

Maria Kaczmarek<sup>1</sup>, Magdalena Skrzypczak<sup>1</sup>, Konrad Maćkowiak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Biologii Rozwoju Człowieka Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,

<sup>2</sup>Szpital Wojskowy w Poznaniu

## Status społeczno-ekonomiczny oraz styl życia jako czynniki różnicujące subiektywne poczucie zdrowia wśród starzejących się mężczyzn

*The effects of socioeconomic and lifestyle factors on the subjective perception of health in ageing males*

### Abstract

**Background.** The perceived health depends on many factors of which, the experience in illness and good health in the life passed are substantial. The subjective evaluation of health usually changes in the course of life displaying a particular pattern in a given stage of life. The purpose of the study was to evaluate the effects of selected elements of socio-economic status and lifestyle on subjective perception of health among males in the middle and later life.

**Material and methods.** 2509 healthy men, aged 30–97 years, were administered the questionnaire in the course of the cross-sectional survey carried out in Poland in 1999–2002. Men sampled were distributed into three groups: younger than 50 years of age, 50–60, and above 60 years of age. Models of logistic regression (Logit) and correspondence analysis (CA) were used to analyse multifactor relations among variables.

**Results.** The findings of CA revealed that subjective perception of health was significantly worse among older and unhealthy men. In models with age as covariate, the income appeared the most predictive factor for subjective perception of health. In the two youngest groups the higher income resulted almost in two times higher probability for better evaluation of health as compared to others (OR = 1.89, OR = 1.85), in elderly men (over 60) — nearly in three times (OR = 2.86). The elderly men were also likely to appreciate leisure time as the factor essential for perceived health (OR = 2.17). It was found that large cities appeared hazardous for perceived health in men younger than 50 years of age compared to their peers living in smaller urban and rural areas (OR = 0.74). It was found that married and higher educated men, 50–60, were likely to perceive their health much better as compared to their never married and worse educated peers (OR = 2.14 and OR = 1.60, respectively).

**Conclusions.** The subjective perception of health is age-related phenomenon and depends on illnesses in the passed life. Current social and economic situation in Poland have appeared to be the most significant factors for the perceived health among men under age of 50, employed and unemployed, inhabitants of the cities.

**key words:** well-being, health, income, marital status, education, resident place, males

Adres do korespondencji:  
prof. dr hab. Maria Kaczmarek  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Instytut Antropologii, Zakład Biologii Rozwoju Człowieka  
ul. Umultowska 89, 61–614 Poznań  
tel.: (061) 829 57 59, faks: (061) 829 57 30  
e-mail: makac@amu.edu.pl

### Wstęp

Health is created and lived by people within the settings of their everyday life, where they live, love, work and play (WHO) [1].

Stan zdrowia osób w podeszłym wieku zależy od indywidualnego tempa procesu starzenia, na który

nakładają się towarzyszące starzeniu choroby, wynikające z określonego stylu życia oraz wpływu szeroko rozumianego środowiska w minionych fazach życia [2–7]. Wśród kulturowych modyfikatorów stanu zdrowia wymienia się warunki życia dyktowane określonym statusem społeczno-ekonomicznym i styl życia jako najbardziej różnicujące stan zdrowia w różnych fazach życia. Według Welona i wsp. ich znaczenie wyraźnie spada po 50 roku życia [8]. Postępujący proces starzenia się organizmu, a w konsekwencji pogarszający się stan zdrowia powodują również, że zmienia się stosunek człowieka do własnego życia we wszystkich jego aspektach: zdrowia, życia rodzinnego, zawodowego i społecznego [9]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) zdrowie oznacza nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, lecz również stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego [10]. Dlatego też w ocenie stanu zdrowia (oprócz wskaźników biometrycznych) uwzględnia się subiektywne poczucie zdrowia opierające się na przeżyciach osobistych i refleksji nad tym, co odczuwamy i jakimi jesteśmy ludźmi. Źródła emocji zlokalizowane są w nas i w naszym otoczeniu, a „subiektywne ustosunkowanie się do własnego życia w postaci jego oceny jest konsekwencją zaistniałych sytuacji i jednocześnie stanowi psychologiczny aspekt jakości życia” [11]. Hierarchia sfer życia podlegających samoocenie zmienia się w zależności od fazy życia. Wobec powyższych faktów głównym celem pracy było zbadanie, czy i w jakim stopniu wybrane elementy statusu społeczno-ekonomicznego oraz stylu życia wpływają na subiektywną ocenę stanu zdrowia mężczyzn w wieku średnim i starszych.

