

# Samooceńa stanu zdrowia uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku

## Self-rated health of a Third Age University Association course participants

OLGA GAJEWSKA<sup>1/</sup>, MAREK BRYŁA<sup>2,3/</sup>, IRENA MANIECKA-BRYŁA<sup>1,3/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2/</sup> Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>3/</sup> Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego w Olsztynie

**Wprowadzenie.** Samooceńa stanu zdrowia osób starszych jest ważnym miernikiem stanu zdrowia tej subpopulacji, zwłaszcza w kontekście jakości życia. Szczególnie istotne znaczenie w poziomie jakości życia spełnia aktywność osób starszych.

**Cel pracy.** Określenie czynników korelujących z samooceńą stanu zdrowia uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono w 2011 roku wśród 250 uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku. Narzędziem badania był autorski kwestionariusz ankiety.

**Wyniki.** Stwierdzono zależność pomiędzy samooceńą stanu zdrowia a wiekiem badanych, samopoczuciem, występowaniem chorób, subiektywną oceną szczęścia oraz możliwością samodzielnego poruszania się.

**Wnioski.** Uczestnictwo w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku sprzyja zachowaniu dobrego poziomu zdrowia fizycznego, psychicznego i funkcjonalnego, co znajduje odzwierciedlenie w samooceńie stanu zdrowia.

**Słowa kluczowe:** starość, starzenie się populacji, Uniwersytet Trzeciego Wieku, samooceńa stanu zdrowia

**Introduction.** Self-rated health of the elderly constitutes an important indicator of the health situation of this subpopulation, especially from the perspective of quality of life. Among the elderly, being active plays a crucial role in ensuring a high level of quality of life.

**Aims.** To identify self-rated health determinants among a Third Age University Association course participants in Plock.

**Material & methods.** Our research study was carried out in 2011 among 250 course participants of the Third Age University Association in Plock. The research instrument was our own survey questionnaire.

**Results.** We affirmed the association between the self-rated health of the elderly and the age of the study subjects, their subjective well-being, incidence of disorders, subjective perception of happiness and independent mobility.

**Key words:** old age, population ageing, Third Age University, self-rated health

© Hygeia Public Health 2012, 47(4): 453-459

www.h-ph.pl

Nadesłano: 15.10.2012

Zakwalifikowano do druku: 15.11.2012

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

prof. UM dr hab. n. med. Irena Maniecka-Bryła  
Zakład Epidemiologii i Biostatystyki Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
ul. Żeligowskiego 7/9, 90-752 Łódź  
tel. 42 639 32 73, 42 639 32 65  
irena.maniecka-bryla@umed.lodz.pl

### Wykaz skrótów

UTW – Uniwersytet Trzeciego Wieku

SUTW – Stowarzyszenie Uniwersytetu Trzeciego Wieku

### Wprowadzenie

Starzenie się populacji to jeden z najważniejszych procesów demograficznych, jaki obserwujemy we współczesnym świecie. Pod pojęciem starzenia demograficznego rozumie się systematyczny wzrost odsetka osób starszych w populacji, a więc powyżej

pewnej granicy wieku określanej często jako próg starości [1].

Zgodnie ze skalą E. Rosseta, społeczeństwo wkracza w fazę starości demograficznej, gdy odsetek osób w wieku 60 lat i więcej przekracza 12% ogółu ludności [2]. Proces starzenia i problemy z nim związane dotyczy niemal wszystkich krajów, jednak jego obecne i przewidywane tempo jest zróżnicowane przestrzennie oraz związane z odzwierciedleniem trendów w zakresie rodności, umieralności i migracji [3, 4].

Długofalowe badania epidemiologiczne dowiodły, że samoocena stanu zdrowia jest ważnym predykatorem umieralności. Dlatego też na świecie samoocena stanu zdrowia ludzi starszych uważana jest za bardzo ważny miernik stanu zdrowia, gdyż odzwierciedla stan zdrowia fizycznego, psychicznego, funkcjonalnego i społecznego [1].

Podjęcie różnych form aktywności w ramach uczestnictwa w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku (UTW) sprzyja poprawie jakości życia związanej ze zdrowiem. Warto nadmienić, iż pierwszy na świecie UTW powstał w 1973 roku, w Tuluzie. Głównym celem tego uniwersytetu było dążenie do poprawy jakości życia ludzi starszych przez włączenie ich do systemu kształcenia ustawicznego i utrzymania dobrej kondycji fizycznej. Dodatkowym celem było prowadzenie badań naukowych z zakresu gerontologii społecznej. W Polsce pierwszy UTW powstał w Warszawie, w 1981 roku, z inicjatywy gerontologa – prof. Haliny Szwarz.

