

Anita Gębska-Kuczerowska

## OCENA ZALEŻNOŚCI MIĘDZY AKTYWNOŚCIĄ A STANEM ZDROWIA LUDZI W PODESZŁYM WIEKU

Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny  
Kierownik Zakładu Promocji Zdrowia: M. Miller

*Dokonano oceny zależności pomiędzy aktywnością fizyczną, prospo-  
łeczną i intelektualną a stanem zdrowia osób w podeszłym wieku. Ana-  
liza wyników badania potwierdziła korzystny i wielostronny wpływ różnych  
form aktywności na stan zdrowia, oceniany w wymiarze biologicznym  
i psychospołecznym. Wykazano potrzebę kierowania programów promocji  
zdrowia do osób w wieku podeszłym.*

*Słowa kluczowe: starość, aktywność, stan zdrowia*

*Key words: old age, activity, health status*

### WSTĘP

Obserwowane na świecie oraz w Polsce starzenie się społeczeństw, warunkuje pojawianie się wielu problemów natury medycznej, społecznej, deontologicznej i ekonomiczno-organizacyjnej (1, 2, 3). W opinii gerontologów działania profilaktyczne pozwalają uniknąć, bądź zminimalizować, progresję negatywnych cech starzenia poprzez wytworzenie lepszych mechanizmów adaptacyjnych oraz modyfikowanie, np. czynników środowiskowych i stylu życia. Jednym z istotnych czynników, w dużej mierze wpływającym na zdrowie i zależnym od nas samych, jest aktywny styl życia (4, 5, 6). Aktywność daje szansę na przybliżanie się do granicy ludzkiego życia z optymalną sprawnością dla danego wieku, która decyduje o jakości życia.

Celem pracy była ocena zależności między aktywnością fizyczną, intelektualną i społeczną osób w podeszłym wieku a stanem ich zdrowia.

### MATERIAŁ I METODY

Aby zrealizować cel wykonano ogólnopolskie badanie ankietowe, którym objęto 2 072, a do dalszej analizy zakwalifikowano 1 910 osób (92,6%) w wieku 65 lat i więcej. Dobór respondentów był przypadkowy. Z powodu niskiego odsetka osób aktywnych w tej grupie wiekowej, próbę celowo poszerzono o grupę słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. W badaniu oceniono zależności pomiędzy zróżnicowanymi formami aktywności a stanem zdrowia w wymiarze biologicznym (somatycznym) oraz psycho-

społecznym. Rodzaj aktywności (odpowiedzi na pytania otwarte) pogrupowano w aktywność prospołeczną, intelektualną, fizyczną. Stopniowi aktywności fizycznej przypisano rangę związaną z wartością wydatku energetycznego. W analizach statystycznych wykorzystano metody: oceny różnic testem Chi<sup>2</sup>, korelacji Pearson'a (z poprawkami Shepard'a) dla zmiennych dychotomicznych nieciągłych, regresji logistycznej.

## WYNIKI

### 1. Osoby aktywne znacznie lepiej oceniały swój stan zdrowia

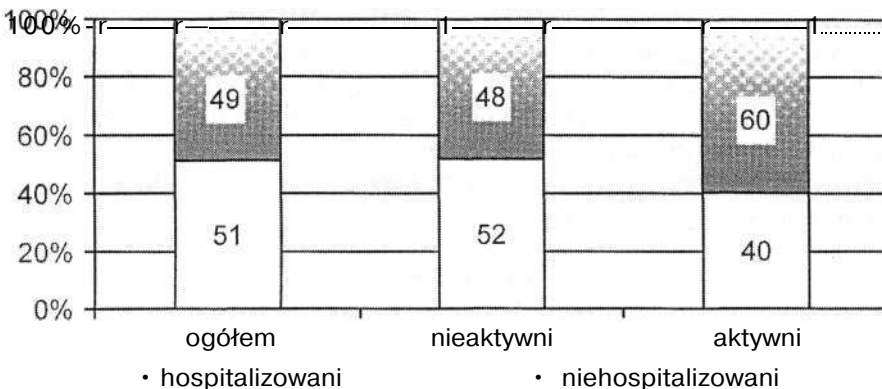
Wśród osób aktywnych większy był odsetek osób oceniający stan swojego zdrowia jako bardzo dobry i dobry (32%) w porównaniu z osobami nieaktywnymi (23%). Jednocześnie w grupie aktywnych osób, odsetek źle i bardzo źle oceniających stan zdrowia był niższy w porównaniu do podobnie oceniających stan swojego zdrowia osób nieaktywnych i wynosił 15%.

