

*Praca oryginalna*

DOROTA ŻOŁNIERCZUK-KIELISZEK, TERESA BERNADETTA KULIK,  
ANNA PACIAN, AGATA STEFANOWICZ

WYKSZTAŁCENIE I STATUS ZAWODOWY A JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIEC  
W WIEKU OKOŁO- I POMENOPAUZALNYM<sup>1</sup>

*EDUCATION LEVEL AND OCCUPATIONAL STATUS VS. LIFE QUALITY  
OF WOMEN AT PRI- AND POST-MENOPAUSAL AGE*

*ОБРАЗОВАНИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПО ОТНОШЕНИЮ  
К КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ  
ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ*

*ОСВІТА ТА ПРОФЕСІЙНИЙ СТАТУС ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ЯКОСТІ  
ЖИТТЯ ЖІНОК У ВІЦІ ПЕРИ- ТА ПОСТМЕНОПАУЗИ*

Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
Kierownik: prof. dr hab. T. B. K u l i k

Artykuł omawia badania dotyczące wpływu wykształcenia i statusu zawodowego na jakość życia kobiet w wieku 45-65 lat. Do oceny jakości życia kobiet zastosowano wykorzystano trzy kwestionariusze – dwa ogólne, jakimi są kwestionariusze WHO-QOL i SF-36 oraz jeden specyficzny dla okresu menopauzalnego – WHQ.

**SŁOWA KLUCZOWE:** jakość życia, wykształcenie, status zawodowy, WHOQOL, WHQ, SF-36, kobiety, wiek około i pomenopauzalny.

**KEY WORDS:** *life quality, education level, occupational status, WHOQOL, WHQ, SF-36, women, peri- and post-menopausal age.*

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** *качество жизни, образование, профессиональный статус, WHOQOL, WHQ, SF-36, женщины, возраст пери-и постменопаузальный.*

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** *якість життя, освіта, професійний статус, WHOQOL, WHQ, SF-36, жінки, вік пери-та постменопаузальни.*

Badania naukowe ostatnich lat uświadamiają znaczenie jakości życia osób w różnym wieku. Jakość życia kobiet w wieku około i pomenopauzalnym jest doniosłym problemem zdrowia publicznego. Aktualne trendy demograficzne w społeczeństwie polskim powodują, że kobiety w wieku około- i pomenopauzalnym stanowią coraz większy odsetek społeczeństwa.

---

<sup>1</sup> Praca naukowa finansowana ze środków na naukę w latach 2007/2010 jako projekt badawczy.

## CEL BADANIA

Celem badania była analiza związku między wykształceniem i statusem zawodowym, a jakością życia kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym

## MATERIAŁ I METODA

Badanie zrealizowano metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety pocztowej. Narzędzie badawcze stanowiły trzy standaryzowane kwestionariusze: Women's Health Questionnaire (WHQ), WHOQOL-BREF, i SF-36.

**Women's Health Questionnaire – WHQ - kwestionariusz zdrowia kobiet** został opracowany w 1992 r. przez *Myrę Hunter* z Wielkiej Brytanii i przetłumaczony na 27 języków. Jest to narzędzie przeznaczone do oceny jakości życia kobiet w wieku od 45 do 65 lat i stanowi specyficzny instrument do badania okresu menopauzy. Dzięki jego zastosowaniu możliwa jest analiza zmian w ocenie stanu zdrowia i samopoczucia kobiet w okresie około- i pomenopauzalnym, pod wpływem czasu lub stosowanego leczenia.

Kwestionariusz ten składa się z 36 stwierdzeń, posiadających 4 warianty odpowiedzi (tak, zdecydowanie; tak, czasami; nie, rzadko; nie, wcale nie). Stwierdzenia te pozwalają na ocenę dziewięciu wymiarów fizycznego i emocjonalnego zdrowia: Obniżony nastrój (DEP); Objawy somatyczne (SOM); Pamięć i koncentracja (MEM); Objawy naczynioruchowe (VAS); Niepokój, lęk (ANX); Zachowania seksualne (SEX); Problemy ze snem (SLE); Zaburzenia miesiączkowania (MEN); Poczucie atrakcyjności (ATT). Im mniejsza punktacja w poszczególnych wymiarach, tym lepszy stan zdrowia [3, 4].

