

Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45-60 lat.

Cz. 5. Badania kobiet z terenu miasta Kalisza i powiatu kaliskiego

Physical and mental components of life quality among women aged between 45 and 60 years in Polish national research. Part 5. Women from Kalisz and the Kalisz district

JERZY T. MARCINKOWSKI ^{1/}, ANNA BAJEK ^{2,3/}, IRENA GALEWSKA ^{3/}

^{1/} Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Higieny

^{2/} Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu

^{3/} Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

Cel pracy. Ocena jakości życia kobiet w wieku 45-60 lat.

Materiał. Badaniami objęto 520 kobiet w wieku 45-60 lat, mieszkających w Kaliszu i powiecie kaliskim. Badania trwały od lutego do kwietnia 2009 r.

Wyniki. Stratyfikacja badanych od najbardziej do najmniej obciążonych obowiązkami ukazała, że aż 43,8% kobiet pozostawała bez pracy zawodowej i bez świadczenia usług opiekuńczych. Stwierdzono wysokie odsetki kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą (17,1%) oraz przyjmujących leki ogółem (48,8%). Stan zdrowia psychicznego kobiet nie był uzależniony od wieku w takim stopniu jak zdrowie fizyczne. Kobiety niepracujące charakteryzowały się najlepszym zdrowiem w sferze fizycznej, podczas gdy kobiety pracujące i opiekujące się osobami starszymi lub dziećmi najlepszym zdrowiem psychicznym.

Najniższym średnim odsetkiem uzyskanych punktów zarówno w zakresie zdrowia w sferze fizycznej jak i w sferze psychicznej cechowały się kobiety o wykształceniu podstawowym, będące mieszkankami wsi, w przedziale wieku 55-60 lat, niepracujące, opiekujące się osobami starszymi lub dziećmi. Kobiety zażywające jakiegokolwiek leki wykazywały znamienne niższe poziomy zdrowia fizycznego oraz zdrowia psychicznego, podczas gdy u stosujących hormonalną terapię zastępczą, co zaskakujące, takich powiązań nie stwierdzono.

Wniosek. Bierność życiowa znacznego odsetka kobiet w wieku 45-60 lat stanowi bardzo ważne wyzwanie społeczne – jakim jest ich aktywizowanie.

Słowa kluczowe: jakość życia, kobiety 45-60-letnie, zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne

Aim. The assessment of the quality of life in women aged between 45-60 years.

Material. The study comprised 520 women aged between 45-60 years living in Kalisz and the Kalisz district and lasted from February to April of 2009.

Results. The classification of the subjects from the most to the least burdened with everyday duties revealed that as many as 43.8% of women had no job and took no care of others. The study also showed a high percentage of women using hormone replacement therapy (17.1%) and taking various medications (48.8%). Mental health status of the women did not correlate with age as much as their physical health status. Non-working women revealed their best health status in the physical aspect, whereas women having a job and taking care of the elderly or children – in the mental aspect. The lowest mean percentage of the points both in the physical and mental aspects was scored by the women living in rural environment, aged between 55-60 years, without a job, taking care of the elderly or children. The women taking any medications revealed significantly lower levels of the physical and mental health status, whereas in women using hormone replacement therapy, surprisingly, such correlations were not observed.

Conclusion. Life inactivity of a significant percentage of women aged between 45-60 years creates an important social challenge – to find ways to activate them.

Key words: quality of life, women aged 45-60 years, physical health, mental health

© Probl Hig Epidemiol 2009, 90(4): 517-522

www.phie.pl

Nadesłano: 24.11.2009

Zakwalifikowano do druku: 01.12.2009

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Jerzy T. Marcinkowski

Zakład Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
ul. Rokietnicka 5c, 60-806 Poznań

Wprowadzenie

W ostatnich latach problematyką jakości życia zajmuje się coraz więcej dyscyplin naukowych, co pozwala na komplementarne jej ujęcie. Pojęcie „jakość życia” ma wiele wymiarów: medyczny, filozoficzny,

pedagogiczny, ekonomiczny, socjologiczny. Odmienne sposoby ujmowania i analizowania tego terminu wskazują na trudności w zdefiniowaniu tego pojęcia. Potrzebne są dalsze badania nad jakością życia, aby jeszcze bardziej precyzyjnie ustalić definicję i wypracować lepsze narzędzia badawcze.

