Zofia Kubińska, Anna Pańczuk

Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych, Katedra Kultury Fizycznej i Fizjoterapii, Zakład Fizjoterapii Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Samoocena stanu zdrowia i czynników warunkujących zdrowie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku przy PSW w Białej Podlaskiej

Streszczenie

We współczesnych cywilizacjach problemy zdrowotne osób starszych nabrały w ostatnim czasie zainteresowania naukowego. Celem badań było poznanie samooceny stanu zdrowia badanych osób oraz czynników i zachowań warunkujących ich zdrowie: fizyczne, psychiczne, społeczne, duchowe i seksualne. W badaniach wzięły udział 54 osoby starsze w wieku od 60 do 76 lat, należące do Uniwersytetu Trzeciego Wieku działającego przy Państwowej Szkole Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej. W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Wyniki badań ukazały, że 61% respondentów regularnie odczuwa dobre samopoczucie, a co trzeci (33%) ma takie samopoczucie od czasu do czasu. Zachowania prozdrowotne ukazują, że badani w największym stopniu dbają o zdrowie duchowe. Aktywność fizyczna jako dbałość o zdrowie fizyczne jest systematycznie uprawiana przez 42% badanych osób. W zakresie zdrowia psychicznego, co czwarta osoba (26%) regularnie radzi sobie ze stresem, 61% od czasu do czasu, a 55% to zaradni życiowo optymiści. Zachowania prospołeczne dotyczą 24% badanych, którzy bezinteresownie pomagają innym, a 17% to udzielający wsparcia. Satysfakcjonujące życie seksualne prowadzi 9% ogółu, a 24% od czasu do czasu. Czynniki i zachowania antyzdrowotne tj.: nieregularne spożywanie posiłków, nadmierne korzystanie z mediów, ograniczony czas snu, przemęczenie, są praktykowane regularnie przez badanych w małym zakresie, w nieco większym od czasu do czasu.

Słowa kluczowe: osoby starsze, samoocena, stan zdrowia, czynniki i zachowania zdrowotne

Wstęp

W wielu współczesnych cywilizacjach problemy zdrowotne osób starszych nabrały w ostatnim czasie dużego zainteresowania i znaczenia naukowego. Natomiast wśród zmian jakie zaszły w świadomości ludzi, dostrzega się uznanie wiodącej roli zachowań zdrowotnych w utrzymaniu, doskonaleniu i promowaniu zdrowia. W wiek podeszły wpisane są choroby przewlekłe, jednakże człowiek przez całe dorosłe życie dokonuje wyborów warunkujących starzenie patologiczne lub pozytywne. Wolny wybór dotyczy przede wszystkim stylu życia i postawy wobec własnego zdrowia. Uznano, że obecny

dynamiczny wzrost trwania życia jest wynikiem poprawy stanu zdrowia osób starszych. Poprawa ta wynika między innymi z łatwiejszego dostępu do leków, rehabilitacji, lepszej jakości sprzętu medycznego. Wpływ na poprawę stanu zdrowia ma również profilaktyka, jak i prowadzone na szeroką skalę przez agendy rządowe i organizacje pozarządowe kampanie mające na celu poprawę świadomości zdrowotnej na tym etapie życia (Mianowany i in. 2004, Mikołajczyk 2012, Błędowski 2012).

Zachowania zdrowotne w polskiej literaturze definiowali między innymi Gniazdowski i Puchalski (1990), a badali: Dolińska-Zygmunt (2000), Juczyński (2003) i Ogińska-Bulik (2010). Styl życia stanowi zespół zachowań oraz postaw zdrowotnych i jest najważniejszym czynnikiem warunkującym zarówno stan zdrowia jednostki, jak i populacji. Zachowania zdrowotne lub zachowania związane ze zdrowiem to zachowania (lub aktywności) jednostki będące elementem codziennego życia, a ponadto wpływające na stan jego zdrowia. Są to działania polegające na praktycznym stosowaniu posiadanej wiedzy na temat zdrowia i choroby. Stanowią one przedmiot względnie wolnych, indywidualnych wyborów i decyzji sprzyjających lub zagrażających zdrowiu (Żołnierczuk-Kieliszek 2002). Uwarunkowaniami wyboru zachowań zdrowotnych są: wiek, płeć, cele życiowe, sytuacja społeczna (role społeczne, pochodzenie, wykształcenie, warunki materialne, miejsce zamieszkania) i kulturowa (światopogląd, tradycje rodzinne, narodowe, zwyczaje). Zachowania zdrowotne wpływające pozytywnie na zdrowie człowieka oprócz samokontroli organizmu, odpowiedzialności za własne zdrowie i pozytywnego nastawienia to przede wszystkim zdrowa dieta, regularna aktywność fizyczna oraz optymalna ilość snu. Czynnikami ryzyka chorób, a tym samym zachowaniami negatywnie wpływającymi na zdrowie, są palenie tytoniu, nieprawidłowa dieta, niska aktywność fizyczna lub jej brak i nadużywanie alkoholu (Banaszkiewicz, Andruszkiewicz 2008).

