

# Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych

## Socio-demographic determinants of health evaluation among working adults

GRZEGORZ NOWICKI<sup>1/</sup>, BARBARA ŚLUSARSKA<sup>2/</sup>

<sup>1/</sup> Pracownia Ratownictwa Medycznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2/</sup> Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Wstęp.** Zdrowie jednostek i populacji zależy od bardzo licznych i sprzężonych uwarunkowań. W największym stopniu zależy od tzw. dalszych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, które są przyczyną nierówności w zdrowiu. Sposób postrzegania zdrowia przez człowieka wpływa na jego samopoczucie, aktywność życiową, a także kreuje zachowania zdrowotne. Skutecznym sposobem zmniejszenia nierówności w zdrowiu jest edukacja zdrowotna, której istotą jest inwestowanie w rozwój wartości zdrowia jednostki w życiu codziennym.

**Cel pracy.** Ocena wartości zdrowia w opinii osób pracujących w zależności od cech społeczno-demograficznych (wiek, płeć, wykształcenia, miejsce zamieszkania).

**Materiał i metoda.** Badania ankietowe przeprowadzono w maju 2008 r. w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Lublinie wśród 150 osób pracujących w wieku od 22 do 62 lat. Badania przeprowadzono przy użyciu Listy Kryteriów Zdrowia (LKZ) wg Z. Juczyńskiego, która opisuje zdrowie jako stan, wynik, proces, właściwości i cel w opinii badanych.

**Wyniki.** Dla osób powyżej 50 roku życia zdrowie to przede wszystkim cel określony jako dożycie późnej starości ( $p=0,002$ ) oraz właściwość w zakresie cieszenia się sprawnością wszystkich części ciała ( $p=0,008$ ), w porównaniu z osobami w wieku 20-30 lat. Dla mężczyzn w porównaniu z kobietami zdrowie oznacza „mieć sprawne wszystkie części ciała” ( $p=0,008$ ). Analiza statystyczna wskazała różnice w twierdzeniu „umieć cieszyć się z życia” pomiędzy ankietowanymi z miasta, którzy przypisali mu większą wagę niż badani ze wsi ( $p=0,01$ ).

**Wnioski.** Ankietowani najważniejszą wagę przypisują zdrowiu rozumianemu jako stan i wynik oraz właściwości, zaś zdrowie jako cel zajmuje nieco dalsze miejsce.

**Słowa kluczowe:** wartość zdrowia, osoby pracujące, cechy społeczno-demograficzne

**Introduction.** The health of individuals and the population depends on numerous and inter-related conditions. To the greatest extent it depends on so-called latter social predispositions, which contribute to unequal health conditions. The way people perceive their health affects their mood and activities and contributes to the development of health behavior: An effective way of diminishing the disproportions in health status is health education, focusing on the investment in the development of the importance of health in the individual's everyday life.

**Aim.** The evaluation of the value of health in the perception of working adults, according to socio-demographic characteristics (age, gender, education, place of residence).

**Materials and methods.** The survey was conducted in May 2008 at the Regional Centre of Occupational Medicine in Lublin among 150 working people aged between 22 and 62 years. It was prepared using The List of Health Criteria (Lista Kryteriów Zdrowia, LKZ) after Z. Juczyński, which, according to the surveyed, describes health as a state, result, process, features and goal.

**Results.** People over the age of 50 years, describe health above all as a desire to live to an advanced old age ( $p=0,002$ ) and as a feature of enjoying the efficiency of all body parts ( $p=0,008$ ) more frequently than people aged between 20 and 30 years. For men, in comparison with women, health means that “all body parts work efficiently” ( $p=0,008$ ). The statistical analysis revealed differences in the statement: “to know how to enjoy life” between the subjects from villages and from cities; the latter group assigned it a greater importance ( $p=0,01$ ).

**Conclusions.** The greatest importance assigned to health by the subjects included health as a state, result and features. The health as a goal appeared to be less significant.

**Key words:** the value of health, working people, socio-demographic characteristics

© Hygeia Public Health 2011, 46(2): 280-285

www.h-ph.pl

Nadesłano: 10.04.2011

Zakwalifikowano do druku: 26.04.2011

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr piel. Grzegorz Nowicki

Pracownia Ratownictwa Medycznego, Wydział Pielęgniarstwa

i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ul. Chodźki 6, 20-093 Lublin

tel. 81 718 75 10, e-mail: grzesiek\_nowicki@interia.pl

## Wstęp

Zakres współczesnego rozumienia pojęcia zdrowia ma już swoją historię sięgającą pierwszej połowy XX wieku i wyrasta z biomedycznego modelu ujmującego zdrowie jako brak choroby [1].