Termin jakość życia (z ang. quality of life) został wprowadzony do terminologii naukowej w latach 60.-70. XX wieku. Wiązało się to ze zmianami i wzrostem gospodarczym w USA. Pojęcie „jakość życia” pojawiło się jako alternatywa dla nowego wzorca społeczno-ekonomicznego po zmianach. Za pionierów badań nad jakością życia człowieka uważa się A. Campbell'a, F. Adreus'a i S. Whitney'a, którzy w 1971 r. rozpoczęli prace oceniające poziom zadowolenia z życia w społeczeństwie amerykańskim [1].

Cel pracy

Ocena jakości życia kobiet w wieku 45-60 lat mieszkających w Kaliszu i powiecie kaliskim.

Materiał i metoda

Badaniami objęto 520 kobiet w wieku 45-60 lat, mieszkających w Kaliszu i powiecie kaliskim. Badania trwały od lutego do kwietnia 2009 r.

W badaniach posłużono się ankietą, na którą składały się 2 bloki tematyczne. Pierwszy dotyczył danych socjodemograficznych (dane osobowe, miejsce zamieszkania, wykształcenie zawodowe, praca zawodowa) oraz prozdrowotnych i antyzdrowotnych zachowań osobniczych (sytuacje stresogenne w życiu i pracy, dolegliwości chorobowe, korzystanie z opieki medycznej). Druga część ankiety związana była ze stanem zdrowia fizycznego i psychicznego; wykorzystano standardowy kwestionariusz SF-36, który posłużył do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym. Przy rekrutacji zastosowano metodę „kuli śnieżnej”.

Wyniki

Obciążenie obowiązkami

Przeciętny wiek respondentek wynosił $50,7 \pm 0,8$ lat. Badana próba kobiet składała się z: 66,9% (n=348) mieszkanek miast i 32,9% (n=171) kobiet mieszkających na terenach wiejskich. W przypadku jednej osoby miejsca zamieszkania nie ustalono. Spośród ogółu zbadanych osób 12,3% (n=64) deklarowało posiadanie wykształcenia podstawowego lub zawodowego, 19,0% (n=99) – zawodowego, 43,0% (n=224) – średniego, a 25,7% (n=133) – wyższego. Czynnych zawodowo było 35,2% (n=183) badanych kobiet, w tym 71 z nich łączyło pracę zawodową z opieką nad osobami starszymi, dziećmi lub wnukami, natomiast 112 pań nie miało tego rodzaju obowiązków. Kobiety niepracujące zawodowo (337 osób) stanowiły 64,4% ogółu respondentek. Spośród owych 337 niepracujących zawodowo 109 pań miało obowiązki związane ze świadczeniem opieki w stosunku do innych osób, zaś 228 respondentek nie pracowało i nie świadczyło usług opiekuńczych. Tak więc stratyfikacja badanych kobiet od najbardziej do najmniej obciążonych obowiązkami przedstawiała się następująco: 1. łączenie pracy zawodowej z opieką

nad osobami starszymi, dziećmi lub wnukami – 13,7%, 2. praca zawodowa – 21,6%, 3. bez pracy zawodowej ale świadczenie opieki w stosunku do innych osób – 20,9%, 4. bez pracy zawodowej i bez świadczenia usług opiekuńczych – 43,8%. Wynik tej stratyfikacji, ukazujący bierność życiową tak znacznego odsetka kobiet w wieku 45-60 lat, stanowi bardzo ważne wyzwanie społeczne dla zaktywizowania tychże kobiet.

Konsumpcja leków

Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, która w piśmiennictwie poddawana jest krytycznej ocenie pod kątem możliwości zwiększania ryzyka zachorowań na nowotwory, do czego wymagane jest monitorowanie jej efektów klinicznych w wielu aspektach [2,3], deklarowało 17,1% (n=89) kobiet. Jest to liczba istotna dla porównań z wynikami badań innych badaczy. Zaskakuje fakt, że w ocenie zdrowia fizycznego i psychicznego kobiety przyjmujące i nie przyjmujące HTZ nie różniły się istotnie między sobą (tab. V).

