

HENRYK PIOTROWSKI¹

DOBROSTAN FIZYCZNY JAKO WSKAŹNIK JAKOŚCI ŻYCIA PIEŁĘGNIAREK. BADANIE EMPIRYCZNE

Physical welfare as the indicator of the quality of nurses' lives. Empirical study

Abstract

The article presents research reports covering the Mazovia region nurses' physical welfare. The purpose of the research was to attempt at revealing and contrasting the physical welfare of the nurses and the data for Polish general population published in Social Diagnosis 2009 (Czapinski, Panek (Eds.) 2009, Conditions and quality of life of the Poles). The subject of social capital is a part of the study project conducted in 2010-2012, dedicated to multilateral analyses of the quality of life of nurses. It is an endeavor to make a diagnosis of the quality of life and individual traits of the nurses as a professional group, based on their own, subjective self-description. It had been initiated to contribute to the development of scientific thought devoted to the sources and characteristics of people' welfare.

Key words: quality of life, physical welfare, physical ailments, health problems, health distress

WPROWADZENIE

Podstawowym wskaźnikiem jakości życia charakteryzującym kondycję zdrowotną jednostki czy grupy społecznej jest dobrostan fizyczny. Ustalenie uwarunkowań zdrowia społecznego jest zagadnieniem bardzo złożonym i dlatego rozwiązywaniem tej problematyki zajmują się przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych, wykorzystując własny warsztat badawczy. Podejście interdyscyplinarne posiada pewne wady, ponieważ jest przyczyną zacierania się granic różnorodnych dziedzin nauki. Uważa się zarazem, że najciekawsze rozwiązania ujawniają się na pograniczu różnych dyscyplin, stąd dążenie, aby problemy badać w sposób zintegrowany (Znaniński, 1988). Wśród tych dziedzin należy wymienić: epidemiologię (Szamotulska, 2000), demografię (Singel, 2002), geografię medyczną (Mazurkiewicz, Wróbel, 1997) politykę społeczną, socjologię medycyny (Ostrowska, 1990), zdrowie publiczne (Wysocki, Miller, 2003; Kirschner, 2002), psychologię społeczną

¹ Adres do korespondencji: piotrowskih@wp.pl

(Czapiński, Panek, 2011), pedagogikę społeczną (Kapica, 2001; Pilch, Lepalczyk, 2003) ekonomię (Folland, Goodman, Stano, 2001) i inne równie ważne.

Elementarnym wyznacznikiem dobrostanu i jakości życia jest stan zdrowia jednostki postrzegany obiektywnie i subiektywnie, o czym przekonuje wielu znawców tej problematyki w ujawnionym procesie powstawania kolejnych teoretycznych modeli jakości życia uwarunkowanych stanem zdrowia (Daszykowska, 2007). Zdrowie i chorobę człowieka na przestrzeni wieków rozważano w rozmaity sposób. Podstawę do interpretacji stanowiła w danej epoce myśl filozoficzna, wiedza o celu i sensie życia, o istocie człowieczeństwa oraz jego związkach z otaczającym światem (Kowalski, 2006). Zdrowie w społecznym oglądzie oznacza zdolność uczestniczenia jednostki w życiu społecznym na różnym poziomie jego integracji (Parsons, 1969). Jest podstawowym pojęciem w edukacji zdrowotnej, które nieodzownie łączy się z pojęciem choroby. Profesjonalnie pojęcie zdrowia nie oznacza braku choroby, ujmowane jest jako coś pozytywnego, pełnego radości, chęci wypełniania obowiązków, w obliczu których człowiek staje w życiu (Woynarowska, 2008). Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „zdrowie to nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, lecz stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego” (Woynarowska, 2008 s. 24–25). Definicja ta zawiera w sobie nowe elementy zwracające uwagę na zdrowie w ujęciu pozytywnym, obejmującym wszystkie wymiary jakości życia człowieka (Lewicki, 2006). Zdrowie pojawia się jako zdolność człowieka do normalnego funkcjonowania w środowisku. Jest to stan, w którym człowiek jest przygotowany i posiada optymalną zdolność do pełnienia ról i zadań wyznaczonych przez proces socjalizacji (Parsons, 1969). Współczesna nauka definiuje pojęcie zdrowia w szerszym kontekście, używając terminu „model”. Termin ten oznacza opis, który charakteryzuje – w sposób całościowy – główne jego cele, elementy i właściwości. Całościowe podejście do zdrowia często bywa określane terminem podejścia holistycznego, które przyjmuje, że aby wyjaśnić niektóre zachodzące zjawiska należy odnieść je do obejmującej ją całości (Woynarowska, 2008). W rozważaniach dotyczących zdrowia, spotkać można definicję eksponującą jej społeczny charakter, która mówi, że zdrowie jest to zdolność do samoregulacji organizmu. Jest to proces, który wynika z konieczności zaspokajania potrzeb (Bowling, 1999).

