



Dorota Gawlik

Uniwersytet Śląski w Katowicach

**Diagnoza zachowań zdrowotnych
mieszkańców województwa śląskiego
(na podstawie badania
Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyńskiego)**

Wprowadzenie

Współcześnie nauki związane ze zdrowiem podlegają znacznym przemianom, które wynikają z postępu technologicznego, a przede wszystkim ze zmian zachodzących w świadomości ludzi. Obecnie coraz częściej podkreśla się wpływ osobistych wyborów i indywidualnych praktyk na stan zdrowia i ryzyko wystąpienia określonych jednostek chorobowych¹.

Kategorie zdrowia, stylu życia i zachowań zdrowotnych są silnie sprzężone z realizacją ogólnych celów wychowawczych. Zgodnie ze słowami Macieja Demela: „wychowanie zdrowotne partycypuje w realizacji generalnych celów wychowania, zmierzając do poznania i rozumienia samego siebie oraz opanowania najtrudniejszej ze sztuk – sztuki życia”². Działania wychowawcze powinny być więc ukierunkowane na wzmacnianie potencjału zdrowotnego ludzi poprzez kształtowanie prozdrowotnego stylu życia jako współczesnej kategorii wychowawczej, obieranie takiego właśnie stylu życia sprzyja bowiem harmonijnemu rozwojowi fizycznemu, psychicznemu, społecznemu oraz dobremu samopoczuciu we wszystkich wymiarach zdrowia. Kształto-

¹ Por. T.B. Kulik: *Koncepcja zdrowia w medycynie*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. T.B. Kulik, M. Latański. Lublin: Czelej, 2002, s. 16.

² M. Demel: *Pedagogika zdrowia*. „Chowanna” 2002, T. 1, s. 13–26 – cyt. za: B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2010, s. 126.

wanie prozdrowotnego stylu życia oznacza umożliwienie wszystkim jednostkom w społeczeństwie praktykowania korzystnych dla zdrowia nawyków, uświadamianie osobistej odpowiedzialności za zdrowie oraz zdrowotnych konsekwencji podejmowanych decyzji³. Punkt wyjścia wdrażania strategii i programów z zakresu edukacji zdrowotnej powinna stanowić diagnoza zachowań zdrowotnych różnych grup populacji, opracowana z wykorzystaniem rzetelnych narzędzi służących do pomiaru tych zachowań. Na konieczność prowadzenia tego typu działań wskazuje model planowania zaprezentowany przez Marka B. Dignana i Patricię A. Carr. W modelu tym etap początkowy planowania edukacji zdrowotnej to diagnoza potrzeb – analiza sytuacji populacji (społeczności), w której realizowany będzie program⁴. Diagnoza taka, określana przez Ewę Syrek jako „rozpoznawanie w poszczególnych przypadkach przyczyn badanego stanu, ocena jego objawów i możliwości przemian”⁵, jest kluczową metodą pedagogiki społecznej, właściwie przeprowadzona daje możliwość interpretacji zjawiska i sformułowania wniosków mających służyć poprawie zaistniałego stanu rzeczy. Z punktu widzenia oddziaływań edukacyjnych jest zatem elementem o znaczeniu fundamentalnym.

Podstawy teoretyczne przeprowadzonych badań

Holistyczne ujęcie zdrowia

Tradycyjnym modelem zdrowia stanowiącym podstawę medycyny naukowej końca XIX i początku XX wieku jest **model biomedyczny**, którego fundament stanowi filozofia kartezjańska, czyli mechanistyczna teoria przyrody⁶. W modelu tym zdrowie jest kategorią zobiektywizowaną, ograniczoną wyłącznie do braku dysfunkcji organizmu jako maszyny, której wszystkie elementy zgodnie funkcjonują. Funkcje i procesy biologiczne są znormalizowane przez medycynę, dysponującą licznymi metodami analizy materiału biologicznego i procesów biochemicznych.

³ Por. M. Kowalski, A. Gaweł: *Zdrowie – wartość – edukacja*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, 2006, s. 110–112.

⁴ M.B. Dignan, P.A. Carr: *Program Planning for Health Education and Promotion*. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1992, s. 15.

⁵ E. Syrek: *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży w regionie górnośląskim*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1987, s. 44.

⁶ M. Kowalski, A. Gaweł: *Zdrowie – wartość – edukacja...*, s. 26.

W 1947 roku członkowie Światowej Organizacji Zdrowia opracowali nowatorską w tamtym czasie definicję zdrowia, w której podali, iż zdrowie „to stan dobrego samopoczucia (dobrostan – *well-being*) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub kalectwa i niepełnosprawności”⁷. O tym, że definicja ma charakter nowatorski, decyduje między innymi to, iż zdrowie jest tu pojmowane pozytywnie – jako swego rodzaju dobrostan. Ponadto uwzględniono złożoność i wielowymiarowość tego pojęcia, jak i wieloaspektowość natury człowieka (aspekt fizyczny, psychiczny i społeczny), a także zwrócono uwagę na subiektywne poczucie zdrowia, co usytuowało subiektywną oceną ponad miernikami obiektywnymi⁸.

Zatem w drugiej połowie XX wieku w centrum zainteresowania znalazł się człowiek w ujęciu holistycznym, czyli całościowym (z gr. *hólos* – ‘cały, kompletny’). Podstawą holistycznego modelu zdrowia jest systemowe podejście do ujmowania zdrowia i choroby⁹.