Drugą taką istotną liczbą jest odsetek 48,8% kobiet (n=254), które podawały iż w ostatnim okresie przyjmowały leki. Wydaje się on wysoki, ale jest to zgodne z obserwacjami innych badaczy zwracających uwagę na zwiększanie się konsumpcji leków od początku polskiej transformacji ustrojowej zapoczątkowanej w 1989 r., kiedy to rynek farmaceutyczny uległ komercjalizacji a leki stały się towarem jak każdy inny i często są nadużywane, chyba głównie za sprawą wszechobecności ich reklam [4, 5].

Jakość życia związana ze zdrowiem

Wyniki dotyczące jakości życia związanej ze zdrowiem, uzyskane za pomocą kwestionariusza SF-36, rozpatrywano w aspekcie zdrowia fizycznego i psychicznego [6]. Zestawiono je w kolejno prezentowanych sześciu tabelach.

Legenda do tabel I-VI:

Skala oceny zdrowia w sferze fizycznej:

1. Brak ograniczeń w stanie funkcjonalnym (dotyczy wykonywania typowych czynności dnia codziennego).
2. Brak ograniczeń w funkcjonowaniu z powodu zdrowia fizycznego.
3. Brak odczuwania bólu w ciągu ostatnich 4 tygodni oraz brak ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności z powodu bólu.
4. Subiektywna ocena swojego stanu zdrowia w porównaniu z innymi ludźmi.

Skala oceny zdrowia w sferze psychicznej:

- A. Witalność.
- B. Brak ograniczeń w aktywności społecznej.
- C. Brak ograniczeń w funkcjonowaniu z powodu zdrowia psychicznego w wykonywaniu czynności dnia codziennego lub zrobienie mniej niż było zamierzone.

Tabela I. Charakterystyka poszczególnych skal SF-36 w grupach kobiet różniących się wiekiem
Table I. Characteristics of individual SF-36 scales in groups of women according to age

	1	2	3	4	Zdrowie fizyczne /physical health	A	B	C	D	Zdrowie psychiczne /mental health
40-50 lat/years of age (n=210)										
Średnia/mean	26,71	6,56	7,34	11,65	52,27	16,51	4,16	5,05	20,03	45,75
SD	3,23	1,56	1,96	2,93	7,45	3,76	1,02	1,25	4,79	9,40
Mediana	28,00	7,00	7,00	11,50	53,00	17,00	4,00	6,00	20,00	47,00
Min	12,00	4,00	2,00	5,00	31,00	6,00	1,00	3,00	8,00	22,00
Max	30,00	8,00	11,00	20,00	66,00	24,00	5,00	6,00	29,00	63,00
Średnia standaryzowana	89,03	82,02	66,75	58,26	75,75	68,79	83,24	84,13	66,78	70,39
50-55 lat (n=181)										
Średnia	25,77	6,62	7,70	11,71	51,80	16,24	4,11	5,03	20,04	45,42
SD	3,93	1,62	1,90	3,30	8,32	4,10	1,09	1,24	5,17	10,19
Mediana	27,00	7,00	7,00	12,00	53,00	17,00	4,00	6,00	20,00	47,00
Min	10,00	4,00	3,00	4,00	34,00	4,00	1,00	3,00	8,00	18,00
Max	30,00	8,00	11,00	18,00	67,00	24,00	5,00	6,00	30,00	63,00
Średnia standaryzowana	85,91	82,73	69,96	58,56	75,07	67,68	82,21	83,79	66,80	69,88
55-60 lat (n=129)										
Średnia/mean	25,05	6,51	7,21	10,93	49,70	15,98	4,09	5,02	19,81	44,90
SD	4,84	1,70	2,05	3,36	9,81	4,27	1,08	1,25	5,52	10,89
Mediana	26,00	8,00	7,00	11,00	51,00	17,00	4,00	6,00	19,00	46,00
Min	10,00	4,00	2,00	4,00	20,00	5,00	1,00	3,00	7,00	18,00
Max	30,00	8,00	11,00	19,00	66,00	24,00	5,00	6,00	30,00	65,00
Średnia standaryzowana	83,49	81,40	65,54	54,65	72,03	66,57	81,71	83,72	66,05	69,08
Poziom p dla testu Kruskala-Wallisa	0,0108	0,9086	0,0679	0,1117	0,1291	0,6028	0,9311	0,9645	0,9211	0,9224

