



Satysfakcja z życia kobiet w wieku pomenopauzalnym

Satisfaction of life in postmenopausal women

Klaudia Pałucka^a, Agnieszka Bałanda-Bałdyga^b,
Jan Jakub Kęsik^c, Anna B. Pilewska-Kozak^d

^a Dr n. o zdr. Klaudia Pałucka, <https://orcid.org/0000-0002-6467-9118>,
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Turku

^b Dr n. o zdr. Agnieszka Bałanda-Bałdyga, <https://orcid.org/0000-0001-5351-8063>,
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Medyczny, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

^c Dr n. med. Jan Jakub Kęsik, <https://orcid.org/0000-0002-9865-1463>,
Katedra i Klinika Chirurgii Naczyn i Angiologii Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

^d Dr hab. n. o zdr. Anna B. Pilewska-Kozak, <https://orcid.org/0000-0003-4562-2295>,
Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Abstrakt: *Wprowadzenie:* Doznawanie satysfakcji życiowej jest pozadyskusyjnym ludzkim pragnieniem. Okres pomenopauzalny zazwyczaj pociąga za sobą pewne dolegliwości, mogące przyczynić się do osłabienia kondycji psychofizycznej kobiety i tym samym zadowolenia z życia. *Cel pracy:* Celem pracy było zbadanie jaką satysfakcją z życia cechują się kobiety w wieku pomenopauzalnym. *Material i metody:* Badania przeprowadzono w sześciu losowo wybranych poradniach ginekologicznych oraz w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej na terenie miasta Lublin. Objęto nimi 510 kobiet. Jako metodę badań zastosowano sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był specjalnie dla celów tej pracy przygotowany kwestionariusz, składający się z części własnej konstrukcji (dane socjodemograficzne) oraz standaryzowany kwestionariusz Skala Satysfakcji z Życia. *Wyniki:* Wartości satysfakcji z życia, jakie uzyskały badane, wypełniając kwestionariusz SWLS (Satisfaction With Life Scale), wahały się od 5 do 35 punktów, przy czym średnia wynosiła 20,58±5,36. Satysfakcja z życia była istotnie związana z wykształceniem ($p=0,003$), warunkami materialnymi ($p<0,001$) i mieszkaniowymi ($p<0,001$) badanych. Satysfakcję z życia różnicowała również samoocena zdrowia kobiet ($p<0,001$) oraz ich aktywność seksualna ($p=0,001$). *Wnioski:* Kobiety w wieku pomenopauzalnym charakteryzują się przeciętną satysfakcją z życia. Występuje związek między zadowoleniem z życia a poziomem wykształcenia, subiektywną oceną sytuacji materialnej i mieszkaniowej, subiektywną oceną stanu zdrowia i aktywnością seksualną.

Słowa kluczowe: menopauza, postmenopauza, satysfakcja z życia

Abstract: *Introduction:* Having satisfaction with life constitutes an indisputable human desire. The postmenopausal period is usually related to some complaints that can result in a decrease in psychophysical performance in women, thus affecting their satisfaction with life. *The aim of the study:* The objective of the study was to assess satisfaction with life in postmenopausal women. *Material and methods:* The study was performed in six randomly chosen outpatient gynaecological clinics and primary health care settings in Lublin and encompassed 510 women. A diagnostic survey was applied. The research instrument utilized included a specially prepared questionnaire consisting of the authors' own part (sociodemographic data) and the standardized Satisfaction with Life Scale (SWLS). *Results:* Satisfaction with life values obtained by the respondents who used the SWLS ranged from 5 to 35 points with the mean value of 20.58±5.36. Satisfaction with Life was significantly related to the respondents' education ($p=0,003$), material conditions ($p<0,001$) and living conditions ($p<0,001$). Satisfaction with life was also differentiated by the women's health self-assessment ($p<0,001$) and sexual activity ($p=0,001$). *Conclusions:* Postmenopausal women are characterized by medium satisfaction with life. There is a relationship between their satisfaction with life and the level of education, subjective evaluation of their material and living conditions, subjective health assessment and sexual activity.

Keywords: menopause, postmenopause, satisfaction with life.

