

KAROLINA JANICKA

Uniwersytet Łódzki
Instytut Psychologii
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12
e-mail: karolina.o.janicka@wp.pl

JAKOŚĆ ŻYCIA Kobiet W OKRESIE ŚREDNIEJ I PÓŻNEJ DOROSŁOŚCI

Abstrakt. Celem badań była ocena jakości życia u kobiet w okresie średniej i późnej dorosłości. Zbadano 200 kobiet między 45. a 68. rokiem życia. Badane kobiety zostały podzielone na trzy grupy ze względu na doświadczenia związane z menopauzą. Do badań zastosowano ankietę, kwestionariusz „Zdrowie kobiet” (WHQ) M. Hunter i kwestionariusz WHOQOL-BREF Światowej Organizacji Zdrowia.

Zmiany hormonalne oraz objawy z nimi związane okazały się znaczące dla jakości życia kobiet w okresie perimenopauzalnym i postmenopauzalnym. Kobiety po menopauzie są najmniej zadowolone ze swojego zdrowia i najniżej oceniają swój dobrostan społeczny. Kobiety w okresie okołomenopauzalnym w porównaniu z pozostałymi najbardziej negatywnie oceniają swój dobrostan środowiskowy.

Słowa kluczowe: jakość życia, menopauza.

1. WPROWADZENIE

Jednym z najbardziej obserwowalnych zjawisk demograficznych XX i XXI w. jest starzenie się populacji światowej. Na skutek niskiego poziomu urodzeń, przy jednoczesnym wydłużaniu się trwania życia, zmniejszeniu ulega podaż siły roboczej na rynku pracy oraz następuje wzrost liczby i odsetka ludzi starszych (GUS, 2012). Starzenie się, zmiany i choroby związane z wiekiem prowadzą do obniżania się jakości życia (Gelfand, 2000). Jest to proces, który pojawia się na długo przed osiągnięciem 60. roku życia (Karasek, 2003). Troska o tę część populacji powinna prowadzić do odzyskania przez nią radości z życia oraz stanowić podstawową strategię działań wobec starzejącego się społeczeństwa (Gelfand, 2000).

Dokonujące się zmiany społeczno-ekonomiczne wymagają od współcześnie żyjących dorosłych realizacji wielu ról i zadań. Stąd ich zdrowie i dobre funkcjonowanie są ważne nie tylko ze względu na potrzeby indywidualne, lecz także ze społecznego punktu widzenia. Tym bardziej, że znaczącą część społeczeństwa stanowią osoby w średnim wieku, a wiek ten związany jest – szczególnie u kobiet – z kumulacją obowiązków rodzinnych, zawodowych i społecznych, co prowadzi, zdaniem Chatterjee (2000) oraz Duxbury i Chiggins (2001), do presji czasu i przeciążenia rolami. Uznaje się, że u kobiet silniej niż u mężczyzn aktywizuje się mechanizm odpowiedzialności za rolę. Haas (1995) przypisuje mężczyznom mniejszą, a kobietom większą odpowiedzialność za role związane z obowiązkami domowymi. Stąd większość współczesnych kobiet zwykle łączy role rodzinne, które w okresie średniej dorosłości realizowane są w dwóch obszarach rodziny – prokreacji i generacji, z odpowiedzialnymi rolami zawodowymi. Doświadczenie i wiedza, jakie posiadają, powoduje, że chętniej angażowane są i podejmują też role społeczne. Jednocześnie kobiety w okresie średniej i późnej dorosłości doświadczają zmian hormonalnych związanych z menopauzą.

Menopauza jako jeden z przejawów starzenia się, wiąże się z wieloma zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi, które mogą utrudniać realizację zadań rodzinnych, zawodowych i społecznych. Według Światowej Organizacji Zdrowia (Raport WHO, 2001) menopauza to

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

Brak krwawień menstruacyjnych przez okres 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). Nieregularne miesięczkowanie, które występuje bezpośrednio przed menopauzą i rok po menopauzie określane jest jako etap okołomenopauzalny (perimenopauza), zwany także menopauzalnym okresem przejściowym (Bielawska-Batorowicz, 2006). W raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (2001) wyróżniona została, także premenopauza – jako okres około dwóch lat przed wystąpieniem ostatniej miesiączki lub cały okres płodności poprzedzający menopauzę – oraz postmenopauza, która oznacza okres po menopauzie (Bińkowska, 2011). Do objawów specyficznych dla okresu menopauzalnego, związanych ze zmianami hormonalnymi, należą: wazomotoryczne (uderzenia gorąca, nocne poty, prowadzące do zaburzeń snu), urogenitalne, nieregularne miesięczkowanie. Zmianom hormonalnym towarzyszą również objawy niespecyficzne: depresja, napięcie nerwowe, bezsenność, trudności z koncentracją uwagi (Raport WHO, 2001; Bielawska-Batorowicz, 2005a). Utrata hormonalnej czynności jajników powoduje

szereg zaburzeń metabolicznych, które w konsekwencji mogą prowadzić do wzrostu zachorowalności na groźne dla zdrowia i życia choroby. To także czas negacji i przewartościowań związanych ze świadomością utraty atrybutów młodości, niezmiernie trudny w życiu kobiet (Skałba, 2008). Występowanie objawów menopauzalnych może obniżać sprawność i odporność psychofizyczną kobiet, czego konsekwencją jest gorsze funkcjonowanie w rolach, a ostatecznie spadek jakości życia. Stąd niezmiernie ważne z punktu widzenia medycznego i psychologicznego jest podejmowanie badań dotyczących jakości życia kobiet w tym okresie.