Model holistyczny zakłada istnienie kilku powiązanych z sobą wymiarów zdrowia (przypisanych niejako poszczególnym sferom funkcjonowania człowieka), na które wskazuje przytoczona definicja zdrowia opracowana przez WHO. Na zdrowie człowieka w ujęciu holistycznym składają się:

- 1) **zdrowie fizyczne (somatyczne)**, czyli prawidłowe funkcjonowanie organizmu człowieka – jego poszczególnych narządów oraz układów;
- 2) **zdrowie psychiczne**, czyli stopień integracji osobowości; w tym wymiarze można wyróżnić:
 - zdrowie umysłowe – zdolność do logicznego myślenia;
 - zdrowie emocjonalne – zdolność do właściwego rozpoznawania, przeżywania i wyrażania uczuć;
- 3) **zdrowie społeczne**, czyli zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji interpersonalnych oraz właściwego pełnienia ról i zadań wyznaczonych w procesie socjalizacji¹⁰.

⁷ M. Demel: *Pedagogika zdrowia*. „Chowanna” 2002, T. 1, s. 13–26.

⁸ Z. Juczyński: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Wyd. 2. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych, 2012, s. 12.

⁹ B. Woynarowska: *Modele zdrowia*. W: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Red. B. Woynarowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2017, s. 22–23. Por. M. Lubański: *Informacja – system*. W: M. Heller, M. Lubański, S.W. Ślaga: *Zagadnienia filozoficzne współczesnej nauki*. Wyd. 2. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej, 1982, s. 15.

¹⁰ K. Borzucka-Sitkiewicz: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*. Kraków: Impuls, 2006, s. 9–10. Por. J. Domaradzki: *O definicjach zdrowia i choroby*. „Folia Medica Lodziensia” 2013, T. 40, z. 1, s. 5–29. W późniejszym czasie dostrzeżono potrzebę wpisania w po-

Czynniki warunkujące zdrowie

W toku kształtowania się koncepcji holistycznej oraz rozwoju idei promocji zdrowia zauważono, iż zdrowie ma zwłaszcza wymiar jednostkowy – budowanie zdrowia całych populacji należy rozpocząć od wzmacniania zdrowia poszczególnych jej członków i uświadamiania im osobistej odpowiedzialności za swoje zdrowie¹¹. Ponadto w XX wieku zaobserwowano w populacjach krajów wysoko rozwiniętych pojawienie się chorób przewlekłych, warunkowanych stylem życia. Zaczęto zatem poszukiwać pozamedycznych metod ochrony zdrowia¹².

Momentem przełomowym dla zmiany postrzegania czynników determinujących zdrowie ludzi był opracowany przez ministra zdrowia Kanady Marca Lalonde raport (ogłoszony w 1974 roku), w którym to zaproponowano koncepcję „pól zdrowia” (zwaną też kołem Lalonde’a) opartą na czterech grupach czynników determinujących zdrowie jednostki (koncepcja odnosiła się do sytuacji w krajach wysoko rozwiniętych): styl życia (około 50–60% wpływu); środowisko (około 20%); biologia człowieka (około 20%); organizacja opieki medycznej (około 10–15%)¹³. Widać zatem wyraźnie, iż styl życia obierany przez daną jednostkę w największym stopniu determinuje jej zdrowie (aż 50–60% wpływu).

Styl życia

W dokumentach WHO styl życia odnosi się do sposobu życia opartego na wzajemnym związku między warunkami życia a indywidual-

czet wymiarów zdrowia kolejnych jego aspektów. Obecnie wymienia się także zdrowie duchowe (*spiritual health*), zdrowie seksualne (*sexual health*) oraz zdrowie prokreacyjne (*reproductive health*). Por. I. H e s z e n, H. S ę k: *Psychologia zdrowia*. Wyd. 1, dodr. 4. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012, s. 72; Z. L e w - S t a r o w i c z: *Zdrowie seksualne: historia, kryteria, promocja*. W: *Zdrowie seksualne*. Red. J. R z e p k a. Mysłowice: Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hłonda w Mysłowicach, 2007, s. 8–9.

¹¹ B. W o y n a r o w s k a: *Zdrowie, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia*. W: *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Podręcznik dla studentów uczelni pedagogicznych. Red. A. J a c z e w s k i. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2001, s. 109.

¹² J. G r e e n, K. T o n e s: *Health Promotion. Planning and Strategies*. London: Sage, 2010, s. 83.

¹³ B. B i k: *Koncepcja promocji zdrowia*. W: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Cz. 2. Red. A. C z u p r y n a et al. Wyd. 2 popr. i poszerz. Kraków: „Vesalius”, 2001, s. 214–215.

nymi wzorcami zachowań¹⁴. Z kolei w psychologii zdrowia styl życia związany ze zdrowiem jest definiowany jako charakterystyczny dla jednostki **system zachowań zdrowotnych**, determinowany zarówno przez cechy temperamentu, wiedzę, przekonania na temat świata, życia, własnej osoby, kompetencje, wartości, doświadczenia, jak i przez pewne zmienne socjokulturowe¹⁵.

Zachowania zdrowotne

W czasach popularyzacji biomedycznego modelu zdrowia zachowania zdrowotne odnoszono wyłącznie do zachowań związanych z korzystaniem z sektora instytucji medycznych¹⁶. Z czasem zaczęto jednak poszerzać znaczenie tego terminu o działalność związaną ze sferą zdrowia oraz z profilaktyką chorób. Barbara Woynarowska podaje, iż zachowania zdrowotne to postępowania, działania (lub ich zaniechanie), które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na stan zdrowia jednostki¹⁷.

