

Marcin Świtła

Katedra Logistyki Ekonomicznej Akademii Ekonomicznej im. Karola Adameckiego w Katowicach

Samoocena stanu zdrowia i jej wpływ na zachowania konsumentów w starszym wieku

The self-assessment of health condition and its effect upon the behaviour of senior consumers

Abstract

Background. The paper is analysing the health condition of seniors and identifies the effect of health condition self-assessment upon their purchasing decisions.

Materials and methods. The study has been performed in a group of 500 persons aged 60 and over using the quota sampling technique. A method of questionnaire interview was used by asking mainly close-ended questions. The subjective health condition was examined with 5-degree order scales of the balanced type. The study was made in Silesian Region amongst the representatives of senior citizens' households, the students of the Third Age Universities, seniors applying for social welfare system and healthcare institution patients.

Results. A positive attitude towards life prevails in the examined group. The majority of respondents assess their health condition below a good level. Despite being highly fit in performing the rudimentary daily activities, every fourth of them avails of someone else's help while shopping. The seniors having a bad and very bad health condition more often express their negative attitude towards shopping and dissatisfaction with the current financial status. In the subjects' opinion, health issues limit their independent decision-making in respect of purchasing, prolong the shopping time and even force them to resign from shopping.

Conclusions. The self-assessment of health condition is determining the shopping patterns of the examined population, essentially affecting shopping frequency and the level of their health-related spendings. The worse assessment of one's health, the more often negative opinion about its impact upon one's purchasing activity.

Gerontol. Pol. 2009; 17, 3: 129–136

key words: self-assessment, health condition, behaviour patterns of senior consumers

Wstęp

Mimo coraz bardziej widocznej dominacji ilościowej, osoby w starszym wieku nieustannie są traktowane jako bierni uczestnicy procesów rynkowych. W krajach uprzemysłowionych ludzie po 60. roku życia to bardzo pożądana i ceniona grupa klientów, kupująca często i dużo, natomiast w Polsce osoby starsze są spostrzegane jako konsumenci o niewielkich potrzebach i małej aktywności na rynku. Pomija się fakt, że jest to grupa niejednorod-

na, z jednej strony reprezentująca specyficzną zbior potrzeb, a z drugiej — dysponująca nadmiarem wolnego czasu oraz życiowym doświadczeniem, które w skuteczny sposób wpływają na jej konsumpcję i zachowania nabywcze. W niewielkim stopniu dostrzega się także rosnącą ekonomiczną siłę tej grupy oraz jej zwiększone możliwości konsumpcyjne. Sprawia to, że w dzisiejszej gospodarce rynkowej pokolenie seniorów to specyficzny, odmienny i ciągle jeszcze nierozpoznany podmiot badawczy.

Aby poznać i zrozumieć zachowania rynkowe osób w starszym wieku, konieczne staje się nie tylko określenie wpływu czynników ekonomicznych oraz

Adres do korespondencji:
dr inż. Marcin Świtła
Katedra Logistyki Ekonomicznej Akademii Ekonomicznej
im. Karola Adameckiego w Katowicach
ul. Bogucicka 14, 40–227 Katowice
e-mail: marcin.switala@ae.katowice.pl

psychospołecznych na ich decyzje konsumenckie. Priorytetowym zagadnieniem jest ocena wpływu zmiennych biofizycznych, związanych między innymi z procesem starzenia się. Kluczowa rola przypada analizie stanu zdrowia osób starszych, która identyfikuje potrzeby i możliwości badanych w kwestiach konsumpcji i zachowań nabywczych. Warto podkreślić, że o ile znaczenie zdrowia w życiu człowieka nie budzi żadnych wątpliwości, o tyle jego bezpośredni wpływ na zachowania w określonych dziedzinach ludzkiej aktywności jest już mniej jednoznaczny, a przez to również mniej zrozumiały. Jednocześnie oceny oparte jedynie na wskaźnikach wynikających z badań klinicznych nie mogą w pełni odzwierciedlać złożoności elementów składających się na poczucie zdrowia. Konieczne jest uwzględnienie także oceny subiektywnej, stanowiącej wypadkową stanu psychofizycznego poszczególnych osób [1]. W niniejszej pracy podjęto próbę określenia sytuacji zdrowotnej seniorów na podstawie samooceny stanu ich zdrowia, stopnia sprawności fizycznej oraz występujących u nich problemów zdrowotnych. Główny cel artykułu to prezentacja wyników badań opisujących wpływ samooceny stanu zdrowia na decyzje konsumenckie badanej populacji. Umożliwia to poznanie najważniejszych problemów, z jakimi osoby w starszym wieku borykają się w trakcie dokonywania zakupów.