**WHOQOL-BREF** jest to międzynarodowe narzędzie badawcze, które umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Punktacja dziedzin odzwierciedla indywidualną percepcję jakości życia w zakresie powyższych dziedzin. Punktacja dziedzin ma kierunek pozytywny, co oznacza, że im większa liczba punktów tym lepsza jakość życia.

Skala zawiera również pytania, które analizowane są oddzielnie: pytanie pierwsze: dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia i pytanie drugie: dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji własnego zdrowia [8].

**The MOS 36-Item Short-Form Health Survey - SF-36** jest szeroko stosowanym generycznym kwestionariuszem służącym do badania jakości życia związanej ze zdrowiem. Składa się z 8 podskal badających niezależnie: funkcjonowanie fizyczne, problemy zdrowotne ograniczające pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych (rola fizyczna), ból somatyczny, ogólny stan zdrowia, witalność, funkcjonowanie społeczne, problemy emocjonalne ograniczające pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych (rola emocjonalna) i zdrowie psychiczne.

Cztery pierwsze skale określają zdrowie fizyczne, a cztery kolejne zdrowie psychiczne. Punktacja elementów każdego wymiaru jest kodowana, sumowana i przekształcana w skalę od 0 (najgorszy możliwy do zmierzenia stan zdrowia)

do 100 (najlepszy możliwy do zmierzenia stan zdrowia). W badaniu wykorzystano wersję 2 standardową kwestionariusza SF-36 (SF-36v2), która obejmuje pomiarem okres ostatnich czterech tygodni. Niezawodność i przydatność kwestionariusza SF-36 jest dobrze udokumentowana dla wielu wersji językowych, w tym dla przekładu polskiego [6].

Wykorzystano również autorski kwestionariusz ankiety. Pytania kwestionariusza ankiety dotyczyły statusu zawodowego respondentek i innych danych społeczno-demograficznych. W roku 2007 wysłano ankietę pocztową do 7875 kobiet w wieku 45-65 lat, mieszkających na terenie województwa lubelskiego. Adresy reprezentatywnej próby mieszkanki województwa lubelskiego w tym wieku otrzymano z Terenowego Banku Danych Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego. Otrzymano 2143 listów zwrotnych (zwrotność 27,2 %).

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej. Domeny jakości życia ustalone kwestionariuszami WHOQOL-BREF, WHQ i SF-36 przyjęto jako zmienne zależne, natomiast wykształcenie i status zawodowy kobiet jako zmienne niezależne. Do analizy zmiennych jakościowych wykorzystano test t-Studenta dla dwóch grup i analizę wariancji, gdy porównywano więcej niż dwie grupy oraz test T 3 Dunnetta dla porównań wielokrotnych. Porównywanie dwóch średnich w teście t-Studenta poprzedzono testem Levene'a oceniającego jednorodność wariancji. Gdy wariancje w obu grupach były istotnie różne zastosowano zmodyfikowany test dla wariancji niejednorodnych. Dla porównania więcej niż 2 średnich z grup niezależnych zastosowano jednoczynnikową (jednokierunkową) analizę wariancji (ANOVA=ANalysis Of VAriance) poprzedzoną testem *Levene'a* jednorodności wariancji. Zastosowano również mocne testy równości średnich: test *Welcha* i *Brown-Forsythe'a*. Analizę statystyczną analizowanych oddzielnie pytań kwestionariusza WHOQOL-BREF przeprowadzono również za pomocą testu *Chi2* na niezależność i testu *Kruskalla-Wallis*a. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ , wskazujący na istnienie istotnych statystycznie zależności.