Tabela II. Charakterystyka poszczególnych skal SF-36 w grupach kobiet różniących się miejscem zamieszkania
Table II. Characteristics of individual SF-36 scales in groups of women according to place of residence

	1	2	3	4	Zdrowie fizyczne /physical health	A	B	C	D	Zdrowie psychiczne /mental health
Miasto/city (n=348)										
Średnia/mean	26,07	6,64	7,46	11,50	51,67	16,33	4,12	5,04	20,06	45,55
SD	4,09	1,58	1,95	3,24	8,60	4,12	1,07	1,24	5,13	10,22
Mediana	27,00	7,00	7,00	12,00	53,00	17,00	4,00	6,00	20,00	47,00
Min	10,00	4,00	2,00	4,00	20,00	4,00	1,00	3,00	7,00	18,00
Max	30,00	8,00	11,00	20,00	66,00	24,00	5,00	6,00	30,00	65,00
Średnia standaryzowana	86,90	82,94	67,84	57,50	74,88	68,04	82,36	84,00	66,88	70,08
Wieś/village (n=171)										
Średnia/mean	25,75	6,43	7,35	11,48	51,01	16,16	4,13	5,02	19,77	45,09
SD	3,72	1,67	1,99	3,06	8,10	3,78	1,04	1,24	5,04	9,69
Mediana	26,00	7,00	7,00	11,00	52,00	17,00	4,00	6,00	20,00	46,00
Min	14,00	4,00	2,00	5,00	29,00	6,00	1,00	3,00	8,00	22,00
Max	30,00	8,00	11,00	18,00	67,00	24,00	5,00	6,00	30,00	64,00
Średnia standaryzowana	85,83	80,34	66,83	57,40	73,92	67,35	82,69	83,63	65,91	69,37
Poziom p dla testu Kruskala-Wallisa	0,1467	0,1826	0,6297	0,8069	0,2475	0,3772	0,9475	0,8713	0,4540	0,4012

D. Ogólna ocena stanu zdrowia psychicznego (brak zdenerwowania i przygnębienia, uczucie wewnętrznej spokoju i szczęścia).

Dane zestawione w tabeli I wskazują, że im starsze kobiety, tym częściej zgłaszały coraz większe ograniczenia w stanie funkcjonalnym zdrowia fizycznego. Szczegółowa analiza wykazała obecność różnic

istotnych statystycznie między średnimi wartościami obliczonymi w 3. podgrupach wieku badanych kobiet (test Kruskala-Wallisa), a odnoszącymi się zwłaszcza do skali 1. i 3. zdrowia fizycznego, tj. braku ograniczeń w stanie funkcjonalnym z powodu zdrowia fizycznego oraz nieodczuwania bólu w ciągu ostatnich czterech tygodni poprzedzających moment badania i niewy-

Tabela III. Charakterystyka poszczególnych skal SF-36 w grupach kobiet różniących się wykształceniem
 Table III. Characteristics of individual SF-36 scales in groups of women according to education