Wprowadzenie

Literatura przedmiotu proponuje różne formy konceptualizacji satysfakcji życiowej. Dla niektórych autorów jest ona pojęciem bliskoznacznym do jakości życia, dobrego samopoczucia i definicji szczęścia. Z tego powodu, terminy te często są używane zamiennie (Kanadys i in., 2014).

Satysfakcja z życia jest pojęciem szerokim i dość trudnym do jednoznacznego zdefiniowania, ze względu na jego subiektywny charakter. Finalnie uznano, że jest poznawczym komponentem samopoczucia i odzwierciedleniem oceny własnej egzystencji w kon-

tekście znanych jednostek schematów kulturowych i aksjologicznych (Jenabi i in., 2015; Luhmann i in., 2014). Niektórzy autorzy są zgodni, że dobre samopoczucie to literalnie obecność uczuć pozytywnych i brak uczuć negatywnych (Hofmann i in., 2014; MAtud i in., 2014). Rozróżnia się je czasami w dwóch podstawowych formach, mianowicie hedonicznej i eudajmonicznej. Forma hedoniczna reprezentuje sumę pozytywnych doświadczeń afektywnych oraz forma eudajmoniczna, wynika z dążenia w kierunku celu, wykraczającego poza zwykle samozadowolenie (Bartels i in., 2015).

Doznawanie satysfakcji życiowej jest poza-dyskusyjnym ludzkim pragnieniem. Jakkolwiek różne okoliczności życiowe, działania wolicjonalne oraz wachlarz czynników biologicznych mogą determinować potencjalny zakres doświadczanego dobrostanu (Mazur, 2015). Postmenopauza jest pewnego rodzaju okresem kryzysu egzystencjalnego (Heidari, 2017). Pomimo jego niewątpliwie fizjologicznego charakteru, zazwyczaj pociąga za sobą pewne dolegliwości, mogące przyczynić się do osłabienia kondycji psychofizycznej kobiety. To wszystko wyraźnie prowadzi do zmian w percepcji satysfakcji z życia. Zatem na poziom zadowolenia życiowego mogą mieć wpływ stan zdrowia i jego samoocena, styl życia, percepcja menopauzy i sytuacja psychospołeczna kobiety (Terauchi, 2017).

Do obniżenia życiowego zadowolenia może dojść na drodze przeobrażeń biologicznych, wywołujących objawy zespołu klimakterycznego, chorób metabolicznych i nowotworowych (Wieder-Huszla i in., 2017). Występowanie chorób przewlekłych w tym czasie, wiąże się z długotrwałymi towarzyszącymi im problemami psychologicznymi (doświadczanie lęku, depresji i żalu). Stan dobrego samopoczucia łączy się także ze zdolnością do wykonywania podstawowych czynności życiowych, które zazwyczaj są w pewnym zakresie ograniczone (Glinac i in., 2017; Banaczek i in., 2016). Największą rolę przypisuje się zaburzeniom psychicznym, neurologicznym i chorobom układu moczowo-płciowego, które w największym stopniu ingerują w codzienne funkcjonowanie kobiety (Lukkała i in., 2016). Te ostatnie mogą

dotkownie zaburzyć zadowolenie z aktywności seksualnej, na którą składa się fizyczna przyjemność, osobista atrakcyjność i relacje partnerskie (Ornat i in., 2013). Szczęśliwe i satysfakcjonujące relacje seksualne wywierają znaczący wpływ na zdrowie psychofizyczne (Thomas i in., 2015).

W większości kręgów kulturowych zakończenie etapu prokreacyjnego jest równe rozpoczęciu nieuniknionego procesu starzenia się. Wiele kobiet w tym czasie odczuwa poczucie straty, zazwyczaj związane z macierzyństwem i młodością. Niektóre z nich natomiast doświadczają pozytywnych emocji, tj. poczucie większej wolności, brak obawy o zajście w nieplanowaną ciążę czy ulgę od występowania objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego. Zatem percepcja satysfakcji z życia po menopauzie może mieć charakter ambiwalentny (Yoshany i in., 2017; Frange i in., 2018).