### Materiał i metody

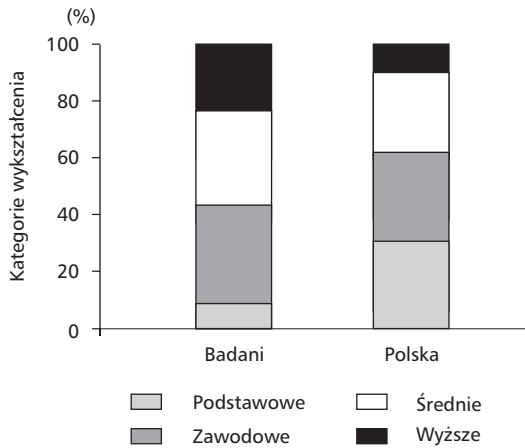
W badaniach uczestniczyli losowo wybrani, zdrowi mężczyźni, którzy ukończyli 30 rok życia, mieszkańcy Wielkopolski, Polski środkowej i północno-zachodniej. Badania przekrojowe prowadzono w latach 1999–2002. Badania uzyskały zgodę Komisji Bioetycznej Akademii Medycznej w Poznaniu. Anonimowa ankieta zawierała wiele pytań pogrupowanych w bloki tematyczne dotyczące: stanu zdrowia, kondycji psychicznej, sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz stylu życia. W części dotyczącej stanu zdrowia znalazły się pytania na temat nadciśnienia tętniczego, chorób układu sercowo-naczyniowego oraz chorób płuc. Subiektywną ocenę stanu zdrowia określono na podstawie pięciostopniowej skali: od bardzo dobrej, poprzez dobrą, zadowolającą, mierną do złej. Analizowana w pracy grupa obejmowała 2509 męż-

czyn w wieku 30–97 lat. Stanowili oni 60-procentową reprezentację próby wyjściowej. Analizę jakościową i ilościową przeprowadzono, stosując standardowe metody statystyczne. Do opisu i oceny zależności między badanymi zmiennymi zastosowano: test  $\chi^2$ , analizę korelacji, analizę korespondencji oraz regresji logistycznej. Analizy te są dostępne w pakiecie programów statystycznych Statistica 7.1 [StatSoft. Inc.2005 Statistica for Windows]. Statystyczną istotność różnic określano z prawdopodobieństwem 0,05.

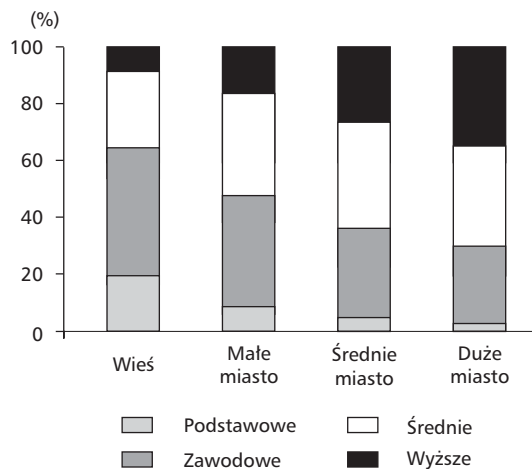
### Wyniki

Badanych mężczyzn zaklasyfikowano do 3 grup wiekowych: poniżej 50 lat (42,0%), 50–60 lat (38,4%) oraz powyżej 60 lat (19,6%). Analiza stanu cywilnego wykazała, że zdecydowana większość mężczyzn (85,8%) pozostawała w związku (żonaci, powtórnie żonaci lub w konkubinacie), a 14,2% było samotnych (kawalerowie, wdowcy lub rozwodnicy). Spośród badanych 8,3% mężczyzn miało wykształcenie podstawowe, 34,9% zawodowe, 34,6% średnie, a 22,2% wyższe. Struktura badanych ze względu na stopień wykształcenia była odmienna od populacji polskich mężczyzn i charakteryzowała się mniejszym udziałem mężczyzn z wykształceniem podstawowym, a większym z wykształceniem wyższym. Różnice te były istotne statystycznie ( $p = 0,000$ ), a wynikały z faktu, że bardziej chętni do współpracy byli mieszkańcy miast, zwłaszcza dużych, powyżej 100 tysięcy mieszkańców, i mężczyźni z wykształceniem wyższym. Ci ostatni chętniej brali udział w badaniach, dostrzegając ich rangę i znaczenie. Na rycinie 1 przedstawiono frakcje badanych mężczyzn w zależności od poziomu wykształcenia na tle wykształcenia polskich mężczyzn.