	1	2	3	4	Zdrowie fizyczne /physical health	A	B	C	D	Zdrowie psychiczne /mental health
Podstawowe/primary (n=64)										
Średnia/mean	24,38	6,30	6,75	10,41	47,83	15,52	3,69	4,83	19,03	43,06
SD	4,59	1,73	1,78	3,16	8,90	3,68	1,17	1,32	4,76	9,39
Mediana	25,00	7,00	7,00	10,00	48,00	16,00	4,00	5,50	19,00	42,50
Min	10,00	4,00	3,00	5,00	29,00	7,00	1,00	3,00	9,00	23,00
Max	30,00	8,00	11,00	19,00	63,00	22,00	5,00	6,00	28,00	60,00
Średnia standaryzowana	81,25	78,71	61,36	52,03	69,32	64,65	73,75	80,47	63,44	66,25
Zawodowe/vocational (n=99)										
Średnia/mean	25,26	6,52	7,38	11,20	50,36	15,97	4,13	5,10	19,93	45,13
SD	4,17	1,61	2,00	3,07	8,48	3,67	1,08	1,20	5,04	9,37
Mediana	26,00	7,00	7,00	11,00	51,00	17,00	4,00	6,00	20,00	47,00
Min	10,00	4,00	2,00	5,00	27,00	6,00	1,00	3,00	10,00	23,00
Max	30,00	8,00	11,00	18,00	67,00	23,00	5,00	6,00	29,00	63,00
Średnia standaryzowana	84,21	81,44	67,13	56,01	72,99	66,54	82,63	85,02	66,43	69,43
Średnie/secondary (n=224)										
Średnia/mean	26,07	6,52	7,35	11,66	51,61	16,00	4,06	4,93	19,83	44,82
SD	3,89	1,62	1,88	3,25	8,38	4,28	1,08	1,27	5,26	10,58
Mediana	27,00	7,00	7,00	12,00	52,00	17,00	4,00	6,00	20,00	45,00
Min	10,00	4,00	2,00	4,00	20,00	4,00	1,00	3,00	7,00	18,00
Max	30,00	8,00	11,00	18,00	66,00	24,00	5,00	6,00	30,00	65,00
Średnia standaryzowana	86,91	81,56	66,82	58,32	74,80	66,69	81,17	82,14	66,10	68,95
Wyższe/tertiary (n=133)										
Średnia/mean	27,07	6,80	7,91	11,95	53,73	17,32	4,44	5,26	20,68	47,69
SD	3,27	1,53	2,05	3,06	7,57	3,76	0,87	1,17	4,98	9,55
Mediana	28,00	8,00	8,00	12,00	55,00	18,00	5,00	6,00	22,00	50,00
Min	12,00	4,00	2,00	5,00	32,00	7,00	2,00	3,00	8,00	22,00
Max	30,00	8,00	11,00	20,00	66,00	24,00	5,00	6,00	29,00	63,00
Średnia standaryzowana	90,23	85,06	71,91	59,74	77,87	72,18	88,72	87,59	68,92	73,37
Poziom p dla testu Kruskala – Wallisa	<0,0001	0,1370	0,0010	0,0033	<0,0001	0,0049	0,0112	0,0449	0,1035	0,0065

stępowaniu ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności z powodu bólu. W pierwszym przypadku różnice te są widoczne już na poziomie istotności *ex ante* rzędu 0,02, w drugim zaś – dla 0,07 i wyższych.

Test Kruskala-Wallisa dla zdrowia psychicznego wykazał praktyczny brak występowania znaczących różnic pomiędzy wiekowymi kategoriami badanych w zakresie praktycznie wszystkich aspektów tego zagadnienia złożonego. A zatem stan zdrowia psychicznego nie jest uzależniony od wieku w takim stopniu jak zdrowie fizyczne.

Jak wynika z tabeli II, kobiety z aglomeracji miejskiej ze statystycznego punktu widzenia niezbyt różniły się od mieszkanki wsi (przy każdym rozsądnym poziomie istotności *ex ante*) pod względem cech zarówno zdrowia fizycznego jak i psychicznego. Najwyraźniej rozbieżności te widoczne są w przypadku cech zdrowia psychicznego B (brak ograniczeń w aktywności społecznej) oraz C (brak ograniczeń w funkcjonowaniu z powodu zdrowia psychicznego w wykonywaniu czynności dnia codziennego lub zrealizowanie mniej czynności niż było to zamierzone). Tutaj rozbieżności praktycznie nie występują.