W określaniu i wyjaśnianiu zakresu rozumienia zdrowia ważną rolę odgrywały: definicja zdrowia WHO [2,3] określająca jego istotę w kategorii dobrostanu, oraz obserwacje dotyczące zróżnicowania, ciągłości i zmienności stanów zdrowia i choroby [4]. Ponadto zostały zdefiniowane główne czynniki wpływające na zdrowie, wśród których najważniejsze to: styl życia, środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy, czynniki genetyczne, medycyna naprawcza [5]. Powstające w ten sposób „zjawisko zdrowia” zweryfikowało wcześniejsze światło jego rozumienia i ukazało konieczność rozpatrywania jego złożoności w modelu społeczno-ekologicznym [6].

Duże zainteresowanie zdrowiem różnych dyscyplin naukowych oraz ich udział w próbie definiowania tego zjawiska poszerzyło terminologię odnoszącą się nie tylko do wymiaru fizycznego i psychicznego, ale również wymiaru psychospołecznego i duchowego. Współczesne definicje ujmują zdrowie w różny sposób. Karta Ottawska (1986) podkreśla, że zdrowie jest zasobem i bogactwem, którym jednostka dysponuje w życiu codziennym determinującym rozwój indywidualny oraz społeczny i gospodarczy [7].

Inne podejścia ujmują zdrowie jako proces, potencjał i właściwość człowieka [8]. Pojmowanie zdrowia jako procesu wiąże się z modelem salutogenetycznym Antonovsky'ego. Pogląd salutogenetyczny zakłada, że stanem normalnym dla organizmu człowieka jest nieuporządkowanie, stan zaburzonej homeostazy, który ma miejsce pod wpływem procesów wewnętrznych i zewnętrznych. Jest to jednak system otwarty, w którym jest także miejsce na porządek. W tej perspektywie zdrowie to kraniec kontinuum, którego drugim krańcem jest choroba. Zdrowie jako proces odnosi się do poszukiwania i utrzymywania równowagi wobec obciążeń, z którymi nieustannie ma do czynienia organizm [9].

Zdrowie jako potencjał i właściwości człowieka ma status dyspozycji umożliwiającej adaptacyjne funkcjonowanie w określonym kontekście środowiskowym. Postrzegane jest jako kategoria rozwojowo-funkcjonalna, będąca zasobem warunkującym wszechstronny rozwój człowieka oraz umożliwiający stawianie czoła aktualnym wymaganiom [10].

Zdrowie, niezależnie od sposobu jego pojmowania definicyjnego, zawsze traktowane jest jako atrybut człowieka, jest wartością pozytywną, do której dąży człowiek [11]. Wartość taka w życiu człowieka stanowi istotny element decyzyjny, w oparciu, o który

dokonywany jest wybór zachowań będących składową stylu życia, jeśli jest usytuowana na wysokiej pozycji w hierarchii wartości poszczególnych jednostek lub grup społecznych [12].

Zrozumienie istoty i wartości zdrowia oraz umieszczenie go w odpowiednim miejscu hierarchii wartości odgrywa ogromną rolę w życiu każdego człowieka. Jest podstawą kształtowania postaw wobec potrzeb zdrowotnych i świadczy o naszym wkładzie w zwiększenie lub zatrzymanie wysokiego potencjału cech psychofizycznych niezbędnych w życiu [13].

Pojmowanie zdrowia przez ludzi w codziennym życiu jest różne i zależy od wielu okoliczności. Potoczne rozumienie zdrowia odnosi się do tego jak ten termin rozumieją zwykli ludzie, laicy niezwiązani z naukami medycznymi. Terminologia zdrowia bierze się w tym przypadku z doświadczeń dnia codziennego i najbliższego otoczenia a wpływ na nią mają: wiek, poziom wykształcenia, sytuacja ekonomiczno-społeczna, kultura, w której dana jednostka nabiera doświadczeń [14].

## Cel pracy

Ocena wartości zdrowia w opinii osób pracujących w zależności od cech społeczno-demograficznych (wiek, płeć, wykształcenia, miejsce zamieszkania).

