

Zakład Podstaw Wychowania Zdrowotnego Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu  
University School of Physical Education in Poznań. Department of Health Education

IDA LAUDAŃSKA-KRZEMIŃSKA, ALICJA KAISER

---

*Health value and its determinant sin the opinion of disabled people*

---

**Wartość zdrowia i jego determinanty w opinii osób niepełnosprawnych**

Wartości i cele życiowe człowieka kształtują się w określonym kontekście kulturowym, w zależności od czynników społecznych, wyznawanego światopoglądu czy cech osobowościowych (Filipiak 1996, Wrońska, Mariański 1999). Istotną rolę odgrywają w tym zakresie także przebyte doświadczenia i aktualne warunki życiowe, często związane ze stanem zdrowia (Majewicz 2002, Diagnostyka społeczna 2003). Niepełnosprawność ruchowa to sytuacja, która może w sposób szczególny wpływać na preferowany zbiór wartości oraz wyznaczane cele życiowe. W świetle badań empirycznych okazuje się, że dla niepełnosprawnych częściej niż dla osób pełnosprawnych istotniejsze są wyższe wartości duchowe przynależące do orientacji życiowej BYĆ (Bidziński 1995, Majewicz 2002). Pokonywanie barier społecznych i architektonicznych, trudności ze zdobywaniem wykształcenia i zatrudnienia powodują, że trudniej jest osobom niepełnosprawnym dążyć do gromadzenia zasobów materialnych. Można jednak przypuszczać, że podejmowane w ostatnich latach coraz intensywniej działania integracyjne (kompleksowa rehabilitacja medyczna, społeczna, zawodowa, wyrównywanie szans<sup>1</sup>) wobec środowiska osób niepełnosprawnych mogą wpływać na poglądy w zakresie deklarowanych wartości i celów życiowych, szczególnie młodych osób. Nie bez znaczenia wydają się w tym zakresie także przemiany ekonomiczne zachodzące w Polsce. Gospodarka rynkowa zmusza obywatela do większej aktywności, ale jednocześnie umożliwia realizację celów, które dotąd nie były realne. Z tego też względu Majewicz (2002) zauważa, że dominująca orientacja życiowa BYĆ u osób niepełnosprawnych powinna zostać uzupełniona o komponent posiadania egzystencjalnego, co pozwoli niepełnosprawnym na samodzielne funkcjonowanie, stworzy podstawy wolności i odpowiedzialności, a w efekcie pozwoli na kreatywną adaptację. Istotnym warunkiem, środkiem umożliwiającym realizację takiej orientacji życiowej jest odpowiedni potencjał zdrowia. Eksperti Europejskiego Biura WHO w 1984 r. określili zdrowie jako wartość, dzięki której jednostka lub grupa zdolna jest spełniać swoje aspiracje i zaspakajać potrzeby. Zdrowie traktuje się zatem jako wartość instrumentalną, element naszego systemu aksjologicznego powiązany z innymi ważnymi dla nas celami życiowymi. Takie postrzeganie zdrowia przez jednostkę sprzyja bardziej świadomej i aktywnej postawie wobec swojego zdrowia, wyrażanej poprzez prozdrowotny styl życia (Karski 1994).

W związku z powyższym sformułowano następujące pytania badawcze: Jakie jest miejsce zdrowia w aktualnie preferowanym przez osoby niepełnosprawne hierarchicznie uporządkowanym systemie wartości życiowych? Jakie jest stanowisko osób niepełnosprawnych wobec wyróżnionych przez naukę głównych determinant zdrowia?

---

<sup>1</sup> patrz: m. in. programy PFRON: PAPIRUS 2000, TELEPRACA 2002, JUNIOR 2003, Osoby niepełnosprawne w służbie publicznej 2003, PEGAZ 2003, Promocja integracji osób niepełnosprawnych 2004, Program ograniczania skutków niepełnosprawności 2004 oraz programy UE: Europejski Fundusz Społeczny, Sektorowy Program Operacyjny Rozwój Zasobów Ludzkich- szczególnie Priorytet 1. Działanie 1.4. Integracja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych

## MATERIAŁ I METODA

Niniejsze doniesienie stanowi fragment szerszych badań i analiz dotyczących promocji zdrowia w środowisku osób niepełnosprawnych. W celu rozwiązania postawionego w pracy problemu badawczego uwzględniono materiał empiryczny zebrany wśród 112 osób niepełnosprawnych ruchowo w wieku produkcyjnym: 18-30 lat oraz 31-60 lat. W grupie respondentów było 67 kobiet (59,8%) i 45 mężczyzn (40,2%). Większość badanych osób (46,2%) legitymowało się wykształceniem średnim (podstawowe i zawodowe 28,5%, wyższe 22,3%). Deklarowany status materialny najczęściej określany był przez respondentów jako przeciętny (55,4%). Badane osoby to głównie mieszkańcy miast (miasto do 10.tys.- 31%, miasto powyżej 100 tys.- 38%). Metodą badawczą zastosowaną w prezentowanej pracy był sondaż diagnostyczny, z wykorzystaniem techniki ankiety. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania w zakresie wiedzy, poglądów, opinii i zachowań zdrowotnych osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Zebrany materiał empiryczny porównano z wynikami badań własnych przeprowadzonych w grupie 900 osób, pochodzących z różnych środowisk społecznych, uwzględniając dwie grupy wiekowe: 18-30 lat oraz 31-60 lat.

## WYNIKI

### Wartości preferowane przez osoby niepełnosprawne w kontekście zdrowia

Zdrowie umożliwia człowiekowi osiągnięcie wielu celów życiowych, a jego posiadanie wpływa korzystnie na jakość życia. Jest to więc niejako wartość podstawowa. Interesujące wydaje się być to, jak tę wartość oceniają osoby niepełnosprawne. Najpierw respondentom przedstawiono 16 celów życiowych mieszczących się w orientacjach życiowych BYĆ i MIEĆ. Badani wybierali spośród nich maksymalnie trzy i numerowali wg skali ważności. Podstawę do ustalenia hierarchii wartości preferowanych w grupie osób niepełnosprawnych stanowił wskaźnik procentowy. Uzyskano następujące wyniki:

**Tab.1 Hierarchia celów życiowych cenionych w grupie osób niepełnosprawnych ruchowo**

(zestawienie procentowe)

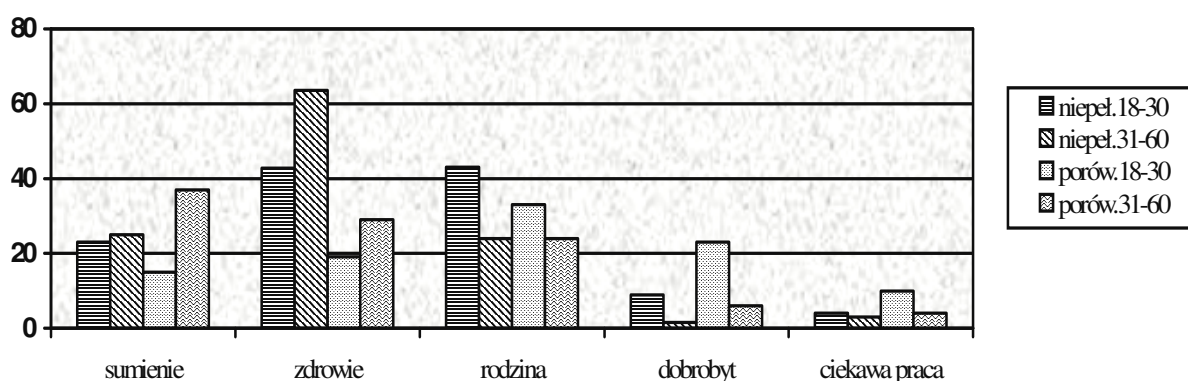
Cele życiowe	Miejsce w hierarchii wartości					
	I miejsce		II miejsce		III miejsce	
	18-30 lat	31-60 lat	18-30 lat	31-60 lat	18-30 lat	31-60 lat
Zdrowie	48,0	68,2	15,2	16,7	8,7	3,0
Szczęśliwe życie rodzinne	26,1	19,7	30,4	27,3	6,5	24,2
Sprawność fizyczna	2,2	6,1	8,7	22,7	8,7	10,6
Przyjaźń	6,5	0	15,2	10,6	10,9	3,0
Życie zgodne z własnym sumieniem	2,2	0	4,3	3,0	17,4	10,6
Ciekawa praca zawodowa	2,2	4,5	4,3	3,0	10,9	7,6
Życie spokojne, bez stresów	2,2	1,5	4,3	4,5	4,3	12,1
Wiara, zbawienie	2,2	6,1	4,3	6,1	4,3	4,5
Bezpieczeństwo	0	0	2,2	1,5	6,5	16,7
Wykształcenie, wiedza	0	0	4,3	3,0	8,7	3,0
Dobrobyt materialny	6,5	0	0	1,5	6,5	1,5
Życie barwne, pełne przygód	0	0	4,3	0	4,3	1,5
Realizacja wartości moralnych	2,2	0	2,2	0	0	0
Sukces sportowy	0	0	0	0	2,2	1,5
Sława	0	0	0	0	0	0
Władza	0	0	0	0	0	0