W drugim etapie analizy statystycznej przeprowadzono logistyczną analizę regresji metodą krokową. Miało to na celu wyeliminowanie możliwego zakłócającego wpływu różnych badanych zmiennych niezależnych. Wartości zmiennych zależnych zostały zdychomizowane według mediany.

#### WYNIKI BADAŃ

Dla celów analizy statystycznej połączono trzy pierwsze grupy o najniższym wykształceniu w kategorię „gimnazjum i mniej”, a dwie ostatnie grupy w kategorię „wykształcenie wyższe lub doktorat”. Mocne testy równości średnich wykazały istnienie statystycznych zależności między wykształceniem badanych kobiet, a ich jakością życia we wszystkich domenach kwestionariusza WHOQOL-BREF, we wszystkich domenach kwestionariusza SF-36 i w niemal wszystkich domenach kwestionariusza WHQ (za wyjątkiem wymiaru zaburzenia miesiączkowania).

Strukturę badanej grupy w zależności od wykształcenia przedstawia tabela I.

**Tabela I.** Struktura grupy badanej w zależności od wykształcenia  
**Table I.** Structure of the group in the study by education level  
**Таблиця I.** Структура групи респондентів, в залежності від образования  
**Таблиця I.** Структура дослідницької групи, в залежності від освіти

Wykształcenie	Liczba badanych	Procent ogółu
Niepełne podstawowe	10	0,5
Podstawowe	261	12,2
Gimnazjum	12	0,6
Zasadnicze zawodowe	401	18,7
Średnie	967	45,1
Licencjat	88	4,1
Wyższe	396	18,5
Doktorat	8	0,4
Ogółem	2143	100,0

Kobiety posiadające wykształcenie na poziomie licencjatu charakteryzowały się najwyższą jakością życia w następujących wymiarach kwestionariusza WHQ: obniżony nastrój, objawy somatyczne, pamięć i koncentracja, objawy naczynioruchowe, poczucie atrakcyjności. Z kolei w wymiarach: niepokój, lęk, zachowania seksualne oraz problemy ze snem najwyższą jakością życia cieszyły się kobiety o wykształceniu wyższym. We wszystkich tych wymiarach kwestionariusza WHQ najniższą jakość życia stwierdzono u kobiet o wykształceniu niepełnym podstawowym, podstawowym lub na poziomie gimnazjum ( $p < 0,05$ ).

Kobiety najgorzej wykształcone uzyskały też istotnie najgorsze wyniki we wszystkich dziedzinach jakości życia kwestionariusza WHOQOL-BREF. Wyniki najlepsze w dziedzinie fizycznej uzyskały kobiety o wykształceniu wyższym, a w pozostałych, tj.: dziedzina psychologiczna, relacje społeczne i środowisko ankietowane o wykształceniu na poziomie licencjatu ( $p < 0,05$ ).

Poddając analizie odpowiedzi badanych na pytanie pierwsze i pytanie drugie kwestionariusza WHOQOL-BREF, dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia i indywidualnej ogólnej percepcji własnego zdrowia w zależności od wykształcenia kobiet stwierdzono, że kobiety gorzej wykształcone były istotnie mniej zadowolone zarówno z jakości swojego życia, jak i z poziomu swojego zdrowia ( $p < 0,05$ ).

Analiza statystyczna wyników kwestionariusza SF-36 w zależności od wykształcenia badanych kobiet również wykazała najniższą jakość życia

kobiet najslabiej wykształconych we wszystkich ośmiu wymiarach tego kwestionariusza. Najwyższą jakością życia w domenach ból somatyczny, witalność, funkcjonowanie społeczne, rola emocjonalna i zdrowie psychiczne charakteryzowały się kobiety o wykształceniu na poziomie licencjatu, a z kolei w domenach funkcjonowanie fizyczne, rola fizyczna i ogólny stan zdrowia respondentki o wykształceniu wyższym ( $p < 0,05$ ).

