Beata Tobiasz-Adamczyk
Piotr Brzyski
Jadwiga Bajka

SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA JAKOŚCI ŻYCIA KOBIET U PROGU WIEKU STARSZEGO

Badania porównawcze

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

Jerzy Hrycyk

PROJEKT OKŁADKI

Dorota Heliasz

Książka dofinansowana przez Komitet Badań Naukowych numer projektu 6P05D 068 20

ISBN 83-233-1806-9

www.wuj.pl

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Redakcja: ul. Karmelicka 27/4, 31-131 Kraków
tel. (012) 423-31-87, tel. fax (012) 423-31-60
Dystrybucja: ul. Bydgoska 19 C, 30-056 Kraków
tel. (012) 638-77-83, (012) 636-80-00 w. 2022
fax (012) 423-31-60, (012) 636-80-00 w. 2023
tel. kom. 0506-006-674, e-mail: wydaw@if.uj.edu.pl
Konto: BPH PBK SA IV/O Kraków nr 62 1060 0076 0000 3200 0047 8769

SPIS TREŚCI

Rozdział 1

Wprowadzenie – próba wyjaśnienia różnic w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet

Obserwowane różnice w długości życia mężczyzn i kobiet w krajach rozwiniętych znalazły się od pewnego czasu w centrum uwagi zarówno socjologii medycyny, jak i epidemiologii społecznej.

W większości krajów wysoko rozwiniętych kobiety żyją przeciętnie o 6 lat dłużej niż mężczyźni, ale ich dłuższe życie wcale nie jest oznaką dobrego zdrowia. Liczne badania, jakkolwiek potwierdzają różnice w długości życia mężczyzn i kobiet, to także wykazują zróżnicowanie ich stanu zdrowia fizycznego i psychicznego (Kagan, 1978; Odhnoff, 1978; Umberson, 1992). Kobiety, jeśli nawet przeżywają mężczyzn, charakteryzują się gorszym stanem zdrowia i gorszymi warunkami życia. Obraz ten dotyczy obiektywnych wskaźników stanu zdrowia (np. opartych na danych o chorobowości), jak i znajduje odbicie w subiektywnych ocenach stanu zdrowia; kobiety w porównaniu do mężczyzn mają tendencję do częstszych negatywnych ocen stanu zdrowia, przy czym uważa się, że jakość życia rzutuje na ich sposób postrzegania i oceniania zdrowia, a potwierdzane przez nie częściej ogólne złe samopoczucie ma swoje podłoże w problemach psychospołecznych,

Prowadzone badania dowodzą, że jakkolwiek kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, to odznaczają się wyższą chorobowością, zgłaszają więcej objawów chorobowych, częściej zdarzają się im dni, które ze względu na zły stan zdrowia wykluczają je z codziennego funkcjonowania, zażywają więcej leków i częściej korzystają z porad lekarskich. Różnice w chorobowości kobiet i mężczyzn wynikają z potwierdzania przez nie większej ilości chorób ostrych we wcześniejszych okresach życia, uskarżania się na większą liczbę chorób przewlekłych, ale o lżejszym przebiegu, częstszym korzystaniu z porad udzielanych przez lecznictwo otwarte. Lekarze przepisują kobietom więcej leków, kobiety zażywają więcej leków zarówno tych zleconych przez lekarza, jak i nieprzepisanych (Macintyre, 1996). Verbrugge (1985) uznała za paradoks fakt, że dłuższe życie kobiet oznacza gorszą jakość ich życia. Jej zdaniem kobiety charakteryzują się wyższą częstością długotrwałych dolegliwości, chorób i niepełnosprawności, ale są to choroby niekończące się bezpośrednio śmiercią lub niepociągające za sobą ryzyka zgonu. Również według Ross (1994), jakkolwiek kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, ich stan zdrowia jest znacznie gorszy, co wynika z faktu, że na przestrze-

ni całego życia kobiety z racji pełnionych funkcji narażone są na więcej zarówno ostrych, jak i przewlekłych chorób, ale o lżejszym przebiegu, które prowadzić mogą do niepełnosprawności lub odznaczają się znaczną uciążliwością, ale nie są związane z bezpośrednim ryzykiem zgonu. Mężczyźni natomiast wraz z wiekiem narażeni są na choroby bezpośrednio kończące się zgonem lub na choroby przewlekłe, pociągające za sobą ryzyko zgonu. Stan zdrowia psychicznego kobiet i mężczyzn jest również zróżnicowany: wśród kobiet obserwuje się częściej objawy depresji; panuje również przekonanie, że kobiety częściej korzystają z porad lekarskich w przypadku zaburzeń w zdrowiu psychicznym.

Uważa się, że przyczyny różnic w poziomie i rodzaju chorobowości pomiędzy kobietami a mężczyznami tkwią w większym przywiązywaniu przez nie uwagi do wszystkich sygnałów pochodzących z organizmu, a prowadzących do poczucia dyskomfortu; kobiety częściej niż mężczyźni sygnalizują wszystkie obserwowane objawy, a także swoje emocje towarzyszące percepcji tych objawów (Furnham, 1994). Nie wszystkie jednak badania potwierdzają fakt, że kobiety częściej niż mężczyźni zgłaszają objawy chorobowe lub że są mniej wytrzymałe na ból, np. nie zaobserwowano, aby płeć różniła percepcję objawów w chorobach nowotworowych, a wręcz odwrotnie: kobiety dłużej zwlekały ze zgłoszeniem się do lekarza (Macintyre, 1996).

Zgłaszane przez kobiety i mężczyzn dolegliwości są zróżnicowane i zależą nie tylko od uwarunkowań biologicznych, ale także od różnych uwarunkowań społecznych i kulturowych, niemniej różnice w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn przekładają się na różnice o oczekiwanej długości życia (Macintyre, 1996).

Według Macintyre (1996), przyczyny gorszego stanu zdrowia kobiet są bardziej złożone i wynikają przede wszystkim z pełnionych ról społecznych, natomiast nie są wyłącznie konsekwencją pewnych biologicznych uwarunkowań.

Hipotezy zmierzające do wyjaśnienia różnic w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami zakładają, że różnice te obok uwarunkowań biologicznych są wynikiem ryzyka związanego z pełnionymi rolami i towarzyszącym im stresem oraz odmienności w postawach i zachowaniach wobec zdrowia, wyrażających się m.in. różną percepcją objawów chorobowych, sposobem ich opisywania i reagowania na nie, zróżnicowaną częstością korzystania z usług medycznych (Anson, 1993; Popay, 1993; Rodin, 1990; Walters, 1993).

Próbą osadzenia problematyki różnic w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn w perspektywie koncepcji nierówności społecznych są badania nad stratyfikacją, koncentrujące się na obserwowanej w wielu krajach nierówności płci w dostępie do pracy, wysokości zarobków, prestiżu, władzy (Arber, 1993). Według Ross (1994), zróżnicowanie stanu zdrowia wśród mężczyzn i kobiet jest wynikiem zajmowania odmiennej w zależności od płci pozycji w stratyfikacji społecznej, co wynika m.in. z wykonywania częściej pracy płatnej (mężczyźni) i częściej pracy niepłatnej w domu (kobiety), a obiektywne i subiektywne przesłanki występujących nierówności potwierdzają w wielu krajach sytuację niekorzystną dla kobiet.

Uważa się, że podstawowe różnice w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet tkwią w narażeniu na określone czynniki wynikające z pracy zawodowej, sposobu spędzania wolnego czasu, stresu psychologicznego, oddziaływania środowiska społecznego, a występujące choroby są ich konsekwencją (Ostrowska, 1999; Tobiasz-Adamczyk, 1999). Według Ross (1994), podstawowe różnice w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet wynikają z rodzaju pracy i stylu życia, przy czym są wyznaczone m.in. przez następujące fakty:

1. Nadal więcej mężczyzn niż kobiet związanych jest z pracą zarobkową, więcej mężczyzn niż kobiet pracuje w pełnym wymiarze godzin.

2. Kariery zawodowe mężczyzn i kobiet przebiegają często odmiennie – kobiety wykonują prace gorzej płatne, dające mniejsze możliwości rozwoju zawodowego i osiągania wyższych stanowisk.

3. Pracujące kobiety odznaczają się lepszym stanem zdrowia niż niepracujące, niemniej praca zawodowa naraża również kobiety na wypadki i ekspozycję na antyzdrowotne czynniki związane ze środowiskiem pracy.

4. Kobiety obciążone są większą ilością prac związanych z prowadzeniem domu, opieką nad dziećmi; mężczyźni wykonują mniej prac w środowisku domowym

5. Pozycja kobiety w środowisku pracy i w domu jest często źródłem napięć i przyczyną stanów depresyjnych, które pośrednio i bezpośrednio wpływają na stan zdrowia i zachowania zdrowotne.

Poważne zmiany w pełnionych przez kobiety i mężczyzn rolach społecznych spowodowały wśród kobiet modyfikację zachowań związanych ze zdrowiem. Zmiany w aktywności zawodowej kobiet przyczyniły się do spadku zgłaszanych przez nie ograniczeń w aktywności życiowej (np. w USA w okresie 1964–1976) lub potwierdzania długotrwałych objawów (w latach 1957–1972).

Systematyczny wzrost poziomu wykształcenia kobiet i ich zatrudnienia, zmiany w obowiązkach domowych i formach spędzania wolnego czasu w istotny sposób rzutują na obserwowane wśród kobiet zmiany w zachowaniach związanych ze zdrowiem i chorobą.

Wpływ środowiska na ogólny stan zdrowia kobiet (wyłączając problemy zdrowia reprodukcyjnego) oznacza relację pomiędzy zdrowiem kobiet a „zdrowiem" środowiska, w którym żyją i funkcjonują. Przestrzeń życiowa w wymiarze kulturowego i społecznego funkcjonowania, tj. zakresu bezpośrednich i pośrednich interakcji z otoczeniem, przez długi czas była odmienna dla kobiet i mężczyzn. Należy zadać pytanie, czy obecnie nadal utrzymują się zależne od płci różnice w zasadach budowania „społecznej przestrzeni życiowej", które podtrzymywałyby charakterystyczne dla kobiet (w odróżnieniu od mężczyzn) wzory interakcji w obrębie własnej „przestrzeni życiowej", zapobiegające, ale i będące czynnikami ryzyka wystąpienia określonych zmian w stanie zdrowia.

W pełnionych przez kobiety rolach w rodzinie zawiera się także wysoki stopień odpowiedzialności za życie innych, w tym za zdrowie członków rodziny, a przede wszystkim dzieci. Do podstawowych zadań kobiety nadal należy opiekowanie się rodziną w razie choroby oraz troska o utrzymanie ich stanu zdrowia, co wymaga elementarnej wiedzy dotyczącej objawów chorobowych, ich leczenia i potrzebnej pielęgnacji.

Bez względu na stopień rozwoju cywilizacyjnego, kobiety są nadal na co dzień osobami bezpośrednio i pośrednio odpowiedzialnymi za zdrowie, np. poprzez obowiązki domowe, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, gotowanie, pranie, dbanie o higienę dzieci, domowników. Ta aktywność kobiet wiąże się ze spoczywającym na nich nadal obowiązkiem odpowiedzialności za zdrowie członków gospodarstwa domowego. Kobiety pełniąc rolę opiekunek, pielęgnując w chorobie – przyjmują w rodzinie rolę pierwszych opiekunek i osób leczących w sytuacji choroby. Z racji tych funkcji kobiety posiadają pewną wiedzę medyczną, której nie można ignorować, np.

stosują wiele sposobów walki z chorobą przez leczenie ziołami lub za pomocą powszechnie dostępnych leków.

W konsekwencji swoich zadań życiowych, tj. zarówno w pracy zawodowej, jak i z racji obowiązków w środowisku domowym, kobiety odznaczają się mniejszym ryzykiem zachorowania, gdyż w skali ogólnej nadal mniejsze jest ich zatrudnienie niż mężczyzn, a w wielu przypadkach mają bardziej bezpieczną pracę niż mężczyźni (mniejsze narażenie w środowisku pracy na czynniki chemiczne, hałas, wibrację); kobiety wykonują również bardziej bezpieczne zajęcia w środowisku domowym. Natomiast kobiety częściej odczuwają psychologiczne napięcia i stresy, wynikające zarówno z trudności dnia codziennego, jak i całego przebiegu życia, reagując na nie np. objawami depresji, poczuciem winy, co może obniżać ich odporność na choroby ostre i choroby przewlekłe (Fenz, 1978). Najczęstszą przyczyną napięć odczuwanych przez kobiety są pełnione przez nie role społeczne.

Odmienności w aktywności zawodowej wyznaczały dawniej odmienny styl życia mężczyzn i kobiet, różną organizację czasu lub sposobów wypoczynku. W kohortach dzisiejszych kobiet starszych wiekiem częstość zachowań antyzdrowotnych w przeszłości, takich jak palenie papierosów, picie alkoholu, otyłość, brak uprawiania sportów różniła się znacznie od charakterystycznych dla mężczyzn, ich równolatków (Waldron, 1991; Ross, 1994).

Wiele badań wskazuje na znaczenie, jakie dla przebiegu wieku starszego ma fakt pokonywania przez kobiety na przestrzeni całego życia różnych sytuacji stresowych i jak ta umiejętność wypracowywania strategii radzenia sobie ze stresem owocuje większymi zasobami bio-psycho-społecznymi wniesionymi w wiek podeszły. Zdolność adaptacji do wieku podeszłego, jaką w lepszym stopniu wykazują się starsze wiekiem kobiety, może być wyjaśniana tylko poprzez odwołania się do ich biografii, uprzednich doświadczeń życiowych i stopnia narażenia na stresujące wydarzenia życiowe. Wyższe umiejętności kobiet w adaptowaniu się do starości są pozornie niewidoczne, gdyż większość badań koncentruje się na negatywnych przejawach starości, np. na konsekwencjach niepełnosprawności czy objawach depresji.

Różnice we współczynnikach umieralności mężczyzn i kobiet próbuje się również wyjaśnić, wskazując na odmienny charakter więzi społecznych, w jakie na przestrzeni swego życia uwikłani są mężczyźni i kobiety. Uważa się, że tradycyjne więzi społeczne kobiet, wynikające z pełnionych przez nie ról kobiecych, spełniały funkcję ochronną, dającą kobiecie wsparcie emocjonalne (Barusch, 1989). W procesie socjalizacji i wychowywania, ucząc kobiety łagodności i gotowości niesienia pomocy innym, poprzez przygotowywanie ich przede wszystkim do roli matki, kreowano pewne emocjonalne postawy i predyspozycje do zachowań, oznaczające umiejętność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, wymagającymi pokonywania stresu.

Kobiety różni od mężczyzn częstość korzystania z usług medycznych, a wiele badań wskazuje na fakt znacznie częstszego korzystania przez kobiety z podstawowej opieki medycznej i leczenia szpitalnego. Uważa się, że dotychczas kobiety szybciej wchodziły w rolę osób chorych i lepiej adaptowały się do sytuacji choroby. Dodatkowo chorowanie było w wielu sytuacjach stanem bardziej społecznie akceptowanym w odniesieniu do kobiet niż do mężczyzn. We wszystkich grupach wiekowych kobiety zażywają więcej leków; wyższy odsetek kobiet ma przepisywane leki przez lekarza i wyższy odsetek kobiet zażywa leki psychotropowe, kobiety również chętniej poddają się zaleceniom profilaktycznym, zażywając np. więcej witamin.

Obserwowane różnice w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet były w ostatnich latach przedmiotem licznych badań i rozważań teoretycznych, w których starano się ustalić, dlaczego kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, pomimo że odznaczają się wyższą chorobowością. W poszukiwaniu przyczyn tych zróżnicowań odwoływano się w pierwszym rzędzie do biomedycznego modelu, próbując wyjaśnić różnice w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet odmiennościami biologicznymi i dziedziczonymi predyspozycjami genetycznymi, warunkującymi niejednakowe ryzyko zachorowania na określone choroby i w ich następstwie niejednakowe ryzyko zgonu. Niemniej, niemożność wyjaśnienia wszystkich różnic w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet poprzez odwołanie się do tej perspektywy skłoniła badaczy w stronę modelu socjokulturowego, stworzonego na gruncie socjologii medycyny, w którym odmienności w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet próbuje się wyjaśnić poprzez odwołanie się do zróżnicowanego w zależności od płci podziału ról społecznych, odmiennego stylu życia i związanych z nim czynników ryzyka oraz poprzez orientację zdrowotną wyrażającą się postawami pro- lub antyzdrowotnymi i określonymi zachowaniami w zdrowiu i chorobie. To starcie się dwóch odmiennych perspektyw (biomedycznej i socjomedycznej) wskazało w konsekwencji na konieczność zintegrowania obu modeli, bez jednostronnego ograniczenia się tylko do jednego z nich.

Ostatnie dekady przyniosły znaczne zmiany społeczne i ekonomiczne dotyczące kobiet należących do młodszych kohort (np. wzrastający poziom wykształcenia kobiet, nasilenie aktywności zawodowej, zmiany w układach rodzinnych i strukturze ról rodzinnych), które mogą gwarantować kobiecie w przyszłości jej lepszą sytuację w wieku podeszłym (przede wszystkim z racji wzrostu poziomu wykształcenia, karier zawodowych, a tym samym lepszych możliwości zapewnienia sobie zabezpieczeń ekonomicznych i społecznych).

Nasuwa się zatem pytanie – czy konsekwencją narastającej tendencji do osiągania przez kobiety tych samych pozycji społecznych co mężczyźni, ale i ekspozycji na te same zagrożenia wynikające z unifikacji stylu życia będzie stopniowy zanik różnic w długości życia i w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet?

Liczne rozważania dotyczące różnic pomiędzy mężczyznami i kobietami w trendach umieralności i chorobowości stawiają nierozstrzygniętym pytanie co do wpływu zmian ekonomicznych i społecznych w młodszych kohortach kobiet na zacieranie się w przyszłości różnic w miernikach stanu zdrowia w zależności od płci. Zacieranie się w wielu aspektach różnic w stylu życia pomiędzy kobietami a mężczyznami (np. palenie papierosów, aktywność zawodowa nastawiona wyłącznie na sukces) zdaniem wielu badaczy może zaowocować w przyszłości zmianą obrazu umieralności i chorobowości wśród kobiet i zrównaniem ich szans przeżywalności do poziomu obserwowanego wśród mężczyzn.

Ten [illegible] nie jest [illegible] przybliżenie do określenia różnic t/M

Pojęcie zdrowia i jakość życia w wieku starszym

Pojęcie zdrowia w odniesieniu do osób starszych nabiera szczególnego znaczenia, zarówno jeśli analizujemy stan zdrowia poszczególnych osób lub jeśli koncentrujemy się na całej kategorii wiekowej. Heterogeniczność wieku starszego oznacza znaczną rozpiętość przynależności do tej kategorii wiekowej. Według różnych źródeł wiek starszy liczony jest począwszy od 60, 65, a nawet 70 lat i trwa aż po zróżnicowany kres życia ludzkiego, obejmując przedział 20, 30, a nawet 40 lat i powodując, że również kryteria zdrowia muszą być odmienne w odniesieniu do osoby 60–65-letniej i 90--letniej.

Co znaczy zdrowie dla tej kategorii wiekowej, zakładające jego znaczne ograniczenia wynikające z następującego z różnym natężeniem naturalnego procesu starzenia się i postępujących wraz z wiekiem zmian fizjologicznych, prowadzących często do znacznych dysfunkcji. W każdej populacji powyżej 70 roku życia około 85% wszystkich osób jest dotkniętych chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością lub innymi zmianami patologicznymi, a około 1/4 ma kłopoty z organizacją podstawowych czynności życiowych, które to ograniczenia prowadzą w konsekwencji do dalszego pogorszenia stanu zdrowia.

Powszechnie uznawana definicja zdrowia opracowana przez Światową Organizację Zdrowia w odniesieniu do osób starszych wiekiem wymaga modyfikacji, a bardziej przydatny okazuje się dynamiczny model zdrowia, zaproponowany przez Noacka (1991).

Na stan zdrowia osób w starszym wieku można patrzeć z punktu widzenia wymiaru czasowego w trzech aspektach:

1) historii zdrowia,
2) stopnia równowagi w odniesieniu do aktualnego zdrowia,
3) potencjału zdrowia.

Historia zdrowia wskazuje na całość dotychczasowych doświadczeń związanych ze zdrowiem i stanami chorobowymi, dostarcza informacji o uprzednich postawach zdrowotnych, wzorach zachowań w zdrowiu i chorobie, uprzednim stylu życia, stabilności systemu fizycznego, psychicznego i społecznego na przestrzeni wcześniejszych okresów życia.

Określenie równowagi w aktualnym stanie zdrowia oznacza stopień sprawnego funkcjonowania osoby starszej wiekiem pod względem fizjologicznym i psychicznym, a także w odniesieniu do symbolicznych i rzeczywistych interakcji z otoczeniem.

Potencjał zdrowia jest zdolnością jednostki lub całej grupy do podtrzymania zdrowia lub przywracania go w przypadku choroby. Są to zatem fizjologiczne, psychiczne i społeczne zasoby jednostki i zdolności do ich wykorzystania w celu podtrzymania lub polepszania zdrowia.

Rozważając zasoby zdrowia jednostki lub grupy osób starszych wiekiem, zwraca uwagę sposób analizowania potencjału zdrowotnego, który zakłada że: 1) zdrowie pojedynczej osoby w wieku starszym może być czymś różnym od zdrowia tej całej kategorii wiekowej, 2) zdrowie oceniane zarówno pozytywnie, jak i negatywnie jako stan jednostki oznacza dynamiczny, otwarty system składający się z procesów biologicznych, psychicznych i społecznych, 3) zdrowie odnosi się do biologicznych, psy-

chicznych i społecznych zasobów człowieka lub braku tych zasobów, które również mogą być oceniane pozytywnie lub negatywnie, 4) zachowania związane ze zdrowiem są lokowane w przestrzeni czasowej w dwojaki sposób, tzn. w odniesieniu do cyklu życiowego jednostki lub w odniesieniu do historii całej populacji bądź określonych kohort narażonych na konkretne uwarunkowania historyczne.

Stan zdrowia w wymiarze indywidualnym i grupowym może być również oceniany z trzech innych perspektyw:

1) subiektywnych ocen dokonywanych przez osoby starsze wiekiem,

2) obiektywnych ocen (wypowiadanych przez profesjonalistów medycznych, najczęściej lekarzy),

3) ocen porównawczych względem innych osób w tym samym wieku, ale należących do innych zbiorowości, ludzi lub innych grup wchodzących w skład danego systemu społecznego.

Szczególne znaczenie przypisuje się subiektywnym ocenom, które są źródłem wielu cennych informacji, będących nie tylko uzupełnieniem ocen medycznych, ale także informujących o nieuświadomionych potrzebach ludzi starych, ich rzeczywistych odczuciach (Farquhar, 1995).

Wydłużenie się trwania życia ludzkiego zrodziło pewne oczekiwania dotyczące „jakości życia", szczególnie w tym okresie niejako „naddanym" ludziom, oczekiwania starości wolnej od chorób, a tym samym wywołały potrzebę sprawdzenia, na ile te oczekiwania związane ze zdrowiem w wieku podeszłym pokrywają się ze stanem faktycznym. Przedmiotem szczególnego zainteresowania stała się odpowiedź na pytanie, co oznaczają „dodane" lata do trwania życia, czy spędza się je w złym, czy w dobrym zdrowiu i czy oznaczają one możliwość samodzielnego funkcjonowania w bliższym i dalszym otoczeniu (Bowling, 1997).

Oczekiwania wiązane ze zdrowiem w wieku podeszłym i przeciwstawianie się myśleniu w kategoriach negatywnych wskaźników (np. o umieralności) skierowały uwagę w stronę „optymistycznych" aspektów życia, tj. jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (a raczej chorobami lub „złym zdrowiem"), rezultatów stosowanej opieki medycznej i nakładów (kosztów) w stosunku do korzyści zdrowotnych wynikających z interwencji medycznej (Bowling, 1997; Drummond, 1987).

W określaniu jakości życia wyróżnia się dwa ujęcia: pierwsze utworzone na gruncie nauk przede wszystkim społecznych, wyznaczających m.in. kierunki polityki społecznej, drugie egzystujące od lat siedemdziesiątych na gruncie nauk medycznych, będące wyrazem przemian w samej medycynie, która zrobiła krok w kierunku oceny stanu zdrowia z perspektywy holistycznej koncepcji człowieka chorego, a także starszego wiekiem (Rogerson, 1995; Fava, 1990; Tobiasz-Adamczyk, 1996; Torrance, 1987).

Gerontologia okazała się jedną z pierwszych dziedzin, w których pojęcie jakości życia znalazło swe trwałe miejsce. Gerontologia adaptując do swych potrzeb pojęcie jakości życia, wykorzystała ten wielowymiarowy konstrukt pojęciowy na użytek nie tylko kompleksowej oceny stanu zdrowia osób starszych wiekiem, ale również dla określenia ich ogólnego standardu życia i pozycji w społeczeństwie.

W gerontologii dla określenia jakości życia stosuje się odwołania do takich koncepcji, jak:

– koncepcji funkcjonalnych rozpatrujących jakość życia w kategoriach pełnionych ról społecznych,

– koncepcji niepełnosprawności jako wielowymiarowej dewiacji i związanej z nią stigmy,

– symbolicznego znaczenia starości w danej kulturze, społeczeństwie, grupach społecznych (znaczenia społeczno-kulturowego przypisywanego temu okresowi życia),

– koncepcji starość jako *life events*, tj. stresującego wydarzenia życiowego lub szeregu stresujących wydarzeń składających się na ten okres życia, adaptacji i strategii radzenia sobie z tą trudną sytuacją w wymiarze mikro i makro,

– koncepcji nierówności społecznych będących następstwem dyskryminacji ze względu na podeszły wiek,

– mechanizmów wycofywania się, utraty niezależności i kontroli nad własnymi decyzjami, co w konsekwencji prowadzi do zależności od innych w wymiarze międzyludzkim i w wymiarze instytucjonalnym,

– traktowania osób starszych wiekiem jako licznych grup mniejszościowych bez prawa samodecydowania o sobie,

– postaw społecznych wobec starości, niepełnosprawności, ludzi starych ogółem lub specjalnych subgrup jak przewlekle chorzy lub niepełnosprawni starsi wiekiem,

– roli mass mediów w kształtowaniu wizerunku starości, miejsca i roli osób starszych,

– samooceny starości w percepcji osób starszych wiekiem, ich otoczenia i osób należących do młodszych grup wiekowych.

Sposób oceny jakości życia ewaluował w czasie; początkowo opierał się głównie na wskaźnikach obiektywnych, po czym w ostatnich latach szczególne znaczenia zaczęto przypisywać subiektywnym wskaźnikom jakości życia. Doceniano bowiem fakt, że ocena jakości życia opiera się na doświadczeniach życiowych, a zatem tylko za pomocą ocen subiektywnych, bazujących na porównaniu własnych doznań i przeżyć z doświadczeniami innych, można zbudować trafną ocenę. Zmiana w podejściu do jakości życia wynikła w wielu krajach z faktu zabezpieczenia wyznaczników ekonomicznych pozycji osób starszych poprzez stworzenie określonych standardów i przesunięcia sfery zainteresowań na sferę realizacji wyższych potrzeb osób starszych wiekiem (Ebrahim, 1995; Chamberlain, 1985).

Dokonane zmiany w sposobie ujmowania jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, w której subiektywny punkt widzenia samych osób zainteresowanych stał się priorytetowym, a subiektywne oceny stanu zdrowia, percepcja zmian i wpływ subiektywnie postrzeganych zmian na możliwość pełnego życia, zdominowały ostateczne szacowania jakości życia.

Przyznanie priorytetu subiektywnym ocenom jakości życia wynikało z docenienia faktu, że:

1) jednostki oceniają swój poziom jakości życia na podstawie możliwości dostępu do konsumpcji dóbr materialnych, porównując własną konsumpcję dóbr materialnych ze społecznymi normami obowiązującymi w środowisku, w którym funkcjonują,

2) jednostki oceniają swoją jakość życia z pozycji sukcesów lub porażek, na osiągnięcie których miały możliwość oddziaływania,

3) jednostki oceniają jakość życia wprawdzie na podstawie generalnych ocen, ale w tych generalnych ocenach poszczególne wymiary jakości życia są uwzględniane, a wyznacznikiem tej generalnej oceny jest samopoczucie traktowane również wielowymiarowo (Siegrist, 1989).

Teoretyczne podstawy jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia opierają się na wielowymiarowej koncepcji zdrowia w aspekcie fizycznego, psychicznego i społecznego funkcjonowania, dobrego samopoczucia, do której w 1984 roku WHO dodało pojęcie autonomii. Wielowymiarowa koncepcja zdrowia zawarta w definicji WHO obejmuje 5 różnych koncepcji zdrowia, tj. zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne, społeczne funkcjonowanie, pełnienie ról, ogólny dobrostan (*well-being*). Definicja ta wyznacza zadania opieki medycznej (medycyny) ukierunkowane na wzmacnianie stanu zdrowia (potencjału zdrowia) jako ważnego elementu jakości życia (Bowling, 1997).

Według najnowszej definicji jakość życia to percepcja przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w którym żyje, i w relacji do zadań, oczekiwań, standardów, zainteresowań. Jest to szeroka koncepcja oceniająca w sposób kompleksowy przez jednostkę jej zdrowie fizyczne, stan psychiczny, poziom niezależności, społecznych relacji i relacji ze środowiskiem (WHOQOL Group, 1995).

W gerontologii jakość życia utożsamiana jest z dobrym życiem, dobrostanem psychicznym, przyjemnym życiem, satysfakcją z życia, wysoką pozycją w środowisku, użytecznością życia, poczuciem szczęścia, co z kolei rodzi pytanie o sposób definiowania każdego z tych pojęć. W ocenie jakości życia prosi się osobę starszą wiekiem o samoocenę satysfakcji z aktualnej sytuacji życiowej, stanu zdrowia, oczekiwań dotyczących przyszłości; ocenia się również warunki mieszkaniowe, bytowe, dochód, postawy wobec środowiska i postawy środowiska wobec osoby starszej wiekiem (Farquhar, 1995).

Za poziom referencyjny dla oceny jakości życia w wieku podeszłym przyjmuje się dążenie do osiągnięcia satysfakcji z życia w tym specyficznym okresie. U podstaw tej koncepcji leży założenie, że wiek podeszły (wbrew stereotypom) daje wiele możliwości dla uzyskania zmian pozytywnych i efektywnego funkcjonowania i nie powinien być podporządkowany tylko chorobom, niepełnosprawności i ograniczeniom wynikającym z naturalnego procesu starzenia się. Pozytywne starzenie się oznacza zwracanie uwagi na kontrolowanie odczuć związanych ze społecznymi relacjami i umiejscowieniem osoby starszej w jej środowisku, kontrolowanie funkcji umysłowych, jej społecznych kompetencji.

Na jakość życia składają się dwa poziomy uwarunkowań: uwarunkowania zewnętrzne zarówno o charakterze mikro-, jak i makrostrukturalnym, jak i uwarunkowania wewnętrzne wynikające z mechanizmów psychologicznych, będących odpowiedzią jednostki na oddziaływanie zewnętrznych uwarunkowań. Całość tych uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych powoduje, że jakość osób starszych wyrażana bywa wieloaspektowo poprzez:

1) ocenę kliniczną oznaczająca fizyczną i umysłową sprawność, chorobowość, niepełnosprawność, procent inwalidztwa,

2) konieczność korzystania z systematycznego leczenia (branie leków, pozostawanie w leczeniu przez instytucje medyczne, konieczność stałych zabiegów pielęgnacyjnych, inne formy leczenia w instytucjach),

3) uwarunkowania środowiskowe – warunki mieszkaniowe, standard życia, przynależność do grup, stan rodzinny, system wsparcia,

4) środowisko ekologiczne – możliwości wypoczynku i rekreacji w miejscu zamieszkania, warunki transportu publicznego, poczucie bezpieczeństwa,

5) styl życia – sposób odżywiania się, palenie tytoniu, konsumpcja alkoholu, uprawianie ćwiczeń fizycznych, uczestniczenie w działalności rekreacyjnej, samodoskonalenie się, praktyki religijne, działalność na rzecz najbliższego otoczenia,

6) cechy osobowości związane z umiejętnością radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, pokonywaniem stresu, umiejętność przystosowywania się do zmian, życzliwość wobec innych, postawy wobec procesu starzenia się,

7) warunki ekonomiczno-bytowe – dochody z emerytur, rent, inne formy finansowego wsparcia, zabezpieczenie materialne,

8) charakterystykę demograficzno-społeczną (wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, status społeczny osiągnięty w przeszłości).

Do wskaźników jakości życia osób starszych wiekiem zalicza się:

1) sprawność funkcjonalną – oznaczająca stopień sprawności fizycznej, zdolność samodzielnego wykonywania określonych czynności, wskazujących nie tylko na kondycję psychofizyczną, ale także na stopień niezależności osoby starszej wiekiem od otoczenia. Aktywność ta obejmuje czynności związane z samoopieką, poruszaniem się wewnątrz i na zewnątrz domu, samodzielność w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności zaspokajających główne potrzeby osoby starszej wiekiem,

2) stan psychologiczny, psychologiczny dobrostan, satysfakcję z życia, cieszenie się życiem, wiarę w przyszłość, optymizm,

3) zakres interakcji społecznych w rodzinie w relacjach ze współmałżonkiem, w grupie przyjaciół, znajomych, sąsiadów oraz satysfakcję z kontaktów z otoczeniem, satysfakcję z życia społecznego.

Symboliczny wymiar starości ma również różne oblicza. Starość postrzegana jako symbol dewaluacji społecznej może negatywnie wpływać na subiektywne postrzeganie swej sytuacji życiowej przez osoby starsze wiekiem i wywoływać u nich poczucie niższej wartości, nikłej możliwości kontrolowania przebiegu spraw ich dotyczących, a taka ocena sytuacji może być źródłem większego stresu niż samo starzenie się i związane z tym procesem zmiany w stanie zdrowia. Konsekwencją tak rozumianej starości może być dyskryminacja społeczna osób starszych wiekiem. Społecznie przypisana rola osobom starszym wiekiem w różnych subsystemach i w ogólnym porządku społecznym jest wyznacznikiem obiektywnych uwarunkowań jakości życia.

Jakość życia osób starszych wiekiem jest uwarunkowana przebiegiem ich uprzednich etapów życia. Obniżanie się poczucia własnej wartości, negatywny bilans życiowy, brak sensu życia i perspektyw na przyszłość mogą rzutować na stosunek do podstawowych spraw egzystencjalnych: wieku, starości, bilansu życiowego, śmierci, a ciężar tych przemyśleń wynika z faktu nieodwracalności pewnych spraw i wyborów życiowych.

Jakość życia osób starszych wiekiem może zależeć od statusu wypracowanego w uprzednich okresach życia, tj. gorszy status społeczny w uprzednich okresach życia rokuje utrzymanie tego statusu również w wieku podeszłym.

Jakość życia osób starszych wiekiem jest wynikiem zmian, jakie nastąpiły w następujących wymiarach:

1) w statusie wyznaczonym stanem zdrowia wynikającym z naturalnego procesu starzenia, występowania niepełnosprawności, obniżania się sprawności fizycznej i psychicznej, zależności od chorób przewlekłych, ograniczeń funkcjonalnych,

2) w statusie ekonomicznym,

3) w statusie zawodowym wynikającym z wycofywania się z uprzednich form aktywności np. z pracy zawodowej,

4) w statusie małżeńskim wynikającym z: utraty współmałżonka lub innych bliskich członków rodziny, przejścia z pozycji osoby pozostającej w związku małżeńskim (w rodzinie) na pozycję osoby samotnej,

5) w statusie towarzyskim wynikającym z kurczenia się znaczących stosunków międzyludzkich w rezultacie procesu wycofywania się z uprzedniej aktywności, a także na skutek strat naturalnych, związanych z zawężaniem się kręgu bliskich osób, znajomych, rówieśników (osamotnienie, tracenie grup wsparcia, izolacja),

6) w statusie wynikającym z utraty niezależności i zajęcia pozycji osoby zależnej od innych (wielowymiarowa zależność).

Samoocena i percepcja jakości życia osoby starszej wiekiem może być dokonana przez samą osobę starszą wiekiem, przez członków jej rodziny, rówieśników, przez lekarzy lub pielęgniarki, przez pracowników socjalnych, osoby z młodszych generacji.

Wielowymiarowa koncepcja jakości życia obejmuje takie aspekty sytuacji osoby starszej wiekiem, jak:

1) warunki fizyczne – na które składają się naturalny proces starzenia się, choroby przewlekłe, niepełnosprawność,

2) kondycja psychiczna – zdolność kontrolowania swoich zachowań, panowania nad zachowaniami, orientacja w czasie i przestrzeni, stany depresyjne,

3) aktywność społeczna, satysfakcja z życia rodzinnego, kontynuowanie pracy zawodowej, prowadzenie domu, kontakty z dziećmi, wnukami, prawnukami, pozycja osoby starszej wiekiem w szerszym środowisku, satysfakcja z kontaktów ze środowiskiem,

4) stan finansowy – zabezpieczenie emerytalno-rentowe, dochody, wydatki, stopień, w jakim warunki finansowe pozwalają na zaspokojenie odczuwanych potrzeb,

5) aspekt strukturalny (finalny), wskazujący na pozycję osoby starszej wiekiem w społeczeństwie, udział w życiu społecznym, relacje międzygeneracyjne, kontakty z autorytetami publicznymi, satysfakcja z pozycji społecznej.

Jakość życia osób starszych wiekiem pozostaje pod wpływem oddziaływania czterech zasadniczych systemów, tj. systemu rodzinnego, kręgu bliskich przyjaciół i znajomych, systemu opieki medycznej i systemu zabezpieczeń społecznych. Systemy te są w stanie dostarczyć takiej osobie wszechstronnego wsparcia zabezpieczającego ją zarówno przed stresującymi wydarzeniami w wieku starszym, jak i przed niekorzystnymi zmianami fizjologicznymi oraz niepożądanymi ograniczeniami funkcjonalnymi.

Określając jakość życia starszych kobiet, należy uwzględnić te aspekty demograficzne, medyczne i psychospołeczne, które wyznaczają sytuację kobiet w tym wieku, a w szczególności skoncentrować się na: 1) wyjaśnieniu społeczno-kulturowych uwarunkowań obserwowanych różnic w umieralności mężczyzn i kobiet we wcześniejszych okresach życia, które w konsekwencji prowadzą do zwiększającej się liczby kobiet starszych wiekiem i psychospołecznych konsekwencji tego faktu, 2) określeniu medycznych i psychospołecznych determinatów warunkujących stan zdrowia kobiet w wieku starszym, ze szczególnym uwzględnieniem czynników wyznaczających ich dobrostan psychospołeczny.

Sytuację starszych kobiet w wyniku procesu starzenia się można scharakteryzować następująco:

1. Coraz częściej spotyka się rozróżnienie pomiędzy kobietami starszymi i starymi, tj. tymi, które mają powyżej 80 lat, i odsetek tej właśnie kategorii wzrasta w większo-

ści krajów wysoko rozwiniętych. Zróżnicowanie wewnętrzne jakości życia starszych wiekiem kobiet, np. pomiędzy najstarszymi kohortami kobiet a młodszymi kohortami starszych kobiet, wynika w większości krajów z ich niejednakowego zaangażowania w przeszłości w pracę zawodową o charakterze zarobkowym, a także odmiennego stopnia zaangażowania w opiekę nad członkami rodziny oraz różnego układu więzi pomiędzy generacjami.

2. W wielu krajach sytuacja materialna, finansowa i społeczna kobiet starszych wiekiem jest znacznie gorsza niż ich rówieśników mężczyzn, a różnice te są związane z dyskryminacją ekonomiczną i społeczną kobiet we wcześniejszych okresach życia.

Analizowanie uwarunkowań zdrowia z perspektywy przebiegu życia – „life course approach"

Według Grundy (2000), stosowane ostatnio nowe podejście bierze pod uwagę znaczenie czynników odgrywających rolę w przebiegu życia (jako całości), aby w sposób zintegrowany analizować z perspektywy różnych koncepcji uwarunkowania stanu zdrowia. W myśl tego podejścia należy określić rolę, jaką odegrały najwcześniejsze wydarzenia życiowe i predyspozycje środowiskowe dla powstania ryzyka pojawienia się pewnych chorób, a także śledzić przebieg powiązań etiologicznych, które pozwolą wyjaśnić obserwowane różnice w stanie zdrowia (Ben-Shlomo, 2002). *Life course approach* wymaga zwykle dokonania pewnych analiz retrospektywnie w celu uzyskania informacji o wydarzeniach, uwarunkowaniach, które miały miejsce w przeszłości, np. ustalenia doświadczeń z okresu dzieciństwa i ich wpływu na zdrowie w różnych okresach życia (Wadsworth, 2003; Blane, 2001).

Analizowanie historii zdrowia z perspektywy przebiegu życia stwarza korzystne warunki do ustalenia naturalnej historii choroby (jak ma to miejsce w epidemiologii), a także daje szansę poznania wyborów życiowych i zachowań w wieku dorosłym, których analizą zajmują się nauki społeczne, głównie socjologia (Wadsworth, 1997).

W epidemiologii perspektywa „przebiegu życia" zmierza do określenia narażenia na określone czynniki ryzyka i znaczenia tych zagrożeń w wieku dorosłym w odniesieniu do zmian w stanie zdrowia, zachowań związanych ze zdrowiem i ryzyka zgonu (Wadsworth, 2003). Badania prospektywne rozpoczęte w dzieciństwie i kontynuowane w wieku późniejszym pozwalają określić rolę uwarunkowań środowiskowych w obserwowanych zmianach w stanie zdrowia.

Badania nad historią zdrowia stwarzają wiele trudności metodologicznych i interpretacyjnych, niejednokrotnie niełatwo jest np. wskazać na procesy przyczyniające się do pojawienia się określonych zmian. Liczne obserwacje w badaniach nad historią zdrowia dowodzą, że czynniki społeczne zwykle kumulują się w określonych sytuacjach, natomiast często trudno jest wyjaśnić ich bezpośredni wpływ na zmiany biologiczne. Wiele badań próbujących określić wpływ czynników społecznych na stan zdrowia w wieku dorosłym skupia się na pewnych sytuacjach kryzysowych, takich jak

rozwód, utrata pracy, ubóstwo. Badania posługujące się historią zdrowia pozwalają nie tylko na identyfikację czynników warunkujących podatność na różne choroby, ale również na określenie czynników zabezpieczających przed ryzykiem choroby. Podatność na chorobę może wynikać z zachowań antyzdrowotnych, które pojawiają się i trwają przez większą część życia (jak np. palenie tytoniu, nadwaga, zła dieta, brak aktywności fizycznej), lub z rodzaju aktywności w różnych wymiarach życia społecznego.

Podatność społeczna na negatywne zmiany w stanie zdrowia wiąże się przede wszystkim z oddziaływaniem środowiska społecznego, polityki społecznej oraz z postawami, zachowaniami i przekonaniami dotyczącymi zdrowia. Podatność społeczna może być wynikiem zmian wynikających z rozwoju technologicznego, podnoszenia się poziomu oczekiwanego wykształcenia i kwalifikacji, poziomu dochodów, możliwości zatrudnienia, standardu życia, standardu warunków mieszkaniowych, zmian w obyczajowości (np. wzrost liczby rozwodów), zmian w zachowaniach pro- i antyzdrowotnych.

Badania nad historią życia dają możliwość prześledzenia procesów powstawania nierówności w stanie zdrowia. Takie podejście jest możliwe tylko poprzez zastosowanie długofalowych obserwacji. Większość takich badań zmierza do ustalenia łańcucha powiązań pomiędzy różnymi etapami życia, począwszy od wczesnego dzieciństwa aż do wieku podeszłego – a powiązania te dotyczą oddziaływania różnych elementów środowiska społecznego na stan zdrowia nie tylko w tym okresie życia, w którym to oddziaływanie bezpośrednio wystąpiło, ale także w odniesieniu do odległych konsekwencji zdrowotnych (np. poszukiwania wpływów doświadczeń w dzieciństwie na stan zdrowia w wieku podeszłym). Takie podejście do określania nierówności w stanie zdrowia wynika z faktu, że zdrowie podlega długoletniemu procesowi zmian (Wadsworth, 1997).

Według Marmota (1997), w wyjaśnieniu różnic w stanie zdrowia należy odwołać się do trzech koncepcji: zdrowia jako elementu selekcji społecznej (selekcja zdrowotna), pozycji społecznej warunkującej stan zdrowia (społeczne przyczyny) oraz czynników odgrywających rolę we wczesnym dzieciństwie, warunkujących zarówno możliwości osiągnięcia określonego statusu społecznego, jak i statusu zdrowotnego (pośrednia selekcja). Selekcja pośrednia wskazuje na fakt, że nie ma bezpośredniej przyczynowej zależności pomiędzy uwarunkowaniami społecznymi w życiu dorosłym a stanem zdrowia, natomiast inne czynniki o charakterze społecznym, pochodzące z wcześniejszych okresów życia, tj. z okresu dzieciństwa lub adolescencji, wpływają w znaczący sposób na aktualny stan zdrowia. Pośrednia selekcja oznacza, że ludzie wkraczają w wiek dorosły, „przenosząc" oddziaływanie wpływów pochodzących z wcześniejszych okresów życia, tj. uwarunkowań genetycznych, biologicznych, poziomu wykształcenia, kultury, uwarunkowań psychologicznych i społecznych. Analogicznie oddziaływanie selekcji pośredniej można odnieść do momentu wkraczania w wiek podeszły, w który wchodzi się z określonymi uwarunkowaniami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi decydującymi o zróżnicowanych zasobach biopsycho-społecznych.

Zróżnicowanie stanu zdrowia w wieku podeszłym (samoocena stanu zdrowia, zgłaszane długotrwałe choroby, ograniczenia w aktywności) jest wynikiem oddziaływania wcześniej kształtowanych czynników o charakterze ekonomiczno-społecznym, stanu cywilnego, charakterystyki gospodarstwa domowego.

Wzrastająca proporcja osób starszych wiekiem tworzy przeważającą grupę tych, którzy odznaczają się gorszym zdrowiem. Sytuacja ta wymaga identyfikacji czynników determinujących stan zdrowia w wieku podeszłym.

Tylko nieliczne badania dotyczące populacji osób starszych wiekiem próbują powiązać doświadczenia życiowe z okresu wieku średniego z warunkami zdrowotnymi w późniejszych okresach życia, a jeszcze mniej badań stawia hipotezę o wpływie doświadczeń pochodzących z dzieciństwa na stan zdrowia w wieku podeszłym.

Szansą dla uchwycenia takich relacji są długofalowe badania obejmujące kohorty osób w średnim wieku, poddanych w następnych latach kolejnym obserwacjom. W tej kategorii badań mieszczą się obserwacje psychologiczne potwierdzające postępujące wraz z wiekiem zmiany w funkcjach poznawczych lub prace socjologiczne nad społecznymi uwarunkowaniami przebiegu procesu starzenia się, których celem jest prześledzenie mechanizmów procesu adaptacji do różnych wymiarów wieku podeszłego. Badania nad procesem starzenia się dowodzą asocjacji z wynikającymi ze stanu zdrowia zachowaniami w wieku średnim i relacji odwrotnej, w myśl której ogólne zwyczaje charakteryzujące wiek średni przenoszone są na zwyczaje związane ze zdrowiem.

Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że takie podejście jest szczególnie użyteczne w określaniu predyktorów wieku podeszłego i procesu starzenia się, tym bardziej że przyjęcie perspektywy prospektywnej obserwacji skraca czas oczekiwania na określone konsekwencje w wieku podeszłym, ale równocześnie wymaga sięgania pamięcią wstecz do minionych wydarzeń i doświadczeń, co może wiązać się z pewnymi zniekształceniami w opisie i ocenie przeszłości (Wadsworth, 2003).

Sytuacja zdrowotna w wieku podeszłym zależy od uwarunkowań pochodzących z wcześniejszych okresów życia: począwszy od uwarunkowań okresu dzieciństwa decydujących o późniejszych wyborach życiowych, zachowaniach związanych ze zdrowiem, strategiach pokonywania stresu oraz stanu zdrowia w różnych okresach życia, a także ma wpływ na społeczno-ekonomiczne i socjodemograficzne uwarunkowania w późniejszych okresach życia.

„Life course approach" a badania nad różnicami w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn

Obecne badania epidemiologiczne i socjomedyczne, nastawione na wyjaśnienie przyczyn różnic w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami, nie ograniczają się wyłącznie do okresu starości, ale rozszerzają zakres swych zainteresowań na wcześniejsze okresy życia, poszukują w nich źródeł sytuacji obserwowanej w starszych dekadach życia. Odmienny przebieg starości u kobiet i mężczyzn rozpatrywany jest również poprzez zmiany, jakim musiały stawić czoła kolejne kohorty kobiet i mężczyzn w związku z dokonującymi się zmianami cywilizacyjnymi i historycznymi.

W rozważaniach o przyczynach przewagi liczebnej kobiet w starszym wieku coraz częściej sięga się do wcześniejszych etapów ich życia zarówno w wymiarze predyspozycji biologicznych, jak i uwarunkowań społecznych.

Wyjaśnienie podstawowych różnic obserwowanych w długości życia i w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet w podeszłym wieku tkwi w odmiennym w przeszłości narażeniu na czynniki wynikające z pracy zawodowej, sposobie spędzania wolnego czasu, narażeniu na stres psychologiczny, oddziaływaniu środowiska społecznego.

Wśród różnych rodzajów badań związanych z perspektywą śledzenia wpływu historii życia na stan zdrowia dla potrzeb przedstawianych w tym opracowaniu badań najbardziej przydatne jest podejście, w którym badania długofalowe rozpoczynają się w wieku średnim i zmierzają do ustalenia poprzez zastosowanie retrospektywnej analizy wpływu różnych aspektów sytuacji życiowej we wcześniejszych okresach życia dorosłego i dzieciństwa na jakość życia u progu wieku starszego.

Rozdział 2

Uwarunkowania demograficzne sytuacji życiowej kobiet 65-letnich

Według danych GUS w roku 1999 żyło w Polsce 19 870,1 tys. kobiet (54,1% ogółu ludności), a w roku 2001 19 871,7 tys. kobiet, tj. 51,4% ogółu ludności. Kobiety w wieku 65 lat i powyżej stanowiły zarówno w roku 1999, jak i w 2001 61,9% ogółu ludności w tym wieku, tj. 7,5–7,7% ogółu ludności. Kobiet w wieku 65–69 lat było 943,1 tys. w 1999 roku, co stanowi 57,1% ogółu ludności w tej grupie wiekowej oraz 2,4% ogółu ludności Polski; w roku 2001 liczba kobiet (913,8 tys.) w wieku 65–69 lat wynosiła 57,2% ogółu ludności w tym przedziale wiekowym i 2,4% ogółu ludności Polski.

Porównując strukturę ludności Polski według płci w roku 1999 i 2001, można zauważyć, że odsetek kobiet był wyższy w grupie wiekowej 60 lat i powyżej. Prognozy dotyczące struktury ludności Polski według płci w wieku powyżej 60 lat (w perspektywie pięcioletnich odstępów) przewidują wzrost populacji kobiet powyżej 60 roku życia w roku 2020 do 25,1%, mężczyzn powyżej 60 roku życia do 19,6%. Przewidywania odnoszące się do roku 2005, 2010, 2015, 2020 w każdym przypadku wskazują na znacznie wyższy odsetek kobiet niż mężczyzn.

Struktura ludności Polski (w tys.) w latach 1999 i 2001

Rok	Grupa wiekowa	Ludność ogółem	**Kobiety**	Odsetek kobiet w grupie wiekowej	Odsetek kobiet danej grupy wiekowej w populacji polskiej
1999	Ogółem	38 653,6	**19 870,1**	54,1	54,1
	65 lat i więcej	4 663,7	**2 887,5**	61,9	7,5
	65–69 lat	1 635,1	**934,1**	57,1	2,4
2001	Ogółem	38 632,5	**19 871,7**	51,4	51,4
	65 lat i więcej	4 832,1	**2 990**	61,9	7,7
	65–69 lat	1 596,4	**913,8**	57,2	2,4

Rocznik Statystyczny GUS 1999, 2000.

Struktura ludności Polski według płci w grupach wiekowych (%)

Grupa wiekowa	Kobiety		Mężczyźni	
	1999	2001	1999	2001
0–19 lat	26,8	25,6	29,8	28,2
20–39 lat	27,3	27,5	29,8	30,2
40–59 lat	26,6	27,3	26,9	27,8
60 i więcej lat	19,3	19,6	13,5	13,8
Razem	100	100	100	100

Ibidem.

Struktura ludności Polski w wieku powyżej 60 lat według płci w roku 1995 i 2000 oraz prognozy (%)

Lata	Razem	Kobiety	Mężczyźni
1995	15,9	18,6	13
2000	16,4	19,2	13,5
2005	16,1	18,9	13,2
2010	17,8	20,5	14,9
2015	20,2	22,9	17,4
2020	22,4	25,1	19,6

Ibidem.

O feminizacji wieku podeszłego w Polsce świadczy fakt, że na 100 mężczyzn w wieku 65 lat i więcej przypada 162,4 kobiet w tym samym wieku (w miastach 165,8; w przedziale wieku 65–69 lat na 100 mężczyzn przypada 133,9 kobiet (w miastach 137,3 kobiet). Proporcja kobiet w wieku 75–79 lat jest jeszcze wyższa – na 100 mężczyzn przypada 190,3 kobiet (w tym w miastach 194,6 kobiet), a w grupie wieku 80 lat i powyżej na 100 mężczyzn przypada 226,3 kobiet (Rocznik Statystyczny GUS 2002).

Ludność Polski według płci i wieku

Wiek	Rok 1999			Rok 2001		
	Kobiety na 100 mężczyzn			Kobiety na 100 mężczyzn		
	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś	ogółem
65 lat	166,6	157,1	162,6	166,6	157,1	162,6
65–69	135,8	129,5	133,3	135,8	129,5	133,3
70–74	159,9	154,2	157,5	159,9	154,2	157,5
75–79	192,4	177,6	185,7	192,4	177,6	185,7
80 lat i więcej	256,6	207,5	233,0	256,6	207,5	233,0

Rocznik Statystyczny GUS 2002.

W krajach Unii Europejskiej zamieszkuje obecnie 191 milionów kobiet (tj. 51,2% ogólnej populacji UE); najmniej w Irlandii (50,5%), najwięcej w Portugalii (51,8%). Znaczne zróżnicowanie proporcji kobiet w stosunku do mężczyzn obserwuje się w poszczególnych przedziałach wiekowych (w grupie wieku poniżej 20 lat 95 kobiet przypada na 100 mężczyzn, podczas gdy w grupie osób 80-letnich 221 kobiet przypada na 100 mężczyzn).

