

BEATA ANTOSZEWSKA

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

ORCID – 0000-0001-5250-3337

ALEKSANDRA TOBOTA-RÓŻAŃSKA

Instytut Matki i Dziecka

ORCID – 0000-0001-5137-3497

ZDROWIE JAKO WARTOŚĆ W PERSPEKTYWIE OSÓB, KTÓRE ZAKOŃCZYŁY LECZENIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ*

Wprowadzenie: Zdrowiu nadajemy różne znaczenia zarówno w zakresie semantycznym, jak i aksjologicznym, zależnie od naszej aktualnej życiowej sytuacji. Gdy nic nam nie dolega, nie myślimy o nim, a nasze działania są skierowane na realizowanie zadań i ról społecznych. Dopiero pojawienie się lub przebycie choroby uzmysławia nam, czym jest dla nas zdrowie. Zrozumienie jego istoty i wartości, a także dbanie o nie jest ważne, bowiem tworzy szanse na rozwój człowieka, życie z poczuciem satysfakcji i szczęścia.

Cel badań: Celem opracowania jest prezentacja i interpretacja wartości zdrowia w opinii osób, które zakończyły leczenie choroby nowotworowej, w odniesieniu do długości leczenia i uwarunkowań społeczno-demograficznych.

Metoda badań: Badaniem objęto 51 osób w wieku od 15 do 49 lat, które przeszły proces leczenia choroby nowotworowej. Badanie przeprowadzono, wykorzystując standaryzowane narzędzie badawcze Lista Kryteriów Zdrowia autorstwa Juczyńskiego, które definiuje zdrowie w pięciu aspektach: stan, wynik, proces, właściwości i cel.

Wyniki: Dla badanych osób najważniejsze okazało się zdrowie rozumiane jako „stan”, „cel” i „wynik”, zdrowie zaś jako „właściwość” i „proces” było mniej istotne i tym samym zajęło dalsze miejsce w hierarchii ważności.

Wnioski: Zachęcanie do refleksji nad własnym zdrowiem i dbałość o nie ma istotne znaczenie dla obecnego, ale i przyszłego całościowego dobrostanu człowieka, które zapewne w większym stopniu pozwoli realizować wyznaczone cele życiowe.

Słowa kluczowe: zdrowie, wartość zdrowia.

* Sugerowane cytowanie: Antoszevska, B., Tobota-Różańska, A. (2023). Zdrowie jako wartość w perspektywie osób, które zakończyły leczenie choroby nowotworowej. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 42(1), 161–175. <http://dx.doi.org/10.17951/lrp.2023.42.1.161-175>



WPROWADZENIE

Pojęcie zdrowia stanowi zakres zainteresowania wielu nauk, w szczególności medycyny, socjologii, psychologii, a także pedagogiki. Problematyczne jest zatem wskazanie jednej powszechnie przyjętej definicji zdrowia, ponieważ badacze, próbując doprecyzować wspomniane pojęcie, podkreślają odmienne jego wymiary, istotne z punktu widzenia nauki, którą się zajmują. W pracach naukowych odnajdujemy definicje, w których zdrowie rozumiane jest zarówno jako stan braku choroby i dolegliwości, ale również jako dobrostan biopsychospołeczny, homeostaza lub stan harmonii i równowagi. Nie brakuje także ujęć zdrowia jako zdolności adaptacyjnej, sprawności funkcjonalnej, zdolności do pełnienia roli społecznej, zasobu czy potencjału psychofizycznego. Równie często pojawiają się opisy zdrowia jako wartości indywidualnej, ale i ogólnospołecznej (zob. Parsons, 1969; Aleksandrowicz, 1982; Tobiasz-Adamczyk, 2000; Dolińska-Zygmunt, 2001; John-Borys, 2002; Heszen i Sęk, 2007; Kawczyńska-Butrym, 2008; Konstańczak, 2012; Domaradzki, 2013, M. Woynarowska i B. Woynarowska, 2022).