Rozwiniętą, wielopoziomową propozycję modelu zdrowia, która została zaproponowana znacznie wcześniej i znalazła swoje miejsce w piśmiennictwie medycznym i poza medycznym, zaproponował A. Antonovsky (Antonovsky, 1995). Uważa on, że zdrowie jest pewnym stanem „ścierania się”, czy nawet walki między chorobą a zdrowiem. Człowiek ze swoją kondycją znajduje się w miejscu określonego kontinuum, gdzie z jednej strony jest „zdrowie absolutne”, a z drugiej „absolutna choroba”. Ważne jest, aby zmierzać do zdrowia, gdyż „(...) o ile w człowieku jest chęć życia czy isierka życia, to na swój sposób jest zdrowy i powinien podążać w tym kierunku”.

Opis i ocena diagnostyczna określająca i oddzielająca chorobę od zdrowia dokonywana jest przez lekarzy, psychologów czy socjologów często za pomocą testów i badań laboratoryjnych. Jest to zarazem rozpoznanie stanu obiektywnego rozumienia zdrowia. Problem subiektywnego rozumienia zdrowia przedstawia się odmien-

nie. Układem odniesienia jest subiektywna koncepcja zdrowia, która rozumiana jest jako osobiste doznanie zdarzenia psychicznego, fizycznego i społecznego, ale w takim zakresie, w jakim kształtują one samopoczucie jednostki (Hunt, 1988). Subiektywne rozumienie zdrowia zaproponował J. Aleksandrowicz. Stwierdził, że zdrowie jest to subiektywne poczucie sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej, oraz prawidłowe relacje między tymi trzema parametrami (Aleksandrowicz, 1988). Samooceny konstruowane są przez osoby zainteresowane, które mówią o zdrowiu na podstawie własnych odczuć.

We własnych wyborach człowiek jest skłonny kierować się raczej subiektywną oceną własnego zdrowia niż jego obiektywnym stanem, który zresztą nie zawsze jest mu znany (Heszen-Niejodek, 1995). Z tego spojrzenia wynikają kolejne zagadnienia powiązane logicznie ze zdrowiem, mianowicie: profilaktyka, edukacja, promocja zdrowia. O promocji zdrowia mówi się coraz więcej, chociaż wciąż dla wielu jest to jeszcze jedno nowe hasło, które znaczy to samo, co profilaktyka. Tymczasem profilaktyka, czyli zapobieganie chorobom, to głównie zespół działań, nie tylko medycznych, podejmowanych przeciwko konkretnej chorobie lub grupie chorób. Natomiast promocja zdrowia stanowi proces podejmowania decyzji w sprawach ludzkiego zdrowia, bazujący głównie na aktywności środowisk lokalnych i poszczególnych ludzi związanych z nimi oraz na współpracy. Promotorzy są zgodni, że głównym celem działań promujących zdrowie jest poprawa kondycji zdrowotnej społeczeństwa (Andruszkiewicz, Banaszkiewicz, 2008). Promocja zdrowia zdefiniowana i ogłoszona w karcie ottawskiej (1986) to proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę i utrzymanie osiągniętego stanu (Koprowicz, 2008). Edukacja zdrowotna będąc nieodłącznym elementem promocji zdrowia, stanowi ważne ogniwo w kształtowaniu postaw prozdrowotnych i wychowaniu zdrowego pokolenia (Ślusarska, 2004). Jest pojęciem w polskim piśmiennictwie stosunkowo nowym, ale częściej można spotkać się z takimi określeniami jak: oświata zdrowotna, wychowanie zdrowotne. Edukacja zdrowotna – to dążenie do tego, aby człowiek chciał i umiał zdrowie doskonalić, chronić i ratować (Wojnarowska, 1998). Edukacja zdrowotna powoduje modyfikację sposobu życia, zmianę zachowań negatywnych na pozytywne. Zachęca do dokonywania korzystnych dla zdrowia wyborów poprzez dostarczanie wiedzy i udziela wsparcia. Jest rodzajem działania, które sprawia, że zdrowy wybór, np. zmiana diety, zaprzestanie picia alkoholu lub rzucenie palenia staje się podstawą do dalszych decyzji ukierunkowanych na zdrowie i jego ochronę. W ochronę zdrowia włącza się wiele środowisk, instytucji, organizacji oraz ludzi różnych zawodów i o różnym światopoglądzie (Kowalski, 2006).

