M = 39,00$) doświadczają podobnie wysokiego poziomu lęku.

Tabela 41

Lęk u mężczyzn w trzech grupach wiekowych

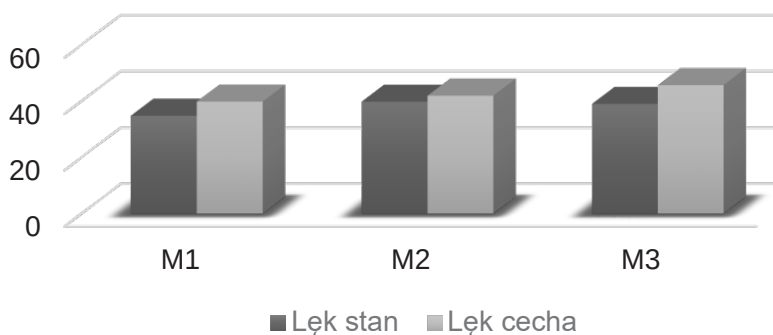
Lęk	Wiek	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (3,194)	p
Lęk – stan	45–49 lat	56	34,79	6,30	5,93	0,003
	50–52 lata	61	39,80	8,48		
	53–68 lat	80	39,00	9,74		
Lęk – cecha	45–49 lat	56	38,82	6,62	12,70	0,001
	50–52 lata	61	41,95	7,05		
	53–68 lat	80	45,69	9,23		

Tabela 42

Lęk u mężczyzn w trzech grupach wiekowych – porównania wielokrotne – test Tukeya

Lęk	Wiek		p
Lęk – stan	45–49 lat	50–52 lata	0,005
		53–68 lat	0,013
	50–52 lata	53–68 lat	0,843
Lęk – cecha	45–49 lat	50–52 lata	0,085
		53–68 lat	0,0001
	50–52 lata	53–68 lat	0,016

Lęk jako cecha jest najniższy w grupie mężczyzn najmłodszych ($M = 38,82$), a najwyższy u mężczyzn najstarszych ($M = 45,69$). Poziom lęku w najstarszej grupie mężczyzn (53–68 lat) okazał się istotnie wyższy niż u mężczyzn w wieku 45–49 lat i u mężczyzn w wieku 50–52 lat ($p < 0,05$). Lęk różnicuje grupy badanych mężczyzn, co pozwala przyjąć hipotezę 5. Wraz z wiekiem wzrasta poziom lęku u mężczyzn, choć brak jest istotnych różnic między lękiem jako cechą u mężczyzn w wieku 45–49 lat ($M = 38,82$) i w wieku 50–52 lat ($M = 41,95$).



Rysunek 14. Lęk jako stan i lęk jako cecha dla trzech grup mężczyzn: w wieku 45–49 lat (M1), 50–52 lat (M2) i 53–68 lat (M3)

Lęk jako cecha przyjmuje wyższe wartości dla wszystkich badanych mężczyzn niż lęk jako stan. Lęk stan okazał się najwyższy u mężczyzn w wieku 50–52 lat, a lęk jako cecha – najwyższy u mężczyzn w wieku 53–68 lat.

6.2. Poczucie własnej atrakcyjności u mężczyzn 50+

Poczucie własnej atrakcyjności jest ważne dla osób w każdym wieku. Decyduje o samoocenie i okazuje się znaczące dla odnoszenia sukcesów we wszystkich dziedzinach życia. Stąd jedną z podstawowych obaw, jaka towarzyszy mężczyznom w okresie andropauzy, jest ta związana z utratą walorów, które wiążą się z atrakcyjnością – młodością, witalnością, fizycznym pięknem, pożądaniem przez innych i pełną aprobatą społeczną.

Poczucie własnej atrakcyjności zbadano, stosując Skalę Oceny Własnej Atrakcyjności w Związku (SOWAwZ) A. Chybickiej i K. Karasewicza (2011). Pozwala ona na wyróżnienie czterech wymiarów składających się na atrakcyjność jednostki, takich jak: ocena własnego ciała, ocena własnego wyglądu, ocena poczucia bycia atrakcyjnym dla partnera, ocena atrakcyjności seksualnej. W Kwestionariuszu SOWAwZ niższe wyniki oznaczają korzystniejszą ocenę własnej atrakcyjności.

Wyniki dotyczące poczucia własnej atrakcyjności u mężczyzn w trzech grupach wiekowych prezentują tabele 43 i 44.

Tabela 43

Poczucie własnej atrakcyjności u mężczyzn w wieku 45–49 lat, 50–52 lat, 53–68 lat

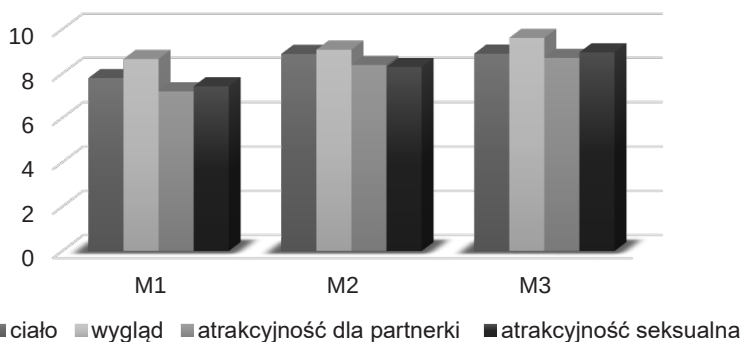
Ocena	Wiek	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (3,194)	p
Ciała	45–49 lat	56	7,80	2,16	6,79	0,001
	50–52 lata	61	8,89	1,71		
	53–68 lat	80	8,90	1,77		
Wyglądu	45–49 lat	56	8,66	2,02	4,19	0,016
	50–52 lata	61	9,08	1,84		
	53–68 lat	80	9,61	1,89		
Atrakcyjności dla partnerki	45–49 lat	56	7,20	2,23	10,27	0,001
	50–52 lata	61	8,39	1,86		
	53–68 lat	80	8,71	1,86		
Atrakcyjności seksualnej	45–49 lat	56	7,43	2,43	8,46	0,001
	50–52 lata	61	8,30	2,01		
	53–68 lat	80	8,96	2,02		
Własnej atrakcyjności – wynik ogólny	45–49 lat	56	31,07	6,89	11,51	0,001
	50–52 lata	61	34,79	6,19		
	53–68 lat	80	36,21	5,73		

Tabela 44

Poczucie własnej atrakcyjności u mężczyzn w wieku 45–49 lat, 50–52 lat, 53–68 lat – porównania wielokrotne – test Tukeya

Ocena	Wiek		<i>p</i>
Ciała	45–49 lat	50–52 lata	0,006
		53–68 lat	0,003
	50–52 lata	53–68 lat	0,999
Wyglądu	45–49 lat	50–52 lata	0,460
		53–68 lat	0,013
	50–52 lata	53–68 lat	0,234
Atrakcyjności dla partnerki	45–49 lat	50–52 lata	0,003
		53–68 lat	0,0001
	50–52 lata	53–68 lat	0,607
Atrakcyjności seksualnej	45–49 lat	50–52 lata	0,076
		53–68 lat	0,0001
	50–52 lata	53–68 lat	0,161
Własnej atrakcyjności – wynik ogólny	45–49 lat	50–52 lata	0,004
		53–68 lat	0,0001
	50–52 lata	53–68 lat	0,370

Analizy wynikające z porównań wielokrotnych testem Tukeya (tab. 43) wskazują, że mężczyźni najmłodsi (45–49 lat) w porównaniu do najstarszych (53–68 lat), korzystniej oceniają swoją atrakcyjność we wszystkich wymiarach ($p < 0,05$) oraz odnośnie do wskaźnika ogólnego ($p < 0,001$). Mężczyźni najmłodszych (45–49 lat) i ze średniej grupy wiekowej (50–52 lata) różnicuje ocena własnego ciała, poczucie bycia atrakcyjnym dla partnerki oraz ogólny wskaźnik dotyczący atrakcyjności ($p < 0,05$). Przeprowadzone analizy upoważniają do przyjęcia hipotezy 6. Ocena atrakcyjności różnicuje grupy badanych mężczyzn. Zdecydowanie za mniej atrakcyjnych (wynik ogólny) uważają się mężczyźni z grup wiekowych: 50–52 lata i 53–68 lat, w porównaniu do najmłodszych, tj. w wieku 45–49 lat, co ilustruje rysunek 15.



Rysunek 15. Poczucie nieatrakcyjności odnośnie do własnego ciała, wyglądu, dla partnerki i seksualnej dla trzech grup mężczyzn: w wieku 45–49 lat (M1), 50–52 lata (M2) i 53–68 lat (M3)

Wyniki średnie wskazują, że niezadowolenie z własnej atrakcyjności wzrasta wraz z wiekiem badanych (tab. 42, rys. 14). Istotne różnice dotyczą wszystkich wymiarów atrakcyjności. Mężczyźni są najbardziej niezadowoleni z własnego wyglądu i z własnego ciała. Atrakcyjność dla partnerki i seksualną najkrytyczniej oceniają mężczyźni z najstarszej grupy wiekowej.

6.3. Jakość bliskiego związku u mężczyzn 50+

Trwałe i satysfakcjonujące związki stanowią istotny czynnik wpływający na jakość życia jednostki. Badania (Czapiński, 2004a) wskazują, że najsilniejszym korelatem dobrostanu jest bliski związek emocjonalny. Wsparcie psychiczne, jakie jednostka uzyskuje od partnera, pozwala jej lepiej znosić trudy życia oraz radzić sobie z okresami przełomowymi, które właściwe są dla średniej i późnej dorosłości, a dotyczą zwykle kończenia aktywności zawodowej, doświadczania „pustego gniazda” i zmian w swoim organizmie.

Oceny jakości związku uczestników badań dokonano, stosując Kwestionariusz Stosunków Partnerskich K. Halwega w adaptacji Janickiej (2008), który pozwala ocenić trzy wymiary związku: wzajemną komunikację, intymność oraz zachowania w kłótni. Porównano je w wyróżnionych trzech grupach wiekowych mężczyzn. Wyniki prezentują tabele 45 i 46.

Tabela 45
Jakość związku mężczyzn w trzech grupach wiekowych

Jakość związku	Wiek	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (3,194)	p
1	2	3	4	5	6	7
Zachowania w kłótni	45–49 lat	56	8,52	6,40	5,12	0,007
	50–52 lata	61	8,98	5,37		
	53–68 lat	80	11,34	5,17		

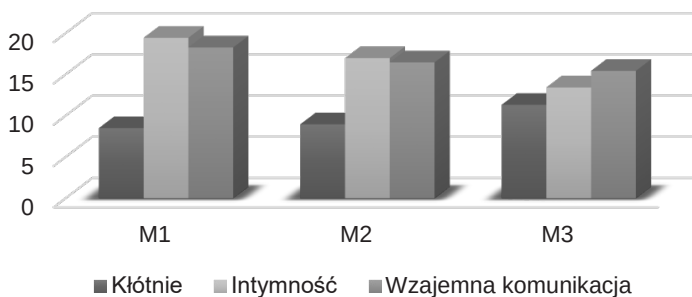
1	2	3	4	5	6	7
Intymność	45–49 lat	56	19,46	5,84	15,83	0,001
	50–52 lata	61	17,00	6,82		
	53–68 lat	80	13,45	6,08		
Wzajemna komunikacja	45–49 lat	56	18,29	5,00	4,03	0,019
	50–52 lata	61	16,48	5,88		
	53–68 lat	80	15,46	6,05		

Tabela 46

Jakość związku mężczyzn w trzech grupach wiekowych – porównania wielokrotne – test Tukeya

Jakość związku	Wiek	<i>p</i>
Zachowania w kłótni	45–49 lat	50–52 lata
		53–68 lat
		0,012
Intymność	50–52 lata	53–68 lat
		0,038
	45–49 lat	50–52 lata
Wzajemna komunikacja		53–68 lat
		0,0001
	50–52 lata	53–68 lat
		0,003
	45–49 lat	50–52 lata
		0,204
		53–68 lat
		0,014
	50–52 lata	53–68 lat
		0,551

Różnice istotne statystycznie występują między mężczyznami w wieku 45–49 lat oraz mężczyznami w wieku 53–68 lat i dotyczą zachowań w kłótni, intymności oraz wzajemnej komunikacji ($p < 0,05$). Mężczyzn z grupy wiekowej 50–52 lata i 53–68 lat różnicują zachowania w kłótni oraz intymność ($p < 0,05$). Można przyjąć hipotezę 7 – ocena własnego związku z partnerką różnicuje grupy badanych mężczyzn.



Rysunek 16. Kłótnie, intymność i wzajemna komunikacja w związkach mężczyzn: w wieku 45–49 lat (M1), 50–52 lat (M2) i 53–68 lat (M3)

Biorąc pod uwagę wyniki średnie, można wnioskować, że wraz z wiekiem wzrasta tendencja do zachowań konfliktowych, co widać u mężczyzn w wieku 53–68 lat. 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.

Na podstawie uzyskanych wyników należy wnioskować, że jakość związku jest najniższa u mężczyzn w okresie andropauzy.

6.4. Lęk, poczucie atrakcyjności i jakość związku z partnerką a objawy andropauzalne

Uznaje się, że zmianom w funkcjonowaniu psychologicznym mężczyzn 50+ zwykle towarzyszą zmiany hormonalne. Sprawdzone, czy lęk, poczucie atrakcyjności i jakość relacji z partnerką współwystępują z objawami andropauzalnymi.

6.4.1. Lęk a objawy andropauzalne

Współczynniki korelacji między lękiem a objawami andropauzalnymi dla trzech wyróżnionych grup mężczyzn prezentują tabele 47, 48 i 49.

Tabela 47

Lęk a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 45–49 lat (N = 56)

	Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia nacz.-ruch.	Zaburzenia psycholog.	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seks. i nacz.	Wynik ogólny
Lęk – stan	0,120	0,177	0,328*	0,204	0,224	0,277*
Lęk – cecha	0,084	0,139	0,283*	0,090	0,127	0,188

* $p < 0,05$

Tabela 48

Lęk a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 50–52 lat (N = 61)

	Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia nacz.-ruch.	Zaburzenia psycholog.	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seks. i nacz.	Wynik ogólny
Lęk – stan	0,301*	–0,092	0,299*	–0,027	–0,060	0,145
Lęk – cecha	0,312*	–0,026	0,190	0,219	0,138	0,234

* $p < 0,05$

Tabela 49

Lęk a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 53–68 lat (N = 80)

	Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia nacz.-ruch.	Zaburzenia psycholog.	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seks. i nacz.	Wynik ogólny
Lęk – stan	0,204	–0,063	0,304*	–0,071	–0,068	0,137
Lęk – cecha	0,295*	0,143	0,328*	0,024	0,098	0,285*

* $p < 0,05$

U mężczyzn w wieku 45–49 lat (tab. 47) słabe zależności dotyczą lęku i zaburzeń psychologicznych. Intensywniejszym zaburzeniom psychologicznym może towarzyszyć intensywniej odczuwany lęk jako cecha ($r = 0,283$; $p < 0,05$) i jako stan ($r = 0,328$; $p < 0,05$). Wyższy wynik sumy objawów andropauzalnych wydaje się łączyć z bardziej intensywnym lękiem ujmowanym jako stan ($r = 0,277$; $p < 0,05$).

W przypadku mężczyzn między 50. a 52. rokiem życia (tab. 48) istotne, ale słabe zależności występują pomiędzy zaburzeniami fizycznymi a lękiem rozumianym jako stan ($r = 0,301$; $p < 0,05$) i jako cecha ($r = 0,312$; $p < 0,05$). W tej grupie mężczyzn słabe zależności dotyczą również zaburzeń psychologicznych i lęku jako stanu ($r = 0,299$; $p < 0,05$).

Dla mężczyzn w wieku 53–68 lat (tab. 49) im większa predyspozycja do odczuwania lęku (jako cechy), tym bardziej odczuwane są objawy fizyczne ($r = 0,295$; $p < 0,05$) i psychiczne ($r = 0,328$; $p < 0,05$). Intensywniejszym zaburzeniom psychologicznym towarzyszy silniej odczuwany lęk jako stan ($r = 0,304$; $p < 0,05$).

Okazuje się, że lęk jako stan i jako cecha koreluje z zaburzeniami psychologicznymi u mężczyzn najstarszych (w wieku 53–68 lat) i najmłodszych (w wieku 45–49 lat), a u mężczyzn w okresie przejściowym (w wieku 50–52 lat) z zaburzeniami fizycznymi.

Poziom odczuwanego lęku, który może mieć znaczenie dla obserwowanych objawów andropauzalnych u mężczyzn z uwzględnieniem etapów zmian hormonalnych, prezentuje tabela 49. Zaznaczono istotne i znaczące związki lęku z objawami zmian hormonalnych w trzech grupach mężczyzn (45–49 lat; 50–52 lata; 53–68 lat). W analizach opartych na korelacji r Pearsona istotne zależności między lękiem a nasileniem objawów zmian hormonalnych osiągają wartości od $r = 0,27$ do $r = 0,32$. Przyjęto za znaczące te istotne korelacje, gdzie r było większe od 0,31. Takie zależności zostały zaznaczone w tabeli 50 symbolem „+”.

Można uznać, że lęk u mężczyzn towarzyszy objawom fizycznym (grupa w wieku 50–52 lat) i psychologicznym (grupa najmłodsza – w wieku 45–49 lat i grupa najstarsza 53–68 lat) (tab. 50).

Tabela 50

Znaczenie doświadczanego lęku („+”) dla nasilenia objawów andropauzalnych w trzech grupach mężczyzn (w wieku 45–49 lat; 50–52 lat; 53–68 lat)

Objawy andropauzalne		Mężczyźni		
Zaburzenia		45–49 lat	50–52 lata	53–68 lat
Lęk – stan	fizyczne			
	psychologiczne	+		
Lęk – cecha	fizyczne		+	
	psychologiczne			+

U mężczyzn, niezależnie od ich wieku, obserwuje się raczej słabe zależności pomiędzy objawami andropauzalnymi a odczuwanym lękiem. Liczba istotnych zależności pozostaje podobna u mężczyzn we wszystkich grupach, mimo że wyższe wartości lęku przejawiali mężczyźni w wieku 50–52 lata (lęk jako stan) i mężczyźni w wieku 53–58 lat (lęk jako cecha). Różnice dotyczą głównie rodzaju objawów związanych z odczuwanym lękiem.

Potwierdzono hipotezę 8.1 – istnieje zależność między lękiem a objawami zmian hormonalnych.

6.4.2. Poczucie własnej atrakcyjności a objawy andropauzalne

Zależności między poczuciem atrakcyjności a nasileniem objawów andropauzalnych dla trzech grup mężczyzn prezentują tabele 51, 52 i 53.

Tabela 51

Poczucie własnej atrakcyjności a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 45–49 lat (N = 56)

Ocena	Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia nacz.-ruch.	Zaburzenia psycholog.	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seks. i nacz.	Wynik ogólny
Ciała	0,324*	0,246	0,165	0,451**	0,433**	0,424**
Wyglądu	0,345*	0,164	0,340*	0,270*	0,262	0,373**
Atrakcyjności dla partnerki	0,222	–0,009	–0,017	0,149	0,108	0,128
Atrakcyjności seksualnej	0,104	0,051	0,105	0,209	0,175	0,174
Atrakcyjności – wynik ogólny	0,311*	0,142	0,182	0,342*	0,309*	0,345**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabela 52

Poczucie własnej atrakcyjności a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 50–52 lat (N = 61)

Ocena	Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia nac.-ruch.	Zaburzenia psycholog.	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seks. i nac.	Wynik ogólny
Ciała	0,328*	0,197	0,342**	0,411**	0,366**	0,416**
Wyglądu	0,123	0,118	0,387**	0,237	0,215	0,286*
Atrakcyjności dla partnerki	0,287*	0,221	0,267*	0,262*	0,273*	0,329*
Atrakcyjności seksualnej	0,354**	0,223	0,305*	0,270*	0,282*	0,364**
Atrakcyjności – wynik ogólny	0,296*	0,215	0,353**	0,325*	0,315*	0,384**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabela 53

Poczucie własnej atrakcyjności a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 53–68 lat (N = 80)

Ocena	Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia nac.-ruch.	Zaburzenia psycholog.	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seks. i nac.	Wynik ogólny
Ciała	0,090	0,096	0,236*	0,138	0,136	0,204
Wyglądu	0,092	0,012	–0,030	0,021	0,026	0,035
Atrakcyjności dla partnerki	0,091	0,027	0,242*	0,189	0,135	0,203
Atrakcyjności seksualnej	0,233*	0,051	0,134	0,085	0,078	0,184
Atrakcyjności – wynik ogólny	0,175	0,064	0,186	0,145	0,126	0,209

* $p < 0,05$

U mężczyzn z grupy najmłodszej (tab. 51) statystycznie istotne, ale słabe zależności dotyczyły oceny własnego ciała i zaburzeń fizycznych ($r = 0,324$; $p < 0,05$), nieco silniejsze odnoszą się do zaburzeń seksualnych ($r = 0,451$; $p < 0,01$), seksualnych i naczynioruchowych łącznie ($r = 0,433$; $p < 0,01$) oraz ogółu objawów andropauzalnych ($r = 0,424$; $p < 0,01$). Im większe niezadowolenie z własnego ciała, tym bardziej nasilone objawy. Wzrost niezadowolenia z własnego wyglądu współwystępuje z intensywniejszymi zaburzeniami fizycznymi ($r = 0,345$; $p < 0,01$), psychologicznymi ($r = 0,340$; $p < 0,05$) i wyższym wskaźnikiem ogólnym objawów związanych z andropauzą ($r = 0,373$; $p < 0,01$). Ogólny wskaźnik dla oceny własnej atrakcyjności jest powiązany ($p < 0,05$) z zaburzeniami fizycznymi ($r = 0,311$), seksualnymi ($r = 0,342$), seksualnymi i naczynioruchowymi łącznie ($r = 0,309$) i ze wszystkimi objawami ujmowanymi łącznie ($r = 0,345$). Silniejszym objawom towarzyszy wzrost negatywnej oceny własnej atrakcyjności.

U mężczyzn w wieku 50–52 lat (tab. 52) istotne i znaczące zależności ($p < 0,05$) występują pomiędzy oceną własnego ciała a zaburzeniami fizycznymi

($r = 0,328$), psychologicznymi ($r = 0,342$), seksualnymi ($r = 0,411$), seksualnymi z naczynioruchowymi ($r = 0,366$) oraz łącznie ujmowanymi objawami andropauzalnymi ($r = 0,416$). Nasilaniu się objawów towarzyszy większe niezadowolenie z własnego ciała. Zaburzenia psychologiczne mogą być bardziej intensywne przy braku akceptacji własnego wyglądu ($r = 0,387$; $p < 0,05$), a wynik sumy objawów andropauzalnych wyższy przy bardziej surowej ocenie partnera ($r = 0,329$; $p < 0,05$). Mężczyźni, którzy niżej oceniają swoją atrakcyjność seksualną, doświadczają jednocześnie istotnie ($p < 0,05$) silniejszych zaburzeń fizycznych ($r = 0,354$), psychologicznych ($r = 0,305$) i wyższego wskaźnika ogólnego objawów andropauzalnych ($r = 0,364$). Wskaźnik ogólny dla oceny własnej atrakcyjności jest związany ($p < 0,05$) z zaburzeniami psychologicznymi ($r = 0,353$), seksualnymi ($r = 0,325$), seksualnymi i naczynioruchowymi ($r = 0,315$), fizycznymi ($r = 0,296$) oraz sumą objawów andropauzalnych ($r = 0,384$). Im mniej korzystna ocena własnej atrakcyjności, tym bardziej intensywne objawy.

W grupie najstarszych mężczyzn (tab. 53) wystąpiły nieliczne zależności pomiędzy oceną własnej atrakcyjności i poszczególnych jej wymiarów a objawami andropauzalnymi. Prezentowane istotne ($p < 0,05$) zależności są słabe i występują jedynie między zaburzeniami psychologicznymi a oceną własnego ciała ($r = 0,232$), oceną spostrzeżeń partnerki ($r = 0,242$) oraz między zaburzeniami fizycznymi a oceną własnej seksualności ($r = 0,233$).

Przedstawione wyżej wyniki wskazują, że niezadowolenie z własnej atrakcyjności, we wszystkich jej wymiarach, wzrasta wraz z wiekiem badanych mężczyzn (rys. 15). Jednak to młodszy mężczyźni (w wieku 45–49 lat i 50–52 lat) w porównaniu z najstarszą grupą (w wieku 53–68 lat) ujawniają najwięcej zależności pomiędzy niską oceną własnej atrakcyjności a większym nasileniem objawów andropauzalnych. Mężczyźni w wieku 53–68 lat (w porównaniu z pozostałymi grupami mężczyzn) najniżej oceniają własną atrakcyjność, ale istotnie statystycznie związki pomiędzy jej oceną a objawami andropauzalnymi były nieliczne i słabe.

Poczucie własnej atrakcyjności, które pozostaje w istotnych zależnościach z objawami andropauzalnymi u badanych mężczyzn w trzech grupach wiekowych (45–49 lat; 50–52 lata; 53–60 lat) prezentuje tabela 54.

W przypadku analiz opartych na korelacji r Pearsona, zależności między poczuciem własnej atrakcyjności i jej wymiarami a nasileniem objawów andropauzalnych osiągają wartości od $r = 0,23$ do $r = 0,45$. Przyjęto za znaczące te istotne korelacje, gdzie r było większe od 0,31. Takie zależności zostały zaznaczone w tabeli 54 symbolem „+”.

Tabela 54

Znaczenie poczucia atrakcyjności („+”) dla nasilenia objawów andropauzalnych w trzech grupach mężczyzn (w wieku 45–49 lat; 50–52 lat; 53–68 lat)

Ocena	Objawy andropauzalne Zaburzenia	Wiek mężczyzn		
		45–49 lat	50–52 lata	53–68 lat
Ciała	fizyczne	+	+	
	psychologiczne		+	
	seksualne	+	+	
	seksualne i naczynioruchowe	+	+	
	wynik ogólny	+	+	
Wyglądu	Zaburzenia fizyczne	+		
	Zaburzenia psychologiczne	+	+	
	Wynik ogólny	+		
Atrakcyjności dla partnerki	Wynik ogólny		+	
Atrakcyjności seksualnej	Zaburzenia fizyczne		+	
	Wynik ogólny		+	

Jedynie w grupie mężczyzn między 50. a 52. rokiem życia wszystkie wy-miary poczucia własnej atrakcyjności są związane z objawami andropauzalnymi, co oznacza, że negatywna ocena własnej atrakcyjności może wzmacniać obja-wy andropauzalne, sprzyjając tzw. kryzysowi wieku średniego, który charakte-ryzuje mężczyzn 50+. Wyniki badań pokazują jednak, że wspomniane zmiany w ocenie własnej atrakcyjności i towarzyszące im objawy mogą się już pojawiać u mężczyzn 45+. Uznaje się bowiem, że poczucie połowy życia jest właściwe dla mężczyzn młodszych (Oleś, 2000). W najmłodszej grupie mężczyzn zależności z symptomami zmian hormonalnych dotyczyły jednak tylko oceny własnego ciała i wyglądu. Większemu niezadowoleniu z własnego wyglądu i ciała towarzyszyły bardziej nasilone objawy andropauzalne. W grupie najstarszej zależności mię-dzy oceną atrakcyjności a objawami andropauzalnymi okazały się bardzo słabe i/lub nieistotne statystycznie, co sugeruje, że mężczyźni z najstarszej grupy mniej uwagi poświęcają własnej atrakcyjności.