Uniwersytet Trzeciego Wieku w Płocku rozpoczął swoją działalność 5 lutego 2002 roku. Początkowo nosił nazwę Płocki Uniwersytet Trzeciego Wieku przy Związku Nauczycielstwa Płockiego. Po zarejestrowaniu w Krajowym Rejestrze Sądowym w Warszawie w dniu 5 stycznia 2005 roku otrzymał nową nazwę: Stowarzyszenie Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku (SUTW). Prowadzi ono działalność w zakresie pomocy społecznej na rzecz osób starszych i działalność w zakresie ochrony i promocji zdrowia osób starszych. W tym celu SUTW rozwija różne formy działalności edukacyjnej, zdrowotnej, kulturalnej, twórczej i turystyczno-krajoznawczej dla osób starszych. Stowarzyszenie włącza seniorów do systemu kształcenia ustawicznego w celu stymulowania sprawności intelektualnej i fizycznej, aktywizuje społecznie swoich członków, upowszechnia profilaktykę gerontologiczną oraz stwarza warunki do godnego starzenia się [5].

### Cel pracy

Określenie czynników korelujących z samooceną stanu zdrowia ludzi starszych, uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku.

### Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w październiku i listopadzie 2011 roku wśród uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku, w wieku 60 lat i więcej. Próba badana liczyła 250 osób. Doboru próby dokonano w drodze losowania systematycznego. W rezultacie ankietę wypełniła co druga osoba uczęszczająca na zajęcia.

Autorski kwestionariusz ankiety opracowano na podstawie analizy literatury przedmiotu. Zawierał dane dotyczące sytuacji społeczno-ekonomicznej respondentów i 26 pytań: jednokrotnego i wielokrotnego wyboru oraz pytania otwarte. Pytania dotyczyły samooceny stanu zdrowia z uwzględnieniem zdrowia fizycznego, psychicznego i funkcjonalnego. Problem samooceny stanu zdrowia uwzględniono w trzech pytaniach. Jedno dotyczyło oceny stanu zdrowia w pięciu kategoriach: bardzo dobra, dobra, przeciętna, zła, bardzo zła. Kolejne pytanie odnosiło się do określenia swojego stanu zdrowia na skali wizualnej (VAS – *Visual Analog Scale*), gdzie „0” oznaczało najgorszy stan zdrowia, a „100” najlepszy. Ostatnie pytanie uwzględniało ocenę swojego stanu zdrowia w porównaniu z innymi w tym samym wieku w pięciu wcześniej wspomnianych kategoriach. Żadna z badanych osób nie określiła swojego zdrowia jako „bardzo złe”, dlatego tę kategorię wykluczono z analizy.

Uzyskane dane wprowadzone zostały do przygotowanej bazy w programie Microsoft Excel i poddane analizie statystycznej. Wykorzystano takie miary, jak: średnia arytmetyczna; odchylenie standardowe; wskaźniki struktury – odsetki i frakcje w zależności od liczebności analizowanych grup według zmiennych. W celu stwierdzenia zależności między cechami wykorzystano test niezależności  $\chi^2$ , a dla określenia siły tej zależności obliczono współczynnik współzależności C-Pearsona.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

### Wyniki

Liczba ludności miasta Płocka w 2011 r. wynosiła 124 318 osób (w wieku poprodukcyjnym było 22 245 osób (18%) [6]. Wśród osób objętych badaniem było 242 (97%) kobiet i 8 (3%) mężczyzn. Osoby te były w wieku od 60 do 80 lat, przy czym średnia wieku wynosiła  $66 \pm 6$  lat. 46% badanych było w wieku 60-64 lata, 26% w przedziale wieku 65-69 lat, 15% w wieku 70-74, 11% w wieku 75-79, natomiast w grupie najstarszej, tj. 80 lat i więcej – 2%. Największa liczba badanych posiadała wykształcenie średnie – 97 osób (39%) i wyższe – 96 osób (38%), pozostali posiadali wykształcenie niepełne wyższe – 53 osoby (21%) oraz zasadnicze zawodowe – 4 osoby (2%). Wśród badanych 48% (120 osób) było w związku małżeńskim, 40% (100 osób) było owdowiałych, 10% (24 osoby) rozwiedzionych oraz 2% (6 osób) stanu wolnego (kawaler/panna).