W świetle powyższych danych okazuje się, że najczęściej wskazywane były wartości przynależące do orientacji życiowej BYĆ. Zdrowie i szczęśliwe życie rodzinne to priorytetowe wartości dla większości badanych osób niepełnosprawnych. Dostrzega się jednak istotne statystycznie różnice między wyróżnionymi grupami wiekowymi. Wśród starszych respondentów aż 68% deklaruje, że zdrowie zajmuje pierwsze miejsce w ich hierarchii wartości. Takiej samej odpowiedzi udzieliło niecałe 50% osób z młodszej grupy wiekowej ( $p \leq 0,05$ ). Ponadto sprawność fizyczna częściej pojawia się na liście

priorytetów życiowych wśród osób w wieku 31-60 lat ( $p \leq 0,01$ ). Młodszy respondenci przywiązują natomiast większą wagę do roli przyjaźni w ich życiu ( $p \leq 0,01$ ).

Uzyskane wyniki wskazują zatem na bardzo wysoką pozycję zdrowia w wymiarze wartości deklarowanych. Zgodnie z ustaleniami aksjologii preferowane wartości spełniają rolę kryterium wyboru dążeń ludzkich (Słońska 1989). Wielopoziomowe życie społeczne może być jednak źródłem konfliktu w sferze wartości, komplikując tym samym jednoznaczny związek między wartościami a wyborami człowieka (Hajduk 1999). Problem ten podjęto także w prezentowanych badaniach. Określając pozycję zdrowia wśród innych cenionych przez osoby niepełnosprawne wartości zaproponowano respondentom 5 wartości ułożonych w pary (każdy z każdym). W każdej z par należało wybrać wartość dla siebie ważniejszą. Obok kategorii zdrowie pytano o inne, o podłożu: moralnym- życie zgodne z własnym sumieniem, ekonomicznym- dobrobyt materialny, intelektualnym- ciekawa praca zawodowa, oraz emocjonalnym- szczęśliwe życie rodzinne. Odsetki osób wskazujących poszczególne wartości na pierwszym miejscu w swojej hierarchii wartości przedstawiono na poniżej:

**Ryc.1** Kategoria zdrowie w kontekście innych wartości preferowanych wśród osób niepełnosprawnych i w grupie porównawczej (zestawienie procentowe)



Uzyskane wyniki świadczą o tym, że dla badanych osób niepełnosprawnych największe znaczenie mają wartości emocjonalne, związane z codziennym życiem tj. zdrowie, rodzina i życie zgodne z własnym sumieniem. Biorąc pod uwagę wiek respondentów dostrzega się, że w sytuacji konieczności dokonywania wyborów, kiedy zdrowie konkuruje z innymi ważnymi celami życiowymi częściej „przegrywa” ono w grupie młodszych respondentów ( $p \leq 0,01$ ). Analiza porównawcza wykazała także, że choć dobrobyt materialny w obydwu grupach wiekowych zajmuje czwartą lokatę wśród wskazywanych wartości, to osoby młodsze znacząco większą wagę przywiązują do dóbr materialnych niż starsi respondenci ( $p \leq 0,05$ ). Na podstawie rozkładu procentowego zawartego na rycinie 1 zauważa się pewne różnice pomiędzy grupą podstawową a porównawczą. Z analizy uzyskanych odpowiedzi wynika, że osoby niepełnosprawne wyżej niż ich rówieśnicy oceniają wartość zdrowia ( $p \leq 0,001$ ). Mniejszą rolę przywiązują natomiast do dobrobytu materialnego (w grupie 18-31 lat  $p \leq 0,05$ ).