Spośród badanych 20,3% zamieszkiwało wsie, 29,1% małe miasta (do 20 tys. mieszkańców), 15,3% pochodziło ze średnich miast (do 100 tys. mieszkańców) a 35,3% zamieszkiwało miasta duże (powyżej 100 tys. mieszkańców). Mężczyźni bardziej wykształceni częściej pochodzili z miejscowości o wyższym stopniu urbanizacji ( $\chi^2 = 277,78$  dla  $p < 0,000$ ;  $R = 0,32$  dla  $p < 0,000$ ) (ryc. 2). Aktywność zawodowa badanych przedstawiała się następująco: 66,7% badanych pracowało zawodowo. W grupie niepracujących zawodowo 39,7% przebywało na rencie, 49,5% na emeryturze a 10,8% było bezrobotnych. W analizie stylu życia, ocenionej na podstawie sposobu spędzania wolnego czasu, wykazano, że niemal połowa (49%) spędza go w sposób mało aktywny (spacery, wędkowanie). Aż 22% badanych spędzało wolny czas w sposób bierny (oglądając telewizję).



**Rycina 1.** Frakcje badanych mężczyzn w zależności od poziomu wykształcenia na tle wykształcenia polskich mężczyzn  
**Figure 1.** Percentage distribution of men in relation to education level in the studied sample and in the general Polish population



**Rycina 2.** Frakcje badanych mężczyzn w kategoriach miejsca zamieszkania w zależności od poziomu wykształcenia  
**Figure 2.** Percentage distribution of men in relation to place of residence and education level

zję), a zaledwie 29% w sposób aktywny (biegi, ćwiczenia na siłowni, praca na działce, codzienna gimnastyka). Odsetek mężczyzn palących tytoń wynosił w badanej grupie 38%. Z tego 60% stanowili mężczyźni wypalający dziennie więcej niż 10 papierosów, a więc intensywnie oddający się temu nałogowi. Nałogowi palacze to w zdecydowanej większości mieszkańcy średnich miast, wykształceni w stopniu podstawowym i zawodowym. Więcej niż połowę mężczyzn w grupie (62%) stanowili jednak niepalący, z których 47% zaprzestało palenia tytoniu. Wśród niepalących przeważali mieszkańcy dużych miast, z wyższym wykształceniem, żyjący w dobrych warunkach bytowych (wartości testu  $\chi^2$  dla zależności

między nałogiem palenia tytoniu a zmiennymi społeczno-ekonomicznymi okazały się istotne na poziomie  $p = 0,01$ ). Palący nie różnili się od niepalących pod względem stanu cywilnego.

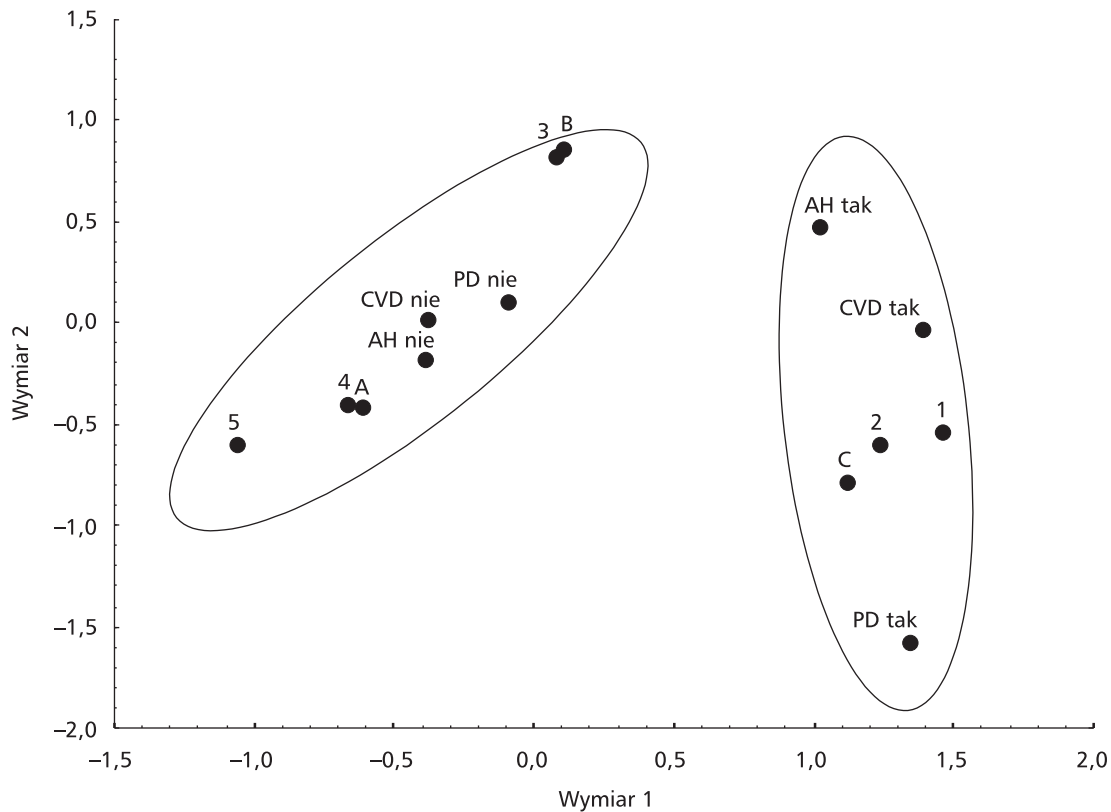
Interesująco przedstawiają się wyniki dotyczące zależności pomiędzy wiekiem kalendarzowym a stylem życia: im starsi byli mężczyźni, tym bardziej prawidłowy był ich styl życia. Stwierdzono, że wraz z wiekiem poprawia się aktywność fizyczna [charakteryzowana sposobem spędzania wolnego czasu ( $\chi^2 = 21,38$   $p = 0,000$ ,  $R = 0,06$   $p = 0,002$ )], maleje odsetek palaczy ( $\chi^2 = 97,09$   $p = 0,000$ ,  $R = 0,11$   $p = 0,000$ ) i wzrasta zadowolenie z dochodu, ocenionego na podstawie jego wystarczalności na pokrycie potrzeb życiowych ( $\chi^2 = 21,72$   $p = 0,000$ ,  $R = 0,09$   $p = 0,000$ ). Odsetek osób, które swoje zdrowie oceniały poniżej dobrego, wzrasta regularnie wraz z wiekiem ( $\chi^2 = 293,1$   $p < 0,000$ ,  $R = 0,34$   $p < 0,000$ ).