Przy porównaniu 4 podgrup wydzielonych ze względu na poziom wykształcenia (tab. III), wykazano istotność statystyczną (na poziomie istotności *ex ante* przeciętnie większym niż 0,02, choć w przypadku zdrowia fizycznego wystarczyłyby w tym kontekście nawet $p > 0,004$) różnic liczby punktów w trzech skalach zdrowia fizycznego (1, 3, 4) oraz także trzech skalach (A, B, C) zdrowia psychicznego. Konsekwencją tego faktu są podobne wnioski dla agregatów.

W przypadku obserwacji zebranych w tabeli IV przy odpowiednich porównaniach dało się zauważyć brak istotności różnic pomiędzy grupami badanych kobiet dla większości analizowanych cech. Jedynie dla 3. i 4. cechy zdrowia fizycznego (odpowiednio nieodczuwanie bólu w ciągu ostatnich czterech tygodni i brak ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności z powodu tegoż bólu oraz subiektywna ocena swojego stanu zdrowia w porównaniu z innymi ludźmi) na poziomach istotności *ex ante* rzędu 0,09 i wyższych w pierwszym oraz co najmniej 0,07 w drugim przypadku hipotezę o braku istotności owych różnic można byłoby odrzucić.

W badanej próbie 89/520 (17,1%) badanych kobiet podało stosowanie hormonalnej terapii zastępczej

Tabela IV. Charakterystyka poszczególnych skal SF-36 w grupach kobiet różniących się aktywnością zawodową i zaangażowaniem w opiekę w stosunku do innych osób

Table IV. Characteristics of individual SF-36 scales in groups of women according to occupational activity and taking care of other people

	1	2	3	4	Zdrowie fizyczn /physical health	A	B	C	D	Zdrowie psychiczne /mental health
Praca + opieka/job and care (n=71)										
Średnia	25,08	6,62	7,25	10,96	49,92	16,49	4,11	5,38	20,65	46,63
SD	5,00	1,56	1,95	3,11	9,29	3,80	1,13	0,95	4,51	9,04
Mediana	26,00	7,00	7,00	11,00	51,00	17,00	5,00	6,00	21,00	49,00
Min	10,00	4,00	2,00	4,00	20,00	5,00	1,00	3,00	11,00	24,00
Max	30,00	8,00	11,00	18,00	66,00	24,00	5,00	6,00	30,00	65,00
Średnia standaryzowana	83,62	82,75	65,94	54,79	72,34	68,72	82,25	89,67	68,83	71,74
Praca bez opieki/job and no care (n=112)										
Średnia	25,05	6,45	7,07	10,96	49,53	15,63	3,98	4,89	18,92	43,43
SD	4,29	1,66	1,99	3,37	9,03	4,21	1,11	1,35	5,55	10,83
Mediana	26,00	7,00	7,00	11,00	50,00	17,00	4,00	6,00	18,00	44,00
Min	11,00	4,00	2,00	4,00	27,00	4,00	1,00	3,00	7,00	18,00
Max	30,00	8,00	11,00	19,00	65,00	23,00	5,00	6,00	30,00	64,00
Średnia standaryzowana	83,51	80,58	64,29	54,78	71,78	65,14	79,64	81,55	63,07	66,81
Bez pracy + opieka/no job and care (n=109)										
Średnia	26,58	6,72	7,69	11,58	52,57	16,68	4,20	5,15	20,06	46,08
SD	3,17	1,59	1,89	3,17	7,51	3,88	1,07	1,25	5,05	9,81
Mediana	27,00	8,00	7,00	11,00	52,00	17,00	5,00	6,00	20,00	46,00
Min	17,00	4,00	4,00	6,00	35,00	7,00	1,00	3,00	10,00	23,00
Max	30,00	8,00	11,00	18,00	66,00	23,00	5,00	6,00	30,00	63,00
Średnia standaryzowana	88,59	84,06	69,89	57,89	76,19	69,50	84,04	85,78	66,85	70,90
Bez pracy + bez opieki/no job and no care (n=228)										
Średnia	26,41	6,54	7,54	11,89	52,38	16,35	4,16	4,94	20,26	45,71
SD	3,69	1,62	1,99	3,07	8,09	4,02	1,01	1,25	5,03	9,99
Mediana	27,00	7,00	7,00	12,00	54,00	17,00	4,00	6,00	20,50	48,00
Min	11,00	4,00	3,00	4,00	27,00	6,00	1,00	3,00	8,00	20,00
Max	30,00	8,00	11,00	20,00	67,00	24,00	5,00	6,00	30,00	64,00
Średnia standaryzowana	88,03	81,74	68,58	59,43	75,91	68,13	83,25	82,38	67,53	70,33
Poziom p dla testu Kruskala - Wallisa	0,0111	0,6396	0,0822	0,0608	0,0185	0,3110	0,1983	0,0809	0,1110	0,1651

