

KRYTERIA ZDROWIA KOBIET W OPINII MIESZKANEK POWIATU TARNOWSKIEGO

CRITERIA OF WOMEN'S HEALTH IN THE OPINION OF FEMALE RESIDENTS OF THE TARNÓW DISTRICT

Anna Pieniążek¹, Jadwiga Szarowicz², Joanna Błajda¹, Małgorzata Kołpa³, Edyta Barnaś^{1,3}

¹Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

²Dom Pomocy Społecznej, Nowodworze, Tarnowiec

³Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.7>

STRESZCZENIE

Wstęp. Szereg działań związanych z profilaktyką schorzeń ginekologicznych, w tym nowotworowych, i ich leczenie są ważnym aspektem zdrowia kobiet.

Cel. Ocena wartości zdrowia kobiety w opinii mieszkank powiatu tarnowskiego w odniesieniu do czynników społeczno-demograficznych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 360 pełnoletnich kobiet, włączonych do analiz w sposób losowy. Metodą był standaryzowany kwestionariusz – Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ). Materiał opracowano, używając programu STATISTICA 9.0. Wykorzystano testy niezależności: chi-kwadrat Pearsona, Kruskala-Wallisa, a także testy korelacyjne.

Wyniki. Być zdrowym to według badanych przede wszystkim: „dożyć późnej starości”, „należycie się odżywiać”, „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „potrafić pracować bez napięcia i stresu”, „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki”. Wiek i miejsce zamieszkania badanych mają wpływ na właściwe postrzeganie czynników ryzyka choroby nowotworowej u kobiet, tj. „palenie papierosów” oraz „częsta zmiana partnerów seksualnych”. Wykształcenie ma wpływ na postrzeganie czynników ryzyka, tj. „palenie papierosów”, „antykoncepcja”, „wczesne rozpoczęcie życia seksualnego”, „późna pierwsza ciąża”, „częsta zmiana partnerów seksualnych”.

Wnioski. Wartościowanie zdrowia ginekologicznego uzależnione jest od wybranych cech demograficznych. Ankietowane najwyższą wagę przykładają do zdrowia rozumianego jako cel i wynik oraz właściwości, co może przekładać się na preferowane zachowania prozdrowotne.

Słowa kluczowe: wartość zdrowia, kobiety, cechy społeczno-demograficzne.

ABSTRACT

Introduction. Number of activities related to the prevention of gynecological diseases, including cancer, as well as their treatment, are an important aspect of women's health.

Aim. Evaluation of women's health in the opinion of female residents of the Tarnów District, with reference to socio-demographic factors.

Material and methods. The group consisted of 360 adult females, randomly selected to participate in the study. The method was a standardized questionnaire – List of Health Criteria. The material was analysed using STATISTICA 9.0, applied tests for independence: Pearson's chi-square and Kruskal-Wallis as well as correlation testing.

Results. According to the subjects, being healthy mainly means “to live to a ripe old age”, “to keep a healthy diet”, “to have no physical health problems”, “to be able to work without tension and stress”, and “to accept oneself, knowing one's limitations and shortcomings”. The subjects' age and place of residence are related to adequate understanding of cancer risk factors in women, i.e. “smoking” and “frequent change of sexual partners”. Education affects the perception of such risk factors as “smoking”, “contraception”, “early sexual initiation”, “first-time pregnancy at an older age”, and “frequent change of sexual partners”.

Conclusions. Evaluation of gynaecological health depends on selected demographic features. The survey participants assign the greatest weight to health understood as an objective, and a result as well as characteristics, which can translate into preferred health promoting behaviours.

Keywords: value of health, women, socio-demographic characteristics.

Wstęp

Analizując literaturę pod kątem wyłonienia definicji zdrowia kobiety, najczęściej spotykamy opracowania poświęcone zagadnieniom zdrowia prokreacyjnego, zdrowia seksualnego czy też działań z zakresu prewencji schorzeń onkologicznych żeńskiego narządu płciowego. Dyscypliną,

która naukowo zajmuje się zdrowiem kobiety, jest ginekologia. Chcąc doprecyzować, czym jest pojęcie zdrowia kobiety/zdrowia ginekologicznego, należałoby skupić się na ważnych elementach, jak działania profilaktyczne i lecznicze ukierunkowane na eliminowanie niekorzystnych czynników lub symptomów chorobowych dotyczących

żeńskich narządów płciowych. W obrębie tak rozumianego zdrowia kobiety znajdują się także działania potęgujące zdrowie kobiety, a więc szeroko rozumiana promocja zdrowia, która skierowana jest do kobiet w zasadzie od dzieciństwa do okresu starości [1, 2]. Biorąc pod uwagę aktualne trendy związane z zachorowalnością i umieralnością kobiet, dominującą rolę odgrywają choroby nowotworowe. Prym wśród nich wiodą nowotwory narządu płciowego: rak piersi, szyjki macicy, trzonu macicy [3]. Cennym zagadnieniem w tym kontekście staje się określenie wiedzy i postaw kobiet odnośnie zasad dbałości o swoje zdrowie ginekologiczne.