Gorszej samoocenie stanu zdrowia towarzyszyły: narastające problemy z poruszaniem się ( $p < 0,05$ ), narastająca liczba chorób układu krążenia (chorób serca  $p < 0,05$  i chorób obwodowych naczyń krwionośnych  $p < 0,05$ ), mniejsza aktywność mierzona w skali ciężkości podejmowanego wysiłku ( $p < 0,05$ ) i częściej deklarowane poczucie przygnębienia ( $p < 0,05$ ).

### 2. Większość badanych oceniło czas istotnego pogorszenia ich stanu zdrowia na wiek 63-64 lata.

### 3. Aktywni rzadziej korzystali z opieki szpitalnej.

Osoby nieaktywne hospitalizowano w okresie pięcioletnim istotnie częściej w porównaniu z osobami aktywnymi ( $p < 0,05$ ) (ryc. 1). Najczęstszym powodem hospitalizacji było zaostrzenie choroby przewlekłej. Ryzyko hospitalizacji było 1,6 razy większe dla osób nieaktywnych. Osoby nieaktywne znamienne częściej hospitalizowano z powodu zaostrzenia choroby przewlekłej ( $p < 0,05$ ). Ryzyko hospitalizacji z tej przyczyny dla osób nieaktywnych było prawie 2-krotnie większe w porównaniu z osobami aktywnymi. Osoby aktywne nieznacznie rzadziej trafiały do szpitala z powodu urazu lub wypadku, a częściej z powodu zaplanowanej diagnostyki lub nowych dolegliwości ( $p = NS$ ).



Ryc. 1. Korzystanie z opieki szpitalnej przez badane osoby w wieku 65 lat i więcej w zależności od aktywności

Fig. 1. Hospitalisation of 65 year old and older persons with different pattern of activity

4. *Aktywne osoby były mniej obciążone chorobami układu krążenia (bądź bardziej w nich stabilne).*

Osoby nieaktywne znamienne częściej zgłaszały choroby obwodowych naczyń krwionośnych (chromanie przestankowe  $p < 0,005$ ,  $OR = 1,97$ ). Osoby aktywne (fizycznie, społecznie i intelektualnie) miały mniejsze ryzyko występowania chorób serca (choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca i inne) w porównaniu z nieaktywnymi ( $p = 0,005$ ,  $OR = 0,6$ ).

5. *Osoby aktywne (fizycznie lub społecznie) były sprawniejsze fizycznie -*

rzadziej deklarowały utrudnienia w poruszaniu się, osoby nieaktywne cechowało większe ryzyko unieruchomienia ( $p = 0,0001$ ). Jednocześnie stopień ograniczenia w poruszaniu się był związany z mniejszą aktywnością fizyczną, mierzoną w skali ciężkości podejmowanego wysiłku.