Uzyskane wyniki upoważniają do przyjęcia ogólnych założeń zawartych w hipotezie 8.2. U badanych mężczyzn występuje zależność między poczuciem atrakcyjności a nasileniem objawów andropauzalnych.

Podobieństwa i różnice odnośnie do zależności między poczuciem atrak-cyjności a nasilaniem się objawów andropauzalnych zaobserwowano jedynie dla dwóch grup mężczyzn, tj. najmłodszych – w wieku 45–49 lat i tych w wieku 50–52 lat (rys. 17).

GRUPA 1 Mężczyźni 45–49 lat	GRUPA 2 Mężczyźni 50–52 lata
• niezadowolenie z własnego ciała • niezadowolenie z własnego wyglądu	• niezadowolenie z własnego ciała • niezadowolenie z własnego wyglądu
	• nieatrakcyjność dla partnerki i seksualna

Rysunek 17. Podobieństwa i różnice dotyczące badanych grup mężczyzn odnośnie do zależności między poczuciem atrakcyjności a nasileniem objawów andropauzalnych

Niezadowolenie z własnego ciała i wyglądu współwystępuje z większością objawów andropauzalnych podobnie u mężczyzn zarówno w okresie ryzyka zmian hormonalnych (grupa 1), jak i w okresie uznawanym za właściwy dla ich występowania (grupa 2). Nasilenie objawów zmian hormonalnych u mężczyzn z grupy 2 może być dodatkowo wzmacniane przez poczucie nieatrakcyjności dla partnerki i seksualne. Obawy dotyczące nieatrakcyjności dla partnerki i seksualnej nie dotyczą mężczyzn młodszych (grupa 1).

6.4.3. Jakość związku z partnerką a objawy andropauzalne

Bliski związek emocjonalny ma znaczenie dla zdrowia i dobrego funkcjonowania jednostki we wszystkich sferach aktywności. Niewątpliwie ważna jest jakość związku. Zależności między jakością związku (oceniane z uwzględnieniem zachowań w kłótni, intymności i wzajemnej komunikacji) a objawami andropauzalnymi dla mężczyzn należących do trzech wyróżnionych grup prezentują tabele 55, 56, 57.

Tabela 55

Jakość związku (zachowania w kłótni, intymność i wzajemna komunikacja) a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 45–49 lat (N = 56)

	Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia nac.-ruch.	Zaburzenia psycholog.	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seks. i nac.	Wynik ogólny
Zachowania w kłótni	0,037	0,268*	0,171	0,257	0,297*	0,256
Intymność	-0,349**	-0,465**	-0,245	-0,606**	-0,637**	-0,587**
Wzajemna komunikacja	-0,183	-0,375**	-0,101	-0,233	-0,328*	-0,296*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabela 56

Jakość związku (zachowania w kłótni, intymność i wzajemna komunikacja) a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 50–52 lat (N = 61)

	Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia nac.-ruch.	Zaburzenia psycholog.	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seks. i nac.	Wynik ogólny
Zachowania w kłótni	0,232	0,284*	0,160	0,566**	0,510**	0,428**
Intymność	-0,461**	-0,482**	-0,259*	-0,514**	-0,562**	-0,548**
Wzajemna komunikacja	-0,204	-0,270*	-0,038	-0,269*	-0,302*	-0,253*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabela 57

Jakość związku (zachowania w kłótni, intymność i wzajemna komunikacja) a objawy andropauzalne u mężczyzn w wieku 53–68 lat (N = 80)

	Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia nac.-ruch.	Zaburzenia psycholog.	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seks. i nac.	Wynik ogólny
Zachowania w kłótni	0,013	0,093	-0,060	0,051	0,082	0,034
Intymność	-0,085	-0,090	-0,259*	-0,267*	-0,215	-0,258*
Wzajemna komunikacja	-0,025	0,131	-0,207	0,110	0,141	0,001

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

W najmłodszej grupie badanych mężczyzn (tab. 55) intensywniejsze objawy andropauzalne, z wyjątkiem zaburzeń psychologicznych, współwystępują z niższą oceną intymności w związku. Tu najsilniejsze zależności ($p < 0,01$) dotyczą zaburzeń seksualnych ($r = -0,606$) oraz sumy zaburzeń seksualnych i naczynioruchowych ($r = -0,637$). Mniejsze zadowolenie z komunikacji z partnerem towarzyszy ($p < 0,05$) silniejszym zaburzeniom naczynioruchowym ($r = -0,375$) oraz naczynioruchowym z seksualnymi ($r = -0,328$).

Mężczyźni w wieku 50–52 lat (tab. 56), 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. Najsilniejsze korelacje ($p < 0,01$) występują pomiędzy: zaburzeniami seksualnymi a oceną zachowań w kłótni ($r = 0,566$) i intymności ($r = -0,514$); zaburzeniami seksualnymi i naczynioruchowymi a oceną zachowań w kłótni ($r = 0,510$), intymności ($r = -0,562$); sumą objawów andropauzalnych (ujętą w wyniku ogólnym) a oceną intymności ($r = -0,548$). 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 towarzyszą także bardziej nasilone ($p < 0,001$) zaburzenia fizyczne ($r = -0,46$) i naczynioruchowe ($r = -0,482$).

W grupie mężczyzn między 53. a 68. rokiem życia (tab. 57) występują jedynie słabe zależności pomiędzy doświadczanymi objawami andropauzalnymi a oceną jakości związku. Niższa ocena intymności związku ($p < 0,05$) towarzyszy silniejszym zaburzeniom psychologicznym ($r = -0,259$), seksualnym ($r = -0,267$) oraz tym ujmowanym jako suma objawów andropauzalnych ($r = -0,258$). U mężczyzn najstarszych, będących w okresie andropauzy, jakość ich związku jest oceniana najniżej, co nie łączyło się jednak z nasileniem objawów andropauzalnych.

Ocenę jakości związku, która pozostaje w istotnych zależnościach z objawami andropauzalnymi u badanych mężczyzn w trzech grupach wiekowych (45–49 lat; 50–52 lata; 53–60 lat) prezentuje tabela 58. Analizy oparte na korelacji r Pearsona pokazały, że istotne zależności między jakością związku a nasileniem objawów andropauzalnych dla wyróżnionych grup mężczyzn osiągają wartości od $r = 0,25$ do $r = 0,63$. Przyjęto za znaczące te istotne korelacje, gdzie r było większe od 0,31. Takie zależności zostały zaznaczone w tabeli 58 symbolem „+”.

Tabela 58

Znaczenie oceny jakości związku („+”) dla nasilenia objawów andropauzalnych w trzech grupach mężczyzn (w wieku 45–49 lat; 50–52 lat; 53–68 lat)

Jakość związku	Objawy andropauzalne	Wiek mężczyzn		
	Zaburzenia	45–49 lat	50–52 lata	53–68 lat
Zachowania w klótni	seksualne		+	
	seksualne i naczynioruchowe		+	
	wynik ogólny		+	
Intymność	fizyczne	+	+	
	naczynioruchowe	+	+	
	seksualne	+	+	
	seksualne i naczynioruchowe	+	+	
	wynik ogólny	+	+	
Wzajemna komunikacja	naczynioruchowe	+		
	seksualne i naczynioruchowe	+		

Zarówno u mężczyzn w wieku 45–49 lat, jak i u mężczyzn w wieku 50–52 lat, zaobserwowano podobną liczbę znaczących zależności pomiędzy oceną relacji z partnerką a objawami andropauzalnymi. Zależności te, u mężczyzn w wieku 45–49 lat, dotyczą intymności i wzajemnej komunikacji, a u mężczyzn w wieku 50–52 lat – intymności i zachowań w klótni. Obniżanie się oceny wspomnianych wymiarów jakości związku współwystępuje z nasileniem się objawów andropauzalnych.

Intymność wydaje się najbardziej znacząca dla doświadczanych zmian hormonalnych. U mężczyzn z najmłodszej grupy (w wieku 45–49 lat) i tych w wieku 50–52 lat niższa ocena intymności łączy się z bardziej nasilonymi objawami andropauzalnymi (z wyjątkiem zaburzeń psychologicznych). Nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy 8.3. Istnieją zależności między jakością relacji z partnerką a nasileniem objawów andropauzalnych.

Podobieństwa i różnice, odnośnie do zależności między analizowanymi wymiarami jakości związku a nasilaniem się objawów andropauzalnych, zaobserwowano dla dwóch grup mężczyzn, tj. najmłodszych – w wieku 45–49 lat i tych w wieku 50–52 lat (rys. 18).

GRUPA 1 Mężczyźni 45–49 lat	GRUPA 2 Mężczyźni 50–52 lata
• intymność	• intymność
• wzajemna komunikacja	• zachowania w kłótni

Rysunek 18. Podobieństwa i różnice dotyczące badanych grup mężczyzn odnośnie do zależności między intymnością, wzajemną komunikacją i zachowaniami w kłótni a nasilaniem się objawów andropauzalnych

Bliski związek emocjonalny – jego wysoka jakość, a szczególnie wzajemna intymność partnerów – może łagodzić doświadczane objawy zmian hormonalnych. Z kolei niska intymność lub jej brak zwykle je intensyfikuje. Badania wykazały, że nasileniu objawów andropauzalnych towarzyszyła niska intymność w bliskim związku, co zaobserwowano zarówno u mężczyzn z grupy 1, jak i 2. Różnice dotyczyły pozostałych wymiarów jakości związku. Intensywniejsze objawy andropauzalne współwystępowały ze słabą komunikacją z partnerką, co dotyczyło mężczyzn z grupy 1, oraz z częstszymi konfliktami w bliskim związku, które zgłaszali mężczyźni z grupy 2.

7. Jakość życia mężczyzn 50+

Jakość życia badanych mężczyzn oceniono, opierając się na wynikach testu WHOQL-BREF Światowej Organizacji Zdrowia. W ramach jakości życia wyróżnione zostały wymiary: dobrostan fizyczny związany z dobrym samopoczuciem i sprawnością fizyczną; dobrostan psychiczny odnoszący się do funkcjonowania emocjonalnego oraz poznawczego; dobrostan społeczny ujawniający się poprzez satysfakcjonujące kontakty z innymi ludźmi; dobrostan środowiskowy, czyli m.in. zasoby finansowe, możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne, transport oraz zadowolenie z życia i ze zdrowia.

Porównanie jakości życia mężczyzn w trzech wyróżnionych grupach wiekowych prezentują tabele 59 i 60.

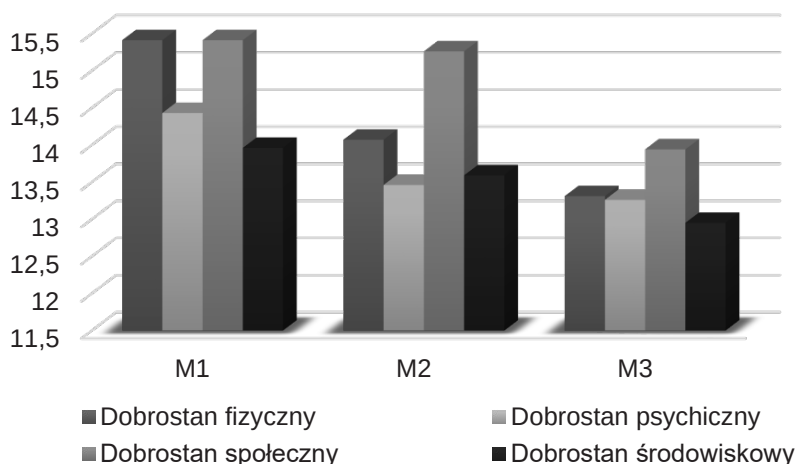
Tabela 59
Jakość życia mężczyzn w trzech grupach wiekowych

Jakość życia	Wiek	N	M	SD	Analiza wariancji ANOVA	
					F (3,194)	p
Dobrostan fizyczny	45–49 lat	56	15,41	2,36	11,93	0,001
	50–52 lata	61	14,07	2,39		
	53–68 lat	80	13,31	2,60		
Dobrostan psychiczny	45–49 lat	56	14,43	2,30	4,78	0,010
	50–52 lata	61	13,46	2,40		
	53–68 lat	80	13,26	2,10		
Dobrostan społeczny	45–49 lat	56	15,41	3,47	6,58	0,002
	50–52 lata	61	15,26	2,50		
	53–68 lat	80	13,94	2,06		
Dobrostan środowiskowy	45–49 lat	56	13,96	2,30	3,10	0,047
	50–52 lata	61	13,59	2,78		
	53–68 lat	80	12,95	2,15		
Zadowolenie z życia	45–49 lat	56	3,70	0,76	1,48	0,230
	50–52 lata	61	3,49	0,74		
	53–68 lat	80	3,50	0,71		
Zadowolenie ze zdrowia	45–49 lat	56	3,48	0,85	2,82	0,062
	50–52 lata	61	3,23	0,67		
	53–68 lat	80	3,16	0,83		

Tabela 60
Jakość życia mężczyzn w trzech grupach wiekowych – porównanie wielokrotne na podstawie testu Tukeya

Jakość życia	Wiek		p
Dobrostan fizyczny	45–49 lat	50–52 lata	0,010
		53–68 lat	0,0001
	50–52 lata	53–68 lat	0,174
Dobrostan psychiczny	45–49 lat	50–52 lata	0,055
		53–68 lat	0,009
	50–52 lata	53–68 lat	0,865
Dobrostan Społeczny	45–49 lat	50–52 lata	0,951
		53–68 lat	0,005
	50–52 lata	53–68 lat	0,011
Dobrostan środowiskowy	45–49 lat	50–52 lata	0,678
		53–68 lat	0,043
	50–52 lata	53–68 lat	0,263

Najlepiej pod względem fizycznym czują się mężczyźni młodsi. Mężczyzn najmłodszych (45–49 lat) i mężczyzn z grupy najstarszej (53–68 lat) różnicuje dobrostan fizyczny, psychiczny, społeczny i środowiskowy ($p < 0,05$). Mężczyźni najmłodsi (45–49 lat) czują się lepiej fizycznie również od mężczyzn w wieku 50–52 lat ($p < 0,05$). Z kolei dobrostan społeczny mężczyzn w wieku 50–52 lat jest wyraźnie wyższy od dobrostanu najstarszych mężczyzn. Można przyjąć hipotezę 9. Istnieją różnice dotyczące postrzegania dobrostanu psychicznego, społecznego, środowiskowego pomiędzy badanymi grupami mężczyzn.



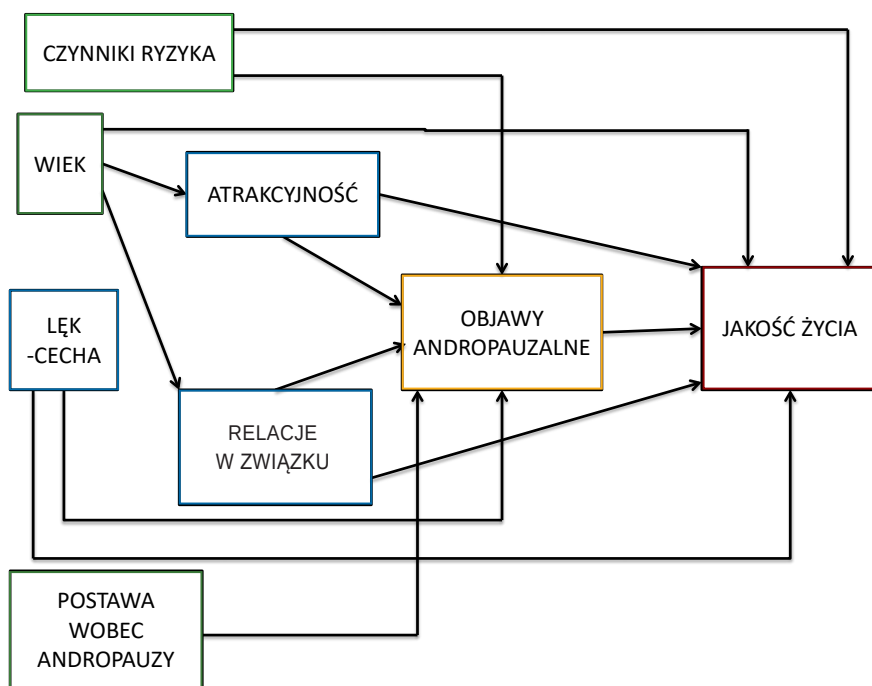
Rysunek 19. Wymiary jakości życia (dobrostan: fizyczny, psychiczny, społeczny i środowiskowy) mężczyzn z trzech grup wiekowych: 45–49 lat (M1), 50–52 lata (M2), 53–68 lat (M3)

Najmłodsi mężczyźni (45–49 lat) najlepiej czują się pod względem fizycznym, ale w porównaniu z grupą najstarszych (53–68 lat) lepiej oceniają także dobrostan psychiczny, społeczny i środowiskowy. Najniższe poczucie dobrostanu charakteryzuje mężczyzn w wieku 53–68 lat, a najwyższe – grupę najmłodszą (rys. 19). Wszyscy badani mężczyźni najkorzystniej oceniają dobrostan społeczny. Poziom zadowolenia ze zdrowia i zadowolenia z życia nie różnicuje istotnie badanych mężczyzn, choć najwyższe wskaźniki osiągnęła w obu przypadkach najmłodsza grupa wiekowa (tab. 59).

7.1. Jakość życia mężczyzn w perspektywie wybranych charakterystyk psychologicznych, czynników ryzyka objawów oraz zmian właściwych dla andropauzy

Analizowane objawy zmian hormonalnych, ich czynniki ryzyka, wybrane zmienne psychologiczne zostały ocenione w perspektywie jakości życia mężczyzn 50+.

Do oceny zmiennych uwzględnionych w modelu teoretycznym (rys. 1) i ich wzajemnych zależności posłużono się modelowaniem strukturalnym, wykorzystując metodę bootstrap. Modelowanie strukturalne jest wykorzystywane do analizy struktury oraz sił liniowych pomiędzy badanymi zjawiskami (Bedyńska i Książek, 2012). Model wyjściowy (hipotetyczny) sformułowany został zgodnie z założeniami teoretycznymi i zawiera wybrane zmienne oraz wszystkie postulowane ścieżki (rys. 20). W modelu ujęto następujące zmienne: wiek, lęk jako cecha, własna postawa wobec andropauzy u mężczyzn, czynniki ryzyka (suma punktów uzyskanych za czynniki ryzyka występowania i nasilenia objawów andropauzalnych związanych ze stylem życia (niedowaga/nadwaga, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu oraz obecność chorób przewlekłych), relacje w związku (suma rang uzyskanych w trzech skalach jakości relacji w związku: intymności, komunikacji, kłótni); atrakcyjność (suma punktów wszystkich jej podskal: oceny własnego ciała, dbałości o wygląd, akceptacji ze strony partnera, satysfakcji seksualnej); jakość życia (suma punktów uzyskanych dla jej czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej).

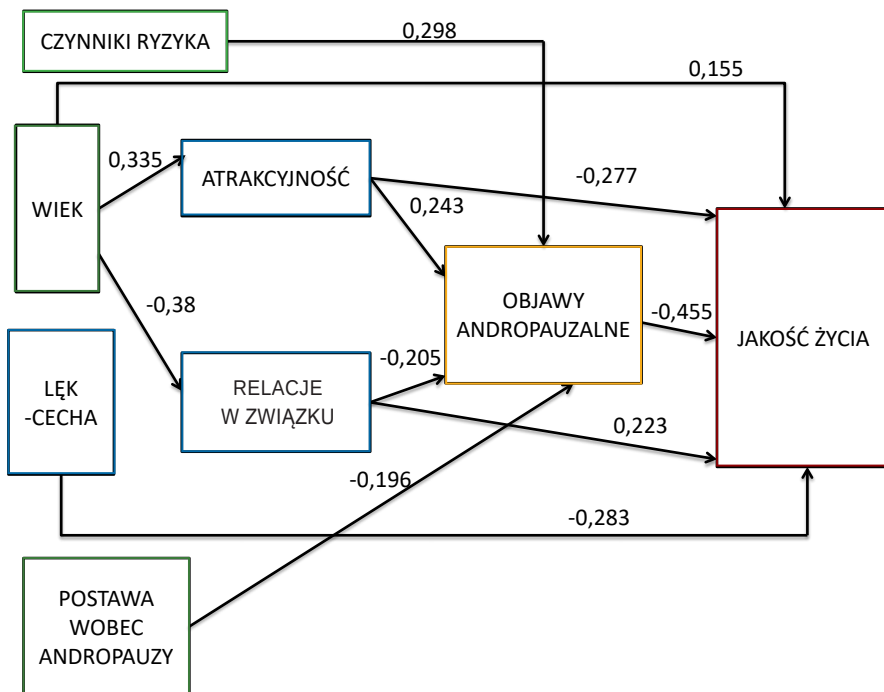


Rysunek 20. Model wyjściowy zależności pomiędzy wybranymi aspektami funkcjonowania mężczyzn w okresie zmian hormonalnych a oceną ich jakości życia

Model uproszczony powstał na podstawie hierarchicznej analizy ścieżek. Oceniano wartości współczynników poszczególnych ścieżek (standaryzowane wagi β), następnie usuwano te najmniej istotne statystycznie i budowano kolejne modele zagnieżdżone. Model uproszczony zawiera ścieżki istotne statystycznie (rys. 21).

Prezentowane modele strukturalne (zarówno wyjściowy, jak i uproszczony) złożone są ze zmiennych obserwowalnych ciągłych (np. wiek) i porządkowych (np. ocena relacji w związku) oraz zależności przyczynowo-skutkowych między zmiennymi. Jako miary dopasowania modeli zostały przyjęte statystyki χ^2 , χ^2/df (mniejsze od 2 świadczy o dobrym dopasowaniu) oraz RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation* – Pierwiastek Średniego Kwadratu Błędu Aproxymacji), którego wartości: mniejsze od 0,05 świadczą o dobrym dopasowaniu; 0,05–0,08 – zadowalającym dopasowaniu; 0,08–0,1 – miernym dopasowaniu; powyżej 0,1 – nieakceptowanym dopasowaniu (Konarski, 2019).

Prezentowany model wyjściowy nie okazał się dobrze dopasowany do danych ($\chi^2 = 199,737$, $df = 15$, $p < 0,005$, $\chi^2/df = 13,31$, RMSEA = 0,251). Badanie istotności parametrów dostarczyło wskazówek dotyczących usunięcia kolejnych ścieżek. Nieistotne ścieżki dotyczyły wpływu lęku na intensywność doświadczanych objawów andropauzalnych ($p = 0,39$) oraz czynników ryzyka na ocenę jakości życia ($p = 0,178$). Usunięcie ścieżek nieistotnych doprowadziło do uproszczenia modelu (rys. 21).



Rysunek 21. Uproszczony model zależności pomiędzy wybranymi aspektami funkcjonowania mężczyzn w okresie zmian andropauzalnych a ich oceną jakości życia (współczynniki standaryzowane)

Model uproszczony zawiera osiem zmiennych (tak jak w modelu wyjściowym), wszystkie bowiem okazały się mieć istotne znaczenie, pośrednio lub bezpośrednio, dla wyjaśniania stopnia zadowolenia z życia. Przyjęty model

hipotetyczny wyjaśniający ocenę jakości życia mężczyzn w okresie andropauzalnym, po uproszczeniu, okazał się nadal niedopasowany do danych ($\chi^2 = 201,691$; $df = 17$; $p < 0,0005$; $\chi^2/df = 11,86$; RMSEA = 0,235). Ocena jakości życia może być uwarunkowana oddziaływaniem wielu czynników, na co wskazują różne koncepcje teoretyczne jakości życia. Prezentowany model (rys. 21) zawiera wybrane zmienne, mogące mieć znaczenie dla oceny jakości życia mężczyzn w tym okresie. Wszystkie pozostawione w modelu ścieżki są istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Analiza wartości współczynników ścieżek wskazuje, że wiek w sposób bezpośredni i pośrednio – oddziałując na poczucie własnej atrakcyjności oraz ocenę relacji w związku – wpływa na ocenę jakości życia. Stopień wpływu wieku na ocenę atrakcyjności (0,335) i relacji w związku (–0,38) jest podobny. Starsi mężczyźni czują się mniej atrakcyjni i mniej zadowoleni ze swojego związku. Bardziej zaawansowany wiek mężczyzn bezpośrednio i pozytywnie wpływa na ich ocenę jakości życia. Prawdopodobnie mężczyźni bardziej zaawansowani wiekowo dopiero w obliczu niekorzystnych zmian (w poczuciu ich atrakcyjności i relacji z partnerką) niżej oceniają jakość życia. Ocena własnej atrakcyjności, w podobnym stopniu, bezpośrednio wpływa na jakość ich życia (–0,277) oraz na intensywność doświadczanych objawów andropauzalnych (0,243), które też pośredniczą między poczuciem atrakcyjności a oceną jakości życia. Mężczyźni oceniający siebie jako mniej atrakcyjnych odczuwają więcej objawów oraz są mniej zadowoleni ze swojego życia. Ocena relacji w związku ma istotne i podobne znaczenie dla jakości życia mężczyzn (0,223) i dla doświadczanych przez nich objawów (–0,205). Niesatysfakcjonujące relacje w związku mogą intensyfikować odbierane symptomy oraz obniżać postrzeganą jakość życia. Intensywność obserwowanych objawów andropauzalnych, poza oceną siebie i relacji w związku, zależy także od czynników ryzyka oraz od postawy wobec andropauzy, które tym samym jedynie pośrednio wpływają na ocenę jakości życia. Im więcej czynników ryzyka, takich jak niskie lub wysokie wartości BMI, palenie tytoniu, zła dieta, brak aktywności fizycznej, obecność chorób przewlekłych, tym bardziej nasilone objawy andropauzalne. Bardziej negatywna postawa wobec andropauzy także zwiększa intensywność spostrzeganych symptomów zmian hormonalnych. Spośród prezentowanych w modelu zmiennych wpływ na intensywność doświadczanych objawów andropauzalnych mają czynniki ryzyka (0,298), poczucie własnej atrakcyjności (0,243), zadowolenie ze związku (–0,205) i postawa wobec andropauzy (–0,196). Stała predyspozycja do reagowania lękiem ma jedynie istotne bezpośrednie i negatywne znaczenie dla oceny jakości życia. U badanych mężczyzn wzrostowi poziomowi lęku jako cechy odpowiada spadek oceny jakości życia (–0,283). Na zadowolenie z życia najsilniej wpływają odczuwane objawy andropauzalne – bardziej intensywne skutkują niższą oceną własnego życia (–0,455). Mężczyźni, którzy prowadzą niehigieniczny tryb życia i chorują przewlekłe (czynniki ryzyka), bardziej negatywnie oceniają własną atrakcyjność, ale także są mniej zadowoleni z relacji z partnerką i mają bardziej negatywny stosunek wobec andropauzy, doświadczając więcej objawów i tym samym gorzej oceniają swoją jakość życia.