W celu określenia czynników determinujących samoocenę stanu zdrowia uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu III Wieku w Płocku przedstawiono poniżej wyniki analizy zależności samooceny stanu zdrowia od wybranych zmiennych zawartych

w kwestionariuszu ankiety. 58% uczestników zajęć Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku określiło swój stan zdrowia jako przeciętny, 28% – jako dobry, 11% – zły i 3% – bardzo dobry.

Stwierdzono istotną statystycznie zależność samooceny stanu zdrowia uczestników zajęć Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku od wieku ( $p < 0,05$ , tab. I). Była to zależność umiarkowanie silna. Spośród osób najmłodszych, w wieku 60-64 lat niemal co trzecia osoba (29%) określiła swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry. Spośród badanych w wieku 65-69 lat taką ocenę wskazała niemal połowa badanych (0,48). Z kolei osoby mające 70-74 lat rzadziej oceniały w ten sposób swój stan zdrowia (0,27), a badani w wieku 75-79 lat jeszcze rzadziej (0,18). Spośród osób w wieku 80 lat i więcej żadna nie oceniła swojego stanu zdrowia jako dobry lub bardzo dobry. Złą ocenę własnego zdrowia dała niemal co trzecia osoba w wieku 75-79 lat (0,30) i co dziesiąta w wieku 70-74 lat (0,10). Warto podkreślić, że przeciętnie oceniło stan własnego zdrowia w każdej grupie wieku ponad połowa badanych.

Tabela I. Badani według wieku i samooceny stanu zdrowia  
Table I. The study subjects by age and self-rated health

Samoocena stanu zdrowia	wiek (w latach)									
	60-64		65-69		70-74		75-79		≥80	
	n	f	n	f	n	f	n	f	n	f
bardzo dobra	6	0,05	1	0,02	1	0,03	0	0,00	0	0,00
dobra	27	0,24	30	0,46	9	0,24	5	0,19	0	0,00
przeciętna	68	0,60	32	0,49	24	0,63	14	0,52	6	1,00
zła	13	0,11	2	0,03	4	0,10	8	0,29	0	0,00
Razem	114	1,00	65	1,00	38	1,00	27	1,00	6	1,00

f – frakcje

Źródło: obliczenia własne,  $\chi^2=15,658$ ;  $p < 0,05$ ;  $C=0,243$

Biorąc pod uwagę stan cywilny badanych nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy ich stanem cywilnym a samooceną stanu zdrowia ( $p > 0,05$ ).

Poziom wykształcenia uczestników zajęć Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku nie wpływał istotnie statystycznie na samoocenę stanu zdrowia ( $p > 0,05$ , tab. II). Jednakże należy podkreślić, że w analizowanej grupie były jedynie cztery osoby o wykształceniu zasadniczym, zaś pozostali legitymowali się co najmniej wykształceniem średnim. Najczęściej dobrą lub bardzo dobrą ocenę stanu swojego zdrowia miały osoby z wykształceniem wyższym (0,36) lub niepełnym wyższym (0,32), a więc co trzecia osoba z takim wykształceniem, natomiast spośród mających wykształcenie zasadnicze żadna osoba w ten sposób nie oceniała swojego stanu zdrowia. Nie stwierdzono także istotnej statystycznie zależności samooceny stanu zdrowia od charakteru wykonywanej pracy

Tabela II. Badani według wykształcenia i samooceny stanu zdrowia  
Table II. The study subjects by education and self-rated health

Samoocena stanu zdrowia	wykształcenie							
	zasadnicze		średnie		niepełne wyższe		wyższe	
	n	f	n	f	n	f	n	f
bardzo dobra	0	0,00	2	0,02	2	0,04	4	0,04
dobra	0	0,00	25	0,26	15	0,28	31	0,32
przeciętna	4	1,00	57	0,59	33	0,62	50	0,52
zła	0	0,00	13	0,13	3	0,06	11	0,12
Razem	4	1,00	97	1,00	53	1,00	96	1,00

f – frakcje

Źródło: obliczenia własne,  $\chi^2=3,800$ ;  $p > 0,05$

w przeszłości ( $p > 0,05$ ). Jednak nieco częściej bardzo dobrą i dobrą samoocenę miały osoby będące pracownikami umysłowymi (0,33) niż pracownikami fizycznymi (0,21).

Badani w jednym z pytań w kwestionariuszu ankiety określali swój stan zdrowia na skali wizualnej „termometru”, na którym najlepszy stan zdrowia oznaczany był liczbą 100, zaś najgorszy stan zdrowia cyfrą 0 (tab. III). Stwierdzono istotną statystycznie, silną zależność pomiędzy stanem zdrowia uczestników zajęć Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku ocenianym na skali wizualnej, a samooceną stanu zdrowia określaną słownie ( $p < 0,001$ ;  $C=0,63$ ). Okazało się, że im większa ocena na skali „termometru”, tym lepsza samoocena stanu zdrowia. I tak: spośród badanych uzyskujących wyniki 81-100 ponad połowa oceniła swój stan zdrowia jako bardzo dobry, a pozostali jako dobry (odpowiednie: 0,62 i 0,38).

