

## Marzanna Mziray<sup>1</sup>, Regina Żuralska<sup>1</sup>, Aleksandra Gaworska-Krzemińska<sup>2</sup>, Przemysław Domagała<sup>3</sup>, Teresa Kosińska<sup>3</sup>, Danuta Postrożny<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup>Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>3</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia, Gdański Uniwersytet Medyczny

# A naliza wybranych problemów zdrowotnych pacjentów w podeszłym wieku

Analysis of selected health problems of elderly patients

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Fizjologiczne starzenie organizmu manifestuje się zmianami jakościowymi i ilościowymi zachodzącymi we wszystkich narządach i układach. W kolejnych przedziałach wiekowych maleje sprawność mechanizmów regulacyjnych i adaptacyjnych do zmiennych warunków środowiska, obniża się odporność ustroju na działanie szkodliwych czynników bakteryjnych, wirusowych i stresów psychicznych, pojawiają się choroby. Zaburzenia te nasilają się pod wpływem złego stylu życia, w tym niedostatecznej aktywności fizycznej.

**Cel pracy.** Celem prezentowanej pracy było zdiagnozowanie problemów zdrowotnych osób w podeszłym wieku podczas standardowych wizyt domowych w ramach opieki środowiskowej oraz poznanie czynników mających wpływ na ich występowanie.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w grupie 104 osób w wieku powyżej 60 lat korzystających z usług medycznych NZOZ Przychodni w Gdańsku Brzeźnie. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego opartą na technice ankietowej z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji.

**Wyniki.** Stan zdrowia seniorów zależy od wieku – im starsza osoba tym niżej ocenia swoje samopoczucie. Do najczęstszych chorób osób w podeszłym wieku należą choroby reumatyczne, choroby narządu ruchu oraz nadciśnienie tętnicze. Ponad 66% seniorów biernie spędza czas wolny.

**Wnioski.** Profilaktyka zdrowotna zajmuje ważne miejsce w życiu seniorów a informacje uzyskane od lekarzy oraz pielęgniarek środowiskowych mają istotny wpływ na podejmowanie zachowań prozdrowotne przez badanych.

**Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (1): 62–67**

**Słowa kluczowe:** geriatrya; promocja zdrowia; aktywność fizyczna; osoby w wieku podeszłym

### ABSTRACT

**Introduction.** Physiological aging is manifested in qualitative and quantitative changes occurring in all body organs and systems. In subsequent ages decreases the efficiency of the regulatory mechanisms and adaptation to changing environmental conditions, the system reduces the resistance to harmful bacterial, viral and mental stress, diseases appear. These disorders are made worse under the influence of bad lifestyle, including inadequate physical activity.

**The aim of study.** The aim of the presented study was to diagnose health problems in the elderly, during the standard home nursing visit environments and to understand the factors that cause their occurrence.

**Material and methods.** The study was conducted on 104 people aged over 60 years who are using the medical services in Brzeźno NZOZ Clinic. The study used the method of diagnostic survey, questionnaire based on the technique of using a questionnaire survey of his own design.

Adres do korespondencji: mgr Marzanna Mziray Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk, tel. 58 349 19 23, e-mail: mmziray@gumed.edu.pl

Praca sfinansowana ze środków GUMed.

**Results.** The health status of seniors depend on their ages — the older the persons the lower they assess their mood. The most common diseases in the elderly are rheumatic diseases, diseases of the movement organs or musculoskeletal systems, and hypertension.

**Conclusions.** More than 66% of seniors spend their free time passive. Preventive care take an important place in the lives of seniors and the information obtained from doctors and nurses have a significant impact on respondents' decision about healthy behaviors.