Ocena jakości życia u mężczyzn może być zależna głównie od doświadczanych objawów andropauzalnych. Im bardziej intensywne symptomy, tym niżej

oceniana jakość życia. Spośród prezentowanych w modelu zmiennych to czynniki ryzyka i ocena własnej atrakcyjności mogą mieć największy wpływ na obserwowane u siebie objawy zmian hormonalnych. Im więcej czynników ryzyka i im niżej oceniana własna atrakcyjność, tym bardziej nasilone objawy andropauzalne. Uzyskane wyniki należy ostrożnie interpretować, ponieważ prezentowany model nie okazał się dobrze dopasowany do danych.

Analiza wartości współczynników ścieżek wykazała, że o jakości życia mężczyzn mogą przede wszystkim decydować doświadczenia związane z objawami andropauzalnymi. Dlatego w dalszych analizach starano się sprawdzić, które symptomy zmian hormonalnych są powiązane z poszczególnymi wymiarami jakości życia. Zależności pomiędzy objawami andropauzalnymi a jakością życia dla wyróżnionych trzech grup mężczyzn prezentują tabele 61, 62, 63.

Tabela 61

Objawy andropauzalne a jakość życia mężczyzn w wieku 45–49 lat (N = 56)

Jakość życia	Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia nacz.-ruchowe	Zaburzenia psycholog.	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seks. i nacz.	Wynik ogólny
Dobrostan fizyczny	–0,526**	–0,461**	–0,349**	–0,267*	–0,388**	–0,508**
Dobrostan psychiczny	–0,240	–0,251	–0,309*	–0,290*	–0,318*	–0,367**
Dobrostan społeczny	–0,369**	–0,294*	–0,316*	–0,348**	–0,377**	–0,446**
Dobrostan środowiskowy	–0,154	–0,238	–0,351**	–0,411**	–0,400**	–0,408**
Zadowolenie z życia	–0,026	–0,281*	–0,386**	–0,050	–0,153	–0,222
Zadowolenie ze zdrowia	–0,148	–0,373**	–0,444**	–0,209	–0,306*	–0,375**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabela 62

Objawy andropauzalne a jakość życia mężczyzn w wieku 50–52 lat (N = 61)

Jakość życia	Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia nacz.-ruchowe	Zaburzenia psycholog.	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seks. i nacz.	Wynik ogólny
1	2	3	4	5	6	7
Dobrostan fizyczny	–0,624**	–0,518**	–0,553**	–0,644**	–0,661**	–0,751**
Dobrostan psychiczny	–0,578**	–0,411**	–0,499**	–0,640**	–0,613**	–0,692**
Dobrostan społeczny	–0,636**	–0,508**	–0,385**	–0,660**	–0,666**	–0,707**
Dobrostan środowiskowy	–0,611**	–0,438**	–0,443**	–0,544**	–0,563**	–0,653**

Tabela 62 (cd.)

1	2	3	4	5	6	7
Zadowolenie z życia	-0,411**	-0,307*	-0,381**	-0,569**	-0,522**	-0,552**
Zadowolenie ze zdrowia	-0,436**	-0,195	-0,215	-0,311*	-0,297*	-0,368**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabela 63

Objawy andropauzalne a jakość życia mężczyzn w wieku 53–68 lat (N = 80)

Jakość życia	Zaburzenia fizyczne	Zaburzenia nacz.-ruchowe	Zaburzenia psycholog.	Zaburzenia seksualne	Zaburzenia seks. i nacz.	Wynik ogólny
Dobrostan fizyczny	-0,573**	-0,623**	-0,081	-0,231*	-0,478**	-0,537**
Dobrostan psychiczny	-0,208	-0,160	-0,412**	-0,062	-0,116	-0,303**
Dobrostan społeczny	-0,245*	-0,281*	-0,282*	0,107	-0,080	-0,245*
Dobrostan środowiskowy	-0,274*	-0,266*	-0,299**	-0,209	-0,274*	-0,378**
Zadowolenie z życia	-0,330**	-0,238*	-0,367**	-0,072	-0,175	-0,361**
Zadowolenie ze zdrowia	-0,340**	-0,263*	-0,118	-0,036	-0,157	-0,269*

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

U mężczyzn w wieku 45–49 lat (tab. 61) wraz z wzrostem intensywności wszystkich objawów andropauzalnych obniżeniu ulega ocena dobrostanu fizycznego i społecznego. Ocena dobrostanu fizycznego występuje w najsilniejszych zależnościach z zaburzeniami fizycznymi ($r = -0,526$; $p < 0,01$) i wynikiem ogólnym objawów andropauzalnych ($r = -0,508$; $p < 0,01$), a ocena dobrostanu społecznego z sumą wszystkich objawów andropauzalnych ($r = -0,446$; $p < 0,01$). Niska ocena dobrostanu psychicznego i środowiskowego współwystępuje z bardziej nasilonymi zaburzeniami psychologicznymi, seksualnymi, seksualnymi i naczynioruchowymi łącznie oraz ogólnie związanymi z andropauzą. W przypadku dobrostanu środowiskowego korelacje są nieco silniejsze (wartości r od $-0,351$ do $-0,411$; $p < 0,05$) niż dla dobrostanu psychicznego (wartości r od $-0,309$ do $-0,367$; $p < 0,05$). Mniejsze zadowolenie z życia charakteryzuje mężczyzn o bardziej nasilonych zaburzeniach psychologicznych ($r = -0,386$; $p < 0,05$). Mężczyźni, którzy gorzej oceniają swoje zdrowie, doświadczają więcej ($p < 0,05$) zaburzeń naczynioruchowych ($r = -0,373$), zaburzeń psychologicznych ($r = -0,444$), zaburzeń seksualnych i naczynioruchowych ($r = -0,306$) oraz wszystkich objawów związanych z andropauzą i ujętych w wyniku ogólnym ($r = -0,375$).

U mężczyzn między 50. a 52. rokiem życia (tab. 62) im większa intensywność wszystkich objawów andropauzalnych, tym gorzej oceniana jakość życia we wszystkich czterech dziedzinach. Z dobrostanem fizycznym i społecznym najsilniej koreluje ($p < 0,01$) suma objawów ujętych w wyniku ogólnym ($r = -0,751$ i $r = -0,707$), ale także zaburzenia fizyczne ($r = -0,624$ i $r = -0,636$), seksualne ($r = -0,644$ i $r = -0,660$), seksualne i naczynioruchowe traktowane łącznie ($r = -0,661$ i $r = -0,666$). Dobrostan psychiczny jest w najsilniejszej zależności ($p < 0,01$) z zaburzeniami seksualnymi ($r = -0,640$), sumą zaburzeń seksualnych i naczynioruchowych ($r = -0,613$), wszystkimi objawami andropauzalnymi ujętymi w wyniku ogólnym ($r = -0,692$). Z oceną dobrostanu środowiskowego związane były ($p < 0,01$) przede wszystkim zaburzenia fizyczne ($r = -0,611$) i objawy związane z andropauzą ujęte w wyniku ogólnym ($r = -0,653$; $p < 0,01$). Ocena zadowolenia z życia oraz ze zdrowia nie są w tak silnych zależnościach z objawami andropauzalnymi jak poszczególne dziedziny jakości życia. Satysfakcja z życia jest tym większa, im mniejsza intensywność wszystkich objawów. Niskie zadowolenie ze zdrowia wiąże się głównie z bardziej intensywnymi zaburzeniami fizycznymi i wyższym wskaźnikiem ogólnym objawów andropauzalnych.

U najstarszych mężczyzn (tab. 63) niższej ocenie dobrostanu fizycznego towarzyszy więcej ($p < 0,01$) zaburzeń fizycznych ($r = -0,5730$, naczynioruchowych ($r = -0,623$), seksualnych i naczynioruchowych ($r = -0,478$) oraz wszystkich objawów andropauzalnych ujętych w wyniku ogólnym ($r = -0,537$). Niższa ocena dobrostanu psychicznego współwystępuje z większą ($p < 0,01$) intensywnością zaburzeń psychologicznych ($r = -0,412$) i ogólnie związanych z andropauzą ($r = -0,303$). Nasilenie wszystkich objawów (ujętych w wyniku ogólnym) wiąże się także ze słabszą oceną dobrostanu środowiskowego ($r = -0,378$; $p < 0,01$). Mężczyźni mniej zadowoleni ze swojego życia charakteryzują się większą intensywnością ($p < 0,01$) zgłaszanych zaburzeń fizycznych ($r = -0,330$), psychologicznych ($r = -0,367$), odnoszących się do sumy objawów andropauzalnych ($r = -0,361$). Mniejsze zadowolenie ze zdrowia dotyczy mężczyzn z bardziej intensywnymi objawami fizycznymi ($r = -0,330$; $p < 0,01$).

Dokonano próby porównania trzech grup mężczyzn pod względem znaczenia występowania i nasilenia objawów andropauzalnych dla oceny jakości życia (tab. 64). Analizy oparte na korelacji r Pearsona pokazały, że istotne zależności między objawami andropauzalnymi a jakością życia dla wyróżnionych trzech grup mężczyzn osiągają wartości od $r = 0,23$ do $r = 0,75$. Przyjęto za znaczące te istotne korelacje, gdzie r było większe od 0,31. Takie zależności zostały zaznaczone w tabeli 64 symbolem „+”.

Tabela 64

Znaczenie objawów andropauzalnych („+” oznacza, że ma znaczenie) dla poszczególnych wymiarów jakości życia w trzech grupach mężczyzn (w wieku 45–49 lat – gr. 1; w wieku 50–52 lat – gr. 2; 53–68 lat – gr. 3)

Jakość życia	Objawy andropauzalne Zaburzenia	Wiek mężczyzn		
		45–49 lat	50–52 lata	53–68 lat
Dobrostan fizyczny	fizyczne	+	+	+
	naczynioruchowe	+	+	+
	psychologiczne	+	+	
	seksualne		+	
	seksualne i naczynioruchowe	+	+	+
	wynik ogólny	+	+	+
Dobrostan psychiczny	fizyczne		+	
	naczynioruchowe		+	
	psychologiczne		+	+
	seksualne		+	
	seksualne i naczynioruchowe	+	+	
	wynik ogólny	+	+	
Dobrostan społeczny	fizyczne	+	+	
	naczynioruchowe		+	
	psychologiczne	+	+	
	seksualne	+	+	
	seksualne i naczynioruchowe	+	+	
	wynik ogólny	+	+	
Dobrostan środowiskowy	fizyczne		+	
	naczynioruchowe		+	
	psychologiczne	+	+	
	seksualne	+	+	
	seksualne i naczynioruchowe	+	+	
	wynik ogólny	+	+	+

U mężczyzn najwięcej istotnych zależności pomiędzy objawami andropauzalnymi a oceną jakości życia dotyczy grupy w wieku 50–52 lat, a najmniej najstarszych (53–68 lat). Mężczyźni w wieku 50–52 lat, którzy bardziej odczuwają objawy niedoboru testosteronu, niezależnie od ich rodzaju, niżej oceniają wszystkie wymiary jakości życia. Można zatem przypuszczać, że jakości życia tych mężczyzn (w porównaniu z pozostałymi grupami) najbardziej zagrażają objawy zmian hormonalnych. W młodszej grupie mężczyzn (45–49 lat) najbardziej podatny na obniżenie, z powodu intensywniejszych objawów andropauzalnych, wydaje się dobrostan fizyczny i społeczny. Najbardziej znaczącymi symptomami dla oceny

jakości życia jest suma zaburzeń seksualnych i naczynioruchowych (występują w zależnościach z wszystkimi wymiarami jakości życia). U najstarszych mężczyzn intensywniejsze objawy zmian hormonalnych obniżają głównie poczucie dobrostanu fizycznego.

Podobieństwa i różnice, odnośnie do zależności między analizowanymi wymiarami jakości życia a nasileniem się objawów andropauzalnych przedstawia rysunek 22.

GRUPA 1 Mężczyźni 45–49 lat	GRUPA 2 Mężczyźni 50–52 lata	GRUPA 3 Mężczyźni 53–68 lat
• dobrostan fizyczny	• dobrostan fizyczny	• dobrostan fizyczny
• dobrostan psychiczny	• dobrostan psychiczny	• dobrostan psychiczny
• dobrostan społeczny	• dobrostan społeczny	• dobrostan społeczny
• dobrostan środowiskowy	• dobrostan środowiskowy	• dobrostan środowiskowy

Rysunek 22. Podobieństwa i różnice dotyczące badanych grup mężczyzn odnośnie do zależności między jakością życia a nasileniem objawów andropauzalnych

Dobrostan fizyczny wyraźnie obniżają objawy andropauzalne, co dotyczy wszystkich trzech grup mężczyzn. Tym, co łączy te grupy, jest niekorzystny wpływ zaburzeń fizycznych, naczynioruchowych i sumy zaburzeń seksualnych i naczynioruchowych na dobrostan fizyczny. Dobrostanowi psychicznemu i środowiskowemu również zagrażają objawy zmian hormonalnych, jednak najwięcej z nich, co może stanowić o większej ich dotkliwości, ujawniają mężczyźni z grupy 2 (dobrostan psychiczny), z kolei więcej podobnych objawów dotyczy grup 2 i 3 (dobrostan środowiskowy). Objawy andropauzalne okazały się również niekorzystne dla dobrostanu społecznego mężczyzn z grupy 1 i 2. Należy zaznaczyć, że objawy andropauzalne mogą decydować o jakości życia, ale również niekorzystne dla mężczyzn zmiany fizyczne, psychiczne czy w obszarach społecznym i środowiskowym mogą nasilać objawy zmian hormonalnych.

8. Podsumowanie i dyskusja wyników badań

Znaczącą część społeczeństwa stanowią osoby w wieku średnim, które doświadczają zdaniem Chatterjee (2000) oraz Duxbury i Chiggins (2001), presji czasu, przeciążenia rolami, co wymaga szczególnej sprawności oraz odporności psychofizycznej. Jednocześnie wydolność psychofizyczna jednostki może być obniżona z uwagi na doświadczane objawy psychiczne i somatyczne będące efektem, typowych dla wieku średniego, zmian hormonalnych (Chedraui, Blümel, Baron i in., 2008). Zmiany te pojawiają się wcześniej, bo już po 45. roku życia, mają różny przebieg, a ich występowanie i nasilenie jest zależne od fizycznego oraz psychospołecznego kontekstu funkcjonowania jednostki. Jedynie takie ujmowanie wspomnianych zmian i objawów z nimi związanych, może stanowić o ocenie ich roli dla jakości życia. Stąd analiza jakości życia mężczyzn w okresie zmian andropauzalnych wymagała podjęcia trzech zadań. Były nimi:

1. Wskazanie na okres najtrudniejszy – krytyczny, tj. związany z największym nasileniem objawów andropauzalnych, z uwzględnieniem ich czynników ryzyka (indywidualnych, związanych z trybem życia i psychospołecznych) w celu określenia ewentualnych podobieństw do kobiecej menopauzy.

2. Analiza zmian funkcjonowania psychologicznego mężczyzn w okresie występowania objawów zmian hormonalnych.

3. Analiza jakości życia mężczyzn w perspektywie doświadczanych objawów zmian hormonalnych, ich czynników ryzyka i charakterystyk psychologicznych łączonych z kryzysem wieku średniego.

8.1. Występowanie i nasilenie objawów zmian hormonalnych i ich czynniki ryzyka

Czy andropauza to męska menopauza?

Zgodnie z pierwszym zadaniem badawczym podjęto próbę: oceny różnic w występowaniu i nasileniu objawów andropauzalnych między trzema grupami mężczyzn (w wieku 45–49 lat, 50–52 lat, 53–68 lat); porównano objawy uznane za andropauzalne z tymi przypisanymi menopauzie; sprawdzono czy okres najtrudniejszy – krytyczny, tj. związany z największym nasileniem objawów zmian hormonalnych u mężczyzn, dotyczy analogicznej grupy kobiet.

Spośród objawów kryterialnych dla andropauzy (psychologicznych, naczynioruchowych i seksualnych) jedynie zaburzenia psychologiczne nie różnicowały badanych grup mężczyzn, choć osiągały one poziom kryterialny dla andropauzy. Jest to zgodne z koncepcją o braku specyficznych objawów psychologicznych dla andropauzy (Delhez i in., 2003; w: Rabijewski i Zgliczyński, 2009a). Nie muszą one być zależne od wieku. U młodszych mężczyzn między 45. a 50. rokiem życia, podobnie jak u starszych, także można obserwować objawy psychologiczne męskiej menopauzy (Heinemann, Zimmermann, Vermeulen i in., 1999, w: Mędraś,

2002). Z kolei u kobiet objawy psychologiczne wzrastają wraz z wiekiem. Należy przypuszczać, że mogą je wywoływać zmiany hormonalne związane z utratą miesiączki, co sprzyja dolegliwościom, ale też obawom kobiet przed starzeniem się. Augoulea i in. (2019) wskazują, że objawy psychologiczne u kobiet najczęściej współwystępują z naczynioworuchowymi, co wiąże się z większymi kosztami społecznymi starzenia się kobiet niż mężczyzn.

Warto zaznaczyć, że objawy psychologiczne nie muszą być łączone tylko ze zmianami hormonalnymi. Ich nasilenie może bowiem wzrastać z powodu stresu, trudności czy nieoczekiwanych zmian w życiu mężczyzn i kobiet. Badania potwierdzają, że nie wszystkie objawy psychologiczne u mężczyzn wiążą się z niskim poziomem testosteronu (Morales i in., 2010).

Przeprowadzone analizy wyników pokazały, że te zaburzenia seksualne, które najczęściej wiąże się z andropauzą, wzrastają wraz z wiekiem. Objawy seksualne występują u mężczyzn już w okresie przejściowym, tj. w wieku 50–52 lat. Najbardziej jednak doświadczają ich mężczyźni najstarsi w wieku 53–68 lat (podobnie wysokie wyniki uzyskały kobiety po menopauzie). Wynik jest zgodny z wcześniejszymi badaniami, w których wykazano, że problemy seksualne (związane z pożądaniem, erekcją, mniejszą częstotliwością myślenia o seksie) są typowym objawem u mężczyzn w okresie średniej, a szczególnie późnej dorosłości (Lejeune i in., 2013; Rabijewski, 2013). Za spadek pożądania seksualnego u mężczyzn odpowiada obniżający się poziom testosteronu (Heidari i in., 2015; Huhtaniemi, 2014a; Renneboog, 2012; Wu i in., 2010).

Zaburzenia naczynioworuchowe również wzrastają wraz z wiekiem badanych osób. Najbardziej dotkliwe okazały się dla mężczyzn najstarszych, tj. w wieku 53–68 lat, a dla kobiet w okresie przejścia menopauzalnego – w wieku 48–50 lat. Jest to spowodowane dokonującymi się, u kobiet już w wieku 48–50 lat, zmianami biologicznymi, endokrynologicznymi (Bielawska-Batorowicz, 2016).

Zgodnie z badaniami medycznymi, zmiany hormonalne u mężczyzn wywołane są procesem starzenia się (Hisasue i Horie, 2013; Pines, 2011; Wu i in., 2010), co nie jest tak oczywiste u kobiet. Stwierdzono bowiem brak podobieństw między starzeniem się a zmianami funkcji jąder i jajników. Funkcja jąder zmniejsza się stopniowo wraz z wiekiem, natomiast jajniki szybciej ulegają inwolucji funkcjonalnej w okresie menopauzy (Huhtaniemi, 2014b). Może to wyjaśniać wcześniejsze pojawianie się objawów u kobiet i ich nasilenie się w okresie przejścia menopauzalnego.

U wszystkich badanych mężczyzn występowały również objawy naczynioruchowe i seksualne (traktowane łącznie), co świadczy o niedoborze testosteronu. Objawy te nasilają się wraz z wiekiem. Wyraźne tendencje wzrostowe wystąpiły u mężczyzn w wieku 50–52 lat, a mężczyźni w wieku 53–68 lat osiągnęli istotnie wyższe wskaźniki ($p < 0,05$).

Należy zauważyć, że u mężczyzn wszystkie objawy andropauzalne (oprócz psychologicznych) wzrastały wraz z wiekiem. Badania potwierdzają, że u mężczyzn nasilenie się objawów wraz z wiekiem jest zgodne z odnoszeniem zmian do procesu starzenia się, kiedy to dochodzi do stopniowego obniżania się ilości androgenów – testosteronu, dehydroepiandrosteronu oraz innych hormonów – po 50. roku życia (Mędraś i Jankowska, 2002a; Tan, 2001).

Dalsze analizy dotyczące porównania zmian andro- i menopauzalnych pozwoliły ustalić *okres krytyczny nasilania się objawów* u mężczyzn i kobiet. Najwyższy poziom objawów zaobserwowano u mężczyzn najstarszych – w wieku 53–68 lat, a dla kobiet był to okres przejścia menopauzalnego, określany też jako perimenopauzalny i mieszczący się w przedziale wiekowym 48–50 lat. Kobiety w tym okresie życia, podobnie jak te po menopauzie, doświadczały większości objawów, ale również najbardziej (w porównaniu z młodszą, a nawet najstarszą grupą) skarżyły się na objawy wypadowe i związane z miesiączkowaniem (dolegliwości piersi i z okolic brzucha).

Przyjmuje się, że występowanie i nasilenie objawów zmian hormonalnych jest największe w czasie perimenopauzy i w pierwszych dwóch latach po menopauzie, a następnie ulega zmniejszeniu (Fuh i in., 2003). Z uwagi na to, że większość badaczy uznaje wiek od 49. do 52,5. roku życia jako typowy dla wystąpienia ostatniej miesiączki u kobiet w różnych krajach (Bielawska-Batorowicz, 2016), należy menopauzę traktować jako proces wpisany w zmiany rozwojowe kobiet i oczekiwany w konkretnym okresie życia. Nie dotyczy to andropauzy, ponieważ 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 (Jakiel i in., 2015; Kula, 1998; T'Sjoen i in., 2003). Zespół objawów klinicznych związanych ze stopniowym zmniejszaniem się poziomu testosteronu w surowicy krwi zwykle pojawia się wraz z wiekiem i dotyczy mężczyzn starszych (Jakiel i in., 2008, 2015), co potwierdziły również wyniki badań własnych.

Odpowiadając na pytanie, czy andropauza to męska menopauza, należy stwierdzić, że dokonujące się wraz z wiekiem zmiany są właściwe i charakterystyczne dla człowieka w okresie średniej i późnej dorosłości bez względu na jego płeć. Należy jednak zaznaczyć, że specyficzne zmiany hormonalne wyraźniej i wcześniej rozpoznawalne są u kobiet niż u mężczyzn. U mężczyzn towarzyszą one procesowi starzenia się, co jednak nie upoważnia do tego, by kwestionować ich występowanie. Objawy kryterialne dla andropauzy – psychologiczne, naczynioruchowe, seksualne – mają swoje odpowiedniki również u kobiet. Z uwagi jednak na różną ich dynamikę i konsekwencje omawiane procesy trudno uznać za równoważne.

Czynniki ryzyka objawów zmian hormonalnych u mężczyzn

Doświadczenie objawów zmian hormonalnych jest zjawiskiem wielowymiarowym i odzwierciedla wpływ różnych czynników (Czarnecka-Iwańczuk, i in., 2013; Palacios i in., 2010). Stąd podjęto próbę analizy czynników ryzyka, które mogą decydować o występowaniu i nasileniu objawów zmian hormonalnych u mężczyzn i u kobiet. Uwzględniono trzy grupy czynników ryzyka objawów: indywidualne (wiek, współczynnik masy ciała; występowanie choroby przewlekłej); związane ze stylem życia (palenie tytoniu; odżywianie się, aktywność fizyczna); psychospołeczne (obecność oraz zaangażowanie w roli zawodowej, rodzinnej, społecznej i innych; staż związku; spostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnera; własna postawa wobec andropauzy/menopauzy).

Cechy indywidualne – wiek, masa ciała – wskaźnik BMI, występowanie choroby przewlekłej

Wiek

Badania własne potwierdziły, że wraz z *wiek*em rośnie intensywność doświadczanych objawów zmian hormonalnych. Należy przyjąć, że *wiek* jest zmienią odpowiedzialną za nasilanie się objawów związanych ze zmianami hormonalnymi. Korelacje między wiekiem a niektórymi z objawów okazały się istotne w grupie najstarszych mężczyzn i najstarszych kobiet, co pokazuje, że obserwowane zmiany najwyraźniej wiążą się z okresem średniej i późnej dorosłości (od 51/53 do 68 lat). Jednocześnie większość, tj. 80%, objawów uznanych za andropauzalne nasila się wraz z wiekiem, co dotyczy jedynie 33,3% objawów menopauzalnych. Prawdopodobnie u mężczyzn wiąże się to z większą liczbą współwystępujących innych dolegliwości somatycznych, których ryzyko pojawienia się rośnie tak z wiekiem, jak i pogłębiającym się niedoborem hormonów płciowych (Bhasin i in., 2006; Bińkowska, 2011; Cajdler-Łuba i in., 2006; Kapliński i in., 1998; Nieschlag, Swerdloff, Behre i in., 2008; Rabijewski i Zgliczyński, 2009a).

Wskaźnik BMI

Wskaźnik BMI okazał się mieć jedynie znaczenie dla zaburzeń seksualnych u mężczyzn w wieku 50–52 lat i zaburzeń psychologicznych u mężczyzn w wieku 53–68 lat. Im wyższe wartości *wskaźnika BMI*, tym mniej zgłaszano zaburzeń. U mężczyzn poziom testosteronu we krwi zależy od wartości BMI (Ponholzer i in., 2005), a otyłość może przyspieszać jego redukcję (Karasek, 2009a) i tym samym nasilać doświadczane objawy. Stąd stwierdzona zależność wydaje się zaskakująca. Być może mężczyznom łatwiej jest zrozumieć i zaakceptować (a więc także nie zgłaszać ich jako niepokojących) zmiany we własnym funkcjonowaniu, gdy mogą je łączyć z otyłością i np. niezdrowym stylem życia czy chorobami, do których ta otyłość predysponuje. Wzrost masy tłuszczowej stanowi jeden z objawów andropauzy, a otyłość centralna i zwiększone ryzyko cukrzycy oraz zaburzeń sercowo-naczyniowych to dalsze konsekwencje niedoboru testosteronu (Shabsigh, 2003), które są częściej obserwowane u starszych mężczyzn.