Tabela III. Badani według samooceny stanu zdrowia określonej słownie i na skali wizualnej

Table III. The study subjects by self-rated health defined verbally and on a visual scale

Samoocena stanu zdrowia	Skala wizualna (VAS)									
	0-20		21-40		41-60		61-80		81-100	
	n	f	n	f	n	f	n	f	n	f
bardzo dobra	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	0,62
dobra	0	0,00	1	0,05	2	0,02	63	0,58	5	0,38
przeciętna	0	0,00	8	0,36	93	0,89	43	0,40	0	0,00
zła	2	1,00	13	0,59	10	0,09	2	0,02	0	0,00
Razem	2	1,00	22	1,00	105	1,00	108	1,00	13	1,00

f – frakcje

Źródło: obliczenia własne,  $\chi^2=167,681$ ;  $p < 0,001$ ;  $C=0,63$

Kolejne z pytań w kwestionariuszu ankiety dotyczyło samopoczucia. Uczestnicy badania mieli do wyboru 4 odpowiedzi: raczej młodo, raczej staro, ani młodo ani staro oraz odpowiedź: nie zastanawiałem/nie zastanawiałam się. Samoocena stanu zdrowia badanych w sposób istotny statystycznie zależała od ich samopoczucia ( $p < 0,001$ ;  $C=0,39$ , tab. IV). Była to zależność umiarkowanie silna. Osoby czujące się raczej młodo częściej niż pozostałe wybierały w samoocenie

stanu zdrowia odpowiedź „bardzo dobry” lub „dobry” (0,51), a czujące się „raczej staro” najczęściej oceniały stan zdrowia jako zły (0,57). Natomiast osoby, które czuły się „ani młodo ani staro” najczęściej w samoocenie stanu zdrowia wybierały odpowiedź „przeciętny” (0,75).

Tabela IV. Badani według samooceny stanu zdrowia i samopoczucia  
Table IV. The study subjects by self-rated health and well-being

Samoocena stanu zdrowia	Samopoczucie osoby							
	raczej młodo		raczej staro		ani młodo ani staro		nie zastanawiał/a się	
	n	f	n	f	n	f	n	f
bardzo dobra	7	0,08	0	0,00	1	0,01	0	0,00
dobra	40	0,43	2	0,29	21	0,18	8	0,24
przeciętna	38	0,41	1	0,14	88	0,75	17	0,52
zła	7	0,08	4	0,57	8	0,06	8	0,24
Razem	92	1,00	7	1,00	118	1,00	33	1,00

f – frakcje

Źródło: obliczenia własne,  $\chi^2=44,309$ ;  $p<0,001$ ;  $C=0,39$

Stwierdzono istotną statystycznie, niezbyt silną zależność pomiędzy subiektywną oceną szczęścia a samooceną stanu zdrowia badanych ( $p<0,05$ ;  $C=0,22$ ), (tab. V). Okazało się, że osoby czujące się szczęśliwymi istotnie częściej, niż pozostałe, bardzo dobrze lub dobrze oceniały swój stan zdrowia (0,37), zaś mający przeciwne zdanie w ocenie szczęścia w ogóle nie wybrały w samoocenie tej odpowiedzi. Z kolei badani, którzy nie wiedzieli czy są szczęśliwi czy nie, w samoocenie stanu zdrowia z podobną częstością wybierali odpowiedź bardzo dobry lub dobry oraz zły (odpowiednio: 0,20 i 0,17). Najczęściej jednak złą samoocenę wskazywały osoby nie czujące się szczęśliwymi (0,37).

Tabela V. Badani według samooceny stanu zdrowia i subiektywnej oceny szczęścia

Table V. The study subjects by self-rated health and subjective perception of happiness

