

Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego Wydziału Ochrony Zdrowia Collegium Medicum  
Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie,  
Department of Community Nursing, Health Care Faculty, Collegium Medicum Jagiellonian  
University, Kraków

MARIA CISEK, AGNIESZKA GNIADEK , BERNADETA RICHTER,  
IZABELA CHMIEL

### *Socio-cultural factors of health behaviour within a family*

---

#### **Spoleczno-kulturowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych w rodzinie**

Analizując determinanty stanu zdrowia należy zwrócić uwagę na niekorzystny wpływ, narzuconych człowiekowi z zewnątrz wzorów zachowań społecznych i zdrowotnych. Wzory i normy kulturowe związane ze stylem życia człowieka mogą warunkować zachowania negatywne takie jak: piętnowanie choroby i chorego, izolacja społeczne chorego, towarzyskie wzory konsumpcji (głównie wysokokalorycznych potraw, „przymus” picia alkoholu) a także zachowania pozytywne (takie jak akceptacja choroby, czy różne formy pomocy i wsparcia - stowarzyszenia osób chorych, wolontariat).

Do czynników społecznych mających związek ze zdrowiem zaliczamy sytuacje rodzinną, a przede wszystkim strukturę rodziny, charakter więzi w nich panujących oraz funkcji poszczególnych członków rodziny. Pozostałe czynniki mające wpływ na sytuacje życiową rodziny to warunki bytowe (ubóstwo, ograniczone warunki mieszkaniowe, brak środków na zaspokojenie podstawowych potrzeb).

Z kolei świadomość zdrowotna obejmuje ogólną wiedzę na temat czynników i zachowań mających wpływ na zdrowie, a pośrednio także przekonanie o możliwości wpływu na własne zdrowie, motywację i umiejętność podejmowania działań prozdrowotnych.

**Celem pracy** było poznanie wybranych uwarunkowań zachowań zdrowotnych w rodzinach mieszkających w mieście liczącym do 20 tys. mieszkańców.

#### **MATERIAŁ I METODA**

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki kwestionariusza ankiety. Kwestionariusza składał się z części zawierającej dane socjometryczne oraz części dotyczącej, aktywności rodziny zarówno w zakresie zachowań prozdrowotnych, świadomości zdrowotnej jak i korzystania z profilaktycznej opieki .

Wywiady z członkiem rodziny- mieszkańcami Wieliczki przeprowadzali studenci Instytutu Pielęgniarstwa we wrześniu 2002 r. Do analizy wybrano losowo 400 wywiadów. Zebrany materiał opracowano przy pomocy statystyki opisowej.

## WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Zdecydowana większość respondentów 255 to kobiety, które stanowiły 63,75%, mężczyzn było (145) 36,25%. Średnia wieku wynosiła 51,2 + 2,07, max.82 lata, a min.18 lat. Zamężne/zonaci stanowili ponad połowę respondentów (59,75%), stanu wolnego było 21%, wdów/wdowców było 11,5%. Niewielki odsetek osób było rozwiedzionych (6,5%), a cztery osoby były w separacji. Respondenci byli członkami rodzin liczącymi średnio 2 + 0,5, maks.4 osoby, min.1 osobę. Ponad połowa rodzin posiada dzieci. Do lat 14 w 16,5% rodzinach było w sumie 102 dzieci, średnia 1,5 + 0,7, maks.3, min.1 dziecko. Dzieci w wieku 14-24 lat pozostających na utrzymaniu rodziców było 129 w 20,25% rodzinach, średnia 1,6 + 0,7, maks. 4, min.1 dziecko. Rodzina pełna ma większe możliwości podejmowania działań zorientowanych na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych.

Średnim poziomem wykształcenia zarówno zawodowym jak i ogólnokształcącym legitymowało się 244 osób (61%), wyższym 16,5%. Wykształcenie ponad licealne zawodowe posiadało 5,25%, podobnie 5,75% zasadnicze zawodowe. Tylko podstawowe wykształcenie podało 8,5%, natomiast 3% nie ukończyło szkoły podstawowej

Liczne doniesienia podają, iż stopień troski o zdrowie uwarunkowany jest poziomem wykształcenia i wyższym stopniem świadomości zdrowotnej, stąd nie bez znaczenia jest poziom wykształcenia, wykonywany zawód i pozycja społeczna.

Kolejnym elementem pozwalającym na realizację zachowań zdrowotnych jest sytuacja ekonomiczna i mieszkaniowa. Miesięczny dochód brutto w 60% rodzinach mieścił się w przedziale 500-2000 zł, dochód do 3000zł podawało 14% rodzin. Tylko w 5,5% rodzinach dochód wynosi 3001-5000 zł, dochód powyżej 5000 zł podało 3 osoby. Nie udzieliło odpowiedzi 13,75%. Dochody z pracy wskazało 33,75%, emeryturę 33%, zaś 20% utrzymywało rodzinę z renty. Na zasiłku dla bezrobotnych było 2,25%, a dwie rodziny na zasiłku z pomocy społecznej. Zawodowo realizowało się 25% respondentów, pracując średnio 8,0 +13,1 godzin, maks.12, min.2 godziny dziennie. Prawie 99% rodzin posiada dobre warunki mieszkaniowe (w mieszkaniu było wc oraz prysznic lub wanna, centralnego ogrzewania nie posiada 11,25%.rodzin.)