W świadomości społecznej coraz szerszy horyzont obejmuje pojęcie zachowań zdrowotnych powiązanych ze stylem życia, rozumianych jako celowe zabiegi, służące podtrzymaniu zdrowia przez ludzi zdrowych i chorych (Sęk, Ścigała, Pasikowski, Beisert, Bleja, 1993). Zachowania te zmieniają się w ciągu całego życia i są zależne od wielu czynników, zarówno wewnętrznych, takich jak: wiek, płeć, osobowość, jak i zewnętrznych (środowiskowych). Uważa się je za wyznaczniki zdrowia, które wpływają bezpośrednio lub pośrednio na styl życia i jego jakość. Styl życia zajmuje pierwsze miejsce w grupie czynników warunkujących zdrowie.

Szacuje się, że stanowi około 50–52% ogółu wpływów wśród innych czynników. Zdaniem Woynarowskiej za styl życia możemy przyjąć działania człowieka, wpływające na jego zachowanie, które można w różnym stopniu kontrolować. Jest to trwały wzór zachowań, który został ukształtowany przez środowisko społeczno-geograficzne i ekonomiczno-społeczno-kulturowe, na które składają się cechy osobowości człowieka (Woynarowska, 2008). Może odnosić się do jednostki lub grupy społecznej. Na styl życia grupy społecznej składają się wzory zachowań akceptowane przez społeczeństwo lub daną grupę, która wspólnie je wypracowała w celu radzenia sobie z problemami życiowymi w procesie socjalizacji (Woynarowska, 2008).

Wielość uwarunkowań potencjału zdrowotnego eksplikowana w lapidarnym skrócie, przybliży nieco złożoną problematykę jakości życia rozpatrywaną w kontekście zdrowia wyznaczanego przez dobrostan. W badaniach społecznych opisujących jakość życia grupy społeczno-zawodowej czy społeczeństwa, obok wyróżnionego dobrostanu fizycznego przyjmuje się w hipotetycznym modelu wskaźniki obejmujące wielowymiarową jakość, mianowicie: kapitał społeczny, dobrostan psychiczny, dobrostan społeczny (postawy i zachowania społeczne), poziom cywilizacyjny, dobrobyt materialny (subiektywna ocena materialnego poziomu życia), stres życiowy, zachowania autodestrukcyjne. W 2000 roku uruchomiono w Polsce projekt badawczy „Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków”, który ciągle trwa, a doniesienia w postaci raportu ukazują się co dwa lata (Czapiński, Panek, 2009, 2011). Podobny projekt, lecz znacznie w skromniejszym zakresie, zrealizowano w odniesieniu do pielęgniarek – jednej z najliczniejszych grup społeczno-zawodowych naszego kraju.

W artykule zamieszczono wyniki badań charakteryzujące dobrostan fizyczny pielęgniarek² i porównano je z wynikami dobrostanu fizycznego Polaków.

CEL BADAŃ

Celem poznawczym podjętych badań było scharakteryzowanie dobrostanu fizycznego pielęgniarek. Celem dodatkowym było sprawdzenie, czy istnieją istotne różnice pomiędzy dobrostanem fizycznym pielęgniarek a dobrostanem fizycznym Polaków opisanym w *Diagnozie społecznej 2009, 2011*.³

METODA BADAŃ

Jednym z komponentów przyjętych w hipotetycznej strukturze wskaźników jakości życia jest dobrostan fizyczny, który określono na podstawie następujących wskaźników cząstkowych: odczuwanie dolegliwości fizycznych, problemy ze zdrowiem utrudniające codzienne zajęcia i nasileniu objawów zaburzeń psychosomatycznych. W badaniach posłużono się opracowanym specjalnie do tego celu autorskim kwestionariuszem jakości życia, który składa się z 82 pytań umożliwiających opisać

² W badaniach pielęgniarki i położne występują jako jednorodna kategoria nazywana w opracowaniu – pielęgniarki (przyp. autora).