#### Determinanty zdrowia w opinii osób niepełnosprawnych

Od lat 90. zaczyna zmieniać się w Polsce podejście do zdrowia i jego determinant. Istotą nowego sposobu myślenia jest zwrócenie człowiekowi uwagi na jego osobistą rolę w utrzymaniu zdrowia. Oznacza to próbę ograniczenia dotychczasowej świadomości zdrowia, zgodnie z którą troska o zdrowie człowieka łączy się przede wszystkim z korzystaniem ze specjalistycznych usług lekarzy. Proces zmiany świadomości wobec zdrowia wymaga rozlicznych działań, a społeczna edukacja zdrowotna nie zawsze w jednakowym stopniu dociera do różnych grup społecznych. Jak aktualnie postrzegane są główne determinanty zdrowia wśród osób niepełnosprawnych? - oto kolejne pytanie, na które poszukiwano odpowiedzi w prezentowanych badaniach. Biorąc pod uwagę zapewne liczne (zarówno pozytywne, jak i negatywne) doświadczenia respondentów związane z korzystaniem ze świadczeń służby zdrowia problem ten wydaje się szczególnie istotny w badanej grupie. W związku z tym respondentów poproszono o ocenę wielkości wpływu na ich zdrowie każdego z czterech zaproponowanych czynników, zgodnie z tzw. polem Lalonde'a.

**Tab.2 Determinanty zdrowia w ocenie osób niepełnosprawnych i w grupie porównawczej**

(zestawienie procentowe)		OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE		GRUPA PORÓWNAWCZA	
		18-30 lat	31-60 lat	18-30 lat	31-60 lat
służba zdrowia	1	19,6	34,8	14,3	33,0
	2	37,0	44,0	37,7	36,4
	3	43,5	21,2	48,0	30,6
Środowisko przyrodnicze, społeczne	1	30,4	40,9	39,7	37,4
	2	60,9	45,5	40,9	39,4
	3	8,7	13,6	19,4	23,3
Pana (i) styl życia	1	61,0	54,2	64,7	48,5
	2	32,5	33,7	26,3	33,2
	3	6,5	12,1	9,0	18,3
dziedziczenie	1	43,5	28,8	19,7	23,3
	2	24,0	19,7	55,7	46,8
	3	28,3	48,5	24,7	29,7

1- wpływ duży 2- wpływ średni 3- wpływ mały

Okazuje się, że większość respondentów nie przecenia udziału służby zdrowia w kształtowaniu ich zdrowia, najczęściej określając wpływ tego czynnika jako średni lub mały. Warto podkreślić, że osoby niepełnosprawne wysoko oceniają rolę własnego stylu życia w aspekcie zachowania zdrowia. Wyrażone różnice między badanymi grupami wiekowymi odnotowano w zakresie oceny wpływu dziedziczenia. Młodszy respondenci istotnie częściej uważają, że uwarunkowania genetyczne w dużym stopniu decydują o potencjale zdrowia człowieka ( $p \leq 0,001$ ). Zestawiając wyniki uzyskane w grupie osób niepełnosprawnych z odpowiedziami ich pełnosprawnych rówieśników zauważa się podobną ocenę roli służby zdrowia i własnych zachowań zdrowotnych w kontekście kształtowania zdrowia. Rozbieżności odnotowano natomiast w zakresie opinii dotyczących wpływu dziedziczenia. Osoby niepełnosprawne w wieku 18-30 lat zdecydowanie częściej niż ich pełnosprawni rówieśnicy dostrzegają dużą rolę tego czynnika ( $p \leq 0,001$ ). Odmienne stanowiska zauważa się także wśród starszych respondentów. Tutaj jednak w grupie podstawowej przeważają opinie, że uwarunkowania genetyczne mają małe znaczenie ( $p \leq 0,01$ ), podczas gdy w grupie porównawczej najczęściej wskazuje się na średni wpływ tego czynnika ( $p \leq 0,001$ ).