Samoocena stanu zdrowia	Subiektywna ocena szczęścia (czy czuje się pan/pani szczęśliwy/a?)					
	tak		nie		nie wiem	
	n	f	n	f	n	f
bardzo dobra	7	0,04	0	0,00	1	0,02
dobra	59	0,33	0	0,00	12	0,18
przeciętna	98	0,55	5	0,63	41	0,63
zła	13	0,08	3	0,37	11	0,17
Razem	177	1,00	8	1,00	65	1,00

f – frakcje

Źródło: obliczenia własne,  $\chi^2=12,519$ ;  $p<0,05$ ;  $C=0,22$

Biorąc pod uwagę kolejną zmienną stwierdzono istotny statystycznie, silny związek pomiędzy oceną swojego stanu zdrowia w porównaniu z osobami w tym samym wieku a wybraną samooceną stanu zdrowia ( $p<0,001$ ;  $C=0,63$ , tab. VI). Im badani lepiej oceniali

swój stan zdrowia w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku, tym częściej w samoocenie stanu zdrowia wybierali odpowiedź „bardzo dobry” lub „dobry”. Oceniający się bardzo dobrze w porównaniu z rówieśnikami w zdecydowanej większości postrzegali swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry (0,92), dobrze oceniający się w porównaniu z innymi nieco rzadziej tak oceniali swój stan zdrowia (0,63), oceniający się przeciętnie w porównaniu z innymi bardzo rzadko w samoocenie stanu zdrowia wybrali odpowiedź bardzo dobry lub dobry (0,03), natomiast najczęściej wybrali odpowiedź „przeciętny”. Natomiast niemal wszystkie osoby, które w porównaniu z osobami w swoim wieku oceniali się źle, także w samoocenie własnego stanu zdrowia wykazali ocenę „źle” (0,90).

Tabela VI. Badani według samooceny stanu zdrowia i oceny zdrowia w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku

Table VI. The study subjects by self-rated health and health assessment in comparison with their peers

Samoocena stanu zdrowia	Ocena stanu zdrowia w porównaniu z innymi w tym samym wieku							
	bardzo dobrze		dobrze		przeciętnie		źle	
	n	f	n	f	n	f	n	f
bardzo dobra	5	0,38	2	0,02	1	0,01	0	0,00
dobra	7	0,54	61	0,61	3	0,02	0	0,00
przeciętna	1	0,08	37	0,37	105	0,83	1	0,10
zła	0	0,00	0	0,00	18	0,14	9	0,90
Razem	13	1,00	100	1,00	127	1,00	10	1,00

f – frakcje

Źródło: obliczenia własne,  $\chi^2=168,207$ ;  $p<0,001$ ;  $C=0,63$

W związku z narastającymi problemami osób starszych z układem kostno-stawowym, jedno z pytań dotyczyło możliwości samodzielnego poruszania się. Istniała istotna statystycznie zależność, o umiarkowanej sile, pomiędzy możliwością codziennego poruszania się a samooceną stanu zdrowia ( $p<0,001$ ;  $C=0,36$ ) (tab. VII). Okazało się, że badani nie mający żadnych problemów z poruszaniem się istotnie częściej

Tabela VII. Badani według samooceny stanu zdrowia i możliwości codziennego samodzielnego poruszania się

Table VII. The study subjects by self-rated health and everyday independent mobility

Samoocena stanu zdrowia	Możliwości codziennego samodzielnego poruszania się			
	nie ma żadnych problemów z chodzeniem		czasami chodzenie sprawia pewien kłopot	
	n	f	n	f
bardzo dobra	7	0,05	1	0,01
dobra	54	0,38	17	0,16
przeciętna	81	0,56	63	0,59
zła	2	0,01	25	0,24
Razem	144	1,00	106	1,00

f – frakcje

Źródło: obliczenia własne,  $\chi^2=37,550$ ;  $p<0,001$ ;  $C=0,36$

niż mający takie problemy w samoocenie stanu zdrowia wybierali odpowiedź „bardzo dobry” lub „dobry” (odpowiednio: 0,43 i 0,17). W obu tych podgrupach wybór przeciętnej samooceny był dokonany ze zbliżoną częstością (0,56 i 0,59). Natomiast złą samoocenę stanu zdrowia częściej wykazywali badani, którym chodzenie sprawiało pewien kłopot (0,24 wobec 0,01).

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia uczestników badania a zasięgiem w ciągu ostatnich 12 miesięcy porad z powodu: nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii, RZS – reumatoidalnego zapalenia stawów, choroby zwyrodnieniowej ( $p < 0,05$ ;  $C = 0,16$ ), rozedmy płuc ( $p < 0,05$ ;  $C = 0,18$ ) i chorób żołądka i dwunastnicy (tab. VIII). Najczęściej korzystali z porady z wymienionych powodów ci badani, którzy swój stan zdrowia oceniali jako zły. I tak spośród źle

oceniających swoje zdrowie ponad połowa zasięgała porady z powodu podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi i hipercholesterolemii (0,59 i 0,56), nieco mniej niż połowa z powodu RZS (0,41), prawie 2/3 z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa (0,63), zaś co czwarta osoba z powodu choroby żołądka i dwunastnicy, a co piąta osoba z powodu innych chorób. Osoby oceniające swój stan zdrowia jako przeciętny korzystały z porad z powodu tych samych chorób istotnie rzadziej, a mający bardzo dobrą lub dobrą samoocenę jeszcze rzadziej. Warto podkreślić, że w przypadku rozedmy płuc wszyscy ocenili swój stan zdrowia źle.