Zdrowie jest uzależnione od wielu różnorodnych czynników: biologicznych, społeczno-ekonomicznych, kulturowych czy środowiskowych, ale również sieci wsparcia społecznego oraz stylu życia (M. Woynarowska i B. Woynarowska, 2022). Uznaje się, że pozostaje on w najsilniejszym oraz bezpośrednim związku ze zdrowiem i odpowiada za ponad 50 proc. zmienności w stanie zdrowia populacji (Słońska, 2010). Szeroką definicję stylu życia podaje Siciński (2002, s. 22–23), uznając, że jest to charakterystyczny sposób bycia odróżniający daną zbiorowość czy jednostkę. Na styl życia składają się „zachowania ludzi zróżnicowane co do zakresu i formy (a właściwie: ciągi tych zachowań nakierowane na określone cele, a więc „czynności”, „działania”); motywacje owych zachowań (przypisywane im znaczenia i wartości), a także pewne funkcje rzeczy będących rezultatami, celami bądź instrumentami owych zachowań (których, w związku z tą rolą, również przypisuje się pewne wartości). Przekonanie, że człowiek sam kształtuje własne zdrowie bliskie jest Konstańczykowi (2012, s. 28), który stwierdza, że „[...] nikt i nic nie może zdjąć z nas odpowiedzialności za własne zdrowie”. Jednak, jak zauważa Słońska (2010), odwoływanie się do jednostek w sprawie zmiany stylu życia jest niewystarczające, bowiem należy także zmieniać ich środowisko, aby stymulowało ono i wspierało indywidualne dążenia do zdrowia.

Domaradzki (2013, s. 415) zauważa, że zdrowie niejednokrotnie utożsamia się z dobrem, szczęściem, aktywnością, sprawnością, siłą, urodą i dobrobytem. Jest nośnikiem wolności i swobody. Umożliwia sprawne funkcjonowanie w środowisku społecznym, twórcze życie oraz korzystanie z własnego potencjału cech psychofizycznych w sytuacjach życiowych wyborów (m.in. Majchrowska, 2000; Syrek i Borzucka-Sitkiewicz, 2009). Osoby dorosłe przypisujące zdrowiu wysoką wartość, będąc jednocześnie przekonane co do osobistego wpływu na jego stan,

przejawiają więcej zachowań sprzyjających zdrowiu i utrzymujących je (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2003). Potwierdza to Bejma (2013), wskazując, że osoby oceniające swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry zaliczają do najbardziej skutecznych działań prozdrowotnych prawidłowe odżywianie (53%), aktywny wypoczynek (31%), wizyty u lekarza (28%). Z kolei niezadowoleni ze swojego stanu zdrowia na pierwszym miejscu wymieniają interwencję medyczną (47%), a na drugim zdrowe odżywianie (43%). Aktywność fizyczna to działanie wskazane zaledwie przez 13% badanych. Autorka jednak uważa, że świadomość znaczenia zdrowia oraz zdrowego stylu życia, jak i deklarowana troska o nie są wyraźne w polskim społeczeństwie. Jednak sama tradycja zdrowego stylu życia, pomimo silnych deklaracji dbania o własne zdrowie, wydaje się niewystarczająca, a subiektywna wartość przypisywana zdrowiu nie zawsze odnajduje odzwierciedlenie w codziennej praktyce (Bejma, 2013). Podobnie Puchalski (2015) na podstawie przeglądu badań naukowych stwierdza, że zdrowie na ogół rzadko staje się perspektywicznym celem, pomimo wysokich ocen jego wartości. Co trzeci Polak wskazuje je jako jedno ze swoich dążeń i pragnień w perspektywie 5–10 lat, a przy określaniu planów na nadchodzący rok pamięta o nim co czwarta–szósta osoba. Ponadto wiele osób nie docenia własnego zdrowia, deklarując gotowość poważnego narażenia go, choć ceni zdrowie jako takie, rozumiane w sposób ogólny, abstrakcyjny.

PROBLEM I CEL BADAŃ

Poznanie istoty i wartości zdrowia oraz umiejscowienie go na kluczowej pozycji w hierarchii wartości odgrywa ogromną rolę w życiu nie tylko pojedynczego człowieka, ale i całej społeczności. Im więcej świadomych i odpowiedzialnych za swoje zdrowie osób, tym zdrowsza społeczność, a zatem większa dbałość o środowisko życia. Celem badań było poznanie ocen wartości zdrowia w opinii osób, które zakończyły leczenie choroby nowotworowej, w odniesieniu do długości leczenia i uwarunkowań społeczno-demograficznych (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania). Sformułowano dwa problemy badawcze: Jaka jest ocena wartości zdrowia w opinii osób, które zakończyły leczenie choroby nowotworowej? Czy istnieje związek pomiędzy oceną wartości zdrowia a długością leczenia i uwarunkowaniami społeczno-demograficznymi?

