

OCENA ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH OSÓB W PODESZŁYM WIEKU NA TERENIE MIASTA BIAŁEGOSTOKU I OKOLIC



**Mgr Matylda Sochoń,
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak,
Dr hab. n. o zdr. Jolanta Lewko**

**OCENA ZACHOWAŃ
PROZDROWOTNYCH OSÓB
W PODESZŁYM WIEKU
NA TERENIE MIASTA
BIAŁEGOSTOKU I OKOLIC**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**OCENA ZACHOWAŃ
PROZDROWOTNYCH OSÓB
W PODESZŁYM WIEKU NA
TERENIE MIASTA BIAŁEGOSTOKU
I OKOLIC**

**Mgr Matylda Sochoń,
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak,
Dr hab. n. o zdr. Jolanta Lewko**

Białystok 2024

Recenzenci monografii

Dr hab. n. o zdr. Andrzej Szpakow

Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

Dr hab. n. o zdr. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz

Western Norway University of Applied Sciences, Faculty of Health and Social Sciences,
Førde, Norway

ISBN – 978-83-971735-5-2

Wydanie I

Białystok 2024

Opracowanie graficzne: wykorzystano zdjęcie z <https://pl.freepik.com/darmowe-wektory/>

Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej
mgr Matyldy Sochoń

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:

RobotA Piotr Duchnowski, Zaścianki 6, 15-521 Zaścianki

AUTORZY

Mgr Matylda Sochoń

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Dr hab. n. o zdr. Jolanta Lewko

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	11
WPROWADZENIE	13
SKALA STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA W POLSCE I NA ŚWIECIE	17
NAJCZĘSTSZE PROBLEMY ZDROWOTNE SENIORÓW	22
CEL PRACY	29
MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ	30
CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY	35
WYNIKI	40
WERYFIKACJA HIPOTEZ	66
PODSUMOWANIE WYNIKÓW	67
WNIOSKI	74
PIŚMIENNICTWO	75

WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW

ABPM	<i>ambulatory blood pressure monitoring</i> Automatyczne monitorowanie ciśnienia tętniczego
ACE-I	<i>angiotensin-converting- enzyme inhibitors</i> Inhibitor konwertazy angiotensyny
COVID-19	<i>coronavirus disease 2019</i>
DFLE	<i>Disability Free Life Expectancy,</i> Długość życia bez niepełnosprawności
DPP-4	<i>inhibitors or gliptins</i> Inhibitor gliptyny
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
eGFR	<i>estimated glomerular filtration rate</i> szacowany wskaźnik filtracji kłębuszkowej
EIP on AHA	<i>The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing</i> Partnerstwo innowacyjne Unii Europejskiej na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się
GLP-1	<i>Glucagon-Like Peptide-1</i> glukagonopodobny peptyd 1
ICD-10	<i>The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICF	<i>The International Classification of Functioning, Disability and Health</i> Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania i Funkcjonowania
IFG	<i>impaired fasting glycaemia</i> nieprawidłowa glikemia na czczo
IGT	<i>impaired glucose tolerance</i> nieprawidłowa tolerancja glukozy
IZZ	Inwentarz Zachowań Zdrowotnych
LE	<i>life expectancy</i>

	oczekiwana długość życia
MHLC	Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia
NES	<i>night eating syndrome</i> Zespół nocnego jedzenia
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> Brytyjski Narodowy Instytut Doskonałości w Zdrowiu i Opiece
NT	Nadciśnienie tętnicze
PKB	wartość produktu krajowego brutto
PPAR-g	<i>Peroxisome proliferator-activated receptor gamma</i> Receptory aktywowane przez proliferatory peroksysomów
PTNT	Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego
SBP	<i>systolic blood pressure</i> ciśnienie skurczowe
SGLT-2	<i>sodium-glucose cotransporter-2</i> inhibitor kotransportera glukozy-sodowego 2
SOR	szpitalny oddział ratunkowy
UE	European Union Unia Europejska
WHO	<i>World Health Organisation</i> Światowa Organizacja Zdrowia

WPROWADZENIE

*Starzenie się to podróż,
którą najlepiej rozpocząć z poczuciem humoru i ciekawością*

Irma Kurtz

Zachowania zdrowotne są wyznaczane w znacznej mierze przez kontekst społeczny i kulturowy, kształtujący i ograniczający indywidualne wybory. Określone praktyki zdrowotne ludzi są więc często nie tyle efektem zamierzonych, celowych działań, ale wynikają z ich spójności z bardziej ogólnymi „sposobami na życie” ludzi. Obiektywne możliwości realizowania określonych zachowań uwarunkowane są ponadto pozycją społeczną i czynnikami makrostrukturalnymi, stwarzającymi niejednokrotnie bariery realizacji dokonanych wyborów.

Mimo całej złożoności sfery zachowań zdrowotnych, to właśnie rozpoznanie społecznych czynników ryzyka najgroźniejszych dzisiaj chorób, a także sprecyzowanie i wdrażanie zaleceń prozdrowotnego stylu życia stwarza największe szansę radykalnej poprawy stanu zdrowia społeczeństw.

Idea wdrażania prozdrowotnych stylów życia jako sposobu na podnoszenie zdrowotności społeczeństwa trafiała jednak w krajach Europy Zachodniej czy w Stanach Zjednoczonych na odmienny grunt niż w Polsce. W krajach wysoko rozwiniętych, „nasyconych” usługami medycznymi, stabilnych i charakteryzujących się najwyższymi na świecie wskaźnikami poziomu zdrowia odejście od paradygmatu medycyny naprawczej było zanegowaniem jej dalszych możliwości w sferze zdrowia publicznego, wzrastających kosztów i jej często jatrogennego charakteru. Z kolei społeczne inwestycje w promowanie zdrowia stały się poszukiwaniem nowych źródeł, powiększających i tak relatywnie wysoki potencjał zdrowotny.

W Polsce obraz ten przedstawiał się zupełnie inaczej. W początkach lat dziewięćdziesiątych niestabilizowana sytuacja społeczno-ekonomiczna, niższy poziom życia, jedne z gorszych w Europie wskaźniki stanu zdrowia, wysoka umieralność, ograniczony dostęp do usług medycznych i drastyczne pogorszenie się ich jakości - to tylko ważniejsze z charakterystyk naszego kraju, wyznaczających odmienny kontekst podejmowania we własne ręce swojego zdrowia.

Ta odmienna sytuacja niekoniecznie jednak musi stanowić źródło barier w realizacji

prozdrowotnych stylów życia. Bez wątpienia zła sytuacja materialna ogranicza możliwości wyborów, jednak niefunkcjonalność służby zdrowia czy wysokie koszty opieki medycznej mogą z kolei prowadzić do prób uniezależnienia się od nich i przeświadczenia, że należy w większym stopniu liczyć na siebie samego. Ponadto wśród procesów zachodzących w naszym kraju w ciągu ostatnich lat można zidentyfikować takie, które są zdecydowanie spójne z wzorcem zachowań składających się na prozdrowotny styl życia. Demokratyzacja życia stwarza szansę indywidualnego rozwoju, możliwości pełniejszego wykorzystania swoich sił i zdolności, zwiększa poczucie odpowiedzialności za własne działania. Nawet jeżeli w początkowym okresie dla znacznej części społeczeństwa oznacza to wiele napięć i stresów, w dalszej perspektywie sprzyja aktywnej postawie wobec życia i kreowania własnego zdrowia. Można także przyjąć, że rola zdrowia będzie coraz częściej brana pod uwagę jako czynnik kształtujący indywidualne kariery, jako modyfikator naszych szans i osiągnięć życiowych. Zdrowie z wartości w znacznej mierze autotelicznej będzie więc dla wielu osób przekształcać się w wartość bardziej instrumentalną. Dobre zdrowie jest potrzebne, aby poprawić swoją pozycję społeczną, zarabiać pieniądze, zrobić karierę.

Nauka o biologicznych przyczynach i skutkach starzenia się człowieka, to gerontologia [1]. Ma charakter interdyscyplinarny i korzysta z doświadczeń wielu nauk, między innymi medycyny, biologii, psychologii, pedagogiki, socjologii, demografii i innych nauk społecznych, analizuje proces starzenia się w każdym aspekcie, nie należy jej jednak mylić z Geriatrią, która jest osobną nauką zajmującą się chorobami wieku podeszłego [1]. Gerontologia bada procesy fizykochemiczne będące przyczyną starzenia się komórek oraz ich zespołów, a w konsekwencji całego organizmu, oraz procesy psychiczne, stanowiące podłoże zmian starczych [2].

Probleмами starzenia się zaczęto zajmować się w końcu XIX wieku (Charcot, Miecznikow), jednak dopiero na początku XX wieku (Carrel) zaczęto dostrzegać znaczenie gerontologii w związku z szybko wydłużającą się średnią długością życia i koniecznością stworzenia społecznych form opieki nad ludźmi starymi, a także potrzebą wypracowania metod utrzymywania względnie dobrej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej, zapewniającej możliwość samodzielnej egzystencji [2]. W roku 1930 Warren na podstawie badań wykazała, że planowa opieka zdrowotna nad ludźmi starszymi, cierpiącymi z powodu różnych przewlekłych schorzeń, może spowodować zmniejszenie się częstości występowania poważnych zaburzeń [2]. Szybki rozwój gerontologii rozpoczął się w latach 40., gdy kwestia opieki lekarskiej nad ludźmi starymi stała się problemem społecznym. Pierwsze fachowe czasopismo „Journal of Gerontology” zaczęło ukazywać się 1946 w Stanach Zjednoczonych,

a pierwszy międzynarodowy kongres gerontologiczny odbył się 1959 w Liège (Belgia) [2]. Do rozwoju gerontologii przyczynili się m.in.: ukraiński fizjopatolog Bogomolec, amerykański lekarz Stieglitz i rumuńska lekarka Aslan. Powstały lekarskie towarzystwa gerontologiczne, zakłady i instytuty naukowe (np. Instytut Geriatrii im. K. Parhona w Rumunii), prowadzące działalność badawczą i leczniczą; placówki te zajmują się również społecznymi aspektami gerontologii, m.in. masową profilaktyką chorób podeszłego wieku [2]. W Polsce działa Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, a do rozwoju tej dyscypliny szczególnie duży wkład wnieśli Piotrowski, Szwarec i Tymowski [2].

Znaczenie gerontologii ujawniło się w związku z szybko wydłużającym się w XX wieku średnim czasem życia i koniecznością stworzenia społecznych form opieki nad ludźmi w starszym wieku; powstały towarzystwa gerontologiczne, zakłady i instytuty naukowe oraz wyspecjalizowane placówki służby zdrowia.

W powszechnej opinii starość jest postrzegana jako okres całkowitej degradacji, izolacji, samotności, braku uczucia i życzliwości, niedołęstwa, odczuwalnych dolegliwości somatycznych, postępującego uzależnienia od otoczenia, beznadziejnego i ponurego czekania na śmierć. A przecież starość posiada również swoje zalety i wartości, jak doświadczenie, mądrość życiowa, dojrzałość duchowa, satysfakcja z osiągnięć zawodowych i rodzinnych (dobra ocena życia i poczucie wywiązania się ze swych zadań), swoboda i czas wolny, który można wypełnić według swego upodobania. W związku z tym do najważniejszych zadań polityki społecznej wobec starości zalicza się:

- wzmocnienie aktywności osób trzeciego wieku, włączenie ich w aktywne życie społeczne, by mogły funkcjonować we własnym miejscu zamieszkania;
- zorganizowanie pomocy ambulatoryjnej lub opieki domowej dla seniorów, aby mogli pozostać w swoim środowisku tak długo, jak to tylko możliwe (brak możliwości korzystania z takich usług jest często bezpośrednią przyczyną decyzji o umieszczeniu osób starych w domach pomocy społecznej lub innych placówkach stacjonarnych);
- przygotowanie człowieka współczesnego do własnej starości, które polega nie tylko na zdobyciu racjonalnej refleksji nad starością i uznania jej naturalności oraz wypracowaniu psychicznej akceptacji i gotowości do pełnienia zmieniających się ról społecznych, zawodowych i rodzinnych w miarę starzenia się, ale również na wykształceniu umiejętności akceptowania osób starych z ich sposobem bycia, systemem wartości i przekonaniami.

Wyróżnia się trzy główne działy gerontologii [1]:

- doświadczalną — zajmującą się badaniem mechanizmów starzenia na modelach zwierzęcych;
- kliniczną, zwaną inaczej geriatrią — czyli medycynę podeszłego wieku,
- społeczną - najbardziej rozbudowana:
 - gerontopsychologia (psychologia starzenia się)
 - gerontopedagogika - geragogika lub andragogika, opisująca procesy edukacyjne przygotowujące do starości.

Geriatrya to specjalizacja lekarska zajmująca się leczeniem i diagnozowaniem chorób u ludzi powyżej 60. roku życia, które często zmagają się zarówno z chorobami niecharakterystycznymi dla wieku starczego (typu *in-aging*), jak i będącymi efektem starzenia (typu *off-aging*) [3].

Termin „gerontologia” pojawił się jak wspomniano w roku 1903 w Nowym Jorku, a geriatrię wyodrębniono z niej sześć lat później. W Polsce początki geriatrii przypadają dopiero na okres po II wojnie światowej, a 1956 roku założono u nas pierwsze Sanatorium Geriatryczne – zbudowano je w Inowrocławiu. Na świecie szczególne zainteresowanie geriatrią rozpoczęło się w latach 60. XX wieku [1,2,3].

Psychogeriatricę określa się dziedzinę medycyny skoncentrowaną wokół zaburzeń psychicznych osób starszych. Jest działem psychiatrii zajmującym się profilaktyką, rozpoznawaniem, leczeniem, rehabilitacją i społecznymi problemami zaburzeń psychicznych w podeszłym wieku. Ma wielodyscyplinarny charakter, wynikający z kilku aspektów życia starzejącego się człowieka - aspekt psychologiczny, biologiczny, socjologiczny, czy filozoficzny wieku podeszłego [1,2,3].

SKALA STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA W POLSCE I NA ŚWIECIE

Wymiar podmiotowy i społeczny starości

Starość jako etap życia nie jest okresem długo oczekiwanym, nie kojarzy się nawet z pozytywnym czy neutralnym wizerunkiem, a autorytet osób starszych jest zjawiskiem, które w czasach nowożytnych maleje [4]. W ostatnich dziesięcioleciach gloryfikowano młodość, sprawność fizyczną, zabawę i sukces, a w kulturze popularnej wiek nie jest już kojarzony z tymi atrybutami. Zmiany w technologii i kulturze, w tym w społeczeństwie, sprawiły, że nowoczesna wiedza, umiejętności i zdolności są szczególnie cenne we współczesnym świecie pełnym wyzwań, nowości i wynalazków.[4] Rewolucje technologiczne i zmiany społeczne doprowadziły do dewaluacji pozycji osób starszych, którym jako grupie społecznej brakuje normalnie wymaganych cech, zarówno na rynku pracy, jak i w ogóle w funkcjonowaniu społecznym [4]. Stereotypowy wizerunek osób starszych w dużej mierze determinowany jest oczekiwaniami społecznymi wobec tej grupy.

Oczekiwania te dotyczą przede wszystkim stylu życia, ról społecznych (rodzinnych), często narzucanych osobom starszym, wymagań behawioralnych i aktywnościowych, przy czym główną rolę odgrywają emeryci (czyli beneficjenci). W życiu społecznym wiek stanowi (zbyt) silny kontrast z młodością, a odwrotność tych zjawisk prowadzi do opozycji we wszystkich obszarach życia społecznego. Stereotyp ten nie uwzględnia niejednorodności wieku, faktu, że ten etap jest pojęciem niejasno zdefiniowanym. Jest różnica pomiędzy 65., 80. i 90. rokiem życia. W miarę jak rola społeczna emerytów stale maleje, młodszy członkowie społeczeństwa coraz bardziej boją się starości i emerytury. Proces ten przebiega zgodnie z zasadami współczesnej rzeczywistości. Proces ten działa we współczesnej rzeczywistości zgodnie z zasadą sprzężenia zwrotnego: niechęć do emerytów jako biernej części społeczeństwa skutkuje alienowaniem ich ze sfer aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym, co jest coraz większym problemem także gospodarczym. Ponadto zakończenie aktywności zawodowej prowadzi do wycofania się z kontaktów społecznych i poczucia izolacji od reszty społeczeństwa. Choć większość dzisiejszej populacji osób starszych cieszy się dobrym zdrowiem, jest aktywna, zdrowa i gotowa do aktywności międzypokoleniowej, to społeczny obraz osób starszych opisuje je głównie jako osoby wątłe, wątłe. Opiera się na stereotypach opisujących je jako osoby chorowite, bierne i zarezerwowana grupa, albo nawet niepotrzebnych ludzi. Choć stereotyp ten jest wyraźnie

szkodliwy, zwłaszcza biorąc pod uwagę rosnącą liczbę osób starszych w większości społeczeństw współczesnego świata, równie ważny jest fakt, że jest on nieprawdziwy i wymaga zbadania. Równe (przeważnie negatywne) traktowanie ponad 17% (stereotypowych) grup. Nie jest to możliwe ze względu na duże zróżnicowanie populacji Polski w obrębie tej grupy, co reprezentuje podział osób starszych na trzecie i czwarte pokolenie.

Zróżnicowanie indywidualne -perspektywa cyklu życia

Analiza danych dotyczących 19 064 osób w wieku 65 lat i starszych, uczestników badania Health and Retirement Study, wykazała, że jedynie 7% z nich starzało się pomyślnie. Tylko 6-8% nie doświadczyło pogorszenia funkcji poznawczych, a 35-42% nie miało żadnych przewlekłych chorób. Natomiast 48-50% zachowało sprawność fizyczną [5]. WHO, opierając się na tych danych, zaproponowała w 2015 r. nową definicję "zdrowego starzenia się" jako proces rozwoju i utrzymania sprawności funkcjonalnej, warunkujący dobrostan w późniejszym wieku.[6] Lepsze zrozumienie stanu zdrowia, profilu chorób oraz ryzyka niepełnosprawności w starszym wieku jest możliwe poprzez badanie interakcji między zmianami biologicznymi, uwarunkowaniami behawioralnymi i społeczno-ekonomicznymi z wcześniejszych okresów życia. [7] Wyniki prospektywnego badania InCHIANTI wskazały, że spadek sprawności związany ze starzeniem zaczyna się już na wczesnym etapie dorosłości, gdy testowane są bardziej zaawansowane umiejętności. Mimo obserwacji spadku szybkości w teście chodu na 400 m nawet u osób w wieku 20-25 lat, pogorszenie wyników w teście szybkiego chodu na 4 m występowało dopiero po osiągnięciu 40-50 lat. Natomiast zdolność pokonania 4 m własnym tempem pozostawała stosunkowo stabilna aż do 65-70 lat. Ze względu na wcześniejsze pojawienie się spadku sprawności należy opracować strategie zapobiegania upośledzeniu funkcjonalnemu, skupiając się zarówno na jednostkowym, jak i populacyjnym aspekcie starzenia się [8].

Osoby starsze w Polsce

W roku 2022 kontynuowano proces starzenia się społeczeństwa w Polsce. Liczba osób w wieku 60 lat i starszych wzrosła do 9,8 miliona na koniec roku, co stanowiło zwiększenie o 0,7% w porównaniu z rokiem poprzednim. Udział osób starszych w ogólnej populacji Polski wzrósł do poziomu 25,9%, co oznacza wzrost o 0,2 punktu procentowego w porównaniu z rokiem wcześniejszym. Wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi wzrósł z 28,9 do 29,9 w porównaniu z rokiem poprzednim. Natomiast wskaźnik

ludności w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym wyniósł 39,0 w porównaniu do 38,1 rok wcześniej. Według prognoz demograficznych do roku 2060 spodziewany jest stały wzrost populacji seniorów w Polsce, osiągając 11,9 miliona osób starszych, czyli o 21,0% więcej niż w 2022 roku, co będzie stanowiło 38,3% całości ludności. Proces starzenia się społeczeństwa obserwuje się z różnym nasileniem w różnych regionach. Województwo świętokrzyskie miało najwyższy odsetek osób w wieku 60 lat i więcej (28,9%), natomiast najniższy udział występował w województwie małopolskim (23,9%). Największą grupą seniorów w roku 2022 były osoby w wieku 65-69 lat, stanowiące 25,7% ogółu osób starszych. W poprzednich latach dominowała grupa wiekowa 60-64 lat. Osoby w wieku 80-84 lat oraz 85 lat i starsze nadal stanowiły najmniejsze grupy, z udziałem na poziomie 8,2% w obu przypadkach. Większość seniorów mieszka w miastach, gdzie wskaźnik urbanizacji dla osób powyżej 60. roku życia wyniósł 64,1%. Kobiety przeważają zarówno wśród seniorów, jak i ogólnej populacji osób starszych, stanowiąc 58,1%. Na każde 100 mężczyzn w wieku 60. lat i więcej przypadało 139 kobiet. W 2022 roku zaobserwowano zarówno wzrost liczby małżeństw, jak i rozwodów wśród osób starszych w porównaniu z rokiem poprzednim. Mężczyźni w wieku 60 lat i więcej zawarli 6187 małżeństw (wzrost z 5854 w 2021 r.), natomiast kobiety w tym wieku - 3710 (wzrost z 3428 w poprzednim roku). W stosunku do mężczyzn w wieku senioralnym, współczynnik małżeństw wzrósł do 1,5, natomiast wśród kobiet osiągnął poziom 0,7. W roku 2022 zarejestrowano 2807 rozwodów dotyczących kobiet w wieku 60 lat i starszych w dniu wniesienia pozwu (w porównaniu do 2777 w 2021 roku). Liczba mężczyzn w wieku senioralnym przechodzących rozwód wyniosła 4197, w porównaniu do 4099 z poprzedniego roku. Wygaszanie epidemii COVID-19 przyczyniło się do obniżenia wskaźnika zgonów wśród seniorów oraz wzrostu przeciętnego dalszego trwania życia. W roku 2022 w Polsce zmarło 388,1 tys. osób w wieku 60 lat i starszych. Odsetek zgonów tej grupy w ogólnej liczbie zgonów wyniósł 86,5%. W porównaniu z rokiem poprzednim, liczba zgonów osób starszych zmalała o 13,9%, a udział zgonów osób w wieku senioralnym w ogólnej liczbie zgonów zmniejszył się o 0,2 punktu procentowego. Współczynnik zgonów w populacji osób w wieku 60 lat i starszych wyniósł 39,8, co było znacznym spadkiem w porównaniu z poprzednim rokiem, gdy wartość ta sięgnęła szczytową wartość - 46,4. Prognozy demograficzne dla Polski, o których wspomiano wcześniej, do roku 2060 są niepomysłne. Polska należy do niewielkiej grupy krajów Unii Europejskiej, w których obserwuje się trzy istotne zjawiska mające istotny wpływ na dynamikę demograficzną: spadek dzietności, wzmożoną emigrację i brak imigracji [10]. Te procesy, które trwają od co najmniej 25 lat, stanowią istotne wyzwania dla rozwoju ekonomicznego

i społecznego kraju - co jest alarmujące według demografów. Istnieje zagrożenie regresem demograficznym, który będzie kluczowym czynnikiem determinującym nie tylko rozwój gospodarczy, ale także społeczny Polski [10].