Stan zdrowia można wyrazić nie tylko w wymiarze fizycznym, ocenianym na podstawie badań medycznych, lecz również w wymiarze psychologicznym, tj. w subiektywnym odczuciu komfortu psychicznego i dobrego samopoczucia. W samoocenie stan zdrowia wyraża się brakiem występowania nieprzyjemnych objawów i dolegliwości, jak również zdolnością do wykonywania zadań i pełnienia przypisanych ról w życiu codziennym (Juczyński 1999). Uczenie się zdrowia staje się obecnie niezbędnym komponentem całego życia i umożliwia jego odczytywanie i postrzeganie. Jest to możliwe dzięki osobniczym umiejętnościom rozpoznawania objawów jako reakcji na edukację zdrowotną (Karski 2003). Według Wojnarowskiej, gdy oceny różnych aspektów zdrowia dokonują sami ludzie, a nie profesjonaliści, mówimy o subiektywnym mierniku (wskaźniku) zdrowia. Jego obecność w pracach naukowych wynika z definicji zdrowia WHO, w której użyto określenia „samopoczucie". Pozwala on na opisanie zdrowia i samopoczucia z perspektywy samych zainteresowanych, a można je uzyskać na podstawie badań ankietowych (Wojnarowska 2007).

Cel

Celem badań było poznanie samooceny zdrowia badanych osób oraz czynników warunkujących ich zdrowie, ze szczególnym uwzględnieniem zachowań zdrowotnych (prozdrowotnych i antyzdrowotnych) w takich wymiarach zdrowia jak: zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne, duchowe i seksualne. Postawiono następujące pytania badawcze:

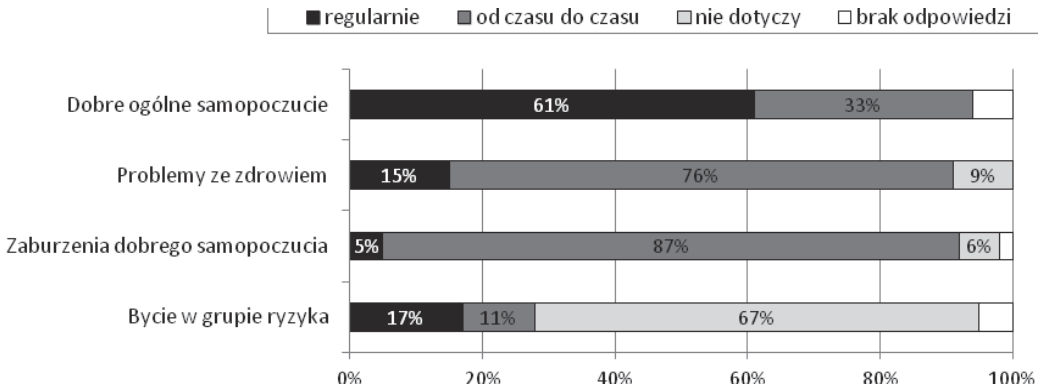
1. Jak badane osoby starsze oceniają stan własnego zdrowia?
2. Jakie zachowania prozdrowotne praktykują badane osoby starsze?
3. Jakie zachowania antyzdrowotne występują w stylu życia badanych?

Materiał i metoda badań

W badaniach wzięły udział 54 osoby starsze należące do Uniwersytetu Trzeciego Wieku działającego przy Państwowej Szkole Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej. Respondenci byli w wieku od 60 do 76 lat. W badanej grupie dominowały kobiety (80%), mężczyźni stanowili 2%, a 18% nie udzieliło odpowiedzi na temat płci. Większość respondentów jako miejsce zamieszkania zadeklarowała miasto (78%), pozostali wieś i okolice miasta Biała Podlaska. Posiadane wykształcenie na poziomie matury zgłosiło 57% badanych, 34% wskazało wykształcenie wyższe, a 9% nie udzieliło odpowiedzi. Badania przeprowadzono w maju i czerwcu 2014 roku. W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego 31 pytań z zakresu szczegółowych zachowań w ramach stylu życia oraz subiektywnej oceny stanu zdrowia z możliwością wyboru odpowiedzi (regularnie, od czasu do czasu, nie dotyczy). Kwestionariusz zawierał również 4 pytania metryczkowe (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie).