1. Cel pracy

Celem pracy było ustalenie jakim poziomem satysfakcji z życia cechują się kobiety w wieku pomenopauzalnym oraz od czego on zależy.

2. Materiał i metody

Badania przeprowadzono w sześciu losowo wybranych poradniach ginekologicznych oraz w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej na terenie miasta Lublin. Objęto nimi 510 kobiet. Kryteriami włączenia do grupy było: czas od ostatniej w życiu miesiączki 2 do 10 lat, wyrażenie pisemnej zgody na udział w badaniach, dobry stan ogólny przed badaniem. Z badań natomiast wyłączono kobiety po menopauzie chirurgicznej i po przedwczesnej menopauzie. Jako metodę badań zastosowano sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był specjalnie dla celów tej pracy przygotowany kwestionariusz, składający się z części własnej konstrukcji (dane socjodemograficzne) oraz standaryzowany kwestionariusz Skala Satysfakcji z Życia. Skala Satysfakcji z Życia, autorstwa Diener i in., w adaptacji Juczyńskiego, składa się z pięciu stwierdzeń. Badane

oceniały, w jakim stopniu każde z nich odnosiło się do ich dotychczasowego życia, w 7-stopniowej skali (1 - zupełnie nie zgadzam się; 2 - nie zgadzam się; 3 - raczej nie zgadzam się; 4 - ani się zgadzam ani nie zgadzam; 5 - raczej zgadzam się; 6 - zgadzam się; 7 - całkowicie zgadzam się). Zsumowane oceny zostały następnie przekształcone na steny. Zgodnie ze skalą stenową podzielono je na: wyniki niskie (1-4 sten), przeciętne (5-6 sten) i wysokie (7-10 sten). Wynikiem pomiaru był też ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia (Juczynski, 2012). Każda kobieta była poproszona indywidualnie o udział w badaniach, potwierdzony pisemną zgodą na specjalnie przygotowanym formularzu, wyjaśniającym ich cel i przebieg. Podkreślano przy tym anonimowość i dobrowolność uczestnictwa w nich. W poradniach ginekologicznych badania prowadzone były w oddzielnym gabinecie, w którym kobiety miały zapewnione warunki intymności i spokoju. Czas wypełniania kwestionariuszy był dostosowany do ich indywidualnych potrzeb. Wszystkim respondentkom na każdym etapie badań stwarzano możliwość zadawania pytań oraz udzielano im wyczerpujących odpowiedzi. Badania zostały wykonane zgodnie z protokołem, zaakceptowanym przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (nr KE-0254/292/2015) oraz były prowadzone zgodnie z zasadami Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Zgromadzony materiał badawczy został poddany analizie statystycznej. Zebrany materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics. Zmienne ilościowe opisano za pomocą średniej, odchylenia standardowego, mediany, a także wartości minimalnej i maksymalnej. W przypadku zmiennych jakościowych podano odsetek i liczebność wskazywanych kategorii odpowiedzi. W przypadku zmiennych nominalnych zastosowano test niezależności chi-kwadrat (ang. Chi-Square test of independence). W celu określenia równoliczności grup zastosowano test chi-kwadrat zgodności (ang. Chi-square goodness-of-fit test). Otrzymane wyniki analizy przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności $p < 0,05$. Wyniki analiz podano w zaokrągleniu do części tysięcznych np. (0.014).

3. Wyniki

3.1. Charakterystyka badanej grupy

Badaną grupę kobiet różnicowało kilka czynników socjodemograficznych, w tym przede wszystkim ich wiek, który wahał się od 44. do 65. lat. Ponad połowa (304; 59.6%) badanych była mieszkankami miast. Dalszych 206 (40.4%) terenów wiejskich. Najwięcej ankietowanych legitymowało się wykształceniem średnim (215; 42.2%). Dalszych 170 (33.3%) wykształceniem wyższym; 81 (15.9%) zasadniczym zawodowym i 44 (8.6%) podstawowym. Swoją sytuację materialną oceniano różnorodnie – 271 (53.1%) badanych oceniła ją jako przeciętną. Dalszych 159 (31.3%) jako dobra; 48 (9.4%) jako zła; 27 (5.3%) jako bardzo dobra, a 5 (1.0%) jako bardzo zła. Inaczej było w przypadku oceny warunków mieszkaniowych – 265 (52.0%) badanych określiło je jako dobre; 143 (28.0%) bardzo dobre, 97 (19.0%) przeciętne i 5 (1.0%) złe. Zdecydowaną większość badanych (380; 74.5%) stanowiły mężatki. Pozostałe to wdowy (63; 12.4%), panny (35; 6.9%) i rozwódki (32; 6.3%). W okresie prowadzenia badań aktywnych zawodowo było 306 (60.0%) kobiet. Pozostałe 204 (40.0%) deklarowały brak stałego zatrudnienia.