Cel pracy

Cel pracy to ocena wartości/kryteriów zdrowia kobiety w opinii mieszkank powiatu tarnowskiego w odniesieniu do czynników społeczno-demograficznych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 360 pełnoletnich kobiet, włączonych do analiz w sposób losowy. Badanie zrealizowano w okresie od grudnia 2014 do marca 2015 na terenie powiatu tarnowskiego. Wszystkie osoby zostały poinformowane o celowości i anonimowości badania i wyraziły zgodę na uczestnictwo w nim. Metodą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny, narzędziem – standaryzowany kwestionariusz – Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ) oraz autorska część 20 pytań: metryczkowych i analizujących wiedzę i postawy wobec chorób nowotworowych. Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ) Juczyńskiego to narzędzie składające się z 24 stwierdzeń dotyczących zdrowia w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. 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. Ankietowany po wybraniu kryteriów, które według niego mają znaczenie dla zdrowia, kolejno dokonuje wyboru pięciu najważniejszych kryteriów, które szereguje od najbardziej ważnego (5 punktów) do najmniej ważnego (1 punkt). Tak przypisane punkty są interpretowane poprzez odniesienie do wartości średnich. Ważna jest nie tylko waga kryteriów – istotne są też ich właściwości opisujące zdrowie jako stan, wynik, właściwość lub proces [4].

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej, używając programu STATISTICA 9.0 (StatSoft, Polska), przyjmując poziom wiarygodności wyników przy $p < 0,5$. W analizie statystycznej wykorzystano testy niezależności:

chi-kwadrat Pearsona, Kruskala-Wallisa, a także testy korelacyjne.

Wyniki

Pod względem wieku najliczniejszą grupę, 31%, stanowiły respondentki w wieku 20–30 lat, mniej liczebne, ale również licznie reprezentowane były grupy respondentek w wieku 31–40 lat i 41–50 lat (po 22%), najmniej liczebna była grupa respondentek w wieku powyżej 70 lat (2,5%). Ankietowane zamieszkujące miasto (50%) podzielono na dwie grupy: miasto do 20 tys. mieszkańców (15% respondentek) oraz miasto powyżej 20 tys. mieszkańców (35% ogółu). Najliczniejszą grupę stanowiły mężatki (64%), stanu wolnego było 28% ankietowanych, najmniejszą grupą były wdowy i rozwódki, odpowiednio 2% i 6% ankietowanych. Znaczna część respondentek (ponad 40%) posiadała wykształcenie wyższe, z wykształceniem średnim udział w badaniu wzięło ponad 30% kobiet. Pozostałe ankietowane posiadały wykształcenie zawodowe (13%), policealne (niecałe 10%) podstawowe/gimnazjalne (2% ankietowanych).

Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowane kobiety najważniejszą wagę przykładają do zdrowia rozumianego jako cel i wynik oraz właściwości, zaś zdrowie jako stan znajduje się na dalszym miejscu. Być zdrowym to według badanych przede wszystkim: „dożyć późnej starości”, „należycie się odżywiać”, „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „potrafić pracować bez napięcia i stresu”, „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki”, „dbać o wypoczynek i sen”, „mieć sprawne wszystkie części ciała”. Z kolei twierdzenia typu: „prawie nigdy nie chodzić do lekarza”, „mieć dobry nastrój”, „mieć zdrowe oczy, włosy, cerę” są przez ankietowane postrzegane jako mniej ważne (**Tabela 1**).