Strukturę badanej grupy w zależności od statusu zawodowego ilustruje tabela II.

**Tabela II.** Struktura grupy badanej w zależności od statusu zawodowego

*Table II.* Structure of the group examined by occupational status

*Таблиця II.* Структура групи респондентів, в залежності від професійного статусу

*Таблиця II.* Структура дослідницької групи, в залежності від професійного статусу

Status zawodowy badanych	Liczba badanych	Procent ogółu
Praca zawodowa w pełnym wymiarze godzin	872	40,7
Praca zawodowa sezonowa, okresowa lub w niepełnym wymiarze godzin	186	8,7
Bezrobocie	135	6,3
Wyłącznie prowadzenie domu i/lub opieka nad dziećmi	69	3,2
Renta (z tytułu niezdolności do pracy lub rodzinna)	349	16,3
Emerytura	666	31,1
Inna sytuacja (np. zasiłek przedemerytalny, świadczenie przedemerytalne, świadczenie pielęgnacyjne, zasiłki z pomocy społecznej)	45	2,1

Wykazane odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru – badane miały możliwość wyboru więcej niż jednego wariantu odpowiedzi, np. mogły otrzymywać emeryturę i jednocześnie pracować zawodowo w niepełnym wymiarze godzin.

Test t-Studenta wykazał, że praca zawodowa w pełnym wymiarze godzin w istotny sposób wpływała na jakość życia kobiet. Znamienne wyższą jakością życia we wszystkich domenach kwestionariusza WHOQOL-BREF, we wszystkich domenach kwestionariusza SF-36 i ośmiu na dziewięć domen kwestionariusza WHQ wykazały się kobiety pracujące zawodowo na pełnym etacie, niż pozostałe badane ( $p < 0,05$ ). Jediną domeną kwestionariusza WHQ w której kobiety pracujące zawodowo miały niższą jakość życia były zaburzenia miesiączkowania ( $p < 0,05$ ). Oznacza to, że miały one więcej problemów związanych z zaburzeniami miesiączkowania i nadwrażliwością piersi. Różnica ta mogła wynikać z młodszego wieku kobiet pracujących zawodowo.

Analizując odpowiedzi badanych na pytanie pierwsze i pytanie drugie kwestionariusza WHOQOL-BREF dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia i indywidualnej ogólnej percepcji własnego zdrowia w zależności od pracy zawodowej kobiet stwierdzono, że kobiety pracujące zawodowo na pełnym etacie były istotnie bardziej zadowolone zarówno z jakości swojego życia, jak i z poziomu swojego zdrowia ( $p < 0,05$ ).

Znacznie mniej zależności istotnych statystycznie ustalono analizując jakość życia kobiet w zależności od pracy zawodowej wykonywanej sezonowo, okresowo lub w niepełnym wymiarze godzin. Znamienne lepszą jakość życia wykazano u kobiet wykonujących ten rodzaj pracy w dziedzinie problemy ze snem kwestionariusza WHQ, w dziedzinie fizycznej kwestionariusza WHOQOL-BREF i w dziedzinie funkcjonowanie fizyczne kwestionariusza SF-36 ( $p < 0,05$ ).

U kobiet posiadających status osoby bezrobotnej wykazano natomiast istotnie gorszą jakość życia w domenach niepokój i lęk oraz problemy ze snem kwestionariusza WHQ, w domenach dziedzina psychologiczna i środowisko kwestionariusza WHOQOL-BREF i w domenie zdrowie psychiczne kwestionariusza SF-36 ( $p < 0,05$ ).

Analizując odpowiedzi badanych na pytanie pierwsze kwestionariusza WHOQOL-BREF dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia w zależności od posiadania statusu osoby bezrobotnej wykazano, że kobiety bezrobotne są istotnie mniej zadowolone z jakości swojego życia ( $p < 0,05$ ).

