

Pojęcie zdrowia w opinii osób powyżej 65 roku życia

The concept of health in the opinion of people over 65 years of age

Magdalena Młynarska, Ewa Rudnicka-Drożak

Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej z Pracownią Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Grzegorz Nowicki

Pracownia Pielęgniarstwa Środowiskowego Katedry Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk
o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Patrycja Misztal-Okońska

Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej z Pracownią Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Jolanta Dyndur, Piotr Majcher

Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wstęp: Pojęcie zdrowia może być rozpatrywane na wielu płaszczyznach nauki. Najczęściej jednak dotyczy ono medycyny, psychologii, a także socjologii. W każdej z tych analiz zdrowie traktowane jest, jako wartość zarówno indywidualna, jak i społeczna. Szczególnego znaczenia nabiera definicja zdrowia w przypadku osób po 65 roku życia, dla których wskaźniki determinujące je, znacznie się różnią. Za osobę starszą uważa się tę, która ukończyła 65 rok życia, aż do momentu kresu życia. Tak szerokie spektrum – 20 – 30 lat – sprawia, że kryteria pojęcia zdrowia muszą być inne dla osób w wieku 65 lat, a inne dla osób powyżej 90 roku życia. **Cel pracy:** Ocena wartości zdrowia w opinii osób powyżej 65 roku życia w zależności od płci i wieku. **Materiał i Metoda:** Badania przeprowadzono od lipca do września 2013 r. wśród 505 osób w wieku powyżej 65 roku życia w losowo wybranych 5 jednostkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) na terenie województwa lubelskiego. W celu poznania wartości zdrowia w opinii badanych zastosowano Listę Kryteriów Zdrowia (LKZ) wg Z. Juczyńskiego. **Wyniki:** Z przeprowadzonych badań wynika, że seniorzy największą wagę przypisują zdrowiu rozumianemu, jako właściwość oraz stan. W najmniejszym stopniu traktują zdrowie, jako cel. W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice w wadze twierdzenia „należy się odżywiać”, które miało najwyższą wagę w grupie wiekowej 65 - 75 lat, zaś najniższą w wieku powyżej 85 lat ($p < 0,001$). **Wnioski:** Osoby powyżej 65 roku życia rozumieją zdrowie jako właściwość oraz stan, co charakteryzuje się instrumentalnym podejściem do zdrowia. Mężczyźni w wieku powyżej 65 lat wyższą rangę przypisują twierdzeniom „dożyć późnej starości”, „nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność”, „mieć sprawne wszystkie części ciała” oraz „czuć się dobrze”. (*Gerontol Pol* 2015, 1, 11-18)

Słowa kluczowe: starzenie się, zdrowie, gerontologia

Abstract

Introduction. Health is a multifaceted concept relevant to many different areas of science. Most often, however, it involves medicine, psychology and sociology. Each of these analyses considers health both as an individual and a social value. The definition of health becomes particularly important for people who are over 65 years old. Their determinants of health are substantially distinct from those of other ages. An elderly person is considered to be any person between the age of 65 years and whatever other age above at which such a person dies. Such a broad spectrum of age, spanning 20 to 30 years, makes it reasonable and desirable to establish different health-related criteria for people who are over 90 years old. **Objective.** To evaluate the value of health as seen by people who are over 65 years old, by sex and age. **Material and methods.** The survey was held between July and September 2013, and covered 505 people of over 65 years of age, who were

selected on a random basis from among the patients of five primary healthcare centres across the Lubelskie Province. Z. Juczynski's Health Criteria List was employed to determine the value of health as seen by the respondents. **Results.** The survey showed that seniors attach the greatest importance to health understood as a quality and a condition. They were the least likely to see health in terms of a goal. The statistical analysis found some considerable differences in the importance attached to the expression "to eat properly." Indeed, this aspect was the most important for the 65-to-75 age group, whereas the over-85 age group ($p < 0.001$) attached to it the smallest importance. **Conclusions.** People who are 65 years of age understand health as a quality and a condition, which demonstrates their instrumental approach to health. Men aged over 65 attach more importance to "living into late old age," "avoiding illness, with occasional flu or indigestion," "maintaining the function of all parts of the body" and "feeling good." (*Gerontol Pol 2015, 1, 11-18*)