Choroba przewlekła

Dla nasilenia objawów andro- i menopauzalnych znaczące okazały się problemy zdrowotne w postaci zmagania się z *chorobą przewlekłą*, co dotyczyło mężczyzn w wieku 53–68 lat oraz kobiet w okresie postmenopauzalnym, a nie dotyczyło mężczyzn w wieku 50–52 lat i kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Mniej objawów doświadczaly osoby zdrowe. Należy przypuszczać, że tzw. okres przejściowy dla andropauzy i menopauzy nie jest aż tak znaczący dla osób chorych, gdyż zmiany w funkcjonowaniu łączone są z posiadaną wcześniej *przewlekłą chorobą somatyczną*. Osoby *chore* mogą bardziej doświadczać objawów somatycznych i psychologicznych, ale jednocześnie są one dla nich oczywiste i mogą być tłumaczone współistniejącą chorobą. Dolegliwości związane z *chorobą przewlekłą* mają zwykle większe znaczenie dla jednostki niż dokonujące się

zmiany hormonalne. Choroba somatyczna może nawet maskować pojawiające się symptomy andro- i menopauzalne. Nawet najbardziej charakterystyczne objawy wazomotoryczne także mogą być spowodowane chorobą, np. nadczynnością tarczycy, białaczką, lub stanowić efekt uboczny działania niektórych leków (Bińkowska, 2011). Tłumaczenie objawów zmian hormonalnych chorobą somatyczną lub działaniem przyjmowanych leków także ogranicza możliwości ich identyfikacji. Utrata miesiączki jako niepodważalny fakt świadczący o menopauzie sprawia, że kobiety mają większą świadomość, iż zmagają się nie tylko z chorobą somatyczną, ale także ze zmianami hormonalnymi.

Dodatkowe dolegliwości zdrowotne oraz stosowane leki mogą obniżać stężenie testosteronu u mężczyzn (Karasek, 2009a; Mędraś i Jankowska, 2002a; Rabinjewski, 2011b) i intensyfikować objawy menopauzalne u kobiet (Czarnecka-Iwańczuk i in., 2013; Palacios i in., 2010; Veeninga i Kraaijmaat, 1995). Najstarsza grupa mężczyzn i kobiet to osoby, które bardziej są narażone na występowanie chorób somatycznych, także dlatego że najdłużej doświadczają niedoboru hormonów płciowych. Nietrzymanie moczu, choroby układu sercowo-naczyniowego i osteoporoza to niektóre z odległych w czasie konsekwencji niedoboru estradiolu u kobiet (Cajdler-Łuba i in., 2006). Hipogonadyzm w andropauzie może przyczynić się do osteoporozy, otyłości, gorszej czynności krwiotwórczej szpiku, insulinooporności oraz jej następstw w postaci choroby miażdżycowej lub cukrzycy typu 2 (Morales i in., 2000; Morales i Lunenfeld, 2001, w: Wdowiak i in., 2002). Cukrzyca, otyłość, choroby serca i nowotwory potęgują negatywne skutki zmian stężenia testosteronu we krwi. U osób między 40. a 70. rokiem życia stężenie testosteronu wolnego redukuje się o 1,2% rocznie, ale choroby przewlekłe: choroba niedokrwienna serca, cukrzyca, nadciśnienie i inne, mogą tę wartość zwiększać aż do 10–15% rocznie (Karasek, 2009a).

Mężczyźni z najstarszej grupy (53–68 lat), chociaż nie obserwowali tak wyraźnych objawów i zmian hormonalnych jak kobiety, też odbierali ich więcej i silniej w sytuacji zmian chorobowych. Objawy związane z niedoborem androgenów nasilają się wraz z wiekiem i niezależnie od sposobu interpretacji (choroba somatyczna czy zmiany hormonalne), mogą wraz z innymi dolegliwościami (chorobami) stanowić większą przeszkodę w codziennych czynnościach. Problemy zdrowotne mogą ponadto przyspieszać zmiany hormonalne zarówno u mężczyzn (Karasek, 2009a; Mędraś i Jankowska, 2002a; Rabinjewski, 2011b), jak i kobiet (Pertyński, 2006).

Różnice między mężczyznami a kobietami dotyczyły rodzaju objawów zmian hormonalnych, których nasilenie jest różne u osób chorych i zdrowych. Chorujący mężczyźni bardziej skarżyli się na objawy naczynioruchowe. Prawdopodobnie wiąże się to z tym, że – częściej niż kobiety – jako dolegliwości chorobowe wymieniali nadciśnienie tętnicze i choroby serca. Kobiety chore somatycznie zgłaszały więcej dolegliwości w funkcjonowaniu psychicznym (przeżywanych emocjach, nastroju, funkcjach poznawczych). Ze względu na brak niepodważalnych dowodów świadczących o andropauzie (Jakiel i in., 2015; Kula, 1998; T'Sjoen i in., 2003) mężczyźni znajdują się w lepszym położeniu niż kobiety, które muszą sobie radzić zarówno z menopauzą, jak i z chorobą, co może się ujawniać w ich gorszym funkcjonowaniu psychicznym.

Styl życia – odżywianie się (dieta); aktywność fizyczna; palenie tytoniu**Odżywianie się (dieta)**

W badaniach własnych sposób odżywiania się okazał się istotny dla doświadczanych symptomów zmian hormonalnych u mężczyzn przed osiągnięciem wieku umownie przyjętego za poprzedzający andropauzę (45–49 lat i 50–52 lata) i u kobiet w okresie okołomenopauzalnym. U mężczyzn zdrowe odżywianie wiązało się z mniej intensywnymi objawami andropauzalnymi, głównie zaburzeniami psychicznymi (mężczyźni młodszy – 45–49 lat) i naczynioruchowymi (mężczyźni w wieku 50–52 lat), a u kobiet w okresie perimenopauzalnym – z mniejszą liczbą obserwowanych dolegliwości menopauzalnych, szczególnie objawów depresji i zaburzeń seksualnych. Prawdopodobnie osoby pokładają większe nadzieje w pewnych czynnościach, które ich zdaniem opóźnią zmiany, zanim jeszcze one nastąpią. Dbanie o siebie daje poczucie większej kontroli i pozwala czuć się lepiej. Osiągnięcie menopauzy lub andropauzy może osłabić tę motywację i pozytywne oczekiwania. Dodatkowo sama odpowiednia dieta może okazać się niewystarczająca dla lepszego funkcjonowania psychosomatycznego osób starszych.

Mężczyźni, którzy kontrolują to, co jedzą, są bardzo silnie do tego zmotywowani i także oczekują pozytywnych efektów. Różne formy diety i zdrowego sposobu odżywiania się mogą być rozpatrywane w kategorii ograniczeń, które ludzie sami sobie narzucają. Niezależnie od tego, jakie są powody zdrowego odżywiania się mężczyzn w tym wieku, samo trwanie w tak trudnym do realizacji postanowieniu może dawać poczucie siły i samozadowolenia, a więc wpływać pozytywnie na ich funkcjonowanie psychiczne. Zdrowe odżywianie chroni mężczyzn przed otyłością, a tym samym pozytywnie wpływa także na układ naczyniowy, opóźniając związane z nim dolegliwości.

Dbanie o *właściwe odżywianie* się niekiedy podtrzymuje przekonanie kobiet o możliwości zachowania zdrowia i urody, które wydają się zagrożone w okresie zmian hormonalnych. To z kolei chroni przed obniżeniem nastroju i pozwala dłużej cieszyć się aktywnością seksualną. Najprawdopodobniej najbardziej zmotywowane do dbania o własne zdrowie są te kobiety, które nie doświadczają zbyt intensywnych objawów, szczególnie związanych z depresją i sferą seksualną.

Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna okazała się znacząca dla zdrowia fizycznego i psychicznego mężczyzn i kobiet. Korzystne wyniki, związane z mniejszym nasileniem objawów andropauzalnych, uzyskali mężczyźni aktywni fizycznie. Dotyczy to mężczyzn w wieku 50–52 lat oraz mężczyzn najstarszych (53–68 lat). Osoby aktywne fizycznie (w porównaniu do nieaktywnych) doświadczały mniej dolegliwości fizycznych, naczynioruchowych, psychicznych, ogólnie związanych z andropauzą, a w grupie najstarszych mężczyzn, dodatkowo mniejszego nasilenia sumy objawów naczynioruchowych i seksualnych. Aktywność fizyczna nie tylko pozwala zachować na dłużej sprawność i dobre samopoczucie, ale także (podobnie jak zdrowe odżywianie się) pewną kontrolę nad zachodzącymi zmianami i tym samym bardziej pozytywną postawę wobec andropauzy i jej objawów.

Badania potwierdzają, że zdrowe odżywianie i aktywność fizyczna będące przejawem zdrowego stylu życia mogą mieć pozytywne znaczenie dla obserwowanych objawów zmian hormonalnych, a nawet opóźniać ich pojawianie się (Bielawska-Batorowicz, 2011; Bińkowska, 2011; Pertyński, 2006). Możliwe, że mężczyźni, którzy dbają o kondycję fizyczną, bardziej koncentrują swoją uwagę na tym, co mogą dzięki temu zyskać, niż na swoich dolegliwościach. Słuszne wydaje się także przypuszczenie, że dla mężczyzn aktywność fizyczna jest miernikiem ich sprawności. Dlatego też mężczyźni, którzy mogą pozostać dłużej aktywni, przypisują mniejsze znaczenie odczuwanym objawom.

U kobiet istotne różnice pomiędzy aktywnymi i nieaktywnymi fizycznie wystąpiły w grupie postmenopauzalnej. Różnice te nie były jednoznaczne. Kobiety bardziej aktywne fizycznie czuły się bardziej atrakcyjne, ale doświadczały więcej objawów wypadowych i dolegliwości podobnych do tych, które wcześniej związane były z miesiączkowaniem (dolegliwości z okolic brzucha, tkliwość piersi). Kobiety, które przywiązują większą wagę do swojego wyglądu, częściej podejmują aktywność fizyczną, co umożliwia im zachowanie pozytywnej oceny na temat własnej atrakcyjności. Uznaje się, że ćwiczenia mają pozytywny wpływ na zmiany zachodzące w organizmie kobiety po menopauzie. Kobiety, które są aktywne fizycznie, mają mniej dolegliwości somatycznych oraz cieszą się dobrym stanem zdrowia psychicznego. Ćwiczenia fizyczne umożliwiają utrzymanie kontroli nad osteoporozą, która jest częstą dolegliwością kobiet starszych. Nawet umiarkowane ćwiczenia pomagają zachować właściwą wagę, zmniejszyć stres, lęk i depresję, których ryzyko pojawienia się wzrasta w okresie menopauzy (Mishra i in., 2011; Piotrowska i Majchrzycki, 2013). Utrzymanie lub odzyskanie kondycji fizycznej, ze względu na wiek i liczne dolegliwości, może być trudne (Pines i Berry, 2007). Ponadto aktywność fizyczna może także nasilać odczuwanie niektórych problemów somatycznych. Otyłość, obok palenia tytoniu, jest najczęściej wymienianym czynnikiem ryzyka uderzeń gorąca, a zmiany w stylu życia, takie jak zwiększenie aktywności fizycznej, są jedną z alternatyw dla hormonalnej terapii zastępczej. Jednak dowody na to, że aktywność fizyczna zmniejsza objawy menopauzy, są wciąż niejednoznaczne. Intensywne ćwiczenia fizyczne mogą bowiem potęgować uderzenia gorąca (Luoto, 2009). Rola ruchu w doświadczaniu uderzeń gorąca pozostaje nadal niejednoznaczna (Mishra i in., 2011). *Aktywność fizyczna*, zmniejszając ilość tkanki tłuszczowej, obniża poziom estrogenów przy jednoczesnym zwiększeniu poziomu globuliny wiążącej hormon płciowy, co może intensyfikować uderzenia gorąca i inne objawy naczynioruchowe (Pines i Berry, 2007). Niemniej, liczne badania wskazują na korzystne efekty aktywności fizycznej w postaci m.in. poprawy samopoczucia (Saulicz i in., 2015), spadku masy ciała (Jull i in., 2014) i obniżonej intensywności menopauzalnych objawów somatycznych (Mastrangelo i in., 2010).

Większość *aktywnych fizycznie* mężczyzn i kobiet to osoby z najmłodszych grup. Być może ze względu na wiek i mniejsze zmiany hormonalne, łatwiej jest być aktywnym fizycznie. Większą motywacją dla zdrowego stylu życia, a więc także dla aktywności fizycznej, jest prawdopodobnie zapobieganie zmianom i dolegliwościom, które jeszcze się nie pojawiły lub dopiero zaczynają być odczuwalne.

Ważne jest, aby jak najbardziej je odroczyć. We wszystkich trzech grupach badanych to kobiety wykazują nieco lepsze wyniki i wydają się bardziej dbać o kondycję fizyczną niż mężczyźni. Kobiety aktywne fizycznie bardziej niż mężczyźni starają się zachować zdrowie i urodę. Można przypuszczać, że dbałość o zdrowie bywa podyktowana obawą przed menopauzą. Andropauza jest wciąż zjawiskiem mało znanym, a więc mniej zagrażającym dla mężczyzn niż dla kobiet menopauza.

Palenie tytoniu

W badaniach własnych wykazano większe doświadczanie objawów psychologicznych i wyższy wynik ogólny – dotyczący wszystkich objawów – u mężczyzn z najmłodszej grupy (45–49 lat) *palących tytoń* w porównaniu do niepalących. W pozostałych grupach wiekowych nie stwierdzono tego typu różnic. Dotychczasowe badania wskazują na związek *palenia tytoniu* ze zmianami hormonalnymi u osób w okresie średniej dorosłości. Palenie może przyspieszyć wystąpienie menopauzy (Bińkowska, 2011; Kapliński i in., 1998; Korabel i Krzysiek, 2013; Pertyński, 2006; Rumianowski i in., 2012; Sarec i in., 2011) i andropauzy (Than i Philip, 1999). U mężczyzn, wśród czynników związanych ze stylem życia, największe znaczenie dla poziomu testosteronu we krwi ma (poza wskaźnikiem BMI) *palenie tytoniu* (Ponholzer i in., 2005). Osoby palące tytoń wykazują większy poziom testosteronu w osoczu niż niepalące (Mędraś i Jankowska, 2002a; Rabijewski, 2011b). Palenie tytoniu może przyspieszać zmiany hormonalne, co powoduje, że mężczyźni wcześniej obserwują u siebie objawy andropauzalne (Than i Philip, 1999). Nałóg, jakim jest palenie, może również być traktowany jako oznaka słabości i dotyczyć mężczyzn gorzej radzących sobie z trudnościami, oceną innych i zbliżaniem się starości, a zatem gorzej funkcjonujących psychologicznie.

Palenie tytoniu sprzyja bardziej intensywnym objawom wypadowym u kobiet (Luoto, 2009; Skalba, 2012). Nie potwierdziły tego wyniki badań własnych. Okazało się jednak, że kobiety będące w okresie okołomenopauzalnym i palące obserwują u siebie większe nasilenie zaburzeń miesiączkowania (które są wyraźną zapowiedzią zbliżającej się menopauzy) oraz objawów niespecyficznych, takich jak depresja, zaburzenia somatyczne i zaburzenia snu. Znajduje to potwierdzenie we wcześniejszych badaniach, zgodnie z którymi wspomniane niespecyficzne objawy menopauzy może wywoływać palenie tytoniu, ale też inne substancje psychoaktywne (Gold, 2000; Staropoli, Flaws i Bush, 1998, w: Bielawska-Batorowicz, 2005c).

Czynniki psychospołeczne – *podejmowanie ról i zaangażowanie w roli: zawodowej, rodzinnej, społecznej i innych; staż związku; spostrzeganie objawów psychosomatycznych u partnera; własna postawa mężczyzn wobec andropauzy*

Aktywność zawodowa i inne role

W badaniach własnych *praca zawodowa* okazała się znacząca dla osób, u których zmiany hormonalne mogą być najbardziej widoczne, a więc w okresie przejściowym i w wieku właściwym dla andropauzy oraz po menopauzie. Mężczyźni w wieku 50–52 lat i kobiety w okresie perimenopauzalnym bardziej

zaangażowani zawodowo doświadczali mniej dolegliwości somatycznych. Kobiety czuły się bardziej atrakcyjne, a mężczyźni ujawniali mniej zaburzeń naczynioruchowych i seksualnych oraz niższy ogólny wskaźnik objawów związanych z andropauzą. W grupie mężczyzn w wieku 53–68 lat i kobiet po menopauzie większa aktywność zawodowa wiązała się z mniejszym nasileniem prawie wszystkich objawów andro- i menopauzalnych.

Praca jest dominującą i najbardziej gratyfikującą formą aktywności, szczególnie dla mężczyzn. Utrata pracy lub brak możliwości jej wykonywania stanowi sytuację trudną, bywa źródłem zaburzeń zachowania, problemów zdrowotnych. Konsekwencją utraty pracy jest niższe poczucie własnej wartości, co może nasilać dolegliwości związane z objawami andropauzalnymi (Papalia i Olds, 1986, w: Olejnik, 2000). Kobieta może, ale nie musi pracować zawodowo. Być może dlatego ta forma aktywności wydaje się, podobnie jak u mężczyzn, atrakcyjna i ważna także dla jej samooceny oraz samopoczucia. Niewątpliwie praca zawodowa daje poczucie bezpieczeństwa finansowego oraz stanowi dodatkowe źródło wsparcia społecznego, które mogą okazać się szczególnie potrzebne dla kobiet w okresie menopauzy. Kobiety wyżej oceniające swój status zawodowy oraz socjoekonomiczny zgłaszają mniej objawów menopauzalnych (Barnaś i in., 2012). Badania socjologiczne wskazują, że osoby aktywne zawodowo żyją dłużej niż bezrobotne. Dochody finansowe ułatwiają bowiem dostęp do środków podnoszących poziom zdrowia (Giddens, 2004) i stanowią o pozycji społecznej (Turner, 2012).

Okazało się, że *zaangażowanie w inne role*, np. związane z edukacją lub hobby, wiąże się z mniejszym nasileniem objawów psychologicznych u mężczyzn w wieku 50–52 lat. Podejmowane role mogą być sposobem radzenia sobie mężczyźni z dyskomfortem psychicznym. Nowe, dodatkowe formy aktywności, stanowią próbę udowodnienia sobie i innym wciąż wysokiej sprawności i efektywności, zaprzeczania ewentualnym zmianom związanym ze zbliżającą się andropauzą (Mędraś i Jankowska, 2002), a jednocześnie skutecznie odwracają uwagę od obserwowanych symptomów andropauzalnych. Sprzyja to lepszemu samopoczuciu. Ludzie podejmujący wiele ról i angażujący się w różne rodzaje aktywności czują się bardziej szczęśliwi (Czapiński (2017).

Bliski związek emocjonalny – staż

Radzenie sobie z sytuacjami trudnymi jest lepsze u osób będących w *trwałym związku* emocjonalnym. Wzajemne wsparcie partnerów stanowi o ich dobrym samopoczuciu, a nawet zdrowiu (Czapiński, 2004a; Janicka, 2012). Staż związku zwykle jest funkcją wieku, stąd jego zależność od zmian hormonalnych może być podobna. Badania wykazały, że dłuższy staż związku sprzyja nasilaniu się objawów już u mężczyzn w wieku 45–49 lat. Skarżą się oni na zaburzenia seksualne oraz łączone – naczynioruchowe i seksualne. Dla mężczyzn w wieku 50–52 lat, długość *stażu związku* miała znaczenie dla występowania największej liczby zaburzeń andropauzalnych – fizycznych, naczynioruchowych oraz naczynioruchowych i seksualnych. Dla mężczyzn najstarszych (53–68 lat) staż ich związku wydaje się nie mieć już takiego znaczenia. Mężczyźni w wieku 53–68 lat zwykle akceptują zmiany w swoim organizmie, łącząc je ze starzeniem się, a pozostając

dotatkowo w długotrwałych związkach, nie muszą także wykazywać się siłą fizyczną i sprawnością seksualną jak, przypuszczalnie, ma to miejsce u młodszych mężczyzn.

Zagrożeniem dla relacji partnerskich są obserwowane przez mężczyzn objawy seksualne andropauzy. Wywołują one negatywne emocje, znacznie obniżają poczucie własnej wartości i atrakcyjności (Mędraś i Jankowska, 2002; Sipiński, 2010). Już niewielkie zmiany w funkcjonowaniu seksualnym przed osiągnięciem 50. roku życia budzą u mężczyzn silny niepokój i koncentrują ich uwagę także na innych dolegliwościach lub powodują gorsze samopoczucie. U mężczyzn w tym wieku wzrasta zapotrzebowanie na stymulację (Lew-Starowicz, 2004). Nowa partnerka, w porównaniu z wieloletnią, wydaje się lepiej odpowiadać na tego typu potrzeby (Mędraś i Jankowska, 2002c). Większe problemy w sferze seksualnej mężczyzn w związkach z dłuższym stażem można również tłumaczyć zjawiskiem habituacji, a więc postępującym słabnięciem reakcji na bodziec eksponowany przez dłuższy czas. Badania dowodzą, że liczba stosunków seksualnych zależy od stażu związku. W związkach z długim stażem rzadziej podejmowana jest aktywność seksualna i niższa jest satysfakcja seksualna (Grabowska, 2014). Ponadto w tym okresie życia, dla funkcjonowania seksualnego liczy się nie tylko zaangażowanie umożliwiające bezpieczne eksponowanie własnej seksualności, ale także otwartość na potrzeby partnera przejawiająca się w zaspokajaniu jego potrzeb, stosowanie różnych technik współżycia, inicjowanie kontaktów seksualnych (Grabowska, 2011; Stusiński i Lew-Starowicz, 2012). Uznaje się, że seksualność starzejących się mężczyzn jest bardziej uwarunkowana jakością związku z partnerką niż samym jej posiadaniem (Jakiel, 2010).

Wśród młodszych kobiet (premenopauza), *staż związku* okazał się nie mieć znaczenia dla ich funkcjonowania psychicznego i somatycznego. Funkcjonowanie seksualne kobiet w okresie okołomenopauzalnym okazało się lepsze wraz ze wzrostem stażu związku. Dla aktywności seksualnej duże znaczenie ma relacja, której towarzyszy seks, uczucia do partnera, ale także długość trwania związku (Brinbaum i in., 2007). Kobiety w okresie bezpośrednio przed menopauzą, zwykle doświadczające największych zmian, „chroni” trwały związek, a szczególnie jego długi staż stanowiący o wzajemnym zaangażowaniu. Zdaniem Grabowskiej (2011) zaangażowanie daje poczucie bezpieczeństwa, co pozwala odważniej wyrażać własną seksualność. Partner długotrwały to taki, który doskonale zna swoją partnerkę, jej potrzeby, obawy, z którym ona może czuć się bezpiecznie, także w sytuacjach intymnych.

Grupa kobiet w okresie postmenopauzalnym przejawiała najwięcej dolegliwości, które nasilają się wraz z wydłużeniem *stażu związku* (objawy depresji, somatyczne, zaburzenia pamięci i uwagi, niepokój, suma objawów menopauzalnych), przy czym zależności te nie dotyczyły, tak jak u kobiet w perimenopauzie, zaburzeń seksualnych. Stagnacja, niekorzystne zmiany związane ze strukturą rodziny, bardziej zagrażają związkom długotrwałym, co może dodatkowo wpływać na samopoczucie kobiet, wzmacniając objawy menopauzalne. Kobiety po menopauzie prawdopodobnie nie oczekują satysfakcji seksualnej (Czyżakowska i in., 2011; Skrzypulec-Plinta i in., 2011), ale więcej uwagi i pozytywnych wzmocnień ze

strony partnera, które mogą ulec ograniczeniu w związku z dłuższym stażem. Namietność, a więc pragnienie i poszukiwanie fizycznej bliskości prowadzące często do aktów seksualnych, bardziej charakteryzuje pierwsze etapy związku – zakochanie i romantyczne początki – niż związki długotrwałe (Wojciszke, 2003). Być może związek długotrwały, w którym oboje partnerzy w małym stopniu dążą do aktów seksualnych, chroni kobiety przed doświadczaniem zaburzeń seksualnych związanych ze zmianami hormonalnymi.

Zmiany w funkcjonowaniu psychosomatycznym obserwowane u partnera

U mężczyzn i kobiet *zmiany w funkcjonowaniu psychosomatycznym obserwowane u partnera* mogą być znaczące dla spostrzegania własnych objawów andro- lub menopauzalnych. Dostrzeganie tego typu zmian u partnera wiąże się ze zgłaszaniem większego nasilenia własnych dolegliwości andropauzalnych w grupach mężczyzn w wieku 50–52 lat i 53–68 lat oraz menopauzalnych we wszystkich trzech grupach kobiet. Obserwowane *zmiany w funkcjonowaniu psychosomatycznym partnera* dotyczą nasilenia większości objawów u kobiet po menopauzie i wszystkich objawów (poza zaburzeniami psychicznymi) u mężczyzn w obu starszych grupach. U kobiet jedynie zaburzenia miesiączkowania oraz niepokój nie współwystępowały z obserwowaniem zmian psychosomatycznych u partnera. Objawy psychiczne mogą ujawniać się w takim samym stopniu w każdym wieku i są niezależne od płci. Nie stwierdza się bowiem specyficznych objawów psychicznych dla andropauzy (Delhez i in., 2003) i coraz częściej mówi się także o braku zmian psychicznych specyficznych dla menopauzy (Bielawska-Batorowicz, 2016). Możliwe, że mężczyźni, którzy odczuwają objawy psychiczne, podobnie jak kobiety z wysokim niepokojem, bardziej koncentrują się na sobie niż na partnerce. Ponadto kobiety mogą dokonywać projekcji własnych objawów, z wyjątkiem, z oczywistych względów, zaburzeń miesiączkowania.