**Nursing Topics 2014; 22 (1): 62–67**

**Key words:** geriatrics; health promotion; motor activity aged

## Wstęp

Starzenie się społeczeństwa jest tendencją globalną. Na świecie żyje około 400 milionów osób powyżej 65 lat, co stanowi 7% ludności świata [1]. W Polsce 13% ludności ma więcej niż 65 lat, w tym 65,6% to kobiety. Średnia długość życia kobiet wynosi 77,5 roku, mężczyzn — 68,8 roku [2]. Prognozy demograficzne wskazują, że populacja ludzi starszych będzie się zwiększała oraz pojawią się coraz większe dysproporcje w strukturze płciowej. Przypuszcza się, że w 2030 roku w Polsce na 100 kobiet będzie przypadało 81 mężczyzn [3].

Starzeniu się towarzyszą istotne zmiany w składzie ciała. Utrzymanie równowagi środowiska wewnętrznego staje się coraz trudniejsze — homeostaza traci stabilność. Naturalne starzenie manifestuje się zmianami jakościowymi i ilościowymi zachodzącymi we wszystkich narządach i układach [4]. W kolejnych przedziałach wiekowych pojawiają się typowe zmiany postawy ciała, poruszania się, widoczny jest zanik mięśni powodujący obniżanie się ich siły. Z wolna maleje sprawność mechanizmów regulacyjnych i adaptacyjnych do zmiennych warunków środowiska. Powstają zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej. Obniża się również odporność ustroju na działanie szkodliwych czynników bakteryjnych, wirusowych i stresów psychicznych [5]. Zaburzenia te nasilają się pod wpływem złego stylu życia, w tym niedostatecznej aktywności fizycznej i postępu współistniejących chorób [6].

Obiektywna ocena stanu zdrowia populacji osób starszych jest trudna i nieprecyzyjna, w związku z powszechną w tej grupie wiekowej wielochorobowością i niesprawnością. Z tego względu stosuje się tu subiektywny wskaźnik pośredni, czyli samookreślenie swego zdrowia w kategoriach: od bardzo dobrego do bardzo złego. Parametr ten, zobiektywizowany w badaniach prospektywnych, bardzo dobrze koreluje z przeżywalnością.

W 1998 roku zaobserwowano wysoki poziom negatywnych ocen dotyczących stanu zdrowia, które deklarowało aż 89,5% wszystkich osób po 60. roku życia (ogólnopolskie badania GUS). Starsi Polacy lokują się pod tym względem daleko za ludnością

Europy Zachodniej i Północnej. Wskazuje to niezbić na narastające zaniedbania w dziedzinie ochrony zdrowia w Polsce.

Na niską samoocenę stanu zdrowia wpływa rosnąca wraz z zaawansowaniem wieku wielochorobowość i polisymptomatologia. Dane GUS z 1998 roku wskazują, że tylko 8,8% ludzi starszych nie cierpi z powodu żadnej choroby przewlekłej, a 7,8% nie zgłasza żadnej dolegliwości. Pogorszeniu się parametrów zdrowia w ostatnich latach towarzyszył znamieny statystycznie wzrost rozpowszechnienia zażywania leków przez te osoby.

Kolejnym, pośrednim dowodem pogorszenia się stanu zdrowia jest też wzrost odsetka osób niepełnosprawnych. Między 1988 a 1996 rokiem odsetek osób starszych niepełnosprawnych, głównie z powodu chorób przewlekłych (narządu ruchu, układu krążenia, schorzeń neurologicznych, wzroku) zwiększył się średnio o około 20%. Wzrost można było zaobserwować znacznie bardziej na wsi — o 35% niż w miastach — o około 9%. W zaawansowanych stadiach niepełnosprawności, zwłaszcza przy oczekiwanej zwiększaniu się proporcji tak zwanych starych nad młodymi starymi, oznacza to rosnące zapotrzebowanie na świadczenia usługowe i opiekuńcze. Już obecnie pomocy w zakresie ciężkich prac domowych wymaga 55% osób po 75. roku życia, 44% przy zakupach, 30% przy kąpielach, zaś około 6% w zakresie podstawowych funkcji samoobsługowych (jedzenie, ubieranie, korzystanie z WC). Świadczeń takich udzielają najczęściej (77%) opiekunowie rodzinni oraz pomoc opłacana prywatnie (9%), nieformalna pomoc sąsiedzka (9%) i — w najmniejszym zakresie — pomoc publiczna (4,5%). Tymczasem przy rosnącym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne i opiekuńcze — publiczne wydatki na ochronę zdrowia wykazują tendencje malejące: z 4,4% PKB w 1997 roku do 4,2% w 1998 roku i — podobnie — na opiekę społeczną (spadek odpowiednio z 2,6% do 2%) [5].