Key words: aging, health, gerontology

Wstęp

Pojęcie zdrowia i choroby może być przedmiotem analizy przynajmniej trzech nauk: medycyny, psychologii i socjologii, które tworzą różne paradygmaty. W ogólnym oglądzie świata, jako grand paradygmatu uwzględniającego wierzenia i filozoficzne preferencje w społeczności naukowej należy odnaleźć paradygmat, czyli wspólne odniesienie dla przedstawicieli danej nauki. [1] Według Nowaka [2] w postępowaniu naukowym konceptualizacja i kierunki poszukiwań badawczych pozostają w związku z założeniami ontologicznymi odnoszącymi się do koncepcji człowieka i otaczającej go rzeczywistości. W naukach medycznych w ramach obowiązującego paradygmatu znajdujemy podstawy rozważań pojęć takich jak zdrowie i choroba, co w konsekwencji przeświadcza o istocie i kierunkach rozwoju medycyny. W próbach definiowania zdrowia i choroby na przestrzeni lat, w naukach medycznych, istnieją dwa znaczące paradygmaty - biomedyczny i holistyczny (socjoekologiczny), które stanowią szerszy kontekst dla rozważań teoretycznych i badań empirycznych, a także praktyki świadczeń zdrowotnych [3].

W biomedycznym modelu podstawowym sposobem interpretacji terminu zdrowie jest orientacja patologiczna, gdzie pojmuje się je jako brak choroby, a więc stan, w którym nie ujawnia się żadna ze znanych jednostek chorobowych bądź patologii w funkcjonowaniu organizmu [4]. W tym ujęciu zdrowie staje się antyteza choroby, która rozumie się jako dający się rozpoznać klinicznie stan patologii organizmu. Model biomedyczny podkreśla, że zdrowie to stan sprawnego funkcjonowania poszczególnych części organizmu, a w konsekwencji całego organizmu. Choroba to zakłócenie w prawidłowym funkcjonowaniu. Model ten sprowadza zarazem oba fenomeny do poziomu jednostki i akcentuje, że zdrowie tkwi w jednostce, a nie poza nią. Przyjmuje się bowiem, według założeń teoretycznych omawianego modelu, że nawet najbardziej złożone procesy psychiczne i zachowania człowieka można wrazić w kategorie zakłóceń procesów zachodzących w organizmie [5]. Z powyższe-

go wynika, że zdefiniowanie jednego z pojęć zdrowie lub choroba wystarcza do określenia drugiego.

Holistyczny paradygmat zdrowia wyrósł z innego spojrzenia na sytuację życiową człowieka - uwzględnia także te obszary funkcjonowania istoty ludzkiej, które były do tej pory pomijane w ocenie klinicznej. Sam paradygmat rozwinął się na gruncie systemowego pojmowania rzeczywistości oraz idei renesansowego humanizmu, jakkolwiek jego korzenie sięgają do tradycji medycyny chińskiej, ale także do nurtu hipokratejskiego w medycynie. Systemowe podejście do definiowania zdrowia i choroby w holistycznym modelu stawia człowieka na tle wielowymiarowego obrazu otaczającej go rzeczywistości. Zgodnie z założeniami ogólnej teorii systemów, zdrowie człowieka opiera się na płaszczyznach: fizycznej (funkcjonowanie biologiczne organizmu jako całości), psychicznej (funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne), społecznej (zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich) i duchowej (związanej z osobistymi przekonaniem, wierzeniami czy praktykami religijnymi) [6].

Zdrowie w tym modelu przedstawiane jest jako stan dynamicznej równowagi, gdzie na jednym biegunie znajduje się hipotetyczne optimum zdrowia, a na drugim kliniczne stadium choroby. W ten sposób tworzy się naturalne kontinuum stanów pośrednich „zdrowie-choroba”. Jako pozytywne wskaźniki zdrowia i jego „zaplecze funkcjonalne” wymieniane są: rezerwa zdrowia pozytywnego i potencjał zdrowotny jednostki [6]. Zatem atrybut zdrowia to zdolność osiągnięcia integracji i względnego stanu równowagi, pomiędzy fizycznym i psychicznym wymiarem organizmu, ale także jego współoddziaływanie w środowisku przyrodniczym i społecznym. Choroba natomiast to brak zdolności przywrócenia równowagi i integracji bio-psycho-społecznej [7]. Model holistyczny w systemowym podejściu do zdrowia akcentuje, że zdrowie ma podstawowe znaczenie w życiu człowieka, nadając mu pozytywny wymiar. Choroba natomiast jest stanem zaburzenia stanu dynamicznej równowagi pomiędzy człowiekiem i otoczeniem.

