Zygfryd Juczyński

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych w Łodzi

Kryteria zdrowia w cyklu życia człowieka – „mieć czy być zdrowym”?

1. Wprowadzenie

Poznanie, jak ludzie definiują zdrowie i jego kryteria, pozwala na lepsze zrozumienie preferowanych zachowań zdrowotnych lub podejmowania różnych decyzji dotyczących zdrowia i choroby. Potoczne rozumienie zdrowia różni się co prawda od ujęć profesjonalnych, lecz i te nie prezentują jednolitego obrazu. Istniejące koncepcje zdrowia, przedstawiające różne sposoby myślenia i troski o nie, trudno jest jednoznacznie zaklasyfikować czy to do kategorii konwencjonalnych, tj. regulowanych prawem, akceptowanych przez większość i opartych na naukowych metodach weryfikacji ich prawdziwości, czy do kategorii alternatywnych, najczęściej odwołujących się do subiektywnej oceny dobrego samopoczucia. Te pierwsze, oparte na modelu biomedycznym, charakteryzuje redukcjonistyczna logika, drugie z kolei cechuje holizm alternatywnych podejść (Shaw Hughner, Schultz Kleine, 2008).

Rozdział składa się z dwóch zasadniczych podrozdziałów. W pierwszym, odwołując się do kilku własnych wyników badania dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych, skoncentrowano się na sposobach definiowania zdrowia (i choroby) oraz zmianach jego kryteriów związanych z wiekiem. W drugim omówiono znaczenie subiektywnego zdrowia, zasadność traktowania zdrowia zarówno w kategoriach zasobów, jak i procesu, co wyznacza swoistego rodzaju filozofię zdrowia („non vivere, sed valere vita”).

2. Zróżnicowanie kryteriów zdrowia

2.1. Kształtowanie się pojęcia zdrowia i choroby

Pojęcie zdrowia, podobnie jak choroby, jest wynikiem podstawowego schematu spostrzegania, który opiera się na doznaniach cielesnych. Obserwowanie i badanie własnego ciała jest jedną z najwcześniejszych form zachowania się małego dziecka. Mniej więcej od 4. roku życia wzrasta

zainteresowanie dziecka własnym ciałem w kontekście jego poszczególnych części i funkcji. Towarzyszy temu również zainteresowanie własnym zdrowiem, przy czym z reguły dzieci zdrowe, w przeciwieństwie do dzieci słabego zdrowia, zwracają mniejszą uwagę na zabiegi zdrowotne wokół własnego ciała i przejawiają mniejszy lęk o jego ewentualne uszkodzenie (Juczyński, 2010a).

W świadomości dziecka pojęcie choroby powstaje wcześniej niż pojęcie zdrowia. Dziecko spostrzega nieprzyjemne objawy i dolegliwości cielesne, najpierw u siebie, potem identyfikuje ich występowanie również u osób z najbliższego otoczenia. Podobnie pojęcie zdrowia jest najpierw odnoszone do objawów i dolegliwości cielesnych („nic mi nie dolega – jestem zdrowy”), potem następuje jego stopniowe różnicowanie i wzbogacanie o ujęcie funkcjonalne („jestem zdrowy, dlatego mogę iść grać w piłkę”). Zaś dopiero w wieku adolescencji zaczyna się dostrzegać, a zarazem doceniać powiązanie zdrowia z własnym wyglądem lub zdolnością do działania, pojawia się wartościowanie zdrowia i świadome podejmowanie starań o jego poprawę. Wtedy też większą rolę przypisuje się doświadczeniom rodzinnym, uwarunkowaniom środowiskowym, normom i zwyczajom określonej zbiorowości, wpływom kulturowym i edukacji zdrowotnej (Tinsley, 1992; John-Borys, 2002). Jak wynika z badań, w dzieciństwie, lecz również w późniejszym wieku, wpływ rodziców na postawy i zachowania zdrowotne jest decydujący, zwłaszcza poprzez przekazany system wartości (Brown, 1990; Fischhoff, 1990).

Dla większości ludzi zdrowie posiada na ogół wartość instrumentalną, jest więc narzędziem umożliwiającym pozyskiwanie innych, ważnych dla jednostki wartości (Lau i in., 1986). Okazuje się, że osoby dorosłe, które przypisują zdrowiu wysoką wartość, a zarazem są przekonane co do osobistego wpływu na jego stan, przejawiają więcej zachowań sprzyjających utrzymaniu i polepszaniu zdrowia (Weiss, Larsen 1990; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2006).

Tabela 1

Kategorie definicji zdrowia i choroby

Kategoria	Przykłady definicji zdrowia	Choroba/Dolegliwość
Odczuwany stan somatyczny	nic mi nie dolega	boli mnie głowa
Wskaźniki: obiektywne	nie mam gorączki	mam spuchniętą nogę
diagnostyczne	nie masz grypy	masz anginę
Sprawność funkcjonalna		
ogólna	mogę robić, co chcę	muszę leżeć w łóżku
zadaniowa	mogę uprawiać wspinaczkę	nie mogę grać w piłkę
Odczuwany stan afektywny	czuję się dobrze	czuję się źle
Wynik przestrzegania zasad profilaktyki	mam właściwą wagę	przeziębilem się

Źródło: za: Millstein, Irwin, 1987.