Wyniki badań

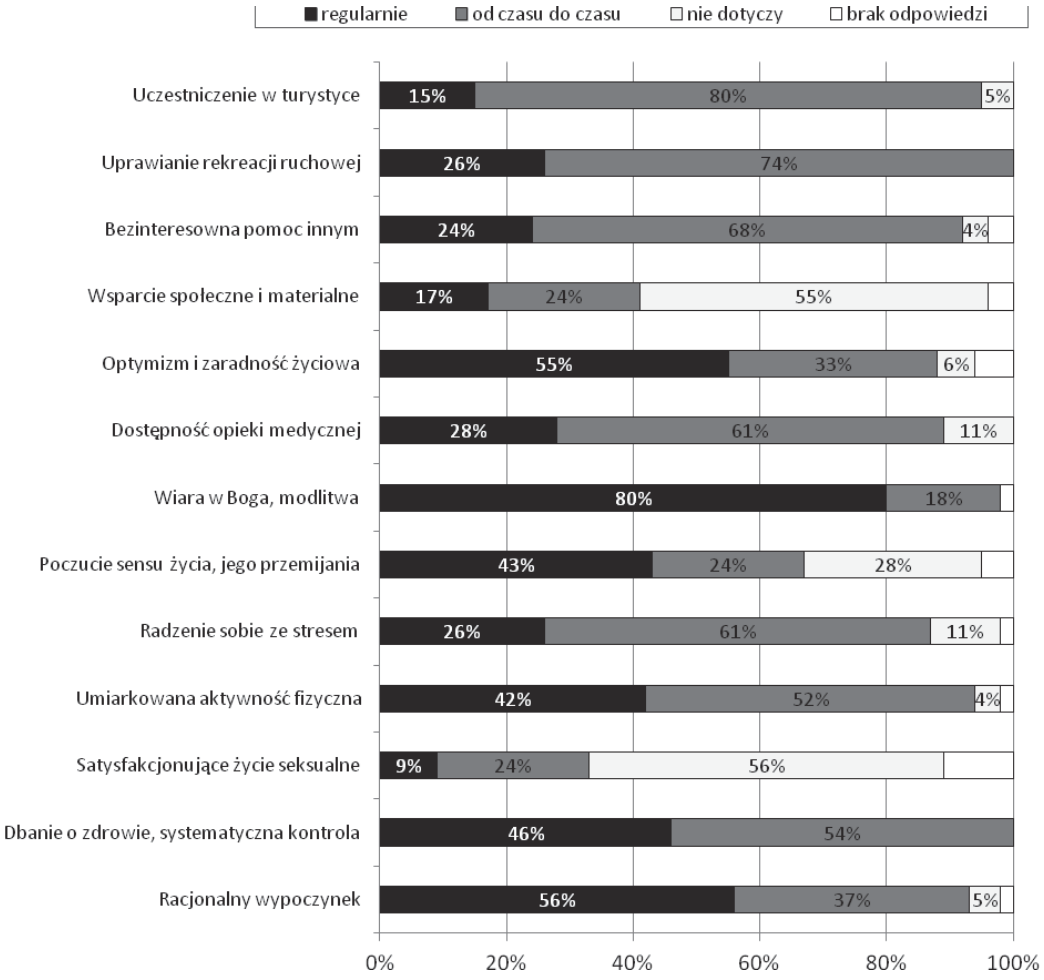
Wyniki badań ankietowych ukazujące samoocenę, stanu zdrowia badanych (ryc.1), zachowań prozdrowotnych (ryc.2) oraz czynników i zachowań antyzdrowotnych (ryc.3) badanych przedstawiono na wykresach słupkowych i opatrzono komentarzem.