METODA BADAŃ I CHARAKTERYSTYKA PRÓBY

Przeprowadzając badanie, wykorzystano standaryzowane narzędzie Listę Kryteriów Zdrowia (LKZ) autorstwa Zygfrieda Juczyńskiego. Jest to skala zbudowana z 24 stwierdzeń opisujących pozytywne elementy różnych wymiarów zdrowia

fizycznego, psychicznego i społecznego. Lista może zostać uzupełniona dodatkowymi kryteriami. LKZ może być stosowana w badaniach osób dorosłych, również młodzieży, zdrowych i chorych. Jest użyteczna w działaniach modyfikujących zachowania zdrowotne, w terapii i rehabilitacji. Przeciętny czas badania wynosi ok. 10 minut (Juczyński, 2001). W początkowym etapie osoby przystępujące do wypełnienia LKZ miały za zadanie wybrać stwierdzenia, które ich zdaniem są bardzo ważne w ocenie zdrowia, a zatem mogły zaznaczyć większą liczbę odpowiedzi. W kolejnym etapie dokonywały wyboru pięciu najważniejszych stwierdzeń, a w ostatnim porządkowały je od najważniejszego do najmniej ważnego. Najważniejszemu przypisywały pięć punktów, a najmniej ważnemu jeden punkt.

Badania prowadzono online od czerwca do listopada 2021 roku z wykorzystaniem formularza google. Formularz został przygotowany w porozumieniu i za zgodą Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Pierwszy etap przygotowania formularza polegał na wprowadzeniu LKZ i odesłaniu do zaakceptowania. Po uzyskaniu zgody umieszczono narzędzie badawcze w Internecie. Kolejnym krokiem było rozesłanie wiadomości z zaproszeniem do udziału w badaniach osób, które przeszły leczenie choroby nowotworowej. Uzyskano zwrot od 71 osób, jednak nie wszystkie nadesłane kwestionariusze były w pełni uzupełnione. Zdecydowano się na odrzucenie niekompletnych kwestionariuszy, a tym samym włączenie do badań tylko tych wypełnionych w całości. Zaprezentowane analizy dotyczą 51 kwestionariuszy wypełnionych przez osoby w wieku od 15 do 49 lat, które w dzieciństwie przeszły leczenie choroby nowotworowej i zostały uznane za wyleczone. Średni wiek ankietowanych wyniósł $24,16 \pm 6,10$, przy czym połowa respondentów miała najwyżej 23 lata. Czas leczenia, który przeszła każda z osób badanych był bardzo zróżnicowany i wyniósł średnio $2,64 \pm 3,62$ lat, natomiast połowa ankietowanych leczyła się do roku. Większość respondentów stanowiły kobiety (62,75%) i osoby z wykształceniem średnim (60,79%). Ponad jedna trzecia badanych mieszkała w dużym mieście (35,29%), ponad jedna czwarta na wsi (27,45%), ok. jedna piąta w małym mieście (19,61%) i nieco mniej w średnim mieście (17,65%) (tabela 1).

Tabela 1.
Charakterystyka badanej grupy

Zmienne	Wskaźniki	M±SD	Me (Min; Max)
		N	%
Płeć	Kobieta	32	62,75
	Mężczyzna	19	37,25

Miejsce zamieszkania	Wieś	14	27,45
	Małe miasto	10	19,61
	Średnie miasto	9	17,65
	Duże miasto	18	35,29
Wykształcenie	Gimnazjalne	4	7,84
	Średnie	31	60,79
	Wyższe	16	31,37

Źródło: opracowanie własne.

PROCEDURA ANALIZY DANYCH

W celu scharakteryzowania badanej grupy wykorzystano licznosci i procenty oraz statystyki opisowe, takie jak średnia, odchylenie standardowe, mediana, minimum i maksimum. Dla poszczególnych twierdzeń Listy Kryteriów Zdrowia policzono średnie wagi, a następnie szukano istotnych różnic w wagach przypisywanych do twierdzeń w zależności od płci, miejsca zamieszkania i wykształcenia oraz istotnych związków z wiekiem i czasem leczenia. Wykorzystano test U Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallisa oraz współczynnik korelacji Spearmana. Testy nieparametryczne zastosowano ze względu na porządkowy charakter większości zmiennych.

WYNIKI

Badani najwyżej cenili sobie zdrowie rozumiane jako „stan”, „cel” i „wynik”, zdrowie zaś jako „właściwość” i „proces” zajęły dalsze miejsca. Według osób, które zakończyły leczenie choroby nowotworowej, bycie zdrowym oznacza przede wszystkim „umieć cieszyć się z życia”, „dożyć późnej starości”, „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki” oraz „nie palić tytoniu”. Najmniejszą wagę ankietowani przywiązywali do takich stwierdzeń, jak: „mieć zdrowe włosy, oczy, cerę”, „być odpowiedzialnym”, „nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność”, „potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi”, „czuć się dobrze” oraz „mieć dobry nastrój”. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w średnich wagach twierdzeń z Listy Kryteriów Zdrowia wśród ankietowanych osób w zależności od płci. Można jednak zauważyć, że mężczyźni przywiązywali nieco większą wagę do stwierdzeń „dożyć późnej

