

IZABELLA MARIA ŁUKASIK

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
<https://orcid.org/0000-0001-9983-8556>

BUDOWANIE ŚWIADOMOŚCI ZDROWOTNEJ W ORIENTACJI NA PRZYSZŁOŚĆ WYZWANIEM EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Streszczenie: Odwołując się do programów i strategii związanych z działaniami na rzecz zdrowia, można zauważyć, iż gros zabiegów ma koncentrować się na działaniach profilaktycznych, wyprzedzających pojawienie się problemów zdrowotnych oraz epidemiologicznych.

Zdecydowanie należy podkreślić, że świadomość zdrowotna Polaków jest mała, stąd często choroby, np. cywilizacyjne, wykrywane są w późnych stadiach rozwoju. Z tego względu istotna staje się edukacja zdrowotna.

Przygotowano krótki kwestionariusz *Świadomość zdrowotna w orientacji przyszłościowej*, który może spełnić rolę narzędzia przesiewowego, umożliwiającego wyłonienie osób o małej świadomości zdrowotnej. Ma on szansę podnieść skuteczność działań edukacyjnych. Kwestionariusz zawiera 18 itemów skupionych w trzech wymiarach: (1) poszukiwanie i wykorzystanie informacji dotyczących zdrowia, a także orientacja na zdrowy styl życia oraz czujność zdrowotną, (2) odpowiedzialność za dbanie o zdrowie obecnie i w przyszłości, (3) motywacja zdrowotna jako indywidualna orientacja zdrowotna w kierunku zapobiegania ewentualnym problemom zdrowotnym i zwiększenia dobrostanu zdrowotnego. Rzetelność skali określono za pomocą wskaźnika *alfa* Cronbacha, który wynosi 0,874, a poszczególne skale miały wskaźniki rzędu: I – 0,836, II – 0,838, III – 0,601.

Słowa kluczowe: świadomość zdrowotna, edukacja zdrowotna

WPROWADZENIE

Obecnie w Polsce realizowany jest program operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER 2014–2020). Oś V – wsparcie dla obszaru zdrowia – odnosi się do działań komplementarnych podejmowanych ze środków *Regionalnego programu operacyjnego* (RPO), m.in.:

- ułatwiania powrotu do aktywności zawodowej poprzez wsparcie rehabilitacji medycznej,
- wdrażania projektów profilaktycznych dotyczących chorób, które są istotnym problemem zdrowotnym regionu,
- wdrażania programów mających na celu eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy,
- rozwoju profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i piersi.

Działania o charakterze profilaktycznym finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) powinny być skoncentrowane na grupach o największym ryzyku. Pilotaż tych działań ma być prowadzony przy zastosowaniu badań porównawczych (*Program operacyjny...*, s. 220–221).

Dokument *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020* (2015, s. 9) daje wytyczne dla wszystkich przedsięwzięć realizowanych w obszarze zdrowia w perspektywie 2014–2020. Priorytetem jest aktywne i zdrowe starzenie się, dlatego za cel uznano wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy. Programy te przygotowano dla osób w wieku aktywności zawodowej. Wykazano istotną dysproporcję między wydatkami na profilaktykę a wydatkami na leczenie zaawansowanych form chorobowych. Tymczasem nowoczesny model wymaga skupienia się na działaniach wyprzedzających powstanie problemów. Działania służące osiągnięciu jednego z priorytetowych celów strategii Europa 2020, jakimi są „rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu: wspieranie gospodarki o wysokim poziomie zatrudnienia i zapewniającej spójność społeczną i terytorialną” (Komisja Europejska 2010, s. 5), mają prowadzić m.in. do tego, że w 2020 roku liczba ludności zagrożonej ubóstwem i wykluczeniem społecznym zmniejszy się o 20 milionów oraz że wskaźnik zatrudnienia w UE zwiększy się do 75%. Możliwe to będzie tylko wówczas, kiedy zostanie wprowadzona odpowiednia polityka zdrowotna, ograniczająca ryzyko wpadnięcia w ubóstwo z powodu dezaktywizacji zawodowej.

W dokumencie *policy paper (Krajowe ramy strategiczne...* 2015, s. 13) przyjęto określone cele operacyjne:

- A. Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce.
- B. Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.
- C. Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.
- D. Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.

Oczywiste jest, że zła kondycja zdrowotna społeczeństwa przynosi straty również w gospodarce. Kumuluje koszty leczenia i świadczeń socjalnych, powoduje ubożenie ludzi i wykluczenie społeczne.