Material i metody

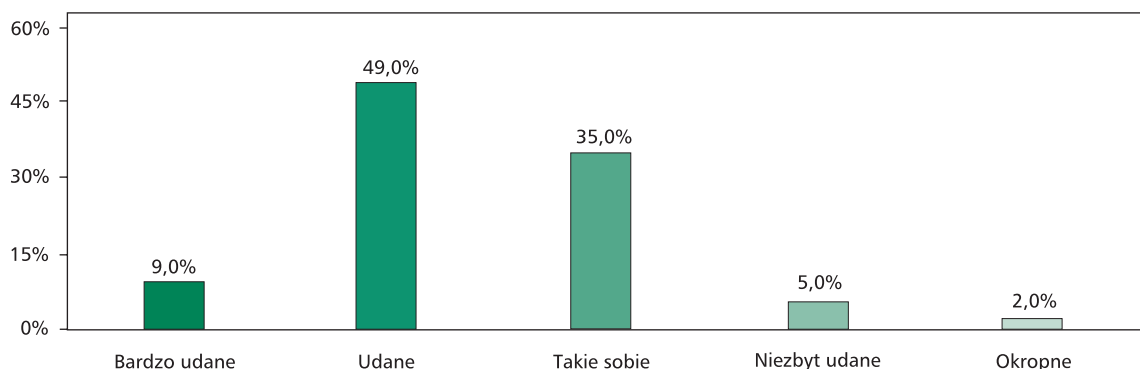
Badania zachowań konsumpcyjnych osób w starszym wieku przeprowadzono w grupie 500 respondentów w wieku 60 lat i więcej przy zastosowaniu techniki doboru kwotowego. Kryteriami doboru próby były wiek i płeć. Badanie przeprowadzono na terenie województwa śląskiego z podziałem na cztery etapy badawcze:

- etap 1: badania terenowe w domach osób starszych. W celu dotarcia do jak najliczniejszej grupy wykorzystano metodę kuli śnieżnej;
- etap 2: badania przeprowadzone wśród słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Katowicach, Gliwicach, Rybniku oraz Jastrzębiu Zdroju;
- etap 3: badania przeprowadzone wśród osób w starszym wieku korzystających z pomocy społecznej. Realizacja tej części badań wymagała przeprowadzenia szkolenia pracowników społecznych i opracowania dodatkowej instrukcji. Badaniami objęto pacjentów opieki społecznej PCK w Rybniku, Wodzisławiu Śląskim, Gliwicach oraz Ośrodka Pomocy Społecznej w Czerwionce-Leszczynach;

— etap 4: badania przeprowadzone wśród pacjentów w wybranych przychodniach zdrowia. W analizie zastosowano metodę wywiadu bezpośredniego. Kwestionariusz wywiadu składał się głównie z pytań o charakterze zamkniętym oraz metryczki. W badaniu samooceny kondycji zdrowotnej zastosowano 5-stopniowe skale porównawcze typu zrównoważonego. Analizę oraz interpretację danych przeprowadzono, wykorzystując program SPSS, wersja 14.0 PL dla Windows. Istotność związków prezentowanych danych oceniono na podstawie wyników testu χ^2 oraz współczynnika korelacji Tau-b Kendalla. Siły korelacji związków między zmiennymi określono poprzez wykorzystanie miary siły związku V Kramera.