³ Jesienią 2011 roku ukazała się kolejna edycja diagnozy społecznej, można było wykorzystać najnowsze informacje dotyczące jakości życia Polaków np. tendencje depresji, czy zaufania społecznego Polaków w ostatniej dekadzie (przyp. autora).

nie 176 zmiennych⁴. Niektóre z pytań wykorzystano do określenia charakterystyki (scharakteryzowania) zmiennych wskaźnika dobrostanu fizycznego. Wymiar poznawczy dobrostanu fizycznego badano za pomocą trzystopniowej skali odczuwania dolegliwości fizycznych i problemów ze zdrowiem oraz skali dystresu, mierzącej natężenie 15 symptomów zaburzeń psychosomatycznych, wykorzystywanej w badaniach Diagnozy społecznej od roku 2003 i wcześniejszych w Polsce (Czapiński, 2009). Zastosowane techniki umożliwiły porównanie wyników osób badanych z wynikami charakteryzującymi przedstawicieli populacji generalnej⁵. Porównanie wskaźników jakości życia badanych ze wskaźnikami jakości życia Polaków służyło do statystycznej weryfikacji hipotezy, mówiącej o istnieniu różnic wynikających z porównania zmiennych opisujących ocenę jakości życia pielęgniarek i populacji generalnej. Kwestionariusz przeznaczony był do anonimowego samowypełnienia. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano pakiet programów statystycznych SPSS.

CHARAKTERYSTYKA BADANYCH

Badaniami objęto 813 pielęgniarek z województwa mazowieckiego w wieku 20–62 lat. Średni wiek badanych wyniósł 42,4 lat, odchylenie standardowe – 7,9 lat a względne zróżnicowanie wieku (współczynnik zmienności) – 18,6%. Średni staż pielęgniarek wyniósł 20,6 lat, odchylenie standardowe – 8,4 lat a względne zróżnicowanie stażu – 40,8%. Okazało się, że staż pracy pielęgniarek jest znacznie bardziej zróżnicowany niż wiek. Większość osób badanych pracowała w szpitalu. W tej grupie badawczej odnotowano zaskakująco wysoki poziom wykształcenia. Niemal połowa pielęgniarek miała ukończone studia licencjackie lub magisterskie. Przyczynę stanowił prawdopodobnie system wynagrodzeń, w którym znaczący udział miał dodatek za wyższe wykształcenie. Także awans zawodowy wymaga posiadania odpowiedniego cenzusu wykształcenia. Dominowały mężatki, których odnotowano niemal 73%. Jeśli uwzględni się wiek badanych, to rozkład tej cechy jest zbliżony do populacji generalnej. Najwięcej z nich posiadało dwoje dzieci (w Polsce dominują rodziny z jednym dzieckiem 47%, z dwojgiem – 36%, z trojgiem i więcej – 17%). Czteryście czterdzieści jeden osób (54,3%) pracowało na jednym etacie. Sto czterdzieści pięć osób (17,8%) pracowało na więcej niż jednym etacie. Dwieście dwadzieścia siedem osób (27,9%) nie określiło wymiaru zatrudnienia.

WYNIKI BADAŃ

Wskaźnik dobrostanu fizycznego został utworzony w oparciu o wskaźniki cząstkowe: odczuwanie dolegliwości fizycznych, problemy ze zdrowiem utrudniające codzienne zajęcia i na nasileniu objawów zaburzeń psychosomatycznych. Poniżej

⁴ Kwestionariusz do badania jakości życia pielęgniarek skonstruowano na podstawie materiałów Rady Monitoringu Społecznego (Raport. Diagnoza społeczna, 2009), za zgodą prof. J. Czapińskiego (przyp. autora).

⁵ Pytania kwestionariusza, które posłużyły autorowi do budowy i pomiaru wskaźnika dobrostanu fizycznego można odszukać w Aneksie 1, część II indywidualna (pyt: 22, 23, 59, s. 375), Czapiński, Panek (red.) 2009, *Diagnoza społeczna*, Wyd. Wizja Press & IT, Warszawa.

przedstawiono pomiar i opis zmiennych wchodzących w skład wskaźnika dobrostanu fizycznego.