6. *Aktywni seniorzy posiadali lepszą kondycję psychiczną.*

Osoby nieaktywne istotnie częściej deklarowały, że starość niesie ze sobą większe trudności funkcjonowania ( $p < 0,01$ ,  $OR = 2,07$ ), natomiast osoby aktywne rzadziej postrzegały problemy związane ze starością (aktywne fizycznie -  $p = 0,03$ ,  $OR = 0,5$ , intelektualnie -  $p = 0,0001$ ,  $OR = 0,6$ , aktywne fizycznie i społecznie -  $p = 0,003$ ,  $OR = 0,6$ ). Osoby nie podejmujące aktywności częściej deklarowały poczucie samotności (okresowo występujące  $p < 0,05$ ), jednocześnie osoby aktywne znamienne rzadziej deklarowały występowanie stanów przygnębienia ( $p < 0,05$ ). Jednocześnie w badanej grupie wykazano związek pomiędzy częstością występowania stanów przygnębienia i częstością występowania poczucia samotności ( $p < 0,05$ ). Pomimo, iż osoby nieaktywne znamienne częściej oceniały pozytywnie swój związek z partnerem ( $p < 0,000001$ ,  $OR = 6,9$ ) to jednak osoby aktywne znamienne częściej czerpały satysfakcję z relacji interpersonalnych (z powodu: poczucia bycia potrzebnym -  $p < 0,05$ , satysfakcji z życia intymnego -  $p < 0,05$ ).

7. *Niepełnosprawność prawna i biologiczna (za wyjątkiem I grupy inwalidzkiej i osób unieruchomionych) nie stwarzała przeszkód w podejmowaniu aktywności.*

Prawie połowa badanych osób aktywnych i nieaktywnych nie miała orzeczonej grupy inwalidzkiej. W grupie aktywnych największy był udział osób niepełnosprawnych z orzeczoną II grupą inwalidzką tj. 23%, podczas gdy wśród osób nieaktywnych największy był udział osób z I grupą inwalidzką - 21%. Znamienne różnice występowały pomiędzy obiema grupami w zakresie posiadania wyłącznie orzeczenia I grupy inwalidzkiej ( $p < 0,05$ ).

8. *Choroby nie wykluczały aktywności, z wyłączeniem patologii, które ograniczały bądź uniemożliwiały podjęcie jakichkolwiek działań.*

W badanej grupie istotne różnice w częstości występowania chorób i zespołów chorobowych wśród osób aktywnych i nieaktywnych, dotyczyły jedynie chorób naczyń (chromania przestankowego  $p < 0,005$ ) oraz chorób oczu (zaćmy  $p < 0,05$ ). Również problemy związane z poruszaniem się dotyczyły obu grup - zróżnicowanych pod względem aktywności; różnice w kolejnych stopniach ograniczenia poruszania się były nieistotne za wyjątkiem całkowitego unieruchomienia.

9. *Barierą w podjęciu aktywności przez osoby starsze była mniejsza chęć do podejmowania działania (mniejszy napęd).*

Osoby nieaktywne spośród wskazanych problemów starości istotnie częściej wymieniały mniejszą chęć do podejmowania działań ( $p < 0,05$ ,  $OR = 1,7$ ).

10. *Aktywność miała korzystny wpływ na utrzymanie prawidłowego ciężaru ciała seniorów.*

Osoby nieaktywne znacznie częściej miały nadwagę lub otyłość ( $p < 0,0001$ ). Natomiast wśród aktywnych nie było żadnej osoby z otyłością.

## DYSKUSJA

Wykazany związek pomiędzy podejmowaną aktywnością a mniejszym rozpowszechnieniem chorób układu krążenia (chorób serca i obwodowych naczyń krwionośnych) w badanej grupie, potwierdza obserwowany przez innych badaczy fakt korzystnego wpływu aktywności podejmowanej (kontynuowanej) po 65 roku życia na utrzymanie odpowiedniej wydolności oraz na mniejsze rozpowszechnienie chorób cywilizacyjnych, w tym chorób układu krążenia (4, 6). W badanej grupie zależność ta może mieć złożony charakter. Aktywność może decydować o braku patologii, ale również obecność chorób może warunkować brak aktywności. W badaniu przyjęto, że aktywność badanych seniorów wynika z wcześniej ukształtowanego (aktywnego) stylu życia.