starości”, „umieć rozwiązywać swoje problemy” oraz „mieć sprawne wszystkie części ciała”. Z kolei dla kobiet ważne było, by „czuć się szczęśliwym przez większość czasu”, „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki” oraz „należycie się odżywiać”. Uzyskane wyniki są częściowo zgodne z wynikami innych prac. Blaxter (Tobiasz-Adamczyk, 2000) wskazał, że mężczyźni rozumieją przez zdrowie zdolność do wykonywania ciężkiej pracy oraz do ciężkiego wysiłku fizycznego przez wiele godzin, a zatem zdrowie oznacza dla nich możliwość zrobienia czegoś, wypełniania zadań. W odniesieniu do kobiet Puchalski (2005) zauważył, że nieco częściej zwracają one uwagę na samopoczucie i wygląd, rzadziej natomiast powołują się na dolegliwości. Częściej ujmują też zdrowie jako coś, co kształtuje się przez całe życie.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w średnich wagach twierdzeń z Listy Kryteriów Zdrowia w zależności od miejsca zamieszkania ankietowanych. Można jednak zauważyć, że do kryterium „dożyć późnej starości” nieco mniejszą wagę przywiązywali mieszkańcy wsi, a nieco większą mieszkańcy małych miast, z kolei twierdzenie „dbać o wypoczynek, sen” było najmniej ważne dla mieszkańców dużych miast. Mieszkańcy małych miast mniejszą wagę przywiązywali do przyjmowania lekarstw, a stwierdzenie „być odpowiedzialnym” było ważniejsze dla mieszkańców małych i średnich miast niż dla mieszkańców wsi i dużych miast. Do kryterium „mieć pracę, różnorodne zainteresowania” większą wagę przywiązywali mieszkańcy małych miast i wsi.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w średnich wagach twierdzeń z Listy Kryteriów Zdrowia w zależności od wykształcenia ankietowanych. Można jednak zauważyć, że stwierdzenie „dożyć późnej starości” było ważniejsze dla osób z wykształceniem wyższym, natomiast „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki” oraz „czuć się szczęśliwym przez większość czasu” to stwierdzenia ważniejsze dla osób z wykształceniem gimnazjalnym i średnim.

Analiza statystyczna wykazała umiarkowaną dodatnią korelację pomiędzy wiekiem a twierdzeniem „dożyć późnej starości” oraz umiarkowaną ujemną korelację pomiędzy wiekiem a twierdzeniem „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki”. Oznacza to, że z wiekiem badani przywiązywali większą wagę do długiego życia („dożyć późnej starości”), a mniejszą do akceptacji siebie, świadomości swoich możliwości i braków. W przypadku pozostałych twierdzeń nie stwierdzono istotnej zależności od wieku. Szczegółowe wyniki obrazuje tabela 2. W badaniach Blaxtera (Tobiasz-Adamczyk, 2000) osoby młode częściej definiowały zdrowie jako sprawność fizyczną, zdolność do uprawiania sportu, wysiłku fizycznego i dobrej kondycji.

Tabela 2.

Analiza związku pomiędzy wiekiem a wagami twierdzeń z Listy Kryteriów Zdrowia

Lp.	Lista Kryteriów Zdrowia	Korelacja z wiekiem	
		R Spearmana	p
1	Dożyć późnej starości	0,300	0,033
2	Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	-0,151	0,289
3	Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,013	0,926
4	Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,065	0,651
5	Należycie się odżywiać	0,189	0,183
6	Dbać o wypoczynek, sen	0,059	0,679
7	Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,040	0,782
8	Nie palić tytoniu	0,158	0,267
9	Mieć odpowiednią wagę ciała	0,029	0,837
10	Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,089	0,536
11	Mieć dobry nastrój	-0,242	0,087
12	Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	-0,104	0,470
13	Potrafić pracować bez napięcia i stresu	-0,041	0,777
14	Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,036	0,804
15	Mieć zdrowe włosy, oczy, cerę	0,035	0,809
16	Umieć przystosować się do zmian w życiu	0,052	0,715

17	Umieć się cieszyć z życia	-0,229	0,105
18	Być odpowiedzialnym	-0,160	0,262
19	Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,071	0,621
20	Mieć sprawne wszystkie części ciała	-0,026	0,859
21	Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	-0,299	0,033
22	Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	-0,055	0,701
23	Czuć się dobrze	-0,031	0,828
24	Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,206	0,147

Źródło: opracowanie własne.