Kolejne z pytań dotyczyło objawów, które występowały u badanych w ciągu ostatniego miesiąca. W przypadku uczestników zajęć Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku najczęściej występował ból kręgosłupa (69% badanych), ból stawów (59% badanych) oraz ból głowy (40% badanych, tab. IX).

Tabela VIII. Badani według samooceny stanu zdrowia i chorób, z powodu których zasięgałi porady lekarza w ciągu ostatnich 12 miesięcy  
Table VIII. The study subjects by self-rated health and diseases consulted with a doctor during the previous 12 months

Choroby	Samoocena stanu zdrowia						$\chi^2$	P	Współ- czynnik C-Pearsona
	bardzo dobra i dobra (n=79)		przeciętna (n=144)		zła i bardzo zła (n=27)				
	n	f	n	f	n	f			
nadciśnienie tętnicze krwi	29	0,37	75	0,52	16	0,59	<b>6,368</b>	<b>p&lt;0,05</b>	<b>0,16</b>
hipercholesterolemia	24	0,30	63	0,44	15	0,56	<b>6,504</b>	<b>p&lt;0,05</b>	<b>0,16</b>
cukrzyca	5	0,06	13	0,09	3	0,11	0,772	p>0,05	–
zawał serca	1	0,01	3	0,02	0	0,00	0,073	p>0,05	–
choroba wieńcowa	12	0,15	17	0,12	5	0,19	1,204	p>0,05	–
RZS	15	0,19	29	0,20	11	0,41	<b>6,725</b>	<b>p&lt;0,05</b>	<b>0,16</b>
choroba zwyrodnieniowa	31	0,39	79	0,55	17	0,63	<b>6,772</b>	<b>p&lt;0,05</b>	<b>0,16</b>
rozedma płuc	0	0,00	0	0,00	2	0,07	<b>8,034</b>	<b>p&lt;0,05</b>	<b>0,18</b>
przewlekłe zapalenie oskrzeli	5	0,06	19	0,13	1	0,04	2,700	p>0,05	–
astma oskrzelowa	5	0,06	11	0,08	0	0,00	1,165	p>0,05	–
choroby żołądka i dwunastnicy	2	0,03	23	0,16	7	0,26	<b>10,675</b>	<b>p&lt;0,01</b>	<b>0,20</b>
choroba nowotworowa	0	0,00	9	0,06	2	0,07	3,524	p>0,05	–
inne	2	0,03	27	0,19	5	0,19	<b>10,364</b>	<b>p&lt;0,01</b>	<b>0,20</b>

f – frakcje

Źródło: obliczenia własne

Tabela IX. Badani według samooceny stanu zdrowia i objawów, które występowały w ciągu ostatniego miesiąca  
Table IX. The study subjects by self-rated health and symptoms occurring during the previous month

Objawy	Samoocena stanu zdrowia						$\chi^2$	P	Współ- czynnik C-Pearsona
	bardzo dobra i dobra		przeciętna		zła				
	n	f	n	f	n	f			
ból w klatce piersiowej	9	0,11	25	0,17	12	0,44	<b>14,885</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,24</b>
ból stawów	46	0,58	85	0,59	17	0,63	0,191	p>0,05	–
ból kręgosłupa (pleców, krzyża)	55	0,70	102	0,71	16	0,59	1,439	p>0,05	–
obrzęki stóp	8	0,10	48	0,33	14	0,52	<b>22,170</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,29</b>
żylaki podudzi	10	0,13	38	0,26	5	0,19	5,887	p>0,05	–
zaparcie	22	0,28	40	0,28	6	0,22	0,379	p>0,05	0,16
ból głowy	19	0,24	68	0,47	13	0,48	<b>12,250</b>	<b>p&lt;0,01</b>	<b>0,22</b>
bezsenna	28	0,35	59	0,41	17	0,63	<b>6,328</b>	<b>p&lt;0,05</b>	<b>0,16</b>
depresja (silne przygnębienie)	11	0,14	27	0,19	5	0,19	0,871	p>0,05	–
ból zębów	3	0,04	20	0,14	6	0,22	<b>8,397</b>	<b>p&lt;0,05</b>	<b>0,18</b>
kaszel	25	0,32	40	0,28	6	0,22	0,943	p>0,05	–
inne	6	0,08	11	0,08	0	0,00	2,209	p>0,05	–