Samoocena stanu zdrowia jest jednym z istotnych elementów budujących subiektywne poczucie jakości życia oraz wymiernym wskaźnikiem stanu zdrowia populacji. Szczegółowe analizy dotyczące samooceny stanu zdrowia rozpoczęto od określenia zależności pomiędzy subiektywną oceną stanu zdrowia a wiekiem kalendarzowym oraz chorobami: nadciśnieniem tętniczym, chorobami układu sercowo-naczyniowego oraz płuc. Zastosowano wielowymiarową analizę korespondencji na podstawie tablic Burt. Spośród wszystkich charakterystyk do analizy wybrano dwa wymiary (pierwszy oraz drugi), które były reprezentowane przez zmienne współdziałające. Wymiary te wyjaśniały 35,2% ogólnej wartości  $\chi^2$ , w tym wymiar pierwszy: wartość własna = 0,4, procent bezwładności = 22,9; natomiast wymiar drugi: wartość własna = 0,23, procent bezwładności = 12,6.

Przeprowadzając analizę obrazu graficznego wyników analizy korespondencji względem dwóch wymiarów w przestrzeni, wyodrębniono dwie grupy. W pierwszej grupie znaleźli się mężczyźni młodszy (do 60 rż.), oceniający swój stan zdrowia jako bardzo dobry, dobry lub zadowalający i niechorujący na nadciśnienie tętnicze, choroby układu sercowo-naczyniowego i płuc. Druga grupa obejmowała mężczyzn powyżej 60 roku życia, z analizowanymi chorobami, niezadowolonych z własnego zdrowia. Na rycinie 3 zaprezentowano graficzny obraz wielowymiarowej analizy korespondencji z uwzględnieniem wyróżnionych grup.

Powyższa analiza potwierdziła istotną i wysoką zależność pomiędzy wiekiem, chorobami oraz jakością samooceny.

Jak już podkreślono we wstępie pracy, subiektywna ocena stanu zdrowia jednostki, jako sumaryczny osąd wpły-



**Rycina 3.** Wyniki analizy korespondencji dla subiektywnej oceny stanu zdrowia, wieku oraz chorób (subiektywna ocena stanu zdrowia: 1 — zła, 2 — mierna, 3 — zadowolająca, 4 — dobra, 5 — bardzo dobra, A — wiek < 50 lat, B — wiek < 50–60 lat >, C — wiek > 60 lat; CVD [cardiovascular disease] — choroby układu sercowo-naczyniowego, AH [arterial hypertension] — nadciśnienie tętnicze, PD [pulmonary disease] — choroby płuc)