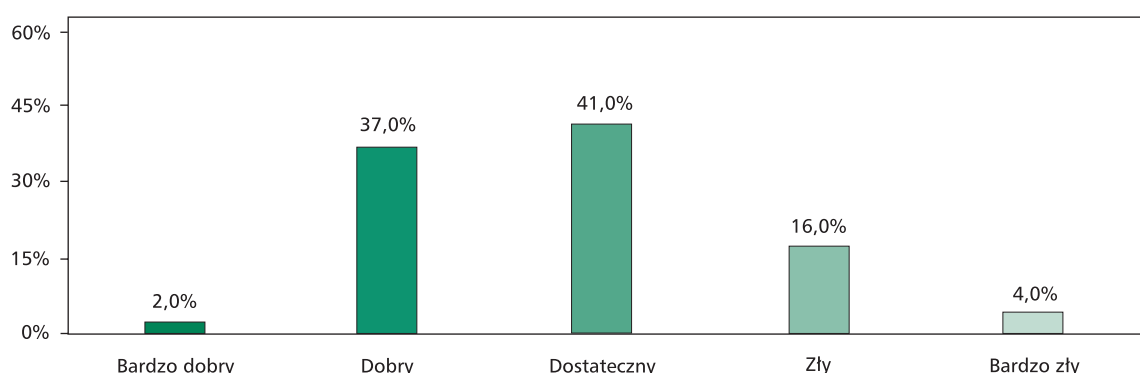
Wyniki

W grupie respondentów najwięcej było kobiet (59,6%) oraz osób w przedziałach wiekowych 60–64 lata (25,4%) i 65–69 lat (25,4%), najmniej natomiast mężczyzn w wieku powyżej 80 lat (9,4%). Pod względem posiadanego wykształcenia dominowali respondenci z wykształceniem średnim (37,2%) oraz zawodowym (23,6%). Charakterystyczną cechą badanej populacji jest bierność zawodowa. Spośród badanych respondentów 78,6% znajdowało się na emeryturze, a 11,6% — na rencie. Najczęściej badane osoby tworzyły 2- lub 1-osobowe gospodarstwa domowe (43,6% oraz 42,0%). Respondenci najczęściej byli mieszkańcami miast do 200 tys. mieszkańców (32,0%). Większość osób uczestniczących w badaniu określiła swoją sytuację materialną jako przeciętną (51,4%). Struktura przeciętnych miesięcznych dochodów gospodarstw respondentów kształtowała się najczęściej w następujących przedziałach: — 1000–1499 zł/miesięcznie — 28% badanych; — 1500–1999 zł/miesięcznie — 24% respondentów; — 2000–2999 zł/miesięcznie — 23,2% badanych. Jak wykazano, osoby w starszym wieku najczęściej deklarują pozytywny stosunek do życia. Niemal połowa respondentów uważa, że jest ono udane. Spora grupa nie jest jednak w stanie jednoznacznie ocenić własnej przeszłości. Dla tych osób dotychczasowe życie było „takie sobie”. Niecałe 9% badanych ocenia swoje życie jako „bardzo udane”. Mniejsze grupy respondentów deklarują, że było ono „niezbyt udane” lub nawet „okropne” (ryc. 1). Z kolei stan swojego zdrowia badani najczęściej oceniają jako dostateczny lub dobry. Co 5. badana osoba ocenia swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe. Niewielu respondentów ocenia zdrowie



Rycina 1. Dotychczasowe życie w opinii badanych (w %)

Figure 1. Life to date in the respondents opinion (%)



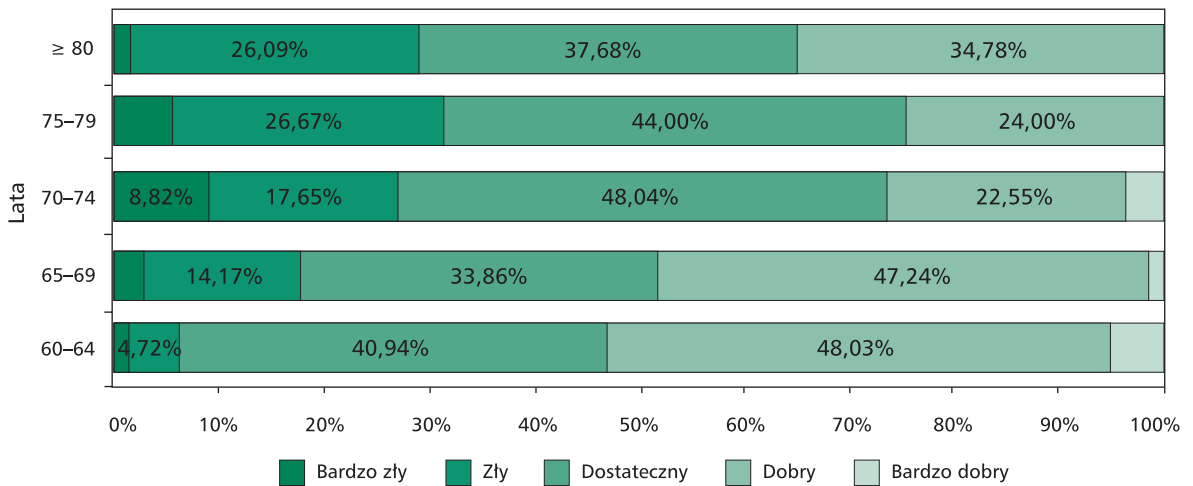
Rycina 2. Stan zdrowia w opinii badanych (w %)

Figure 2. Health status in the respondents opinion (%)