Osoby starsze na świecie

Liczba osób starszych zarówno odsetkowo, jak i w wartościach bezwzględnych jest obecnie większa niż kiedykolwiek wcześniej. Brak historycznego odniesienia do sytuacji związanej z tak dużym i szybkim zwiększeniem kohorty osób starszych w populacji powoduje, że przyszłość jest trudna do przewidzenia [11]. Globalną ocenę demograficznego starzenia się na świecie należy uzupełnić, pamiętając o kilku ważnych kwestiach. Po pierwsze, tempo starzenia się populacji znacznie się różni w poszczególnych krajach. Wzrost z 10% do 20% osób dorosłych w wieku powyżej 60 lat zajął we Francji 120 lat. Natomiast w Szwecji i Wielkiej Brytanii proces ten trwał 80 lat, a w Japonii tylko 30 lat. Taka zmiana demograficzna potrwa 80 lat w Stanach Zjednoczonych, ale tylko 40 lat w Brazylii, Chinach i Indiach, co świadczy o nasilonym procesie starzenia i wyzwaniach, jakie staną przed wieloma krajami w najbliższej przyszłości [6]. Po drugie, na oczekiwaną długość życia (ang. *life expectancy* - LE) w momencie urodzenia ma wpływ wartość produktu krajowego brutto (PKB) w różnych częściach świata. Obecnie starzenie się to wielka szansa”, co można stwierdzić, porównując LE w momencie urodzenia w krajach o największych i najniższych dochodach (Monako: 89,5 lat vs. Czad: 49,8 lat). W krajach o wysokich dochodach częściej umierają osoby powyżej 75. roku życia, podczas gdy w krajach o niskim poziomie zasobów, zgony dotyczą nadal młodszych osób [6]. Ponadto należy zwrócić uwagę, że w populacji tego samego kraju różnice w stanie zdrowia występują również między wyższymi i niższymi warstwami społeczno- -ekonomicznymi. Weźmy na przykład średnią długość życia w centrum Waszyngtonu. 17 lat dłużej niż na przedmieściach Maryland. W Glasgow różnica między najbogatszymi i najbiedniejszymi obszarami miasta wynosi 28 lat. Te duże różnice w LE wynikają z wpływu czynników zdrowotnych, takich jak status społeczny, stres, wczesny przebieg życia, poziom wykształcenia, wykluczenie społeczne, status zatrudnienia i stres zawodowy. Po trzecie, oprócz samej średniej długości życia, ważne jest również określenie średniej długości życia wolnego od niepełnosprawności lub oczekiwanej długości życia w zdrowiu (DFLE). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania i Funkcjonowania (ICF) szeroko definiuje niepełnosprawność jako stan obejmujący upośledzenie funkcjonalne oraz ograniczenia aktywności i uczestnictwa. Niepełnosprawność wynika z interakcji stanu zdrowia człowieka z osobistymi i środowiskowymi czynnikami ryzyka. W Unii Europejskiej

składającej się z 15 krajów (UE15) w ciągu 17 lat od 1995 do 2012 r. LE osób w wieku 65 lat wzrósł o 13% w przypadku kobiet i 20% w przypadku mężczyzn, co odpowiada 21,8 i 18,1 lat. Jednocześnie jednak DFLE niewiele się zmieniło i ustabilizowało się na wartościach odpowiednio 9,6 i 8,8 lat dla kobiet i mężczyzn. Choć stopień niepełnosprawności był mniej istotny, ta odwrotna tendencja w przypadku obu parametrów sugeruje, że niepełnosprawność znacznie wzrosła wśród starszych mieszkańców Europy Zachodniej w ciągu ostatnich dwóch dekad [12]. Dlatego też głównym celem Partnerstwa innowacyjnego Unii Europejskiej na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się (EIP AHA) jest rozwój do roku 2020. Wydłużenie średniej długości życia w zdrowiu o dwa lata było kluczową inicjatywą Strategii „Europa 2020”.

NAJCZĘSTSZE PROBLEMY ZDROWOTNE SENIORÓW

Następstwa starzenia się na poziomie narządowym

W efekcie akumulacji uszkodzeń we wszystkich komórkach i tkankach zaczyna się pojawiać i narastać fenotypowe objawy starzenia się w narządach oraz układach. Rozpoczynają się one skrycie i wcześnie, narastają progresywnie przez dalsze życie i po kilku dekadach przejawiają się niedomogą narządową, niesprawnością i chorobami związanymi ze starzeniem [5]. Charakter zmian pojawiających się w starzeniu ma różny wpływ na zachowanie sprawności, a w dalszej perspektywie – życia [5]. Aby zrozumieć znaczenie określonych zmian, można je pogrupować następująco :

- zmiany neutralne dla ewentualnej patologii i dalszego przeżycia, takie jak siwienie włosów, zmarszczki skóry, .
- zmiany potencjalnie przyczyniające się do rozwoju chorób związanych ze starzeniem się, np. zaburzenia dopływu i przepływu krwi w narządach, .
- zmiany, które mogą powodować bądź wyrażać jawne nieprawidłowości patologiczne, takie jak gromadzenie się płytek starczych lub beta-amyloidu w mózgu – czynnika ryzyka rozwoju choroby Alzheimera.
- Zmiany narządowe związane z wiekiem zachodzą na różnych etapach życia jednostki (heterochroniczność starzenia) i z różną intensywnością w różnych narządach (heterochroniczność starzenia). Utrudnia to określenie wieku biologicznego danej osoby.

Wielu badaczy jest zgodnych co do konieczności znalezienia uniwersalnego wskaźnika, czyli biologicznego markera procesu starzenia. Jednak cel ten nie został jeszcze osiągnięty. Istnieje wiele wyraźnych oznak starzenia – m.in. Obecność lipofuscyny w starych komórkach postmitotycznych nie jest wiarygodnym wskaźnikiem. Główną trudnością w określeniu markerów naturalnego starzenia jest niepewność, czy zmiany nie są wynikiem chorób współistniejących [5].

Nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie tętnicze (NT) jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego: choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca i udaru mózgu — głównej przyczyny zgonów, głównej przyczyny zgonów, chorobowości i inwalidztwa w Polsce [13]. Wykazano, że wzrost skurczowego ciśnienia krwi o 20 mm Hg

i wzrost rozkurczowego ciśnienia krwi o 10 mm Hg ponad dwukrotnie zwiększa ryzyko śmierci z powodu udaru mózgu i choroby niedokrwiennej serca [13]. Pod koniec XX wieku śmiertelność z powodu zawałów serca i udarów mózgu w Polsce była 1,5–3 razy większa niż w „starych” krajach Unii Europejskiej [13]. Ryzyko zachorowalności i śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych jest 1,5–3 razy większe w porównaniu z osobami bez zespołu metabolicznego [13]. Ponad połowa chorych na nadciśnienie nie przyjmowała leków ściśle według wskazań, co prowadziło do nieskuteczności leczenia [14]. 5–10% chorych na nadciśnienie w ogóle nie stosuje się do zaleceń lekarskich [14]. Jednak tylko 60% pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w najstarszej grupie wiekowej otrzymało od lekarza zalecenie leczenia nefarmakologicznego [14].

Intensywne leczenie NT w tej grupie wiekowej istotnie zmniejsza liczbę udarów oraz umieralność z przyczyn sercowo-naczyniowych. Na podstawie wyników badań klinicznych stwierdzono, że pacjenci w wieku poniżej 65. lat i pacjenci powyżej 65. roku życia odnoszą w równym stopniu korzyści z obniżenia ciśnienia krwi. Podstawowe zasady nefarmakologicznego leczenia nadciśnienia tętniczego u osób starszych są takie same jak w młodszych grupach wiekowych, należy jednak pamiętać, że ta grupa wiekowa charakteryzuje się ograniczoną mobilnością i regularną aktywnością fizyczną. Ze względu na ryzyko wystąpienia niedociśnienia i upadków u starszych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym badanie ortostatyczne należy wykonać w następujących sytuacjach: rozpoczęcie lub zmiana leczenia hipotensyjnego, upadki w wywiadzie, zawroty głowy lub omdlenia, obecność cukrzycy. PTNT stwierdza, że u osób starszych leczenie nadciśnienia tętniczego można rozpocząć, gdy ciśnienie krwi przekroczy 140 mmHg. W tej grupie wiekowej, podobnie jak u osób młodszych, należy dążyć do obniżenia SBP poniżej 140 mm Hg, jednak szczególną uwagę należy zwrócić na częste u osób starszych skutki uboczne terapii lekowej. Bez wahania można stosować podstawowe grupy leków hipotensyjnych: leki moczopędne, blokery kanałów wapniowych, ACE-I, sartany. Wyniki tego badania sugerują, że leczenie hipotensyjne u pacjentów w podeszłym wieku należy rozpoczynać od długo działającego leku moczopędnego tiazydopodobnego, a następnie dodać inhibitor ACE. Początkowe dawki leków powinny być małe, a intensyfikację leczenia należy przeprowadzać bardzo ostrożnie i stopniowo. Dla pacjentów powyżej 80. roku życia. U osób starszych leczenie farmakologiczne należy rozpocząć, gdy SBP wynosi 160 mm Hg lub więcej, a celem jest obniżenie SBP do wartości poniżej 150 mm Hg. Ze względu na różnice w wieku biologicznym pacjentów decyzje dotyczące leczenia starszych grup wiekowych muszą być podejmowane w sposób wysoce zindywidualizowany [15].

W dokumencie NICE zaleca się, aby u pacjentów w wieku 80 lat i starszych kliniczne docelowe ciśnienie krwi wynosiło mniej niż 1.150/90 mm Hg, dla ABPM i pomiarów domowych < 145/85 mmHg. Blokery kanału wapniowego powinny być lekiem pierwszego rzutu w leczeniu nadciśnienia tętniczego u osób po 55. roku życia [15]. Liberalizacja docelowych wartości ciśnienia krwi dla osób starszych w wytycznych PTNT i NICE z 2019 roku wynika głównie z głębszego niż w latach poprzednich zrozumienia wspomnianego zjawiska krzywej J [16]. Należy zauważyć, że osoby starsze stanowią bardzo specyficzną grupę pacjentów, która nie tylko jest obciążona wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym ze względu na wielochorobowość, ale także jest narażona na negatywne skutki polipragmatyzacji. Wymagają zindywidualizowanego podejścia do leczenia, które bardzo różni się od leczenia młodych ludzi.

Cukrzyca

Wraz z postępującym starzeniem się polskiego społeczeństwa oraz rozwojem medycyny w zakresie diagnostyki i leczenia istotnym problemem stała się cukrzyca typu 2 u osób w wieku podeszłym. Liczne powikłania będące konsekwencją długo trwającej cukrzycy są przyczyną znacznego obniżenia jakości życia oraz niepełnosprawności u tych chorych. Według licznych badań częstość występowania cukrzycy zwiększa się z wiekiem, a w populacji powyżej 65. roku życia wynosi nawet do 25–30% [17]. Nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG, *impaired fasting glycaemia*) i nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT, *impaired glucose tolerance*) są ważnymi czynnikami ryzyka cukrzycy typu 2 i mogą nawet do 10–20 krotnie zwiększać ryzyko wystąpienia cukrzycy, bez względu na wiek [18]. Według jednego z przeprowadzonych badań zaobserwowano wzrost częstości zaburzeń gospodarki węglowodanowej pod postacią nieprawidłowej tolerancji glukozy z 11,1% u osób w wieku 40–49 lat do 20,9% w przedziale wiekowym 60–74 lata [17]. U starszych pacjentów choroby współistniejące mogą komplikować interpretację objawów, przez co bardzo trudno jest rozpoznać cukrzycę. Cukrzyca typu 2 u chorych w starszym wieku stanowi problem związany nie tylko z jej rozpoznaniem oraz leczeniem [18]. Trudnością jest również uzyskanie właściwego wyrównania gospodarki węglowodanowej, lipidowej oraz ciśnienia tętniczego. Niedostateczne wyrównanie metaboliczne wiąże się z przedwczesnym występowaniem powikłań, które mogą prowadzić do inwalidztwa [19]. Jednocześnie nadmierna intensyfikacja leczenia przeciwcukrzycowego może sprzyjać epizodom hipoglikemii pogarszającej jakość życia i sprzyjającej incydentom sercowo-naczyniowym

w postaci groźnych zaburzeń rytmu serca czy ostrych zespołów wieńcowych, zwłaszcza u chorych w wieku podeszłym [20].

Nadrzędnym celem leczenia chorych na cukrzycę w starszym wieku jest dążenie do poprawy lub przynajmniej utrzymania dotychczasowej jakości życia, przy czym kluczowe znaczenie ma unikanie hipoglikemii przy jednoczesnym zmniejszaniu objawów hiperglikemii [21]. Jeżeli u chorego na cukrzycę powyżej 65. roku życia nie stwierdza się istotnych powikłań i chorób towarzyszących, realizując ogólne cele leczenia, należy dążyć do stopniowego wyrównania cukrzycy, przyjmując jako docelową wartość $HbA1c \leq 7\%$. W przypadku chorych w zaawansowanym wieku z wieloletnią cukrzycą i istotnymi powikłaniami o charakterze makroangiopatii (przebyty zawał serca lub udar mózgu) docelową wartością $HbA1c$ jest 8,0–8,5%; prowadzenie badań diagnostycznych w kierunku powikłań cukrzycy, zapobieganie ich progresji oraz zalecanie odpowiedniego leczenia. Leczenie chorób współistniejących w celu zmniejszenia upośledzenia czynnościowego i poprawy jakości życia. Po wstępnym określeniu indywidualnego ryzyka i wydolności chorego należy zalecać wysiłek na świeżym powietrzu charakteryzujący się wolnym początkiem i powolnym zakończeniem oraz unikaniem ćwiczeń napinających i wstrzymujących oddech, ze zwróceniem uwagi na ryzyko urazu, a zwłaszcza ryzyko rozwoju zespołu stopy cukrzycowej [21]. Stosowanie leków przeciwhiperglikemicznych u osób po 65. roku życia powinno się odbywać według zasad [22]. Należy preferować grupy leków z niskim ryzykiem hipoglikemii [23] metformina (szczególną ostrożność należy zachować u chorych, u których $eGFR$ wynosi < 45 ml/min/1,73 m²), inhibitory DPP-4, inhibitory SGLT-2, agoniści receptora GLP-1, agonista receptorów GIP/GLP-1, agonista PPAR-g – nie istnieją specyficzne przeciwwskazania do stosowania u osób po 65. roku życia; leki te mogą być szczególnie korzystne w tej grupie wiekowej ze względu na znikome ryzyko hipoglikemii; nie należy stosować agonisty PPAR-g u osób z niewydolnością serca i dużym ryzykiem złamań, pochodne sulfonilomocznika — leczenie należy rozpoczynać od małych dawek ze względu na ryzyko hipoglikemii; tej grupy leków nie powinno się stosować u osób z zespołem kruchości [24].

Zaburzenia odżywiania u osób starszych

Powszechnie wiadomo, jak ważne dla człowieka jest odżywianie. Prawidłowe odżywianie jest jednym z fundamentów dobrego zdrowia i ważne jest, aby zapewnić organizmowi dostarczenie potrzebnych składników odżywczych, zwłaszcza u osób starszych. Proces starzenia wpływa na wyniki sportowe i jakość życia, a prawidłowe odżywianie jest

jego kluczowym elementem. Na podstawie stopnia starzenia i występowania chorób towarzyszących można określić, co jest dla organizmu człowieka odpowiednie, a co szkodliwe. Wraz z wiekiem niedobory i nadmiary zarówno makro-, jak i mikroelementów stają się niebezpieczne dla człowieka. W tym wieku zmienia się także zapotrzebowanie na suplementy diety zawierające pierwiastki śladowe i witaminy oraz zapotrzebowanie na energię [25]. Wpływ procesu starzenia się jest ważnym elementem polityki społecznej [25]. Współczesny styl życia spowodował wiele niedożywienia, zwłaszcza wśród osób starszych, o czym świadczy duża liczba zaburzeń odżywiania występujących w tej grupie osób [25]. W ostatnich latach w wielu krajach Zachodu obserwuje się znaczny wzrost zachorowań na choroby bezpośrednio związane z zaburzeniami odżywiania.

Przyczynami tego typu zaburzeń są często zmiany społeczno-kulturowe oraz psychologiczne. Do głównych czynników wpływających na stan odżywiania osób starszych zalicza się: czynniki społeczno-ekonomiczne.

- Czynniki psychologiczne.
- Zmiany patofizjologiczne w organizmie.
- Choroby przewlekłe spowodowane terapią lekową.
- Mniej aktywności fizycznej.
- Pacjent został przyjęty w ciągu 1 roku.
- Niewiedza i niewłaściwe nawyki żywieniowe [26].

Zaburzenia odżywiania, czyli zaburzenia zachowania podczas obchodzenia się z żywnością, reprezentują szeroką gamę chorób i są także najczęstszą przyczyną pogorszenia jakości życia, depresji, osłabienia, ograniczeń w codziennych czynnościach i zaburzeń poznawczych [27].

Według europejskiej klasyfikacji ICD-10 do tej grupy zaliczają się: Anoreksja (jadłowstręt psychiczny). Bulimia i atypowe zaburzenia odżywiania: Ortoreksja, pregoreksja, diabulimia, bigoreksja. Oprócz wyżej wymienionych grup zaburzeń odżywiania się, w amerykańskich kryteriach badawczych klasyfikacji DSM-IV wyszczególniono także zespół objadania się oraz zespół nocnego objadania się [28].

Anoreksja objawia się zmniejszeniem apetytu, anoreksją i ogólnym pogorszeniem stanu psychofizycznego pacjenta. Pacjent cierpi na zaburzenia apetytu i uważa, że po jedzeniu przybiera na wadze. W chorobie tej traci się prawdziwą świadomość własnego ciała na tle innych, co powoduje, że pacjenci mają poczucie niepełności kształtu ciała [29].

Bulimia psychiczna to zaburzenie charakteryzujące się niekontrolowanymi napadami objadania się z cechami objadania się, które powodują poczucie winy, złość i depresję [29]. Ortoreksja, kolejna choroba związana z zaburzeniami odżywiania, to tzw. zaburzenie normalnego funkcjonowania pacjenta w zakresie zdrowego odżywiania.

Pacjenci często spędzają godziny sprawdzając skład i pochodzenie konkretnego produktu, aby upewnić się, że jest on odpowiedni. Pacjenci stopniowo eliminują ze swojej diety produkty, które ich zdaniem mogą mieć negatywny wpływ na ich zdrowie. Osoby cierpiące na ortoreksję mogą odczuwać poczucie winy i wstręt do siebie, jeśli nie przestrzegają zaleceń dietetycznych. Takie zachowanie może prowadzić do izolacji pacjentów od otoczenia poprzez świadome unikanie kontaktów społecznych [28].

Pregoreksja jest chorobą bardzo podobną do anoreksji, z tą różnicą, że dotyczy kobiety w ciąży. Pacjentki z tym wzorcem zachowań boją się przyrostu masy ciała związanego z ciążą, boją się zmian kształtu i rozmiaru, a także chcą jak najszybciej po urodzeniu dziecka wrócić do formy. Nadmierna koncentracja na wyglądzie utrudnia akceptację swojego zmieniającego się ciała [29]. Cukrzyca, czyli utrata masy ciała na skutek manipulacji insuliną, to choroba, której nazwa pochodzi od połączenia angielskiego słowa cukrzyca i polskiego słowa bulimia nervosa (*bulimia nervosa*). W chorobie tej pomija się lub zmniejsza dawkę insuliny bez konsultacji lekarskiej, aby u osób, u których zdiagnozowano cukrzycę typu I insulinozależną, nastąpiła redukcja lub przyrost masy ciała [30].

Osoby z objawami cukrzycy często odczuwają wstyd i zakłopotanie w związku ze swoją chorobą, mają negatywny obraz własnego ciała i niską samoocenę. Zaburzeniu odżywiania często towarzyszą objawy depresyjne i lękowe [31]. Strabismus to specyficzna postać dysmorfii ciała, zaburzenia charakteryzującego się lękiem wynikającym z przekonania, że własne ciało jest brzydkie. Osoby z tym zespołem stale się ważą, mierzą wielkość swoich mięśni i porównują swój wygląd z innymi kulturystami. Uprawiają intensywne i nadmierne treningi siłowe, często cierpiąc na kontuzje przed treningowe. Często rezygnują z zajęć towarzyskich, rodzinnych i zawodowych, aby realizować harmonogram ćwiczeń. Aby uzyskać nierealistyczny idealny obraz swojej sylwetki, często sięgają po substancje wspomagające rozwój mięśni, co skutkuje utratą wyglądu sylwetki [32]. Zespół nocnego jedzenia (NES) to zaburzenie charakteryzujące się zwiększonym apetytem w nocy. Jedną z głównych cech NES jest to, że zużywa co najmniej 50% swojego dziennego zapotrzebowania na energię po obiedzie i po godzinie 19:00. W ciągu dnia pacjent wykazuje obniżony nastrój. Pacjenci skarżą się na zmęczenie, napięcie psychiczne, stany lękowe, zaburzenia nerwowe i poczucie winy. NES występuje wraz z objawami lękowymi i innymi zaburzeniami

odżywiania, prowadząc do obniżenia psychologicznej jakości życia [33]. Wymienione powyżej zaburzenia odżywiania są poważnym problemem dla osób nimi dotkniętych i mają wiele negatywnych konsekwencji zdrowotnych, psychologicznych i społecznych.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena zachowań prozdrowotnych osób w podeszłym wieku na terenie miasta Białegostoku i okolic.

Cele szczegółowe to:

1. analiza preferowanych nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej, zachowań zdrowotnych oraz umiejscowienie kontroli zdrowia.
2. sprawdzenie, czy czynniki demograficzne, takie jak płeć, wiek, wykształcenie, sytuacja ekonomiczna i sposób zamieszkania wpływają na powyższe

Pytania badawcze

1. Czy seniorzy w samoocenie uważają, że dbają o swoje zdrowie?
2. W jaki sposób badani w podeszłym wieku radzą sobie ze stresem?
3. Jaki rodzaj umiejscowienia kontroli zdrowia prezentują badani?
4. Jaki poziom zachowań prozdrowotnych prezentują osoby w podeszłym wieku?
5. Czy czynniki demograficzne, takie jak płeć, wiek, wykształcenie, sytuacja ekonomiczna, i sposób zamieszkania wpływają na powyższe?

Hipotezy badawcze

1. Seniorzy w samoocenie są przekonani, że dbają o swoje zdrowie.
2. Najczęściej wskazywaną strategią radzenia sobie ze stresem przez seniorów są rozmowy z najbliższymi, modlitwa.
3. Osoby w podeszłym wieku wykazują niski poziom zachowań prozdrowotnych, w tym najwyższy w aspekcie zachowań profilaktycznych, a najniższy w aspekcie pozytywnego nastawienia psychicznego
4. Seniorzy preferują przede wszystkim typ umiejscowienia kontroli zależny od wpływu innych
5. Na preferowane zachowania zdrowotne wpływ ma płeć, wiek, miejsce zamieszkania, sytuacja socjalna

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Na przeprowadzenie badań została uzyskana zgoda Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (Rekomendacja nr: APK.002.397.2023).

Badaniem objęto grupę 110 osób starszych w wieku 60-90 lat mieszkających na terenie miasta Białegostoku oraz okolic (gmina Dobrzyniewo Duże, gmina Choroszcz, gmina Wasilków).

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej (ankieta własnego autorstwa) oraz narzędzi standaryzowanych – IZZ (Standaryzowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych) oraz MHLC (Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia)

Ankieta własna

Ankieta zawierała 9 pytań metryczkowych oraz pytania między innymi o to czym jest zdrowie, zachowania prozdrowotne, zdrowy styl życia, jakie sposoby wypoczynku preferują badani, czy są aktywni fizycznie, jak często i jaką aktywność fizyczną uprawiają czy wolą spędzać czas sami czy z innymi osobami, czy spożywają odpowiednią ilość wapnia (2-3 porcje produktów mlecznych: kefir, maślanka, biały ser), chude mięso oraz ryby raz w tygodniu, czy spożywają alkohol, czy w ciągu dnia wypijają wystarczającą ilość płynów celem nawodnienia organizmu (1,5-2 litry płynów /dziennie), jak oceniają poziom stresu w swoim życiu, czy mają objawy stresu, jak radzą sobie ze stresem, jak oceniają jakość swojego snu, czy dobre wysypianie się w kontekście ogólnej jakości, ile wynosi ich optymalna liczba godzin snu aby wypocząć, jak często odczuwa badany senność/zmęczenie w ciągu dnia, jak oceniają stan swojego zdrowia.