## Materiał i metoda

Badania ankietowe przeprowadzono w maju 2008 r. w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Lublinie. Osoby pracujące zgłaszające się na profilaktyczne badania okresowe poproszono o udział w powyższych badaniach po uprzednim wyjaśnieniu celu działania.

W celu poznania wartości zdrowia w opinii badanych zastosowano Listę Kryteriów Zdrowia (LKZ) wg Z. Juszczyńskiego. Narzędzie budowane jest z 24 stwierdzeń opisujących zdrowie w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym.

Lista Kryteriów Zdrowia nawiązuje do holistycznego ujęcia zdrowia. Stwierdzenia zawarte w Liście odzwierciedlają różne aspekty zdrowia takie jak troska o wypoczynek i sen, należyte odżywianie itd. Jedne kryteria stanowią świadectwo aktualnego stanu zdrowia, inne należy traktować jako warunki zdrowia, jeszcze inne podkreślają wagę pełnego funkcjonowania i realizacji swoich możliwości.

Po przeczytaniu i zaznaczeniu tych kryteriów, które w ocenie badanego mają znaczenie dla zdrowia, w kolejnym kroku dokonuje on wyboru pięciu najważniejszych kryteriów, by wreszcie – o ostatnim kroku – uszeregować wybrane kryteria od najbardziej ważnego, któremu przypisuje 5 punktów, do najmniej ważnego, ocenianego 1 punktem [15].

Przypisane wybranym kryteriom zdrowia punkty stanowią podstawę do interpretacji wyników badania, które można odnieść do wartości średnich. W interpretacji warto wziąć pod uwagę nie tylko wagę kryteriów, lecz również ich właściwości definicyjne, które opisują zdrowie jako stan, wynik, właściwość lub proces [15].

W badaniach grupowych kryterium zdrowia, które nie zostały wybrane należy przypisać „0” punktów. W rezultacie otrzymujemy uszeregowanie rangowe wszystkich możliwych do wyboru 24 kryteriów zdrowia, charakteryzujące badaną grupę. W interpretacji warto również zwrócić uwagę na rozkłady liczebności rang dla poszczególnych kryteriów zdrowia [15].

Wartość analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy odsetka i liczności. W testach przyjęto 5% błąd wnioskowania, czyli poziom istotności  $p=0,05$  wskazujący na istnienie istotności statystycznej. Analizy przeprowadzono przy pomocy oprogramowania STATISTICA v. 8.0 (StatSoft).

Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie oraz po uzyskaniu zgody Dyrekcji Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Lublinie. Uczestnictwo osób pracujących w prowadzonych badaniach było dobrowolne i zapewniło respondentom pełną anonimowość.

## Wyniki

Badaniami objęto 150 osób w wieku 22-62 lata. Średnia wieku wyniosła 40,74 (SD=10,58). Najlicniejszą grupę stanowili badani w wieku 41-50 lat (28,67%;  $n=43$ ), nieco mniejszą grupę osoby w wieku 31-40 lat (24,67%;  $n=37$ ). Podobna liczba respondentów była w wieku powyżej 50 roku życia (24,00%;  $n=34$ ). Najmniej liczną grupę stanowiły 20-30-latkowie (22,67%;  $n=34$ ). Przeważającą większość stanowiły osoby pochodzące z miasta (70,67%;  $n=106$ ). W większości badani wykonywali pracę fizyczną – 67 (44,67%) ankietowanych, zaś 60 (40%) osób umysłową. Pozostali – 23 (15,33%) osoby, wykonywały pracę zawierającą elementy pracy fizycznej i umysłowej. Prawie połowa ankietowanych – 69 (46,00%) stanowiły osoby legitymujące się wykształceniem średnim, wyższe – 53 (35,33%) osoby, 28 (18,67%) respondentów deklarowało wykształcenie zasadnicze. Biorąc pod uwagę wykształcenie rodziców, największą liczbę stanowiły osoby, których rodzice posiadali wykształcenie zasadnicze.

Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowani najważniejszą wagę przypisują zdrowiu rozumianemu jako stan i wynik oraz właściwości, zaś zdrowie

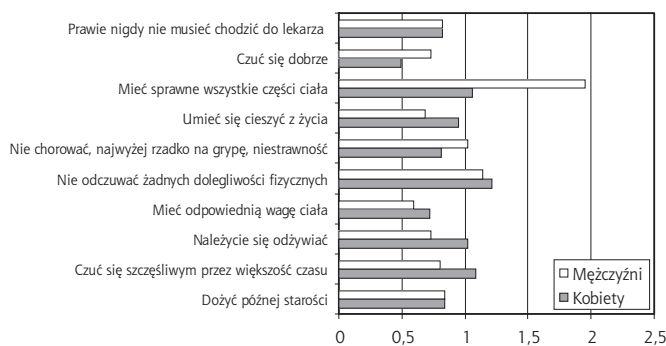
jako cel zajmuje nieco dalsze miejsce. Być zdrowym to według respondentów przede wszystkim „mieć sprawne wszystkie części ciała”, „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „czuć się szczęśliwym przez większość czasu”, „należycie się odżywiać i nie chorować”, „najwyżej rzadko na grypę lub niestrawność”. Mniej ważne natomiast są: „prawie nigdy nie chodzić do lekarza”, „umieć cieszyć się z życia”, „czuć się dobrze i mieć odpowiednią wagę” (tab. I).

Analizując najważniejsze twierdzenia według ankietowanych dotyczące zdrowia stwierdzono istotne statystycznie różnice w twierdzeniu „mieć sprawne wszystkie części ciała” ( $p=0,008$ ), które większą wagę ma dla mężczyzn. Natomiast w pozostałych twierdzeniach nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic ( $p>0,05$ ) (tab. II, ryc. 1).

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice w wadze twierdzenia „dożyć późnej starości”, które miało najwyższą wagę w grupie wiekowej powyżej 50 lat, zaś najniższą w wieku 20-30 lat ( $p=0,002$ ) oraz w twierdzeniu „mieć sprawne wszystkie części ciała” ( $p=0,008$ ), gdzie najwyższa waga była w grupie wiekowej powyżej 50 lat (2,33). Bliskie istotności statystycznej różnice stwierdzono w twierdzeniu „czuć się szczęśliwym

Tabela I. Średnie wagi twierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie  
Table I. Average importance of statements concerning health in the studied group

Lp	Twierdzenia	Średnia waga	Definicja zdrowia
1	Dożyć późnej starości	0,84	cel
2	Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,98	stan
3	Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,35	proces
4	Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,48	proces
5	Należycie się odżywiać	0,91	wynik
6	Dbać o wypoczynek, sen	0,57	wynik
7	Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,33	wynik
8	Nie palić tytoniu	0,53	wynik
9	Mieć odpowiednią wagę ciała	0,67	wynik
10	Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,63	właściwości
11	Mieć dobry nastrój	0,24	właściwości
12	Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,19	właściwości
13	Potrafić pracować bez napięcia i stresu	0,57	proces
14	Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,89	właściwości
15	Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,54	właściwości
16	Umieć się przystosowywać do zmian w życiu	0,43	proces
17	Umieć się cieszyć z życia	0,85	stan
18	Być odpowiedzialnym	0,17	cel
19	Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,05	proces
20	Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,39	właściwości
21	Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,64	cel
22	Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,27	wynik
23	Czuć się dobrze	0,58	stan
24	Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,82	właściwości

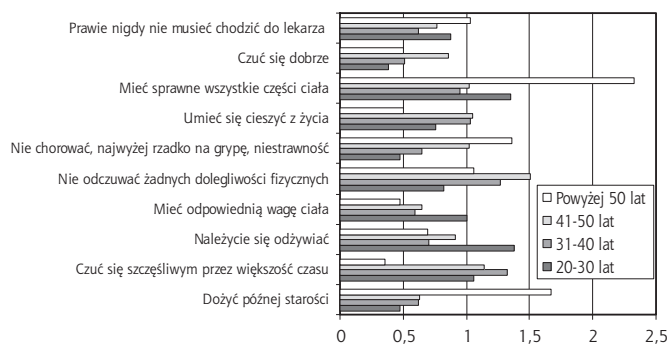


Ryc. 1. Średnie wagi twierdzeń dotyczących zdrowia z uwzględnieniem płci

Fig. 1. Average importance of statements concerning health, by gender

przez większość czasu” ( $p=0,08$ ), najniższą wagę stwierdzono w grupie najstarszej wiekowo (tab. II, ryc. 2).