**Figure 3.** Plot of Euclidean distances among the perceived health, age and selected diseases, resulted from multiple corresponding analysis (perceived health: 1 — very bad, 2 — bad, 3 — fair, 4 — good, 5 — very good. A — age < 50 years, B — age < 50–60 > years, C — age > 60 years; diseases: CVD — cardiovascular diseases, AH — arterial hypertension, PD — pulmonary diseases)

wu wielu subiektywnych i obiektywnych wskaźników zdrowia, jest modyfikowana statusem społecznym oraz stylem życia. W znacznym stopniu zależy także od nastawienia osoby wobec własnej sytuacji zdrowotnej, czyli od czynnika psychologicznego, na przykład cech osobowości. Chcąc określić strukturę, a więc sekwencję zmiennych biologicznych i kulturowych wpływających na samoocenę stanu zdrowia badanych mężczyzn, zastosowano analizę regresji logistycznej. Kategorie subiektywnej oceny stanu zdrowia przekształcono w taki sposób, aby uzyskać dychotomiczny rozkład tej zmiennej. W tym celu wykorzystano wyniki analizy korespondencji. Utworzono 2 kategorie: „dobra samoocena” (wcześniejsza ocena bardzo dobra, dobra i zadowolająca) i „zła samoocena” (wcześniejsza ocena mierna i zła). Zasadniczym celem pracy była próba stwierdzenia, czy i w jakim stopniu status społeczno-ekonomiczny oraz styl życia różnicują subiektywną ocenę stanu zdrowia mężczyzn w grupach wiekowych: do 50 roku życia, 50–60 lat oraz po 60 roku życia. Modele regresji logi-

stycznej, konstruowane dla mężczyzn o odmiennym statusie społeczno-ekonomicznym oraz stylu życia, podczas gdy wiek był zmienną kontrolowaną, dały odmienny obraz wpływu zmiennych środowiskowych na zachowanie dobrej samooceny zdrowia (tab. 1). Do kolejnych modeli utworzonych dla grup wiekowych wprowadzono odmienne zmienne kulturowe. Wysokość dochodów (określona jego wystarczalnością na pokrycie potrzeb życiowych) była jedyną zmienną, która weszła do każdego modelu. Wykorzystując model logistyczny, obliczono również współczynnik nadwyżek (OR), czyli szanse zachorowania pomiędzy poziomami zmiennych niezależnych. W dwóch młodszych grupach (OR = 1,89, OR = 1,85) wystarczający dochód niemal dwukrotnie zwiększał szansę lepszej samooceny stanu zdrowia, a wśród najstarszych mężczyzn niemal trzykrotnie (OR = 2,86). W najmłodszej grupie mężczyzn jakość życia, określona za pomocą samooceny stanu zdrowia, pogarszała się wraz ze wzrostem wielkości miej-

**Tabela 1.** Zmienne kulturowe istotnie warunkujące subiektywną ocenę stanu zdrowia w grupach wiekowych — wyniki regresji logistycznej (OR — iloraz szans z jednostki)**Table 1.** Confounding variables significantly associated with the subjective perception of health in three age cohorts of men — results of logit analysis (OR — odds ratio)

Zmienna	$\beta$	SE	$\chi^2$ Walda	p	OR
<i>Poniżej 50 roku życia <math>\chi^2 = 14,10</math> <math>p = 0,000</math></i>					
Dochód	0,63	0,27	5,66	<b>0,017</b>	1,89
Miejsce zamieszkania	-0,23	0,12	3,90	<b>0,048</b>	0,79
<i>50–60 lat <math>\chi^2 = 41,84</math> <math>p = 0,000</math></i>					
Stan cywilny	0,78	0,28	7,18	<b>0,007</b>	2,14
Dochód	0,62	0,21	8,21	<b>0,004</b>	1,85
Wykształcenie	0,47	0,17	7,43	<b>0,006</b>	1,60
<i>Powyżej 60 roku życia <math>\chi^2 = 33,71</math> <math>p = 0,000</math></i>					
Dochód	1,05	0,35	8,98	<b>0,003</b>	2,86
Aktywność fizyczna	0,75	0,27	7,81	<b>0,005</b>	2,17

SE (standard error) — błąd standardowy

scowości zamieszkania (OR = 0,74). Wyższy poziom w kategorii wykształcenie oraz pozostawanie w związku (w kategorii stan cywilny) dawały większą szansę lepszej samooceny stanu zdrowia (odpowiednio: OR = 1,60 oraz OR = 2,14), ale tylko w grupie mężczyzn w wieku 50–60 lat. Stwierdzono również, że sposób spędzania wolnego czasu modyfikował jakość samooceny zdrowia tylko wśród mężczyzn z najstarszej grupy (OR = 2,17).