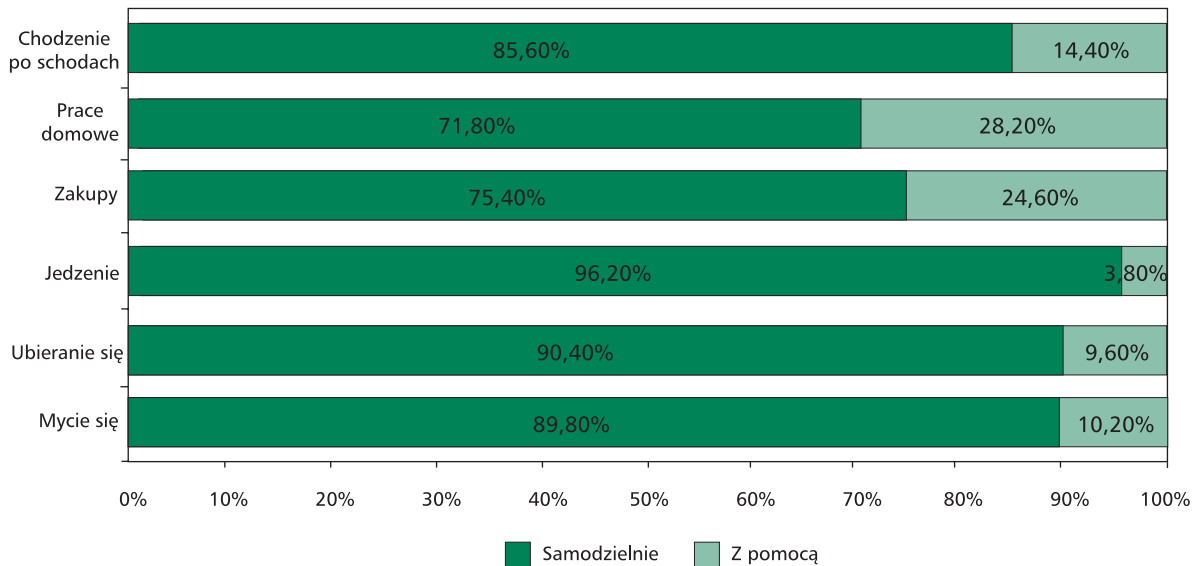
na poziomie bardzo dobrym (ryc. 2). Obliczenia wskazują, że wraz z wiekiem zmniejsza się częstość ocen najwyższych na korzyść niższych. Najbardziej zadowolone ze swojego zdrowia są osoby najmłodsze, to znaczy w wieku 60–64 lata. Pozytywnie ocenia stan swojego zdrowia także prawie połowa respondentów w wieku 65–69 lat. Wyraźny spadek pozytywnych ocen staje się widoczny w następnej grupie wiekowej (70–74 lata), gdzie prawie połowa badanych wystawia swojemu zdrowiu ocenę dostateczną. Dodatkowo w tej zbiorowości występuje najwyższy odsetek ocen bardzo złych (8,82%). Spośród 75–79-latków 44% ocenia swoje zdrowie na poziomie dostatecznym. Trzydzieści dwa procent badanych nie jest 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. Dodatkowo spośród wszystkich badanych grup wiekowych najrzadziej wystawiają one swojemu zdrowiu ocenę bardzo złą (ryc. 3).

Większość respondentów deklaruje samodzielne wykonywanie takich czynności, jak: chodzenie po schodach, wykonywanie prac domowych, robienie zakupów, jedzenie, ubieranie się i mycie się (ryc. 4). Najczęściej badani korzystają z pomocy w przypadku prac domowych (28,2%) oraz robienia zakupów (24,6%), najrzadziej — w przypadku jedzenia (3,8%) oraz ubierania się (9,60%). Analiza stopnia sprawności ruchowej i wybranych cech społeczno-demograficznych wskazuje na istnienie zależności między oceną własnej sprawności a wiekiem i płcią badanych. Ogólnie można zauważyć, że im starsze są badane osoby, tym częściej deklarują trudności w wykonywaniu opisanych czynności. Stwierdzono również, że większa samodzielność cechuje częściej mężczyzn niż kobiety. Należy także zaznaczyć, że wpływ wieku i płci na oceny stopnia sprawności jest zdecydowanie silniejszy w przypadku czynności bardziej skomplikowanych i czasochłonnych, czyli robienia zakupów, wykonywania prac domowych, oraz chodzenia po schodach.

Wyniki badań wskazują, że poważnym problemem zdrowotnym badanej zbiorowości jest występowanie długotrwałych chorób. Okazuje się, że niemal



Rycina 3. Samoocena stanu zdrowia a wiek badanych (w %)
Figure 3. Health status self-assessment vs. respondents age (%)

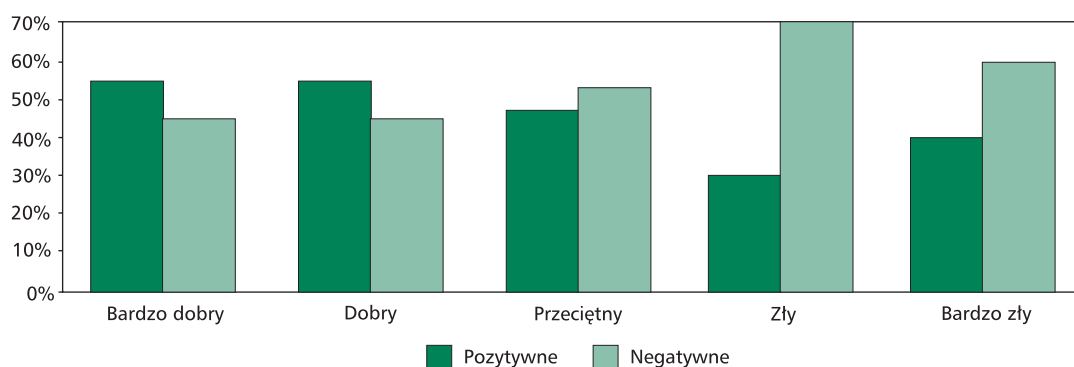


Rycina 4. Stopień sprawności badanych respondentów (w %)
Figure 4. Degree of respondents fitness (%)