Znaczenie dolegliwości partnera w doświadczaniu własnych objawów rośnie wraz z wiekiem. Kobiety w okresie premenopauzalnym, obserwujące zmiany w funkcjonowaniu partnera, zgłaszają jedynie więcej objawów wypadowych i związanych z depresją, a w okresie perimenopauzalnym – objawów somatycznych, podczas gdy w przypadku kobiet po menopauzie zmiany w nasileniu dotyczą większości objawów. Nieco inaczej jest z mężczyznami. Najmłodsi (w wieku 45–49 lat) nie obserwują nasilenia żadnych zaburzeń, niezależnie od tego, czy partnerka ma widoczne objawy somatyczne i psychiczne, czy nie. Mężczyźni starsi (50–52 lata) i najstarsi (53–68 lat), w sytuacji widocznych zmian u partnerki, odczuwają większe nasilenie objawów (z wyjątkiem zaburzeń psychicznych). Prawdopodobnie osoby z najmłodszych grup, podobnie jak ich partnerzy (są najczęściej w zbliżonym wieku i zwykle partnerka jest młodsza), nie mają jeszcze tak widocznych objawów. Wraz z wiekiem rośnie intensywność doświadczanych objawów zmian hormonalnych, co może ułatwiać identyfikację z własnym partnerem i ujawnianie podobnych symptomów. Partnerzy, u których widoczne są silne objawy psychosomatyczne, bardziej koncentrują się na sobie, co utrudnia uzyskanie od nich wsparcia w zmaganiu się z własnymi dolegliwościami, czyniąc je bardziej uciążliwymi. Dodatkowo zmiany, które są dostrzegane u partnera, mogą

stanowić także źródło stresu i tym samym negatywnie wpływać na własne funkcjonowanie. Według koncepcji teoretycznej zwanej perspektywą psychologiczną lub psychospołeczną to właśnie stres i czynniki go wywołujące mogą decydować o ujawnianiu się i nasilaniu objawów zmian hormonalnych (Bielawska-Batorowicz, 2006, 2016; Lee i in., 2010).

Postawa wobec andropauzy/menopauzy

Nie mniej ważna dla samopoczucia jest *własna postawa wobec doświadczanych objawów zmian hormonalnych*. W przypadku mężczyzn (w wieku 45–49 lat i w wieku 50–52 lat) jedynie *własna negatywna postawa wobec andropauzy* miała znaczenie dla postrzegania dolegliwości z nią związanych, które oceniane były jako bardziej intensywne. Wśród mężczyzn, szczególnie tych między 50. a 52. rokiem życia (u których negatywna postawa własna wobec andropauzy wiązała się z nasileniem większości objawów), doświadczane objawy mogą być najbardziej niepokojące, bo stanowią zapowiedź zmian w funkcjonowaniu. Jest to czas, w którym trudno ich nie zauważać, a mężczyźni próbują je nazwać, co wyznacza sposób ich traktowania. Negowanie istnienia andropauzy i ocenianie towarzyszących jej dolegliwości jako przejściowych (np. powodowanych zażywaniem leków, przemęczeniem) lub naturalnych (związanych ze starzeniem się), pozwala je ignorować lub akceptować, a tym samym są one mniej odczuwalne.

Badania własne wskazują, że także *własna negatywna postawa wobec menopauzy* u kobiet w postmenopauzie, ale również w premenopauzie, ma znaczenie dla występowania i nasilenia objawów. Okazuje się, że własna postawa kobiet po menopauzie, często kształtowana przez negatywne opinie innych i doświadczane dolegliwości, dodatkowo intensyfikuje objawy menopauzalne. W grupie kobiet w okresie premenopauzalnym obawa przed menopauzą sprzyja negatywnej jej ocenie i bardziej uważnemu monitorowaniu pojawiających się zmian.

Zwykle kobiety pozostają bez wsparcia w trudnym dla siebie okresie okołomenopauzalnym, kiedy doświadczają zmian, a nie zawsze je rozumieją (Saka i in., 2012). Nawet bardzo wykształcone kobiety zgłaszają, że posiadają tylko podstawową wiedzę o menopauzie i brak im pewności na temat własnych zmian ustrojowych (Marnocha i in., 2011). To, czy kobieta będzie postrzegać menopauzę jako traumatyczne wydarzenie, czy normalny, a nawet pożądany etap w życiu, w dużej mierze zależy od kulturowo uwarunkowanych poglądów i przekonań (Berger, 1999; Bowles, 1990). Dla doświadczania menopauzy olbrzymie znaczenie ma stosunek społeczności do kobiety, do jej płodności i starzenia się (Bielawska-Batorowicz, 2006; Davis, 1996), np. negatywne stereotypy i postawy wobec kobiet w okresie okołomenopauzalnym. W Polsce zarówno kobiety, jak i mężczyźni łączą menopauzę z negatywnymi zmianami w funkcjonowaniu kobiet (Bielawska-Batorowicz i in., 2003).

Szczegółowe analizy wykazały, że większość i podobne z analizowanych czynników ryzyka ma znaczenie dla występowania i nasilenia objawów zmian hormonalnych u mężczyzn i u kobiet.

Najwięcej czynników ryzyka występowania i nasilenia objawów andropauzalnych dotyczyło mężczyzn w okresie przejściowym, tj. w wieku 50–52 lat, a kobiet

w okresie perimenopauzalnym (48–50 lat) i najstarszych – po menopauzie (51–68 lat). Mężczyźni najstarsi albo nie przyznają się do występowania czynników ryzyka, albo nie widzą ich jako zagrażających ich zdrowiu. Podobnie najmniej czynników ryzyka zgłaszali najmłodszy z badanych, zarówno mężczyźni, jak i kobiety, którzy jeszcze w niewielkim stopniu mogą doświadczać objawów zmian hormonalnych lub u których pojawiają się tylko niektóre z nich.

Podobne czynniki ryzyka objawów zmian hormonalnych charakteryzują odpowiednie wiekowo grupy mężczyzn i kobiet. Dotyczyło to szczególnie grup mężczyzn w wieku 50–52 lat i 53–68 lat oraz grup kobiet w okresie perimenopauzalnym (48–50 lat) i postmenopauzalnym (51–68 lat). Właściwe dla nich objawy andropauzalne i menopauzalne szczególnie intensyfikowały *obserwowane zmiany psychosomatyczne u partnera oraz brak lub małe zaangażowanie w roli zawodowej*. Czynniki ryzyka objawów zmian hormonalnych u mężczyzn w różnych grupach wiekowych były podobne do tych, które charakteryzowały kobiety w odpowiednich grupach wiekowych. Najwięcej podobnych czynników ryzyka objawów mieli mężczyźni i kobiety z najstarszych grup (*wiek, obecność choroby przewlekłej, brak aktywności fizycznej, brak lub małe zaangażowanie w roli zawodowej, spostrzeganie zmian psychosomatycznych u partnera*) oraz z grup „przejściowych” (*niezdrowe odżywianie, zmiany psychosomatyczne u partnera, brak lub małe zaangażowanie w roli zawodowej*). Najmniej wspólnych czynników ryzyka objawów zaobserwowano u mężczyzn i kobiet z grup najmłodszych. Była to jedynie negatywna własna postawa wobec andropauzy/menopauzy.

Można uznać, że specyficzne czynniki ryzyka objawów zmian hormonalnych określa wiek, a nie płeć badanych.

8.2. Kryzys wieku średniego – zmiany hormonalne i funkcjonowanie psychologiczne mężczyzn 50+

Andropauza przypada na czas transformacji życiowych będących źródłem stresu, który dodatkowo wzmagają zmiany hormonalne w organizmach mężczyzn (Józków i Mędraś, 2012). Brak siły i energii związany ze starzeniem się, świadomość przejścia połowy życia, a także presja społeczna dotycząca realizowanych w wieku średnim zadań, mogą prowadzić do kryzysu (Oleś, 2000), który zwykle zmniejsza efektywność podejmowanych strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, obniżając samoocenę i narażając na wzrost doświadczanego lęku (Kowalik, 2001). Możliwość znalezienia przyczyn w postaci złej sytuacji życiowej lub/i nadwrażliwej osobowości warunkuje rozpoznanie zaburzeń czynnościowych, a najczęstszymi w okresie zmian hormonalnych są zaburzenia lękowe (Krogulski i Lipińska-Szałek, 2006). Stąd okres zmian hormonalnych to czas zwiększonego ryzyka rozwoju zaburzeń lękowych (Vesco i in., 2007), szczególnie gdy we wcześniejszych okresach życia także pojawiały się problemy emocjonalne (Bielawska-Batorowicz, 2016).

Analiza funkcjonowania mężczyzn w okresie występowania objawów zmian hormonalnych obejmowała wspomniany lęk, ale również poczucie atrakcyjności oraz jakość związku z partnerką.

Lęk

Lęk okazał się różny w poszczególnych grupach mężczyzn i wzrastał wraz z wiekiem. Jako cecha był najwyższy u mężczyzn w wieku 53–68 lat. Ujawniono jednak bardzo niewiele zależności pomiędzy odczuwanym *lękiem* a objawami andropauzalnymi. W najmłodszej (45–49 lat) i najstarszej grupie mężczyzn (53–68 lat) wyższe wartości lęku wiązały się z bardziej nasilonymi objawami psychologicznymi, a mężczyźni między 50. a 52. rokiem życia, o większej stałej predyspozycji do odczuwania *lęku*, zgłaszali więcej zaburzeń fizycznych. Najstarsza grupa mężczyzn (53–68 lat) doświadczała zmian w swoim funkcjonowaniu niezależnie od tego, czy przypisywano je andropauzie, czy procesowi starzenia się. Zmiany te mogą być uznawane za drobne i dotyczyć tylko pewnych sfer codziennego życia, ale można je także interpretować jako oddziałujące bardzo szeroko. Każdej takiej zmianie towarzyszy lęk przed nieznaną przyszłością (Kępiński, 2012). Słaba sprawność seksualna, ale także ogólnie złe samopoczucie, przejście na emeryturę i wiele innych stresorów psychospołecznych związanych z wiekiem średnim mogą przyczynić się do rozwoju zaburzeń psychologicznych, w tym lęku, u mężczyzn w okresie andropauzy (Lee i in., 2010). Starsi mężczyźni, w obliczu zmian zachodzących w ich organizmie i życiu, mogą gorzej funkcjonować psychologicznie, szczególnie jeżeli przejawiają większą predyspozycję do reagowania lękiem na sytuacje trudne. W obecnych, dość niestabilnych czasach, także młodszy mężczyźni (45–49 lat), mogą czuć się niewystarczająco skuteczni w zapewnianiu sobie i swoim bliskim poczucia bezpieczeństwa.

Ocena własnej atrakcyjności

Ocena własnej *atrakcyjności* obniżała się wraz z wiekiem badanych mężczyzn. Już mężczyźni w wieku 50–52 lat bardzo surowo ocenili własne ciało. Zgodnie z dotychczasowymi wynikami badań ludzie starsi są mniej zadowoleni z własnego wyglądu niż osoby młode (Altabe i Thompson, 1993; Garner, 1997; Guaraldi i in., 1995, w: Głębocka, 2009), a niezadowolenie z własnego wyglądu wzrasta wraz z wiekiem (Głębocka i Wiśniewska, 2005). Ideał męskiego ciała oznacza siłę i atletyzm, a jednym z objawów andropauzalnych jest zmniejszenie masy i siły mięśniowej (Čiarbić i Pokrywka, 2010). Symptomami, które pojawiają się jako pierwsze na skutek obniżenia poziomu testosteronu, są obniżona energia i libido (Zitzmann i Nieschlag, 2006, w: Rabijewski i Zgliczyński, 2009a). Zmiany zachodzące w wyglądzie zewnętrznym mogą obniżyć poziom samooceny w zakresie atrakcyjności dla partnerki. Atrakcyjność mężczyzn oceniana jest bowiem w perspektywie własnych możliwości seksualnych, które z uwagi na zmiany hormonalne ulegają obniżeniu (Jakiel, 2010, 2011b; Rabijewski, 2011c).

Prezentowane w niniejszej monografii wyniki badań potwierdzają, że zmianom hormonalnym u mężczyzn towarzyszą zmiany *poczucia ich atrakcyjności*. Dla objawów andropauzalnych u mężczyzn w wieku 45–49 lat i 50–52 lat największe

znaczenie miała *ocena własnego ciała*. W najmłodszej grupie mężczyzn negatywna ocena własnego ciała okazała się ważna dla zaburzeń seksualnych oraz naczynioruchowych, które były doświadczane częściej. W grupie mężczyzn starszych mniejszemu zadowoleniu z własnego ciała towarzyszyły bardziej intensywne symptomy andropauzalne (fizyczne, psychologiczne, seksualne i naczynioruchowe), co znalazło także wyraz w wyższym wskaźniku ogólnym objawów. Prawdopodobnie pierwsze sygnały niepokojących zmian w funkcjonowaniu, które są bardziej wyraźne w grupie mężczyzn w wieku 50–52 lat, skłaniają do traktowania ciała jako bardziej zawodnego i tym samym mniej atrakcyjnego.

Wspomniane tu objawy seksualne (zaburzenia erekcji, brak porannych erekcji oraz spadek libido, współwystępujące z niezadowoleniem z własnego ciała) traktuje się jako najbardziej typowe dla hipogonadyzmu późnego u mężczyzn (Jakiel i in., 2015). Mężczyźni, w relacji intymnej najbardziej obawiają się oceny własnej sprawności seksualnej (Izdebski, 2012), która – podlegając zmianom – może odpowiadać za ich gorsze funkcjonowanie psychiczne (Mędraś i Jankowska, 2002c). Zaburzenia seksualne stanowią główny problem związany ze spadkiem androgenów, jednak duża część mężczyzn, mimo cierpienia, zaprzecza obecności tych zmian (Fatusi i in., 2003). W przeszłości męską impotencję tłumaczono problemami seksualnymi kobiet – oziębłością seksualną, która dawała mężczyznom przyzwolenie na szukanie satysfakcji seksualnej poza związkiem małżeńskim. Kobietom nie wolno było krytykować mężczyzn i nakazywano rezygnować ze zgłaszania własnych potrzeb seksualnych. Zabiegi te miały chronić męskie libido i ograniczać lęk związanym z istniejącymi problemami z potencją (Melosik, 2006).

W funkcjonowaniu seksualnym mężczyźni bardziej niż kobiety podlegają uwarunkowaniom biologicznym (Lew-Starowicz, 2004). Zespół niedoboru testosteronu jest jednym z najważniejszych czynników warunkujących zaburzenia pożądania (libido) i erekcji. Inne to miażdżyca i cukrzyca (Rabijewski, 2011c), na które bardziej narażeni są także starsi mężczyźni (Wdowiak, i in., 2002).

Atrakcyjnego mężczyznę charakteryzuje rozbudowana masa mięśniowa, która świadczy o jego sile i która ulega redukcji w okresie okołoandropauzalnym (Čiarbić i Pokrywka, 2010). Siła fizyczna nie odgrywa już tak istotnej roli w codziennym życiu mężczyzn, niemniej mięśnie kojarzone są ze sprawnością fizyczną oraz sprawnością seksualną i wciąż stanowią ważny atrybut męski. Fizyczność jest utożsamiana z ideałem męskości i coraz częściej promowana przez media. Stąd mężczyźni, podobnie jak kobiety, monitorują własne ciała i poszukują oznak jego nieadekwatności. Niegdyś mieli wyłączność na oglądanie i ocenianie ciał kobiecych, dziś ich ciało staje się obiektem ocen kobiet. Zdaniem Luciano (za: Melosik, 2006) wielu mężczyzn ma wręcz obsesję na punkcie własnego ciała i podejmuje działania, które mają podnieść jego seksualną atrakcyjność. Według tego autora zmiany na rynku pracy (wzrost udziału kobiet), rosnące bezrobocie mężczyzn, sprawiły, że mężczyźni przestali kontrolować sferę ekonomiczną, a ich wygląd stał się bardziej znaczący. Muskularne męskie ciało staje się podstawą konstruowania tożsamości oraz sposobem utrzymania ról płciowych. Wygląd mężczyzny ma stanowić dowód dynamiki, witalności, inteligencji, władzy i seksualności

(Lew-Starowicz, 1999; Melosik, 2006). Mężczyźni, którzy są mniej zadowoleni z własnego wyglądu, deklarują jednocześnie większą aktywność fizyczną (Głębocka, 2009). Jednak zmiany w sprawności fizycznej, szczególnie u starzejących się mężczyzn, przebiegają szybciej niż morfologiczne (Čiarbić i Pokrywka, 2010).

Męskie ciało postrzegane jest nie tylko przez pryzmat władzy, ale także przyjemności. Seksualizacja męskiego ciała (widoczna w reklamach, męskich konkursach piękności, występach erotycznych tancerzy (Melosik, 2006) i ocenianie go jako nieatrakcyjnego być może odpowiada także za gorsze funkcjonowanie seksualne.

W grupie mężczyzn najstarszych (53–68 lat) niska ocena *własnej atrakcyjności* (odnośnie do oceny ciała i dla partnerki) okazała się bardzo słabo związana tylko z dwoma objawami andropauzalnymi (zaburzeniami psychologicznymi i fizycznymi). Można przyjąć, że najstarszym mężczyznom łatwiej jest zaakceptować zmiany w swoim funkcjonowaniu, jako naturalną i nieuchronną konsekwencję starzenia się. Jak zostało to już wcześniej wspomniane, poza mniejszą wydolnością seksualną inne dolegliwości natury somatycznej i psychicznej, które mogą się wiązać z andropauzą, oceniane są często jako lekkie lub umiarkowane (Sjoen i in., 2004). Jednak starsi mężczyźni rzadziej przyznają się do myśli i snów erotycznych, mają mniejszy popęd seksualny, doświadczają mniejszej frustracji związanej z brakiem aktywności seksualnej (Jakiel, 2010) i bywa, że całkowicie zaprzestają współżycia (Chedraui i in., 2009; Stusiński i Lew-Starowicz, 2012), co powoduje, że ich seksualność rzadko poddawana jest ocenie. Ograniczanie zachowań seksualnych obniża ryzyko frustracji związanej z niepowodzeniem lub niezaspokojeniem potrzeb w tej sferze życia (Cichocka, 2006). Zmiany zachodzące w wyglądzie zewnętrznym, związane ze starzeniem się, mogą obniżać poziom samooceny mężczyzny w zakresie atrakcyjności seksualnej, jednak nie tak wyraźnie jak w przypadku kobiet. Można przypuszczać, że ewentualne braki w zakresie atrakcyjności fizycznej są kompensowane choćby przez pozytywne cechy osobowościowe, kompetencje interpersonalne czy też wysoki status materialny lub społeczny (Grabowska, 2011).

Jakość bliskich związków emocjonalnych

Wraz z wiekiem mężczyźni niżej oceniali także *jakość swoich związków*. Najstarsi, w wieku 53–68 lat, najniżej ocenili intymność i wzajemną komunikację w relacji z partnerką oraz wskazali na więcej zachowań konfliktowych. Okazuje się, że 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 powodować mniejszą potrzebę identyfikacji z małżeństwem i podporządkowania mu osobistych zainteresowań oraz pokusę odzyskania całkowitej autonomii i realizacji niewykorzystanych szans życiowych (Oleś, 2000; Rostowska, 2008). Ponadto osoby w wieku andropauzalnym najczęściej są w związkach z długim stażem, w których mogło dojść do ochłodzenia uczuć między partnerami, utraty pragnienia, by poszukiwać z nim fizycznej bliskości. Mniejsze

zainteresowanie seksem i kryzys wieku średniego partnera może być głównym powodem negatywnych zmian w małżeństwie. Zaburzenia erekcji i obniżony popęd seksualny mężczyzn (w wieku podobnym do kobiet) są przyczyną mniejszej liczby stosunków lub całkowitego zaprzestania współżycia (Chedraui i in., 2009; Stusiński i Lew-Starowicz, 2012). 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.

Znaczące zależności pomiędzy objawami andropauzalnymi a *jakością związku* charakteryzowały osoby w wieku 50–52 lat i młodsze – w wieku 45–49 lat. Mężczyźni w 50–52 lat, którzy przyznawali się do silniejszych zaburzeń seksualnych i naczynioruchowych oraz uzyskali wysokie ogólne wskaźniki objawów związanych z andropauzą, niżej oceniali intymność swojego związku i zgłaszali więcej zachowań konfliktowych. Przyczyny zaburzeń seksualnych, jak np. obniżone libido, mogą obejmować także zaburzone relacje z partnerem (Jakiel, 2011b). Zaangażowanie i otwartość na potrzeby partnera są bardzo znaczące dla funkcjonowania seksualnego w tym okresie życia (Stusiński i Lew-Starowicz, 2012). Brak intymności i konflikty w związku ograniczają możliwość uzyskania zrozumienia i wsparcia partnerki, czyniąc zaburzenia seksualne bardziej dotkliwymi (Kazimierzczak, 2008).

W najmłodszej grupie mężczyzn (45–49 lat) niższej ocenie intymności 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 nieobecne w rozmowach, nawet z własną partnerką, stają się coraz większym problemem. Charakterystyczna dla mężczyzn niska tendencja do poszukiwania wsparcia społecznego sprawia, że mężczyźni rzadziej mogą zgłaszać się po pomoc w rozwiązywaniu swoich problemów psychologicznych, w tym po profesjonalną pomoc.

U mężczyzn zbliżających się do 50. roku życia i tych, którzy niedawno przekroczyli 50. rok życia, niższa ocena *intymności* w związku oznaczała większe nasilenie objawów andropauzalnych (zaburzeń fizycznych, naczynioruchowych, seksualnych, seksualnych i naczynioruchowych, wszystkich ujętych w wyniku ogólnym).

W grupie najstarszych mężczyzn (53–68 lat) nie ujawniono znaczących zależności pomiędzy doświadczanymi objawami andropauzalnymi a oceną jakości ich związku. Słabe korelacje wystąpiły między intymnością a zaburzeniami psychologicznymi, seksualnymi. Niższa intymność w związku sprzyjała wzrostowi nasilenia tych objawów. Badania potwierdzają niekorzystny efekt braku intymności w związku, a więc bliskości, jedności i więzi, dzielenia się przeżyciami, co może prowadzić do osamotnienia (Sternberg, 2007) oraz, co zostało wykazane w badaniach własnych, również nasilenia doświadczanych dolegliwości, także tych związanych z andropauzą. Wsparcie emocjonalne stanowi bowiem o zaspokojeniu

ważnych potrzeb człowieka – poczucia bezpieczeństwa, bycia ważnym, kochanym – i pozwala na lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym oraz radzenie sobie w sytuacjach trudnych (Curtona, 1996). Długoterminowe wsparcie, jakie ma miejsce w trwałych związkach emocjonalnych, wpływa korzystnie na poczucie dobrostanu (Argyle, 2004; Hemstrom, 1996; Heszen i Sęk, 2007; Janicka, 2012; Kamp Dush i Amato, 2005; Ostrowska, 1999; Rostowska, 2008).

Wszystkie z analizowanych w badaniach własnych czynników psychologicznych ryzyka kryzysu wieku średniego są powiązane z objawami zmian hormonalnych u mężczyzn. Najwięcej związków między wybranymi czynnikami psychologicznymi ryzyka kryzysu wieku średniego a występowaniem i nasileniem objawów andropauzalnych wystąpiło u mężczyzn w wieku 50–52 lat. W tej grupie mężczyzn dominujące znaczenie dla wystąpienia i nasilenia objawów andropauzalnych miała ocena atrakcyjności (ocena własnego ciała) i jakości związku w wymiarze intymnym. Mniej zależności pomiędzy występowaniem i nasileniem objawów andropauzalnych a wybranymi zmiennymi psychologicznymi dotyczyło mężczyzn w wieku 45–49 lat (głównie ocena własnej atrakcyjności – ocena ciała, oraz ocena własnego związku – intymności), a najmniej w wieku 53–68 lat (tylko lęk jako cecha).

Objawami andropauzalnymi, które najczęściej występują w zależnościach z wybranymi psychologicznymi czynnikami ryzyka kryzysu wieku średniego są zaburzenia fizyczne, seksualne i naczynioruchowe.

Najwięcej podobieństw pod względem znaczenia *lęku* dla objawów andropauzalnych dotyczyło mężczyzn w wieku 45–49 lat i 53–68 lat (w obu grupach mężczyzn wyższe wartości lęku wiążą się z bardziej nasilonymi zaburzeniami psychologicznymi). U mężczyzn w wieku 45–49 lat, podobnie jak tych w wieku 50–52 lat, *niska ocena własnej atrakcyjności* odnośnie do własnego ciała wiązała się z bardziej nasilonymi zaburzeniami fizycznymi, seksualnymi i naczynioruchowymi, sumą objawów andropauzalnych, a odnośnie do własnego wyglądu – z zaburzeniami psychologicznymi. Najwięcej podobieństw pod względem zależności między oceną własnego związku a nasileniem objawów andropauzalnych dotyczyło mężczyzn w wieku 45–49 lat i 50–52 lat (w jednej i drugiej grupie niska ocena intymności współwystępowała z większym nasileniem wszystkich objawów z wyjątkiem zaburzeń psychologicznych).

Biorąc pod uwagę wyniki uzyskane w badaniach własnych należy stwierdzić, że kryzys wieku średniego, którego przejawem są zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym i w obszarze bliskich relacji, jest właściwy dla mężczyzn grup młodszych: ryzyka objawów (45–49 lat) i przejściowej (50–52 lata). Ten wiek mężczyzn wiązany jest z tzw. okresem połowy życia (Oleś, 2000), który cechuje duża wrażliwość na obserwowane zmiany (również hormonalne) i niepokój o utratę walorów młodości – siły, urody, prestiżu.

8.3. Jakość życia mężczyzn 50+ w perspektywie doświadczanych zmian

Ocena jakości życia obejmowała trzy obszary – dobrostan psychiczny, społeczny i środowiskowy.

Badania własne wskazały, że najbardziej *zadowoleni z życia*, we wszystkich trzech wymiarach, są mężczyźni w okresie ryzyka objawów andropauzalnych (w wieku 45–49 lat), a najmniej w okresie przyjętym jako właściwy dla andropauzy (w wieku 53–68 lat). Wysoka jakość życia jest możliwa dzięki podejmowaniu lub zmianie zadań życiowych, a jej wskaźnikiem są umiejętność przystosowania się do nowych warunków i funkcjonowanie w ważnych dla danej osoby grupach społecznych (Kowalik, 2001). Okres zmian hormonalnych to również czas prze wartościowań związanych ze świadomością utraty atrybutów młodości (Skałba, 2008). Męskość łączy się z cechami instrumentalnymi i sprawczymi, oczekiwaniami asertywności, skuteczności w działaniu i sprawowaniu kontroli. Starszy mężczyzna, w porównaniu z młodszym, staje się słabszy, bardziej zależny od leków i leczenia, mniej aktywny, mniej mobilny, mniej wydajny w pracy, co stanowi o niższym dobrostanie fizycznym i źle wpływa na jego dobrostan psychiczny. Do gorszego funkcjonowania, zwłaszcza w obszarze społecznym, mogą przyczyniać się np. mniejsze zasoby finansowe, utrata poczucia dominacji w ważnych obszarach życia (zawodowym, społecznym) czy większa zależność od innych. To może zagrażać poczuciu dobrostanu środowiskowemu i społecznemu starszych mężczyzn.