3.2. Satysfakcja z życia

Wartości satysfakcji z życia, jakie uzyskały badane, wypełniając kwestionariusz SWLS (Satisfaction With Life Scale), wahały się od 5 do 35 punktów, przy czym średnia wynosiła 20.58 ± 5.36 . Po przeliczeniu surowych wyników na steny u 147 (28.8%) kobiet rozpoznano niską satysfakcję z życia (1-4 stena), u 201 (39.2%) przeciętną (5-6 stena), a u 162 (31.8%) wysoką (7-10 stena). Wyniki dotyczące satysfakcji z życia w badanej grupie kobiet zaprezentowano w tabeli nr 1.

Związek między satysfakcją z życia a wiekiem badanych był bliski istotności ($p = 0.057$). Satysfakcja z życia była istotnie związana z wykształceniem badanych ($p = 0.003$). Różnicowały ją również warunki materialne ($p < 0.001$) i mieszkaniowe ($p < 0.001$) respondentek. Satysfakcję z życia nie różnicowało

Tabela 1. Statystyki opisowe Skali Satysfakcji z Życia

Itemy	M	SD	Min	Max	Percentile		
					25	50	75
Pod wieloma względami moje życie zbliżone jest do ideału	3.56	1.35	1.00	7.00	3.00	4.00	5.00
Warunki mojego życia są doskonałe	3.75	1.36	1.00	7.00	3.00	4.00	5.00
Jestem zadowolony z mojego życia	4.71	1.18	1.00	7.00	4.00	5.00	5.00
W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem	4.55	1.36	1.00	7.00	4.00	5.00	5.00
Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć całe swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić	4.01	1.70	1.00	7.00	3.00	4.00	5.00
SWLS – wynik globalny	20.58	5.36	5.00	35.00	17.00	21.00	24.00
SWLS – steny	5.53	1.93	0.00	10.00	4.00	6.00	7.00

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Min – minimum, Max – maksimum

Tabela 2. Satysfakcja z życia a wiek badanych

Zmienne	Satysfakcja z życia		
	Niska n=147; 28.8%	Przeciętna n=201; 39.2%	Wysoka n=162; 31.8%
M	56.89	57.59	56.59
Wiek	SD	4.22	4.92
	Me	56.00	58.00
Istotność	$\chi^2=5.722$; $p=0.057$		

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Min – minimum, Max – maksimum

miejsce zamieszkania ($p>0.05$), aktywność zawodowa ($p>0.05$) ani stan cywilny badanych ($p>0.05$). Satysfakcja z życia była istotnie związana z samooceną zdrowia kobiet ($p<0.001$). Zależność między satysfakcją z życia badanych a ich danymi socjodemograficznymi i samooceną zdrowia zaprezentowano w tabelach nr 2, 3 i 4.

Podjęto próby zbadania zależności między satysfakcją z życia badanych a ich aktywnością fizyczną, wykonywaniem badań profilaktycznych i aktywności seksualnej. Satysfakcję z życia różnicowała aktywność seksualna badanych ($p=0.001$). Inne badane cechy były bez znaczenia ($p>0.05$). Zależności między satysfakcją z życia respondentek a wybranymi zachowaniami zdrowotnymi ukazano w tabeli nr 5.