2/3 respondentów deklaruje występowanie przewlekłych problemów zdrowotnych. Długotrwałe choroby częściej występują u kobiet (74,5%) niż mężczyzn (62,9%). Są częstsze wśród osób z gorszym wykształceniem. W badanej grupie 84,8% osób z wykształceniem podstawowym oraz 57,7% respondentów mających wyższe wykształcenie przyznaje się do obecności przewlekłych chorób. Odsetek osób mających kłopoty zdrowotne wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem badanych. Przewlekłe choroby sygnalizuje: 54,3% badanych w wieku 60-64 lat, 70,9% respondentów w wieku 65-69 lat, 73,5% seniorów mających 70-74 lata, 85,3% badanych w wieku 75-79 lat

oraz 73,9% osób, które mają co najmniej 80 lat. Do najczęściej występujących problemów zdrowotnych uczestnicy badania zaliczyli: pogorszenie się wzroku — 84,4% odpowiedzi potwierdzających, kłopoty z zasypianiem — 55,0%, pogorszenie się słuchu — 54,3%. Dodatkowo u 22,1% badanych odnotowano problemy z chodzeniem, cukrzycę, zwyrodnienie kręgow, pogorszenie pamięci, skoki ciśnienia oraz reumatyzm.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, zachowania konsumenckie badanej populacji w znacznym stopniu są determinowane samooceną stanu zdrowia. Siedemdziesiąt procent badanych o złym



Rycina 5. Samoocena stanu zdrowia a nastawienie badanych do zakupów (w %)
 Figure 5. Health status self-assessment and respondents attitude to shopping (%)

Tabela 1. Ocena sytuacji dochodowej gospodarstw domowych z uwzględnieniem stanu zdrowia badanych (w %)
 Table 1. The evaluation of household financial status according to the respondents' health condition (%)

Wyszczególnienie		Ocena stanu zdrowia badanych				
		bardzo zły	zły	dostateczny	dobry	bardzo dobry
Ocena sytuacji finansowej	Pozytywna	15,00%	16,25%	30,54%	45,16%	54,55%
	Negatywna	55,00%	31,25%	11,33%	6,99%	27,27%

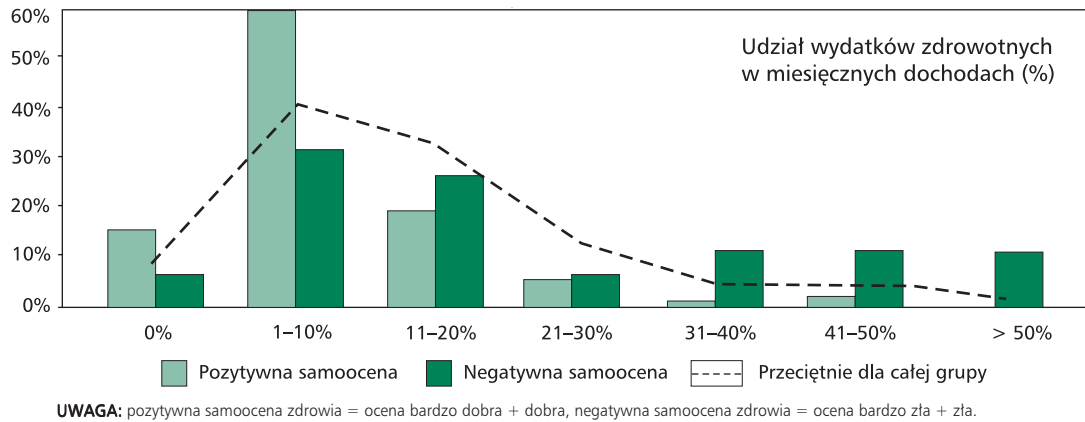
UWAGA: pozytywna ocena sytuacji finansowej jest sumą dobrych i bardzo dobrych wskaźników, natomiast negatywna – sumą ocen bardzo zła i zła. W analizie nieuwzględniono przeciętne oceny sytuacji dochodowej gospodarstw badanej zbiorowości

oraz 60% o bardzo złym stanie zdrowia z niechęcią wypowiada się na temat robienia zakupów (ryc. 5). Odnotowano także, że wraz z pogorszeniem się stanu zdrowia rośnie skłonność badanych do negatywnej oceny swoich dochodów (tab. 1). Należy przy tym podkreślić zaskakująco wysoki, a przy tym odbiegający od opisywanej zależności poziom negatywnych ocen wśród badanych deklarujących bardzo dobry stan zdrowia.