Rycina 1. Samoocena stanu zdrowia badanych
Źródło: opracowanie własne

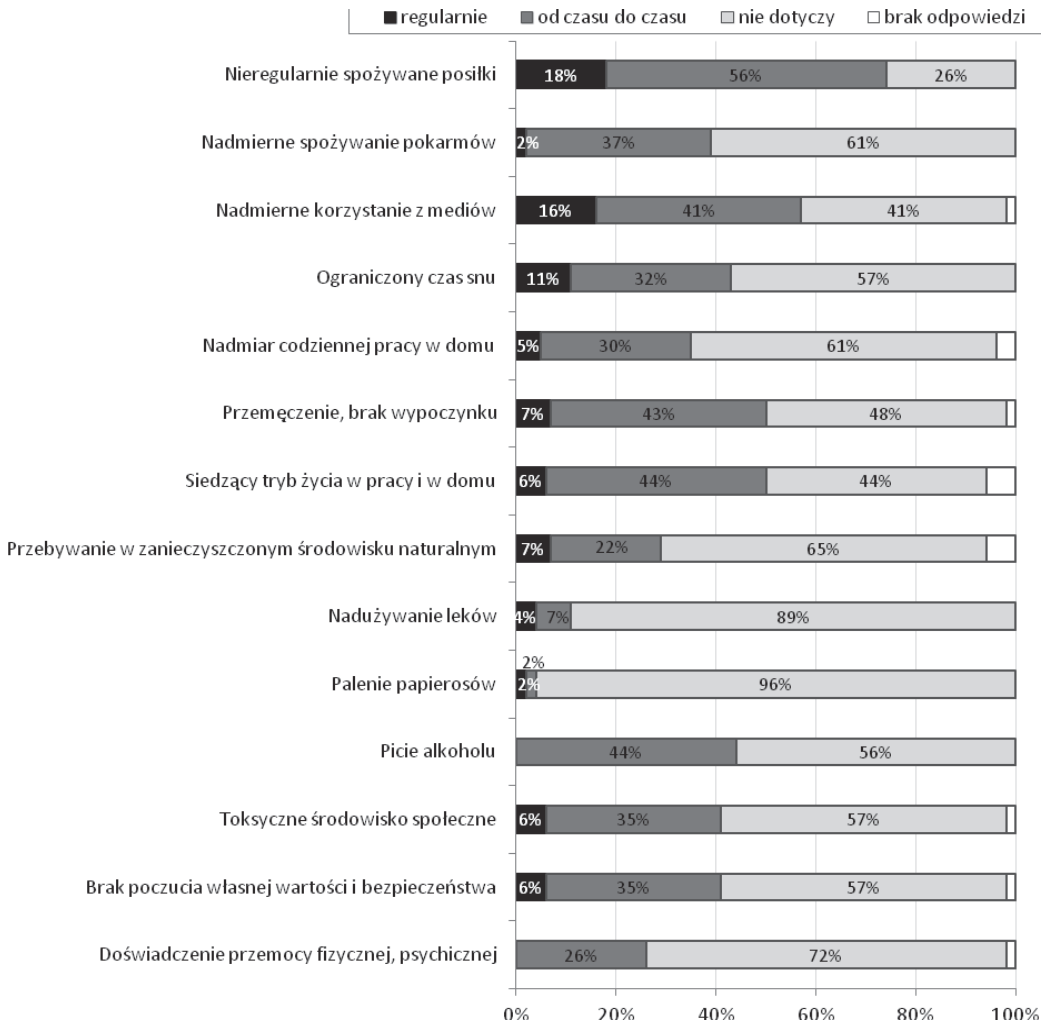
Według uzyskanych wyników 61% badanych ocenia, iż regularnie odczuwa dobre ogólne samopoczucie, a 33% ma takie samopoczucie od czasu do czasu. Regularne występowanie problemów ze zdrowiem wskazało 15% ogółu, 76% doświadcza ich od czasu do czasu, a 9% respondentów nie ma problemów ze zdrowiem. Zaburzenia dobrego samopoczucia regularnie pojawiają się w życiu 5% ankietowanych, od czasu do czasu odczuwa je aż 87%, a 6% nie ma zaburzeń w dobrym samopoczuciu. Przynależność do grupy ryzyka wskazało 17% ogółu, natomiast 67% osób starszych jest poza grupą ryzyka (ryc. 1).