Dokonana analiza statystyczna wykazała istotne różnice w ważności twierdzenia „umieć cieszyć się z życia” ( $p=0,01$ ) pomiędzy ankietowanymi ze wsi i z miasta. Dla ankietowanych z miasta twierdzenie to miało wyższą wagę. W ważności pozostałych twierdzeń nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami ( $p>0,05$ ) (tab. I, ryc. 3). Dalsza analiza statystyczna wykazała istotne różnice w wadze twierdzeń dotyczących zdrowia pomiędzy grupami



Ryc. 2. Średnie wagi twierdzeń dotyczących zdrowia z uwzględnieniem wieku

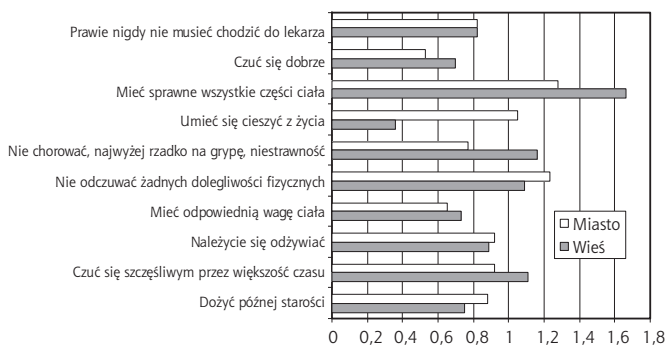
Fig. 2. Average importance of statements concerning health, by age

wykształcenia zasadniczego, średniego i wyższego. Istotne różnice stwierdzono w twierdzeniu „nie chorować, najwyżej rzadko na grypę lub niestrawność” ( $p=0,005$ ), gdzie dla osób z wykształceniem zawodowym twierdzenie miało najwyższą wagę w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim i wyższym. Istotne różnice stwierdzono także w twierdzeniu „należy się odżywiać” ( $p=0,04$ ), dla ankietowanych z wyższym wykształceniem odżywiane miało wyższą wagę w porównaniu do osób z wykształceniem zasadniczym i średnim. Najwyższą wagę w twierdzeniu „prawie nigdy nie chodzić do lekarza” stwierdzono

Tabela II. Średnie wagi twierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie w zależności od cech społeczno – demograficznych  
Table II. Average importance of statements concerning health in the studied group, by socio-demographic characteristics