Z kolei w kwestionariuszu autorskim poproszono ankietowane, aby spośród wymienionych czynników ryzyka wybrały te, które uważają za istotnie wpływające na rozwój choroby nowotworowej u kobiet. Analiza odpowiedzi na to pytanie w zależności od wieku badanych wykazała różnicę istotną statystycznie dla odpowiedzi „palenie papierosów” ($p = 0,020$) oraz dla odpowiedzi „częsta zmiana partnerów seksualnych” ($p = 0,019$). Z kolei analiza zależności pomiędzy wiedzą respondentek a miejscem ich zamieszkania wykazała niewielką różnicę istotną statystycznie tylko dla odpowiedzi „częsta zmiana partnerów seksualnych” ($p = 0,048$). Natomiast stan cywilny badanych wpływał istotnie na wiedzę badanych odnośnie czynników ryzyka, jakimi są „wiek” ($p = 0,001$) oraz „palenie papierosów” ($p = 0,043$). Analizie poddano także wiedzę ankietowanych na temat czynników ryzyka choroby nowotworowej

Tabela 1. Średnie wagi twierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie

Nr twierdzenia	Treść twierdzenia	Średnia waga	Definicja zdrowia
1.	Dożyć późnej starości	1,55	cel
2.	Czuć się szczęśliwym przez większą część czasu	0,77	stan
3.	Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,58	proces
4.	Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,73	proces
5.	Należyście się odżywiać	1,16	wynik
6.	Dbać o wypoczynek, sen	0,90	wynik
7.	Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,28	wynik
8.	Nie palić tytoniu	0,53	wynik
9.	Mieć odpowiednią wagę ciała	0,57	wynik
10.	Jedynie wyjątkowo przyjmować leki	0,39	właściwości
11.	Mieć dobry nastrój	0,26	właściwości
12.	Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,13	właściwości
13.	Potrafić pracować bez napięcia i stresu	0,99	proces
14.	Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,57	właściwości
15.	Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,21	właściwości
16.	Umieć przystosować się do zmian w życiu	0,51	proces
17.	Umieć się cieszyć z życia	0,66	stan
18.	Być odpowiedzialnym	0,16	cel
19.	Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,11	proces
20.	Mieć sprawne wszystkie części ciała	0,87	właściwości
21.	Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,94	cel
22.	Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,19	wynik
23.	Czuć się dobrze	0,53	stan
24.	Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,40	właściwości
25.	Inne – jakie?	0,01	

60

zależną od ich wykształcenia; różnice istotne statystycznie zanotowano dla odpowiedzi: „palenie papierosów” ($p = 0,010$), „antykoncepcja” ($p = 0,026$), „wczesne rozpoczęcie życia seksualnego” ($p = 0,001$) i „późna pierwsza ciąża” ($p = 0,000$). W przypadku pozostałych twierdzeń nie wykazano istotnego wpływu w poszczególnych grupach (**Tabela 2**).

Analizując najważniejsze twierdzenia według ankietowanych dotyczące zdrowia, stwierdzono istotne statystycznie różnice w twierdzeniu „dożyć późnej starości” ($p = 0,000$), które najwyższą wagę ma dla grupy respondentek w wieku 31–40 lat, zaś najniższą – w wieku 20–30 lat. Dla kobiet z wykształceniem policealnym ma ono najniższą wagę, natomiast dla kobiet z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym ma ono najwyższą wagę ($p = 0,005$). Z kolei twierdzenie „czuć się szczęśliwym przez większą część czasu” ma najwyższą wagę dla kobiet w wieku 31–40 lat, najniższą – dla najstarszych wiekiem badanych ($p = 0,045$). Odnotowano istotne statystycznie różnice w twierdzeniach: „potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi” (najwyższą wagę wskazały badane w wieku 61–70 lat; $p = 0,002$) oraz „umieć rozwiązywać swoje pro-

blemy”, które najwyżej ceniły kobiety w wieku 70 lat i powyżej ($p = 0,002$) oraz wdowy ($p = 0,017$). Istotne różnice wykazano w twierdzeniu „należyście się odżywiać”, które najwyższą wagę uzyskało wśród kobiet młodych 20–30-letnich ($p = 0,033$) oraz rozwódek ($p = 0,040$). Podobnie istotne różnice wykazano w twierdzeniu „dbać o wypoczynek i sen”, które dla kobiet w przedziale wiekowym 20–30 lat ($p = 0,000$) oraz dla rozwódek ($p = 0,002$) ma największe znaczenie. W tym przypadku także wykształcenie miało istotny wpływ na wagę tego twierdzenia; największą wskazały badane z wykształceniem policealnym ($p = 0,030$). Najwyższą wagę w twierdzeniu „nie palić tytoniu” stwierdzono w wieku 20–30 lat, najniższą zaś – w wieku starszym 61–70 lat ($p = 0,003$). To samo twierdzenie miało najwyższą wagę dla pań, zaś najniższą – dla wdów ($p = 0,004$). Istotne różnice wykazano w ważności twierdzenia „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”; najwyższa waga była w grupie wiekowej 70 lat i powyżej, zaś najniższa – w wieku 31–40 lat ($p = 0,017$). Także stan cywilny miał wpływ na ważność tego twierdzenia; najwyżej oceniły je wdowy, najniżej – rozwódki ($p = 0,012$). Z kolei twierdzenie „mieć zdrowe oczy, włosy, cerę” było najważ-