Dane obrazujące zachowania prozdrowotne badanych ukazują, że w prawie wszyscy (98%) dbają o zdrowie duchowe, 80% czyni to regularnie na drodze wiary i modlitwy, a 18% od czasu do czasu. Przejawem zdrowia duchowego jest również regularne odczuwanie sensu życia, jego przemijania (43%), które od czasu do czasu odczuwa co czwarty ankietowany (24%). Bezinteresowną pomoc innym (postawę samarytańską) praktykuje regularnie 24% ogółu, a 68% czyni to od czasu do czasu. Racjonalny wypoczynek (56%) oraz optymizm i zaradność życiowa (55%) to kolejne regularne zachowania. Od czasu do czasu doświadcza ich co trzecia osoba (37%, 33%). Systematyczną dbałość i kontrolę zdrowia zadeklarowało 46% badanych, pozostali (54%) czynią to od czasu do czasu. Umiarkowana aktywność fizyczna jako dbałość o zdrowie fizyczne jest systematycznie uprawiana przez 42% osób, wyniki ukazują, że 26% tej aktywności stanowi rekreacja ruchowa, a 15% turystyka. W zakresie zdrowia psychicznego, co czwarta osoba badana (26%) regularnie radzi sobie ze stresem, 61% od czasu do czasu, 17% osób systematycznie wspiera innych (postawa wolontariatu), 24% udziela wsparcia od czasu do czasu. Możliwość regularnego dostępu do opieki medycznej ma 28% badanych, a 61% od czasu do czasu. Jeżeli chodzi o zdrowie seksualne to 9% badanych systematycznie doświadcza satysfakcjonującego życia seksualnego, a 24% od czasu do czasu (ryc. 2).



Rycina 2. Zachowania prozdrowotne podejmowane przez badane osoby starsze

Według wyników obrazujących czynniki i zachowania antyzdrowotne widać, że badane osoby w małym zakresie doświadczają ich regularnie, w nieco większym od czasu do czasu. Nieregularnie spożywa posiłki 18% ankietowanych, a 56% przydarza się to od czasu do czasu. Z kolei nadmierne spożywanie pokarmów zgłosiło 2% badanych, a 37% robi to od czasu do czasu. Do nadmiernego korzystania z mediów w sposób regularny przyznało się 16% badanych, 41% robi to od czasu do czasu, a 6% ogółu regularnie prowadzi siedzący tryb życia. Jeżeli chodzi o inne czynniki i zachowania antyzdrowotne to 7% respondentów regularnie odczuwa przemęczenie spowodowane brakiem wypoczynku, a 5% ma nadmiar pracy w domu. Regularne przebywanie w zanieczyszczonym środowisku naturalnym zgłosiło 7% badanych. Nikt z badanych nie pije regularnie alkoholu, a od czasu do czasu spożywa go 44%. Systematyczne nadużywanie leków zadeklarowało 4% respondentów. W badanej grupie 2% pali papierosy, a 96% to osoby niepalące. Według uzyskanych wyników co czwarta osoba ankietowana (26%) od czasu do czasu doświadcza przemocy, 6% regularnie odczuwa brak poczucia własnej wartości i bezpieczeństwa, a 5% zadeklarowało regularne przebywanie w toksycznym środowisku społecznym (ryc. 3).



Rycina 3. Czynniki i zachowania antyzdrowotne wśród badanych osób starszych

Dyskusja

Zdrowie człowieka warunkowane jest wieloma czynnikami, a mianowicie: osobniczymi, czyli związanymi z zachowaniami zdrowotnymi i stylem życia; społecznymi, socjoekonomicznymi oraz kulturowymi (Dahlgren, Whitehead 1991, Woynarowska 2007). Zachowania zdrowotne należą do uwarunkowań wywierających bezpośredni wpływ na zdrowie, który udowodniło wielu autorów (Łuszczyńska 2004). W naszej cywilizacji problemy ludzi starszych, ze względu na długowieczność, nabrały dużego znaczenia zdrowotnego. Styl życia osób starszych kształtowany w kolejnych jego okresach ma wpływ na jakość życia warunkowaną stanem zdrowia (Szukalski 2009).

Uzyskane wyniki badań ukazują, że 61% badanych słuchaczy UTW przy PSW w Białej Podlaskiej regularnie odczuwa dobre ogólne samopoczucie, a co trzeci badany (33%) ma takie samopoczucie od czasu do czasu. W badaniach przeprowadzonych wśród uczestników UTW w Sanoku 16,0% respondentów oceniło stan swojego zdrowia jako dobry, 38,6% jako dość dobry, a 35,4% jako dostateczny (Smoleń i in. 2011).