Osoby aktywne znamienne rzadziej były hospitalizowane, a ryzyko hospitalizacji było 1,6 razy większe dla osób nieaktywnych. Istotnie częściej osoby nieaktywne były hospitalizowane z powodu zaostrzenia choroby przewlekłej. Jest to prawdopodobnie konsekwencja bardziej labilnego stanu klinicznego osób nieaktywnych, w którym łatwiej dochodzi do dekomensacji choroby przewlekłej lub choroba przewlekła ma cięższy przebieg (stan).

W badanej grupie utrudnienia poruszania się (za wyjątkiem całkowitego unieruchomienia) nie decydowały o aktywności. Najczęściej wymienianą przyczyną ograniczeń mobilności w grupie aktywnych i nieaktywnych były choroby narządu ruchu, 29,3% osób aktywnych podało choroby układu ruchu jako przyczynę ograniczeń w poruszaniu się oraz 32,3% osób nieaktywnych wskazało na tę samą etiologię ograniczeń. Na drugim miejscu wśród przyczyn, podobnie jak w całej badanej grupie aktywnych i nieaktywnych, badani umieścili choroby układu krążenia, a następnie inne choroby oraz choroby układu oddechowego. Wg danych Głównego Urzędu Statystycznego za niesprawność polskich seniorów głównie odpowiedzialne są choroby układu krążenia oraz choroby narządu ruchu (2). Najwyraźniej zaznaczony związek pomiędzy ograniczeniem mobilności, a podejmowaną aktywnością dotyczył aktywności fizycznej ( $OR = 2,5$ ,  $p = 0,00001$ ) oraz aktywności społecznej ( $OR = 1,6$ ,  $p = 0,00001$ ).

Nadmierna waga ciała jest związana ze zwiększoną zapadalnością na choroby układu krążenia oraz z większym ryzykiem zgonu z powodu chorób układu krążenia. Nadwaga i otyłość wiąże się ze zwiększoną liczbą powikłań również ze strony układu oddechowego, układu ruchu (kostno-stawowego), układu pokarmowego. Porównując wartość wskaźnika masy ciała (*BMI-body mass index*) w grupie osób aktywnych i nieaktywnych wynika, iż znamienne więcej badanych osób z niskimi wartościami BMI-niedowagą było w grupie aktywnych niż wśród osób nieaktywnych ( $p < 0,00001$ ) oraz mniej było osób z nadwagą ( $p < 0,00001$ ). Wszystkie osoby z otyłością rekrutowały się z grupy

nieaktywnych. Wyniki te potwierdzają korzystny wpływ aktywności na utrzymanie prawidłowego ciężaru ciała (6, 7).

Samoocena stanu zdrowia w odniesieniu do osób w wieku 65 lat i więcej ma znaczenie prognostyczne, a jednocześnie szacuje się, że w granicach od 60% do 70% odpowiada faktycznemu stanowi zdrowia w wymiarze biologicznym. Wśród wielu ważnych determinant samooceny stanu zdrowia obok faktycznego stanu zdrowia (fizycznego, funkcjonalnego) i aktywności wymienia się: wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny oraz wykształcenie (8).

W badaniu stwierdzono zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia, a stanem zdrowia mierzonym obecnością chorób oraz stopniem i etiologią niesprawności. Gorsza samoocena stanu zdrowia związana była z obecnością patologii w zakresie układu krążenia (choroby serca, choroby naczyń) oraz obecnością problemów w poruszaniu się (z dominującą przyczyną utrudnień w zakresie chorób narządu ruchu lub układu krążenia).

Analiza wyników przedstawionego powyżej badania potwierdziła powszechnie dostrzegany negatywny wpływ okresu przejścia na emeryturę na stan zdrowia i jego samoocenę (1). Średni wiek w którym następowało pogorszenia stanu zdrowia badanych osób, wynosił 63-64 lata z nieznacznymi różnicami podawanego okresu pogorszenia stanu zdrowia przez osoby podejmujące różne formy aktywności.

Wśród wielu czynników natury psychospołecznej zdrowia takie jak: pozytywne relacje z otoczeniem, satysfakcja z życia oraz posiadanie celu (-ów) stwarzają warunki pomyślnego procesu starzenia się (5, 8). W zakresie stanu zdrowia psychicznego badanych seniorów, wykazano zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia, a obecnością i częstością pojawiania się stanów przygnębienia, co może również decydować o pojawianiu się wielu patologii o naturze psychosomatycznej (9). Gorszej samoocenie stanu zdrowia towarzyszyły proporcjonalnie częstsze stany przygnębienia (obniżonego nastroju). Jednocześnie aktywność i wysoka samoocena własnej aktywności związana była z korzystniejszą samooceną stanu zdrowia.

W populacji osób po 65 roku życia dominującym problemem stają się uciążliwości związane z codziennymi czynnościami (3). Dlatego też większość (56%) badanych określiło, że ceni sobie pomoc innych bliskich w tym zakresie. Osoby nieaktywne znacznie częściej wskazywały na obecność problemów związanych z prowadzeniem domu, a oszacowane ryzyko wystąpienia tego problemu w badanej grupie było 1,8 razy mniejsze wśród aktywnych osób. Różnice w grupie aktywnych i nieaktywnych pojawiły się również w zakresie mniejszego napędu, mniejszych chęci do działania. Deklarowanie mniejszego napędu (mniejszej energii, tym samym - chęci podejmowania wysiłku) w grupie nieaktywnych było 1,7 razy większe w porównaniu do osób aktywnych. Tym samym wydaje się, że aktywność badanej grupy seniorów wynika w dużej mierze z potrzeby, za wyjątkiem ekstremalnych ograniczeń biologicznych. Tym samym istotnego i szczególnego znaczenia nabiera fakt motywacji do podejmowania aktywności w okresie przed- i emerytalnym.

Osoby aktywne (fizycznie, prospołecznie i intelektualnie) 2-krotnie częściej niż nieaktywne nie dostrzegały problemów i trudności związanych z wiekiem. Dla aktywnych fizycznie ryzyko dostrzegania (wystąpienia) trudności związanych z wiekiem jest o połowę mniejsze niż dla nieaktywnych fizycznie, dla aktywnych intelektualnie ryzyko

pojawienia się trudności jest 0,6 raza mniejsze niż dla osób nieaktywnych. Natomiast aktywni fizycznie i społecznie mają 0,7 raza mniejsze ryzyko dostrzegania trudności związanych ze starzeniem się w porównaniu z osobami nieaktywnymi. Oznacza to, że aktywność i jej różne formy (fizyczna, intelektualna, prospołeczna i fizyczna) ma znaczenie chroniące przed problemami, których liczba narasta wraz z wiekiem (sprawność, filozofia życia, postawa, umiejętność radzenia sobie).

Równie ważnym elementem funkcjonowania osób w podeszłym wieku są relacje z innymi ludźmi, np. partnerem życiowym, przyjaciółmi, znajomymi (10,11). W badanej grupie seniorów w zakresie zdrowia psychospołecznego stwierdzono obecność związku pomiędzy poczuciem przygnębienia a poczuciem samotności. Osoby samotne z racji stanu cywilnego lub utrudnionego kontaktu z najbliższymi („puste gniazdo”, niesprawność, bariery psychiczne i inne utrudnienia) są w grupie ryzyka (8). Udział osób samotnych w grupie aktywnych wynosił 65%, natomiast w grupie nieaktywnych 63%. Zatem pomimo zbliżonego udziału osób samotnych w obu grupach, znamiennej więcej osób nieaktywnych potwierdziło okresowe występowanie poczucia samotności, a ryzyko występowania poczucia samotności (okresowych stanów) było 1,8 razy większe wśród osób nieaktywnych niż aktywnych. Jednocześnie, jak wykazała analiza wyników badania, osoby ze stanem obniżonego nastroju (przygnębienie) to jednocześnie osoby z gorszą samooceną stanu zdrowia.