Tabela 2. Wiedza respondentek na temat czynników ryzyka choroby nowotworowej w zależności od wybranych cech demograficznych

Zależność pomiędzy wiekiem a czynnikiem ryzyka	Chi-kwadrat Pearsona	p	H Kruskala-Wallis	p
wiek	9,25	0,099	9,22	0,100
liczba dzieci	2,17	0,823	2,17	0,824
bezpłodność	10,01	0,074	9,98	0,075
palenie papierosów	13,40	0,019	13,36	0,020
antykontracepcja	4,61	0,464	4,60	0,466
rodzinne występowanie nowotworów	5,95	0,310	5,94	0,312
niezdrowy tryb życia	5,67	0,339	5,65	0,341
wczesne rozpoczęcie życia seksualnego	7,89	0,161	7,87	0,163
późna pierwsza ciąża	9,36	0,095	9,33	0,096
częsta zmiana partnerów seksualnych	13,43	0,019	13,40	0,019
Zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a czynnikiem ryzyka	Chi-kwadrat Pearsona	p	H Kruskala-Wallis	p
wiek	5,54	0,062	5,53	0,062
liczba dzieci	1,99	0,369	1,98	0,370
bezpłodność	5,77	0,055	5,75	0,056
palenie papierosów	0,37	0,830	0,37	0,830
antykontracepcja	2,38	0,304	2,37	0,305
rodzinne występowanie nowotworów	0,32	0,850	0,32	0,850
niezdrowy tryb życia	4,25	0,119	4,24	0,119
wczesne rozpoczęcie życia seksualnego	3,17	0,204	3,16	0,205
późna pierwsza ciąża	5,80	0,054	5,78	0,055
częsta zmiana partnerów seksualnych	6,06	0,048	6,04	0,048
Zależność pomiędzy stanem cywilnym a czynnikiem ryzyka	Chi-kwadrat Pearsona	p	H Kruskala-Wallis	p
wiek	15,30	0,001	15,26	0,001
liczba dzieci	4,29	0,231	4,28	0,232
bezpłodność	2,99	0,392	2,98	0,393
palenie papierosów	8,10	0,043	8,08	0,044
antykontracepcja	2,04	0,562	2,04	0,563
rodzinne występowanie nowotworów	5,26	0,153	5,24	0,154
niezdrowy tryb życia	7,48	0,057	7,46	0,058
wczesne rozpoczęcie życia seksualnego	5,05	0,168	5,03	0,169
późna pierwsza ciąża	4,44	0,217	4,43	0,218
częsta zmiana partnerów seksualnych	5,73	0,125	5,71	0,126
Zależność pomiędzy wykształceniem a czynnikiem ryzyka	Chi-kwadrat Pearsona	p	H Kruskala-Wallis	p
wiek	2,57	0,630	2,57	0,632
liczba dzieci	3,06	0,546	3,05	0,548
bezpłodność	4,91	0,295	4,90	0,297
palenie papierosów	13,22	0,010	13,18	0,010
antykontracepcja	10,97	0,026	10,94	0,027
rodzinne występowanie nowotworów	4,71	0,317	4,70	0,319
niezdrowy tryb życia	3,99	0,407	3,97	0,408
wczesne rozpoczęcie życia seksualnego	18,44	0,001	18,39	0,001
późna pierwsza ciąża	19,48	0,000	19,43	0,000
częsta zmiana partnerów seksualnych	9,50	0,049	9,47	0,050

niejsze dla młodych kobiet w wieku 20–30 lat ($p = 0,006$) oraz kobiet stanu wolnego, zaś rozwódki i wdowy przykładały najniższą wagę do tego twierdzenia ($p = 0,000$). Waga twierdzenia „umieć przystosować się do zmian w życiu” okazała się najistotniejsza dla kobiet najstarszych (70 lat i powyżej; $p = 0,010$) oraz kobiet z wykształceniem policealnym ($p = 0,003$). Natomiast „akceptowanie siebie, znajomość swoich możliwości i braków” okazało się istotnie najważniejsze dla kobiet w wieku 61–70 lat ($p = 0,018$), wdów ($p = 0,006$) oraz kobiet z wykształceniem policealnym ($p = 0,039$). Dla pozostałych twierdzeń nie odnotowano istotnych statystycznie różnic ($p > 0,05$) (**Tabela 3**).