IZZ (Standaryzowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych) wg Juczyńskiego

IZZ jest przeznaczony do badania zdrowych i chorych osób dorosłych. Zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem (nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne, praktyki zdrowotne). Pozwala na ustalenie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych oraz stopnia nasilenia czterech kategorii tych zachowań: prawidłowe żywienie (uwzględniające głównie rodzaj spożywanej żywności), zachowania profilaktyczne (dotyczące przestrzegania zaleceń zdrowotnych i uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby), praktyki zdrowotne (codzienne nawyki dotyczące snu i wypoczynku oraz aktywności fizycznej),

pozytywne nastawienie psychiczne (unikanie silnych emocji, stresów, sytuacji wpływających przygnębiająco). Zgodność wewnętrzna IZZ, ustalona na podstawie *alfa* Cronbacha, wynosi 0,85 dla całego Inwentarza, zaś dla jego czterech podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65. W badaniu test-retest, przeprowadzonym na 30 osobach w odstępie sześciu tygodni, uzyskano wskaźnik korelacji 0,88 [34]

Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstotliwość poszczególnych zachowań ustala się ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego [34].

- *Prawidłowe nawyki żywieniowe* uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności (np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce) – pytania 1,5, 9,13,17,21.
- *Zachowania profilaktyczne* dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby – pytania 2, 6, 10, 14, 18, 22.
- *Praktyki zdrowotne* obejmują codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej – pytania 3, 7, 11, 15, 19, 23
- *Pozytywne nastawienia psychiczne* włączają w zakres zachowań zdrowotnych takie czynniki psychologiczne, jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, czy sytuacji wpływających przygnębiająco – pytania 4, 8, 12, 16, 20, 24

Badany zaznaczał, jak często wykonywał podane czynności związane ze zdrowiem, oceniając każde z wymienionych w inwentarzu zachowań na skali pięciostopniowej: 1- prawie nigdy, 2- rzadko, 3- od czasu do czasu, 4- często, 5- prawie zawsze.

Ze względu na możliwość okresowego preferowania pewnych rodzajów zachowań zdrowotnych przyjęto, że w ocenie należy brać pod uwagę ostatni rok.

Zaznaczone przez badanego wartości liczbowe zliczano celem uzyskania w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik uzyskiwał badany, tym większe było nasilenie deklarowanych przez niego zachowań zdrowotnych [34].

Ogólny wskaźnik, po przekształceniu na jednostki standaryzowane w oparciu o poniższą tabelę podlegał interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach:

- 1 - 4 stena przyjęto traktować, jako wyniki niskie
- 7-10 stena - jako wysokie,
- 5 i 6 stena - jako przeciętne.

Ponadto oddzielnie oblicza się nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych - wskaźnikiem była średnia liczba punktów w każdej kategorii, tzn. suma punktów podzielona przez 6. [34].

MHLC (Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia) Autorzy: *Kenneth A. Wallston, Barbara S. Wallston, Robert DeVellis* Adaptacja: *Zygfryd Jnczyński*

MHLC jest rozwiniętą wersją wcześniejszej, jednowymiarowej skali autorów ze School of Nursing, Vanderbilt University (Wallston i in., 1976; Wallston. Wallston i DeVellis, 1978), która słabo wyjaśniała zachowania zdrowotne i była krytykowana przede wszystkim ze względu na jednowymiarowe ujęcie. Nowa wersja skali nawiązuje do ujęcia Levensona (1974), który przeciwstawił wewnętrzne umiejscowienie kontroli zewnętrznemu, zaś to ostatnie zróżnicował na wpływ innych i wpływ przypadku czy losu [34].

Wskaźniki rzetelności wersji A polskich są zbliżone do wyników amerykańskich, dla których współczynniki zgodności wewnętrznej dla wersji A wynosiły: 0,77 dla skali *wewnętrznego umiejscowienia kontroli*, 0,67 - dla *wpływu innych* oraz 0,75 - dla *wpływu przypadku*. Wyniki skali *wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia* i *wpływu innych* nie korelowały ze sobą, natomiast *wewnętrzne umiejscowienie* korelowało negatywnie z *przypadkiem*, to z kolei pozytywnie z *wpływem innych*.

W wersji polskiej, podobnie jak w oryginalnej, zawiera 18 stwierdzeń i ujmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia, tj. [34]:

- *wewnętrzne (W)* - kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie – pytania 1, 6, 8, 12, 13, 17
- *wpływ innych (I)* - własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego – pytania 3, 5, 7, 10, 14, 18
- *przypadek (P)* - o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne – pytania 2, 4, 9, 11, 15, 16.

Skala znajduje zastosowanie w programach promujących zdrowie oraz w oddziaływaniach profilaktycznych. U podstaw leży założenie, że *wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia* sprzyja zachowaniom prozdrowotnym, a więc podejmowaniu aktywności fizycznej, ograniczaniu palenia tytoniu i picia alkoholu, kontrolowaniu wagi, zapobieganiu zakażeniu HIV, itp. Okazuje się jednak, że zależności są bardziej złożone i że ważne są również inne zmienne, jak poczucie własnej skuteczności czy wartościowanie zdrowia [34].

Badany musi odpowiadać zgodnie z własnymi przekonaniem i wyraża swój stosunek do przedstawionych stwierdzeń na sześciostopniowej skali: od *zdecydowanie nie zgadzam się* (1 punkt) do *zdecydowanie zgadzam się* (6 punktów). Czas badania wynosi około 5 minut. Wyniki oblicza się oddzielnie dla każdej z trzech skal sumując punkty [34].

Wyników skali nie można przedstawiać w postaci pojedynczego wskaźnika. Zakres wyników dla każdej ze skal obejmuje przedział od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia.

W badaniach grupowych autorzy proponują dokonanie klasyfikacji wyników, przyjmując medianę za granicę podziału wyników na wysokie i niskie w każdym z trzech wymiarów. Otrzymuje się wtedy kombinację 8 typów możliwych powiązań:

typ	Poziom kontroli		
	wewnętrznej	wpływ innych	przypadku
typ silny wewnętrzny	wysoki	niski	niski
typ silny zewnętrzny	niski	wysoki	wysoki
typ pomniejszający wpływ innych	wysoki	niski	wysoki
typ powiększający wpływ innych	niski	wysoki	niski
typ pomniejszający wpływ przypadku	wysoki	wysoki	niski
typ powiększający wpływ przypadku	niski	niski	wysoki
typ niezróżnicowany-silny	wysoki	wysoki	wysoki
typ niezróżnicowany-słaby	niski	niski	niski

Dwie ostatnie kategorie wydają się nie odpowiadać założeniom teoretycznym dotyczącym konstruktowi poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia [34].

Przedstawiona typologia oparta jest na wynikach badań empirycznych zmiennej wielowymiarowej. Około $\frac{1}{3}$ badanych uzyskuje wyniki kwalifikujące ich do dwóch ostatnich typów. Podobnie, jak *wpływ innych* może współwystępować z *wpływem przypadku*, tak również zdarzają się wyniki wysokie lub niskie we wszystkich trzech wymiarach.

Do wyników przeciętnych w każdym z trzech wymiarów można zaliczyć wartości mieszczące się w obszarze $\pm 0,5 SD$ od średniej, co w rozkładzie normalnym obejmuje

$\frac{1}{3}$ wszystkich badanych. Pozostałe wyniki należą do niskich (poniżej $M - 0,5 SD$) lub wysokich (powyżej $M + 0,5 SD$) [34].

Na ogół uważa się, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli jest korzystniejsze, gdyż osoby przejawiające dominację wewnętrznej kontroli są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywność prozdrowotną i mają poczucie większej odpowiedzialności za swoje zdrowie. Wewnętrzne poczucie kontroli jest często związane z dążeniem do poprawy i utrzymania zdrowia, dlatego też wynik tej skali, koreluje z podejmowaniem profilaktycznych zachowań. Dotyczy to jednak bardziej ogólnej postawy niż przewidywania konkretnego zachowania, dla którego bardziej sprzyjające może być niejednoznaczne umiejscowienie kontroli. Łatwiej, dla przykładu, zrealizować zalecaną przez lekarza zmianę swojego zachowania (diety, rzucenie palenia), gdy jednocześnie przejawiane jest silne przekonanie dotyczące wpływu innych (lekarza zalecającego dietę), jak i umiejscowienie wewnętrzne, mobilizujące do efektywnego działania [34].

Wyniki ankiet posłużyły do utworzenia bazy, którą poddano analizie statystycznej i opisowej. Wyniki badań ankietowych poddano analizę częstości (n, %). W przypadku danych ilościowych obliczono podstawowe statystyki, takie jak średnia, mediana i odchylenie standardowe.

W celu porównania dwóch prób niezależnych stosowano test Manna-Whitneya z uwagi na niespełnienie założeń o normalności rozkładu. Normalność rozkładu badano przy pomocy testu Shapiro-Wilka. W celu porównania wartości zmiennych ilościowych między więcej niż dwoma grupami niezależnymi zastosowano test ANOVA (nieparametryczny test Kruskala-Wallisa). W przypadku wystąpienia różnic stosowano test POST-HOC w celu wykazania charakteru zmienności. Analizę związku między zmiennymi ilościowymi przeprowadzono z wykorzystaniem analizy korelacji Spearmana.

W toku analizy przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$. Analizy przeprowadzono w programie Statistica 13.3

CHARAKTERYSTYKA BADANYCH

W badaniu udział wzięło 110 osób w wieku od 58 do 94 lat. Średnia wieku w grupie wyniosła 73,35 lat ($M=73,35$; $SD=8,61$) (tab. 1).

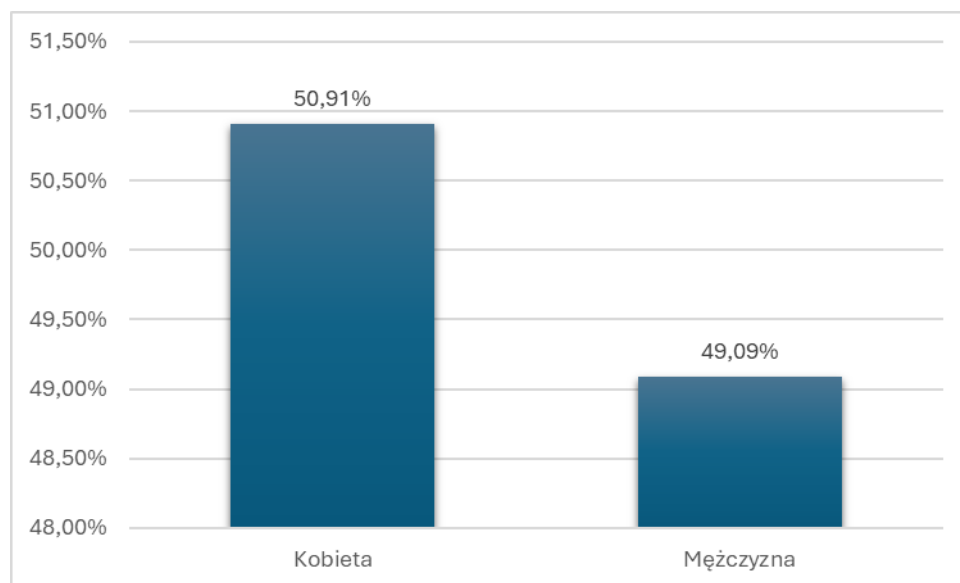
Tabela 1. Wiek w grupie badanej.

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Wiek (lata)	73,35	72,00	58,00	94,00	8,61

M – średnia; *Me* – mediana; *Min* – wartość minimalna; *Max* – wartość maksymalna; *SD* – odchylenie standardowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

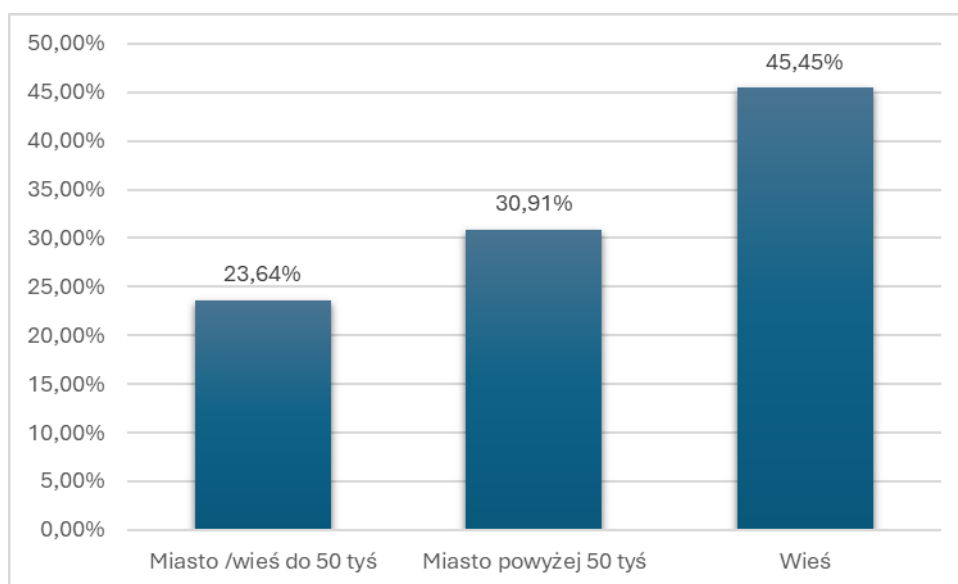
W badanej grupie kobiety stanowiły 50,91% (56 osób), a pozostałe 49,09% (54 osoby) stanowili mężczyźni (ryc. 1).



Rycina 1. Płeć osób badanych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

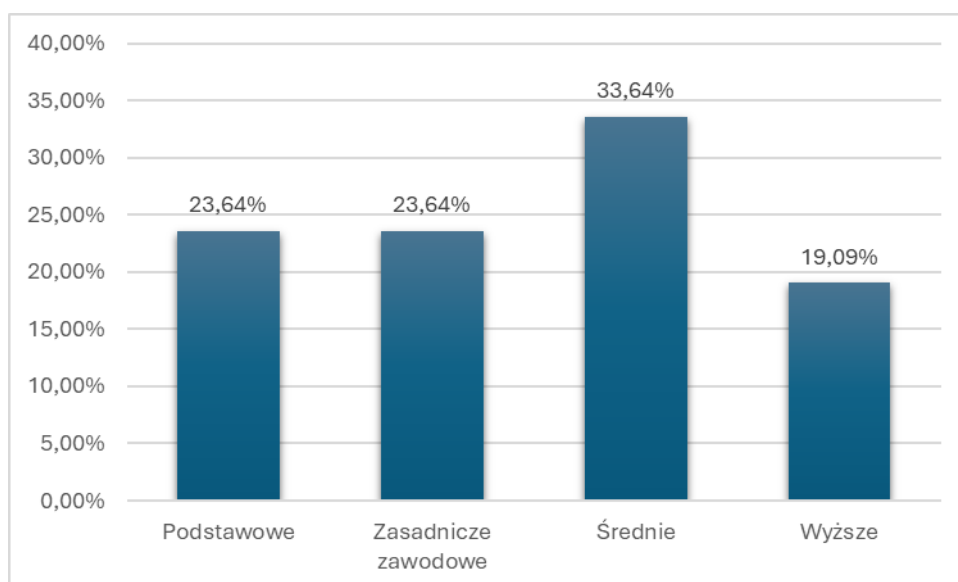
W badanej grupie osoby mieszkające w miastach lub wsiach do 50. tys. mieszkańców stanowiły 23,64% (26 osób). Osoby z miast powyżej 50. tys. mieszkańców stanowiły 30,91% (34 osoby). Najwięcej osób zamieszkiwało na wsi, co stanowiło 45,45% (50. osób) całej badanej grupy (ryc. 2).



Rycina 2. Miejsce zamieszkania osób badanych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Najwięcej osób miało wykształcenie średnie (33,64% - 37 osób) badanej grupy. Najmniej osób miało wykształcenie wyższe, co stanowiło 19,09% (21 osób). Wykształcenie podstawowe i zasadnicze zawodowe miało po 23,64% (26 osób) respondentów (ryc. 3).

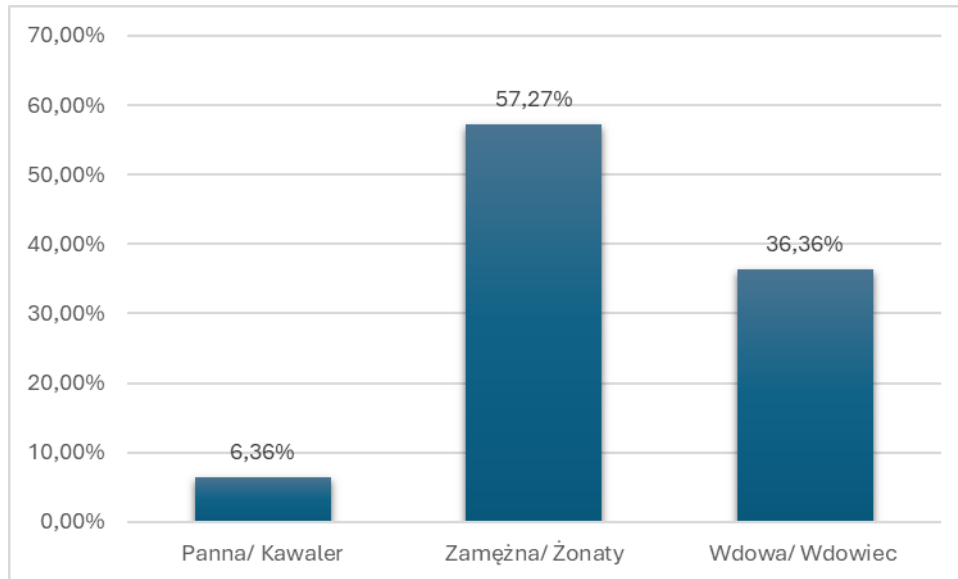


Rycina 3. Wykształcenie osób badanych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Wśród badanych dominującą grupą były osoby w związku małżeńskim, co stanowiło 57,27% (63 osoby) badanej grupy. Najmniej osób było stanu wolnego (panna/kawaler), co

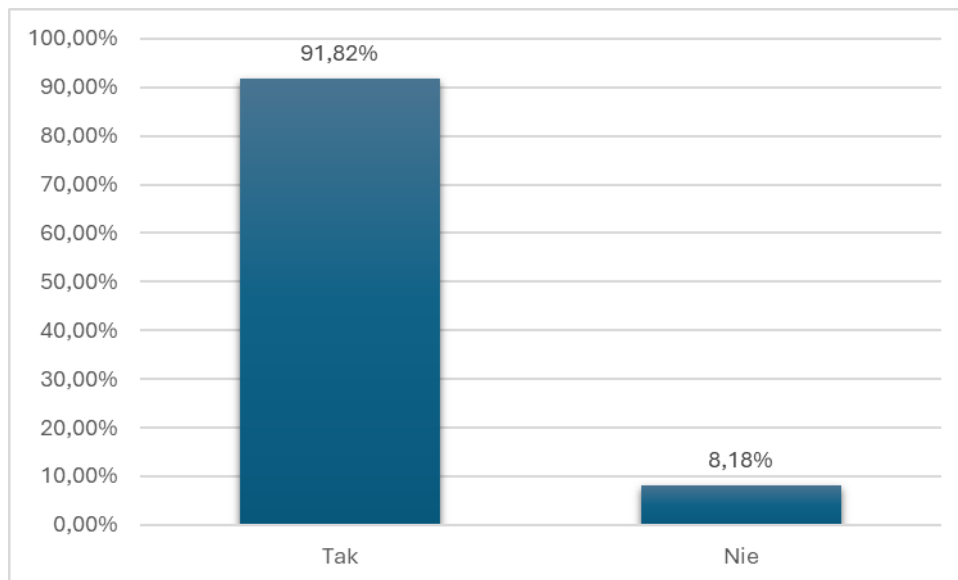
stanowiło 6,36% (7 osób), a osoby będące wdowami lub wdowcami to 36,36% (40 osób) respondentów (ryc. 4).



Rycina 4. Stan Cywilny osób badanych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

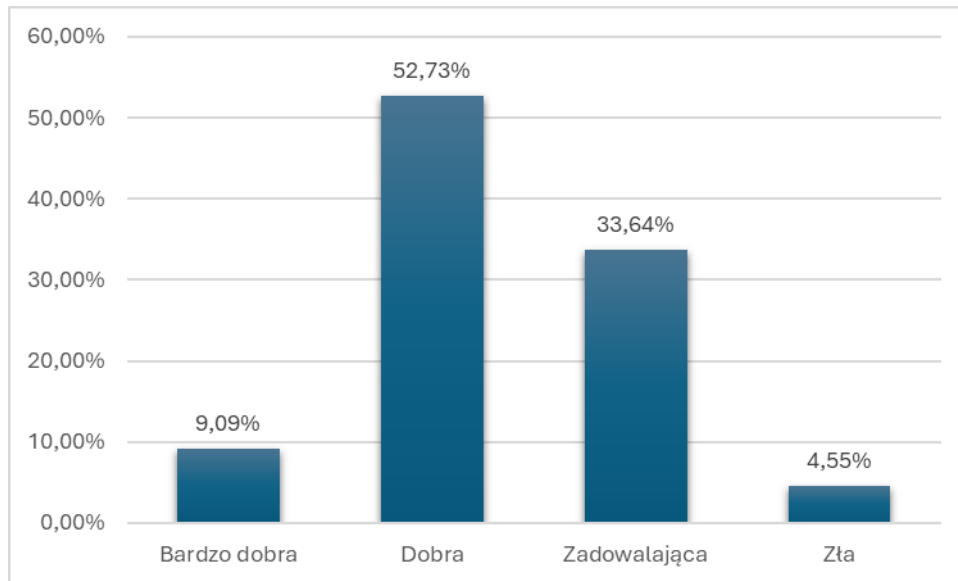
Zdecydowana większość badanych wskazała, że posiada dzieci (91,82%; 101 osób), a nie posiadało ich tylko 8,18% (9 osób) badanych nie posiada dzieci (ryc. 5).



Rycina 5. Posiadanie dzieci osób badanych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

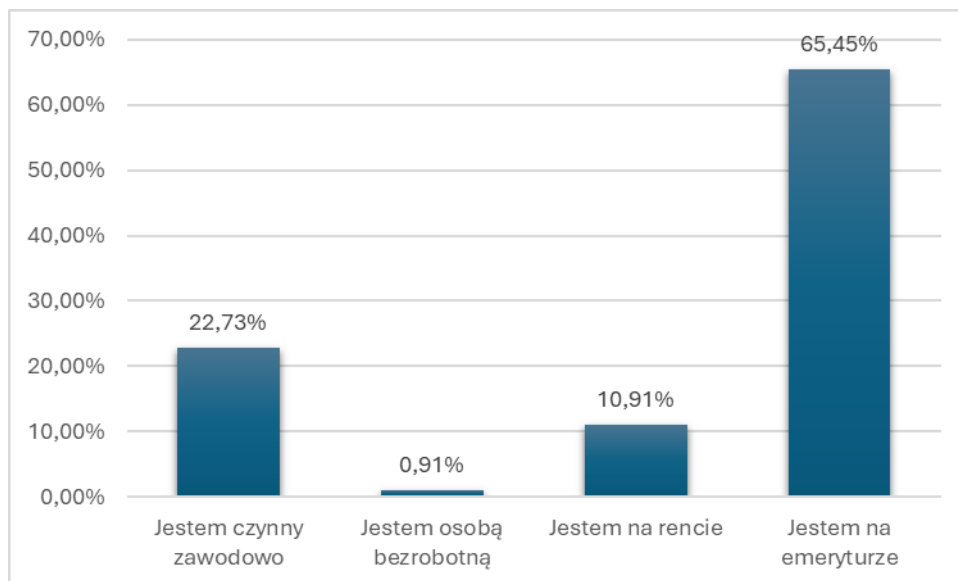
Najwięcej badanych oceniło swoją sytuację bytowo-ekonomiczną jako dobrą, co stanowiło 52,73% (58 osób) badanej grupy. Najmniej osób oceniło swoją sytuację jako złą - 4,55% (5 osób) - ryc. 6.