W swoich badaniach przyjęłam definicję zachowań zdrowotnych opracowaną przez Davida S. Gochmana, który do zachowań zdrowotnych zalicza „takie osobiste atrybuty, jak przekonania, oczekiwania, motyw, spostrzeżenia i inne elementy poznawcze, właściwości osobowościowe, włączając stany i cechy uczuciowe i emocjonalne, wzorce jawnego zachowania, działania i nawyki, które wiążą się z utrzymywaniem, odzyskiwaniem i polepszaniem zdrowia”¹⁸. Definicja ta wpisuje się w celowościowe ujmowanie zachowań zdrowotnych, w którym określa się je jako czynności celowo ukierunkowane na zdrowie, czyli wiążące się z podmiotowym przekonaniem o bezpo-

¹⁴ B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wyd. 3 popr. i uzup. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000, s. 82–85.

¹⁵ H. Sęk: *Zdrowie behawioralne*. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. Red. J. Strelau. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2000, s. 543.

¹⁶ Por. J. Indulski, J. Leowski: *Podstawy medycyny społecznej*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1971.

¹⁷ B. Woynarowska: *Zdrowie i czynniki je warunkujące*. W: B. Woynarowska et al.: *Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży*. Red. B. Woynarowska. Warszawa: Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, 1995, s. 10–11.

¹⁸ D.S. Gochman: *Labels, System and Motives: Some Perspectives for Future Research and Programs*. „Health Education Quarterly” 1982, vol. 9 (2–3), s. 167–173.

średnim wpływie danego zachowania na zdrowie. Oczywiście celowościowy charakter zachowań zdrowotnych ma związek z ich istotą, zachowania te bowiem mogą być zarówno nawykiem (efektem socjalizacji), jak i czynnością intencjonalną (determinowaną świadomością zdrowotną) lub reaktywną (wynikającą z oczekiwań społecznych)¹⁹.

Cel badań, materiał i metoda

Celem badań, których wyniki opisano w niniejszym artykule, była diagnoza zachowań zdrowotnych podejmowanych przez mieszkańców województwa śląskiego. Badania przeprowadzono w latach 2015–2016 na próbie liczącej 345 losowo wybranych mieszkańców województwa śląskiego (223 kobiety i 122 mężczyzn). Wiek respondentów mieścił się w przedziale 18–60 lat. Wykorzystanym narzędziem pomiaru był Inwentarz Zachowań Zdrowotnych autorstwa Zygfryda Juczyńskiego, składający się z 24 stwierdzeń odnoszących się do różnego rodzaju zachowań związanych ze zdrowiem. Procedura badawcza polegała na zaznaczaniu przez badanych odpowiedzi na pytania o to, jak często wykonują podane czynności (należało wziąć pod uwagę ostatni rok). Odpowiedzi były zaznaczane jako jedna z pozycji na pięciostopniowej skali: 1 – prawie nigdy; 2 – rzadko; 3 – od czasu do czasu; 4 – często; 5 – prawie zawsze. Na podstawie wskazanej przez badanych częstotliwości poszczególnych zachowań ustalono ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych:

- 1) prawidłowe nawyki żywieniowe (uwzględniające jakość spożywanej żywności);
- 2) zachowania profilaktyczne (przestrzeganie zaleceń zdrowotnych oraz poszukiwanie informacji na temat zdrowia i choroby);
- 3) praktyki zdrowotne (codzienne nawyki związane ze snem, z odpoczynkiem, aktywnością fizyczną);
- 4) pozytywne nastawienie psychiczne (czynniki psychologiczne wpisujące się w zakres zachowań zdrowotnych)²⁰.

Uzyskane w trakcie badania wyniki zlicza się wedle podanego w instrukcji do narzędzia klucza, aby uzyskać ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych. Wartość tego wskaźnika mieści się w granicach 24–120 punktów. Wartości te przekształca się na jednostki standaryzowane i poddaje interpretacji zgodnie ze skalą stenową: 1–4 sten to wyniki niskie, natomiast 7–10 – wysokie. Ponadto oddzielnie oblicza

¹⁹ Por. I. Hesz en, H. Sę k: *Psychologia zdrowia...*, s. 95.

²⁰ Ibidem, s. 115.

się nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych – wskaźnikiem jest średnia liczba punktów w każdej kategorii. Dokonuje się także porównania wyników badań z wynikami średnimi uzyskanymi podczas badań normalizacyjnych²¹.

Analiza wyników badań własnych

Zanim dokonano wyboru adekwatnych narzędzi analitycznych do analizy statystycznej konieczne było ustalenie, czy rozkład zmiennych ma charakter normalny. Do tego celu wykorzystano test Shapiro-Wilka. W badaniu wszystkie kategorie IZZ w przypadku kobiet, jak i wyniki bez podziału ze względu na płeć uzyskały prawdopodobieństwo (p) na poziomie niższym od założonego poziomu istotności ($\alpha = 0,05$). Zatem zmienne nie mają rozkładu normalnego. Konieczne okazało się skorzystanie w badaniu z testów nieparametrycznych.

W pierwszym etapie analizy oparto się na statystykach klasycznych – opisowych (średnia M i odchylenie standardowe SD). Szczegółowe dane dotyczące statystyk opisowych w zakresie ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych oraz poszczególnych kategorii tych zachowań, wraz z danymi normalizacyjnymi, zawierają tabele 1–5.

Respondenci otrzymali średnio 78,11 pkt w zakresie **ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych** – to wynik niższy niż wynik normalizacyjny wynoszący średnio 81,82 pkt. Zarówno w badanej grupie, jak i w grupie normalizacyjnej kobiety osiągnęły średnio wyższe wyniki niż mężczyźni – ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych kobiet jest wyższy, zatem częściej przejawiają one zachowania sprzyjające zdrowiu. Wynik surowy w zakresie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych dla mieszkank województwa śląskiego wynosi średnio 81 pkt, co w przeliczeniu na jednostki standaryzowane daje 5 stenów. Zgodnie z kluczem diagnostycznym, wynik ten należy traktować jako przeciętny. Mężczyźni w badanej grupie osiągnęli średnio niespełna 73 pkt (5 stenów), co również oznacza przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych. Wyniki w grupach podzielonych ze względu na płeć badanych są podobne do uzyskanych w grupie normalizacyjnej (tabela 1).