Struktura według wieku kobiet i mężczyzn w krajach Unii Europejskiej

Grupa wiekowa	Kobiety %		Mężczyźni %	
	1991	1996	1991	1996
0–19 lat	23,9	22,6	26,4	24,9
20–39 lat	29,2	29,2	31,6	31,6
40–59 lat	23,9	24,6	25,0	25,7
60 lat i więcej	23,0	23,6	16,9	17,8
Razem	100,00	100,00	100,00	100,00

Źródło: The state of womens' health in the European Community, European Commission, 1997.

Struktura demograficzna według płci potwierdza feminizację wieku podeszłego w krajach UE, co jest wynikiem częściowo różnic w oczekiwanej długości życia kobiet i mężczyzn. W wieku 60 lat odnotowuje się 23,6% kobiet i 17,8% mężczyzn, jakkolwiek zakłada się, że proporcje te ulegną zmianie, gdyż np. w latach 1991–1996 procent mężczyzn w wieku 60 lat i starszych wzrósł o 5,5%, podczas gdy w tym samym czasie tylko o 2,7% kobiet.

Przeciętne dalsze trwanie życia dla kobiet w wieku 60 lat wynosiło w Polsce w roku 2001 21,8 lat, a dla mężczyzn 17,0 lat.

Według Kuropki (2002), przyrost długości życia w Polsce w latach 1990–1999 wynosił dla kobiet 0,98 lat, dla mężczyzn 0,85 lat; większy wzrost długości życia w latach 1990–1999 nastąpił wśród mieszkańców miast niż wsi (zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn mieszkających w miastach wynosił ponad 1 rok). W latach 1990–1999 na wydłużenie przeciętnego dalszego trwania życia kobiet w najwyższym stopniu przyczyniło się obniżenie natężenia zgonów kobiet starszych wiekiem. W zbiorowości mężczyzn w tym okresie nastąpił znaczny spadek udziału zgonów z powodu chorób układu krążenia w ogólnej liczbie zgonów osób starszych wiekiem, natomiast wśród kobiet zmiana znaczenia tej przyczyny była dużo mniejsza. Oznacza to, że miażdżyca była tą przyczyną, z powodu której obniżyła się umieralność osób starszych wiekiem we wszystkich pięcioletnich grupach wieku, co się w największym stopniu przyczyniło do wzrostu długości życia.

Analizy dotyczące zróżnicowania terytorialnego (Stępień, 2002) przeciętnego trwania życia wskazują, że kobiety zamieszkujące województwo łódzkie charakteryzowały się najniższym trwaniem życia kobiet (dane za rok 1998).

Najczęstszą przyczyną zgonów kobiet we wszystkich grupach wiekowych są choroby układu krążenia (43% wszystkich zgonów) oraz choroby nowotworowe (26% wszystkich zgonów); choroby układu oddechowego stanowią 6% zgonów, samobój-

stwa i wypadki około 5%, natomiast pozostałe zgony następują z innych przyczyn. Dla kobiet w wieku 65 lat lub starszych najczęstszą przyczyną zgonów są choroby układu krążenia (połowa zgonów w tej grupie wiekowej).

Średnia długość życia w krajach Unii Europejskiej wynosi u kobiet 80 lat, tj. o 6,4 lat (5–7 lat) dłużej niż u mężczyzn (73,5 lat); odnotowuje się zróżnicowanie w poszczególnych krajach, np. u kobiet we Francji wynosi 81,9 lat (dłużej o 8,1 lat), w Danii 77,8 lat (dłużej o 5,1 lat).

Oczekiwana długość życia kobiet i mężczyzn w momencie urodzin w krajach Unii Europejskiej

Kraj	**Mężczyźni**	**Kobiety**	**Różnice**
Francja	73,80	81,90	8,10
Hiszpania	73,20	81,20	8,00
Finlandia	72,80	80,20	7,40
Portugalia	71,30	78,60	7,30
Luksemburg	73,00	80,20	7,30
Belgia	73,40	80,20	6,80
Włochy	74,90	81,40	6,50
Austria	73,60	80,10	6,50
Niemcy	73,30	79,70	6,50
Holandia	74,60	80,40	5,80
Irlandia	73,00	78,60	5,60
Szwecja	76,20	81,40	5,30
Wielka Brytania	74,00	79,20	5,20
Grecja	75,00	80,30	5,20
Dania	72,70	77,80	5,10
UE	**73,70**	**80,10**	**6,40**

Ibidem.

Długość życia w wieku 65 lat w krajach Unii Europejskiej

Kraj	**Mężczyźni**	**Kobiety**	**Różnice**
Luksemburg	14,70	19,20	4,50
Holandia	14,70	19,10	4,40
Francja	16,20	20,60	4,40
Belgia	14,80	19,10	4,30
Finlandia	14,50	18,60	4,10
Niemcy	14,70	18,50	3,80
Włochy	15,50	19,30	3,80
Hiszpania	16,00	19,80	3,80
Irlandia	13,70	17,40	3,70
Szwecja	16,00	19,70	3,70
Austria	15,20	18,70	3,50

Wielka Brytania	14,60	18,10	3,50
Portugalia	14,30	17,70	3,40
Dania	14,10	17,50	3,40
Grecja	16,10	18,40	2,30
UE	**15,00**	**18,80**	**3,80**

Ibidem.

W ostatnich czterech dekadach zaobserwowano znaczne zmiany w życiu kobiet w krajach UE – obniżył się wskaźnik małżeństw, wzrosły wskaźniki dotyczące rozwodów, gwałtownie wzrosło zatrudnienie kobiet, ale również bezrobocie, które jest wyższe niż wśród mężczyzn. Porównanie sytuacji życiowej kobiet w stosunku do mężczyzn w krajach UE wypada korzystnie, podobnie kraje nordyckie nienależące do UE charakteryzują się równością statusów społecznych kobiet i mężczyzn.

Według danych GUS w Polsce na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada 61,5 osób w wieku poprodukcyjnym, w tym 71,3 kobiet i 52,1 mężczyzn.

Ludność Polski w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym

Wyszczególnienie	1990	1995	1998	1999	2000	2001
Mężczyźni	63,7	60,5	56,8	55,53	53,9	52,3
Kobiety	84,7	81,1	76,7	75,2	73,4	71,3
Ogółem	73,9	70,5	66,5	65,0	63,4	61,5

Rocznik Statystyczny GUS 2000.

W gospodarstwach jednoosobowych w starszych grupach wiekowych przeważają kobiety.

Dane GUS dla Polski wskazują na fakt, że w związkach małżeńskich w starszym wieku pozostaje 77% mężczyzn, natomiast znacznie mniej, bo tylko 32% kobiet. Wśród starszych wiekiem osób owdowiałych jest trzykrotnie więcej kobiet, gdyż wdowieństwo w wieku starszym dotyczy przede wszystkim kobiet.

W Polsce 52% kobiet w wieku powyżej 60 lat jest wdowami, w odniesieniu do mężczyzn odsetek ten wynosi tylko 14%. W innych krajach odsetek wdów w rocznikach starszych wiekiem jest niższy, np. USA wynosi 26%, we Francji 45%, w Hiszpanii 42%, co wynika z różnic kulturowych i społecznych wyrażających się m.in. postawami wobec zawierania kolejnych małżeństw przez osoby starsze wiekiem. Nie zmienia to jednak faktu, że również w Polsce struktura osób starszych wiekiem według stanu cywilnego jest wynikiem nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet (Bonita, Howe, 1996).

Rozdział 3

Cel badania

Celem podjętych badań kohortowych w grupie kobiet 65-letnich i w grupie porównawczej (65-letnich mężczyzn) była odpowiedź na następujące pytania:

1. Jaką rolę i znaczenie odgrywają zasoby bio-psycho-społeczne pochodzące z wcześniejszych okresów życia dla oceny zasobów zdrowotnych kobiet na początku wieku starszego.

2. Czy ich znaczenie jest takie samo (podobne) dla kobiet i mężczyzn, czy też występują różnice w uwarunkowaniach pochodzących z przeszłości, decydujące o różnej jakości życia kobiet i mężczyzn w wieku starszym.

3. Czy obserwowane zacieranie się różnic w pełnionych rolach i stylu życia kobiet i mężczyzn wpływa na zatarcie się różnic w ich jakości życia w wieku starszym, czy też znaczenie przypisywane rożnym wartościom będzie nadal elementem różnicującym jakość i satysfakcję życiową kobiet i mężczyzn w wieku starszym.

Wyznaczniki jakości życia przyjęte w modelu badań

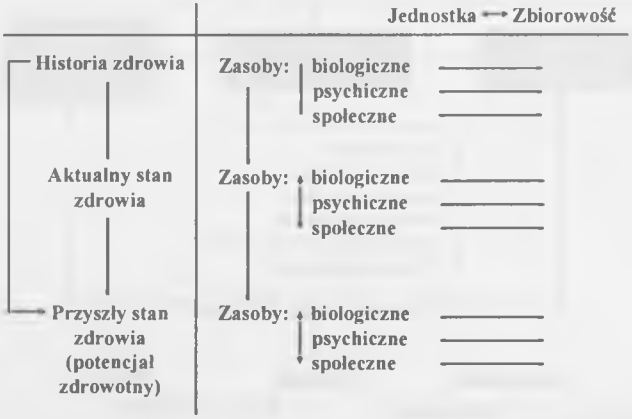
W badaniach przyjęto model, zgodnie z którym o jakości życia w wieku starszym decydują zasoby bio-psycho-społeczne, a miarą tej jakości jest pozytywna ocena tego okresu życia i umiejętność cieszenia się życiem.

Predyktory jakości życia w wieku podeszłym

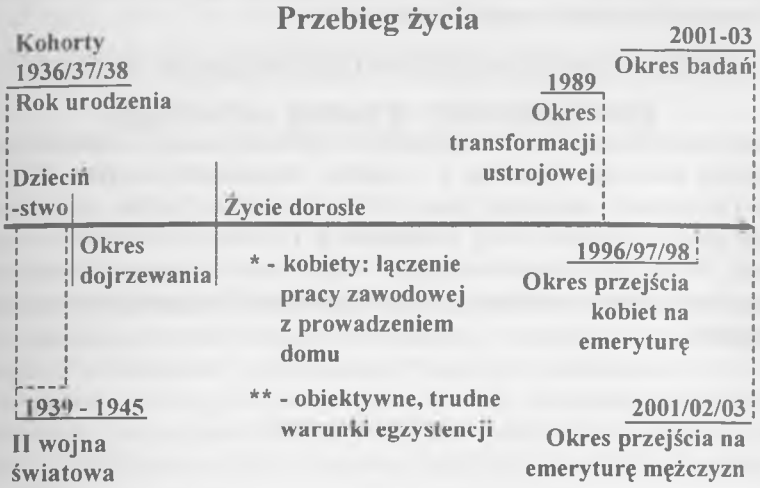
Dla tak rozumianej definicji pozytywnego wieku starszego wskaźnikami powinny być: subiektywna ocena stanu zdrowia, pozycja rodzinna, pozycja społeczna, status ekonomiczny, możliwość samodecydowania o własnym życiu i kontrolowanie swej sytuacji.

Biorąc pod uwagę wpływ historii zdrowia i uwarunkowań pochodzących z przeszłości, starano się ustalić główne wyznaczniki mogące decydować o obecnej jakości życia kobiet 65-letnich, zezwalającej prognozować o późniejszych etapach wieku podeszłego.

Dynamiczny model zdrowia



Rozpoznanie aktualnych zasobów bio-psycho-społecznych badanych kobiet (i ich rówieśników z grupy porównawczej) poprzez odwołanie się do doświadczeń życiowych z minionych okresów życia narzuciło konieczność „określenia przebiegu życia" kohorty 65-latków – aby w ten sposób zidentyfikować relację pomiędzy indywidualną historią życia a określonymi (historycznymi, społecznymi, ekonomicznymi i politycznymi) czynnikami życia społecznego, w których badani uczestniczyli (bez względu na to czy byli aktorami, czy tylko biernymi obserwatorami).



Psychospołeczne zasoby jakości życia
65-letnich kobiet i mężczyzn z grupy porównawczej

W przeprowadzonych badaniach przyjęto następujące wyznaczniki zasobów zdrowotnych i zasobów psychospołecznych:

1. Subiektywna ocena stanu zdrowia, samookreślenie się jako osoba zdrowa.
2. Percepcja zdrowia, liczba chorób przewlekłych, na którą aktualnie chorują badane, zaobserwowane zmiany w stanie zdrowia na przestrzeni ostatniego roku.
3. Zdrowie psychiczne, brak objawów depresji (Geriatric Depression Scale), dobre samopoczucie psychiczne (Index of Psychological Well-being);
4. Stan funkcjonalny, stopień samodzielności w aktywności dnia codziennego (Groningen Activity Restriction Scale).
5. Sytuacja rodzinna (stan cywilny, stan rodzinny, liczba osób wspólnie zamieszkujących (rodzaj pokrewieństwa), oczekiwany model rodziny, relacje pomiędzy członkami rodziny, siła więzi społecznych).
6. Wsparcie emocjonalne: od męża/partnera, dzieci, wnuków, satysfakcja z więzi emocjonalnych w rodzinie, poczucie, że jest się osobą kochaną.
7. Stresujące wydarzenia w rodzinie: problemy związane z alkoholem/narkotykami, problemy finansowe, przejście na emeryturę, utrata pracy, choroby zagrażające życiu, niepełnosprawność, narastające konflikty, rozpad rodziny.
8. Pozycja zawodowa – historia pracy zawodowej, pozycje w karierze zawodowej, relacje ze środowiskiem zawodowym, satysfakcja z pracy zawodowej.

9. Koncepcja własnej osoby – zadowolenie z siebie, samospełnienie, poczucie własnej atrakcyjności, samoakceptacja, przekonanie o akceptacji własnej osoby przez otoczenie, pozytywne relacje z najbliższymi, poczucie szczęścia.

10. Satysfakcja z poprzednich okresów życia, satysfakcja z obecnego okresu życia.

Badaniami objęto 412 kobiet i 321 mężczyzn w wieku 65 lat mieszkających w Krakowie, wylosowanych spośród tej kategorii wiekowej. Wywiady przeprowadzono w domu badanych (po uprzednim wyrażeniu przez nich zgody) na podstawie kwestionariuszy (wersja dla kobiet i wersja dla mężczyzn).

Istotności statystyczne w prezentowanych wynikach zostały określone za pomocą współczynnika korelacji Pearsona r i testów nieparametrycznych: Chi^2, Manna-Whitneya (w tabelach oznaczony jako M-W), Kruskalla-Wallisa (w tabelach K-W) oraz współczynnika korelacji rang Spearmana R i modelu wielowymiarowej regresji logistycznej. W tabelach przedstawiających wyniki analizy regresji logistycznej „Exp B" oznacza iloraz szans, natomiast „95% pu" oznacza 95% przedział ufności dla danego ilorazu szans.

Rozdział 4

Status społeczno-ekononomiczny, historia pracy zawodowej

Zróżnicowanie w poziomie chorobowości i umieralności w wieku podeszłym, zależne od statusu społeczno-ekonomicznego wyznaczonego uprzednio wykonywanym zawodem, osiągniętym poziomem wykształcenia, warunkami mieszkaniowymi, dochodem i stanem posiadania, wskazuje na niekorzystną sytuację zdrowotną osób należących do grup społecznych, zajmujących niskie pozycje w stratyfikacji społecznej (Grundy, 2003; Lynch, 2000; Navarro, 2001; Knurowski, 2002; Forbes, 2001; Rosenberg, 2000; Veenstra, 2000).

Badania angielskie wskazują na odwrotną zależność pomiędzy pozycją społeczną a umieralnością (Marmot, 1997). Zróżnicowanie pozycji społecznych odgrywa rolę nie tylko w ogólnej umieralności, ale także w umieralności według przyczyn i w chorobowości, np. objawy depresji są zależne od pozycji społecznej. W kilku badaniach angielskich psychologiczne samopoczucie zarówno u mężczyzn, jak i kobiet zależało od pozycji społecznej. Poziom wykształcenia warunkował samoocenę stanu zdrowia; wykazano również, że poziom wykształcenia jest lepszym predyktorem dla samooceny stanu zdrowia, a wykonywany zawód dla określenia psychologicznego samopoczucia.

Marmot (1997) na podstawie trzech badań potwierdził poprzednio poczynione obserwacje o gorszym zdrowiu osób znajdujących się na dole drabiny społecznej w porównaniu do osób znajdujących się na jej szczycie: zależność ta dotyczy gorszego zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego (poczucie własnej wartości, cel w życiu).

Dotychczasowe badania dowodzą, że poziom umieralności wśród kobiet zależy od statusu społecznego – np. w Wielkiej Brytanii najwyższą umieralność kobiet odnotowano wśród osób niewykwalifikowanych (pozycja społeczna mierzona statusem męża) i wśród kobiet wykonujących zawody pracownic niewykwalifikowanych (własny status społeczny). Również konsekwencje ubóstwa są poważniejsze dla zdrowia kobiet niż mężczyzn, badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii potwierdzają relację pomiędzy statusem społeczno-ekonomicznym a ryzykiem zgonu i chorobowości kobiet. Dowiedziono zależności pomiędzy niskim statusem społeczno-ekonomicznym a ryzykiem umieralności z powodu chorób układu krążenia u kobiet, np. według danych z Wielkiej Brytanii i Walii kobiety poniżej 65 roku życia należące do najniższej klasy

społeczno-ekonomicznej miały 152% wyższą umieralność z powodu chorób układu krążenia niż kobiety należące do najwyższej klasy. Przynależność do niższej warstwy społeczno-ekonomicznej wiąże się ze stylem życia (palenie papierosów, stres, wysokie spożycie cukrów i tłuszczy zwierzęcych, brak aktywności fizycznej) sprzyjającym ryzyku wystąpienia chorób układu krążenia.

Praca zawodowa jest czynnikiem chroniącym kobiety przed chorobami układu krążenia, ale to ochronne oddziaływanie odnosi się do wykonywania wysoko wyspecjalizowanych zawodów niż do prac fizycznych.

Badania potwierdzają, że pracujące kobiety palą mniej papierosów i odznaczają się wyższą aktywnością fizyczną niż niepracujące kobiety. Pracujące kobiety posiadające dzieci, z racji konieczności dzielenia pracy zawodowej z opieką nad nimi, charakteryzują się wyższym stopniem gniewu i frustracji z powodu braku kontroli nad swoim życiem. Badania przeprowadzone w Szwecji wśród 400 000 pracujących kobiet i 600 000 pracujących mężczyzn wykazały, że kobiety częściej zgłaszały objawy zmęczenia i bóle głowy. Jakkolwiek większość badań nie potwierdza, że praca zawodowa kobiet jest czynnikiem ryzyka występowania chorób układu krążenia, to jednak niektóre badania jak Framingham Study i Minnesota Heart Survey dowodzą, że w pewnych sytuacjach kumulacja pracy zawodowej i obowiązków domowych może sprzyjać pojawianiu się u kobiet chorób układu krążenia. Badania Framingham dowodzą, związku pomiędzy osobowością typu A, napięciami, i podenerwowaniem a występowaniem chorób układu krążenia i umieralnością wśród kobiet.

Psychospołeczne determinanty, takie jak objawy napięcia, przebywanie w samotności w ciągu dnia, trudności w zasypianiu, rzadkie wakacje, prace domowe rzutujące na zdrowie, przekonanie o podatności na chorobę odgrywały największą rolę w stanie zdrowia kobiet niepracujących zawodowo (gospodyń domowych). Znaczącymi predyktorami wystąpienia niegroźnych, ale i grożących zgonem chorób układu krążenia okazały się samotność, rzadkie wakacje, przekonanie o podatności na zachorowanie.

Według Arber (1997), do społecznych czynników warunkujących stan zdrowia kobiet w wieku produkcyjnym do 59 lat zaliczyć należy: pozycję na rynku pracy zależną od posiadanego wykształcenia i kwalifikacji, wykonywany zawód dający określoną pozycję wynikającą z zatrudnienia. Te wyznaczniki pozycji zawodowej wpływają znacząco na role kobiety wynikające ze stanu cywilnego i rodzinnego. Status zawodowy kobiety również warunkuje materialne zasoby charakteryzujące gospodarstwo domowe kobiet (jakość warunków mieszkaniowych, własność domu, mieszkania, posiadanie samochodu, dochód, posiadany majątek). W przypadku posiadania męża/partnera do uwarunkowań stanu zdrowia kobiet Aber (1997) zalicza pozycję męża/partnera na rynku pracy, uwarunkowaną pozycją wynikającą z zatrudnienia a związaną z grupą zawodową, wykształceniem i kwalifikacjami. Pozycja zawodowa męża/partnera wpływa na stopień jego partycypacji w wypełnianiu ról rodzinnych i stopień zaangażowania w obowiązki domowe. Wszystkie wymienione tak ze strony kobiety, jak i ze strony jej partnera uwarunkowania mają wpływ na stan zdrowia kobiet, ale istnieje także sprzężenie zwrotne, co oznacza, że stan zdrowia kobiet w istotny sposób wpływa na poszczególne wymiary ich aktywności życiowej związane z pracą zawodową i rolami w rodzinie. Według Arber (1997), kluczowymi wyznacznikami stanu zdrowia kobiet była pozycja zawodowa i status społeczny łączący się z zatrudnieniem (ściśle związane z poziomem wykształcenia i posiadanymi kwalifikacjami). Zasoby materialne kobiet zależą od pozycji społecznej wynikającej z zatrudnienia, a w przypadku mał-

żeństw również od pozycji uzyskanej przez partnera poprzez zatrudnienie. Pozycja zawodowa kobiety wiązała się z jej pracą w pełnym wymiarze godzin jako gospodyni domowej lub też zatrudnieniem w niepełnym wymiarze godzin poza środowiskiem domowym.

Badania przeprowadzone na próbie reprezentatywnej 10 000 brytyjskich gospodarstw pozwoliły na analizę uwarunkowań stanu zdrowia kobiet w wieku 20–59 lat i pokazały, że własna pozycja zawodowa i status wynikający z zatrudnienia były dominującymi wyznacznikami występowania chorób przewlekłych powiązanych z ograniczeniami funkcjonalnymi. Występujące u kobiet choroby przewlekłe związane z ograniczeniami łączyły się z ich pozycją na rynku pracy.

Badania fińskie pokazały, że umieralność mężczyzn w wieku 60 lat i powyżej w latach 1971–1985 była wyższa niż kobiet, ale różnice były większe pomiędzy grupą niewykwalifikowanych pracowników a kategorią najwyższej wykwalifikowanych pracowników umysłowych. Stwierdzone różnice utrzymywały się przez cały okres wieku podeszłego i dotyczyły również osób w wieku 90 lat i więcej. Relacja pomiędzy ryzykiem zgonu a uprzednią pozycją zawodową pojawiała się już na początku wieku starszego i utrzymywała się również nawet po standaryzacji danych na poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania i stan cywilny. Analiza chorobowości przeprowadzona w Szwecji w grupie 537 osób w wieku 77–98 lat pokazała znamienne statystycznie związki pomiędzy uprzednią pozycją społeczną a objawami bólowymi, problemami układu krążenia. Szczególne różnice zaobserwowano pomiędzy pracownikami fizycznymi a osobami zajmującymi się wykonywaniem zawodów o najwyższych kwalifikacjach. Podobną zależność w badaniach angielskich odnotowano pomiędzy uprzednią pozycją zawodową a samooceną stanu zdrowia i potwierdzaną niepełnosprawnością w wieku 65 lat. Ostatnia pozycja społeczno-zawodowa rzutowała na warunki materialne w wieku podeszłym (posiadanie własnego domu, samochodu, wysokiego dochodu).

Badania norweskie (1997) nie potwierdziły, że uprzednia pozycja zawodowa kobiet wpływała na ich stan zdrowia w wieku podeszłym – tzn. że większa proporcja kobiet pracujących uprzednio jako pracownice fizyczne odznaczała się gorszym stanem zdrowia. Dla kobiet predyktorami ich poważnych zmian w stanie zdrowia w wieku podeszłym okazały się niski dochód w gospodarstwie domowym, aktualne trudności ekonomiczne i długotrwałe choroby w okresie dzieciństwa.

Badania Dahla (1997) potwierdziły, że stan zdrowia mężczyzn w wieku podeszłym zależy od wcześniejszej pozycji społeczno-zawodowej, natomiast nie potwierdziły tej relacji w odniesieniu do kobiet, co mogło wynikać z faktu, że pozycja społeczno-zawodowa kobiet norweskich była mniej ważna w porównaniu do pozycji społeczno-zawodowej męża, nabywanej przez kobietę poprzez zawarcie związku małżeńskiego.

Według Mondena (2003), zależność samooceny stanu zdrowia i takich zachowań jak palenie tytoniu, picie alkoholu od statusu społeczno-ekonomicznego jest zwykle rozpatrywana w perspektywie indywidualnych wyborów. Relacje pomiędzy społecznym statusem a konsekwencjami zdrowotnymi są również zwykle rozpatrywane na poziomie indywidualnym, ignorując fakt, że zachowania związane ze stylem życia nie zawsze są indywidualnymi wyborami. Ostatnio, zwraca się uwagę na konieczność odwołania się do modeli społeczno-ekologicznych, uwzględniających rolę czynników społeczno-ekonomicznych w przebiegu życia i w złożoności statusów społecznych

(własny status społeczno-ekonomiczny gospodarstwa domowego, status społeczno-ekonomiczny sąsiedztwa).

Coraz częściej mówi się o znaczeniu statusu społeczno-ekonomicznego partnera życiowego w odniesieniu do stanu zdrowia i zachowań związanych ze zdrowiem. Znaczenie statusu społeczno-ekonomicznego partnera życiowego odgrywać może istotną rolę w różnych wymiarach jakości życia.

Dotychczasowe badania pokazują (Monden, 2003), że posiadanie partnera życiowego wpływa pozytywnie na stan zdrowia (wsparcie emocjonalne, poczucie bliskości z drugą osobą, wsparcie ekonomiczne charakteryzujące osoby pozostające w związkach małżeńskich. Wykształcenie partnera życiowego warunkuje zdrowie związanej z nim osoby, podobnie jak wykształcenie własne w sposób bezpośredni lub pośredni wpływa na zdrowie. Według hipotezy społecznej przyczynowości, wykształcenie lub ogólny status społeczno-ekonomiczny warunkuje poziom życia materialnego, sferę psychospołecznego funkcjonowania człowieka, które to determinanty są znaczącymi wyznacznikami stanu zdrowia. Podobnie działają mechanizmy związane z oddziaływaniem poziomu wykształcenia partnera życiowego. Złe warunki materialne pozostają w relacji do uwarunkowań stanu zdrowia. Zasobność materialna, jakość warunków mieszkaniowych, warunki pracy, standard życia wyznaczają jakość życia całego gospodarstwa domowego.

Wpływ wykształcenia partnera na zdrowie zaznacza się poprzez oddziaływanie czynników psychospołecznych w środowisku wewnątrz gospodarstwa domowego – sieć relacji społecznych, stres, wsparcie społeczne, strategie pokonywania trudnych sytuacji życiowych (mniej wykształcone osoby słabiej potrafią uruchomić system wsparcia społecznego niż osoby dobrze wykształcone).

Zachowania związane ze zdrowiem są również warunkowane wykształceniem partnera życiowego poprzez warunki materialne i zachowania związane ze stylem życia, stąd do korzyści płynących z posiadania partnera o wysokim poziomie wykształcenia zalicza się materialne uwarunkowania, psychospołeczne środowisko i styl życia (Monden, 2003).

Według hipotezy dotyczącej dominacji mężczyzn (Monden, 2003), poziom wykształcenia mężczyzn wywiera większy wpływ na sytuację życiową kobiety niż odwrotnie, gdyż tradycyjne uwarunkowania gospodarstwa domowego wiązały się z wykształceniem mężczyzny W wielu krajach nadal wykształcenie męża w sposób istotny oddziałuje na status kobiety. Dominowanie przez osobę posiadającą wyżej oceniany status społeczny oznacza, że w gospodarstwie domowym osoba ta narzuca partnerowi styl życia i standard warunków życiowych; osoby lepiej wykształcone mają większe możliwości nakłonienia partnera życiowego do własnych wymagań związanych ze stylem życia. Posiadanie partnera o niskim poziomie edukacji stanowi zagrożenie zarówno dla kobiety, jak i dla mężczyzny, jakkolwiek kobiety są bardziej podatne na wpływy wynikające z poziomu wykształcenia partnera.

W Polsce w odróżnieniu od badań prowadzonych w Anglii, Australii i Stanach Zjednoczonych okazało się, że kobiety dokonując wyboru przynależności klasowej, kierują się głównie własnym statusem, a nie statusem męża. I jest to argument przeciwko traktowaniu rodziny jako zintegrowanej całości, której miejsce w strukturze społecznej zdeterminowane jest przez pozycję mężczyzny. Natomiast identyfikacje klasowe mężczyzn w Polsce w równym stopniu związane są z ich własną pozycją zawodowo-ekonomiczną, jak i z pozycją żon. Żadna strona nie ma tu wyraźnej przewagi

– z pewnością nie mają jej mężczyźni. Dotyczy to oczywiście tych rodzin, w których kobieta pracuje. Tam bowiem, gdzie kobieta nie pracuje, można mówić o dysparytecie ról na rzecz mężczyzny. Identyfikacje klasowe mężów silniej zależą od ich własnego statusu określonego wyłącznie poprzez poziom wykształcenia niż od ich statusu edukacyjnego niepracującej żony.

Na tle ustaleń pochodzących z krajów anglosaskich zastanawia fakt, jak stosunkowo silny jest wpływ pozycji kobiet w Polsce na ich własne identyfikacje i identyfikacje mężów (Domański, 1997).

Wyznaczniki statusu społeczno-ekonomicznego kobiet w wieku 65 lat

Status społeczny wyznaczony miejscem urodzenia wskazuje, że badane kobiety – mieszkanki Krakowa, w 37,3% były osobami urodzonymi w tym mieście, 10,3% urodziło się w innym dużym lub średnim mieście, 12,2% w małych miastach, a 40,2% na wsi (podobną strukturą według miejsca urodzenia charakteryzowali się badani mężczyźni z grupy porównawczej).

Interesującym wskaźnikiem obecnego statusu społecznego kobiet 65-letnich są dane dotyczące poziomu wykształcenia rodziców. Około 25% kobiet podało, że kiedy miały 15 lat, ich ojciec nie miał ukończonej szkoły podstawowej, 46,2% miało ukończoną szkołę podstawową, a tylko 5,7% miało ojców legitymujących się wyższym wykształceniem. Dane dotyczące poziomu wykształcenia matek badanych kobiet (kiedy miały 15 lat) pokazują, że 28,8% nie miało żadnego wykształcenia, 50,7% wykształcenie podstawowe, a tylko 2,7% miało matki, które ukończyły wyższe studia.

Przedstawiony status rodziców badanych kobiet nie odbiega od statusu rodziców badanych mężczyzn (z grupy porównawczej), można zatem założyć, że taka struktura wykształcenia charakteryzowała pokolenie rodziców obecnych kohort osób 65-letnich. Odnotować należy wertykalną mobilność kobiet w porównaniu do statusów społecznych ich rodziców: połowa kobiet (wobec 72% mężczyzn) ma wyższy poziom wykształcenia niż ich ojcowie i aż dwie trzecie kobiet (wobec 77,9% mężczyzn) ma wyższy poziom wykształcenia niż ich matki.

Ocena własnej pozycji społecznej badanych kobiet dokonana w odniesieniu do poziomu wykształcenia oparta była w przypadku 26,1% kobiet na wykształceniu nie wyższym niż podstawowe, u 17,2% oznaczała wykształcenie zasadnicze zawodowe, u 30,1% wykształcenie średnie, u 10,4% wykształcenie pomaturalne, a u 15,8% wykształcenie wyższe. Struktura wykształcenia kobiet w wieku 65 lat okazała się istotnie odmienną od odnotowanej u ich rówieśników mężczyzn (wśród których więcej było osób z wykształceniem zasadniczo zawodowym, a mniej z wykształceniem średnim).

Różnica pomiędzy statusem wykształcenia ojca
a statusem wykształcenia kobiet i mężczyzn w wieku 65 lat

Wykształcenie ojca	Wykształcenie kobiety							
	podstawowe lub niższe		zasadnicze zawodowe		średnie		wyższe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kobiety	Chi^2 = 77,87 p < 0,05 *		korelacja Spearmana: R = 0,42 *					
podstawowe lub niższe	98	34,0	61	21,2	91	31,6	38	13,2
gimnazjum lub zasadnicze zawodowe	8	11,4	8	11,4	32	45,7	22	31,4
średnie			1	4,2	11	45,8	12	50,0
wyższe					9	39,1	14	60,9
Mężczyźni	Chi^2 = 117,69 p < 0,05 *		korelacja Spearmana: R = 0,55 *					
podstawowe lub niższe	48	20,9	97	42,2	63	27,4	22	9,6
gimnazjum lub zasadnicze zawodowe	1	2,2	11	23,9	10	21,7	24	52,2
średnie					8	34,8	15	65,2
wyższe					3	15,8	16	84,2

* – Różnice oraz korelacje istotne statystycznie.

Różnica pomiędzy statusem wykształcenia matki
a statusem wykształcenia kobiet i mężczyzn w wieku 65 lat

Wykształcenie matki	Wykształcenie kobiety							
	podstawowe lub niższe		zasadnicze zawodowe		Średnie		wyższe	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Kobiety	Chi^2 = 67,36 p < 0,05 *		korelacja Spearmana: R = 0,37 *					
podstawowe lub niższe	101	31,3	68	21,1	105	32,5	49	15,2
gimnazjum lub zasadnicze zawodowe	5	10,4	2	4,2	25	52,1	16	33,3
średnie	1	4,2			8	33,3	15	62,5
wyższe					5	45,5	6	54,5
Mężczyźni	Chi^2 = 68,96 p < 0,05 *		korelacja Spearmana: R = 0,42 *					
podstawowe lub niższe	48	18,4	104	39,8	66	25,3	43	16,5
gimnazjum lub zasadnicze zawodowe	1	3,4	5	17,2	11	37,9	12	41,4
średnie					6	30,0	14	70,0
wyższe					1	11,1	8	88,9

* – Różnice oraz korelacje istotne statystycznie.

Analizując historię pracy zawodowej kobiet 65-letnich, tylko 2,2% nigdy nie pracowało zawodowo, prawie wszystkie 91,2% były osobami aktywnymi w przeszłości, 6,6% nadal pracowało zawodowo. Pod względem kontynuacji aktywności zawodowej w wieku 65 lat kobiety istotnie różniły się od swoich rówieśników, wśród których było ponad trzykrotnie więcej osób nadal pracujących zawodowo. Ostatnio wykonywana przez kobiety praca (która dla 92,2% była najdłużej wykonywaną pracą) miała charakter fizyczny u 22,5% respondentek, 21,8% spośród nich było pracownikami fizyczno-umysłowymi, 32,8% było pracownikami umysłowymi niższego szczebla, 18,6% było pracownikami umysłowymi wyższego szczebla. Charakter wykonywanej pracy różnicował badane kobiety od ich rówieśników mężczyzn, wśród których znacznie więcej było pracownikami fizycznymi, mniej pracownikami umysłowymi niższego szczebla. Funkcję kierowniczą sprawowało mniej kobiet (35,3%); ich rówieśnicy byli w 49,8% przypadkach zatrudnieni na stanowiskach kierowniczych (różnice znamienne statystycznie).

Historia zawodowa kobiet i mężczyzn 65-letnich

Aktywność zawodowa		Kobiety		Mężczyźni		Test
		n	%	n	%	Chi^2
Historia zawodowa	nigdy nie pracowała/ł zawodowo	9	2,2			Chi^2=33,08
	dawniej pracowała/ł zawodowo	359	87,3	245	76,3	P < 0,05 *
	pracuje obecnie nadal	43	10,5	76	23,7	
Zawód, który wykonywała/ł najdłużej	pracownik fizyczny	93	23,4	102	32,4	Chi^2=22,24
	pracownik fizyczno-umysłowy	84	21,2	72	22,9	P < 0,05 *
	pracownik umysłowy niższego szczebla	130	32,7	69	21,9	
	pracownik umysłowy wyższego szczebla	75	18,9	60	19,0	
	wolny zawód	6	1,5	8	2,5	
	(współ)właściciel firmy			1	,3	
	bezrobotna/y			3	,9	
	nigdy nie pracowała/ł	9	2,3			
Pełnienie funkcji kierowniczych	nie	260	64,7	160	50,2	Chi^2=15,42
	tak	142	35,3	159	49,8	P < 0,05 *

* – Różnice istotne statystycznie.

Partnerzy życiowi badanych kobiet mieli w 14,7% wykształcenie podstawowe lub niższe, w około 31% wykształcenie zasadnicze zawodowe, w 25% wykształcenie średnie, a w 29,4% wykształcenie wyższe. Około 34% partnerów życiowych kobiet było pracownikami fizycznymi, 21,1% pracownikami fizyczno-umysłowymi, 20,2% pracownikami umysłowymi niższego szczebla, 20,5% pracownikami umysłowymi wyższego szczebla.

Status (wykształcenie, pozycja zawodowa) małżonka (małżonki)

	Status społeczny	Kobiety		Mężczyźni		Test
		n	%	n	%	Chi^2
Wykształcenie	podstawowe lub niższe	60	14,7	81	25,2	Chi^2=22,90
	zasadnicze zawodowe	126	30,9	81	25,2	P < 0,05 *
	średnie	102	25,0	99	30,8	
	wyższe	120	29,4	60	18,7	
Zawód, który partner/ka wykonywał/ła najdłużej	pracownik fizyczny	131	33,9	86	27,8	Chi^2 = 18,45
	pracownik fizyczno-umysłowy	82	21,2	87	28,2	P < 0,05 *
	pracownik umysłowy niższego szczebla	78	20,2	73	23,6	
	pracownik umysłowy wyższego szczebla	79	20,5	46	14,9	
	wolny zawód	13	3,4	7	2,3	
	(współ)właściciel firmy	1	,3			
	gospodyni domowa/ /niepracujący	2	,5	8	2,6	
	bezrobotny			2	,6	

* – Różnice istotne statystycznie.

Istotne różnice pomiędzy 65-letnimi kobietami i ich rówieśnikami odnotować można w charakterystyce wykonywanej przez nich pracy zawodowej. Kobiety rzadziej (55,9 vs 69,1%) uważały, że praca wymagała stałego doskonalenia się, rzadziej uznawały, że wymagała dużego wysiłku fizycznego (42,0 vs 56,3%) i umysłowego (60,8 vs 73,1%), rzadziej wykonywały pracę w szkodliwych warunkach (35,2 vs 62,1%), ale równocześnie rzadziej miały możliwość samodzielnego decydowania o organizowaniu swojej pracy (44,1 vs 54,9%) i wpływu na decyzje dotyczące obowiązków (37,4 vs 50,5%), w mniejszym stopniu były narażone na stresujące sytuacje (58,0 vs 68,7%). Praca była źródłem zadowolenia dla 84,0% kobiet i 90,9% mężczyzn, dawała szansę przebywania z miłymi ludźmi (84,3 kobiet vs 82,4 mężczyzn). Znacznie rzadziej wykonywana praca dawała dobre zarobki kobietom (29,7%) niż mężczyznom (56,0%). Ważność pozycji nabywana poprzez pracę była zauważana przez 41,4% kobiet i 50,2% mężczyzn. Godne podkreślenia jest również, że w opinii zdecydowanej większości kobiet (76,1%) praca nie przytłaczała ciężarem obowiązków. Istotnymi wskaźnikami więzi ze środowiskiem pracy jest fakt utrzymywania przez około 60% kobiet (w podobnym odsetku przez mężczyzn) więzi z kolegami z pracy i posiadanie licznego grona przyjaciół związanych ze środowiskiem pracy (69,2% kobiet i 77,0% mężczyzn).

Charakterystyka pracy zawodowej 65-letnich kobiet i mężczyzn

Wyznaczniki pracy		Kobiety		Mężczyźni		Test Chi^2
		n	%	n	%	
Praca zawodowa wymagała stałego doskonalenia się	tak	224	55,9	221	69,1	Chi^2 = 13,13
	nie	177	44,1	99	30,9	P < 0,05 *
Praca zawodowa wymagała wysiłku fizycznego	tak	169	42,0	180	56,3	Chi^2 = 14,41
	nie	233	58,0	140	43,8	P < 0,05 *
Praca zawodowa wymagała wysiłku umysłowego	tak	244	60,8	234	73,1	Chi^2 = 12,00
	nie	157	39,2	86	26,9	P < 0,05 *
Praca zawodowa przytłaczała ciężarem obowiązków	tak	96	23,9	89	27,8	Chi^2 = 1,40
	nie	305	76,1	231	72,2	P > 0,05
Swoją pracę R. wykonywała/ł w warunkach szkodliwych	tak	141	35,2	198	62,1	Chi^2 = 51,63
	nie	260	64,8	121	37,9	P < 0,05 *
Możliwość samodzielnego decydowania o organizowaniu swojej pracy	tak	177	44,1	175	54,9	Chi^2 = 8,17
	nie	224	55,9	144	45,1	P < 0,05 *
Duży wpływ na decyzje dotyczące własnych obowiązków służbowych	tak	150	37,4	161	50,5	Chi^2 = 12,36
	nie	251	62,6	158	49,5	P < 0,05 *
Stresująca praca	tak	232	58,0	219	68,7	Chi^2 = 8,61
	nie	168	42,0	100	31,3	P < 0,05 *
Konflikty w pracy	tak	78	19,5	81	25,4	Chi^2 = 3,58
	nie	322	80,5	238	74,6	P > 0,05
W środowisku pracy inne osoby miały konflikty	tak	63	15,8	62	19,4	Chi^2 = 1,68
	nie	337	84,3	257	80,6	P > 0,05
Wykonywana praca była źródłem zadowolenia	tak	337	84,0	290	90,9	Chi^2 = 7,45
	nie	64	16,0	29	9,1	P < 0,05 *
Wykonywana praca dawała szanse przebywania z miłymi ludźmi	tak	339	84,3	263	82,4	Chi^2 = 0,46
	nie	63	15,7	56	17,6	P > 0,05
Wykonywana praca dawała dobre zarobki	tak	119	29,7	178	56,0	Chi^2 = 50,60
	nie	282	70,3	140	44,0	P < 0,05 *
Pracując, dawała poczucie bycia ważną osobą	tak	166	41,4	160	50,2	Chi^2 = 5,50
	nie	235	58,6	159	49,8	P < 0,05 *
Utrzymywanie kontaktów towarzyskich z kolegami/koleżankami z pracy	tak	239	59,6	190	59,7	Chi^2 = 0,00
	nie	162	40,4	128	40,3	P > 0,05
Uczestniczenie w imprezach towarzyskich organizowanych przez kolegów/koleżanki z pracy	tak	109	27,2	84	26,4	Chi^2 = 0,05
	nie	292	72,8	234	73,6	P > 0,05
Odwiedzanie swojego zakładu pracy	tak	81	20,3	83	26,7	Chi^2 = 4,09
	nie	319	79,8	228	73,3	P < 0,05 *
Posiadanie licznego grona przyjaciół w pracy	tak	276	69,2	244	77,0	Chi^2 = 5,40
	nie	123	30,8	73	23,0	P < 0,05 *

* – Różnice istotne statystycznie.

Ponad połowa (55,2%) badanych kobiet mieszkała w mieszkaniu własnościowym, a 9,5% w domu jednorodzinnym, w mieszkaniu kwaterunkowym lub spółdzielczym zamieszkiwało 17,5% respondentek, 8,0% w prywatnej kamienicy, 1,5% w instytucjach opiekujących się osobami starszymi, pozostałe w korzystały z innych form zamieszkania.

Warunki mieszkaniowe badanych 65-letnich kobiet i mężczyzn

Warunki mieszkaniowe		Kobiety		Mężczyźni		Test Chi^2
		n	%	n	%	
R. mieszka w mieszkaniu	własnościowym	227	55,2	187	58,3	Chi^2=8,4 P > 0,05
	lokatorskim lub spółdzielczym	72	17,5	55	17,1	
	kwaterunkowym	25	6,1	26	8,1	
	w prywatnej kamienicy (lokatorskim)	33	8,0	14	4,4	
	służbowym	2	0,5	2	0,6	
	podnajmowanym	2	0,5	1	0,3	
	jednorodzinnym	39	9,5	33	10,3	
	w instytucji opieki nad osobami starszymi	6	1,5	2	0,6	
	innym	5	1,2	1	0,3	

Wskaźnikiem zabezpieczenia materialnego kobiet 65-letnich są dane dotyczące dochodów (netto) (analizowanych poprzez łączny dochód miesięczny z mężem). Dane te pokazują znacznie niższe zabezpieczenie finansowe kobiet niż mężczyzn, co ujawnia się przede wszystkim w dwóch skrajnych kategoriach dochodu, tj. w grupie osób z dochodami do 1000 zł (25,2% kobiet i 7,2% mężczyzn) oraz w grupie dochodów powyżej 2000 zł (15,5% kobiet i 26,2% mężczyzn).

Dochody miesięczne netto razem z partnerem/ką

Dochody		Kobiety		Mężczyźni		Test Chi^2
		n	%	n	%	
Poziom dochodów	do 1000 zł	104	25,2	23	7,2	Chi^2 = 45,74 P < 0,05 *
	1001–2000 zł	244	59,3	214	66,6	
	2001 zł i więcej	64	15,5	84	26,2	

* – Różnice istotne statystycznie.

Rozdział 5

Rodzina, więzi społeczne, sieć relacji

Sieć relacji społecznych wyznacza stopień integracji społecznej i wsparcie społeczne, gdzie głównymi źródłami kontaktów społecznych są rodzina, relacje z przyjaciółmi, krewnymi, uczestniczenie we wspólnocie religijnej, uczestniczenie w grupach formalnych i nieformalnych. Integracja pomiędzy jednostką a jej środowiskiem oznacza akceptację przez jednostkę systemu wartości, norm i przekonań charakterystycznych dla tego środowiska; integracja w ujęciu dynamicznym oznacza określenie roli więzi nawiązanych w dzieciństwie (w jednej kohorcie) dla układu relacji międzyludzkich w życiu dorosłym, warunkujących poczucie bezpieczeństwa, samoidentyfikację i obraz własnej osoby (teoria konwoju społecznego, Kahn, Antonucci, 1980; Berkman, Glass, 2000).

Dotychczasowe badania nad relacją pomiędzy stopniem integracji społecznej a poziomem umieralności potwierdziły, że wysoka integracja społeczna warunkuje niską umieralność z powodu wszystkich przyczyn, niską umieralność z powodu chorób układu krążenia, niskie wskaźniki samobójstw oraz niższą umieralność z powodu wypadków, nowotworów, chorób przewodu pokarmowego (Seeman, 1987; Cerhan, 1997; Penninx, 1997; Blazer, 1982; Shye, 1995).

Dowiedziono również, że interakcje społeczne pozostają w relacji z chorobowością z powodu chorób układu krążenia, a zmiany w aktywności społecznej mogą w perspektywie prowadzić do zgonu (Ell, 1996). Dotychczasowe doniesienia jakkolwiek w pełni potwierdzają istnienie omawianej tu zależności, to jednak nie wyjaśniają mechanizmów jej działania.

Na rodzajach i jakości interakcji społecznych w wieku podeszłym ważyć mogą tradycyjne wzory wymiany społecznej, stopień zależności i niezależności w relacjach międzyludzkich (Bowling, 1997).

Osadzenie w sieci społecznej rozpatrywane jest w następujących aspektach:

1. Wielkość sieci: liczba osób, z którymi pozostaje się w relacjach społecznych, liczba osób, z którymi następuje kontakt tylko wtedy, gdy są z różnych względów potrzebne.

2. Przestrzenna lokalizacja sieci – gospodarstwo domowe, sąsiedztwo, rozproszenie członków sieci wymagające środków transportu – dostępność członków sieci warunkuje częstość kontaktów.

3. Zwartość, stopień integracji członków z siecią – na ile dana sieć pozostaje ważną, znaczącą siecią dla każdego z jej członków.

4. Układ sieci – stopień jej homogeniczności – sąsiedztwo, przyjaciele, dzieci, krewni, osoby powinowate, podobieństwo pomiędzy członkami sieci (wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny).

5. Częstość kontaktów pomiędzy członkami sieci.

6. Siła więzi – stopień zażyłości, wzajemność więzi, oczekiwana trwałość więzi, dostępność, emocjonalne zaangażowanie.

7. Uczestniczenie w życiu społecznym: zaangażowanie w działalność społeczną, polityczną, życie religijne, kształcenie i inne formy aktywności.

8. „Osadzenie społeczne" w sieci – długość zamieszkiwania, związki rodzinne, sąsiedzkie, włączenie („wtopienie") w społeczność (Berkman, 2000).

Wyrazem braku relacji społecznych jest samotność, definiowana jako niepożądana utrata lub brak więzi emocjonalnych, przyjaźni, towarzystwa. Samotność może być następstwem śmierci współmałżonka, dzieci, krewnych, utraty przyjaciół, sąsiadów, znajomych, może być konsekwencją zmiany miejsca zamieszkania, przeniesienia do instytucji opiekującej się osobami w wieku podeszłym, ustania kontaktów z dawnym zakładem pracy, wreszcie izolacji w wyniku choroby lub niepełnosprawności (Franks, 1992; Gibbon, 1986; Hall, 1996).

Współczesne koncepcje socjologiczne, poszukujące związków pomiędzy więziami społecznymi a stanem zdrowia, nawiązują do korzeni teorii socjologicznej, tj. klasycznej teorii E. Durkheima, wskazującej na relacje pomiędzy stopniem integracji społecznej a prawdopodobieństwem zachowań autodestrukcyjnych (Berkman, Glass, 2000), do teorii konwoju społecznego (Kahn, Antonucci, 1980) wskazującej na „przemieszczanie się przez poszczególne etapy życia w towarzystwie członków tej samej kohorty, z którymi dzieli się wspólne doświadczenia, historię życia, i którzy są źródłem wsparcia społecznego", do teorii zasobów społecznych (Lin, Dean, Ensel, 1986; Berkman, 2000).

Dowiedziono, że relacje pomiędzy wsparciem społecznym, więzami społecznymi a ryzykiem zgonu mają charakter wielowymiarowy (Seeman, 1987; Kutner, 1987; Blezer, 1982). O relacji tej decydować mogą psychospołeczne konsekwencje stanu cywilnego i rodzinnego, liczba osób, z którymi wchodzi się w znaczące relacje emocjonalne, a także zakres i jakość sieci kontaktów społecznych z osobami niepowiązanymi więzami rodzinnymi. Na przykład Blazer jako wskaźnik wsparcia społecznego traktował pełnienie ról społecznych i związane z nimi więzi międzyludzkie, ilość interakcji społecznych oraz subiektywną ocenę wsparcia społecznego. Dotychczasowe wyniki badań pokazują, że wsparcie społeczne pozostaje w relacji z takimi czynnikami demograficzno-społecznymi, jak wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny (Blazer, 1982). W konsekwencji braku więzi rodzinnych, braku relacji z przyjaciółmi, wspólnotą religijną lub innymi grupami społecznymi ryzyko zgonu wzrasta o 1.9–3,1 razy i jest to niezależny predyktor umieralności (niezależnie od takich czynników ryzyka, jak palenia tytoniu, konsumpcji alkoholu, aktywności fizycznej i chorób współistniejących). Badania Blazera (1982) nad relacją pomiędzy więziami społecznymi a ryzykiem zgonu potwierdziły wyższą umieralność u osób odczuwających samotność (3,4), wśród badanych, odnotowujących zaburzenia w pełnionych rolach i kontaktach społecznych (2,0) i u osób odznaczających się niską częstością relacji społecznych.

Relacja pomiędzy charakterystyką pod względem stanu cywilnego, rodzinnego, wielkości gospodarstwa domowego, wsparcia społecznego a stanem zdrowia osób starszych stanowi przedmiot wielu badań (Iwashyna, 2003; Kawachi, 2000).

Badania potwierdzają, że osoby pozostające w związkach małżeńskich mają niższe ryzyko zgonu i lepszy stan zdrowia niż osoby niepozostające w takich związkach (Waldron, 1996; Kravdal, 2001; Steptoe, 2000). Małżeństwo działa ochronnie na stan zdrowia (efekt pozytywnego oddziaływania pozostawania w związku małżeńskim) poprzez obniżenie ryzyka zgonu lub chorobowości. Małżeństwo jest źródłem wsparcia społecznego, ale również może sprzyjać lepszej sytuacji ekonomicznej, obniżać zachowania antyzdrowotne i stres, a wszystkie te atrybuty małżeństwa mogą sprzyjać lepszemu zdrowiu. Koncepcja selekcji do stanu małżeńskiego wskazuje, że osoby zdrowsze mają większe prawdopodobieństwo zawarcia związku małżeńskiego niż osoby o gorszym zdrowiu lub chore i większe prawdopodobieństwo utrzymania małżeństwa. Osoby o gorszym zdrowiu mają mniejszą szansę zdobycia kandydata do małżeństwa i mniejszą szansę zapewnienia trwałości związku – zły stan zdrowia osób pozostających w związkach małżeńskich może wywoływać szereg napięć i być przyczyną braku satysfakcji z życia małżeńskiego u ich partnerów, a taka sytuacja może się wiązać z wyższym ryzykiem rozwodów (Waldron, 1996). Wiele badań długofalowych dowodzi, że pozostawanie w związku małżeńskim sprzyja zdrowiu, np. w badaniach prospektywnych przeprowadzonych wśród kobiet w średnim wieku te, które pozostawały w związkach małżeńskich, dłużej odznaczały się lepszym zdrowiem w porównaniu do kobiet niezamężnych (Waldron, 1991). Dowodzi się także, że pozostawanie w związku małżeńskim wydłużało szansę przeżycia zarówno mężczyzn, jak i kobiet chorujących na choroby nowotworowe lub choroby układu krążenia. Dotychczasowe badania dowodzą jednak, że ta ochronna rola małżeństwa w odniesieniu do ryzyka zgonu bardziej działa w stosunku do mężczyzn niż do kobiet.

Koncepcja wskazująca na stan zdrowia jako element selekcji do stanu małżeńskiego została również potwierdzona w licznych badaniach. Osoby, które w okresie dzieciństwa lub adolescencji cierpiały na choroby przewlekłe, rzadziej były w wieku 36 lat osobami pozostającymi w związkach małżeńskich. Podobnie młodzi mężczyźni, których stan zdrowia wiązał się z ograniczeniem aktywności życiowej, rzadziej zawierali związki małżeńskie (Waldron, 1996).