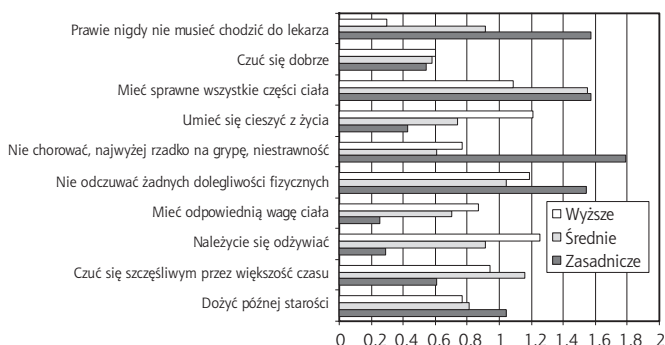
Lp	Twierdzenia	Kobie-ty	Męż-czyźni	Analiza statystyczna	20-30 lat	31-40 lat	41-50 lat	Powyżej 50 lat	Analiza statystyczna	Wieś	Miasto	Analiza statystyczna	Zasadnicze	Średnie	Wyższe	Analiza statystyczna
		Średnia waga	Średnia waga		Średnia waga	Średnia waga	Średnia waga	Średnia waga		Średnia waga	Średnia waga		Średnia waga	Średnia waga		
1	Dożyć późnej starości	0,84	0,84	$t=0,01$ ; $p=0,99$	0,47	0,62	0,63	1,67	$F=5,22$ ; $p=0,002^*$	0,75	0,88	$t=-0,45$ ; $p=0,64$	1,04	0,81	0,77	$F=0,30$ ; $p=0,74$
2	Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	1,09	0,80	$t=0,98$ ; $p=0,33$	1,06	1,32	1,14	0,36	$F=2,30$ ; $p=0,08$	1,11	0,92	$t=0,62$ ; $p=0,54$	0,61	1,16	0,94	$F=1,07$ ; $p=0,35$
5	Należy się odżywiać	1,02	0,73	$t=1,04$ ; $p=0,30$	1,38	0,70	0,91	0,69	$F=1,34$ ; $p=0,26$	0,89	0,92	$t=0,13$ ; $p=0,90$	0,29	0,91	1,25	$F=3,20$ ; $p=0,04^*$
9	Mieć odpowiednią wagę ciała	0,75	0,59	$t=0,56$ ; $p=0,58$	1,00	0,59	0,65	0,47	$F=0,88$ ; $p=0,45$	0,73	0,65	$t=0,30$ ; $p=0,76$	0,25	0,70	0,87	$F=1,78$ ; $p=0,17$
12	Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,21	1,14	$t=0,22$ ; $p=0,82$	0,82	1,27	1,51	1,06	$F=0,97$ ; $p=0,41$	1,09	1,23	$t=0,41$ ; $p=0,68$	1,54	1,04	1,19	$F=0,71$ ; $p=0,49$
14	Nie chorować najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,81	1,02	$t=-0,75$ ; $p=0,45$	0,47	0,65	1,02	1,36	$F=2,10$ ; $p=0,10$	1,16	0,77	$t=1,30$ ; $p=0,19$	1,79	0,61	0,77	$F=5,56$ ; $p=0,005^*$
17	Umieć się cieszyć z życia	0,95	0,68	$t=1,01$ ; $p=0,31$	0,76	1,03	1,05	0,50	$F=1,02$ ; $p=0,39$	0,36	1,05	$t=-2,48$ ; $p=0,01^*$	0,43	0,74	1,21	$F=2,62$ ; $p=0,08$
20	Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,06	1,95	$t=-2,71$ ; $p=0,008^*$	1,35	0,95	1,02	2,33	$F=4,11$ ; $p=0,008^*$	1,66	1,28	$t=1,06$ ; $p=0,29$	1,57	1,55	1,09	$F=0,94$ ; $p=0,39$
23	Czuć się dobrze	0,49	0,73	$t=-1,03$ ; $p=0,30$	0,38	0,51	0,86	0,50	$F=0,87$ ; $p=0,46$	0,70	0,53	$t=0,70$ ; $p=0,48$	0,54	0,58	0,60	$F=0,02$ ; $p=0,98$
24	Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,82	0,82	$t=-0,01$ ; $p=0,99$	0,88	0,62	0,77	1,03	$F=0,39$ ; $p=0,76$	0,82	0,82	$t=-0,01$ ; $p=0,99$	1,57	0,91	0,30	$F=5,90$ ; $p=0,003^*$

wśród ankietowanych z wykształceniem zawodowym (1,57), zaś najniższą u osób z wyższym wykształceniem (0,30), stwierdzone różnice były istotne statystycznie ( $p=0,003$ ). Bliskie istotności statystycznej różnice stwierdzono w twierdzeniu „umieć cieszyć się z życia” ( $p=0,08$ ), najwyższą wagę stwierdzono u ankietowanych z wyższym wykształceniem. W wadze pozostałych twierdzeń nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami ( $p>0,05$ ) (tab. II, ryc. 4).



Ryc. 3. Średnie wagi twierdzeń dotyczących zdrowia z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Fig. 3. Average importance of statements concerning health, by place of residence



Ryc. 4. Średnie wagi twierdzeń dotyczących zdrowia z uwzględnieniem poziomu wykształcenia

Fig. 4. Average importance of statements concerning health, by level of education

## Dyskusja

Sposób, w jaki człowiek postrzega własne zdrowie, wpływa na jego samopoczucie, aktywność życiową, a także na realizację zachowań sprzyjających zdrowiu. Podejmując działania promujące zdrowie, ważnym jest, w jaki sposób ludzie definiują zdrowie, oraz w jaki sposób zdrowie utożsamiane jest ze stanem, właściwością lub procesem.