Jakość życia jest różnie rozumiana: jako dobre życie, szczęście, zadowolenie, dobrostan, zdrowie (Fallowfield, 1990, za: Stelcer 2001; Czapiński, 2004). Światowa Organizacja Zdrowia zaznacza, że poczucie zdrowia jest jednym z podstawowych wyznaczników jakości życia, rozumianej jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny (Heszen, Sęk, 2007; Ryff, Singer, 2004). 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), subiektywne poczucie szczęścia i zadowolenia (Bowling, 1995, za: Kowalik, 2001).

Poczucie zdrowia stanowi jeden z podstawowych czynników dobrej jakości życia i łączy się z funkcjonowaniem fizycznym, psychicznym, relacjami z otoczeniem, pełnionymi rolami oraz ogólnym dobrym samopoczuciem (WHO, za: Michalak i in., 2009). Biorąc pod uwagę subiektywny wymiar doświadczania zdrowia, przyjmuje się, że jest ono dobrostanem psychicznym, na który składa się ocena poznawcza (sądy dotyczące zadowolenia i spełnienia) i emocjonalna (niski poziom negatywnych, a wysoki pozytywnych nastrojów) własnego życia (Diener i in., 2004).

Dla oceny jakości życia subiektywne poczucie zdrowia jest tak samo ważne, jak jego wskaźniki obiektywne. Osoby zadowolone ze swojego życia to te, które są obiektywnie zdrowe fizycznie, subiektywnie oceniają swoje zdrowie fizyczne jako dobre, zawsze były sprawne fizycznie, mogą pracować i rozwijać się zawodowo, od wielu lat oceniają swoje małżeństwo jako udane, spędzają aktywnie czas z przyjaciółmi, mają wakacje, nie korzystają z pomocy psychoterapeuty i psychiatry, a w przeciągu roku wykorzystwały mniej niż pięć dni zwolnienia lekarskiego. Ponadto posiadają partnera, dzieci, rodzeństwo, przyjaciół, przynależą do grup religijnych, społecznych, wysoko oceniają swoją satysfakcję z różnych sfer życia i aktywności (Vaillant 2002; Vaillant, Mukamala 2001, za: Vaillant, 2007; Gojdz i in., 2013).

2. CEL BADAŃ

Okres zmian hormonalnych jest szczególnie trudny, a może okazać się nawet kryzysowy w życiu dojrzałych kobiet. Obserwując zmiany we własnym wyglądzie, jak również doświadczając objawów menopauzalnych, kobiety mają poczu-

cie, że tracą to, co najważniejsze dla nich samych i co stanowi ich wartość w ocenie innych, tj. możliwości prokreacyjne, atrakcyjność i zdrowie. Uznaje się, że jakość życia kobiet w okresie zmian hormonalnych może ulegać obniżeniu. Nie wiadomo jednak, który okres zmian jest dla nich najtrudniejszy i jakich wymiarów dobrostanu dotyczy. Stąd sformułowano następujące pytania badawcze:

1) czy istnieją różnice w występowaniu i nasileniu objawów menopauzalnych między trzema grupami kobiet w okresie premenopauzalnym, perimenopauzalnym i postmenopauzalnym?

2) czy istnieją różnice w ocenie dobrostanu psychicznego, społecznego, środowiskowego oraz zadowolenia z życia i zdrowia między trzema grupami kobiet (w okresie premenopauzalnym, perimenopauzalnym i pomenopauzalnym)?

3) czy występują zależności między objawami menopauzalnymi a jakością życia badanych kobiet?

4) który okres zmian hormonalnych należy uznać za zagrażający jakości życia, badanych kobiet i jakich jego wymiarów dotyczy?

3. GRUPA BADANA

Zbadano 200 kobiet między 45. a 68. rokiem życia, zamieszkałych w województwie łódzkim. Według Światowej Organizacji Zdrowia (Raport WHO, 2001) menopauza pojawia się około 51. roku życia, a wszelkie odstępstwa mogą być tłumaczone takimi czynnikami, jak: tryb i standard życia, liczba ciąż i porodów, długość cyklu menstruacyjnego. Przeciętny wiek menopauzy polskich kobiet mieści się między 48. a 52. rokiem życia. Za jej zakres wiekowy przyjmuje się okres między 46,6. a 55. rokiem życia (Kaczmarek, 2007). Wiek osiągnięcia menopauzy kobiet w Polsce może wyznaczać wiek występowania pierwszej miesiączki. Z uwagi na to, że już po 45. roku życia dużo kobiet zaczyna doświadczać niekorzystnych objawów dotyczących sfery fizycznej i psychicznej (Davis, 1996; Cajdler-Łuba i in., 2006), uwzględniono również tę grupę wiekową i zaliczono do grupy ryzyka występowania objawów menopauzalnych. Ostatecznie badane kobiety zostały podzielone na trzy grupy ze względu na doświadczenia związane z menopauzą (obecność i regularność pojawiających się menstruacji). Wyróżniono następujące grupy kobiet: w okresie premenopauzalnym – w wieku od 45. do 47. roku życia (46 badanych), w okresie perimenopauzalnym – w wieku od 48. do 49. roku życia (75 badanych) oraz w okresie postmenopauzy – w wieku od 51. do 68. roku życia (79 badanych).