Nie wykazano różnic istotnych statystycznie w jakości życia kobiet zajmujących się wyłącznie prowadzeniem domu i/lub opieką nad dziećmi w porównaniu z pozostałym badanymi.

Analiza statystyczna otrzymanych danych pozwala stwierdzić, że kobiety otrzymujące rentę charakteryzowały się znacznie niższą jakością życia niż pozostałe badane. Znamienne statystycznie zależność wykazano we wszystkich 21 dziedzinach jakości życia wszystkich trzech zastosowanych w badaniu kwestionariuszy standardowych ( $p < 0,05$ ).

Analizując odpowiedzi badanych na pytanie pierwsze i pytanie drugie kwestionariusza WHOQOL-BREF dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia i indywidualnej ogólnej percepcji własnego zdrowia w zależności od otrzymywania renty stwierdzono, że respondenci otrzymujące rentę znamienne rzadziej przejawiały zadowolenie zarówno z jakości swojego życia, jak i z poziomu swojego zdrowia ( $p < 0,05$ ).

Według wyników przeprowadzonej analizy statystycznej otrzymywanie emerytury w znacznie mniejszym stopniu niż otrzymywanie renty, determinowało jakość życia kobiet. Wykazano istotnie gorszą jakość życia u emerytek w zestawieniu z pozostałymi badanymi kobietami w 4 domenach kwestionariusza WHQ (pamięć i koncentracja, objawy naczynioruchowe, zachowania seksualne, problemy ze snem) i w 4 domenach kwestionariusza SF-36 (funkcjonowanie fizyczne, rola fizyczna, ogólny stan zdrowia, rola emocjonalna). Z kolei w dziedzinie zaburzenia miesiączkowania emerytki cieszyły się znamienne lepszą jakością życia (można to wytłumaczyć starszym wiekiem emerytek), podobnie znamienne lepsza jakość życia była udziałem emerytek w dziedzinie środowisko kwestionariusza WHOQOL-BREF ( $p < 0,05$ ).

W grupie kobiet pracujących zawodowo w pełnym wymiarze czasu pracy, 463 kobiety (21,6% ogółu badanych) podały swój zawód odpowiadając na pytanie otwarte kwestionariusza ankiety. Zawody podawane przez kobiety

pogrupowano w kategorie zawodów, które zostały przedstawione w tabeli III.

**Tabela III.** Zawody wykonywane przez badane kobiety w pełnym wymiarze czasu pracy

**Table III.** Occupations performed full time by the women in the study

**Таблица III.** Профессии, выполняемые женщинами, работающими полный рабочий день

**Таблиця III.** Професії котрі виконуються жінками, що працюють повний робочий день

Zawód wykonywany w pełnym wymiarze czasu pracy	Liczba badanych	Procent ogółu
Praca umysłowa	37	17,1
Praca fizyczna	124	5,8
Nauczyciel	107	5,0
Rolnik	88	4,1
Praca umysłowa wiążąca się z dużą odpowiedzialnością (prezes, dyrektor, kierownik, główna księgowa, lekarz)	77	3,6
Własna działalność gospodarcza lub właścicielka firmy	30	1,4

Dokonano również analizy statystycznej jakości życia kobiet w zależności od zawodu wykonywanego w pełnym wymiarze czasu pracy. Wyniki analizy statystycznej świadczą o tym, że wykonywany zawód w bardzo dużym stopniu determinował jakość życia kobiet. Różnice istotne statystycznie wykazano we wszystkich dziedzinach zastosowanych w badaniu kwestionariuszy standardowych za wyjątkiem dziedziny zaburzenia miesiączkowania kwestionariusza WHQ. Gorsza jakość życia była udziałem kobiet wykonujących zawód rolnika lub inną pracę fizyczną. Zdecydowanie lepszą jakością życia cieszyły się kobiety wykonujące zawód nauczyciela lub inny rodzaj pracy umysłowej albo pracę umysłową związaną z dużą odpowiedzialnością ( $p < 0,05$ ). Kobiety pracujące w zawodzie rolnika lub wykonujące inny rodzaj pracy fizycznej były również istotnie mniej zadowolone ze swojego zdrowia i jakości swojego życia niż kobiety wykonujące pracę umysłową ( $p < 0,05$ ).