Wsparcie społeczne i więzi społeczne okazały się predyktorami ryzyka zgonu tak u mężczyzn, jak i u kobiet. Badania pokazały większe prawdopodobieństwo występowania chorób przewlekłych u kobiet nigdy niezamężnych, szczególnie tych, które nie miały zatrudnienia.

Według Ren (1997), zdrowie i dobrostan rodziny często są barometrem zdrowia i dobrostanu całego społeczeństwa. W badaniach zmierzających do ustalenia: 1) wpływu małżeństwa na stan zdrowia oraz konsekwencji zdrowotnych rozwodu separacji czy owdowienia oraz 2) wpływu jakości relacji w rodzinie na stan zdrowia potwierdzono: a) zależność ryzyka zgonu z powodu wszystkich przyczyn od stanu cywilnego, tj. wyższego ryzyka zgonu wśród osób niepozostających w związkach małżeńskich; osoby te częściej korzystają również ze świadczeń medycznych i odznaczają się wyższym po-

ziomem stresu, oceniają gorzej swój stan zdrowia i mają gorsze ogólne samopoczucie, b) zależną od stanu zdrowia selekcję do stanu małżeńskiego, wspierającą funkcję małżeństwa, chroniącą przed niepożądanymi zmianami w stanie zdrowia. Stres towarzyszący rozwodom, separacji czy owdowieniu może prowadzić do negatywnych zmian w stanie zdrowia. Protekcyjna funkcja małżeństwa wynika z faktu przebywania we względnie stabilnym środowisku społecznym, możliwości otrzymania wsparcia od partnera w sytuacjach trudnych, możliwości dzielenia z partnerem wszystkich pozytywnych i negatywnych wydarzeń, towarzyszących życiu rodzinnemu, dzielenia zachowań związanych ze zdrowiem. Pozostawanie w związku małżeńskim obniża poziom izolacji od ważnych sieci społecznych, więzi ekonomicznych, emocjonalnych i wsparcia instrumentalnego.

Większość badań potwierdza, że konsekwencją bycia osobą samotną jest przebywanie poza określoną siecią społeczną, a tym samym istnieją mniejsze szanse na utrzymywanie więzi emocjonalnych niezbędnych w sytuacji trudnych wydarzeń życiowych. Zarówno korzyści wynikające z faktu małżeństwa, jak i uporanie się z takimi stresującymi wydarzeniami, jak rozwód, separacja lub wdowieństwo zależą od sieci relacji społecznych, wsparcia społecznego i stopnia aktywności społecznej. W prowadzonych badaniach uwzględniono zwykle dychotomiczne podziały badanych na osoby pozostające w związku małżeńskim vs niepozostające w związku małżeńskim, podczas gdy niejednokrotnie okazuje się, że kategorie osób „niepozostających w związkach małżeńskich" różnią się pomiędzy sobą (Barusch, 1985). Małżeństwo może wpływać na stan zdrowia tylko poprzez fakt jego istnienia, ale także poprzez jakość relacji charakteryzujących ten związek. Małżeństwo może dawać satysfakcję, a tym samym pozytywnie oddziaływać na ogólne samopoczucie; konflikty w małżeństwie mogą sprzyjać obniżeniu samooceny stanu zdrowia. Badania Ren (1997) oparte na danych z National Survey of Families and Household (1987–1988), dotyczące wylosowanych 13 017 respondentów w wieku 19 lat i powyżej, potwierdzają, że małżeństwo działa ochronnie na stan zdrowia poprzez więzi emocjonalne, więzi ekonomiczne, wsparcie społeczne. Samoocena stanu zdrowia była zróżnicowana w zależności od kategorii osób „niepozostających w związkach małżeńskich"; np. konsekwencje zdrowotne separacji okazały się poważniejsze od konsekwencji zdrowotnych rozwodu, jakkolwiek badania nie w pełni potwierdziły dotychczasowe spostrzeżenia, że osoby niepozostające w związkach małżeńskich gorzej oceniają swój stan zdrowia niż osoby żyjące w małżeństwie. Badania Ren pokazały, że osoby żyjące w konkubinacie miały gorsze samooceny stanu zdrowia niż osoby pozostające w formalnych związkach małżeńskich, co próbowano tłumaczyć faktem, że osoby żyjące w związkach nieformalnych częściej rekrutują się z osób mających wcześniejsze przeżycia typu separacja, rozwód, owdowienie. Docenianie małżeństwa jako źródła wsparcia emocjonalnego charakteryzowało wszystkie osoby niepozostające w związkach małżeńskich, natomiast postrzeganie wsparcia finansowego, które daje małżeństwo, oceniane było najwyżej przez osoby nigdy niezamężne i osoby rozwiedzione (Ren, 1997).

Analizowano wpływ zmian stanu cywilnego w okresie wieku podeszłego na różne wymiary zachowań. Badania pokazują np., że u hiszpańskich kobiet zamężnych wcześniej wykrywa się raka piersi i że chętniej uczestniczą one w badaniach przeglądowych dotyczących wczesnej wykrywalności nowotworów, natomiast owdowiałe niedawno kobiety częściej korzystają z leczenia szpitalnego i porad dotyczących zdrowia psychicznego. Kobiety zamężne cechują krótsze pobyty w szpitalach. Wszystkie te dowo-

dy skłaniały do przypuszczenia (Iwashyna, 2003), że kobiety zamężne mają lepszą opiekę niż kobiety niezamężne. Badania te potwierdziły, że kobiety zamężne otrzymują inne formy leczenia niż kobiety owdowiałe, które częściej wybierały gorsze pod względem jakości usługi medyczne (Iwashyna, 2003).

Strata, która może w istotny sposób rzutować na status kobiety w wieku starszym, to śmierć współmałżonka, a fakt ten może oznaczać również utratę części uprzedniego statusu, np. pozycji w rodzinie, pogorszenie warunków materialnych, utratę źródła emocjonalnego wsparcia, utratę ważnych ról życiowych. Status wyznaczany przez stan cywilny może być zależny od tego, czy samotność kobiety w starszym wieku jest cechą nabytą w tym właśnie okresie, czy dotyczyła również wcześniejszych etapów życia. Status kobiety samotnej może być inny od statusu kobiety pozostającej w rodzinie, mającej szansę w razie potrzeby liczyć na pomoc i wsparcie ze strony dzieci lub wnuków.

Próby wyjaśnienia tej relacji odnoszą się do koncepcji selekcji społecznej, warunkowanej stanem zdrowia (lepsza kondycja zdrowotna daje wyższą szansę zawarcia małżeństwa lub kolejnego małżeństwa), wskazuje się również na rolę małżeństwa w zapewnieniu opieki i wsparcia. Ostatnie badania wskazują jednak na fakt, że niezamężne starsze wiekiem kobiety odznaczają się lepszym zdrowiem niż kobiety pozostające w związkach, co tłumaczy się możliwością zbudowania równie silnych więzi z otoczeniem, będących alternatywą dla więzi charakteryzujących małżeństwo; lepsze zdrowie starszych niezamężnych kobiet potwierdza brak pozytywnego znaczenia małżeństwa dla zdrowia kobiet (Grundy, 2003).

Badania potwierdzają także relacje pomiędzy wielkością sieci relacji społecznych, uczestnictwem we wspólnocie religijnej i klubach oraz innych grupach społecznych a poziomem umieralności w wieku podeszłym.

Charakterystyka stanu rodzinnego kobiet 65-letnich

W związkach małżeńskich pozostawało 60,9% kobiet, 26,5% utraciło partnera w wyniku jego zgonu, 6,6% było osobami rozwiedzionymi, 5,1% nie było nigdy osobami zamężnymi, 0,9% pozostawało w związkach nieformalnych. Stan cywilny w istotny sposób różni kobiety od ich rówieśników mężczyzn – znacznie więcej mężczyzn (88,5%) pozostaje w związkach małżeńskich, blisko czterokrotnie mniej jest wdowców (6,2%) i dwukrotnie mniej osób rozwiedzionych (2,8%).

Stan cywilny badanych kobiet i mężczyzn 65-letnich

Stan cywilny	Kobiety		Mężczyźni		Test Chi^2
	n	%	n	%	
Żonaty/mężatka lub ma partnera/kę	254	61,8	286	89,1	$Chi^2 = 70,64$
Wolny przez całe życie	21	5,1	6	1,9	$P < 0,05$ *
Wdowa/wdowiec	109	26,5	20	6,2	
Rozwiedziona/y	27	6,6	9	2,8	

* – Różnice istotne statystycznie.

Blisko trzykrotnie więcej kobiet zamieszkiwało samotnie (22,5%), tylko z mężem mieszkało 42,1% kobiet, pozostałe kobiety zamieszkiwały w rodzinach dwu- lub trzypokoleniowych (17,6%) lub z osobami spoza rodziny (17,8%).

Wielkość gospodarstwa domowego kobiet i mężczyzn 65-letnich

Zamieszkiwanie		Kobiety		Mężczyźni		Test Chi^2
		n	%	n	%	
R. mieszka	tylko z mężem/żoną, partnerem/ką	172	42,1	147	46,5	Chi^2=71,75
	samotnie	92	22,5	27	8,5	P < 0,05 *
	(także) z dziećmi/wnukami	72	17,6	123	38,9	
	(także) z innymi osobami	73	17,8	19	6,0	

Posiadało dzieci 87,6% badanych kobiet, 94,4% ich rówieśników mężczyzn było ojcami.

Zdecydowana większość kobiet (63,0%) opowiedziała się za modelem rodziny, w której obydwoje małżonkowie pracują i wspólnie prowadzą dom oraz wychowują dzieci, jakkolwiek 33,4% kobiet było zwolenniczkami sytuacji, w której mąż pracuje na utrzymanie rodziny, a żona prowadzi dom i wychowuje dzieci, tylko nieliczne (3,6%) popierały model, w którym obydwoje małżonkowie pracują, ale obowiązki domowe spoczywają tylko na kobiecie. Poglądy na temat modelu rodziny istotnie różniły kobiety od mężczyzn (wśród których znacznie więcej – 54% – było zwolenników sytuacji, kiedy to pracuje mąż, a żona jest wyłącznie gospodynią domową), mniej mężczyzn w porównaniu do kobiet opowiadało się za rodziną, w której obydwoje małżonkowie pracują i wspólnie dzielą się obowiązkami związanymi z prowadzeniem domu (38,9%), więcej (7,1%) było za takim rozwiązaniem, że pracują obydwoje małżonkowie, ale domem zajmuje się tylko żona.

Zdecydowana większość kobiet (59,4%) potwierdziła, iż ich rodzina funkcjonowała na takich zasadach, że podobnie jak i mąż pracowały zawodowo, ale dodatkowo ponosiły cały ciężar prowadzenia domu i wychowywania dzieci, 36,3% kobiet przyznało, że wszystkie obowiązki dzielone były wspólnie, a tylko 4,3% kobiet zajmowało się wyłącznie domem, a mąż pracował.

Deklarowany jako idealny oraz faktyczny model funkcjonowania rodziny

Modele rodziny		Kobiety		Mężczyźni		Test Chi^2
		n	%	n	%	
Model życia uważany za najlepszy	1) mąż zarabia, żona prowadzi dom i wychowuje dzieci	131	33,4	168	54,0	Chi^2 = = 40,71
	2) oboje pracują, żona prowadzi dom i wychowuje dzieci	14	3,6	22	7,1	P < 0,05 *
	3) oboje pracują i prowadzą dom oraz wychowują dzieci	247	63,0	121	38,9	
Model życia, według którego funkcjonuje/funkcjonowała rodzina R.	1)	16	4,3	22	7,3	Chi^2=5,41
	2)	221	59,4	156	51,7	P > 0,05
	3)	135	36,3	124	41,1	

Porównanie oczekiwanego przez kobiety modelu rodziny z faktycznie istniejącym w ich rodzinach wykazało istotny brak zgodności pomiędzy oczekiwanym a istniejącym modelem życia rodzinnego (współczynnik kappa = 0,13 u kobiet, 0,21 u mężczyzn).

Porównanie oczekiwanego przez kobiety modelu rodziny z faktycznie istniejącym w ich rodzinach

Model teoretyczny	Model faktyczny					
	1)		2)		3)	
	n	%	n	%	n	%
Kobiety	$Chi^2 = 50,80$		$P < 0,05$ *		Kappa = 0,13	
1)	6	4,8	102	82,3	16	12,9
2)			11	78,6	3	21,4
3)	9	3,9	107	46,1	116	50
Mężczyźni	$Chi^2 = 77,86$		$P < 0,05$ *		Kappa = 0,21	
1)	18	10,8	108	65,1	40	24,1
2)	2	10	17	85	1	5
3)	2	1,8	29	25,7	82	72,6

Zdecydowana większość kobiet uważała, że mąż/partner dobrze je rozumie, podobnie, że mąż/partner okazuje im dostatecznie dużo uczucia. Wsparcie emocjonalne od małżonka potwierdziło 66,2% kobiet, niemniej blisko 20% nie dzieliło swoich problemów z małżonkiem, gdyż z różnych powodów nie mogły liczyć na jego wsparcie. Należy zwrócić uwagę na fakt, że znacznie więcej kobiet niż mężczyzn potwierdziło sytuację rodzinną wskazującą na niemożność dzielenia się problemami życiowymi z partnerem. W przeciwieństwie do badanych kobiet, ich rówieśnicy mężczyźni (78,4%) mogli być pewni wsparcia emocjonalnego ze strony swoich małżonek, tylko 14% nie mogło z różnych powodów liczyć na emocjonalną pomoc ze strony małżonek. Pytając, od kogo badane kobiety mogą oczekiwać wsparcia w sytuacjach trudnych, 77,5% kobiet wskazało na małżonka (w grupie mężczyzn na małżonkę wskazało 87,1%); na wsparcie ze strony dzieci, wnuków mogło liczyć 79,8% kobiet (nieco mniej mężczyzn – 71,4%). Częściej pomocy ze strony przyjaciół i znajomych mogły oczekiwać kobiety (15,6%) niż mężczyźni (8,1%), sąsiadów (8,3% kobiet i 5,3% mężczyzn).

Przedstawione tu dane wskazują na fakt, że w trudnych sytuacjach życiowych źródłem wsparcia dla kobiet są przede wszystkim dzieci i wnuki, w następnej kolejności mąż, natomiast dla mężczyzn przede wszystkim żona, później dzieci i wnuki.

Więzi pomiędzy badanymi osobami a ich życiowymi partnerami

Więzi		Kobiety		Mężczyźni		Test Chi^2
		n	%	n	%	
R. uważa, że partner jej/go nie rozumie	tak	78	31,5	60	21,7	$Chi^2 = 6,35$
	nie	170	68,5	216	78,3	$P < 0,05$ *
Partner okazuje R. dostatecznie dużo uczucia	tak	184	72,2	251	87,2	$Chi^2 = 19,09$
	nie	71	27,8	37	12,8	$P < 0,05$ *
R. uważa, że partner jest dostatecznie zaangażowany w związek	tak	211	81,5	259	89,9	$Chi^2 = 8,08$
	nie	48	18,5	29	10,1	$P < 0,05$ *

Za najważniejsze w życiu badane kobiety w wieku 65 lat uznały szczęście własnych dzieci i wnuków (79,3%), kochającego partnera (52,6%) – dla 73,3% mężczyzn ten warunek był najważniejszy w życiu (różnice istotne statystycznie).

Konflikty w rodzinie potwierdziło 37,9% kobiet, blisko 20% badanych przyznało, że konflikty są przyczyną kłótni lub nieporozumień, występujących bardzo często. Przyczyną częstych konfliktów w rodzinach kobiet było nadużywanie alkoholu (13,0%), brak pieniędzy na podstawowe wydatki (10,2%), sposób wydawania pieniędzy (8,9%), zdrady małżeńskie (6,1%), złe relacje z dziećmi (6,25%).

Dawanie wsparcia (odbiorcy wsparcia: dzieci lub wnuki)

Zdecydowana większość badanych kobiet (64,8%) przyznała, że dzieci oczekują od nich wsparcia, jakkolwiek nieco większy odsetek mężczyzn (70,1%) potwierdził ten fakt. Najważniejszą formą wsparcia okazała się pomoc finansowa – tylko 32,5% kobiet przyznało, że nie pomaga dzieciom finansowo. Około 25–29% kobiet stale pomagało swoim dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz w opiece nad wnukami, emocjonalnie wspierało swoje dzieci około 50% kobiet; rzadziej wspieranie dotyczyło pomocy w załatwianiu różnych spraw. Wśród przyczyn okazywanego dzieciom wsparcia, obok wysuwanych jako najważniejsze względów uczuciowych (47,6%), wskazywano także na świadomość ciężkiej sytuacji, w jakiej znajdują się dzieci (24,0), oraz pojmowanie wsparcia okazywanego dzieciom jako powinności rodzicielskiej (7,9%). Około 30% badanych kobiet przyznawało, że okazywane dzieciom wsparcie stanowi dla nich duże obciążenie przede wszystkim finansowe. Zdecydowana większość nie postrzegała wsparcia dawanego dzieciom jako ograniczającego ich czas osobisty, a 12,8% kobiet uważało, że nie potrzebuje czasu dla siebie.

Pomoc dzieciom udzielana przez kobiety i mężczyzn 65-letnich

Pomoc dzieciom		Kobiety		Mężczyźni		Test Chi^2
		n	%	n	%	
Dzieci oczekują od R. pomocy	nie	126	35,2	87	29,1	Chi ^{2}=2,77 P > 0,05
	tak	232	64,8	212	70,9	
Wspiera dzieci finansowo	tak – stale/często	70	30,3	73	34,6	Chi ^{2}=1,37 P > 0,05
	tak – czasami /okazjonalnie	86	37,2	79	37,4	
	nie	75	32,5	59	28,0	
Pomaga dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa	tak – stale/często	59	25,5	43	20,8	Chi ^{2}=1,43 P > 0,05
	tak – czasami	31	13,4	31	15,0	
	nie	141	61,0	133	64,3	
Pomaga w pracy zawodowej	tak – stale/często	11	4,8	8	3,9	Chi ^{2}=0,30 P > 0,05
	tak – czasami	4	1,7	3	1,4	
	nie	214	93,4	196	94,7	
Zajmuje się wnukami	tak – stale/często	68	29,6	55	26,4	Chi ^{2}=0,54 P > 0,05
	tak – czasami	54	23,5	52	25,0	
	nie	108	47,0	101	48,6	

Doradza w załatwianiu spraw	tak – stale/często	26	11,3	26	12,6	Chi^2=1,42 P > 0,05
	tak – czasami	41	17,8	45	21,7	
	nie	163	70,9	136	65,7	
Wspiera emocjonalnie	tak – stale/często	44	19,1	41	19,8	Chi^2=0,73 P > 0,05
	tak – czasami	73	31,7	58	28,0	
	nie	113	49,1	108	52,2	
Pomaga w inny sposób	tak – stale/często	9	4,0	7	3,4	Chi^2=0,10 P > 0,05
	tak – czasami	8	3,6	7	3,4	
	nie	207	92,4	189	93,1	

Niespełna 10% kobiet mieszkało ze swoimi dziećmi, podczas gdy wśród mężczyzn odsetek ten przekraczał 15%. Najwięcej spośród pozostałych respondentek kontaktowało się ze swoimi dziećmi nawet codziennie (18,9%) lub kilka razy w tygodniu (30%), raz na tydzień (21,4%), tylko 6,6% respondentek miało kontakt z dziećmi rzadziej niż raz w miesiącu.

Częstość kontaktów z dziećmi 65-letnich kobiet i mężczyzn

Kontakty z dziećmi	Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%
Nigdy	1	0,3		
Raz w roku lub rzadziej	1	0,3	3	1,0
Raz na pół roku	5	1,4	3	1,0
Raz na kwartał	16	4,4	15	5,0
Kilka razy w miesiącu	50	13,9	35	11,6
Raz na tydzień	77	21,4	52	17,3
Kilka razy w tygodniu	108	30,0	82	27,2
Codziennie	68	18,9	63	20,9
Mieszka z dziećmi	34	9,4	48	15,9

Chi^2 = 10,99, p > 0,05.

Z podobną częstością kontaktowali się ze swoimi dziećmi mężczyźni 65-latkowie: 20,9% codziennie, 27,2% z nich kontaktowało się ze swoimi dziećmi kilka razy w tygodniu, raz na tydzień 17,3% respondentów. Podobnie jak wśród kobiet tylko 7% respondentów kontaktowało się ze swoimi dziećmi rzadziej niż raz na miesiąc.

Średnia częstość kontaktów z dziećmi 65-letnich kobiet i mężczyzn

Średnia częstość kontaktów	Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%
Rzadziej niż codziennie	258	71,7	190	63,1
Codziennie (także mieszkający z dziećmi)	102	28,3	111	36,9

Chi^2 = 5,48, p < 0,05 *.

Dane te wskazują na odmienne niż można by oczekiwać wzory kontaktów z dziećmi kobiet i mężczyzn.

Narażenie na przemoc

Wśród badanych 65-letnich kobiet 14,1% podało, że było ofiarą przemocy fizycznej lub psychicznej. Wśród kobiet, które doświadczyły przemocy, najwięcej (67,3%) przyznało, że doznało gróźb słownych, zastraszania lub poniżania (60,0%), bicia i znęcania fizycznego, ograniczenia wolności (20,0%), niszczenia przedmiotów – 14,5%, zmuszania do współżycia seksualnego (14,5) respondentek.

Najwięcej kobiet (76,4%) doznało przemocy od partnera życiowego, znacznie mniej od innych osób (12,7%) lub rodziców (10,9%), w dwóch przypadkach (3,6%) kobiety przyznały, że sprawcami przemocy były własne dzieci. Znaczna część kobiet, które doświadczyły przemocy (72,7%), podała, że tylko one były ofiarami przemocy, 27,3% oświadczyło, że również inni członkowie rodziny byli razem z nimi ofiarami przemocy. Źródła przemocy tkwiły w opinii 61,8% kobiet w nadużywaniu alkoholu, w cechach charakterologicznych sprawców (23,6%), innych przyczynach (9,1%) lub nieznanych przyczynach (5,5%).

Stresujące wydarzenia życiowe

Według Gray (2003), kobiety są bardziej podatne niż mężczyźni na pewne rodzaje stresujących wydarzeń życiowych i w ich wyniku ponoszą poważniejsze konsekwencje psychologiczne. Umiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi zależy od płci i odgrywa istotną rolę w zróżnicowanych konsekwencjach zdrowotnych obserwowanych wśród mężczyzn i kobiet, będących następstwem stresujących wydarzeń życiowych. Dotychczasowe badania jednoznacznie dowodzą, że stresujące wydarzenia życiowe powodują więcej psychologicznych konsekwencji i objawów depresji wśród kobiet niż wśród mężczyzn, szczególnie w sytuacjach, kiedy te wydarzenia dotyczą osób, np. członków rodziny lub przyjaciół, z którymi kobiety utrzymywały lub utrzymują relacje emocjonalne. Mężczyźni, w odróżnieniu do kobiet, bardziej przeżywają stresy związane z pracą zawodową lub sytuacją finansową rodziny. Stresujące wydarzenia życiowe są bardziej emocjonalnie przeżywane przez kobiety niż przez mężczyzn. Badania dowodzą, że kobiety i mężczyźni używają innych zasobów i strategii w pokonywaniu stresu, np. poczucie panowania nad sytuacją i jej kontrolowania, będące skutecznymi buforami chroniącymi przed konsekwencjami stresujących wydarzeń życiowych, w znacznie mniejszym stopniu dotyczy kobiet niż mężczyzn. W konfrontacji ze stresującymi wydarzeniami życiowymi, mężczyźni częściej zachowują „stoicki spokój", a ich zachowania pozbawione są ekspresji, podczas gdy reakcje kobiet w takich sytuacjach są bardziej emocjonalne i ekspresyjne; z tej racji nastawione w wyższym stopniu na potrzebę wsparcia od rodziny i przyjaciół. Odmienności w strategiach pokonywania stresujących wydarzeń życiowych znajdują swe źródła w rozróżnieniu dwóch podejść: podejściu ukierunkowanym na rozwiązanie problemu (*problem focu-*

sed) i rozwiązaniach opartych na emocjach (*emotion focused*). Rozwiązywanie problemu oznacza zwykle pokonywanie sytuacji poprzez jej rozpracowanie, próbę zmiany tej sytuacji i aktywne działania na rzecz usunięcia niepożądanych sytuacji lub konsekwencji pewnych sytuacji. Emocjonalne strategie pokonywania sytuacji stresowych dotyczą zwykle działań zmierzających do odwrócenia uwagi osób dotkniętych sytuacjami stresowymi poprzez wyrażanie uczuć, modlenie się. Mężczyźni częściej wybierają strategie związane z rozwiązaniem problemu, kobiety preferują emocjonalne strategie pokonywania trudnych sytuacji. Strategie ukierunkowane na rozwiązanie problemu są bardziej skuteczne od strategii nastawionych na emocje i tym można tłumaczyć różnice w konsekwencjach zdrowotnych stresujących wydarzeń życiowych wśród mężczyzn i kobiet. Istnieją jednak dowody na to, że rozróżnienie pomiędzy strategiami nastawionymi na rozwiązanie problemu i strategiami nastawionymi na emocje jest czysto teoretyczne, bo w konkretnych sytuacjach ludzie odwołują się do obu sposobów rozwiązywania trudnych sytuacji (Gray, 2003).

Relacja pomiędzy psychospołecznymi stresującymi czynnikami a konsekwencjami zdrowotnymi opiera się na licznych badaniach wskazujących na znaczącą rolę bezrobocia, poziomu warunków ekonomicznych w stanie zdrowia, dowodzących, że bezrobocie jest czynnikiem wysokiego ryzyka zmian w stanie zdrowia tak fizycznym, jak i umysłowym i oznacza utratę poczucia kontrolowania życia, niską samoocenę oraz wyższe ryzyko zgonu. Rozwody, separacja pociągają określone konsekwencje w poziomie materialnym życia rodziny, ryzyko bezrobocia. Przebywanie w środowisku rodzinnym pełnym konfliktów wiąże się z niższym ogólnym samopoczuciem i oceną stanu zdrowia. Choroba i niepełnosprawność w rodzinie jako stresujące wydarzenie może mieć inne znaczenie dla mężczyzn, a inne dla kobiet (Gray, 2003).

Badania wskazują również na długofalowe konsekwencje uprzednich uwarunkowań na stan zdrowia w wieku podeszłym, np. potwierdzają gorszy stan zdrowia kobiet w wieku powyżej 50 lat, które urodziły sześcioro lub więcej dzieci (Grundy, 2000).

Jakkolwiek większość badań dotyczących relacji pomiędzy rodziną, statusem rodzinnym a stanem zdrowia koncentruje się na roli wsparcia społecznego w stanie zdrowia, to coraz częściej analizuje się ochronną rolę rodziny w sytuacjach stresujących wydarzeń życiowych. Doświadczenia płynące z różnych badań wskazują na potrzebę zintegrowanego podejścia w studiach nad uwarunkowaniami stanu zdrowia, tj. określenia udziału czynników społeczno-ekonomicznych, demograficzno-społecznych i narażenia na stresujące wydarzenia życiowe w obserwowanych konsekwencjach zdrowotnych.

Badane 65-letnie kobiety w wyższym stopniu potwierdzały, że ich dzieci (27,5%) lub wnuki (6,3%) zdają się być nieszczęśliwe, jak również częściej przyznawały, że zachowanie jednego z dzieci (23,6%) lub wnuków (9,3%) jest powodem poważnego zmartwienia. Tak postrzegana sytuacja dzieci i wnuków różniła w znamienny sposób badane kobiety od ich rówieśników mężczyzn, którzy w mniejszym stopniu podkreślali wagę zasygnalizowanych tu ocen sytuacji życiowej dzieci lub wnuków. Blisko 29% kobiet przyznało, że ma w rodzinie osoby chore, którymi musi się opiekować, wskazując na własnych rodziców, męża, a także na własne dzieci i wnuki. Ponad dwukrotnie więcej kobiet (26,7%) niż mężczyzn (13,2%) w tym samym wieku przyznało, że ktoś w ich rodzinie miał poważne kłopoty finansowe, stracił pracę lub zmienił na gorszą (19,6%), 4,7% kobiet musiało w ostatnim roku skorzystać z pomocy opieki społecznej.

Stresujące wydarzenia życiowe w rodzinie 65-letnich kobiet i mężczyzn

Stresujące wydarzenia		Kobiety		Mężczyźni		Test
		n	%	n	%	Chi^2
Jedno z dzieci R. zdaje	tak	113	32,7	56	18,8	$Chi^2 = 14,04$
się być nieszczęśliwe	nie	233	67,3	232	81,2	$P < 0,05$ *
Zachowanie jednego z dzieci jest	tak	95	27,5	56	18,8	$Chi^2 = 5,56$
powodem poważnego zmartwienia	nie	251	62,5	232	81,2	$P < 0,05$ *
Jedno z wnuków R.	tak	26	8,3	16	6,4	$Chi^2 = 1,51$
zdaje się być nieszczęśliwe	nie	287	93,7	235	93,6	$P > 0,05$
Zachowanie jednego z wnuków jest powodem poważnego	tak	38	12,1	16	6,4	$Chi^2 = 6,36$
zmartwienia	nie	275	87,9	235	93,6	$P < 0,05$ *
W ostatnim roku w rodzinie była	tak	5	1,3	1	,3	$Chi^2 = 1,85$
niechciana ciąża lub poronienie	nie	392	98,7	312	99,7	$P > 0,05$
W ostatnim roku ktoś w rodzinie	tak	109	26,7	42	13,2	$Chi^2 = 19,47$
miał kłopoty finansowe	nie	300	73,3	275	86,8	$P < 0,05$ *
W ostatnim roku ktoś w rodzinie	tak	20	4,9	13	4,1	$Chi^2 = 0,27$
miał kłopoty w szkole lub na uczelni	nie	387	95,1	304	95,9	$P > 0,05$
W ostatnim roku ktoś w rodzinie	tak	80	19,6	48	15,2	$Chi^2 = 2,28$
stracił pracę lub zmienił na gorszą	nie	329	80,4	267	84,8	$P > 0,05$
W ostatnim roku ktoś w rodzinie został przeniesiony na gorsze	tak	46	11,4	23	7,3	$Chi^2 = 3,41$
stanowisko lub obniżono mu zarobki	nie	359	88,6	293	92,7	$P > 0,05$
W ostatnim roku ktoś z rodziny	tak	23	5,7	23	7,3	$Chi^2 = 0,79$
przeszedł na rentę lub emeryturę	nie	384	94,3	293	92,7	$P > 0,05$
W ostatnim roku ilość konfliktów między z partnerem/ką	tak	26	9,1	18	6,1	$Chi^2 = 1,92$
wzrosła	nie	259	90,9	278	93,9	$P > 0,05$
W ostatnim roku R. musiała/ł	tak	19	4,7	11	3,5	$Chi^2 = 0,63$
skorzystać z opieki społecznej	nie	389	95,3	306	96,5	$P > 0,05$

Wśród uwarunkowań postrzegania, iż jedno z dzieci jest nieszczęśliwe, istotne znaczenie miał zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn fakt, że nie mogą od nich otrzymać wsparcia, a ponadto u kobiet postrzeganie, iż jedno z dzieci jest nieszczęśliwe, wiązało się z poczuciem, że mąż je nie rozumie.

Postrzeganie jednego z dzieci jako nieszczęśliwe – model regresji logistycznej

Determinanty	Kobiety			Mężczyźni		
	Exp B	95% pu		Exp B	95% pu	
Wykształcenie wyższe	0,94	0,51	1,73	0,99	0,42	2,35
Stan cywilny: rozwiedziona/y	0,53	0,19	1,46	0,95	0,14	6,50
Zawód: pracownik umysłowy niższego szczebla	1,22	0,70	2,12	0,83	0,41	1,67
Dochód pow. 1000 PLN netto razem z partnerem	0,70	0,36	1,37	0,45	0,14	1,48
Może liczyć na wsparcie partnera	0,96	0,48	1,95	1,06	0,39	2,89
Może liczyć na wsparcie dzieci/wnuków	**0,57**	**0,33**	**1,00**	**0,27**	**0,14**	**0,51**
Może liczyć na wsparcie rodziców/teściów	0,70	0,14	3,59	0,55	0,06	5,27
Może liczyć na wsparcie rodzeństwa/szwagrów	0,87	0,46	1,67	1,93	0,82	4,53
Może liczyć na wsparcie przyjaciół/znajomych	1,16	0,58	2,31	0,82	0,24	2,79
Może liczyć na wsparcie sąsiadów	0,85	0,36	2,02	1,13	0,31	4,12
Uważa, że mąż/żona jej/go nie rozumie	**2,44**	**1,37**	**4,32**	0,72	0,30	1,70
Uważa, że mąż/żona okazuje jej/jemu dostatecznie dużo uczucia	0,80	0,41	1,57	1,02	0,39	2,69

Podobną relację zaobserwowano w sytuacji postrzegania własnego dziecka jako przyczyny zmartwienia: kobiety i mężczyźni, którzy postrzegali tak jedno ze swoich dzieci, uważali, że nie mogą na nie liczyć, a dodatkowo te kobiety były przekonane, że znajdują się w sytuacji, w której mąż ich nie rozumie.

Postrzeganie jednego z dzieci jako powód zmartwienia – model regresji logistycznej

Determinanty	Kobiety			Mężczyźni		
	Exp B	95% PU		Exp B	95% PU	
Wykształcenie wyższe	0,72	0,35	1,45	0,66	0,26	1,64
Stan cywilny: poza związkiem	0,95	0,34	2,69	2,64	0,54	12,90
Zawód: pracownik fizyczny	0,72	0,34	1,53	0,89	0,42	1,91
Dochód pow. 1000 PLN netto razem z partnerem	0,98	0,46	2,07	1,96	0,42	9,10
Może liczyć na wsparcie partnera/ki	1,02	0,43	2,41	1,15	0,37	3,56
Może liczyć na wsparcie dzieci/wnuków	**0,51**	**0,29**	**0,90**	**0,27**	**0,14**	**0,51**
Może liczyć na wsparcie rodzeństwa/szwagrów	0,74	0,37	1,50	1,87	0,80	4,39
Może liczyć na wsparcie przyjaciół/znajomych	1,89	0,94	3,77	1,67	0,57	4,94
Może liczyć na wsparcie sąsiadów	0,46	0,16	1,30	2,61	0,78	8,72
Uważa, że mąż/żona jej/go nie rozumie	**2,06**	**1,04**	**4,07**	1,37	0,58	3,23
Uważa, że mąż/żona okazuje jej/jemu dostateczne i dużo uczucia	1,07	0,39	2,92	0,67	0,16	2,70
Uważa, że mąż/żona jest silnie zaangażowany/a w związek	0,74	0,26	2,09	1,83	0,34	9,87

Stwierdzenie, że jedno z wnuków jest nieszczęśliwe, wiązało się u kobiet z przekonaniem, iż nie może liczyć na wsparcie z jego strony. Podobną relację odnotowano w odniesieniu do kobiet, które przyznały, że jedno z wnuków jest powodem ich zmartwienia.

Czynniki warunkujące poczucie, że jedno z wnuków jest nieszczęśliwe – model regresji logistycznej

Uwarunkowania	Kobiety			Mężczyźni		
	Exp B	95% PU		Exp B	95% PU	
Wykształcenie średnie	1,01	0,37	2,78	1,34	0,37	4,84
Wykształcenie wyższe	0,25	0,05	1,34	0,40	0,07	2,40
Stan cywilny: poza związkiem	3,27	0,91	11,73	1,65	0,22	12,18
Zawód: pracownik fizyczny	0,57	0,17	1,95	0,83	0,22	3,15
Może liczyć na wsparcie dzieci/wnuków	**0,38**	**0,16**	**0,91**	0,93	0,31	2,83
Może liczyć na wsparcie rodzeństwa/szwagrów	1,68	0,61	4,64	2,82	0,86	9,29
Uważa, że mąż/żona jej/go nie rozumie	2,05	0,66	6,36	0,88	0,21	3,76
Uważa, że mąż/żona jest silnie zaangażowany/a w związek	1,10	0,34	3,58	1,03	0,18	6,01

Czynniki warunkujące postrzeganie jednego z wnuków jako powód zmartwienia – model regresji logistycznej

Uwarunkowania	Kobiety			Mężczyźni		
	Exp B	95% PU		Exp B	95% PU	
Wykształcenie średnie i wyższe	1,22	0,49	3,05	0,51	0,14	1,88
Zawód: pracownik fizyczny	0,91	0,31	2,71	0,69	0,17	2,73
Dochód pow. 1500 PLN netto razem z partnerem	0,96	0,42	2,17	2,30	0,56	9,41
Może liczyć na wsparcie partnera	0,62	0,19	2,03	7,82	0,52	117,2
Może liczyć na wsparcie dzieci/wnuków	**0,43**	**0,20**	**0,91**	0,94	0,28	3,19
Może liczyć na wsparcie rodzeństwa/szwagrów	1,14	0,45	2,85	1,10	0,25	4,79
Uważa, że mąż/żona jej/go nie rozumie	2,26	0,92	5,58	1,93	0,54	6,92
Uważa, że mąż/żona jest silnie zaangażowany/a w związek	2,05	0,70	5,97	0,35	0,08	1,59

Przeżywanie przez respondentki kłopotów własnych dzieci, a szczególnie wnuków, martwienie się o nich jest wyrazem więzi międzygeneracyjnych. Z badań prowadzonych wśród uczniów liceów ogólnokształcących wynika, że 59,7% z nich uskarżało się na brak komunikacji z najbliższymi (rodzicami). Dla 62% badanych uczniów oparcie w trudnych chwilach stanowią babcie i dziadkowie, a nie rodzice (Czarnota, 2000).

Rozdział 6

Występowanie chorób i ich uwarunkowania demograficzno-społeczne

Ponieważ różnice w jakości życia kobiet i mężczyzn w wieku starszym wyjaśnia się różnicami w chorobowości, dane dotyczące częstości występowania chorób, potwierdzonych przez lekarza wśród kobiet 65-letnich, zostaną przedstawione na zasadach analizy porównawczej z częstością występowania w grupie ich rówieśników, tj. 65-letnich mężczyzn.

Występowanie chorób potwierdzonych przez lekarza

Rodzaj choroby	Kobiety		Mężczyźni		Test Chi²
	n	%	n	%	
Zawał serca	23	5,6	50	15,6	$Chi^2 = 20,10$ *
Dusznica bolesna (choroba niedokrwienna serca)	93	22,6	84	26,2	$Chi^2 = 1,27$
Zaburzenia rytmu serca	86	20,9	55	17,1	$Chi^2 = 1,64$
Wady serca	25	6,1	14	4,4	$Chi^2 = 1,04$
Nadciśnienie lub skoki ciśnienia	213	51,7	142	44,2	$Chi^2 = 4,02$ *
Choroby naczyń krwionośnych	86	20,9	63	19,6	$Chi^2 = 0,17$
Następstwa udaru mózgu	17	4,1	18	5,6	$Chi^2 = 0,87$
Astma lub przewlekły nieżyt oskrzeli	38	9,2	37	11,5	$Chi^2 = 1,04$
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	49	11,9	28	8,7	$Chi^2 = 1,93$
Poważne dolegliwości jelitowe	58	14,1	16	5,0	$Chi^2 = 16,44$ *
Choroby wątroby, trzustki, kamienie żółciowe lub zapalenie pęcherzyka żółciowego	78	18,9	33	10,3	$Chi^2 = 10,51$ *
Choroby nerek	44	10,7	36	11,2	$Chi^2 = 0,05$
Cukrzyca	57	13,8	52	16,2	$Chi^2 = 0,80$
Choroby tarczycy	49	11,9	8	2,5	$Chi^2 = 22,24$ *
Bóle krzyża	158	38,3	83	25,9	$Chi^2 = 12,76$
Reumatyzm lub bóle stawów	174	42,2	64	19,9	$Chi^2 = 40,90$

Migrena lub inne uporczywe bóle głowy	58	14,1	11	3,4	$Chi^2 = 24,00$ *
Poważne choroby skóry	12	2,9	12	3,7	$Chi^2 = 0,39$
Choroba nowotworowa	14	3,4	14	4,4	$Chi^2 = 0,46$
Choroba układu nerwowego (ch. Parkinsona, epilepsja itp.)	8	1,9	10	3,1	$Chi^2 = 1,04$
Zaburzenia psychiczne	46	11,2	14	4,4	$Chi^2 = 11,11$ *
Choroby oczu	63	15,3	43	13,4	$Chi^2 = 0,52$
Niedosłuch, problemy ze słuchem	41	10,0	67	20,9	$Chi^2 = 17,13$ *
Zaburzenia równowagi	36	8,7	11	3,4	$Chi^2 = 8,48$ *
Poważne złamania kości powodujące trudności w poruszaniu się	11	2,7	14	4,4	$Chi^2 = 1,57$
Choroby alergiczne	41	10,0	18	5,6	$Chi^2 = 4,60$ *
Przepuklina	13	3,2	23	7,2	$Chi^2 = 6,21$ *
Anemia lub inne choroby krwi	8	1,9	3	,9	$Chi^2 = 1,24$
Osteoporoza	75	18,2	11	3,4	$Chi^2 = 38,04$ *
Problemy ginekologiczne	60	14,6	—	—	
Problemy związane z układem moczowo-płciowym	—	—	80	24,9	

Kobiety częściej od mężczyzn chorowały na nadciśnienie (51,7 vs 44,2%), poważne dolegliwości jelitowe (14,1 vs 5,0%, choroby wątroby, trzustki zapalenie pęcherzyka żółciowego (18,9 vs 10,3%), choroby tarczycy (11,9 vs 2,5%), migreny lub uporczywe bóle głowy (14,1 vs 3,4%), zaburzenia psychiczne (11,2 vs 4,4%), zaburzenia równowagi (8,7 vs 3,4%), choroby alergiczne (10,0 vs 5,6%), osteoporozę (18,2 vs 3,4%). W odniesieniu do takich chorób jak niedokrwienna choroba serca, dolegliwości jelitowe mediana ich występowania była wyższa u kobiet.

Natomiast mężczyźni 65-letni częściej przebyli zawał (15,6%) (tylko 5,6% kobiet potwierdziło przebycie zawału serca). Niedosłuch był również objawem częściej występującym u mężczyzn (20,9 vs 10,0%), podobnie jak przepuklina (7,2 vs 3,2%), problemy z układem moczowo-płciowym (głównie prostatą) dotyczyły 24,9% mężczyzn.

Problemy ginekologiczne potwierdziło 14,6% kobiet. Nie rodziło dzieci 12,3% kobiet, 29,5% urodziło jedno dziecko, 42,7% urodziło dwoje dzieci, 9,1% respondentek potwierdziło urodzenie trojga dzieci, a 5,4% większej liczby dzieci.

Pozostawanie w leczeniu z powodu chorób przewlekłych (%) (100% = osoby, u których lekarz stwierdził daną chorobę)

Pozostaje w leczeniu	**Kobiety**	**Mężczyźni**	**Test Chi²**
Zawał serca	87,0	93,8	$Chi^2 = 0,93$
Dusznica bolesna (choroba niedokrwienna serca)	94,6	98,8	$Chi^2 = 2,27$
Zaburzenia rytmu serca	88,0	98,1	$Chi^2 = 4,38$ *
Wady serca	76,0	92,3	$Chi^2 = 1,51$
Nadciśnienie lub skoki ciśnienia	98,6	95,0	$Chi^2 = 3,78$
Choroby naczyń krwionośnych	75,6	72,6	$Chi^2 = 0,17$
Następstwa udaru mózgu	81,3	72,2	$Chi^2 = 0,38$
Astma lub przewlekły nieżyt oskrzeli	85,3	83,8	$Chi^2 = 0,03$

Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	67,3	50,0	$Chi^2 = 2,26$
Poważne dolegliwości jelitowe	58,6	86,7	$Chi^2 = 4,09$
Choroby wątroby, trzustki, kamienie żółciowe lub zapalenie pęcherzyka żółciowego	59,5	74,2	$Chi^2 = 2,05$
Choroby nerek	66,7	60,0	$Chi^2 = 0,38$
Cukrzyca	96,5	96,1	$Chi^2 = 0,01$
Choroby tarczycy	83,7	87,5	$Chi^2 = 0,08$
Bóle krzyża	63,2	61,4	$Chi^2 = 0,07$
Reumatyzm lub bóle stawów	60,6	58,7	$Chi^2 = 0,07$
Migrena lub inne uporczywe bóle głowy	37,5	60,0	$Chi^2 = 1,78$
Poważne choroby skóry	44,4	72,7	$Chi^2 = 1,65$
Choroba nowotworowa	100,0	85,7	$Chi^2 = 2,15$
Choroba układu nerwowego (ch. Parkinsona, epilepsja itp.)	100,0	80,0	$Chi^2 = 1,80$
Zaburzenia psychiczne	65,9	50,0	$Chi^2 = 1,14$
Choroby oczu	83,9	79,1	$Chi^2 = 0,40$
Niedosłuch, problemy ze słuchem	47,5	49,2	$Chi^2 = 0,03$
Zaburzenia równowagi	86,1	63,6	$Chi^2 = 2,75$
Poważne złamania kości powodujące trudności w poruszaniu się	63,6	30,8	$Chi^2 = 2,59$
Choroby alergiczne	74,4	70,6	$Chi^2 = 0,09$
Przepuklina	58,3	45,5	$Chi^2 = 0,52$
Anemia lub inne choroby krwi	71,4	66,7	$Chi^2 = 0,02$
Osteoporoza	83,3	63,6	$Chi^2 = 2,38$
Problemy ginekologiczne	46,6	—	
Problemy związane z układem moczowo-płciowym	—	83,5	

* – Różnice istotne statystycznie.

W prezentowanych tutaj badaniach kohortowych dotyczących 65-latków w odniesieniu do większości chorób nie stwierdzono znamiennych statystycznie różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w natężeniu pozostawania w leczeniu z powodu postawionej przez lekarza diagnozy, niemniej istotnie częściej mężczyźni w porównaniu do kobiet pozostawali w leczeniu z powodu zaburzeń rytmu serca i dolegliwości jelitowych.

Należy jednak podkreślić, że do schorzeń stwierdzonych przez lekarza, które wszakże nie były powodem pozostawania w leczeniu przez znaczny odsetek kobiet, należały: wady serca (24,0%), choroby naczyń krwionośnych (24,4%), poważne dolegliwości jelitowe (41,4%, tj. trzykrotnie rzadziej niż mężczyźni), choroby wątroby, trzustki (ok. 40%), choroby nerek (ok. 33%), bóle krzyża (ok. 37%), migrena lub uporczywe bóle głowy (62,5%), reumatyzm lub bóle stawów (ok. 39%), zaburzenia psychiczne (34%), niedosłuch (52%), choroby alergiczne (ok. 25%), problemy ginekologiczne (53,4%).

Amputacje piersi przeszły cztery kobiety (1,0%), 15,6% kobiet miało wykonaną operację narządów rodnych. Z powodu niepłodności leczyło się w przeszłości 5,6% kobiet, średnia liczba ciąż wynosiła 2,08, mediana =2. Poronienia naturalne potwierdziło 19,9% kobiet (średnia 0,26), do usunięcia ciąży przyznało się 9, 6% kobiet (średnia 0,16).

Wyniki dwóch badań przeprowadzonych wśród populacji angielskiej (1992), jakkolwiek różnią się między sobą, pokazują brak różnic pomiędzy starszymi mężczyznami i kobietami w zgłaszanych długotrwałych chorobach (40% mężczyzn i 38% kobiet w wieku 58 lat potwierdzało występowanie długotrwałych (długotrwałej) chorób (choroby)). Dolegliwości związane z długotrwałą chorobą potwierdziło w wieku 58 lat 70,2% mężczyzn i 71,7% kobiet, ograniczenia wynikające z faktu przewlekłej choroby – 53,1% mężczyzn i 50,3% kobiet, a w wieku 56–60 lat – 46% mężczyzn i 40,5% kobiet.

W badaniach angielskich kobiety częściej odczuwały bóle głowy (31,5 vs 17,6% mężczyzn), zaparcia (12,8 vs 3,8% mężczyzn), problemy ze wzrokiem (22,3 vs 9,9% mężczyzn), sztywność – bolesność stawów (39,1 vs 31,6% mężczyzn) (Macintyre, 1996). Kobiety w wieku 58 lat ponad trzykrotnie częściej niż mężczyźni potwierdzały występowanie bólów migrenowych (średnio 9,6 vs 2,5% u mężczyzn), chorób reumatycznych, (39,4 vs 22,6%).

Badania Macintyre pokazują, że mechanizmy warunkujące obserwowane różnice w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn są bardziej skomplikowane i odnoszą się do określonych okresów życia (Macintyre, 1993). Dolegliwości migrenowe lub wynikające z występowania żylaków istotnie częściej występowały u kobiet, począwszy od wieku 20–29 lat aż do grupy wiekowej 70–79 lat. Znacznie częstsze choroby reumatyczne u kobiet istotnie częściej pojawiały się już od 40 roku życia i częściej towarzyszyły kobietom we wszystkich okresach wieku podeszłego.

Uważa się, że powyżej 75 roku życia różnice w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn zacierają się pod względem zgłaszanych chorób (Macintyre, 1996).

Zażywanie lekarstw przepisanych przez lekarza (%)
(100% = osoby, u których lekarz stwierdził daną chorobę)

Przyczyna zażywania leków	**Kobiety**	**Mężczyźni**	**Test Chi^2**
Zawał serca	87,0	93,9	Chi^2 = 0,98
Dusznica bolesna (choroba niedokrwienna serca)	94,6	97,5	Chi^2 = 0,97
Zaburzenia rytmu serca	89,3	94,3	Chi^2 = 1,04
Wady serca	84,0	85,7	Chi^2 = 0,02
Nadciśnienie lub skoki ciśnienia	98,6	95,0	Chi^2 = 3,75 *
Choroby naczyń krwionośnych	75,0	69,4	Chi^2 = 0,57
Następstwa udaru mózgu	81,3	72,2	Chi^2 = 0,38
Astma lub przewlekły nieżyt oskrzeli	87,9	86,5	Chi^2 = 0,03
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	66,7	51,9	Chi^2 = 1,60
Poważne dolegliwości jelitowe	56,1	80,0	Chi^2 = 2,85
Choroby wątroby, trzustki, kamienie żółciowe lub zapalenie pęcherzyka żółciowego	59,5	68,8	Chi^2 = 0,82
Choroby nerek	61,4	57,1	Chi^2 = 0,14
Cukrzyca	94,7	88,2	Chi^2 = 1,49
Choroby tarczycy	81,6	87,5	Chi^2 = 0,16
Bóle krzyża	59,7	60,2	Chi^2 = 0,01
Reumatyzm lub bólów stawów	57,5	47,6	Chi^2 = 1,80

Migrena lub inne uporczywe bóle głowy	37,5	50,0	Chi ^{2} = 0,56
Poważne choroby skóry	44,4	72,7	Chi ^{2} = 1,65
Choroba nowotworowa	84,6	71,4	Chi ^{2} = 0,68
Choroby układu nerwowego (ch. Parkinsona, epilepsja itp.)	100,0	80,0	Chi ^{2} = 1,59
Zaburzenia psychiczne	62,8	50,0	Chi ^{2} = 0,72
Choroby oczu	77,0	72,1	Chi ^{2} = 0,33
Niedosłuch, problemy ze słuchem	37,5	38,5	Chi ^{2} = 0,01
Zaburzenia równowagi	83,3	72,7	Chi ^{2} = 0,61
Poważne złamania kości powodujące trudności w poruszaniu się	54,5	15,4	Chi ^{2} = 4,11 *
Choroby alergiczne	70,0	70,6	Chi ^{2} = 0,00
Anemia lub inne choroby krwi	71,4	66,7	Chi ^{2} = 0,01
Osteoporoza	74,6	63,6	Chi ^{2} = 0,59
Problemy ginekologiczne	43,1	—	
Problemy związane z układem moczowo-płciowym	—	77,2	

Nie zawsze zalecenie przez lekarza określonej terapii farmakologicznej, w wyniku stwierdzenia danej choroby, było respektowane przez badane kobiety. Porównując różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami w zażywaniu przepisanych przez lekarza leków, stwierdzono, że kobiety częściej zażywały leki z takich przyczyn, jak: choroby naczyń krwionośnych, następstwa udaru mózgu, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, chorób nerek, cukrzycy, reumatyzmu i bólów stawów, chorób nowotworowych, chorób układu nerwowego, zaburzeń psychicznych, chorób oczu, zaburzeń równowagi, anemii lub innych chorób skóry, osteoporozy. W takich chorobach, jak dolegliwości jelitowe, choroby tarczycy, choroby skóry kobiety rzadziej niż mężczyźni stosowały zalecone przez lekarza leki.

Analizując dane dotyczące zażywania przez kobiety innych leków niezleconych przez lekarza, stwierdzić należy, że 36,2% kobiet, u których stwierdzono dolegliwości jelitowe, zażywało tego rodzaju leki (przy równocześnie stosunkowo niskim odsetku zażywających leki zalecone przez lekarza). Do chorób, w przypadku których kobiety wspomagały się innymi lekami niezaleconymi przez lekarza, należały: choroby wątroby, trzustki, pęcherzyka żółciowego (24,3% kobiet), choroby nerek (22,7%), choroby nowotworowe (21,4%).