W tab. 1 przedstawiono podstawowe kategorie definiowania zdrowia i choroby (za: Millstein, Irwin, 1987), od pojawiających się najwcześniej w ontogenezie i odwołujących się do braku lub występowania dolegliwości somatycznych, poprzez ustalanie różnych wskaźników zdrowia i choroby, a następnie – oceny zdrowia i choroby w kategoriach sprawności funkcjonalnej, zarówno ogólnej („mogę wszystko robić”), jak i zadaniowej („mogę uprawiać wspinaczkę wysokogórską”), aż do uznania znaczenia roli samopoczucia i przestrzegania zachowań prozdrowotnych, odgrywających najbardziej znaczącą rolę w dorosłości.

2.2. Zdrowie w ocenie dzieci i młodzieży

Badania przeprowadzono w trzech 60-osobowych grupach dzieci i młodzieży w wieku 12, 15 i 18 lat, stosując dobór losowo-warstwowy. W pierwszej części badań odpowiadali na dwa pytania: „Co dla ciebie oznacza «być zdrowym»” oraz „Skąd wiesz, że jesteś chory?”. Można było wpisać dowolną liczbę odpowiedzi, które trzech niezależnych sędziów zakodowało, opierając się na schemacie przedstawionym w tab. 1. Uzyskano zgodność w 80% i te odpowiedzi przyjęto do dalszej analizy.

Różnice znaczeniowe pojęcia zdrowia i choroby

W tab. 2 przedstawiono porównanie wyników klasyfikacji odpowiedzi dotyczących zdrowia i choroby ze względu na wiek badanych. Dwie najczęstsze

Tabela 2

Definicje zdrowia i choroby (odpowiedzi w %)

	Wiek (w latach)		
	12	15	18
„Co dla ciebie oznacza «być zdrowym»”?			
Dobre samopoczucie fizyczne	73	56	52
Różne przejawy zdrowia	56	61	64
Możliwości funkcjonalne	31	49	63
Komfort psychiczny	13	30	55
Przestrzeganie zasad profilaktyki	11	21	31
„Skąd wiesz, że jesteś chory?”			
Złe samopoczucie fizyczne	42	40	40
Różne objawy choroby	87	98	98
Niezdolność do funkcjonowania	7	5	22
Brak komfortu psychicznego	11	26	38
Nieprzestrzeganie zasad profilaktyki	2	2	2
Zależność od innych	13	14	5

Źródło: opracowanie własne.

kategorii odpowiedzi, odnoszące się zarówno do kryteriów zdrowia, jak i choroby, dotyczą wskaźników somatycznych, subiektywnych, jak również obiektywnych. Pozostałe wskazują na powiązanie zdrowia ze sprawnością funkcjonalną, nawiązują do wymiarów zdrowia psychicznego oraz podejmowania różnych zachowań profilaktycznych. Nie stwierdzono różnic w definiowaniu obydwu pojęć ze względu na płeć, natomiast różnice statystycznie istotne wiążą się z wiekiem badanych, przy czym większe zróżnicowanie dotyczy definiowania zdrowia niż choroby.

W miarę dorastania zmienia się rozumienie zdrowia – młodsi (12-latk) pod pojęciem zdrowia rozumieją przede wszystkim brak dolegliwości cielesnych (dobre samopoczucie fizyczne), natomiast starsi, na równi ze spostrzeganiem zdrowia jako braku objawów choroby, zwracają uwagę na znaczenie zdrowia jako sprawności oraz poczucie komfortu psychicznego (rozkłady statystycznie istotne, $p < 0,05$).

Z kolei prawie u wszystkich, i to w każdej z trzech badanych kategorii wieku, dolegliwości fizyczne pozostają najważniejszym kryterium identyfikacji choroby. Na drugim miejscu plasuje się złe samopoczucie fizyczne, ale dotyczy to jedynie 40% badanych. W definiowaniu choroby u starszej młodzieży wzrasta znaczenie niezdolności do wykonywania zadań i poczucie braku komfortu psychicznego (różnica jest mniejsza od 0,05 między 15- a 18-latkami). Do klasyfikacji definicji choroby wprowadzono dodatkową kategorię, dotyczącą poczucia zależności od innych, której znaczenie wyraźnie maleje w grupie młodzieży.

Zróżnicowanie wymiarów zdrowia

W drugiej części tych samych badań zadanie polegało na wybraniu z przedstawionej listy, zawierającej 16 kryteriów zdrowia, trzech – najważniejszych zdaniem badanego – właściwości człowieka zdrowego. Wszystkie wymienione kryteria należały do jednego z trzech wymiarów zdrowia, przy czym wymiar psychiczny podzielono na umysłowy i emocjonalny. Wymiar fizyczny charakteryzowały m. in. takie cechy, jak: „jest sprawny fizycznie”, „nic go nie boli”; wymiar umysłowy: „potrafi sprawnie myśleć”, „radzi sobie”; wymiar emocjonalny: „jest radosny”, „potrafi się cieszyć”; wymiar społeczny: „jest lubiany”, „można na nim polegać”. W tab. 3 przedstawiono porównanie wyników badań dzieci i młodzieży ze względu na wiek.

Wśród kryteriów człowieka zdrowego w każdej z badanych kategorii wieku zdecydowanie dominują właściwości fizyczne. Ich znaczenie powoli spada w miarę wzrostu wieku, zaś wzrasta rola właściwości umysłowych oraz – w nieco mniejszym stopniu – emocjonalnych. W konotacji pojęcia człowieka zdrowego małe znaczenie przypisywane jest cechom społecznym.