Więź i wzajemne wsparcie rodzinie jest niezbędne nie tylko w sytuacji choroby, ale również w funkcjonowaniu w zdrowiu. Bardzo związanym z rodziną czuło się 67,5% respondentów, 27,7% średnio, a w ogóle więzi z rodziną nie odczuwało 4,8 %respondentów. Konflikty zdarzały się codziennie w 3,5% rodzin, do bardzo rzadkich dochodziło w 21%, w 36% nie występowały konflikty (tab1.)

Tab 1. Występowanie konfliktów w rodzinie

	N	%
codziennie	14	3,5
2-4 razy w tygodniu	22	5,5
raz w tygodniu	60	15
raz w miesiącu	57	14,25
rzadziej	84	21
nie zdarzają się	144	36
brak odpowiedzi	19	4,75
razem	400	100,0

Zadawalającym wydaje się fakt, że 62,75% ankietowanych posiadało zawsze dyspozycyjnych przyjaciół lub rodzinę do których mogło się zwrócić o pomoc w razie potrzeby. Na przyjaciół i rodzinę mogło liczyć często 19% ankietowanych, czasami 10,7%, a rzadko zaledwie 6%.

Podstawowym źródłem wiedzy o zdrowiu dla 45% respondentów są książki i prasa, dla 30,3% lekarz i pielęgniarka, Media (radio i telewizja) dla 11,8%; również 11% znajomi i inne źródła

Tab.2 Źródła wiedzy o zdrowiu .

	N	%
z książek i prasy	180	45
od lekarza i pielęgniarki	121	30,3
z radia i telewizji	47	11,8
od znajomych	29	7,3
inne	16	4
brak odpowiedzi	7	1,8

W zakresie zachowań żywieniowych 7,8% respondentów deklarowało zdecydowanie że odżywia się zdrowo, raczej zdrowo 65,8%, natomiast zdecydowanie niezdrowo odżywia się jedynie 8%. Do smażenia 72,3% rodzin stosuje oleje roślinne, oliwę z oliwek 12,5%, smalec 11,5%, margarynę 10,5%, masło 7,3%, inne tłuszcze 6,5%, tylko 1% badanych stosuje słoninę. Najpopularniejszym tłuszczem do smarowania pieczywa było masło-stosowało go 44,5% rodzin, następnie margaryna-32,5%, mieszanki/mixu używało 19% rodzin, nie smarowało pieczywa niczym 6,8% rodzin. Potrawy zdecydowanie słone lubi 19,3% badanych, raczej słone 40%; natomiast raczej nie słone 26,5%, zdecydowanie nie lubi słonych potraw 14% respondentów. W trakcie spożycia posiłków zdecydowanie dosalało potrawy 34,8% respondentów, raczej dosalało 21%, raczej nie dosalało 12,8%, zdecydowanie nie dosalało 31,5% rodzin.

Świadomość wpływu używek (alkoholu, papierosów) na stan zdrowia wykazało 91,7% respondentów, 3,25% uważa, że to nie ma wpływu na zdrowie, a 5% nie wiedziało nic na ten temat. Ponad 76% uważało, że palenie tytoniu może prowadzić do tak silnego uzależnienia psychofizycznego jak zażywanie narkotyków, 16,75 % nie udzieliło odpowiedzi, a 3 osoby uważają że nie.

Aktualnie pali papierosy 29,5% (118) badanych, nigdy nie paliło 52,75% a w przeszłości paliło 16,75%. Z osób, które przestały palić 28,4% kierowało się lękiem przed chorobą (a szczególnie przed chorobą serca (22,4%), modą na niepalenie 14,9%, a 35,8% innymi względami, z powodu choroby płuc przestało palić 6,0%. Decyzje do zaprzestania palenia podjęli w 82,1% sami palacze, rodzina nakłoniła 7,5%, natomiast lekarz i pielęgniarka nakłonili jedynie 6% badanych do zaprzestania palenia.