Rycina 6. Sytuacja bytowo- ekonomiczna osób badanych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

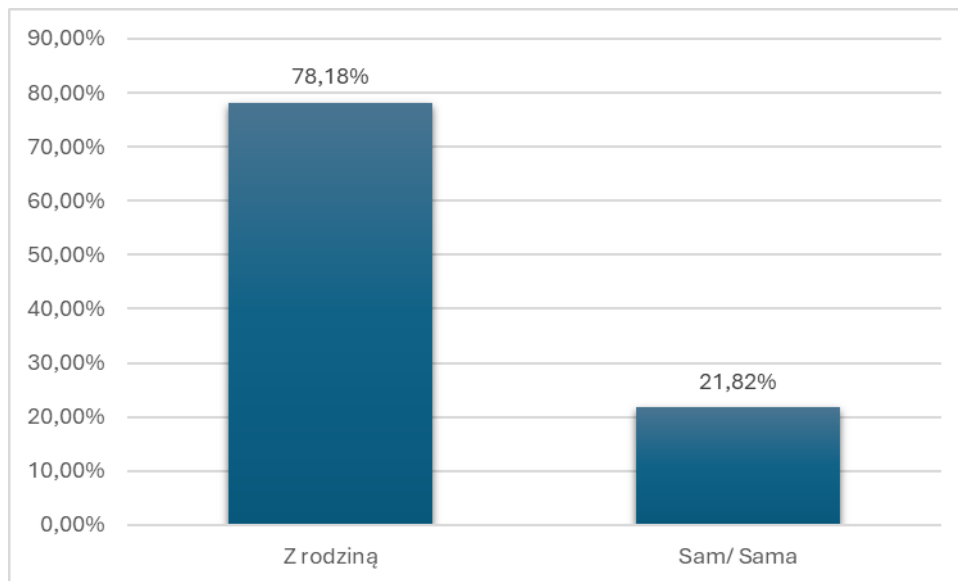
Ocenie poddano status zawodowy respondentów. Wśród osób badanych emerytami było 65,45% (72 osoby) badanej grupy. Najmniej osób zaliczało się do grupy bezrobotnych, co stanowiło 0,91% (1 osoba) - ryc. 7.



Rycina 7. Status zawodowy osób badanych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Większość badanych mieszka z rodziną, co stanowiło 78,18% (86 osób) badanej grupy. Pozostałe osoby wskazały na samotne zamieszkanie (21,82%; 24 osoby) - ryc. 8.



Rycina 8. Sposób zamieszkania osób badanych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

WYNIKI

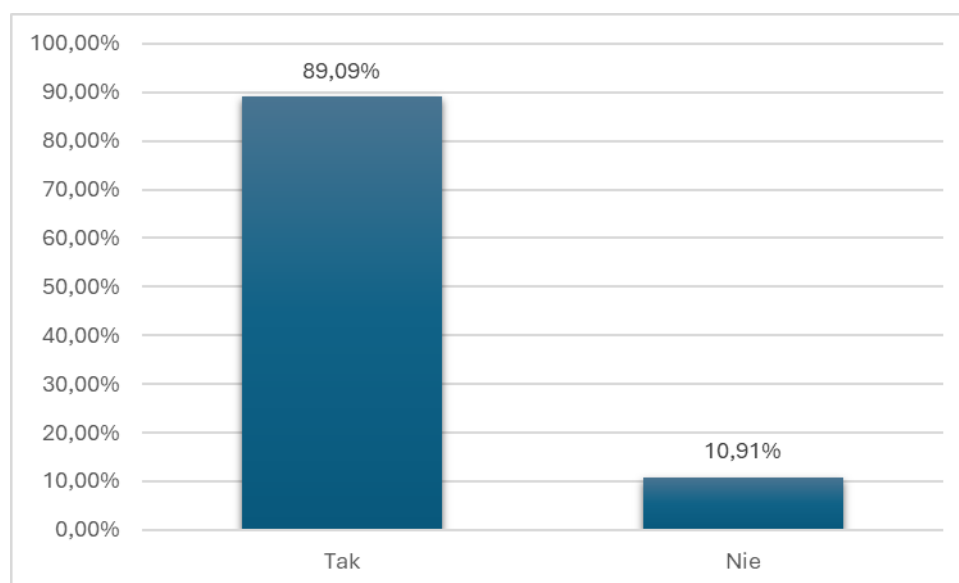
W niniejszym rozdziale przedstawiono wyniki badań dotyczących zachowań prozdrowotnych osób w podeszłym wieku zamieszkałych na terenie miasta Białegostoku i okolic.

Przeanalizowano dane dotyczące wykształcenia, stanu cywilnego, sytuacji bytowo-ekonomicznej, statusu zawodowego oraz sytuacji mieszkaniowej respondentów.

W szczególności zostanie omówione, w jaki sposób te zmienne wpływają na prozdrowotne zachowania osób starszych, co pozwoli na lepsze zrozumienie czynników kształtujących zdrowie tej grupy społecznej.

Wyniki badania mają na celu dostarczenie cennych informacji, które mogą być wykorzystane do poprawy jakości życia i zdrowia osób w podeszłym wieku.

Większość badanych zadeklarowała, że dbała o swoje zdrowie, co stanowiło 89,09% (98 osób) badanej grupy. Mniejsza część badanych zadeklarowała, że nie dba o swoje zdrowie, co stanowiło 10,91% (12 osób). Wyniki obrazuje Rycina 9.

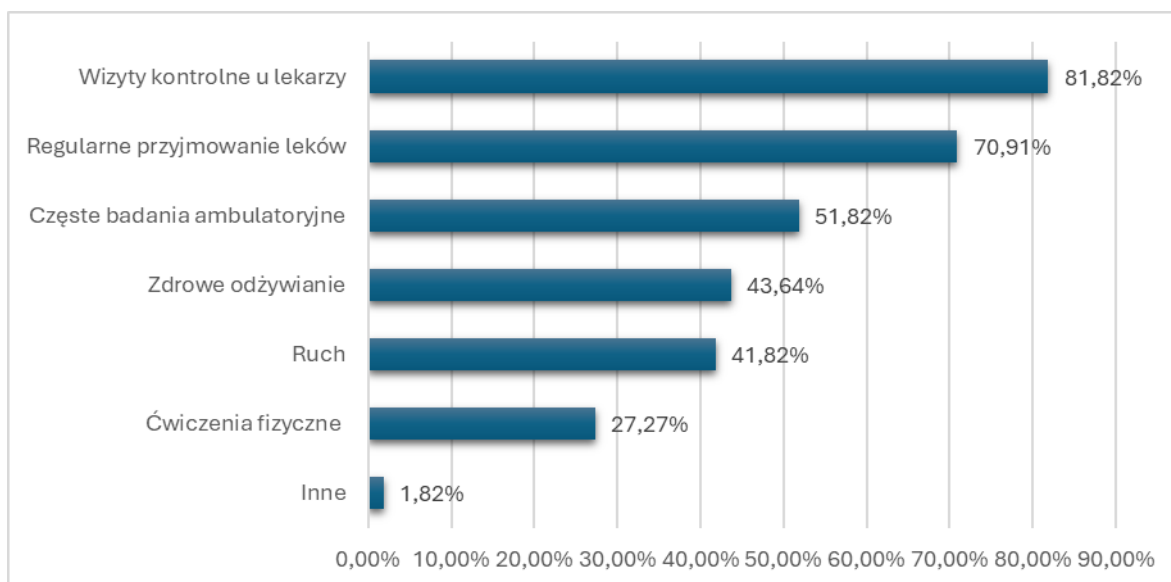


Rycina 9. Samoocena dbania o zdrowie osób badanych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W badaniu dotyczącym znaczenia zachowań prozdrowotnych, uczestnicy mogli zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi. Najczęściej wskazywanym zachowaniem prozdrowotnym były wizyty kontrolne u lekarzy, które zaznaczyło 81,82% respondentów (90 osób). Regularne przyjmowanie leków zostało wskazane przez 70,91% badanych (78 osób), a częste badania ambulatoryjne przez 51,82% uczestników (57 osób). Zdrowe odżywianie

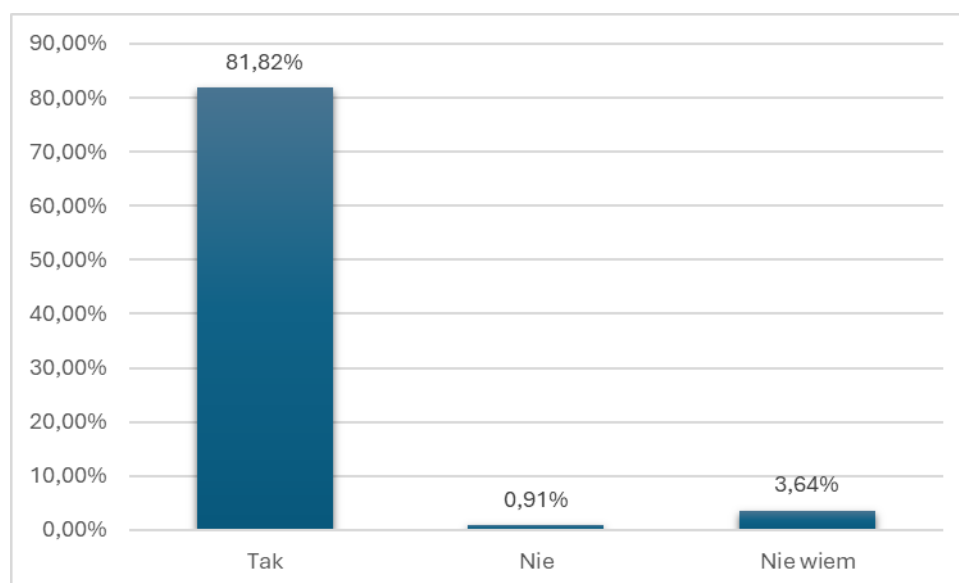
i ruch uzyskały odpowiednio 43,64% (48 osób) i 41,82% (46 osób) wskazań. Ćwiczenia fizyczne zostały uznane za ważne zachowanie prozdrowotne przez 27,27% respondentów (30 osób), a jedynie 1,82% badanych (2 osoby) wskazało inne zachowania prozdrowotne, które nie zostały ujęte w pozostałych kategoriach (ryc. 10).



Rycina 10. Ocena pojęcia zachowań prozdrowotnych o zdrowie osób badanych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych. Pytanie wielokrotnego wyboru. Odpowiedzi nie sumują się do 100%.

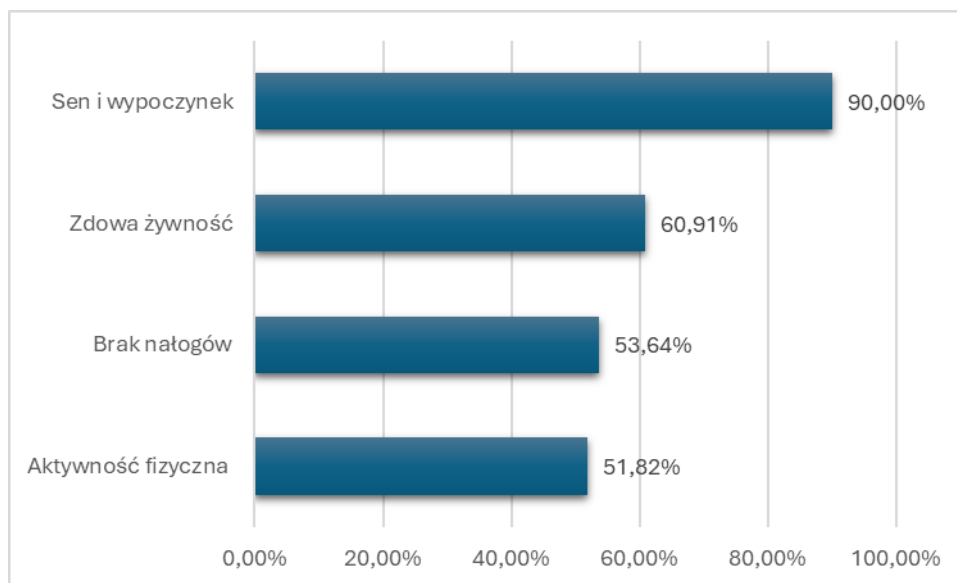
Osoby wskazujące, że zachowania prozdrowotne opóźniają procesy starzenia, stanowiły 81,82% (90 osób) badanej grupy. Tylko 0,91% (1 osoba) badanych nie zgadzało się z tym stwierdzeniem, a 3,64% (18 osób) nie miało zdania. Wyniki obrazuje Ryc. 11.



Rycina 11. Samoocena dbania o zdrowie osób badanych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W badaniu dotyczącym tego, czym jest zdrowy styl życia, uczestnicy mogli zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi. Najczęściej wskazywaną odpowiedzią był sen i wypoczynek, które zaznaczyło 90,00% respondentów (99 osób). Zdrowa żywność została wskazana przez 60,91% badanych (67 osób), a brak nałogów przez 53,64% uczestników (59 osób). Aktywność fizyczna była uznawana za ważny element zdrowego stylu życia przez 51,82% respondentów (57 osób). Wyniki obrazuje Rycina 12.



Rycina 12. Ocena pojęcia zdrowy styl życia.

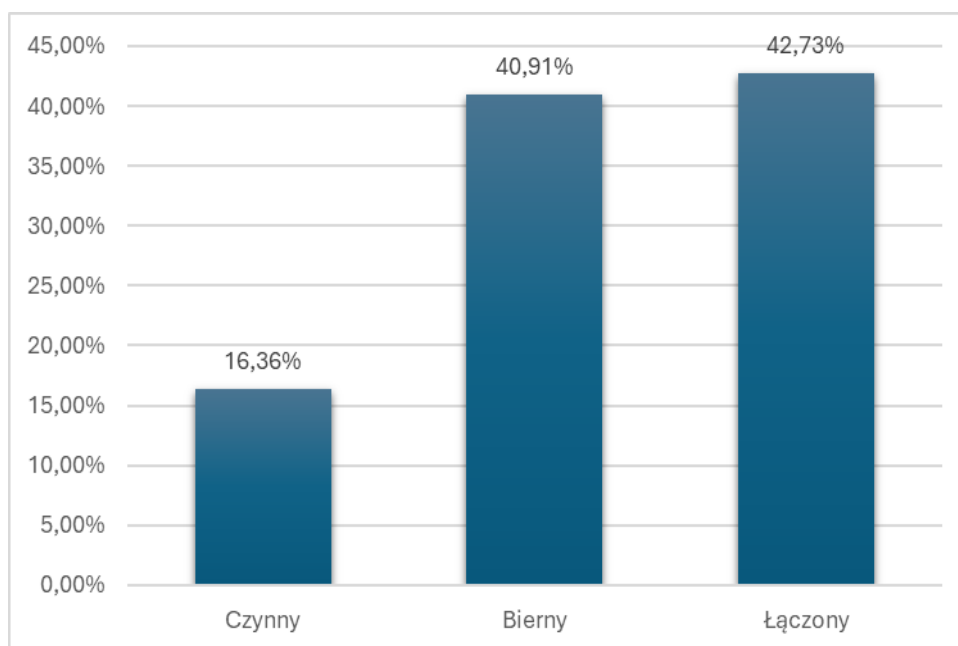
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych. Pytanie wielokrotnego wyboru. Odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Osoby najczęściej wypoczywające stanowiły 42,73% (47 osób) badanej grupy. Osoby preferujące bierny sposób wypoczynku stanowiły 40,91% (45 osób). Natomiast osoby preferujące czynny sposób wypoczynku stanowiły 16,36% (18 osób) Wyniki obrazuje Rycina 13.

Osoby deklarujące, że są zdecydowanie aktywne fizycznie, stanowiły 9,09% (10 osób) badanej grupy. Osoby raczej aktywne fizycznie stanowiły 34,55% (38 osób). Respondenci, którzy nie potrafili ocenić swojej aktywności fizycznej, stanowili 37,27% (41 osób). Osoby, które zadeklarowały, że raczej nie są aktywne fizycznie, stanowiły 12,73% (14 osób), a osoby zdecydowanie nieaktywne fizycznie stanowiły 6,36% (7 osób) Wyniki obrazuje Rycina 14.

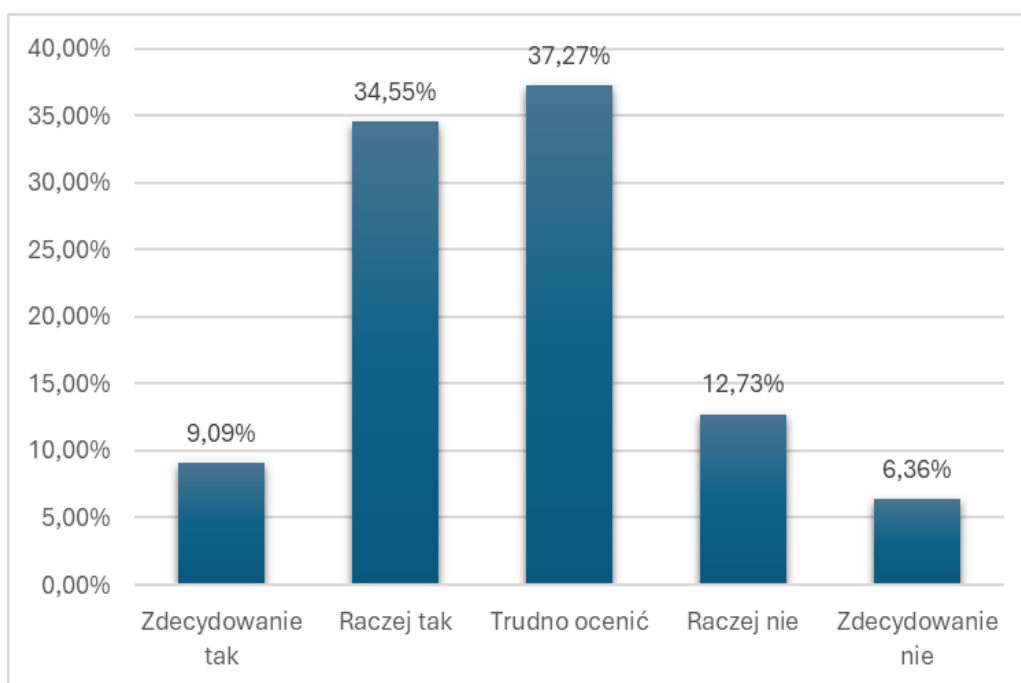
Osoby, które zadeklarowały, że w związku z wiekiem są zdecydowanie mniej aktywne fizycznie, stanowiły 17,27% (19 osób) badanej grupy, a te które raczej zgadzały się z tym stwierdzeniem - 64,55% (71 osób). Respondenci, którzy nie potrafili ocenić wpływu wieku na swoją aktywność fizyczną, stanowili 4,55% (5 osób), te które raczej nie zgadzały się z tym

stwierdzeniem - 8,18% (9 osób), a zdecydowanie nie zgadzające się, że są mniej aktywne fizycznie z powodu wieku - 5,45% (6 osób). Wyniki obrazuje Rycina 15.



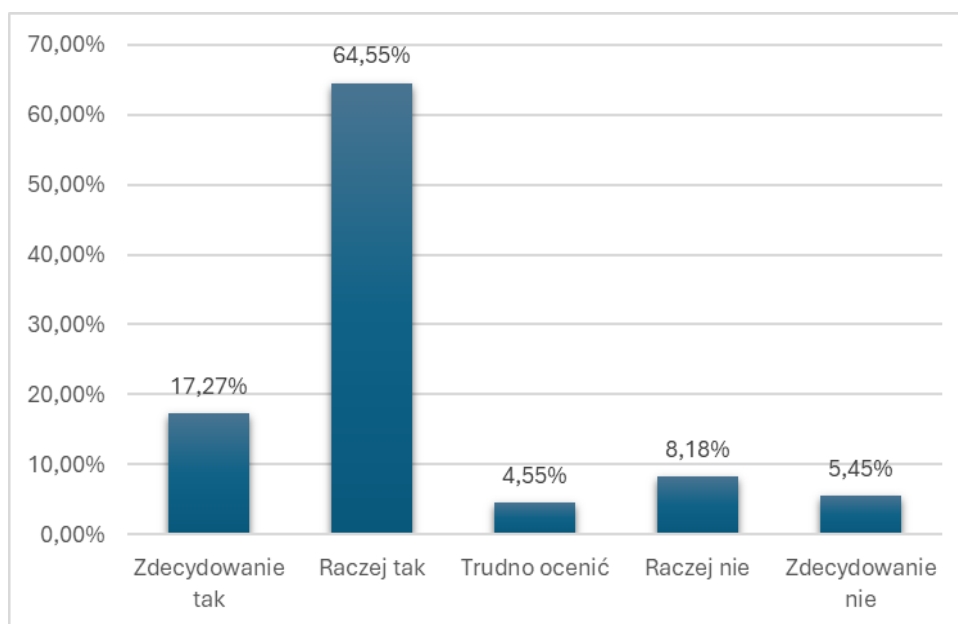
Rycina 13. Preferencje dotyczące sposobu wypoczynku osób badanych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.



Rycina 14. Utrzymywanie aktywności fizycznej osób badanych.

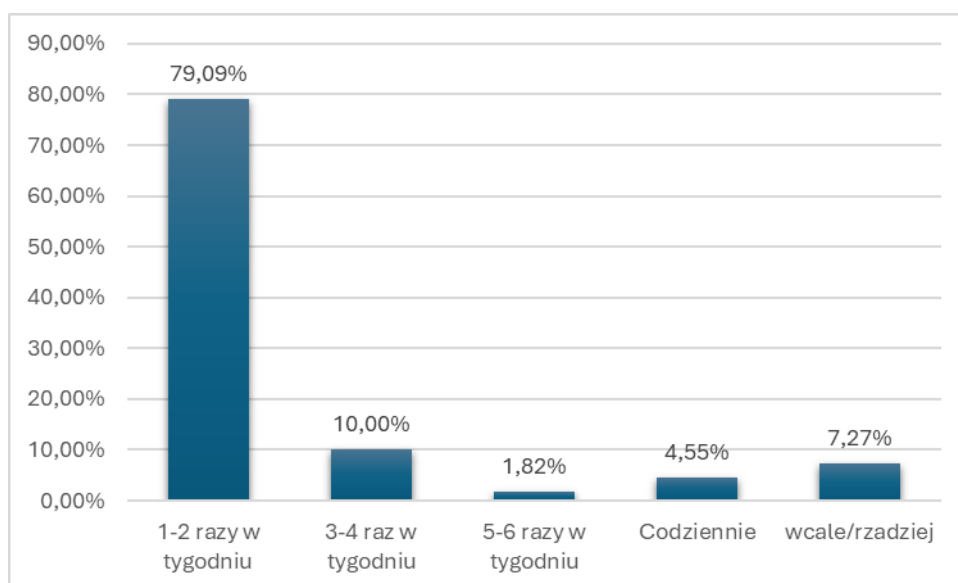
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.



