

Wybrane społeczne wyznaczniki jakości życia 50-letnich Polek w kontekście ich sytuacji zdrowotnej

Chosen social life quality determinants of 50-year-old female Poles in relation to their health status

Małgorzata Synowiec-Piłat

Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich, Akademia Medyczna we Wrocławiu;
kierownik Zakładu: prof. nadzw. dr hab. n. med. W. Wojtkiewicz-Rok

Przeгляд Menopauzalny 2010; 6: 385–389

Streszczenie

Współcześnie jakość życia jest jednym z kluczowych zagadnień pojawiających się przy omawianiu sytuacji zdrowotnej poszczególnych kategorii czy grup społecznych. Udowodniono empirycznie, że na zdrowie człowieka wpływ ma nie tylko struktura biologiczna organizmu, ale w bardzo dużym zakresie także warunkowane jest ono czynnikami o charakterze psychospołecznym. Celem zrealizowanego w kwietniu 2009 r. badania było poznanie wybranych społecznych wyznaczników jakości życia w kontekście sytuacji zdrowotnej badanych. Badaniem objęto 209 mieszkankę Wrocławia w przedziale wiekowym między 50. a 60. r.ż. Zastosowaną metodą badawczą był kwestionariusz wywiadu o wysokim poziomie standaryzacji. Sytuację materialną oraz zawodową większości respondentek można uznać za dobrą. Warto zauważyć, że łącznie ponad połowa (57%) badanych kobiet jest zdania, że praca zawodowa wpływa – choć w różnym stopniu – negatywnie na ich stan zdrowia. Badane kobiety najczęściej odpoczywają w sposób bierny. Za zadowalające uznać trzeba długość i jakość snu badanych kobiet. Zaledwie 1/3 badanych pozytywnie ocenia swoje samopoczucie; 44% odczuwa raz na jakiś czas różnorodne dolegliwości powodujące dyskomfort, a 14% stwierdza, że czuje się na tyle źle, że utrudnia to im codzienne funkcjonowanie. Aż 72% kobiet nie choruje na żadną chorobę przewlekłą.

Słowa kluczowe: jakość życia, zachowania zdrowotne, socjologia medycyny.

Summary

Nowadays, the quality of life has become one of the essential issues that come up when the health status of particular categories or social groups are discussed. It has been empirically proved that not only the biological structure of an organism influences our health, but also that, at a great range, our health is contingent by factors of psychosocial nature. Objectives: The objective of research, performed in April 2009, was to recognize chosen social life quality determinants in a group of mature women, in relation to their health status. Materials and Methods: 209 women – citizens of Wrocław, aged between 50 and 60, were researched. The assessment was done by means of a highly standardized survey questionnaire. Results: both material and occupational status of most respondents might be regarded as good. It is worth mentioning that, in the opinion of more than half (57%) women researched, their occupation has a negative influence on their health, although to a various degree. Generally, women in the examined group tend to relax in a passive way. What seems advantageous, it is the length and quality of their night dreaming. Only 1/3 of the researched evaluate their condition positively; 44% of them feel various disorders, causing discomfort, once a time, and 14% claim to feel so bad that their health condition makes their normal functioning hard. As many as 72% of these women do not suffer from any terminal illness.

Key words: quality of life, health behaviours, sociology of medicine.

Wstęp

W ostatnich dziesięcioleciach wśród badaczy zajmujących się zagadnieniami zdrowia i choroby wzrosło zainteresowanie kwestią jakości życia. Niewątpliwie związane jest to z obowiązującym współcześnie holistycznym podejściem do zdrowia i choroby, z przejściem od biome-

resowanie kwestią jakości życia. Niewątpliwie związane jest to z obowiązującym współcześnie holistycznym podejściem do zdrowia i choroby, z przejściem od biome-

Adres do korespondencji:

Małgorzata Synowiec-Piłat, Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich, Akademia Medyczna we Wrocławiu, ul. Mikulicza-Radeckiego 7, 50-345 Wrocław, tel. +48 71 784 14 96, e-mail: m.synowiecpilat@gmail.com

dycznego do społeczno-ekologicznego modelu zdrowia [1]. Ocena stanu zdrowia, a także wyników leczenia oparta jedynie na kryterium biologicznym, medycznym stała się niewystarczająca. Konieczne stało się badanie aktywności jednostek i społeczności w różnych sferach życia i uchwycenie wpływu tychże aktywności na stan zdrowia zarówno w wymiarze obiektywnym, jak i subiektywnym [2]. Poza biologicznymi, genetycznymi uwarunkowaniami zdrowia i choroby coraz większa uwaga badaczy koncentruje się więc na czynnikach psychicznych oraz społecznych. Także jakość życia – zarówno ludzi zdrowych, jak i chorych – określana jest na podstawie badania kluczowych zmiennych o charakterze fizycznym, psychicznym i społecznym. Dodatkowo w każdym z tych obszarów uwzględnia się podział na czynniki subiektywne i obiektywne.

Cel pracy

Celem zrealizowanego w kwietniu 2009 r. badania było poznanie wybranych społecznych wyznaczników jakości życia w kontekście sytuacji zdrowotnej badanych. Skoncentrowano się przede wszystkim na komponentach subiektywnych, poddając analizie następujące zmienne: deklarowany status ekonomiczny wraz z oceną sytuacji materialnej gospodarstwa domowego; sytuację zawodową z uwzględnieniem atmosfery w miejscu pracy; formy spędzania czasu wolnego/aktywność fizyczną; ocenę samopoczucia fizycznego i psychicznego oraz sytuację zdrowotną (występowanie chorób przewlekłych).

Materiał i metody

Badaniem objęto 209 mieszkankę Wrocławia w przedziale wiekowym między 50. a 60. r.ż. Przekrój społeczny populacji mieszkańców Wrocławia (pod względem wykształcenia, zamożności itd.) jest zbliżony do różnicowań występujących w całym społeczeństwie polskim. Dlatego też można z dużym prawdopodobieństwem przypuszczać, że uzyskane w badaniach na wrocławiankach wyniki będą zbliżone do wyników uzyskanych na próbie wszystkich Polek w tej kategorii wiekowej. Zastosowaną metodą badawczą był kwestionariusz wywiadu o wysokim poziomie standaryzacji. W analizie materiału badawczego posłużono się statystykami opisowymi, natomiast w celu zbadania zależności pomiędzy zmiennymi zastosowano test χ^2 . Do każdej hipotezy obliczany był poziom istotności ($p < 0,01$ – wynik testu bardzo istotny; $0,01 < p < 0,05$ – wynik testu istotny), zaś do oceny siły zależności pomiędzy zmiennymi obliczono współczynnik V-Cramera.

Wyniki

Sytuacja materialna

Dochody to najistotniejszy czynnik decydujący o sytuacji materialnej gospodarstw domowych. Niepod-

ważalny jest również wpływ czynnika ekonomicznego na zdrowie ludzi oraz wskaźniki zachorowalności [3]. Stan zdrowia osób wywodzących się z najniższych klas społecznych jest gorszy niż ludzi z klas pozostałych. Wyjaśniając gorszy stan zdrowia osób najuboższych deprivacją materialną, badacze zwracają uwagę na następujące czynniki: gorsze warunki życia, pracy i mieszkaniowe, większa ekspozycja na czynniki szkodliwe, gorsze odżywianie, mniejsze zabezpieczenie socjalne oraz utrudniony dostęp do opieki medycznej. Pamiętaj jednak należy, że wprawdzie posiadanie pieniędzy daje potencjał, którym można dysponować na rzecz zdrowia, ale w praktyce – jak pokazują badania – najważniejszą pojedynczą zmienną warunkującą zdrowie jest wykształcenie. Interesujące są np. badania na próbie najbogatszych Polaków, które pokazały, że ich styl życia daleki jest od prozdrowotnego [4].

