

Wpływ nasilenia cech osobowości na jakość życia kobiet w późnym okresie reprodukcyjnym

The influence of the levels of personality traits on the quality of life of late reproductive age women

ANNA JURCZAK^{1, A-F}, KRZYSZTOF SAFRANOW^{2, C}, ELŻBIETA GROCHANS^{1, D, G}

¹ Zakład Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

² Katedra Biochemii i Chemii Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Coraz częściej dostrzega się istotny wpływ cech osobowości na wiele aspektów życia, w tym utrzymanie lub przywrócenie zdrowia. Zdrowie jest istotnym elementem jakości życia. Zatem na jakość życia w znacznym stopniu może wpływać osobowość jednostki.

Cel pracy. Ocena wpływu nasilenia cech osobowościowych na jakość życia kobiet w późnym okresie reprodukcyjnym.

Materiał i metody. Badaniami objęto 345 kobiet zdrowych, w późnym wieku reprodukcyjnym według standaryzowanej klasyfikacji STRAW. Były to kobiety w wieku $42,3 \pm 4,5$ lat mieszkające w województwie zachodniopomorskim. Do pomiaru cech osobowości użyto Inwentarza Osobowości NEO–FFI Costy i McCrae w polskiej adaptacji Zawadzkiego, Strelau, Szczepaniak i Śliwińskiej, natomiast do oceny jakości życia zastosowano kwestionariusz SF-36 (*Short Form Health Survey*).

Wyniki. Najbardziej nasiloną cechą osobowości wśród badanych kobiet była otwartość na doświadczenie, w następnej kolejności ugodowość. Badane kobiety najlepiej oceniły swoje funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne oraz swoją sprawność fizyczną. W badanej grupie takie cechy jak: neurotyczność, ekstrawersja, sumiennosc, ugodowość i otwartość, korelują z większą liczbą wskaźników jakości życia.

Wnioski. 1. Jakość życia zależna od zdrowia jest kształtowana przez cechy osobowościowe, które są względnie stabilne przez całe życie kobiety. 2. Wysoki poziom neurotyczności wpływa znacząco na pogorszenie jakości życia. 3. Świadomość wpływu nasilenia cech osobowości na jakość życia kobiet pozwoli optymalizować lekarzowi rodzinemu działania diagnostyczno-terapeutyczne.

Słowa kluczowe: cechy osobowości, jakość życia, kobiety

Summary **Background.** The topic that is increasingly discussed is the contribution of personality traits to many aspects of life, including maintenance and restoration of health. Since health status is an essential element of quality of life, the latter may be significantly influenced by personality.

Objectives. The aim of this study was to determine how personality traits influence the quality of life of late reproductive age women.

Material and methods. The study included 345 late reproductive age healthy women selected according to a standardized classification STRAW. They were women at the age of 42.3 ± 4.5 years from the West Pomeranian Voivodship. Personality traits were measured using Costa and McCrae's NEO–Five Factor Inventory adapted into Polish by Zawadzki, Strelau, Szczepaniak and Śliwińska. Quality of life was assessed by the 36–Item Short Form Health Survey (SF-36).

Results. Personality traits which had the highest levels were openness to experience and agreeableness. Bodily fitness as well as physical and emotional functioning were assessed highest by the study participants. In the study group, neuroticism, extroversion, conscientiousness, agreeableness and openness to experience correlated with the majority of quality of life variables.

Conclusions. 1. Health-related quality of life is shaped by personality factors, which are relatively stable throughout life. 2. High neuroticism considerably contributes to health-related quality of life. 3. The awareness of the fact that personality traits influence the quality of women's lives will enable a family doctor to optimize diagnostic and therapeutic interventions.

Key words: personality traits, quality of life, women.

Fam Med Prim Care Rev 2016; 18(1): 19–23

Wstęp

Bardzo ważnym etapem w życiu każdej kobiety jest okres okołomenopauzalny (okres przekwitania, klimakterium), który jest naturalnym procesem biologicznym. U kobiet dochodzi do zmniejszenia produkcji estrogenów, co w konsekwencji prowadzi do zatrzymania miesiączki. Wiąże się to początkowo z nieregularnym występowaniem cykli miesięczkowych, a następnie ich ostatecznym za-