Tabela 3

Kryteria człowieka zdrowego (w %)

Wymiary zdrowia	Wiek (w latach)		
	12	15	18
Fizyczny	77	68	65
Umysłowy	11	18	20
Emocjonalny	8	11	13
Społeczny	4	3	2

Źródło: opracowanie własne.

2.3. Kryteria zdrowia osób dorosłych

Kolejne badania dotyczące kryteriów zdrowia osób dorosłych przeprowadzono w trzech grupach, zróżnicowanych przede wszystkim wiekiem, tj.: 1) studentów ($N = 40$, wiek $M = 23,2 \pm 0,8$), 2) nauczycieli szkolnych ($N = 34$, wiek $M = 36,4 \pm 8,4$) oraz 3) seniorów ($N = 42$, wiek $M = 64,6 \pm 6,2$). Nie były to grupy reprezentatywne, gdyż w przypadku studentów zbadano III rok psychologii, wśród nauczycieli były same kobiety, uczące dzieci pierwszych klas szkół podstawowych, zaś grupę seniorów stanowili słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Badane grupy różniły się wiekiem, ale też wykształceniem i wykonywanym zawodem.

W badaniach zastosowano listę kryteriów zdrowia własnej konstrukcji (Juczyński, 2001). Spośród podanych 24 stwierdzeń opisujących pozytywne elementy różnych wymiarów zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, badany wybiera najpierw te kryteria, które jego zdaniem mają duże znaczenie dla zdrowia. W kolejnym kroku spośród wcześniej zaznaczonych wybiera pięć najważniejszych, by wreszcie – w ostatnim kroku – uszeregować wybrane kryteria od najbardziej do najmniej ważnego (punktacja 5–1). Kryteriom nie wybranym przypisano zero punktów. Uzyskane wyniki przedstawiono w tab. 4.

Dla studentów, podobnie jak dla seniorów, „być zdrowym” to przede wszystkim odczuwać radość z życia (17. „potrafić się cieszyć z życia”, 2. „czuć się szczęśliwym przez większość czasu”). Te kryteria uzyskują znacznie niższą rangę w ocenie nauczycieli, dla których głównym korelatem zdrowia jest 12. „brak dolegliwości fizycznych”, 5. „należyte odżywianie się” oraz 6. „troska o wypoczynek i sen”. Kryteria 12. „nie odczuwanie żadnych dolegliwości fizycznych” czy 20. „posiadanie sprawnych wszystkich części ciała” lokują się poza pierwszą dziesiątką u seniorów, zaś w młodszym wieku są to ważne kryteria zdrowia. Zastanawiające, że 1. „dożyć późnej starości” zajmuje 5. rangę

u nauczycieli, zaś nie mieści się w pierwszej dziesiątce u seniorów, dla których z kolei ważniejsze jest 9. „posiadanie odpowiedniej wagi ciała” oraz 16. „umiejętność przystosowania się do zmian w życiu”.

Tabela 4

Lista kryteriów zdrowia: porównanie rang 15 najważniejszych kryteriów

Lp.	Kryteria zdrowia	Badane grupy		
		studenci (N = 40)	nauczyciele (N = 34)	seniorzy (N = 42)
1	dożyć późnej starości	0	5	0
2	czuć się szczęśliwym przez większość czasu	3	9	2
5	należycie się odżywiać	7	2	6
6	dbać o wypoczynek, sen	0	3	9
9	mieć odpowiednią wagę ciała	0	0	3
10	jedynie sporadyczne przyjmować lekarstwa	0	0	5
11	mieć dobry nastrój	4	0	8
12	nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	6	1	0
13	potrafić pracować bez napięcia i stresu	8	4	0
14	nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	5	0	7
16	umieć przystosowywać się do zmian w życiu	0	0	4
17	potrafić się cieszyć z życia	1	10	1
20	mieć sprawne wszystkie części ciała	2	6	0
21	akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	10	8	0
23	czuć się dobrze	9	7	10

Źródło: opracowanie własne.

3. Filozofia zdrowia

3.1. Zdrowie obiektywne i subiektywne

Zgodnie z definicją WHO, zdrowie to „stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”. W tej najmniej kontrowersyjnej definicji najczęściej zwraca się uwagę na jej pozytywny charakter, polegający na uzupełnieniu definicji negatywnej (tj. braku choroby czy niepełnosprawności), posiadaniem dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego. Tymczasem definicja ta w moim przekonaniu zawiera bardzo istotne rozróżnienie **zdrowia obiektywnego i subiektywnego**. Podobne rozróżnienie pojawia się w preambule Światowej Deklaracji Zdrowia, przyjętej w maju 1998 r., gdzie czytamy: „Potwierdzamy, że najwyż-

szym celem rozwoju społecznego i ekonomicznego jest **poprawa zdrowia ludzi oraz dobrostan fizyczny i psychiczny**” (*Zdrowie 21*, 1999).

To rozróżnienie, z jednej strony braku choroby, z drugiej – dobrostanu fizycznego i psychicznego, jest wskazaniem na dwa oblicza zdrowia – obiektywne i subiektywne. Pierwsze to, jak awers monety, zdrowie lub choroba diagnozowana obiektywnie (według ICD-10), drugie, jak rewers, który wyznacza wartość monety, to subiektywna ocena zdrowia – decyduje *de facto* o jego wartości. Na ogół, pomijając zdarzające się wyraźne rozbieżności, traktowane jako paradoksy zdrowia i choroby, subiektywna ocena zdrowia pozostaje w zgodzie z obiektywnym zdrowiem.