Analiza statystyczna wykazała umiarkowaną ujemną korelację pomiędzy czasem leczenia a stwierdzeniem „potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami” oraz umiarkowaną ujemną korelację pomiędzy czasem leczenia a twierdzeniem „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki”. Oznacza to, że im dłużej badani byli leczeni, tym mniejszą wagę przywiązywali do umiejętności panowania nad swoimi uczuciami i popędami oraz akceptowania siebie, znajomości swoich możliwości i braków. W przypadku pozostałych twierdzeń nie stwierdzono istotnego związku z czasem/długością leczenia. Ilustruje to tabela 3.

Tabela 3.

Analiza związku pomiędzy czasem leczenia a wagami twierdzeń z Listy Kryteriów Zdrowia

Lp.	Lista Kryteriów Zdrowia	Korelacja z czasem leczenia	
		R Spearmana	p
1	Dożyć późnej starości	0,080	0,578
2	Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,184	0,196
3	Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	-0,172	0,229

4	Umieć rozwiązywać swoje problemy	-0,031	0,831
5	Należy się odżywiać	0,001	0,995
6	Dbać o wypoczynek, sen	-0,080	0,575
7	Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,136	0,343
8	Nie palić tytoniu	-0,018	0,901
9	Mieć odpowiednią wagę ciała	0,049	0,731
10	Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,131	0,361
11	Mieć dobry nastrój	-0,086	0,550
12	Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	0,078	0,586
13	Potrafić pracować bez napięcia i stresu	0,011	0,936
14	Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,126	0,377
15	Mieć zdrowe włosy, oczy, cerę	-0,089	0,533
16	Umieć przystosować się do zmian w życiu	0,116	0,418
17	Umieć się cieszyć z życia	0,006	0,968
18	Być odpowiedzialnym	-0,046	0,748
19	Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	-0,304	0,030
20	Mieć sprawne wszystkie części ciała	0,044	0,760
21	Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	-0,311	0,026
22	Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	-0,074	0,608
23	Czuć się dobrze	-0,114	0,426
24	Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,192	0,176

Źródło: opracowanie własne.

DYSKUSJA

Podstawą działań promujących zdrowie lub modyfikujących niesprzyjające zdrowiu zachowania jest poznanie tego, co ludzie rozumieją pod pojęciem zdrowia i co dla nich oznacza „być zdrowym”, a zatem w jakim stopniu zdrowie jest utożsamiane ze stanem, właściwością lub procesem (Juczyński, 2001). Wiedza ta stanowi przesłankę projektowania działań rozwijających i utrwalających wiarę w możliwość wpływu na zdrowie, a zatem kształtowania pozytywnego nastawienia. Przeprowadzone badania ujawniły następującą hierarchię twierdzeń opisujących zdrowie: „stan”, „cel” „wynik”, „właściwość” i „proces”. Być zdrowym, według osób po zakończonym leczeniu choroby nowotworowej, oznaczało przede wszystkim „umieć cieszyć się z życia” (stan), „dożyć późnej starości” (cel), „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki” (cel) oraz „nie palić tytoniu” (wynik). Najmniejszą wagę ankietowani przywiązywali do stwierdzeń związanych z dobrym nastrojem („mieć dobry nastrój” [wynik]) oraz relacjami z innymi ludźmi („potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi” [proces]) czy dobrym samopoczuciem („czuć się dobrze” [stan]). Stwierdzono, że wraz z wydłużaniem się czasu leczenia badani przywiązywali mniejszą wagę do umiejętności panowania nad swoimi uczuciami i popędami oraz akceptowania siebie, znajomości swoich możliwości i braków. Ponadto z wiekiem badani przywiązywali większą wagę do długiego życia („dożyć późnej starości”), a mniejszą do akceptacji siebie, świadomości swoich możliwości i braków.

Analizując powyższą hierarchię twierdzeń i opierając się na doświadczeniach w pracy z pacjentami onkologicznymi, a także licznych pracach biograficznych, można przypuszczać, że osoby uczestniczące w badaniu, po zakończonym leczeniu choroby, która nadal jest uważana za szczególnie łękotwórczą i prowadzącą do śmierci, chcą zmienić swoje życie. Niepewność obejmująca dotychczasową egzystencję była trudna do zniesienia, a pojawiające się pytania i myśli, pozostające niejednokrotnie bez odpowiedzi, wyzwały napięcie. Bezradność wobec choroby, poczucie utraty kontroli nad swoim życiem (Kubacka-Jasiecka, 1999) mogą powodować, że osoby po przejściu leczenia onkologicznego, długotrwałych hospitalizacjach postrzegają „bycie zdrowym” jako długie życie i umiejętność cieszenia się z niego. Podobne wyniki uzyskała Tobota (2010), badając młodzież chorą onkologicznie i zdrową. Wartość dobrego zdrowia stanowiła najistotniejszą różnicę pomiędzy badanymi grupami ($p < 0,001$). Okazało się, że była to zdecydowanie najważniejsza wartość osobista w przypadku osób zdrowych (obok miłości i przyjaźni). Z kolei dla chorych najważniejsze okazały się poczucie humoru, radość i zadowolenie. Wiele badań wskazuje, że doświadczenie choroby zagrażającej życiu może być szansą nie tylko na szczęśliwe, ale także na bardziej sensowne życie. Osoby z doświadczeniem trudnych sytuacji w większym stopniu przywiązują wagę do drobnych, codziennych wydarzeń, a zdają