4. Dyskusja

Utrzymanie wysokiej satysfakcji z życia w okresie pomenopauzalnym może być trudne. Niektórzy autorzy wskazują na znaczne jego pogorszenie po zakończeniu miesiączkowania (Frange, 2018). Inni natomiast sugerują, że dobre samopoczucie może być niezależne od okresu życia, w jakim znajdują się kobiety, ale od specyficznych czynników związanych z wiekiem (Banaczek, 2016). Analiza satysfakcji z życia w badanej grupie wykazała wartości przeciętne ($M=20.58\pm 5.36$), a tylko u 31.8% kobiet wysokie. Nieco niższe wartości prezentowali Kanadyjsi i in. ($M=17.40\pm 7.38$) oraz Juczyński ($M=18.42\pm 5.28$) (Kanadyjsi i in., 2014; Juczyński, 2012). Warto też zauważyć, iż przedstawione przez tego drugiego autora wartości, dotyczące kobiet w wieku okołomenopauzalnym, okazały się najniższe spośród wszystkich grup objętych badaniem.

Analiza statystyczna zebranego materiału pokazała bliski istotności związek między zadowoleniem z życia badanych a ich wiekiem ($p=0.57$) oraz istotny związek ($p<0.05$) z poziomem wykształcenia, subiektywną oceną sytuacji materialnej i mieszkaniowej, subiektywną oceną stanu zdrowia i aktywnością seksualną. Wyżej wspomniane związki były na korzyść kobiet młodszych, lepiej wykształconych, żyjących w lepszych warunkach socjalno-bytowych, lepiej oceniających swój stan zdrowia oraz aktywnych seksualnie.

Tabela 3. Satysfakcja z życia a dane socjodemograficzne badanych

Zmienne		Satysfakcja z życia					
		Niska n=147; 28.8%		Przeciętna n=201; 39.2%		Wysoka n=162; 31.8%	
		n	%	n	%	n	%
Miejsce zamieszkania	Miasto n=304; 59.6%	80	54.4	120	59.7	104	64.2
	Wieś n=206; 40.4%	67	45.6	81	40.3	58	35.8
Significance		$\chi^2 = 3.060; p=0.217$					
Wykształcenie	Podstawowe n=44; 8.6%	8	5.4	24	11.9	12	7.4
	Zawodowe n=81; 15.9%	19	12.9	35	17.4	27	16.7
	Średnie n=215; 42.2%	80	54.4	80	39.8	55	34.0
	Wyższe n=170; 33.3%	40	27.2	62	30.8	68	42.0
Istotność		$\chi^2 = 19.487; p=0.003$					
Aktywność zawodowa	Tak n=306; 60.0%	93	63.3	111	55.2	102	63.0
	Nie n=204; 40.0%	54	36.7	90	44.8	60	37.0
Istotność		$\chi^2 = 3.156; p=0.206$					
Stan cywilny	Mężatka n=380; 74.5%	110	74.8	142	70.6	128	79.0
	Wdowa n=63; 12.4%	16	10.9	26	12.9	21	13.0
	Panna n=35; 6.9%	13	8.8	16	8.0	6	3.7
	Rozwódka n=32; 6.3%	8	5.4	17	8.5	7	4.3
Istotność		$\chi^2 = 7.429; p=0.283$					
Warunki materialne	Bardzo dobre n=27; 5,3%	3	2.0	3	1.5	21	13.0
	Dobre n=159; 31,2%	24	16.3	65	32.3	70	43.2
	Przeciętne n=271; 53,1%	93	63.3	116	57.7	62	38.3
	Złe n=48; 9,4%	27	18.4	17	8.5	9	5.6
Istotność		$\chi^2 = 68.165; p<0.001$					
Warunki mieszkaniowe	Bardzo dobre n=143; 28,0%	23	15.6	50	24.9	70	43.2
	Dobre n=265; 52,0%	77	52.4	105	52.2	83	51.2
	Przeciętne n=97; 19,0%	46	31.3	42	20.9	9	5.6
	Złe n= 5; 1%	1	.7	4	2.0	0	0.0
Istotność		$\chi^2 = 53.358; p<0.001$					