W połowie rodzin (50%) alkohol piło się okazjonalnie/sporadycznie, w 37,5% nie piło się w ogóle. Raz w tygodniu piwo, drinki piło 5,5%, codziennie do 2 piw lub drinków wypijało 2,3%, a ponad 2-4 drinków pije 0,5%. Raz w tygodniu wódkę lub wysokoprocentowe alkohole piło zaledwie 2%. Inny rodzaj picia występował w 2,3% rodzinach. Ponad połowa (51,8%) deklarowała raczej regularne spożywanie posiłków, zdecydowanie tylko 14% respondentów, raczej nieregularnie spożywało posiłki 20,4% rodzin, zdecydowanie nie regularnie aż 13,8%

Sposób spędzania wolnego czasu to głównie (58%) telewizor, w dalszej kolejności książka/gazeta 46,7%; wykonywanie prac domowych podaje 44,25%; spacer 33,5%, praca w ogrodzie 28,25%; sen 15%, a zaledwie 12% rodzin deklarowało uprawianie sportu. Najczęściej jako codzienną formę aktywności 62% podawało wchodzenie po schodach, 40% spacer, po 8% podawało turystykę piesza i gimnastykę; jazdę na rowerze deklarowało 5%. Po kilka osób uczęszczało na siłownię, aerobik i pływanie. Bieganie i ćwiczenia relaksacyjne należą do aktywności fizycznej wykonywanej najrzadziej.

Ponad 50% potrafi samodzielnie zbadać ciśnienie krwi i tętno, a prawidłowe wartości poziomów cholesterolu (24,5%) i cukru we krwi (28%) zna tylko około jedna czwarta respondentów. Podstawowe czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca zna 39% respondentów. Korzysta regularnie z wizyt profilaktycznych w podstawowej opiece zdrowotnej tylko 10% rodzin z dziećmi.

### WNIOSKI

1. Sytuacja bytowa większości rodzin jest trudna, a deklarowany sposób żywienia zadowalający.
2. Aktywność fizyczna w rodzinie jest niewystarczająca, nie realizuje minimum założeń zdrowego stylu życia.
3. Umiejętności badania podstawowych parametrów posiada tylko 1/4 respondentów

### PISMIENNICTWO

1. Abramczyk A. Problemy edukacji zdrowotnej w rodzinie i środowisku lokalnym. w: Kawczyńska-Butrym Z. (red): Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka. Wyd. Centrum Edukacji Medycznej Warszawa 1997, s 239-272
2. Drygas W., Jęgieł A.: Zalecenia dotyczące aktywności ruchowej w profilaktyce chorób układu krążenia. w: Naruszewicz M. (red) Kardiologia zapobiegawcza, Wyd PTBNM Szczecin 2003s.252-266.
3. Janus B. Aktywność fizyczna w rodzinie. Poradnik dla pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych. Wyd: Centrum Edukacji Medycznej Warszawa 1997.
4. Kawczyńska-Butrym Z.: Rodziny kontekst zdrowia i choroby. Wyd. CEM, Warszawa 1995
5. Kawczyńska-Butrym Z.; Rodzina-zdrowie-choroba. Wyd. Czelej Lublin 2001
6. Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2000

### STRESZCZENIE

Zdrowie determinują narzucone człowiekowi z zewnątrz wzory zachowań społecznych i zdrowotnych. Wzory i normy kulturowe związane ze stylem życia człowieka mogą warunkować zarówno zachowania pozytywne dla zdrowia (pomoc i wsparcie) jak i negatywne (izolacja chorego, brak opieki)

Czynniki społeczne mające związek ze zdrowiem to przede wszystkim sytuacja życiowa rodziny, warunki bytowe, struktura rodziny, więzi. Z kolei świadomość zdrowotna obejmuje ogólną wiedzę na temat czynników i zachowań mających wpływ na zdrowie, a pośrednio także przekonanie o możliwości wpływu na własne zdrowie, motywację i umiejętność podejmowania działań pro zdrowotnych.

Celem pracy było poznanie wybranych uwarunkowań zachowań zdrowotnych w rodzinach mieszkających w mieście liczącym do 20 tys. mieszkańców.

Analiza wywiadów przeprowadzonych z przedstawicielami 400 rodzin wykazała iż zachowania pro zdrowotne uwarunkowane są głównie strukturą rodziny, sytuacją materialną i poziomem wykształcenia. Ogólna wiedza zdrowotna i umiejętność podejmowania działań pro zdrowotnych w badanej populacji jest niezadowalająca.

## **SUMMARY**

Human health is determined by models of social and health behaviour, which are imposed on every human being by outside factors. Cultural models and standards connected with people's lifestyles may bring about either positive for health behaviour ( help and support ) or negative one ( isolation of an ill person, lack of help).

Social health-related factors comprise, first of all, family life circumstances, living conditions, family structure and ties. Health consciousness, in turn, involves general knowledge about factors and behaviour which have influence upon health, and, indirectly, also awareness of being able to influence one's own health, motivation and ability to take up pro-health actions.

The objective of this research was to study selected factors of health behaviour in families living in a town with the population up to 20,000 people.

The analysis of interviews with members of 400 families shows that the family structure, financial situation and education are main factors responsible for pro-health. behaviour. General health knowledge and ability to take up pro-health actions in the examined group of people, leave much to be desired.