Biorąc pod uwagę, że w 2008 r. średnie deklarowane przez Polaków miesięczne dochody przypadające na jedną osobę w gospodarstwie domowym oszacowane zostały na ok. 1024 zł [5], sytuację materialną większości badanych 50–60-letnich kobiet można uznać za dobrą. W przypadku bowiem 33% gospodarstw domowych respondentek na osobę przypada powyżej 1500 zł, a w 29% – od 1200 do 1500 zł. Trzeba jednak zauważyć, że 1/3 badanych żyje skromnie, ponieważ w ich gospodarstwach domowych przypada miesięcznie na członka rodziny od 501 do 1200 zł, a w przypadku 6% – zaledwie do 500 zł. Potwierdzono istnienie statystycznie istotnej zależności pomiędzy dochodami badanych kobiet a ich wykształceniem – wśród kobiet o wyższych dochodach jest większy odsetek osób z wykształceniem wyższym (χ^2 : 39,5971; $p = 0,0001$; V-Cramera = 0,4353).

Ocena sytuacji materialnej własnego gospodarstwa domowego

Badania ogólnopolskie pokazują stały wzrost zadowolenia rodaków z warunków materialnych ich gospodarstw domowych [5]. Dwie piąte Polaków ocenia swoją sytuację ekonomiczną pozytywnie, 45% jako przeciętną, a jedynie 14% twierdzi, że żyje w złych warunkach materialnych [5]. W kwestii oceny sytuacji materialnej własnego gospodarstwa domowego przez badane kobiety zdania są podzielone – połowa z nich ocenia ją jako dobrą, kolejne 44% – jako średnią. Zaledwie 6% twierdzi, że sytuacja materialna ich gospodarstwa domowego jest zła. Potwierdzono statystycznie, że respondentki z wyższym wykształceniem lepiej oceniają swoją sytuację ekonomiczną (χ^2 : 36,2857; $p = 0,0001$; V-Cramera = 0,4167). Zależność tę należy potrączyć z zależnością analizowaną wcześniej, a mówiącą, iż wśród kobiet zamożniejszych jest więcej respondentek z wykształceniem wyższym. Ponadto osoby z wyższym dochodem lepiej oceniają swoją sytuację materialną (χ^2 : 56,1038; $p = 0,0001$; V-Cramera = 0,5181).

Sytuacja zawodowa

Zasobność finansowa jest oczywiście nierozzerwalnie związana z sytuacją zawodową. Dla ok. 2/5 Polaków (44%) praca zawodowa jest najważniejszą wartością, której podporządkowują inne aspekty życia. Natomiast zaledwie 3% deklaruje, że nadrzędnym życiowym celem jest osiągnięcie sukcesu i sławy [6]. Spośród badanych kobiet 3/4 (76%) ma formalne zatrudnienie, z czego większość, bo 69%, pracuje na całym etacie. Zaledwie 6% respondentek przyznaje się do pracy „na czarno”. Emeryturę i rentę pobiera łącznie 17% kobiet, a rentę rodzinną lub alimenty – 2%. Tylko 6% kobiet nie ma własnego źródła utrzymania. Sytuację zawodową badanych 50–60-latek można więc uznać za zadowalającą.

Istotnym zagadnieniem jest również to, czy praca zawodowa daje satysfakcję, czy raczej panująca w miejscu pracy atmosfera i relacje interpersonalne są obciążające i negatywnie wpływają na samopoczucie, a nawet stan zdrowia. Badania ogólnopolskie pokazują, iż większość zatrudnionych osób (63%) deklaruje zadowolenie ze swojej pracy, ok. 1/4 jest średnio zadowolona, a tylko 11% zdecydowanie wyraża niezadowolenie [7]. Spośród badanych pracujących kobiet aż 39% bardzo pozytywnie ocenia relacje ze współpracownikami, twierdząc, że w miejscu pracy panuje atmosfera życzliwości. Piętnaście procent respondentek jest zdania, że w miejscu pracy przeważają relacje formalne, służbowe, a kolejne 11% badanych twierdzi, że nie przywiązuje wagi do panującej w pracy atmosfery. Stosunkowo niewiele osób ocenia negatywnie atmosferę w pracy – 5% kobiet czuje zagrożenie ze strony innych pracowników i uważa, że w trudnych sytuacjach może liczyć tylko na siebie, zaś 7% respondentek uskarża się na nadmierną rywalizację pomiędzy współpracownikami i związane z tymi konflikty (kolejne 7% to osoby niepracujące, a 16% nie udzieliło odpowiedzi).

Bardzo ważnym zagadnieniem jest również to, w jaki sposób praca zawodowa – przynajmniej w odczuciu respondentek – wpływa na ich samopoczucie i zdrowie. Wprawdzie aż 1/4 badanych kobiet (24%) twierdzi, iż praca sprawia im przyjemność i nastroja optymistycznie, a kolejne 7% nie widzi żadnego związku między pracą a samopoczuciem, warto jednak bliżej przyjrzeć się odpowiedziom pozostałych respondentek, które już nie są takie optymistyczne. Łącznie 57% badanych kobiet jest zdania, że praca zawodowa wpływa – choć w różnym stopniu – negatywnie na ich stan zdrowia – 1/3 respondentek (33%) deklaruje, że obowiązki zawodowe są obciążające i źle wpływają na ich samopoczucie, ale tylko od czasu do czasu; 20% jest zdania, że praca zazwyczaj jest dla nich obciążająca (w tym: dla 10% – psychicznie, 2% – fizycznie, 8% – psychicznie i fizycznie); w przypadku 4% kobiet wykonywanie obowiązków związanych z pracą zawodową spowodowało ogólne pogorszenie stanu zdrowia, w tym u 2% – wystąpienie choroby przewlekłej.

Formy spędzania czasu wolnego/aktywność fizyczna

Jednym z najistotniejszych czynników zdrowego stylu życia jest aktywność fizyczna. W związku z tym poproszono respondentki o określenie najbardziej typowych dla nich form aktywności. Analiza poszczególnych sposobów spędzania czasu wolnego przez 50–60-letnie kobiety pozwala na stwierdzenie, że najrzadziej realizowane są przez nie formy wymagające największej aktywności – aż 75% nie uprawia sportu, 50% w ogóle nie uprawia ćwiczeń fizycznych (gimnastyki, aerobiku itd.), 39% nie uprawia takich aktywności, jak jazda na rowerze, pływanie czy bieganie. Najbardziej rozpowszechnionymi formami spędzania czasu wolnego wymagającymi większej aktywności jest spacerowanie (21% spaceruje minimum raz dziennie, a 34% – minimum raz na tydzień) oraz uprawianie ogródka (31% – minimum raz na tydzień, 9% – raz dziennie).

Sport uprawia zaledwie 25% respondentek, w tym często – 14% (3% – minimum raz dziennie, 11% – minimum raz na tydzień). Ponadto potwierdzono statystycznie, że wśród kobiet, które uprawiają sport jest relatywnie więcej osób lepiej oceniających swoją sytuację materialną (χ^2 : 5,88166; p = 0,0153; V-Cramera = 0,1678). Najprawdopodobniej respondentki są zdania, że uprawianie tego rodzaju aktywności wymaga znacznych nakładów finansowych. Istnieje także zależność pomiędzy uprawianiem sportu a zdiagnozowaną chorobą przewlekłą – wśród kobiet cierpiących na chorobę przewlekłą mniejszy jest odsetek osób uprawiających sport (χ^2 : 7,49086; p = 0,0062; V-Cramera = 0,1893). Dolegliwości związane z chorobą najprawdopodobniej utrudniają lub uniemożliwiają czynne uprawianie sportu.

Ćwiczenia fizyczne (gimnastyka, aerobik, siłownia itp.) uprawia połowa respondentek, w tym zaledwie 28% często (5% – codziennie, 23% – minimum raz na tydzień). Warto zauważyć, że wśród kobiet nieuprawiających gimnastyki relatywnie dużo osób ma niskie dochody (do 900 zł) (χ^2 : 8,68105; p = 0,0130; V-Cramera = 0,2038). Istnieje zależność pomiędzy uprawianiem przez kobiety gimnastyki a oceną sytuacji materialnej – wśród osób uprawiających gimnastykę relatywnie więcej osób lepiej ocenia swoją sytuację materialną, natomiast odwrotnie jest wśród osób nieuprawiających gimnastyki – relatywnie więcej osób gorzej ocenia swoją sytuację (χ^2 : 7,27963; p = 0,0070; V-Cramera = 0,1866). Zależność tę również można tłumaczyć kosztami związanymi z uprawianiem tej aktywności (zakup karnetów, biletów wstępu itp.). Dodatkowo wśród osób z chorobą przewlekłą mniejszy odsetek osób uprawia gimnastykę (χ^2 : 6,32306; p = 0,0119; V-Cramera = 0,1739). Najprawdopodobniej dolegliwości związane z chorobą utrudniają lub uniemożliwiają wykonywanie ćwiczeń fizycznych.

Uprawianie takich aktywności, jak bieganie, pływanie, jazda na rowerze itp. deklaruje wprawdzie 60% kobiet, ale warto zauważyć, że zaledwie w przypadku

22% z nich jest to częsta forma spędzania czasu wolnego, natomiast 24% robi to maksymalnie raz na miesiąc, a kolejne 15% – maksymalnie raz na rok. Ponadto wśród kobiet uprawiających tego rodzaju aktywność relatywnie więcej osób ma wyższe wykształcenie (χ^2 : 7,13734; $p = 0,0076$; V-Cramera = 0,1848). Świadczy to o większej świadomości wykształconych respondentek co do pozytywnego wpływu tego rodzaju aktywności na funkcjonowanie organizmu, na samopoczucie i zdrowie. Potwierdzono także statystycznie, że respondentki będące w lepszej sytuacji materialnej (χ^2 : 6,08977; $p = 0,0476$; V-Cramera = 0,1707) oraz kobiety niechorujące przewlekłe (χ^2 : 11,9873; $p = 0,0005$; V-Cramera = 0,2395) relatywnie częściej w ten sposób spędzają czas wolny.

Spacery to obok uprawiania działki jedna z nielicznych aktywnych form spędzania czasu wolnego, które realizowane są przez badane kobiety. Regularnie i często spaceruje co najmniej przez godzinę aż 55% (w tym 21% – codziennie, a 34% – minimum raz na tydzień), kolejne 33% nieco rzadziej, bo średnio raz na miesiąc. Respondentki chorujące przewlekłe relatywnie rzadziej spacerują (χ^2 : 8,74284; $p = 0,0329$; V-Cramera = 0,2045), co może być związane z ograniczeniami somatycznymi związanymi ze schorzeniem.

Drugą najbardziej aktywną formą spędzania czasu wolnego przez 50–60-letnie kobiety jest uprawianie ogródka. Często zajmuje się tym 40% respondentek (w tym 9% codziennie, 31% – minimum raz na tydzień), natomiast 18% – raz na miesiąc, a 9% – średnio raz na rok.

Spośród różnorodnych form spędzania czasu wolnego najpowszechniejszymi dla badanych kobiet są jednak te, które określić można mianem biernych, a więc: spotkania ze znajomymi, rodziną np. w domu czy w kawiarni (45% – minimum raz na tydzień, 6% – codziennie); oglądanie telewizji, DVD, korzystanie z Internetu itp. (77% – codziennie, 16% – minimum raz na tydzień); czytanie czasopism, gazet, rozwiązywanie krzyżówek (65% – codziennie, 23% – minimum raz na tydzień). Ponadto duża liczba kobiet ma w zwyczaju odpoczywać, zupełnie nic nie robiąc: 30% – codziennie, 32% – minimum raz na tydzień, a 15% – raz na miesiąc. Potwierdzono również istnienie statystycznie istotnej zależności pomiędzy tą formą odpoczynku a wykształceniem respondentek – wśród osób, które odpoczywają tak codziennie oraz nie odpoczywają w taki sposób nigdy lub prawie nigdy, relatywnie więcej jest osób o wyższym wykształceniu (χ^2 : 10,0818; $p = 0,0179$; V-Cramera = 0,2196). Warto zauważyć, że spora grupa badanych kobiet poświęca czas na rozwijanie swoich zainteresowań: 22% – raz dziennie, 31% – minimum raz na tydzień, a 21% – raz na miesiąc.

Długość oraz jakość snu

Kolejnym ważnym czynnikiem składającym się na prozdrowotny styl życia człowieka, a w związku z tym

wpływającym również na jakość życia, jest długość oraz jakość snu. Oczywiście, jak zauważa Ostrowska, snu nie można traktować jako zachowania zdrowotnego na równi np. z odżywianiem czy stosowaniem używek, bowiem nie do końca podlega on naszym wyborom [8]. Niepodważalne jest natomiast to, że długość i jakość snu wpływa na stan naszego zdrowia oraz na długość życia. Optymalna długość snu to wg Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) 7–8 godz. na dobę dla dorosłego człowieka. Badania wykazały, że tak długo sypia 2/3 Polaków (64% kobiet i 60% mężczyzn) [8]. Natomiast spośród badanych 50–60-letnich kobiet aż 85% śpi od 6 do 8 godz., a 11% – 9 godzin i więcej, co ze względu na pozytywny wpływ tego czynnika na stan zdrowia można uznać za wynik bardzo korzystny. Zaledwie 4% respondentek śpi mniej niż 5 godz. Zadowalająca jest również jakość snu badanych kobiet. Aż 42% z nich stwierdziło, iż zdecydowanie nie ma żadnych problemów ze snaniem. Połowa miewa takie problemy, ale tylko sporadycznie. Zaledwie 8% respondentek zdecydowanie cierpi na bezsenność. Ponadto potwierdzono statystycznie, iż wśród kobiet, które nie mają problemu ze snem, relatywnie więcej ocenia swoją sytuację materialną pozytywnie (χ^2 : 5,72036; $p = 0,0573$; V-Cramera = 0,1654). Dodatkowo respondentki żyjące w związkach mają mniejsze problemy ze snaniem niż osoby żyjące samotnie (panny, wdowy, rozwódki) (χ^2 : 6,93357; $p = 0,0312$; V-Cramera = 0,1821). Ponadto większy odsetek kobiet cierpiących na chorobę przewlekłą ma problemy ze snem (χ^2 : 15,8177; $p = 0,0004$; V-Cramera = 0,2751).

Sytuacja zdrowotna

Poza przedstawionymi powyżej wybranymi czynnikami składającymi się na prozdrowotny styl życia, analizie poddano również stan zdrowia badanych kobiet. Skoncentrowano się przede wszystkim na ocenie samopoczucia fizycznego i psychicznego oraz stopniu występowania chorób przewlekłych. Generalnie, jak pokazują liczne badania, kobiety – we wszystkich przedziałach wiekowych – gorzej od mężczyzn oceniają swoje samopoczucie zarówno w jego wymiarze fizycznym, jak i psychicznym [3, 9]. Spośród badanych kobiet nieco więcej niż 1/3 (37%) twierdzi, że najczęściej czuje się bardzo dobrze. Pozostałe jednak, z wyjątkiem 5% respondentek, które nie miały zdania na ten temat, odczuwają w różnym stopniu określone dolegliwości: 44% respondentek deklaruje, że na ogół czuje się dobrze, ale od czasu do czasu występują u nich różne negatywnie wpływające na samopoczucie dolegliwości; 11% kobiet odczuwa dolegliwości, które utrudniają im wykonywanie cięższych prac; zaledwie 3% twierdzi, że na ogół czuje się źle, ma problemy z codziennymi czynnościami.

Analizie poddano również to, w jakim stopniu badane kobiety cierpią na choroby przewlekłe, które

w znacznym stopniu wpływają z kolei na jakość życia. Trzeba pamiętać, że wystąpienie choroby przewlekłej wiąże się nie tylko z odczuwanymi przez jednostkę dolegliwościami somatycznymi, ale niejednokrotnie również – w zależności od zaawansowania choroby i intensywności objawów – z koniecznością wykształcenia określonych mechanizmów adaptacyjnych oraz z koniecznością modyfikacji lub zmiany dotychczas pełnionych ról społecznych. Sytuację badanych kobiet można uznać za korzystną, ponieważ aż 72% z nich nie choruje przewlekłe; 20% respondentek cierpi na jedną, a 8% – na więcej niż jedną chorobę przewlekłą.

Wnioski

Sytuację materialną większości respondentek można uznać za dobrą. Na sytuację ekonomiczną badanych ma wpływ poziom ich wykształcenia: wśród kobiet o wyższych dochodach jest większy odsetek osób z wykształceniem wyższym. Połowa badanych ocenia swą sytuację materialną jako dobrą, a 44% jako średnią, zaledwie 6% wyraża w tej kwestii zdecydowanie niezadowolone. Generalnie korzystniej swą sytuację ekonomiczną oceniają kobiety lepiej wykształcone oraz posiadające wyższe dochody. Sytuację zawodową respondentek można uznać za zadowalającą, bowiem 3/4 z nich ma formalne zatrudnienie, z czego większość, bo 69%, pracuje w wymiarze pełnego etatu. Zaledwie 12% z nich zdecydowanie negatywnie ocenia panującą w miejscu pracy atmosferę. Natomiast aż 39% twierdzi, że w miejscu pracy panuje atmosfera życzliwości. Warto jednak zauważyć, że łącznie ponad połowa (57%) badanych kobiet jest zdania, że praca zawodowa wpływa – choć w różnym stopniu – negatywnie na ich stan zdrowia.

Badane kobiety najczęściej odpoczywają w sposób bierny. Warto zauważyć, że aktywne formy wypoczynku są o wiele częściej realizowane przez respondentki bardziej zamożne i lepiej oceniające swoją sytuację materialną oraz te, które nie chorują na choroby przewlekłe. Za zadowalające uznać trzeba również długość i jakość snu badanych kobiet. Występowanie problemów ze snem jest częstsze u respondentek negatywnie oceniających swoją sytuację materialną, samotnych oraz cierpiących na choroby przewlekłe. Zaledwie 1/3 badanych pozytywnie ocenia swoje samopoczucie; 44% odczuwa raz na jakiś czas różnorodne dolegliwości powodujące dyskomfort, a 14% stwierdza, że czuje się na tyle źle, że utrudnia to im codzienne funkcjonowanie. Aż 72% kobiet nie choruje na żadną chorobę przewlekłą.

Piśmiennictwo

1. Synowiec-Piłat M. Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych, Wyd. Adam Marszałek & Akademia Medyczna we Wrocławiu, Toruń 2009; 17-38.
2. Socjologia medycyny. Sokołowska M (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1986; 14-7.
3. Ostrowska A. Nierówności w sferze zdrowia. Kultura i Społeczeństwo, Warszawa 1998; 42: 149.
4. Palska H. Bieda i dostatek. O nowych stylach życia w Polsce końca lat dziewięćdziesiątych, Wyd. IFiS PAN, Warszawa 2002.
5. Szczepańska J. Polacy o swojej sytuacji materialnej, Komunikat z badań CBOS, BS/94/2008, 1-6.
6. Boguszewski R. Nie ma jak rodzina. Komunikat z badań CBOS, BS/40/2008, 1-2.
7. Felisiak M. Życie zawodowe Polaków. Komunikat z badań CBOS, BS/34/2008, 3.
8. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia. Wyd. IFiS PAN, Warszawa 1999; 98-99.
9. Ostrowska A. Płeć jako czynnik zróżnicowania zdrowia społeczeństwa. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 1999; 16: 48-67.