Zdrowie jest powszechnie uznawane za wartość zarówno społeczną, ale także indywidualną. Postrzegane jest przez pryzmat różnorodnych czynników, które determinują jego stan. Nie trudno zatem odnaleźć w literaturze wiele koncepcji i definicji zdrowia, ale wybór odpowiedniej zależy od zakresu, a przede wszystkim celu podejmowanych badań. Znaczenie słowa zdrowie nabiera odmiennej konotacji w stosunku do pewnych jednostek lub grup. Dzieje się tak w przypadku osób starszych analizując stan zdrowia jednostki bądź też całej zbiorowości w tej kategorii wiekowej [8]. Zauważa się ogromną rozpiętość w przynależności do kategorii wiekowej, zważywszy, że za osobę starszą uważa się taką, która ukończyła 65 rok życia aż po zróżnicowany jego kres. Tak szerokie spektrum wiekowe obejmujące mniej więcej 20-30 lat sprawia, że kryteria zdrowia muszą być zróżnicowane dla osób w wieku 65 lat i 90 lat. Dlatego powszechnie stosowane pojęcia i definicje zdrowia w stosunku do osób starszych wymagają modyfikacji. „Zatem zdrowie osób w starszym wieku może być ujmowane jako:

- trwanie życia (samo życie jest oznaką w pewnym stopniu zdrowia),
- brak złego samopoczucia (odczuwanie bólu, psychicznego dyskomfortu, cierpienia),
- zdolność do funkcjonowania - wykonywania określonych zadań i ról społecznych przypisanych jednostce z racji zajmowanych pozycji społecznych,
- warunek nieodzowny dla zajmowania określonego ekonomicznego i społecznego statusu,
- sukces w zaspokajaniu własnych potrzeb, redukowania napięć,
- zdrowie jako zapewnienie określonych świadczeń medycznych i socjalnych,
- zdrowie, jako element porządku społecznego” [9].

Podsumowując, wskaźniki zdrowia odnoszące się do osób w wieku podeszłym stanowią szeroką skalę: począwszy od oceny fizycznego stanu zdrowia, przez stan psychiczny, funkcjonalny, a kończąc na aktywności społecznej skojarzonej z interakcjami międzyludzkimi. Wskaźniki te pokazują z jednej strony granice adaptacji osoby starszej do innej, nowej sytuacji życiowej, wyznaczonej wcześniejszymi i obecnymi statusami. Z innej zaś strony pozwalają określić stopień satysfakcji z wielu elementów, które razem składają się na szeroko pojętą jakość życia osoby starszej. Wymiar społeczny, determinujący stopień izolacji społecznej, bądź integracji z otoczeniem ukazuje miejsce osoby w wieku podeszłym w całym systemie społecznym [10].

Cel pracy

Celem pracy była ocena wartości zdrowia w opinii osób powyżej 65 roku życia w zależności od płci i wieku.

Material i metody

Badania ankietowe przeprowadzono od lipca do września 2013 r. wśród 505 osób w wieku powyżej 65 roku życia w losowo wybranych 5 jednostkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) na terenie województwa lubelskiego: 3 jednostki POZ znajdowały się w obrębie miasta Lublina, 2 poza Lublinem, był to Turobin i Goraj. Osoby zgłaszające się po poradę do lekarza rodzinnego poproszono o wypełnienie kwestionariusza ankiety po uprzednim wyjaśnieniu celu działania.

W celu poznania wartości zdrowia w opinii badanych zastosowano Listę Kryteriów Zdrowia (LKZ) wg Z. Juczyńskiego. Narzędzie zbudowane 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 [11].

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 - w ostatnim kroku - uszeregować wybrane kryteria od najbardziej ważnego, któremu przypisuje 5 punktów, do najmniej ważnego, ocenianego 1 punktem.

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 [11].

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 [11].

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. 9.1 (StatSoft, Polska).

Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie medycznym w Lublinie oraz po uzyskaniu zgody Dyrekcji Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Uczestnictwo w prowadzonych badaniach było dobrowolne i świadoma oraz zapewniało respondentom pełną anonimowość.