Uważa się, że obiektywne zdrowie jest głównym predyktorem spostrzeganego zdrowia (Liang, 1986). Jednakże wyniki dotyczące zależności między zdrowiem obiektywnym a subiektywnym nie są jednoznaczne i dowodzą zarówno słabych, jak i silnych zależności. Jak to wyjaśnić? Otóż zależy to m. in. od tego, z jakimi korelatami utożsamiamy nasze zdrowie. Chodzi tu przede wszystkim o trzy główne korelaty odnoszące się do zdrowia fizycznego, funkcjonalnego i psychicznego.

Najczęstszym kryterium oceny zdrowia fizycznego, zwłaszcza u osób starszych, jest występowanie lub brak choroby. Jednakże w zależności od zastosowanych wskaźników oceny zdrowia fizycznego (np. wyniki badania, liczba wizyt u lekarza, hospitalizacje) jego związek z subiektywnym zdrowiem może być bardziej lub mniej ścisły. Z kolei powiązania między zdrowiem funkcjonalnym a subiektywnym zależą od tego, czy zdrowie funkcjonalne oceniamy na podstawie podstawowych czy specyficznych sprawności człowieka. Te pierwsze, podstawowe, są nieodzowne do zachowania samodzielnego życia. Z kolei umiejętności specyficzne, związane z różnymi formami aktywności zadaniowej (por. tab. 1), są bardziej wyznaczone indywidualnymi preferencjami, motywami lub zainteresowaniami. Niski poziom kompetencji podstawowych wiąże się z wyraźnym osłabieniem zdrowia fizycznego, a to wpływa na percepcję zdrowia, stąd też zależności są tu silniejsze niż w przypadku umiejętności specyficznych, związanych bardziej ze stylem życia i słabiej powiązanych ze zdrowiem subiektywnym (Baltes i in., 1999). Wreszcie zdrowie psychiczne, które najczęściej jest oceniane w odniesieniu do dominującego nastroju, na ogół silnie koreluje z subiektywnym zdrowiem. Zwłaszcza z depresją wiąże się niska ocena siebie, a w tym również negatywna ocena własnego zdrowia. Rolę pośredniczącą może tu odgrywać zdrowie fizyczne, którego brak zwiększa ryzyko depresji (Blazer, 1993).

Jak przedstawia się powiązanie zdrowia obiektywnego z subiektywnym w wieku senioralnym? Metaanaliza wyników badań osób w wieku podeszłym, przeprowadzona przez M. Pinquarta (2001) wykazała, że subiektywne zdrowie koreluje ze wskaźnikami zdrowia obiektywnego, lecz silniej ze zdrowiem fizycznym niż funkcjonalnym. To silniejsze powiązanie subiektywnego

zdrowia ze zdrowiem fizycznym niż funkcjonalnym wskazuje na znaczenie obecności chorób jako najważniejszego kryterium oceny własnego zdrowia (por. Borawski i in., 1996; Idler i in., 1999). Zarazem jednak zwraca się uwagę na silniejsze powiązanie subiektywnego zdrowia z ogólną oceną zdrowia fizycznego niż z pojedynczymi chorobami. Osoby w wieku podeszłym częściej cierpią na różne problemy zdrowotne niż na jakąś specyficzną chorobę i to powoduje, że związek obiektywnego zdrowia z subiektywnym może być słabszy (Steinhagen-Thiessen, Borchelt, 1999). Według szacunków ŚOZ z 2002 r., Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 65,8 lat, mężczyźni 63,1, a kobiety 68,5 lat (*nota bene* ok. 4,9 lat krócej niż przeciętnie mieszkańcy krajów Unii Europejskiej).

Co prawda, zdrowie fizyczne, obiektywne, wyznacza percepcję zdrowia subiektywnego, lecz ich wspólną wariancję szacuje się zaledwie na ok. 5 do 30%. Tym samym zdrowie subiektywne nie może być pojmowane jako proste odzwierciedlenie zdrowia fizycznego lub zamiennik zdrowia obiektywnego.

3.2. Zmiany subiektywnej oceny zdrowia

Subiektywne zdrowie jest centralnym zagadnieniem w badaniach gerontologicznych, gdyż szczególnie w tym okresie życia, znacznie bardziej niż w każdym innym wieku, wiąże się ono ze zdrowiem obiektywnym i sposobem funkcjonowania. Innymi słowy, subiektywne zdrowie jest najprostszym miernikiem stanu zdrowia osób w wieku senioralnym (P i n q u a r t, 2001). Biorąc pod uwagę zmiany związane z wiekiem w postaci nasilenia różnorodnych problemów zdrowotnych, wzrost zachorowalności, w tym chorób przewlekłych, ponadto – jak sądzą niektórzy – wzrost w wieku starszym hipochondrii i skłonności do wyolbrzymiania słabego zdrowia, można zakładać, iż osoby starsze oceniają swoje zdrowie mniej pozytywnie niż młodszy.

Tymczasem wyniki badań nie są tak jednoznaczne. Można to wyjaśniać w różny sposób. Po pierwsze, aktualny stan zdrowia człowieka zależy nie tylko od obiektywnych uwarunkowań, lecz również od szeregu kryteriów subiektywnych. Po drugie, pojawiające się wraz z wiekiem obniżenie sprawności fizycznej odnoszone jest raczej do wieku niż do stanu zdrowia. Po trzecie, niektóre pojawiające się uciążliwości można kompensować (np. używając okularów), tak że deficyty w stanie zdrowia nie muszą radykalnie zmieniać percepcji subiektywnego zdrowia.