Dyskusja

Analizując różnorodność czynników wpływających na zdrowie, warto zauważyć, iż socjologowie i psychologowie podkreślają znaczenie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie i wpływu świadomości zdrowotnej na dbałość o zdrowie. To, jak człowiek rzeczywiście postrzega i w jakich kategoriach sytuuje zdrowie jako wartość osobistą, będzie przekładało się na konkretne zachowania sprzyjające zdrowiu. Stąd planując i realizując działania promujące zdrowie, ważne jest ustalenie, jak konkretna jednostka rozumie pojęcia zdrowia oraz w jaki sposób zdrowie jest przez nią utożsamiane ze stanem, właściwością, celem, wynikiem lub procesem [5–7].

Na podstawie wyników badań własnych można stwierdzić, że ankietowane najwyższą wagę przykładają do zdrowia rozumianego jako cel i wynik oraz właściwości, zaś zdrowie jako stan znajduje się na dalszym miejscu w hierarchii. W badaniach przeprowadzonych przez Kurońską i Białasiak respondenci najwyższą wartość przypisują zdrowiu rozumianemu jako właściwości i stan, natomiast dla osób chorujących przewlekłe najmniej ważne było zdrowie pojmowane jako proces, zaś jako wynik – dla badanych niechorujących przewlekłe [8]. Z kolei badania Nowickiego i Ślusarskiej pokazują, że respondenci rozumie zdrowie jako stan i wynik oraz właściwość, natomiast zdrowie jako cel miało dla nich mniejszą wartość [9]. Badania przeprowadzone przez Naszydłowską i wsp. wśród studentów kierunków medycznych wskazują na definiowanie zdrowia jako wartości i procesu [10]. Z kolei badania przeprowadzone wśród seniorów wskazują, iż największą wagę przykładają oni do zdrowia rozumianego jako właściwość oraz stan. W najmniejszym zaś stopniu traktują zdrowie jako cel [11].

Być zdrowym to według ankietowanych przede wszystkim: „dożyć późnej starości”, „należy się odżywiać”, „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki”.

W badaniach Nowickiego i Ślusarskiej badani w wieku 22–62 lat wskazali, iż zamienniki poczucia zdrowia to: „mieć sprawne wszystkie części ciała”, „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „czuć się szczęśliwym przez większość czasu” [9]. Z kolei Naszydłowska i wsp. wykazują, iż dla młodzieży bycie zdrowym oznacza: „należy się odżywiać”, „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” oraz „mieć sprawne wszystkie części ciała” [10]. Ciekawe wyniki dotyczące postrzegania zdrowia przez pielęgniarki aktywne zawodowo, studiujące w ramach studiów pomostowych, prezentują Ździebło i wsp. Dla grupy 111 badanych, ze średnią wieku 40,2 roku, bycie zdrowym oznacza: „nie mieć żadnych dolegliwości i problemów zdrowotnych”, „czuć się szczęśliwym” i „cieszyć się życiem”. Niepokojącym jest jednak, że pielęgniarki najmniejsze znaczenie w tym aspekcie przypisały twierdzeniu „być odpowiedzialnym za swoje zdrowie”, co może negatywnie wpływać na podejmowane przez nie działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym [12]. Podobne wnioski wysunęły Rasińska i Nowakowska, zauważając, iż obserwacja życia codziennego pielęgniarek w wieku 40+ wskazuje, iż nie przestrzegają one prawidłowych zasad prozdrowotnych [13]. Z kolei badania przeprowadzone przez Lewicką i wsp. w grupie studentów pielęgniarstwa i położnictwa pokazują, iż bycie zdrowym jest dla nich tożsame z: „dbać o wypoczynek, sen”, „należy się odżywiać” i „czuć się szczęśliwym przez większość czasu” [14].