²¹ Ibidem, s. 113–116.

Tabela 1

Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych (statystyki opisowe) – wyniki w badanej grupie vs wyniki normalizacyjne

Wskaźniki	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	badana grupa (N = 223)	wyniki normalizacyjne (N = 261)	badana grupa (N = 122)	wyniki normalizacyjne (N = 235)	badana grupa (N = 345)	wyniki normalizacyjne (N = 496)
<i>M</i>	81,00	84,03	72,83	78,50	78,11	81,82
<i>SD</i>	15,33	14,16	17,18	14,02	16,45	14,16

Objaśnienia: *M* – średnia arytmetyczna; *N* – liczba badanych; *SD* – odchylenie standardowe.

Wyniki uzyskane przez poszczególnych respondentów w zakresie zmiennej „odchylenie standardowe” odchylają się od wartości średniej o +/- 16,45 pkt. Zatem zarówno w całej grupie, jak i w jej podgrupach wyłonionych z uwzględnieniem kryterium płci odchylenie standardowe ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych przyjmuje wyższą wartość niż w grupie normalizacyjnej.

W zakresie pierwszej kategorii zachowań zdrowotnych – **prawidłowych nawyków żywieniowych** – respondenci uzyskali średnio 3,2 pkt, podobny wynik uzyskano w grupie normalizacyjnej. Zarówno w grupie badanych, jak i w grupie normalizacyjnej kobiety uzyskały średnio wyższe wyniki niż mężczyźni w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych (tabela 2).

Tabela 2

Prawidłowe nawyki żywieniowe (statystyki opisowe) – wyniki w badanej grupie vs wyniki normalizacyjne

Wskaźniki	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	badana grupa (N = 223)	wyniki normalizacyjne (N = 261)	badana grupa (N = 122)	wyniki normalizacyjne (N = 235)	badana grupa (N = 345)	wyniki normalizacyjne (N = 496)
<i>M</i>	3,37	3,60	2,90	2,85	3,20	3,22
<i>SD</i>	0,84	0,75	0,81	0,79	0,86	0,76

Objaśnienia: *M* – średnia arytmetyczna; *N* – liczba badanych; *SD* – odchylenie standardowe.

W kategorii zachowań zdrowotnych odnoszących się do prawidłowych nawyków żywieniowych odchylenie standardowe wynosi 0,86 dla całej próby badawczej. W grupie normalizacyjnej zaś odchylenie standardowe przyjmuje nieco niższe wartości (zarówno dla całej grupy, jak i w grupach wydzielonych ze względu na płeć).

W zakresie **zachowań profilaktycznych** respondenci uzyskali średnio 3,18 pkt – stanowi to wynik niższy od wyniku w grupie normalizacyjnej ($M = 3,42$). Zarówno wśród mieszkańców województwa śląskiego, jak i w grupie normalizacyjnej w tej kategorii zachowań zdrowotnych kobiety uzyskały wyższe wyniki niż mężczyźni (tabela 3).

Tabela 3

Zachowania profilaktyczne (statystyki opisowe) –
wyniki w badanej grupie vs wyniki normalizacyjne

Wskaźniki	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	badana grupa ($N = 223$)	wyniki normalizacyjne ($N = 261$)	badana grupa ($N = 122$)	wyniki normalizacyjne ($N = 235$)	badana grupa ($N = 345$)	wyniki normalizacyjne ($N = 496$)
M	3,35	3,48	2,88	3,30	3,18	3,42
SD	0,86	0,78	0,84	0,77	0,88	0,78

Objaśnienia: M – średnia arytmetyczna; N – liczba badanych; SD – odchylenie standardowe.

Odchylenie standardowe w tej kategorii wyniosło ogółem średnio 0,88, czyli nieco więcej niż w grupie normalizacyjnej.

W zakresie **pozytywnego nastawienia psychicznego** respondenci uzyskali średnio 3,39 pkt, natomiast w grupie normalizacyjnej – 3,52. Również w tej kategorii kobiety uzyskały wyniki wyższe niż mężczyźni (zarówno w grupie badawczej, jak i normalizacyjnej) (tabela 4).

Tabela 4

Pozytywne nastawienie psychiczne (statystyki opisowe) –
wyniki w badanej grupie vs wyniki normalizacyjne

Wskaźniki	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	badana grupa ($N = 223$)	wyniki normalizacyjne ($N = 261$)	badana grupa ($N = 122$)	wyniki normalizacyjne ($N = 235$)	badana grupa ($N = 345$)	wyniki normalizacyjne ($N = 496$)
M	3,47	3,74	3,25	3,24	3,39	3,52
SD	0,72	0,79	0,79	0,66	0,75	0,66

Objaśnienia: M – średnia arytmetyczna; N – liczba badanych; SD – odchylenie standardowe.

Wśród mieszkańców województwa śląskiego wyniki w tej kategorii odchylają się od wartości średniej ogółem o 0,75. Wyniki dla mężczyzn w tej grupie odchylają się od wartości średniej aż o 0,79 – to więcej

mężczyzn niż odchylenie w grupie mieszkańców województwa śląskiego ogółem oraz kobiet z badanej grupy.