W badaniu wzięły udział kobiety ze średnim lub wyższym wykształceniem oraz będące w trwałym związku z partnerem. Z uwagi na to, że znaczącym korelatem jakości życia jest trwały związek (według Czapińskiego, 2004), w badaniach własnych nie uwzględniono kobiet samotnych. Większość badanych kobiet była aktywna zawodowo. Jedynie w grupie najstarszych kobiet (po menopauzie)

nie pracowało zawodowo (było na emeryturze) 31,6%. Badane kobiety oceniały również zdrowy tryb życia, co stanowi znaczącą zmienną występowania i nasilenia objawów zmian hormonalnych, a ostatecznie może decydować również o jakości życia.

4. METODA

Do badań zastosowano ankietę własnej konstrukcji, kwestionariusz „Zdrowie kobiet” (WHQ) M. Hunter oraz kwestionariusz WHOQOL-BREF Światowej Organizacji Zdrowia.

Zastosowano ankietę, w której zawarte były pytania dotyczące zmiennych demograficznych (wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa, stan cywilny) i ewentualnych zmian dotyczących miesiączkowania, co umożliwiło wyselekcjonowanie trzech grup kobiet (w okresie premenopauzalnym, perimenopauzalnym i postmenopauzalnym), a także określono ich przedziały wiekowe. Uwzględniono również wybrane i znaczące dla nasilenia objawów menopauzalnych czynniki ryzyka, takie jak: palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, niezdrowe odżywianie się oraz występowanie chorób przewlekłych.

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). Poszczególne twierdzenia tworzą skale: 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). Im wyższy wynik w danej skali, 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 α -Cronbacha mieści się w przedziale 0,69–0,96 (Hunter, 1992). Rzetelność testu sprawdzono też dla wyników badań własnych. Wartość α -Cronbacha mieści się w przedziale od 0,804 do 0,857.

WHOQOL to narzędzie stworzone przez Światową Organizację Zdrowia do badania oceny jakości życia, uwzględniające jej wielowymiarowy, subiektywny i uniwersalny charakter. Jest to narzędzie, które może być stosowane dla osób zdrowych i chorych, może służyć zarówno do celów poznawczych, jak i klinicznych. Wersja BREF (krótka) WHOQOL została skonstruowana na podstawie

WHOQOL-100. Umożliwia ona ocenę profilu 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), psychicznej (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 i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne, transport). Narzędzie to zawiera też pytania, które analizowane są oddzielnie: pytanie 1 dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia; pytanie 2 dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia. Odpowiedzi punktowane są na pięciostopniowej skali, a im większa liczba punktów, tym lepiej oceniana jest jakość życia w danej dziedzinie. Do oceny własności psychometrycznych kwestionariusza wykorzystano m.in. analizę macierzy wielu metod, analizę czynnikową oraz badano jego moc dyskryminacyjną. Rzetelność oceniono za pomocą współczynnika α -Cronbacha, który wynosi od 0,65 do 0,93 (Jaracz i in., 2001).

5. WYNIKI

Dane uzyskane z ankiety umożliwiły wskazanie na udział badanych kobiet, które prowadzą zdrowy tryb życia (są aktywne fizycznie, nie palą tytoniu) oraz nie chorują przewlekle. Wyniki prezentuje tab. 1.

Tabela 1. Wybrane czynniki ryzyka występowania i nasilenia objawów związanych ze zmianami hormonalnymi (w %)

| Czynniki ryzyka | Premenopauza | Perimenopauza | Postmenopauza | Dławszystkich kobiet |
|---------------------------|--------------|---------------|---------------|----------------------|
| Brak aktywności fizycznej | 32,6 | 57,3 | 59,4 | 52,2 |
| Niezdrowe odżywianie się | 30,4 | 50,6 | 31,6 | 38,5 |
| Palenie tytoniu | 54,3 | 69,3 | 74,8 | 68,0 |
| Choroby przewlekle | 13,0 | 9,0 | 51,8 | 25,5 |

Źródło: badania własne.

Większość badanych kobiet jest nieaktywna fizycznie (52,2%). Dotyczy to głównie kobiet w okresie postmenopauzalnym (59,4%) i perimenopauzalnym (57,3%). Zdecydowana większość badanych (68%) pali tytoń, zaś zdecydowana większość palących kobiet to te w okresie postmenopauzalnym (74,8%). W tej

grupie również jest najwięcej kobiet przyznających się do niezdrowego stylu życia i cierpiących na choroby przewlekłe. Najczęściej zgłaszane przez nie choroby somatyczne to nadciśnienie, zwyrodnienia kręgosłupa, cukrzyca, osteoporoza, choroba wrzodowa i alergia.

Badanie kwestionariuszem „Zdrowie kobiet” umożliwiło wskazanie na typowe objawy występujące u kobiet w okresie menopauzy. Porównano wyniki (tab. 2) dotyczące objawów menopauzalnych u kobiet należących do trzech grup: premenopauzalnej, perimenopauzalnej i postmenopauzalnej.

Tabela 2. Objawy menopauzalne u kobiet w okresie premenopauzy, perimenopauzy, postmenopauzy

| Objawy menopauzalne | Grupy kobiet | N | Średnia | Odchylenie standardowe | Analiza wariancji ANOVA | |
|--------------------------|---------------|----|---------|------------------------|-------------------------|--------------|
| | | | | | <i>F</i> (3,197) | <i>P</i> |
| Depresja | 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 | | |

Tab. 2 (cd.)

| Objawy menopauzalne | Grupy kobiet | N | Średnia | Odchylenie standardowe | Analiza wariancji ANOVA | |
|---------------------|---------------|----|---------|------------------------|-------------------------|--------------|
| | | | | | <i>F</i> (3,197) | <i>p</i> |
| 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 | 1,60 | 24,54 | 0,001 |
| | perimenopauza | 75 | 4,13 | 1,47 | | |
| | postmenopauza | 79 | 4,13 | 1,79 | | |

Źródło: badania własne.