się pomniejszać znaczenie spraw życiowych, które były wcześniej ważne. Wiele z nich bardziej docenia życie, przeżywa je bardziej świadomie i stawia sobie nowe cele (Ogińska-Bulik, 2014a). Ponadto poradzenie sobie z doświadczeniem choroby zagrażającej życiu może spowodować korzystne zmiany w zakresie percepcji siebie, relacji z innymi, a nawet umiejętności radzenia sobie w trudnych warunkach (Ogińska-Bulik, 2014b).

Pragnienie życia po przejściu długich i uciążliwych hospitalizacji, w tym bolesnych zabiegów, jest ogromne. Badania Cepuch z zespołem (2007) wskazują, że u zdecydowanej większości pacjentów chorych na nowotwór choroba nie spowodowała utraty sensu życia, a walka o życie, zdrowie i przyszłość stała się jego celem. Osoby z doświadczeniem choroby nowotworowej zaczynają na nowo doceniać życie i „wolność”, czego brakowało w trakcie hospitalizacji, a być może nie było też doceniane przed diagnozą choroby. Świadomość, że dotychczas nie doceniało się życia i jego ulotności może powodować, że byli pacjenci zaczynają pragnąć „umieć cieszyć się z życia” (stan), być może podświadomie licząc na to, że takie podejście uchroni ich od ponownego zachorowania i pozwoli „dożyć późnej starości” (cel), a będzie to łatwiejsze i przyjemniejsze przy „akceptowaniu siebie, i znajomości swoich możliwości i braków” (cel). Jeśli jednak życie okaże się krótsze, to przynajmniej to, co przeżyją, da im poczucie szczęścia. Akceptowanie siebie i znajomość swoich możliwości oraz braków są częstymi tematami pracy psychoonkologów z pacjentami w trakcie ich chorowania i uciążliwego leczenia. Konsekwencje choroby nowotworowej są bardziej dotkliwe, kiedy udaremnia ona realizację planów czy obranych celów życiowych, a najtrudniej poradzić sobie z nimi w okresie dojrzewania (Eiser, 2009; Wojtasik, 2015). Wskazywanie jako wartości „niepalenia tytoniu” (wynik) może być efektem prowadzonej na oddziałach onkologicznych edukacji prozdrowotnej. Palenie tytoniu jest jednym z podstawowych czynników kancerogennych i często przypomina się o tym nie tylko pacjentom onkologicznym, ale i całej populacji. Pacjenci po leczeniu nowotworowym prawdopodobnie będą unikać palenia, ponieważ może ono spowodować nawrót choroby i wpłynąć niekorzystnie na długość ich życia.

Badania dotyczące wartości zdrowia, które prowadzono w grupach osób zdrowych (Kupcewicz, 2014; Stawiarz Lewicka, Sulima, Wiktor, 2014; Piasecka, Ślusarska, Nowicki, 2015; Wasil, Pietraszek, Charzyńska-Gula, Nowicki, 2016) wskazują, że było ono najczęściej utożsamiane z właściwością (zazwyczaj pierwsze miejsce w hierarchii) lub stanem (zazwyczaj druga pozycja). Bycie zdrowym najczęściej wiązało się z brakiem dolegliwości fizycznych („nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”), (pełno)sprawnością („mieć sprawne wszystkie części ciała”) oraz dobrym samopoczuciem („czuć się dobrze”). Można zauważyć, że wyniki przywołanych badań koncentrowały się przede wszystkim na braku poczucia „że jest się chorym”, a zatem sytuacji, w której człowiek nie odczuwa żadnych objawów chorobowych. Takie rozumienie może być bliższe osobom

przygotowującym się do pracy w zawodach medycznych, które pojęcie zdrowia nadal ujmują nieco redukcjonistycznie. W przekazie treści na studiach medycznych przeważa orientacja patologiczna, a więc stan, w którym nie ujawnia się żadna jednostka chorobowa. Z kolei badania Puchalskiego (2005) wśród osób aktywnych zawodowo (zatrudnionych w losowo wybranych przedsiębiorstwach na terenie całego kraju), choć prowadzone za pomocą innego narzędzia badawczego, wskazują, że najczęściej wybieranymi kryteriami własnego zdrowia okazały się: ogólnie pojęty nastrój i samopoczucie oraz występowanie lub brak uciążliwych dolegliwości.