Odczuwanie dolegliwości fizycznych i problemy ze zdrowiem.

Pierwsze pytanie: Czy odczuwała Pani dolegliwości fizyczne, takie na przykład jak łamanie w kościach, trudności z oddychaniem itp., które utrudniały Pani wychodzenie z domu, chodzenie po schodach itp. Odpowiedź: 1. Często, 2. Zdarzyło się, 3. Nigdy.

Drugie pytanie: Problemy ze zdrowiem utrudniały Pani wykonywanie codziennych zajęć lub branie udziału w innych zajęciach. Odpowiedź: 1. Często, 2. Zdarzyło się, 3. Nigdy.

W tabeli 1 przedstawiono częstotliwość odczuwania dolegliwości fizycznych i problemów ze zdrowiem utrudniających codzienne zajęcia.

Tabela 1

Odczuwanie dolegliwości fizycznych i problemy ze zdrowiem utrudniające codzienne zajęcia

Częstotliwość	Dolegliwości fizyczne		Problemy ze zdrowiem	
	N	%	N	%
Często	332	40,9	291	35,9
Zdarzyło się	409	50,4	461	56,9
Nigdy	71	8,7	58	7,2
Ogółem	812 ^a	100,0	810 ^b	100,0

Adnotacja. ^a1 osoba nie udzieliła odpowiedzi, ^b3 osoby nie udzieliły odpowiedzi.

Rodzaj dolegliwości fizycznych.

Trzecie pytanie: Czy w okresie minionego miesiąca zdarzyło się Pani doświadczyć dolegliwość. Odpowiedź: 1. Nie miałam, 2. Miewałam rzadziej niż przez 15 dni, 3. Miewałam co najmniej przez połowę miesiąca.

W tabeli 2 przedstawiono występowanie objawów zaburzeń psychosomatycznych przez co najmniej połowę miesiąca. Najczęściej występującym objawem był ból albo napięcie mięśni karku i ramion oraz w mniejszym nasileniu występowały bóle brzucha lub wzdęcia, napady pocenia się, uczucie zmęczenia niezwiązanego z pracą i zaparcia.

Tabela 2

Występowanie objawów zaburzeń psychosomatycznych przez co najmniej połowę miesiąca

Lista objawów zaburzeń psychosomatycznych	Pielęgniarki		Diagnoza społeczna 2009 r.		Istotność różnicy
	N	%	N	%	
Silne bóle głowy	53	6,6	1651	6,5	0,16
Bóle brzucha lub wzdęcia	58	7,3	1397	5,5	2,19*
Ból albo napięcie mięśni karku i ramion	93	11,7	2413	9,5	2,13*
Bóle w klatce piersiowej lub w sercu	26	3,3	1321	5,2	-2,43*
Suchość w ustach lub gardle	29	3,7	1270	5,0	-1,71
Napady pocenia się	53	6,6	1270	5,0	2,11*
Uczucie duszności	19	2,4	1067	4,2	-2,49*
Łamanie i bóle w całym ciele	34	4,3	2032	8,0	-3,85***
Gwałtowne bicie serca	34	4,3	1016	4,0	0,40
Dreszcze lub drgawki	15	1,9	305	1,2	1,82
Uczucie parcia na pęcherz	38	4,8	1372	5,4	-0,75
Uczucie zmęczenia niezwiązanego z pracą	78	9,8	1880	7,4	2,59**
Zaparcia	54	6,8	889	3,5	5,07***
Krwawienie z nosa	11	1,4	203	0,8	1,87
Gwałtowne skoki ciśnienia krwi	30	3,8	1575	6,2	-2,85
Ogółem	625	78,7	19661	77,4	-0,36

Adnotacja. N – liczba osób; % – procent próby; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

STANDARYZACJA I ANALIZA CZYNNIKOWA ZMIENNYCH DOBROSTANU FIZYCZNEGO

Zmienne zestandaryzowano i po zastosowaniu analizy czynnikowej okazało się, że tworzą spójny zbiór. Utworzono zatem na ich podstawie syntetyczny wskaźnik dobrostanu fizycznego, który skorelowano z podobnie utworzonymi pozostałymi wskaźnikami jakości życia.