Analiza regresji logistycznej wykazała, że niezależnymi predyktorami niskiej jakości życia kobiet były: wykształcenie niepełne podstawowe, podstawowe lub na poziomie gimnazjum, otrzymywanie renty z tytułu niezdolności do pracy lub rodzinnej, wykonywanie zawodu rolnika lub innej pracy fizycznej w pełnym wymiarze czasu pracy, prowadzenie działalności gospodarczej w pełnym wymiarze czasu pracy.

#### OMÓWIENIE

W badaniach własnych stwierdzono, że kobiety o wykształceniu wyższym lub na poziomie licencjatu cieszyły się lepszą jakością życia niż kobiety o niskim poziomie wykształcenia. Zależności istotne statystycznie ustalono we wszystkich dziedzinach jakości życia zastosowanych w badaniu kwestionariuszy standardowych, za wyjątkiem domeny zaburzenia miesiączkowania kwestionariusza WHQ. Analiza regresji logistycznej dowiodła z kolei, że niski poziom wykształcenia kobiet był silnym predyktorem niskiej jakości życia. Podobne zależności ustaliła *Bińkowska*, która badając w 2004 roku jakość życia kobiet w wieku 45-54 lata na ogólnopolskiej, reprezentatywnej próbie

1083 kobiet stwierdziła, że kobiety z wykształceniem podstawowym lub zawodowym osiągnęły gorsze wyniki w 7 wymiarach jakości życia kwestionariusza WHQ i we wszystkich skalach jakości życia kwestionariusza SF-36 [1]. Potwierdza to wniosek, że w społeczeństwie polskim kobiety gorzej wykształcone charakteryzują się gorszą jakością życia.

Opublikowane ostatnio wyniki dużego badania autorstwa *Williams* i współautorów, obejmujące reprezentatywną próbę 2703 kobiet amerykańskich w wieku 40-65 lat po menopauzie naturalnej lub chirurgicznej dowodzą także, że im wyższe wykształcenie, tym lepsza jakość życia respondentek. Autorzy ci wykazali, że amerykańskie kobiety z wykształceniem wyższym charakteryzowały się istotnie lepszą jakością życia niż kobiety gorzej wykształcone we wszystkich 4 dziedzinach jakości życia kwestionariusza Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL). Potwierdzili oni także lepszą jakość życia kobiet pracujących zawodowo w porównaniu z kobietami niepracującymi [7].

Badanie jakości życia kobiet włoskich po menopauzie, zrealizowane przez *Genazzani* i współautorów przy zastosowaniu kwestionariuszy WHQ i SF-36 dowiodło również, że wyższy poziom wykształcenia i przynależność do wyższej klasy socjoekonomicznej okazały się najważniejszymi predyktorami wysokiej jakości życia kobiet [2].

Istnienia korelacji ujemnej między jakością życia a poziomem wykształcenia kobiet dowodzi także duże populacyjne badanie kohorty kobiet szwedzkich w wieku 50-64 lat, mieszkanek gminy Lund w Szwecji, zrealizowane przez *Li* i współautorów. Badacze ci wykazali, że kobiety o wyższym poziomie wykształcenia istotnie rzadziej skarżyły się na przykre objawy okresu klimakterium [5].

#### WNIOSKI

1. Wykształcenie kobiet wywierało znamienne wpływy na ich jakość życia. Kobiety posiadające wykształcenie wyższe lub na poziomie licencjatu charakteryzowały się najwyższą jakością życia. Najniższą jakość życia stwierdzono u kobiet o wykształceniu niepełnym podstawowym, podstawowym lub na poziomie gimnazjum.