CEL PRACY

Prognozuje się, iż w najbliższych latach w Polsce liczba osób w wieku produkcyjnym oraz przedprodukcyjnym będzie się zmniejszać przy jednoczesnym systematycznym wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym. W połowie XXI stulecia odsetek osób starszych będzie wyższy od przeciętnego dla krajów Unii Europejskiej (*Krajowe ramy strategiczne...* 2015, s. 10). Starzenie się społeczeństwa powoduje wzrost zapotrzebowania na opiekę zdrowotną. Niestety stan zdrowia społeczeństwa polskiego jest gorszy od przeciętnego stanu zdrowia ogółu mieszkańców UE, zwłaszcza w przypadku osób po 65. roku życia. Nie najlepiej wygląda też wskaźnik przeciętnej długości życia. Obecnie mężczyźni w Polsce żyją o prawie pięć lat krócej niż mężczyźni w krajach Unii Europejskiej ogółem, natomiast polskie kobiety o dwa lata krócej niż obywatelki UE. Jednak różnica ta przedstawia się inaczej, jeżeli wziąć pod uwagę tzw. długość życia w zdrowiu, a więc bez ograniczonej sprawności z powodów zdrowotnych. Tak określona długość życia mieszkanki Polski jest nawet trochę większa od średniej dla państw UE, a w przypadku mężczyzn jest mniejsza o niecałe trzy lata. Maleje natomiast liczba lat przeżytych w zdrowiu (współczynnik *Healthy Life Years* – HLY). W Polsce w 2005 roku kobiety dożywały w zdrowiu 66,9 lat, a w 2011 roku już tylko 63,3 (mężczyźni odpowiednio 61,2 i 59,1 lat).

Największe problemy zdrowotne Polaków to: choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych, choroby układu oddechowego oraz choroby układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Jednak, co istotne, na zdrowie społeczeństwa wpływają czynniki genetyczne, czynniki środowiskowe, styl życia oraz system organizacji opieki zdrowotnej. Ze stylem życia łączą się choroby, które przyjęło się nazywać chorobami cywilizacyjnymi (*diseases of civilization*), czyli: choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego, choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego, choroby psychiczne i zaburzenia zachowania. Jednak trzeba pamiętać, iż w dużej mierze można im zapobiegać. Podkreśla się, że problemami polskiego systemu opieki zdrowotnej są mała świadomość zdrowotna społeczeństwa oraz niewielka wykrywalność chorób w zaawansowanych stadiach rozwojowych. Znacznie zmniejszają one szanse na całkowite wyleczenie. Za główną przyczynę tych problemów uznaje się niedofinansowanie działań o charakterze profilaktycznym (*Krajowe ramy strategiczne...* 2015, s. 21–34). W dokumencie *policy paper* wskazano, iż cel, jakim jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika

wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce, może być osiągnięty przede wszystkim przez cztery cele długoterminowe do 2030 roku:

1. Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych – zwiększanie dostępności do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych.
2. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych zmian demograficznych, a zwłaszcza wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.
3. Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej.
4. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych ze względu na uwarunkowania epidemiologiczne dziedzinach medycyny, np. kardiologii, onkologii, neurologii, medycynie ratunkowej, ortopedii i traumatologii, psychiatrii (*Krajowe ramy strategiczne...* 2015, s. 136).

Starano się więc wskazać na edukację zdrowotną jako działanie umożliwiające osiągnięcie przyjętych założeń. Poszukiwano również sposobu na diagnozowanie świadomości zdrowotnej.

EDUKACJA ZDROWOTNA A ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA – PERSPEKTYWA PRZYSZŁOŚCIOWA

Jak ważne staje się działanie w ramach edukacji zdrowotnej, świadczy fakt podpisania w Warszawie 17 stycznia 2018 roku porozumienia o współpracy ministra edukacji narodowej i głównego inspektora sanitarnego. Współpraca ta ma na celu:

1. Planowanie działalności w zakresie efektywnej edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, pozwalającej kształtować trwałe zachowania prozdrowotne.
2. Realizowanie programów edukacyjnych w zakresie cywilizacyjnych chorób niezakaźnych oraz używania substancji psychoaktywnych.
3. Prowadzenie wymiany informacji dotyczących warunków higienicznych nauczania dzieci i młodzieży, w szczególności w zakresie profilaktyki wad postawy.
4. Ciągłe monitorowanie warunków nauczania tak, by podlegały one sukcesywnemu doskonaleniu.