WNIOSKI

Zdrowie może być traktowane jako stan, proces, właściwość czy skutek. W każdym ze wskazanych ujęć wyraża właściwość charakteryzującą człowieka. Istotne jest, aby zdrowie utożsamiać nie tyle ze stanem czy własnością, ale przede wszystkim z celem, do którego dąży się przez całe życie. W realizacji tego celu niezbędne jest kształtowanie świadomości ekologicznej społeczeństwa i dostrzeganie własnej roli w dbaniu o ekologię. Powodzenie działań w zakresie ochrony środowiska zależy w znacznym stopniu od tego, ile osób się w nie zaangażuje. Dobrym pomysłem jest zatem wykorzystanie w tym celu narzędzi internetowych, np. Narodowego Testu Ekologicznego (M. Woynarowska i B. Woynarowska, 2022), za pomocą którego można otrzymać poradę na temat ekologicznej diety. Ponadto skuteczne w działaniach promujących ekologię może okazać się wykorzystanie mediów społecznościowych i zamieszczanie na nich zdjęć, infografik, filmów promujących świadomą konsumpcję, a przede wszystkim produkty sprzyjające zachowaniu równowagi naturalnego środowiska.

Kolejna istotna kwestia dotyczy osób po leczeniu choroby nowotworowej i odzyskaniu przez nie optymalnego zdrowia fizycznego i emocjonalnego. Przejście przez leczenie choroby nowotworowej jest traktowane jak sygnał alarmowy, doświadczenie uświadamiające, że należy coś zmienić w życiu (Przewodnik ESMO dla pacjentów, 2017). Wiele osób, które przezwyciężyło chorobę onkologiczną chce znaleźć sposoby na zmniejszenie szansy jej nawrotu. Pomocne zatem byłoby bieżące monitorowanie ich stanu zdrowia (w tym potrzeb emocjonalnych) oraz indywidualne planowanie działań pomagających rozpocząć/utrzymać zdrowy styl życia, tj. aktywność fizyczną, odżywianie oraz zarządzanie stresem. Ważne byłoby stworzenie dostępu do bezpłatnego i kompleksowego systemu wsparcia (informacyjnego, emocjonalnego), tak aby osoby będące po zakończonym leczeniu mogły lepiej radzić sobie z trudnościami wynikającymi z choroby.

OGRANICZENIA BADAŃ

Ograniczenia przeprowadzonego badania wiążą się z dwoma aspektami. Pierwszy to pozyskanie danych za pośrednictwem jednego narzędzia. Drugi aspekt dotyczy przeprowadzenia badań w jednej, nielicznej grupie. Bardziej atrakcyjne i interesujące poznawczo wyniki można byłoby uzyskać, kierując pytania do kilku grup respondentów (np. osób zdrowych lub osób z innymi chorobami przewlekłymi).

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, J. (1982). *Nie ma nieuleczalnie chorych*. Wydawnictwo Łódzkie.
- Bejma, U. (2013). Prozdrowotne style życia w świadomości współczesnego społeczeństwa polskiego. *Studia nad Rodziną*, 17/2(33), 65–80.
- Cepuch, G., Dobrogowski, J., Wordliczek, J. (2007). The Perception of Purse and Sense of Life and Satisfaction in Young People with Cancer and Rheumatic Disease. *Advances in Palliative Medicine*, 1, 3–12.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001). Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. W G. Dolińska-Zygmunt (Red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 11–18). Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Domaradzki, J. (2013). O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie. *Hygeia Public Health*, 48(4), 408–419.
- Eiser, Ch. (2009). Assessment of Health – Related Quality of Life after Bone Cancer in Young People: Easier Said than Done. *European Journal of Cancer*, 10, 1744–1747.
- Seria poradników dla pacjentów ESMO opartych na wytycznych ESMO dotyczących praktyki klinicznej, European Society for Medical Oncology, 2017.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. PWN.
- John-Borys, M. (2002). *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracowania PTP.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2003). Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka. W Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (Red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 9–16). Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (2008). *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Makmed.
- Konstańczak, S. (2012). Zdrowie jako wartość ogólnospołeczna. *Studia Ecologiae et Bioethicae*, 10(3), 23–34.
- Kubacka-Jasiecka, D. (1999). Problematyka lęku i zmagania się z lękiem w chorobie nowotworowej. W D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (Red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kupcewicz, E. (2014). Wartościowanie zdrowia w opinii studiujących pielęgniarzek. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, XV(12), 355–371.