Analiza wyników w oparciu o test Tukeya umożliwia przeprowadzenie dokładniejszych porównań, co obrazuje tab. 3. Średnie wartości wszystkich skal opisujących objawy menopauzalne istotnie różnicują trzy grupy kobiet. Najwięcej objawów i największego ich nasilenia doświadczają kobiety w okresie postmenopauzalnym. Dotyczy to takich objawów, jak: depresja, symptomy somatyczne, pamięć i uwaga, zaburzenia seksualne. Kobiety w okresie perimenopauzalnym bardziej niż pozostałe grupy kobiet skarżą się na objawy wypadowe, związane z miesiączkowaniem oraz małą atrakcyjność. Należy sądzić, że objawy menopauzalne wyraźnie ujawniają się już u kobiet w okresie okołomenopauzalnym, a nasilenie niektórych z nich (niepokój, zaburzenia snu, obniżone poczucie atrakcyjności oraz ogólny wskaźnik objawów menopauzalnych) jest podobne, jak u kobiet po menopauzie.

Ogólny wskaźnik nasilenia objawów menopauzalnych potwierdza kierunek różnic i tu bardziej niekorzystny okazał się dla kobiet w perimenopauzie i w postmenopauzie, w porównaniu z tymi w czasie premenopauzy ($p = 0,0001$). Dodatkowo kobiety w okresie postmenopauzy ujawniły bardziej nasilone objawy depresji w porównaniu z kobietami w czasie premenopauzy ($p = 0,030$). Objawy

Tabela 3. Objawy menopauzalne u kobiet w okresie premenopauzy, perimenopauzy, postmenopauzy – test Tukeya

| Objawy Menopauzalne | Grupy kobiet | Grupy kobiet | <i>p</i> |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Depresja | 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 |

Źródło: badania własne.

menopauzalne okazały się też istotnie różnicować kobiety w okresie okołomenopauzalnym, w porównaniu z kobietami po menopauzie. Wyniki badań pokazały, że perimenopauza to czas, w którym bardziej intensywnie doświadczane są objawy wypadowe ($p = 0,019$) oraz zaburzenia miesiączkowania ($p = 0,0001$), a postmenopauza to okres częstszych zaburzeń pamięci i uwagi ($p = 0,047$) oraz seksualnych ($p = 0,0001$).

Na podstawie wyników testu WHOQOL-BREF Światowej Organizacji Zdrowia, w ramach jakości życia wyróżnione zostały takie jej wymiary, jak: dobrostan fizyczny związany z dobrym samopoczuciem i sprawnością fizyczną; dobrostan psychiczny odnoszący się do funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego; dobrostan społeczny ujawniający się satysfakcjonującymi kontaktami 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 oraz zadowolenie z życia i ze zdrowia.

Wyniki dotyczące jakości życia kobiet w okresie premenopauzalnym, perimenopauzalnym i postmenopauzalnym prezentują tab. 4 i 5. Badane grupy kobiet różnicuje dobrostan społeczny, środowiskowy i zadowolenie ze zdrowia. Dobrostan społeczny okazał się istotnie wyższy u kobiet w okresie premenopauzalnym, w porównaniu z kobietami po menopauzie ($p = 0,019$). Dobrostan środowiskowy, tj. związany z m.in. z sytuacją ekonomiczną, warunkami zamieszkania, możliwością zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwością i uczestnictwem w rekreacji i wypoczynku, istotnie różnicuje kobiety w okresie premenopauzalnym i perimenopauzalnym ($p = 0,023$) oraz kobiety w okresie perimenopauzalnym i postmenopauzalnym ($p = 0,0001$). Kobiety najbardziej zadowolone ze swojego środowiska to te najmłodsze – w okresie premenopauzalnym, zaś najmniej zadowolone – w okresie perimenopauzalnym. Zadowolenie ze zdrowia różnicuje kobiety w okresie okołomenopauzalnym od kobiet po menopauzie ($p = 0,011$). Korzystniej oceniają własne zdrowie kobiety w czasie perimenopauzy.

Podjęto próbę określenia, które z objawów menopauzalnych są znaczące dla dobrostanu społecznego i zdrowia kobiet w okresie postmenopauzalnym, a które dla dobrostanu środowiskowego u kobiet w okresie perimenopauzalnym.

U kobiet w okresie postmenopauzalnym dobrostan społeczny istotnie koreluje z objawami depresji ($r = -0,378$; $p = 0,001$), zaburzeniami pamięci i uwagi ($r = -0,501$; $p = 0,001$), zaburzeniami snu ($r = -0,473$; $p = 0,001$), dolegliwościami podobnymi do tych w okresie miesiączkowania (ból brzucha, tkliwość piersi itp.) ($r = -0,346$; $p = 0,001$) oraz wskaźnikiem ogólnym dla wszystkich objawów menopauzalnych ($r = -0,531$; $p = 0,001$). W tej grupie kobiet ocena własnego zdrowia współwystępuje z takimi objawami, jak: obniżony nastrój ($r = -0,439$; $p = 0,001$), somatyczne ($r = -0,482$; $p = 0,001$), trudności dotyczące pamięci i uwagi ($r = -0,434$; $p = 0,001$), niepokój ($r = -0,468$; $p = 0,001$), zaburzenia snu