Zażywanie innych lekarstw niż przepisane przez lekarza (%)
(100% = osoby, u których lekarz stwierdził daną chorobę)

Przyczyna zażywania innych leków	Kobiety	Mężczyźni	Test Chi^2
Zawał serca	8,7	10,2	Chi ^{2} = 0,04
Dusznica bolesna (choroba niedokrwienna serca)	7,6	16,0	Chi ^{2} = 3,00
Zaburzenia rytmu serca	8,6	13,2	Chi ^{2} = 0,71
Wady serca	4,0	28,6	Chi ^{2} = 4,85 *
Nadciśnienie lub skoki ciśnienia	8,7	9,9	Chi ^{2} = 0,14
Choroby naczyń krwionośnych	18,1	12,9	Chi ^{2} = 0,71
Następstwa udaru mózgu	0	22,2	Chi ^{2} = 4,03 *
Astma lub przewlekły nieżyt oskrzeli	8,8	24,3	Chi ^{2} = 3,03

Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	10,4	22,2	$Chi^2 = 1,92$
Poważne dolegliwości jelitowe	36,2	33,3	$Chi^2 = 0,04$
Choroby wątroby, trzustki, kamienie żółciowe lub zapalenie pęcherzyka żółciowego	24,3	12,9	$Chi^2 = 1,72$
Choroby nerek	22,7	17,1	$Chi^2 = 0,38$
Cukrzyca		9,8	Chi 2 = 5,76 *
Choroby tarczycy		12,5	$Chi^2 = 6,23$ *
Bóle krzyża	15,1	18,1	$Chi^2 = 0,34$ *
Reumatyzm lub bóle stawów	15,6	31,3	$Chi^2 = 7,13$
Migrena lub inne uporczywe bóle głowy	19,6	10,0	$Chi^2 = 0,53$
Poważne choroby skóry	11,1	30,0	$Chi^2 = 1,02$
Choroba nowotworowa	21,4	7,1	$Chi^2 = 1,17$
Choroba układu nerwowego (ch. Parkinsona, epilepsja itp.)	12,5	20,0	$Chi^2 = 0,18$
Zaburzenia psychiczne	22,2	23,1	$Chi^2 = 0,00$
Choroby oczu	4,9	2,3	$Chi^2 = 0,46$
Niedosłuch, problemy ze słuchem	7,5	3.1	$Chi^2 = 1,07$
Zaburzenia równowagi	13,9	27,3	$Chi^2 = 1,07$
Poważne złamania kości powodujące trudności w poruszaniu się	9,1	7,7	$Chi^2 = 0,02$
Choroby alergiczne	7,7	22,2	$Chi^2 = 2,41$
Przepuklina		4,8	$Chi^2 = 0,59$
Anemia lub inne choroby krwi	14,3	66,7	$Chi^2 = 2,75$
Osteoporoza	12,5	9,1	$Chi^2 = 0,11$
Problemy ginekologiczne	15,5	—	$Chi^2 = 0,03$
Problemy związane z układem moczowo-płciowym	—	16,7	$P > 0,05$

Ilość chorób przewlekłych potwierdzonych przez lekarza

Średnia ilość chorób była wyższa u kobiet (4,21) w porównaniu do mężczyzn (3,47) (różnice istotne statystycznie). Dla porównania, w badaniach Macintyre (1996) średnia liczba wszystkich symptomów w wieku 58 lat wynosiła 2,77 u mężczyzn i 3,4 u kobiet (różnice istotne statystycznie); w wieku 56–60 lat 2,61 u mężczyzn i 3,81 u kobiet (różnice istotne statystycznie).

Ilość chorób przewlekłych potwierdzonych przez lekarza u 65-letnich kobiet i mężczyzn

Ilość chorób		Kobiety	Mężczyźni	Test M-W
Ilość chorób przewlekłych	Średnia	4.21	3,47	$P < 0,05$ *
	Odch. std.	2,94	2,63	
	Mediana	3	3	
	1 kwartyl	2	1	
	3 kwartyl	6	5	

Z czynników socjodemograficznych tylko poziom wykształcenia i miejsce urodzenia różnicowały istotnie statystycznie ilość potwierdzonych przez lekarza chorób przewlekłych, zgłaszanych przez respondentki: kobiety o wyższym poziomie wykształcenia zgłaszały średnio więcej chorób przewlekłych. Najmniejszą ilość chorób przewlekłych zgłaszały kobiety urodzone w Krakowie, a największą osoby urodzone na wsi (różnica istotna statystycznie).

Ilość chorób przewlekłych zgłaszanych przez kobiety w zależności od czynników społeczno-demograficznych

	Uwarunkowania	Średnia	Odch. std.	Test K-W
Miejsce urodzenia	Kraków	3,73	2,86	P < 0,05 *
	inne miasto/miasteczko	4,39	2,77	
	wieś	4,53	3,06	
Wykształcenie	podstawowe lub niższe	4,05	3,24	P < 0,05 *
	zasadnicze zawodowe	4,11	2,87	
	średnie	4,28	2,82	
	wyższe	4,37	2,85	
Stan cywilny	mężatka lub ma partnera	4,26	3,05	P > 0,05
	wolny przez całe życie	4,81	3,08	
	wdowa	3,80	2,57	
	rozwiedziona	4,70	2,96	
Zamieszkiwanie	tylko z mężem/partnerem	4,54	3,15	P > 0,05
	samotne	3,89	2,54	
	(także) z dziećmi/wnukami	3,74	2,84	
	(także) z innymi osobami	4,32	3,00	

W przypadku mężczyzn również poziom wykształcenia warunkował średnią ilość zgłaszanych chorób, niemniej obserwowany u nich trend był przeciwny niż u kobiet, tzn. mężczyźni z wykształceniem wyższym zgłaszali średnio najmniejszą ilość chorób.

Średnia ilość chorób była niższa u kobiet otrzymujących wsparcie od partnera (4,01 vs 5,21) oraz ze strony dzieci i wnuków (4,11 vs 4,82), od oceny czy znajdowała zrozumienie partnera, gdy miała problemy (3,86 vs 4,87), posiadała w rodzinie chorą osobę (3,86 vs 5,04), była zadowolona z posiadania sąsiadów (4,01 vs 5,21), odczuwała szczęście w okresie ostatniego roku (3,83 vs 4,59).

Wyższa średnia ilość chorób u kobiet była warunkowana przez wsparcie ze strony rodziców lub teściów (6,50 vs 4,16), występowanie konfliktów w rodzinie (5,12 vs 3,62), fakt bycia w przeszłości ofiarą przemocy (5,51 vs 4), w szczególności ze strony partnera (5,5 vs 4,07), odczuwanie braku zrozumienia u partnera (5,72 vs 3,86), przekonanie o dostatecznym zaangażowaniu partnera w związek (4,42 vs 4,01), postrzeganie jednego z dzieci za nieszczęśliwe (5,11 vs 3,87), martwienie się z powodu jednego z dzieci (4,8 vs 4,03), postrzeganie jednego z wnuków za nieszczęśliwe (6,12 vs 4,08), martwienie się z powodu jednego z wnuków (5,55 vs 4,07), problemy w rodzinie

z alkoholem lub narkotykami (5,33 vs 4,07), kłopoty finansowe w rodzinie (4,98 vs 3,95), wzrost ilości konfliktów z partnerem z w ostatnim roku (5,96 vs 4,2), konieczność skorzystania w ostatnim roku z opieki społecznej (5,16 vs 4,17).

Niższa średnia ilość chorób u mężczyzn zależała w stopniu istotnym statystycznie od wsparcia ze strony dzieci i wnuków (3,27 vs 4,14), posiadania w rodzinie chorej osoby (3,11 vs 4,26).

Średnia ilość chorób u mężczyzn była wyższa w przypadku postrzegania jednego z dzieci za nieszczęśliwe (3,93 vs 3,37), martwienia się z powodu jednego z dzieci (4,14 vs 3,33), problemów z alkoholem lub narkotykami w rodzinie (4,84 vs 3,35), przejścia członka rodziny na rentę lub emeryturę (4,83 vs 3,32). Ilość chorób u mężczyzn korelowała z liczbą dzieci (r=0,11).

Pełnienie funkcji kierowniczych wiązało się z większą ilością chorób przewlekłych zgłaszanych przez kobiety, podobnie jak wykonywanie pracy zawodowej, pozwalającej na samodzielne decydowanie o jej organizacji, a także wykonywanie pracy w skonfliktowanym środowisku.

W przypadku mężczyzn fakt kontynuowania pracy zawodowej wiązał się z mniejszą średnią ilością chorób przewlekłych, podobnie jak utrzymanie kontaktów towarzyskich z kolegami i koleżankami z pracy. Czynnikami, które zwiększały ilość zgłaszanych chorób, były: praca wykonywana w szkodliwych warunkach, w skonfliktowanym środowisku oraz praca, która przytłaczała ciężarem obowiązków i narzucała poczucie ważności roli zawodowej.

Ilość chorób przewlekłych w zależności od charakterystyki pozycji zawodowej kobiet

Uwarunkowania		Średnia	Odch. std.	Test M-W
R. pełniła funkcje kierownicze	nie	3,88	2,83	
	tak	4,87	3,00	P < 0,05 *
R. mogła samodzielnie decydować o organizowaniu swojej pracy	tak	4,68	3,02	
	nie	3,84	2,81	P < 0,05 *
R. miała dużo do powiedzenia w sprawach swoich obowiązków służbowych	tak	4,69	3,11	
	nie	3,92	2,79	P < 0,05 *
W pracy R. zdarzały się konflikty	tak	4,68	2,60	
	nie	4,09	3,00	P < 0,05 *
W środowisku pracy R. inne osoby miały konflikty	tak	4,52	2,93	
	nie	4,14	2,93	P < 0,05 *

Ryzyko występowania więcej niż 3 chorób przewlekłych było wyższe u kobiet zgłaszających pogorszenie stanu zdrowia w ciągu ostatniego roku oraz brak pełnej niezależności w czynnościach dnia codziennego (mierzonej skalą GARS). Ryzyko to było wyższe także u kobiet potwierdzających stresujące wydarzenia rodzinne oraz pełniących w przeszłości funkcje kierownicze. Czynnikiem obniżającym ryzyko wystąpienia więcej niż 3 chorób przewlekłych było potwierdzenie przez kobietę braku takich dolegliwości bólowych, które prowadziłyby do ograniczenia w aktywności życiowej (na podstawie skali należącej do testu SF-36).

Ilość chorób (4 i więcej vs 3 (mediana) i mniej) – model regresji logistycznej

Determinanty	Kobiety			Mężczyźni		
	Exp B	95% PU		Exp B	95% PU	
Wykształcenie średnie i wyższe	1,25	0,62	2,51	0,52	0,22	1,21
Stan cywilny: niezamężne/nieżonaci	0,81	0,43	1,54	0,34	0,09	1,25
Kontynuacja pracy zawodowej	0,66	0,16	2,72	**0,17**	**0,06**	**0,48**
Pełniła/ł funkcje kierownicze	**2,04**	**1,10**	**3,77**	2,04	0,97	4,29
Pogorszenie stanu zdrowia w ciągu ostatniego roku	**2,59**	**1,43**	**4,69**	**4,80**	**2,34**	**9,85**
Niskie postrzeganie własnej odporności na choroby	1,77	0,96	3,26	**2,86**	**1,35**	**6,08**
Brak pełnej niezależności funkcjonalnej	**4,07**	**2,16**	**7,66**	**2,35**	**1,04**	**5,31**
Brak ograniczeń w aktywności z powodu bólu	**0,87**	**0,77**	**0,97**	**0,87**	**0,76**	**0,99**
Stres związany ze środowiskiem rodzinnym	**1,28**	**1,03**	**1,60**	**1,56**	**1,15**	**2,12**
Wydarzenia stresujące w ciągu ostatniego roku	0,72	0,48	1,07	0,64	0,38	1,09
Był/ła ofiarą przemocy	2,00	0,93	4,34	1,22	0,31	4,78
Pomoc dawana dzieciom nie jest obciążeniem	0,77	0,40	1,48	0,63	0,32	1,24
Wsparcie ze strony dzieci i wnuków	0,94	0,44	1,99	**0,38**	**0,15**	**0,96**
Niespodziewanie otrzymaną sumę pieniędzy przeznaczyła/łby na siebie	0,66	0,28	1,58	0,51	0,14	1,81
Praca zawodowa wymagała dużego wysiłku fizycznego	0,71	0,37	1,40	**0,42**	**0,20**	**0,87**
Konflikty w miejscu pracy	1,00	0,51	1,93	**4,73**	**2,15**	**10,44**
Pomoc dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa domowego	0,65	0,33	1,30	0,48	0,22	1,05

W grupie porównawczej ryzyko wystąpienia większej ilości chorób przewlekłych było wyższe również u mężczyzn, którzy zaobserwowali pogorszenie stanu zdrowia w okresie ostatniego roku, nisko oceniających swoją odporność na choroby, a także pracujących w konfliktogennym środowisku i nieradzących sobie ze stresem wywołanym sytuacją rodzinną. Ryzyko występowania większej ilości chorób przewlekłych było niższe u mężczyzn, którzy nie zgłaszali ograniczeń w aktywności życiowej, wynikających z dolegliwości bólowych, wykonujących pracę zawodową wymagającą wysiłku fizycznego oraz u tych, którzy otrzymywali wsparcie od swoich dzieci i wnuków.

Przedstawione przez nas wyniki, dotyczące występowania chorób przewlekłych, pozostawania w leczeniu, stosowania leków, stanowią punkt wyjścia prognozowania potrzeb zdrowotnych i leczniczych w przyszłości. O konieczności prognozowania zapotrzebowania na określone usługi medyczne świadczą wyniki badań np. nad hospitalizacją osób starszych (Fojt, 1996).

Dane dotyczące hospitalizacji osób starszych wiekiem w Polsce w latach 1979–1996 wskazują na systematyczny (o 10%) wzrost pacjentów w wieku 65 lat i więcej poddanych leczeniu szpitalnemu, ale równocześnie sygnalizują przewagę częstości hospitalizacji mężczyzn nad kobietami. Poszukując wyjaśnienia przewagi częstości hospitalizacji mężczyzn nad kobietami, zwraca się uwagę na przyczyny leczenia szpitalnego: do głównych przyczyn hospitalizacji osób starszych (79% kobiet i 85,5% mężczyzn) należą: nowotwory, choroby układu krążenia, układu oddechowego, układu trawiennego, układu moczowo-płciowego oraz urazy i zatrucia; te choroby były przyczyną hospitalizacji 65% kobiet i 76% mężczyzn. Dominującą przyczyną hospitalizacji bez względu na płeć osób starszych wiekiem były choroby układu krążenia (Roszkowska, 2000).

Według Roszkowskiej (2000), jakkolwiek w populacji ogólnej nieco częściej hospitalizowane są kobiety, to wśród osób starszych wiekiem leczeniu szpitalnemu o 33% częściej poddawani są mężczyźni (choroby układu oddechowego są przyczyną zwiększonej hospitalizacji wśród mężczyzn). Różnice w zależności od płci zaznaczają się w odniesieniu do hospitalizacji z powodu chorób układu moczowo-płciowego (wśród ogółu hospitalizowanych częściej w szpitalach leczone są kobiety, natomiast wśród osób starszych wiekiem – częściej mężczyźni). Średni czas pobytu w szpitalu jest dłuższy dla mężczyzn (13 dni) niż dla kobiet (11,8), natomiast wśród starszych wiekiem osób 14,9 dnia dla mężczyzn i 15,3 dnia dla kobiet. W roku 1996 w szpitalu zmarło 38,2% kobiet i 42,8 % mężczyzn w wieku 65 lat i powyżej (Roszkowska, 2000).

Dane pochodzące z Portugalii, dotyczące hospitalizacji w roku 1995, wskazują również na różnice we wskaźnikach hospitalizacji kobiet i mężczyzn w wieku 65–84 lat i w wieku 85 lat i powyżej.

Odsetek kobiet w wieku 65–84 lat hospitalizowanych z powodu np. chorób układu oddechowego wynosił 8,6% w porównaniu do 17,3% wśród mężczyzn, w wieku 85 lat i więcej 25,6% w porównaniu do 49,0% wśród mężczyzn. Z powodu chorób układu krążenia wśród kobiet w wieku 65–84 lat hospitalizowanych było 32,4% osób w porównaniu do 46,6% mężczyzn; w grupie wieku 85 lat i więcej odsetek ten wśród kobiet wynosił 66,8%, wśród mężczyzn 83,8%. Z powodu nowotworów hospitalizowanych było 15,1% kobiet w wieku 65–84 lat i 25,5% mężczyzn; w wieku 85 lat i powyżej 16,2% kobiet i 32,2% mężczyzn. Schorzenia układu moczowo-płciowego były podstawą leczenia szpitalnego 7,7% kobiet i 11,5% mężczyzn w wieku 65–84 lat oraz 8,2% kobiet i 18,6% mężczyzn w wieku 85 lat i więcej (Santana, 2000).

Dane dotyczące częstości korzystania z usług medycznych przez kobiety w krajach UE pokazują, że liczba kobiet korzystających z konsultacji medycznej w ostatnich dwóch tygodniach poprzedzających wywiad wzrasta wraz z wiekiem wśród mieszkanek UE, częstość korzystania z leczenia szpitalnego również jest zależna od wieku kobiet, wzrasta wraz z wiekiem w wyniku nasilania się objawów niepełnosprawności (tylko 6,3% kobiet w wieku 15–29 lat i 18,0% kobiet w wieku 75 lat lub powyżej potwierdzało przebywanie na leczeniu w szpitalu).

Uczestniczenie w badaniach kontrolnych i profilaktycznych

Poddawanie się badaniom kontrolnym u ginekologa raz na rok lub częściej potwierdziło 21,6% kobiet, raz na dwa lata – 17,4% badanych, rzadziej niż co dwa lata – połowa badanych kobiet (50,7%), nigdy nie poddaje się badaniom ginekologicznym 10,3% kobiet. Nie wykonywało samokontroli piersi 23,0% kobiet, potwierdziło systematyczną samokontrolę piersi tylko 35,6% respondentek. Również informacje dotyczące wykonywania badań cytologicznych pokazują niską troskę o stan zdrowia kobiet 65-letnich: nie wykonuje nigdy badań cytologicznych 15,0% kobiet, a rzadziej niż co dwa lata poddaje się takim badaniom 32,5% kobiet, systematycznie badania cytologiczne (raz na rok lub częściej) wykonuje tylko 28,9% badanych kobiet.

Do rzadkości należy wykonywanie przez badane kobiety badania USG piersi (65,7% nigdy nie miało takiego badania) oraz mammografii (60,9% nigdy nie miało wykonanego tego badania). Według innych polskich danych (Ostrowska 1999) (za lata 1995–1996), 23,9% kobiet wykonuje badania cytologiczne co najmniej jeden raz w roku, mammografię (kiedykolwiek w życiu) 9,3% kobiet.

Porównując dane dotyczące postaw wobec badań kontrolnych polskich kobiet z danymi z krajów UE, można stwierdzić, że średnio 37,7% kobiet z wszystkich krajów UE potwierdzało wykonanie w ostatnim roku badania cytologicznego, w grupie wieku do 34 lat badanie to wykonało 37,3% kobiet, w wieku 35–64 lat – 45,9% kobiet.

W wieku 65 lat lub powyżej średnio tylko 16,5% kobiet mieszkanek UE potwierdzało wykonanie badania cytologicznego w ostatnim roku, przy czym dotyczyło to 58,1% kobiet w Danii, 27–20% kobiet w takich krajach, jak Austria, Francja, Niemcy Wschodnie, Luksemburg; najniższy odsetek kobiet potwierdzających wykonanie badania cytologicznego odnotowano w Wielkiej Brytanii (8,6%), Portugalii (7,2%), Irlandii (1,4%).

Samobadanie piersi potwierdziło średnio 29,8% kobiet z UE w wieku 60 lub więcej lat – najwyższy odsetek dotyczył w tej grupie wiekowej kobiet w Danii (62,8%), i Niemczech Wschodnich (50,8%), najniższy kobiet w Grecji (11,5%) oraz Irlandii (9,5%).

Wykonanie mammografii w ostatnim roku potwierdzało średnio w krajach UE 18,1% kobiet, w tym 8,1 % w wieku poniżej 40 lat, 24,6% w wieku 40–49 lat, 38,0% w wieku 50–59 lat, 28,4% w wieku 60–69 lat oraz 11,9% w wieku 70 lat i więcej. W przedziale wieku 60–69 lat najwyższy odsetek wykonanych w ostatnim roku mammografii odnotowano wśród kobiet w Szwecji i Dani (54,7%) oraz w Holandii (55,6%), najniższy w Belgii (16,7%), Grecji (14,8%) oraz w Irlandii (6,8%).

Objawy związane z menopauzą

Wśród zgłaszanych przez badane kobiety objawów związanych z przebytą menopauzą należały: uderzenia gorąca (72,4%), obniżenie lub zmiany nastroju (66,3%), bezsenność (59,7%). Około 37–35% kobiet w związku z menopauzą zaobserwowało również takie zmiany jak zmniejszenie potrzeb seksualnych lub nietrzymanie moczu. Hormonalną terapię zastępczą stosowało 13,9% kobiet, większość (65,7%) nie zdecydowała się na tę terapię, pomimo że słyszała o niej.

Do czynników warunkujących jakość życia kobiet w okresie menopauzy zalicza się ich wcześniejsze zdrowie fizyczne, stan emocjonalny, sytuację społeczną, doświadczenia wynikające ze stresujących wydarzeń życiowych (szczególnie żałobę po stracie bliskich osób, separację), a także osobiste poglądy na temat menopauzy, postawy wobec procesu starzenia się. W badaniu przeprowadzonym w 1996 roku wzięto pod uwagę trzy grupy symptomów związanych z menopauzą, a) związane z obniżoną produkcją estrogenów, b) związane z oddziaływaniem czynników socjokulturowych oraz c) pochodzących z charakterystyki osobowości. Potwierdzono relację pomiędzy statusem społeczno-ekonomicznym (tj. poziomem wykształcenia, stanem cywilnym, ogólną liczbą dzieci oraz liczbą dzieci niemieszkających w gospodarstwie domowym rodziców) a natężeniem objawów charakteryzujących okres menopauzy. Objawy depresji towarzyszące temu okresowi wiążą się z syndromem „pustego gniazda", zmianą ról życiowych, stresami związanymi z życiem rodzinnym (Avis, 2001; Defey, 1996).

Wyróżnia się cztery typowe rodzaje pokonywania trudności związanych z okresem menopauzy; a) adekwatny (60–70%), charakteryzujący kobiety introwertyczne, posiadające harmonijne życie rodzinne, dobrze zintegrowane ze środowiskiem, usatysfakcjonowane swoją karierą lub podtrzymujące głębokie wierzenia religijne; b) osobisty (15–25%), najczęściej dotyczący kobiet z niższych warstw społeczno-ekonomicznych, które akceptują niedogodności wynikające z okresu menopauzy jako zaburzenia, których nie można uniknąć; c) neurotyczny (8–15%), które koncentrują się wokół znaczenia swego ciała i dla których miesiączkowanie, płodność, funkcje seksualne były zawsze przyczyną podobnych neurotycznych reakcji; d) nadaktywny (5–10%), kobiety niepozwalające, aby biologiczne objawy zakłócały ich autonomię, które nie zgłaszają żadnych objawów i uważają, że nie potrzebują żadnej pomocy medycznej.

Rozdział 7

Stan funkcjonalny i jego społeczne uwarunkowania

Stan funkcjonalny, oznaczający zdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych, odgrywa niezwykle istotną rolę w ocenie ogólnej jakości życia w wieku starszym (O'Brien, 1993; Kane, 1983). Wiele badań długofalowych nad predyktorami umieralności jednoznacznie dowodzi ścisłej relacji pomiędzy sprawnością funkcjonalną w wieku starszym a ryzykiem zgonu lub szansą długowieczności. Modele odnoszące się do procesu niepełnosprawności wskazują na znacząca rolę stanu funkcjonalnego w kontynuacji pełnionych ról społecznych w wieku starszym, zakresu interakcji społecznych, zadowolenia z życia, a zarazem na fakt, że to stan funkcjonalny decyduje o miejscu osoby starszej w różnych grupach społecznych (Śmigiel, 1997). Stan funkcjonalny oznacza niezależność osoby starszej wiekiem od innych osób i możliwość prowadzenia samodzielnego życia w dotychczasowym środowisku. Wykonywanie bez ograniczeń codziennych czynności traktowane jest jako wskaźnik zdrowej starości i stawiane za cel szeregu programów profilaktycznych i promujących zdrowie. Nasuwa się wiele pytań o relację pomiędzy sprawnością funkcjonalną w wieku podeszłym a występowaniem w tym okresie ograniczeń w stanie zdrowia, związanych z naturalnym procesem starzenia się lub z charakterystycznymi dla tego wieku chorobami przewlekłymi; niemniej uważa się, że sprawność funkcjonalna jest raczej wskaźnikiem percepcji stanu zdrowia niż predyktorem chorobowości w tym okresie życia (Kopeć, 1995; Siegrist, 1989; Tobiasz-Adamczyk, 2002).

Według Reynolds (2003), podejmowanie wysiłków w celu utrzymania sprawności funkcjonalnej w wieku podeszłym, dającej tym osobom możliwość samodzielnego funkcjonowania w środowisku, jest jednym ze strategicznych zadań dotyczących zdrowej starości. Działania pielęgnacyjne nastawione są w wielu krajach na pomoc osobom tracącym sprawność samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych w miejscu zamieszkania. Rozwój strategii długoterminowej opieki domowej i wspieranej przez społeczność lokalną wymaga dokładnego rozpoznania charakteru niepełnosprawności charakterystycznych dla wieku podeszłego.

Dotychczas wypracowane modele niepełnosprawności, zarówno opracowany przez Światową Organizację Zdrowia model International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, jak i model wypracowany przez Saad Nagi, na podstawie

którego zbudowany został model Verbrugge i Jette dotyczący uwarunkowań środowiskowych oraz indywidualnych (zewnętrznych i wewnętrznych) przebiegu procesu niepełnosprawności, bazują na koncepcjach biomedycznych, jakkolwiek już model Nagi wskazuje na społeczny kontekst niepełnosprawności. Model Verbrugge i Jette (1994) definiuje niepełnosprawność jako trudność w wykonywaniu czynności dnia codziennego (podejmowania codziennej aktywności), wskazując na rolę nie tylko fizycznego, ale także emocjonalnego i społecznego wymiaru niepełnosprawności. Według Verbrugge i Jette, przebieg niepełnosprawności, szczególnie w wymiarze psychospołecznym, zależy od postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych, zakresu udzielanego im wsparcia, ale także od indywidualnych umiejętności akceptacji niepełnosprawności i dokonania zmian w stylu życia (Verbrugge i Jette, 1994). Praktyczne użycie modelu Verbrugge i Jette w badaniach nad osobami w wieku podeszłym pokazało, że różne choroby przyczyniają się do powstawania różnych wymiarów niepełnosprawności, ale również różnego jej zakresu.

Stan funkcjonalny (sprawność funkcjonalną) traktuje się zwykle jako pierwszy krok do oceny tak wielowymiarowego pojęcia, jakim jest jakość życia. Uważa się przy tym, że sprawność funkcjonalna należy do jednego z łatwiejszych, pod względem pomiaru, wskaźników stanu zdrowia w starszym wieku. Metodologia badań nad wskaźnikami stanu zdrowia wypracowała wiele różnorodnych skal mierzących sprawność funkcjonalną, niemniej do najbardziej klasycznych należą Index of Activity of Daily Living i Instrumental Activity of Daily Living (Katza), które podobnie jak i inne skale odwołują się do subiektywnej oceny przez badanych stopnia ograniczeń w ich codziennej aktywności.

Użyteczność tych skal jako wskaźników zdrowia fizycznego, emocjonalnego i satysfakcji życiowej została potwierdzona w wielu badaniach. W ocenie stanu fizycznego lub funkcjonalnego osób niepełnosprawnych wielu badaczy posługuje się łącznym wynikiem obu tych skal. Istnieją jednak dowody na to, że ta klasyczna ocena zdrowia może prowadzić do niewłaściwych wniosków. Uważa się, że przy ocenie stanu funkcjonalnego za pomocą skal ADL i IADL bardziej wskazane jest rozpatrywanie trzech kategorii czynności: 1) podstawowych czynności zawartych w ADL, takich jak mycie się, ubieranie się, spacerowanie, przemieszczanie się, udawanie się do toalety; 2) czynności ADL związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego: lekkie i ciężkie prace domowe, przygotowywanie posiłków, zakupy produktów żywnościowych; 3) zaawansowanych czynności ADL – kierowanie finansami/pieniędzmi, posługiwanie się telefonem i samodzielne utrzymywanie się (Reynolds, 2003).

Wiele badań wskazuje na niepełnosprawność jako na źródło stresu zarówno dla osoby dotkniętej tym stanem, jak i dla rodziny (Rena, 1996). Pojawienie się niepełnosprawności oznacza zaburzenia w codziennym, samodzielnym funkcjonowaniu, uzależnienie od innych osób, konieczność zmiany stylu życia i aktywności życiowej; nierzadko towarzyszą im napięcia i objawy depresji. Niepełnosprawność wymaga nie tylko fizycznego, ale przede wszystkim psychospołecznego przystosowania się do tego stanu, przy czym uwarunkowania społeczne mogą wpływać na strategie pokonywania niepełnosprawności; dotychczasowe badania dowodzą, że nie wszystkie osoby narażone na niepełnosprawność w jednakowy sposób przeżywają tę stresującą sytuację życiową (o czym decyduje, według koncepcji Antonowskiego, koherencja jako zmienna pośrednicząca pomiędzy przebiegiem stresującego wydarzenia życiowego a konsekwencjami zdrowotnymi) (Gray, 2003).

Niepełnosprawność jest uznawana za stan stygmatyzujący kobiety, oznaczający społeczną ich dewaluację (Nosek, 2003). Badania w Stanach Zjednoczonych wskazują, że w 1992 roku w populacji ogólnej kobiet było 20% kobiet niepełnosprawnych, dane z lat 1994–1995 donoszą, że około 16% kobiet charakteryzowało się co najmniej jednym fizycznym ograniczeniem. Kobiety niepełnosprawne przejawiają tendencje do niższych samoocen, a konsekwencją ich niepełnosprawności jest wyższe ryzyko bezrobocia, ograniczone możliwości nawiązywania satysfakcjonujących relacji społecznych; częściej stają się one ofiarami przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej.

Konsekwencją niepełnosprawności może być depresja, zmęczenie, trudności ze snem, ból i niepokój. Dotychczasowe badania pokazują, że kobiety niepełnosprawne mogą cierpieć nawet na kilkanaście różnych objawów będących następstwem niepełnosprawności. Pogłębianie się stopnia niepełnosprawności wpływa na subiektywną ocenę zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Kobiety niepełnosprawne zwykle odznaczają się niskim statusem społeczno-ekonomicznym, wykonują prace związane z niższymi zarobkami, podlegają selekcji zawodowej i ograniczeniom w karierze zawodowej. Kobiety niepełnosprawne fizycznie, podobnie jak pozostałe kobiety, ale częściej niż mężczyźni doznają izolacji społecznej, biedy, przemocy, innych form przestępczości oraz cierpią na szereg przewlekłych schorzeń.

Nosek (2003) definiując poczucie własnej wartości, godności jako równoznaczne z indywidualnym poczuciem własnych zasług, szacunku dla samego siebie, wskazuje na istnienie kontekstowego, społecznego, psychicznego i fizycznego wymiaru niepełnosprawności, które mogą warunkować poczucie własnej wartości; kobiety niepełnosprawne muszą walczyć z negatywnymi postawami społecznymi, w myśl których są osobami chorymi, niewykształconymi, pozbawionymi uczuć, aseksualnymi, niezdolnymi do pracy, a stereotypy te tworzą specyficzny klimat społeczny, sprzyjający ich stygmatyzacji.

Prawidłowo przebiegające relacje społeczne i wsparcie społeczne sprzyjają adaptacji kobiet do niepełnosprawności, natomiast w wyniku izolacji społecznej mogą pojawiać się inne problemy zdrowotne, co prowadzić może do ryzyka zgonu. Uwarunkowania niepełnosprawności, tj. przewlekły ból lub poczucie zmęczenia, mogą być czynnikami osłabiającymi integrację społeczną. Bariery środowiskowe mogą dodatkowo utrudniać dostęp do źródeł wsparcia, bliskich relacji społecznych, możliwości pracy. Środowisko społeczne, w którym żyją niepełnosprawne kobiety, może być źródłem stereotypów, przyczyniających się do ich stygmatyzacji. Badania Nosek wykazały, że poczucie własnej wartości u kobiet niepełnosprawnych wynika ze sprzężenia zwrotnego płynącego z postaw ich najbliższego otoczenia, m.in. wsparcia od członków rodziny, przyjaciół, partnerów życiowych. Pogłębianie się niepełnosprawności sprzyjało niskiej ocenie własnej wartości.

Według Verbrugge, różnica pomiędzy stanem zdrowia mężczyzn i kobiet w wieku podeszłym polega m.in. na ilości przeżytych w tym okresie lat wolnych od niepełnosprawności. Statystyki międzynarodowe potwierdzają, że kobiety odznaczają się krótszym okresem starości wolnej od niepełnosprawności; np. dane statystyczne pochodzące z USA pokazują, że mężczyzna powyżej 60 roku życia ma szansę przeżycia bez niepełnosprawności 84 % dalszych lat swego życia, natomiast kobieta tylko 82% życia po ukończeniu 60 lat. Tak więc kobieta w wieku 65 lat może oczekiwać, że z pozostałego jej życia 11 lat przeżyje jako osoba sprawna, a pozostałych 8–9 lat w warunkach

niepełnosprawności, a więc tylko 58% okresu jej wieku podeszłego będzie okresem wolnym od chorób, powodujących niepełnosprawność.

Wyższy stopień niepełnosprawności kobiet oznacza wzrost zapotrzebowania na usługi pielęgnacyjne i pomoc ze strony innych. Badania nad zapewnieniem opieki domowej osobom niepełnosprawnym w starszym wieku pokazują, ze w większości krajów Europy wśród korzystających z tej formy pomocy w zdecydowanej większości przeważają kobiety (Hutten, Kerkstra, 1996).

Dane dotyczące chorobowości potwierdzają występowanie u kobiet znacznego poziomu niepełnosprawności wynikającej z chorób przewlekłych, przy czym poziom niepełnosprawności wzrasta z wiekiem (u ponad połowy kobiet w wieku 75 lat lub starszych stwierdza się niepełnosprawność związaną z ograniczeniami w codziennej aktywności).

Niepełnosprawność wśród kobiet (w krajach Unii Europejskiej) wynikająca z przewlekłych stanów chorobowych wzrasta wraz z wiekiem (10,2% wśród kobiet w wieku 15–29 lat i 54,3% wśród kobiet w wieku 75 lat); poważny stopień niepełnosprawności dotyczy 1,5% kobiet poniżej 30 roku życia i 20,0% w wieku 75 lat i powyżej.

Wśród kobiet w wieku 65 lat i powyżej prawie połowa z nich podawała, że miała w pewnym stopniu (36,4%) lub poważnie (12,3%) utrudnioną codzienną aktywność życiowa z powodu występujących niepełnosprawności.

Niepełnosprawność wynikająca z przewlekłej choroby wśród kobiet w krajach Unii Europejskiej (1996)

Grupa wieku	Niepełnosprawność	
	tak, bez względu na stopień (%)	tylko ciężka niepełnosprawność (%)
15–29 lat	10,2	1,5
30–44	15,0	4,1
45–59	27,4	8,1
60–74	43,5	11,6
75 i więcej	54,3	20,3

Ibidem.

Przegląd danych dotyczących stopnia niepełnosprawności wynikającej z chorób przewlekłych wskazuje znaczne zróżnicowanie częstości ograniczonej sprawności wśród kobiet zamieszkujących różne kraje. Najwyższy poziom niepełnosprawności w wieku 65 lat odnotować można wśród kobiet mieszkających we Francji i Grecji, najniższy wśród 65-letnich mieszkanek Holandii, Luksemburga, Belgii i Włoch.

Niepełnosprawność wynikająca z chorób przewlekłych wśród kobiet w wieku 65 lat w krajach Unii Europejskiej (1996)

Kraj	Niepełnosprawność (%)			
	nie	tak pewna	tak ciężka	nie wie
Finlandia	48,7	31,9	19,3	0,0
Portugalia	44,3	24,7	29,9	1,0
Dania	57,0	26,7	15,1	1,2
Francja	27,3	54,5	18,2	0.0

Wielka Brytania	55,1	34,7	10,2	0,0
Niemcy Wsch.	46,6	34,1	17,0	2,3
Szwecja	59,6	28,1	12,4	0,0
Niemcy Zach.	57,0	31,0	10,0	2,0
Grecja	34,5	48,8	15,5	1,2
UE 15	**50,7**	**36,4**	**12,3**	**0,6**
Austria	45,1	40,7	12,1	2,2
Hiszpania	44,1	40,9	15,1	0,0
Holandia	81,8	12,1	6,1	0,0
Belgia	61,9	29,9	8,2	0,0
Irlandia	42,3	45,1	11,3	1,4
Włochy	60,3	33,6	6,1	0,0
Luksemburg	68,6	17,6	13,7	0,0

Ibidem.

Ograniczona sprawność w ciągu ostatnich dwóch tygodni (w wyniku choroby lub wypadku) wśród kobiet w wieku 65 lat i więcej w krajach Unii Europejskiej (1994)

Kraj	%
UE	**24,4**
Włochy	12,0
Grecja	21,6
Irlandia	19,4
Belgia	18,8
Hiszpania	27,7
Portugalia	29,0
Luksemburg	23,4
Wielka Brytania	22,7
Niemcy	31,5
Dania	27,0
Holandia	27,8

Ibidem.

Ograniczenia dotyczące aktywności w ostatnich dwóch tygodniach poprzedzających wywiad wskazują, że 14% kobiety w UE doświadcza ograniczeń w aktywności funkcjonalnej (w grupie kobiet 65-letnich odsetek ten wzrasta do 25%, a ograniczenia w sprawności emocjonalnej potwierdza 3% kobiet (w wieku 65 lat 5% kobiet). Starsze kobiety mają dwa razy więcej niż młodsze hospitalizacji, i hospitalizacja ta trwała dłużej.

Krótkotrwałe ograniczenia w aktywności życiowej z powodu choroby lub wypadków również w wyższym stopniu dotyczą kobiet starszych (24,4% wszystkich kobiet w UE), jakkolwiek można odnotować pewne różnice w natężeniu krótkotrwałej niepełnosprawności pomiędzy mieszkankami różnych krajów.

Liczba kobiet mieszkanek UE korzystających z konsultacji medycznej w ostatnich dwóch tygodniach tygodniach poprzedzających wywiad wzrasta wraz z wiekiem, częstość korzystania z leczenia szpitalnego jest również zależna od wieku kobiet i wzrasta wraz z nim w wyniku nasilania się objawów niepełnosprawności (tylko 6,3% kobiet w wieku 15–29 lat i 18,0% kobiet w wieku 75 lat lub powyżej potwierdzało przebywanie na leczeniu w szpitalu).

Niezależność w czynnościach dnia codziennego (według skali GARS) w kohorcie 65-letnich kobiet

Stopień niezależności funkcjonalnej respondentek mierzono za pomocą skali GARS, zawierającej 18 pytań dotyczących aktywności dnia codziennego (ADL) oraz instrumentalnej aktywności dnia codziennego (IADL). Ze względu na wysoki poziom sprawności badanych i stosunkowo niewielkie jego zróżnicowanie jako wynik skali przyjęto ilość czynności, które badani są w stanie wykonywać samodzielnie (nie korzystając z pomocy osób trzecich) bez jakichkolwiek problemów/ograniczeń.

Wbrew większości wyników niezależność w czynnościach dnia codziennego była nieznacznie wyższa u kobiet 65-letnich (16,44) niż u mężczyzn ich rówieśników (16,00).

Porównanie stopnia niezależności w czynnościach dnia codziennego (według skali GARS)

Czynności dnia codziennego		Kobiety	Mężczyźni	Test M-W
Niezależność w czynnościach dnia codziennego	Średnia	16,44	16,00	P > 0,05
	Odch. std.	3,77	4,58	
	Mediana	18	18	
	1 kwartyl	17	17	
	3 kwartyl	18	18	
		Możl. min = 0	Możl. max = 18	

Niezależność funkcjonalna (mierzona skalą GARS) była związana z poziomem wykształcenia kobiet: wyższemu poziomowi wykształcenia badanych odpowiadał wyższy poziom samodzielności. Stan cywilny istotnie różnicował niezależność kobiet: najbardziej samodzielne były osoby żyjące przez całe życie w stanie wolnym, najmniej osoby owdowiałe i rozwiedzione. Kobiety zamieszkujące w rodzinach dwu- lub więcej pokoleniowych okazały się bardziej samodzielne od mieszkających samotnie lub tylko z partnerem – najmniej osobami niezależnymi były kobiety mieszkające z osobami niespokrewnionymi.

U mężczyzn zaobserwowano taką samą zależność między poziomem wykształcenia a poziomem niezależności funkcjonalnej, jak w przypadku kobiet. Odmienne uwarunkowania zaobserwować można było w przypadku związku miedzy stanem cywilnym i zamieszkiwaniem a poziomem niezależności. Mężczyźni żyjący przez całe życie w stanie wolnym odznaczali się wyższym stopniem niepełnosprawności, natomiast najbardziej samodzielni w czynnościach dnia codziennego byli mężczyźni żonaci. W najwyższym stopniu niezależni byli mężczyźni mieszkający z żoną/partnerką lub dziećmi/wnukami, natomiast najmniej samodzielni mieszkający z osobami niespokrewnionymi. Mężczyźni urodzeni poza Krakowem odznaczali się niższym poziomem samodzielności w czynnościach dnia codziennego niż urodzeni w Krakowie.

Niezależność kobiet w czynnościach dnia codziennego w zależności od czynników społeczno-demograficznych

Uwarunkowania		Średnia	Odch. std.	Test K-W
Miejsce urodzenia	Kraków	16,51	3,90	P > 0,05
	inne miasto/miasteczko	16,67	3,45	
	wieś	16,25	3,85	
Wykształcenie	podstawowe lub niższe	15,79	4,59	P > 0,05
	zasadnicze zawodowe	16,10	4,26	
	średnie	16,63	3,67	
	wyższe	17,23	1,61	
Stan cywilny	mężatka lub ma partnera	16,65	3,66	P < 0,05 *
	wolna przez całe życie	17,05	2,50	
	wdowa	15,94	4,24	
	rozwiedziona	16,37	3,08	
Zamieszkiwanie	tylko z mężem/partnerem	16,38	3,96	P > 0,05
	samotne	16,58	3,55	
	(także) z dziećmi/wnukami	17,13	3,04	
	(także) z innymi osobami	15,73	4,20	

Stopień niezależności funkcjonalnej kobiet był wyższy w przypadku otrzymywania wsparcia od partnera (16,9 vs 15,7) oraz ze strony dzieci i wnuków (16,7 vs 15,2), uznawania kochającego partnera za najważniejszą wartość w życiu (16,6 vs 16,3), okazywania uczuć przez partnera (16,9 vs 16,0), przekonania o dostatecznym zaangażowaniu partnera w związek (16,8 vs 16,1), posiadania w rodzinie chorej osoby (16,8 vs 15,7), zadowolenia z sąsiadów (16,5 vs 15,6), odczuwania szczęścia w okresie ostatniego roku (16,9 vs 16,6).

Stopień niezależności funkcjonalnej, który w przypadku kobiet korelował z liczbą dzieci (r = -0,12), był istotnie niższy u osób, które otrzymywały wsparcie ze strony rodzeństwa (15,9 vs 16,6), były w przeszłości ofiarą przemocy (15,6 vs 16,6), w szczególności ze strony partnera (15,7 vs 16,5), miały poczucie braku zrozumienia ze strony partnera (16,0 vs 16,5), postrzegały jedno z dzieci (15,9 vs 16,7) lub wnuków jako nieszczęśliwe (13,6 vs 16,6) lub były zmuszone do skorzystania w ostatnim roku z opieki społecznej (13,9 vs 16,6).

Stopień niezależności funkcjonalnej mężczyzn był wyższy w przypadku otrzymywania wsparcia od partnerki (16,4 vs 14,9) oraz ze strony dzieci i wnuków (16,2 vs 15,7), uznawania kochającej partnerki za najważniejszą wartość w życiu (16,4 vs 15,0), dawania dzieciom wsparcia finansowego (16,5 vs 15,6) lub emocjonalnego (16,7 vs 15,7), oceny, czy pomoc dawana dzieciom nie ograniczała respondenta czasowo (16,9 vs 15,1). Średnio wyższym stopniem niezależności charakteryzowali się także mężczyźni, którzy znajdowali zrozumienie u partnerki w trudnych sytuacjach (16,1 vs 15,4), byli zadowoleni z posiadanych sąsiadów (16,1 vs 14) i czuli się szczęśliwi w okresie ostatniego roku (16,8 vs 15,2).

Stopień niezależności funkcjonalnej mężczyzn był średnio niższy u mężczyzn, którzy chcieli zmiany kręgu znajomych (12,8 vs 16,1), w rodzinach których pewne osoby miały problemy z alkoholem lub narkotykami (13,1 vs 16,2), utraciły pracę (lub zmieniły na gorszą) (15,4 vs 16,2) albo przeszły na rentę lub emeryturę (14,9 vs 16,2). Tak-

że mężczyźni, którzy odczuli konieczność skorzystania w ostatnim roku z opieki społecznej (9,6 vs 16,3), charakteryzowali się średnio niższym stopniem niezależności niż ci, którzy tej pomocy nie wymagali.

W przypadku kobiet następujące czynniki związane z historią zawodową warunkowały wyższy poziom niezależności funkcjonalnej: praca, która nie przytłaczała ciężarem obowiązków, możliwość samodzielnego decydowania o organizacji swojej pracy, praca w nieskonfliktowanym środowisku, utrzymywanie kontaktów towarzyskich z kolegami i koleżankami z pracy.

Niezależność w czynnościach dnia codziennego w zależności od czynników charakteryzujących historię zawodową kobiet

Uwarunkowania		Średnia	Odch. std.	Test M-W
Praca zawodowa przytłaczała R. ciężarem obowiązków	tak	16,07	3,67	P < 0,05 *
	nie	16,65	3,65	
R. mogła samodzielnie decydować o organizowaniu swojej pracy	tak	16,54	3,25	P < 0,05 *
	nie	16,50	3,95	
R. miała dużo do powiedzenia w sprawach swoich obowiązków służbowych	tak	16,68	2,78	P < 0,05 *
	nie	16,42	4,09	
W pracy R. zdarzały się konflikty	tak	16,33	4,06	P < 0,05 *
	nie	16,57	3,56	
R. utrzymuje nadal kontakty towarzyskie z kolegami/koleżankami z pracy	tak	16,96	2,72	P < 0,05 *
	nie	15,86	4,64	

Większy odsetek mężczyzn, którzy pracowali w skonflikowanym środowisku, charakteryzował się niższym poziomem samodzielności w czynnościach dnia codziennego (mediana niezależności 17,5 vs 18).

Ryzyko utraty pełnej niezależności funkcjonalnej (na podstawie wielowymiarowego modelu regresji logistycznej) było wyższe u kobiet owdowiałych i rozwiedzionych, będących pracownikami umysłowymi wysokiego szczebla, nisko oceniających swoje zdrowie oraz zgłaszających objawy depresji. Innymi czynnikami zwiększającymi ryzyko utraty sprawności funkcjonalnej były także stres związany z kontaktami z otoczeniem (środowisko pozarodzinne), wykonywana w przeszłości praca pozwalająca na samodzielną organizację obowiązków zawodowych, potwierdzanie zgodności idealnego modelu rodziny z modelem własnej rodziny oraz nieodczuwających braku ograniczeń z ciężaru obowiązków wobec dzieci. Czynnikami, które chroniły przed utratą pełnej niezależności, były wykształcenie średnie lub wyższe, brak ograniczeń w aktywności z powodu bólu i brak ograniczeń w pełnieniu ról z powodu stanu zdrowia.

Brak pełnej niezależności (GARS) vs pełna niezależność – regresja logistyczna

Determinanty	Kobiety			Mężczyźni		
	Exp B	95% PU		Exp B	95% PU	
Wykształcenie średnie i wyższe	**0,36**	**0,16**	**0,81**	0,66	0,25	1,70
Stan cywilny: panna/kawaler vs żamężna/żonaty	1,92	0,50	7,30	0,35	0,01	8,98
Stan cywilny: wdowa/wdowiec vs żamężna/żonaty	**2,03**	**1,01**	**4,11**	2,27	0,55	9,36

Stan cywilny: rozwiedziona/y vs żamężna/żonaty	**8,77**	**2,79**	**27,61**	2,19	0,39	12,44
Pracownik umysłowy wyższego szczebla	**2,61**	**1,14**	**6,00**	**3,64**	**1,23**	**10,74**
Niska samoocena zdrowia	**2,60**	**1,26**	**5,35**	**3,98**	**1,61**	**9,81**
Objawy depresji	**3,15**	**1,67**	**5,96**	0,83	0,35	1,94
Brak ograniczeń w aktywności z powodu bólu	**0,79**	**0,70**	**0,89**	**0,76**	**0,66**	**0,88**
Brak ograniczeń w życiu społecznym z powodu stanu zdrowia	**0,76**	**0,61**	**0,95**	**0,77**	**0,63**	**0,95**
Brak ograniczeń w aktywności z powodu stanu emocjonalnego	1,32	0,92	1,90	1,37	0,90	2,10
Brak ograniczeń w aktywności z powodu stanu zdrowia	**0,76**	**0,58**	**0,99**	**0,61**	**0,44**	**0,84**
Stres związany z kontaktami z otoczeniem	**1,16**	**1,00**	**1,35**	1,11	0,88	1,39
Obowiązki wobec dzieci nie ograniczają czasowo	**2,16**	**1,14**	**4,12**	1,31	0,58	2,95
Zgodność idealnego modelu rodziny w modelu realizowanym	**2,26**	**1,20**	**4,28**	1,85	0,88	3,91
Praca zawodowa wymagała stałego doskonalenia się	0,66	0,32	1,36	0,42	0,16	1,06
Praca zawodowa wymagała dużego wysiłku fizycznego	0,65	0,32	1,29	0,55	0,25	1,20
Miała/ł dużo do powiedzenia w sprawach swoich obowiązków zawodowych	**2,72**	**1,27**	**5,81**	1,36	0,54	3,41
Praca zawodowa dawała poczucie ważności	0,87	0,42	1,81	**2,61**	**1,12**	**6,09**
Chętnie odwiedza swój zakład pracy	0,79	0,38	1,66	0,64	0,26	1,55
Wspiera dzieci finansowo	0,76	0,40	1,45	**0,39**	**0,17**	**0,89**

Wśród mężczyzn wyższym ryzykiem utraty pełnej niezależności w czynnościach dnia codziennego obarczeni byli respondenci nisko oceniający swój stan zdrowia, pełniący w przeszłości stanowiska kierownicze wyższego szczebla oraz wykonujący pracę zawodową dającą poczucie ważności. Przed utratą pełnej niezależności w czynnościach GARS chroniły mężczyzn brak ograniczeń w aktywności z powodu bólu oraz brak ograniczeń zdrowotnych w pełnieniu ról i w codziennej aktywności, a także możliwość dawania wsparcia finansowego dzieciom.

Uzyskane wyniki dotyczące sprawności funkcjonalnej kobiet 65-letnich (i ich rówieśników mężczyzn) wskazują na ich wysoki poziom sprawności i niezależności w czynnościach dnia codziennego będących istotnym predyktorem kontynuacji dotychczasowych ról społecznych i podtrzymywania istniejących więzi z otoczeniem.

Rozdział 8

Styl życia

Zachowania związane ze zdrowiem

Znaczenie stylu życia (zwyczajów żywieniowych, palenia tytoniu, konsumpcji alkoholu, aktywności fizycznej, strategii pokonywania stresów) dla stanu zdrowia jest powszechnie znane i udowodnione (Ames, 1996; Beckett, 1995; Lindbladh, 1995; Lindstrom, 2000; Lynch, 1997; Ransford, 1996; Ross, 2000; Royce, 1997). Relacja pomiędzy stylem życia a koncepcją własnej osoby bywa również rozważana.

Zachowania antyzdrowotne są konsekwencją złych wyborów związanych ze stylem życia, co wiąże się ze zróżnicowaną odpowiedzialnością za stan zdrowia. Indywidualne wybory związane ze stylem życia są uwarunkowane czynnikami ekonomicznymi, historycznymi, rodzinnymi, kulturowymi, a nawet politycznymi. Z perspektywy przebiegu życia najlepiej ocenić wpływ statusu społeczno-ekonomicznego na styl bycia, czego przykładem są badania Lyncha (1997), pokazujące, że zachowania związane ze zdrowiem, przejawiane w okresie dorosłości zależą nie tylko od statusu społeczno-ekonomicznego osiągniętego w tym okresie, ale także od statusu społeczno-ekonomicznego rodziców. Pewne zachowania związane ze zdrowiem jak wzory żywieniowe i aktywność fizyczna zależą od uwarunkowań odziedziczonych w dzieciństwie, tj. statusu społeczno-ekonomicznego. Styl życia jest odpowiedzią na środowiskowe uwarunkowania, np. palenie tytoniu i picie alkoholu jako element stylu życia pojawiają się później niż wzory żywieniowe (Lynch, 1997).

Według Martikainena (2003), wzory żywienia mogą być czynnikiem ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia, cukrzycę oraz wiele rodzajów nowotworów. Im niższy status społeczno-ekonomiczny, tym gorsze zwyczaje związane ze zdrowiem

Badania angielskie wykazały zależność wzorów żywieniowych od pozycji społeczno-zawodowej: zarówno kobiety, jak i mężczyźni, o wyższej pozycji społeczno-zawodowej, charakteryzowali się bardziej zdrowymi wzorami żywieniowymi.

Szczególnego znaczenia nabiera kumulowanie się antyzdrowotnych zachowań: gdy do niezdrowych wzorów żywieniowych dołączają się inne antyzdrowotne zwyczaje składające się na styl życia. Badania fińskie pokazały, że palacze tytoniu odznaczali się mniej zdrowym sposobem odżywiania się niż osoby niepalące. Badania angielskie (Martikainen, 2003) dowiodły, że niepozostawanie w związku małżeńskim sprzyjało mniej zdrowej diecie u mężczyzn, natomiast czynnik ten nie wpływał na sposoby żywienia się kobiet. Dla osób pozostających w związkach małżeńskich niski status społeczno-ekonomiczny partnera wpływał na wzory żywieniowe, szczególnie kobiet, których mężowie charakteryzowali się niskim statusem społeczno-ekonomicznym.

Takie elementy stylu życia, jak palenie tytoniu, aktywność fizyczna, zwyczaje żywieniowe są również zależne od statusu społeczno-ekonomicznego (Lynch, 1997). Badania dowodzą, że palenie tytoniu, otyłość, niewłaściwa dieta, niższa aktywność fizyczna są ściśle związane ze statusem społeczno-ekonomicznym.

Dane dotyczące stylu życia w krajach Unii Europejskiej pokazują, że około 43% mężczyzn i około 28% kobiet jest palaczami tytoniu. Wskazuje się, że konsumpcja alkoholu wśród kobiet wzrasta w takich krajach UE, jak Finlandia, Szwecja, Dania, Wielka Brytania, i Holandia, co wiąże się ze wzrastającym wśród kobiet ryzykiem zgonu z powodu chorób wątroby; nadal jednak kobiety spożywają mniej alkoholu niż mężczyźni, szczególnie mniej piwa i wysokoprocentowego alkoholu.