- Majchrowska, A. (2000). Kultura i jej wpływ na życie społeczne. W I. Taranowicz, A. Majchrowska, Z. Kawczyńska-Butrym (Red.), *Elementy socjologii dla pielęgniarek* (s. 103–127). Czelej.
- Ogińska-Bulik, N. (2014a). Rola duchowości w rozwoju po traumie u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. *Psychiatria i Psychoterapia*, 10(3), 3–16.
- Ogińska-Bulik, N. (2014b). Wzrost po traumie a zadowolenie z życia u osób po zawale serca. *Polskie Forum Psychologiczne*, 19(1), 140–154.
- Parsons, T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość*. PWE.
- Piasecka, H., Ślusarska, B., Nowicki, G. (2015). Zdrowie jako wartość wśród młodzieży studenckiej w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych i ocena żywienia badanej grupy. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2(66), 127–134.
- Puchalski, K. (2005). Potoczne definiowanie zdrowia. *Annales Univeritatis Mariae Curie Skłodowska*, LX, 414–417.
- Puchalski, K. (2015). Potoczne myślenie o zdrowiu i chorobie. *Zeszyty Prasoznawcze*, t. 58, 2(222), 255–275.
- Przewodnik ESMO dla pacjentów, 2017. Pobrano 28, lutego, 2023 z: <https://www.esmo.org/content/download/300508/5990755/1/PL-Poradnik-dla-Pacjentow-Przebycie-Choroby-Nowotworowej%E2%80%AF.pdf>
- Siciński, A. (2002). *Styl życia. Kultura. Wybór*. Wyd. IFiS PAN.
- Słońska, Z. (2010). Rozwój i stan pojęcia „promocja zdrowia” w perspektywie socjologicznej. W K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska (Red.), *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym* (s. 213–225). Wyd. KUL.
- Stawiarz, B., Lewicka, M., Sulima, M., Wiktor, H. (2014). Zdrowie jako wartość w ocenie studentów z województwa podkarpackiego. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 68(4), 226–232.
- Syrek, E., Borzucka-Sitkiewicz, K. (2009). *Edukacja zdrowotna*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2000). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobota, A. (2013). System wartości osobistych w życiu młodzieży chorej onkologicznie. *Psychoonkologia*, 3, 98–104.
- Wasił, A., Pietraszek, A., Charzyńska-Gula, M., Nowicki, G. (2016). Subiektywne rozumienie bycia zdrowym wśród studentów pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego – badania wstępne. *Journal of Education, Health, and Sport*, 6(4), 495–502.
- Wojtasik, N. (2015). Wyleczenie z choroby nowotworowej. Problemy psychologiczne rodziny dziecka i nastolatka wyleczonego, który stał się inwalidą. W M. Rogiewicz (Red.), *Praktyczny podręcznik psychoonkologii dzieci i nastolatków* (s. 385–390). Medycyna Praktyczna.
- Woynarowska, B. (2007). *Edukacja zdrowotna*. PWN.
- Woynarowska, M., Woynarowska, B. (2022). Zdrowie i edukacja. W M. Woynarowska, B. Woynarowska (Red.), *Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników* (s. 21–25). Harmonia Universalis.

HEALTH AS A VALUE FROM THE VIEWPOINT OF PATIENTS AFTER COMPLETING THEIR TREATMENT OF A NEOPLASTIC DISEASE

Introduction: Health is attributed with different meanings, both semantic and axiological, depending on our current life situation. Apparently, when we are free of any ailment, we do not think much about health and our actions are aimed at performing social tasks and roles. It is only when we fall ill or recover from an illness that we realise what health means to us.

Research Aim: The objective of this study has been to determine the value of health in the opinion of patients who have completed their treatment of a neoplastic illness in relation to the duration of the treatment and socio-demographic circumstances.

Method: The study involved a group of 51 persons aged 15 to 49 years, who had gone through the process of treatment of neoplastic disease. The study was carried out using a standardised research tool called the Health Criteria List, developed by Juczyński, which defines health in five aspects: condition, outcome, process, property and goal.

Results: For the respondents, health understood as 'condition', 'goal' and 'result' proved to be the most important, while health seen as 'property' or 'process' mattered less, and consequently these aspects scored lower in the hierarchy of importance.

Conclusion: Encouraging one to reflect on one's health and take care of it is important for the current condition and future health, which will certainly allow one to achieve the set life goals better.

Keywords: value, health.