## PODSUMOWANIE

W świetle przeprowadzonych analiz okazuje się, że badane osoby niepełnosprawne istotnie wyżej niż ich rówieśnicy oceniają wartość zdrowia w zbiorze innych, aktualnie preferowanych celów życiowych. Odnotowywany wzrost znaczenia wartości konsumpcyjnych, szczególnie wśród młodzieży (Wysocka 2001, Bykowski 2003) znajduje tylko częściowe potwierdzenie w prezentowanych badaniach. Okazuje się bowiem, że młodsze osoby niepełnosprawne większą wagę niż starsi respondenci przywiązują do dobrobytu materialnego, ale w porównaniu z pełnosprawnymi rówieśnikami wartość tę cenią istotnie rzadziej. Wskazuje to zatem, że przemiany w sferze wartości życiowych nie przebiegają w naszym społeczeństwie równomiernie, a osoby niepełnosprawne nadal większą wagę przywiązują do celów mieszczących się w orientacji życiowej BYĆ. Na zakończenie warto podkreślić, że wysoka lokata zdrowia w hierarchii deklarowanych wartości życiowych koresponduje z dostrzeganiem przez respondentów (mimo występujących ograniczeń zdrowotnych) istotnej roli swoich codziennych zachowań w kształtowaniu potencjału zdrowotnego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bidziński K., System wartości młodzieży z dysfunkcjami narządu ruchu i młodzieży sprawnej ruchowo, Psychologia Wychowawcza 1995 nr5
2. Bykowski P., Postawy, zachowania społeczne oraz percepcja otaczającej rzeczywistości wśród uczniów gimnazjum w Redzie - w świetle badań socjologicznych, W: Edukacja menadżerska a społeczne i polityczne otoczenie biznesu, Politechnika Gdańska 2003 \
3. Czapiński J., Panek T.,(red.), Diagnoza społeczna 2003, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania Warszawa 2004

4. Filipiak M., Socjologia kultury, Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej Lublin 1996
5. Hajduk B., Wartości studentów Zielonej Góry, Forum Oświatowe 1999 nr 1-2
6. Karski J.B. Organizacja ośrodka promocji zdrowia. Poradnik. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Wyd. Ignis, Warszawa 1994
7. Majewicz P., Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo, Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej Kraków 2002
8. Słońska Z., Promocja zdrowia: współzawodnictwo między zdrowiem a innymi znaczącymi wartościami, W: Socjologia zdrowia i medycyny. Konwersatorium 1986-88, Warszawa 1989
9. Wrońska I., Mariański J., Wartości życiowe młodzieży (na przykładzie szkół pielęgniarstwa), Akademia Medyczna i Neurocentrum, Lublin 1999
10. Wysocka E. Oblicza współczesnej młodzieży: cechy, dążenia, zagrożenia i problemy, Pedagogika Społeczna 2001 nr 1.

#### **SUMMARY**

The problem of perceiving health as a value in the opinion of disabled people at an economically productive age (18-30 and 31-60) has been presented in the paper. Collected material has been combined with own research results conducted in the fully fit peer group of the distinctive age groups. Comparative analyses have shown that disabled people value health more than their fully fit peers. The top place of health in the respondents' hierarchy of declared life aims corresponds with recognizing essential roles of their everyday behaviour in shaping health potential.

#### **STRESZCZENIE**

W pracy podjęto problem postrzegania zdrowia jako wartości wśród osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym (18-30 lat oraz 31-60 lat). Zebrany materiał zestawiono z wynikami badań własnych przeprowadzonych wśród pełnosprawnych rówieśników wyróżnionych grup wiekowych. Dokonane analizy porównawcze wykazały, że osoby niepełnosprawne istotnie wyżej niż ich rówieśnicy oceniają zdrowie jako wartość. Wysoka lokata zdrowia w hierarchii deklarowanych celów życiowych koresponduje z dostrzeganiem przez respondentów istotnej roli swoich codziennych zachowań w kształtowaniu potencjału zdrowotnego.