Barbara Woynarowska (2008, s. 445–452), która uczestniczyła w pracach zespołu eksperckiego (pod kierownictwem przez prof. Wojciecha Przybylskiego,

rektora Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku) przygotowującego podstawę programową wychowania fizycznego, uznała, iż status i miejsce edukacji zdrowotnej w podstawie programowej w gimnazjum i szkołach ponadgimnazjalnych są korzystne.

Ważne, że utrzymano w zapisie podstawy programowej nazwę „edukacja zdrowotna”. Wiodącą rolę w nauczaniu edukacji zdrowotnej ma pełnić nauczyciel wychowania fizycznego, który z punktu widzenia przygotowania zawodowego jest osobą najbardziej kompetentną. Woynarowska zwraca uwagę, że tematykę przedmiotu rozszerzono o aspekty zdrowia psychospołecznego, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności życiowych (osobistych i społecznych). Pojawiają się takie cele jak:

- identyfikowanie swoich mocnych stron, planowanie sposobu ich rozwoju oraz świadomość słabych stron, nad którymi należy pracować;
- omawianie konstruktywnych sposobów radzenia sobie z negatywnymi emocjami;
- omawianie sposobów redukcji nadmiernego stresu i konstruktywnego radzenia sobie z nim;
- omawianie znaczenia dla zdrowia dobrych relacji z innymi ludźmi, w tym z rodzicami oraz rówieśnikami tej samej i odmiennej płci;
- wyjaśnianie, w jaki sposób można dawać i otrzymywać różne rodzaje wsparcia społecznego;
- wyjaśnianie, co oznacza zachowanie asertywne i podawanie jego przykładów.

Woynarowska wskazuje na wiele trudności z realizacją podstawy programowej edukacji zdrowotnej. Minęło dziesięć lat, lecz wielu problemów nadal nie udało się rozwiązać. Przez tak długi okres można było wykształcić edukatorów zdrowia, profesjonalistów skutecznie prowadzących ścieżkę edukacji zdrowotnej. Tymczasem, co zostało wyeksponowane w programach operacyjnych, wciąż problemem polskiego systemu opieki zdrowotnej pozostaje mała świadomość zdrowotna społeczeństwa, która wiąże się z nierozpoznawaniem chorób we wczesnych fazach ich rozwoju i niestety niedofinansowaniem działań o charakterze profilaktycznym. Wydaje się, że wzrost świadomości zdrowotnej powinien stać się priorytetem działań edukacyjnych. Kiedy w centrum uwagi znajduje się zdrowie, bardziej należy koncentrować się na przyszłości niż na teraźniejszości. *Teraz* jest pojęciem niełatwym do zdefiniowania (Muller 2018), a uchwycenie rzeczywistości w danym momencie przypomina zakłęcie jakiegoś wycinka dziejów w fotografii. Myśląc o kondycji psychofizycznej, społecznej czy duchowej, pamiętać należy, iż łączy się ona z dynamiczną zmianą, mającą wiele złożonych uwarunkowań. Istotne staje się przewidywanie tych zdarzeń i szukanie rozwiązań najbardziej optymalnych. W przypadku stanu zdrowia decydujące znaczenie mają świadomość zdrowotna oraz prawdopodobnie orientacja przyszłościowa. O postępowaniu mogącym doprowadzić do konkretnego celu sądzi się zwykle, że

kierowane jest odpowiednimi przekonaniem i pragnieniami. Przekonania, zapamiętanie, hipotezy, ale też doświadczenia percepcyjne nakierowane są na zgodność umysłu ze światem (Searle 2010, s. 169). Jeśli wziąć pod lupę zdrowie, konieczne jest gromadzenie wiedzy z obszaru chociażby dbałości o jego stan. Czym innym są pragnienia, zamiary, które cechuje nakierowanie na zgodność świata z umysłem, a więc zakładają kreatywność, dynamiczność, może ewolucję. Świadomość zdrowotną należy nakierować na przyszłość. Taka orientacja pozwala na tworzenie poznawczej reprezentacji antycypowanych stanów (Searle 2010, s. 184). Jari-Erik Nurmi (1991, s. 195–196; por. Czerwińska-Jasiewicz 2001, s. 183–192), określając orientację przyszłościową, skupił się na trzech procesach: motywacji, planowaniu, ocenianiu/wartościowaniu. W przypadku świadomości zdrowotnej szczególnie ważnym elementem staje się motywacja. Planowanie łączy się z celebrowaniem dążeń do osiągnięcia wyznaczonych celów, wykonania zadań. Takimi mogą być starania o zdobycie odpowiedniej wiedzy, umiejętności. Ocenianie wymaga odwołania się do emocji, ale również przyjęcia odpowiedzialności za podjęte decyzje. Motywacja wiąże się z oczekiwaniem tego, co zadzieje się w przyszłości. Motywy i dążenia mają swoją hierarchię oraz strukturę.