Tabela 4. Jakość życia kobiet w okresie premenopauzalnym, perimenopauzalnym, postmenopauzalnym

| Jakość życia | Grupy kobiet | N | Średnia | Odchylenie standardowe | Analiza wariancji ANOVA | |
|------------------------|---------------|----|---------|------------------------|-------------------------|--------------|
| | | | | | <i>F</i> (3,197) | <i>p</i> |
| Dobrostan fizyczny | premenopauza | 46 | 15,04 | 2,71 | 1,94 | 0,145 |
| | perimenopauza | 75 | 14,47 | 1,58 | | |
| | postmenopauza | 79 | 14,27 | 2,24 | | |
| Dobrostan psychiczny | premenopauza | 46 | 14,11 | 2,37 | 1,71 | 0,183 |
| | perimenopauza | 75 | 13,41 | 1,85 | | |
| | postmenopauza | 79 | 13,92 | 2,41 | | |
| Dobrostan społeczny | premenopauza | 46 | 15,17 | 2,72 | 3,80 | 0,024 |
| | perimenopauza | 75 | 14,52 | 2,39 | | |
| | postmenopauza | 79 | 13,90 | 2,52 | | |
| Dobrostan środowiskowy | premenopauza | 46 | 13,63 | 2,34 | 7,96 | 0,001 |
| | perimenopauza | 75 | 12,55 | 2,00 | | |
| | postmenopauza | 79 | 13,90 | 2,25 | | |
| Zadowolenie z życia | premenopauza | 46 | 3,70 | 0,81 | 0,425 | 0,655 |
| | perimenopauza | 75 | 3,60 | 0,49 | | |
| | postmenopauza | 79 | 3,58 | 0,76 | | |
| Zadowolenie ze zdrowia | premenopauza | 46 | 3,46 | 0,81 | 4,87 | 0,009 |
| | perimenopauza | 75 | 3,49 | 0,64 | | |
| | postmenopauza | 79 | 3,15 | 0,75 | | |

Źródło: badania własne.

($r = -0,348$; $p = 0,002$) poczucie niskiej atrakcyjności ($r = -0,451$; $p = 0,001$) oraz wskaźnikiem ogólnym dla wszystkich objawów ($r = -0,564$; $p = 0,001$). Im bardziej intensywne objawy, tym niżej oceniany dobrostan środowiskowy i własne zdrowie. U kobiet w okresie perimenopauzalnym dobrostan środowiskowy istotnie koreluje z niepokojem ($r = -0,357$; $p = 0,002$), zaburzeniami seksualnymi ($r = -0,569$; $p = 0,001$), zaburzeniami snu ($r = -0,310$; $p = 0,007$), poczuciem niskiej atrakcyjności ($r = -0,440$; $p = 0,001$) oraz wskaźnikiem ogólnym wszystkich objawów ($r = -0,487$; $p = 0,001$).

Tabela 5. Jakość życia kobiet w okresie premenopauzalnym, perimenopauzalnym, postmenopauzalnym – porównanie wielokrotne w oparciu o test Tukeya

| Jakość życia | Grupy kobiet | Grupy kobiet | Istotność |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Dobrostan społeczny | premenopauza | perimenopauza | 0,351 |
| | | postmenopauza | 0,019 |
| | perimenopauza | postmenopauza | 0,280 |
| Dobrostan środowiskowy | premenopauza | perimenopauza | 0,023 |
| | | postmenopauza | 0,785 |
| | perimenopauza | postmenopauza | 0,0001 |
| Zadowolenie ze zdrowia | premenopauza | perimenopauza | 0,961 |
| | | postmenopauza | 0,064 |
| | perimenopauza | postmenopauza | 0,011 |

Źródło: badania własne.

7. DYSKUSJA WYNIKÓW

Wyniki badań własnych wykazały, że najwięcej i najbardziej nasilone objawy menopauzalne występują u kobiet w okresie postmenopauzalnym, jak również u tych w okresie perimenopauzalnym. Uznaje 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). Jednak obniżanie się poziomu estrogenów i wynikające z tego zmiany w proporcjach między hormonami prowadzą do postępujących i nieodwracalnych zmian ustrojowych, które w końcowym efekcie ujawniają się w postaci starzenia się organizmu (Kapliński i in., 1998). Obie grupy kobiet (w perimenopauzie i postmenopauzie) podobnie skarżyły się na problemy związane ze snem i z nastrojem. Znajduje to potwierdzenie we wcześniej prowadzonych badaniach. Problemy związane ze snem ocenia się jako zdecydowanie większe u kobiet zarówno w okresie okołopmenopauzalnym, jak i po menopauzie niż u kobiet regularnie miesiączkujących (Randler, Bausback, 2010). Kobiety w okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym wykazują większą latencję snu i trudności z jego utrzymaniem (Teixeira de Araújo Moraes i in., 2012). Badania wskazują na brak bezpośredniego związku depresji z menopauzą (Vesco i in., 2007), jednak zmiany hormonalne zachodzące w czasie menopauzy u większości kobiet powodują zmiany psychiczne, takie jak zaburzenia nastroju. Za typowe dla tego okresu uznaje się płaczliwość, rozdrażnienie, chwiejność emocjonalną, zaburzenia kon-

centracji, a czasami nawet depresję (Cajdler-Łuba i in., 2006), która sprzyja ich występowaniu i odpowiada za nasilenie innych objawów menopauzalnych. Coraz więcej kobiet w okresie roku lub dwóch lat przed menopauzą i roku lub dwóch lat po menopauzie rozpoczyna leczenie z powodu zaburzeń emocjonalnych (Russo, Green, 2002).