Rycina 15. Ocena obniżenia poziomu aktywności fizycznej wraz z wiekiem.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

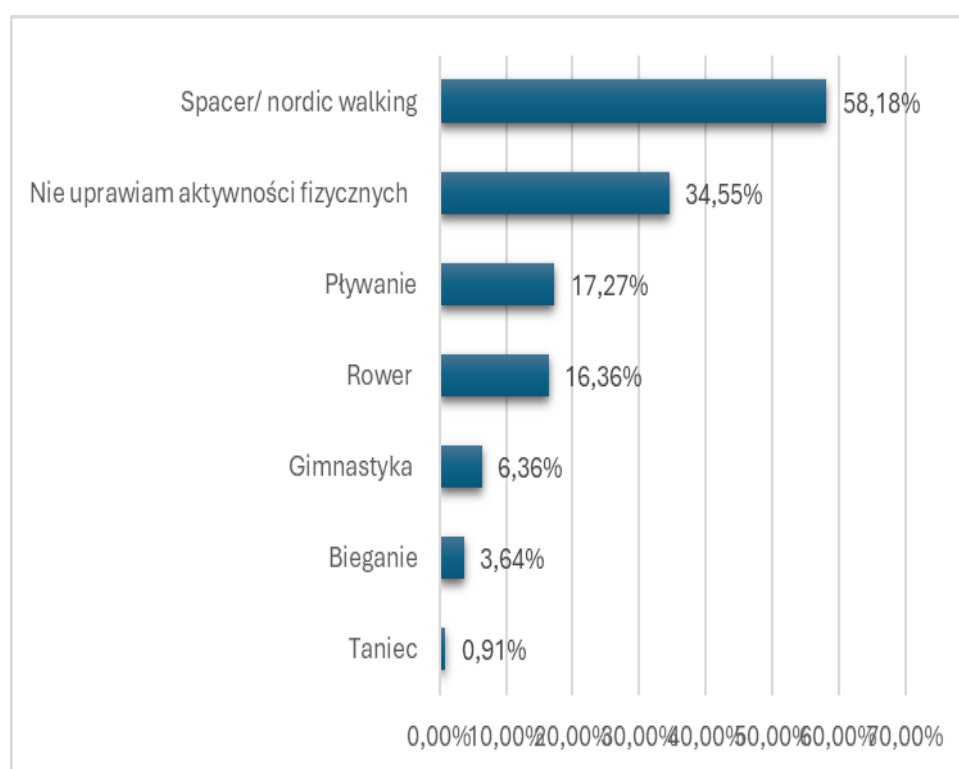
Większość badanych zadeklarowała, że uprawia aktywność fizyczną 1-2 razy w tygodniu, co stanowiło 79,09% (87 osób) badanej grupy. Osoby, które uprawiały aktywność fizyczną 3-4 razy w tygodniu, stanowiły 10,00% (11 osób), a aktywni fizycznie 5-6 razy w tygodniu - 1,82% (2 osoby). Z kolei ci, którzy byli aktywni codziennie, stanowili 4,55% (5 osób). Osoby, które wcale lub bardzo rzadko uprawiali aktywność fizyczną, stanowiły 7,27% (5 osób) Wyniki obrazuje Rycina 16.



Rycina 16. Częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

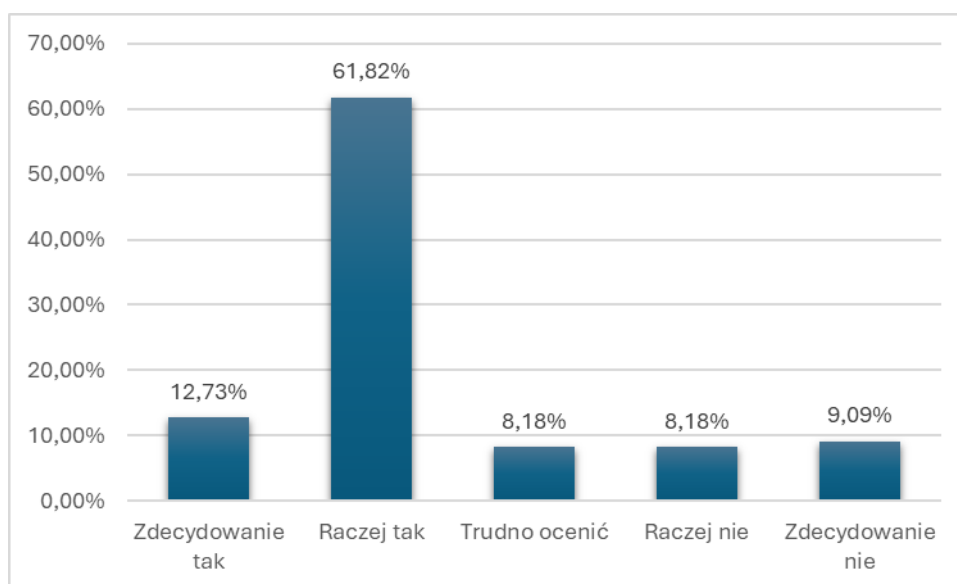
Najczęściej wskazywaną aktywnością fizyczną był spacer, który wybrało 58,18% respondentów (64 osoby). Pływanie wskazało 17,27% badanych (19 osób), a jazdę na rowerze 16,36% uczestników (18 osób). Gimnastykę uprawiało 6,36% respondentów (7 osób), a bieganie 3,64% (4 osoby). Taniec wskazało 0,91% badanych (1 osoba). Warto również zauważyć, że 34,55% uczestników (38 osób) zadeklarowało, że nie uprawia żadnych aktywności fizycznych. Wyniki te pokazują, że spacer jest najpopularniejszą formą aktywności fizycznej w badanej grupie, natomiast znaczna część respondentów nie uprawiała żadnych form aktywności fizycznej (ryc. 17).



Rycina 17. Rodzaj podejmowanej aktywności fizycznej.

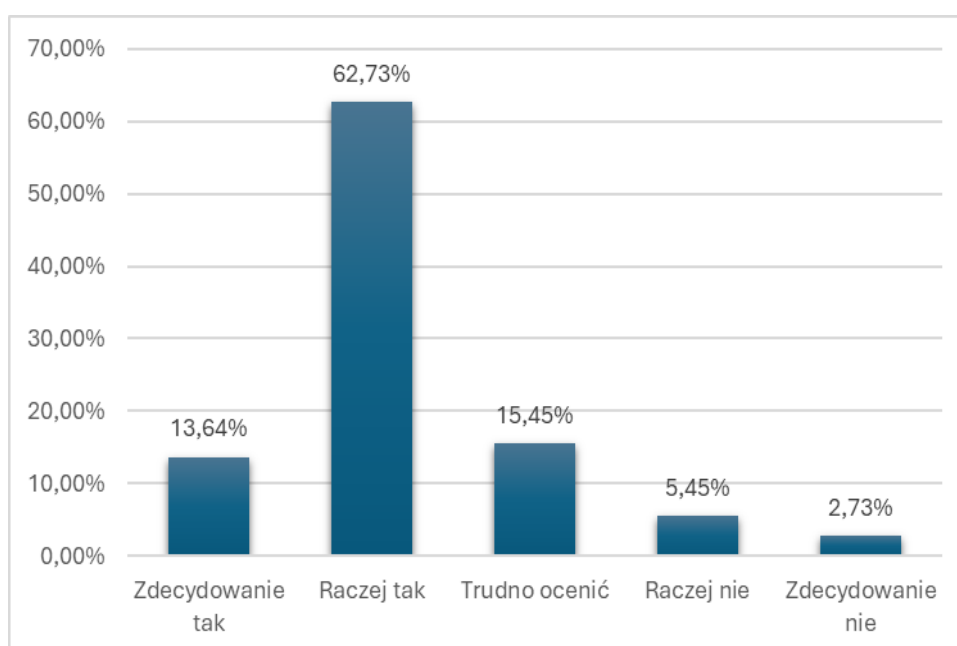
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych. Pytanie wielokrotnego wyboru. Odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Zaobserwowano, że osoby badane najczęściej deklarowały, że raczej wolą spędzać aktywnie czas wspólnie z innymi osobami, co stanowiło 61,82% (68 osób) badanej grupy. Osoby, które zdecydowanie wolały spędzać aktywnie czas z innymi, stanowiły 12,73% (14 osób). Badani, którzy nie potrafili ocenić swojej preferencji, stanowili 8,18% (9 osób). Osoby, które raczej nie wolały spędzać aktywnie czasu z innymi, stanowiły 8,18% (9 osób), a osoby zdecydowanie nie preferujące tego sposobu spędzania czasu - 9,09% (10 osób). Wyniki obrazuje Rycina 18.



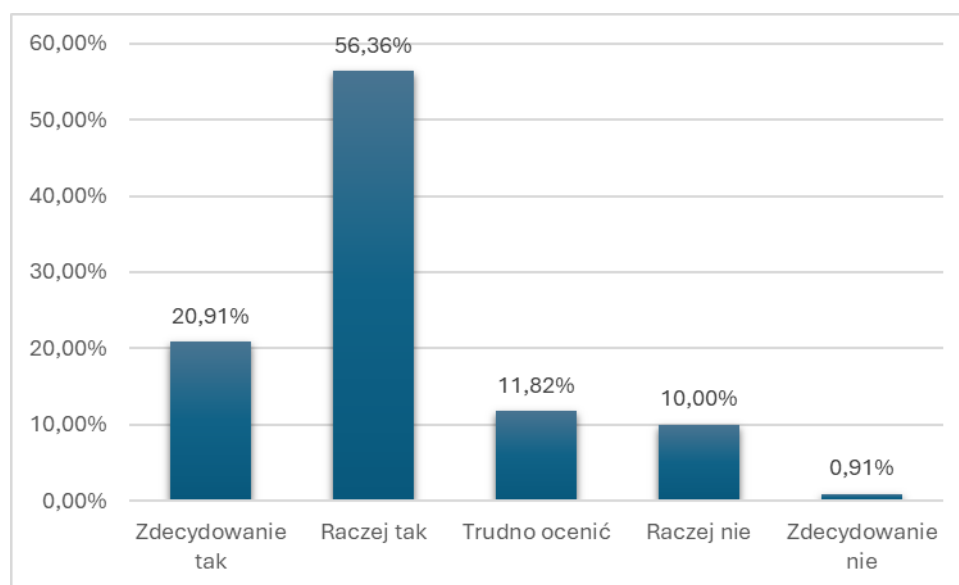
Rycina 18. Preferencje dotyczące aktywnego spędzania czasu z innymi osobami.
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Większa część osób badanych zadeklarowała, że raczej spożywa odpowiednią ilość wapnia, co stanowiło 62,73% (69 osób) badanej grupy. Osoby, które zdecydowanie spożywali odpowiednią ilość wapnia stanowiły 13,64% (15 osób). Respondenci, którzy nie potrafili ocenić swojego spożycia wapnia- to 15,45% (17 osób), osoby, które raczej nie spożywały odpowiedniej ilości wapnia - to 5,45% (6 osób), a osoby zdecydowanie nie spożywające odpowiedniej ilości wapnia - to 2,73% (3 osoby). Wyniki obrazuje Rycina 19.



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.
Rycina 19. Spożycie odpowiedniej ilości wapnia.

Ponad połowa badanych zadeklarowała, że raczej spożywa chude mięso oraz ryby raz w tygodniu (56,36%; 62 osoby). Osoby, które zdecydowanie spożywają chude mięso oraz ryby raz w tygodniu, stanowiły 20,91% (23 osoby). Respondenci, którzy nie potrafili ocenić swojego spożycia chudego mięsa oraz ryb, stanowili 11,82% (13 osób). Osoby, które raczej nie spożywały chudego mięsa oraz ryb raz w tygodniu, stanowiły 10,00% (11 osób), a osoby zdecydowanie nie spożywające chudego mięsa oraz ryb raz w tygodniu- 0,91% (1 osoba). Wyniki obrazuje Rycina 20.

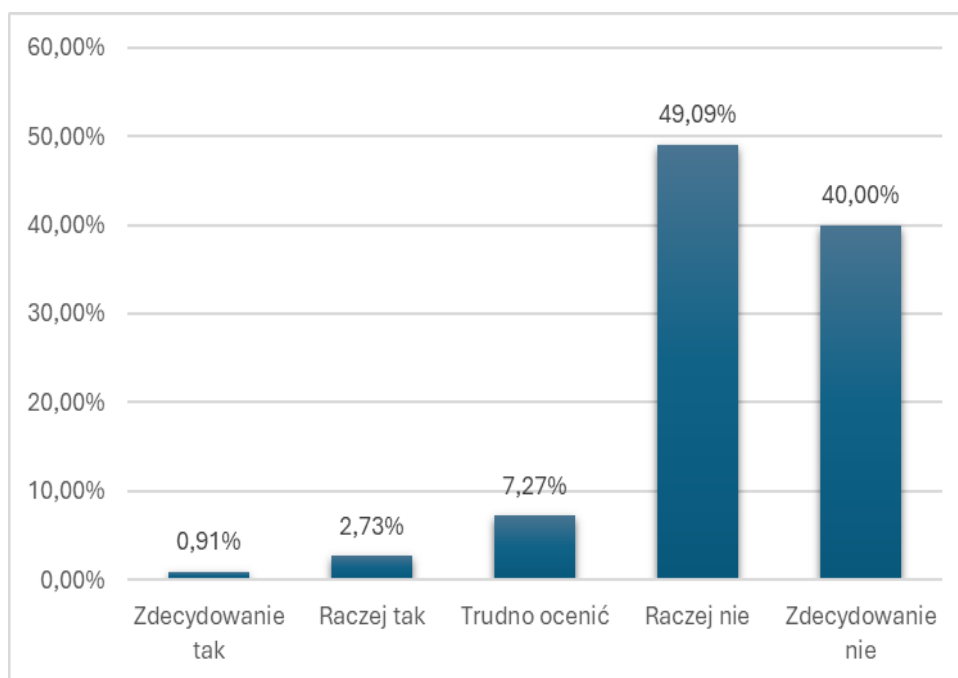


Rycina 20. Spożycie chudego mięsa oraz ryb raz w tygodniu.

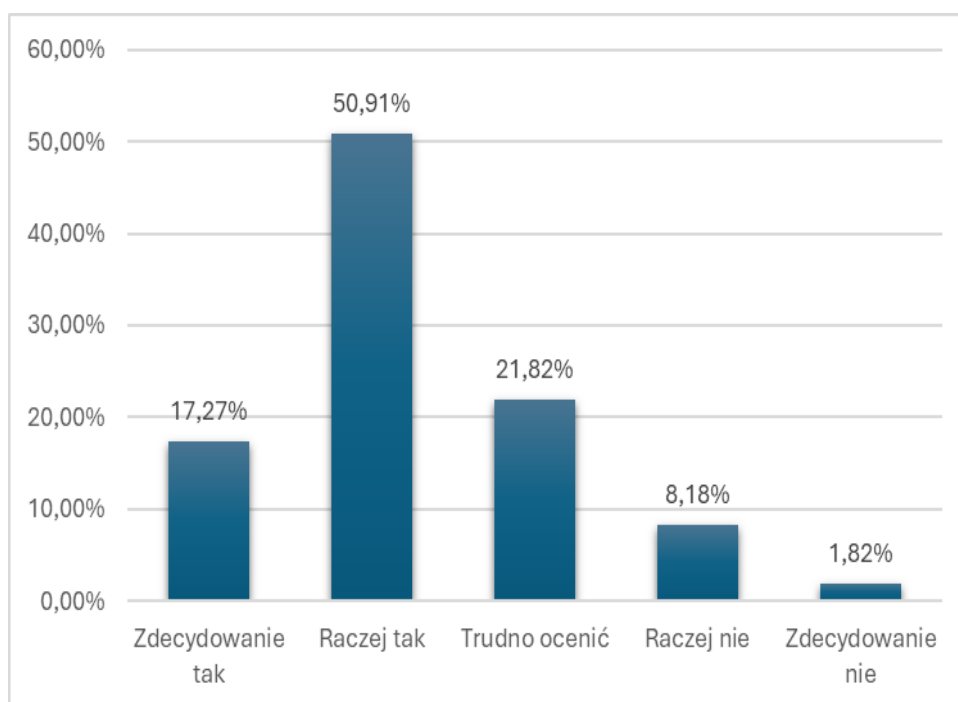
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zaobserwowano iż część badanych zadeklarowała, że raczej nie spożywała nadmiernych ilości alkoholu, co stanowiło 49,09% (54 osoby) badanej grupy. Osoby, które zdecydowanie nie spożywały nadmiernych ilości alkoholu stanowiły 40,00% (44 osoby). Respondenci, którzy nie potrafili ocenić swojego spożycia alkoholu - to 7,27% (8 osób), osoby, które raczej spożywały nadmierne ilości alkoholu - to 2,73% (3 osoby), a osoby zdecydowanie spożywające nadmierne ilości alkoholu stanowiły- to 0,91% (1 osoba). Wyniki obrazuje Rycina 21.

Wykazano, że 50,91% (56 osób) wypijało wystarczającą ilość płynów celem nawodnienia organizmu (1,5 - 2 litry płynów dziennie). Osoby, które zdecydowanie spożywały wystarczającą ilość płynów, stanowiły 17,27% (19 osób). Nie potrafiło ocenić swojego spożycia płynów 21,82% (24 osoby) badanych. Osób, które raczej nie spożywały wystarczającej ilości płynów było 8,18% (9 osób), a osoby zdecydowanie nie spożywających wystarczającej ilości płynów - 1,82% (2 osoby). Wyniki obrazuje Rycina 22.

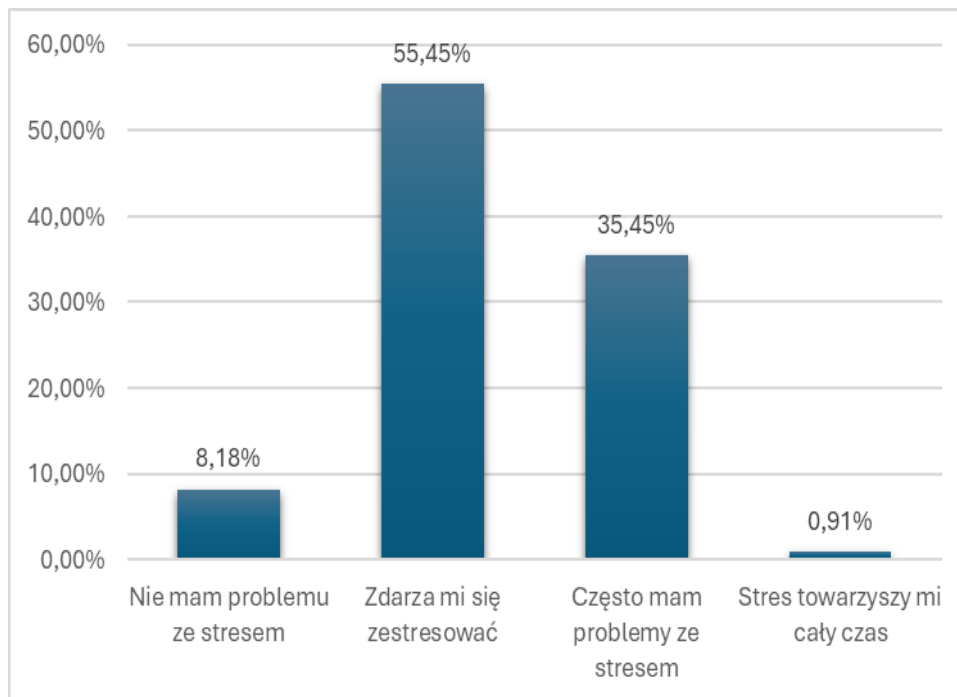


Rycina 21. Spożywanie nadmiernych ilości alkoholu.
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.



Rycina 22. Wypijanie wystarczającej ilości płynów celem nawodnienia organizmu.
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Większość badanych (55,45% - 61 osób z badanej grupy), zadeklarowała, że zdarza im się zestresować. Osoby, które często miały problemy ze stresem, stanowiły 35,45% (39 osób), a którzy nie mieli problemu - to 8,18% (9 osób). Z kolei osoby, które deklarowały, że stres towarzyszy im cały czas, stanowiły 0,91% (1 osoba). Wyniki obrazuje Ryc. 23.

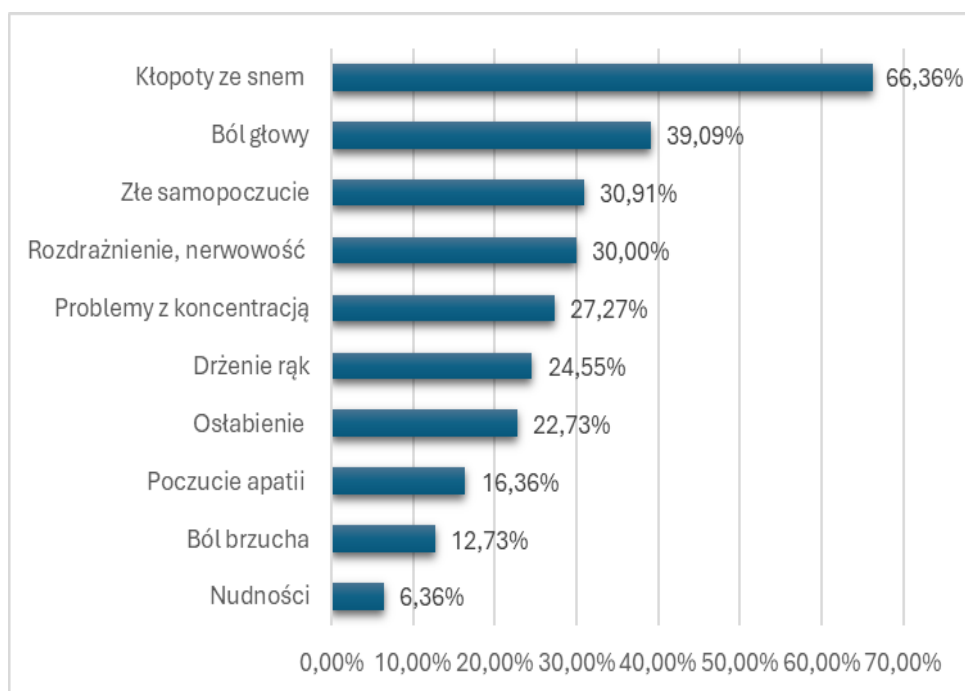


Rycina 23. Ocena poziomu stresu w swoim życiu.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

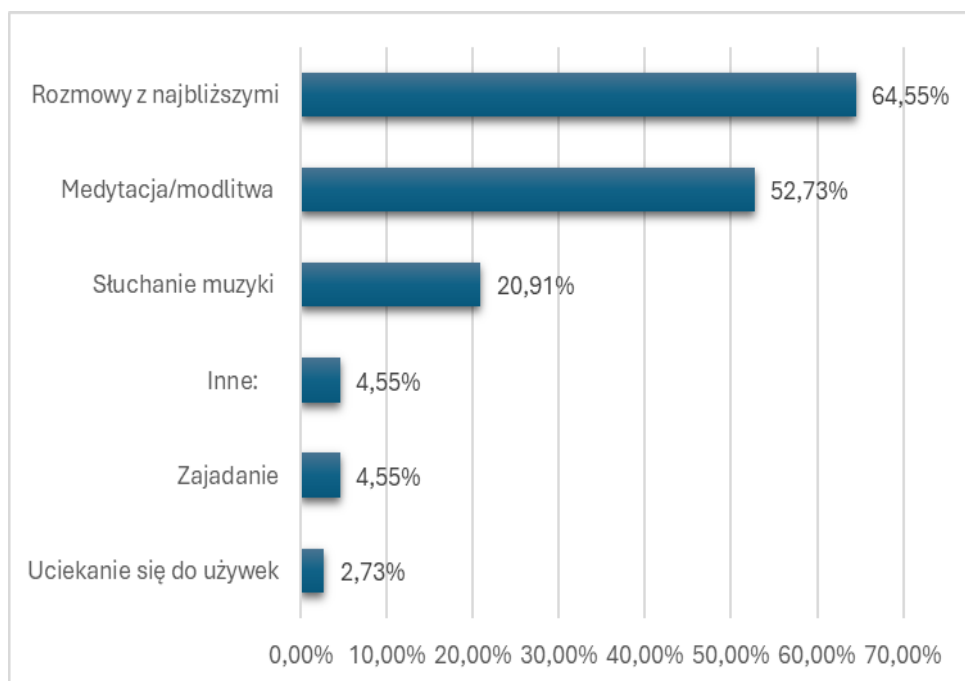
Najczęściej wskazywanym przez badanych objawem stresu były kłopoty ze snem, które zgłosiło 66,36% respondentów (73 osoby). Ból głowy podało 39,09% badanych (43 osoby), złe samopoczucie - 30,91% (34 osoby), a rozdrażnienie i nerwowość - 30,00% respondentów (33 osoby). Problemy z koncentracją zgłosiło 27,27% uczestników (30 osób), drżenie rąk - 24,55% (27 osób), osłabienie - 22,73% (25 osób), a poczucie apatii - 16,36% (18 osób). Ból brzucha był zgłaszany przez 12,73% badanych (14 osób), a nudności przez 6,36% respondentów (7 osób). Wyniki te wskazują, że kłopoty ze snem, ból głowy, złe samopoczucie oraz rozdrażnienie i nerwowość są najczęściej występującymi objawami stresu w badanej grupie (ryc. 24).