W przypadku zdrowia bardzo ważne jest oczekiwanie sprawności fizycznej i intelektualnej oraz łatwości komunikowania się z innymi. Planowanie należy postrzegać jako proces. Początkowa reprezentacja celu i jego kontekstu musi odwołać się do metod i strategii, przede wszystkim umożliwiających osiągnięcie celu głównego. Przy tym stale następuje ocena skuteczności wybranej strategii, a za nią realizacja, przy czym oczekiwany wynik nie zawsze udaje się uzyskać. Nurmi zwraca uwagę na ostatni z procesów, jakim jest ocenianie. W przypadku zdrowia istotny staje się rodzaj poczucia kontroli, własnej skuteczności, samooceny itp. Przyszła orientacja może być rozumiana jako wielowymiarowy konstrukt poznawczo-motywacyjny. Wchodzi tu w grę schematy poznawcze zbudowane w sposób subiektywny, a dotyczące przyszłości. Pojawiają się subiektywne sądy przyszłych zdarzeń, sądy o różnym charakterze, warunkowane afektem i zamierzonymi celami (Trommsdorff 1983, s. 381). Cel może być odległy i wydawać się nieco abstrakcyjny, tym trudniej go sprecyzować, jeśli ma wpływać na procesy motywacyjne związane ze zdrowiem. Czynnikiem pośredniczącym między przyszłym zorientowaniem a ogólnym stanem zdrowia, funkcjonowaniem społecznym, odczuwaniem bólu fizycznego i ograniczeń roli ze względu na emocjonalne i fizyczne powody bywa witalność (Hirsch i in. 2015, s. 1653–1659). Według Josepha Nuttina (1980, za: Czerwińska-Jasiewicz 2001, s. 189) miernikiem orientacji przyszłościowej człowieka staje się umiejętność konstruowania celów i tworzenia planów życiowych. XXI wiek to czas wiedzy, a ponieważ z kształceniem mamy do czynienia przez całe życie, niezbędne są odpowiednie kompetencje, które pozwolą na sprawne poruszanie się w gąszczu informacji i efektywne ich wykorzystanie do odnoszenia życiowych sukcesów. Standardy przyjęte w Unii Europejskiej wyraźnie określają kompetencje kluczowe.

W europejskich ramach kluczowych kompetencji znalazło się osiem kompetencji istotnych z punktu widzenia uczenia się przez całe życie (*Developing Key Competences...* 2012, s. 1):

1. Porozumiewanie się w języku ojczystym.
2. Porozumiewanie się w (wielu) językach obcych.
3. Kompetencje matematyczne oraz kompetencje w zakresie nauki i technologii.
4. Kompetencje cyfrowe.
5. Nauka uczenia się.
6. Kompetencje społeczne obywatelskie.
7. Inicjatywność i przedsiębiorczość.
8. Świadomość kulturowa i wyrażanie siebie/ekspresja.

Każda kompetencja odwołuje się do kompetencji przekrojowych: (1) myśl krytyczna, (2) kreatywność, (3) inicjatywa, (4) rozwiązywanie problemów, (5) ocena ryzyka, (6) podejmowanie decyzji, (7) komunikacja, (8) konstruktywne zarządzanie uczuciami.

Do oceny kluczowych kompetencji wykorzystuje się standaryzowane testy, e-oceny, kwestionariusze dotyczące postaw, ocenę opartą na wynikach i oceny nauczycieli, oceny rówieśnicze, samoocenę. Wśród kluczowych kompetencji nie znalazła się świadomość zdrowotna.

W większości definicji *świadomości zdrowotnej* (Hong 2009) pojawiają się takie elementy jak:

- integracja zachowań zdrowotnych,
- dbałość o zdrowie,
- poszukiwanie i wykorzystywanie informacji dotyczących zdrowia,
- odpowiedzialność za zdrowie osoby,
- motywacja zdrowia.

Integracja zachowań prozdrowotnych nasuwa skojarzenie świadomości zdrowotnej z ukierunkowaniem na dobre samopoczucie. *Wellness*/dobrostan dotyczy czterech dziedzin:

- troski o niebezpieczne środowisko/zagrożenia dla zdrowia,
- sprawności fizycznej,
- odpowiedzialności osobistej,
- odżywiania i radzenia sobie ze stresem (Kraft, Goodell 1993, s. 18–25).