W zakresie **praktyk zdrowotnych** respondenci otrzymali średnio 3,22 pkt (w grupie normalizacyjnej – 3,32). Zarówno w badanej grupie, jak i w grupie normalizacyjnej kobiety uzyskały wyniki wyższe (tabela 5).

Tabela 5

Praktyki zdrowotne (statystyki opisowe) –
wyniki w badanej grupie vs wyniki normalizacyjne

Wskaźniki	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	badana grupa (N = 223)	wyniki normalizacyjne (N = 261)	badana grupa (N = 122)	wyniki normalizacyjne (N = 235)	badana grupa (N = 345)	wyniki normalizacyjne (N = 496)
M	3,31	3,53	3,08	3,08	3,22	3,32
SD	0,74	0,78	0,82	0,95	0,77	0,85

Objaśnienia: M – średnia arytmetyczna; N – liczba badanych; SD – odchylenie standardowe.

Wśród mieszkańców województwa śląskiego wyniki w tej kategorii odchylają się od wartości przeciętnej o 0,77 pkt (o 0,74 dla kobiet i o 0,82 dla mężczyzn). W grupie normalizacyjnej odchylenie standardowe przyjmuje większą wartość (zarówno ogółem, jak i w podziale ze względu na płeć), niż w grupie badawczej.

Analiza statystyk opisowych pozwala wyciągnąć wniosek, iż mieszkańcy województwa śląskiego (wszyscy badani ogółem i grupy wyodrębnione z uwzględnieniem kryterium płci) uzyskali wyniki niższe od tych w grupie normalizacyjnej (zarówno pod względem ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych, jak i poszczególnych kategorii tych zachowań). Kobiety zamieszkałe w województwie śląskim, podobnie jak kobiety w grupie normalizacyjnej, uzyskały wyniki wyższe od wyników mężczyzn (wyniki w zakresie badania wskaźnika ogólnego oraz kolejnych kategorii zachowań).

W drugim etapie analizy posłużono się statystykami pozycyjnymi. Nie są one oparte na średniej, więc warto je wykorzystać, gdy rozkład wyników odbiega od rozkładu normalnego. Przeanalizowano następujące statystyki pozycyjne: kwartył pierwszy (Q25), kwartył trzeci (Q75) oraz mediana (Me). Szczegółowe dane z badań zawarte są w tabelach 6–10.

W zakresie **ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych** przynajmniej 25% respondentów uzyskało wynik do 70 pkt; wartość mediany pokazuje, że przynajmniej 50% badanych otrzymało 77 pkt.

Przynajmniej 75% mieszkańców województwa śląskiego uzyskało minimum 87 pkt (tabela 6).

Tabela 6

Statystyki pozycyjne
dla ogólnego wskaźnika
nasilenia zachowań zdrowotnych

Wskaźniki	Kobiety (N = 223)	Mężczyźni (N = 122)	Ogółem (N = 345)
Q25	72,00	60,00	70,00
Me	81,00	74,00	77,00
Q75	89,00	83,00	87,00

Objaśnienia: Me - mediana; N - liczba badanych;
Q25 - kwartyl pierwszy; Q75 - kwartyl trzeci.

W zakresie **prawidłowych nawyków żywieniowych** Q25 wynosi ogółem 2,67 pkt. Wartość mediany wynosi ogółem 3,17, natomiast wartość wskaźnika Q75 - 3,83 pkt (tabela 7).

Tabela 7

Statystyki pozycyjne
dla prawidłowych nawyków żywieniowych

Wskaźniki	Kobiety (N = 223)	Mężczyźni (N = 122)	Ogółem (N = 345)
Q25	2,83	2,33	2,67
Me	3,33	3,00	3,17
Q75	4,00	3,50	3,83

Objaśnienia: Me - mediana; N - liczba badanych;
Q25 - kwartyl pierwszy; Q75 - kwartyl trzeci.

Wyniki analiz w obrębie **zachowań profilaktycznych** kształtują się następująco: przynajmniej 25% badanych uzyskało 2,67 pkt w tej kategorii. Z kolei wartość mediany dla ogółu respondentów wynosi 3,17 pkt. Przynajmniej 75% badanych ogółem uzyskało 3,67 pkt w kategorii zachowań profilaktycznych.

Tabela 8

Statystyki pozycyjne dla zachowań profilaktycznych

Wskaźniki	Kobiety (N = 223)	Mężczyźni (N = 122)	Ogółem (N = 345)
Q25	2,83	2,33	2,67
Me	3,33	3,00	3,17
Q75	4,00	3,33	3,67

Objaśnienia: Me – mediana; N – liczba badanych;
Q25 – kwartył pierwszy; Q75 – kwartył trzeci.

W zakresie **pozytywnego nastawienia psychicznego** przynajmniej 25% respondentów uzyskało wynik 3,00 pkt. Przynajmniej 75% mieszkańców województwa śląskiego uzyskało w tej kategorii 3,83 pkt (tabela 9).

Tabela 9

Statystyki pozycyjne dla pozytywnego nastawienia psychicznego

Wskaźniki	Kobiety (N = 223)	Mężczyźni (N = 122)	Ogółem (N = 345)
Q25	3,00	3,00	3,00
Me	3,50	3,33	3,33
Q75	3,83	3,83	3,83

Objaśnienia: Me – mediana; N – liczba badanych;
Q25 – kwartył pierwszy; Q75 – kwartył trzeci.

Wyniki analiz statystyk pozycyjnych w kategorii **praktyk zdrowotnych** kształtują się następująco: wartość Q25 dla ogółu respondentów wynosi 2,83 pkt, wartość mediany dla całej grupy – 3,17, a wartość kwartyła trzeciego – 3,67 pkt (tabela 10).