Najczęściej wskazywaną strategią radzenia sobie ze stresem były rozmowy z najbliższymi, które wybrało 64,55% respondentów (71 osób). Medytację lub modlitwę wskazało 52,73% badanych (58 osób), a słuchanie muzyki - 20,91% uczestników (23 osoby). Zajadanie się było strategią radzenia sobie ze stresem w przypadku 4,55% respondentów (5 osób). Uciekanie się do używek zostało wskazane przez 2,73% badanych (3 osoby). Wyniki te sugerują, że rozmowy z najbliższymi oraz medytacja lub modlitwa są najczęściej stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem w badanej grupie (ryc. 25).



Rycina 24. Obserwowane objawy stresu.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych. Pytanie wielokrotnego wyboru. Odpowiedzi nie sumują się do 100%.

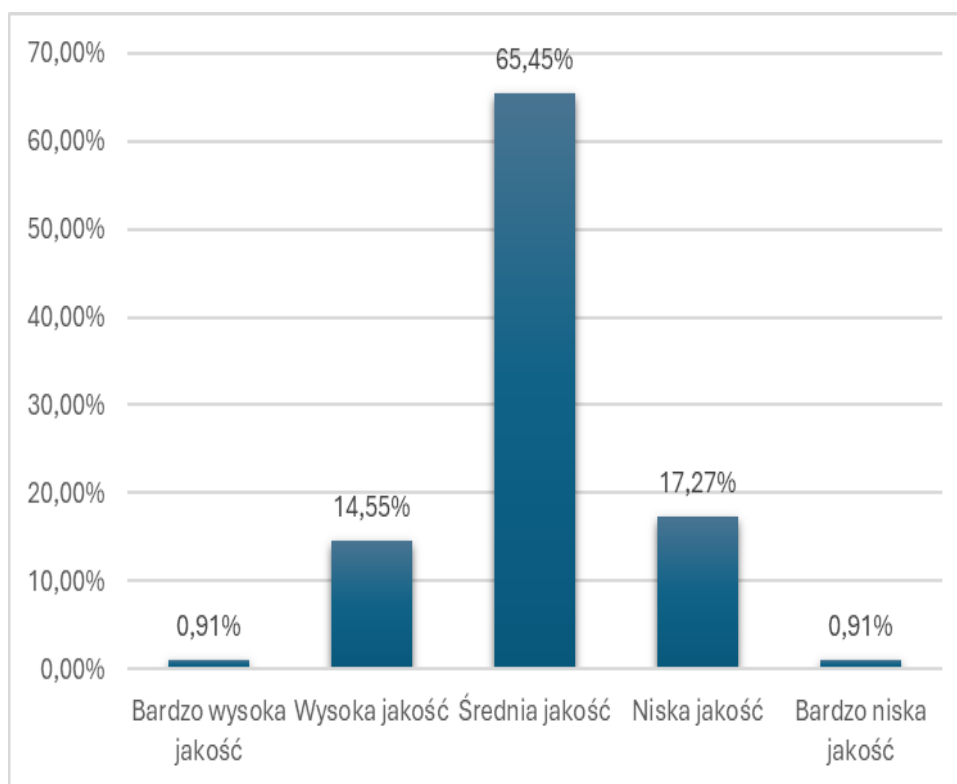


Rycina 25. Strategie radzenia sobie ze stresem.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych. Pytanie wielokrotnego wyboru. Odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Jakość swojego snu jako średnią oceniali 65,45% (72 osoby) badanej grupy. Osoby, które oceniły ją jako niską, stanowiły 17,27% (19 osób). Respondenci, którzy uważali że jest

ona wysoka - stanowili 14,55% (16 osób). Osoby, które oceniły jakość swojego snu jako bardzo wysoką lub bardzo niską, stanowiły po 0,91% (1 osoba) (ryc. 26).

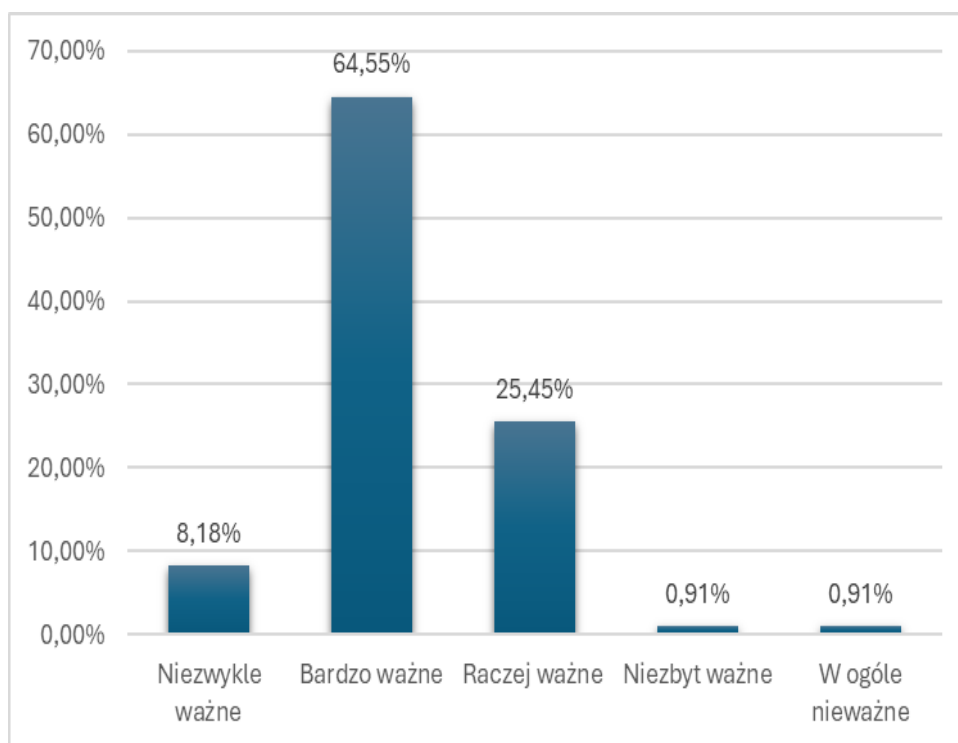


Rycina 26. Ocena jakości snu.

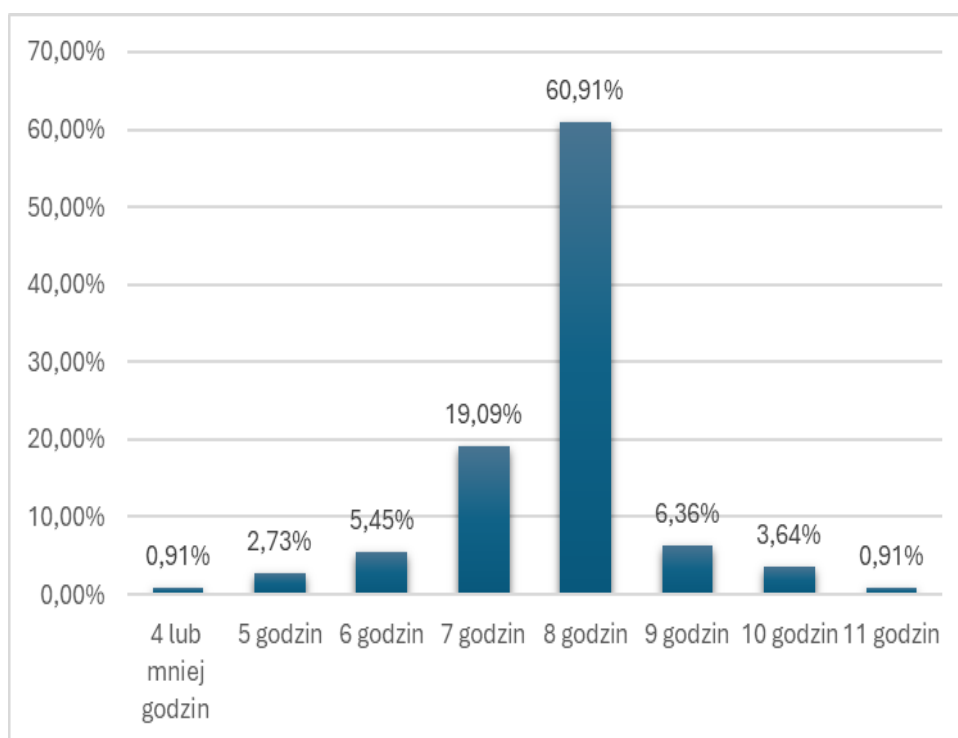
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Większość badanych zadeklarowała, że dobre wysypianie się jest dla nich bardzo ważne w kontekście ogólnej jakości życia, co stanowiło 64,55% (71 osób) badanej grupy. Osoby, które uznały, że dobre wysypianie się jest raczej ważne, stanowiły 25,45% (28 osób), a respondenci, którzy uznali dobre wysypianie się za niezwykle ważne - to 8,18% (9 osób). Osoby, które uznały, że dobre wysypianie się jest niezbyt ważne lub w ogóle nieważne, stanowiły po 0,91% (1 osoba) (ryc. 27).

Wykazano że optymalna liczba godzin snu potrzebna do pełnego wypoczynku dla 60,91% (67 osób) badanej grupy wynosiła 8. godzin. Osoby, które potrzebowały 7 godzin snu, stanowiły 19,09% (21 osób), 6. godzin snu - 5,45% (6 osób), a 9. godzin snu - 6,36% (7 osób). Mniejszość badanych uznała, że optymalna liczba godzin snu to 5. godzin (2,73%, 3 osoby), 10 godzin (3,64%, 4 osoby), 4 lub mniej godzin (0,91%, 1 osoba) oraz 11. godzin (0,91%, 1 osoba). Wyniki obrazuje ryc. 28.



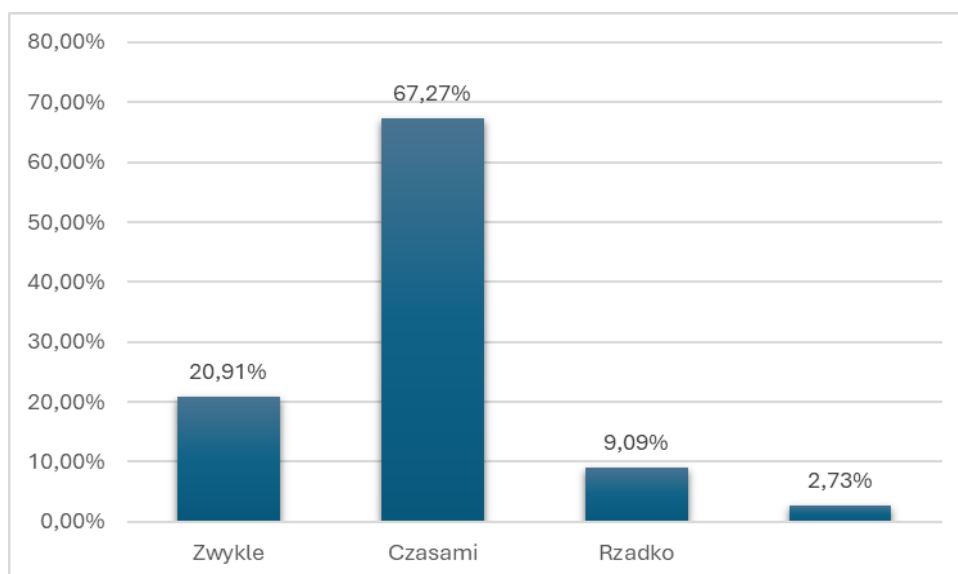
Rycina 27. Znaczenie dobrego wysypiania się w kontekście ogólnej jakości życia.
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.



Rycina 28. Optymalna liczba godzin snu potrzebna do pełnego wypoczynku.
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Senność lub zmęczenie w ciągu dnia czasami odczuwało 67,27% (74 osoby) badanej grupy. Osoby, które zwykle odczuwały senność lub zmęczenie, stanowiły 20,91% (23 osoby).

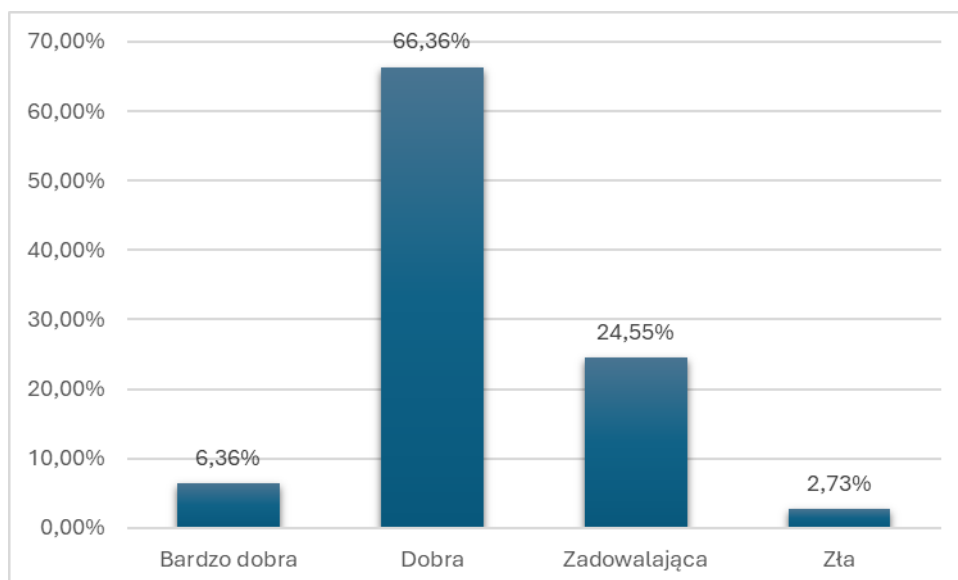
Respondenci rzadko odczuwający senność lub zmęczenie - to 9,09% (10 osób), a zawsze odczuwający senność lub zmęczenie – to 2,73% (3 osoby). Wyniki obrazuje Ryc. 29.



Rycina 29. Częstotliwość odczuwania senności/zmęczenia w ciągu dnia.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Większość badanych oceniła swój stan zdrowia jako dobry, co stanowiło 66,36% (73 osoby) badanej grupy. Osoby oceniające go jako zadowalający, stanowiły 24,55% (27 osób), jako bardzo dobry - 6,36% (7 osób), a osoby, które oceniły swój stan zdrowia jako zły, stanowiły 2,73% (3 osoby). Wyniki obrazuje Ryc. 30.



Rycina 30. Ogólna samoocena stanu zdrowia w badanej grupie.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Ocena preferowanych zachowań zdrowotnych

Preferowane zachowania zdrowotne badanych oceniano za pomocą kwestionariusza IZZ. Wyniki dla poszczególnych podskali zaprezentowano w tabeli 2.

Średnia dla prawidłowych nawyków żywieniowych wynosiła 19,58 (SD=5,74); dla zachowań profilaktycznych - 19,50 (SD=5,76); dla pozytywnego nastawienia psychicznego - 19,15 (SD=5,36); a dla praktyk zdrowotnych - 18,25 (SD=5,68).

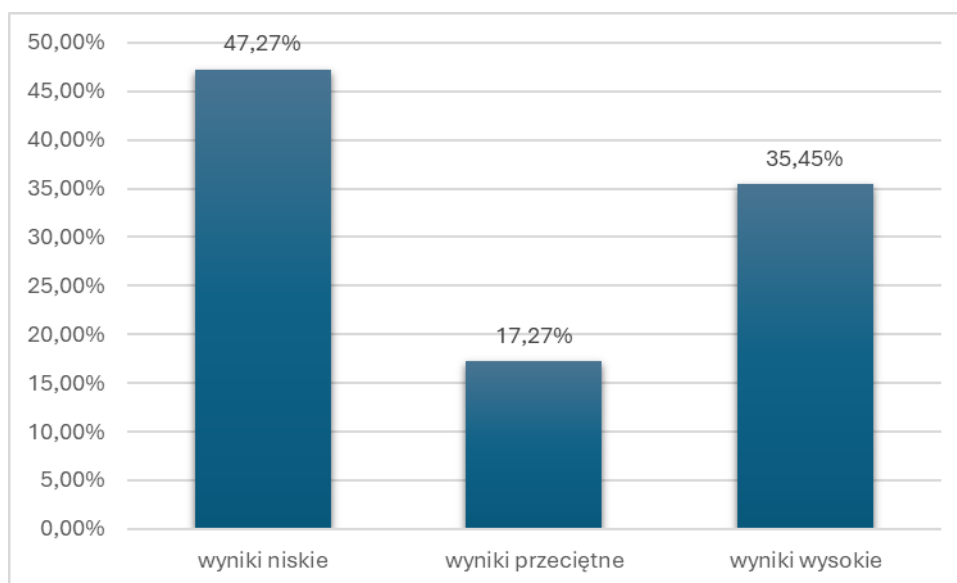
Tabela 2. Wyniki skali kwestionariusza IZZ w grupie badanej.

IZZ	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Prawidłowe nawyki żywieniowe	19,58	20,00	5,00	30,00	5,74
Zachowania profilaktyczne	19,50	20,50	6,00	30,00	5,76
Pozytywne nastawienia psychiczne	19,15	19,00	6,00	30,00	5,36
Praktyki zdrowotne	18,25	19,00	6,00	30,00	5,68
IZZ-wynik ogólny	76,48	77,00	23,00	117,00	21,68

M – średnia; *Me* – mediana; *Min* – wartość minimalna; *Max* – wartość maksymalna; *SD* – odchylenie standardowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Większość badanych uzyskała wyniki niskie w ocenie zachowań zdrowotnych, co stanowiło 47,27% (52 osoby) badanej grupy. Wyniki przeciętne osiągnęło 17,27% (19 osób), natomiast wyniki wysokie - 35,45% (39 osób) (ryc. 31).



Rycina 31. Ocena zachowań zdrowotnych w badanej grupie.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Ocena związek zachowań zdrowotnych w grupie badanej z wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi

Wyniki analizy korelacji Spearmana dla różnych wymiarów skali kwestionariusza IZZ względem wieku badanych osób wskazywał na istotne zależności w przypadku prawidłowych nawyków żywieniowych. Współczynnik korelacji (ρ) dla tej kategorii wynosi $-0,28$, przy poziomie istotności $p=0,003$, co oznacza, że wraz z wiekiem spadała tendencja do utrzymywania prawidłowych nawyków żywieniowych. W przypadku zachowań profilaktycznych, współczynnik korelacji wynosił $-0,16$ ($p=0,098$), a dla pozytywnych nastawień psychicznych $-0,18$ ($p=0,058$), co wskazuje na ujemne korelacje, choć nieistotne statystycznie. W przypadku praktyk zdrowotnych korelacja wynosiła $-0,09$ ($p=0,363$), co również nie było istotne statystycznie. Ogólny wynik IZZ miał współczynnik korelacji $-0,17$ ($p=0,083$), wskazując na nieistotną statystycznie, ujemną korelację z wiekiem. Wyniki te sugerują, że wiek istotnie wpływał jedynie na prawidłowe nawyki żywieniowe, podczas gdy inne aspekty zachowań zdrowotnych wykazywały ujemne korelacje, ale nie osiągały poziomu istotności statystycznej (tab. 3).

Tabela 3. Wyniki skali kwestionariusza IZZ względem wieku – wyniki analizy korelacji Spearmana.

Wiek (lata)	ρ	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	$-0,28^{**}$	0,003
Zachowania profilaktyczne	$-0,16$	0,098
Pozytywne nastawienia psychiczne	$-0,18$	0,058
Praktyki zdrowotne	$-0,09$	0,363
IZZ - wynik ogólny	$-0,17$	0,083

$**p < 0,01$; ρ - współczynnik korelacji Spearmana; p – poziom istotności

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Wyniki skali kwestionariusza IZZ zostały przeanalizowane pod kątem różnic między kobietami ($n=56$) i mężczyznami ($n=54$). Analiza wykazała istotne statystycznie różnice we wszystkich badanych wymiarach. W zakresie prawidłowych praktyk żywieniowych kobiety osiągnęły średnią $21,64$ ($SD = 3,98$), podczas gdy mężczyźni - $17,44$ ($SD = 6,49$). Wynik testu wskazuje na istotną różnicę między płciami ($Z = -3,68$; $p < 0,001$). Przyjęto tym samym, że kobiety wykazywały wyższe wyniki w zakresie prawidłowych praktyk żywieniowych.

W przypadku zachowań profilaktycznych kobiety wykazały średnią $21,48$ ($SD = 4,13$), podczas gdy mężczyźni uzyskali średnią $17,44$ ($SD = 6,49$). Wynik testu wskazuje na

istotną różnicę między kobietami i mężczyznami ($Z = -3,59$; $p < 0,001$), co wskazuje, że kobiety wykazywały wyższe wyniki w zakresie zachowań profilaktycznych.

Ponadto w zakresie pozytywnych nastawień psychicznych kobiety osiągnęły średnią 21,18 ($SD = 3,74$), podczas gdy mężczyźni uzyskali średnią 17,06 ($SD = 5,98$). Wynik testu wskazuje na istotną różnicę między płciami ($Z = -4,05$; $p < 0,001$). Analiza potwierdziła, że kobiety wykazywały wyższe wyniki w zakresie pozytywnych nastawień psychicznych.

W zakresie praktyk zdrowotnych kobiety osiągnęły średnią 20,34 ($SD = 4,27$), podczas gdy mężczyźni - 16,07 ($SD = 6,16$). Wynik testu wskazuje na istotną różnicę między płciami ($Z = -3,68$; $p < 0,001$). Przyjęto tym samym, że kobiety wykazywały wyższe wyniki w zakresie praktyk zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę ogólny wynik IZZ kobiety także uzyskały średnią wyższą - 84,64 ($SD = 15,23$), w porównaniu z mężczyznami ($M = 68,02$; $SD = 24,14$). Wynik testu wskazuje na istotną różnicę między płciami ($Z = -4,09$; $p < 0,001$). Przyjęto tym samym, że kobiety wykazywały wyższe ogólne wyniki w zakresie zachowań zdrowotnych.

Tabela 4. Wyniki skali kwestionariusza IZZ względem płci – wyniki testu U Manna-Whitneya.

	Kobieta (n=56)			Mężczyzna (n=54)			Test U Manna-Whitneya	
	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Prawidłowe nawyki żywieniowe	21,64	21,50	3,98	17,44	18,00	6,49	-3,50	<0,001***
Zachowania profilaktyczne	21,48	22,00	4,13	17,44	17,00	6,49	-3,59	<0,001***
Pozytywne nastawienia psychiczne	21,18	21,00	3,74	17,06	17,00	5,98	-4,05	<0,001***
Praktyki zdrowotne	20,34	20,00	4,27	16,07	15,00	6,16	-3,68	<0,001***
IZZ wynik ogólny	84,64	82,50	15,23	68,02	67,50	24,14	-4,09	<0,001***

*** $p < 0,001$; *M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Z* – statystyka testowa; *p* – poziom istotności

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych osoby mieszkające w miastach lub wsiach do 50 tys. mieszkańców osiągnęły średnią 22,23 ($SD = 5,38$), podczas gdy osoby z

miast powyżej 50 tys. mieszkańców uzyskały średnią 19,56 (SD = 5,81), a osoby mieszkające na wsi średnią 18,22 (SD = 5,50).

Wynik testu Kruskala-Wallisa wskazuje na istotną różnicę między grupami ($H = 9,79$; $p = 0,007$).