Badania przeprowadzone przez Biercewicz, Kędziore-Kornatowską i Ślusarza [za: 3], pozwoliły na zidentyfikowanie problemów zdrowotnych wymagających zastosowania odpowiednich działań pielęgniacyjno-opiekuńczych oraz wsparcia. Przede

**Tabela 1.** Statystyki opisowe — ocena stanu własnego samopoczucia a wiek**Table 1.** Descriptive statistics — assessment of their own well-being and age

| Przedział wiekowy | N   | Średnia | Odchylenie standardowe | Błąd standardowy | 95% przedział ufności dla średniej |               | Min. | Max. |
|-------------------|-----|---------|------------------------|------------------|------------------------------------|---------------|------|------|
|                   |     |         |                        |                  | Dolna granica                      | Górna granica |      |      |
| 61–70 lat         | 21  | 2,86    | ,793                   | ,173             | 2,50                               | 3,22          | 2    | 5    |
| 71–80 lat         | 42  | 3,52    | ,833                   | ,129             | 3,26                               | 3,78          | 2    | 5    |
| Powyżej 80 lat    | 41  | 4,05    | ,947                   | ,148             | 3,75                               | 4,35          | 2    | 5    |
| Ogółem            | 104 | 3,60    | ,971                   | ,095             | 3,41                               | 3,78          | 2    | 5    |

wszystkim wśród nich należy wymienić: obniżony nastrój, depresja, upośledzona funkcja narządu wzroku i słuchu (niedowidzenie, niedosłuch), zaparcia, zaburzenia funkcji zwieraczy (w tym nietrzymanie moczu i/lub stolca), ograniczenia w zakresie mobilności oraz samodzielności w utrzymaniu higieny ciała.

### Cel

Celem niniejszego opracowania jest zdiagnozowanie wybranych problemów zdrowotnych osób w podeszłym wieku, podczas standardowych wizyt domowych w ramach opieki środowiskowej oraz poznanie czynników mających wpływ na ich występowanie.

### Materiał i metody

Doboru próby badawczej dokonano na podstawie kart pacjentów NZOZ Przychodni „Brzeźno”. Kryterium włączającym był wiek pacjentów powyżej 60. roku życia oraz bieżące korzystanie z usług medycznych ośrodka. Udział w badaniu był dobrowolny. Łącznie wytypowano 120 osób, w tym 104 osoby wyraziły zgodę na udział w badaniu — 68 kobiet i 36 mężczyzn. Badanie przeprowadzono osobiście podczas standardowych wizyt domowych wykonywanych w ramach opieki środowiskowej, w okresie luty–marzec 2009 roku.

W badaniu wykorzystano technikę ankiety, wywiadu, badania dokumentów oraz metody statystyczne. Ankieta składała się z 22 pytań, w tym dwóch pytań o charakterze metryczkowym: płeć i wiek. Pytania miały głównie charakter zamknięty (18 pytań), dwa pytania były półotwarte oraz dwa otwarte. Technikę wywiadu potraktowano jako formę uzupełniającą do ankiety. Miał on charakter rozmowy z badanymi. Metodę statystyczną wykorzystano jako postępowanie specjalnie przystosowane do wyjaśnienia danych ilościowych pozostających pod wpływem różnorodnych przyczyn. W statystyce posłużono się odpowiednimi próbami, do badań wybranych z dużych populacji.

### Wyniki

Badani mimo przynależności do grupy seniorów kwalifikowali się do różnych przedziałów wiekowych, między 61–70 lat były 22 osoby (21,2%), między 71–80 lat 42 osoby (40,4%) i powyżej 80 lat również 42 osoby (40,4%).