Analizując poszczególne twierdzenia dotyczące zdrowia, można zaobserwować, że osoby w wieku 51–60 lat częściej w porównaniu z badanymi w młodszej grupie wiekowej 20–30 lat wybierały cel zdrowotny „dożyć późnej starości”, zaś ankietowani w wieku 70 lat i powyżej „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, a także „potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi”. Również w badaniach Nowickiego i Ślusarskiej w grupie osób powyżej 50. roku życia twierdzenie „dożyć późnej starości” miało wyższą wagę niż dla młodszych grup wiekowych [9]. Z kolei badania wśród seniorów wykazały, iż osoby powyżej 85. roku życia najwyższą wagę przykładały do twierdzenia „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” i robiły to częściej niż pozostali respondenci. Autorzy badania zwracają uwagę na fakt, iż osoby powyżej 65. roku życia rozumieją zdrowie jako właściwość i stan, co przekłada się na instrumentalne podejście do zdrowia [11]. Podobne wyniki utożsamiania zdrowia z właściwością i stanem uzyskali Kaczyńska-Witkowska i wsp. po zbadaniu grupy 66 kobiet powyżej 55. roku życia będących aktywnymi fizycznie [15]. Z kolei dla 690 studentów pochodzących z Podkarpacia bycie zdrowym to: „nie odczuwać żadnych dolegliwości

fizycznych”, „mieć sprawne wszystkie części ciała”, „potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi”, „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki”. Co ciekawe, mniej ważne jest dla nich „umieć się cieszyć z życia” oraz „nie palić tytoniu”, ten ostatni aspekt był wyżej ceniony przez studentów kierunków humanistycznych niż medycznych [16].

W badaniu własnym analiza znajomości czynników ryzyka choroby nowotworowej u kobiet wykazała, iż wśród najczęściej wskazywanych były „palenie papierosów” i „częsta zmiana partnerów seksualnych”, odpowiedzi te były istotnie zależne od wieku, miejsca zamieszkania oraz wykształcenia badanych.

Osoby zamieszkujące wieś największą wagę przykładały do twierdzeń „pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale” ($p = 0,001$) oraz „mieć odpowiednią wagę ciała” ($p = 0,003$). Dla osób zamieszkujących miasta do 20 tys. mieszkańców najwyższą wagę dotyczyła twierdzenia „potrafić pracować bez napięcia i stresu” ($p = 0,003$). Według badań Piaseckiej i wsp. osoby mieszkające w mieście spośród kryteriów zdrowia wybierały wynik zdrowotny – „nie palić”, właściwość zdrowia – „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” oraz stan – „czuć się dobrze” zdecydowanie częściej niż osoby z rejonów wiejskich [17]. Nowicki i Ślusarska zaobserwowali, że dla ankietowanych zamieszkujących miasta twierdzenie „umieć cieszyć się życiem” miało wyższą rangę niż dla osób zamieszkujących wieś [9].

Dla osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym oraz zawodowym najwyższą wagę miało twierdzenie „dożyć późnej starości”; fakt ten różnił je od osób z wykształceniem wyższym, średnim i policealnym ($p = 0,005$). Ankietowani z wykształceniem policealnym największą wagę przykładali do twierdzeń: „umieć przystosować się do zmian w życiu” ($p = 0,003$) „dbać o wypoczynek, sen” ($p = 0,030$) i „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki” ($p = 0,039$). Dla badanych z wykształceniem zawodowym najwyższą wagę miało twierdzenie „jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa” ($p = 0,018$). Puchalski w swoich badaniach z udziałem 1134 osób pracujących w 250 przedsiębiorstwach na terenie całego kraju podjął próbę ustalenia, jakimi kryteriami zdrowia posługują się respondenci. Analiza wyników uzyskanych w cytowanym badaniu pokazała, że osoby starsze częściej myślą o zdrowiu jako o wartości przemijającej. Respondentki nieco częściej zwracają uwagę na pozytywny wymiar zdrowia, samopoczucie i wygląd, rzadziej natomiast skarżą się na dolegliwości. Częściej też ujmują zdrowie jako dobro, które kształtuje się przez całe życie [18]. W badaniach Puchalskiego zauważamy, że wzrost wykształcenia sprzyja pojmowaniu zdrowia jako stanu kształtowanego przez

całe życie, możliwego do wzmocnienia oraz jako efektu własnych starań człowieka, co koreluje z wynikami badań własnych.

Zdrowie we wszystkich społeczeństwach i kulturach jest traktowane jako dobro, stan pożądany, ceniony. Uznaje się je za wartość i zasób dla jednostki i społeczeństwa.