## WNIOSKI

Osoby aktywne (intelektualnie, prospołecznie, fizycznie) w wieku 65 lat i starsze są zdrowsze i sprawniejsze, rzadziej korzystają z opieki szpitalnej. Brak aktywności intelektualnej, prospołecznej i fizycznej nie zawsze wynika ze współistniejących patologii. Propagowanie aktywności powinno dotyczyć wszystkich grup wiekowych i powinno być kontynuowane w wieku emerytalnym. Aktywność decyduje o zdrowym starzeniu się, będąc jednocześnie miernikiem prawidłowego starzenia.

*Anita Gębska-Kuczerowska*

## ASSESSMENT OF THE IMPACT OF THE ACTIVITY ON HEALTH STATUS IN ELDERLY

### SUMMARY

**Objective:** The aim of this research study carried-out in 1999 was to assess the impact of various forms of activity (physical, pro-social and intellectual-mental) on health status of the group of people aged 65 and more.

**Methods:** A tool used to conduct the research was anonymous questionnaire. After a preliminary assessment of 2072 questionnaires for a further analysis, 1910 questionnaires (92.6%) have been selected. Health status has been assessed on the basis of the following epidemiological parameters: information on illness and health problems, hospitalisation, disability, mobility, and body weight, depression, limited life enthusiasm, assessment of satisfaction resulting from contacts with other persons, identification of problems connected with ageing. Activity has been assessed on the basis of responses to the open and closed questions. The statistic tests: Chi2, logistic regression, Pearson's correlation were used.

**Results:** Active persons assessed their health condition more positively, they suffered from fewer CVD's and their health condition was more stable, many had a better psycho-social status,

and they less often used medical services (hospitalisation). Legal and biological disability, except 1<sup>st</sup> disability category and persons who were immobile did not constitute any barrier to become active. Similarly, diseases didn't exclude activity, except very severe pathologies. In the group of active persons overweight subjects constituted a minority, while no active person was obese. Majority of respondents has admitted that their health condition has deteriorated drastically at the age of 63-64.

Conclusion: Activity of persons over 65 year old is one of many independent determinants and indicators of positive ageing.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Kopczyński J. Choroby cywilizacyjne przyszłości. W: Kirschner H, Kopczyński J. Aktualne problemy zdrowotne zagrożenia i szanse. Warszawa: Ignis; 1999:61-3.
2. GUS. Seniorzy w polskim społeczeństwie 1999. Warszawa: GUS; 1999.
3. WHO. The elderly in eleven countries. A sociomedical survey. Copenhagen: WHO; 1983.
4. Buchner DM, Beresford SA, Larson EB, et al. Effects of physical activity on health status in older adults. II intervention studies. *Annu Rev Public Health*. 1992;13:469-88.
5. Szwarz H. Profilaktyka starzenia. W: Analizy i opinie. Geriatria i gerontologia. Warszawa: 1975:88-91.
6. WHO. Cardiovascular care of the elderly. Geneva: WHO; 1987.
7. Szałtynis D, Kochańczyk T. Sport dla wszystkich. Aktywność fizyczna w promocji zdrowego starzenia. Warszawa: TKKF; 1997.
8. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Kraków: UJ; 2000:97-115.
9. Beekman AT, Deeg DJ, Bramm AW, et al. Consequences of major and minor depression in later life: study of disability, wellbeing and service utilization. *Psychol Med* 27(6)1997.XI:1397-409.
10. Dyczewski L, Adamczuk L, Szatur-Jaworska B i in. Potrzeby ludzi starszych uniwersalne i specyficzne. W: Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Warszawa: UNDP; 1999:27-46.
11. Golinowska S, Wygnański J, Żukowski T. Ludzie starsi dla siebie oraz dla społeczeństw. W: Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Warszawa: UNDP; 1999:75-96.

#### **Adres autorki:**

Anita Gębska-Kuczerowska  
Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny  
Ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa  
[e-mail-akuczerowska@pzh.gov.pl](mailto:e-mail-akuczerowska@pzh.gov.pl)