W zastosowanym kwestionariuszu ankiety zadano badanym wiele pytań mających na celu określenie ich stanu zdrowia. Pierwsze pytanie dotyczyło oceny własnego samopoczucia. Na podstawie odpowiedzi ustalono, że 42 osoby (40,4%) oceniły swój stan jako dobry, 26 osób (25%) jako zadowolający, 12 osób (11,5%) jako bardzo dobry, a 24 (23,1%) osoby uznały swój stan samopoczucia za zły.

Następnie zbadano samopoczucie osób starszych względem wieku. W tym celu dane poddano opracowaniu statystycznemu testem ANOVA (tab. 1). Uzyskane wyniki wskazują, że im starsze osoby, tym wyższa średnia oceny własnego samopoczucia (więc tym gorsze samopoczucie). Kategorie zmiennej były ustawione: 1 — „Nigdy nie czułem się lepiej”, 5 — „Złe”. Dla opisowej analizy różnic między średnimi ważne są także granice 95-procentowego przedziału ufności (pokazują one w jakim przedziale mieści się średnia w populacji i prawdopodobieństwem popełnienia błędu na poziomie 0,05).

W kolejnym pytaniu poproszono badanych o ocenę swojej sprawności fizycznej. Spośród pacjentów 4 osoby (3,8%) odpowiedziały, że są sprawne fizycznie w stopniu bardzo dobrym, 44 osoby (42,3%) w stopniu dobrym. Natomiast 28 osób (26,9%) deklarowało sprawność w stopniu umiarkowanym, 26 osób (25%) oceniło swój stan jako mało sprawny, 2 osoby (1,9%) twierdziły, że są niesprawne.

Istotnym obszarem badawczym było określenie rodzaju chorób występujących u osób w podeszłym wieku. Do najczęstszych chorób badani seniorzy

**Tabela 2.** Rodzaj wykonywanych regularnie badań**Table 2.** Type of tests conducted regularly

| Rodzaj badania       | Liczba | Odsetek |
|----------------------|--------|---------|
| Badanie krwi         | 88     | 84,6    |
| Badanie moczu        | 20     | 19,2    |
| Kontrola ciśnienia   | 76     | 73,1    |
| Kontrola wzroku      | 18     | 17,3    |
| Kontrola słuchu      | 4      | 3,8     |
| Badanie cytologiczne | 6      | 5,8     |
| Mammografia          | 8      | 7,7     |
| Badanie ogólne       | 24     | 23,1    |

**Tabela 3.** Palenie papierosów**Table 3.** Smoking cigarettes

| Odpowiedź    | Liczba     | Odsetek    |
|--------------|------------|------------|
| Tak          | 10         | 9,6        |
| Nie          | 94         | 90,4       |
| <b>Razem</b> | <b>104</b> | <b>100</b> |

**Tabela 4.** Forma spędzania czasu wolnego**Table 4.** Leisure activities

| Typ aktywności | Liczba     | Odsetek    |
|----------------|------------|------------|
| Aktywna        | 35         | 33,7       |
| Bierna         | 69         | 66,3       |
| <b>Razem</b>   | <b>104</b> | <b>100</b> |

zaliczyli nadciśnienie tętnicze, na które choruje 98 badanych osób (94,2%), depresję — 59 osób (56,7%) oraz schorzenia narządu ruchu — 47 osób (48,9%). Spośród badanych 59 osób (56,7%) wskazało, że ich problemem są choroby z obszaru stomatologii. Najbardziej wskazywanymi chorobami były choroby nowotworowe — 4 osoby (3,8%), choroby reumatyczne — 9 osób (8,7%) i choroby układu oddechowego — 11 osób (10,6%).

Ważnym czynnikiem wpływającym na przebieg procesu starzenia się oraz zachowanie zdrowia przez osoby w wieku podeszłym są zachowania prozdrowotne. W związku z powyższym w zastosowanej ankiecie zadano badanym pytania o poddawanie się regularnym badaniom lekarskim (tab. 2), o stosowa-

nie prozdrowotnej diety oraz o używki — alkohol i papierosy (tab. 3).