Wyniki

Badaniem objęto 505 pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej zamieszkujący woj. lubelskie. Kobiety stanowiły 315 osób (62,38%) a mężczyźni 190 osób (37,62%). Struktura wieku badanych była następująca: w grupie wiekowej 65 – 75 lat znalazło się 243 osoby (48,12%), następnie w grupie wiekowej 76 – 85 lat znalazło się 166 osób (32,87%), a w grupie osób najstarszych, tj. powyżej 85 roku życia było 96 osób (19,01%). Osoby z wykształceniem wyższym i średnim stanowią 255 osób (50,49%), natomiast osoby z wykształceniem zawodowym, podstawowym oraz z brakiem wykształcenia stanowią grupę liczącą 250 osób (49,51%).

Z przeprowadzonych badań wynika, że seniorzy największą wagę przypisują zdrowiu rozumianemu, jako

właściwość oraz stan. W najmniejszym stopniu traktują zdrowie, jako cel. Zdrowie według osób po 65 roku życia to przede wszystkim: „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „mieć sprawne wszystkie części ciała” oraz „czuć się dobrze”. Mniej ważne natomiast są: „być odpowiedzialnym”, „mieć zdrowe oczy, włosy, cerę”, a także „potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami” (tabela I).

Analizując najważniejsze twierdzenia według ankietowanych dotyczące zdrowia stwierdzono istotne statystycznie różnice w twierdzeniach: „dożyć późnej starości”, „nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność”, „mieć sprawne wszystkie części ciała” oraz „czuć się dobrze” ($p < 0,05$), które większą wagę ma dla mężczyzn. Natomiast w pozostałych twierdzeniach nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic ($p > 0,05$) (tabela II i rycina 1)

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice w wadze twierdzenia „nałóżcie się odżywiać”, które miało najwyższą wagę w grupie wiekowej 65-75 lat, zaś najniższą w wieku powyżej 85 lat ($p < 0,001$) oraz w twierdzeniu „nie palić tytoniu”, gdzie najwyższa waga była w grupie wiekowej 76-85 lat, a najniższa wśród osób powyżej 85 roku życia ($p = 0,022$). Dla badanych powyżej 85 roku życia istot-

Tabela I. Średnia wag twierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie.

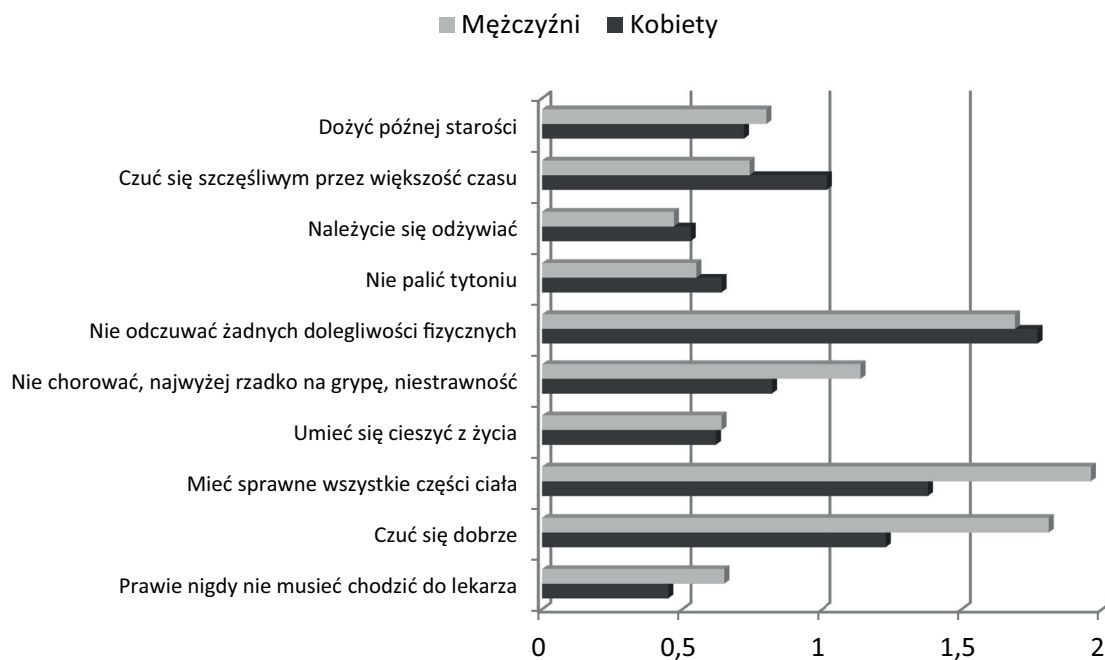
Table I. The averageweightfor healthclaims in the study group.