f – frakcje

Źródło: obliczenia własne

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia a występowaniem następujących objawów: ból w klatce piersiowej ( $p < 0,001$ ;  $C = 0,24$ ), obrzęki stóp ( $p < 0,001$ ;  $C = 0,29$ ), ból głowy ( $p < 0,01$ ;  $C = 0,22$ ), bezsenność ( $p < 0,05$ ;  $C = 0,16$ ) i ból zębów ( $p < 0,05$ ;  $C = 0,18$ ). Zauważono, że im gorsza samoocena stanu zdrowia, tym częściej badani mówili o objawach występujących u nich w ciągu ostatniego miesiąca.

## Dyskusja

W badaniach prowadzonych w 2000 roku jedynie 17% starszych Polaków oceniało pozytywnie własny stan zdrowia i określało go jako „dobry” lub „raczej dobry”. Jednocześnie 31% respondentów oceniało go jako przeciętny, natomiast połowa badanych (52%) negatywnie określała stan własnego zdrowia [7].

W badaniu własnym 58% uczestników zajęć UTW określiło swój stan zdrowia jako przeciętny, 28% jako dobry, 11% – zły i 3% – bardzo dobry. Lepsza samoocena stanu zdrowia uczestników zajęć UTW wiąże się z ich pozytywną postawą, gdyż koncentrują się na aktywnym udziale w życiu społeczności lokalnej. Osoby te wykorzystują możliwość, jaką stwarza im znaczna ilość wolnego czasu, w miarę dobry stan zdrowia i okoliczności sprzyjające podejmowaniu różnorodnych zadań.

Rolę edukacji i jej znaczenie dla zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia udokumentowały badania długofalowe, tzw. „studia Goeteborskie”, prowadzone przez lekarzy, psychologów i socjologów szwedzkich. W badaniach tych – prowadzonych od 1971 roku – stwierdzono, że osoby 70-letnie co każde 5 lat cieszą się lepszym zdrowiem – i to głównie za sprawą lepszego wykształcenia i ciągłego uczenia się [8]. Ponadto z danych Głównego Urzędu Statystycznego w Warszawie wynika, że istnieje ścisły związek między wykształceniem a poczuciem osamotnienia, aktywnością w czasie wolnym, zadowoleniem z życia i percepcją własnego zdrowia. Osoby z wykształceniem niższym mają częściej niską samoocenę, zaś osoby z wykształceniem średnim i wyższym są bardziej aktywne, cieszą się lepszym zdrowiem i są bardziej zadowolone z życia.

Analizując jakość życia słuchaczy UTW na uwagę zasługuje badanie przeprowadzone w latach 2006-2007. W badaniu wzięło udział 185 osób, w tym 120 słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Kielcach i 65 osób niepodjęających tej formy aktywności. Grupę badaną, jak i kontrolną, stanowiły osoby w wieku 60-80 lat. W badaniu wykorzystano polskojęzyczną wersję kwestionariusza WHOQOL-100. Wykazano,

że 86% słuchaczy UTW było raczej zadowolonych i bardzo zadowolonych ze swojego zdrowia. Wśród starszych osób niepodjęających tej formy aktywności zadowolenie ze swojego zdrowia deklarowało 72,31% respondentów. Istotne statystycznie różnice stwierdzono w zakresie jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym, poziomu niezależności funkcjonowania środowiskowego oraz duchowości [9]. Przytaczając wyniki badania własnego dotyczące samooceny szczęścia aż 71% uczestników było szczęśliwych, a jedynie 3% nie, zaś 26% respondentów nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie.

Należy podkreślić, że uczestnicy zajęć UTW w przeważającej większości (86%) są w wieku wczesnej starości. Osoby te cechuje wysoka aktywność intelektualna, rozwijają swoje zainteresowania i uczestnictwo w wykładach organizowanych przez UTW, umożliwia im to wymianę doświadczeń i stymuluje procesy twórcze [10, 11]. Aktywność tych osób, ich satysfakcja z życia wpływa również korzystnie na subiektywną ocenę zdrowia w porównaniu z innymi ludźmi w tym samym wieku. Cechy charakteryzujące próbę objętą badaniem własnym uzasadniają określenie, że osoby te są przykładem pomyślnego starzenia zgodnie z podkreślanymi w literaturze przedmiotu uwarunkowaniami [12, 13, 14]. Stwierdzono zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia a samopoczuciem i subiektywną oceną szczęścia, gdyż na samoocenę stanu zdrowia ludzi starszych wpływa stan fizyczny, psychiczny, społeczny i intelektualny [15]. Z kolei na pozytywne postrzeganie samego siebie, rozwój psychiczny, fizyczny, społeczny i intelektualny wpływa z pewnością uczestnictwo w zajęciach UTW [16, 17, 18, 19].