Tabela 10

Statystyki pozycyjne dla praktyk zdrowotnych

Wskaźniki	Kobiety (N = 223)	Mężczyźni (N = 122)	Ogółem (N = 345)
Q25	3,00	2,67	2,83
Me	3,33	3,00	3,17
Q75	3,83	3,67	3,67

Objaśnienia: Me – mediana; N – liczba badanych;
Q25 – kwartył pierwszy; Q75 – kwartył trzeci.

Analiza statystyk pozycyjnych zarówno ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych, jak i poszczególnych kategorii tych zachowań również wskazuje, że kobiety częściej podejmują zachowania sprzyjające zdrowiu.

W ostatnim etapie analizy postanowiono sprawdzić, czy występują korelacje wyników z wiekiem badanych. W tym celu posłużono się współczynnikiem korelacji τ -Kendalla. Następnie w celu stwierdzenia, czy ewentualna korelacja jest statystycznie istotna, zweryfikowano hipotezę o istotności współczynnika korelacji.

Wartość współczynnika dla wskaźnika ogólnego oraz poszczególnych kategorii mieściła się w przedziale od 0,1 do 0,3 (za wyjątkiem kategorii praktyk zdrowotnych). Pomiedzy ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych oraz poszczególnymi kategoriami a wiekiem badanych występuje zatem słaba korelacja dodatnia. Fakt ten oznacza, że wraz z wiekiem badanych rosną wartości uzyskanych przez nich wyników. Pomimo iż zależność ta jest słaba, jest statystycznie istotna. Jedynie w odniesieniu do praktyk zdrowotnych zależność jest bardzo słaba i statystycznie nieistotna.

Wnioski z badań

W statystykach opisowych mieszkańcy województwa śląskiego (ogółem oraz osobno w grupach kobiet i mężczyzn) uzyskali niższe wyniki niż te w grupie normalizacyjnej (zarówno w zakresie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych, jak i poszczególnych kategorii tych zachowań). Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego można ocenić jako przeciętny.

Kobiety zamieszkałe w województwie śląskim, podobnie jak kobiety w grupie normalizacyjnej, uzyskały wyniki wyższe niż mężczyźni (wyższe wartości w zakresie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych oraz w zakresie poszczególnych kategorii zachowań). Zatem kobiety częściej przejawiają zachowania sprzyjające zdrowiu niż mężczyźni. W kategoriach odnoszących się do nawyków żywieniowych oraz zachowań profilaktycznych mężczyźni uzyskali średnio najniższe wyniki (odpowiednio: 2,9 i 2,88).

Wartość odchylenia standardowego wyniku ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych oraz poszczególnych kategorii zachowań jest wyższa wśród mieszkańców województwa śląskiego niż w grupie normalizacyjnej – za wyjątkiem kategorii „pozytywne nastawienie psychiczne” w grupie kobiet (wartość odchylenia jest w tym przypadku niższa niż w grupie normalizacyjnej). Podobnie rzecz się ma z prakty-

kami zdrowotnymi – w tej kategorii wartość odchylenia standardowego wśród mieszkańców województwa śląskiego jest niższa niż w grupie normalizacyjnej.

Wyniki analizy statystyk pozycyjnych (adekwatnych do rozkładu analizowanych zmiennych) zarówno ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych, jak i poszczególnych kategorii pozwalają na stwierdzenie, iż kobiety zamieszkałe w województwie śląskim charakteryzują się wyższą częstotliwością zachowań sprzyjających zdrowiu niż mężczyźni. Wartość Q75 dla ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych wskazuje, iż przynajmniej 75% kobiet uzyskała wynik na poziomie minimum 6 stenów, czyli wyższy niż średni wynik w tej grupie.

Stwierdzono również, iż występuje słaba dodatnia korelacja między ogólnym wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych oraz poszczególnymi kategoriami tych zachowań (za wyjątkiem praktyk zdrowotnych) a wiekiem badanych. Oznacza to, że wraz z wiekiem rosną wartości uzyskanych wyników. Im młodszy badany, tym niższe wyniki w zakresie wskaźnika ogólnego oraz poszczególnych kategorii.

Dyskusja wyników oraz rekomendacje

Analiza wyników badań wykazała, iż mężczyźni zamieszkujący województwo śląskie charakteryzują się niższym nasileniem prawidłowych zachowań zdrowotnych niż kobiety, zwłaszcza nawyków żywieniowych oraz zachowań profilaktycznych. Oznacza to, iż kobiety częściej dbają o prawidłową dietę oraz dokonują samokontroli stanu zdrowia. Tymczasem zachowania te są tak samo ważne dla osób obu płci. Brak odpowiedniej wiedzy i nawyków w zakresie prawidłowego żywienia stanowi poważny problem w całej Polsce, o czym świadczy fakt, iż jednym z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 była „Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości”²². Podobnie sformułowany cel operacyjny zapisano w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020: „Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywiania oraz aktywności fizycznej społeczeństwa”²³. Racjonalna

²² Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 – Ministerstwo Zdrowia. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2007-2015/> [20.12.2017].

²³ Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/cele-operacyjne-mpz/> [20.12.2017].

i zbilansowana dieta może bowiem w znaczącym stopniu przyczyniać się do utrzymywania i potęgowania zdrowia. Jak wskazują wyniki licznych badań, nieprawidłowa dieta charakteryzująca się wysoką podażą kalorii, bogata w tłuszcze zwierzęce, tłuszcze trans, czerwone mięso, a uboga w warzywa i owoce może sprzyjać rozwojowi wielu chorób cywilizacyjnych, między innymi schorzeń układu krążenia czy nowotworów. Z kolei stosowanie zasad opartych na piramidzie zdrowego żywienia (opracowanej przez Instytut Żywności i Żywienia) gwarantuje odpowiednio zbilansowaną dietę mającą działanie chroniące przed wieloma chorobami²⁴.