Tabela V. Charakterystyka poszczególnych skal SF-36 ze względu na stosowanie hormonalnej terapii zastępczej

Table V. Characteristics of individual SF-36 scales in groups of women according to hormone replacement therapy use

	1	2	3	4	Zdrowie fizyczn /physical health	A	B	C	D	Zdrowie psychiczne /mental health
Tak/hormone replacement therapy (n=89)										
Średnia	26,19	6,63	7,67	11,34	51,83	15,98	4,19	4,91	19,43	44,51
SD	3,68	1,64	1,99	3,16	8,38	4,04	0,95	1,27	4,93	9,86
Mediana	27,00	8,00	7,00	11,00	53,00	16,00	4,00	6,00	19,00	45,00
Min	16,00	4,00	4,00	4,00	30,00	7,00	2,00	3,00	9,00	23,00
Max	30,00	8,00	11,00	18,00	66,00	23,00	5,00	6,00	30,00	63,00
Średnia standaryzowana	87,30	82,87	69,77	56,69	75,12	66,57	83,82	81,84	64,76	68,47
Nie/no therapy (n=431)										
Średnia	25,93	6,56	7,38	11,53	51,39	16,35	4,11	5,06	20,10	45,61
SD	4,03	1,61	1,96	3,19	8,46	4,00	1,08	1,24	5,13	10,09
Mediana	27,00	7,00	7,00	12,00	52,00	17,00	4,00	6,00	20,00	47,00
Min	10,00	4,00	2,00	4,00	20,00	4,00	1,00	3,00	7,00	18,00
Max	30,00	8,00	11,00	20,00	67,00	24,00	5,00	6,00	30,00	65,00
Średnia standaryzowana	86,42	81,96	67,12	57,63	74,48	68,12	82,23	84,34	66,98	70,18
Poziom p dla testu Kruskala - Wallisa	0,6858	0,6400	0,1643	0,7427	0,6535	0,5356	0,6215	0,2688	0,1222	0,2769

Tabela VI. Charakterystyka poszczególnych skal SF-36 w grupach kobiet ze względu na zażywanie w okresie prowadzenia badań leków wszystkich grup ogółem
Table VI. Characteristics of individual SF-36 scales in groups of women according to medications use

	1	2	3	4	Zdrowie fizyczne /physical health	1	2	3	4	Zdrowie psych. /mental health
Tak/medications (n=254)										
Średnia	25,07	6,20	6,91	10,55	48,74	15,09	3,95	4,76	18,54	42,35
SD	4,26	1,69	1,88	3,11	8,49	4,26	1,09	1,30	5,18	10,40
Mediana	26,00	6,00	7,00	10,00	50,00	15,00	4,00	5,00	18,00	41,00
Min	10,00	4,00	2,00	4,00	20,00	4,00	1,00	3,00	7,00	18,00
Max	30,00	8,00	11,00	18,00	66,00	24,00	5,00	6,00	30,00	65,00
Średnia standaryzowana	83,58	77,56	62,85	52,74	70,64	62,89	79,06	79,27	61,81	65,15
Nie/no medications (n=266)										
Średnia	26,83	6,92	7,93	12,40	54,07	17,42	4,29	5,30	21,35	48,36
SD	3,48	1,46	1,93	2,98	7,53	3,39	1,01	1,13	4,64	8,75
Mediana	28,00	8,00	7,00	12,00	55,00	18,00	5,00	6,00	22,00	50,00
Min	10,00	4,00	2,00	4,00	30,00	8,00	1,00	3,00	10,00	23,00
Max	30,00	8,00	11,00	20,00	67,00	24,00	5,00	6,00	30,00	64,00
Średnia standaryzowana	89,42	86,47	72,08	61,99	78,36	72,59	85,79	88,35	71,18	74,41
Poziom p dla testu Kruskala-Wallis	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001