Zdaniem badanych problemy zdrowotne wydłużają czas robienia zakupów, uniemożliwiają samodzielne wykonanie wszystkich związanych z tym czynności, a nawet wpływają na decyzję o całkowitej rezygnacji z zakupów. Okazuje się, że im gorzej respondenci oceniali swój stan zdrowia, tym większą wykazywali skłonność do negatywnej oceny jego wpływu na aktywność konsumencką. Ponad 47% respondentów przyznaje, że z powodu bardzo złego stanu zdrowia robienie zakupów bardzo często się wydłuża. Podobne deklaracje złożyło 21% badanych o złym stanie zdrowia oraz tylko 5,6% respondentów o dobrym i bardzo dobrym zdrowiu. Jednocześnie 45% respondentów o złym stanie zdrowia oraz niecałe 32% o bardzo złym stanie zdrowia twierdzą, że kłopoty zdrowotne uniemożliwiają im samodzielne robienie za-

kupów. Opinię tę podziela jedynie 6% respondentów o dobrym oraz 5% o bardzo dobrym stanie zdrowia. Wyniki badań wskazują również, że sprawność ruchowa badanych seniorów wpływa na częstotliwość robienia zakupów — większą deklarują osoby niekorzystające z pomocy w trakcie zakupów. Do codziennych zakupów przyznaje się co czwarty badany robiący je samodzielnie i tylko niecałe 7% respondentów korzystających z pomocy innych osób.

Z badań wynika, że stan zdrowia oraz długotrwałe problemy zdrowotne w istotny sposób determinują zachowania konsumentów na rynku dóbr i usług zdrowotnych. Ogólnie można założyć, że im gorszy stan zdrowia reprezentują badani, tym większą aktywność konsumencką wykazują na rynku medycznym i aptekarskim (ryc. 6). Osoby pozytywnie oceniające swoje zdrowie częściej od pozostałych grup (seniorzy ogółem oraz o negatywnej samoocenie) deklarują brak wydatków związanych ze zdrowiem. W grupie tej zakupy leków pochłaniają 1–10% miesięcznych dochodów (prawie 60% deklaracji). Niezmiernie rzadko udział wydatków zdrowotnych w ich miesięcznych dochodach kształtuje się powyżej 30%. W porównaniu z nimi osoby negatywnie oceniające stan swojego



Rycina 6. Samoocena stanu zdrowia a wydatki na rynku dóbr i usług zdrowotnych (w %)
 Figure 6. Health condition self-assessment and health-related spendings (%)

zdrowia niemal 2-krotnie rzadziej przyznają się do wydatków na poziomie 1–10%. Stwierdzono także, że co trzeci respondent o negatywnej samoocenie wydaje na zdrowie ponad 30% miesięcznych dochodów. Podobną zależność stwierdzono między występowaniem przewlekłych chorób a procentowym udziałem wydatków zdrowotnych w dochodach badanych. Seniorzy deklarujący brak chorób przyznają się do ponoszenia wydatków na niższym poziomie niż osoby cierpiące na długotrwałe choroby — 14,5% deklaruje brak kosztów zdrowotnych, 51% oznajmia, że wydatki zdrowotne pochłaniają do 10% ich miesięcznych dochodów, a co czwarty badany, że między 11–20%. W odniesieniu do osób deklarujących przewlekłe choroby stwierdzono, że co 4. badany przeznaczają na wydatki zdrowotne 21–30% swoich dochodów, a ponad 15% osób przyznaje, że na zdrowie wydają ponad 30% swoich miesięcznych dochodów. Interesujące wyniki stwierdzono w badaniu znajomości reklam adresowanych do starszego pokolenia. Zgodnie z oczekiwaniami ponad połowa badanych twierdzi, że nie pamięta żadnej reklamy adresowanej do osób po 60. roku życia. Z tego punktu widzenia można przypuszczać, że badani respondenci nie czują się bezpośrednimi adresatami komunikatów reklamowych. Jednocześnie reszta seniorów przyznaje, że kojarzy reklamy skierowane do osób w wieku starszym. Szczególnie ciekawe w tym względzie wydają się wskazania ponad 20-procentowej grupy konsumentów, które niemal w całości koncentrują się na reklamie artykułów zdrowotnych. Najczęściej respondenci wymieniają takie preparaty jak: Artresan, Apap, Biovital, Geriavit, Doppel Herz, Bodymax Senior, Corega Tabs, Fastum, Ketoprom, Ginkofar, Protifix, Hepatil.