W badaniach własnych ocenie poddano znaczenie wyżej wymienionych objawów zmian hormonalnych, ich czynników ryzyka (indywidualnych, trybu życia i psychospołecznych), a także charakterystyk psychologicznych łączonych z kryzysem wieku średniego, dla *jakości życia* mężczyzn.

Wśród psychologicznych czynników ryzyka kryzysu wieku średniego uwzględniono takie jak: doświadczanie lęku (wysoka predyspozycja do doświadczania lęku); niskie poczucie własnej atrakcyjności w czterech wymiarach (ocena własnego ciała, ocena własnego wyglądu, ocena poczucia bycia atrakcyjnym dla partnera, ocena atrakcyjności seksualnej); oraz relacyjne (niska jakość związku, w ramach której ujmowane są: intymność, wzajemna komunikacja oraz zachowania w klótni).

Odpowiadając na pytanie: co ma największe znaczenie dla *jakości życia* mężczyzn w okresie andropauzalnym? – odwołano się do przyjętego w niniejszej pracy modelu. Zastosowana metoda modelowania równań strukturalnych upoważnia do wnioskowania, że *dla jakości życia mężczyzn, za najbardziej znaczące spośród badanych zmiennych, można uznać objawy andropauzalne*. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia odnosi się do objawów somatycznych, psychopatologicznych, funkcji seksualnych, codziennej aktywności i poczucia zadowolenia (Bidzan, 2008; Fayers i Machin, 2007; Góra i Suwalska, 2001). W warunkach utraty zdrowia dochodzi także do spadku jakości życia – utraty sił fizycznych, bezpieczeństwa, zdolności do działań, pojawia się poczucie bezużyteczności, lęk,

depresja, oraz trudniej nadać życiu sens (Wołowicka, 2001). Rozpoczynający się w okresie średniej dorosłości i postępujący wraz z wiekiem niedobór hormonów płciowych, obserwowany w objawach andropauzalnych, może być rozumiany jako utrata zdrowia, a tym samym odpowiadać za obniżenie jakości życia mężczyzn.

Analizy przeprowadzone na podstawie modelowania strukturalnego wykazały, że mężczyźni, którzy zgłaszali mniej higieniczny tryb życia i choroby przewlekłe oraz bardziej negatywnie oceniali własną atrakcyjność, a dodatkowo byli mniej zadowoleni z relacji z partnerką i mieli bardziej negatywny stosunek wobec andropauzy, mogą doświadczać więcej objawów i tym samym mogą gorzej oceniać jakość swojego życia.

Dotychczasowe badania wyjaśniają, że mężczyźni rzadziej (niż kobiety dokonujące oceny menopauzy) łączą obserwowane objawy andropauzalne z utratą zdrowia, ale częściej wskazują na potrzebę ich leczenia (Pryczek i Bielawska-Batorowicz, 2007a). Oznacza to, że dla mężczyzn objawy andropauzalne, podobnie jak objawy menopauzalne dla kobiet, są źródłem cierpienia i wielu ograniczeń. W warunkach utraty zdrowia, jak już zostało to opisane wcześniej, dochodzi do spadku jakości życia (Wołowicka, 2001).

Analizy wykazały, że najwięcej istotnych zależności pomiędzy *jakością życia* a objawami zmian hormonalnych ujawnili mężczyźni w wieku 50–52 lat (w okresie przejściowym). W tej grupie osób większość objawów zmian hormonalnych może zagrażać wszystkim wymiarom jakości życia. U mężczyzn w wieku 50–52 lat wszystkie objawy andropauzalne wiązały się ze wszystkimi wymiarami jakości życia. Im bardziej nasilone objawy, tym niższa ocena jakości życia. Potwierdza to, że mężczyźni 50+ mogą doświadczać kryzysu wieku średniego, co ma niekorzystne znaczenie dla ich funkcjonowania psychicznego, somatycznego, seksualnego, zawodowego i ogólnie niskiej jakości życia (Pryczek i Bielawska-Batorowicz, 2007a). Ostatecznie można uznać, że okresem szczególnie trudnym dla mężczyzn jest okres przejściowy, prowadzący do andropauzy.

Andropauza, podobnie jak menopauza, to proces obejmujący zmiany hormonalne i psychofizyczne. Jej przebieg wyznacza występowanie i nasilenie objawów, a te zależą od wielu przyczyn: cech indywidualnych, trybu życia, zmiennych psychospołecznych, które kategoryzowane są jako czynniki ryzyka zmian hormonalnych.

U mężczyzn istotne dla nasilenia objawów zmian hormonalnych, a ostatecznie dla jakości życia, okazały się czynniki ryzyka, ale także właściwości psychologiczne predysponujące do doświadczanego w tym okresie kryzysu wieku średniego, takie jak niska ocena relacji w związku trwałym i niskie poczucie własnej atrakcyjności. Należy również podkreślić, że nie tyle same zmiany andropauzalne, ale postrzeganie ich i interpretowanie jako tych, które zwykle związane są ze starzeniem się, ograniczeniami i koniecznością wycofywania się z ważnych obszarów aktywności, stanowią o niskim poczuciu dobrostanu mężczyzn.

Zakończenie

Andropauza czy kryzys wieku średniego? – to pytanie często pojawia się w kontekście funkcjonowania mężczyzn 50+, oceny ich zdrowia i jakości życia.

Kwestionowanie andropauzy wiąże się z podkreślaniem różnic między przebiegiem menopauzy i zmian u mężczyzn oraz z uznawaniem, że wiek i związany z nim proces starzenia się mężczyzn jest odpowiedzialny za spadek produkcji androgenów i występujące objawy (Bablok i Mędraś, 2002; Boul, 2003; Hisasue i Horie, 2013; Mędraś i Jankowska, 2002a, 2002b; Pertyński i Stachowiak, 2013; Pines, 2011; Wu i in., 2010). Z kolei rozpoznawanie podobnych objawów zmian hormonalnych u kobiet i mężczyzn wskazuje na podobieństwa między menopauzą i andropauzą (Rabiejewski i Zgliczyński, 2009a, 2009b).

W odróżnieniu od menopauzy nie ma jednak jasnych kryteriów oceny andropauzy. Stanowią o tym niespójne wyniki badań i teorie niewystarczająco integrujące medyczne i psychologiczne ujmowanie andropauzy. Dotychczasowa wiedza nie wyjaśnia braku występowania u wszystkich mężczyzn objawów uznanych za typowe dla niskiego poziomu testosteronu (Huhtaniemi, 2014a, 2014b; Jakiel i in., 2015). Pokazuje to, że męskie objawy mogą być efektem nie tylko zmian hormonalnych, ale również strat starzejącego się mężczyzny, a więc skutkiem łączonym z kryzysem wieku średniego.

W niniejszej pracy skoncentrowano się na subiektywnej ocenie doświadczanych objawów przez mężczyzn wkraczających w okres połowy życia i czynnikach ryzyka zmian hormonalnych. Porównano zgłaszane przez mężczyzn objawy uznane jako andropauzalne z właściwymi dla kobiet – menopauzalnymi. Nie było to zadanie łatwe, ponieważ menopauza skutkuje większą liczbą bardziej dotkliwych zmian w życiu kobiet, ale też więcej o tych zmianach wiemy. Są one wyraźne, łatwiej rozpoznawalne i częściej zgłaszane. Kobiety nie wahają się mówić o swoich objawach, dlatego menopauzie poświęca się więcej uwagi niż andropauzie (Fatusi i in., 2003; Harrison, 2011). Różnice między mężczyznami a kobietami odnośnie do ujawniania objawów uwarunkowane są czynnikami społeczno-kulturowymi. Kobiety są bardziej ukierunkowane na relacje z innymi i chętniej dzielą się swoimi problemami, również tymi związanymi ze zdrowiem. Z kolei duża część mężczyzn zaprzecza obecności zmian, zwłaszcza w funkcjonowaniu seksualnym. Mężczyźni rzadziej rozmawiają o swoich problemach, szczególnie gdy dotyczą one objawów i mogą stanowić oznakę słabości (Novak i in., 2002; Tsang i in., 2019). W toku socjalizacji chłopcy uczą się ignorować niekorzystne sygnały ze swojego organizmu, ponieważ troska o siebie uznawana jest za

niemęską (Goldberg, 2000). Ostatecznie mężczyźni mają skłonność do zawyżania stanu swojego zdrowia (Jóźwiak, 2003). Dzieje się tak, ponieważ atrybutami kulturowo przypisywanymi mężczyznom są poleganie na sobie i niezależność, w przeciwieństwie do kobiet, od których częściej oczekuje się podporządkowania innym (Melosik, 2006).

Mimo takiej obronnej postawy mężczyzn, nie należy traktować ich specyficznych objawów jako naturalne, a tym samym je ignorować. Okazuje się bowiem, że uznane za kryterialne dla andropauzy objawy – dotyczące sfery psychologicznej, somatycznej i seksualnej – występują również u kobiet. Są one charakterystyczne dla zmian hormonalnych związanych z andropauzą i menopauzą. U mężczyzn objawy andropauzalne, poza zaburzeniami psychologicznymi, nasilają się wraz z wiekiem, tak jak u kobiet. Tu wyjątek stanowią zaburzenia naczynioruchowe, które u kobiet są najsilniejsze wcześniej, już w okresie okołomenopauzalnym. Z uwagi jednak na ich różny zakres, dynamikę oraz konsekwencje, trudno postawić znak równości między andropauzą i menopauzą. Ponadto porównanie zmian u mężczyzn i kobiet wymaga bardzo ostrożnego wnioskowania, ponieważ ich diagnozowanie opiera się na różnych metodach, a te z kolei obejmują zróżnicowane pod względem ilościowym i jakościowym objawy.

Bez względu na to, czy obserwowane u mężczyzn objawy będą klasyfikowane jako andropauzalne, czy związane z procesem starzenia się, to niekwestionowany jest ich wpływ na jakość życia. Dlatego należy troszczyć się o mężczyzn 50+, skłaniając do zgłaszania dolegliwości i problemów, jakie u siebie obserwują. Nie mniej ważne jest wyeliminowanie czynników ryzyka nasilania się objawów zmian hormonalnych. To one bowiem odpowiedzialne są za intensywność odczuwanego dyskomfortu. W badaniach własnych najwięcej wspólnych czynników ryzyka zaobserwowano u mężczyzn i kobiet w okresie przejściowym i andro/menopauzalnym. Szczególnie istotne, tj. przyczyniające się do nasilania objawów zmian hormonalnych, okazały się zmiany psychosomatyczne u partnera oraz brak zaangażowania w roli zawodowej. Skargi partnerki na różne dolegliwości również mogą sprzyjać odkrywaniu ich u siebie. Z kolei brak ważnej roli, jaką jest praca zawodowa lub mniejsze w nią zaangażowanie, prowadzi do wycofania się z aktywnego życia, spadku prestiżu i pozycji społecznej, co jest szczególnie dotkliwie odbierane przez mężczyzn.

Słabsza sprawność seksualna, ale także ogólnie złe samopoczucie, zaprzestanie pracy zawodowej i wiele innych stresorów psychospołecznych związanych z wiekiem średnim, mogą sprzyjać problemom psychologicznym (Lee i in., 2010). Ten wiek mężczyzn wiązany jest z tzw. okresem połowy życia (Oleś, 2000) czy kryzysem wieku średniego, którego przejawem są zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym i w aspekcie bliskich relacji, co stwierdzono u mężczyzn z grup młodszych – ryzyka objawów (45–49 lat) i przejściowej (50–52 lata).

Perspektywa przekraczania połowy życia skłania do refleksji na temat przyszłości, niejednokrotnie wzbudzając niepokój, a nawet lęk, i prowadzi do krytycznej oceny atrakcyjności, zwłaszcza odnośnie do własnego ciała i relacji z partnerką. Od współczesnego mężczyzny oczekuje się bowiem sukcesu, czego konsekwencją jest internalizacja przymusu powodzenia zawodowego,

materialnego i osobistego. Pierwsze dwa zazwyczaj prowadzą do ostatniego, gdyż sukces materialny i zawodowy mężczyzn czyni ich bardziej atrakcyjnymi dla potencjalnej partnerki. Okres 50+ zwykle jest czasem wzmożonej aktywności mężczyzn, mającej utwierdzić ich samych i innych w przekonaniu o braku jakichkolwiek niekorzystnych zmian w ich funkcjonowaniu lub też odwrócić uwagę od dostrzeganych symptomów. Mężczyźni podejmują ostatnią i intensywną walkę o pozycję, o wykazanie własnej skuteczności, zupełnie ignorując zdrowie i niepokojące sygnały płynące z organizmu. Poszukują wrażeń i eksplorują te sfery życia, których atrakcyjność rośnie wraz z zagrożeniem ich utraty (Oleś, 2000; Sęk, 2001). Wzmoczenie aktywności zawodowej może prowadzić do pracoholizmu (Lee i in., 2010). Zmniejszająca się aktywność seksualna prowokuje niejednokrotnie do angażowania się w związki ze znacznie młodszymi kobietami (Oleś, 2000; Sęk, 2001). Lęk przed utratą siły i pozycji wzmacnia zatem eksploatowanie własnego ciała, czego przejawem mogą być bardziej intensywne zaburzenia fizyczne.

Nadużywanie alkoholu, nadmierna aktywność zawodowa lub seksualne kontakty pozamałżeńskie to przykłady strategii ucieczkowych, charakteryzujące obronną postawę wobec doświadczanych objawów i starzenia się. U mężczyzn ujawniają się również destrukcyjne postawy wobec problemów seksualnych, przejawem których mogą być: rezygnacja ze współżycia, zachowania hipochondryczne lub zaburzenia psychosomatyczne (Lew-Starowicz, 2004). Dodatkowo zmiany hormonalne czynią ich podatnymi na depresję i narażają na zaburzenia erekcji, powodując, że oceniają siebie bardziej surowo (Jakiel i in., 2009; Jakiel, 2010). A przecież zaburzenia seksualne nie muszą być spowodowane tylko zmianami hormonalnymi. Przyczyny zaburzeń seksualnych, jak np. obniżone libido, mogą być bardzo różne – wywołane np. przez choroby somatyczne, stres, leki, substancje psychoaktywne, ale także zaburzone relacje z partnerką (Jakiel, 2011b). Co więcej, niższa ocena intymności w bliskim związku z partnerką może potęgować objawy uznane za andropauzalne. Badania własne potwierdziły, że u mężczyzn 45+ i 50+ niższa ocena intymności w związku oznaczała większe nasilenie tych samych objawów (zaburzeń fizycznych, naczynioruchowych, seksualnych i wszystkich ujętych w wyniku ogólnym).

Ostateczne analizy wykazały, że dla jakości życia mężczyzn w umownie przyjętych okresach: ryzyka objawów (45+), przejściowym (50+) i andropauzalnym (53+) największe znaczenie miały objawy zmian hormonalnych. Postępujący wraz z wiekiem niedobór hormonów płciowych może być rozumiany jako utrata zdrowia, a tym samym odpowiadać za obniżenie jakości życia mężczyzn. Najwięcej istotnych zależności pomiędzy jakością życia a objawami zmian hormonalnych ujawnili mężczyźni w wieku 50–52 lat. Większość objawów zmian hormonalnych zagrażała wszystkim wymiarom jakości życia. Stąd można uznać, że wiek 50+ jest najtrudniejszy dla mężczyzn i może dlatego jest łączony z kryzysem wieku średniego.

Nie wydaje się zasadne pytanie, czy to andropauza, czy kryzys wieku średniego stanowi o jakości życia mężczyzn. Występują one zwykle razem i wiążą się z procesem starzenia się. Andropauza ma wymiar biologiczny, fizjologiczny, a kryzys wieku średniego – psychologiczny. Należy uznać, że specyficzne

funkcjonowanie psychologiczne mężczyzn, uznawane za właściwe dla kryzysu wieku średniego, ujawnia się najczęściej w czasie zmian hormonalnych określanych jako andropauzalne. Dlatego kryzys wieku średniego należy łączyć z występowaniem i dotkliwością zmian hormonalnych. Mężczyźni 50+ obserwujący zmiany w swoim funkcjonowaniu oraz dokonujący negatywnego bilansu dotychczasowego życia powinni korzystać z kompleksowej opieki medycznej i psychologicznej.

Zaprezentowane w monografii badania własne nie są pozbawione ograniczeń. Dotyczą one różnych kwestii. Jedną z nich jest opracowanie wyników w paradygmacie korelacyjnym, co wyznacza ich określoną interpretację – raczej opisową niż wyjaśniającą. Ważnym ograniczeniem metodologicznym, z którym musiały się zmierzyć Autorki, jest brak spójnego narzędzia klasyfikującego podobną liczbę i jakość objawów oraz pozwalającego na równoważne kryteria ich oceny u mężczyzn i kobiet. To znacząco utrudniało możliwość porównań andropauzy do menopauzy oraz wnioskowanie. Przyjęte kryterium włączenia do badań, z uwagi na zmienną relacyjną, wymagało ograniczenia uczestników do tych, którzy pozostawali w bliskim związku emocjonalnym. Co prawda uzyskano grupę homogeniczną pod względem tej zmiennej i wyeliminowano możliwe dystraktory związane z poczuciem osamotnienia, które mogą zagrażać jakości życia, jednak wyników badań nie można odnosić do mężczyzn o różnym stanie cywilnym. Niewątpliwie badania byłyby pełniejsze, gdyby uwzględniały bardziej liczną grupę osób oraz te żyjące w pojedynkę. Ocena jakości życia mężczyzn 50+, zwłaszcza w kontekście andropauzy, wymaga dalszych badań, które powinny mieć charakter longitudinalny oraz obejmować więcej zmiennych psychologicznych, zwłaszcza oceniających efektywność ich funkcjonowania, a także równocześnie ocenę wskaźników biofizjologicznych, w tym oznaczanie poziomu testosteronu.

Bibliografia

- Akker, van den, O. (2012). *Reproductive Health Psychology*. London: Wiley-Blackwell.
- Al Sejari, M. (2011). Awareness and knowledge of andropause among Kuwaiti males. *Journal of the Social Sciences*, 41: 9–25.
- Alves da Silva Lara, L., Useche, B., Rosa e Silva, J.C., Ferriani, R.A., Reis, R.M., Silva de Sá, M.F., Ramalho de Carvalho, B., Cury Ramos Carvalho, M.A., Japur de Sá Rosa e Silva, A.C. (2009). Sexuality during the climacteric period. *Maturitas*, 62: 127–133.
- Ande, A.B., Omu, O.P., Ande, O.O., Olagbuji, N.B., (2011). Features and perceptions of menopausal women in Benin City, Nigeria. *Annals of African Medicine*, 10(4): 300–304.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Argyle, M. (2004). 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.
- Astbury-Ward, E.M. (2003). Menopause, sexuality and culture: is there a universal experience? *Sexual and Relationship Therapy*, 18(4): 437–445.
- Augoulea, A., Moros, M., Lykeridou, A., Kaparos, G., Lyberi, R., Panoulis, K. (2019). Psychosomatic and vasomotor symptom changes during transition to menopause. *Menopause Review*, 2: 110–115.
- Avis, N.E. (2003). Depression during the menopausal transition. *Psychology of Women Quarterly*, 27: 91–100.
- 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.
- Ayers, S., de Visser, R. (2018). *Psychology for Medicine & Health Care*. 2nd Edition. London: Sage.
- Bablok, L. (2002). Spermatogeneza a andropauza i proces starzenia się mężczyzn. W: M. Mędraś, L. Bablok (red.), *Andropauza* (s. 39–40). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bablok, L., Mędraś, M. (2002). Diagnostyka andropauzy jako częściowej niedomogi androgennej. W: M. Mędraś, L. Bablok (red.), *Andropauza* (s. 42–49). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Babuška-Rocznik, M., Roczniak, W. (2009). Rola dehydroepiandrosteronu w procesie starzenia. *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 3(28): 46–48.
- Badania nad menopauzą w latach 90. Raport WHO – Światowej Organizacji Zdrowia* (2001). Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Bakalczuk, S., Bakalczuk, G. (2005). Menopauza a zaburzenia seksualne kobiet. *Seksuologia Polska*, 2: 74–76.
- Baker, R., Oram, E. (2001). *Wojny dziecięce. Macierzyństwo, ojcostwo i waśnie rodzinne*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Bancroft, J. (2011). *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Bańka, A. (2005). Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny. W: A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia* (s. 11–78). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

- Barnaś, E., Krupińska, A., Kraśnianin, E., Raś, R. (2012). Funkcjonowanie psychospołeczne i zawodowe kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*, 4: 296–304.
- Barth Olofsson, A.S., Collins, A. (2000). Psychosocial factors, attitude to menopause and symptoms in Swedish perimenopausal women. *Climacteric*, 3(1): 33–42.
- Bartholow Koch, P., Kernoff Mansfield, P., Thurau, 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.
- Basaria, S., Dobs, A.S. (1999). Risks versus benefits of testosterone therapy in elderly men. *Drugs & Aging*, 15: 131–142.
- Bedyńska, S., Książek, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz 3*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie SEDNO.
- Beisert, M. (2010). Rozwój psychoseksualny człowieka. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (s. 83–91). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Belchetz, P.E., Barth, J.H., Kaufman, J.M. (2010). Biochemical endocrinology of the hypogonadal male. *Annals of Clinical Biochemistry*, 47: 503–515.
- Bender, M. (2006). Find more like this we're healthier. *Working Mother*, 29(7): 1–9.
- Berger, G. (1999). *Menopause and Culture*. London: Pluto Press.
- Bętkowska-Korpała, B. (2009). Palenie tytoniu jako problem kliniczny. W: B. Bętkowska-Korpała (red.), *Uzależnienia w praktyce klinicznej – zagadnienia diagnostyczne* (s. 84–102). Warszawa: Wydawnictwo Parpamedia.
- Bidzan, M. (2008). *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*. Kraków: Impuls.
- Biegańska, K. (2019). *Jakość życia przedsiębiorców. Między dobrobytem a dobrostanem*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2005a). Koncepcje menopauzy. Część I – ujęcie demograficzne i kulturowe. *Przegląd Menopauzalny*, 2: 10–18.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2005b). Występowanie objawów uznanych za typowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45–55 lat. *Przegląd Menopauzalny*, 1: 53–60.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2005c) Koncepcje menopauzy. Część III – ujęcie psychopatologiczne. *Przegląd Menopauzalny*, 5: 24–31.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- 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: Wydawnictwo „Eneteia”.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2013). The psychology of the menopause: The experiences during the transition and individual conceptualization of menopause. W: C.J.H. Martin i in. (red.), *Nutrition and Diet in Menopause* (s. 333–345). New York: Springer Science+Business Media (DOI: 10.1007/978-1-62703-373-2_25).
- Bielawska-Batorowicz, E. (2016). *Psychologiczne aspekty menopauzy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bielawska-Batorowicz, E., Królikowska, M. (2003). Poczucie własnej atrakcyjności seksualnej u kobiet w okresie menopauzy. *Przegląd Menopauzalny*, 2(3): 67–72.
- Bielawska-Batorowicz, E., Cieślík, I., Cwalina, E. (2003). Rola płci i wieku w tworzeniu obrazu kobiety w okresie menopauzy. *Przegląd Menopauzalny*, 6: 68–73.
- Bińkowska, M. (2011). Menopauza. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka Interna. Endokrynologia*. Część 2 (s. 609–619). Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune.
- 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.
- Błachnio, M. (2019). *Potencjał osób w starości. Poczucie jakości życia w procesie starzenia się*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Borkenhagen, P.H., (2018). Body image and self-esteem in Botulinumtoxin A and dermal filler patients, *Journal of Aesthetic and Reconstructive Surgery*, 4(2). DOI: 10.4172/2472-1905.100044.
- Boul, L.A. (2003). Men's health and middle age. *Sexualities, Evolution & Gender*, 5(1): 5–22.

- 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.
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni*. Gdańsk: GWP.
- Braun-Gałkowska, M. (1995). *Miłość aktywna. Psychiczne uwarunkowania powodzenia małżeństwa*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- de Bruin, J.P., Bovenhuis, H., van Noord, P.A.H., Pearson, P.L., van Arendonk, J.A.M., te Velde, E.R., Kuurman, W.W., Dorman, M. (2001). The role of genetic factors in age at natural menopause. *Human Reproduction*, 16: 2014–2018.
- Brytek-Matera, A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin.
- Brytek-Matera, A. (red.) (2012). *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*. Warszawa: Difin.
- Budaj, A., Beręsewicz, A., Undas, A., Pasierski, T., Wysocki, H., Bednarz, B., Poloński, L., Sadowski, J., Wierzbicki, K. (2012). Choroba niedokrwienna serca. W: P. Gajewski (red.), *Interna Szczelika. Podręcznik chorób wewnętrznych* (s. 167–219). Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
- Budakoglu, I.I., Özcan, C., Eroglu, 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.
- Buss, D. (2001). *Psychologia ewolucyjna*. Gdańsk: GWP.
- Cajdler-Luba, A., Sobieszkańska-Jabłońska, A., Nadel, I., Salata, I. (2006). Co to jest menopauza? W: A. Lewiński (red.), *Menopauza bez tajemnic* (s. 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.
- Chańska, W. (2009). *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Charlton, R. (2004). Ageing male syndrome, andropause, androgen decline or mid-life crisis? *The Journal of Men's Health and Gender*, 1(1): 55–59.
- Chatterjee, C. (2000). Stressing your kids out. *Psychology Today Magazine*, April.
- Chedraui, P., Blümel, J.E., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A., Danckers, L., Espinoza, M.T., Flores, D., Gomez, G., Hernandez-Bueno, J.A., Izaguirre, H., Leon-Leon, P., Lima, S., Mezones-Holguin, E., Monterrosa, A., Mostajo, D., Nawarro, D., Ojeda, E., Onagra, W., Royer, M., Soto, E., Tserotas, K. (2008). Impaired quality of life among middle-aged women: A multicentre Latin American study. *Maturitas*, 61: 323–329.
- 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.
- Chmura-Rutkowska, I., Ostroch, J. (2007). *Mężczyźni na przełęczy życia. Studium socjopedagogiczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Chybicka, A., Karasewicz, K. (2009). Zadowolenie z intymnych relacji oraz poczucie własnej atrakcyjności i komunikacji w związkach narzeczeńskich i małżeńskich. W: T. Rostowska (red.), *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań* (s. 136–161). Warszawa: Difin.
- Cichocka, M. (2006). Biopsychospołeczne uwarunkowania seksualności ludzi starych. W: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka* (s. 213–236). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Coombs, R. (1991). Marital status and personal well-being: A literature review. *Family Relations*, 40(1): 97–102.
- Csikszentmihályi, M. (1987). Attention and the holistic approach to behavior. W: K.S. Pope, J.L. Singer (red.), *The stream of Consciousness: Scientific Investigations into the Flow of Human Experience* (s. 335–358). New York.