Lp.	Twierdzenia	Średnia waga	Definicja zdrowia
1	Dożyć późnej starości	0,75	cel
2	Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,92	stan
3	Potrafić dobrze współżyć z innymi	0,43	proces
4	Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,49	proces
5	Należycie się odżywiać	0,51	wynik
6	Dbać o wypoczynek, sen	0,40	wynik
7	Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,35	wynik
8	Nie palić tytoniu	0,61	wynik
9	Mieć odpowiednią wagę ciała	0,35	wynik
10	Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,34	właściwości
11	Mieć dobry nastrój	0,50	właściwości
12	Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,74	właściwości
13	Potrafić pracować bez napięcia i stresu	0,32	proces
14	Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,94	właściwości
15	Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,19	właściwości
16	Umieć przystosować się do zmian w życiu	0,35	proces
17	Umieć się cieszyć z życia	0,63	stan
18	Być odpowiedzialnym	0,14	cel
19	Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,20	proces
20	Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,60	właściwości
21	Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,37	cel
22	Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,21	wynik
23	Czuć się dobrze	1,45	stan
24	Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,52	właściwości

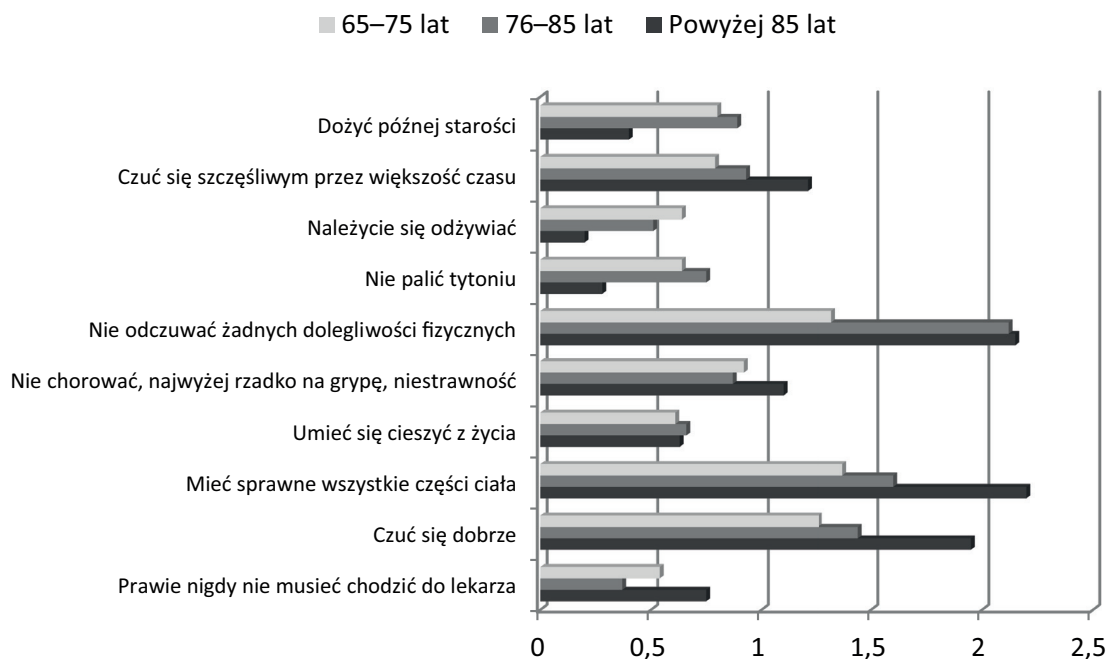
nie statystycznie wyższą wagę mają twierdzenia: „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „mieć sprawne wszystkie części ciała”, „czuć się dobrze”, „prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza” w porównaniu z pozostałymi respondentami ($p < 0,05$) (tabela II i rycina 2).

Tabela II. Średnia waga twierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie w zależności od badanych zmiennych.
Table II. Average weight for health claims in the group, depending on the variables examined.

Nr twierdzenia z LKZ	Twierdzenie	Średnia waga		Analiza statystyczna	Średnia waga			Analiza statystyczna
		Kobiety	Mężczyźni		65 - 75 lat	76 - 85 lat	Powyżej 85 lat	
1.	Dożyć późnej starości	0,72	0,80	Z=1,996; p=0,046*	0,80	0,89	0,40	H=3,291; p=0,193
2.	Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	1,02	0,74	Z=-1,506; p=0,132	0,79	0,93	1,21	H=4,395; p=0,111
5.	Należy się odżywiać	0,53	0,47	Z=-1,392; p=0,164	0,64	0,51	0,20	H=22,432; p<0,001*
8.	Nie palić tytoniu	0,64	0,55	Z=0,034; p=0,973	0,64	0,75	0,28	H=7,649; p=0,022
12.	Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,77	1,69	Z=0,154; p=0,878	1,32	2,12	2,15	H=25,925; p<0,001*
14.	Nie chorować najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,82	1,14	Z=2,523; p=0,012*	0,92	0,87	1,10	H=4,686; p=0,096
17.	Umieć się cieszyć z życia	0,62	0,64	Z=-0,576; p=0,565	0,61	0,66	0,63	H=1,544; p=0,462
20.	Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,38	1,96	Z=3,382; p=0,001*	1,37	1,60	2,20	H=16,560; p<0,001*
23.	Czuć się dobrze	1,23	1,81	Z=2,933; p=0,003*	1,26	1,44	1,95	H=7,861; p=0,020*
24.	Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,45	0,65	Z=0,219; p=0,827	0,54	0,37	0,75	H=8,805; p=0,012



Rycina 1. Średnia waga twierdzeń dotyczących zdrowia z uwzględnieniem płci.
Figure 1. Average weight for health claims with respect to gender.



Rycina 2. Średnia wag twierdzeń dotyczących zdrowia z uwzględnieniem wieku.

Figure 2. Average weight for health claims with regard to age.

Omówienie

Starzenie się społeczeństwa jest zjawiskiem powszechnym i dotyczy głównie krajów rozwiniętych. W Polsce systematycznie wzrasta liczba osób powyżej 65 roku życia. Wyniki spisu ludności wykazały, że w Polsce 31 marca 2011 r. mieszkało 38 511,8 tys. osób zaliczanych do kategorii ludności faktycznej. W okresie międzyspisywym, w latach 2002-2011, zmieniły się zarówno proporcje ludności według płci, jak i struktura wieku ludności faktycznej. W latach 2002-2011 liczba osób w wieku poprodukcyjnym (60/65 i więcej) wzrosła o 981 tys. i zwiększył się do 16,9% (tj. o 1,9 punktu procentowego) jej udział w ogólnej liczbie ludności. Zgodnie z założeniami prognozy ludności opracowanej przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) w 2008 r. w latach 2008-2035 liczba ludności Polski będzie się zmniejszać – do 35 993 mln w 2035 r. Lata prognozy to okres przyspieszonego procesu starzenia się ludności Polski wskutek zmian w procesach ruchu naturalnego, przedłużania przeciętnego dalszego trwania życia (z 79,8 lat w przypadku kobiet i 71,4 lat w przypadku mężczyzn w 2010 r. do odpowiednio 82,9 i 77,1 lat w 2035 r.) oraz międzynarodowych migracji ludności. Zmiany w strukturze ludności według ekonomicznych i biologicznych grup wieku będą polegały na dalszym wzroście udziału osób w wieku poprodukcyjnym w ludności ogółem przy jednoczesnym zmniejszaniu się udziału osób w wieku przedprodukcyjnym, oraz na silnym wzroście populacji osób starszych, któremu towarzyszyć będzie stałe

zmniejszanie się populacji dzieci do lat 14. W latach 2010-2035 udział ludności w wieku 60 ± 65+ w strukturze ludności ogółem wzrośnie z 16,8 do 26,7%. Liczba ludności w najstarszej grupie wiekowej (75 lat i więcej) wzrośnie z 2 449,1 tys. do 4 493,9 tys., a jej udział w populacji z 6,4 do 12,5% [12,13].

Na przebieg procesu starzenia mają wpływ różne czynniki między innymi społeczne, demograficzne, kulturowe, ekonomiczne, genetyczne i zdrowotne. Do jednych z najważniejszych czynników warunkujących zdrowie należy styl życia i związane z nim zachowania zdrowotne. Zachowania zdrowotne są czynnikiem warunkującym utrzymanie i wzmacnianie zdrowia indywidualnego i całej populacji. Zdrowie w starości zależy od prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej, umiejętności radzenia sobie ze stresem, profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych, zdrowego środowiska naturalnego i innych czynników. Chociaż proces starzenia się zachodzi nieuchronnie można jednak wpływać na dłuższe zachowanie sprawności psycho-fizycznej i niezależności. Celem zachowań prozdrowotnych jest pomyślne starzenie, długowieczność, aktywna i twórcza starość. Jedną z możliwych form redukowania problemów starzejącego się społeczeństwa jest promocja zdrowia osób starszych. Promowanie zdrowego stylu życia oraz profilaktyka schorzeń, mają decydujące znaczenie dla utrzymania zdrowia do późnych lat. Czynnikiem wpływającym na pomyślne starzenie się, rozumiane jako starzenie wolne od chorób, są zachowania zdrowotne wpajane od najmłodszych lat i utrwalane podczas całego życia [14].

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 [15]. 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 [16].

Wyniki badań własnych pokazują, że ankietowani rozumieją zdrowie jako właściwość i stan, natomiast zdrowie jako cel znalazło się na dalszym miejscu. W opinii ankietowanych seniorów być zdrowym to przede wszystkim „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „mieć sprawne wszystkie części ciała” oraz „czuć się dobrze”. Publikowane przez Nowickiego i Ślusarską [16] badania obejmujące 150 osób pracujących pokazują, że respondenci rozumieli zdrowie jako stan i wynik oraz właściwość, natomiast zdrowie jako cel znalazło się na dalszym miejscu. Natomiast Kurowska i Białasik [17] badali 97 osób, pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR), których podzielono na dwie grupy: badani przyjęci z powodu zaostrzenia objawów choroby przewlekłej i przyjętych w nagłych wypadkach, średnia wieku dla grupy wyniosła 59,2 lat. Respondenci najwyższą wartość przypisali zdrowiu rozumianemu jako właściwość i stan, natomiast najmniej ważne rozumienia zdrowia dla osób chorujących przewlekłe było zdrowie rozumiane jako proces, a dla badanych niechorujących przewlekłe jako wynik.

Wyniki badań własnych wskazują, że mężczyźni spośród kryteriów zdrowia częściej wybierają cel zdrowotny „dożyć późnej starości”, przypisywali właściwości „nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność”, „mieć sprawne wszystkie części ciała” oraz zdrowie rozumieli jako stan „czuć się dobrze”. Analizując poszczególne twierdzenia zaobserwowaliśmy, że badani w wieku 65-75 lat częściej przypisywali wyższą wagę twierdzeniu „należycie się odżywiać”, osoby pomiędzy 76 a 85 rokiem życia częściej rozumieli zdrowie jako „nie palić tytoniu”, natomiast dla respondentów powyżej 85 roku życia najwyższą wagę przypisali twierdzeniom: „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „mieć sprawne wszystkie części ciała”, „czuć się dobrze”, „prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza”

w porównaniu z pozostałymi respondentami ($p < 0,05$). W cytowanych wyżej badaniach Nowickiego i Ślusarskiej [16] wśród najstarszej wyodrębnionej grupy osób powyżej 50 roku życia twierdzenia: „dożyć późnej starości” oraz mieć sprawne wszystkie części ciała” miało wyższą wagę niż dla pozostałych, młodszych grup wiekowych. Badania Kurowskiej i Białasika [17] wskazały, że dla pacjentów SORu, którzy chorowali przewlekłe najważniejszymi kryteriami zdrowia był: „brak dolegliwości fizycznych” i „poczucie szczęścia”. Dla pacjentów niechorujących przewlekłe tymi najważniejszymi kryteriami zdrowia było: „dobre samopoczucie” oraz, podobnie jak dla poprzedniej grupy, „brak dolegliwości fizycznych”.

Starość jest ostatnim etapem życia człowieka. Nie przychodzi nagle, ale jest wynikiem długotrwałego i nieodwracalnego procesu nie tylko fizjologicznego, ale również pewnych przemian związanych z wiekiem organizmu. W rozumieniu starości należy uwzględnić dwie podstawowe kwestie: starzenie będące wynikiem przemian na poziomie biologicznym, psychicznym i społecznym, ale także starzenie się, jako okres mający specyficzną charakterystykę psychologiczną, kulturową i społeczną. Dlatego starość, jako zjawisko trójplaszczynowych przemian różnicuje się osobniczo i nie można granicy jej początku mierzyć chronologicznie [18]. Starość ma natomiast wyraźnie określoną granicę końca, a mianowicie jest nią zakończenie życia ludzkiego [19].