2. Status zawodowy respondentek w istotny sposób decydował o ich jakości życia. Najwyższą jakość życia wykazano u kobiet pracujących zawodowo na pełnym etacie. Kobiety otrzymujące rentę z tytułu niezdolności do pracy lub rodziną, charakteryzowały się znacznie niższą jakością życia niż pozostałe badane.

3. Wykonywany zawód w bardzo dużym stopniu determinował jakość życia kobiet. Gorsza jakość życia była udziałem kobiet wykonujących zawód rolnika lub inną pracę fizyczną. Zdecydowanie lepszą jakością życia cieszyły się kobiety wykonujące zawód nauczyciela lub inny rodzaj pracy umysłowej albo pracę umysłową związaną z dużą odpowiedzialnością.



D. Żońnierczuk-Kieliszek, T. B. Kulik, A. Pacian, A. Stefanowicz

EDUCATION LEVEL AND OCCUPATIONAL STATUS VS. LIFE QUALITY OF WOMEN  
AT PRI- AND POST-MENOPAUSAL AGE

## Summary

The objective of the study was the analysis of the effect of education level and occupational status on the quality of life of women at peri- and post-menopausal age. Three standardised questionnaire forms were applied in the study: WHOQOL-BREF, Women's Health Questionnaire (WHQ) and SF-36, as well as a questionnaire designed by the authors. In 2007 the questionnaire form was mailed to 7,875 women aged 45-65 lat, living in the Lublin Region. As many as 2,143 of letters were returned (the response rate 27.2 %). The data obtained were subject to statistical analyses.

The results of the analyses showed that education level exerted a significant effect on the quality of life of the women in the study. Those possessing university or licentiate education level were characterised by the highest life quality, whereas the lowest life quality was noted among women who had incomplete elementary, elementary or high school education. The occupational status of the respondents also significantly affected their life quality. The highest quality of life was observed among women who were occupationally active working full time. Women who received health benefit due to incapability for work or a family allowance had a significantly lower life quality, compared to the remaining respondents.

Occupation performed full time to a very high degree determined the women's quality of life, while life quality of those performing the occupation of a farmer or other manual labour was worse. Women who worked as teachers or performed other type of intellectual work or intellectual work associated with great responsibility enjoyed a considerably higher life quality.

Д. Жолнерчук-Келишек, Т. Б. Кулик, А. Пачан, А. Стефанович

ОБРАЗОВАНИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПО ОТНОШЕНИЮ К КАЧЕСТВУ  
ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

## Аннотация

В исследовании было проанализировано влияние образования и профессионального статуса на качество жизни женщин в пери- и постменопаузе. В исследовании использовались три стандартизированные анкеты: WHOQOL-BREF, Women's Health Questionnaire (WHQ) и SF-36. В исследовании использовалась также авторская анкета. В 2007 году была выслана почтовая анкета к 7875 женщинам, проживающим в Люблинском воеводстве, в возрасте от 45 до 65 лет. Обратно получено 2143 правильно заполненные анкеты (27,2%). Собранные данные были статистически обработаны.

Результаты анализа свидетельствуют о том, что образование женщин оказывает существенное влияние на качество их жизни. Женщины с высшим образованием или лицензиатом, характеризуются высоким качеством жизни. Самое низкое качество жизни у женщин с неполным начальным образованием, начальным или неполным средним. Профессиональный статус респонденток также является важным фактором, влияющим на качество жизни. Наивысшее качество жизни было зафиксировано у женщин, профессионально работающих полный рабочий день. Женщины получающие пособие по нетрудоспособности или социальное пособие, характеризовались значительно более низким качеством жизни, по отношению к другим респонденткам.