W tabeli 3 przedstawiono współczynniki korelacji r Pearsona pomiędzy dobrostanem fizycznym a pozostałymi wskaźnikami jakości życia.

Tabela 3

Współczynniki korelacji r Pearsona pomiędzy dobrostanem fizycznym a pozostałymi wskaźnikami jakości życia

Wskaźnik jakości życia	Dobrostan fizyczny
Kapitał społeczny	0,09*
Dobrostan psychiczny	0,33**
Dobrostan społeczny	0,18**
Poziom cywilizacyjny	0,16**
Dobrobyt materialny	0,15**
Autodestrukcja	-0,17**
Stres życiowy	-0,33**
Ogólna jakość życia	0,45**

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

DYSKUSJA

Zanotowano istotne statystycznie korelacje pomiędzy dobrostanem fizycznym a wszystkimi pozostałymi wskaźnikami jakości życia. Z wyjątkiem autodestrukcji i stresu życiowego, pozostałe wskaźniki korelują dodatnio. Dobrostan fizyczny pielęgniarek najsilniej korelował z dobrostanem psychicznym i ujemnie ze stresem życiowym. Oznacza to, że im wyższy dobrostan fizyczny, tym wyższy poziom dobrostanu psychicznego (pragnienie życia, zadowolenie z dotychczasowego i aktualnego życia, oraz brak objawów depresji) i niższy poziom stresu życiowego a także autodestrukcji. Warto zauważyć istotną statystycznie, umiarkowanie silną korelację ($r = 0,45$) pomiędzy dobrostanem fizycznym a wskaźnikiem ogólnej jakości życia⁶.

Ponad 90% pielęgniarek cierpiało na dolegliwości fizyczne i miało problemy ze zdrowiem utrudniające codzienne zajęcia. Tak duża skala zjawiska wynika z przecarowania badanych, które są obciążane nadmiernymi obowiązkami i dość często pracują w czasie ponad wymiarowym. Spośród wskazanych dolegliwości i problemów ze zdrowiem niemal połowa potwierdziła, iż odczuwa je często. Można z dużym prawdopodobieństwem przypuszczać, że są to pielęgniarki pracujące na więcej niż jednym etacie lub na kontraktach.

Przedstawiono częstość występowania objawów zaburzeń psychosomatycznych przez co najmniej połowę miesiąca. Wyniki otrzymano w grupie pielęgniarek zestawiono z wynikami otrzymanymi dla populacji generalnej (Diagnoza społeczna, 2009). Podobnie jak w diagnozie społecznej najczęściej występującym objawem był ból albo napięcie mięśni karku i ramion. W oparciu o test dla wskaźnika struktury stwierdzono również (por. Tabela 2), że w grupie pielęgniarek, częściej niż w populacji generalnej, występowały bóle brzucha lub wzdęcia, ból albo napięcia mięśni karku i ramion, napady pocenia się, uczucie zmęczenia nie związanego z pracą i zaparcia. W grupie pielęgniarek rzadziej występowały bóle w klatce piersiowej lub w sercu, uczucie duszności oraz łamanie i bóle w całym ciele.

PODSUMOWANIE

Prawie każda badana skarżyła się na dolegliwości fizyczne i zdrowotne, a niemal połowa potwierdziła, że odczuwa je często. Tłem opisywanego zjawiska jest przecarowanie wynikające z zatrudnienia na więcej niż jednym etacie. Warto dodać, że prawie co trzecia badana (27,9%), nie określiła wymiaru zatrudnienia na zasadzie „ostrożności nigdy za wiele”⁷, prawdopodobnie w obawie przed ewentualnym ujawnieniem przeciążenia pracą. Źródłem wyższego poziomu dystresu zdrowotnego pielęgniarek wyróżniającym je z populacji Polaków była częstość występowania zaburzeń psychosomatycznych charakterystycznych dla tej grupy zawodowej

⁶ Wszystkie wskaźniki cząstkowe, w których skład wchodziły zmienne mierzone na różnych skalach, stanowiły sumę standaryzowanych zmiennych składowych. Następnie same były standaryzowane, a suma ich wielkości standaryzowanych stanowiła ogólny wskaźnik jakości życia, który na koniec także został wystandaryzowany.

⁷ W badaniach poziomu zaufania społecznego (tej samej grupy) zdecydowana większość (71%) była zdania, że „ostrożności nigdy za wiele”.