Okres perimenopauzalny (przejściowy) bardziej wyraźnie i dotkliwiej niż w postmenopauzie ujawnia się głównie w postaci objawów wypadowych, dolegliwości związanych z miesiączkowaniem oraz z postrzeganiem własnej atrakcyjności. Z kolei postmenopauza to okres częstszych skarg zaburzenia na pamięć i uwagi oraz zaburzenia seksualne.

Objawy wypadowe i zaburzenia miesiączkowania należą do pierwszych reakcji organizmu na zachodzące w nim zmiany hormonalne, mogą pojawić się jeszcze przed ustaniem miesiączkowania (Raport WHO, 2001). Największe nasilenie objawów wypadowych występuje w okresie od 6 miesięcy do 2 lat po menopauzie, a następnie są one coraz łagodniejsze (Skałba, 2012). Objawy wazomotoryczne zwykle utrzymują się do dwóch lat i mimo że mogą trwać nawet dłużej niż pięć lat (Kaczmarek, 2007; Sowińska-Przepiera, Syrenicz, 2009), są uznane za najbardziej charakterystyczne dla okresu okołomenopauzalnego (Bińkowska, 2011). Zaburzenia miesiączkowania typowe dla okresu okołomenopauzalnego mogą przejawiać się w różny sposób. Im bliżej menopauzy, tym miesiączki stają bardziej nieregularne, rzadsze i mniej obfite (Cajdler-Łuba i in., 2006). Kobiety w okresie okołomenopauzalnym doświadczają także największych zmian w wizerunku własnego ciała (Głębocka, 2009) i być może jest to czas, który najbardziej zagraża ich poczuciu atrakcyjności. Wydaje się to uzasadnione, ponieważ kobieta w okresie okołomenopauzalnym bardziej zwraca uwagę na zmiany, których zaczyna doświadczać i które mogą być odbierane na początku jako przełomowe, a tym samym szczególnie trudne, niż kobieta, u której te zmiany są już trwałe i zwykle zaakceptowane. Wykazane w badaniach własnych różnice dotyczyły też funkcji poznawczych, co uzasadnia się obniżonym poziomem estrogenów. Obniżony poziom estrogenów w obrębie struktur mózgu powoduje zaburzenia w funkcji neuronów, spadek transmisji synaptycznej, redukcji ulega liczba dendrytów, a neuryty stają się krótsze. W wyniku tych zmian dochodzi do zaburzeń pamięci krótkotrwałej, zdolności uczenia się, kojarzenia, koncentracji uwagi, obniżenia percepcji słuchu, węchu, dotyku, wzroku (Sowińska-Przepiera, Syrenicz, 2009; Bojar i in., 2013), na co prawdopodobnie bardziej narażone są starsze kobiety, które dłużej doświadczają niedoboru estrogenów. Zaburzenia seksualne, które dotyczyły kobiet z menopauzą, mogą stanowić konsekwencje odległych w czasie i występujących po wielu latach od ostatniej miesiączki zaburzeń układu moczowo-płciowego (Cajdler-Łuba i in., 2006).

Stwierdzono występowanie istotnych zależności między objawami menopauzalnymi a jakością życia. Kobiety w okresie perimenopauzalnym, w porównaniu z pozostałymi, najbardziej negatywnie oceniają swój dobrostan środowi-

skowy, który najsilniej był powiązany z zaburzeniami seksualnymi i poczuciem nieatrakcyjności. Ponad połowa z nich ujawniała także niehigieniczny tryb życia (palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej).

Środowisko, w którym żyje kobieta, może kształtować sposób przeżywania menopauzy. Przyjęte w naszej kulturze stereotypy są znaczące dla niekorzystnego spostrzegania zmian związanych z tym okresem (Głębocka, 2009). Kobieta starsza bywa oceniana jako osoba nieracjonalna, o sztywnych poglądach i nieprzyjemnym wyglądem. Jako osoba nieatrakcyjna, przestaje być zauważana, a to wywołuje u niej silny lęk przed starzeniem się (Davis, 1996). W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się przede wszystkim te kobiety, które dopiero wkraczają w okres menopauzy (Głębocka, 2009; Avis i in., 2004; Alwi i in., 2009). Część kobiet stara się za wszelką cenę zapobiec zmianom, których doświadcza lub je ukryć. Buss (2000) podaje, że zabiegi kosmetyczne, operacje plastyczne, osiągnięcie wysokiej pozycji społecznej, władzy i dóbr materialnych to kilka z metod umożliwiających radzenie sobie kobiet. Zdaniem Davisa (1996) bywa, że kobiety poddają się „starzeniu” i przestają dbać o siebie. Zarówno jedna, jak i druga postawa prowadzą do poczucia odrzucenia oraz braku akceptacji siebie (Czarnecka-Iwańczuk i in., 2013). Dlatego okres około menopauzalny, uznawany za początek zmian w funkcjonowaniu psychofizycznym, może być oceniany przez kobiety jako czas wielu strat i ograniczeń. Doświadczone symptomy, traktowane jako przejaw starzenia się oraz gorsze samopoczucie mogą stanowić przeszkodę w korzystaniu ze środowiska fizycznego, zdobywaniu nowych informacji, umiejętności, źródeł zasobów finansowych, możliwości uczestnictwa we wszystkich sposobach rekreacji i wypoczynku, które kobiety pozostawiają tym młodszym, atrakcyjniejszym, zdrowszym i silniejszym, co jednocześnie stanowi o niskim dobrostanie środowiskowym. Atrakcyjność fizyczna jako atrybut kobiety młodej (Izydorczyk, Rybicka-Klimczyk, 2009) jest cechą pozytywną, która motywuje do globalnie pozytywnego oceniania osoby atrakcyjnej (Wojciszke, 2006) i tym samym ułatwia jej funkcjonowanie w środowisku. Ludzie chętniej nawiązują kontakt z osobami atrakcyjnymi, ponieważ są one spostrzegane jako dobre, kompetentne, życzliwe, zrównoważone, inteligentne, silniejsze, o lepszych cechach charakteru, szczęśliwsze, lepiej przystosowane społecznie i bardziej aktywne seksualnie (Myers, 2003; Lipowska, Lipowski, 2006; Mandal 2008). Osoby atrakcyjne są bardziej lubiane, łatwiej znajdują partnerów i mają więcej przyjaciół. Oceniane są jako lepiej pracujące, o wyższych kwalifikacjach, co z kolei wpływa pozytywnie na wysokość ich zarobków (Głębocka, 2009).