Dyskusja

Najczęściej jako konsumentów w starszym wieku rozumie się osoby mające 60 i więcej lat, nabywające i użytkujące dobra oraz usługi dostępne na rynku. Najnowsze dane demograficzne wskazują, że obecnie w Polsce żyje już ponad 7 mln obywateli w wieku starszym [2]. Są to przede wszystkim osoby o konserwatywnym wzorze konsumpcji, punktualne i słowne w swoich zobowiązaniach, oraz skrupulatnie liczące wszystkie wydatki [3]. Ich zachowania rynkowe — obejmujące wszystko to, co poprzedza, zachodzi w trakcie i następuje po nabyciu dóbr i usług — w dużej mierze są kształtowane stanem ich zdrowia [4]. Z przeprowadzonych badań wynika, że długie życie w starości nie oznacza długiego życia w zdrowiu. Najczęściej wraz z upływem lat pogarsza się stan zdrowia respondentów, a tym samym wzrasta potrzeba podjęcia „działań naprawczych”. Z wiekiem w organizmie ludzkim zachodzą wyraźne zmiany fizjologiczne. Zmniejsza się odporność, co utrudnia zapobieganie chorobom, między innymi dłużej zrastają się kości, trudniej goją się rany i mijają infekcje [5]. Jednocześnie, mimo dużego rozpowszechnienia chorobowości i niesprawności w populacji osób w starszym wieku, zdecydowana większość seniorów nie korzysta z żadnej formy usprawnienia [6]. Dodatkowo z badań gerontologicznych wynika, że ludzie starsi cechują się biernością oraz zależnością od otoczenia. W porównaniu z osobami młodymi wykazują oni niską motywację osiągnięć oraz małą pewność siebie. Charakteryzują ich także podwyższona potrzeba spokoju i bezpieczeństwa oraz wysoki poziom lęku [7].

Uwzględniając te spostrzeżenia, należy stwierdzić, że seniorzy reprezentują grupę konsumentów o szczególnych potrzebach i możliwościach nabywczych.

Po pierwsze, ograniczona sprawność psychofizyczna oraz gorsze samopoczucie w znacznym stopniu kształtują ich decyzje konsumenckie. Z przeprowadzonych badań wynika, że co 4. respondent nie jest w stanie samodzielnie zrobić zakupów. Konieczność skorzystania z pomocy w znacznym stopniu ogranicza częstość wizyt w placówkach handlowych. Zakupy przestają być zwykłą czynnością. Stają się wyzwaniem, któremu osoby w starszym wieku nie zawsze są w stanie sprostać.

Po drugie, większość osób w starszym wieku nie przyznaje się do świadomego kierowania się reklamą. Zdaniem badanych zbyt duża liczba reklam utrudnia podjęcie decyzji w trakcie zakupów. Niska skuteczność reklam może być spowodowana pogorszeniem się pamięci sensorycznej oraz krótkotrwałości. Rozwiązaniem problemu mogą się okazać badania progów wrażliwości zmysłowej osób starszych. Utrata ostrości widzenia, mniejsza wrażliwość na takie kolory, jak: niebieski, fioletowy, zielony, oraz lepsze słyszenie dźwięków o niższej częstotliwości to podstawowe czynniki, które powinny być uwzględniane w procesie tworzenia reklamy adresowanej do tej grupy odbiorców. Po trzecie, osoby w starszym wieku to grupa konsumentów szczególnie narażona na występujące na rynku nieprawidłowości i pułapki konsumenckie. W przypadku zakupu wadliwego produktu osoby o gorszym stanie zdrowia rzadziej decydują się na podjęcie działań reklamacyjnych niż seniorzy deklarujący dobre zdrowie. Z badań wynika także, że osoby starsze są bardziej podatne na nieetyczne praktyki marketingowe niż inne grupy nabywców [8].

Większa troska o własne zdrowie znajduje szczególne odzwierciedlenie na rynku produktów i usług zdrowotnych. Starsi konsumenci to jedna z najważniejszych grup tego segmentu. Wyniki badań własnych zwracają uwagę na ponadprzeciętny po-

ziom wydatków zdrowotnych w grupie respondentów o negatywnej samoocenie stanu zdrowia. Ponadto, jak wskazują rezultaty badań przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny, wśród osób starszych stwierdza się najwyższą częstość hospitalizacji. Jednocześnie ponad 80% osób w wieku 60–69 lat oraz prawie 90% w wieku 70 lat i więcej korzysta z pomocy lekarskiej. Przedstawiciele starszego pokolenia cechują się również najczęstszym sięganiem po leki — dotyczy to 83% seniorów w wieku 60–69 lat oraz 90% w wieku 70 lat [9].