Anette Christine Iversen i Pål Kraft (2006, s. 601–610) zdefiniowali świadomość zdrowia jako „skłonność do skupienia uwagi na zdrowiu”. W ich koncepcji dbałość o zdrowie zasadzała się na orientacji na zdrowie, przekonaniach zdrowotnych i praktykach zdrowotnych. Badacze ci twierdzili, iż osoby skupione na zdrowiu dokładniej analizują komunikaty w mediach dotyczące zdrowia, intensywnie

poszukują informacji o zdrowiu i wykorzystują je. Świadomość zdrowotna związana jest z odpowiedzialnością za zdrowie osoby (Dutta-Bergman 2004, s. 393–409). Odpowiedzialność każdego dnia skłania do zachowań profilaktycznych i prozdrowotnych, a motywacja zdrowotna prowadzi do zachowań zdrowotnych o charakterze zapobiegawczym (Moorman, Matulich 1993, s. 208–228; Dutta-Bergman 2004, s. 393–409). Orientacja na przyszłość zdaniem Giseli Trommsdorff (1983) jest złożonym poznawczym zjawiskiem motywacyjnym.

Orientacja przyszłościowa zależy m.in. od wieku i związanych z nim czynników, np. funkcjonowania mózgu, gospodarki hormonalnej, dojrzewania. Istnieją różnice między osobami w ich postawach, motywach i przekonaniach dotyczących przyszłości. Zaznacza się wpływ konkretnych aspektów życia, np. statusu społeczno-ekonomicznego, wykształcenia. Różnice w przyszłej orientacji dotyczące konkretnych dziedzin mogą być uzależnione od płci, podejmowanych działań, np. ryzykownych (Steinberg i in. 2009, s. 28–44).

Opracowano krótki kwestionariusz pozwalający na rozpoznanie poziomu świadomości zdrowotnej w orientacji na przyszłość (aneks), które stanowi priorytet działań edukacyjnych.

PODSUMOWANIE

Przedłużenie ludzkiego życia nie może dotyczyć tylko lat bytowania, ale przeżycia w dobrej kondycji psychofizycznej. Nie stanie się to, jeśli wcześniej nie zostaną przeprowadzone odpowiednie inwestycje. Absolutnie niezbędne jest rozbudzenie świadomości zdrowotnej, bo tylko właściwy jej poziom doprowadzi do budowania odpowiednich przekonań, a co za tym idzie – podjęcia kroków zmierzających do dbania o zdrowie. Nieodpowiedni styl życia, brak właściwej opieki zdrowotnej, zaniedbania środowiskowe sprawią, że starość nie będzie kojarzyła się z radosną samorealizacją dojrzałego, pełnego sił witalnych człowieka.

LITERATURA

- Czerwińska-Jasiewicz M., 2001, *Orientacja przyszłościowa młodzieży*. „Polskie Forum Psychologiczne”, t. 1(6), 2, 183–192.
- Developing Key Competences at School in Europe: Challenges and Opportunities for Policy* can be Found in English on the Eurydice Website Education, Audiovisual and Culture Executive Agency, 2012, opublikowano: http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/thematic_studies_en.php s.1.