### Dyskusja

W pracy podjęto próbę scharakteryzowania poczucia jakości życia, wykorzystując samoocenę stanu zdrowia. Należy podkreślić, że w ocenie stanu zdrowia u osób w podeszłym wieku bądź starszym kładzie się duży nacisk nie na ocenę biomedycznych wskaźników zdrowia, ale na badanie funkcjonalne, określające różne sprawności biologiczne, psychologiczne i społeczne, które umożliwiają jednostce wykonywanie czynności niezbędnych do osiągnięcia dobrego samopoczucia [12, 13]. Ponadto, pozytywna samoocena stanu zdrowia najsilniej prognozuje pomyślne starzenie [14]. Samoocena stanu zdrowia jest sumarycznym osądem wpływu wielu subiektywnych i obiektywnych wskaźników zdrowia odbieranych przez jednostkę, który jest jednocześnie modyfikowany stylem życia oraz statusem społecznym badanego. Stanowi bardzo subiektywną informację, która służy jako ważny wskaźnik tempa starzenia [15]. Samoocena i poczucie zadowolenia z własnego stanu zdrowia w wypadku osób w podeszłym wieku zależą w większym stopniu od poziomu ich sprawności funkcjonalnej niż od współwystępowania chorób przewlekłych [16]. W długofalowych badaniach

amerykańskich wykazano, że pogląd na życie i zdrowie był lepszym predyktorem długowieczności niż parametry stanu zdrowia, na przykład ciśnienie tętnicze i cholesterol [17]. W przeprowadzonych analizach stwierdzono jednak, że lepszą subiektywną ocenę stanu zdrowia mieli mężczyźni młodszy i zdrowsi. Szeroki przedział wiekowy badanych mężczyzn spowodował, że grupa ta była bardzo niejednorodna. Dlatego też w celu eliminacji wpływu wieku na jakość samooceny wydzielono trzy grupy wiekowe: grupa mężczyzn do 50 roku życia, w wieku 50–60 lat oraz po 60 roku życia. Zastosowany podział znajduje uzasadnienie w odmiennym wpływie czynników społeczno-ekonomicznych na kondycję zdrowotną, psychiczną oraz nasilenie umieralności mężczyzn przed 50 i po 50 roku życia [8, 18].

Stwierdzono, że w poszczególnych grupach wiekowych zestaw zmiennych charakteryzujących status społeczno-ekonomiczny i styl życia mężczyzn oraz istotnie warunkujących samoocenę ich stanu zdrowia był inny. Jediną zmienną, która „weszła” do wszystkich modeli, był dochód, a ściśle jego wysokość wystarczająca na pokrycie potrzeb życiowych. Należy podkreślić, że w pracy nie badano dokładnej wysokości zarobków mężczyzn, a wystarczalność dochodu zależała od indywidualnych potrzeb jednostek, a zatem była określeniem subiektywnym. W Polsce końca XX i początku XXI wieku (kraju o 20-procentowej stopie bezrobocia) uzyskiwanie stałych dochodów warunkujących bezpieczeństwo materialne jest bardzo cenione. W pracy Kaczmarek [19] wykazano, że najmniej satysfakcjonującymi sferami życia dorosłych kobiet i mężczyzn w Polsce były: zarobki, standard życia oraz warunki bytowania



w Polsce. Wyniki analiz CBOS 2005 [20] również potwierdziły, że bezrobocie oraz niska pozycja społeczna i ekonomiczna silnie wiąże się z deklarowanym niezadowolaniem z życia. Jak jednak podkreślili w swojej pracy Halicka i Pędich (1999) [21] odsetek osób w wieku powyżej 65 lat zadowolonych z własnej sytuacji materialnej wyraźnie zwiększał się wraz z wiekiem. Było to skutkiem zmniejszonych wymagań i oczekiwań materialnych u starzejących się kobiet i mężczyzn [21].

Biorąc pod uwagę, że Polska znajduje się w stanie intensywnych przemian społeczno-ekonomicznych, zrozumiałą jest istotny wpływ stopnia urbanizacji miejsca zamieszkania na jakość oceny zdrowia w grupie najmłodszych mężczyzn. Młodszy mieszkańcy dużych miast byli najmniej zadowoleni z własnego zdrowia. Różnice w subiektywnej ocenie stanu zdrowia, która w największym stopniu koreluje z zadowoleniem z życia u polskich mężczyzn, mogły być spowodowane ich specyficzną sytuacją w ostatnich 15 latach, czyli wysokim poziomem bezrobocia i niepewną sytuacją materialną. Mieszkańcy wsi mogą przeżywać podobne rozterki, jednak nie dotyka ich tak drastycznie problem utraty pracy. Młodszy mieszkańcy dużych miast są zdecydowanie częściej narażeni na stresogenne działanie czynników natury społecznej.

Wykształcenie i stan cywilny decydowały o jakości oceny stanu zdrowia wśród mężczyzn w wieku 50–60 lat i były pozytywnie powiązane z gradientem obu wyznaczników socjologicznych. Coraz częściej podkreśla się, że środowisko społeczne jest najważniejszym wyznacznikiem indywidualnego dobrego samopoczucia. Wynik ten miał na pewno związek

z bardziej świadomym i aktywnym podejściem do własnego zdrowia mężczyzn lepiej wykształconych oraz posiadających wsparcie ze strony najbliższej rodziny [20, 22, 23]. Brak wsparcia społecznego (uwarunkowanego stanem cywilnym oraz systemem zależności w pracy) silnie wiązał się z depresją i efekt ten był silniejszy u mężczyzn w średnim wieku niż u starszych.

Elementem stylu życia istotnie warunkującym jakość samooceny w najstarszej grupie była aktywność fizyczna określona na podstawie sposobu spędzania wolnego czasu, która pozytywnie korelowała z lepszą kondycją psychiczną. W wielu pracach podkreśla się, że osoby starsze, które prowadzą mało aktywny tryb życia, deklarują zły albo przeciętny stan zdrowia, a nawet wzrasta u nich ryzyko objawów depresyjnych [17, 24]. Sposób spędzania wolnego czasu jest szczególnie znaczący u osób po 60 roku życia, gdyż brak aktywności fizycznej może być istotnym czynnikiem, który przyczynia się do społecznej izolacji starszych ludzi. Aktywność fizyczna jest w wielu krajach promowana jako istotny czynnik przyczyniający się do pozytywnego starzenia (WHO 1997) [24].

### Podsumowanie

Subiektywna ocena stanu zdrowia starzejących się mężczyzn jest odczuciem uzależnionym od wieku oraz doświadczanych chorób. Aktualna sytuacja społeczno-ekonomiczna w Polsce jest źródłem poczucia niezadowolania z własnego życia i stanu zdrowia zwłaszcza wśród mężczyzn w wieku do 50 lat, pracujących i bezrobotnych, mieszkańców dużych miast.

### Streszczenie

**Wstęp.** Stan zdrowia osób dorosłych i w podeszłym wieku zależy od wielu czynników, między innymi od indywidualnego tempa procesu starzenia oraz chorób pojawiających się z wiekiem, a wynikających z określonego stylu życia oraz zagrożeń środowiska. Stan zdrowia może podlegać ocenie obiektywnej, czemu służą wskaźniki biomedyczne, oraz ocenie subiektywnej, która polega na ustosunkowaniu się badanej osoby do własnego zdrowia. Samoocena zdrowia zmienia się w zależności od fazy życia. Celem pracy było zbadanie, czy i w jakim stopniu wybrane elementy statusu społeczno-ekonomicznego oraz stylu życia wpływają na subiektywną ocenę stanu zdrowia mężczyzn w średnim i starszym wieku.

**Materiał i metody.** Grupę 2509 mężczyzn w wieku 30–97 lat objęto badaniami przekrojowymi, przeprowadzonymi w latach 1999–2002 na terenie Wielkopolski, Polski środkowej i północno-zachodniej. W wywiadzie środowiskowym pytano o wiek, cechy statusu społeczno-ekonomicznego, przebyte choroby oraz subiektywną ocenę zdrowia. Badanych mężczyzn zaklasyfikowano do trzech grup wiekowych: poniżej 50 lat, w wieku 50–60 lat oraz powyżej 60 lat. W ocenie zależności między zmiennymi wykorzystano wieloczynnikową analizę korespondencji oraz analizę regresji logistycznej. Obliczenia wykonano w pakiecie programów statystycznych Statistica for Windows.

**Wyniki.** Na podstawie wyników analizy korespondencji stwierdzono, że mężczyźni najstarsi i chorzy najgorzej oceniali swoje zdrowie. W modelach regresji logistycznej, w których wiek był zmienną kontrolowaną, wysokość dochodów była zmienną, która warunkowała jakość samooceny we wszystkich grupach. W dwóch młodszych grupach wystarczający dochód zwiększał szansę lepszej samooceny stanu zdrowia niemal dwukrotnie ( $OR = 1,89$ ,  $OR = 1,85$ ), a wśród najstarszych mężczyzn niemal trzykrotnie ( $OR = 2,86$ ). Sposób spędzania wolnego czasu modyfikował jakość samooceny stanu zdrowia tylko wśród mężczyzn z grupy najstarszej ( $OR = 2,17$ ). Mężczyźni z grupy najmłodszej będący mieszkańcami dużych miast ( $OR = 0,74$ ) oraz gorzej wykształceni i samotni 50–60-latkowie (odpowiednio:  $OR = 1,60$  i  $OR = 2,14$ ) najgorzej oceniali swój stan zdrowia.