Wśród mieszkanek UE średni BMI wynosi 24,0, jakkolwiek obserwuje się pomiędzy krajami znaczne zróżnicowanie w częstości otyłości wśród kobiet – kobiety z Grecji i Portugalii częściej charakteryzują się otyłością (33,2% otyłych kobiet w Grecji i 28,5% otyłych kobiet w Portugalii), podczas gdy niskie odsetki otyłych kobiet odnotowuje się we Francji (15,5%), Danii (16,5%), Niemczech Zachodnich (16,5%), w Irlandii (16,9%).

Zwyczaje żywieniowe wśród 65-letnich kobiet

W prezentowanych badaniach większość 65-letnich kobiet (ok. 70%) uważała, że odżywia się zdrowo, w podobnym odsetku (ok. 72%) opinię te podzielali ich rówieśnicy. Około 1/4 badanych kobiet potwierdziło, że jest na diecie (przede wszystkim była to dieta bezcukrowa i niskocholesterolowa/beztłuszczowa), w porównaniu do mężczyzn kobiety częściej przebywały na diecie o małej zawartości błonnika. Wśród mężczyzn rówieśników badanych kobiet, jakkolwiek odsetek osób przebywających na diecie był podobny, to jednak znamiennie więcej respondentów poddanych było diecie niskocholesterolowej/beztłuszczowej.

Interesujące są dane dotyczące decyzji przejścia na określoną dietę: wśród kobiet znacznie częściej decyzje te były wynikiem własnej inicjatywy, wśród mężczyzn poddanie się diecie wynikało w wyższym odsetku z zalecenia lekarza.

Charakterystyka sposobu odżywiania 65-letnich kobiet i mężczyzn

Zwyczaje żywieniowe		Kobiety n	Kobiety %	Mężczyźni n	Mężczyźni %	Test Chi²
R. uważa, że zdrowo się odżywia	tak	71	17,2	66	20,6	Chi² = 4,65
	raczej tak	214	51,9	165	51,4	P > 0,05
	nie umie powiedzieć	70	17,0	59	18,4	
	raczej nie	41	10,0	25	7,8	
	nie	16	3,9	6	1,9	
R. jest na diecie	nie	309	75	234	72,9	Chi² = 0,42
	tak	103	25	87	27,1	P > 0,05
R. jest na diecie odchudzającej	nie	98	95,1	80	92,0	Chi² = 0,81
	tak	5	4,9	7	8,0	P > 0,05
R. jest na diecie beztłuszczowej, niskocholesterolowej	nie	58	56,3	34	39,1	Chi² = 5,61
	tak	45	43,7	53	60,9	P < 0,05 *
R. jest na diecie bezsolnej	nie	97	94,2	84	96,6	Chi² = 0,59
	tak	6	5,8	3	3,4	P > 0,05
R. jest na diecie bezcukrowej	nie	56	54,4	49	56,3	Chi² = 0,07
	tak	47	45,6	38	43,7	P > 0,05
R. jest na diecie o małej zawartości błonnika	nie	94	91,3	86	98,9	Chi² = 5,45
	tak	9	8,7	1	1,1	P < 0,05 *
R. jest na innej diecie	nie	96	93,2	84	96,6	Chi² = 1,06
	tak	7	6,8	3	3,4	P > 0,05
Dietę odchudzającą zalecił	lekarz	1	20,0	1	14,3	Chi 2 = 2,89
	dietetyk			2	28,6	P > 0,05
	własny pomysł	4	80,0	3	42,9	
	inna osoba			1	14,3	
Dietę beztłuszczową, niskocholesterolową zalecił	lekarz	27	60	41	77,4	Chi 2 = 9,80
	dietetyk	3	6,7			P < 0,05 *
	własny pomysł	15	33,3	9	17,0	
	inna osoba			3	5,7	
Dietę bezsolną zalecił	lekarz	3	50,0	2	66,7	Chi 2 = 0,23
	własny pomysł	3	50,0	1	33,3	P > 0,05
Dietę bezcukrową zalecił	lekarz	41	89,1	33	86,8	Chi 2 = 1,32
	dietetyk	2	4,3	2	5,3	P > 0,05
	własny pomysł	3	6,5	2	5,3	
	inna osoba			1	2,6	
Dietę o małej zawartości błonnika zalecił	lekarz	7	87,5			Chi 2 = 9,00
	dietetyk			1	100,0	P < 0,05 *
	własny pomysł	1	12,5			
Dietę inną zalecił	lekarz	2	28,6	1	33,3	Chi 2 = 0,02
	własny pomysł	5	71,4	2	66,7	P > 0,05

* – Różnica istotna statystycznie.

Kobiety częściej unikały takich potraw, jak boczek, smalec, słonina (55,6%), tłuste mięso (44,4%), mężczyźni częściej wystrzegają się masła, śmietany (16–11%), tłustych sosów, majonezu (59,2%). Najczęściej surowe jarzyny kobiety spożywały 2–3 razy w tygodniu (59,6%) (odsetek zbliżony do potwierdzonego przez mężczyzn), podobnie gotowane jarzyny jadały najczęściej 2–3 na tydzień (65,8%), 33,1% kobiet deklarowało spożywanie surowych owoców 2–3 razy w tygodniu, większość (56,6%) codziennie. Dwukrotnie więcej kobiet niż mężczyzn (46,9 vs 22,4%) rzadko spożywało lub nie spożywało surowych jarzyn z powodów zdrowotnych, podobnie u kobiet względy zdrowotne decydowały o ograniczeniach w spożywaniu surowych owoców.

Unikanie produktów antyzdrowotnych

Produkty		Kobiety		Mężczyźni		Test Chi²
		n	%	n	%	
R. świadomie unika boczku, smalcu, słoniny	tak	227	55,6	130	40,8	Chi² = 22,11 P < 0,05 *
	czasami	163	40,0	153	48,0	
	nie	18	4.4	36	11,3	
R. świadomie unika tłustego mięsa	tak	180	44,4	110	34,5	Chi² = 15,91, P < 0,05 *
	czasami	198	48,9	162	50,8	
	nie	27	6,7	47	14,7	
R. świadomie unika parówek, pasztetów	tak	68	16,7	54	16,9	Chi² = 16,62 P < 0,05 *
	czasami	296	72,5	197	61,6	
	nie	44	10,8	69	21,6	
R. świadomie unika masła	tak	30	7,4	43	13,5	Chi² = 8,20 P < 0,05 *
	czasami	232	57,0	160	50,3	
	nie	145	35,6	115	36,2	
R. świadomie unika śmietany, żółtych serów	tak	24	5.9	37	11,6	Chi² = 9,14 P < 0,05 *
	czasami	285	69,9	197	61,8	
	nie	99	24,3	85	26,6	
R. świadomie unika jajek	tak	11	2.7	10	3,1	Chi² = 1,04 P > 0,05
	czasami	309	75,7	231	72,4	
	nie	88	21,6	78	24,5	
R. świadomie unika przekąsek (solone orzeszki, hamburgery)	tak	323	79,6	248	78,0	Chi² = 4,39 P > 0,05
	czasami	79	19,5	60	18,9	
	nie	4	1,0	10	3,1	
R. świadomie unika tłustych sosów, majonezu	tak	219	53,8	189	59,2	Chi² = 8,94 P < 0,05 *
	czasami	172	42,3	106	33,2	
	nie	16	3,9	24	7,5	
R. świadomie unika innych pokarmów	tak	253	78,8	209	78,9	Chi² = 7,06 P > 0,05 *
	czasami	30	9,3	12	4,5	
	nie	38	11,8	44	16,6	

* – Różnica istotna statystycznie.

Spożycie warzyw i owoców przez kobiety i mężczyzn 65-letnich

Spożywanie warzyw i owoców		Kobiety n	Kobiety %	Mężczyźni n	Mężczyźni %	Test Chi²
R. jada surowe warzywa	wcale	15	3.7	16	5,0	Chi² = 2,65 P > 0,05
	raz na tydzień	54	13,3	44	13,9	
	2–3 razy w tygodniu	242	59,6	197	62,1	
	codziennie	95	23,4	60	18,9	
R. jada gotowane warzywa	wcale	3	,7	7	2,2	Chi² = 3,49 P > 0,05
	raz na tydzień	64	15,7	52	16,3	
	2–3 razy w tygodniu	268	65,8	198	62,1	
	codziennie	72	17,7	62	19,4	
R. jada surowe owoce	wcale	11	2,7	3	,9	Chi² = 7,01 P > 0,05
	raz na tydzień	31	7,6	28	8,8	
	2–3 razy w tygodniu	135	33,1	128	40,1	
	codziennie	231	56,6	160	50,2	
R. jada gotowane owoce	wcale	192	47,5	152	48,9	Chi² = 0,25 P > 0,05
	raz na tydzień	117	29,0	86	27,7	
	2–3 razy w tygodniu	72	17,8	54	17,4	
	codziennie	23	5,7	19	6,1	

Średnie dzienne spożycie określonych produktów żywnościowych wskazuje na ich istotne zróżnicowanie wśród kobiet i mężczyzn. Kobiety spożywają mniej niż mężczyźni produktów zbożowych i ziemniaków, mleka i przetworów mlecznych, mięsa przetworów mięsnych, ryb, jajek oraz tłuszczów. Kobiety częściej niż mężczyźni (29,8 vs 17,3%) stosowały regularnie herbatki ziołowe (różnice istotne statystycznie), regularnie brały witaminy (17,4 vs 10,7%), częściej stosowały środki na przeczyszczenie (9,5 vs 2,2%).

Średnie dzienne spożycie różnych produktów żywnościowych

Dzienne spożycie		Średnia	Odch. std.	Test M-W
R. jada dziennie porcji produktów zbożowych i ziemniaków	kobieta	3,0	1,9	P < 0,05 *
	mężczyzna	3,5	2,1	
R. jada dziennie porcji warzyw i owoców	kobieta	2,6	1,9	P > 0,05
	mężczyzna	2,7	1,8	
R. jada dziennie porcji mleka i przetworów mlecznych	kobieta	2,3	1,5	P < 0,05 *
	mężczyzna	2,5	1,6	
R. jada dziennie porcji mięsa, przetworów mięsnych, ryb, jajek, warzyw strączkowych	kobieta	1,9	1,6	P < 0,05 *
	mężczyzna	2,1	1,7	
R. jada dziennie porcji tłuszczów	kobieta	1,8	1,4	P < 0,05 *
	mężczyzna	1,9	1,3	
R. pija dziennie filiżanek kawy	kobieta	1	1	P > 0,05
	mężczyzna	1	2	

* – Różnica istotna statystycznie.

Stosowanie suplementów przez kobiety i mężczyzn 65-letnich

Suplementy		Kobiety		Mężczyźni		Test Chi^2
		n	%	n	%	
Nalewki z ziół	nie	393	96,1	300	94,3	Chi^2 = 1,23
	tak	16	3,9	18	5,7	P > 0,05
Herbatki ziołowe	nie	287	70,2	263	82,7	Chi^2 = 15,26
	tak	122	29,8	55	17,3	P < 0,05 *
Witaminy w syropie	nie	338	82,6	284	89,3	Chi^2 = 6,44
	tak	71	17,4	34	10,7	P < 0,05 *
Preparaty odchudzające	nie	402	98,3	317	99,7	Chi^2 = 3,21
	tak	7	1,7	1	,3	P > 0,05
Środki na przeczyszczenie	nie	370	90,5	311	97,8	Chi^2 = 16,24
	tak	39	9,5	7	2,2	P > 0,05
Słodzik zamiast cukru	nie	377	92,2	290	91,2	Chi^2 = 0,23
	tak	32	7,8	28	8,8	P > 0,05

* – Różnica istotna statystycznie.

Picie alkoholu i palenie papierosów wśród 65-letnich kobiet

Istotne różnice pomiędzy 65-letnimi kobietami a ich rówieśnikami odnotować można w aktualnych i przeszłych zachowaniach związanych z piciem alkoholu i rodzajem spożywanego alkoholu. Aktualnie przyznało, że pije alkohol 50,2% kobiet i 72,9% mężczyzn, dawniej piło alkohol, ale obecnie nie pije 11,0% kobiet i 21,5% mężczyzn, całkowitą abstynencję potwierdziło 38,8% kobiet i 5,6% mężczyzn. Uzyskane dane potwierdziły tradycyjny podział wzorów picia alkoholu: kobiety znacznie częściej piły czerwone wino (51,8 vs 20,6% mężczyzn) lub białe wino (20,5 vs 5,6% mężczyzn); wśród 65-letnich mężczyzn dominowało picie piwa (71,1 vs 25,0% kobiet) oraz wódki (48,9 vs 18,8% kobiet).

Charakterystyka konsumpcji alkoholu przez kobiety i mężczyzn 65-letnich

Spożywanie alkoholu		Kobiety		Mężczyźni		Test Chi^2
		N	%	n	%	
R. pije alkohol	tak	206	50,2	234	72,9	Chi^2 = 109,95
	teraz nie, dawniej tak	45	11,0	69	21,5	P < 0,05 *
	nie, nigdy	159	38,8	18	5,6	
R. pije piwo	nie	84	75,0	52	28,9	Chi^2 = 59,00
	tak	28	25,0	128	71,1	P < 0,05 *

R. pije wódkę	nie	91	81,3	92	51,1	$Chi^2 = 26,81$
	tak	21	18,8	88	48,9	$P < 0,05$ *
R. pije czerwone wino	nie	54	48,2	143	79,4	$Chi^2 = 30,68$
	tak	58	51,8	37	20,6	$P < 0,05$ *
R. pije białe wino	nie	89	79,5	170	94,4	$Chi^2 = 15,46$
	tak	23	20,5	10	5,6	$P < 0,05$ *
R. pije drinki	nie	96	85,7	159	88,3	$Chi^2 = 0,43$
	tak	16	14,3	21	11,7	$P > 0,05$
R. pije inne alkohole	nie	95	84,8	158	87,8	$Chi^2 = 0,52$
	tak	17	15,2	22	12,2	$P > 0,05$

* – Różnica istotna statystycznie.

Bardzo duże różnice odnotowano pomiędzy kobietami a mężczyznami w deklarowanym średnim tygodniowym spożyciu różnych rodzajów alkoholu, nawet w odniesieniu do wina, które było bardziej preferowane przez kobiety. Mężczyźni spożywali średnio więcej tygodniowo wszystkich rodzajów alkoholu.

Średnia konsumpcja alkoholu

Konsumpcja alkoholu		Średnia	Odch. std.	Test M-W
Pije szklanek piwa tygodniowo	kobieta	0,17	1,14	$P < 0,05$ *
	mężczyzna	1,56	3,30	
Pije kieliszków wódki tygodniowo	kobieta	0,13	1,17	$P < 0,05$ *
	mężczyzna	0,72	1,96	
Pije kieliszków wina czerwonego tygodniowo	kobieta	0,29	1,35	$P > 0,05$
	mężczyzna	0,38	1,72	
Pije kieliszków wina białego tygodniowo	kobieta	0,06	0,32	$P > 0,05$
	mężczyzna	0,09	0,69	
Pije drinków tygodniowo	kobieta	0,04	0,30	$P < 0,05$ *
	mężczyzna	0,10	0,46	
Pije kieliszków innych alkoholi tygodniowo	kobieta	0,06	0,31	$P > 0,05$
	mężczyzna	0,21	1,08	
Spożycie czystego alkoholu na tydzień w litrach	kobieta	0,01	0,05	$P < 0,05$ *
	mężczyzna	0,05	0,08	

* – Różnica istotna statystycznie.

Dynamika picia alkoholu w różnych okresach życia pokazała, że różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami w zwyczajach spożywania alkoholu, potwierdzone w wieku 65 lat, zaznaczały się we wcześniejszych okresach życia – zarówno w młodości jak i w różnych podokresach wieku dojrzałego, niemniej zmiany, jakie dokonały się na rzecz zmniejszenia ilości spożywanego alkoholu, dotyczyły przede wszystkim mężczyzn.

Dynamika spożycia alkoholu w różnych okresach życia

Zmiany w konsumpcji alkoholu		Kobiety		Mężczyźni		Test Chi^2
		n	%	n	%	
R. do 25 r.ż. piła/ł	o wiele mniej niż obecnie	14	3,5	21	6,7	Chi^2 = 123,54
	trochę mniej niż obecnie	9	2,2	7	2,2	P < 0,05 *
	mniej więcej tyle samo	59	14,7	35	11,2	
	trochę więcej niż obecnie	86	21,4	128	41,0	
	o wiele więcej niż obecnie	11	2,7	56	17,9	
	nie dotyczy	223	55,5	65	20,8	
R. pomiędzy 26 a 35 r.ż. piła/ł	o wiele mniej niż obecnie	10	2,5	6	1,9	Chi^2 = 126,67
	trochę mniej niż obecnie	7	1,7	11	3,5	P < 0,05 *
	mniej więcej tyle samo	61	15,1	36	11,5	
	trochę więcej niż obecnie	90	22,3	133	42,6	
	o wiele więcej niż obecnie	12	3,0	61	19,6	
	nie dotyczy	223	55,3	65	20,8	
R. pomiędzy 36 a 50 r.ż. piła/ł	o wiele mniej niż obecnie	15	3,7	9	2,9	Chi^2 = 95,50
	trochę mniej niż obecnie	14	3,5	17	5,4	P < 0,05 *
	mniej więcej tyle samo	72	17,8	61	19,4	
	trochę więcej niż obecnie	62	15,3	99	31,5	
	o wiele więcej niż obecnie	10	2,5	46	14,6	
	nie dotyczy	231	57,2	82	26,1	
R. pomiędzy 51 a 60 r.ż. piła/ł	o wiele mniej niż obecnie	37	9,2	31	9,9	Chi^2 = 66,36
	trochę mniej niż obecnie	29	7,2	28	9,0	P < 0,05 *
	mniej więcej tyle samo	80	19,9	105	33,7	
	trochę więcej niż obecnie	17	4,2	34	10,9	
	o wiele więcej niż obecnie	2	0,5	15	4,8	
	nie dotyczy	238	59,1	99	31,7	
R. pomiędzy 61 a 65 r.ż. piła/ł	o wiele mniej niż obecnie	45	11,2	47	15,1	Chi^2 = 60,92
	trochę mniej niż obecnie	28	6,9	22	7,1	P < 0,05 *
	mniej więcej tyle samo	84	20,8	123	39,5	
	trochę więcej niż obecnie	3	0,7	14	4,5	
	o wiele więcej niż obecnie	2	0,5	3	1,0	
	nie dotyczy	241	59,8	102	32,8	

* – Różnica istotna statystycznie.

Częściej spożywają alkohol kobiety rozwiedzione, nadal pracujące, wśród mężczyzn więcej osób pijących było wśród kontynuujących pracę zawodową.

Picie alkoholu przez kobiety w zależności od uwarunkowań demograficzno-społecznych

Uwarunkowania		Picie alkoholu tak		teraz nie pije, wcześniej piła		nigdy nie piła	
		n	%	n	%	n	%
Wykształcenie	podstawowe lub niższe	45	41,3	15	13,8	49	45,0
	zas. zawodowe	40	57.1	9	12,9	21	30,0
	średnie	69	47,6	15	10,3	61	42,1
	wyższe	52	60,5	6	7,0	28	32,6
	$Chi^2 = 10,43$ $p > 0,05$						
Stan cywilny	mężatka lub ma partnera	134	53,0	22	8,7	97	38,3
	panna	9	45,0			11	55,0
	wdowa	47	43,1	19	17,4	43	39,4
	rozwiedziona	16	59,3	4	14,8	7	25,9
	$Chi^2 = 12,43$ $p = 0,053$						
Zamieszkiwanie	tylko z mężem/ partnerem	92	53,5	17	9,9	63	36,6
	samotne	49	53,3	13	14,1	30	32,6
	(także) z dziećmi/ wnukami	38	53,5	4	5,6	29	40,8
	(także) z innymi osobami	27	37,5	11	15,3	34	47,2
	$Chi^2 = 9,54$ $p > 0,05$						
Miejsce urodzenia	Kraków	84	55,6	17	11.3	50	33,1
	inne miasto/ miasteczko	45	48,9	13	14,1	34	37,0
	wieś	77	46,7	15	9,1	73	44,2
	$Chi^2 = 5,29$ $p > 0,05$						
Nadal pracuje	nie	178	48,5	43	11,7	146	39,8
	tak	28	65,1	2	4,7	13	30,2
	$Chi^2 = 4,77$ $p = 0,09$						

Picie alkoholu przez mężczyzn w zależności od uwarunkowań demograficzno-społecznych

Uwarunkowania		Picie alkoholu tak		teraz nie pije, wcześniej pił		nigdy nie pił	
		n	%	n	%		%
Wykształcenie	podstawowe lub niższe	34	69,4	13	26,5	2	4,1
	zasadnicze zawodowe	76	69,7	29	26,6	4	3.7
	średnie	62	72,9	18	21,2	5	5,9
	wyższe	61	79,2	9	11,7	7	9,1
	$Chi^2 = 8,59$ $p > 0,05$						

Stan cywilny	żonaty lub ma partnerkę	211	73,8	59	20,6	16	5,6
	kawaler	4	66,7	2	33,3		
	wdowiec	13	65,0	5	25,0	2	10,0
	rozwiedziony	6	66,7	3	33,3		
	Chi^2 =3,00 p > 0,05						
Zamieszkiwanie	tylko z żoną/ partnerką	111	75,5	26	17,7	10	6,8
	samotne	19	70,4	7	25,9	1	3,7
	z dziećmi/wnukami	91	74,0	27	22,0	5	4,1
	z innymi osobami	11	57,9	6	31,6	2	10,5
	Chi^2 =4,76 p > 0,05						
Miejsce urodzenia	Kraków	92	76,7	20	16,7	8	6,7
	inne miasto/miasteczko	44	73,3	10	16,7	6	10,0
	wieś	98	69,5	39	27,7	4	2,8
	Chi^2 = 9,14 p = 0,058						
Nadal pracuje	nie	172	70,2	60	24,5	13	5,3
	tak	62	81,6	9	11,8	5	6,6
	Chi^2 = 5,51 p = 0,06						

Status społeczny partnera, łączny status (badanej i jej męża) i różnice w statusach (pomiędzy respondentką a jej mężem) wbrew innym badaniom nie różnicowały wzorów picia alkoholu wśród kobiet 65-letnich. Wśród mężczyzn najmniej pijących osób było w grupie respondentów mających partnerki życiowe z wyższym wykształceniem. Podobnie łączny status w małżeństwie różnicował aktualne spożywanie alkoholu przez mężczyzn.

Picie alkoholu przez kobiety w zależności od statusu społecznego partnera i łącznego statusu społecznego (własnego i męża)

Konsumpcja alkoholu wg statusu społecznego		tak		Picie alkoholu teraz nie pije, wcześniej piła		nigdy nie piła	
		n	%	n	%	n	%
Wykształcenie partnera	podstawowe lub niższe	25	12,2	11	24,4	24	15,4
	zasadnicze zawodowe	65	31,7	13	28,9	47	30,1
	średnie	54	26,3	8	17,8	40	25,6
	wyższe	61	29,8	13	28,9	45	28,8
	Chi^2 = 5,07 p > 0,05						
Wyższe z wykształcenia małżonków	podstawowe lub niższe	18	8,7	8	17,8	21	13,2
	zasadnicze zawodowe	51	24,8	13	28,9	34	21,4
	średnie	65	31,6	10	22,2	51	32,1
	wyższe	72	35,0	14	31,1	53	33,3
	Chi^2 =5,66 p > 0,05						

Niższe z wykształcenia małżonków	podstawowe lub niższe	53	25,7	18	40,0	53	33,3
	zasadnicze zawodowe	54	26,2	9	20,0	35	22,0
	średnie	58	28,2	13	28,9	50	31,4
	wyższe	41	19,9	5	11,1	21	13,2
	$Chi^2 = 7,94$ $p > 0,05$						
Różnica wykształcenia z partnerem	niższe	48	23,3	9	20,0	37	23,3
	takie samo	55	26,7	8	17,8	39	24,5
	wyższe	31	15,0	5	11,1	22	13,8
	$Chi^2 = 4,35$ $p > 0,05$						

Picie alkoholu przez mężczyzn w zależności od statusu społecznego partnerki i łącznego statusu społecznego

Konsumpcja alkoholu wg statusu społecznego		Picie alkoholu					
		tak		teraz nie pije, wcześniej pił		nigdy nie pił	
		n	%	n	%	n	%
Wykształcenie partnerki	podstawowe lub niższe	52	22,2	24	34,8	5	27,8
	zasadnicze zawodowe	65	27,8	15	21,7	1	5,6
	średnie	71	30,3	22	31,9	6	33,3
	wyższe	46	19,7	8	11,6	6	33,3
	$Chi^2 = 11,20$ $p < 0,05$ *						
Wyższe z wykształcenia małżonków	podstawowe lub niższe	22	9,4	8	11,6	2	11,1
	zasadnicze zawodowe	75	32,1	22	31,9	3	16,7
	średnie	69	29,5	26	37,7	6	33,3
	wyższe	68	29,1	13	18,8	7	38,9
	$Chi^2 = 5,67$ $p > 0,05$						
Niższe z wykształcenia małżonków	podstawowe lub niższe	65	27,8	29	42,0	5	27,8
	zasadnicze zawodowe	66	28,2	22	31,9	2	11,1
	średnie	64	27,4	14	20,3	5	27,8
	wyższe	39	16,7	4	5,8	6	33,3
	$Chi^2 = 15,04$ $p < 0,05$ *						
Różnica wykształcenia z partnerką	niższe	43	18,4	14	20,3	1	5,6
	takie samo	98	41,9	24	34,8	10	55,6
	wyższe	70	29,9	21	30,4	5	27,8
	$Chi^2 = 4,48$ $p > 0,05$						

* – Różnica istotna statystycznie.

Obecnie do palenia papierosów przyznało się 14,6% kobiet i 31,2% mężczyzn (różnice istotne statystycznie), do palenia papierosów w przeszłości 17,2% kobiet i 48,9% mężczyzn (różnice istotne statystycznie).

Palenie papierosów przez kobiety i mężczyzn 65-letnich

Palenie papierosów	Kobiety		Mężczyźni		Test Chi^2
	N	%	n	%	
Nigdy nie paliła/ł	281	38,2	64	19,9	Chi^2 = 28,73
Teraz nie pali, paliła/ł wcześniej	71	17,2	157	48,9	P < 0,05 *
Pali obecnie	60	14,6	100	31,2	

* – Różnica istotna statystycznie.

Kobiety zaczęły palić papierosy później niż mężczyźni (średnio w wieku 23 lat, mężczyźni w wieku 17 lat), niemniej osoby, które rzuciły palenie, w przypadku kobiet zrobiły to później (średnio w wieku 50 lat, mężczyźni średnio w wieku 47 lat), kobiety wypalały mniej papierosów dziennie (średnio 15 sztuk, mężczyźni 22 sztuki), w sumie kobiety paliły papierosy krócej (średnio 28 lat, mężczyźni średnio 31 lat).

Charakterystyka palenia tytoniu przez kobiety i mężczyzn w wieku 65 lat

Wzory palenia tytoniu		Średnia	Odch. std.	Test M-W
Ilość wypalonych papierosów (paczkolata)	kobieta	28,36	16,34	P < 0,05 *
	mężczyzna	29,44	24,80	
Czas palenia (lata)	kobieta	33,5	13	P > 0,05
	mężczyzna	34,6	14,1	
Średnia ilość obecnie wypalanych papierosów dziennie	kobieta	14,00	6,02	P < 0,05 *
	mężczyzna	16,78	8,21	
Ilość przeciętnie wypalanych papierosów dziennie (przez cały okres palenia)	kobieta	15,33	5,27	P < 0,05 *
	mężczyzna	20,06	8,99	
Wiek rozpoczęcia palenia	kobieta	23	6,6	P < 0,05 *
	mężczyzna	19	4,4	
Wiek rzucenia palenia (była/li palaczka/e)	kobieta	50	12	P < 0,05 *
	mężczyzna	46	13	
Przeciętnie paliła/ł dziennie papierosów (byłe/li palaczki/e)	kobieta	15	11	P < 0,05 *
	mężczyzna	22	11	
Okres palenia papierosów (lat) (byłe/li palaczki/e)	kobieta	28	14	P < 0,05 *
	mężczyzna	31	14	
Ilość czasu spędzana dziennie wśród palących (godziny)	kobieta	1	3	P < 0,05 *
	mężczyzna	2	4	

Żaden z wyznaczników statusu społecznego respondentki i jej partnera życiowego nie wpłynął znacząco na palenie papierosów przez kobiety 65-letnie. Najrzadziej palili papierosy mężczyźni mający partnerki z wykształceniem wyższym.

Palenie papierosów przez kobiety w zależności od uwarunkowań społeczno-demograficznych

Uwarunkowania		Palenie papierosów: nigdy nie paliła		teraz nie pali, wcześniej paliła		pali	
		n	%	n	%		%
Stan cywilny	mężatka lub ma partnera	171	67,3	45	17,7	38	15,0
	panna	17	81,0	3	14,3	1	4,8
	wdowa	79	72,5	14	12,8	16	14,7
	rozwiedziona	13	48,1	9	33,3	5	18,5
	Chi^2 = 9.52 p > 0.05						
Zamieszkiwanie	tylko z mężem/partnerem	118	68,6	30	17,4	24	14,0
	samotne	60	65,2	16	17,4	16	17,4
	(także) z dziećmi/wnukami	44	61,1	14	19,4	14	19,4
	(także) z innymi osobami	57	78,1	10	13,7	6	8,2
	Chi^2 =6,16 p > 0.05						
Miejsce urodzenia	Kraków	100	65,4	28	18,3	25	16,3
	inne miasto/miasteczko	57	62,0	20	21,7	15	16,3
	wieś	122	73,9	23	13,9	20	12,1
	Chi^2 = 4,91 p > 0,05						
Nadal pracuje	nie	255	69,1	62	16,8	52	14,1
	tak	26	60,5	9	20,9	8	18,6
	Chi^2 =1,34 p > 0,05						
Pełnienie funkcji kierowniczych	nie	186	71,5	41	15,8	33	12,7
	tak	87	61,3	28	19,7	27	19,0
	Chi^2 = 4,72 p = 0,09						

Palenie papierosów przez mężczyzn w zależności od uwarunkowań społeczno-demograficznych

Uwarunkowania		Palenie papierosów: nigdy nie palił		teraz nie pali, wcześniej palił		pali	
		n	%	n	%	n	%
Wykształcenie	podstawowe lub niższe	9	18,4	23	46,9	17	34,7
	zasadnicze zawodowe	10	9,2	58	53,2	41	37,6
	średnie	21	24,7	45	52,9	19	22,4
	wyższe	24	31,2	31	40,3	22	28,6
	Chi^2 = 18.06 p < 0.05 *						
Stan cywilny	żonaty lub ma partnerkę	57	19,9	144	50,3	85	29,7
	kawaler	1	16,7	2	33,3	3	50,0
	wdowiec	3	15,0	7	35,0	10	50,0
	rozwiedziony	3	33,3	4	44,4	2	22,2
	Chi^2 =5,72 p > 0,05						

Zamieszkiwanie	tylko z żoną/partnerką	25	17,0	81	55,1	41	27,9
	samotne	7	25,9	7	25,9	13	48,1
	(także) z dziećmi/wnukami	26	21,1	59	48,0	38	30,9
	(także) z innymi osobami	5	26,3	8	42,1	6	31,6
	$Chi^2 = 8,87$ $p > 0,05$						
Miejsce urodzenia	Kraków	26	21,7	49	40,8	45	37,5
	inne miasto/miasteczko	14	23,3	26	43,3	20	33,3
	wieś	24	17,0	82	58,2	35	24,8
	$Chi^2 = 9,03$ $p = 0,06$						
Nadal pracuje	nie	44	18,0	124	50,6	77	31,4
	tak	20	26,3	33	43,4	23	30,3
	$Chi^2 = 2,67$ $p > 0,05$						
Pełnienie funkcji kierowniczych	nie	27	16,9	77	48,1	56	35,0
	tak	36	22,6	80	50,3	43	27,0
	$Chi^2 = 3,05$ $p > 0,05$						

* – Różnica istotna statystycznie.

Palenie papierosów przez kobiety w zależności od statusu małżonka i łącznego statusu społecznego

Palenie papierosów w relacji do statusu społecznego		Palenie papierosów					
		nigdy nie paliła		teraz nie pali, wcześniej paliła		pali	
		n	%	n	%	n	%
Wykształcenie partnera	podstawowe lub niższe	39	65,0	12	20,0	9	15,0
	zasadnicze zawodowe	90	71,4	17	13,5	19	15,1
	średnie	71	69,6	18	17,6	13	12,7
	wyższe	78	65,0	23	19,2	19	15,8
	$Chi^2 = 2,44$ $p > 0,05$						
Wyższe z wykształcenia małżonków	podstawowe lub niższe	31	66,0	7	14,9	9	19,1
	zasadnicze zawodowe	70	70,7	14	14,1	15	15,2
	średnie	86	68,3	25	19,8	15	11,9
	wyższe	94	67,1	25	17,9	21	15,0
	$Chi^2 = 2,71$ $p > 0,05$						
Wykształcenie małżonków (niższe z wykształcenia z partnerów)	podstawowe lub niższe	83	66,9	19	15,3	22	17,7
	zasadnicze zawodowe	70	70,7	18	18,2	11	11,1
	średnie	85	70,2	22	18,2	14	11,6
	wyższe	43	63,2	12	17,6	13	19,1
	$Chi^2 = 4,21$ $p > 0,05$						
Różnica wykształcenia z partnerem	niższe	65	69,1	17	18,1	12	12,8
	takie samo	72	69,9	14	13,6	17	16,5
	wyższe	35	60,3	14	24,1	9	15,5
	$Chi^2 = 3,63$ $p > 0,05$						

Palenie papierosów przez mężczyzn w zależności od statusu małżonki i łącznego statusu społecznego

Palenie papierosów w relacji do statusu społecznego		Palenie papierosów: nigdy nie palił		teraz nie pali, wcześniej palił		pali	
		n	%	n	%	n	%
Wykształcenie partnerki	podstawowe lub niższe	10	12,3	47	58,0	24	29,6
	zasadnicze zawodowe	9	11,1	35	43,2	37	45,7
	średnie	27	27,3	50	50,5	22	22,2
	wyższe	18	30,0	25	41,7	17	28.3
		$Chi^2 = 22,07$ $p < 0,05$ *					
Wyższe z wykształcenia małżonków	podstawowe lub niższe	5	15,6	16	50,0	11	34,4
	zasadnicze zawodowe	9	9,0	47	47,0	44	44,0
	średnie	25	24,8	58	57,4	18	17,8
	wyższe	25	28,4	36	40,9	27	30,7
		$Chi^2 = 24,54$ $p < 0,05$ *					
Niższe z wykształcenia małżonków	podstawowe lub niższe	14	14,1	54	54,5	31	31,3
	zasadnicze zawodowe	10	11,1	46	51,1	34	37,8
	średnie	23	27,7	37	44,6	23	27,7
	wyższe	17	34,7	20	40,8	12	24,5
		$Chi^2 = 17,01$ $p < 0,05$ *					
Różnica wykształcenia z partnerką	niższe	15	25,9	30	51,7	13	22,4
	takie samo	25	18,9	59	44,7	48	36,4
	wyższe	17	17,7	55	57,3	24	25,0
		$Chi^2 = 9,55$ $p > 0,05$					

* – Różnica istotna statystycznie.

Koncepcja własnej osoby

Ponad 60% kobiet przyznało, że przywiązuje nadal takie samo jak dawniej znaczenie do swojego wyglądu, 7,5% uznało, że obecnie poświęca nawet więcej uwagi swojemu wyglądowi, niemniej 16,3% respondentek do swojego wyglądu nie przywiązywało większej wagi niż dawniej, a dla 12,9% kobiet wygląd nie miał znaczenia.

Niespodziewane pieniądze najwięcej kobiet wydałoby na potrzeby rodziny (64,2%) oraz przeznaczyłoby na zdrowie (60,8%), np. na lekarstwa lub na wyjazd do sanatorium; około 41,3% kobiet poświęciłoby takie pieniądze na remont lub wyposażenie

mieszkania. Mniej praktycznie wydałoby pieniądze 28,7% kobiet, np. planując podróże, wycieczki lub na cele charytatywne (17,0%).

Stosunkowo niezbyt liczna grupa badanych kobiet (33,2%) przyznała, że ma wystarczającą ilość pieniędzy na własne wydatki, natomiast zdecydowana większość kobiet (66,8%) takich pieniędzy nie posiada. Wśród mężczyzn rówieśników badanych kobiet więcej było respondentów (42,3%), którzy dysponowali pieniędzmi na osobiste wydatki (różnice istotne statystycznie).

Zdecydowana większość kobiet (84,9%) miała poczucie, że ich troska o dom jest doceniana przez najbliższych.

Blisko połowa kobiet przyznała, iż w ostatnim roku zdarzyło się, że czuły się naprawdę szczęśliwe.

Koncepcja własnej osoby kobiet była wyższa w przypadku uznawania kochającego partnera za najważniejszą wartość w życiu (2,44 vs 1,85), oczekiwania pomocy od dzieci (2,49 vs 1,67), dawania dzieciom wsparcia finansowego (2,33 vs 2,05), pomocy dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa (2,58 vs 2,04) i w opiece nad wnukami (2,65 vs 1,95), a także pomocy dzieciom w podejmowaniu decyzji (2,64 vs 2,06) i dawania im wsparcia emocjonalnego (2,68 vs 1,95), oceny, czy pomoc dawana dzieciom nie jest obciążeniem (2,91 vs 1,83) i nie ogranicza czasowo (2,91 vs 1,6), znajdowania zrozumienia partnera, gdy kobieta miała problemy (2,33 vs 1,84), okazywania uczucia przez partnera (2,51 vs 1,88), przekonania o dostatecznym zaangażowaniu partnera w związek (2,47 vs 1,83), posiadania wystarczających zasobów finansowych (3,17 vs 1,65), odczuwania szczęścia w okresie ostatniego roku (3,02 vs 1,36).

Koncepcja własnej osoby była niższa u kobiet w rodzinach, w których występowały konflikty (2 vs 2,30), które były ofiarą przemocy ze strony partnera (1,76 vs 2,19), w rodzinach których występowały problemy z alkoholem lub narkotykami (1,78 vs 2,2) lub kłopoty finansowe (1,83 vs 2,27), w rodzinach których w okresie ostatniego roku ktoś utracił pracę (lub zmienił na gorszą) (1,61 vs 2,3), wzrosła ilość konfliktów z partnerem (1,62 vs 2,35).

Koncepcja własnej osoby mężczyzn była wyższa w przypadku posiadania dzieci (2,36 vs 1,45), otrzymywania wsparcia od partnerki (2,45 vs 1,87), uznawania kochającej żony (2,53 vs 1,75) lub szczęścia dzieci i wnuków za najważniejszą wartość w życiu (2,43 vs 1,91), faktu, czy dzieci oczekują pomocy (2,59 vs 1,8), dawania dzieciom wsparcia finansowego (2,51 vs 2,11), pomocy dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa (2,64 vs 2,20), pomocy dzieciom w pracy zawodowej (3,09 vs 2,27) lub w opiece nad wnukami (2,79 vs 2,06), dawania dzieciom wsparcia emocjonalnego (2,78 vs 2,09), oceny, czy pomoc dawana dzieciom nie jest obciążeniem (2,97 vs 1,91) i nie ogranicza czasowo (2,92 vs 1,64), faktu, czy mężczyzna znajdował zrozumienie partnerki, gdy miał problemy (2,42 vs 1,74), okazywania uczucia ze strony partnerki (2,49 vs 1,63), przekonania o dostatecznym zaangażowaniu partnerki w związek (2,45 vs 1,68), posiadania wystarczających zasobów finansowych (3,26 vs 1,62), odczuwania szczęścia w okresie ostatniego roku (3,06 vs 1,39).

Koncepcja własnej osoby mężczyzn była niższa w przypadku postrzegania jednego z dzieci za nieszczęśliwe (1,86 vs 2,4), martwienia się z powodu jednego z dzieci (1,98 vs 2,37), konieczności skorzystania w ostatnim roku z opieki społecznej (1,45 vs 2,36).

Rozdział 9

Zdrowie psychiczne

W odniesieniu do zdrowia psychicznego u kobiet częściej stwierdza się nerwice i wiele niesprecyzowanych zaburzeń, u mężczyzn częściej obserwuje się schizofrenię, zaburzenia osobowości, uzależnienie od alkoholu i wiele psychosomatycznych zaburzeń. W badaniach Macintyre (1996) istotne statystycznie różnice zaobserwowano pomiędzy kobietami a mężczyznami w psychospołecznych uwarunkowaniach złego samopoczucia. Różnice te w odniesieniu do wszystkich wymienianych dolegliwości pojawiły się wśród badanych już w grupie wiekowej 18/20–29 lat i trwały przez cały wiek średni, niektóre z nich w wieku podeszłym zanikły, mimo że wyraźnie zaznaczały się we wcześniejszych okresach życia. Znamiennie statystycznie częściej kobiety w wieku 58 lat potwierdzały w porównaniu do mężczyzn martwienie się (20,7 vs 10,8%), bycie nerwową (22,7 vs 15,8%), trudności w koncentracji (13,7 vs 9,5%), problemy ze snem (35,5 vs 23,1%). Badania „Health and Life Style" wśród osób w wieku 56–60 lat przyniosły podobne rezultaty: kobiety istotnie częściej przyznawały się do martwienia się (30,7% w porównaniu do 16,2% mężczyzn), dwukrotnie częściej potwierdzały nerwowość (16,3 vs 8,3% mężczyzn) i trudności w koncentracji (18,2% w porównaniu do 9,3% mężczyzn), zawsze czuły się zmęczone (26,6 vs 19,5% mężczyzn), miały kłopoty ze snem (37,8 vs 19,2% mężczyzn) (Macintyre, 1996).

W naszych badaniach samopoczucie psychiczne 65-letnich respondentek zostało zbadane za pomocą skali zdrowia psychicznego, będącej połączeniem skal Zdrowia Psychicznego (General Mental Health) oraz Witalności (Vitality, Energy or Fatigue) będących wskaźnikami testu SF-36.

Poszczególne wymiary skali zdrowia psychicznego pokazują istotne statystycznie zróżnicowanie pomiędzy kobietami i mężczyznami. Skala samopoczucia psychicznego istotnie różni kobiety (średni wynik 35,23) od mężczyzn (średni wynik 37,07), co oznacza gorsze samopoczucie psychiczne u kobiet.

Samopoczucie psychiczne 65-letnich kobiet i mężczyzn

Samopoczucie psychiczne		Kobiety	Mężczyźni	Test M-W
Skala samopoczucia psychicznego	Średnia	35,23	37,07	P < 0,05 *
	Odch. Std.	7,6	7,6	
	Mediana	36	37	
	1 kwartyl	31	33,75	
	3 kwartyl	40	42	
		Możl. min = 9	Możl. max = 54	

* – Różnica istotna statystycznie.

Poziom wykształcenia różnicował istotnie zdrowie psychiczne badanych kobiet – kobiety z wyższym wykształceniem charakteryzowały się lepszym zdrowiem. Różnice w stanie zdrowia psychicznego pod względem stanu cywilnego nie były istotne statystycznie, jednak warto nadmienić, że najlepszym zdrowiem cieszyły się kobiety rozwiedzione oraz nigdy niezamężne, najgorszym zaś wdowy. Najgorszym stanem zdrowia psychicznego charakteryzowały się kobiety zamieszkujące samotnie oraz tylko z partnerem, najlepszym zaś kobiety zamieszkujące w rodzinach wielopokoleniowych.

Zdrowie psychiczne kobiet 65-letnich

Uwarunkowania zdrowia psychicznego		Średnia	Odch. std.	Test K-W
Wykształcenie	podstawowe lub niższe	33,37	7,67	P < 0,05 *
	zasadnicze zawodowe	35,33	7,30	
	średnie	35,95	7,71	
	wyższe	36,29	7,15	
Stan cywilny	mężatka lub ma partnera	35,27	7,51	P > 0,05
	wolna przez całe życie	36,63	8,15	
	wdowa	34,67	7,84	
	rozwiedziona	36,79	5,79	
Zamieszkiwanie	tylko z mężem/partnerem	34,77	8,06	P > 0,05
	samotne	34,88	7,64	
	(także) z dziećmi/wnukami	36,44	6,02	
	(także) z innymi osobami	35,54	7,71	
Miejsce urodzenia	Kraków	35,03	7,15	P > 0,05
	inne miasto/miasteczko	35,13	8,26	
	wieś	35,41	7,60	

* – Różnica istotne statystycznie.

Poziom wykształcenia różnicował istotnie statystycznie zdrowie psychiczne badanych mężczyzn – podobnie jak w przypadku kobiet – wyższe wykształcenie wiązało się z lepszym zdrowiem. Różnice w stanie zdrowia psychicznego w relacji do stanu cywilnego nie były istotne statystycznie, jednak w przeciwieństwie do kobiet najlepszym zdrowiem cieszyli się mężczyźni żyjący w związkach małżeńskich, najniższym zaś rozwiedzeni i kawalerowie. Najgorszym stanem zdrowia psychicznego charakteryzowali się mężczyźni zamieszkujący samotnie lub z osobami niespokrewnionymi, najlepszym zaś zamieszkujący tylko z partnerką lub w rodzinach wielopokoleniowych.

Samopoczucie psychiczne kobiet było wyższe w przypadku otrzymywania wsparcia ze strony dzieci i wnuków (35,9 vs 32), udzielania pomocy dzieciom w pracy zawodowej (39,1 vs 35,1), nieodczuwania obciążenia z powodu dawania pomocy dzieciom (36,4 vs 34,7), znajdowania zrozumienia partnera, gdy kobieta miała problemy (35,8 vs 34,1), okazywania uczucia przez partnera (36,5 vs 34,2), przekonania o dostatecznym zaangażowaniu partnera w związek (36,1 vs 34,3), posiadania w rodzinie chorej osoby (35,9 vs 33,6), posiadania wystarczających zasobów finansowych (37,5 vs 34,1), odczuwania szczęścia w okresie ostatniego roku (37,6 vs 33).

Samopoczucie psychiczne było niższe u mężczyzn, w rodzinach których występowały konflikty (36,4 vs 37,7), którzy postrzegali jedno z dzieci jako nieszczęśliwe (33,1 vs 37,9), martwili się z powodu jednego z dzieci (33,3 vs 37,8), posiadali w rodzinie osobę dotkniętą problemami z alkoholem lub narkotykami (31,6 vs 37,5), pragnęli zmiany kręgu znajomych (31,4 vs 37,2), którzy doznali wzrostu ilości konfliktów z partnerką z w ostatnim roku (32,0 vs 37,8).

Lepszym zdrowiem psychicznym cieszą się kobiety nadal utrzymujące aktywność zawodową, których praca zawodowa wymagała stałego doskonalenia się i wysiłku umysłowego, pozwalała na samodzielną organizację sposobu jej wykonania, dawała zadowolenie i satysfakcję oraz możliwość wykonywania jej w przyjaznym środowisku społecznym. Lepszym zdrowiem psychicznym charakteryzują się kobiety, którym praca dawała dobre zarobki i poczucie bycia ważną osobą, oraz te, które miały przyjaciół w miejscu pracy, utrzymują kontakty towarzyskie z kolegami i koleżankami z pracy, także poza miejscem pracy i chętnie odwiedzają swój zakład pracy. Gorszym zdrowiem psychicznym cechowały się kobiety, których praca była stresująca i które musiały wykonywać ją w warunkach szkodliwych dla zdrowia.

Podobnie jak kobiety lepszym zdrowiem psychicznym cieszą się mężczyźni nadal utrzymujący aktywność zawodową, których praca zawodowa wymagała stałego doskonalenia się i wysiłku umysłowego, pozwalała na samodzielną organizację sposobu jej wykonania, dawała zadowolenie i satysfakcję oraz możliwość wykonywania jej w przyjaznym środowisku społecznym, a także ci, którzy pełnili funkcje kierownicze. Lepszym zdrowiem psychicznym charakteryzują się mężczyźni, którym praca dawała dobre zarobki i poczucie bycia ważną osobą, oraz ci, którzy mieli przyjaciół w miejscu pracy, utrzymują kontakty towarzyskie z kolegami i koleżankami z pracy, także poza miejscem pracy i chętnie odwiedzają swój zakład pracy.

Zdrowie psychiczne kobiet 65-letnich w zależności od czynników charakteryzujących historię zawodową

Uwarunkowania zdrowia psychicznego		Średnia	Odch. std.	Test M-W
Nadal pracuje	nie	34,88	7,60	
	tak	38,12	6,78	P < 0,05 *
Praca zawodowa wymagała od R. stałego doskonalenia się	tak	36,17	7,59	
	nie	33,93	7,31	P < 0,05 *
Praca zawodowa wymagała od R. wysiłku fizycznego	tak	34,07	7,47	
	nie	36,00	7,50	P < 0,05 *
Praca zawodowa wymagała od R. wysiłku umysłowego	tak	35,82	7,42	
	nie	34,18	7,63	P < 0,05 *
R. mogła samodzielnie decydować o organizowaniu swojej pracy	tak	36,05	7,70	
	nie	34,50	7,35	P < 0,05 *

R. miała dużo do powiedzenia w sprawach swoich obowiązków służbowych	tak	36,63	7,81	P < 0,05 *
	nie	34,33	7,26	
Praca R. była stresująca	tak	34,63	7,22	P > 0,05
	nie	35,95	7,94	
Wykonywana przez R. praca była źródłem zadowolenia	tak	35,80	7,23	P < 0,05 *
	nie	31,90	8,29	
Wykonywana przez R. praca dawała szanse przebywania z miłymi ludźmi	tak	35,72	7,40	P < 0,05 *
	nie	32,28	7,68	
Wykonywana przez R. praca dawała dobre zarobki	tak	36,65	7,33	P < 0,05 *
	nie	34,56	7,55	
Pracując, R. czuła się ważna	tak	36,51	7,96	P < 0,05 *
	me	34,28	7,12	
R. utrzymuje nadal kontakty towarzyskie z kolegami/koleżankami z pracy	tak	36,62	6,99	P < 0,05 *
	nie	33,09	7,85	
R. uczestniczy w imprezach towarzyskich organizowanych przez kolegów/żanki z pracy	tak	37,74	7,19	P < 0,05 *
	nie	34,22	7,46	
R. chętnie odwiedza swój zakład pracy	tak	38,40	7,19	P < 0,05 *
	nie	34,33	7,41	
R. posiadała liczne grono przyjaciół w pracy	tak	36,11	7,09	P < 0,05 *
	nie	33,03	8,19	

* – Różnica istotna statystycznie.

Większym ryzykiem złego samopoczucia psychicznego są zagrożone kobiety, które nisko oceniają swój stan zdrowia, oraz te, dla których największą wartością w życiu jest wygoda i luksus. Mniejszym ryzykiem złego samopoczucia charakteryzują się kobiety, które nie odczuwają ograniczeń w pełnieniu ról z powodu stanu zdrowia i którym ich partnerzy okazują dostatecznie dużo uczucia.

Podobnie jak u kobiet większym ryzykiem złego samopoczucia psychicznego są zagrożeni mężczyźni, którzy nisko oceniają swój stan zdrowia, oraz ci, dla których największą wartością w życiu jest wygoda i luksus, a także ci, którzy pomagają finansowo swoim dzieciom. Mniejszym ryzykiem złego samopoczucia charakteryzują się mężczyźni, którzy nie odczuwają ograniczeń w pełnieniu ról z powodu stanu zdrowia, ci, w rodzinach których nie ma konfliktów, oraz ci, którzy pomagają swoim dzieciom w opiece nad wnukami.

Uwarunkowania złego samopoczucia psychicznego (poniżej mediany) – według modelu regresji logistycznej

Determinanty	Kobiety			Mężczyźni		
	Exp B	95% PU		Exp B	95% PU	
Wykształcenie podstawowe	0.64	0,28	1,46	0,67	0,25	1,81
Stan cywilny: poza związkiem	0,39	0,15	1,04	3,44	0,70	17,02
Miejsce urodzenia: Kraków	0,90	0,53	1,54	1,09	0,55	2,16
Zawód: pracownik fizyczny	0,89	0,38	2,10	1,35	0,62	2,93
Samoocena stanu zdrowia zła vs dobra	**4,19**	**2,39**	**7,35**	**8,56**	**3,93**	**18,61**
Pogorszenie stanu zdrowia w ciągu ostatniego roku	1,73	0,96	3,10	1,64	0,76	3,51
Brak pełnej niezależności w czynnościach dnia codziennego (GARS)	1,47	0,80	2,73	1,64	0,71	3,75

Skala (braku) ograniczeń w pełnieniu ról z powodu stanu zdrowia	**0,77**	**0,63**	**0,94**	**0,73**	**0,57**	**0,94**
Stres związany z kontaktami ze środowiskiem pozarodzinnym	1,30	0,99	1,70	1,29	0,92	1,81
Wygodne, dostatnie życie jest największą wartością	**3,43**	**1,70**	**6,92**	**4,86**	**1,88**	**12,55**
Uczestniczy w spotkaniach towarzyskich organizowanych przez kolegów z pracy	0,62	0,30	1,32	0,51	0,20	1,30
Chętnie odwiedza swój zakład pracy	0,57	0,25	1,29	0,52	0,21	1,31
Opiekuje się wnukami	0,92	0,51	1,65	**0,38**	**0,19**	**0,80**
Pomaga dzieciom finansowo	1,07	0,62	1,86	**2,99**	**1,44**	**6,21**
Większa ilość zachowań antyzdrowotnych	1,35	0,80	2,27	2,05	0,99	4,24
Zgodność idealnego modelu rodziny z faktycznym	0,84	0,47	1,52	0,65	0,31	1,34
W rodzinie nie ma konfliktów	0,89	0,50	1,57	**0,44**	**0,21**	**0,92**
Poczucie braku zrozumienia u partnera	0,47	0,18	1,20	1,07	0,39	2,96
Okazywanie uczuć przez partnera	**0,26**	**0,10**	**0,68**	0,56	0,15	2,06
Akceptacja sąsiadów	0,94	0,60	1,49	1,60	0,95	2,67

Depresja

Występowanie depresji u respondentek mierzono za pomocą skróconej wersji skali Geriatric Depression Scale, pozwalającej ustalić nasilenie objawów depresyjnych na skali od 0 do 15. Zgodnie z zaleceniem autorów wynik od 0–4 jest uznawany jako brak objawów depresji i taki został przyjęty w modelu regresji logistycznej jako kategoria referencyjna.

Średnie nasilenie objawów depresji okazało się wyższe u badanych kobiet (4,97) niż wśród mężczyzn (4,39) (różnica istotna statystycznie).