Kobiety w okresie postmenopauzalnym okazały się najmniej zadowolone ze swojego zdrowia i najniżej (w porównaniu z pozostałymi grupami kobiet) oceniają swój dobrostan społeczny. Zaburzenia pamięci i uwagi oraz zaburzenia snu wystąpiły w tej grupie kobiet w najsilniejszych zależnościach z dobrostanem społecznym, a zaburzenia somatyczne, niepokój, niskie poczucie atrakcyjności – z oceną zdrowia. Im bardziej intensywne objawy, tym niżej był oceniany dobrostan społeczny i własne zdrowie. Wśród badanych okazały się to kobiety najstarsze, które

najczęściej zgłaszały obecność chorób somatycznych. Najwięcej z nich również paliło tytoń i pozostawało nieaktywnymi fizycznie.

Uznaje się, że 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 osoby grupach społecznych (w: Kowalik, 2001). Menopauza może sprzyjać niekorzystnym relacjom kobiet z otoczeniem. Cechami ujawniającymi się u kobiet w okresie menopauzy jest kłótniowość, drażliwość, chwiejność emocjonalna, apatia itp. (Bielawska-Batorowicz, 2005b). Kobiety starsze rzadziej niż młodsze zachowują się zgodnie z kobiecymi rolami. Dbanie o innych, ekspresyjność i prospołeczność, które według powszechnych przekonań są domeną kobiet, w bardziej zaawansowanym wieku mogą ulec osłabieniu (Deaux, Kite, 2002). Zmiany te mogą negatywnie wpłynąć na związki osobiste oraz ograniczać wsparcie społeczne kobiet starszych. Ponadto u kobiet z menopauzą aktywność seksualna, która także stanowi o dobrostanie społecznym (Jaracz i in., 2001), ulega zwykle obniżeniu (Cajdler-Łuba i in., 2006; Skrzypulec, 2010; Czyżkowska i in., 2011). Kobiety z menopauzą, które doświadczają mniejszego popędu płciowego, także niżej oceniają swoje zdrowie i jakość życia (Biddle i in., 2009).

Znaczenie objawów menopauzalnych dla jakości życia podkreślają również Bojar, Witczak, Stępnik i in. (2013) oraz Stachoń (2013). Uznaje się, że odczuwanie objawów okresu przekwitania ma charakter indywidualny i nie jest pozbawione wpływu wielu czynników, związanych nie tylko ze zmianami hormonalnymi, lecz także zewnętrznymi, np. warunków życia, ogólnego stanu zdrowia, funkcjonowania społecznego i postrzegania procesów starzenia. Czynniki te wchodzą w interakcje, wzmacniają się lub osłabiają, wpływając na postrzeganie i ocenę menopauzy (Stachoń, 2013).

Za szczególnie trudny należy uznać okres perimenopauzalny, prowadzący do nieodwracalnych zmian – menopauzy, jak również okres po menopauzie, kiedy te zmiany już nastąpiły. Wówczas kobiety wymagają konsultacji lekarza specjalisty i szeroko rozumianej pomocy psychologicznej. Akceptacja dokonujących się zmian i własnej osoby w nowym okresie życia jest niezbędna dla jego jakości.

BIBLIOGRAFIA

- Alwi S., Lee P., Awi I., Mallik P., Haizal M. (2009). The menopausal experience among indigenous women of Sarawak, Malaysia. *Climacteric*, 12: 548–556.
- 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.
- Biddle A. K., West S L., D'Aloisio A. A., Wheeler S. B., Borisov N. N., Thorp J. (2009). Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: Quality of life and health burden. *Value in Health*, 12 (5), 763–772.