(HTZ) w okresie prowadzenia badań – przy tym, co istotne, w ocenie zdrowia fizycznego i psychicznego nie różniły się one istotnie w porównaniu do kobiet, które HTZ nie przyjmowały (tab. V). Natomiast leki wszystkich grup zażywało ogółem w okresie prowadzenia badań 254/520 (48,8%) kobiet, co wydaje się odsetkiem wysokim (tab. VI).

Podsumowanie wyników badań

1. Najwyższy średni odsetek otrzymanych punktów, zarówno w ocenie zdrowia sfery fizycznej (F) jak i psychicznej (P) uzyskały kobiety o następującej charakterystyce: wiek 40-50 lat (F – 75,75; P – 70,39), wykształcenie wyższe (F – 77,87; P – 73,37), mieszkanki miasta (F – 74,88; P – 70,08). Kobiety niepracujące charakteryzowały się najlepszym zdrowiem w sferze fizycznej (średnio F przewyższało 75%). Kobiety pracujące i opiekujące się osobami starszymi lub dziećmi uzyskały jednakże najwyższy średni wynik dotyczący aspektów zdrowia psychicznego (P – 71,74).

- Najniższym średnim odsetkiem uzyskanych punktów zarówno w zakresie zdrowia w sferze fizycznej jak i w sferze psychicznej cechowały się kobiety o wykształceniu podstawowym (F – 69,32; P – 66,25), będące mieszkankami wsi (F – 73,92; P – 69,37), w przedziale wieku 55-60 lat (F – 72,03; P – 69,08), niepracujące, opiekujące się osobami starszymi lub dziećmi (średnio F – 74; P – 71).
- Kobiety zażywające jakiegokolwiek leki wykazywały znamienne niższe poziomy zdrowia fizycznego (F – 70,64 v. 78,36) oraz zdrowia psychicznego (P – 65,15 v. 74,41), podczas gdy u stosujących hormonalną terapię zastępczą takich powiązań nie stwierdzono (terapia taka zdawała się nawet nieco polepszać zdrowie fizyczne).

Wniosek

Bierność życiowa znacznego odsetka kobiet w wieku 45-60 lat stanowi bardzo ważne wyzwanie społeczne – jakim jest ich aktywizowanie.

Piśmiennictwo / References

- Sapilak BJ, Kurpas D, Steciwko AF, Melon M. Czy jakość życia jest istotna dla chorych dializowanych? *Probl Lek* 2006, 45,3: 89-93.
- Rapa D, Paszkowski T. Wpływ hormonalnej terapii zastępczej na wybrane elementy seksualności po histerektomii. *Prz Menopauz* 2004, 2: 39-44.
- Warenik-Szymankiewicz A, Hadaś K. Porównanie skuteczności terapeutycznej progesteronu oraz noretisteronu w hormonalnej terapii zastępczej u kobiet z zaburzeniami hormonalnymi okresu przekwitania. *Prz Menopauz* 2004, 6: 27-32.
- Świątkiewicz G. Problem nadużywania legalnych psychoaktywnych farmaceutyków na tle społeczno-ekonomicznej transformacji w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania* 2005, 18,4: 73-92.
- Strategia dla przemysłu farmaceutycznego do roku 2008. Ministerstwo Gospodarki i Pracy, Ministerstwo Skarbu Państwa RP, Warszawa, lipiec 2005.
- Jaeschke R, Guyatt G, Cook D, Miller J. Określanie i mierzenie jakości życia związanej ze zdrowiem. *Med Prakt* 1999, 04. <http://www.mp.pl/artykuly/?aid=10534>