Określając nawyki żywieniowe, to uzyskane dane pokazują, że większość badanych 56 osób (53,8%) stara się stosować dietę sprzyjającą zachowaniu dobrego stanu zdrowia. Spośród badanych 30 osób (28,8%) odpowiedziało raczej tak, 10 osób (9,6%) raczej nie, natomiast do całkowitego jej nie stosowania przyznało się 8 badanych osób (7,7%). Z dalszych danych wynika iż 44 osoby (42,3%) stosuje dietę prozdrowotną ze wskazań lekarza, 32 osoby (30,1%) z posiadanej nadwagi a 12 osób (11,5%) z powodu złego samopoczucia.

Wśród badanych seniorów prawie połowa, czyli 50 osób (48,1%) pije alkohol, ale tylko dwie z nich wskazały, że w dużych ilościach, natomiast 52 osoby (50,0%) spożywają alkohol okazjonalnie.

W dalszej części ankiety skupiono się na pytaniach dotyczących rekreacji seniorów. W pierwszej kolejności przedstawiono preferencje wobec formy spędzania wolnego czasu. Jak wynika z uzyskanych odpowiedzi większa część badanych 69 (66,3%) osób spędza swój czas wolny w sposób bierny, a mniejsza część 35 (33,7%) osób w sposób aktywny (tab. 4). Wobec powyższego zestawiono odpowiedzi na pytanie: „Czym jest rekreacja dla seniorów?”. Duża część badanych 92 osoby (88,5%) wskazała, że jest metodą do zachowania organizmu w dobrej kondycji, 24 osoby (23,1%) miłą formą spędzania czasu, 20 osób (19,2%) nierozłączną częścią życia codziennego. Kolejne 18 osób (17,3%) uznało, że uprawianie rekreacji wynika z pewnego rodzaju przymusu, jakim jest zalecenie lekarskie, a 4 uznało, że jest to zwykła starta czasu.

W celu określenia przeciwwskazań do stosowania czynnej aktywności fizycznej poproszono badanych o określenie jakie motywy powodują, że mimo pozytywnych odpowiedzi o znaczenie i funkcje czynnej aktywności fizycznej w życiu seniorów, badani uprawiają ją w małym zakresie. Badani do głównych motywów nie podejmowania czynnej aktywności fizycznej przez osoby starsze zaliczyli obecność chorób — 50 osób (48,1%), brak sił — 42 osoby (40,4%) oraz brak chęci — 40 osoby (38,5%). Duże znaczenie w nie uprawianiu rekreacji, w opinii badanych ma również brak motywacji — 32 osoby (30,8%) i zbyt podeszły wiek wskazały 22 (21,2%) osoby.

Zastosowana ankieta pozwoliła ocenić źródła informacji, z których osoby w podeszłym wieku czerpią informacje na temat chorób. Dla 98 osób (94,2%) głównym źródłem informacji jest lekarz, dla 61 osób (58,7%) pielęgniarka środowiskowa, dla 36 osób (34,6%) własne doświadczenia. Informacje z prasy i telewizji czerpie 29 osób (27,9%), a 22 (21,2%) osoby z literatury fachowej.



## Dyskusja

Zachowania zdrowotne to jedno z ważniejszych czynników oddziałujących na nasze zdrowie. Drugim elementem bardzo ściśle powiązanim jest styl życia. Można go określić jako sposób życia jednostki, zależny od środowiska, norm społecznych, osobistych przekonań, wartości, umiejętności życia. Styl życia i zachowania zdrowotne mogą zmieniać się w ciągu całego życia człowieka.