**Wnioski.** Subiektywna ocena stanu zdrowia wśród starzejących się mężczyzn jest istotnie powiązana z wiekiem oraz występującymi chorobami. Aktualna sytuacja społeczno-ekonomiczna w Polsce jest źródłem poczucia niezadowolenia z własnego życia i zdrowia, zwłaszcza wśród mężczyzn w wieku do 50 lat, pracujących i bezrobotnych, mieszkańców dużych miast.

**słowa kluczowe:** zadowolenie, zdrowie, dochód, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, mężczyźni

## PIŚMIENNICTWO

1. WHO: *Health Promotion: milestones on the road to a global alliance*. Media Centre. Fact sheets No. 1998; 171.
2. De Hollander A.E.M., Melse J.M., Lebret E., Kramers P.G.M.: *An aggregate public health indicator to represent the impact of multiple environmental exposures*. *Epidemiology* 1999; 10: 606–617.
3. Taylor Hays J.: *Tobacco, nicotine and addiction*. *J. Subst. Use* 2000; 5 (supl.): 159–164.
4. Vermeulen A.: *Andropause*. *Maturitas* 2000; 34: 5–15.
5. Wick G., Jansen-Durr P., Berger P., Blasko I., Grubeck-Loebenstein B.: *Diseases of aging*. *Vaccine* 2000; 18: 1567–1583.
6. Bień B., Synak B.: *Stan zdrowia i sprawności populacji ludzi starych w Polsce w roku 2000*. W: Charzewski J. (red.). *Problemy starzenia*. Czwarte Warsztaty Antropologiczne. AWF, Warszawa 2001; 21–36.
7. Kaczmarek M., Skrzypczak M.: *Do aging male symptoms affect subjective feeling of well-being?*. *Variability and Evolution* 2002; 10: 39–53.
8. Welon Z., Bielicki T., Rogucka E., Malina R.: *Effects of education and marital status on premature mortality among urban adults in Poland, 1988–1989*. *Am. J. Hum. Biol.* 1999; 11: 397–403.
9. Semczuk M.: *Niedobory hormonalne u mężczyzn w wieku dojrzałym i starszym a pogorszenie jakości życia. Terapia substytucyjna?* *Ginekol. Prakt.* 1999; 4: 34–39.
10. WHO: *Research on the menopause*. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report. Series 670, Geneva 1981.
11. Kowalik S., Janecka Z.: *Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. W: Materiały Stowarzyszenia Przyjaciół i Sympatyków Domu Pomocy Społecznej w Jarogniewicach i Katedry Kultury Fizycznej Osób Niepełnosprawnych AWF w Poznaniu 1998; 3: 9–29.
12. Halicka M., Pędich W.: *Obiektywne i subiektywne korelaty satysfakcji życiowej w starości — subiektywne wyznaczniki jakości życia*. *Gerontol. Pol.* 1999a; 7: 69–74.
13. Stathi A., McKenna J., Fox K. R.: *Physical Activity and Dimensions of Subjective Well-Being in Older Adults*. *J. Aging. Phys. Activ.* 2002; 10: 76–92.
14. Wojszel B.: *Uwarunkowania zdrowotne jakości życia oraz ocena stanu zdrowia ludzi starych*. *Gerontol. Pol.* 1996; 4: 28–33.
15. Ormel J., Kempen G.I.J.M., Deeg D.J.H. i wsp.: *Functioning, well-being, and health perception in late middle-aged and older people: Comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions*. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1999; 46: 39–48.
16. Meyer K., Rezný L., Stuck A.E.: *Physical activity in the second half of life — current situation in Switzerland*. *J. Public Health* 2005; 13: 179–184.
17. Meyer K.: *Aging successfully*. *J. Public Health*. 2005; 13: 177–178.
18. George L.K., Blazer D.G., Hughes D.C., Fowler N.: *Social support and the outcome of major depression*. *Br. J. Psychiatry* 1989; 154: 478–485.
19. Kaczmarek M.: *The midlife well-being, gender and marital status*. *Przepl. Antropol. — Anthropol. Rev.* 2004; 67: 57–71.
20. CBOS: *Centrum Badań Opinii Społecznej: poziom satysfakcji życiowej Polaków w latach 1994–2004*. Komunikat z badań. Warszawa 2005.
21. Halicka M., Pędich W.: *Obiektywne i subiektywne korelaty satysfakcji życiowej w starości — obiektywne wyznaczniki jakości życia*. *Gerontol. Pol.* 1999b; 7: 63–68.
22. Cairney J., Krause N.: *The social distribution of psychological distress and depression in older adults*. *J. Aging Health* 2005; 17: 807–835.
23. Kolip P.: *The association between gender, family status and mortality*. *J. Public Health* 2005; 13: 309–312.
24. Stathi A., McKenna J., Fox K.R.: *The experiences of older people participating in exercise referral schemes*. *JRSJ* 2003; 124: 18–23.