- Cutrona, C.E. (1996). *Social Support in Couples. Marriage as a Resource in Times of Stress*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Czajka-Oraniec, I., Baranowski, W. (2011). Wpływ hormonów na nowotwory. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka Interna. Endokrynologia. Część 2* (s. 665–672). Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune Polska.
- Czajka-Oraniec, I., Zgliczyński, W. (2011). Ginekomastia. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka Interna. Endokrynologia. Część 2* (s. 654–661). Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune Polska.
- Czajkowska, K.B., Lew-Starowicz, Z., Szymańska, M. (2016). The prevalence of sexual activity, and sexual dysfunction and behaviours in postmenopausal woman in Poland. *Menopause Review*, 15(3): 156–164.
- Czapiński, J. (2001). Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych. W: M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć* (s. 266–306). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapiński, J. (red.) (2004a). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapiński, J. (2004b). Psychologiczne teorie szczęścia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 51–102). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapiński, J. (2017). *Psychologia szczęścia. Kto, kiedy, dlaczego kocha życie i co z tego wynika, czyli nowa odsłona teorii cebulowej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- 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.
- Czyżkowska, A., Rawińska, M., Lew-Starowicz, Z. (2011). Zaburzenia pożądania u kobiet w okresie klimakterium w praktyce klinicznej. *Przegląd Menopauzalny*, 6, 448–453.
- Čiarbič, M., Pokrywka, L. (2010). *Piękno ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Daire, A.P., Fairall, H., (2005). Sexuality and perimenopause: What counselors need to know. *Adultspan*, 4(2):105–115.
- Davies, L., McAlpine, D.D. (1998). The significance of family, work, and power relations for mothers' mental health. *Canadian Journal of Sociology*, 23(4): 369–387.
- Davis, S. (1996). *Zdrowie kobiety – menopauza*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
- Davison, S.L., Bell, R.J., LaChina, M., Holden, S.L., Davis, S.R. (2008). Sexual function in well women: Stratification by sexual satisfaction, hormone use, and menopause status. *Journal of Sexual Medicine*, 5: 1214–1222.
- Davison, S.L., Davis, S.R. (2011). Androgenic hormones and aging – The link with female sexual function. *Hormones and Behavior* 59: 745–753.
- Dąbkowska, M. (2015). Obraz własnego ciała u kobiet a satysfakcja seksualna. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 21(2): 107–118.
- Delhez, M., Hansenne, M., Legros, J. (2003). Andropause and psychopathology: Minor symptoms rather than pathological ones. *Psychoneuroendocrinology*, 28: 863–874.
- Derbis, R. (2000). *Jakość rozwoju a jakość życia*. Częstochowa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie.
- Diamond, J. (1998). *Dlaczego lubimy seks? Ewolucja ludzkiej seksualności*. Warszawa: Wydawnictwo CiS.
- Diamond, J. (2000). *Surviving Male Menopause. A Guide for Women and Men*. Naperville: Sourcebooks, Inc.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95: 542–575.
- Diener, E., Kesebir, P., Lucas, R.E. (2008). Benefits of account of well-being: For societies and for psychological science. *Applied Psychology: An International Review*, 57: 37–53.
- Diener, E., Lucas, R.E., Oishi, S. (2005). Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 35–50). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dijk van, G.M., Kavousi, M., Troup, J., Franco, O.H. (2015). Health issues for menopausal women: The top 11 conditions have common solutions. *Maturitas*, 80: 24–30.

- Dillaway, H.E., Burton J. (2011). „Not done yet?!” Women discuss the „end” of menopause. *Women's Studies*, 40: 149–176.
- Dudek, P., Kozakowski, J., Zgliczyński, W. (2020). The effects of testosterone replacement therapy in men with age-dependent hypogonadism on body composition, and serum levels of leptin, adiponectin and C-reactive protein. *Endokrynologia Polska*, 71(5): 382–387.
- Dunn, M., Hope, T. (2020). *Etyka medyczna*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Duxbury, L., Chiggins, C. (2001). *Work-life Balance in the New Millennium: Where Are We? Where Do We Need Go? Work Network*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks, Inc.
- 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.
- Faith, M., Schare, M. (1993). The role of body image in sexually avoidant behavior, *Archives of Sexual Behavior*, 22: 345–356.
- Fallahzadeh, H. (2010). Quality of life after the menopause in Iran: a population study. *Quality of Life Research*, 19: 813–819.
- Fatusi, A.O., Ijadunola, K.T., Ojofeitimi, E.O., Adeyemi, M.O., Omideyi, A.K., Akinyemi, A., Adewuyi, A.A. (2003). Assessment of andropause awareness and erectile dysfunction among married men in Ile-Ife, Nigeria. *The Aging Male*, 6: 79–85.
- Fatusi, A.O., Ijadunola, K.T., Ojofeitimi, E.O., Odumabo, A.O., Adewuyi, A.A., Akinyemi, A., Omideyi, A.K., Aderounmu, A.O. (2004). The influence of sociodemographic factors on awareness, knowledge and attitude toward andropause among health professionals in Ile-Ife, Nigeria. *The Aging Male*, 7: 269–279.
- Fayers, P.M., Machin, D. (2007). *Quality of Life. The Assessment, Analysis and Interpretations of Patient-reported Outcomes*. Chichester: Wiley.
- Freund, A.M., Baltes, P.B. (2007). Toward a theory of successful aging. Selection, optimization, and compensation. W: R. Fernandez-Ballesteros (red.), *GeroPsychology. European Perspectives for an Aging World* (s. 239–254). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- 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.
- Gannon, L. (1999). *Women and Aging. Transcending the Myths*. London: Routledge.
- Garner, D. (1997). *Survey says: Body image pool results. Plagued by body image issues? The results of national survey show you are not alone*. www.psychologytoday.com (dostęp: 6.12.2020).
- Gawron, D. (2013). Wpływ zabiegów ulepszcających na ocenę własnego wyglądu i nastroj u kobiet w wieku średnim, *Psychologia Jakości Życia*, 12(2): 97–110.
- Gergen, M.M., Gergen, K.J. (2001). Positive aging: New images for a new age. *Ageing International*, 27: 3–23.
- Giddens, A. (2004). *Socjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Głębocka, A. (2009). *Niezadowolone 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* (s. 63–83). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Główny Urząd Statystyczny (2019). *Trwanie życia w 2018 r.* Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Glusko, P., Tłustochowicz, W., Korkosz, M. (2012). Choroby metaboliczne kości. W: P. Gajewski (red.), *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych* (s. 1889–1898). Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
- Gold, E.B. (2000). Demographics, environmental influences and ethnic and international differences in the menopausal experience. W: R.A. Lobo, J. Kelsey, R. Marcus (red.), *Menopause. Biology and Pathobiology* (s. 189–201). San Diego: Academic Press.
- Goldberg, H. (2000). *Wrażliwy macho. Mężczyzna 2000*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gomula, A., Rąbajewski, M. (2010). Zespół niedoboru testosteronu – rozpoznawanie i leczenie na podstawie norm stężenia testosteronu należnych dla wieku. *Seksuologia Polska*, 8(1): 1–16.
- Gonçalves, R., Merighi, M.A.B. (2009). Reflections on sexuality during the climacteric. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2): 160–166.

- González, M., Viáfara, G., Caba, F., Molina, T., Ortiz, C. (2006). Libido and orgasmin middle-aged woman. *Maturitas*, 53: 1–10.
- Gove, W.R., Hughes, M., Style, C.B. (1983). Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? *Journal of Health and Social Behavior*, 24: 122–131.
- Górna, K., Suwalska, A. (2001). Badania jakości życia w psychiatrii. W: L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego.
- Grabowska, M. (2011). *Seksualność we wczesnej, średniej i późnej dorosłości. Wybrane uwarunkowania*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Grabowska, M. (2014). Seksualność w związkach małżeńskich. W: I. Janicka, H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny* (s. 167–184). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Haas, L. (1995). Structural dimensions of the work-family interface. W: G. Bowen, J. Pittman (red.), *The Work Family Interface (Families in Focus Series)* (s. 113–121). Minneapolis: National Council on Family Relations.
- Hakimi, S., Ghasemi, L., Mirghafourvand, M., Hassanzadeh, K., Ghasemi, F. (2019). The prevalence of andropause symptoms and the role of social determinants of health on its severity in healthy men: A community-based study in Northwest Iran. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*, 6: 341–345.
- Harrison, J. (2011). „Talking about my generation”: A state-of-the-art review of health information for men in the andropause. *Health Information and Libraries Journal*, 28: 161–170.
- 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.
- Hatzimouratidis, K. (2007). Epidemiology of male sexual dysfunction. *American Journal of Men's Health*, 1: 103–125.
- Heidari, R., Sajadi, H., Pourmand, A., Pourmand, G. (2015). Can testosterone level be a good predictor of late-onset hypogonadism? *Andrologia*, 47(4): 433–437.
- Hemstrom, O. (1996). Is marriage dissolution linked to differences in mortality risks for men and women? *Journal of Marriage and the Family*, 58: 366–378.
- Henry, J. (2007). Pozytywna i kreatywna organizacja. W: P. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 170–193). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Nejodek, I., Sęk, H. (1997). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hijazi, R.A., Cunningham, G.R. (2005). Andropause: Is androgen replacement therapy indicate for the aging male? *Annual Reviews of Medicine*, 56: 117–137.
- Hirokawa, K., Taniguchi, T., Fujii, Y., Takaki, J., Tsutsumi, A. (2016). Modification effects of changes in job demands on associations between changes in testosterone levels and andropause symptoms: 2-year follow-up study in male middle-aged Japanese workers. *International Journal of Behavioural Medicine*, 23: 464–472.
- Hisasue, S., Horie, S. (2013). Role of androgen in the elderly. What is LOH syndrome? *Clinical Calcium*, 23(8): 1101–1107.
- Ho, C.H., Wu, C.C., Chen, K.C., Jaw, F.S., Yu, H.J., Liu, S.P. (2016). Erectile dysfunction, loss of libido and low sexual frequency increase the risk of cardiovascular disease in men with low testosterone. *The Aging Male*, 19(2): 96–101.
- Hollander, E. (2003). Male menopause: Unexplored area of men's health. *Pediatric Annals*, 33, 8: 497–500.
- Huhtaniemi, I.T. (2014a). Andropause – Lessons from the European Male Ageing Study. *Annales d'Endocrinologie*, 75: 128–131.
- Huhtaniemi, I.T. (2014b). Late-onset hypogonadism: Current concepts and controversies of pathogenesis, diagnosis and treatment. *Asian Journal of Andrology*, 16(2): 192–202.
- 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.
- Hunter, M. (2000). The Women's Health Questionnaire (WHQ): The development, standardization and application of a measure of mid-aged women's emotional and physical health. *Quality of Life Research*, 9: 733–738.

- Hunter, M., O'Dea, I. (1999). An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: Five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. *Patient Education and Counselling*, 38: 249–255.
- Hunter, M., Rendall, M. (2007). Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Practices & Research in Clinical Obstetrics and Gynecology*, 21: 261–274.
- Hvas, L. (2001). Positive aspects of menopause. A qualitative study. *Maturitas*, 39: 11–17.
- Izdebski, Z. (2004). *Jesteśmy atrakcyjne, ale...*, badania OBOP. www.tns-global.pl (dostęp: 8.03.2004).
- Izdebski, Z. (2012). *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Izydorczyk, B. (2014). *Postawy i zachowania wobec własnego ciała w zaburzeniach odżywiania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Izydorczyk, B., Rybicka-Klimczyk, A. (2008). Diagnoza psychologiczna poznawczych i emocjonalnych aspektów obrazu ciała dziewcząt i młodych kobiet polskich. *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 4(25): 24–35.
- Izydorczyk, B., Rybicka-Klimczyk, A. (2009). Środki masowego przekazu i ich rola w kształtowaniu wizerunku ciała u zróżnicowanych wiekiem życia kobiet polskich (analiza badań własnych). *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 3(28): 20–32.
- Jakiel, G. (2010). Seksualność mężczyzn w okresie andropauzy. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (s. 145–152). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jakiel, G. (2011a). Diagnostyka zaburzeń czynności męskiego układu rozrodczego. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka Interna. Endokrynologia. Część 2* (s. 629–633). Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune.
- Jakiel, G. (2011b). Niepłodność męska. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka Interna. Endokrynologia. Część 2* (s. 647–650). Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune.
- Jakiel, G., Makara-Studzińska, M., Ciebiera, M., Stabuszewska-Jóźwiak, A. (2015). Andropause – State of the art 2015 and selected aspects. *Przegląd Menopauzalny*, 14(1): 1–6.
- Jakiel, G., Pilewska-Kozak, A.B., Łepecka-Klusek, C., Tkaczuk-Włach, J., Syty, K. (2009). Mężczyźni kobiet menopauzalnych. Część II. Relacje partnerskie i seksualne. *Przegląd Menopauzalny*, 2: 97–101.
- 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. (2006). *Kohabitacja a małżeństwo w perspektywie psychologicznej*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Janicka, I. (2008). Stosunki partnerskie w związkach niemałżeńskich. *Przegląd Psychologiczny*, 1: 37–53.
- 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.
- Janiszewska, M., Żolnierczuk-Kieliszek, D., Kulik, T., Dziedzic, M.A., Barańska, A., Kryk, A. (2016). Men's knowledge about osteoporosis and its risk factors. *Menopause Review*, 15(3): 148–155.
- Januszewicz, A., Prejbisz, A. (2012). Nadciśnienie tętnicze. W: P. Gajewski (red.), *Interna Szczeklika. Podręcznik Chorób Wewnętrznych* (s. 403–424). Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
- Jaracz, K., Wołowicka, L., Kalfoss, M. (2001). Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL-100. W: L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Jarząbek-Bielecka, G., Sowińska-Przepiera, E., Pawalczyk, M. (2012). Aging and sexual activity: gynecological, sexological and psychological aspects. *Przegląd Menopauzalny*, 6: 487–489.
- Jaspers, L., Daan, N.M.P., van Dijk, G.M., Gazibara, T., Muka, T., Wem, K., Meun, C., Zillikens, M.C., Roeters van Lennep, J.E., Roos-Hesselink, J.W., Laan, E., Rees, M., Laven, J.S.E., Franco, O.H., Kavousi, M. (2015). Health in middle-aged and elderly women: A conceptual framework for healthy menopause. *Maturitas*, 81: 93–98.
- Józków, P., Mędraś, M. (2012). Stres psychologiczny a czynność gonad męskich. *Endokrynologia Polska*, 63(1): 44–49.

- Jóźwiak, J. (2002). Raport: *Zdrowie kobiet i mężczyzn w latach 1989–2003*, Krajowy System Monitorowania Równego Traktowania Kobiet i Mężczyzn. <http://www.monitoring.rownystatus.gov.pl> (dostęp: 6.12.2020).
- Jull, J., Stacey, D., Beach, S., Dumas, A., Strychar, I., Ufholtz, L.-A., Ponce, S., Abdunour, J., Prud'homme, D. (2014). Lifestyle interventions targeting body weight changes during the menopause transition: a systematic review. *Journal of Obesity*, <https://www.hindawi.com/journals/jobel/2014/824310/> (dostęp: 24.03.2021).
- Kaczmarek, Ł. (2016). *Pozytywne interwencje psychologiczne. Dobrostan a zachowania intencjonalne*. Poznań: Zysk i S-ka.
- 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.
- Kaczmarek, M. (2008). Zróżnicowanie wieku menopauzy naturalnej wśród polskich kobiet ze względu na historię okresu rozrodczego. *Menopause Review*, 2: 69–76.
- Kaczmarek, M. (2015). On the doorstep to senility: Physical changes, health status and well-being in midlife. *Anthropological Review*, 78: 269–287.
- Kaczmarek, M., Szwed, A. (2001). Wiek menopauzy a rozrodczość i styl życia kobiet. W: T. Pertyński (red.), *Menopauza* (s. 15–23). Łódź: Wydawnictwo ADI.
- Kahneman, D., Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of New York Academy of Sciences*, 107: 16489–16493.
- Kamańczyk, B. (2016). *Sposób odbioru typowych objawów menopauzalnych przez obserwatorów różnej płci i wieku*. Praca magisterska niepublikowana. Łódź: Uniwersytet Łódzki.
- 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.
- Kapliński, A., Kula, K., Sawicki, A. (1998). Menopauza i starzenie się męskiego układu płciowego. W: T. Romer (red.), *Endokrynologia kliniczna dla ginekologa, internisty, pediatri* (s. 508–513). Warszawa: Springer PWN.
- Karasek, M. (2009a). Starzenie się gonady męskiej (późno występujący hipogonadyzm, andropauza). W: A. Syrenicz (red.), *Endokrynologia w codziennej praktyce lekarskiej* (s. 452–461). Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.
- Karasek, M. (2009b). Endokrynologia starzenia się. W: A. Syrenicz (red.), *Endokrynologia w codziennej praktyce lekarskiej* (s. 569–578). Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.
- Karasek, K. (2011). *Opracowanie psychometryczne Skali Oceny Poczucia Własnej Atrakcyjności w Związku* (materiały własne).
- Kasprzak, E. (2005). Poczucie jakości życia osób bezrobotnych pięć lat temu a obecnie. Badania porównawcze. W: R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia* (s. 135–150). Częstochowa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie.
- Kasser, T. (2007). Dobre życie czy życie dobrami? Psychologia pozytywna i poczucie dobrostanu w kulturze konsumpcji. W: P. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 42–58). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kaufert, P.M. (1996). The social and cultural context of menopause. *Maturitas*, 23: 169–180.
- Kępiński, A. (1987). *Łęk*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kępiński, A. (2012). *Łęk*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- King, L., Ellis, J., Burton, C. (2007). Pojęcie dobrego życia – w ujęciu szerokim i wąskim. W: P. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 19–40). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Konarski, R. (2019). *Modele równań strukturalnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Korabel, J., Krzysiek, J. (2013). Ocena rezerwy jajnikowej u kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*, 4: 333–338.
- Kowalik, S. (2001). Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. W: L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego.

- Kowalik, S. (2005). Jakość życia psychicznego. W: R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia* (s. 30–43). Częstochowa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie.
- Kowalik, S. (2015). *Uspione społeczeństwo. Szkice z psychologii globalizacji*. Warszawa: Sedno Wydawnictwo Akademickie.
- Kowalik, S., Ratajska, A., Szmaus, A. (2001). W poszukiwaniu wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia. W: L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego.
- Kowalska, M., Marcinkowska, U., Joško, J. (2010). Satysfakcja z pracy zawodowej a jakość życia kobiet w wieku 45–60 lat w województwie śląskim. *Medycyna Pracy*, 61(3): 277–285.
- Kozakowski, J. (2011a). Proces starzenia się a wydzielanie hormonu wzrostu. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka Interia. Endokrynologia*. Część 2 (s. 759–761). Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune Polska.
- Kozakowski, J. (2011b). Otyłość. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka Interia. Endokrynologia*. Część 2 (s. 831–835). Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune Polska.
- Krogulski, S., Lipińska-Szałek, A. (2006). Zaburzenia psychiczne związane z okresem przekwitania u kobiet. W: A. Lewiński (red.), *Menopauza bez tajemnic* (s. 89–103). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Krok, D. (2017). *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Krysiak, R., Okopień, B., Gdula-Dymek, A., (2007). Terapia testosteronem u pacjentów z andropauzą. *Wiadomości Lekarskie*, 60(7–8): 356–364.
- Kubacka-Jasiecka, D. (1997). Z psychologii kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 11–29). Kraków: Wydawnictwo AAL.
- Kucharski, S., Rzepa, T. (2017). Samoocena i jej komponenty a satysfakcja z życia seksualnego. *Psychoseksuologia*, 3: 61–67.
- Kula, K. (1998). Starzenie się męskiego układu płciowego. W: T.E. Romer (red.), *Endokrynologia kliniczna dla ginekologa, internisty, pediatri* (s. 520–523). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kula, K., Słowikowska-Hilczer, J. (2012a). Hipogonadyzm późny u mężczyzn. *Endokrynologia Polska*, 63 (zeszyt edukacyjny II): 15–19.
- Kula, K., Słowikowska-Hilczer, J. (2012b). Choroby jąder. W: P. Gajewski (red.), *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych* (s. 1274–1282). Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
- Kulasingam, S., Moineddin, R., Lewis, J.E., Tierney, M.C. (2008). The validity of the Menopause Specific Quality of Life Questionnaire in older women. *Maturitas*, 60: 239–243.
- Kurdek, L.A. (1991). The relations between reported well-being and divorce history, availability of a proximate adult, and gender. *Journal of Marriage and the Family*, 53(1): 71–78.
- Kurzawa, R., Starczewski, A. (2009). Niepłodność jako problem kliniczny i społeczny. W: A. Syrenicz (red.), *Endokrynologia w codziennej praktyce* (s. 421–438). Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii w Szczecinie.
- Lachowska, B. (2012). *Praca i rodzina – konflikt czy synergia? Konflikt i facylitacja między rolami rodzinnymi i zawodowymi – uwarunkowania i znaczenie dla jakości życia kobiet i mężczyzn*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Lahclma, E., Arber, S., Kivelä, K., Ross, E. (2002). Multiple roles and health among British and Finnish women. The Influence of socioeconomic circumstances. *Social Science and Medicine*, 54: 727–740.
- 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.
- Lejeune, H., Huyghe, É., Droupy, S. (2013). Hypoactive sexual desire and testosterone deficiency in men. *Progrès en Urologie*, 23(9): 621–628.
- Lemm, M., Skołba, P. (2013). Biologia starzenia się jajników. *Przegląd Menopauzalny*, 3: 231–234.
- Leszczyńska, I., Żychlińska, M. (2012). Zyski i straty w wieku późnej dorosłości – fenomen słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. W: E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudek (red.), *Teoria zachowania*

- zasobów Stevana E. Hobfolla – polskie doświadczenia (s. 139–159). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Lew-Starowicz, Z. (1999). *Słownik encyklopedyczny. Miłość i seks*. Wrocław: Wydawnictwo Europa.
- Lew-Starowicz, Z. (2004). *Encyklopedia erotyki*. Warszawa: Wydawnictwo Muza.
- Lew-Starowicz, Z. (2010). Psychospołeczne podstawy seksuologii. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy Seksuologii* (s. 25–33). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lew-Starowicz, Z. (2012). *O mężczyźnie*. Warszawa: Wydawnictwo Czerwone i Czarne.
- Lew-Starowicz, Z., Szymańska, M. (2010). Zaburzenia seksualne i problemy osobiste kobiet powyżej 45. roku życia. *Przegląd Menopauzalny*, 6: 381–384.
- Lin, H.-C., Lin, Y.-C. (2018). The study of body image, self-esteem and sexual satisfaction of college students in Southern Taiwan, *Universal Journal of Educational Research*, 6(4): 647–652.
- Lipowska, M., Lipowski, M. (2006). Ocena własnej atrakcyjności przez kobiety w różnym wieku. W: A. Chybicka, M. Kaźmierczak (red.), *Kobieta w kulturze – kultura w kobiecie: studia interdyscyplinarne* (s. 385–402). Kraków: Impuls.
- Lock, M. (1995). *Encounters with Aging. Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- Lunenfeld, B., Mskhalaya, G., Zitzmann, M., Arver, S., Kalinchenko, S., Tishova, Y., Morgentaler, A. (2015). Recommendations on the diagnosis, treatment and monitoring of hypogonadism in men. *Aging Male*, 18(1): 5–15.
- Luoto, R. (2009). Hot flushes and quality of life during menopause. *BMC Women's Health*, 9(13): 1–3.
- Lykken, D. (2005). Wrodzony potencjał szczęścia: jak i dlaczego ludzie różnią się pod względem odczuwanego dobrostanu. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 257–283). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lynch, C.P., McTigue, K.M., Bost, J.E., Linker, L.F., Vitolsins, M., Adams-Campbell, L., Sarto, G.E., Hays-Grudo, J.E., Manson, J.E., Kuller, L.H. (2010). Excess weight and physical health-related quality of life in postmenopausal women of diverse racial/ ethnic backgrounds. *Journal of Women's Health*, 19(8): 1449–1458.
- Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, 2: 164–176.
- Maggi, M. (2008). Gender differences mirrored: andro-pause, a palindromic meno-pause, or just a lean-pause? *The Journal of Sexual Medicine*, 5: 2243–2245.
- Mandal, E. (2008). *Miłość, władza i manipulacja w bliskich związkach*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- 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.
- Marchewka, A., Dąbrowski, Z., Żołądź, J.A. (red.) (2012). *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Marnocha, S.K., Bergstrom, M., Dempsey, L.F. (2011). The lived experience of perimenopause and menopause. *Contemporary Nurse*, 37(2): 229–240.
- Marshall, B.L. (2006). The new virility: Viagra, male aging and sexual function. *Sexualities*, 9: 345–362.
- Marshall, B.L. (2007). Climacteric redux? (Re)medicalizing the male menopause. *Men and Masculinities*, 9(4): 509–529.
- Mastrangelo, M.A., MacFarlane, S., Woodrow, K., Conway, E., DeGregorio, D., Mauriello, K., Miller-Scales, A., Nieves-Ventimiglia, L., Galantion, M.L. (2010). Effect of circuit training on menopausal symptoms and quality of life. *Journal of Women's Health and Physical Therapy*, 34: 58–63.
- Matthews, S., Power, C. (2002). Socioeconomic gradients in psychological distress. A focus on women, social roles and work-home characteristics. *Social Science and Medicine*, 54: 799–810.
- Mellemkjaer, L., Christensen, J., Frederiksen, K., Olsen, A., Bennett, P., Overvad, K., Tjønnelund, A. (2011). Associations of body composition measures and endogenous sex-steroid hormones among postmenopausal women. *The Open Obesity Journal*, 3: 51–55.
- Melosik, Z. (2006). *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Mendes de Leon, C.F., Aples, 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.