Podsumowanie

Analiza samooceny stanu zdrowia pozwala stwierdzić, że większość uczestników badania nie cieszy się dobrym zdrowiem. Wykazano, że samoocena stanu zdrowia jest determinowana wiekiem badanych. Respondentów cechuje wysoki stopień sprawności wykonywania podstawowych czynności życia codziennego. Najwyższy brak samodzielności odnotowano w przypadku prac domowych i robienia zakupów. Istotnym problemem zdrowotnym badanej populacji jest występowanie chorób przewlekłych. Odnotowano związek pomiędzy częstością występowania chorób a wiekiem, płcią oraz wykształceniem respondentów. Udowodniono, że samoocena stanu zdrowia determinuje zachowania badanych konsumentów. Stwierdzono zwłaszcza, że:

- osoby o gorszym stanie zdrowia są bardziej obciążone wydatkami związanymi z koniecznością nabycia produktów i usług zdrowotnych;
- samoocena stanu zdrowia wpływa na ocenę sytuacji finansowej gospodarstwa oraz opinię o zakupach;
- kłopoty ze zdrowiem najczęściej oznaczają dłuższy czas zakupów, potrzebę pomocy osób drugich lub rezygnację z zakupów;
- najczęściej zapamiętywanym rodzajem komunikatów marketingowych są reklamy artykułów zdrowotnych — zwłaszcza leków.

Streszczenie

Wstęp. W niniejszej pracy oceniono sytuację zdrowotną osób w starszym wieku oraz określono wpływ samooceny stanu ich zdrowia na decyzje konsumenckie.

Materiały i metody. Badania przeprowadzono w grupie 500 osób w wieku 60 lat i starszych przy użyciu techniki doboru kwotowego. Zastosowano metodę wywiadu kwestionariuszowego, zadając głównie pytania o charakterze zamkniętym. Subiektywną ocenę stanu zdrowia zbadano przy użyciu 5-stopniowych skal porządkowych typu zrównoważonego. Badanie przeprowadzono na terenie województwa śląskiego w domach osób starszych, wśród słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku, seniorów korzystających z pomocy społecznej oraz pacjentów przychodni zdrowia.

Wyniki. W badanej grupie dominuje pozytywny stosunek do życia. Większość respondentów ocenia stan swojego zdrowia poniżej poziomu dobrego. Mimo że cechuje ich wysoki poziom sprawności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego, co czwarta badana osoba korzysta z pomocy w trakcie zakupów. Seniorzy o złym i bardzo złym stanie zdrowia częściej wyrażają negatywny stosunek do zakupów oraz swoje niezadowolenie z obecnej sytuacji finansowej. Zdaniem badanych problemy ze zdrowiem ograniczają samodzielne podejmowanie decyzji konsumenckich, wydłużają czas robienia zakupów, a nawet zmuszają do rezygnacji z nich.

Wnioski. Samoocena stanu zdrowia determinuje zachowania konsumenckie badanej populacji, głównie wpływając na częstość dokonywania zakupów oraz poziom wydatków zdrowotnych. Im gorzej badani oceniali swoje zdrowie, tym częściej wyrażali negatywną opinię o jego wpływie na ich aktywność nabywczą.

Gerontol. Pol. 2009; 17, 3: 129–136

słowa kluczowe: samoocena, stan zdrowia, zachowania konsumentów w starszym wieku

PIŚMIENNICTWO

1. Kuśmierczyk K., Odorzyńska-Kondek J.: *Psychospołeczne i zdrowotne aspekty wieku starszego*. W: Kusińska A. (red.). *Warunki życia ludzi starszych i ich zachowania na rynku*. IRWiK, Warszawa 2002; 46–47.
2. *Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym (stan w dn. 31 XII 2008 r.)*. GUS, Warszawa 2009; 16–17.
3. Małecki K.: *Młody rynek dla starych ludzi*. BusinessWeek. Warszawa 2005; 7; 63.
4. Falkowski A., Tysza T.: *Psychologia zachowań konsumenckich*. GWP, Gdańsk 2003; 11–12.
5. Zych A.: *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*. BPS, Katowice 1999; 48–52.
6. Przybyłka A.: *Profilaktyka zdrowotna populacji wieku poprodukcyjnego*. W: Frąckiewicz L. (red.). *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*. Wyd. AE, Katowice 2002; 85–86.
7. Harwas-Napierała B., Trempała J.: *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. PWN, Warszawa 2004; 268–270.
8. Pettigrew S., Mizerski K., Donovan R.J.: *Segments within Segments: Younger and Older Seniors' Expectations of Financial Planning Services*. *Journal of Research for Consumers* 2004; 7; 4.
9. *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2004 r.* GUS, Warszawa 2006; 57–65.