W oparciu o przeprowadzone badania można wskazać, że ponad połowa badanych seniorów ocenia, że czują się dobrze lub zadowolająco. Natomiast co czwarty badany uznał, że stan jego samopoczucia jest zły. Należy przy tym podkreślić, że respondenci to osoby powyżej 60. roku życia, tak więc taka struktura odpowiedzi jest bardzo zadowolająca. Podobne wyniki uzyskała Jachimowicz i Kostka, którzy przeprowadzili badania w grupie 84 kobiet. Badana grupa kobiet nie wykazała dużego poziomu zaburzeń swojego zdrowia. Najwyższy poziom zaburzeń dotyczył snu, na niższym poziomie wystąpiły skargi na obniżenie energii życiowej. Zaburzenia snu i spadek energii życiowej nasilały się wraz z wiekiem [8]. Podobne wyniki uzyskały Muszalik i wsp. w badaniu subiektywnej oceny stanu zdrowia osób starszych, przewlekle chorych [9, 10].

Warto również dodać, że z obserwacji własnych wynika również, że większość badanych osób bardzo dobrze daje sobie radę w życiu codziennym, jest samodzielna i nie potrzebuje większej pomocy z zewnątrz. To stwierdzenie potwierdzają również uzyskane wyniki z badań, w których 42% badanych uznało, że jest sprawnych, a kolejne 25% odpowiedziało, że jest sprawne, ale w umiarkowanym zakresie. Jako niesprawnych oceniło siebie jedynie 3,8% badanej populacji, czyli 4 osoby.

Ocena samopoczucia poza uwarunkowaniami dnia codziennego wynika w dużej mierze z wieku badanych i związanym z tym występowaniem chorób. Potwierdzają to analizy dokonane przez Abramowska-Knom, które dowiodły, że wiek w znacznym stopniu wpływa na wskaźnik niepełnosprawności. Wykazały one, że z wiekiem zwiększa się liczba osób odczuwających ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych [11].

Wyniki badań własnych, uzyskanych na podstawie analizy dokumentów oraz techniki ankietowej uzupełnionej wywiadem wykazały, że do najczęstszych chorób występujących wśród seniorów należy wymienić nadciśnienie tętnicze, na które choruje 94,2% badanych oraz depresję, na którą cierpi niemalże 57%. Do chorób, które utrudniają seniorom codzienne funkcjonowanie, w szerokim zakresie należy również zaliczyć: choroby układu narządu ruchu oraz

problemy stomatologiczne. Badania innych autorów (Muszalik, Kędziora-Kornatowska) wykazały, że u osób starszych istotnie częściej niż u młodszych występowały zaburzenia z poruszaniem się, dolegliwości bólowe i spadek energii, bez względu na schorzenie [9, 10]. W badaniach Wysokińskiego i wsp. stwierdzono istnienie zależności pomiędzy rodzajem schorzenia a zadowoleniem ze stanu zdrowia [12].

W problematyce zdrowia bardzo duże znaczenie ma profilaktyka. Badani seniorzy w różnym zakresie i różnym natężeniu korzystają z możliwości jakie z niej wynikają. Do pozytywnych tendencji należy zaliczyć dość regularne poddawanie się badaniom kontrolnym, na taką odpowiedź wskazało trzy czwarte badanych. Do najczęściej wykonywanych badań należą natomiast badania krwi oraz badanie ciśnienia tętniczego.

W profilaktyce zdrowotnej istotne miejsce zajmuje również zdrowe odżywianie i aktywny tryb życia. Analiza uzyskanych wyników ukazała, że ponad połowa badanych seniorów stosuje dietę, a kolejne 28% stara się ją stosować. Jednocześnie jedynie co dziesiąty badany pali nałogowo papierosy. Równie rzadko w menu badanych seniorów jest alkohol, który przez połowę jest spożywany jedynie okazjonalnie, a przez kolejne 48% w ogóle.