Inny sposób samooceny stanu zdrowia zastosowano w badaniach mieszkańców Lubelszczyzny. Uczestnicy badań dokonywali samooceny stanu swojego zdrowia poprzez porównanie jego stanu ze stanem zdrowia rówieśników. Osoby po 60 roku życia najczęściej oceniały stan swojego zdrowia jako gorszy od rówieśników (40,6%), rzadziej jako porównywalny (27,9%) lub lepszy (31,5%) (Panasiuk 2011). Według badań Świtały, przeprowadzonych w analogicznej grupie wiekowej na terenie województwa śląskiego, respondenci stan swojego zdrowia oceniali najczęściej jako dostateczny lub dobry. Co piąta badana osoba oceniła swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe. Niewielu respondentów oceniło swoje zdrowie na poziomie bardzo dobrym. Obliczenia wskazały, że wraz z wiekiem zmniejszała się częstość ocen najwyższych na korzyść niższych. Najbardziej zadowolone ze swojego zdrowia były osoby najmłodsze (60-64 lata). Pozytywnie oceniła stan swojego zdrowia także prawie połowa respondentów w wieku 65–69 lat. Wyraźny spadek pozytywnych ocen był widoczny w następnej grupie wiekowej (70–74 lata), gdzie prawie połowa badanych wystawiła swojemu zdrowiu ocenę dostateczną. Dodatkowo w tej zbiorowości występował najwyższy odsetek ocen bardzo złych (8,8%). Spośród 75–79-latków 44,0% oceniło swoje zdrowie na poziomie dostatecznym, a 32,0% nie było zadowolonych ze swojej sytuacji zdrowotnej, określając ją jako złą lub bardzo złą. Nieoczekiwane okazały się wyniki samooceny zdrowia najstarszych seniorów. W badaniu odnotowano, że osoby mające 80 lat i więcej oceniają swoje zdrowie lepiej niż 70-latkowie (Świtała 2009).

W badaniach Jopkiewicza przeprowadzonych wśród osób powyżej 60 roku życia zamieszkałych na terenie województwa świętokrzyskiego i mazowieckiego, respondenci również ocenili swoje zdrowie dość dobrze, gdyż 61,3% uważało, że „można z tym żyć", 22,6% uznało je za dobre, a 16,1% za złe. Jednocześnie badania wykazały, że samoocena stanu zdrowia, zaradności życiowej, a także jakości życia ulegała wyraźnemu pogorszeniu wraz z wiekiem. Mężczyźni swoje zdrowie oceniali podobnie jak kobiety, natomiast wyraźnie gorzej od kobiet swoją zaradność życiową. Wprawdzie rzadziej postrzegali ją jako wymagającą pomocy, ale znacznie częściej jako średnią, a rzadziej jako dobrą. Ponadto niewielki odsetek mężczyzn (5,0%) – prawie czterokrotnie mniej niż kobiet uważał, że wymagają pomocy. Wśród czynności i problemów sprawiających najwięcej kłopotów, badani najczęściej wymieniali (prawie 50%) czynności lokomocyjne, a dla co piątej osoby były to czynności domowe (zakupy, gotowanie, sprzątanie itp.). Czynnikami różnicującymi samoocenę zdrowia osób starszych był poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania oraz sytuacja materialna Osoby młodsze z wyższym wykształceniem, zamieszkałe w dużym mieście, mające dobrą sytuację materialną lepiej oceniały swój stan zdrowia niż osoby starsze o niższym poziomie wykształcenia, zamieszkałe w małym mieście lub na wsi, mające gorszą sytuację materialną (Jopkiewicz 2014).

Zachowania prozdrowotne badanych słuchaczy UTW w Białej Podlaskiej ukazują, że prawie wszyscy dbają o zdrowie duchowe, 80% czyni to na drodze wiary i modlitwy regularnie, a 18% od czasu do czasu, 43% ma poczucie sensu życia i przemijania. Aktywność fizyczna jako dbałość o zdrowie fizyczne jest systematycznie uprawiana przez 42% osób, a jedynie 6% prowadzi siedzący tryb życia. Zapewne jest to możliwe

dzięki zajęciom programowym na UTW. W zakresie zdrowia psychicznego, co czwarta osoba badana (26%) regularnie radzi sobie ze stresem, 61% od czasu do czasu, a 55% to zaradni życiowo optymiści. Zachowania prospołeczne badanych dotyczą 24% tych, którzy bezinteresownie pomagają innym, a 17% to osoby praktykujące wsparcie społeczne i materialne.