- Dutta-Bergman M.J., 2004, *An Alternative Approach to Social Capital: Exploring the Link Age Between Health Consciousness and Community Articipation*. *Health Communication*, 16(4), 393–409, DOI: 10.1207/s15327027hc1604_1 [pozyskano z: https://www.researchgate.net/publication/8249340_An_Alternative_Approach_to_Social_Capital_Exploring_the_Linkage_Between_Health_Consciousness_and_Community_Participation].
- Hirsch J.K. i in., 2015, *Future Orientation and Health Quality of Life in Primary Care: Vitality as a Mediator*. “Qual Life Res”, 24, 1653–1659, DOI: 10.1007/s11136-014-0901-7.
- Hong H., 2009, *Scale Development for Measuring Health Consicousness; Re-conceptualization*. In *12th Annuall International Public Relations Research Conference*. Coral Gables, University of Miami Press [pozyskano z: <https://instituteforpr.org/wp-content/uploads/ScaleDvlpmentMeasuring.pdf>].
- Iversen A.C., Kraft P., 2006, *Does Socioeonomie Status and Health Consicousness Influence How Women Respond to Health Related Messages in Media?* “Health Education Research”, 21(5), 601–610 [pozyskano z: <https://doi.org/10.1093/her/cyl014>].
- Komisja Europejska, 2010, *Komunikat Komisji. Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*. Bruksela [pozyskano z: http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf].
- Kraft F.B., Goodell P.W., 1993, *Identifying the Health Consicous Consumer*. “Journal of Health Care Marketing” 13(3), 18–25 [pozyskano z: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/9602131253/identifying-health-conscious-consumer>].
- Moorman C., Matulich E., 1993, *A Model of Consumers’ Preventive Health Behaviours: The Role of Health Motivation and Health Ability*. “Journal of Consumer Resarch”, 20(2), 208–228 [pozyskano z: <https://pdfs.semanticscholar.org/d02f/5a425cefc6c7004229df585def046c348167.pdf>].
- Muller R.A., 2018, *Teraz. Fizyka czasu*. Warszawa, Wydawnictwo Prószyński i S-ka.
- Nurmi J-E., 1989, *Development of Orientation to the Future During Early Adolescence: A Four-year Longitudinal Study and Two Cross-rectional Comparisons*. “International Journal of Psychology”, 24, 195–214.
- Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*, 2015. Warszawa [wersja z 9.05.2018, pozyskano z: http://www.zdrowie.gov.pl/uploads/pub/pages/page_846/text_images/Krajowe%20ramy%20strategiczne%20www.pdf].
- Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój PO WER 2014–2020* [pozyskano z: https://www.power.gov.pl/media/49709/PO_WER_27_12_2017.pdf].
- Searle J.R., 2010, *Umysł. Krótkie wprowadzenie*. Poznań, Dom Wydawniczy Rebis.
- Steinberg L. i in., 2009, *Age Differences in Future Orientation and Delay Discounting*. *Child Development*, vol. 80, nr 1, 28–44 [pozyskano z: <http://njdc.info/wp-content/uploads/2014/08/Steinberg-et-al.-Age-differences-in-future-orientation-2009.pdf>].

Trommsdorff G., 1983, *Future Orientation and Socialization*. "International Journal of Psychology", 18, 381–406.

Wojnarowska B., 2008, *Edukacja zdrowotna w szkole w Polsce. Zmiany w ostatnich dekadach i nowa propozycja*. „Problemy Higieny Epidemiologii”, 89(4), 445–452.

BUILDING HEALTH CONSCIOUSNESS IN THE FUTURE ORIENTATION AS THE CHALLENGE OF HEALTH EDUCATION

Abstract: Based on health promotion programmes and strategies, it can be observed that the majority of the proposed measures should be aimed at preventive efforts taken before any health or epidemiological issues arise.

It must be emphatically stressed that health awareness among the Poles is low, and, for this reason, lifestyle diseases, for instance, are often diagnosed at the later stages, when advanced changes have already started. This is also the reason why health education is of vital importance, especially in terms of improving health awareness.

A short questionnaire entitled Health Consciousness in the Future Orientation Perspective has been prepared. This questionnaire can be applied as a screening tool to help identify individuals with low health awareness, and thus facilitate the practice of more effective educational activities. The questionnaire includes 18 items which focus on the three main areas: 1) the search for and application of health-related information, and the trend towards a healthy lifestyle and health vigilance; 2) the responsibility for taking care of one's own health in the present and in future times; 3) the motivation to lead a healthy lifestyle as an individual tendency towards healthy behaviour, aimed at health problem prevention and health condition improvement. The reliability of the scale was determined on the basis of Cronbach's alpha, in which the value of alpha was 0.874, and the values of the specific scales were I – 0.836, II – 0.838, III – 0.601.

Keywords: health consciousness, health education

ANEKS

Kwestionariusz *Świadomość zdrowotna w orientacji przyszłościowej* zawiera 18 twierdzeń skupionych w trzech wymiarach: (1) poszukiwanie i wykorzystanie informacji dotyczących zdrowia oraz orientacja na zdrowy styl życia i czujność zdrowotną, (2) odpowiedzialność za dbanie o zdrowie obecnie i w przyszłości, (3) motywacja zdrowotna jako indywidualna orientacja w kierunku zapobiegania ewentualnym problemom zdrowotnym i zwiększenia dobrostanu zdrowotnego.

Badaniami objęto studentów studiów humanistycznych Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej i Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie. Ostatecznie wykorzystano kwestionariusze wypełnione przez 102 osoby w wieku 17–26 lat (72 kobiety, 30 mężczyzn).

Przeprowadzono analizę czynnikową z wykorzystaniem programu SPSS.

Stwierdzono adekwatność doboru próby, ustalając miarę Kaisera–Mayera–Olkina i Bartletta $KMO = 0,816$. Wykorzystano test sferyczności Bartletta $\chi^2 = 925,876$; $df = 19$; $p < 0,001$.