W przypadku zachowań profilaktycznych osoby mieszkające w miastach lub wsiach do 50 tys. mieszkańców osiągnęły średnią 21,88 (SD = 5,19), podczas gdy osoby z miast powyżej 50 tys. mieszkańców uzyskały średnią 19,18 (SD = 5,77), a osoby mieszkające na wsi średnią 18,48 (SD = 5,79).

Wynik testu Kruskala-Wallisa wskazuje na istotną różnicę między grupami ($H = 7,17$; $p = 0,028$).

Biorąc pod uwagę wymiar pozytywnych nastawień psychicznych osoby mieszkające w miastach lub wsiach do 50 tys. mieszkańców osiągnęły średnią 22,04 (SD = 5,14). Z kolei osoby z miast powyżej 50 tys. mieszkańców - średnią 18,79 (SD = 5,14), a osoby mieszkające na wsi średnią 17,90 (SD = 5,14).

Wynik testu Kruskala-Wallisa wskazuje na istotną różnicę między grupami ($H = 11,56$; $p = 0,031$).

W zakresie praktyk zdrowotnych osoby mieszkające w miastach lub wsiach do 50 tys. mieszkańców osiągnęły średnią 20,65 (SD = 6,21), podczas gdy osoby z miast powyżej 50 tys. mieszkańców uzyskały średnią 18,00 (SD = 5,50), a osoby mieszkające na wsi średnią 17,16 (SD = 5,23).

Wynik testu Kruskala-Wallisa wskazuje na istotną różnicę między grupami ($H = 7,08$; $p = 0,029$).

Analizując ogólny wyniku IZZ także zaobserwowano różnice. Osoby mieszkające w miastach lub wsiach do 50 tys. mieszkańców osiągnęły średnią 86,81 (SD = 21,33), podczas gdy osoby z miast powyżej 50 tys. mieszkańców uzyskały średnią 75,53 (SD = 21,75), a osoby mieszkające na wsi średnią 71,76 (SD = 20,37).

Wynik testu Kruskala-Wallisa wskazuje na istotną różnicę między grupami ($H = 9,42$; $p = 0,009$).

Podsumowując, osoby mieszkające w miastach lub wsiach do 50 tys. mieszkańców osiągnęły wyższe wyniki w porównaniu do osób mieszkających w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców oraz na wsi (tab. 5).

Zaobserwowano istotną statystycznie dodatnią korelację między poziomem wykształcenia a prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($\rho=0,53$; $p<0,001$), zachowaniami profilaktycznymi ($\rho = 0,50$; $p < 0,001$), pozytywnymi nastawieniami psychicznymi ($\rho =$

0,50; $p < 0,001$), praktykami zdrowotnymi ($\rho = 0,42$; $p < 0,001$) oraz ogólnym wynikiem IZZ ($\rho = 0,51$; $p < 0,001$). Wyniki te wskazują, że wyższy poziom wykształcenia był związany z lepszymi zachowaniami zdrowotnymi we wszystkich badanych wymiarach (tab. 6).

Tabela 5. Wyniki skali kwestionariusza IZZ względem miejsca zamieszkania– wyniki testu Kruskala-Wallisa.

	Miasto /wieś do 50 tyś (n=26)			Miasto powyżej 50 tyś (n=34)			Wieś (n=50)			Test Kruskala-Wallisa	
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD	H	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	22,23	24,00	5,38	19,56	22,00	5,81	18,22	19,50	5,50	9,79	0,007**
Zachowania profilaktyczne	21,88	22,00	5,19	19,18	20,50	5,77	18,48	19,50	5,79	7,17	0,028*
Pozytywne nastawienia psychiczne	22,04	23,00	5,14	18,79	20,00	5,14	17,90	18,00	5,14	11,56	0,031*
Praktyki zdrowotne	20,65	22,50	6,21	18,00	20,00	5,50	17,16	18,00	5,23	7,08	0,029*
IZZ – wynik ogólny	86,81	89,50	21,33	75,53	82,00	21,75	71,76	74,50	20,37	9,42	0,009**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *H* – statystyka testowa; *p* – poziom istotności

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 6. Wyniki skali kwestionariusza IZZ względem wykształcenia – wyniki analizy korelacji Spearmana.

Wykształcenie	<i>rho</i>	<i>p</i>
Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,53***	<0,001
Zachowania profilaktyczne	0,50***	<0,001
Pozytywne nastawienia psychiczne	0,50***	<0,001
Praktyki zdrowotne	0,42***	<0,001
IZZ - wynik ogólny	0,51***	<0,001

*** $p < 0,001$; *rho*- współczynnik korelacji Spearmana; *p* – poziom istotności

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zaobserwowano istotną statystycznie dodatnią korelację między sytuacją bytowo-ekonomiczną a prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($\rho=0,46$; $p<0,001$), zachowaniami profilaktycznymi ($\rho=0,36$; $p<0,001$), pozytywnymi nastawieniami psychicznymi ($\rho =$

0,42; $p < 0,001$), praktykami zdrowotnymi ($\rho = 0,25$; $p = 0,010$) oraz ogólnym wynikiem IZZ ($\rho = 0,39$; $p < 0,001$). Wyniki te sugerują, że lepsza sytuacja ekonomiczna była związana z lepszymi wynikami w zakresie zachowań zdrowotnych we wszystkich badanych wymiarach (tab. 7).

Tabela 7. Wyniki skali kwestionariusza IZZ względem sytuacji ekonomicznej– wyniki analizy korelacji Spearmana.

Sytuacja bytowo- ekonomiczna	<i>rho</i>	<i>p</i>
Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,46***	<0,001
Zachowania profilaktyczne	0,36***	<0,001
Pozytywne nastawienia psychiczne	0,42***	<0,001
Praktyki zdrowotne	0,25*	0,010
IZZ - wynik ogólny	0,39***	<0,001

*** $p < 0,001$; *rho*- współczynnik korelacji Spearmana; *p* – poziom istotności
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Za pomocą testu U Manna-Whitneya nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami mieszkającymi z rodziną a osobami mieszkającymi samodzielnie w żadnym z badanych wymiarów skali kwestionariusza IZZ ($p > 0,05$). Wykazano jednak nieznacznie wyższe wyniki w zakresie nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia w przypadku zamieszkania z rodziną (tab. 8).

Tabela 8. Wyniki skali kwestionariusza IZZ względem sposobu zamieszkania – wyniki testu U Manna-Whitneya.

	Z rodziną (n=86)			Sam/ Sama (n=24)			Test U Manna-Whitneya	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	20,01	20,00	5,10	18,04	18,50	7,53	1,04	0,297
Zachowania profilaktyczne	19,93	21,00	5,30	17,96	18,50	7,09	1,17	0,244
Pozytywne nastawienia psychiczne	19,44	19,00	4,77	18,13	18,50	7,10	0,66	0,508
Praktyki zdrowotne	18,23	19,00	5,28	18,29	21,50	7,07	-0,33	0,742
IZZ - wynik ogólny	77,62	77,00	19,54	72,42	72,00	28,19	0,76	0,445

M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Z* – statystyka testowa; *p* – poziom istotności

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Ocena zachowań zdrowotnych względem aktywności zawodowej

Największą różnicę zaobserwowano w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych między osobami aktywnymi zawodowo ($M = 21,56$; $SD = 5,82$) a osobami nieaktywnymi zawodowo ($M = 19,00$; $SD = 5,62$). Wynik testu U Manna-Whitneya wskazuje, że różnica ta jest na granicy istotności statystycznej ($Z = -1,91$; $p = 0,056$).

W przypadku pozostałych wymiarów IZZ zaobserwowano, że nie ma istotnych statystycznie różnic między osobami aktywnymi zawodowo a osobami nieaktywnymi zawodowo w żadnym z badanych wymiarów skali kwestionariusza IZZ. Jednak różnica w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych była na granicy istotności statystycznej, sugerując, że osoby aktywne zawodowo mogą mieć nieco lepsze nawyki żywieniowe niż osoby nieaktywne zawodowo (tab. 9).

Tabela 9. Wyniki skali kwestionariusza IZZ względem aktywności zawodowej – wyniki testu U Manna-Whitneya

	aktywny (n=25)			nieaktywny (n=85)			Test U Manna-Whitneya	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	21,56	22,00	5,82	19,00	20,00	5,62	-1,91	0,056
Zachowania profilaktyczne	21,00	21,00	5,89	19,06	20,00	5,68	-1,24	0,215
Pozytywne nastawienia psychiczne	20,60	20,00	5,41	18,73	19,00	5,30	-1,33	0,183
Praktyki zdrowotne	19,24	20,00	6,48	17,95	19,00	5,43	-0,83	0,406
IZZ - wynik ogólny	82,40	82,00	23,17	74,74	77,00	21,05	-1,37	0,171

M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Z* – statystyka testowa; *p* – poziom istotności

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia

Tabela 10. Wyniki skali kwestionariusza MHLC w grupie badanej

MHLC	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Kontrola Wewnętrzna	27,88	29,00	7,00	34,00	4,03
Wpływ innych	28,13	30,00	6,00	77,00	7,17
Przypadek	26,43	28,00	6,00	30,00	4,11

M – średnia; *Me* – mediana; *Min* – wartość minimalna; *Max* – wartość maksymalna; *SD* – odchylenie standardowe

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Oceny umiejscowienie kontroli zdrowia dokonano za pomocą kwestionariusza MHLC. Średnia dla kontroli wewnętrznej wynosiła 27,88 (SD=4,03); dla wpływu innych - 28,13 (SD=7,17) i dla przypadku - 26,43 (SD=4,11) (tab. 10).

Wyniki porównano do wyników średnich próbki normalizacyjnej – osób dorosłych (Juczyński, 2001, s. 82, tabela B-1). Stwierdzić można, że wyniki średnie w badanej grupie nie odbiegały znacząco w porównaniu do próbki normalizacyjnej.

Ocena związku wyników MHLC w grupie badanej z wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi

Kwestionariusz MHLC mierzy trzy aspekty umiejscowienia kontroli zdrowia: kontrolę wewnętrzną (kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie), wpływ innych (własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych) oraz przypadek (o stanie zdrowia decyduje przypadek i inne czynniki zewnętrzne). Zaobserwowano istotną statystycznie dodatnią korelację między wiekiem a przekonaniem, że stan zdrowia zależy od przypadku i innych czynników zewnętrznych ($\rho = 0,20$; $p = 0,049$). Wynik ten sugeruje, że wraz z wiekiem rośnie przekonanie, że zdrowie jest zależne od czynników losowych. Wyniki analizy korelacji Spearmana pokazały, że jedynie przekonanie o wpływie przypadku na stan zdrowia wykazywało istotną statystycznie korelację z wiekiem (tab. 11).

Tabela 11. Wyniki skali kwestionariusza MHLC względem wieku – wyniki analizy korelacji Spearmana

Wiek (lata)	ρ	p
Kontrola Wewnętrzna	-0,14	0,176
Wpływ innych	-0,11	0,262
Przypadek	0,20*	0,049

** $p < 0,01$; ρ - współczynnik korelacji Spearmana; p – poziom istotności
 Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazały, że nie było istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w żadnym z badanych wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia (kontrola wewnętrzna, wpływ innych, przypadek) ($p > 0,05$). Oznacza to, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni wykazywali podobne przekonania na temat tego, co wpływa na ich stan zdrowia (tab. 12).

Tabela 12. Wyniki skali kwestionariusza MHLC względem płci – wyniki testu U Manna-Whitneya

	Kobieta (n=56)			Mężczyzna (n=54)			Test U Manna-Whitneya	
	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Kontrola Wewnętrzna	28,73	29,00	2,56	27,13	29,00	4,84	-1,54	0,123
Wpływ innych	28,71	30,00	3,81	27,93	29,50	9,13	-1,39	0,166
Przypadek	27,24	28,00	3,44	25,98	27,50	4,49	-1,46	0,144

M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Z* – statystyka testowa; *p* – poziom istotności

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Osoby mieszkające w miastach lub wsiach do 50 tys. mieszkańców osiągnęły średnią 25,19 (*SD* = 4,07), osoby z miast powyżej 50 tys. mieszkańców uzyskały średnią - 27,36 (*SD* = 3,34), a osoby mieszkające na wsi - 26,86 (*SD* = 4,30). Mediana wynosiła 26,00 dla osób z miast do 50. tys. mieszkańców; 29,00 dla osób z miast powyżej 50 tys. mieszkańców oraz 28,00 dla osób ze wsi. Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H = 5,29$; $p = 0,071$) wskazuje, że różnice te są na granicy istotności statystycznej, lecz nie osiągają poziomu istotności. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w umiejscowieniu kontroli zdrowia (kontrola wewnętrzna, wpływ innych, przypadek) względem miejsca zamieszkania. Choć w przypadku przekonania o wpływie przypadku różnice były są na granicy istotności statystycznej, ale nie osiągnęły poziomu istotności (tab. 13).

Tabela 13. Wyniki skali kwestionariusza MHLC względem miejsca zamieszkania– wyniki testu Kruskala-Wallisa.

	Miasto /wieś do 50 tys (n=26)			Miasto powyżej 50 tys (n=34)			Wieś (n=50)			Test Kruskala-Wallisa	
	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Kontrola Wewnętrzna	28,85	29,00	2,85	28,09	29,00	3,69	27,36	28,50	4,48	0,87	0,646
Wpływ innych	28,23	29,00	4,89	27,94	30,00	4,98	28,62	30,00	8,83	0,02	0,990
Przypadek	25,19	26,00	4,07	27,36	29,00	3,34	26,86	28,00	4,30	5,29	0,071

M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *H* – statystyka testowa; *p* – poziom istotności

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zaobserwowano istotną statystycznie dodatnią korelację między poziomem wykształcenia a kontrolą wewnętrzną ($\rho = 0,27$; $p = 0,006$). Wynik ten sugeruje, że wyższy poziom wykształcenia był związany z silniejszym przekonaniem, że kontrola nad własnym zdrowiem zależy od samej osoby. Wyniki analizy korelacji Spearmana pokazują, że wyższy

poziom wykształcenia był istotnie związany z silniejszym przekonaniem o kontroli wewnętrznej nad zdrowiem. Pozostałe aspekty umiejscowienia kontroli zdrowia, takie jak wpływ innych oraz przypadek, nie wykazywały istotnych statystycznie zależności z poziomem wykształcenia (tab. 14).

Tabela 14. Wyniki skali kwestionariusza MHLC względem wykształcenia – wyniki analizy korelacji Spearmana

Wykształcenie	<i>rho</i>	<i>p</i>
Kontrola Wewnętrzna	0,27**	0,006
Wpływ innych	0,15	0,148
Przypadek	-0,09	0,380

** $p < 0,01$; *rho*- współczynnik korelacji Spearmana; *p* – poziom istotności
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zaobserwowano istotną statystycznie dodatnią korelację między sytuacją bytowo-ekonomiczną a kontrolą wewnętrzną ($\rho = 0,40$; $p < 0,001$). Wynik ten sugeruje, że lepsza sytuacja ekonomiczna jest związana z silniejszym przekonaniem, że kontrola nad własnym zdrowiem zależy od samej osoby. Wyniki wskazują na istotną statystycznie dodatnią korelację między sytuacją bytowo-ekonomiczną a przekonaniem o wpływie innych na zdrowie ($\rho = 0,27$; $p = 0,006$). Oznacza to, że lepsza sytuacja ekonomiczna była związana z silniejszym przekonaniem, że zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych osób. Natomiast przekonanie, że zdrowie zależy od przypadku, nie wykazywało istotnej statystycznie zależności z sytuacją ekonomiczną (tab. 15).

Tabela 15. Wyniki skali kwestionariusza MHLC względem sytuacji ekonomicznej– wyniki analizy korelacji Spearmana

Sytuacja bytowo- ekonomiczna	<i>rho</i>	<i>p</i>
Kontrola Wewnętrzna	0,40***	<0,001
Wpływ innych	0,27**	0,006
Przypadek	0,08	0,401

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; *rho*- współczynnik korelacji Spearmana; *p* – poziom istotności
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Wyniki testu U Manna-Whitneya wskazują, że nie było istotnych statystycznie różnic w umiejscowieniu kontroli zdrowia (kontrola wewnętrzna, wpływ innych, przypadek) pomiędzy osobami mieszkającymi z rodziną a osobami mieszkającymi samodzielnie ($p > 0,05$). Oznacza to, że sposób zamieszkania nie wpływał istotnie na przekonania dotyczące umiejscowienia kontroli zdrowia w badanej grupie (tab. 16).

Tabela 16. Wyniki skali kwestionariusza MHLC względem sposobu zamieszkania – wyniki testu U Manna-Whitneya.

	Z rodziną (n=86)			Sam/ Sama (n=24)			Test U Manna-Whitneya	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
Kontrola Wewnętrzna	28,29	29,00	3,66	26,67	29,00	4,62	1,36	0,175
Wpływ innych	28,16	30,00	4,71	28,88	30,00	12,06	0,02	0,987
Przypadek	26,44	28,00	4,23	27,25	29,00	3,22	-1,33	0,184

M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Z* – statystyka testowa; *p* – poziom istotności

Osoby aktywne zawodowo w kwestionariuszu MHLC osiągnęły średnią 29,56 ($SD = 2,66$), natomiast nieaktywne zawodowo - średnią 27,45 ($SD = 4,12$). Mediana wynosiła 29,00 dla obu grup. Wynik testu U Manna-Whitneya ($Z = -2,22$; $p = 0,027$) wykazał, że różnica ta była istotna statystycznie, co sugeruje, że osoby aktywne zawodowo miały silniejsze przekonanie, że kontrola nad własnym zdrowiem zależy od nich samych.

Tabela 17. Wyniki skali kwestionariusza MHLC względem aktywności zawodowej – wyniki testu U Manna-Whitneya.

	aktywny (n=25)			nieaktywny (n=85)			Test U Manna-Whitneya	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
Kontrola Wewnętrzna	29,56	29,00	2,66	27,45	29,00	4,12	-2,22*	0,027
Wpływ innych	29,16	30,00	4,84	28,07	30,00	7,47	-1,97*	0,048
Przypadek	26,44	28,00	3,65	26,67	28,00	4,15	0,50	0,619

* $p < 0,05$; *M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Z* – statystyka testowa; *p* – poziom istotności

Osoby aktywne zawodowo osiągnęły średnią MHLC 29,16 ($SD = 4,84$), podczas gdy osoby nieaktywne zawodowo - średnią 28,07 ($SD = 7,47$). Mediana wynosiła 30,00 dla obu grup. Wynik testu U Manna-Whitneya ($Z = -1,97$; $p = 0,048$) wskazuje, że różnica ta była istotna statystycznie, co sugeruje, że osoby aktywne zawodowo miały silniejsze przekonanie, że zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych osób. Natomiast aktywność zawodowa nie

wpływała istotnie na przekonanie, że stan zdrowia zależy od przypadku i innych czynników zewnętrznych ($p > 0,05$).

Przyjęto tym samym, że osoby aktywne zawodowo mają silniejsze przekonanie, że kontrola nad ich zdrowiem zależy od nich samych oraz że zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych osób.

WERYFIKACJA HIPOTEZ

- 1. Seniorzy w samoocenie są przekonani, że dbają o swoje zdrowie.**

Hipoteza potwierdzona

- 2. Najczęściej wskazywaną strategią radzenia sobie ze stresem przez seniorów są rozmowy z najbliższymi, modlitwa.**

Hipoteza potwierdzona

- 3. Osoby w podeszłym wieku wykazują niski poziom zachowań prozdrowotnych, w tym najwyższy w aspekcie zachowań profilaktycznych, a najniższy w aspekcie pozytywnego nastawienia psychicznego**

Hipoteza nie została potwierdzona

- 4. Seniorzy preferują przede wszystkim typ umiejscowienia kontroli zależny od wpływu innych**

Hipoteza potwierdzona

- 5. Na preferowane zachowania zdrowotne wpływ ma płeć, wiek, miejsce zamieszkania, sytuacja socjalna**

Hipoteza częściowo potwierdzona

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Zmiany demograficzne w Polsce wskazują na wzrost liczby osób starszych w ogólnej populacji. W polskim społeczeństwie można zaobserwować odwróconą piramidę demograficzną, w której liczba osób starszych przewyższa populację młodych ludzi. Prognozy na lata 2008-2035 przewidują wzrost liczby osób w wieku powyżej 100. lat, a liczba Polaków w wieku 85+ w 2030 roku może wynosić prawie 800 tysięcy [35].

W obliczu starzejącego się społeczeństwa zachowania prozdrowotne osób w podeszłym wieku stają się kluczowym elementem polityki zdrowotnej oraz społecznej. Styl życia i związane z nim zachowania należą bowiem do kluczowych czynników determinujących zdrowie. Są istotne dla utrzymania i wzmocnienia zdrowia zarówno na poziomie indywidualnym, jak i populacyjnym. Zdrowie w podeszłym wieku zależy od prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej, umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych. Chociaż proces starzenia jest nieunikniony, można podejmować działania, które pomagają w dłuższym zachowaniu sprawności psychofizycznej i niezależności [36].

Starość często kojarzy się z niezdolnością do wykonywania codziennych czynności oraz byciem ciężarem dla rodziny, bowiem senior może wymagać ciągłej opieki. Jednak regularne kontakty z rodziną mogą zaspokajać potrzeby bezpieczeństwa, przynależności i uznania. Dobre relacje rodzinne oraz wsparcie psychiczne, fizyczne, społeczne i materialne zapewniają równowagę emocjonalną, pomagają w adaptacji do starości, pozytywnie kształtują cechy prozdrowotne oraz wpływają na ogólną jakość życia. Współczesna literatura naukowa podkreśla, że zachowania prozdrowotne są integralnym elementem systemu ochrony zdrowia. Jednym z kluczowych celów opieki zdrowotnej dla osób po 65. roku życia jest kształtowanie trwałych zachowań związanych z umacnianiem zdrowia, zapobieganiem chorobom i wypadkom, a także promowanie działań przywracających sprawność i zdrowie. Promocja zdrowia w tym kontekście ma na celu umożliwienie osobom starszym samodzielnego i aktywnego funkcjonowania w ich środowisku oraz zapewnienie jak najwyższej jakości życia. Aby realizować te cele, stosuje się różne narzędzia promocji zdrowia, takie jak programy prozdrowotne i klasyfikacje, które są ukierunkowane na zmianę stylu życia osób starszych, poprawę samokontroli zdrowia, stymulowanie więzi społecznych oraz zwiększenie funkcjonalnej wydolności seniorów [35].

W niniejszym badaniu podjęto próbę oceny zachowań prozdrowotnych osób starszych, analizując takie aspekty jak nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, preferowane zachowania zdrowotne oraz umiejscowienie kontroli zdrowia. Dodatkowo, badanie miało na celu sprawdzenie, czy czynniki demograficzne, takie jak płeć, wiek, wykształcenie, sytuacja ekonomiczna, i sposób zamieszkania wpływają na te zachowania.

W badaniu przeprowadzonym na przełomie lat 2008 i 2009 wśród 97. pacjentów w wieku od 19 do 89 lat Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy [36] wykazano przeciętne i niskie wyniki w zakresie zachowań zdrowotnych. W przypadku pacjentów płci męskiej chorych przewlekle uzyskano 77,47 punktów, w przypadku pacjentów hospitalizowanych z przyczyn ostrych - 73,13 punktów, co daje wynik na poziomie 4,73 stena i interpretowane jest jako wynik niski. Oznacza to, że pacjenci przyjęci do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) z powodu zaostrzenia objawów choroby przewlekłej w większym stopniu podejmowali zachowania prozdrowotne. U badanych pacjentów płci męskiej, najwyżej oceniono pozytywne nastawienie psychiczne, a najniżej prawidłowe nawyki żywieniowe. W grupie chorych przewlekle zachowania zdrowotne związane z nawykami żywieniowymi zależały od wykształcenia - osoby z wyższym wykształceniem częściej stosowały prawidłowe nawyki żywieniowe niż pacjenci z niższym wykształceniem [36].