Zdrowie, zajmując wysokie miejsce w hierarchii wartości, nie zawsze jest jednak wartością realizowaną w codziennym życiu, tzn., że znaczny odsetek ludzi nie dąży do jej osiągnięcia i nie dba wystarczająco o swoje zdrowie [19].

Należy zwrócić uwagę na konieczność jeszcze większego uświadamiania kobiet co do ich zdrowia, zwłaszcza zdrowia ginekologicznego, podejmowania działań profilaktycznych oraz systematycznej kontroli ginekologicznej.

Wnioski

1. W grupie badanych wartościowanie zdrowia kobiety uzależnione jest od wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego oraz wykształcenia.
2. Ankietywane najwyższą wagę przykładają do zdrowia rozumianego jako cel i wynik oraz właściwości, co może przekładać się na preferowane zachowania prozdrowotne.
3. Badane poprawnie interpretują czynniki ryzyka choroby nowotworowej narządu płciowego, przypisując istotną rolę takim składowym jak: palenie papierosów, częsta zmiana partnerów seksualnych, wczesne rozpoczęcie życia seksualnego, antykoncepcja czy późne urodzenie pierwszego dziecka.
4. Istnieje potrzeba potęgowania działań ukierunkowanych na podnoszenie świadomości prozdrowotnej kobiet, co będzie skutkowało większą i regularną zgłaszalnością na wizyty ginekologiczne.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Urbańska E, Kończewicz A, Skrzypulec-Plinta V et al. Zdrowie ginekologiczne dziewczynek niepełnosprawnych. *Zdrowie Dobrostan*. 2015;1(26):357–366.
2. Murphy P, Philips G, Hall A et al. *Women's Health. Stats & Facts*. ACOG The American Congress of Obstetricians and Gynecologist; 2011.
3. Krajowy Rejestr Nowotworów, www.onkologia.org.pl [data dostępu: 3.03.2016].

Tabela 3. Średnie wagi twierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie w zależności od cech społeczno-demograficznych

Lp. i twierdzenie	Wiek: 20–30/31–40/41–50/51–60/61–70/>70		Analiza statystyczna	Miejsce zamieszkania: małe miasto/wieś/duże miasto		Analiza statystyczna	Stan cywilny: panna/mężatka/ rozwódka/wdowa		Analiza statystyczna	Wykształcenie: podstawowe/zawodowe/ średnie/policealne/wyższe		Analiza statystyczna
	średnia waga	średnia waga		średnia waga	średnia waga		średnia waga	średnia waga				
1. Dożyć późnej starości	0,79 2,23 1,83 1,96 1,22 1,67	F=5,20 p=0,000	F=2,43 p=0,089	1,13 1,73 1,29 1,71	F=1,81 p=0,145	2,63 2,47 1,36 0,83 1,52	F=3,78 p=0,005					
2. Czuć się szczęśliwym przez większą część czasu	0,82 1,13 0,74 0,67 0,19 0,00	F=2,29 p=0,045	F=0,04 p=0,961	0,76 0,76 1,43 0,71	F=0,43 p=0,732	0,50 0,62 0,69 0,54 0,95	F=0,95 p=0,438					
3. Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,30 0,48 0,73 0,60 1,38 0,44	F=3,79 p=0,002	F=1,96 p=0,143	0,56 0,51 0,86 1,24	F=2,10 p=0,100	0,50 0,68 0,54 0,94 0,49	F=0,96 p=0,429					
4. Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,32 0,75 0,79 1,10 1,19 1,33	F=3,86 p=0,002	F=1,32 p=0,269	0,47 0,79 0,29 1,43	F=3,45 p=0,017	1,25 1,04 0,53 1,09 0,66	F=2,15 p=0,074					
5. Należy się odżywiać	1,59 1,04 0,93 1,04 0,63 1,33	F=2,46 p=0,033	F=0,73 p=0,483	1,45 1,03 2,29 0,71	F=2,80 p=0,040	1,88 0,62 1,27 0,97 1,24	F=1,80 p=0,128					
6. Dbać o wypoczynek i sen	1,46 0,72 0,16 0,08 0,31 0,44	F=4,79 p=0,000	F=0,59 p=0,554	1,34 0,74 1,57 0,33	F=5,01 p=0,002	0,88 0,32 1,13 1,20 0,84	F=2,72 p=0,030					