Aby określić wewnętrzną strukturę skal, wykonano eksploracyjną analizę czynnikową metodą głównych składowych. Do ustalenia liczby czynników użyto kryterium ospypiska, na podstawie którego wyodrębniono trzy czynniki wyjaśniające (52,97% wszystkich wariancji wyników).

Zastosowano rotację nieortogonalną Oblimin z normalizacją Kaisera (program statystyczny SPSS). Wskazano na pozycje wchodzące w skład poszczególnych czynników. Odrzucono dwa pytania. Ustalono, że: ładunki czynnikowe (w liczbach bezwzględnych) dla pierwszej składowej mieszczą się w przedziale 0,793–0,402; dla drugiej 0,868–0,503; dla trzeciej 0,705–0,418. Kwestionariusz z 18 pozycjami charakteryzuje się rzetelnością o wskaźniku *alfa* Cronbacha 0,874: skala I – 0,836 (dla dziewięciu pozycji), skala II – 0,838 (dla pięciu pozycji), skala III – 0,601 (dla czterech pozycji).

Tabela 1. Pozycje i ich ładunki czynnikowe w pierwszej podskali kwestionariusza
Świadomość zdrowotna w orientacji przyszłościowej

Pozycje	Składowa
	I
Szukam informacji na temat zdrowia, aby zaplanować odpowiednie działanie o charakterze profilaktycznym.	0,793
Należę do ludzi, którzy planują krok po kroku, co mogą zrobić dla swojego zdrowia obecnie i w przyszłości.	0,792
Dużo czasu poświęcam, aby zastanowić się, w jaki sposób mogę zapewnić sobie dobrą kondycję psychofizyczną i społeczną w przyszłości.	0,719
Żyję z dnia na dzień i nie martwię się o przyszłość.	0,597
Staram się zapobiegać najczęściej występującym problemom zdrowotnym, zanim odczuję jakiegokolwiek dolegliwości.	0,592
Długo zastanawiam się nad konsekwencjami dzisiejszych zachowań zdrowotnych dla kondycji fizycznej, psychicznej i społecznej w przyszłości.	0,579
Nie oszczędzam na zdrowym odżywianiu.	0,509
Nie wyobrażam sobie, żebym mógł/mogła lekceważyć dietę, aktywność fizyczną, wiedząc, że skutki niewłaściwego postępowania będę odczuwać w przyszłości.	0,499
Nie należę do ludzi, którzy żyją z dnia na dzień, nie zastanawiając się nad przyszłością.	0,402

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Pozycje i ich ładunki czynnikowe w drugiej podskali kwestionariusza *Świadomość zdrowotna w orientacji przyszłościowej*

Pozycje	Składowa
	1
Moje zdrowie w przyszłości zależy od tego, jak dobrze dbam o siebie obecnie.	0,868
Uważam, że winą za stan mojego zdrowia w przyszłości będę mógł/mogła obarczyć tylko siebie.	0,733
Oszczędzam pieniądze, bo wiem, że mogę potrzebować kapitału, kiedy znajdę się w trudnej sytuacji zdrowotnej.	0,717
Zdrowie zawsze będzie miało dla mnie ogromną wartość.	0,715
Czuję się odpowiedzialny(-a) za stan swojego zdrowia w przyszłości.	0,704

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Pozycje i ich ładunki czynnikowe w trzeciej podskali kwestionariusza *Świadomość zdrowotna w orientacji przyszłościowej*

Pozycje	Składowa
	1
Staram się unikać stresujących sytuacji.	0,705
Nie należę do ludzi, którzy podejmują ryzykowne dla zdrowia działania, nie myśląc o ich konsekwencjach.	0,605
Zdając sobie sprawę, z jakimi problemami zdrowotnymi mierzyła się moja rodzina, zwracam szczególną uwagę na profilaktykę w zakresie tych chorób.	0,549
W przypadku choroby wypytuję lekarza o sposób postępowania i ewentualne powikłania związane z przyjmowaniem leków.	0,418

Źródło: opracowanie własne.

Badani deklarowali wybór odpowiedzi poprzez zaznaczenie na skali swoich preferencji. Test poprzedziła instrukcja: „proszę ustosunkować się do każdego stwierdzenia, wybierając odpowiedzi z czterech możliwych wariantów: tak (4 pkt), raczej tak (3 pkt), raczej nie (2 pkt), nie (1 pkt). Ważne, by udzielić odpowiedzi zgodnie ze swoim przekonaniem i nie pominąć żadnego stwierdzenia”.