Młynarska i wsp. [37] przeprowadziła ocenę poziomu zachowań zdrowotnych 505 osób powyżej 65. roku życia i ich socjo-demograficznych uwarunkowań (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, wykonywany w przeszłości zawód). Wyniki badań wykazały, że w ocenie zachowań zdrowotnych dla badanej grupy osób powyżej 65. roku życia średnia IZZ wyniosła 76,49 pkt. (SD = 15,94). W przypadku ponad 43% badanych poziom zachowań zdrowotnych oceniony został jako niski (1-4 sten), ponad 36% prezentowało przeciętny poziom zachowań zdrowotnych (5-6 sten), a ponad 20% - wysoki (7-10 sten). Najwyżej ocenione domeny zachowań zdrowotnych to „zachowania profilaktyczne” i „praktyki zdrowotne”, natomiast domeny: „pozytywne nastawienie psychiczne” i „prawidłowe nawyki żywieniowe” uzyskały niższą ocenę [37].

Wysokiński i wsp. [38] badaniem objęli 100 osób w podeszłym wieku. Okazało się, że wśród ankietowanych największy odsetek osób przejawiał wysoki poziom zachowań zdrowotnych 47%. Przeciętny poziom deklarowało 39% ankietowanych, a poziom niski - 14 % badanych. wykazano także, że płeć istotnie różnicowała zachowania zdrowotne badanych [38].

W badaniu własnym wykazano, że prawie połowa badanych mieszkańców Białegostoku i okolic wykazywała niski poziom zachowań zdrowotnych, w tym najniższy w aspekcie preferowanych praktyk zdrowotnych, a najwyższy w kontekście zachowań profilaktycznych.

Fidecki i wsp. [36] oceniali poziom zachowań zdrowotnych w grupie mężczyzn w podeszłym wieku i stwierdzili, że wykazywali oni dość wysoki poziom zachowań zdrowotnych (średnia 87,07 pkt.).

Wyższy wskaźnik (88,39) uzyskali w swoich badaniach Smoleń i wsp. [40]. Szczegółowa analiza typu zachowań zdrowotnych ujawniła, że niemal połowa badanych charakteryzowała się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych, a co trzeci senior miał przeciętny wskaźnik tych zachowań. Najmniejsza grupa badanych (17,10%) wykazała niski poziom zachowań zdrowotnych [40].

Niższe wyniki uzyskali natomiast w swoich badaniach Arendt i wsp. [41]. Autorzy przebadali 204 mężczyzn, a ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych wyniósł 76,28 punktów, co świadczyło o ich przeciętnym poziomie.

Podobnie, badania prowadzone przez Koziela i wsp. [42] również wykazały niższy poziom zachowań zdrowotnych, bowiem mężczyźni uczestniczący w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku uzyskali wynik 82,61 punktów. Natomiast mężczyźni z grupy kontrolnej (nieuczestniczący w UTW) osiągnęli jeszcze niższy wynik, średnio 74,53 punktów.

Z kolei w badaniach Kupcewicz i wsp. [43], przeprowadzonych na grupie 110 pacjentów geriatrycznych, średni wynik wyniósł 79,85 punktów.

W obecnym badaniu stwierdzono, że wraz z wiekiem spadała tendencja do utrzymywania prawidłowych nawyków żywieniowych, podczas gdy inne aspekty zachowań zdrowotnych wykazywały ujemne korelacje, ale nie osiągały poziomu istotności statystycznej. Wpływ na preferowane zachowania zdrowotne miało wpływ np. miejsce zamieszkania - osoby mieszkające w miastach lub wsiach do 50 tys. mieszkańców osiągnęły wyższe wyniki w porównaniu do osób mieszkających w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców oraz na wsi.

Wpływ miejsca zamieszkania na zachowania zdrowotne potwierdzili także Fidecki i wsp. [39] - zdecydowanie wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych w ich badaniu prezentowali mężczyźni z miasta oraz Arendt i wsp. [41].

W niniejszej pracy wykazano, że osoby mieszkające w miastach lub wsiach do 50 tys. mieszkańców osiągnęły wyższe wyniki w porównaniu do osób mieszkających w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców oraz na wsi.

W badaniach Fideckiego i wsp. [39] stwierdzono także, że wyższe wykształcenie wiąże się z większym nasileniem zachowań zdrowotnych.

Podobne wnioski wyciągnęła Sygit-Kowalkowska w swoich badaniach [44]. Muszalik i wsp. [45] również zauważyli wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych u osób z wyższym wykształceniem, które były słuchaczami Uniwersytetu Trzeciego Wieku (UTW).

Powyższego związku dowodzą także badania przeprowadzone przez Zielińską-Więczkowską i wsp. [46] również dowodzą tego związku wśród pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową.

Również w badaniu obecnym wyższy poziom wykształcenia był powiązany z lepszymi zachowaniami zdrowotnymi we wszystkich badanych wymiarach, co podkreśla znaczenie edukacji zdrowotnej. Można więc przypuszczać, że osoby z wyższym wykształceniem są bardziej świadome i skłonne do podejmowania działań prozdrowotnych, co może wynikać z lepszego dostępu do informacji oraz większych zasobów finansowych. Wykazano także, że wiek wpływał negatywnie na prawidłowe nawyki żywieniowe, co nie miało związku z ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. Badanie własne potwierdziło ponadto, że lepsza sytuacja bytowo-ekonomiczna była związana z wyższymi wynikami w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnych nastawień psychicznych oraz praktyk zdrowotnych. Wskazuje to, że stabilność finansowa może mieć kluczowe znaczenie dla zdolności do prowadzenia zdrowego stylu życia.

Warto w tym miejscu podkreślić, że kobiety i mężczyźni często różnią się w podejściu do dbania o swoje zdrowie, co obejmuje wybory dietetyczne, regularność wizyt kontrolnych u lekarza, a także metody radzenia sobie ze stresem. Te różnice mogą być wynikiem ról społecznych, oczekiwań kulturowych oraz specyficznych potrzeb zdrowotnych charakterystycznych dla każdej płci [35].

W niniejszej pracy dowiedziono, że kobiety wykazały wyższe wyniki w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnych nastawień psychicznych oraz praktyk zdrowotnych w porównaniu do mężczyzn.

Potwierdziła to także analiza wyników z oceny seniorów dokonana przez Młynarską i wsp. [37] gdzie wykazano, iż kobiety deklarowały wyższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu z mężczyznami ($p < 0,001$). Poza tym deklarowany ogólny poziom zachowań zdrowotnych uzyskał wyższą ocenę wśród kobiet, osób z wyższym wykształceniem oraz badanych, którzy w przeszłości wykonywali pracę umysłową [37].

Dziedzic i wsp. [47] badaniem objęli 200. pacjentów o średniej wieku 69 lat. Analizując częstość spożycia produktów spożywczych okazało się, że ryby co najmniej 3 - 2 razy w tygodniu spożywało 11,5% badanych, warzywa i owoce codziennie - 42%, chudy nabiał - 12,5%, produkty zbożowe - 31% badanych, natomiast ziarna i rośliny strączkowe najliczniejsza grupa (56%) spożywała rzadziej niż jeden raz w tygodniu. Ponadto 22% badanych było nieaktywnych fizycznie, 47% ćwiczyło sporadycznie, a najczęstszą formą aktywności były wolne spacer (74,5% osób). Papierosy nadal paliło 7,5% vs. 63% palących wcześniej. W badanej grupie 31% miało nadwagę, zaś 47,5% cierpiało z powodu otyłości [47]. Badanie przeprowadzone w Brazylii w grupie 3296 osób starszych (po 60. roku życia) pozwoliło na stwierdzenie, że 50% z nich cztery godziny w ciągu dnia spędzało jedynie siedząc [48]. Wyniki projektu PolSenior wykazały, że 49,2% osób w wieku po 65. roku życia nie podejmuje aktywności fizycznej, a liczba osób nieaktywnych wzrastała z wiekiem. W grupie osób od 65 do 69 roku życia brakiem ćwiczeń fizycznych wykazało się 36,2%, od 70 do 74 - 41%, od 75 do 79 - 55,1%, a od 80 do 84 roku życia - 71,2%. Również Europejskie badanie Erobarometr które było realizowane w 27 krajach Unii Europejskiej, w tym w Polsce, wykazało 58% aktywnych fizycznie wśród starszej populacji [49].

Niestety także w obecnej pracy osoby deklarujące, że są zdecydowanie aktywne fizycznie, stanowiły jedynie 9,09%, zaś najczęściej wskazywaną aktywnością fizyczną był spacer (58,18%). Osoby, które zdecydowanie zadeklarowały, iż spożywają chude mięso oraz ryby raz w tygodniu, stanowiły 20,91% badanych.

Niektórzy badacze sugerują, że zachowania zdrowotne mogą być kształtowane przez najbliższe otoczenie i nieformalnych opiekunów, takich jak małżonkowie czy rodzina. Między innymi dowodzą tego wyniki Fideckiego i wsp. [36]. Ze wspomnianych badań wynika, że osoby w związku wykazują lepszą ocenę zachowań zdrowotnych.

Potwierdzają to również badania przeprowadzone przez Arendt i wsp. [41], w których osoby pozostające w związkach osiągnęły lepsze wyniki w porównaniu do osób stanu wolnego.

W pracy własnej także zaobserwowano nieznacznie wyższe wyniki prawidłowych zachowań zdrowotnych w zakresie nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia w przypadku zamieszkania z rodziną.

Nie można zapominać, że starsze osoby częściej wierzą, iż ich stan zdrowia zależy od czynników losowych, co może wskazywać na pewną rezygnację lub brak wiary we własną zdolność do kontrolowania swojego zdrowia. Jednocześnie brak istotnych zależności między

wiekem a kontrolą wewnętrzną oraz wpływem innych sugeruje, że podejście do zdrowia może być bardziej skomplikowane i zależeć od wielu innych czynników.

Badania przeprowadzone wśród 220 osób w wieku 52–88 lat, przebywających na emeryturze, przez Cybulska i wsp. [50] pozwoliły na stwierdzenie, że nasilenie każdego z zachowań prozdrowotnych, jakie były podejmowane przez seniorów, wzrastało wraz ze wzrostem poczucia wewnętrznej kontroli nad osobistym zdrowiem. Takie zmienne jak: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania wyraźnie korelowały z nasileniem zachowań prozdrowotnych oraz umiejscowieniem kontroli zdrowia. W umiejscowieniu kontroli zdrowia najwyższe wartości uzyskano we własnych działaniach respondentów i wpływie innych osób, natomiast zachowania prozdrowotne ankietowanych najbardziej nasilone były w obszarze pozytywnego nastawienia psychicznego oraz w obszarze zachowań profilaktycznych. Aspekcie obszarów własnej kontroli nad zdrowiem oraz poczucia wpływu innych na zdrowie, nasilenie każdego z rodzaju zachowań prozdrowotnych było tym większe, im większe było przekonanie o skuteczności tych działań [50]. Wyniki powyższe są zgodne z wynikami badań przeprowadzonych przez Nowickiego i wsp. [51] oraz Kurowską i Zdrojewską [52] w grupie osób czynnych zawodowo.

W obecnym badaniu wyniki średnie w badanej grupie nie odbiegały znacząco w porównaniu do próbki normalizacyjnej - dla kontroli wewnętrznej średnia wynosiła 27,88 (SD=4,03); dla wpływu innych - 28,13 (SD=7,17) i dla przypadku - 26,43 (SD=4,11). Stwierdzono, że jedynie przekonanie o wpływie przypadku na stan zdrowia wykazywało istotną statystycznie korelację z wiekiem. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni wykazywali podobne przekonania na temat tego, co wpływa na ich stan zdrowia. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w umiejscowieniu kontroli zdrowia (kontrola wewnętrzna, wpływ innych, przypadek) względem miejsca zamieszkania. Wyższy poziom wykształcenia był istotnie związany z silniejszym przekonaniem o kontroli wewnętrznej nad zdrowiem, a lepsza sytuacja ekonomiczna związana z silniejszym przekonaniem, że zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych osób. Natomiast przekonanie, że zdrowie zależy od przypadku, nie wykazywało istotnej statystycznie zależności z sytuacją ekonomiczną. Sposób zamieszkania (z rodziną samotnie) nie wpływał istotnie na przekonania dotyczące umiejscowienia kontroli zdrowia w badanej grupie. Natomiast istotne wydaje się stwierdzenie, że osoby aktywne zawodowo miały silniejsze przekonanie, iż kontrola nad własnym zdrowiem zależy od nich samych, ale nie wpływała na to aktywność zawodowa

Na zakończenie warto podkreślić, że przyszłe badania mogą skupić się na bardziej szczegółowej analizie czynników wpływających na zachowania prozdrowotne, w tym na

zrozumieniu, jak różne strategie radzenia sobie ze stresem mogą być skutecznie wdrażane w codziennym życiu osób starszych. Warto również rozważyć badania longitudinalne, które pozwolą na śledzenie zmian w zachowaniach prozdrowotnych w czasie oraz na identyfikację przyczynowo-skutkowych relacji między zmiennymi demograficznymi a zdrowiem. Badania w innych regionach Polski mogą również pomóc w lepszym zrozumieniu regionalnych różnic i specyfiki zachowań prozdrowotnych osób starszych.

Podsumowując, badanie dostarcza cennych informacji na temat zachowań prozdrowotnych osób starszych w Białymstoku i okolicach. Wskazuje na znaczenie edukacji zdrowotnej, stabilności ekonomicznej oraz wsparcia społecznego dla promowania zdrowego stylu życia w tej grupie. Wyniki podkreślają również potrzebę dalszych badań w celu lepszego zrozumienia mechanizmów wpływających na zachowania prozdrowotne oraz na rozwijanie skutecznych strategii wspierających zdrowie osób starszych.

WNIOSKI

1. Zaobserwowano, że prawie połowa respondentów uzyskała niskie wyniki poziomu zachowań zdrowotnych.
2. Kobiety osiągnęły wyższe wyniki w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnych nastawień psychicznych oraz praktyk zdrowotnych w porównaniu do mężczyzn.
3. Wyższy poziom wykształcenia był istotnie związany z lepszymi wynikami w zakresie zachowań zdrowotnych - osoby z wyższym wykształceniem wykazywały lepsze nawyki żywieniowe, bardziej aktywnie uczestniczyły w działaniach profilaktycznych, miały bardziej pozytywne nastawienie psychiczne oraz stosowały zdrowsze praktyki zdrowotne.
4. Lepsza sytuacja bytowo-ekonomiczna była istotnie związana z wyższymi wynikami w zakresie zdrowych nawyków żywieniowych, działań profilaktycznych, pozytywnych nastawień psychicznych oraz praktyk zdrowotnych.
5. Rozmowy z najbliższymi oraz medytacja lub modlitwa były najczęściej stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem, co wskazuje na dużą rolę wsparcia społecznego w zarządzaniu stresem i utrzymaniu zdrowia psychicznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Polak, A., Porzych, K., Kędziora-Kornatowska, K., Motyl, J., Porzych, M., Słupski, M., & Lackowska, D. (2007). Poznawczy i praktyczny wymiar gerontologii-interdyscyplinarnej nauki o starzeniu się i starości. *Gerontologia Polska*, 2007; 15(3): 51-53.
2. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/gerontologia;3905100.html>, data pobrania 12.01.2024.
3. Gerontologia a geriatria - dlaczego nie należy mylić tych pojęć?, <https://www.impulsoficyna.com.pl/blog/gerontologia-a-geriatria-dlaczego-nie-nalez-y-mylic-tych-pojec-b218.html>, data pobrania 12.01.2024.
4. Chabior, Agata, Artur Fabiś, and Joanna Wawrzyniak. *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa, Poland: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, 2014.
5. Neuman-Podczaska, Agnieszka; Wieczorowska-Tobis, Katarzyna. *Geriatrya. Praktyczny przewodnik [baza danych online]*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2021, https://www.ibuk.pl/fiszka/253844/book.html?utm_source=reader.ibuk.pl; data pobrania 12.01.2024.
6. World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva: WHO; 2015.
7. Hardy R, Lawlor DA, Kuh D. A life course approach to cardiovascular aging. *Futur Cardiol*. 2015; 11:101-113.
8. Ferrucci L, Cooper R, Shardell M, Simonsick EM, Schrack JA, Kuh D. Age-related change in mobility: perspectives from life course epidemiology and geroscience. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016; 71: 1184-1194.
9. GUS: Sytuacja osób starszych w Polsce 2022
10. Baranowska A. Starzenie się społeczeństwa i związane z tym konsekwencje-perspektywa socjologiczna [w:] *Społeczny wymiar życia i aktywności osób starszych*, red. A. Baranowska, E. Kościńska, K. M. Wasilewska - Ostrowska, Toruń 2013., <http://repozytorium.ukw.edu.pl/handle/item/3629>; data pobrania 12.01.2024.
11. Bloom D, Osher B, Mitgang L. Demography of global aging. In: Michel JP , editor. *Oxford textbook of geriatric medicine*. Oxford: Oxford University Press; in press. 2018.

12. Robine J, Jagger C. Health expectancies. In: Michel JP , editor. Oxford textbook of geriatric medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2018.
13. Skrypnik, D. Nadciśnienie tętnicze u osób w podeszłym wieku—zasady postępowania." Forum Zaburzeń Metabolicznych. 2015; 6(4): 137–151.
14. Rudd P., Hagar R.W. Hypertension: Mechanisms, diagnosis, therapy [in:] Textbook of Cardiovascular Medicine, Topol E. (red.). Lippincott-Raven, New York 1997: 109-143.
15. Widecka K., Grodzicki T., Narkiewicz K., Tykarski A., Dziwura J. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2019 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.
16. Pawlaczyk-Gabriel K., Niklas A., Uruski P., Tykarski A. Leczenie Nadciśnienia Tętniczego u osób w podeszłym wieku. Arterial Hypertension 2014; 18: 211–223.
17. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2016. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetol Prakt. 2016; 5(1), Suplement: 1-103.
18. Global Guideline for Managing Older People with Type 2 Diabetes. International Diabetes Federation for Managing Older People with Type 2 Diabetes. 2013.
19. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia 2022; 65: 1925–1966.
20. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al.; on behalf of the American Diabetes Association. Older adults: Standards of care in diabetes. Diabetes Care 2023; 1(46) (Suppl 1): S216–S229.
21. Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, et al. Diabetes in older adults: a consensus report. Diabetes Care 2012; 35: 2650–2664.
22. Lipska K, Ross JS, Miao Y, et al. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. JAMA 2015; 175: 356–362.
23. Matter JB, Musi N, McFarland Horne F, et al. Diabetes and cardiovascular diseases in older adults. Current status and future directions. Diabetes 2014; 63: 2578–2589.
24. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2024 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetol Prakt. 2024; <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd>, data pobrania 12.05.2024.

25. Długosz A., Wanot B., Biskupek-Wanot A. Zaburzenia odżywiania u osób starszych [w:] *Dieta a zdrowie i wiek*, Biskupek-Wanot A., Wanot B., Wiśniewska-Sliwińska B. (red.)m Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa, 2020: 122-143.
26. Orzga E., Małgorzewicz S. *Geriatrya. Ocena stanu odżywienia osób starszych*, Akademia Medycyny, Wrocław, 2013: 98-103
27. Smink F.R.E. et al.: *Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates*, *Current Psychiatry Reports*, 2012; 14(4): 406–414.
28. Dittfeld A., Koszowska A., Fizia K., Ziora K. i wsp. *Ortoreksja – nowe zaburzenie odżywiania*, *Ann. Acad. Med. Siles.* 2013; 67(6): 393–399.
29. Rzońca E., Bień A., Iwanowicz-Palus G. *Zburzenia odżywiania – problem wciąż aktualny*, *ournal of Education, Health and Sport.* 2016; 6(12): 267-273.
30. Özdemir , A., 2015, *Less Known Eating Disorders*, *IJCS*, 2015; 8(3): 853–860.
31. Shaban, C., 2013, *Diabulimia: Mental health condition or media hyperbole? Practical Diabetes*, 2013; 30(3): 104–105.
32. Papież J. *Bigoreksja jako zagrożenie męskiej tożsamości*, *Ars Educandi*, 2014; 11: 145–155.
33. Podgórska M. *Żywnienie, a środowisko, Problem zaburzeń odżywiania*, Gdańsk, Wydawnictwo Wyższa Szkoła Zarządzania w Gdańsku, Gdańsk, 2016.
34. Juczyński Z: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2012.
35. Święcicka A. Święcicki M. *Wpływ rodziny na zachowania prozdrowotne osób starszych po 65 roku życia*, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015; 2(56): 141-148.
36. Fidecki W., Wysokiński M., Królik W., Sienkiewicz Z., Kulina D., Kornatowski M. *Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn w podeszłym wieku*. *Geriatrya*, 2018; 12: 130-135.
37. Młynarska M., Nowicki G., Rudnicka-Drożak E., Zagaja A., Misztal-Okońska P., Dyndur J., Majcher P. *Zachowania zdrowotne osób powyżej 65 roku życia i ich socio-demograficzne uwarunkowania*, *Gerontologia*, 2015; 4: 179-185.
38. Wysokiński M., Dmowska P., Fidecki W., Dziedzic B.: *Zachowania zdrowotne a akceptacja choroby osób w podeszłym wieku*, *Geriatrya*, 2019, 13: 77-82.

39. Kurowska K, Białasik B. Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). *Now Lek* 2009, 2(78): 113-122.
40. Smoleń E, Gazdowicz L, Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. *Piel XXI*. 2011; 3(36): 5-9.
41. Arendt A, Laszczyńska M, Bażydło M i wsp. Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn po 40 roku życia. *Probl Hig Epidemiol*. 2014; 95(3): 659-666.
42. Koziół D, Kaczmarczyk M, Naszydłowska E i wsp. Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. *Stud Med*. 2008; 12: 23-28.
43. Kupcewicz E, Gontarz A, Wilk B i wsp. Evaluation of health behaviours of individuals aged over 60 years. *Hygeia Public Health* 2016; 51(2): 202-208.
44. Sygit-Kowalkowska E. Zachowania zdrowotne osób w okresie późnej dorosłości – socjodemograficzne korelaty i różnice między środowiskami społecznymi. *Ann Acad Med Stetin*. 2013; 59(1): 103-113.
45. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Program pomyślnego starzenia – profilaktyka schorzeń i dolegliwości wieku starszego [w:] *Pomyślnie starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*. Kowaleski JT, Szukalski P (red). Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ, Łódź, 2008: 39-49.
46. Zielińska-Więczkowska H, Pawelska K, Muszalik M i wsp. Zachowania zdrowotne pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową – w świetle badań empirycznych. *Piel XXI*. 2011; 19(2): 23-26.
47. Dziedzic B., Sienkiewicz Z., Imiela J. Analiza wybranych zachowań zdrowotnych osób po 65 roku życia ze stwierdzoną chorobą niedokrwienną serca, *Gerontologia Polska*, 2015; 3: 143-158.
48. Meneguci J, Sasaki JE, da Silva Santos Á., et al. Socio-demographic, clinical and health behavior correlates of sitting time in older adults. *BMC Public Health*. 2015; 15: 65.
49. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. *Termedia Wyd. Med.*, Poznań, 2012.
50. Cybulska A.M., Rachubińska K., Dembicka W., Grochans E.: *Poszukiwanie czynników wpływających na umiejscowienie kontroli zdrowia i zachowania*

- zdrowotne osób przebywających na emeryturze, *Med Og Nauk Zdr.* 2019; 25(4): 295–299.
51. Nowicki J, Ślusarska B, Młynarska M, Rudnicka-Drożak E, Chemperek E, Gawroński M. Umiejscowienie kontroli zdrowia a deklarowane zachowania zdrowotne w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne. *Pol Prz Nauk Zdr.* 2017; 1(50): 38–48.
52. Kurowska K., Różańska O. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób z rozpoznaniem kamicy żółciowej. *Pielęg Chir Angiol.* 2014; (1): 35–40.



ISBN – 978-83-971735-5-2