Edukacja zdrowotna pacjenta w wieku podeszłym jest nieodłącznym i ważnym elementem promocji zdrowia w geriatricii. Biorąc pod uwagę całe społeczeństwo, promocja zdrowia w geriatricii jest kontynuacją działań, które były podejmowane w celu utrzymania zdrowia i zapobiegania chorobom we wcześniejszych etapach życia. Jednym z zasadniczych celów, który można osiągnąć poprzez edukację zdrowotną w tym okresie życia jest utrzymanie osób starszych w dobrym zdrowiu psychicznym i fizycznym oraz stanie czynnościowym, który zapewnia im jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie w środowisku zamieszkania [20].

Wnioski

1. Osoby powyżej 65 roku życia rozumieją zdrowie jako właściwość oraz stan, co charakteryzuje się instrumentalnym podejściem do zdrowia.
2. Mężczyźni w wieku powyżej 65 lat wyższą rangę przypisują twierdzeniom „dożyć późnej starości”, „nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność”, „mieć sprawne wszystkie części ciała” oraz „czuć się dobrze”.

3. Analizując poszczególne twierdzenia zaobserwowaliśmy, że badani w wieku 65-75 lat częściej przypisywali wyższą wagę twierdzeniu „należy się odżywiać”, osoby pomiędzy 76 a 85 rokiem życia częściej rozumieli zdrowie jako „nie palić tytoniu”, natomiast dla respondentów powyżej 85 roku życia najwyższą wagę przypisali twierdzeniom: „nie odczuwać

żadnych dolegliwości fizycznych”, „mieć sprawne wszystkie części ciała”, „czuć się dobrze”, „prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza”.

Konflikt interesów

Brak.

Piśmiennictwo

1. Cempel C. Teoria i inżynieria systemów. Poznań 2004, E-book
2. Nowak S. Wizje człowieka i społeczeństwa w teoriach i badaniach naukowych. Warszawa: PWN; 1984: 8-9.
3. Ślusarska B., Dobrowolska B., Zarzycka D. Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia. *Probl Hig Epidemiol.* 2013; 94(4): 667-674.
4. Niebrój L.T. Defining health/illness: societal and/or clinical medicine. *J Physiol Pharmacol.* 2006; 57(4): 253-254.
5. Rosenberg C.E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Q.* 2002; 80(2): 237-260.
6. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T. Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93(4): 682-686.
7. Bishop G.D. (red.) Psychologia zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2000: 40-65.
8. Coupland N., Coupland J. Discourses of ageism and anti-ageism. *J Aging Stud.* 1993; 7: 279-301.
9. Rudnicka-Drożak E. Zjawisko przemocy wobec osób starszych jako forma zagrożenia zdrowia. Rozprawa habilitacyjna, Lublin 2006: 10 – 18.
10. Tobiasz - Adameczyk B. Kompleksowa ocena stanu zdrowia osób w podeszłym wieku na podstawie koncepcji psychologicznych. *Szt Leczenia.* 1995; 1(3): 47 – 52.
11. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001: 117-121.
12. GUS. Prognoza ludności na lata 2008-2035. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2008.
13. GUS. Raport z wyników. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2012.
14. Muszaliak M., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T. Program pomyślnego starzenia – profilaktyka schorzeń i dolegliwości wieku starszego. W: Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.). Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu. Łódź: Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ; 2008: 39-49.
15. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Warszawa: Wydawnictwo Nauk PWN; Warszawa 2007.
16. Nowicki G., Ślusarska B. Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych. *Hygeia Public Health.* 2011; 46(2): 280-285.
17. Kurowska K., Białasik B. Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). *Now Lek.* 2009; 78(2): 113-122.
18. Żakowska-Wachelko B., Pędich W. Pacjent w starszym wieku. Warszawa: PZWL; 1995.
19. Kasaneci D. Active Aging: the EU Policy Response to the Challenge of Population Ageing, *European Papers on the New Welfare: 2007(8)* (wejście 12.10.2013r.).
20. Kornatowski T., Grzešek G. Edukacja zdrowotna w wieku podeszłym. W: Juszczyk M. (red.). Wybrane zagadnienia z edukacji zdrowotnej. Kielce: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomii i Prawa im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach; 2010: 459-469.