W wymienionych wcześniej grupach studentów i seniorów dokonano oceny subiektywnego zdrowia, stosując skalę analogową (graficzną). Oddzielnie mierzono zdrowie fizyczne i psychiczne, wyjaśniając, iż w pierwszej ocenie chodzi o zdrowie somatyczne, dotyczące stanu organizmu, funkcjonowania jego różnych układów i pojawiających się dolegliwości, w drugiej zaś – o stan

umysłowy, związany ze sprawnością myślenia czy zapamiętywania oraz o stan emocjonalny, czyli przeważający nastrój, radości i smutki. Ogólnie (por. tab. 5) oceny subiektywnego zdrowia obydwu grup co prawda różnią się od siebie, ale nie jest to tak znacząca różnica, jakiej można było oczekiwać¹. Natomiast, zgodnie z oczekiwaniem, seniorzy bardziej pozytywnie oceniają swoje zdrowie psychiczne niż fizyczne, w przeciwieństwie do grupy młodszej, w której zdrowie fizyczne oceniane jest nieco wyżej niż zdrowie psychiczne, jakkolwiek nie jest to różnica statystycznie istotna. Jedynie w zakresie zdrowia fizycznego studenci oceniają swój stan zdrowia zdecydowanie lepiej niż seniorzy. W obydwu grupach występuje wysoka korelacja oceny zdrowia fizycznego ze zdrowiem psychicznym – wyższa w grupie seniorów ($r = 0,78$) niż u młodszych ($r = 0,55$).

Tabela 5

Zdrowie subiektywne: porównanie wyników grupy studentów i seniorów

	Studenci ($N = 40$)			Seniorzy ($N = 42$)			Test t	Poziom istotności p
	M	SD	min–max	M	SD	min–max		
Zdrowie fizyczne	79,22	13,01	30–98	64,93	25,51	2–95	3,17	0,002
Zdrowie psychiczne	78,95	12,95	35–100	74,02	22,42	25–98	1,21	ni
t	0,14			–3,44				
p	ni			0,001				
r	0,55			0,78				

t – test t -Studenta; r – współczynnik korelacji r -Pearsona.

Źródło: opracowanie własne.

Oprócz powyższych badań przekrojowych, pokazujących zmiany subiektywnego zdrowia między grupami różniącymi się wiekiem, u seniorów zastosowano jeszcze dwie skale werbalne: pierwszą – odnoszącą własne zdrowie (oddzielnie fizyczne i psychiczne) do zdrowia swoich rówieśników oraz drugą – porównującą aktualny stan zdrowia ze stanem sprzed 10 lat. W porównaniu z rówieśnikami, połowa seniorów uznaje swoje zdrowie fizyczne za lepsze, zaś w odniesieniu do zdrowia psychicznego odsetek ten jest jeszcze większy. Około $\frac{1}{4}$ badanych ocenia swój stan zdrowia jako podobny do swoich rówieśników, zaś nieco mniej uważa swój stan fizyczny i psychiczny za gorszy od innych.

Pogorszenie obecnego stanu zdrowia, w porównaniu z okresem sprzed 10 lat, dotyczy częściej zdrowia fizycznego (pogorszenie u 70%) niż psychicz-

¹ Można się spotkać z poglądem, iż seniorzy o słabym zdrowiu niechętnie biorą udział w badaniach, jednak rozkład ich wyników na to nie wskazuje.

nego (45%). Zaskakujące może być stwierdzenie, iż co piąty badany senior uważa, że jego zdrowie psychiczne jest obecnie lepsze niż 10 lat temu.

Tabela 6

Porównanie oceny zdrowia fizycznego i psychicznego w grupie seniorów

„W porównaniu z większością rówieśników, moje zdrowie jest [...]”	Fizyczne		Psychiczne	
	N	%	N	%
podobne do zdrowia innych	11	27,5	11	27,5
nieco lepsze od innych	10	25,0	16	40,0
znacznie lepsze od innych	10	25,0	6	15,0
nieco gorsze od innych	4	10,0	7	17,5
znacznie gorsze od innych	5	12,5	0	0,0
„W porównaniu sprzed około 10 lat moje obecne zdrowie [...]”	Fizyczne		Psychiczne	
	N	%	N	%
nie uległo zmianie	10	25,0	14	35,0
pogorszyło się nieznacznie	19	47,5	13	32,5
bardzo się pogorszyło	9	22,5	5	12,5
nieco się poprawiło	0	0,0	4	10,0
jest znacznie lepsze	2	5,0	4	10,0

Źródło: opracowanie własne.

3.3. Rekonceptualizacja pojęcia zdrowia związana z wiekiem

Powiązanie zdrowia fizycznego, funkcjonalnego i psychicznego ze zdrowiem subiektywnym zmienia się wraz z wiekiem. Dane empiryczne potwierdzają silniejszy związek zdrowia fizycznego i funkcjonalnego ze zdrowiem subiektywnym u osób młodszych niż u starszych (Mossey, 1995; Rakowski, Cryan, 1990). Pogorszenie się zdrowia fizycznego, a zwłaszcza doświadczanie przewlekłej choroby fizycznej, zmienia percepcję zdrowia, w tym również zdrowia funkcjonalnego, związanego z podstawowymi sprawnościami jednostki, służącymi zabezpieczeniu samodzielnego życia.

W przypadku, gdy w wieku senioralnym nie mamy do czynienia z poważnym zagrożeniem życia czy zdrowia, subiektywne zdrowie może być bardziej stymulowane umiejętnościami specyficznymi, powiązаныmi z predyspozycjami osobowościowymi jednostki (Baltes i in., 1999). Innymi słowy, przejście na emeryturę powoduje co prawda zmiany w pełnieniu ról zawodowych, lecz nie musi oznaczać stagnacji, bezczynności. Pomijając tych, którzy w wieku emerytalnym nadal pracują (nawet na kilku etatach), to z pozostałych wielu jest nadal aktywnych, sprawnych, kompetentnych i pełnych zapału do życia. Słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku są tego przykładem. Nie zapominajmy też

o tym, iż dzisiaj średni wiek życia sięga 80 lat, dlatego należałoby dzielić seniorów na młodszych (przed 80. r.ż.) i starszych (po 80. r.ż.).

Można więc stwierdzić, że wraz z wiekiem coraz bardziej znaczącym predyktorem subiektywnego zdrowia staje się postawa wobec życia lub ogólnie – filozofia życia. Zwłaszcza w wieku późnej dorosłości następuje wyraźne przeformowanie definicji zdrowia. Czy ta postulowana redefinicja zdrowia uwidacznia się w zmianie kryteriów dobrego zdrowia?

Celem zobrazowania tych zmian, w tab. 7 przedstawiono urangowanie wszystkich 24 kryteriów zdrowia w badanej grupie seniorów. Warto zauważyć, iż kryterium dożycia sędziwego wieku jest jedną z końcowych rang, zaś posiadanie sprawności fizycznej i brak dolegliwości somatycznych, a więc kryteria ważne u osób dorosłych, zajmują tutaj odległe rangi.

Tabela 7

Co oznacza „być zdrowym” dla osób w wieku senioralnym

Ranga	Kryteria zdrowia	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min–Max
1	umieć się cieszyć z życia	1,29	1,74	0–5
2	czuć się szczęśliwym przez większość czasu	1,21	1,97	0–5
3	mieć odpowiednią wagę ciała	1,02	1,55	0–5
4	umieć przystosowywać się do zmian w życiu	0,98	1,93	0–5
5	jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,90	1,90	0–5
6	należycie się odżywiać	0,88	1,64	0–5
7	nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,86	1,44	0–4
8	mieć dobry nastrój	0,79	1,79	0–5
9	dbać o wypoczynek, sen	0,71	1,50	0–5
10	czuć się dobrze	0,67	1,48	0–5
11	akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,63	0,85	0–3
12,5	potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,62	1,41	0–4
12,5	mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,62	1,55	0–5
14	umieć rozwiązywać swoje problemy	0,57	1,17	0–4
15,5	mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,55	1,04	0–4
15,5	prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,55	1,52	0–5
17	nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	0,52	1,04	0–3
18	nie palić tytoniu	0,48	1,49	0–5
19	mieć sprawne wszystkie części ciała	0,38	0,66	0–2
20	pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,33	1,05	0–4
21,5	dożyć późnej starości	0,29	0,89	0–3
21,5	potrafić pracować bez napięcia i stresu	0,29	0,81	0–3
23	być odpowiedzialnym	0,21	0,78	0–3
24	potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,00	0,00	0–0

Źródło: opracowanie własne.

Powyższe wyniki można odnieść do przedstawionych w tab. 1 kategorii definicji zdrowia i choroby. O ile kryteria zdrowia dzieci i młodzieży odnoszą się przede wszystkim do odczuwanego stanu somatycznego (kategoria 1) oraz wskaźników obiektywnych i diagnostycznych (kategoria 2), to w kryteriach zdrowia ludzi dorosłych odwołano się głównie do sprawności funkcjonalnej, ogólnej i zadaniowej (kategoria 3). Natomiast, jak pokazano w tab. 7, w grupie seniorów dwie pierwsze rangi uzyskały kryteria „umieć się cieszyć z życia” i „czuć się szczęśliwym przez większość czasu”, a więc kryteria dotyczące odczuwanego stanu afektywnego (kategoria 4), zaś rangę 3 – „mieć odpowiednią wagę ciała”, tj. kategoria dotycząca przestrzegania zasad profilaktyki (kategoria 5).

Interesujące wyniki uzyskano, porównując deklarowane kryteria zdrowia grupy seniorów o lepszym i gorszym stanie zdrowia wyodrębnionej na podstawie wyników pomiaru subiektywnego zdrowia przedstawionych w tab. 5. Okazało się, że lepsza i gorsza ocena zdrowia fizycznego nie mają wpływu na wybór kryteriów „bycia zdrowym”, natomiast wyraźne zróżnicowanie kryteriów wiąże się z oceną własnego zdrowia psychicznego. Najważniejsze różnice dotyczyły kryteriów: 17. „cieszyć się z życia”, 4. „umieć rozwiązywać swoje problemy” – zdecydowanie wyższe w grupie z lepszym zdrowiem oraz 23. „czuć się dobrze”, 9. „mieć odpowiednią wagę ciała” oraz 24. „nie musieć chodzić do lekarza” – wyższe w grupie z gorszym zdrowiem psychicznym.

Podsumowując, można powiedzieć, iż w okresie dorosłości kryteria zdrowia nie zmieniają się już tak szybko, jak w okresie dorastania, lecz w późnej dorosłości dochodzi do rekonceptualizacji definicji zdrowia, polegającej na większej koncentracji na odczuwanym stanie afektywnym oraz przestrzeganiu zasad profilaktyki.

3.4. „Mieć i być zdrowym”

Zdrowie należy rozpatrywać w perspektywie cyklu życia człowieka. W psychologii zdrowia kanonem pozostaje model holistyczny, traktujący człowieka jako jedność biopsychospołeczną, czyli złożony kompleks wzajemnie na siebie oddziałujących czynników natury biologicznej, psychicznej i społecznej. Warunkiem zachowania zdrowia jest jego potencjał, którego wielkość dopuszcza odstępstwa od stanu równowagi (Gil, Dziedziczko, 2004). Zdrowie jako potencjał (właściwość, zasób) oznacza „zdolność człowieka do osiągania pełni własnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych oraz reagowania na wyzwania środowiska” (Słóńska, 1994). „**Mieć zdrowie**” można utożsamiać z posiadaniem potencjałem zdrowia.

Zdrowie to proces utrzymywania dynamicznej równowagi między wymaganiami a własnymi zasobami (potencjałami). Innymi słowy, zdrowie to „wykorzystywanie potencjałów biologicznych, psychologicznych i społecznych

do sprostania wymaganiom zewnętrznym i wewnętrznym oraz osiągania celów indywidualnych i społecznych bez chronicznego zaburzenia dynamicznej równowagi” (Sęk, 1997). Ten proces utrzymywania dynamicznej równowagi można utożsamiać z „**byciem zdrowym**”.

Odpowiadając na pytanie postawione w tytule – „mieć czy być zdrowym” – spójnik „czy” należy zamienić na „i”, a więc należy „mieć zdrowie” i „być zdrowym”. W każdym cyklu życia zdrowie zależy od sprawności procesów dynamicznego równoważenia wymagań i możliwości człowieka. Wymagania i zasoby zmieniają się z wiekiem na skutek zróżnicowanego oddziaływania środowiska i własnej aktywności człowieka. To jednakże przede wszystkim od samego człowieka zależy, z jakimi wymaganiami musi się zmierzyć i jakim dysponuje potencjałem. W tak zarysowanym modelu holistyczno-funkcjonalnym zdrowie jawi się jako stan normalny, charakteryzujący się różnymi właściwościami pozytywnymi, które wiążą się z procesami rozwoju i dojrzewania fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego. Ich funkcjonalność polega na odpowiednim dostosowaniu właściwości (kompetencji, sprawności) człowieka do zadań życiowych odpowiednich dla danego okresu życia (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Dlaczego więc niewątpliwe zmiany w obiektywnym stanie zdrowia związane z wiekiem nie znajdują swojego odzwierciedlenia w ocenie zdrowia subiektywnego? Dlaczego, jak to wykazano w badaniu, różnice w średniej subiektywnej ocenie zdrowia seniorów tak niewiele odbiegały od średniej oceny zdrowia studentów? Odpowiedzi na te pytania wiążą się z możliwością i zasadnością porównywania zdrowia osób w różnym wieku. Jest to, oczywiście, możliwe. Dla psychologów sprawa staje się oczywista, jeżeli odwołamy się do pojęcia ilorazu inteligencji, rozumianego najpierw jako stosunek wieku umysłowego do wieku życia, później – w modyfikacji D. Wechslera, polegającej na transformacji wyniku surowego na jednostki przeliczone – do postaci ilorazu, pozwalającego na porównywanie inteligencji osób w różnym wieku. W ocenie zdrowia chodzi również o stosunek posiadanych zasobów (potencjałów) zdrowia do wymagań związanych z aktualnym wiekiem. Co prawda możliwości 20-latka, dotyczące np. wydolności wieńcowej, sprawności fizycznej czy odporności psychicznej są inne niż 80-latka, lecz również inne są oczekiwania i zadania stawiane 20- i 80-latkom. Innymi słowy – ich „ilorazy zdrowia” są porównywalne. W takim razie, dlaczego mielibyśmy oczekiwać znacząco gorszych ocen subiektywnego zdrowia u osób w wieku podeszłym?

4. Podsumowanie

Człowiek staje się kreatorem własnego zdrowia poprzez rozwój swoich zasobów i skuteczne równoważenie ich z wymaganiami. Pomnażanie zasobów zdrowia to m. in. zwiększanie umiejętności życiowych umożliwiających skuteczne

radzenie sobie z zadaniami i wyzwaniem codziennego życia. Znaczne pogorszenie zdrowia w jednym wymiarze mobilizuje zasoby w innych, np. w wyniku choroby somatycznej następuje mobilizacja zasobów psychicznych, zwłaszcza w wymiarze duchowym (Juczyński, 2009, 2010b).

„Zdrowie jest podstawowym prawem każdego człowieka oraz bogactwem społeczeństwa [...] Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe oraz zapewnić rozwój społeczny i gospodarczy” – czytamy w preambule deklaracji ŚOZ *Zdrowie 21* (1999). Warto tu przywołać łacińską sentencję: „non vivere, sed valere vita” („nie życie, lecz zdrowie jest życiem”), w myśl której filozofia życia jest *de facto* filozofią zdrowia, gdyż zdrowie to życie. Zdrowy człowiek ma większe szanse na samorealizację, satysfakcjonujące pełnienie ról społecznych lub też dobrą adaptację do zmian środowiska.

Należy też pamiętać o tym, że to, jak człowiek rozumie zdrowie, w znacznym stopniu wpływa na ocenę tego, w jakim stopniu czuje się zdrowy. Dlatego też osoby, które definiują zdrowie jako brak objawów choroby, prezentują zupełnie inne podejście do zdrowia od tych, dla których zdrowie jest dążeniem do optymalnego stanu.

Bibliografia

- Baltes M. M., Maas I., Wilms H. U., Borchelt M., Little T. D. (1999), *Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings*, [w:] P. B. Baltes, K. U. Mayer (eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*, Cambridge University Press, New York, 384–402.
- Blazer D. G. (1993), *Depression in later life*, Mosby, St Louis (MO).
- Borawski E. A., Kinney J. M., Kahana E. (1996), *The meaning of older adults' health appraisals: Congruence with health status and determinant of mortality*, „Journal of Gerontology, Social Sciences”, **51B**, 157–170.
- Brown B. B. (1990), *Peer groups and peer cultures*, [w:] S. Feldman, G. Elliott (eds.), *As the threshold: The developing adolescent*, Carnegie Corporation on Adolescent Development, Washington D.C., 171–196.
- Fischhoff B. (1990), *Risk taking: A developmental perspective*, [w:] J. Yates (ed.), *Risk taking*, Wiley, New York.
- Gil R., Dziedziczko A. (2004), *Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby*, „Zdrowie Publiczne”, **114** (2), 250–255.
- Hołówska J. (1987), *O pojęciu i wartości zdrowia*, [w:] Z. Szawarski (red.), *W kręgu życia i śmierci*, KiW, Warszawa, 63–75.
- Idler E. L., Hudson S. V., Leventhal H. (1999), *The meaning of self-ratings of health*, „Research on Aging”, **21**, 458–476.
- John-Borys M. (2002), *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- Juczyński Z. (2009), *Pomnażanie i wzbogacanie zasobów własnego zdrowia*, „Polskie Forum Psychologiczne”, **14** (1), 17–31.

- Juczyński Z. (2010a), *Co daje człowiekowi siłę do zmagania się z cierpieniem*, [w:] L. Suchocka, R. Sztembis (red.), *Człowiek i dzieło*, Wydawnictwo KUL, Lublin, 255–268.
- Juczyński Z. (2010b), *Pojęcie zdrowia w świadomości dzieci i młodzieży*, [w:] D. Biłski (red.), *Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo WSEZiNS, Łódź, 9–20.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2006), *Wartościowanie zdrowia a podejmowanie przez dzieci i młodzież zachowań niesprzyjających zdrowiu*, [w:] C. Czabała, E. Zasepa (red.), *Psychologia kliniczna okresu dzieciństwa i adolescencji*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 97–112.
- Lau R., Hartman K., Ware J. Jr. (1986), *Health as a value. Methodological and theoretical considerations*, „Health Psychology”, **5** (1), 25–43.
- Liang J. (1986), *Self-reported physical health among aged adults*, „Journal of Gerontology”, **41**, 248–260.
- Millstein S., Irwin C. (1987), *Concepts of health and illness: different constructs or variation on a theme?*, „Health Psychology”, **6**, 515–622.
- Mossey J. (1995), *The importance of self-perceptions for health status among older persons*, [w:] M. Gatz (ed.), *Emerging issues in mental health and aging*, American Psychological Association, Washington D.C., 124–162.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008, 2010), *Osobowość, stres a zdrowie*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Pinquart M. (2001), *Correlates of Subjective Health in Older Adults: A Meta-Analysis*, „Psychology and Aging”, **16** (3), 414–426.
- Rakowski W., Cryan C. (1990), *Associations among health status within three age groups*, „Journal of Aging and Health”, **2**, 58–80.
- Sęk H. (1997), *Psychologia wobec promocji zdrowia*, [w:] Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo UŚ, Katowice, 40–61.
- Shaw Hughner R., Schultz Kleine S. (2008), *Variations in Lay Health Theories: Implications for Consumer Health Care Decision Making*, „Qualitative Health Research”, **18** (12), 1687–1703.
- Słowska Z. (1994), *Promocja zdrowia, zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 1–2, 37–52.
- Steinhausen-Thiessen E., Borchelt M. (1999), *Morbidity, medication, and functional limitations in very old age*, [w:] P. B. Baltes, K. U. Mayr (eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*, Cambridge University Press, New York, 131–166.
- Tinsley B. J. (1992), *Multiple influences on the acquisition and socialization of children's health attitudes and behavior: An integrative review*, „Child Development”, **63**, 1043–1069.
- Weiss H., Larsen D. (1990), *Health value, health locus of control, and the prediction of health protective behaviors*, „Social Behavior and Personality”, **18**, 121–136.
- Zdrowie 21 (1999), *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*, PARPA, Warszawa.

Zygfryd Juczyński

The criteria of health across the life span – “to have or to be healthy”?

Age-associated changes of health criteria and subjective health were analyzed in children, youth, adults, and older adults. They were asked to range criteria of “healthy man” and assess perceived health state. The criteria of subjective health change across the life span. An important

distinction is observed between perceived or self-related health and objective health. Studies on the association between physical health and subjective health are often inconsistent, ranging from low or even nonsignificant effects to highly significant associations. The size of the association varied by the method of assessment of objective health, which can be differentiated into physical, functional, and mental health. Subjective health ratings have been a central feature of gerontological research because they are associated with objective health and functional status and they are related to the use of health services. Age is not the first cause of change in subjective health in old age but rather a proxy of age-associated declines in objective health and functional status. Perceived health as influenced by personality factors, individual preferences, motives, and interests.

Keywords: health criteria, life span perspective, objective and subjective health, “to have” or “to be” healthy (kryteria zdrowia, perspektywa cyklu życia, zdrowie obiektywne i subiektywne, „mieć” czy „być” zdrowym).