- Bielawska-Batorowicz E. (2005a). Koncepcje menopauzy. Część I – ujęcie demograficzne i kulturowe. *Przegląd Menopauzalny*, 2, 10–18.
- Bielawska-Batorowicz E. (2005b). Koncepcje menopauzy. Część II – ujęcie ewolucyjne i rozwojowe. *Przegląd Menopauzalny*, 4, 32–37.
- Bielawska-Batorowicz E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice, Wydawnictwo „Śląsk”.
- Bińkowska M. (2011). Menopauza. [W:] W. Zgliczyński (red.), *Wielka Interna. Endokrynologia*. Część 2 (s. 609–619). Warszawa: Wyd. Medical Trybune.
- Bojar I., Witczak M., Stępnik A., Łyszcz R., Raczkiewicz D., Humeniuk E. (2013). Funkcje poznawcze mierzone baterią testów CNS VS a subiektywna ocena zaburzeń pamięci, koncentracji i obniżenia jakości życia kobiet po menopauzie. *Przegląd Menopauzalny*, 5, 371–377.
- Buss D. (2000). *Ewolucja pożądania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cajdler-Luba A., Sobieszczńska-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.
- Chatterjee C. (2000). Stressing your kids out. *Psychology Today Magazine*, 33 (2), 18.
- Czapiński J. (2004). Osobowość szczęśliwego człowieka. [W:] J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna*. Warszawa: PWN.
- Czarnecka-Iwańczuk M., Stanisławska-Kubiak M., Mojs E., Wilczak M., Samborski W. (2013). 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.
- Davis S. (1996). *Zdrowie kobiety – menopauza*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
- Deaux K., Kite M. (2002). Stereotypy płci. [W:] B. Wojciszke (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice* (s. 354–382). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Diener E., Lucas R. E., Oishi S. (2004). Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. [W:] J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (s. 35–50). Warszawa: PWN.
- Duxbury L., Chiggins Ch. (2001). *Work-life balance in the new millennium: Where are we? Where do we need go? Work Network*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks, Inc.
- 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.
- Gelfand M. G. (2000). Sexuality among older women. *Journal of Women's Health & Gender Based Medicine*, 9 (1), 15–20.
- Głębocka A. (2009). *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Impuls.
- Główny Urząd Statystyczny (2012). *Wyniki wstępne Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011*. Departament Badań Demograficznych. Materiał z konferencji prasowej.
- Gojdz K., Bąk-Sosnowska M., Kołodziej S., Skrzypulec-Plinta V. (2013). Jakość życia polskich lekarek w wieku 45–55 lat. *Przegląd Menopauzalny*, 3, 213–215.
- 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, MN: National Council on Family Relations.
- Heszen I., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Hunter M. (1992) The women's health questionnaire: A measure of mind-aged women's perceptions of their emotional and psychical health. *Psychology and Health*, 7, 45–54.
- Izidorczyk 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.

- Jaracz K., Wołowicka L., Kalfoss M. (2001). Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL-100. [W:] L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych* (s. 291–302). Poznań: Dział Wydawnictw Uczelni Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Kaczmarek M. (2007). Określenie wieku menopauzy naturalnej w populacji polskich kobiet. *Przeгляд Menopauzalny*, 2, 77–82.
- Kapliński A., Kula K., Sawicki A. (1998). Menopauza i starzenie się męskiego układu płciowego. [W:] T. Romer (red.), *Endokrynologia kliniczna dla ginekologa, internisty, pediatry* (s. 508–513). Warszawa: Springer-PWN.
- Karasek M. (2003). Starzenie się populacji światowej i jego konsekwencje. *Folia Medica Lodzienia*, 30, 3–10.
- Kowalik S. (2001). Użyteczność Koncepcji Jakości Życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. [W:] L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych* (s. 54–77). Poznań: Dział Wyd. Uczelni Akademii Medycznej im. Marcinkowskiego.
- 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.
- Mandal E. (2008). *Miłość władza i manipulacja w bliskich związkach*. Warszawa: PWN.
- Michalak A., Krawczyk K., Bocian R., Okraszewski J., Wroński K. (2009). Jakość życia. *Ginekologia Praktyczna*, 2, 33–37.
- Myers D. G. (2003). *Psychologia społeczna*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Randler Ch., Bausback V. (2010). Morningness-eveningness in women around the transition through menopause and its relationship with climacteric complaints. *Biological Rhythm Research*, 41 (6), 415–431.
- Raport WHO (2001). *Badania nad menopauzą w latach 90*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Russo N. F., Green B. L. (2002). Kobiety a zdrowie psychiczne. [W:] B. Wojciszke (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice* (s. 303–353). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ryff C. D., Singer B. (2004). Paradoxy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci. [W:] J. Czapliński (red.), *Psychologia pozytywna* (s. 147–162). Warszawa: PWN.
- Skałba P. (2008). *Endokrynologia ginekologiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Skałba 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.
- 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.
- Stachoń A. J. (2013). Ocena odczuwania wybranych objawów w zależności od fazy klimakterium i charakteru menopauzy. *Przeгляд Menopauzalny*, 4, 315–320.
- Stelcer B. (2001). Jakość życia a integracja psychiczna. [W:] L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych* (s. 117–127). Poznań: Dział Wydawnictw Uczelni Akademii Medycznej im. Marcinkowskiego.
- Teixeira de Araújo Moraes S. D. T., Maggio da Fonesca A. M., Mendes de Moraes E. M., Bagnoli V. R., Schlechta Portella C. F. S., Abreu L. C., Chada Baracat E. Ch. (2012). Sleep disorders in climacteric women. *HealthMED*, 6 (3), 846–855.
- Vaillant G. (2007). Pozytywne starzenie się. [W:] A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 334–362). PWN: Warszawa.

- 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.
- Wojciszke B. (2006). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Scholar.
- 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 Uczelni Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

KAROLINA JANICKA

QUALITY OF LIFE OF WOMEN IN MIDDLE AND LATE ADULTHOOD

Abstract. The aim of the study was to assess the quality of life of women during middle and late adulthood. The research group consisted of 200 women between 45 and 68 years of age. The women were divided into three groups according to their experiences of menopause (presence and regularity of menstruation). In the study there were used the Women's Health Questionnaire (WHQ) by M. Hunter, the WHOQOL-BREF Questionnaire prepared by the World Health Organization, and a self-made survey.

Hormonal changes and symptoms associated with them appeared to be significant for the quality of life of women in perimenopause and postmenopause. The latter group is the least satisfied with their health and their social well-being. Perimenopausal women most negatively evaluate their environmental welfare.

Keywords: quality of life, menopause.