Samokontrola stanu zdrowia oraz zachowania profilaktyczne stanowią niejednokrotnie elementy stylu życia ratujące zdrowie, a nawet życie. Nawyki te pozwalają bowiem na wykrycie niepokojących zmian w początkowym stadium rozwoju danej jednostki chorobowej, co w przypadku tak poważnych chorób jak nowotwory ma znaczenie fundamentalne²⁵. Badania GUS z 2014 roku świadczą o tym, iż Polacy coraz częściej podejmują zachowania profilaktyczne²⁶. Jednakże, jak wskazują wnioski oparte na wynikach badań własnych, zachęcanie do regularnej samokontroli stanu zdrowia (zwłaszcza mężczyzn) powinno zostać włączone do strategii z zakresu promocji zdrowia w społeczności lokalnej.

Wyniki uzyskane w badaniu prowadzonym z wykorzystaniem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych mogą posłużyć do planowania działań edukacyjnych i profilaktycznych w zakresie modyfikacji zachowań zdrowotnych i monitorowania zmian w tych zachowaniach w odniesieniu do konkretnej populacji – mieszkańców województwa śląskiego.

Irena Heszen i Helena Sęk sformułowały szereg ogólnych zasad, na których powinny się opierać wytyczne służące modyfikacji zachowań zdrowotnych. Zasady mogą stanowić rekomendacje dla wdrażania strategii edukacyjnych również w województwie śląskim:

²⁴ B. Tobiasz-Adamczyk: *Socjologiczne ujęcie zachowań w zdrowiu. W: Od socjologii medycyny do socjologii żywienia*. Red. B. Tobiasz-Adamczyk. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2013, s. 27. Por. B. Woynarowska: *Styl życia i zachowania zdrowotne. W: Edukacja zdrowotna...*, s. 62–64.

²⁵ A. Guła: *Rak sutka u kobiet – profilaktyka i diagnostyka. W: Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi. Pedagogiczne konteksty badawcze*. Red. J. Bułska. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, 2008, s. 38, 40–41. Por. B. Woynarowska: *Styl życia i zachowania zdrowotne...*, s. 64–66.

²⁶ *Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badania EHIS 2014*. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> [5.06.2016].

- dokonywanie zmian w zachowaniach zdrowotnych powinno być efektem swobodnego wyboru jednostki;
- zachowania zdrowotne powinny być powiązane z systemem wartości jednostki i jej zadaniami rozwojowymi;
- w realizacji decyzji dotyczącej zmiany zachowań zdrowotnych istotne jest stawianie realistycznych celów sprzyjających aktywizacji poczucia własnej skuteczności;
- strategie edukacyjne powinny być dostosowane do odbiorców i do kontekstu ich życia;
- w dokonywaniu zmian zachowań zdrowotnych jednostki ważne jest wspomagające działanie innych osób – profesjonalistów, społeczności lokalnej itp.;
- istotne znaczenie ma także wykorzystywanie w praktyce wiedzy o predyktorach zmian w zachowaniach i przebiegu tego procesu²⁷.

Istotną rekomendację dla praktyki może stanowić także stosowanie nowego podejścia do promocji zdrowia. W podejściu tym podkreśla się, iż promocja zdrowia stanowi sztukę interwencji w systemy społeczne i dąży do zachęcania ich do dokonywania prozdrowotnych zmian w tych systemach. W promocji zdrowia wykorzystuje się zatem zagadnienia z zakresu pedagogiki społecznej dotyczące konkretnych właściwości poszczególnych społeczności do planowania strategii związanych z organizowaniem, poszukiwaniem zasobów i sił społecznych oraz aktywizowaniem społeczności w celu identyfikowania i rozwiązywania problemów zdrowotnych²⁸. Aby edukacja zdrowotna w społeczności lokalnej była możliwa, świadomość społeczna musi ulegać przeobrażeniom w kierunku adekwatnym do potrzeb, muszą także zostać wyzwolone siły tkwiące w danej zbiorowości²⁹. Ogromne znaczenie ma tutaj edukacja zdrowotna i propagowanie prozdrowotnych zachowań już od najmłodszych lat, prawidłowe nawyki bowiem najłatwiej ukształtować u ludzi młodych, mimo iż to oni rzadziej podejmują zachowania sprzyjające zdrowiu (jak wskazały badania własne, nasilenie zachowań prozdrowotnych rośnie wraz z wiekiem, zatem u ludzi młodych

²⁷ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 139.

²⁸ E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2009, s. 73–81. Por. E. Syrek: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2000, s. 69–70.

²⁹ K. Kowalczevska-Grabowska: *Promocja zdrowia w środowisku lokalnym*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2013, s. 89–93. Por. Eadem: *Organizowanie społeczności lokalnej i aktywizacja jej potencjału dla potrzeb promocji zdrowia*. W: *Psychospołeczne i środowiskowe konteksty zdrowia i chorób*. Red. K. Borzucka-Sitkiewicz. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2016, s. 209–213.

jest niższe). Warto zatem planować i wdrażać programy edukacyjne skierowane właśnie do tej grupy docelowej. Realizacja zadań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej leży w gestii wielu środowisk i systemów, które powinny się wzajemnie wspierać i uzupełniać, tak by przy użyciu różnych metod i narzędzi realizować jeden wspólny cel: wzmacniać potencjał zdrowotny ludzi.