Nieco gorzej wygląda sytuacja w zakresie aktywności ruchowej. Wśród badanych 66,3% wskazało, że swój wolny czas spędza raczej biernie. Jednakże w wieku starszym istotne znacznie ma uprawianie aktywności fizycznej. Ma ona bowiem pozytywny, wielostronny wpływ na człowieka starszego. Sprawia, że wolniej się on starzeje fizycznie, jest dłużej sprawny. Może być ona wykorzystywana nie tylko jako element terapii, ale także służyć przeciwstawieniu symptomom chorobowym. Ułatwia także nawiązywanie kontaktów towarzyskich i tym samym może zmniejszyć problem samotności ludzi starszych. Należy więc zaliczyć rekreację do niezbędnych elementów zdrowego stylu życia człowieka starszego. Trzeba myśleć o takiej organizacji środowiska i żyjącego w nim społeczeństwa, która umożliwiłaby wykorzystanie tego faktu. Należy przełamać pewne stereotypy społeczne, a także inne bariery formalne i organizacyjne utrudniające podejmowanie przez ludzi starszych aktywności fizycznej.

Warto również dodać, że seniorzy dużą wagę przykładają do rzetelności informacji na temat stanu zdrowia i występujących dolegliwości. Ponad 90% najczęściej zasięga porady lekarza. Młodszy seniorzy częściej niż starsi poszukują informacji w prasie i telewizji. Jednak w przypadku wystąpienia dolegliwości 95% badanych na pierwszym miejscu stawia konsultacje lekarskie.

**Wnioski**

Na podstawie powyższy wynikó sformułowano następujące wnioski:

1. Osoby w podeszłym wieku oceniają swój stan samopoczucia i sprawność fizyczną jako dobrą.
2. Stan zdrowia seniorów zależy od wieku — im starsza osoba, tym niżej ocenia swoje samopoczucie.
3. Najczęstszymi chorobami wśród badanych osób w podeszłym wieku są nadciśnienie tętnicze, depresja, schorzenia narządu ruchu oraz problemy stomatologiczne.
4. Ponad 66% seniorów biernie spędza czas wolny, głównymi tego przyczynami były obecność chorób, brak sił i chęci.
5. Profilaktyka zdrowotna zajmuje ważne miejsce w życiu seniorów i nie zależy od ich wieku.
6. Informacje uzyskane od lekarzy oraz pielęgniarek środowiskowych mają istotny wpływ na podejmowanie zachowań prozdrowotne przez badanych.

**Piśmiennictwo**

1. Trafiałek E. Polska starość w dobie przemian. Śląsk Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2003.
2. Raport z wynikó Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002. GUS, Warszawa 2003.
3. Skorny Z. Obserwacje, interpretacje i charakterystyki psychologiczne, Warszawa 1968.
4. Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. PZWL, Warszawa 2008.
5. Bień B. Sytuacja zdrowotna ludzi w podeszłym wieku w Polsce. Służba Zdrowia 2000; 5: 61–64.
6. Moszczyński P., Moszczyńska-Serafin A. Choroby wieku podeszłego. Część III. Gazeta Kuracjusza 2008; 9 (38): 14–17.
7. Biercewicz M., Kędziora-Kornatowska K., Ślusarz R. Specyfika problemów zdrowotnych pacjentó w starszym wieku. Ann. Acad. Med. Siles. 2005; 59 (5): 349–353.
8. Jachimowicz V., Kostka T. Samoocena zdrowia przez starsze kobiety—słuchaczki Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Gin. Prakt. 2009; 1: 26–30.
9. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Bartuzi Z. Subiektywna ocena stanu zdrowia chorych somatycznie w kontekście badań nad jakością życia. W: Bartuzi Z. (red.). Leczenie, pielęgnowanie i zarządzanie — wybrane elementy opieki nad pacjentem. CM UMK, Bydgoszcz 2006.
10. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekłe chorych pacjentó w starszym wieku. Gerontologia Polska 2006; 14 (4): 185–189.
11. Abramowska-Knom A. Indywidualne demograficzno-społeczne determinanty stanu zdrowia osób starszych — próba kwantyfikacji ich wpływu. W: Kowaleski J., Szukalski P. (red.). Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu. Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ, Łódź 2008.
12. Wysokiński M., Wrońska I., Fidecki W. Samoocena zdrowia fizycznego. W: Kowaleski J., Szukalski P. (red.). Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu. Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ, Łódź 2008.