8. Nie palić tytoniu	0,93 0,46 0,35 0,27 0,19 0,56	F=3,74 p=0,003	0,45 0,35 0,68	F=2,78 p=0,063	0,88 0,42 0,71 0,05	F=4,53 p=0,004	0,75 0,34 0,80 0,29 0,44	F=2,32 p=0,056
12. Nie odczuwać żadnych dolegliwości	1,02 0,86 1,19 1,06 1,84 2,33	F=2,79 p=0,017	1,25 1,22 1,03	F=0,67 p=0,513	0,97 1,13 0,43 2,19	F=3,73 p=0,012	1,38 1,40 0,88 0,91 1,28	F=1,52 p=0,197
15. Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,45 0,09 0,14 0,02 0,16 0,00	F=3,34 p=0,006	0,13 0,19 0,24	F=0,45 p=0,638	0,51 0,10 0,00 0,00	F=7,75 p=0,000	0,00 0,23 0,30 0,26 0,12	F=1,04 p=0,386
16. Umieć przystosować się do zmian w życiu	0,27 0,46 0,44 0,92 0,88 1,11	F=3,09 p=0,010	0,33 0,66 0,46	F=1,64 p=0,196	0,24 0,59 0,71 0,81	F=2,52 p=0,058	0,00 0,40 0,30 1,17 0,57	F=4,03 p=0,003
21. Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,87 0,56 0,89 1,27 1,75 1,11	F=2,76 p=0,018	0,62 1,06 0,96	F=1,33 p=0,266	0,68 0,96 0,57 2,10	F=4,23 p=0,006	0,75 0,34 0,91 1,49 1,03	F=2,55 p=0,039

4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2012. 117–121.
5. Michałowska D. Koncepcje zdrowia i choroby jako podstawy konstruowania podejść do edukacji zdrowotnej. *Prz Terapeut.* 2008; 4, www.ptt-terapia.pl.
6. Bejma U. Prozdrowotne style życia w świadomości współczesnego społeczeństwa polskiego. *Studia nad Rodziną.* 2013;17/2(33):65–80.
7. Janaszczyk A, Wengler L, Popowski P et al. Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu. Gdańsk: Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych; 2012.
8. Kurowska K, Białasik B. Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). *Now Lek.* 2009;78(2):113–122.
9. Nowicki G, Ślusarska B. Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych. *Hygeia Public Health.* 2011;46(2):280–285.
10. Naszydłowska E, Krawczyńska J, Kozieł D et al. Wartościowanie zdrowia, a zachowania promujące zdrowie studentów. *Ann UMCS.* 2005;60, suppl. 16:414–417.
11. Młynarska M, Rudnicka-Drożak E, Nowicki G et al. Pojęcie zdrowia w opinii osób powyżej 65 roku życia. *Gerontol Pol.* 2015;1:11–18.
12. Ździebło K, Michalska M, Krawczyńska J et al. Pojęcie zdrowia w opinii pielęgniarek studiujących na studiach licencjackich-pomostowych. *Studia Med.* 2009;14:27–32.
13. Rasińska R, Nowakowska I. Postrzeganie zdrowia przez pielęgniarki po czterdziestym roku życia. *Piel Pol.* 2014;2(52):111–116.
14. Lewicka M, Dzierżak A, Sulima M. Health as a value in the opinion of students of nursing and midwifery. *J Publ Health Nurs Med Rescue* 2013;4:22–28.
15. Kaczyńska-Witkowska A, Kopeć D, Nowak Z. Zachowania zdrowotne oraz postawa wobec zdrowia kobiet aktywnych fizycznie. *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.* 2013;43:22–28.
16. Stawarz B, Lewicka M, Sulima M et al. Zdrowie jako wartość w ocenie studentów województwa podkarpackiego. *Ann Acad Med Silesiensis.* 2014;68,4:226–232.
17. Piasecka H, Ślusarska B, Nowicki G. Zdrowie jako wartość wśród młodzieży studenckiej w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych i ocena żywienia badanej grupy. *Piel Pol.* 2015;2(56):127–134.
18. Puchalski K. Potoczne definiowanie zdrowia. *Ann UMCS.* 2005;60, suppl. 16:414–417.
19. Wojnarowska B. Edukacja zdrowotna: podręcznik akademicki. Warszawa: PWN; 2013. 37–41.

Zaakceptowano do edycji: 2017–01–16
Zaakceptowano do publikacji: 2017–02–01

Adres do korespondencji:

Edyta Barnaś
ul. Stanisława Pigoń 6
35-310 Rzeszów
e-mail: ebarnas@interia.eu
tel.: 17 872 11 95