Tabela 4. Satysfakcja z życia a subiektywna ocena stanu zdrowia

Zmienne		Satysfakcja z życia					
		Niska n=147; 28.8%		Przeciętna n=201; 39.2%		Wysoka n=162; 31.8%	
		n	%	n	%	n	%
Stan zdrowia	Bardzo dobry n=19;3.7%	1	.7	3	1.5	15	9.3
	Dobry n=298;58.4%	62	42.2	131	65.2	105	64.8
	Przeciętny n=172;33.7%	71	48.3	60	29.9	41	25.3
	Zły n=21;4.1%	13	8.8	7	3.5	1	.6
Istotność		$\chi^2 = 55.552; p < 0.001$					

Tabela 5. Satysfakcja z życia a wybrane zachowania zdrowotne

Zmienne		Satysfakcja z życia					
		Niska n=147; 28.8%		Przeciętna n=201; 39.2%		Wysoka n=162; 31.8%	
		n	%	n	%	n	%
Aktywność fizyczna	Tak n=118; 23.1%	29	19.7	44	21.9	45	27.8
	Nie n=392 76.9%	118	80.3	157	78.1	117	72.2
Istotność		$\chi^2 = 3.098; p = 0.212$					
Wykonywanie profilaktycznych badań ginekologicznych	Regularnie n=291; 57.1%	81	55.1	113	56.2	97	59.9
	Nieregularnie n=159; 31.2 %	45	30.6	71	35.3	43	26.5
	Nigdy n=60; 11.7%	21	14.3	17	8.5	22	13.6
Istotność		$\chi^2 = 5.705; p = 0.222$					
Wykonywanie samobadania piersi	Regularnie n= 369 ; 72.4%	104	70.7	151	75.1	114	70.4
	Nieregularnie n= 299; 58.6%	43	29.3	50	24.9	48	29.6
Istotność		$\chi^2 = 1.279; p = 0.527$					
Wykonywanie badania mammograficznego	Regularnie n= 369; 72.4%	106	72.1	147	73.1	116	71.6
	Nieregularnie n= 141; 27.6%	41	27.9	54	26.9	46	28.4
Istotność		$\chi^2 = 0.111; p = 0.946$					
Aktywność seksualna	Tak, n=269; 52.7%	57	38.8	88	43.8	96	59.3
	Nie n=241; 47.3%	90	61.2	113	56.2	66	40.7
Istotność		$\chi^2 = 14.580; p = 0.001$					

Wielu autorów zauważyło, że satysfakcja życiowa ulega pogorszeniu, wraz z postępującym procesem starzenia się (Jenabi i in., 2015; Wieder-Huszla i in., 2014). Inni badacze (Elahi i in., 2018) stwierdzili, że satysfakcja z życia wzrasta wraz z wiekiem. Związane jest to z większym doświadczeniem rozwiązywaniu życiowych problemów i radzenia sobie z wyzwaniami dnia codziennego.

Większe zadowolenie z życia wśród osób lepiej wykształconych i żyjących w dobrych warunkach socjalno-bytowych obserwowali w swoim materiale niektórzy autorzy, jakkolwiek ich grupy badane stanowiły kobiety w okresie okołomenopauzalnym, a nie wyłącznie pomenopauzalnym (Kanadys i in., 2014). Ornat i in., zaobserwowali spadek poziomu satysfakcji życiowej u kobiet z niskim statusem materialnym (Ornat i in., 2013).

Chorobowość wiąże się z oceną zadowolenia z życia, a zaburzenia psychosomatyczne mogą skutkować gorszymi wynikami w tym zakresie. Co ciekawe, uciążliwość objawów chorobowych wydaje się być ważniejszym czynnikiem, związanym z zadowoleniem z życia niż sam rodzaj choroby (Lukkala, 2016). Jakie choroby i objawy im towarzyszące mogły wpłynąć na pogorszenie percepcji własnego życia wśród badanych kobiet, nie wiadomo. Wyjaśnienie tej kwestii wymaga przeprowadzenia innych badań.

Jednym z ważnych elementów jakości życia kobiet jest ich aktywność seksualna (Stec, 2014). Posiadanie pożądanego poziomu jakości życia seksualnego ma fundamentalne znaczenie dla zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego i wiąże się z poprawą ogólnej jakości życia. Większość kobiet w wieku 40-60 lat jest aktywna seksualnie. Jednak w tym okresie zachodzą negatywne zmiany w funkcjach seksualnych i objawy temu towarzyszące są bardzo powszechne (Thomas, 2019).