W badaniach E. Smoleń i wsp. niemal połowa badanych (43,2%) uczestników UTW w Sanoku, charakteryzowała się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych. Badani cechowali się wysokim wskaźnikiem zachowań zdrowotnych w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych. Wśród zachowań dotyczących prawidłowych nawyków żywieniowych osoby starsze deklarowały wysokie spożycie pieczywa pełnoziarnistego, owoców i warzyw, ograniczanie spożycia tłuszczów zwierzęcych, cukru, soli oraz żywności z konserwantami. Badani osiągnęli wysokie wartości dotyczące uregulowanego życia rodzinnego i unikania zbyt silnych emocji, stresów i napięć. Zdecydowanie mniej osób badanych poważnie traktowało wskazówki innych osób zaniepokojonych ich zdrowiem, unikało sytuacji wpływających na nich przygnębiająco oraz myślało pozytywnie. W zachowaniach profilaktycznych widoczne było regularne zgłaszanie się na kontrolne badania lekarskie, ścisłe przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz poszerzanie swojej wiedzy na temat zdrowia (Smoleń i in. 2011).

Według uzyskanych wyników, satysfakcjonujące życie seksualne regularnie prowadzi 9% badanych uczestników UTW, a 24% od czasu do czasu. Zdecydowanie inne wyniki odnośnie aktywności seksualnej osób starszych zaprezentował Lew-Starowicz, w którego badaniach wśród osób w wieku 60 lat aktywnych seksualnie było 76% kobiet i 78% mężczyzn, a w wieku 70 lat i więcej 65% kobiet i 59% mężczyzn (za Kowgier 2010).

Według wyników obrazujących czynniki i zachowania antyzdrowotne uczestników UTW widać, że badane osoby w małym zakresie doświadczają ich regularnie, w nieco większym od czasu do czasu. Nieregularnie spożywa posiłki 18% ankietowanych, 56% przydarza się to od czasu do czasu. Nadmierne spożywanie pokarmów, od czasu do czasu, praktykuje 37% ogółu, co świadczy to o braku prawidłowych nawyków żywieniowych. W badaniach mieszkańców Lubelszczyzny odsetek osób z nadmierną masą ciała wzrastał wraz z wiekiem. W grupie osób powyżej 60 roku życia nadmierną masę ciała stwierdzono wśród 72,3% (Panasiuk 2011).

Do nadmiernego korzystania z mediów w sposób regularny przyznało się 16% badanych uczestników UTW, a 41% stwierdziło, ze robi to od czasu do czasu. Niewielu respondentów (7%) regularnie odczuwa przemęczenie, a 5% ma nadmiar pracy w domu. W badaniach Jopkiewicza co piąty badany 60-latek wymienił czynności domowe (zakupy, gotowanie, sprzątanie itp.) jako czynności i problemy sprawiające najwięcej kłopotów (Jopkiewicz 2014).

W badaniach Koprowiak i Nowak wśród osób, które ukończyły 60 rok życia wykazano szeroko rozpowszechniony styl życia rodzinny polegający na sprawowaniu opieki nad wnukami. Ankietowani najwięcej czasu poświęcali na zajęcia o charakterze biernym jak: oglądanie telewizji, czytanie, słuchanie radia (Koprowiak, Nowak 2007).

W badaniach własnych nikt nie zadeklarował regularnego spożywania alkoholu, od czasu do czasu pije go 44% badanych. Z kolei systematyczne nadużywanie leków zgłosiło 4% badanych, a palenie papierosów jedynie 2%. W badaniach mieszkańców Lubelszczyzny w grupie osób powyżej 60 roku życia osoby palące stanowiły 12,3%. Analiza danych w szczegółowych kategoriach wieku wykazała, że mniejszy udział osób palących papierosy był wśród starszych badanych, w wieku 71-80 lat (8,8%), natomiast powyżej 80. roku życia (5,5%) (Panasiuk 2011).

W badaniach własnych, brak poczucia własnej wartości i bezpieczeństwa regularnie odczuwa 6% badanych. Taki sam odsetek zadeklarował przebywanie w toksycznym środowisku społecznym. Niepokojący jest fakt, iż co czwarta badana osoba (26%) od czasu do czasu doświadcza przemocy.

Wyniki badań przeprowadzonych przez Kozieł i wsp. wśród uczestników UTW udowodniły, iż ludzie starsi, aktywni intelektualnie prezentowali ogólnie wyższy wskaźnik zachowań prozdrowotnych, mieli lepsze nawyki żywieniowe, częściej podejmowali zachowania profilaktyczne i praktyki służące zdrowiu, wykazywali bardziej pozytywne nastawienie psychiczne w porównaniu z ich rówieśnikami z grupy kontrolnej (Kozieł i in. 2008). Wydaje się, że duży, pozytywny wpływ na wyniki badań osób starszych z UTW przy PSW w Białej Podlaskiej mają programowe zajęcia teoretyczne i praktyczne zwiększające świadomość zdrowotną uczestników.