Bibliografia

- Bik I.: *Koncepcja promocji zdrowia*. W: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Cz. 2. Red. A. Czupryna et al. Wyd. 2 popr. i poszerz. Kraków: „Vesalius”, 2001.
- Borzucka-Sitkiewicz K.: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*. Kraków: Impuls, 2006.
- Demel M.: *Pedagogika zdrowia*. „Chowanna” 2002, T. 1.
- Dignan M.B., Carr P.A.: *Program Planning for Health Education and Promotion*. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1992.
- Domaradzki J.: O definicjach zdrowia i choroby. „Folia Medica Lodziensia” 2013, T. 40, z. 1.
- Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Red. B. Woynarowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2017.
- Gochman D.S.: *Labels, System and Motives: Some Perspectives for Future Research and Programs*. „Health Education Quarterly” 1982, vol. 9 (2-3).
- Green J., Tones K.: *Health Promotion. Planning and Strategies*. London: Sage, 2010.
- Guła A.: *Rak sutka u kobiet – profilaktyka i diagnostyka*. W: *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi. Pedagogiczne konteksty badawcze*. Red. J. Bulska. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, 2008.
- Heszen I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*. Wyd. 1, dodr. 4. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012.
- Indulski J., Leowski J.: *Podstawy medycyny społecznej*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1971.
- Juczyński Z.: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Wyd. 2. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych, 2012.
- Kowalczevska-Grabowska K.: *Promocja zdrowia w środowisku lokalnym*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2013.
- Kowalski M., Gaweł A.: *Zdrowie – wartość – edukacja*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, 2006.
- Kulik T.B.: *Koncepcja zdrowia w medycynie*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. T.B. Kulik, M. Latański. Lublin: Czelej, 2002.
- Lew-Starowicz Z.: *Zdrowie seksualne: historia, kryteria, promocja*. W: *Zdrowie seksualne*. Red. J. Rzepka. Mysłowice: Górnioślaska

- Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hłonda w Myśłowicach, 2007.
- Lubański M.: *Informacja – system*. W: M. Heller, M. Lubański, S.W. Ślaga: *Zagadnienia filozoficzne współczesnej nauki*. Wyd. 2. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej, 1982.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 – Ministerstwo Zdrowia. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2007-2015/> [20.12.2017].
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/cele-operacyjne-npz/> [20.12.2017].
- Od socjologii medycyny do socjologii żywienia*. Red. B. Tobiasz-Adamczyk. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2013.
- Psychospołeczne i środowiskowe konteksty zdrowia i chorób*. Red. K. Borzucka-Sitkiewicz. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2016.
- Sęk H.: *Zdrowie behawioralne*. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. Red. J. Strelau. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2000.
- Syrek E.: *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży w regionie górnośląskim*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1987.
- Syrek E.: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2000.
- Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K.: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2009.
- Tobiasz-Adamczyk B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wyd. 3 popr. i uzup. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000.
- Wojnarowska B.: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2010.
- Wojnarowska B.: *Zdrowie, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia*. W: *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania. Podręcznik dla studentów uczelni pedagogicznych*. Red. A. Jacewski. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2001.
- Wojnarowska B.: *Zdrowie i czynniki je warunkujące*. W: B. Wojnarowska et al.: *Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży*. Red. B. Wojnarowska. Warszawa: Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, 1995.
- Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badania EHIS 2014*. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> [5.06.2016].

Dorota Gawlik

**Diagnosis of Health Behaviours of Inhabitants
of the Silesian Voivodeship
(on the Basis of the Research Conducted
with the Inventory of Health Behaviours of Z. Juczyński)**

Summary: Nowadays, more and more frequently the importance of personal choices is emphasized with regard to health condition and the risk of developing certain illnesses. This means that it is necessary to implement educational and preventive strategies. The starting point for such activities should constitute a diagnosis of health behaviours of various groups of people, based on reliable research tools. Our research has been carried out on a group of 345 randomly selected inhabitants of the Silesian Voivodeship. The Inventory of Health Behaviours of Z. Juczyński has been used. The results obtained have been compared with normalization results in the field of descriptive statistics. Positional statistics and correlation coefficients have also been analyzed. Taking into account the data obtained, practical recommendations have been made in terms of planning and implementing educational strategies among the inhabitants of the Silesian Voivodeship.

Key words: diagnosis, health behaviours, Inventory of Health Behaviours, Silesian Voivodeship, health education, health promotion

Dorota Gawlik

**Diagnose des Gesundheitsverhaltens
von den Einwohnern der Woiwodschaft Schlesien
(anhand des Gesundheitsverhaltensinventars von Z. Juczyński)**

Zusammenfassung: Heutzutage wird die Bedeutung persönlicher Entscheidungen in Bezug auf die Gesundheit immer häufiger unterstrichen. Dies bedeutet, dass entsprechende Bildungs- und Präventionsstrategien müssen eingesetzt werden. Den Ausgangspunkt für solche Maßnahmen sollte eine Diagnose des Gesundheitsverhaltens von verschiedenen Menschengruppen darstellen. Eigene Untersuchungen der Verfasserin wurden an einer Gruppe von 345 ausgelosten Einwohnern der Woiwodschaft Schlesien mit Hilfe des von Z. Juczyński entwickelten Gesundheitsverhaltensinventars durchgeführt. Erhaltene Ergebnisse wurden dann mit den Normalisierungsergebnissen auf dem Gebiet deskriptiver Statistik verglichen. Ebenfalls analysierte man die Positions- und Korrelationskoeffizienten. Unter Berücksichtigung aller gewonnenen Daten wurden bestimmte Empfehlungen für die Einwohner der Woiwodschaft Schlesien formuliert.

Schlüsselwörter: Diagnose, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsverhaltensinventar, Woiwodschaft Schlesien, Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung