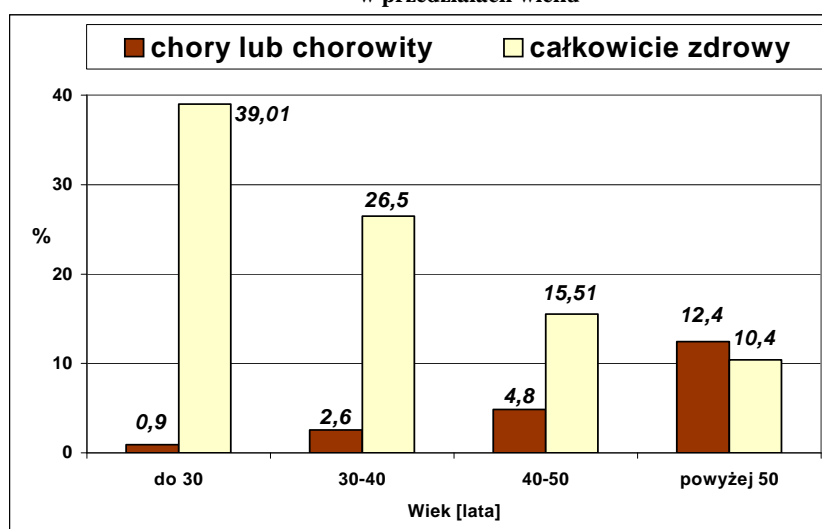


WYNIKI

Rozkład częstości kategorii samooceny zdrowia wśród badanych mężczyzn przedstawia się następująco: chory 1.4%, chorowity 3.9%, raczej zdrowy 73.6%, zdrowy 21.1%.

Ze względu na stosunkowo niskie udziały procentowe dwie pierwsze kategorie odpowiedzi połączono w jedną (chorowity i chory 5.4%) a następnie badano wpływ czynników biologicznych, społecznych i elementów stylu życia w tak uzyskanych 3 kategoriach samooceny stanu zdrowia.

Ryc. 1. Rozkład częstości samooceny skrajnych kategorii stanu zdrowia mężczyzn w przedziałach wieku



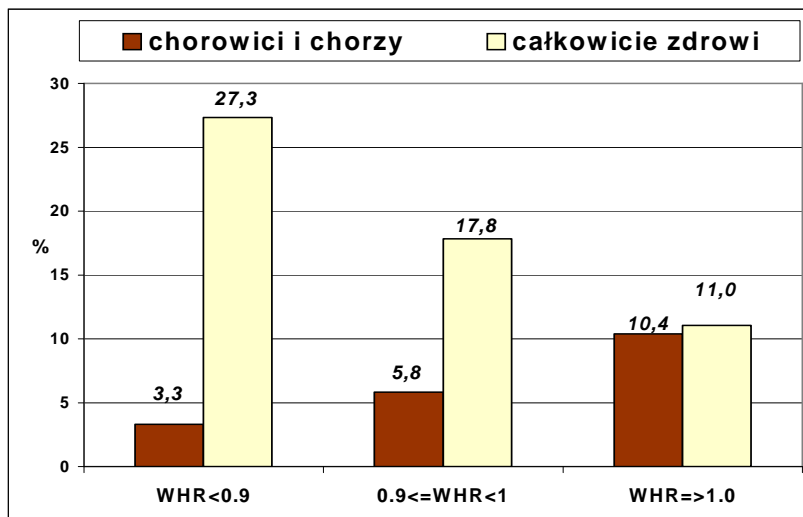
Zależności pomiędzy kategorią samooceny stanu zdrowia a grupą wiekową zaprezentowano na ryc. 1. Zwraca uwagę konsekwentny, monotoniczny trend zwiększania się udziału odsetka chorowitych i chorych od 1% w grupie najmłodszej do ponad 12% w grupie najstarszej. Towarzyszy mu zmniejszanie się frakcji osób oceniających swój stan w kategorii „całkowicie zdrowi” z niemal 40% w grupie wiekowej do lat 30, do nieco ponad 10% w grupie osób powyżej 50 lat. Odsetek osób w kategorii „raczej zdrowy” wahał się od 60% do 80%.

Zależność samooceny zdrowia od wieku jest statystycznie istotna ($\chi^2 = 112,8$, $p < 0,001$) a ocena stanu zdrowia obniża się wraz z wiekiem.

Proporcje wagowo-wzrostowe oceniane wartością wskaźnika BMI wykazują także statystycznie istotny wpływ na poziom oceny zdrowia ($\chi^2 = 26,7$, $p < 0,001$). Wraz ze zmianą BMI, z wartości prawidłowych (charakteryzują one 39% badanych mężczyzn) w kierunku nadwagi (45%) i otyłości (16%), zwiększa się monotonicznie procent odpowiedzi w kategorii „chorowity lub chory” (z 3.8%, następnie 5.4%, do 8.3%).

Podobny znamieny wpływ na samoocenę stanu zdrowia występuje w przypadku wskaźnika dystrybucji tłuszczu WHR. Za prawidłowe dla mężczyzn uznaje się wartości do 0.9 (dotyczy to 43% badanych osób).

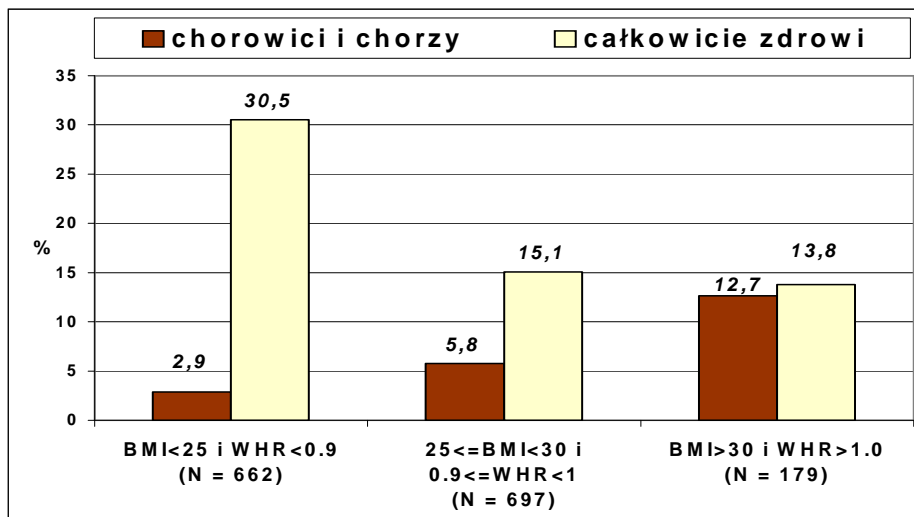
Ryc. 2. Rozkład częstości samooceny skrajnych kategorii stanu zdrowia mężczyzn w klasach wartości wskaźnika WHR



Podwyższenie wartości WHR do 1.0 (46% badanych) zmniejsza liczbę „całkowicie zdrowych” z 27% do 18%, a przekroczenie wartości jeden – dalsze zmniejszenie do 11% odpowiedzi (ryc. 2). Przy zwiększaniu się wartości WHR obserwuje się zwiększenie udziału odpowiedzi „chory i chorowity” z 3%, następnie 6%, do ponad 10%. Świadczy to o niekorzystnym wpływie brzuszego typu otluszczenia u mężczyzn na ich samopoczucie i ocenę stanu zdrowotnego, przy czym zależność ta jest również statystycznie istotna ($\chi^2 = 36.1$, $p < 0.001$). Udział odpowiedzi „raczej zdrowy” zmienia się od 69% do 79%.

Wobec znamiennej statystycznie wpływu na samoocenę zdrowia wskaźników masy ciała i dystrybucji tłuszczu, interesujące jest zbadanie równoczesnego oddziaływania obu wielkości: BMI i WHR. Spośród 9 możliwych kombinacji poziomów uwzględniono 3 („po przekątnej”): prawidłowy-prawidłowy, nadwaga-podwyższony, otyłość-wysoki. Wyniki ilustruje ryc. 3.

Ryc. 3. Rozkład częstości samooceny skrajnych kategorii stanu zdrowia mężczyzn w klasach wartości wskaźników BMI i WHR



W grupie mężczyzn otyłych z wysokim WHR, odsetek „całkowicie zdrowych” mężczyzn wynosi mniej niż 14%, natomiast odsetek „chorowitych i chorych” – niemal 13%, co jest wartością przekraczającą wartości zaobserwowane osobno zarówno wśród grupy otyłych mężczyzn (BMI=>30), jak i z wysokim WHR (większym od jedności). Świadczy to, iż współwystępowanie obu czynników pogarsza istotnie ocenę własnego zdrowia. Na odwrót – w grupie mężczyzn o prawidłowych obu wartościach BMI i WHR odsetek deklarujących występowanie choroby lub chorowitość jest najniższy i wynosi mniej niż 3%, co jest wartością mniejszą od odnotowanych osobno w grupie BMI<20 i WHR<0.9. Odnosi to faktu, iż prawidłowe relacje wagowo-wzrostowe, którym towarzyszy obwodowy typ dystrybucji tłuszczu, współwystępują z dobrą kondycją zdrowotną, ocenianą przez samych badanych. Można zauważyć, że najczęściej (niemal 40%), jako „całkowicie zdrowi” oceniają się mężczyźni najmłodszy (było ich 17%) oraz ponad 30% mężczyzn o prawidłowych proporcjach wagowo-wzrostowych i prawidłowej dystrybucji tłuszczu (stanowiący niemal 50% badanych).

Analizowane zmienne społeczne (wykształcenie, miejsce urodzenia) oraz elementy stylu życia (uprawianie różnych form aktywności ruchowej) nie różnicują statystycznie istotnie frakcji samooceny zdrowia badanych.

Tab. 1. Wartości korelacji stochastycznej biologicznych i społecznych determinant samooceny stanu zdrowia

Determinanty samooceny stanu zdrowia	Chi-kwadrat	Warunkowa gamma
Wiek	112.75 *	- 0.436
BMI	26.69 *	- 0.207
WHR	36.05 *	- 0.304
Wykształcenie	0.733	- 0.043
Miejsce urodzenia	0.107	0.108
Aktywność ruchowa	0.884	0.037

* - statystyczna istotność na poziomie $\alpha = 0.001$

Swój stan zdrowia jako niezadowolający określa 5-7% ankietowanych niezależnie od kategorii wykształcenia, 4-8% - niezależnie od miejsca urodzenia i 5-6% - niezależnie od stopnia aktywności ruchowej. W kategorii „całkowicie zdrowych” frakcje odpowiedzi wynosiły 18-24% niezależnie od kategorii wykształcenia, 17-24% - niezależnie od miejsca zamieszkania i 19-23% - niezależnie od kategorii aktywności fizycznej. Dla wszystkich wymienionych zmiennych społecznych, procent odpowiedzi „raczej zdrowi” wahał się w stosunkowo małym zakresie zmienności: od 69% do 76%.

Sitę zależności związków stochastycznych między badanymi kategoriami cech a stopniem samooceny zdrowia zmierzono współczynnikiem warunkowa gamma, a ich wartości zestawiono w tabeli 1. Ujemny znak przy relatywnie wysokich wartościach korelacji dla wieku, BMI i WHR oznacza, iż wraz ze zwiększaniem się ich kategorii, stopień samooceny zdrowia obniża się.

DYSKUSJA

Wyniki naszych badań wskazują jednoznacznie na wyraźny, potwierdzony statystycznie wpływ na samoocenę stanu zdrowia czynników biologicznych. Dotyczy to zwłaszcza wieku (co jest dość oczywiste), ale także pozostałych cech tj. wskaźnika masy ciała BMI i dystrybucji tłuszczu WHR, szczególnie jeśli ich wysokie wartości współwystępują u osoby badanej. Wysoką, zmienną o ujemnym kierunku korelację między indeksem samooceny zdrowia a indeksem „masa ciała- wzrost” otrzymali w swych badaniach Bulicz i Murawow (2002).

Niewielki i nieistotny statystycznie wpływ zmiennych społecznych, a zwłaszcza aktywności fizycznej, wynikać może po pierwsze, z faktu, iż zróżnicowanie społeczne badanych mężczyzn było stosunkowo niewielkie, byli to bowiem pracownicy głównie fizyczni, a frakcja osób z wyższym wykształceniem – stosunkowo mała. Z drugiej strony, praca fizyczna wpływała też na niską częstość uprawiania pozazawodowej aktywności ruchowej. Te hipotetyczne stwierdzenia wymagają jednak weryfikacji w dalszych badaniach.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Na poziom samooceny stanu zdrowia wśród dorosłych mężczyzn mają wpływ głównie cechy biologiczne: wiek, wskaźnik masy ciała BMI i wskaźnik dystrybucji tłuszczu WHR.

Współwystępowanie nadwagi i otyłości z centralnym rozmieszczeniem tłuszczu w ciele, powoduje wyraźne i statystycznie istotne obniżenie oceny własnego zdrowia.

Blisko 40% najmłodszych mężczyzn a także 30% tych, których charakteryzują prawidłowe proporcje wagowo-wzrostowe i prawidłowa dystrybucja tłuszczu, oceniali się jako „całkowicie zdrowi”. Zaobserwowano istotnych zależności między oceną własnego zdrowia a zmiennymi społecznymi i stylem życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Aleksandrowicz J. W poszukiwaniu definicji zdrowia. *Studia Filozoficzne* 1972, nr 9.
2. Bulicz E., Murawow I. Od zrozumienia istoty zdrowia do jego diagnostyki i uwarunkowanej stymulacji [w:] *Potęgowanie zdrowia: czynniki, mechanizmy i strategie zdrowotne*, (red.) Bulicz E., Wydawnictwo i Zakład Poligrafii ITE, Radom 2003, s. 7-19.

3. Chrzanowska M., Matusik S., Gołąb S., Żarów R. Wpływ zmiennych społecznych i stylu życia na dystrybucję tłuszczu u dorosłych mężczyzn [w:] Potęgowanie zdrowia: czynniki, mechanizmy i strategie zdrowotne. (red.) Bulicz E., Wydawnictwo i Zakład Poligrafii Instytutu Technologii Eksploatacji, Radom 2003, s. 484-488.
4. Demel M. Zdrowie: studium teoretyczne. Roczn. Nauk. AWF w Warszawie 1979, t. XXIV, s. 23-29.
5. Sheridan Ch. L., Radmacher S. A., Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego medelu zdrowia (przekł. z jęz. ang.) Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.
6. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.

STRESZCZENIE

Wśród 1349 dorosłych mężczyzn w wieku 17-78 lat, pracowników huty im. T. Sendzimira w Krakowie, przy pomocy ankiety zbadano ocenę stanu własnego zdrowia, odnosząc ją do wybranych wskaźników biologicznych, elementów statusu społecznego i stylu życia. Wraz ze wzrastaniem kategorii wieku, BMI oraz WHR obniża się samoocena stanu zdrowia, a związki te charakteryzują się statystyczną istotnością ($p < 0.001$). Wśród mężczyzn, u których współwystępują nadwaga lub otyłość i centralny typ dystrybucji tłuszczu, charakteryzowane wskaźnikami BMI i WHR, procent oceniających swój stan zdrowia jako „chory lub chorowity” jest największy. Mężczyźni o prawidłowej masie i dystrybucji tłuszczu najczęściej oceniali się jako „całkowicie zdrowi”. Nie zaobserwowano istotnych zależności między oceną własnego zdrowia a zmiennymi społecznymi i stylem życia.

SUMMARY

The health self-assessment of 1349 adult men, workers of Huta T. Sendzimira, Krakow, was examined using questionnaire. Answers were related to biological indicators, social status and life-style. It were statistically proved ($p < 0.001$), that if category of age, BMI or WHR increase, than health self-assessment decreases. Percentage of distinction “ill or sickly” is the greatest in men with overweight or obesity and central type fat distribution (characterised by BMI and WHR). Men with correct weight and fat distribution classified their health status as “absolutely healthy”. Between social and life-style variables was not observed statistically significant dependencies with health self-assessment.