(por. Tabela 2). Dominującym objawem było występowanie bólu albo napięcia mięśni karku i ramion podobnie jak u przedstawicieli populacji generalnej.

Analiza czynnikowa potwierdziła spójności przyjętego zestawu zmiennych cząstkowych wskaźników jakości życia dobrostanu fizycznego. Ujawnione istotne statystycznie korelacje pomiędzy dobrostanem fizycznym a wszystkimi pozostałymi wskaźnikami jakości życia wykazały jego przydatność w dalszych analizach.

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, J. (1988). *Sumienie ekologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Andruszkiewicz, A., Banaszekiewicz, M. (2008). *Promocja zdrowia*, t. I, *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Wydawnictwo Fundacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Aronson, E. (1978). *Człowiek istota społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Bowling, A. (1999). *Research, methods in health. Investigating health and health service*. Buckingham: Open University Press.
- Czapiński, J. (2009). Wsparcie społeczne. W: J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, Wydawnictwo Wizja Press & IT.
- Czapiński, J., Panek, T. (red.). (2009). *Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, Wydawnictwo Wizja Press & IT.
- Czapiński, J., Panek, T. (red.). (2011). *Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, Wydawnictwo Wizja Press & IT.
- Daszykowska, J. (2007). *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*. Kraków: Impuls.
- Folland, S., Goodman, A. G., Stano, M. (2001). *The economics of health and health care*. New York: Prentice Hall.
- Heszen-Niejodek, I. (1995). Promocja zdrowia próba systematyzacji z perspektywy psychologa. *Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 5/6, 7-21.
- Hunt, S. M. (1988). Subjective health indicators and health promotion., *Health Promotion International*, 3, 23-34.
- Kapica, M. (2001). Czy edukacji zdrowotnej potrzebna jest teoria? W: B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Warszawa: Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej.
- Kirschner, H. (2002). Perspektywy zdrowia publicznego jako systemu wiedzy i działań. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 22.
- Koprowicz, V. (2008). *Promocja zdrowia, Kształtowanie przyszłości*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
- Kowalski, M. (2006). Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. W: M. Kowalski, A. Gawel (red.), *Zdrowie. Wartość. Edukacja*. Kraków: Oficyna Wydawnicza: Impuls.

- Kulik, T. B. (1997). *Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole*. Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej.
- Lewicki, Cz. (2006). *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnienia*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Mazurkiewicz, L. Wróbel, A. (1997). Problematyka badawcza geografii medycznej – stan współczesny i perspektywy. W: L. Mazurkiewicz, A. Wróbel (red.), *Prze-strzenne problemy zdrowotności*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Ostrowska, A. (red.). (1990). *Wstęp do socjologii medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Parsons, T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość*, tłum. M. Tabian. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Pilch, T., Lepalczyk I. (red.) (2003). *Pedagogika społeczna*. Gdańsk: Wydawnictwo ŻAK.
- Singel, J. S. (2002). *Applied demography. Applications to business, government, law and public policy*. London: Academic Press 2002.
- Sęk, H., Ścigała, I., Pasikowski, T., Beisert, M., Bleja, A. (1993). Subjective health concepts. Some personal and societal determinants. W: H. Schröder, K. Reschke, M. Johnston, S. Maes (red.), *Health psychology: Potential in diversity* (s.108-123) Regensburg: Roderer Verlag.
- Sęk H., Cieślak, R. (2004). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Szamatulska, K. (2000). Badania epidemiologiczne w ocenie skuteczności programów promocji zdrowia, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, supl. 1 do nr 4.
- Ślusarska, B. (2004), Edukacja pacjenta a pielęgnowanie. W: B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zaharadniczek (red.), *Podstawy pielęgniarstwa. Wybrane działania pielęgniarские*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Wysocki, M. J., Miller, M. (2003). Nowe zdrowie publiczne w perspektywie ostatnich 30 lat. *Zdrowie Publiczne*, 113, 3-7.
- Woynarowska, B. (2008), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: PWN.
- Woynarowska, B. (1998). Edukacja zdrowotna dzieci, młodzieży i rodziców. W: B. Woynarowska (red.), *Profilaktyka w pediatrii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Znanięcki, F. (1988). *Wstęp do socjologii*, Warszawa: Wydawnictwo PWN.