Średnie nasilenie objawów depresji 65-letnich kobiet i mężczyzn

Geriatric Depression Scale	**Kobiety**	**Mężczyźni**	**Test M-W**
Średnia	4,97	4,39	P < 0,05 *
Odch. std.	3,46	3,55	
Mediana	4	3	
1 kwartyl	2	2	
3 kwartyl	7	6	
	Możl. min = 0	Możl. max = 15	

* – Różnica istotna statystycznie.

Nasilenie objawów depresji, mierzone skalą GDS, było uwarunkowane u kobiet poziomem ich wykształcenia – najniższy poziom (4,42) objawów stwierdzono u kobiet z wykształceniem wyższym, natomiast najwyższy (5,97) u kobiet z wykształceniem podstawowym (różnice istotne statystycznie). Najniższe nasilenie objawów depresji stwierdzono u kobiet rozwiedzionych (4,12) i zamężnych (4,67), najwyższe zaś u osób nigdy niezamężnych (5,85) i wdów (5,64). Znacznie wyższe nasilenie symptomów depresji niż u pozostałych grup badanych (od 4,71 do 4,92) stwierdzono u kobiet zamieszkujących samotnie (5,82).

Nasilenie objawów depresji u kobiet w zależności od czynników społeczno-demograficznych

Uwarunkowania depresji		Średnia	Odch. std.	Test K-W
Wykształcenie	podstawowe lub niższe	5,97	3,83	P < 0,05 *
	zasadnicze zawodowe	4,54	3,02	
	średnie	4,76	3,36	
	wyższe	4,42	3,30	
Stan cywilny	mężatka lub ma partnera	4,67	3,29	P > 0,05
	nigdy niezamężne	5,85	4,74	
	wdowa/	5,64	3,58	
	rozwiedziona	4,12	2,75	
Zamieszkiwanie	tylko z mężem/partnerem	4,71	3,40	P > 0,05
	samotne	5,82	3,91	
	(także) z dziećmi/ wnukami	4,63	3,02	
	(także) z innymi osobami	4,92	3,35	
Miejsce urodzenia	Kraków	5,09	3,52	P > 0,05
	inne miasto/miasteczko	4,76	3,42	
	wieś	5,01	3,46	

W przypadku mężczyzn nasilenie objawów depresji malało wraz z poziomem wykształcenia – od 7,02 u mężczyzn z wykształceniem podstawowym do 2,97 z wykształceniem z wyższym. Najwyższe nasilenie objawów depresji stwierdzono u mężczyzn będących kawalerami (9,80), najniższe zaś u osób żonatych (4,21). Najniższy poziom objawów depresji stwierdzono u mężczyzn zamieszkujących tylko z żonami (3,68), najwyższy zaś u zamieszkujących samotnie (5,85) lub z osobami niespokrewnionymi (5,83).

Nasilenie objawów depresji u kobiet zależało w stopniu istotnym statystycznie od wsparcia ze strony dzieci i wnuków (4,67 vs 6,03), od pomocy dzieciom w opiece nad wnukami (4,4 vs 5,2), oceny, czy pomoc dawana dzieciom nie jest obciążeniem (4,34 vs 5,24), występowania konfliktów w rodzinie (5,52 vs 4,56), znajdowania zrozumienia partnera, gdy kobieta miała problemy (4,67 vs 6,03), bycia ofiarą przemocy ze strony partnera (6,49 vs 4,72), odczuwania uczucia ze strony partnera (3,97 vs 5,77), przekonania o dostatecznym zaangażowaniu partnera w związek (4,12 vs 5,86), postrzegania jednego z dzieci za nieszczęśliwe (5,90 vs 4,61), martwienia się z powodu jednego z dzieci (5,72 vs 7,74), postrzegania jednego z wnuków za nieszczęśliwe (6,38 vs 4,88), posiadania w rodzinie chorej osoby (5,71 vs 4,9), chęci zmiany kręgu znajomych (6,78 vs 4,89), zadowolenia z sąsiadów (4,77 vs 6,2), występowania kłopotów

finansowych w rodzinie (5,60 vs 4,73), wzrostu ilości konfliktów z partnerem w ostatnim roku (7,44 vs 4,4), posiadania wystarczających zasobów finansowych (6,38 vs 4,88), odczuwania szczęścia w okresie ostatniego roku (6,15 vs 3,73).

Nasilenie objawów depresji u mężczyzn zależało w stopniu istotnym statystycznie od otrzymywania wsparcia od partnerki (4,04 vs 5,65), wsparcia ze strony dzieci i wnuków (4 vs 5,27), faktu uznawania szczęścia dzieci i wnuków za najważniejszą wartość w życiu (4,14 vs 5,32), uznawania własnej niezależności materialnej za najważniejszą rzecz w życiu (5,59 vs 4,24), oceny, czy pomoc dawana dzieciom nie jest obciążeniem (3,65 vs 4,82), znajdowania zrozumienia u partnerki, gdy mężczyzna miał problemy (4,08 vs 5,84), okazywania uczucia przez partnerkę (3,99 vs 5,85), przekonania o dostatecznym zaangażowaniu partnerki w związek (4,04 vs 5,9), postrzegania jednego z dzieci za nieszczęśliwe (5,68 vs 4,11), martwienia się z powodu jednego z dzieci (5,91 vs 4,07), problemów z alkoholem lub narkotykami w rodzinie (6,08 vs 4,25), chęci zmiany kręgu znajomych (7,33 vs 4,31), zadowolenia z posiadanych sąsiadów (4,12 vs 6,09), utraty pracy (lub zmiany na gorszą) przez członka rodziny (5,45 vs 4,15), wzrostu ilości konfliktów z partnerką w ostatnim roku (6,44 vs 4,13), konieczności skorzystania w ostatnim roku z opieki społecznej (8,09 vs 4,22), posiadania wystarczających zasobów finansowych (3,29 vs 5,19), odczuwania szczęścia w okresie ostatniego roku (3,36 vs 5,63).

Nasilenie objawów depresji u kobiet było istotnie zależne od wielu czynników związanych z ich historią zawodową. Niższy poziom objawów depresji charakteryzował kobiety nadal pracujące, których praca wymagała stałego doskonalenia się oraz wysiłku umysłowego, a także te, które mogły samodzielnie decydować o organizacji swoich obowiązków służbowych. Niższy poziom objawów depresji stwierdzono u kobiet, które odczuwały satysfakcję z wykonywanej pracy i które mogły wykonywać swoją pracę w przyjaznej atmosferze, a także którym praca dawała poczucie własnej wartości i dobre zarobki. Posiadanie przez kobiety grona przyjaciół w pracy, utrzymywanie z nimi kontaktów towarzyskich poza miejscem pracy i odwiedzanie miejsca pracy sprzyjało niższemu poziomowi objawów depresji. Natomiast praca wymagająca wysiłku fizycznego oraz wykonywana w szkodliwych dla zdrowia warunkach wiązała się z wyższym nasileniem objawów depresji u badanych kobiet.

Nasilenie objawów depresji w zależności od czynników charakteryzujących historię zawodową kobiet

Uwarunkowania depresji		Średnia	Odch. std.	Test M-W
Nadal pracuje	nie	5,06	3,47	P < 0,05 *
	tak	3,54	3,16	
Praca zawodowa wymagała od R. stałego doskonalenia się	tak	4,28	3,08	P < 0,05 *
	nie	5,82	3,71	
Praca zawodowa wymagała od R. wysiłku fizycznego	tak	5,43	3,56	P < 0,05 *
	nie	4,65	3,35	
Praca zawodowa wymagała od R. wysiłku umysłowego	tak	4,56	3,17	P < 0,05 *
	nie	5,61	3,78	
Swoją pracę R. wykonywała w warunkach szkodliwych	tak	5,41	3,44	P < 0,05 *
	nie	4,74	3,45	
R. mogła samodzielnie decydować o organizowaniu swojej pracy	tak	4,39	3,17	P < 0,05 *
	nie	5,42	3,61	

R. miała dużo do powiedzenia w sprawach swoich obowiązków służbowych	tak	4,52	3,35	P < 0,05 *
	nie	5,24	3,50	
Wykonywana przez R. praca była źródłem zadowolenia	tak	4,78	3,34	P < 0,05 *
	nie	6,07	3,89	
Wykonywana przez R. praca dawała szanse przebywania z miłymi ludźmi	tak	4,62	3,23	P < 0,05 *
	nie	6,97	4,01	
Wykonywana przez R. praca dawała dobre zarobki	tak	3,99	3,25	P < 0,05 *
	nie	5,39	3,46	
Pracując, R. czuła się ważna	tak	4,16	3,14	P < 0,05 *
	nie	5,53	3,56	
R. utrzymuje nadal kontakty towarzyskie z kolegami/koleżankami z pracy	tak	4,23	3,05	P < 0,05 *
	nie	6,10	3,73	
R. uczestniczy w imprezach towarzyskich organizowanych przez kolegów/koleżanki z pracy	tak	4,04	3,11	P < 0,05 *
	nie	5,33	3,52	
R. chętnie odwiedza swój zakład pracy	tak	3,71	3,20	P < 0,05 *
	nie	5,30	3,45	
R. posiadała liczne grono przyjaciół w pracy	tak	4,48	3,06	P < 0,05 *
	nie	6,10	4,04	

* – Różnica istotna statystycznie.

Nasilenie objawów depresji w grupie mężczyzn było także istotnie statystycznie zależne od czynników związanych z historią zawodową. Niższym poziomem objawów depresji charakteryzowali się mężczyźni nadal pracujący, pełniący funkcje kierownicze, ci, których praca wymagała stałego doskonalenia się i wysiłku umysłowego, oraz ci, którzy mogli samodzielnie decydować o organizacji swoich zajęć i obowiązków służbowych.

Niższy poziom objawów depresji stwierdzono u mężczyzn, którzy odczuwali satysfakcję z wykonywanej pracy, którzy mogli wykonywać swoją pracę w przyjaznym środowisku społecznym, którym praca dawała poczucie własnej wartości i dobre zarobki. Podobnie jak u kobiet także u mężczyzn posiadanie grona przyjaciół w pracy, utrzymywanie z nimi kontaktów towarzyskich poza miejscem pracy i odwiedzanie miejsca pracy sprzyjało niższemu poziomowi objawów depresji.

Ryzyko wystąpienia objawów depresji było wyższe u kobiet o niskiej samoocenie stanu zdrowia, nieposiadających pełnej niezależności w czynnościach dnia codziennego (mierzonej skalą GARS) i niezadowolonych z obecnego okresu swojego życia. Także kobiety odczuwające stres związany z kontaktami z otoczeniem (sąsiedzi, znajomi) i wyznające zasadę, że najważniejsze w życiu jest wygodne i dostatnie życie, częściej były narażone na wystąpienie objawów depresji. Czynnikami, które chroniły kobiety przed objawami depresji, były: pozytywny obraz własnej osoby oraz praca zawodowa dająca dobre zarobki i poczucie własnej wartości.

Objawy depresji vs brak depresji (wg GDS) – model regresji logistycznej

Uwarunkowania	Kobiety			Mężczyźni		
	Exp B	95% PU		Exp B	95% PU	
Wykształcenie średnie i wyższe	1,42	0,63	3,20	1,37	0,53	3,50
Stan cywilny: niezamężne/nieżonaci	0,78	0,34	1,82	1,63	0,45	5,86
Niska samoocena zdrowia	**4,08**	**2,15**	**7,73**	**2,55**	**1,21**	**5,37**
Brak pełnej niezależności funkcjonalnej	**2,20**	**1,15**	**4,23**	0,89	0,38	2,08
Brak ograniczeń w aktywności z powodu bólu	0,98	0,87	1,11	0,95	0,82	1,09
Brak ograniczeń w życiu społecznym z powodu stanu zdrowia	0,89	0,74	1,06	**0,68**	**0,56**	**0,82**
Obraz własnej osoby	**0,58**	**0,44**	**0,77**	**0,60**	**0,43**	**0,84**
Stres związany z kontaktami z otoczeniem	**1,19**	**1,01**	**1,41**	**1,33**	**1,08**	**1,64**
Obowiązki wobec dzieci nie ograniczają	1,28	0,67	2,44	1,02	0,51	2,07
Brak zadowolenia z obecnego okresu życia	**5,30**	**2,84**	**9,88**	**5,07**	**2,50**	**10,27**
Najważniejszy/a w życiu jest kochający/a mąż/partner/żona/partnerka	0,55	0,25	1,21	1,06	0,44	2,57
Najważniejsze w życiu jest wygodne, dostatnie życie	**2,55**	**1,19**	**5,46**	0,87	0,36	2,13
Była/ł ofiarą przemocy	1,93	0,84	4,47	**3,56**	**1,10**	**11,56**
Wykonywana praca dawała dobre zarobki	**0,46**	**0,24**	**0,87**	0,59	0,30	1,14
Praca zawodowa dawała poczucie własnej wartości	**0,35**	**0,16**	**0,77**	1,17	0,52	2,60

W przypadku mężczyzn wyższemu ryzyku wystąpienia objawów depresji towarzyszyła niska samoocena stanu zdrowia, brak satysfakcji z obecnego okresu życia i fakt bycia w przeszłości ofiarą przemocy. Przed wystąpieniem objawów depresji chroniły mężczyzn pozytywny obraz własnej osoby i brak ograniczeń w relacjach międzyludzkich z powodu stanu zdrowia.

Depresje są jednym z poważniejszych problemów klinicznych, epidemiologicznych i społecznych w wieku podeszłym (Cadoret, 1996; Leśniak, 1996; Floryd, 1997; Szwarc, 1996). Rozważenie predyspozycji i społecznych uwarunkowań objawów depresyjnych w oparciu o badanie populacyjne sprzyjać może wyznaczeniu skali problemu i określeniu grup wysokiego ryzyka, których stan zdrowia powinien być kontrolowany.

Rozdział 10

Samoocena stanu zdrowia

Subiektywna ocena stanu zdrowia uważana bywa za jeden z podstawowych (obok stanu fizycznego, funkcjonalnego, emocjonalnego, oraz stopnia uczestniczenia w życiu społecznym, tj. pełnionych ról społecznych i zakresu relacji społecznych, poczucia szczęścia) wymiarów zdrowia (Bowling, 1997). Na podstawie licznych badań epidemiologicznych i socjomedycznych można stwierdzić, że subiektywnej ocenie stanu zdrowia przypisuje się olbrzymią rolę, podkreślając, że jest ona niezależnym predyktorem umieralności (szczególnie w wieku starszym), wskaźnikiem zdrowia obiektywnego, warunkuje aktywność życiową i stan funkcjonalny, jest wreszcie istotnym wyznacznikiem zachowań w zdrowiu i w chorobie, a także w znaczący sposób przyczynia się do decyzji szukania pomocy medycznej (Manderbacka, 2003; Kaplan, 1988; Tobiasz-Adamczyk, 1997; Appels, 1996).

Poszukując informacji o subiektywnej ocenie stanu zdrowia, zwykle stosuje się trzy rodzaje podejścia:

1. Odwołania do pytania: jak Pan/i ocenia swój stan zdrowia, oczekując odpowiedzi układających się według 5-stopniowej skali porządkowej: stan zdrowia bardzo dobry, dobry, mierny, zły, bardzo zły lub doskonały, bardzo dobry, dobry, zły, bardzo zły.

2. Poprzez porównanie z innymi osobami: jak w porównaniu do stanu zdrowia swoich koleżanek/kolegów, rówieśniczek /rówieśników ocenia Pan/i swój stan zdrowia: jako znacznie lepszy, lepszy, taki sam, nieco gorszy, znacznie gorszy.

3. Poprzez porównanie z określonym przedziałem czasowym: jak w porównaniu do ostatniego roku (miesiąca, tygodnia) ocenia Pan/i swój stan zdrowia: znacznie lepiej, lepiej, tak samo, gorzej, znacznie gorzej.

Według Smitha (1994), samooceny stanu zdrowia można rozpatrywać w odwołaniu do modelu medycznego i modelu socjokulturowego.

W analizach dotyczących subiektywnej oceny stanu zdrowia rozważa się kryteria decydujące o percepcji stanu zdrowia, rozpatruje się, czy samoocena jest sumą wiedzy o własnym zdrowiu, czy też decydujące znaczenie ma tutaj tylko fizyczny wymiar zdrowia, tj. odczuwane dolegliwości, ból, niepełnosprawność; w jakiej mierze decydują o niej psychologiczne odczucia oraz czy subiektywna ocena stanu zdrowia jest czymś stabilnym, czy też jest wyrazem chwilowego nastroju, odbiciem samopoczucia w chwili udzielania odpowiedzi. Kryterium samooceny stanu zdrowia może opierać się

na wskaźnikach negatywnych (dolegliwości, ból, ograniczenia w sprawności fizycznej lub umysłowej, ograniczenia w codziennej aktywności) lub na wskaźnikach zdrowia pozytywnego (poczuciu zadowolenia, szczęścia) (Baron-Epel, 2001). Problem stabilności w czasie samoocen stanu zdrowia pozostaje w ścisłej relacji z ich wartością dla wielowymiarowego ujęcia stanu zdrowia (Cox, 1983; Tylkesnes, 1992; Manderbacka, 1996; Krause, 1994).

Według Kaplan (2003), samooceny stanu zdrowia są ważnym wskaźnikiem w badaniach epidemiologicznych, gerontologicznych i psychospołecznych, szczególnie ważna jest relacja pomiędzy subiektywnymi ocenami stanu zdrowia a innymi jego wskaźnikami. Indywidualne samooceny stanu zdrowia scalają różne aspekty zdrowia tak obiektywne, jak i subiektywne w odniesieniu do ich określonego kryterium referencyjnego. Wielu badaczy nurtuje pytanie, jak w tych samoocenach stanu zdrowia znajdują odzwierciedlenie obiektywne i subiektywne aspekty zdrowia: informacje i wiedza, jaką posiada respondent o zdrowiu, znajomość własnego ciała, i takie subiektywne elementy jak postrzeganie zdrowia, postawy związane z tą oceną; według Mechanica (1978), doświadczenia związane z fizycznymi objawami i obserwowane dysfunkcje odgrywają większą rolę niż tradycyjne medyczne koncepcje.

Standardy referencyjne związane z samoocenami stanu zdrowia są różne w odniesieniu do pozytywnej i negatywnej percepcji stanu zdrowia (Kaplan, 2003). Zła samoocena oznacza jej związek z subiektywnie postrzeganymi zmianami w stanie zdrowia, podczas gdy pozytywne samooceny oznaczają odwołanie się do zdrowia, a tym samym do braku stanów chorobowych. Badania Kaplan pokazują, że za ocenami stanu zdrowia kryją się trzy kryteria: kryteria biomedyczne lub nastawione na choroby, kryteria emocjonalne odwołujące się do ogólnych odczuć oraz kryteria funkcjonalne. Kaplan dowodzi, że samoocena stanu zdrowia „zła – dobra" wcale nie oznacza określonych pozycji na continuum, bo odwołuje się do dwóch różnych continuów, u postaw których tkwią dwie różne koncepcje zdrowia, które są postrzegane i oceniane w różny sposób.

Samoocena stanu zdrowia jest jednym z najważniejszych wyznaczników satysfakcji życiowej i samopoczucia szczególnie w wieku podeszłym (Benyamini, 2003). Predyktywną rolę samoocen stanu zdrowia potwierdzają udokumentowanie zależności pomiędzy samoocenami stanu zdrowia a takimi konsekwencjami zdrowotnymi, jak chorobowość, korzystanie z opieki medycznej, obniżenie sprawności funkcjonalnej, ryzyko zgonu. W ocenie czynników decydujących o samoocenach stanu zdrowia wyróżnia się dwa podejścia: podejście ilościowe (wskazujące na relację pomiędzy różnymi wskaźnikami zdrowia a samoocenami) oraz podejście jakościowe (w którym bezpośrednio pyta się osoby samooceniające swoje zdrowie, co przez te oceny rozumieją).

W podejściu ilościowym zmierza się do identyfikacji medycznych wskaźników samoocen stanu zdrowia fizycznego i psychicznego funkcjonowania oraz określenia społecznych zasobów, a tym samym próbuje się ustalić proces zdobywania informacji o własnym zdrowiu i proces dokonywania decyzji w postaci zwerbalizowanej samooceny. W podejściu jakościowym, kiedy pyta się ludzi, dlaczego „ocenili swoje zdrowie, tak jak ocenili", respondenci wskazują zwykle na takie uwarunkowania, jak ogólny stan zdrowia, brak lub występowanie określonych stanów chorobowych, zdolność samodzielnego funkcjonowania, energię, zdrowie psychiczne i zachowania związane ze zdrowiem. Odpowiedzi te można pogrupować na trzy kategorie: a) brak lub obecność określonych chorób i innych warunków zdrowotnych (zdrowie jako bycie); b) brak lub występowanie ogólnych odczuć związanych ze stanem zdrowia, samopo-

czuciem, siłą (posiadanie zdrowia); c) zdolność do funkcjonowania w sensie fizycznym i psychicznym (zdrowie jako działanie). Dowiedziono, że przy samoocenach stanu zdrowia osoby starsze wiekiem w porównaniu do osób młodszych posługują się innymi odniesieniami i kryteriami. Badania Benyaminiego dowodzą, że samooceny stanu zdrowia dokonywane przez osoby starsze wiekiem są złożonym zjawiskiem. Ogólna samoocena stanu zdrowia badanych (przez Benyaminiego) starszych wiekiem osób była podobna, opierała się na zdolności bycia aktywnym fizycznie, możliwości funkcjonowania według osobistych oczekiwań, bycia pełnym sił witalnych, co odpowiada ogólnej koncepcji zdrowego wieku podeszłego (*going and doing*). Osoby, które oceniały swoje zdrowie jako „złe", częściej odwoływały się do faktu konieczności brania leków, odczuwanych aktualnie dolegliwości lub występujących chorób; osoby, które oceniały swój stan zdrowia jako „dobry", częściej odwoływały się do dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego.

Socjologiczne koncepcje traktują subiektywne oceny stanu zdrowia jako wskaźnik określonego statusu społecznego (aktualny stan zdrowia i perspektywy przyszłego zdrowia). Badania Benyaminiego potwierdzają stwierdzenia Smitha (1994), że samoocena stanu zdrowia nie jest wyłącznie odzwierciedleniem continuum biologicznych stanów, ale przede wszystkim odzwierciedleniem poczucia aktywności i witalności.

Dłuższe życie kobiet powoduje, że doświadczają one więcej negatywnych zmian w stanie zdrowia związanych z chorobowością, niepełnosprawnością i ograniczeniem w stanie funkcjonalnym. Kobiety oceniają gorzej swój stan zdrowia niż mężczyźni, co wynika z faktu, że są narażone na szereg niekorzystnych sytuacji związanych z różnymi dziedzinami ich życia: częściej wykonują prace związane z niższym wynagrodzeniem i niższą pozycją zawodową, spoczywa na nich większy zakres odpowiedzialności związanych z sytuacją rodzinną (i wyższy poziom stresu), a konsekwencją tych uwarunkowań są częstsze stany depresyjne i napięcia (Anson, 1993).

Manderbacka (2003) przyjmując różne kryteria subiektywnej oceny stanu zdrowia, własną ocenę lub porównanie własnego stanu zdrowia w odniesieniu do pewnej grupy referencyjnej, np. rówieśników lub do pewnego kulturowo przyjętego standardu, pokazała, że wśród kobiet zarówno ogólna ocena stanu zdrowia, jak i ocena własnego zdrowia poprzez porównanie ze zdrowiem rówieśniczek odgrywają podobną rolę jako predyktor ryzyka zgonu.

Różnice we wskaźnikach subiektywnej oceny stanu zdrowia w zależności od płci mogą być uwarunkowane różnym rozumieniem pojęcia „zdrowie" przez kobiety i mężczyzn w momencie dokonywania tej samooceny. Przy dokonywaniu samoocen stanu zdrowia kobiety odwołują się do większej ilości wskaźników, do odmiennych kryteriów i do odmiennych grup referencyjnych niż mężczyźni, samoocena zdrowia przychodzi im łatwiej niż mężczyznom, gdyż zwykle są odpowiedzialne za stan zdrowia członków swojej rodziny, podczas gdy mężczyźni opierają swoje samooceny zdrowia głównie na porównaniu się z rówieśnikami. Innym sposobem wyjaśnienia jest odwołanie się do zróżnicowanych uwarunkowań zdrowotnych charakteryzujących kobiety i mężczyzn w wieku podeszłym, gdyż kobiety cierpią na więcej przewlekłych stanów charakteryzujących się niepełnosprawnością. Różnice długości życia powodują, że populacja mężczyzn starszych wiekiem jest populacją bardziej wyselekcjonowaną niż populacja kobiet w tym samym wieku, dlatego przy dokonywaniu samoocen stanu zdrowia w porównaniu do swoich rówieśników mężczyźni mogą odwoływać się wyłącznie do tych, którzy dożyli wieku podeszłego.

Wielu badaczy wiąże subiektywne oceny stanu zdrowia z wolą życia; według Carmel (2001), wola życia jest predyktorem dobrego samopoczucia, zdrowia, długości życia wśród osób starszych wiekiem. Nasuwa się pytanie, czy wola życia ma charakter stały i jest przynależna wszystkim ludziom w jednakowym stopniu, czy też ulega zmianie na przestrzeni życia. Wola życia zależy zarówno od przekonań i wierzeń dotyczących życia i śmierci, jak i od biologicznego, psychicznego i społecznego samopoczucia. „Wola przeżycia" lub „wola życia" przejawiana przez ludzi cierpiących na różne choroby może zależeć od zróżnicowanych fizycznych, psychicznych i społecznych uwarunkowań. Odmienne uwarunkowania kulturowe i religijne mogą kształtować wyobrażenia i wierzenia dotyczące fizyczno-biologicznego fenomenu, jakim jest śmierć. Zmiany w myśleniu filozoficznym i religijnym w społeczeństwach zachodnich zmieniły także wyobrażenia na temat życia i końca życia. W wielu religiach przypomina się o śmierci (*memento mori*), co potwierdza, jak silny jest strach przed nią, równocześnie jednak religie dostarczają mechanizmów pozwalających ten strach przezwyciężyć. Wola życia jest uwarunkowana czynnikami psychospołecznymi; relacja pomiędzy wsparciem społecznym a ryzykiem zgonu została udokumentowana w badaniach epidemiologicznych. Wola życia zależy od psychospołecznych wskaźników dobrostanu takich jak ocena własnej wartości, satysfakcja z życia. Jakość życia (dobrostan spostrzegany w kategoriach zarówno fizycznych, jak i psychospołecznych) jest również związana z wolą życia. Znaczące obniżenie jakości życia lub negatywne postrzeganie stanu zdrowia, brak nadziei na jego polepszenie – stają się głównym powodem obniżania się woli życia.

Poddając krytyce nadmierną wagę poświęcaną samoocenom stanu zdrowia, zwraca się uwagę na fakt różnej interpretacji samego pojęcia stanu zdrowia przez różne osoby oraz roli, jaką w tych samoocenach odgrywają specyficzne problemy zdrowotne i zakres funkcjonowania a także niejasność zasad, na podstawie których dokonuje się proces generalizacji tych ocen. Podkreśla się ścisłe związki pomiędzy samoocenami stanu zdrowia a koncepcją własnej osoby, wskazując tym samym, że samoocena stanu zdrowia nie ma charakteru spontanicznego, lecz jest wypadkową bardziej złożonych uwarunkowań. Dotychczasowe badania wskazują na zależność subiektywnej oceny stanu zdrowia od takich uwarunkowań, jak wiek, płeć, wykształcenie, status społeczno-ekonomiczny, przynależność do określonych grup wyznaczających określone standardy pożądanego stanu zdrowia oraz od poczucia samotności, wsparcia społecznego i zachowań promujących zdrowie (Beorg, 2000; Cubbins, 2001; Moum, 1992).

Uwarunkowania samooceny stanu zdrowia kobiet

Samoocena stanu zdrowia przez kobiety w wieku 65 lat (wg łącznych danych dla wszystkich krajów UE) wskazują, że 9,7% kobiet oceniło swój stan zdrowia jako bardzo dobry, jako dobry 29,2%, 43,3% uznało go za średni, 14,1% za zły, 3,7% za bardzo zły. Kobiety o dziesięć lat starsze w 8,6% oceniały swój stan zdrowia jako bardzo dobry, 23,7% jako dobry, 43,5% uznało go za średni, 19,2% za zły, a 5,1% wydało opinię, że jest on bardzo zły.

Samoocena stanu zdrowia przez kobiety w wieku 65–74 lat w krajach Unii Europejskiej (1996)

Kraj	Stan zdrowia (%)				
	bardzo dobry	dobry	średni	zły	bardzo zły
Irlandia	21,6	25,5	47,1	5,9	0,0
Austria	15,9	28,6	41,3	9,5	3,2
Dania	31,7	33,3	20,0	5,0	10,0
Holandia	25,0	40,0	30,0	0,0	5,0
Belgia	16,0	46,0	30,0	4,0	4,0
Luksemburg	8,8	32,4	44,1	11,8	2,9
Grecja	9,0	29,9	22,4	37,3	1,5
Francja	6,4	27,7	36,2	19,1	10,6
Niemcy Zach.	6,0	34,3	50,7	7,5	1,5
Niemcy Wsch.	4,7	34,4	51,6	4,7	4,7
Szwecja	21,0	30,6	33,9	14,5	0,0
UE 15	**9,7**	**29,2**	**43,3**	**14,1**	**3,7**
Hiszpania	6,9	25,0	37,5	25,0	5,6
Wielka Brytania	17,6	24,4	41,2	15,3	1,2
Finlandia	7,4	23,5	56,8	6,2	4,9
Włochy	4,2	28,4	54,7	12,6	0,0
Portugalia	0,0	4,3	52,9	34,3	8,6

Ibidem.

Samoocena stanu zdrowia przez kobiety w wieku 75 lat i powyżej kraje Unii Europejskiej (1996)

Kraj	Stan zdrowia (%)				
	bardzo dobry	dobry	średni	zły	bardzo zły
Irlandia	5,0	30,0	45,0	15,0	5,0
Austria	17,9	39,3	32,1	10,7	0,0
Dania	19,2	23,1	50,0	7,7	0,0
Holandia	30,8	23,1	23,1	23,1	0,0
Belgia	12,2	28,6	42,9	14,3	2,0
Luksemburg	5,9	52,9	17,6	11,8	11,8
Grecja	0,0	23,5	11,8	58,8	5,9
Francja	5,3	26,3	47,4	15,8	5,3
Niemcy Zach.	9,1	15,2	48,5	27,3	0,0
Niemcy Wsch.	0,0	20,8	62,5	16,7	0,0
Szwecja	14,8	18,5	55,6	7,4	3,7
UE 15	**8,6**	**23,7**	**43,5**	**19,2**	**5,1**
Hiszpania	9,5	28,6	38,1	19,0	4,8
Wielka Brytania	15,2	24,2	45,5	6,1	9,1
Finlandia	0,0	28,6	42,9	19,0	9,5
Włochy	7,9	21,1	44,7	21,1	5,3
Portugalia	3,7	7,4	18,5	51,9	18,5

Ibidem.

Rozkłady samoocen stanu zdrowia kobiet i mężczyzn starszych wiekiem, pochodzące z różnych badań prowadzonych w wybranych grupach osób starszych wiekiem w Polsce, dowodzą, że w każdym z przytoczonych tu badań negatywne oceny stanu zdrowia przeważają wśród kobiet.

Porównując percepcję stanu zdrowia kobiet polskich z samoocenami stanu zdrowia dokonanymi przez kobiety w podobnym wieku w UE, odnotować należy drastyczne różnice w tych samoocenach na niekorzyść kobiet polskich. W przeważającej liczbie krajów UE (z wyjątkiem Grecji i Portugalii) proporcja negatywnych samoocen stanu zdrowia jest 3-4-krotnie niższa niż obserwowana wśród kobiet polskich.

Samoocena stanu zdrowia osób starszych (%)

Samoocena	**Kobiety**	**Mężczyźni**
Bardzo dobra	1,7	1,8
Dobra	6,1	8,4
Taka sobie	37	38,4
Zła	41,9	35,7
Bardzo zła	13	9,6

Źródło: *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, GUS 1999.

Samoocena stanu zdrowia osób starszych (%)

Samoocena	**Kobiety**		**Mężczyźni**	
	60–74 lat	> = 75	60–74 lat	> = 75
Bardzo dobra	1,4	1,4	1,9	2,1
Dobra	6,2	5,0	11,1	10,2
Średnia	37,7	31,4	40,3	33,6
Zła	42,7	42,9	36,8	39,8
Bardzo zła	11,9	18,4	9,5	14,3

Źródło: Wróblewska W., *Women's health status in Poland in the transition to a market economy*. 2002, Soc. Sci. & Med., 54.

Samoocena stanu zdrowia osób starszych (%)

Samoocena	**Kobiety**	**Mężczyźni**
Bardzo dobra	5	8
Raczej dobra	34	42
Raczej zła	36	27
Bardzo zła	22	19
Trudno powiedzieć	4	3

Źródło: *Starzy ludzie w Polsce, Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, red. J. Halik, Warszawa 2002.

Samoocena stanu zdrowia osób starszych (%)

Samoocena	Kobiety	Mężczyźni
Dobra	6	11
Raczej dobra	7,8	11,9
Przeciętna	30,2	31,4
Raczej zła	25,3	22,6
Zła	30,7	23,1

Źródło: Bień B., *Stan zdrowia i sprawność ludzi starych*. W: *Polska starość*, Gdańsk 2002.

Jakkolwiek dane dotyczące rozkładu samoocen stanu zdrowia w populacji polskiej pokazują, że samooceny zdrowia obniżają się wraz z wiekiem, to wnioski wyciągane z takich rozkładów bywają zwodnicze, gdyż kryteria samoocen zdrowia w wieku podeszłym są zupełnie inne niż kryteria tych samoocen w wieku średnim lub młodym.

Samoocena stanu zdrowia w badaniu kohortowym 65-letnich kobiet

W prezentowanym badaniu samoocena stanu zdrowia kobiet oparta została na następujących kryteriach:

1. Pytaniu o ogólną ocenę stanu zdrowia w oparciu o następującą skalę – stan zdrowia doskonały, bardzo dobry, dobry, średni, zły.

2. Porównaniu ze stanem zdrowia w roku poprzednim:
– mój stan zdrowia jest znacznie lepszy niż rok wcześniej,
– mój stan zdrowia jest nieco lepszy niż rok wcześniej,
– mój stan zdrowia jest w przybliżeniu taki sam jak rok wcześniej,
– mój stan jest nieco gorszy niż rok wcześniej,
– mój stan zdrowia jest znacznie gorszy niż rok wcześniej.

3. Dwóch pytaniach ze skali ogólnej percepcji zdrowia (General Health Perception) będącej wskaźnikiem testu SF-36 (McDowell, 1996):
a) łatwiej niż inni zapadam na zdrowiu,
b) spodziewam się, że moje zdrowie się pogorszy.

Na oba pytania można było udzielić odpowiedzi: zdecydowanie tak, raczej tak, nie jestem pewna, raczej nie, zdecydowanie nie.

Wśród badanych kobiet w wieku 65 lat rozkład subiektywnych ocen stanu zdrowia przedstawiał się następująco: 3,6% kobiet oceniło swój stan zdrowia jako doskonały lub bardzo dobry, 33,6% jako dobry, blisko połowa badanych kobiet uznało go za średni (46,3%), a 16,5% za zły. Percepcja stanu zdrowia przez badane kobiety w wieku 65 lat była zbliżona do percepcji stanu zdrowia stanu zdrowia przez mężczyzn w tym samym wieku. Ogólnie średnia samoocena stanu zdrowia u kobiet wynosiła 2,25, u mężczyzn zaś 2,36.

Samoocena stanu zdrowia kobiet i mężczyzn w wieku 65 lat (%) (badanie kohortowe)

Samoocena	Kobiety	Mężczyźni
Doskonała (5)	0,7	
Bardzo dobra (4)	2,9	5,9
Dobra (3)	33,6	36,4
Średnia (2)	46,3	44,6
Zła (1)	16,5	13,1
	Test Chi^2: p > 0,05	
Średnia	2,25	2,35
Odch. std.	0,79	0,78
Mediana	2	2
1 kwartyl	2	2
3 kwartyl	3	3
	Test M-W: p > 0,05	

Średnia subiektywna ocena stanu zdrowia kobiet wzrastała wraz z poziomem wykształcenia, u kobiet z wykształceniem podstawowym lub niższym wyniosła 2,10, u kobiet z wykształceniem wyższym 2,52 (różnice istotne statystycznie). Samoocena stanu zdrowia była nieznacznie wyższa u kobiet nigdy niezamężnych i mieszkających samotnie (co potwierdzają również inne badania), najniższa wśród kobiet rozwiedzionych. Istotne różnice w subiektywnej ocenie stanu zdrowia przez badane kobiety odnotowano w zależności od miejsca urodzenia – najwyższe oceny dotyczyły kobiet urodzonych w innych miastach o różnej wielkości (2,37), najniższe charakteryzowały kobiety urodzone na wsi (2,15). Kobiety kontynuujące pracę zawodową pomimo wieku emerytalnego cechowała najwyższa samoocena stanu zdrowia (2,81), najniższą miały kobiety, które nigdy nie pracowały zawodowo (1,89) (różnice istotne statystycznie).

Subiektywna ocena zdrowia kobiet w zależności od uwarunkowań demograficzno-społecznych

Uwarunkowania samooceny		Średnia	Odch. std.	Test K-W
Miejsce urodzenia	Kraków	2,29	0,76	P < 0,05 *
	inne miasto/miasteczko	2,37	0,83	
	wieś	2,15	0,79	
Wykształcenie	podstawowe lub niższe	2,10	0,83	P < 0,05 *
	zasadnicze zawodowe	2,20	0,75	
	średnie	2,23	0,76	
	wyższe	2,52	0,76	
Stan cywilny	mężatka lub ma partnera	2,25	0,79	P > 0,05
	panna	2,33	0,86	
	wdowa	2,25	0,75	
	rozwiedziona	2,22	0,79	
Zamieszkiwanie	samotne	2,32	0,80	P > 0,05
	tylko z mężem/partnerem	2,20	0,79	
	(także) z dziećmi/wnukami	2,24	0,66	
	(także) z innymi osobami	2,14	0,97	

Aktywność zawodowa	nigdy nie pracowała zawodowo	1,89	0,93	P < 0,05 *
	dawniej pracowała	2,22	0,76	
	pracuje obecnie nadal	2,81	0,83	
Wykonywany zawód	pracownica fizyczna	2,16	0,80	P < 0,05 *
	pracownica umysłowa	2,35	0,77	

* – Różnice istotne statystycznie.

Porównując charakterystykę samoocen stanu zdrowia kobiet w wieku 65 lat z ich rówieśnikami mężczyznami, można stwierdzić, że podobnie jak u kobiet, wśród badanych mężczyzn samoocena stanu zdrowia była zależna od poziomu wykształcenia – najniższe samooceny dotyczyły mężczyzn o niskim poziomie wykształcenia (2,00), najwyższe mężczyzn z wykształceniem wyższym (2,82). W przeciwieństwie do kobiet najniższe oceny stanu zdrowia charakteryzowały mężczyzn kawalerów (1,83), najwyższe dotyczyły osób pozostających w związkach małżeńskich, co potwierdzają udokumentowaną ochronną rolę małżeństwa dla mężczyzn. Mężczyźni kontynuujący pracę zawodową odznaczali się wyższymi samoocenami stanu zdrowia (2,69) w porównaniu do tych, którzy zaprzestali aktywności zawodowej (2,27). Również pełnienie funkcji kierowniczej sprzyjało u mężczyzn wyższym (2,52) samoocenom stanu zdrowia w porównaniu do samoocen zdrowia pozostałych osób (2,18).

Analizując wpływ sytuacji rodzinnej na subiektywną ocenę stanu zdrowia, stwierdzono istotne różnice w średniej samoocenie stanu zdrowia kobiet w zależności od poziomu wykształcenia jej męża/partnera: najwyższa u kobiet, których mąż miał wyższe wykształcenie (2,42), najniższa u kobiet, który mąż miał wykształcenie podstawowe lub niższe (2,08). Biorąc pod uwagę łączny status obu małżonków, wynikający z ich wykształcenia, stwierdzono, że jeżeli jedno ze współmałżonków miało wykształcenie podstawowe, to kobieta charakteryzowała się istotnie gorszą oceną stanu zdrowia, natomiast efekt odwrotny zaobserwowano w sytuacjach, gdy przynajmniej jedno z małżonków posiadało wyższe wykształcenie, wtedy kobieta oceniała swoje zdrowie wyżej (różnica istotna statystycznie). Subiektywna ocena stanu zdrowia była istotnie zależna od charakteru wykonywanej przez kobietę i jej męża pracy (wyższa u kobiet wykonujących pracę umysłową oraz kobiet posiadających mężów będących pracownikami umysłowymi wyższego szczebla).

Subiektywna ocena stanu zdrowia kobiet w zależności od statusu społecznego partnera i statusu łącznego

Uwarunkowania		Średnia	Odch. std.	Test K-W
Wykształcenie partnera	podstawowe lub niższe	2,08	0,72	P < 0,05 *
	zasadnicze zawodowe	2,22	0,82	
	średnie	2,17	0,72	
	wyższe	2,42	0,83	
Wykształcenie małżeństwa (wyższe z małżonków)	podstawowe lub niższe	2,13	0,74	P > 0,05
	zasadnicze zawodowe	2,22	0,85	
	średnie	2,17	0,69	
	wyższe	2,39	0,83	

Wykształcenie małżeństwa (niższe z małżonków)	podstawowe lub niższe	2,09	0,81	P < 0,05 *
	zasadnicze zawodowe	2,21	0,73	
	średnie	2,24	0,80	
	wyższe	2,23	0,86	
Różnica wykształcenia z partnerem	niższe	2,32	0,76	P > 0,05
	takie samo	2,14	0,74	
	wyższe	2,11	0,73	
Zawód partnera: pracownik umysłowy wyższego szczebla	nie	2,20	0,77	P < 0,05 *
	tak	2,48	0,84	

* – Różnice istotne statystycznie.

Subiektywna ocena stanu zdrowia kobiet pozostawała w istotnej relacji z ich zasobami materialnymi (była wyższa u kobiet posiadających na własność mieszkania). Kobiety, których źródłem utrzymania była renta, oceniały średnio gorzej swój stan zdrowia w porównaniu do kobiet utrzymujących się z emerytury.

Subiektywna ocena zdrowia kobiet w zależności od wyznaczników pozycji materialnej i źródła utrzymania

Uwarunkowania		Średnia	Odch. std.	Test K-W
R. mieszka w mieszkaniu	własnościowym	2,33	0,81	P < 0,05 *
	lokatorskim lub spółdzielczym	2,10	0,72	
	kwaterunkowym	2,17	0,70	
	w prywatnej kamienicy (lokatorskim)	2,24	0,75	
	służbowym	1,50	0,71	
	podnajmowanym	1,00	0,00	
	jednorodzinnym	2,31	0,83	
	w instytucji opieki nad osobami starszymi	1,50	0,84	
	innym	2,40	0,55	
R. jest na emeryturze	nie	1,98	0,84	P < 0,05 *
	tak	2,37	0,74	
R. jest na rencie	nie	2,36	0,75	P < 0,05 *
	tak	1,86	0,82	
R. ma rentę/emeryturę po zmarłym partnerze	nie	2,25	0,79	P > 0,05
	tak	2,27	0,88	
R. ma inne możliwości utrzymania	nie	2,25	0,79	P > 0,05
	tak	2,00	0,89	

* – Różnice istotne statystycznie.

Średnia subiektywna ocena zdrowia była wyższa u kobiet otrzymujących wsparcie ze strony dzieci i wnuków (2,29 vs 2,03), udzielających pomocy dzieciom w pracy zawodowej (2,73 vs 2,23), twierdzących, że pomoc dawana dzieciom nie była dla respondentek obciążeniem (2,41 vs 2,18), które znajdowały pomoc lub radę u partnera,

gdy miały problemy (2,30 vs 2,15), posiadały w rodzinie chorą osobę (2,31 vs 2,11), były zadowolone z sąsiadów (2,29 vs 1,98), posiadały wystarczające zasoby finansowe (2,49 vs 2,13), odczuwały szczęście w okresie ostatniego roku (2,41 vs 2,10).

Średnia subiektywna ocena zdrowia były istotnie niższa u kobiet, które były w przeszłości ofiarą przemocy (1,95 vs 2,30), w szczególności ze strony partnera (1,93 vs 2,28), miały poczucie braku zrozumienia ze strony partnera (2,05 vs 2,30), które uważały, że jedno ich z dzieci (2,15 vs 2,29) lub wnuków jest nieszczęśliwe (1,84 vs 2,28), w rodzinach których występowały konflikty (2,11 vs 2,31), kłopoty finansowe (2,08 vs 2,31), w małżeństwach których ilość konfliktów z partnerem wzrosła w ostatnim roku (1,81 vs 2,29) i które były zmuszone do skorzystania z pomocy opieki społecznej w ostatnim roku (1,84 vs 2,27).

Subiektywna ocena zdrowia mężczyzn zależała w stopniu istotnym statystycznie od otrzymywania wsparcia ze strony rodzeństwa (2,65 vs 2,3), od faktu, że pomoc dawana dzieciom nie ograniczała respondentów czasowo (2,47 vs 2,22), od zgodności idealnego modelu rodziny z faktycznym (2,48 vs 2,22), występowania konfliktów w rodzinie (2,49 vs 2,27), posiadania wystarczających zasobów finansowych (2,56 vs 2,2), odczuwania szczęścia w okresie ostatniego roku (2,51 vs 2,18).

Subiektywna ocena zdrowia mężczyzn, która korelowała istotnie z liczbą dzieci (r = -0,16), była średnio niższa u mężczyzn, którzy postrzegali jedno ze swych dzieci jako nieszczęśliwe (2,2 vs 2,38) i byli zmuszeni do skorzystania w ostatnim roku z pomocy opieki społecznej (1,73 vs 2,38).

Analizując relację pomiędzy historią zawodową kobiet a ich subiektywną oceną stanu zdrowia, stwierdzono, że kobiety, których praca zawodowa wymagała stałego podnoszenia kwalifikacji, dawała możliwość samodzielnego organizowania dnia pracy, przebywania w przyjaznym środowisku społecznym (mili współpracownicy), wzmacniała poczucie własnej wartości i satysfakcję z pracy, charakteryzowały się wyższymi ocenami stanu zdrowia (różnice istotne statystycznie). Utrzymywanie więzi z koleżankami/kolegami z pracy poprzez kontakty towarzyskie, uczestniczenie we wspólnych spotkaniach, odwiedzanie dawnego zakładu pracy pomimo przebywania na emeryturze/rencie i posiadanie dużego kręgu przyjaciół wywodzących się z miejsca pracy w istotny sposób sprzyjało wyższym samoocenom stanu zdrowia wśród kobiet.

Subiektywna ocena zdrowia kobiet w zależności od czynników charakteryzujących ich historię zawodową

Uwarunkowania		Średnia	Odch. std.	Test M-W
R. pełniła funkcje kierownicze	nie	2,25	0,78	P > 0,05
	tak	2,26	0,79	
Praca zawodowa wymagała od R. stałego doskonalenia się	tak	2,38	0,75	P < 0,05 *
	nie	2,10	0,80	
Praca zawodowa wymagała od R. wysiłku fizycznego	tak	2,09	0,73	P < 0,05 *
	nie	2,38	0,81	
R. mogła samodzielnie decydować o organizowaniu swojej pracy	tak	2,35	0,81	P < 0,05 *
	nie	2,19	0,75	
Wykonywana przez R. praca była źródłem zadowolenia	tak	2,30	0,78	P < 0,05 *
	nie	2,03	0,78	

Wykonywana przez R. praca dawała szansę przebywania z miłymi ludźmi	tak	2,30	0,78	P < 0,05 *
	nie	2,02	0,75	
Pracując, R. czuła się ważna	tak	2,39	0,81	P < 0,05 *
	nie	2,17	0,76	
R. utrzymuje nadal kontakty towarzyskie z kolegami/żankami z pracy	tak	2,46	0,75	P < 0,05 *
	nie	1,97	0,73	
R. uczestniczy w imprezach towarzyskich organizowanych przez kolegów/koleżanki z pracy	tak	2,57	0,71	P < 0,05 *
	nie	2,14	0,78	
R. chętnie odwiedza swój zakład pracy	tak	2,58	0,71	P < 0,05 *
	nie	2,18	0,78	
R. posiadała liczne grono przyjaciół w pracy	tak	2,33	0,75	P < 0,05 *
	nie	2,11	0,84	

* – Różnice istotne statystycznie.

Natomiast kobiety, których wykonywana uprzednio praca zawodowa wymagała dużego wysiłku fizycznego, charakteryzowały się niższymi samoocenami stanu zdrowia.

Subiektywna ocena zdrowia kobiet zależała w zbliżonym stopniu od kilku uwarunkowań zdrowotnych, takich jak np. zmiana stanu zdrowia w okresie ostatniego roku (korelacja Pearsona r = 0,45), postrzeganie siebie jako osoby zdrowej (r = 0,43), samopoczucie psychiczne (r = 0,45), ilość chorób (r = -0,44), ograniczenia funkcjonalne (r = -0,48) i nasilenie objawów depresji (r = 0,48). W nieco mniejszym stopniu samoocena zdrowia kobiet zależała także od stopnia ograniczeń w aktywności życiowej z powodu bólu (r = 0,37) i ograniczeń w życiu towarzyskim z powodu stanu zdrowia (r = 0,34) oraz stopnia niezależności w czynnościach dnia codziennego (GARS) (r = 0,37). Z czynników pozazdrowotnych wysokie korelacje z subiektywną oceną stanu zdrowia wykazują zadowolenie z obecnego życia (r = 0,41) oraz minionego (r = 0,31) okresu życia a także zakres sieci kontaktów społecznych (r = 0,3) i obraz własnej osoby (r = -0,26), przy czym zależność miedzy zadowoleniem z przeszłości oraz obrazem własnej osoby jest w przypadku kobiet nieco słabsza niż u mężczyzn. Silniejsze korelacje u kobiet niż u mężczyzn odnotowano między samooceną stanu zdrowia a stresem związanym z kontaktami z rodziną (r = -0,13) oraz środowiskiem pozarodzinnym (r = -0,16).

W przypadku mężczyzn 65-letnich samoocena zdrowia jest najsilniej skorelowana z ograniczeniami funkcjonalnymi (r = -0,57), samopoczuciem psychicznym (r = 0,51) i postrzeganiem siebie jako osoby zdrowej (r = 0,5) oraz z niezależnością w czynnościach dnia codziennego (r = 0,45) i nasileniem objawów depresji (r = -0,42). Nieco słabsze korelacje można zaobserwować pomiędzy samooceną stanu zdrowia mężczyzn a zmianą stanu zdrowia w okresie ostatniego roku (r = 0,37), ilością chorób przewlekłych (r =- 0,40), brakiem ograniczeń w życiu towarzyskim z powodu stanu zdrowia (r = 0,38) oraz w aktywności życiowej z powodu bólu (r = 0,39). Znacznie silniejszy niż w przypadku kobiet jest związek pomiędzy samooceną zdrowia oraz brakiem ograniczeń w pełnieniu ról (r = 0,18 u mężczyzn, r = 0,05 u kobiet) i wsparciem społecznym (r = 0,21 vs r = 0,15) u kobiet.

Ryzyko niskiej samooceny zdrowia (ocena średnia lub zła) – według wielowymiarowego modelu regresji logistycznej – było wyższe wśród kobiet zgłaszających pogorszenie stanu zdrowia w ciągu ostatniego roku, większą ilość chorób przewlekłych

stwierdzonych przez lekarza oraz większe nasilenie objawów depresji. Kobiety, które deklarowały przeznaczenie niespodziewanie otrzymanej sumy pieniędzy na lekarstwa, wyjazd do sanatorium itp., także były zagrożone większym ryzykiem niskiej samooceny stanu zdrowia. Ryzyko negatywnych ocen stanu zdrowia wśród kobiet zmniejszało się wraz z większym zakresem sieci kontaktów społecznych oraz pozytywną oceną atmosfery w miejscu pracy. W grupie porównawczej, tj. wśród mężczyzn, ryzyko niskiej samooceny stanu zdrowia było większe wśród osób obserwujących pogorszenie własnego stanu zdrowia w okresie ostatniego roku i nisko oceniających swoją odporność na choroby. Mężczyźni, u których stwierdzono większe nasilenie objawów depresji (na podstawie skali Geriatric Depression Scale), oraz ci, którzy podawali większą ilość chorób przewlekłych, mieli większe ryzyko niskiej samooceny stanu zdrowia. Czynnikiem, który podnosił również to ryzyko, była także praca zawodowa wymagająca wysiłku fizycznego, natomiast czynnikiem, który zmniejszał to ryzyko, była praca zawodowa dająca dobre zarobki. Mężczyźni o większym stopniu niezależności w czynnościach dnia codziennego (mierzonym skalą GARS) rzadziej wyrażali niskie samooceny zdrowia.

Samoocena stanu zdrowia (średnia i zła vs dobra i bardzo dobra) – model regresji logistycznej

Determinanty	Kobiety			Mężczyźni		
	Exp B	95% PU		Exp B	95% PU	
Wykształcenie wyższe	0,59	0,23	1,50	0,99	0,35	2,83
Pogorszenie stanu zdrowia w ciągu ostatniego roku	**2,72**	**1,27**	**5,84**	**3,66**	**1,48**	**9,07**
Postrzeganie własnej odporności na choroby: niskie vs wysokie	1,96	0,97	3,94	**4,73**	**2,58**	**9,71**
Nasilenie objawów depresji	**1,15**	**1,02**	**1,30**	**1,15**	**1,01**	**1,32**
Ilość chorób	**1,45**	**1,25**	**1,69**	**1,26**	**1,05**	**1,51**
Niezależność w czynnościach GARS	0,94	0,77	1,15	**0,70**	**0,51**	**0,97**
Zakres sieci kontaktów społecznych	**0,78**	**0,66**	**0,93**	0,93	0,78	1,11
Poziom wsparcia społecznego	1,04	0,62	1,76	0,78	0,49	1,23
Zachowania antyzdrowotne	0,87	0,60	1,28	0,74	0,50	1,10
Wsparcie dawane dzieciom nie stanowi obciążenia	0,51	0,25	1,04	0,76	0,35	1,64
Najważniejszy/a w życiu jest kochający/a partner/ka	0,82	0,30	2,25	1,65	0,52	5,27
Niespodziewanie otrzymaną sumę pieniędzy przeznaczyłaby na leki	**2,53**	**1,22**	**5,23**	1,33	0,62	2,84
Wykonywana praca wymagała wysiłku fizycznego	1,47	0,72	2,98	**2,61**	**1,13**	**6,01**
Wykonywana praca wymagała wysiłku umysłowego	2,12	0,99	4,56	0,65	0,25	1,66
Wykonywana praca dawała szansę przebywania wśród miłych ludzi	**0,35**	**0,13**	**0,96**	0,49	0,17	1,37
Wykonywana praca dawała dobre zarobki	1,00	0,50	1,99	**0,44**	**0,20**	**0,95**

Standaryzowano na stan cywilny: mężatka/żonaty, panna/kawaler, inny; zamieszkiwanie: z partnerem, samotne, z innymi osobami.

Przedstawione wyniki badań pozostają w zgodzie z obserwacjami pochodzącymi z innych badań. Badania angielskie pokazały, że negatywna samoocena stanu zdrowia dotyczyła (dostateczny, zły lub bardzo zły) 29,5% kobiet, 33% mężczyzn, w wieku 58 lat oraz 37,2% kobiet i 35,1% mężczyzn w wieku 56–60 lat (Macintyre, 1996).

Badania Arber (1997) pokazały, że kwalifikacje wynikające z wykształcenia okazały się predyktorem samooceny stanu zdrowia kobiet. Ren (1997) wykazała, że osoby żyjące w nieszczęśliwych związkach małżeńskich lub nieszczęśliwych związkach nieformalnych mają wyższe ryzyko złej percepcji stanu zdrowia. Ryzyko u tych osób było wyższe w porównaniu do ryzyka negatywnej percepcji stanu zdrowia przez osoby rozwiedzione, będące w separacji lub osoby owdowiałe (Ren, 1997). Według Arber (1997), ważne okazało się rozumienie ról rodzinnych kobiet i określenie, jak niekorzystne uwarunkowania tych ról mogą warunkować zły stan zdrowia kobiet (Arber, 1997).

Zasoby materialne i uwarunkowania rynku pracy decydują również o samoocenach stanu zdrowia. Niepracujące kobiety, żyjące w dobrych materialnych warunkach, odznaczają się lepszym zdrowiem niż kobiety niezamężne, żyjące w złych warunkach materialnych.

Według Marmota (1997), samooceny stanu zdrowia mężczyzn w istotny sposób zależą od ich pozycji społecznej, wśród kobiet ta relacja nie okazuje się taka przejrzysta. Kobiety, które miały bezrobotnego męża, charakteryzowały się dwukrotnie wyższym ryzykiem gorszej samooceny stanu zdrowia w porównaniu do kobiet zamężnych z mężczyzną posiadającym pracę. Bezrobocie mężów miało negatywne konsekwencje zdrowotne dla ich żon, co tłumaczy się mechanizmami funkcjonowania rodziny w niekorzystnych warunkach materialnych (Arber, 1997).

Badania norweskie dowodzą, że zróżnicowanie w samoocenach stanu zdrowia w wieku podeszłym zależy od poprzedniego statusu społecznego. Relacja pomiędzy uprzednim (w okresie aktywności zawodowej) statusem społecznym a stanem zdrowia może być wyjaśniona poprzez pochodzące z przeszłości i obecne uwarunkowania społeczne i ekonomiczne.

W badaniach wśród osób starszych wiekiem w Polsce (Bień, 2002) subiektywna ocena stanu zdrowia kobiet zależała od ilości występujących dolegliwości, poziomu wykształcenia, ambulatoryjnych wizyt u lekarza, zadowolenia z sytuacji małżeńskiej, takich objawów, jak: drżenie rąk, bóli stawów i kręgosłupa i od sprawności lokomocyjnej, zwracania się o pomoc społeczną.

Obserwowane zmiany w stanie zdrowia na przestrzeni ostatniego roku (badania kohortowe 65-letnich kobiet)

Respondentki poproszono o porównanie stanu swojego zdrowia do stanu sprzed roku. Odpowiedziom, których mogły udzielić badane, nadano następujące rangi: mój stan zdrowia jest znacznie lepszy niż rok wcześniej (ranga 2), mój stan zdrowia jest nieco lepszy niż przed rok wcześniej (ranga 1), mój stan zdrowia jest w przybliżeniu taki sam jak rok wcześniej (ranga 0), mój stan zdrowia jest nieco gorszy niż rok wcześniej (ran-

ga -1), mój stan zdrowia jest znacznie gorszy niż rok wcześniej (ranga -2). Stwierdzono istotną statystycznie różnicę miedzy kobietami i mężczyznami w średniej obserwowanej zmianie w stanie zdrowia.

Obserwowana zmiana stanu zdrowia w okresie ostatniego roku

Zmiana stanu zdrowia w okresie ostatniego roku	Kobiety		Mężczyźni		Test
	n	%	n	%	
Znaczna poprawa (2)	8	1,9	3	0,9	$Chi^2 = 9,37$
Mała poprawa (1)	21	5,1	17	5,3	P = 0,053
Brak zmiany (0) (niezauważalna zmiana)	213	51,8	196	61,3	
Małe pogorszenie (-1)	121	29,4	82	25,6	
Znaczne pogorszenie (-2)	48	11,7	22	6,9	
Średnia	-0,44		-0,32		Test M-W
Odch. Std.	0,84		0,72		P = 0,029 *
Mediana	0		0		
1 kwartyl	-1		-1		
3 kwartyl	0		0		

* – Różnice istotne statystycznie.

Średnie obserwowane różnice w zmianach stanu zdrowia były istotnymi statystycznie, zaznaczyły się pewne tendencje w potwierdzaniu negatywnych zmian w stanie zdrowia w zależności od demograficzno-społecznych uwarunkowań sytuacji życiowej kobiet. Średnio większe pogorszenie stanu zdrowia w ostatnim roku potwierdzały kobiety z wykształceniem średnim, osoby stanu wolnego, samotnie zamieszkujące, które obecnie nie pracują zawodowo, ale dawniej pracowały i które pełniły funkcje kierownicze.

Zmiana stanu zdrowia kobiet w okresie ostatniego roku w zależności od czynników społeczno-demograficznych

Uwarunkowania		Średnia	Odch. std.	Test K-W
Miejsce urodzenia	Kraków	-0,41	0,75	P > 0,05
	inne miasto/miasteczko	-0,47	0,83	
	wieś	-0,48	0,90	
Wykształcenie	podstawowe lub niższe	-0,44	0,86	P > 0,05
	zasadnicze zawodowe	-0,30	0,85	
	średnie	-0,55	0,82	
	wyższe	-0,36	0,82	
Stan cywilny	mężatka lub ma partnera	-0,39	0,86	P > 0,05
	panna	-0,57	0,68	
	wdowa	-0,51	0,81	
	rozwiedziona	-0,52	0,80	
Zamieszkiwanie	samotne	-0,60	0,79	P > 0,05
	tylko z mężem/partnerem	-0,38	0,85	
	(także) z dziećmi/wnukami	-0,28	0,94	
	(także) z innymi osobami	-0,56	0,85	

* – Różnice istotne statystycznie.

Obserwowana zmiana stanu zdrowia w okresie ostatniego roku była najmniejsza u kobiet, których mężowie mieli ten sam poziom wykształcenia (zgodność statusów), natomiast wśród kobiet o wyższym statusie wykształcenia niż ich męża zmiany w stanie zdrowia były największe. Jeżeli obydwoje małżonkowie posiadali wyższe wykształcenie, pogorszenie stanu zdrowia u kobiety było znacznie niższe.

Zmiana stanu zdrowia kobiet w okresie ostatniego roku w zależności od statusu społecznego partnera i statusu łącznego

Uwarunkowania zmian		Średnia	Odch. std.	Test K-W
Wykształcenie partnera	podstawowe lub niższe	-0,50	00,85	P > 0,05
	zasadnicze zawodowe	-0,41	0,83	
	średnie	-0,48	0,79	
	wyższe	-0,43	0,86	
Wykształcenie małżeństwa (niższe z małżonków)	podstawowe lub niższe	-0,48	0,84	P > 0,05
	zasadnicze zawodowe	-0,39	0,85	
	średnie	-0,51	0,81	
	wyższe	-0,29	0,85	
Różnica między wykształceniem R. a wykształceniem partnera	niższe	-0,41	0,85	P < 0,05 *
	takie samo	-0,23	0,87	
	wyższe	-0,62	0,83	

* – Różnice istotne statystycznie.

Obserwowana średnia zmiana w stanie zdrowia kobiet w ciągu ostatniego roku zależała w stopniu istotnym od otrzymywania wsparcia emocjonalnego od partnera (-0,33 vs -0,67) oraz ze strony dzieci i wnuków (-0,37 vs -0,71), znajdowania pomocy i rady u partnera w trudnych sytuacjach (-0,36 vs -0,58), okazywania uczuć przez partnera (-0,33 vs -0,52), przekonania o dostatecznym zaangażowaniu partnera w związek (-0,36 vs -0,52), posiadania w rodzinie chorej osoby (-0,35 vs -0,64), zadowolenia z sąsiadów (-0,37 vs -0,62), utraty pracy (lub zmiany na gorszą) przez członka rodziny (-0,63 vs -0,39), posiadania wystarczających zasobów finansowych (-0,29 vs -0,51), odczuwania szczęścia w okresie ostatniego roku (-0,3 vs -0,56).

Obserwowana zmiana w stanie zdrowia kobiet w ciągu ostatniego roku zależała od występowania konfliktów w rodzinie (-0,51 vs -0,36), od faktu bycia w przeszłości ofiarą przemocy (-0,70 vs -0,40), w szczególności ze strony partnera (-0,71 vs -0,41), od poczucia braku zrozumienia u partnera (-0,60 vs -0,40), postrzegania jednego z dzieci za nieszczęśliwe (-0,58 vs -0,39), martwienia się z powodu jednego z dzieci (-0,61 vs -0,39), postrzegania jednego z wnuków za nieszczęśliwe (-0,88 vs -0,41), martwienia się z powodu jednego z wnuków (-0,73 vs -0,41), chęci zmiany kręgu znajomych (-0,79 vs -0,43), występowania kłopotów finansowych w rodzinie (-0,65 vs -0,36) i wzrostu ilości konfliktów z partnerem w ostatnim roku (-0,81 vs -0,39).

Średnia obserwowana zmiana w stanie zdrowia mężczyzn w ciągu ostatniego roku zależała w stopniu istotnym statystycznie od faktu uznawania kochającej żony za najważniejszą wartość w życiu (-0,26 vs -0,47), znajdowania zrozumienia u partnerki w trudnych sytuacjach (-0,28 vs -0,5) i odczuwania szczęścia w okresie ostatniego roku (-0,21 vs -0,45).

Spośród uwarunkowań związanych z historią zawodową badanych kobiet tylko dwa okazały się istotnie różnicować pogorszenie stanu zdrowia w ciągu ostatniego roku: większą zmianę w stanie zdrowia zgłaszały kobiety, które pracowały w konfliktogennych środowiskach, oraz kobiety nieutrzymujące kontaktów towarzyskich z koleżankami i kolegami z pracy (sieci relacji ze środowiskiem pracy). Niemniej w modelu wielowymiarowym uwarunkowania te straciły istotność statystyczną.

W przypadku mężczyzn utrzymywanie kontaktów z kolegami z pracy miało łagodzący wpływ na obserwowane pogorszenie stanu zdrowia. Mniejszą zmianę w stanie zdrowia zaobserwowano także u mężczyzn, którzy mogli w większym stopniu wpływać na wykonywanie swoich obowiązków zawodowych.

Zmiana stanu zdrowia kobiet w okresie ostatniego roku w zależności od historii zawodowej

Uwarunkowania zmian		Średnia	Odch. std.	Test M-W
W pracy R. zdarzały się konflikty	tak	-,58	0,86	
	nie	-,40	0,82	P < 0,05 *
R. utrzymuje nadal kontakty towarzyskie z kolegami/żankami z pracy	tak	-,34	0,82	
	nie	-,59	0,83	P < 0,05 *

* – Różnice istotne statystycznie.

Czynnikami zwiększającymi ryzyko pogorszenia stanu zdrowia u kobiet (według wielowymiarowego modelu regresji logistycznej) okazały się większa ilość chorób przewlekłych potwierdzonych przez lekarza, stres związany z sytuacją w rodzinie oraz praca zawodowa wykonywana w szkodliwych warunkach. Mniejsze ryzyko pogorszenia stanu zdrowia (w okresie ostatniego roku) miały kobiety charakteryzujące się lepszym samopoczuciem psychicznym (mierzonym skalą samopoczucia psychicznego należącą do testu SF-36), potwierdzające brak ograniczeń w pełnieniu ról społecznych (spowodowanych stanem zdrowia) oraz kobiety, które dały swoim dzieciom wsparcie emocjonalne.

W grupie porównawczej, tj. wśród mężczyzn, czynnikiem zwiększającym ryzyko pogorszenia stanu zdrowia na przestrzeni ostatniego roku okazało się postrzeganie własnej odporności na choroby jako niskiej, natomiast brak ograniczeń w pełnieniu ról (z powodu stanu zdrowia) oraz praca zawodowa dająca satysfakcję były czynnikami zmniejszającymi ryzyko zmian w stanie zdrowia.

Pogorszenie stanu zdrowia w ciągu ostatniego roku (vs brak zmiany) – model regresji logistycznej

Determinanty	Kobiety			Mężczyźni		
	Exp B	95% PU		Exp B	95% PU	
Wykształcenie wyższe	0,45	0,19	1,04	0,74	0,29	1,88
Postrzeganie własnej odporności na choroby: niskie vs wysokie	2,16	0,95	4,88	**2,23**	**1,01**	**4,93**
Samopoczucie psychiczne	**0,91**	**0,87**	**0,95**	0,96	0,91	1,01
Ilość chorób	**1,13**	**1,01**	**1,27**	1,15	0,99	1,33
Brak ograniczeń w pełnieniu ról z powodu stanu zdrowia	**0,64**	**0,52**	**0,79**	**0,69**	**0,54**	**0,88**

Stres związany z sytuacją w rodzinie	**1,28**	**1,10**	**1,50**	0,88	0,73	1,08
Wsparcie społeczne	0,79	0,51	1,21	1,04	0,68	1,57
Zachowania antyzdrowotne	1,07	0,74	1,56	0,72	0,50	1,04
Daje dzieciom wsparcie emocjonalne	**0,43**	**0,20**	**0,92**	0,98	0,47	2,01
Satysfakcja z wykonywanej pracy	1,13	0,45	2,80	**0,22**	**0,08**	**0,58**
Najważniejszy w życiu jest kochający partner	1,04	0,55	1,95	0,79	0,38	1,64
Praca w szkodliwych warunkach	**3,05**	**1,45**	**6,40**	1,10	0,50	2,39
Konflikty w miejscu pracy	2,27	0,97	5,30	1,76	0,56	5,49

Standaryzowano na stan cywilny: mężatka/żonaty, panna/kawaler, inni; zamieszkiwanie: z partnerem, samotne, z innymi osobami.

Percepcja potencjału zdrowotnego

Indeks potencjału zdrowotnego utworzono na podstawie zsumowanych odpowiedzi respondentek na dwa pytania ze skali ogólnej percepcji zdrowia (General Health Perception) będącej wskaźnikiem testu SF-36 (McDowell, 1996):

a) łatwiej niż inni zapadam na zdrowiu,

b) spodziewam się, że moje zdrowie się pogorszy.

Na oba pytania można było udzielić odpowiedzi: zdecydowanie tak (ranga 1), raczej tak (ranga 2), nie jestem pewna/y (ranga 3), raczej nie (ranga 4), zdecydowanie nie (ranga 5).

Percepcja potencjału zdrowotnego (odporności na choroby) była istotnie niższa u kobiet niż u mężczyzn. Kobiety niżej oceniały swą odporność na choroby w porównaniu do mężczyzn (średnia 5,87 vs 6,10) (różnice istotne statystycznie).

Rozkład odpowiedzi na pytania
należące do skali potencjału zdrowotnego oraz parametry skali

Potencjał zdrowotny		Kobiety		Mężczyźni		Test
		n	%	n	%	
R. łatwiej niż inni zapada na zdrowiu	zdecydowanie tak (1)	14	3,5	13	4,2	Chi^2=15,67
	raczej tak (2)	77	19,2	43	13,7	P < 0,05 *
	nie jestem pewna (3)	109	27,2	64	20,4	
	raczej nie (4)	167	41,6	143	45,7	
	zdecydowanie nie (5)	34	8,5	50	16,0	
R. spodziewa się, że zdrowie się pogorszy	zdecydowanie tak (1)	13	3,3	21	6,6	Chi^2=7,33
	raczej tak (2)	229	57,4	159	50,0	P > 0,05
	nie jestem pewna (3)	106	26,6	87	27,4	
	raczej nie (4)	45	11,3	45	14,2	
	zdecydowanie nie (5)	6	1,5	6	1,9	

Indeks postrzegania własnej odporności na choroby	Średnia	5,87	6,10	Test M-W P < 0,05 *
	Odch. std.	1.41	1,57	
	Mediana	6	6	
	1 kwartyl	5	5	
	3 kwartyl	7	7	
		Możl. min = 2	Możl. max = 10	

* – Różnice istotne statystycznie.

Percepcja odporności na chorobę (potencjał zdrowia) była zróżnicowana u kobiet w zależności od poziomu wykształcenia: kobiety z wyższym wykształceniem miały najwyższe średnie (6,20) poczucie potencjału zdrowotnego, najniższe kobiety z wykształceniem zasadniczym zawodowym (5,67) (różnice istotne statystycznie). Poczucie wysokiego potencjału zdrowotnego przejawiały również kobiety nigdy niezamężne (6,11), najniższe zaś wdowy (5,68), osoby nadal pracujące zawodowo (6,62) oraz pełniące funkcje kierownicze (6,07) (różnice istotne statystycznie).

Percepcja potencjału zdrowotnego w zależności od czynników społeczno-demograficznych

Uwarunkowania potencjału zdrowotnego		Średnia	Odch. std.	Test K-W
Miejsce urodzenia	Kraków	5,73	1,25	P > 0,05
	inne miasto/miasteczko	5,97	1,44	
	wieś	5.95	1,52	
Wykształcenie	podstawowe lub niższe	5,67	1,46	P < 0,05 *
	zasadnicze zawodowe	5,53	1,39	
	średnie	5,98	1,35	
	wyższe	6,20	1,39	
Stan cywilny	mężatka lub ma partnera	5,92	1,46	P > 0,05
	panna	6,11	1,37	
	wdowa	5,68	1,36	
	rozwiedziona	5,96	1,06	
Zamieszkiwanie	samotne	5,80	1,27	P > 0,05
	tylko z mężem/partnerem	5,92	1,51	
	(także) z dziećmi/wnukami	5,93	1,32	
	(także) z innymi osobami	5,76	1,44	
Historia zawodowa	nigdy nie pracowała zawodowo	5,86	2,19	P < 0,05 *
	dawniej pracowała	5,80	1,40	
	pracuje obecnie nadal	6,62	1,06	
R. pełnił/a funkcje kierownicze	nie	5,77	1,30	P < 0,05 *
	tak	6,07	1,55	

* – Różnice istotne statystycznie.

Podobnie postrzegany był potencjał zdrowotny przez badanych mężczyzn i zależał od tych samych uwarunkowań demograficzno-społecznych (istotne różnice w zależności od poziomu wykształcenia, kontynuacji pracy zawodowej i pełnienia funkcji kierowniczych).

Postrzeganie własnej odporności na choroby było istotnie statystycznie związane z wykształceniem partnera i jego zawodem – kobiety, których mężowie posiadali wyższy poziom wykształcenia lub wykonywali pracę umysłową, odznaczały się wyższym postrzeganiem własnej odporności na choroby. Kobiety utrzymujące się z renty niżej oceniały swoją odporność niż będące na emeryturze.

Percepcja potencjału zdrowotnego
w zależności od statusu społecznego partnera i statusu łącznego

Uwarunkowania potencjału zdrowotnego		Średnia	Odch. std.	Test
Wykształcenie partnera	podstawowe lub niższe	5,63	1,17	Test K-W
	zasadnicze zawodowe	5,66	1,34	P < 0,05 *
	średnie	5,90	1,49	
	wyższe	6,18	1,45	
Wykształcenie małżeństwa (wyższe z małżonków)	podstawowe lub niższe	5,53	1,20	Test K-W
	zasadnicze zawodowe	5,51	1,31	P < 0,05 *
	średnie	5,98	1,38	
	wyższe	6,12	1,50	
Wykształcenie małżeństwa (niższe z małżonków)	podstawowe lub niższe	5,69	1,42	Test K-W
	zasadnicze zawodowe	5,72	1,40	P < 0,05 *
	średnie	5,91	1,44	
	wyższe	6,35	1,24	
Różnica między wykształceniem R. a wykształceniem partnera	niższe	5,96	1,60	Test K-W
	takie samo	5,93	1,27	P > 0,05
	wyższe	5,88	1,31	
Zawód partnera: pracownik umysłowy wyższego szczebla	nie	5,72	1,39	Test M-W
	tak	6,09	1,41	P < 0,05 *

* – Różnice istotne statystycznie.

Te same zależności można było zaobserwować w grupie porównawczej, jednak w przypadku mężczyzn także wykonywanie pracy umysłowej przez samego mężczyznę wiązało się z wyższym postrzeganiem własnej odporności. Mężczyźni renciści niżej oceniali swoją odporność na choroby niż emeryci.

Średnia percepcja własnego potencjału zdrowotnego kobiet zależała w stopniu istotnym od wsparcia ze strony dzieci i wnuków (5,95 vs 5,44), faktu uznawania własnej niezależności materialnej za najważniejszą rzecz w życiu (6,20 vs 5,82), udzielania pomocy dzieciom w pracy zawodowej (6,71 vs 5,83) i w podejmowaniu decyzji (6,23 vs 5,79), a także od zgodności idealnego modelu rodziny z faktycznym (6,17 vs 5,72), degradacji członka rodziny lub obniżenia jego zarobków (6,36 vs 5,81) i posiadania wystarczających zasobów finansowych (6,22 vs 5,69).

Percepcja własnego potencjału zdrowotnego mężczyzn zależała w stopniu istotnym statystycznie od otrzymywania wsparcia ze strony rodzeństwa (6,73 vs 6,0), od pomocy dzieciom w pracy zawodowej (7,2 vs 6,07), od faktu, czy pomoc dawana dzieciom nie jest obciążeniem (6,39 vs 5,94) i nie ogranicza czasowo (6,33 vs 5,86), od zgodności idealnego modelu rodziny z faktycznym (6,52 vs 5,86), posiadania wystarczających zasobów finansowych (6,56 vs 5,76) i odczuwania szczęścia w okresie ostatniego roku (6,32 vs 5,85).

Średnia percepcja własnego potencjału zdrowotnego była istotnie niższa u mężczyzn udzielających pomocy dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa (5,82 vs 6,19).

Czynnikami, związanymi z historią zawodową kobiet, warunkującymi postrzeganie swojej odporności na choroby jako wyższej, były: praca zawodowa wymagająca stałego doskonalenia się, możliwość samodzielnego organizowania własnej pracy i duży wpływ na decyzje dotyczące spraw zawodowych, praca zawodowa dająca zadowolenie i szansę przebywania z miłymi ludźmi. Wyższym postrzeganiem swojej odporności na choroby charakteryzowały się kobiet, którym praca dawała poczucie bycia ważną, które nadal utrzymują kontakty z kolegami i koleżankami z pracy, spotykają się z nimi poza miejscem pracy i chętnie odwiedzają swój zakład pracy. Czynnikami, które obniżały postrzeganie własnej odporności na choroby, była praca wymagająca wysiłku fizycznego i wykonywana w warunkach szkodliwych.

Postrzeganie własnej odporności na choroby przez kobiety w zależności od historii zawodowej

Uwarunkowania postrzegania odporności		Średnia	Odch. std.	Test M-W
Praca zawodowa wymagała od R. stałego doskonalenia się	tak	5,96	1,37	P < 0,05 *
	nie	5,74	1,42	
Praca zawodowa wymagała od R. wysiłku fizycznego	tak	5,63	1,39	P < 0,05 *
	nie	6,04	1,38	
Swoją pracę R. wykonywała w warunkach szkodliwych	tak	5,77	1.43	P < 0,05 *
	nie	5,92	1,38	
R. mogła samodzielnie decydować o organizowaniu swojej pracy	tak	6,05	1.43	P < 0,05 *
	nie	5,72	1,35	
R. miała dużo do powiedzenia w sprawach swoich obowiązków służbowych	tak	6,02	1,49	P < 0,05 *
	nie	5,77	1,33	
Wykonywana przez R. praca była źródłem zadowolenia	tak	5,95	1,36	P < 0,05 *
	nie	5,39	1,48	
Wykonywana przez R. praca dawała szanse przebywania z miłymi ludźmi	tak	5,96	1,34	P < 0,05 *
	nie	5,36	1,58	
Pracując, R. czuła się ważna	tak	6,11	1,48	P < 0,05 *
	nie	5,70	1,31	
R. utrzymuje nadal kontakty towarzyskie z kolegami/żankami z pracy	tak	6,10	1,35	P < 0,05 *
	nie	5,54	1,39	
R. uczestniczy w imprezach towarzyskich organizowanych przez kolegów/żanki z pracy	tak	6,48	1,36	P < 0,05 *
	nie	5,65	1,33	
R. chętnie odwiedza swój zakład pracy	tak	6,44	1,43	P < 0,05 *
	nie	5,73	1,34	

* – Różnice istotne statystycznie.

Czynnikami, związanymi z historią zawodową, warunkującymi postrzeganie swojej odporności na choroby jako wyższej przez mężczyzn, były: praca zawodowa wymagająca stałego doskonalenia się i wysiłku umysłowego, możliwość samodzielnego organizowania własnej pracy i duży wpływ na decyzje dotyczące spraw zawodowych, praca zawodowa dająca dobre zarobki i poczucie bycia ważną osobą oraz nadal utrzymywanie kontaktów z kolegami i koleżankami z pracy, spotykanie się z nimi poza

miejscem pracy i odwiedzanie zakładu pracy. Czynnikiem, który obniżał postrzeganie własnej odporności na choroby przez mężczyzn, była praca wymagająca wysiłku fizycznego.

Postrzeganie siebie jako osoby zdrowej jest warunkowane u kobiet w największym stopniu samopoczuciem psychicznym (r = 0,48), w nieco mniejszym ograniczeniami funkcjonalnymi (r = -0,36) i nasileniem objawów depresji (r = -0,45). Na postrzeganie siebie jako osoby zdrowej wpływają także: ilość chorób (r = -0,26), brak ograniczeń w życiu towarzyskim (r = 0,31) i w aktywności życiowej z powodu bólu (r = 0,24) i stanu emocjonalnego (r = 0,2), a także stanu zdrowia (r = 0,26) oraz niezależność w czynnościach dnia codziennego (r = 0,26). Innymi czynnikami silnie skorelowanymi z postrzeganiem siebie jako osoby zdrowej są zadowolenie z obecnego (r = 0,33) oraz przeszłego okresu życia (r = 0,26), otrzymywane wsparcie (r = 0,2), zakres sieci kontaktów społecznych (r = 0,33) oraz obraz własnej osoby (r = 0,23). Każda z wymienionych korelacji była słabsza u kobiet niż u mężczyzn.

Postrzeganie siebie jako osoby zdrowej w przypadku mężczyzn nieco słabiej niż u kobiet zależało od większości uwarunkowań o charakterze zdrowotnym. Najsilniejsze były korelacje z samopoczuciem psychicznym (r = 0,44) i ze stopniem ograniczeń funkcjonalnych (r = -0,48). W zbliżonym stopniu wskaźnik ten był warunkowany przez ilość chorób (r = -0,37), niezależność w czynnościach dnia codziennego (GARS) (r = 0,39), nasilenie objawów depresji (r = -0,39), brak ograniczeń w życiu towarzyskim z powodu stanu zdrowia (r = 0,35) i pełnieniu ról z powodu stanu zdrowia (r = 0,30) oraz z powodu problemów emocjonalnych (r=0,29). Postrzeganie siebie jako osoby zdrowej koreluje silnie u mężczyzn z poziomem zadowolenia z obecnego (r = 0,37) i przeszłego okresu życia (r = 0,24), otrzymywanym wsparciem (r = 0,21) oraz z zakresem sieci społecznej (r = 0,43) i obrazem własnej osoby (r = 0,28).

Większe ryzyko niskiej oceny swojej odporności na choroby stwierdzono u kobiet podających większą ilość chorób przewlekłych oraz deklarujących przeznaczenie niespodziewanie otrzymanej sumy pieniędzy na cele związane ze zdrowiem (lekarstwa, wyjazd do sanatorium itp.). Mniejszym ryzykiem niskiej oceny swojej odporności na choroby charakteryzowały się kobiety o większej sieci kontaktów społecznych, przywiązujące znaczenie do swojego wyglądu zewnętrznego oraz deklarujące przeznaczenie niespodziewanie otrzymanej sumy pieniędzy na podróże itp. Mniejsze ryzyko niskiego postrzegania swojej odporności na choroby obserwowano także u kobiet, które w przeszłości były ofiarami przemocy lub w przeszłości pracowały w konfliktogennym środowisku.

Percepcja potencjału zdrowia (niska vs wysoka) – model regresji logistycznej

Percepcja potencjału zdrowia	Kobiety			Mężczyźni		
	Exp B	95% PU		Exp B	95% PU	
Niska samoocena zdrowia	1,61	0,90	2,88	**3,63**	**1,86**	**7,06**
Ilość chorób	**1,18**	**1,06**	**1,32**	**1,21**	**1,05**	**1,39**
Brak ograniczeń w życiu społecznym z powodu stanu zdrowia	0,91	0,76	1,10	0,89	0,75	1,07
Zakres sieci kontaktów społecznych	**0,84**	**0,74**	**0,95**	**0,74**	**0,63**	**0,87**
Przywiązywanie znaczenia do wyglądu zewnętrznego	**0,31**	**0,15**	**0,63**	1,27	0,64	2,54

Była/ł ofiarą przemocy	**0,41**	**0,18**	**0,91**	1,27	0,44	3,64
Niespodziewanie otrzymane pieniądze przeznaczyłby/łaby na leki	**2,47**	**1,38**	**4,41**	1,80	0,97	3,35
Niespodziewanie otrzymane pieniądze przeznaczyłby/łaby na podróże	**0,45**	**0,25**	**0,82**	1,28	0,65	2,55
Pomoc dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa domowego	1,13	0,60	2,15	**2,12**	**1,03**	**4,37**
Wsparcie od męża/żony	0,48	0,18	1,31	1,80	0,62	5,23
Wykonywana praca wymagała wysiłku umysłowego	1,54	0,80	2,97	1,43	0,63	3,24
Konflikty w środowisku pracy	**0,32**	**0,15**	**0,68**	0,56	0,25	1,28
Wykonywana praca dawała dobre zarobki	1,60	0,90	2,85	1,08	0,58	2,02

Standaryzowano na poziom wykształcenia, stan cywilny, pełnienie funkcji kierowniczych.

W grupie porównawczej wyższe ryzyko niskiej samooceny swojej odporności na choroby stwierdzali mężczyźni o niskiej samoocenie zdrowia oraz zgłaszający większą ilość chorób przewlekłych potwierdzonych przez lekarza. Czynnikiem, który zmniejszał ryzyko niskiej oceny odporności na choroby u mężczyzn, był większy zakres sieci kontaktów społecznych.

Przedstawione trzy różne sposoby uzyskiwania informacji o percepcji stanu zdrowia przez kobiety 65-letnie wskazują odmienne kryteria, na podstawie których werbalizowano samooceny stanu zdrowia, postrzeganie zmiany w stanie zdrowia w ostatnim roku i potencjał zdrowotny. Wielość uwarunkowań społecznych pozostających w istotnym związku z każdym ze wskaźników subiektywnego zdrowia wskazuje na złożoność i wielowymiarowość samooceny stanu zdrowia.

Rozdział 11

Satysfakcja z życia

Satysfakcja z życia badanych została oszacowana za pomocą indeksów zadowolenia z przeszłości i z teraźniejszości, zbudowanych z pytań należących do Life Satisfaction Index, odnoszących się odpowiednio do wcześniejszego i obecnego okresu życia badanych.

Satysfakcja z wcześniejszych okresów życia

Choć satysfakcja z uprzednich okresów życia była niższa u kobiet, nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w poziomie zadowolenia z uprzednich okresów życia.

Zadowolenie z uprzednich okresów życia

Zadowolenie		Kobiety	Mężczyźni	Test M-W
Zadowolenie z przeszłości	Srednia	3,17	3,42	P = 0,09
	Odch. std.	2,05	1,82	
	Mediana	3	3	
	1 kwartyl	1	2	
	3 kwartyl	5	5	
		Możl. min = 0	Możl. max = 7	

Zadowolenie kobiet z uprzednich okresów życia rosło wraz z ich poziomem wykształcenia, przy czym u kobiet z wykształceniem podstawowym było znacznie niższe niż u pozostałych. Najwyższą satysfakcję z wcześniejszych okresów życia zgłaszały kobiety stanu wolnego oraz mężatki, najmniejszą zaś osoby rozwiedzione. Najwyższym poziomem satysfakcji z wcześniejszych okresów życia charakteryzowały się kobiety zamieszkujące z partnerem lub z dziećmi (wszystkie różnice istotne statystycznie).

Także wśród mężczyzn poziom satysfakcji z wcześniejszych okresów życia wzrastał wraz z poziomem wykształcenia. Najwyższą satysfakcją z uprzednich okresów życia zgłaszali mężczyźni żonaci, nieco niższą wdowcy, najniższą zaś osoby rozwiedzione. Najwyższy pozom zadowolenia z wcześniejszych okresów życia zaobserwowano u mężczyzn zamieszkujących z żonami lub innymi krewnymi, najniższy zaś u zamieszkujących z osobami niespokrewnionymi (wszystkie różnice istotne statystycznie).

Satysfakcja kobiet z wcześniejszych okresów życia
w zależności od czynników społeczno-demograficznych

Uwarunkowania		Średnia	Odch. std.	Test K-W
Wykształcenie	podstawowe lub niższe	2,42	1,91	P < 0,05 *
	zasadnicze zawodowe	3,41	1,93	
	średnie	3,32	2,10	
	wyższe	3,64	2,03	
Stan cywilny	mężatka lub ma partnera	3,48	2,07	P < 0,05 *
	niezamężna	3,52	2,27	
	wdowa	2,67	1,83	
	rozwiedziona	2,07	1,88	
Zamieszkiwanie	tylko z mężem/partnerem	3,58	2,09	P < 0,05 *
	samotne	2,67	1,92	
	(także) z dziećmi/wnukami	3,22	2,05	
	(także) z innymi osobami	2,70	1,95	

* – Różnice istotne statystycznie.

Stopień zadowolenia z poprzednich okresów życia zależał u kobiet od otrzymywania wsparcia od partnera (3,67 vs 2,21) oraz ze strony dzieci i wnuków (3,26 vs 2,56), faktu uznawania kochającego partnera za najważniejszą wartość w życiu (3,73 vs 2,55), od faktu, czy znajdowała zrozumienie partnera, gdy miała problemy (3,74 vs 2,08), okazywania jej uczucia przez partnera (4 vs 2,5). Wyższą satysfakcją z poprzednich okresów życia charakteryzowały się kobiety przekonane o dostatecznym zaangażowaniu partnera w związek (3,85 vs 2,45), posiadające wystarczające zasoby finansowe (3,77 vs 2,87) i te, które czuły się szczęśliwe w okresie ostatniego roku (3,85 vs 2,51).

Stopień zadowolenia z poprzednich okresów życia był niższy u kobiet w rodzinach, w których występowały konflikty (2,52 vs 3,53), które były w przeszłości ofiarami przemocy (1,63 vs 3,41), w szczególności ze strony partnera (1,38 vs 3,37), odczuwały brak zrozumienia u partnera (2,67 vs 3,31), które postrzegały jedno ze swoich dzieci jako nieszczęśliwe (2,64 vs 3,37), martwiły się z powodu jednego z dzieci (2,69 vs 3,31), chciały zmiany kręgu znajomych (2,11 vs 3,22), w rodzinach których ktoś miał kłopoty finansowe (2,55 vs 3,4), utracił pracę (lub zmienił na gorszą) (2,51 vs 3,37), w małżeństwach których w ostatnim roku wzrosła ilość konfliktów z partnerem (1,54 vs 3,56).

Zadowolenie z przeszłości mężczyzn zależało od otrzymywania wsparcia od żony (3,68 vs 2,32) oraz ze strony dzieci i wnuków (3,68 vs 2,88), faktu uznawania kochającej partnerki za najważniejszą wartość w życiu (3,75 vs 2,6), od pomocy dzieciom w opiece nad wnukami (3,7 vs 3,28), nieodczuwania obciążenia z powodu pomocy

dawanej dzieciom (3,84 vs 3,18), znajdowania zrozumienia u partnerki, gdy miał problemy (3,63 vs 2,44), okazywania uczucia przez partnerkę (3,73 vs 2,3), przekonania o dostatecznym zaangażowaniu partnerki w związek (3,7 vs 2,26), konieczności skorzystania w ostatnim roku z opieki społecznej (3,93 vs 3,51), posiadania wystarczających zasobów finansowych (3,96 vs 3,05), odczuwania szczęścia w okresie ostatniego roku (3,98 vs 2,82).

Zadowolenie z przeszłości było niższe u mężczyzn dających dzieciom wsparcie finansowe (3,19 vs 3,63), w rodzinach, w których występowały konflikty (2,94 vs 3,8), którzy byli w przeszłości ofiarami przemocy (2,64 vs 3,52), w szczególności ze strony rodziców (2 vs 3,49), którzy odczuwali brak zrozumienia u partnerki (2,82 vs 3,56), postrzegali jedno z dzieci jako nieszczęśliwe (2,63 vs 3,57) i martwili się z powodu jednego z dzieci (2,63 vs 3,59), mieli w rodzinie osobę dotkniętą problemami z alkoholem lub narkotykami (2,24 vs 3,52), w małżeństwach których w ostatnim roku wzrosła ilość konfliktów z partnerem (1,67 vs 3,62).

Większym stopniem satysfakcji z wcześniejszych okresów życia odznaczały się kobiety kontynuujące pracę zawodową, których praca zawodowa wymagała stałego doskonalenia się oraz wysiłku umysłowego oraz pozwalała na samodzielne decydowanie o organizacji swojej pracy. Większą satysfakcję z życia stwierdzono u kobiet, które czerpały satysfakcję z wykonywanej pracy, które pracowały w przyjaznej atmosferze, którym praca dawała dobre zarobki i wysokie poczucie własnej wartości. Większą satysfakcję z życia zgłaszały także kobiety posiadające liczne grono przyjaciół w miejscu pracy, utrzymujące nadal kontakty towarzyskie z kolegami i koleżankami z pracy, uczestniczące w spotkaniach towarzyskich przez nich organizowanych i chętnie odwiedzające swoje miejsce pracy. Czynnikiem obniżającym satysfakcję z uprzednich okresów życia było wykonywanie pracy wymagającej wysiłku fizycznego.

Większym stopniem zadowolenia z minionego okresu życia odznaczali się mężczyźni kontynuujący pracę zawodową, pełniący funkcje kierownicze, ci, których praca zawodowa wymagała stałego doskonalenia się oraz wysiłku umysłowego i pozwalała na samodzielne decydowanie o organizowaniu swojej pracy. Większą satysfakcję z wcześniejszych okresów życia stwierdzono u mężczyzn, którzy czerpali satysfakcję z wykonywanej pracy, którzy pracowali w przyjaznym środowisku społecznym i którym praca dawała dobre zarobki oraz poczucie własnej wartości. Większą satysfakcję z życia zgłaszali także mężczyźni posiadający liczne grono przyjaciół w miejscu pracy, utrzymujący nadal kontakty towarzyskie z kolegami i koleżankami z pracy, uczestniczący w spotkaniach towarzyskich organizowanych poza miejscem pracy, a także chętnie odwiedzający swój zakład pracy. Czynnikiem obniżającym satysfakcję z wcześniejszych okresów życia badanych mężczyzn było wykonywanie pracy wymagającej wysiłku fizycznego.

Satysfakcja z wcześniejszych okresów życia w zależności od czynników charakteryzujących historię zawodową kobiet

Uwarunkowania		Średnia	Odch. std.	Test M-W
Nadal pracuje	nie	3,07	2,02	P < 0,05 *
	tak	4,56	2,04	
Praca zawodowa wymagała od R. stałego doskonalenia się	tak	3,61	1,98	P < 0,05 *
	nie	2,62	2,03	

Praca zawodowa wymagała od R. wysiłku fizycznego	tak	2,92	2,02	P < 0,05 *
	nie	3,35	2,08	
Praca zawodowa wymagała od R. wysiłku umysłowego	tak	3,49	2,02	P < 0,05 *
	nie	2,69	2,03	
R. mogła samodzielnie decydować o organizowaniu swojej pracy	tak	3,54	2,09	P < 0,05 *
	nie	2,89	1,99	
R. miała dużo do powiedzenia w sprawach swoich obowiązków służbowych	tak	3,61	2,07	P < 0,05 *
	nie	2,92	2,01	
Wykonywana przez R. praca była źródłem zadowolenia	tak	3,31	2,03	P < 0,05 *
	nie	2,45	2,06	
Wykonywana przez R. praca dawała szanse przebywania z miłymi ludźmi	tak	3,35	2,00	P < 0,05 *
	nie	2,17	2,08	
Wykonywana przez R. praca dawała dobre zarobki	tak	3,66	1,86	P < 0,05 *
	nie	2,97	2,11	
Pracując, R. czuła się ważna	tak	3,49	1,99	P < 0,05 *
	nie	2,95	2,08	
R. utrzymuje nadal kontakty towarzyskie z kolegami/żankami z pracy	tak	3,51	1,97	P < 0,05 *
	nie	2,67	2,10	
R. uczestniczy w imprezach towarzyskich organizowanych przez kolegów/żanki z pracy	tak	3,63	2,07	P < 0,05 *
	nie	2,99	2,03	
R. chętnie odwiedza swój zakład pracy	tak	4,07	2,00	P < 0,05*
	nie	2,94	2,02	
R. posiadała liczne grono przyjaciół w pracy	tak	3,58	1,94	P < 0,05 *
	nie	2,29	2,03	

* – Różnice istotne statystycznie.

Czynnikami zwiększającymi ryzyko niskiej satysfakcji z uprzednich okresów życia kobiet były objawy depresji, stres związany z kontaktami z otoczeniem (środowisko pozarodzinne) oraz fakt bycia w przeszłości ofiarą przemocy.

Czynniki, które zwiększały to ryzyko w przypadku mężczyzn, to podobnie jak u kobiet objawy depresji i fakt bycia w przeszłości ofiarą przemocy oraz konieczność dawania wsparcia finansowego dzieciom. Czynniki, które łagodziły ryzyko braku satysfakcji mężczyzn z wcześniejszych okresów życia, to pozytywny obraz własnej osoby oraz praca zawodowa dająca możliwość samodzielnego decydowania o organizacji obowiązków zawodowych i dająca wysokie poczucie własnej wartości.

Zadowolenie z przeszłych okresów życia (niskie vs wysokie (powyżej mediany)) – model regresji logistycznej

Determinanty	Kobiety			Mężczyźni		
	Exp B	95% PU		Exp B	95% PU	
Wykształcenie wyższe niż podstawowe	0,52	0,25	1,08	1,10	0,45	2,74
Stan cywilny: niezamężne/nieżonaci	1,29	0,41	3,99	1,22	0,26	5,70
Pełniła/ł funkcje kierownicze	0,89	0,47	1,68	1,57	0,80	3,08
Pracownik umysłowy	0,82	0,44	1,50	1,54	0,78	3,06
Posiada dzieci	1,14	0,50	2,59	1,43	0,42	4,90
Niskie postrzeganie własnej odporności na choroby	1,33	0,74	2,37	1,60	0,86	2,97

Objawy depresji	**3,75**	**2,16**	**6,51**	**2,86**	**1,51**	**5,44**
Zakres sieci kontaktów społecznych	0,95	0,83	1,08	1,13	0,95	1,34
Obraz własnej osoby	0,84	0,67	1,05	**0,62**	**0,46**	**0,84**
Był/a ofiarą przemocy	**5,85**	**2,12**	**16,17**	**3,83**	**1,17**	**12,57**
Stres związany z kontaktami z otoczeniem	**1,24**	**1,05**	**1,47**	1,09	0,89	1,34
Pomoc dawana dzieciom nie jest obciążeniem	0,90	0,49	1,66	0,56	0,29	1,05
Wsparcie od męża/żony	0,41	0,13	1,24	0,72	0,23	2,24
Najważniejszy w życiu jest kochający mąż/partner/żona/partnerka	0,93	0,42	2,07	0,48	0,20	1,15
Możliwość samodzielnego decydowania o organizacji obowiązków zawodowych	0,88	0,45	1,71	**0,50**	**0,25**	**0,99**
Praca zawodowa dawała poczucie własnej wartości	0,90	0,48	1,69	**0,37**	**0,20**	**0,69**
Posiadał grono przyjaciół w pracy	0,62	0,33	1,16	0,54	0,25	1,17
Wspiera dzieci finansowo	1,47	0,83	2,58	**3,19**	**1,67**	**6,08**
Pomaga dzieciom w pracy zawodowej	0,49	0,12	1,97	0,21	0,03	1,63

Satysfakcja z obecnego okresu życia

Średnie zadowolenia z aktualnego okresu życia u kobiet 65-letnich (5,57) okazało się niższe niż ich rówieśników (6,07) (różnica istotna statystycznie).

Zadowolenie z bieżącego okresu życia

Zadowolenie		Kobiety	Mężczyźni	Test M-W
Zadowolenie z teraźniejszości	Średnia	5,57	6,07	P < 0,05 *
	Odch. Std.	2,81	2,69	
	Mediana	6	6	
	1 kwartyl	3	4	
	3 kwartyl	8	8	
		Możl. min = 0	Możl. max = 13	

* – Różnice istotne statystycznie.

Zadowolenie z aktualnego okresu życia kobiet rosło wraz z ich poziomem wykształcenia (różnica istotna statystycznie). Satysfakcja z obecnego okresu życia była najwyższa u kobiet żyjących w związkach małżeńskich lub rozwiedzionych, najniższa zaś u wdów. Wyższa była także wśród kobiet zamieszkujących w rodzinie dwu- lub trzypokoleniowej oraz respondentek urodzonych w średniej wielkości miastach.

Satysfakcja kobiet z obecnego życia w zależności od czynników społeczno-demograficznych

Uwarunkowania		Średnia	Odch. std.	Test K-W
Wykształcenie	podstawowe lub niższe	4,36	2,63	P < 0,05 *
	zasadnicze zawodowe	5,90	2,38	
	średnie	5,76	2,81	
	wyższe	6,48	2,88	
Stan cywilny	mężatka lub ma partnera	5,80	2,74	P > 0,05
	wolny przez całe życie	5,14	3,02	
	wdowa	5,01	2,87	
	rozwiedziona	6,00	2,80	
Zamieszkiwanie	tylko z mężem/partnerem	5,87	2,68	P > 0,05
	samotne	5,01	3,04	
	(także) z dziećmi/wnukami	5,74	2,82	
	(także) z innymi osobami	5,38	2,76	
Miejsce urodzenia	Kraków	5,58	2,84	P > 0,05
	inne miasto/miasteczko	5,86	3,10	
	wieś	5,38	2,61	

* – Różnice istotne statystycznie.

W przypadku mężczyzn satysfakcja z życia również wzrastała z poziomem wykształcenia, była najwyższa u osób żyjących w związkach małżeńskich lub rozwiedzionych, natomiast najniższa u osób stanu wolnego. Zadowolenie z aktualnego okresu życia było wyższe u mężczyzn zamieszkujących z żoną lub dziećmi/wnukami, a najniższe u respondentów zamieszkujących z obcymi osobami. Mężczyźni urodzeni w średniej wielkości miastach charakteryzowali się najwyższym poziomem satysfakcji z życia, najniższym zaś urodzeni na wsi (różnice istotne statystycznie).

Stopień zadowolenia kobiet z teraźniejszości zależał od wsparcia ze strony dzieci i wnuków (5,75 vs 4,96), faktu uznawania kochającego partnera za najważniejszą wartość w życiu (6,02 vs 5,07), przekonania, że pomoc dawana dzieciom nie jest obciążeniem (5,98 vs 5,39), stwierdzenia, że pomoc dawana dzieciom nie ogranicza czasowo (5,75 vs 4,96), znajdowania pomocy u partnera w razie pojawienia się problemów (5,97 vs 4,80), od okazywania uczucia przez partnera (6,26 vs 5,01), przekonania o dostatecznym zaangażowaniu partnera w związek (6,12 vs 4,98), posiadania wystarczających zasobów finansowych (6,5 vs 5,1), odczuwania szczęścia w okresie ostatniego roku (6,57 vs 4,64).

Stopień zadowolenia kobiet z teraźniejszości był niższy u kobiet w rodzinach, w których występowały konflikty (5,26 vs 5,86), które były w przeszłości ofiarami przemocy (5,33 vs 5,63), w szczególności ze strony dzieci (5,61 vs 1,5), które miały poczucie braku zrozumienia ze strony partnera (5,03 vs 5,69), w rodzinach których występowały problemy z alkoholem lub narkotykami (4,44 vs 5,70), które wykazywały chęć zmiany kręgu znajomych (3,74 vs 5,67), w rodzinach których pewne osoby miały kłopoty finansowe (5,03 vs 5,77) albo w szkole lub na uczelni (4,3 vs 5,64), w rodzinach których ktoś utracił pracę (lub zmienił na gorszą) (4,79 vs 5,78), a także te, w małżeństwach, w których w ostatnim roku wzrosła ilość konfliktów z partnerem (4,27 vs 5,95).

Stopień satysfakcji z teraźniejszości był wyższy u mężczyzn, którzy otrzymywali wsparcie od partnerki (6,51 vs 4,61) lub ze strony rodzeństwa (6,74 vs 5,95), którzy uznawali za najważniejszą wartość w życiu kochającą partnerkę (6,55 vs 4,81) lub szczęście dzieci i wnuków (6,27 vs 5,41), którzy dawali dzieciom wsparcie emocjonalne (6,62 vs 5,83), dla których dawana dzieciom pomoc nie jest obciążeniem (6,54 vs 5,8) i nie ogranicza czasowo (6,42 vs 5,71). Wyższą satysfakcją z obecnego okresu życia charakteryzowali się ci mężczyźni, którzy znajdowali zrozumienie u partnerki, gdy mieli problemy (6,34 vs 4,86), którzy byli w przeszłości ofiarami przemocy (6,48 vs 6,08), którym partnerki okazywały swoje uczucia (6,46 vs 4,69), którzy byli przekonani o dostatecznym zaangażowaniu partnerki w związek (6,52 vs 4,52), posiadali wystarczające zasoby finansowe (6,96 vs 5,45), odczuwali szczęście w okresie ostatniego roku (6,96 vs 5,08).

Zadowolenie z teraźniejszości mężczyzn zależało od odczuwania braku zrozumienia u partnerki (5,42 vs 6,23), postrzegania jednego z dzieci za nieszczęśliwe (5,27 vs 6,25) lub martwienia się z powodu jednego z dzieci (5,09 vs 6,28), problemów z alkoholem lub narkotykami w rodzinie (4,6 vs 6,2), chęci zmiany kręgu znajomych (3,67 vs 6,16), wzrostu ilości konfliktów z partnerką w ostatnim roku (4,11 vs 6,41).

Wyższym poziomem satysfakcji z obecnego życia odznaczały się kobiety kontynuujące pracę zawodową, która wymagała stałego doskonalenia się oraz wysiłku umysłowego i pozwalała na samodzielne decydowanie o organizacji zajęć. Większe zadowolenie z obecnego życia stwierdzono u kobiet, które czerpały satysfakcję z wykonywanej pracy, które pracowały w przyjaznym środowisku społecznym, którym praca dawała dobre zarobki i poczucie własnej wartości. Większą satysfakcję z życia potwierdzały także kobiety posiadające liczne grono przyjaciół w miejscu pracy, utrzymujące nadal kontakty towarzyskie z kolegami i koleżankami z pracy, uczestniczące w spotkaniach towarzyskich przez nich organizowanych i chętnie odwiedzające zakład pracy. Czynnikiem obniżającym satysfakcję z obecnego okresu życia było wykonywanie pracy wymagającej wysiłku fizycznego.

Satysfakcja z życia w zależności od czynników charakteryzujących historię zawodową kobiet

Uwarunkowania		Średnia	Odch. std.	Test M-W
Nadal pracuje	nie	5,47	2,83	P < 0,05 *
	tak	6,89	2,12	
Praca zawodowa wymagała od R. stałego doskonalenia się	tak	6,25	2,62	P < 0,05 *
	nie	4,78	2,81	
Praca zawodowa wymagała od R. wysiłku fizycznego	tak	5,16	2,56	P < 0,05 *
	nie	5,90	2,93	
Praca zawodowa wymagała od R. wysiłku umysłowego	tak	6,13	2,68	P < 0,05 *
	nie	4,77	2,79	
R. mogła samodzielnie decydować o organizowaniu swojej pracy	tak	6,25	2,76	P < 0,05 *
	nie	5,08	2,73	
R. miała dużo do powiedzenia w sprawach swoich obowiązków służbowych	tak	6,25	2,86	P < 0,05 *
	nie	5,20	2,69	
Wykonywana przez R. praca była źródłem zadowolenia	tak	5,83	2,76	P < 0,05 *
	nie	4,38	2,74	

Wykonywana przez R. praca dawała szansę przebywania z miłymi ludźmi	tak	5,88	2,74	P < 0,05 *
	nie	4,03	2,60	
Wykonywana przez R. praca dawała dobre zarobki	tak	6,45	2,64	P < 0,05 *
	nie	5,24	2,79	
Pracując, R. czuła się ważna	tak	6,24	2,85	P < 0,05 *
	nie	5,14	2,67	
R. utrzymuje nadal kontakty towarzyskie z kolegami/żankami z pracy	tak	6,22	2,54	P < 0,05 *
	nie	4,68	2,91	
R. uczestniczy w imprezach towarzyskich organizowanych przez kolegów/żanki z pracy	tak	6,29	2,72	P < 0,05 *
	nie	5,34	2,79	
R. chętnie odwiedza swój zakład pracy	tak	6,46	2,56	P < 0,05*
	nie	5,37	2,82	
R. posiadała liczne grono przyjaciół w pracy	tak	6,11	2,52	P < 0,05 *
	nie	4,51	3,06	

* – Różnice istotne statystycznie.

Większym stopniem zadowolenia z obecnego okresu życia odznaczali się mężczyźni kontynuujący pracę zawodową, pełniący funkcje kierownicze, których praca zawodowa wymagała stałego doskonalenia się oraz wysiłku umysłowego, a także pozwalała na samodzielne decydowanie o organizowaniu swojej pracy. Większą satysfakcję z obecnego okresu życia stwierdzono u mężczyzn, którzy czerpali satysfakcję z wykonywanej pracy, pracowali w przyjaznym środowisku społecznym, którym praca dawała dobre zarobki i wysokie poczucie własnej wartości. Większą satysfakcję z życia zgłaszali także mężczyźni posiadający liczne grono przyjaciół w miejscu pracy, utrzymujący nadal kontakty towarzyskie z kolegami i koleżankami z pracy, uczestniczący w spotkaniach towarzyskich organizowanych przez nich poza miejscem pracy i chętnie odwiedzający swój zakład pracy. Czynnikiem obniżającym satysfakcję z obecnego okresu życia było wykonywanie pracy wymagającej wysiłku fizycznego.

Czynnikami zwiększającymi ryzyko braku zadowolenia z obecnego okresu życia w przypadku kobiet okazały się: objawy depresji oraz praca zawodowa, która przytłaczała ciężarem obowiązków, natomiast zmniejszały to ryzyko zadowolenie z wcześniejszych okresów życia, pozytywny obraz własnej osoby, liczne grono przyjaciół w miejscu pracy, cele wydatkowania dodatkowych pieniędzy (cele charytatywne).

Zadowolenie z aktualnego okresu życia (niskie vs wysokie (powyżej mediany)) – model regresji logistycznej

Determinanty	Kobiety			Mężczyźni		
	Exp B	95% PU		Exp B	95% PU	
Zadowolenie z przeszłych okresów życia	**0,80**	**0,65**	**0,99**	**0,74**	**0,58**	**0,93**
Samoocena stanu zdrowia: zła vs dobra	1,13	0,50	2,58	1,23	0,51	2,98
Pogorszenie stanu zdrowia z ciągu ostatniego roku	1,44	0,65	3,20	1,01	0,46	2,24
Postrzeganie własnej odporności na choroby: niskie vs wysokie	1,30	0,55	3,04	0,71	0,31	1,62

Nasilenie objawów depresji	**1,30**	**1,11**	**1,53**	**1,32**	**1,12**	**1,55**
Ilość chorób	0,96	0,84	1,11	1,15	0,98	1,34
Niezależność w czynnościach GARS	0,95	0,85	1,07	0,98	0,87	1,11
Zachowania antyzdrowotne	1,03	0,70	1,52	1,12	0,78	1,61
Obraz własnej osoby	**0,59**	**0,42**	**0,83**	0,82	0,58	1,17
Stres związany z kontaktami z otoczeniem	1,02	0,82	1,27	**1,30**	**1,01**	**1,69**
Wykonywana praca przytłaczała ciężarem obowiązków	**2,46**	**1,02**	**5,91**	**0,41**	**0,18**	**0,93**
Liczne grono przyjaciół w miejscu pracy	**0,38**	**0,15**	**0,94**	1,36	0,57	3,21
Udzielanie wsparcia finansowego dzieciom	0,94	0,42	2,10	**2,60**	**1,22**	**5,53**
Niespodziewane otrzymane pieniądze przeznaczyłby/łaby na cele charytatywne	**0,34**	**0,12**	**0,97**	0,50	0,19	1,35
Niespodziewane otrzymane pieniądze przeznaczyłaby/łby podróże	0,49	0,21	1,12	**0,40**	**0,17**	**0,94**
Wsparcie ze strony partnera	1,81	0,61	5,37	0,49	0,15	1,57
Wsparcie rodzeństwa	1,54	0,52	4,56	0,42	0,15	1,19
Kłopoty w szkole lub na uczelni członka rodziny	0,12	0,01	1,54	0,59	0,11	3,15

Standaryzowano na: poziom wykształcenia, stan cywilny, zamieszkiwanie.

Czynnikami, które w przypadku mężczyzn zwiększały ryzyko braku satysfakcji z obecnego okresu życia były: objawy depresji, stres związany z kontaktami z otoczeniem, udzielanie wsparcia finansowego dzieciom, natomiast satysfakcji sprzyjały zadowolenie z wcześniejszych okresów życia, praca zawodowa stawiająca wymagania, cele wydatkowania pieniędzy (podróże).

Rozdział 12

Podsumowanie wyników

Przyjęcie dynamicznego modelu wielowymiarowo rozumianego zdrowia z perspektywy przebiegu historii życia *life course approach* miało na celu pokazanie zasobów biologicznych i psychospołecznych, z którymi przede wszystkim kobiety (ale na zasadzie porównania również mężczyźni) wchodzą w umownie nazwany „wiek starszy". Dotychczas okres zmian związanych z zaprzestaniem aktywności zawodowej rozpatrywany był przede wszystkim w odniesieniu do mężczyzn, przejście na emeryturę postrzegane było jako jedno z najbardziej zagrażających zdrowiu i życiu mężczyzn stresujące wydarzenie życiowe – jako „brzytwa", która przyczynia się do nagłego wzrostu umieralności i zaburzeń w stanie zdrowia. Z tej przyczyny to właśnie na mężczyznach koncentrowano głownie uwagę, zakładając, że przejście kobiet na emeryturę jest czymś bardziej naturalnym – powrotem do lub skoncentrowaniem się na tradycyjnych rolach kobiecych, które i tak były przez zdecydowaną większość kobiet dotychczas wykonywane na zasadzie dzielenia lub godzenia ich z aktywnością zawodową.

Postrzeganie sytuacji kobiet w okresie przejścia na emeryturę w kategoriach powrotu do tradycyjnych ról kobiecych (prowadzenia własnego domu lub domu dorosłych dzieci, roli opiekunek wnuków lub członków rodziny wymagających pomocy ze względu na stan zdrowia), co oznaczało często przyjęcie na siebie roli związanej z wyręczaniem własnych dzieci i wnuków w wielu czynnościach dnia codziennego, mogło oznaczać, według Domańskiego (1999), że kobiety akceptują taki układ ról (nie zawsze dla nich korzystny), mają świadomość, że narzucane są im role nastawione na innych, nie na siebie, ale nie protestują przeciwko takim układom lub też podporządkowując się tradycji, przyjmują na siebie narzucone im role w okresie emerytury, nie czując się upośledzone. Takie postrzeganie roli kobiety „na emeryturze" przysłoniło fakt, że obecne kobiety 65-letnie należą do już do generacji kobiet lepiej wykształconych (w przeciwieństwie do kobiet pochodzących z wcześniejszych kohort), szczególnie odnosi się to do mieszkanek miast), które (bez względu na motywy podejmowania pracy zawodowej były od czasu swej młodości przez cały wiek dojrzały związane z zatrudnieniem w pełnym wymiarze godzin i dla których zaprzestanie aktywności zawodowej może stanowić również pewien problem adaptacyjny. Polskie kobiety o około dwadzieścia lat wcześniej niż np. kobiety angielskie (Arber, 1997) zostały masowo włączone w rynek pracy (62% ogółu dorosłych kobiet w porównaniu do 73%

mężczyzn; Domański, 1999) i ich pozycja na tym rynku pracy była wyraźna, jakkolwiek proces transformacji polityczno-społecznej odbił się również na szansach kobiet w utrzymaniu pracy. Na przykład przeprowadzone w 1996 roku w Polsce badania pokazały, iż 61,9% kobiet uważa, że mają mniejszą szansę na znalezienie pracy, ale równocześnie większą szansę utraty pracy (47,9%), mniejsze możliwości zrobienia kariery zawodowej (43,3%), awansowania na wyższe stanowisko (51,9%), uzyskania wyższych zarobków (59,3%) (Domański, 1999). Przemiany, jakie w sytuacji społecznej kobiet dokonały się w Polsce, dotknęły inne kraje znacznie później, np. w Anglii do lat siedemdziesiątych większość kobiet zajmowała się wyłącznie pracą domową (również w pełnym wymiarze godzin), od lat siedemdziesiątych struktura rynku wskazuje na wzrost zatrudnienia kobiet, niemniej często na niepełnym etacie i wykonujących pracę gorzej płatną (Arber, 1997).

Łączenie w przypadku współczesnych 65-latek pracy zawodowej z pracą na rzecz środowiska domowego i rodziny w warunkach polskich oznaczało szereg obciążeń wynikających przede wszystkim z warunków ekonomicznych i organizacji życia w okresie minionym.

Według Titkow (1993), można było oczekiwać, że masowe wejście polskich kobiet na rynek pracy i łączenie przez nie pracy zarobkowej z pracą w środowisku domowym doprowadzi do poczucia „przeciążenia", jednak tak się nie stało. Podobne wnioski dotyczące pozytywnego znaczenia pracy zawodowej dla samopoczucia kobiet wynikają z badań przeprowadzonych w innych krajach, gdzie przez dłuższy okres niż w Polsce statusem dominującym dla kobiety był status gospodyni domowej.

Większość prowadzonych dotychczas badań w Polsce nad zróżnicowaniem jakości życia kobiet i mężczyzn odnosiła się do osób już zdefiniowanych z racji wieku emerytalnego jako osoby starsze lub w bardzo zaawansowanym wieku.

Brak jest natomiast badań, które próbowałyby określić jakość życia w momencie niejako przełomowym – na granicy kończącego się wieku „dojrzałego" i zaczynającego się wieku starszego lub tzw. wczesnej starości.

Prognozy dla Polski systematycznego wzrostu odsetka kobiet w wieku podeszłym mobilizują do zadania pytania o ich jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia, tak w wymiarze wskaźników obiektywnych, jak i przede wszystkim subiektywnych.

Brak badań dotyczących tego „pogranicza", w którym rozgrywają się główne i niezwykle istotne zmiany oraz przemieszczenia w statusach społecznych (przede wszystkim wynikające z zaprzestania aktywności zawodowej i przejścia na emeryturę), stwarza trudności znalezienia wyników referencyjnych.

Pokazanie zasobów bio-psycho-społecznych w momencie wkraczania w wiek starszy jest niezwykle istotne ze względu na konieczność zdefiniowania czynników ryzyka wieku podeszłego. Na podstawie dotychczasowych badań do takich zagrożeń zaliczano wiek, płeć, choroby przewlekłe, choroby współistniejące, stan funkcjonalny i sprawność psychiczną, brak lub oddziaływanie wsparcia społecznego. Do czynników warunkujących zdrowy wiek podeszły, pełen sukcesów wiek podeszły, „wydajny" wiek podeszły zalicza się samodzielność i niezależność w czynnościach dnia codziennego, subiektywną ocenę stanu zdrowia. Różne definicje wieku starszego (podeszłego) zwykle odwołują się do takich wskaźników obiektywnych jak brak ograniczeń w funkcjonowaniu, ale także do wskaźników subiektywnych, tj. samooceny stanu zdrowia i adaptacji do procesu starzenia akceptowanego przez jednostkę. Według Bryant (2001), dla osób starszych wiekiem symbolem zdrowia jest sprawność, samodzielność – zatem

zdrowie jest utożsamiane ze zdolnością do funkcjonowania w sposób możliwy do zaakceptowania przez jednostkę lub grupę, do której ta jednostka należy. Jakość życia w wieku starszym postrzegana jest poprzez relacje w grupie rodzinnej, więzi społeczne, zdrowie fizyczne, mobilność, zasoby materialne, aktywność, „młodość duchem", szczęście. Tak rozumiane pojęcie zdrowia w wieku starszym jest ściśle zależne od komponenty kulturowej i społecznej, zgodnie z którą wiek starszy oznacza okres wolności od społecznych wyzwań i zagrożeń (Bryant, 2001), niemniej kulturowo wyznaczone oczekiwania i normy warunkują jakość życia w wieku podeszłym, również poprzez brak jasno zdefiniowanych ról.

Jakie zatem czynniki pochodzące z wcześniejszych okresów życia mogą być predyktorami negatywnych uwarunkowań jakości życia w wieku starszym i czy w sytuacji znaczących zmian w uwarunkowaniach życiowych kobiet wchodzących obecnie w wiek starszy można nadal mówić o psychospołecznych odmiennościach w zależności od płci w przewidywanej jakości życia w miarę procesu starzenia się.

Status kobiety starszej wiekiem w naszym kraju wyznacza jej pozycja przede wszystkim w rodzinie, ale także uprzednia pozycja w środowisku pracy i w innych grupach lub kręgach, w których starsza kobieta dotychczas uczestniczyła. Każda z tych grup oznacza pewną sieć interakcji społecznych, określających miejsce zajmowane przez kobietę starszą wiekiem w układzie ich wzajemnych relacji. Te statusy w przypadku kobiety starszej wiekiem mogą wynikać z roli żony, matki, babci, prababci, siostry, rzadziej córki swych bardzo starych rodziców, ale również ze związanych z tymi rolami układami więzi emocjonalnych lub z funkcji pełnionych przez kobiety starsze wiekiem wobec innych członków rodziny, ale i przez innych członków rodziny wobec nich (np. pomoc w prowadzeniu domu, czynnościach i zajęciach gospodarskich, opieka nad wnukami, także opieka nad własnym współmałżonkiem, rodzeństwem lub rodzicami w bardzo zaawansowanym wieku, dzielenie wspólnego mieszkania i prowadzenie wspólnego gospodarstwa czy wzajemne wsparcie finansowe). Specyfika polskich uwarunkowań powoduje, że niejednokrotnie kobiety starsze wiekiem wszystkie oszczędności przeznaczają na potrzeby swoich dorosłych dzieci lub wnuków.

Zaprezentowane w tym opracowaniu wyniki badań kohortowych w grupie 65-letnich kobiet – mieszkanek Krakowa i w grupie porównawczej (65-letnich mężczyzn) w wielu punktach przyniosły wyniki inne niż dotychczasowe i pokazały, że uwarunkowania młodszych kohort starszych kobiet różnią się od psychospołecznych uwarunkowań jakości życia kobiet należących do starszych roczników.

Badane kobiety w wieku 65 lat charakteryzowały się w przeszłości wertykalną mobilnością społeczną (w porównaniu do statusu ich rodziców), podkreślić również należy, że blisko 55% pośród nich odznaczało się wykształceniem średnim lub wyższym (i wyższym statusem osiągniętym poprzez wykształcenie w porównaniu do ich rówieśników mężczyzn). Często wysuwany argument, że różnice w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn wynikają z większego zaangażowania w pracę zawodową (zarobkową), w tym badaniu nie odgrywa roli, gdyż „szanse" konsekwencji zdrowotnych wynikających z narażenia na czynniki środowiska pracy i z historii zawodowej są takie same pod względem zaangażowania w tę formę aktywności, pomimo że trochę różne z uwagi na odmienność pozycji zawodowych i samooceny psychospołecznego środowiska pracy. Prawie wszystkie badane 65-letnie kobiety pracowały zawodowo (97,8%), różnice pomiędzy nimi i ich rówieśnikami w kontynuacji pracy zawodowej w momencie

badania wynikały z odmiennych przepisów regulujących zasady przechodzenia kobiet i mężczyzn na emeryturę.

Trudności w osiąganiu wyższych (kierowniczych) stanowisk przez kobiety z tej generacji potwierdza fakt mniejszej liczby respondentek zajmujących w przeszłości stanowiska kierownicze. Podkreślić należy znaczenie różnych wymiarów psychospołecznego środowiska pracy dla analizowanych wskaźników stanu zdrowia i satysfakcji z obecnego i minionego okresu życia. Na uwagę zasługuje również fakt podobnego znaczenia uwarunkowań psychospołecznego środowiska pracy tak dla kobiet, jak i dla mężczyzn.

Pozycja kobiety w rodzinie i pełnione przez nią role w różnych fazach życia rodzinnego, w tym również w okresie przejścia na emeryturę, były przedmiotem licznych analiz, uwzględniających specyfikę rodzin funkcjonujących w polskich warunkach, przede wszystkim w perspektywie konsekwencji zmian związanych z transformacją (Giza-Poleszczuk, 1993; Czekanowski, 1995; Tryfan, 1996; Slany, 1996; Tryfan, 1997; Dąbrowska-Caban, 1997; Slany, 2000; Dąbrowska-Caban, 2001; Domański, 2001; Slany, 2001; Graniewska, 2001; Szukalski, 2001).Wielokrotnie podkreślana była odmienność pozycji starszej wiekiem polskiej kobiety w rodzinie w porównaniu do mężczyzn, a także starszych wiekiem kobiet w krajach Europy Zachodniej. Odmienność ta polega na stosowaniu przez młodsze generacje, ale i biernej akceptacji przez same kobiety ról w rodzinie wynikających z zasady użyteczności i wykorzystywania ich do różnych form wsparcia instrumentalnego na rzecz dzieci i wnuków. Ta „wymuszona" czy też akceptowana potrzeba bycia użyteczną dla młodszych generacji jest wynikiem potrzeby dzielenia więzi emocjonalnych z młodszymi członkami rodziny. Ostatnie lata przyniosły również wzrost zapotrzebowania na wsparcie materialne ze strony rodziców, dziadków na rzecz młodszych generacji ich rodzin, co powoduje odwrócenie kierunków wsparcia – można się spodziewać, że to starsi rodzice mogą oczekiwać w myśl zasad wymiany społecznej wsparcia materialnego od swoich dzieci. Uwarunkowania dotyczące wcześniejszych okresów życia wyraźnie odznaczają się na ocenie sytuacji rodzinnej przez 65-latki. Zdecydowana większość kobiet 65-letnich opowiadała się za modelem partnerskim rodziny, jakkolwiek ten idealny dla nich model nie był realizowany w ich własnych rodzinach i większość z nich przyznała, że dzieliła obowiązki związane z aktywnością zawodową z ciężarem obowiązków wynikających z ról rodzinnych. To, co uderza z wyników badań, to odmienny sposób pojmowania wsparcia przez kobiety i mężczyzn, ale i odmienne zasoby wsparcia emocjonalnego ze strony partnera życiowego (znacznie większe i lepiej funkcjonujące u mężczyzn niż u kobiet). Ocena emocjonalnych wymiarów życia małżeńskiego była bardziej pozytywna w przypadku mężczyzn niż kobiet (o tym świadczą również dane dotyczące przemocy doznawanej przez kobiety od partnera).

W świetle uzyskanych rezultatów status społeczny wynikający z wykształcenia i uprzedniej pozycji zawodowej był istotnym zasobem warunkującym poszczególne wymiary zdrowia subiektywnego i satysfakcji życiowej. Interesujące są również rozbieżności pomiędzy kobietami a mężczyznami co do modelu tradycyjnej rodziny – wśród kobiet 65-letnich (z perspektywy ich własnego doświadczenia życiowego) przeważa pogląd o partnerskim modelu rodziny, dającym kobiecie szansę na aktywność zawodową i wspólne z mężem dzielenie się obowiązkami domowym, podczas gdy ich rówieśnicy nadal okazują się tradycjonalistami i zwolennikami rodziny, w której pracuje mąż, a żona zajmuje się domem i wychowywaniem dzieci. Można

stąd wnioskować, że doświadczenie życiowe kobiet 65-letnich, wynikające z ich aktywności zawodowej i obowiązków domowych, nie wykształciło w nich przekonania o wyższości tradycyjnego modelu rodziny, w którym kobieta nie pracuje zawodowo, lecz ogranicza swą aktywność wyłącznie do środowiska domowego.

Analiza sytuacji rodzinnej badanych kobiet wskazuje, że w wielu sytuacjach ich mężowie zawodzą jako partnerzy w dzieleniu problemów życiowych, dawaniu wsparcia (o czym świadczy fakt, że nie byli wskazywani jako pierwsze źródło wsparcia dla kobiet); przyczyny konfliktów w rodzinach badanych kobiet związane z nieakceptowanymi zachowaniami małżonków, a ponadto dane dotyczące przemocy ze strony partnera życiowego (jakkolwiek dotyczące tylko niewielkiej grupy kobiet) składają się na ten mniej korzystny dla kobiet obraz ich związku małżeńskiego, w niższym niż u mężczyzn stopniu stanowiącego o zasobach psychospołecznych kobiety, tym bardziej że ich rówieśnicy mężczyźni wskazują na żony jako główne źródło wsparcia i zrozumienia w trudnych sytuacjach życiowych.

Badania potwierdziły, że sytuacja życiowa (ekonomiczna, mieszkaniowa) młodszych wiekowo rodzin (dzieci, wnuków) zmusza zdecydowaną większość badanych 65-latków (w wyższym stopniu mężczyzn) do udzielania wsparcia materialnego swoim dzieciom. Ten fakt konieczności udzielania wsparcia dzieciom/wnukom przez starszych wiekiem rodziców wpływa na jakość życia w późniejszych okresach życia podeszłego, kiedy to wydatki związane z potrzebami zdrowotnymi zwiększają się, a także wyczerpują się uprzednie zapasy materialne i finansowe. Różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami zaznaczają się w podchodzeniu do wsparcia okazywanego dzieciom (u kobiety decydują względy emocjonalne, u mężczyzn – poczucie obowiązku).

Wyniki dotyczące różnych wymiarów subiektywnego zdrowia nie zawsze potwierdziły różnice (jak to ma miejsce w innych przytaczanych badaniach) pomiędzy kobietami a mężczyznami w percepcji stanu zdrowia, ale równocześnie pokazały całą złożoność uwarunkowań pozamedycznych decydujących o postrzeganiu zdrowia, korzystaniu z pomocy medycznej. Wiele uwarunkowań wykazanych w wielowymiarowych analizach okazało się pełnić podobną rolę w odniesieniu także do kobiet, mimo że dotychczas dostrzegano ich rolę tylko w odniesieniu do mężczyzn.

Piśmiennictwo

1. Ames G.M., Rebhum L.A.: *Women, alcohol and work: interactions of gender, ethnicity and occupational culture.* 1996, Soc. Sci. Med., 43, 11, 1649.

2. Anderson J., Blue C., Lau A.: *Women's perspectives on chronic illness: ethnicity, ideology and restructuring of life.* 1991, Soc. Sci. Med., 33, 2, 101–113.

3. Anson O., Paran E., Neumann L., Chernichovsky D.: *Gender differences in health perceptions and their predictors.* 1993, Soc. Sci. Med., 36, 4, 419–427.

4. Appels A., Bosma H., Grabauskas V., Gostautas A., Sturmans F.: *Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population.* 1996, Social Science & Medicine, 42, 5, 681–690.

5. Arber S.: *Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990.* 1997, Soc. Science and Medicine, 44, 6, 773-787.

6. Arber S., Ginn J.: *Gender and inequalities in health in later life.* 1993, Soc. Sci. Med., 36, 1, 33-46.

7. Arling G. Strain: *Social support and distress in old age.* 1987, Journal of Gerontology, 42, 1, 107–113.

8. Avis N., E., Stellato R., Crawford S., Bromberger J., Ganz P., Cain V., Kagawa--Singer M.: *Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups.* 2001, Soc. Sci. Med., 52, 3, 345.

9. Backett K., Davision C.: *Life course and life style: The social and cultural location of health behaviours.* 1995, Soc. Sci. Med., 40, 5, 629–638.

10. Baron-Epel O., Kaplan G.: *General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference?* 2001, Soc. Sci. Med., 53, 10, 1373.

11. Barusch A., Spaid W.: *Gender differences in caregiving: why do wives raport greater burden?* 1989, The Gerontological Society of America, 29, 5.

12. Beckett M., Goldman N., Weinstein M., Lin I-L., Chuang Y-L.: *Social environment, life challenge, and health among the elderly in Taiwan.* 2002, Soc. Sci. Med., 55, 2, 191.

13. Ben-Shlomo Y., Kuh D.: *A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives.* 2002, International Journal of Epidemiology, 31, 285–293.

14. Benyamini Y., Leventhal E.A., Leventhal H.: *Elderly people's rating of the importance of health-related factors to their self-assessments of health.* 2003, Soc. Sci. Med., 56, 1661–1667.

15. Berkman L. F. Glass T., Brissette I. Seeman T.E.: *From social integration to health: Durkheim in the new millenium.* 2000, Soc. Sci. Med., 51, 843–857.

16. Berkman L.F., Glass T.: *Social networks, social support, and health.* W: *Social Epidemiology*, ed. Berkman L.F., Kawachi I., University Press, Oxford 2000, 137–173.

17. Bień B., Pedich W.: *Wpływ transformacji społeczno-politycznej w Polsce na jakość życia ludzi starych.* 1995, Gerontologia Polska, 3, 3–4, 21–32.

18. Bień B.: *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych.* W: *Polska Starość*, red. Synak B.,Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.

19. Bilikiewicz A.: *Wydłużenie się życia ludzkiego: refleksja filozoficzno-medyczna.* 1997, Gerontologia Polska, 5, 1, 43–47.

20. Blane D., Berney L., Montgomery S.M.: *Domestic labour, paid employment and women's health: analysis of life-course data.* 2001, Soc. Sci. Med., 52, 959–965.

21. Blazer D.G.: *Social support and mortality in an elderly community population.* 1982, American Journal of Epidemiology, 115, 5, 684–694.

22. Bonita R., Howe A.: *Older women in a aging world: Achieving health across the life course.* 1996. W: *Health security for women.* World Health Statistics, 49, 2, 134–141.

23. Borg V., Kristensen T.S.: *Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment?* 2000, Soc. Sci. Med., 51, 7, 1019.

24. Bowling A.: *Measuring Health – A Review of Quality of Life Measurement Scales Open University Press*, Buckingham 1997, Philadelphia.

25. Brezinka V., Kittel F.: *Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review.* 1996, Soc. Sci. Med., 42, 10, 1351–1365.

26. Cadoret J.R., Widmer B.R.: *The development of depressive symptoms in elderly following onset of severe physical illness.* 1988, The Journal of Family Practice, 27, 1, 71–76.

27. Carmel S.: *The will to live: gender differences among elderly persons.* 2001, Soc. Sci. Med., 52, 949–958.

28. Cerhan J.R., Wallace R.B.: *Change in social ties and subsequent mortality in rural elders.* 1997, Epidemiology, 8, 5, 475–480.

29. Chamberlain K.: *Value dimensions, cultural differences and the prediction of perceived quality of life.* 1985, Social Indicator Research, 17, 345–401.

30. Coburn D.: *Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism.* 2000, Soc. Sci. Med., 51, 1, 135.

31. Cohen G.: *Age nad health status in a patient satisfaction survey.* 1996, Soc. Sci. Med., 42, 7, 1085.

32. Cohen-Mansfield J., Golander H., Arnheim G.: *Self-identity in older persons suffering from dementia: preliminary results.* 2000, Soc. Sci. Med., 51, 3, 381.

33. Cox T., Thirlaway M. i in.: *The nature and assessment of general well-being.* 1983, J. of Psychosomatic Research, 27, 5, 353–359.

34. Crets S.: *Determinants of the use of ambulant social care by the elderly.* 1996, Soc. Sci. Med., 43, 12, 1709.

35. Cubbins L.A., Szflarski M.: *Family effects on self-reported health among Russian wives and husbands.* 2001, Soc. Sci. Med., 53, 12, 1653.

36. Czarnota E.: *Rodzina wobec problemu samobójstw nieletnich.* 2000, Problemy Rodziny, 1 (229), 44–47.

37. Czekanowski P.: *Pomoc rodzinna i pozarodzinna w życiu osoby starszej.* 1995, Gerontologia Polska, 1995, 3, 1–2, 20–25.

38. Dąbrowska-Caban Z.: *Nietypowe związki małżeńskie w Polsce: doniesienia badawcze.* Problemy Rodziny, 2001, 3 (237), 32–40.

39. Dąbrowska-Caban Z.: *Partnerstwo w rodzinie i na rzecz rodziny.* 1997, Problemy Rodziny, 5–6 (215–216), 21–28.

40. Dąbrowska-Caban Z.: *Z badań nad małżeństwem w Polsce: uwarunkowania i właściwości.* 2001, Problemy Rodziny, 2 (236), 3–12.

41. Dean K., Holstein B.E.: *Health promotion among the elderly.* W: *Health Promotion Research*, red. Badura B., Kickbusch J., 1991, WHO, 37.

42. Defey D., Storch E., Cardozo S., Diaz O, Fernandez G.: *The menopause: women's psychology and health care*. 1996. Soc. Sci. Med., 42, 10, 1447–1456.

43. Dięgielewska M.: *Starość w rodzinach polskich*. 1999, Problemy Rodziny, 2–3 (224–225), 3–5.

44. Długosz Z.: *Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności w Polsce na tle Europy ze szczególnym uwzględnieniem państw Unii Europejskiej*. W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 85–95.

45. Domański H., Dukaczewska A.: *Mąż i żona; czyja pozycja decyduje o identyfikacji z klasa społeczną*. 1997, Studia Socjologiczne, 2 (145), 105–136.

46. Domański H.: *Nierówności płci w świadomości kobiet*. 1999, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 16, r. VI, 29–47.

47. Domański H.: *Zbieżność pozycji społecznej małżonków a rekompozycja systemu uwarstwienia*. 2001, Studia Socjologiczne, 1 (160), 7–32.

48. Drummond M.F: *Resource allocation decisions in health care: A role for quality of life assessments*. 1987, J. Chron. Dis., 40, 6, 605–616.

49. Dubnicka B.: *Przesłanki powrotu do czynnego życia zawodowego na emeryturze*. W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 180–192.

50. Dudek B., Pabich-Zrobek D.: *Zmiany w sprawności funkcji psychologicznych spowodowane starzeniem się a niezawodność starszych pracowników*. W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 158–169.

51. Ebrahim S.: *Clinical and public health perspectives and applications of health--related quality of life measurement*. 1995, Soc. Sci. Med., 41, 10, 1383–1394.

52. Ell K.: *Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection*. 1996, Soc. Sci. Med., 42, 2, 173.

53. Farquhar M.: *Elderly people's definitions of quality of life*. 1995, Soc. Sci. Med., 41, 10, 1439–1446.

54. Fava G.A.: *Methodological and conceptual issues in research on quality of life*. 1990, Psychother. Psychosom., 54, 70–76.

55. Fenz W., Fogle B.: *Differences between male and female reactions to psychosocial and physical stressors: a review*. Society, stress, and diseases, 3, Oxford University Press, New York, Toronto 1978.

56. Floyd B.J.: *Problems in accurate medical diagnosis of depression in famile patients*. 1997, Soc. Sci. Med., 44, 3, 403.

57. Fojt E., Krzemiński M i in.: *Chorobowość osób w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych*. 1996, Gerontologia Polska, 4, 2, 4–11.

58. Forbes A., Wainwright S.P.: *On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: a critique*. 2001, Soc. Sci. Med., 53, 6, 801.

59. Franks P., Campbell T.L., Shields C.G.: *Social relationships and health: the relative roles of family functioning and social support*. 1992, Soc. Sci. Med., 34, 7, 779.

60. Furnham A.: *Explaining health and illness: lay perceptions on current and future health, the causes of illness, and the nature of recover*. 1994, Soc. Sci. Med., 39, 5, 715–725.

61. Fylkesnes K., Forde O.H.: *Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health*. 1992, Soc. Sci. Med., 35, 3, 271–279.

62. Gibson D.M.: *Interaction and well-being in old age. Is it quantity or quality that counts*. 1986–1987, Int. J. Aging and Human Development, 24, 1, 29–40.

63. Gijsbers van Wijk C.M.T., Van Vliet K.P., Kolk A.M.: *Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women.* 1996, Soc. Sci. Med., 43, 5, 707.

64. Giza-Poleszczuk A.: *Rodzina i system społeczny.* 1993, Studia Socjologiczne, 2 (129), 33–56.

65. Goldman M.B., Hatch M.C.: *Women and Health.* Academic Press, San Diego 2000.

66. Goldman N., Korenman S., Weinstein R.: *Marital status and health among the elderly*, 1995, Soc. Sci. Med., 40, 12, 1717–1730.

67. Gott M., Hinchliff S.: *How important is sex in later life? The views of older people.* 2003, Soc. Sci. Med., 56, 1617–1628.

68. Górecka S., Kozieł R.: *Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności na Dolnym Śląsku.* W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 1056–115.

69. Grabecki M.: *Proces starzenia się ludności b. województwa płockiego. Stan obecny i perspektywy.* W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 116–123.

70. Graniewska D.: *Rodzina a bezrobocie: sytuacja w Polsce.* 2001, Problemy Rodziny, 3 (237), 9–17.

71. Gray D.E.: *Gender and coping: the parents of children with high functioning autism.* 2003, Soc. Sci. Med., 56, 631–642.

72. Grundy E., Holt G.: *Adult life experiences and health in early old age in Great Britain.* 2000, Soc. Sci. Med., 51, 7, 1061.

73. Grundy E., Sloggett A.: *Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances.* 2003, Soc. Sci. Med., 56, 5, 935–947.

74. Halicka M.: *Porównanie wybranych wskaźników sytuacji społecznej i stanu zdrowia ludzi starszych w Polsce, Niemczech i Indii.* 1997, Gerontologia Polska, 5, 3, 59–62.

75. Halik J.: *Społeczne różnice w stanie zdrowia i i dostępie do świadczeń medycznych – główne mechanizmy i uwarunkowania.* 2000, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 19, r. VII, 103–112.

76. Halik J.: *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002.

77. Hall G.B., Nelson G.: *Social networks, social support, personal empowerment, and the adaptation of psychiatric consumers/survivors: path analytic models.* 1996, Soc. Sci. Med., 43, 12, 1743.

78. Henrard J.C.: *Cultural problems of ageing especially regarding gender and intergenerational equity.* 1996, Soc. Sci. Med., 43, 5, 667.

79. Hibbard H.J., Pope R.C.: *Effect of domestic and occupational roles on morbidity and mortality.* 1991, Soc. Sci. Med., 32, 7, 805–811.

80. Higginson I., Priest P.: *Predictors of family anxiety in the weeks before bereavement.* 1996, Soc. Sci. Med., 43, 11, 1621.

81. Hraba J., Lorenz F., Lee G., Pechackova Z.: *Gender differences in health: evidence from the Czech Republic.* 1996, Soc. Sci. Med., 43, 10, 1443.

82. Illsley R., Baker D.: *Contextual variations in the meaning of health inequality.* 1991, Soc. Sci. Med., 32, 4, 359–365.

83. Iwashyna T.J., Christakis N.: *Marriage, widowhood, and health-care use.* 2003, Soc. Sci. Med., 57, 11, 2137–2147.

84. Jefferys M.: *Cultural aspects of ageing: gender and intergenerational issues*. 1996, Soc. Sci. Med., 43, 5, 681.

85. Kagan A.: *Pathogenic aspects of sex roles and relationships: epidemiological considerations*. Society, stress, and diseases, 3, Oxford University Press, New York, Toronto 1978.

86. Kandrack M., Grant K., Segall A.: *Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions*. 1991, Soc. Sci. Med., 32, 5, 579–590.

87. Kane R.A., Kane R.L.: *Assessing the Elderly. A Practical Guide to Measurement*, Lexington Books D.C. Health and Company, Lexington, Massachusetts and Toronto 1983.

88. Kaplan G., Barell V., Lusky A.: *Subjective state of health and survival in elderly adults*. 1988, Journal of Gerontology: Social Sciences, 43, 4, 114–120.

89. Kaplan G., Baron-Epel O.: *What lies behind the subjective evaluation of health status*. 2003, Soc. Sci. Med., 56, 8, 1669–1676.

90. Kardas-Worach H.: *Starość jako wyzwanie – aspekt demograficzny i ubezpieczeniowy*. W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 19–27.

91. Kawachi I., Berkman L.: *Social Cohesion, Social Capital, and Health*. W: *Social Epidemiology*, ed. Berkman L.F., Kawachi I.., University Press, Oxford 2000, 174–190.

92. Kawczyńska-Butrym Z.: *Seniorzy w rodzinie. Przegląd badań*. 1999, Problemy Rodziny, 5–6 (227–228), 33–39.

93. Kelly S.M., Miles-Doan R.: *Social inequality and injuries: do morbidity patterns differ from mortality?* 1997, Soc. Sci. Med., 44, 1, 63.

94. Khlat M., Sermet C., Pape A.L.: *Women's health in relation with thier family and work roles: France in the early 1990s*. 2000, Soc. Sci. Med., 50, 12, 1807.

95. Kivimaki M., Feldt T.,Vahtera J., Nurmi J.E.: *Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples*. 2000, Soc. Sci. Med., 50, 4, 583.

96. Kluzowa K., Slany K: *Powtórne małżeństwa osób w starszym wieku w aspekcie demograficznym*. 1993, Problemy Rodziny, 3, 3, 10–14.

97. Knurowski T., Brzyski P., Tobiasz-Adamczyk B., Jitse P. van Dijk, Wim J.A. van den Heuvel: *Status socjoekonomiczny a stan zdrowia wśród starszych wiekiem mieszkańców Krakowa*. W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 282–289.

98. Koch T.: *Future states: the axioms underlying prospective, future-oriented, health planning instruments*. 2001, Soc. Sci. Med., 52, 3, 453.

99. Kopec A.J.: *Concepts of disability: the activity space model*. 1995, Soc. Sci. Med., 40, 5, 649–656.

100. Kowalewski J.T.: *Ludność w starszym wieku w rolniczych gospodarstwach rodzinnych*. W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 124–134.

101. Krause N.M., Jaz G.M.: *What do global self-rated health items measure*. 1994, Medical Care, 32, 9, 930–942.

102. Kravdal O.: *The impact of marital status on cancer survival*. 2001, Soc. Sci. Med., 52, 3, 357.

103. Kryczka P.: *Rozwód w opinii społecznej*. 1999, Studia Socjologiczne, 1 (152), 41–68.

104. Kurek S.: *Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności w Polsce w układzie miast i gmin w okresie 1988–1998*. W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 96–105.

105. Kuropka I.: *Zmiany natężenia zgonów osób starszych a długość życia mieszkańców Polski w latach dziewięćdziesiątych.* W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 203–213.

106. Leśniak T., Kwiecień A.: *Czynniki ułatwiające pozytywne efekty psychoterapii pacjentów depresyjnych w starszym wieku.* 1996, Gerontologia Polska, 4, 2, 12–14.

107. Lindbladh E., Lyttkens H.C., Hanson B.S., Ostergren P.O., Isacsson S.O., Lindgren B.: *An economic and sociological interpretation of social differences in health-related behaviour: an encounter as a guide to social epidemiology.* 1995, Soc. Sci. Med., 43, 12, 1817.

108. Lindstrom M., Hanson B.S., Ostergren P.O.: *Socioeconomic differences in leisure-time physical activity:the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour.* 2001, Soc. Sci. Med., 52, 3, 441.

109. Lynch J.: *Income inequality and health: expanding the debate.* 2000, Soc. Sci. Med., 51, 7, 1001.

110. Lynch J.W., Kaplan G.A., Salonen J.T.: *Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse.* 1997, Soc. Sci. Med., 44, 6, 809–819.

111. Łabożewicz T.: *Sapomoczucie psychospołeczne ludzi starszych a ich aktywność ruchowa.* 1995, Gerontologia Polska, 3, 1–2, 25–36.

112. Łobożewicz T.: *Stan i uwarunkowania aktywności ruchowej ludzi w starszym wieku w Polsce*, AWF, Warszawa 1991.

113. Macintyre S., Hunt K., Sweeting H.: *Gender differences in health: are things really as simple as they seem?* 1996, Soc. Sci. Med., 42, 4, 617–624.

114. Macintyre S.: *Gender differences in the perceptions of common cold symptoms.* 1993. Soc. Sci. Med., 36, 1, 15–20.

115. Maher E.J., Kroska A.: *Social status determinants of control in individuals' accounts of their mental illness.* 2002, Soc. Sci. Med., 5, 6, 949.

116. Makowiec-Dąbrowska T.: *Wiek jako determinant zdolności do pracy ze szczególnym uwzględnieniem wysiłku fizycznego.* W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 151–157.

117. Manderbacka K., Kareholt I., Martikainen P., Lundberg O.: *The effect of point reference on the association between self-rated health and mortality.* 2003, Soc. Sci. Med., 56, 1447–1452.

118. Manderbacka K., Lundberg O.: *Examining points of reference of self-rated health among Swedish oldest old.* 1996, Archives of Gerontology and Geriatrics, 23, 47–60.

119. Marcinkowska B.: *Wzajemne kontakty synowych i teściowych w świetle badań.* 1996, Problemy Rodziny, 2 (206), 27–32.

120. Markowska A.: *Przemoc wobec kobiet jako zagrożenie powszechne.* 1999, Problemy Rodziny, 5–6 (227–228), 25–31.

121. Marmot M., Ryff C.D., Bumpass L.L., Shipley M., Marks N.F.: *Social inequalities in health: next questions and converging evidence.* 1997, Soc. Sci. Med., 44, 6, 901–910.

122. Martikainen P., Brunner E., Marmot M.: *Socioeconomic differences in dietary patterns among middle-aged men and women.* 2003, Soc. Sci. Med., 56, 1397–1410.

123. Masrekaasa A.: *Parenthood, gender and sickness absence.* 2000, Soc. Sci. Med., 50, 12, 1827.

124. Maślanka W.: *Wpływ transformacji ustrojowej na złe funkcjonowanie rodzin w Polsce.* 2001, Problemy Rodziny, 4, 5, 6 (238, 239, 240), 39–43.

125. Mechanic D.: *Medical Sociology*, Collier-Mac Millian Publishers, London 1978.

126. Monden Ch.W.S., van Lenthe F., De Graaf N.D., Kraaykamp G.: *Partner's and own education: does who you live with matter for self-assessed health, smoking and excessive alcohol consumption?* 2003, Soc. Sci. Med., 1991–1912.

127. Moum T.: *Self-assessed health among Norwegian adults*. 1992, Soc. Sci. Med., 35, 7, 935–947.

128. Navarro V., Shi L.: *The political context of social inequalities and health*. 2001, Soc. Sci. Med., 52, 3, 481.

129. Noack H.: *Cenceptualizing and measuring health*. W: *Health Promotion Reseach. Toward a New Social Epidemiology*, ed. Badura B., Kichbusch I., 1991, WHO, 37, 85–120.

130. Nosek M.A., Hughes R.B., Swedlund N., Taylor H.B., Swank P.: *Self-esteem and women with disabilities*. 2003, Soc. Sci. Med., 56, 8, 1737–1747.

131. Nowak-Sapota W.: *Sytuacja mieszkaniowa gospodarstw domowych emerytów*. W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 249–258.

132. O'Brien B. J., Buxton M., Patterson D.L.: *Relationship between functional status and health-related quality-of-life after myocardial infarction*. Medical Care. 1993, 31, 10, 950–955.

133. Odhnoff C.: *Sex roles and relationships: social policy as a means of prevention of psychosocial dysfunction*. Society, stress, and diseases, 3, Oxford University Press, New York, Toronto 1978.

134. Orzechowska G.: *Miejsce zamieszkania a samoocena aktywności osób starszych*. W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 265–270.

135. Ostrowska A.: *Płeć jako czynnik zróżnicowania zdrowia społeczeństwa*. 1999, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 16, r. VI, 48–67.

136. Ostrowska A.: *Społeczne czynniki warunkujące zachowania prozdrowotne – bilans dekady*. 2000, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 19, r. VII, 46–65.

137. Ostrowska A.: *Styl życia a zdrowie*, IFiS PAN, Warszawa 1999.

138. Owens D.J., Batchelor C.: *Patient satisfaction and the elderly*. 1996, Soc. Sci. Med., 42, 11, 1483.

139. Parnicka U.: *Rodzinne i zawodowe role kobiet*. 1999, Problemy Rodziny, 2–3 (224–225), 11–14.

140. Penninx B.W.J.H., van Tilburg T., Kriegsman D.M.W., Deeg D.J.H., Boeke A.J.P., van Eijk J.Th.M.: *Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the longitudinal aging study Amsterdam 1997*, American Journal of Epidemiology. 1997, 146, 6, 510–519.

141. Penninx B.W.J.H., van Tilburg T., Deeg D.J.H., Kriegsman D.M.W., Boeke A.J.P., van Dijk J.T.M.: *Direct and buffer effects of social support and personal coping resources in individuals with arthritis*. 1997, Soc. Sci. Med., 44, 3, 393.

142. Popay J., Bartley M., Owen Ch.: *Gender inequalities in health. social position, affective disorders and minor physical morbidity*. 1993, Soc. Sci. Med., 36, 1, 21–32.

143. Ransford E., Palisi B.: *Aerobic exercise, subjective health and psychological well-being within age and gender subgroups*. 1996, Soc. Sci. Med., 42, 11, 1555.

144. Ren X.S.: *Marital status and quality of relationships: the impact on health perception*. 1997, Soc. Sci. Med., 44, 2, 241–249.

145. Rena F., Moshe S., Abraham O.: *Couples' adjustment to one partner's disability: the relationship between sense of coherence and adjustment*. 1996, Soc. Sci. Med., 43, 2, 163–172.

146. Reynolds S.L., Silverstein M.: *Observing the onset of disability in older adults*. 2003, Soc. Sci. Med., 57, 10, 1875–1889.

147. Rocznik Statystyczny 1999, GUS.

148. Rocznik Statystyczny 2000, GUS.

149. Rode D.: *Przemoc w małżeństwie, czyli o życiu we dwoje za wszelką cenę*. 2001, Problemy Rodziny, 2 (236), 13–23.

150. Rogerson R.J.: *Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities*. 1995, Soc. Sci. Med., 41, 10, 1373–1382.

151. Rosenberg M.W., Wilson K.: *Gender, poverty and location: how much difference do they make in the geography of health inequalities?* 2000, Soc. Sci. Med., 51, 2, 275.

152. Rosenfield S.: *Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally III*. 1992, J. of Health and Social Behavior, 33, 299–315.

153. Ross C., Bird Ch.: *Sex stratification and health life style: consequences for men's and women's perceived health*. 1994, J. of Health and Social Behavior, 35, 161–178.

154. Ross C.E.: *Walking, exercising, and smoking: does neighborhood matter?* 2000, Soc. Sci. Med., 51, 2, 265.

155. Royce J.M., Corbett K., Sorensen G., Ockene J.: *Gender, social pressure, and smoking cessation: the Community Intervention Trial for Smoking cessation (COMMIT) at baseline*. 1997, Soc. Sci. Med., 44, 3, 359.

156. Santana P.: *Ageing in Portugal: regional iniquities in health and health care*. 2000, Soc. Sci. Med., 50, 7–8, 1025.

157. *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, 1999, GUS.

158. Sayer G.P., Britt H.: *Sex differences in morbidity: a case of discrimination in general practice*. 1996, Soc. Sci. Med., 42, 2, 257.

159. Seeman T.E., Kaplan G.A., Knudsen L., Cohen R., Guralnik J., *Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda county study*. 1987, American Journal of Epidemiology, 126, 4, 714 –723.

160. Shye D., Mullooly J.P., Freeborn D.K., Pope C.R.: *Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort*. 1995, Soc. Sci. Med., 41, 7, 935–947.

161. Siegrist J., Junge A.: *Measuring the social dimension of subjective health in chronic illness*. 1990, Psychother. Psychosom., 54, 90–98.

162. Siegrist J., Junge A.: *Conceptual and methodological problems in quality of life in clinical medicine*. 1989, Soc. Sci. Med., 29, 3, 463.

163. Siwek A.: *Czynniki różnicujące poziom świadczeń emerytalnych*. W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 170–179.

164. Slany K., Krywult M.: *Wybrane aspekty polityki ludnościowej w odniesieniu do populacji osób starszych*. 2001, Problemy Rodziny, 4, 5,6 (238, 239, 240), 27–32.

165. Slany K.: *Charakterystyka demograficzno-społeczna związków kohabilitacyjnych w Polsce w świetle danych z mikrospisu*. 2001, Problemy Rodziny, 1 (235), 16–21.

166. Slany K.: *Małżeństwo i rodzina w zglobalizowanym świecie*. 2001, Problemy Rodziny, 4, 5, 6 (238, 239, 240), 3–10.

167. Slany K.: *Przemiany demograficzne w Polsce końca XX wieku*. 2000, Problemy Rodziny, 4 (232), 7–12.

168. Slany K.: *Sytuacja życiowa osób starszych w Polsce w aspekcie socjologiczym i psychologicznym*. 1996, Problemy Rodziny, 2 (206), 37–44.

169. Smith A.M.A., Shelley J.M., Dennerstein L.: *Self-rated health: biological continuum or social discontinuity?* 1994, Soc. Sci. Med., 39, 1, 77–83.

170. Smoleń M.M., Karwacki Z., Kowalewski J.T.: *Wykorzystanie danych demograficzno-epidemiologicznych w zabezpieczeniu opieki zdrowotnej dla populacji subregionu, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych.* W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 290–304.

171. Sobczak I.: *Starzenie się ludności w wieku produkcyjnym w Polsce. Czynniki starzenia się ogółu ludności. Liczba i struktura ludności w wieku produkcyjnym – mobilnym i niemobilnym.* W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 135–150.

172. Steptoe A., Lundwall K., Cropley M.: *Gender, family structure and cardiovascular activity during the working day and evening.* 2000, Soc. Sci. Med., 50, 3, 531.

173. Stępień C.: *Województwa o krańcowych wartościach przeciętnego trwania życia.* W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., 2002, Łódź, 214–225.

174. Stępniak-Łuczywek A.: *Mity, czyli stereotypowe myślenie na temat małżeństwa.* 2001, Problemy Rodziny, 1 (235), 9–15.

175. Stępniak-Łuczywek A.: *Uwarunkowania szczęścia małżeńskiego.* 1997, Problemy Rodziny, 5–6 (215–216), 13–19.

176. Szatur-Jaworska B.: *Polityka społeczna wobec ludzi starych – propozycja wskaźników oceny.* W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 28–40.

177. Szatur-Jaworska B.: *Starzenie się ludności Polski – wyzwania dla polityki społecznej.* 2000, Gerontologia Polska, 10, 4, 199.

178. Szukalski P.: *Dziadkowie, wnuki i pradziadkowie: szkic demograficzny.* 2001, Problemy Rodziny, 3 (237), 18–24.

179. Szukalski P.: *Proces starzenia się ludności a sprawiedliwość i równość międzypokoleniowa.* W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyywania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 9–14.

180. Szukalski P.: *Rozwód a przepływy międzypokoleniowe materialnych dóbr i usług.* 2000, Problemy Rodziny, 5 (233), 27–33.

181. Szwarc H., Szyszko-Wydra B.: *Możliwości zapobiegania depresjom u osób starszych.* 1996, Gerontologia Polska, 4, 1, 14–19.

182. Śmigiel J.: *Poczucie jakości życia a aktywność osób w starszym wieku.* 1997, Gerontologia Polska, 5, 2, 21–29.

183. Titkow A.: *Historyczno-społeczne uwarunkowania tożsamości kobiet w Polsce.* 1999, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 16, r. VI, 11–10.

184. Titkow A.: *Stres i życie społeczne. Polskie doświadczenia*, PIW, Warszawa 1993.

185. Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P.: *Relacje społeczne a ryzyko zgonu wśród osób w zaawansowanym wieku podeszłym.* 2002, Gerontologia Polska, 10, 4, 190.

186. Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P.: *Pozamedyczne predyktory umieralności w późnej starości. Badania krakowskie.* W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, pod red. Kowalewskiego J.T., Szukalskiego P., Łódź 2002, 193–202.

187. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K.: *Socjomedyczne czynniki warunkujące ryzyko zgonu osób starszych.* 1998, Gerontologia Polska, 6, I, 40–43.

188. Tobiasz-Adamczyk B.: *Czynniki psychospołeczne warunkujące długość życia osób starszych wiekiem.* 1997, Gerontologia Polska, 5, 1, 30–36.

189. Tobiasz-Adamczyk B.: *Jakość życia w naukach społecznych i medycynie.* 1996, Sztuka Leczenia, 2, 33–41.

190. Tobiasz-Adamczyk B.: *Wybrane elementy jakości życia kobiet starszych wiekiem.* 1999, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 16, r. VI, 68–83.

191. Torrance G.W.: *Utility approach to measuring health-related quality of life*. 1987, J. Chron. Dis., 40, 6, 593–600.

192. Tryfan B.: *Kobieta polska w rodzinie*. 1996, Problemy Rodziny, 2 (206), 9–13.

193. Tryfan B.: *Potrzeby i zagrożenia rodzin w Polsce w okresie transformacji*. 1997, Problemy Rodziny, 1–2 (211–212), 5–16.

194. Umberson D.: *Gender, marital status and the social control of health behavior*. 1992. Soc. Sci. Med., 34, 8, 907–917.

195. Veenstra G.: *Social capital, SES and health: an individual-level analysis*. 2000, Soc. Sci. Med., 50, 5, 619.

196. Verbrugge L.M., Jette A.M.: *The disablement process*. 1994, Soc. Sci. Med., 38, 1, 1–14.

197. Verbrugge L.M.: *Disability in Latte Life*. W: *Anging and Quality of Life*, ed. Abeles R.P., Gift H.C, Ory M.G., Springer Publishing Company, New York 1997.

198. Verbrugge L.M.: *Gender and health: an update on hypotheses and evidence*. 1985, J. of Health and Social Behavior, 26, 156–182.

199. Wadsworth M.: *Health inequalities in the life course perspective*. 1997, Soc. Sci. Med., 44, 6, 859–869.

200. Wadsworth M.E.J., Butterworth S.L., Hardy R.J., Kuh D.J., Richards M., Langenberg C., Hidler W.S., Connor M.: *The life course prospective design: an example of benefits and problems associated with study longevity*. 2003, Soc. Sci. Med., 57, 11, 2193–2205.

201. Waldron I., Hughes E., Brooks T.: *Marriage protection and marriage selection – prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health*. 1996, Soc. Sci. Med., 43, 1, 113–123.

202. Waldron I.: *Patterns and causes of gender differences in smoking*. 1991. Soc. Sci. Med., 32, 9, 989–1005.

203. Waldron I.: *Gender and health-related behavior*. 1985, J. of Health and Soc. Behavior, 26, 2, 156–182.

204. Walters V., Lenton R., French S., Eyles J., Mayr J., Newbold B.: *Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses*. 1996, Soc. Sci. Med., 43, 11, 1627.

205. Walters V.: *Stress, anxiety and depression: women's accounts of there health problems*. 1993, Soc. Sci. Med., 36, 4, 393–402.

206. Welbel S.: *Zdrowie psychiczne kobiet w Polsce*. 1999, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 16, r. VI, 105–112.

207. WHOQOL: The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. 1995, Soc. Sci. Med., 41, 10, 1403–1409.

208. Wojszel B.: *Uwarunkowania zdrowotne jakości życia oraz ocena stanu zdrowia ludzi starych*. 1996, Gerontologia Polska, 4, 3, 28–33.

209. Wróblewska W.: *Women's health status in Poland in the transition to a market economy*. 2002, Soc. Sci. Med., 54.

210. Wyke S., Ford G.: *Competing explanations for associations between marital status and health*. 1992, Soc. Sci. Med., 34, 5, 523–532.