Kobiety, które pozytywnie oceniają swoje życie seksualne po menopauzie, zazwyczaj charakteryzują się większą pewnością siebie i wyższą samoakceptacją (Thomas i in., 2018). Natomiast satysfakcjonujące życie seksualne wpływa znacząco na relacje part-

nerskie, w szczególności w związkach małżeńskich (Parand i in., 2014). Stąd można przypuszczać, że ta sfera życia determinuje ogólną satysfakcję życiową kobiet. Podobnie było w badaniach własnych, gdzie wykazano, że kobiety aktywne seksualnie wykazują wyższe zadowolenie z życia.

Prezentowane wyniki badań zachęcają do dalszych dociekań. Niniejsze badanie ma bowiem kilka ograniczeń. Ze względu na wiek badanych trudno jest, włączyć tylko kobiety bez żadnych problemów zdrowotnych. W celu uzyskania bardziej szczegółowych i obiektywnych wyników, należałoby podjąć próbę zbadania wpływu występowania choroby przewlekłej na poziom satysfakcji życiowej badanych. Kolejno, zasadne wydaje się również poszerzenie grupy badanej, w celu uzyskania próby reprezentatywnej dla określonej populacji. W dostępnej literaturze brakuje wciąż badań, które dotyczą przede wszystkim kobiet w wieku pomenopauzalnym. Mocną stroną niniejszych badań jest fakt, że potraktowano postmenopauzę, jako odrębny okres życia kobiety, mający swoje charakterystyczne cechy. Porównanie wykrytych związków i zależności, z wynikami badań innych autorów, okazało się jednak dość trudne. W wielu opracowaniach częściej można spotkać grupę badaną w wieku okołomenopauzalnym.

Wnioski

1. Kobiety w wieku pomenopauzalnym charakteryzują się przeciętną satysfakcją z życia.
2. Występuje związek między zadowoleniem z życia a poziomem wykształcenia, subiektywną oceną sytuacji materialnej i mieszkaniowej, subiektywną oceną stanu zdrowia i aktywnością seksualną kobiet w wieku pomenopauzalnym. Wyżej wspomniane związki były na korzyść kobiet młodszych, lepiej wykształconych, żyjących w lepszych warunkach socjalno-bytowych, lepiej oceniających swój stan zdrowia oraz aktywnych seksualnie.