## Wnioski

1. Subiektywna ocena stanu zdrowia wyraża wszystkie aspekty zdrowotne, tj.: fizyczne, psychiczne, społeczne i funkcjonalne, jest więc istotnym parametrem szeroko rozumianej jakości życia związanej ze stanem zdrowia.
2. Należy rozwijać i propagować uczestnictwo w zajęciach organizowanych przez uniwersytety trzeciego wieku, aby umożliwić osobom starszym wymianę doświadczeń, podejmowanie wszelkich działań aktywizujących oraz możliwość ciągłego uczenia, co korzystnie wpływa na ich stan zdrowia.

*Pracę wykonano w ramach realizacji tematu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nr 503/6-029-07/503-01.*

## Piśmiennictwo / References

1. Maniecka-Bryła I. Zmiany w stanie zdrowia mieszkańców Łodzi w okresie transformacji społeczno-ekonomicznej (na przykładzie ludności w wieku 65-74 lata). Rozprawa habilitacyjna. UIM, Łódź 2006.
2. Weinkauff A, Kajcińska M, Paczek K. Diagnoza demograficzno-epidemiologiczna dotycząca osób starszych w Polsce i na Mazowszu w latach 2004-2005. Mazowieckie Centrum Zdr Publ, Warszawa 2006.
3. Szukalski P. Trwanie życia osób starszych w Europie na przełomie XX i XXI wieku. *Gerontol Pol* 2003, 2(2): 55-62.
4. Antczak S. Population aging in Europe, causes and effects. [in:] *The many faces of being old. Health and socio-cultural aspects of ageing*. Musielak M. AM, Poznań 2006: 73-78.
5. Czaplicka J. Pięć lat Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku 2002-2007. PWSZ, Płock 2007: 164.
6. GUS (Główny Urząd Statystyczny). [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl) (10.11.2012).
7. Bień B. Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie. [w:] *Polska starość*. Synak B (red). UG, Gdańsk. 2002.
8. Kryszkiewicz C. Aktywne życie seniorów warunkiem pomyślnego starzenia się. [w:] *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Steuden S, Marczuk M (red). KUL, Lublin 2006: 281-288.
9. Kozieł D, Trafiałek E. Kształcenie na Uniwersytetach Trzeciego Wieku a jakość życia seniorów. *Gerontol Pol* 2007, 15(3): 104-108.
10. Możdziej K, Salamon J. Aktywność seniorów skupionych w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubie Inteligencji Katolickiej. [w:] *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*. Kowaleski JT, Szukalski P (red). UŁ, Łódź 2009: 197-203.
11. Zrałek M. Lifelong learning jako czynnik poprawy jakości życia ludzi starszych. [w:] *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*. Kowaleski JT, Szukalski P (red). UŁ, Łódź 2008: 84-95.
12. Maniecka-Bryła I, Bryła M. Poglądy osób w wieku 65-74 lat na temat pomyślnego starzenia. *Gerontol Pol* 2008, 16(2): 119-126.
13. Phelan E, Anderson L, La Croix A, et al. Older adults' views of 'successful aging' – how do they compare with researchers' definitions? *J Am Ger Soc* 2004, 52(2): 211-216.
14. Phelan E, Larson E. 'Successful aging' – where next? *J Am Ger Soc* 2002, 50: 1306-1308.
15. Boulton-Lewis GM, Buys L, Tedman-Jones J. Learning among older adults with lifelong intellectual disabilities. *Educ Gerontol* 2008, 34: 282-291.
16. Czopko S. Rola Uniwersytetu Trzeciego Wieku w kształtowaniu jakości życia seniorów. [w:] *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*. Kałuża DT, Szukalski P (red). Biblioteka, Łódź 2010: 174-183.
17. Hill RD. Pozytywne starzenie się. *Młodzi duchem w jesieni życia*. MT Biznes, Warszawa 2010: 312.
18. Kobos E, Sienkiewicz Z, Leńczuk-Gruba A, Parkitna J. Seniors in Warsaw and their free time in the context of planning health education. *Zdr Publ* 2010, 120(2): 171-176.
19. Rohr MK, Lang FR. Aging well together – a mini-review. *Gerontol* 2009, 55: 333-343.