Работа, выполняемая в полном объеме рабочего времени является в очень большой степени являлась детерминантом качества жизни женщин. Худшее качество жизни было зафиксировано у женщин занимающихся фермерской деятельностью или другим физическим трудом. Определенно лучшее качество жизни зафиксировано у женщин

роботаючих учителями, а також другими видами інтелектуального труда, в том числе с высокой ответственностью.

Д. Жолнерчук-Келішек, Т. Б. Кулік, А. Пачан, А. Стефановіч

#### ОСВІТА ТА ПРОФЕСІЙНИЙ СТАТУС ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК У ВІЦІ ПЕРИ- ТА ПОСТМЕНОПАУЗИ

##### Анотація

У дослідженні було проаналізовано вплив освіти та професійного статусу на якість життя жінок в пери- та постменопаузі. У дослідженні використовувалися три стандартизовані анкети: WHOQOL-BREF, Women's Health Questionnaire (WHQ) і SF-36. У дослідженні використовувалася також авторська анкета. У 2007 році була вислана поштова анкета до 7875 жінок, у віці від 45 до 65 років, що мешкають в Люблінському воєводстві. Зворотньо отримано 2143 правильно заповнених анкет (27,2%). Зібрані дані були статистично оброблені.

Результати аналізу свідчать про те, що освіта жінок має істотний вплив на якість життя жінок. Жінки з вищою освітою або ліценціатом, характеризуються високою якістю життя. Найнижча якість життя зафіксована у жінок з неповною початковою освітою, початковою і неповною середньою. Професійний статус респонденток також є важливим фактором, що впливає на якість життя. Найвищу якість життя було зафіксовано у жінок, що професійно працюють повний робочий день. Жінки котрі отримують допомогу з безробітності чи соціальну допомогу, характеризувалися значно більш низькою якістю життя, по відношенню до інших респонденток.

Робота, що виконується в повному обсязі робочого часу в дуже великій мірі детермінувала якість життя жінок. Гіршу якість життя було зафіксовано у жінок котрі займаються фермерською діяльністю або іншою фізичною працею. Кращу якість життя зафіксовано у жінок котрі працюють вчительками, а також іншими видами інтелектуальної праці, в тому числі з високою відповідальністю.

##### PIŚMIENNICTWO

1. Bińkowska M.: Badanie postaw i zachowań zdrowotnych oraz jakości życia reprezentatywnej grupy kobiet polskich w wieku od 45 do 54 lat. *Prz. Menopauz.* 2005, 4, supl. 1, 8- 62.
2. Genazzani AR, Nicolucci A, Campagnoli C et al.: Assessment of the QoL in Italian menopausal women: comparison between HRT users and non-users. *Maturitas* 2002, 42(4), 267-280.
3. Hunter M.: Scaling and Scoring of the Women's Health Questionnaire (WHQ) MAPI Research Institute Lyon France. May 2002.
4. Hunter M.: The Women's Health Questionnaire (WHQ): The development, standardization and application of a measure of mid-aged women's emotional and physical health. *Qual. Life Res.*, 2000, 9, 733-738.
5. Li G, Borgfeldt C et al.: Menopause-related symptoms: what are background factors? A prospective population-based cohort study of Swedish women (The Women's Health in Lund Area study). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, 189(6), 1646-1653.
6. Ware JE, Kosinski M., Gandek B. et al.: The factor structure of SF-36 Health Survey In 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol* 1998, 51, 1159-1165.
7. Williams RE, Levine KB, Kalilani L et al.: Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas* 2009, 62, 1453-1459.

8. Wołowicka L., Jaracz K.: Polska wersja WHOQOL- WHOQOL 100 i WHOQOL BREF [w:] Jakość życia w naukach medycznych. Red. Wołowicka L, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu; Poznań 2001, 235-280.

Data otrzymania: 29.07.2009.

Adres Autorów: dr n. med. Dorota Żołnierczuk-Kieliszek, adiunkt Katedry Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, 20-465 Lublin, Przybylskiego 25A.