- Meryn, S., Metka, M., Kindel, G. (2003). *Mężczyzna XXI wieku. Rewolucja hormonalna*. Warszawa: Wydawnictwo KOS.
- Mędraś, M. (2002). Andropauza i menopauza – dwie strony tego samego problemu. *Przegląd Menopauzalny*, 4: 54–58.
- Mędraś, M. (2007). Leczenie hipogonadyzmu męskiego. *Przegląd Urologiczny*, 5(45): 22–29.
- Mędraś, M., Demissie, M. (2002). Somatotropina a andropauza i proces starzenia się mężczyzn. W: M. Mędraś, L. Bablok (red.), *Andropauza* (s. 20–23). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mędraś, M., Jankowska, E. (2002a). Testosteron a andropauza i proces starzenia się mężczyzn. W: M. Mędraś, L. Bablok (red.), *Andropauza* (s. 16–19). Warszawa: PZWL.
- Mędraś, M., Jankowska, E. (2002b). Czynność podwzgórza i przysadki a andropauza i proces starzenia się mężczyzn. W: M. Mędraś, L. Bablok (red.), *Andropauza* (s. 13–15). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mędraś, M., Jankowska, E. (2002c). Psychika mężczyzn w okresie andropauzy. W: M. Mędraś, L. Bablok (red.), *Andropauza* (s. 64–68). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mędraś, M., Jankowska, E. (2002d). Miazdżycza a andropauza i proces starzenia się mężczyzn. W: M. Mędraś, L. Bablok (red.), *Andropauza* (s. 86–89). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mędraś, M., Szczęsny, M. (2002). Melanotyna a andropauza i proces starzenia się mężczyzn. W: M. Mędraś, L. Bablok (red.), *Andropauza* (s. 24–27). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mędraś, M., Bablok, L. (red.) (2002). *Andropauza*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Michalak, A., Krawczyk, K., Bocian, R., Okraszewski, J., Wroński, K. (2009). Jakość życia. *Ginekologia Praktyczna*, 2: 33–37.
- Mimoun, S. (1994). *Choroba duszy czy ciała? – zaburzenia psychosomatyczne u kobiet*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Miranda, E.P., Torres, L.O. (2020). Late-onset hypogonadism: Prostate safety. *Andrology*, 8: 1606–1616.
- Mishra, N., Mishra, V.N., Devanshi (2011). Exercise beyond menopause: Dos and Don'ts. *Journal of Mid-life Health*, 2(2): 51–56.
- Morales, A. (2004). Andropause (or symptomatic lateonset hypogonadism): Facts, fiction and controversies. *The Aging Male*, 7: 297–303.
- Morales, A., Bella, A.J., Chun, S., Lee, J., Assimakopoulos, P., Bebb, R., Gottesman, I., Alarie, P., Dugré, H., Elliott, S. (2010). A practical guide to diagnosis, management and treatment of testosterone deficiency for Canadian physicians. *Canadian Urological Association Journal*, 4(4): 269–275.
- Morales, A., Buvat, J., Gooren, L.J., Guay, A.T., Kaufman, J.M., Tan, H.M., Torres, L.O. (2004). Endocrine aspects of sexual dysfunction in men. *Journal of Sexual Medicine*, 1(1): 69–71.
- Moron, F.J., Ruiz, A., Galan, J.J. (2009). Genetic and genomic insights into age at natural menopause. *Genome Medicine*, 1: 76.
- Myers, D.G. (2003). *Psychologia społeczna*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Myers, D.G. (2004). Błiskie związki a jakość życia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna*. 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. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 389–411). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nappia, R.E., Lachowsky, M. (2009). Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*, 63: 138–141.
- Netuveli, G., Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85: 113–126.
- Ng, K.K., Donat, R., Chan, L., Lalak, A., Di Pierro, I., Handelsman, D.J. (2004). Sperm output of older men. *Human Reproduction*, 19: 1811–1815.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research*, 43(1): 68–75.
- Novak, A., Brod, M., Elbers, J. (2002). Andropause and quality of life: Findings from patient focus groups and clinical experts. *Maturitas*, 43: 231–237.
- Nowicki, G.J., Mlynarska, M., Ślusarska, B., Rudnicka-Drożak, E., Szczekala, K., Bartoszek, A. (2017). The relationship between the value of health and health behaviors in individuals over 65 years of age. *Family Medicine & Primary Care Review*, 19(1): 49–53.

- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Olejnik, M. (2000). Średnia dorosłość. Wiek średni. W: B. Harwas Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka* (s. 234–262). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Oleś, P. (1995). Źródła lęku mężczyzn w okresie przemian połowy życia. W: W. Tłokiński (red.), *Lęk. Zjawisko umotywowane* (s. 90–100). Warszawa: Copyright by Waldemar Tłokiński.
- Oleś, P. (2000). *Psychologia przełomu połowy życia*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Oleś, P. (2011). *Psychologia człowieka dorosłego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ostrowska, A. (1999). *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: IFiS PAN.
- Ostrzyżek, A. (2013). Wpływ zaburzeń odżywiania na jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*, 4: 343–346.
- 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.
- Öhman, A. (2005). Strach i lek z perspektywy ewolucyjnej, poznawczej i klinicznej. W: M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 719–744). Gdańsk: GWP.
- Palacios, S., Henderson, V.W., Siseles, N., Tan, D., Villaseca, P. (2010). Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric*, 13: 419–428.
- Palacios, S., Tobar, A.C., Menendez, C. (2002). Sexuality in the climacteric years. *Maturitas*, 43(1): 69–77.
- Papierska, L. (2011). Proces starzenia się a czynność kory nadnerczy. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka Interna. Endokrynologia. Część 2* (s. 768–771). Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune.
- Papuć, E. (2011). Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. *Current Problems of Psychiatry*, 12(2): 141–145.
- Parent, M.C., Sánchez, F.J. (2019). The physical health of men and boys: Integrating biomedical and psychological science. *Psychology of Men & Masculinities*, 20: 161–165.
- Pertyński, T. (2004). Prowadzenie pacjentek i profilaktyka wieku menopauzalnego. W: T. Pertyński (red.), *Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego* (s. 295–303). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Pertyński, T. (2006). 1000 kroków przed nocą. *Wysokie Obcasy*, 16: 28–32.
- Pertyński, T., Stachowiak, G. (2013). Mastalgia – poważny problem u kobiet w wieku przedmenopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*, 1: 29–33.
- Piasecka, M., Gill, K. (2021). Wpływ wieku na płodność. W: J. Słowikowska-Hilczer (red.), *Andrologia. Zdrowie mężczyzny od fizjologii do patologii* (s. 1159–1176). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Pines, A. (2011). Male menopause: Is it a real clinical syndrome? *Climacteric*, 14: 15–17.
- Pines, A., Berry, E.M. (2007) Exercise in the menopause – An update. *Climacteric*, 10(2): 42–46.
- Pleck, J. (1995). Work roles, family roles and well-being. W: G.L. Bowen (red.), *The Work and Family Interface: Toward a Contextual Effects Perspective (Families in Focus Series)* (s. 17–23). Minneapolis: National Council on Family Relations.
- Plopa, M. (2005). *Psychologia rodziny*. Elbląg: Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Plużek, Z. (1997). Kryzysy psychologiczne i rodzaje kryzysów osobowościowych. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 31–43). Kraków: Wydawnictwo ALL.
- Ponholzer, A., Plas, E., Schatzl, G., Struhala, G., Brossner, C., Mock, K., Rauchenwald, M., Madersbacher, S. (2005). Relationship between testosterone serum levels and lifestyle in aging men. *The Aging Male*, 8(3/4): 190–193.
- Pryczek, K., Bielawska-Batorowicz, E. (2007). Studenci polscy i fińscy wobec andropauzy. Część I. Opinie o andropauzie i wiedza o jej objawach. *Przegląd Menopauzalny*, 6: 357–364.
- Pryczek, K., Bielawska-Batorowicz, E. (2008). Studenci polscy i fińscy wobec andropauzy. Część II. Obraz kobiety i mężczyzny w okresie menopauzalnym i andropauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*, 4: 222–230.
- Rabijewski, M. (2006a). Zaburzenia erekcji – etiologia i leczenie. *Przegląd Urologiczny*, 4(38): 46–50.

- Rabijewski, M. (2006b). Osteoporoza u mężczyzn. *Przegląd Urologiczny*, 1(35): 43–46.
- Rabijewski, M. (2011a). Hipogonadyzm u mężczyzn. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka Interna. Endokrynologia*. Część 2 (s. 633–647). Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune.
- Rabijewski, M. (2011b). Proces starzenia się a zmiany wydzielania hormonów płciowych mężczyzn. Zespół niedoboru testosteronu. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka Interna. Endokrynologia*. Część 2 (s. 771–776). Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune.
- Rabijewski, M. (2011c). Testosteron a dysfunkcje seksualne u mężczyzn. *Przegląd Urologiczny*, 3(67): 14–20.
- Rabijewski, M. (2013). Zespół niedoboru testosteronu u starszych mężczyzn – aktualne poglądy. *Przegląd Menopauzalny*, 1: 34–39.
- Rabijewski, M. (2021). Zmiany w układzie hormonalnym u starzejących się mężczyzn. W: J. Słowińska-Hilczer (red.), *Andrologia. Zdrowie mężczyzny od fizjologii do patologii* (s. 1177–1192). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Rabijewski, M., Zgliczyński, W. (2009a). Zespół niedoboru testosteronu u mężczyzn. *Geriatrics*, 3: 17–26.
- Rabijewski, A., Zgliczyński, W. (2009b). Etiopatogeneza, rozpoznawanie i leczenie hipogonadyzmu u mężczyzn. *Endokrynologia Polska*, 60(3): 222–233.
- Rabijewski, M., Zgliczyński, W. (2010). Endokrynne aspekty starzenia się mężczyzn. *Przegląd Menopauzalny*, 3: 184–189.
- Rachman, S. (2005). *Zaburzenia lękowe – modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: GWP.
- Renneboog, B. (2012). Andropause and testosterone deficiency: How to treat in 2012? *Revue Médicale de Bruxelles*, 33(4): 443–449.
- Rhoades, G.K., Stanley, S.M., Markman, H.J. (2012). A longitudinal investigation of commitment dynamics in cohabiting relationships. *Journal Family Issues*, 33(3): 369–390.
- Rice, P.L. (1995). Pog laus, tsis coj khaub ncaws lawrm: The menopause in Hmong women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 13: 79–92.
- Roayah, M.F., El Khayat, Y.I., Gamal El Din, S.F., Abd El Salam, M.A. (2016). Pilot study on the effect of botanical medicine (*Tribulus terrestris*) on serum testosterone level and erectile functions in aging males with partial androgen deficiency (PADAM). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(4): 297–301.
- Rocznik Demograficzny 2019*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Rogers, R.G. (1995). Marriage, sex and mortality. *Journal of Marriage and the Family*, 57: 515–526.
- Rosengren, A., Wedel, H., Wilhelmsen, L. (1989). Marital status and mortality in middle-aged Swedish men. *American Journal of Epidemiology*, 1: 54–64.
- Ross, C.E., Mirowsky, J., Goldsteen, K. (1990). The impact of the family on health: The decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 52(4): 1059–1078.
- Rostowska, T. (2008). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Rostowski, J. (1987). *Zarys psychologii małżeństwa*. Warszawa: PWN.
- Rumianowski, B., Brodowska, A., Karakiewicz, B., Grochans, E., Ryterska, K., Laszczyńska, M. (2012). Czynniki środowiskowe wpływające na wiek wystąpienia naturalnej menopauzy u kobiet. *Przegląd Menopauzalny*, 5: 412–416.
- Rybicka-Klimczyk, A., Brytek-Matera, A. (2008). Wizerunek ciała i jego wymiary a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwojowych. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 4(4): 143–151.
- Ryff, C.D., Singer, B. (2004). Paradoxy kondycji ludzkiej. Dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci. W: J. Czapirski (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 147–162). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sagdeo, M.M., Arora, D. (2011). Menopausal symptoms: A comparative study in rural and urban women. *JK Science*, 13(1): 23–26.
- Saka, M.J., Saidu, R., Jimoh, A., Akande, T., Olatinwo, A.W. (2012). Behavioral pattern of menopausal Nigeria women. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 5: 74–79.
- Samipoor, F., Pakseresht, S., Rezasoltani, P., Lelli, E.K. (2017). Awareness and experience of andropause symptoms in men referring to health centers: A cross-sectional study in Iran. *The Aging Male*, 20: 153–160.

- Sarec, F., Öztein, K., Elebi, G. (2011). Early menopause association with employment, smoking, divorced marital status and low leptin levels. *Gynecological Endocrinology*, 27(4): 273–278.
- Saulicz, M., Saulicz, E., Myśliwiec, A., Wolny, T., Linek, P., Knapik, A., Rottermund, J. (2015). Effect of a 4-week Nordic walking training on the physical fitness and self-assessment of the quality of health of women in the perimenopausal age. *Przegląd Menopauzalny*, 14: 105–111.
- Schnatz, P.F., Kum Whitehurst, S., O'Sullivan, D.M. (2010). Sexual dysfunction, depression, and anxiety among patients of an inner-city menopause clinic. *Journal of Women's Health*, 19(10): 1843–1849.
- Schneider, H.P.G., MacLennan, A., Feeny, H. (2008). Assessment of health-related quality of life in menopause and aging. *Climacteric*, 11: 93–107.
- Schulz, R., Heckhausen, J. (1996). Life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51: 702–714.
- Seligman, M.E.P. (2008). Positive health. *Applied Psychology: An International Review*, 57: 3–18.
- Serfining, R.J. (1991). *Twierdzenia graniczne statystyki matematycznej*. Warszawa: PWN.
- Sęk, H. (1990). Kryzys wieku średniego a funkcjonowanie w społecznych rolach rodzinnych. W: M. Tyszkowa (red.), *Rodzina a rozwój jednostki* (s. 89–112). Poznań: nakł. Centralnego Programu Badań Podstawowych.
- Sęk, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scho-lar”.
- Shabsigh, R. (2003). Urological perspectives on andropause. *Psychiatric Annals*, 33(8): 501–506.
- Shapiro, S., Farmer, R.T.D., Mueck, A.O., Seaman, H., Stevenson, J.C. (2011). Does hormone replacement therapy cause breast cancer? An application of causal principles to three studies. Part 2. The Women's Health Initiative: estrogen plus progestogen. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 37: 165–172.
- Sheldon, K., Lyubomirsky, S. (2007). Trwały wzrost poziomu szczęścia: perspektywy, praktyki i zalecenia. W: P. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 87–111). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Simon, C. (2008). Testosterone deficiency – The male menopause? *InnovAiT*, 1(9): 625–630.
- Sipiński, A. (2010). Zaburzenia erekcji. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (s. 192–209). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Sjoen, T.G., Goemaere, S., De Meyere, M., Kaufman, J.M. (2004). Perception of males aging symptoms health and well-being in elderly community-dwelling men is not related to circulated androgen levels. *Psychoneuroendocrinology*, 29(2): 201.
- Skalba, P. (2012). Choroby jajników. W: P. Gajewski (red.), *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych* (s. 1261–1273). Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
- Skrzypulec, V. (2010). Seksualność kobiet w okresie klimakterium. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (s. 138–145). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Skrzypulec, V., Dąbrowska, J., Drosdzol, A. (2010). The influence of physical activity level on climacteric symptoms in menopausal women. *Climacteric*, 13: 355–361.
- Skrzypulec-Plinta, V., Chelmicki, A., Gojdz, K. (2011). Czy spadek libido po menopauzie ma podłoże hormonalne? *Przegląd Menopauzalny*, 4: 334–337.
- Smith, M.J., Mann, E., Mirza, A., Hunter, M.S. (2011). Men and women's perceptions of hot flushes within social situations: Are menopausal women's negative beliefs valid? *Maturitas*, 69: 57–62.
- Sobol-Kwapińska, M. (2007). *Żyć chwilą? Postawy wobec czasu a poczucie szczęścia*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Sowińska-Przepiera, E., Syrenicz, A. (2009). Menopauza i okołomenopauzalny okres przejściowy. W: A. Syrenicz (red.), *Endokrynologia w codziennej praktyce lekarskiej* (s. 438–452). Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.
- Spielberger, C.D. (1966). *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.
- Stachoń, A.J. (2013). Ocena odczuwania wybranych objawów w zależności od fazy klimakterium i charakteru menopauzy. *Przegląd Menopauzalny*, 4: 315–320.
- Stapleton, P., Crighton, G.J., Carter, B., Pidgeon, A. (2017). Self-esteem and body image in females: The Mediating role of self-compassion and appearance contingent self-worth, *The Humanistic Psychologist*, 45(3): 238–257.

- Stelcer, B. (2001). Jakość życia a integracja psychiczna. W: L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych* (s. 117–127). Poznań: Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego.
- Sternberg, R.J. (2007). Dwuskładnikowa teoria miłości. W: R.J. Sternberg, K. Weis (red.), *Nowa psychologia miłości* (s. 275–296). Taszów: Moderator.
- Stępczak, E. (2018). *Burka w Nepalu nazywa się sari*. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
- Straś-Romanowska, M. (2005). Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę. *Kolokwia Psychologiczne*, 13: 262–274.
- 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.
- Stusiński, J., Lew-Starowicz, Z. (2012). Funkcjonowanie seksualne kobiet w średnim wieku – przegląd piśmiennictwa. *Przegląd Menopauzalny*, 2: 87–92.
- Szwed, A. (2001). *Biologiczne i kulturowe uwarunkowania klimakterium u kobiet*. Poznań: Instytut Antropologii UAM.
- Szymczak, W. (2008). *Podstawy statystyki dla psychologów*. Warszawa: Difin.
- Tan, R.S. (2001). Memory loss as a reported symptom of andropause. *Archives of Andrology*, 47: 185–189.
- Tan, R.S., Philip, P.S. (1999). Perceptions of and risk factors for andropause. *Archives of Andrology*, 43: 227–233.
- Tan, R.S., Pu, S.J. (2002). Impact of obesity on hypogonadism in the andropause. *International Journal of Andrology*, 25: 195–201.
- Tan, R.S., Pu, S.J. (2004). Is it andropause? Recognizing androgen deficiency in aging men. *Postgraduate Medicine*, 115: 62–66.
- Tatarkiewicz, W. (1962). *O szczęściu*. Warszawa: PWN.
- Taylor, S., Sherman, D. (2007). Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek. W: P. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 194–210). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Terracciano, A., Costa, P.T. (2003). Smoking and the five-factor model of personality. *Addiction*, 99, 472–481.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2000). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Treas, J., Giesen, D. (2000). Sexual infidelity among married and cohabiting Americans. *Journal of Marriage and the Family*, 62: 48–60.
- Trejtowicz, M. (2007). Dynamika dobrostanu psychicznego. Eksploracja danych z badań Diagnoza społeczna. *Psychologia Społeczna*, 2: 66–81.
- Trzebiatowski, J. (2011). Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 46(1): 25–31.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- 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.
- Tsang, V.W.L., Hamilton, L.D., Wassersug, R.J. (2019). On the meaning of „masculinities” and its implication to advancing men's health. *Psychology of Men & Masculinities*, 20: 166–173.
- Turner, J.H. (2012). *Struktura teorii socjologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Undas, A., Szczeklik, W. (2012). Miazdżyca. W: P. Gajewski (red.), *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych* (s. 162–166). Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
- Vaillant, G. (2007). Pozytywne starzenie się. W: A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Vainiopaa, K.J., Topo, P. (2005). The making of an ageing disease: The representation of the male menopause in Finnish medical literature. *Ageing & Society*, 25: 841–861.
- Varea, C., Bernis, C., Montero, P., Arias, S., Barroso, A., González, A. (2000). Secular trend in intra-population variation in age at menopause in Spanish women. *Journal of Biosocial Science*, 32: 383–393.
- Veeninga, A.T., Kraaimaat, F.W. (1995). A multifactorial approach to complaints during the climacteric. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 13: 69–77.

- 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.
- Waite, L.J., Gallagher, M. (2000). *The Case for Marriage (Why Married People are Happier, Healthier, and Better off Financially)*. New York: Random House, Inc.
- Waite, L.J., Joyner, K. (2000). Emotional and physical satisfaction in married, cohabiting and dating sexual unions: Do men and women differ? W: E. Laumann, R. Michael (red.), *Sex, Love, Health in America*. Chicago: University of Chicago Press.
- Walczak, A., Wiśniewska, B. (2012). Psychospołeczne aspekty funkcjonowania kobiet w okresie postmenopauzalnym – badania wstępne. *Przegląd Menopauzalny*, 6: 474–477.
- Walker, A.E. (1997). *The Menstrual Cycle*. London–New York: Routledge.
- Wdowiak, A., Bakalczuk, S., Mroczkowski, A., Bakalczuk, G., Jakiel, G. (2002). Ocena wpływu terapii hormonalnej mężczyzn na samoocenę ich stanu zdrowia. *Przegląd Menopauzalny*, 4: 59–63.
- The WHOQoL Group (1998). Development of the World Health Organisation WHOQOL-Bref QoL assessment. *Psychological Medicine*, 28: 551–559.
- Winterich, J.A. (2003). Sex, menopause, and culture: Sexual orientation and the meaning of menopause for women's sex lives. *Gender and Society*, 17: 627–642.
- Wojciszke, B. (2006). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Wojciszke, B. (2009). *Psychologia miłości*. Gdańsk: GWP.
- Wojciszke, B. (2011). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wołczyński, S. (2011). Podstawowe wiadomości o cyklu płciowym. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka Interna. Endokrynologia*. Część 2 (s. 533–541). Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune.
- Wołowicka, L. (2001). Przegląd badań nad jakością życia chorych po intensywnej terapii dorosłych. W: L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych* (s. 193–201). Poznań: Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego.
- Woods, N.F., Mitchell, E.S., Smith-DiJulio, K. (2010). Sexual desire during the menopausal transition and early postmenopause: Observations from the Seattle midlife women's Health Study. *Journal of Women's Health*, 19(2): 209–218.
- World Health Organization (1993). *Report of WHOQOL Focus Group Work*. Geneva.
- World Health Organization (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation*. Geneva.
- Wosińska, W. (2004). *Psychologia życia społecznego*. Gdańsk: GWP.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Matusik, D. (2002). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku – Polska adaptacja STAI – Podręcznik* (wydanie drugie, rozszerzone). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Wu, F.C., Tajar, A., Beynon, J.M., Pye, S.R., Silman, A.J., et al. EMAS Group (2010). Identification of late-onset hypogonadism in middle-aged and elderly men. *The New England Journal of Medicine*, 363(2): 123–135.
- Zalewska, A. (2003). *Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.
- Zielińska-Wieczkowska, H., Ciemnoczółowski, W., Kornatowski, T., Kędziora-Kornatowska, K. (2011). Poczucie koherencji a satysfakcja życiowa słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Gerontologia Polska*, 19(2): 119–125.

Wyjaśnienia terminów przyjętych w pracy

Andropauza – (inaczej – „męska menopauza”, klimakterium, wiropauza) – zmniejszanie się u mężczyzn sekrecji wielu hormonów, czemu towarzyszą różne dolegliwości; może też przebiegać bezobjawowo. Andropauza dotyczy mężczyzn po 50. roku życia. Inne stosowane określenia to:

TSD (ang. *testosterone deficiency syndrome*) – zespół niedoboru testosteronu;

ADAM (ang. *androgen decline in the aging male*) – zespół niedoboru androgenów u starzejących się mężczyzn;

PADAM (ang. *partial androgen decline in the aging male*) – zespół częściowego niedoboru androgenów u starzejących się mężczyzn;

LOH (ang. *late-onset hypogonadism*) – zespół objawów klinicznych i biochemicznych będących następstwem nieprawidłowego funkcjonowania gonad, który pojawia się wraz z wiekiem.

Okres andropauzalny – okres zmian hormonalnych związanych z kolejno następującymi etapami: okres ryzyka objawów, okres przejściowy i okres andropauzy.

Okres ryzyka objawów – dotyczy mężczyzn od 45. roku życia, narażonych na objawy związane ze zmianami hormonalnymi.

Okres przejściowy – dotyczy mężczyzn po 50. roku życia, u których pojawiają się objawy związane ze zmianami hormonalnymi.

Okres andropauzy – dotyczy mężczyzn z zespołem objawów klinicznych określanych jako właściwe dla andropauzy.

Objawy specyficzne dla okresu andropauzalnego – objawy związane ze zmianami hormonalnymi, takie jak zaburzenia seksualne, zaburzenia naczynioruchowe, zmniejszenie masy i siły mięśniowej, obniżona gęstość mineralna kości, dyskomfort w obrębie gruczołów piersiowych, zmniejszenie owłosienia ciała i objętości jąder.

Objawy niespecyficzne dla okresu andropauzalnego – objawy wywołane nie tylko przez zmiany hormonalne, ale także przez inne czynniki. Do tych objawów należą: zaburzenia pamięci, uwagi, niepokój, drażliwość, obniżenie nastroju, zaburzenia snu, zwiększenie masy tkanki tłuszczowej.

Menopauza – to nazwa ostatniej miesiączki, rozpoznawana po upływie 12 miesięcy, w ciągu których nie pojawiło się krwawienie miesiączkowe; jest spowodowana zanikaniem hormonalnej czynności jajników.

Okres menopauzalny – okres zmian hormonalnych związanych z kolejno następującymi etapami: premenopauzą, perimenopauzą i postmenopauzą.

Premenopauza (okres ryzyka objawów menopauzalnych) – okres około 2–4 lat przed wystąpieniem ostatniej miesiączki.

Perimenopauza (okres przejściowy) – bezpośredni okres przed menopauzą i rok po menopauzie, czas nieregularnych cykli miesiączkowych.

Postmenopauza – okres po menopauzie.

Objawy specyficzne dla okresu menopauzalnego – objawy związane ze zmianami hormonalnymi, takie jak: wazomotoryczne, urogenitalne, nieregularne miesiączkowanie.

Objawy niespecyficzne dla okresu menopauzalnego – objawy wywołane nie tylko przez zmiany hormonalne, ale także przez inne czynniki. Do tych objawów należą: depresja, napięcie nerwowe, bezsenność, trudności z koncentracją uwagi, bóle i zawroty głowy, bóle pleców, spadek energii.

Objawy wczesne dla okresu menopauzalnego – pierwsze reakcje organizmu na zachodzące w nim zmiany hormonalne związane z niedoborem estradiolu (objawy wazomotoryczne, zmiany psychiczne i zaburzenia miesiączkowania).

Objawy późne dla okresu menopauzalnego – objawy wynikające z długotrwałego niedoboru estradiolu (suchość pochwy, nietrzymanie moczu, nawracające stany zapalne pochwy, bolesność przy współżyciu, obniżone libido, a także choroby układu sercowo-naczyniowego, osteoporoza).

Objawy depresji – smutek, utrata zainteresowań, wybuchy płaczu, uczucie zmęczenia, brak energii do działania.

Objawy niepokoju – uczucie napięcia, napady lęku, trudności z zasypianiem, trudności z koncentracją uwagi.

Objawy psychiczne – niepokój, trudności z koncentracją uwagi i pamięcią, obniżony nastrój, depresja, drażliwość, zaburzenia snu.

Objawy somatyczne/fizyczne – bóle stawów i mięśni, zawroty i bóle głowy, poczucie zmęczenia, senność, u mężczyzn – bóle gonad, u kobiet – zaburzenia miesiączkowania, drętwienie różnych partii ciała, trudności z oddychaniem, zakłócenie czucia w dłoniach i stopach.

Objawy seksualne – obniżenie libido, u mężczyzn – obniżenie potencji, zmniejszenie częstości porannych erekcji, u kobiet – ból podczas współżycia, suchość pochwy.

Objawy wazomotoryczne – uderzenia gorąca, pocenie się.

Objawy związane z miesiączkowaniem – skurcze w okolicy brzucha, wzdęcia brzucha, obfite miesiączki, wrażliwość piersi na dotyk.