Wnioski

1. Więcej niż połowa badanych osób starszych oceniła, iż regularnie odczuwa dobre ogólne samopoczucie, a regularne problemy ze zdrowiem zadeklarowało 15% ogółu.
2. Zachowania prozdrowotne praktykowane przez badane osoby starsze w największym zakresie to: wiara w Boga i modlitwa, racjonalny wypoczynek, optymizm i zaradność życiowa, dbanie i kontrolowanie zdrowia oraz umiarkowana aktywność fizyczna.
3. Czynniki i zachowania antyzdrowotne tj.: nieregularne spożywanie posiłków, nadmierne korzystanie z mediów, ograniczony czas snu, przemęczenie są praktykowane regularnie przez badanych w małym zakresie, w nieco większym od czasu do czasu.

Piśmiennictwo

1. Banaszkiewicz M, Andruszkiewicz A. (2008) Zachowania zdrowotne, W: M. Banaszkiewicz, A. Andruszkiewicz (red.), Promocja zdrowia. Tom I. Wyd. Czelej, Lublin.
2. Błędowski P. (2012) Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035, W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Wyd. Medyczne Termedia, Poznań, s. 11-23.
3. Błędowski P, Szatur-Jaworska B, Szweda-Lewandowska Z, Kubicki P. (2012) Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
4. Dahlgren G, Whitehead M. (1991) Policies and Strategies to Promote Equity in Health. Institute for Future Studies. Stockholm.

5. Dolińska-Zygmunt G. (2000) Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie. Wyd. Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.
6. Jopkiewicz A. (2014) Samoocena zdrowia, jakości życia i zaradności życiowej osób starszych. „Rocznik Lubuski", t. 40, cz. 2, s. 261-272.
7. Juczyński Z. (1999) Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. „Przegląd Psychologiczny", t. 42, nr 4, s. 43-56.
8. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. (red.) (2003) Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
9. Karski J.B. (2003) Praktyka i teoria promocji zdrowia wybrane zagadnienia. CeDeWu, Warszawa.
10. Koprowiak E, Nowak B. (2007) Style życia ludzi starszych. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Wyd. Neurocentrum, Lublin, Supl. XVIII, s. 372-375.
11. Kowgier A. (2010) Życie intymno-emocjonalne osób starszych. Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków.
12. Kozieł D, Kaczmarczyk M, Naszydłowska E, Gałuszka R. (2008) Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. „Studia Medyczne", 12, s. 23–28.
13. Łuszczyńska A. (2004) Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? Wyd. GWP, Gdańsk.
14. Mianowany MN, Maniecka-Bryla I, Drygas WK. (2004) Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny. „Gerontologia Polska", 12(4), s. 172-175.
15. Mikołajczyk B. (2012) Międzynarodowa ochrona praw osób starszych. Uniwersytet Śląski w Katowicach, www.wolterskluwer.pl, (10.03.2015).
16. Ogińska-Bulik N. (red.) (2010) Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia. Wyd. Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.
17. Panasiuk L. (2011) Analiza wybranych problemów medycznych i społecznych dorosłych mieszkańców Lubelszczyzny – nierówności w zdrowiu. Uniwersytet Medyczny w Lublinie.
18. Puchalski K. (1990) Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia, W: A. Gniazdowski (red.), Zachowania zdrowotne. Wyd. Instytut Medycyny Pracy. Łódź, s. 23-57.
19. Smoleń E, Gazdowicz L, Żyłka-Reut A. (2011) Zachowania zdrowotne osób starszych. „Pielęgniarstwo XXI wieku", Nr 3 (36), s. 5-9.
20. Szukalski P. (red.) (2009) Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się. Instytut Spraw Publicznych. Warszawa.
21. *Świtała M.* (2009) Samoocena stanu zdrowia i jej wpływ na zachowania konsumentów w starszym wieku. „Gerontologia Polska" tom 17, nr 3, s. 129-136.
22. Wojnarowska B. (2007) Edukacja zdrowotna. Wyd. Naukowe PWN Warszawa.
23. Żołnierczuk-Kieliszek D. (2002) Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem, W: T.B. Kulik, M. Latalski (red.) Zdrowie publiczne. Czelej, Lublin.

Liczb znaków ze spacjami: 23 897