Bibliografia

- Banaczek, Z., Saracen, A. (2016). Satysfakcja życia i samoocena wśród kobiet w okresie menopauzy. *Wiadomości Lekarskie*, 69(2) II, 174-179.
- Bartels, M. (2015). Genetics of wellbeing and its components satisfaction with life, happiness, and quality of life: A review and meta-analysis of heritability studies. *Behavior Genetics*, 45(2), 137-156.
- Elahi, N., Ghannad, N., Haghhighizadeh, M.H. (2018). The relationship between health promoting lifestyle with life satisfaction in postmenopausal women. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 6(5), 139-44.
- Frange, C., Hachul, H., Hirotsu, C., Tufik, S., Andersen, M.L. (2018). Insomnia with Musculoskeletal Pain in Postmenopause: Associations with Symptoms, Mood, and Quality of Life. *Journal of Menopausal Medicine*, 24(1), 17-28.
- Glinac, A., Matovic, L., Saric, E., Bratovic, V., Sinanovic, S. (2017). The quality of life in chronic patients in the process of rehabilitation. *Materia Socio-Medica*, 29(3), 168- 171.
- Heidari, M., Ghodusi, M., Rafiei, H. (2017). Sexual self-concept and Its relationship to depression, stress and anxiety in postmenopausal women. *Journal of Menopausal Medicine*, 23(1), 42-48.
- Hofmann, W., Luhmann, M., Fisher, R. R., Vohs, K. D., Baumeister, R. F. (2014). Yes, but are they happy? Effects of trait self - control on affective wellbeing and life satisfaction. *Journal of Personality*, 82(4): 265-277.
- Hu, L., Zhu, L., Lyu, J., Zhu, W., Xu, Y., Yang, L. (2017). Benefits of walking on menopausal symptoms and mental health outcomes among Chinese postmenopausal women. *International Journal of Gerontology*, 11(3), 166-170.
- Jenabi, E., Shobeiri, F., Hazavehei, S.M., Roshanaei, G. (2015). Assessment of questionnaire measuring quality of life in menopausal women: a systematic review. *Oman Medical Journal*, 30(3), 151. <https://doi.org/10.5001/omj.2015.34>
- Juczynski, Z. (2012). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kanadys, K., Lewicka, M., Sulima, M., Surdyka, D., Wiktor, H. (2014). Analiza poziomu satysfakcji z życia kobiet w okresie okołomenopuzalnym zależnie od wybranych czynników socjodemograficznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(1), 42-45.
- Luhmann, M., Weiss, P., Hosoya, G., Eid, M. (2014). Honey, I got fired! A longitudinal dyadic analysis of the effect of unemployment on life satisfaction in couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107(1), 163-180.
- Lukkala, P.S., Honkanen, R.J., Rauma, P.H., Williams, L.J., Quirk, S.E., Kröger, H., Koivumaa-Honkanen, H. (2016). Life satisfaction and morbidity among postmenopausal women. *PLoS ONE*, 11(1), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147521>
- Matud, M., Bethencourt, J.M., Ibáñez I. (2014). Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. *Personality and Individual Differences*, 70, 206-211.
- Mazur, A. (2015). Poczucie satysfakcji z życia osób o różnych stylach radzenia sobie ze stresem. *Innowacje Psychologiczne. Studenckie Czasopismo Naukowe*, 4(1), 1-8.
- Mroczek, B., Wróblewska, I., Jamrocha, K., Jurczak, A., Kurpas, D. (2014.) Jakość życia kobiet w okresie menopauzy. *Family Medicine and Primary Care Review*, 2, 136-137.
- Ornat, L., Martínez-Dearth, R, Muñoz, A., Franco, P., Alonso, B., Tajada, M., Pérez-López, F. R. (2013). Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. *Maturitas*, 75(3), 261-269.
- Parand, A., Mosalanejad, L., Ramezani, S., Ghavi, F. (2014). Menopause and crisis? Fake or real: comprehensive search to the depth of crisis experienced: a mixed-method study. *Global Journal of Health Science*, 6(2), 246-255. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p246>
- Stec, M., Stec, M., Studzińska, N. (2014). Menopauza a problemy seksualne kobiet. *European Journal of Medical Technologies*, 1(2), 54-59.
- Terauchi, M., Hirose, A., Akiyoshi, M., Kato, K., Miyasaka, N. (2017). Feelings of unattractiveness in peri-and postmenopausal women are associated with depressed mood, poor memory and unsatisfactory sexual relationships. *Climacteric*, 20(3), 228-232.
- Thomas, H.N., Hamm, M., Hess, R., Thurston, R.C. (2018). Changes in sexual function among midlife women: "I'm older... and I'm wiser". *Menopause*, 25(3), 286-292. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000988>
- Thomas, H.N, Hess, R, Thurston, R.C. (2015). Correlates of sexual activity and satisfaction in midlife and older women. *Annals of Family Medicine*, 13(4), 336-342.
- Thomas, H.N., Hamm, M., Borrer, S., Hess, R., Thurston, R.C. (2019). Body Image, Attractiveness, and Sexual Satisfaction Among Midlife Women: A Qualitative Study. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 28(1), 100-106.
- Wieder-Huszla, S., Szkup, M., Jurczak, A., Samochowiec, A., Samochowiec, J., Stanisławska, M., Rotter, I., Karakiewicz, B., Grochans, E. (2014). Effects of socio-demographic, personality and medical factors on quality of life of postmenopausal women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(7), 6692-6708.
- Yoshany, N., Morowatisharifabad, M.A., Mihanpour, H., Bahri, N., Jadgal, K.M. (2017). The effect of husbands' education regarding menopausal health on marital satisfaction of their wives. *Journal of Menopausal Medicine*, 23(1), 15-24.