trzymaniem, czyli menopauzą [1]. W związku z różnicami między wiekiem metrykalnym a wiekiem reprodukcyjnym stworzono klasyfikację fizjologii okresu przekwitania – system STRAW. Klasyfikacja powstała jako efekt kooperacji z World Health Organization i Council of Affiliated Menopause Societies [2]. W systemie STRAW, zalecanym do definiowania początków każdego ze stadiów przejścia menopauzalnego, życie kobiety zostało podzielone na siedem stadiów niezależnych od wieku, ze stałymi punktami



na osi czasu: moment wystąpienia menarche i czas ostatniego krwawienia miesięcznego. Pięć stadiów oznaczono jako liczby -5 do -1 obejmują wczesną środkową i późną fazę okresu rozrodczego, natomiast dwa ostatnie obejmują okres po menopauzie (od +1 do +2) [1]. Późny okres reprodukcyjny (stadium -3) określa czas, w którym dochodzi do spadku płodności, zauważalne zaczynają również być zmiany w cyklu menstruacyjnym. Okres ten dzieli się na 2 podstadia (-3b i -3a). W stadium -3b cykle miesięczkowe są nadal regularne, pozostają bez zmian w długości oraz zmian poziomu FSH we wczesnej fazie folikularnej, jednak poziom AMH i liczba pęcherzyków antralnych są niskie. W stadium -3a obserwowane są subtelne zmiany w cyklu miesięczkowym, szczególnie skrócenie cyklu. We wczesnej fazie pęcherzykowej, między 2. a 5. dniem cyklu, FSH wzrasta i poziom tego hormonu jest bardziej zróżnicowany, poziom pozostałych trzech markerów starzenia się jajników jest niski [2].

Zaburzenia związane z tym etapem mogą trwać kilka lat. Jest to bardzo znaczący okres w życiu kobiety, ponieważ zmiany fizjologiczne zachodzące w jej organizmie mają wpływ nie tylko na zdrowie kobiety, ale również na jakość życia [3].

Jakość życia obejmuje stan zdrowia fizycznego i psychicznego oraz funkcjonowanie społeczne jednostki, odbierane przez pryzmat subiektywnego odczucia pozycji życiowej w kontekście systemu wartości i kultury [4]. Na jakość życia w znacznym stopniu może wpływać osobowość, stanowi ona bowiem stosunkowo stabilną cechę określającą skłonność do reagowania i interpretowania sytuacji w określony sposób, mimo zmieniających się okoliczności. Badania wskazują, że osobowość ma wpływ na jakość życia zależną od zdrowia, zarówno wśród osób zdrowych, jak i chorych [5]. Badając osobowość człowieka, daje się dostrzec jej wpływ na wiele aspektów życia. Obecnie analizę osobowości opiera się głównie na modelu pięcioczynnikowym według McCrae'a i Costy obejmującym takie obszary, jak: neurotyczność (NEU), ekstrawersja (EKS), otwartość na doświadczenia (OTW), ugodowość (UGD), sumienność (SUM) [6–8]. Neurotyczność odzwierciedla z jednej strony przystosowanie emocjonalne, a także niezrównoważenie, podatność na stres. Ekstrawersję charakteryzuje wysoki poziom energii, aktywności, interakcji społecznych. Otwartość na doświadczenia określa osobę ciekawą i poszukującą doświadczeń życiowych. Ugodowość to pozytywne nastawienie do ludzi i chęć współpracy z otoczeniem, kontra egocentryczność, oschłość emocjonalna i postawa rozszewniowa. Sumienność odzwierciedla zorganizowanie, wytrwałość i działania zorientowane na cel [9].

Cel pracy

Celem pracy była ocena wpływu nasilenia cech osobowościowych na jakość życia kobiet w późnym okresie reprodukcyjnym.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 345 zdrowych kobiet w późnym wieku reprodukcyjnym według standaryzowanej klasyfikacji STRAW. Były to kobiety w wieku $42,3 \pm 4,5$ lat mieszkające w północno-zachodniej Polsce. Informacje o badaniach kobiety uzyskiwały w przychodniach, gabinetach ginekologicznych oraz w innych ośrodkach ochrony zdrowia.

Kryteriami włączenia do badania była w wywiadzie obecność cykli miesięczkowych, brak zaburzeń endokrynologicznych, chorób nowotworowych oraz schorzeń psychicznych. Kryteriami wyłączenia z badania były obecność tych schorzeń.