Wyniki badań własnych pokazują, że ankietowani rozumieli zdrowie jako stan i wynik oraz właściwość, natomiast zdrowie jako cel znalazło się na dalszym miejscu. Być zdrowym to według respondentów przede wszystkim „mieć sprawne wszystkie części ciała”, „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „czuć się

szczęśliwym przez większość czasu”, „należy się odżywiać i nie chorować, najwyżej rzadko na grupę lub niestrawność”. Publikowane przez Koziół i wsp. [16] oraz Naszydlowską i wsp. [17] badania, obejmujące studentów kierunków medycznych Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach pokazują, że respondenci największą wagę przypisują zdrowiu rozumianemu jako wartość i proces, natomiast zdrowie jako wynik znajduje się na dalszym miejscu. Według młodzieży objętej badaniami, być zdrowym, to przymioty porównywalne jak w wynikach badań własnych, tj. przede wszystkim „mieć sprawne wszystkie części ciała” oraz w dalszej kolejności „należy się odżywiać”, „prawie nigdy nie chodzić do lekarza” oraz „umieć cieszyć się z życia”.

Wyniki badań własnych wskazują, że osoby starsze (powyżej 50 roku życia) spośród kryteriów zdrowia częściej wybierali cel zdrowotny „dożyć późnej starości” ( $p=0,002$ ) oraz przypisywali właściwości „mieć sprawne wszystkie części ciała” ( $p=0,008$ ) w porównaniu z badanymi najmłodszymi (20-30 lat). Mężczyźni częściej niż kobiety przypisywali najwyższą wagę twierdzeniu „mieć sprawne wszystkie części ciała” ( $p=0,008$ ). Osoby z wykształceniem wyższym największą wagę przypisały twierdzeniu „należy się odżywiać” w porównaniu z badanymi legitymującymi się wykształceniem średnim i zasadniczym ( $p=0,04$ ). Dla osób z wykształceniem zasadniczym najwyższą wagę miało twierdzenie „nie chorować najwyżej rzadko na grype lub niestrawność” ( $p=0,005$ ) oraz prawie nigdy nie chodzić do lekarza” ( $p=0,003$ ). Puchalski [18] w swoich badaniach nad 1134 osobach pracujących w 250 przedsiębiorstwach na terenie całego kraju podjął próbę ustalenia, jakimi kryteriami zdrowia posługują się respondenci. Analiza wyników uzyskanych w cytowanym badaniu pokazuje, że osoby starsze częściej myślą o zdrowiu jako czymś, co nieuchronnie się zużywa. Młodszy częściej wskazują własną odporność wśród kryteriów zdrowia. Kobiety nieco częściej zwracają uwagę na pozytywny wymiar zdrowia, samopoczucie i wygląd, rzadziej natomiast powołują się na dolegliwości. Częściej też ujmują zdrowie jako coś, co kształtuje się przez całe życie. Puchalski [18] w swoich badaniach zaobserwował, że wzrost wykształcenia sprzyja pojmowaniu zdrowia jako kształtowanego przez całe życie, możliwego do wzmocnienia, oraz jako efekt własnych starań człowieka, co koreluje z wynikami badań własnych.

Pomimo ciągłego postępu medycyny sytuacja zdrowotna na świecie przedstawia się niekorzystnie. Głównymi determinantami stylu życia, zdrowia i chorób są warunki społeczno-ekonomiczne, a największym zagrożeniem dla zdrowia jest ubóstwo i niski poziom wykształcenia [19]. Styl życia i związane z nim zachowania zdrowotne warunkowane są hierarchią wartości zdrowia w życiu jednostki. Sposób

postrzegania zdrowia przez człowieka wpływa na jego samopoczucie, aktywność życiową, a także zachowania zdrowotne. Zachowania zdrowotne określane są jako postępowanie, działanie (lub ich zaniechanie) bezpośrednio lub pośrednio wpływające na zdrowie i samopoczucie człowieka [16,20,21]. Działaniami wspierającymi zarówno zachowania prozdrowotne jak i wartościowanie zdrowia jest edukacja zdrowotna, której celem jest wyposażenie osób zdrowych lub chorych w wiedzę i umiejętności niezbędne do przyjęcia zachowań korzystnych dla zdrowia: wśród zdrowych w celu utrzymania i umocnienia zdrowia i zapobiegania chorobom, wśród chorych w celu zahamowania rozwoju choroby, ograniczenia jej następstw oraz przywracania i umacniania zdrowia na możliwie dobrym poziomie [14].

Aby poprawić stan zdrowia społeczeństwa nie wystarczy inwestować w nowe technologie medyczne, trzeba inwestować w ludzi, w ich świadomość i wszechstronny rozwój. Tą inwestycją jest edukacja zdrowotna, w wyniku której wzrastać ma świadomość

stanu zagrożenia zdrowia i która motywuje do tego, aby je doskonalić, o przede wszystkim kreować. Rozbudzanie potrzeb troski o zdrowie, które wpisuje się w jednostkowy system wartości może zaowocować osobistym wyborem stylu życia [22, 23].