W badaniach, których wyniki posłużyły do normalizacji kwestionariusza, wzięły udział 102 osoby w wieku od 17 do 26 lat ($M = 20,80$; $SD = 1,835$).

Tabela 4. Płeć badanych, N = 102

Płeć	Liczba os.	%
Kobiety	72	70,6
Mężczyźni	30	29,4
Ogółem	102	100

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Wyniki osiągnięte w badaniach kwestionariuszem *Świadomość zdrowotna w orientacji przyszłościowej*, N = 102

Wyniki	Skala I		Skala II		Skala III		Ogółem	
	I. os.	%	I. os.	%	I. os.	%	I. os.	%
Niskie	50	49,0	46	45,1	48	47,1	49	48,1
Wysokie	52	51,0	56	54,9	54	52,9	53	52
	M = 23,23; SD = 5,319; Me = 23		M = 13,86; SD = 4,291; Me = 15		M = 10,76; SD = 2,641; Me = 11		M = 47,88; SD = 9,913; Me = 48	

Źródło: opracowanie własne.

Skala I dotyczy edukacji zdrowotnej związanej z przyjęciem zdrowego stylu życia i monitorowaniem stanu zdrowia oraz poszukiwaniem właściwych strategii prozdrowotnych.

Skala II ma związek z odpowiedzialnym dbaniem o zdrowie cenione jako wartość i zasób, który trzeba zachować przez całe życie.

Skala III odnosi się do profilaktycznych działań pozwalających na zminimalizowanie/unikanie także zagrożeń zdrowotnych wynikających z uwarunkowań rodzinnych.

ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA W ORIENTACJI PRZYSZŁOŚCIOWEJ

wiek

płeć

	Stwierdzenia	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie
1.	Należę do ludzi, którzy planują krok po kroku, co mogą zrobić dla swojego zdrowia obecnie i w przyszłości.				
2.	Czuję się odpowiedzialny(-a) za stan swojego zdrowia w przyszłości.				

	Stwierdzenia	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie
3.	Długo zastanawiam się nad konsekwencjami dzisiejszych zachowań zdrowotnych dla kondycji fizycznej, psychicznej i społecznej w przyszłości.				
4.	Nie myślę o ryzyku związanym np. z paleniem papierosów, bo chcę dzisiaj odczuć przyjemność i być szczęśliwy(-a).				
5.	Staram się zapobiegać najczęściej występującym problemom zdrowotnym, zanim odczuję jakiegokolwiek dolegliwości.				
6.	Żyję z dnia na dzień i nie martwię się o przyszłość.				
7.	Szukam informacji na temat zdrowia, aby zaplanować odpowiednie działania o charakterze profilaktycznym.				
8.	Zdrowie zawsze będzie miało dla mnie ogromną wartość.				
9.	Nie wyobrażam sobie, żebym mógł/mogła lekceważyć dietę, aktywność fizyczną, wiedząc, że skutki niewłaściwego postępowania będą odczuwać w przyszłości.				
10.	Zdając sobie sprawę, z jakimi problemami zdrowotnymi mierzyła się moja rodzina, zwracam szczególną uwagę na profilaktykę w zakresie tych chorób.				
11.	Uważam, że winą za stan mojego zdrowia w przyszłości będę mógł/mogła obarczyć tylko siebie.				
12.	Dużo czasu poświęcam, aby zastanowić się, w jaki sposób mogę zapewnić sobie kondycję psychofizyczną i społeczną w przyszłości.				
13.	Nie należę do ludzi, którzy podejmują ryzykowne dla zdrowia działania, nie myśląc o ich konsekwencjach.				
14.	Zazwyczaj koncentruję się na wewnętrznych odczuciach dotyczących mojego zdrowia, wiedząc, iż im wcześniej zajmę się najmniejszym problemem, tym mniejszym zagrożeniem będzie on w przyszłości.				
15.	Moje zdrowie w przyszłości zależy od tego, jak dbam o siebie obecnie.				
16.	Staram się unikać stresujących sytuacji.				
17.	Nie oszczędzam na zdrowym odżywianiu.				
18.	W przypadku choroby wypytuję lekarza o sposób postępowania i ewentualne powikłania związane z przyjmowaniem leków.				

Skala I:

1, 3, 5, 6, 7, 9, 12, 14, 17.

Skala II:

2, 4, 8, 11, 15.

Skala III:

10, 13, 16, 18.

Odpowiedzi na pytania 4 i 6 należy odwrócić.