U wszystkich kobiet oznaczono stężenie estradiolu (E2), hormonu folikulotropowego (FSH) oraz anti-Müllerian hor-

monu (AMH) w surowicy krwi, gdzie na podstawie wyników badań oraz wywiadu zakwalifikowano je do grupy kobiet w późnym okresie reprodukcyjnym. W badanej grupie kobiet średnie stężenia wynosiły odpowiednio: E2 – 121,03 pg/ml; FSH – 13,41 mIU/ml; AMH – 2,07 ng/ml.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanych narzędzi badawczych, za pomocą których oceniono: cechy osobowości (Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae w polskiej adaptacji Zawadzkiego, Strelaua, Szczepaniak i Śliwińskiej) i jakość życia (kwestionariusz SF-36). Kwestionariusz osobowości NEO-FFI tworzy 5 skal mierzących: neurotyczność, ekstrawersję, otwartość na doświadczenia, ugodowość i sumienność. Interpretacja wyników każdej ze skal wskazuje przy punktacji stenowej 1–3 niskie nasilenie cechy, 4–6 stena – przeciętne, 7–10 wysokie nasilenie badanej cechy [6, 7]. Do oceny jakości życia zastosowano kwestionariusz SF-36 (*Short Form Health Survey*). Składa się on z 11 pytań zawierających 36 stwierdzeń pozwalających określić 8 elementów tj.: PF – funkcjonowanie fizyczne, RP – ograniczenie codziennych czynności z powodu zdrowia fizycznego, BP – odczuwanie bólu, GH – ogólne poczucie zdrowia, V – vitalność, SF – funkcjonowanie społeczne, RE – funkcjonowanie emocjonalne, MH – stan psychiczny. Wskaźnik jakości życia jest sumą punktów oceny wszystkich 8 skal jakości życia. W każdej ze sfer badane mogły uzyskać od 0 do 100 punktów. Jakość życia oceniono zgodnie z założeniem; im większa sumaryczna liczba punktów, tym lepsza jakość życia [10].

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu komputerowego programu Windows: Microsoft EXCEL 2010 PL oraz StatSoft Statistica 10 PL. Do analizy uzyskanych wyników zastosowano statystyki opisowe, takie jak: liczba przypadków ważnych, średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana, rozstęp kwartylowy, minimum, maksimum. Do oznaczenia korelacji wykorzystano test korelacji rang Spearmana. Przyjęto, iż prawdopodobieństwo $p \leq 0,05$ oznacza zależności istotne, a $p \leq 0,01$ wysoce istotne statystycznie.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego nr KB-0012/12/12.

Wyniki

Większość, tj. 72,5%, badanych kobiet mieszkała w miastach > 100 tys. mieszkańców, w miastach do 100 tys. i na wsi odpowiednio: 12,8 i 11,9%. W miastach do 10 tys. mieszkańców zamieszkiwało jedynie 2,9% badanych. Mężatki stanowiły znaczną większość – 75,1%, w mniejszości były panny – 13,6%, rozwiedzione – 10,7% oraz wdowy – 0,6%. Zdecydowana większość kobiet posiadała wykształcenie wyższe – 75,1%. Średnie wykształcenie deklaryowało 22,6%, zaś mniejszość stanowiło wykształcenie zawodowe (2%) i podstawowe (0,3%) badanych. Aktywnych zawodowo było 96,5%, nie pracowało – 3,5% kobiet.

Najbardziej nasiloną cechą osobowości wśród badanych kobiet była otwartość na doświadczenia – średnia 6,47 ($\pm 1,71$), związane jest to z kreatywnością, ciekawością świata, dużą wrażliwością estetyczną. Kolejną nasiloną cechą była ugodowość – 5,91 ($\pm 1,92$), z działaniami zaś najmniej nasiloną cechą była neurotyczność – średnia 4,38 ($\pm 2,27$), oznacza to, że osoby o niskim nasileniu tej cechy są emocjonalnie stabilne, spokojne oraz zdolne do zmagania się ze stresem (tab. 1).

Analiza wyników jakości życia wykazała, że kobiety najlepiej oceniły funkcjonowanie fizyczne (PF) – 89,76 \pm 12,70, funkcjonowanie emocjonalne (RE) – 83,58 \pm 19,65 oraz sprawność fizyczną (RP) – 82,74 \pm 17,81. Najniżej oceniono vitalność (V) – 60,76 \pm 17,62 i zdrowie psychiczne (MH) – 68,70 \pm 18,48 (tab. 2).

Tabela 1. Struktura osobowości badanych kobiet według NEO-FFI

NEO-FFI N = 345	$\bar{x} \pm SD$	Min–Maks	Me (IQR)
Neurotyczność	4,38 ± 2,27	1–10	4 (3)
Ekstrawersja	5,44 ± 2,10	1–10	5 (3)
Otwartość na doświadczenie	6,47 ± 1,71	1–10	7 (1)
Ugodowość	5,91 ± 1,92	1–10	6 (2)
Sumienność	5,46 ± 2,02	1–10	5 (3)

N – liczba badanych, \bar{x} – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, min – wartość minimalna, maks – wartość maksymalna, Me – mediana, IQR – interquartilerange (rozstęp kwartylowy).

Tabela 2. Analiza jakości życia badanych kobiet według SF-36

SF-36 N = 345	$\bar{x} \pm SD$	Min–Maks	Me (IQR)
Wskaźniki jakości życia			
Funkcjonowanie fizyczne (PF)	89,76 ± 12,70	26–100	94,00 (12)
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (RP)	82,74 ± 17,81	6,25–100	81,25 (25)
Dolegliwości bólowe (BP)	75,62 ± 24,85	0–100	77,78 (44,44)
Ogólne ocena zdrowia (GH)	74,68 ± 14,11	25–100	80,00 (20)
Witalność (V)	60,76 ± 17,62	6,25–100	68,75 (18,75)
Funkcjonowanie społeczne (SF)	79,78 ± 22,99	0–100	87,50 (37,5)
Ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych (RE)	83,58 ± 19,65	8,33–100	91,67 (25)
Zdrowie psychiczne (MH)	68,70 ± 18,48	0–100	70,00 (30)

N – liczba badanych, \bar{x} – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, min – wartość minimalna, maks – wartość maksymalna, Me – mediana, IQR – interquartilerange (rozstęp kwartylowy).

Tabela 3. Korelacja między cechami osobowości według NEO-FFI a wskaźnikami jakości życia według SF-36 badanych kobiet (N = 345)

Cechy osobowości SF-36	Neurotyczność		Ekstrawersja		Otwartość na doświadczenie		Ugodowość		Sumienność	
	R	p	R	p	R	p	R	p	R	p
Wskaźniki jakości życia										
PF	-0,231	0,000	0,103	0,056	0,055	0,309	-0,028	0,609	0,108	0,044
RP	-0,236	0,000	0,286	0,000	-0,001	0,988	-0,008	0,882	0,310	0,000
BP	-0,392	0,000	-0,017	0,760	0,122	0,023	0,226	0,000	-0,130	0,016
GH	-0,489	0,000	0,151	0,005	0,195	0,000	0,221	0,000	0,067	0,215
V	-0,661	0,000	0,406	0,000	0,132	0,014	0,311	0,000	0,178	0,000
SF	-0,597	0,000	0,107	0,046	0,095	0,078	0,313	0,000	0,038	0,481
RE	-0,493	0,000	0,267	0,000	-0,013	0,809	0,179	0,000	0,240	0,000
MH	-0,723	0,000	0,207	0,000	0,138	0,010	0,454	0,000	0,056	0,296

R – współczynnik korelacji rang Spearmana, p – poziom istotności, PF – funkcjonowanie fizyczne, RP – ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego, BP – dolegliwości bólowe, GH – ogólna ocena zdrowia, V – witalność, SF – funkcjonowanie społeczne, RE – ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych, MH – zdrowie psychiczne.

Wykazano statystycznie istotną korelację między oceną otwartości według NEO-FFI a jakością życia w zakresie ogólnej oceny zdrowia (GH), funkcjonowania psychicznego (MH), witalności (V), a także odczuwanym bólem (BP) ($p < 0,05$).

Neurotyczność istotnie ujemnie korelowała ze wszystkimi sferami jakości życia ($p < 0,05$), wyższe natężenia neurotyczności odpowiadały gorszym ocenom jakości życia. Oznacza to, że kobiety, które cechuje niespokojność, roz-

drażnienie, niezadowolenie oraz niezdecydowanie wykazywały gorszą jakość życia.

Niemal wszystkie sfery jakości życia korelowały istotnie z ugodowością ($p < 0,05$). Wyjątek stanowiło funkcjonowanie fizyczne (PF) i ograniczenia w zakresie zdrowia fizycznego (RP) ($p > 0,05$). Oznacza to, że kobiety, które cechuje pozytywne nastawienie do ludzi, życzliwość, serdeczność oraz chęć współpracy z otoczeniem, postawa altruistyczna i empatyczna charakteryzowały się lepszą jakością życia.

Wykazano, iż prawie wszystkie sfery jakości życia korelowały istotnie z oceną ekstrawersji ($p < 0,05$), poza funkcjonowaniem fizycznym (PF) i dolegliwościami bólowymi (BP) ($p > 0,05$). Potwierdza to lepszą jakość życia kobiet, które charakteryzują się wyższym poziomem energii „własnej”, są towarzyskie, serdeczne, asertywne, aktywne, poszukujące doznań.

Niemal wszystkie sfery jakości życia (poza ogólną oceną stanu zdrowia – GH, funkcjonowaniem społecznym – SF i zdrowiem psychicznym – MH) wykazywały statystycznie istotną zależność z oceną sumienności ($p < 0,05$). W przypadku oceny funkcjonowania fizycznego (PF), ograniczeń wynikających z ze zdrowia fizycznego (RP), witalności (V), oraz funkcjonowania w ramach ról społecznych (RE), zależność była wyraźna, lecz mała (odpowiednio $R = 0,108$; $0,310$; $0,178$ oraz $0,24$) (tab. 3).

Dyskusja

Jakość życia jest ważnym obszarem zainteresowań zdrowia publicznego. Szczególnie w odniesieniu do kobiet nabiera istotnego znaczenia, gdyż są to osoby aktywne nie tylko zawodowo, ale pełnią także inne role społeczne, takie jak opieka nad dziećmi czy starszymi rodzicami [9]. Do wskaźników jakości życia zalicza się umiejętność odgrywania dotychczasowych ról życiowych, zdolność przystosowania się, dobrostan fizyczny i psychiczny oraz funkcjonowanie w obrębie grup społecznych [11]. Badania wskazują, że wpływ na jakość życia zależną od zdrowia mają również cechy osobowości [5].

W badaniu własnym przeprowadzona analiza wykazała na istnienie zależności między cechami osobowości a wymiarami jakości życia zależnej od zdrowia. Badania prowadzone przez Schimmack i wsp. wykazały istnienie związku między neurotycznością i ekstrawersją a jakością życia i subiektywną oceną samopoczucia, zarówno wśród osób posiadających schorzenia somatyczne, jak i zdrowych [12]. Z kolei wyniki Bal i wsp. potwierdziły wpływ introwersji i neurotyczności na obniżenie jakości życia kobiet w okresie pomenopauzalnym [13]. W badaniach własnych kobiety neurotyczne, czyli szczególnie wrażliwe na stres, skłonne do doświadczania negatywnych emocji oraz zamartwiania się wyraźnie wykazywały gorszą jakość życia we wszystkich obszarach. Analiza wyników własnych także wskazała, że cechy ekstrawersji wpływają pozytywnie na wszystkie z obszarów jakości życia badanych kobiet, poza funkcjonowaniem fizycznym i odczuwanymi dolegliwościami bólowymi. Prawdopodobnie, skłonność do skupiania się na kontaktach zewnętrznych może wpływać na ograniczenie kon-

centrowania się na własnych problemach, co prowadzi do wyższej oceny swojego funkcjonowania [5].

Zespół van Straten i wsp. wskazał, że osoby z wysoką ugodowością miały wyższą jakość życia w obszarach dotyczących aspektów społecznych i fizycznych, poza emocjonalnymi. Być może osoby te, posiadające zazwyczaj więcej przyjaciół, są bardziej zrelaksowane i nie przywiązują dużej uwagi do bólu i dyskomfortu fizycznego [5]. Wyniki własne wykazały, że ugodowość badanych wiązała się z wyższą jakością życia we wszystkich analizowanych obszarach, z wyjątkiem funkcjonowania fizycznego i wynikających z niego ograniczeń. Charakteryzujące tę postawę życzliwość, serdeczność i otwartość wpływają najprawdopodobniej na marginalizowanie powyższych niedogodności.