### Podsumowanie i wnioski

W grupie osób pracujących wartościowanie zdrowia jest zależne od płci, wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Mężczyźni, osoby w wieku powyżej 50 roku życia oraz osoby zamieszkujące na wsi częściej przypisują znaczenie wartości zdrowia wyrażonej stwierdzeniem „mieć sprawne wszystkie części ciała”. Wiek powyżej 50 roku życia wyróżnia badanych poprzez rozumienie zdrowia określonego jako cel dający możliwość dożycia późnej starości. Zasadnicze wykształcenie badanych znamionuje rozumienie zdrowia jako właściwości organizmu, w której nie będzie konieczności korzystania ze świadczeń lekarza oraz nie będzie żadnych dolegliwości fizycznych oprócz grypy lub niestrawności.

### Piśmiennictwo / References

1. Nettleton S. The sociology of health and illness. Polity Press, Oxford 2003: 11-13.
2. Preambuła Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia 1946. [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf) dn. (20.04.2008).
3. Karski J. Pojęcie zdrowia i jego ewolucja. [w:] Środowisko i zdrowie. Karski J, Pawlak J (red). Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1995.
4. Scheridon Ch, Radmachcher S. Zmiana paradygmatu zdrowia i opieki zdrowotnej. [w:] Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Scheridon Ch, Radmachcher S (red). Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998: 1-26.
5. Włodarczyk C. Promocja zdrowia a polityka zdrowotna. Perspektywa uniwersalna i perspektywa lokalna. [w:] Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia. Karski JB, Słońska Z, Wasilewski BW (red). Sanmedia, Warszawa 1994.
6. Synowiec-Piłat M. Paradygmat socjoekologiczny jako zaplecze teoretyczne promocji zdrowia. [w:] Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych. Synowiec-Piłat M. Marszałek, Wrocław-Toruń 2009: 17-39.
7. Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion, 1987, 1: 382-384.
8. Borys B. Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. Forum Med Rodzin 2010, 4(1): 44-52.
9. Antonowsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
10. Heszen I, Sęk H. Konceptje i pojęcie zdrowia w psychologii i naukach pokrewnych. [w:] Psychologia zdrowia. Heszen I, Sęk H. PWN, Warszawa 2008: 46-60.
11. Tomaszewski T. Człowiek w sytuacji. [w:] Psychologia. Tomaszewski T (red). PWN, Warszawa 1975: 17-36.
12. Malik M, Zarzycka D, Hłzecka J, Jarosz M. Wartość zdrowia jako czynnik motywacyjny do działań prozdrowotnych. Zdr Publ 2009, 119(1): 33-39.
13. Majchrowska A. Zdrowie jako wartość. [w:] Elementy socjologii dla pielęgniarek. Taranowicz I, Majchrowska A, Kawczyńska-Butrym Z (red). Czelej Lublin 2000: 123.
14. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. PWN, Warszawa 2007.
15. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001: 127.
16. Kozieł D, Naszydłowska E, Trawczyńska M i wsp. Zachowania zdrowotne młodzieży – kierunek działań dla edukacji zdrowotnej. Zdr Publ 2003, 113(3/4): 280-284.
17. Naszydłowska E, Krawczyńska J, Kozieł D, Czerwiak G, Trawczyńska M. Wartościowanie zdrowia, a zachowania promujące zdrowie studentów. Ann UMCS 2005, LX(suppl. XVI), 349: 62-66.
18. Puchalski K. Potoczne definiowanie zdrowia. Ann UMCS 2005, LX(suppl. XVI) : 414-417.
19. Karczmarek T, Marcinkowski JT, Zysnarska M, Maksymiuk T, Majewicz A. Nierówności społeczne w dostępie do zdrowia. Probl Hig Epidemiol 2007, 88(3): 259-266.
20. Woynarowska B. Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce. IMiD, Warszawa 1993.
21. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study. Lancet 2004, 364: 937-52.
22. Łukowska Z. Potrzeby i styl życia człowieka wobec zagrożeń cywilizacyjnych jego zdrowia. Wych Fiz Zdr 1995, 2: 108.
23. Wojciszke B. Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej. Scholar, Warszawa 2009.