W badanych własnych kobiety otwarte na doświadczenie charakteryzujące się ciekawością poznawczą, kreatywnością i chęcią działania, niższą jakością życia wskazywały w obszarach funkcjonowania fizycznego i społecznego oraz pełnionych ról w zakresie funkcjonowania fizycznego i emocjonalnego. Być może wiąże się to z tym, że otwartość zdeterminowana jest na ciekawość świata, a osoby te urozmaicają codzienność przykładając wagę do obecnych w życiu wrażeń [14].

Według Siwy-Hudowskiej, cechy osobowości takie, jak: wysoka ekstrawersja, niska neurotyczność, ale także wysoka sumiennosc, wiążą się z wyższą jakością życia [15]. W badaniach własnych kobiety cechujące się sumiennością, czyli osoby obowiązkowe, kompetentne, wytrwałe i zorganizowane, wysoką jakością życia wskazywały w większości obszarów, poza ogólną oceną stanu zdrowia, funkcjonowaniem społecznym i psychicznym.

Osobowość człowieka dorosłego charakteryzuje się swoistą stabilnością na przestrzeni życia. Trwałe uwarunkowania, czyli cechy osobowości, pozwalają jednostkom na dostosowanie się do poszczególnych etapów życia oraz wpływają na poszczególne wymiary jakości życia zależne od zdrowia [14].

Wnioski

1. Jakość życia zależna od zdrowia jest kształtowana przez cechy osobowościowe, które są względnie stabilne przez całe życie kobiety.
2. Wysoki poziom neurotyczności wpływa znacząco na pogorszenie jakości życia.
3. Świadomość wpływu nasilenia cech osobowości na jakość życia kobiet pozwoli optymalizować lekarzowi rodzinnemu działania diagnostyczno-terapeutyczne.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana w ramach realizacji tematu statutowego nr WNoZ-302-02/5/15.
Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Baranowski W. *Przemiany hormonalne wieku menopauzalnego*. W: Pertyński T, red. *Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2004: 1–10.
2. Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. STRAW + 10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97(4): 1159–1168.
3. Bielwaska-Batorowicz E. Konceptje menopauzy. Część I – ujęcie demograficzne i kulturowe. *Prz Menopauz* 2005; 2: 10–18.
4. Mroczek B, Wróblewska I, Jamrocha K, et al. Jakość życia kobiet w okresie menopauzy. *Fam Med Prim Care Rev* 2014; 16(2): 136–137.
5. van Straten A, Cuijpers P, van Zuuren FJ, et al. Personality traits and health-related quality of life in patients with mood and anxiety disorders. *Qual Life Res* 2007; 16(1): 1–8.
6. McCrae RR, Costa PT Jr. Validation of the five factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52(1): 81–90.
7. McCrae RR, Costa PT Jr. Updating Norman's "Adequate Taxonomy": intelligence and personality dimensions in natural language and questionnaires. *J Pers Soc Psychol* 1985; 49(3): 640–650.

8. Bienvenue OJ, Brown C, Samuels JF, et al. Normal personality traits and comorbidity among phobic, panic and major depressive disorders. *Psychiatry Res* 2001; 102(1): 73–85.
9. Kowalska M, Marcinkowska U, Joško J. Satysfakcja z pracy zawodowej a jakość życia kobiet w wieku 45–60 lat w województwie śląskim. *Med Prakt* 2010; 61(3): 277–285.
10. Tylka J, Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiol Pol* 2009; 67: 1166–1169.
11. Szyguła-Jurkiewicz B, Kowalska M, Mościński M. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiol* 2011; 6(1): 62–71.
12. Schimmack U, Oishi S, Furr RM, et al. Personality and life satisfaction: a facet-level analysis. *Pers Soc Psychol Bull* 2004; 30(8): 1062–1075.
13. Bal MD, Sahin NH. The effects of personality traits on quality of life. *Menopause* 2011; 18(12): 1309–1316.
14. Rutkowska A, Kowalska A, Makara-Studzińska M, i wsp. Analiza struktury osobowości u kobiet w pierwszej ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Curr Probl Psychiatry* 2011; 12(4): 420–427.
15. Siwy-Hudowska A. Ocena jakości życia w kontekście cech osobowości u młodych mężczyzn o różnym stopniu zaangażowania w uprawianie ćwiczeń fizycznych. *Stud Psychol* 2013; 51(3): 63–72.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Anna Jurczak
Zakład Pielęgniarstwa PUM
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
Tel.: 91 48-00-910
E-mail: jurczaka@op.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 16.09.2015 r.

Po recenzji: 30.10.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 30.10.2015 r.