

Elżbieta Walewska¹, Agnieszka Gołda², Lucyna Ścisło¹, Antoni M. Szczepanik³, Antoni Czupryna³

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

²Oddział Hematologii i Chorób Wewnętrznych, Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera Sp. z o.o., Kraków

³I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Aktywność fizyczna pensjonariuszy polskich i angielskich domów opieki

Physical activity among Polish and English residents of nursing homes

STRESZCZENIE

Wstęp. Obserwowany na świecie wzrost średniej długości życia jest jedną z przyczyn starzenia się populacji. Aktywność fizyczna jest jednym z wyznaczników zdrowego stylu życia. Aktywność ruchowa po 65. roku życia daje możliwości utrzymania wydolności fizycznej na dużo wyższym poziomie niż u osób nieaktywnych.

Cel. Celem badania była ocena aktywności fizycznej osób starszych mieszkających w polskich i angielskich domach opieki.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w lutym i marcu 2013 roku. Materiał badawczy stanowiło 59 osób, 29 badanych to mieszkańcy „Antokolu” Care Home w Chislehurst, a 30 badanych to pensjonariusze Domu Pomocy Społecznej im. L. A. Helclów w Krakowie. Większość badanych stanowiły kobiety. Wiek badanych to 56–96 lat. Metodą zastosowaną w badaniu był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Wykorzystano również skalę oceny zależności od opieki – CDS i skalę Barthel.

Wyniki i wnioski. Zdecydowana większość badanych oceniła swój tryb życia, jaki prowadziła w przeszłości, jako aktywny. W obu grupach najczęstszą odpowiedzią na temat aktualnej sprawności fizycznej było określenie umiarkowanej sprawności fizycznej. Niski poziom zależności od opieki według skali CDS uzyskało aż 76,3% badanych, a większość osób – 61% umieszczona została zgodnie ze skalą Barthel w grupie I. Stwierdzić można, że w grupie angielskich badanych tryb życia, ocena sprawności były istotnie związane z wynikami skal CDS i Barthel. Im bardziej aktywny w przeszłości tryb życia i wyższa subiektywna ocena sprawności angielskich pensjonariuszy, tym korzystniejsze wyniki skal CDS i Bartel. W grupie polskich pensjonariuszy takiej zależności nie stwierdzono.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (4): 511–516

Słowa kluczowe: aktywność; osoba starsza

ABSTRACT

Introduction. Physical activity is one of the indicators of a healthy lifestyle. Physical activity after the age of 65 gives the ability to maintain physical capacity at a much higher level than people who live inactive lifestyle.

Aim. The aim of this study was to assess the physical activity of older people living in Polish and English nursing homes.

Material and methods. The study was conducted in February and March 2013. The research material consisted of 59 people. 29 respondents are residents in Chislehurst and 30 respondents are residents in Krakow. The research method was a diagnostic survey and the research tool was a questionnaire of own authorship. CDS and Barthel scale were used also.

Results and Conclusions. The vast majority of respondents assessed their lifestyle which led in the past as active. In both groups, the most common response to the current fitness was moderate fitness. 76.3% of the respondents received Low levels depending on the care by CDS scale and the vast majority of people – 61 % was placed in Group I in accordance with the Barthel scale. It can be concluded that in the group of English respondents, lifestyle, fitness assessment were significantly

Adres do korespondencji: dr n. med., mgr piel. Elżbieta Walewska, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, os. Centrum D 2/24, 31–932 Kraków, tel.: 507 58 11 57, e-mail: elwalewska@gmail.com

associated with the results of the CDS scale and Barthel scale. The more active lifestyle in the past and higher subjective evaluation of the efficiency of the English residents, the favorable results of the CDS scale and Bartel scale. In the group of Polish residents such a relationship is not found.

Nursing Topics 2014; 22 (4): 511–516

Key words: activity; elderly person

Wstęp

W Polsce do 2030 roku zbiorowość osób starszych (65 lat i więcej) zwiększy się o 3,61 mln i osiągnie rozmiar 8,5 mln. Silny wzrost przypadnie na lata 2014–2022 — średnio populacja starcza będzie się powiększać o 200 tys. osób rocznie. Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego, podają, że od roku 2008 do 2030 liczba osób w wieku 60–74 lata wzrośnie o 40%, 75–84 lata o 66%, zaś 85 lat i powyżej, aż o 90%. Jednocześnie liczba stulatków będzie wyższa [1]. Istotnym problemem dla krajów, w których już teraz występuje znaczna grupa ludzi starszych, jest tak zwany współczynnik osób w wieku emerytalnym, czyli stosunek liczby osób powyżej 65 roku życia do osób w wieku 15–64 lata [2]. Wynosi on obecnie w Europie 22%, a przewiduje się, że przed rokiem 2050 osiągnie poziom ponad 50%, natomiast we wszystkich innych rejonach świata (z wyjątkiem Afryki) przekroczy 25%. Konsekwencją powyższych zmian będzie wzrost liczby osób w wieku nieprodukcyjnym, uprawnionych do świadczeń emerytalnych, a spadek liczby osób w wieku produkcyjnym [2].

Aktywność fizyczna jest jednym z wyznaczników zdrowego stylu życia. Styl życia oraz związany z nim stopień aktywności ruchowej jest konsekwencją indywidualnych preferencji każdego człowieka. Na wybór stylu życia wpływają uwarunkowania osobnicze wynikające ze stanu zdrowia, rodzinne wzorce kształtowane od najmłodszych lat, czynniki środowiskowe związane z ogólną aktywnością grupy rówieśniczej, oraz uwarunkowania miejscowe decydujące o dostępności atrakcyjnych form uprawiania aktywności fizycznej w szkole, w pracy zawodowej oraz w czasie wolnym.

Aktywność ruchowa po 65. roku życia daje możliwości utrzymania wydolności fizycznej na dużo wyższym poziomie niż u osób nieaktywnych [3]. Aktywność fizyczna wpływa korzystnie na wszystkie układy ustroju zwłaszcza na układ: oddechowy, krążenia [4], pokarmowy, mięśniowy, kostno-stawowy, hormonalny, nerwowy [5]. Systematyczne ćwiczenia fizyczne zwiększają hemodynamiczną sprawność mięśnia sercowego, zwiększają ruchomość klatki piersiowej, zwiększają się również możliwości wentylacyjne płuc i ilość dostarczanego do organizmu tlenu. Opóźnieniu ulega proces demineralizacji kości. Aktywność ruchowa wpływa także na poprawę samopoczucia

fizycznego, zwiększając wigor i witalność, redukuje dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa, poprawia jakość snu, oraz oddziałuje na sferę psychiczną głównie emocjonalną, poprawiając nastrój i obniżając poziom lęku i depresji [6]. Podejmowanie aktywności ruchowej korzystnie wpływa na funkcjonowanie mentalne osób w wieku starszym [7, 8], aczkolwiek nie brak w piśmiennictwie prac nie potwierdzających tej tezy [7]. Aktywność fizyczna i zdrowie osób starszych są ze sobą ściśle powiązane [9]. W swoich badaniach Marchewka i Jungiewicz [10] zaobserwowały, że duże znaczenie dla podejmowania aktywności fizycznej przez osoby starsze mają nawyki z lat młodości, zaś według Maszczaka [11] do rozwoju uprawiania sportu przyczynia się w dużej mierze środowisko rodzinne i wyniesione nawyki z domu. Charakter i jakość starości zależy głównie od nas samych, od naszej filozofii życia, postawy wobec zdrowia i życia, a także potrzeby samorozwoju. Jak pisze Szarota „To, jakimi ludźmi stajemy się na starość, determinowane jest jakością naszego współczesnego życia, w minimalnym stopniu zależy od rzeczywistego wieku” [12].

Cel

Celem badania była ocena aktywności fizycznej osób starszych mieszkających w polskich i angielskich domach opieki.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w lutym i marcu 2013 roku wśród 29 pensjonariuszy mieszkających w „Antokolu” Care Home w Chislehurst oraz wśród 30 osób z Domu Pomocy Społecznej im. L.A. Helclów w Krakowie. Kryterium doboru pacjentów do badania było uzyskanie minimum 20 punktów w skali Barthel i minimum 44 w skali oceny zależności od opieki (CDS). Ze względu na charakter badanej grupy kwestionariusze w większości wypełniono osobiście po uzyskaniu odpowiedzi od pacjenta. Pod względem płci większość badanych stanowiły kobiety. Grupa składała się z 45 kobiet oraz 14 mężczyzn. W tym grupa z „Antokolu” Care Home liczyła 19 kobiet oraz 10 mężczyzn. W Domu Pomocy Społecznej im. L.A. Helclów grupa składała się z 26 kobiet oraz 4 mężczyzn.

Wiek badanych zawierał się w przedziale 56–96 i więcej. Większość badanych stanowili ludzie starsi w przedziale 86–95 lat — było ich 28 (47,5% grupy

Tabela 1. Tryb życia pensjonariuszy**Table 1.** Mode of life in both groups

Tryb życia	„Antokol” Care Home n = 29 (100%)	Dom Pomocy Społecznej im. L.A. Helclów n = 30 (100%)
Bardzo aktywny	9 (31,0%)	8 (26,7%)
Aktywny	13 (44,8%)	18 (60,0%)
Średnio aktywny	7 (24,2%)	4 (13,3%)

ogółem). Stwierdzono istotną ($\chi^2 = 8,25$, $df = 4$, $p = 0,0827$, dokładny test Fishera $p = 0,0484$) zależność rozkładu wieku ankietowanych od przynależności do grupy badanej. W grupie pacjentów z „Antokolu” Care Home ponad połowa, czyli 55,17% ankietowanych, to osoby w wieku od 86–95 lat, a w Domu Pomocy Społecznej im. L.A. Helclów grupa ta stanowiła 40% ankietowanych i jest to niewiele mniej niż osoby w wieku 76–85 lat stanowiące 43,33% grupy. Generalnie w grupie osób z Polski wiek był niższy niż w grupie pensjonariuszy z Anglii.

Aby uzyskać informacje na temat poziomu dotychczasowej aktywności i aktualnej sprawności pensjonariuszy mieszkających w Chislehurst oraz w Krakowie posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Wybraną techniką badawczą była ankieta, a narzędziem autorski kwestionariusz ankiety. W badaniu osób starszych wykorzystano również Skalę Oceny Zależności od Opieki (CDS, *Care Dependency Scale*), Skalę podstawowych czynności dnia codziennego Barthel (Indeks Barthel). Skala CDS ma na celu dokonanie oceny poziomu zależności pensjonariusza w 15 kategoriach: odżywianie, kontrola czynności fizjologicznych, postawa ciała, zdolność poruszania się, rytm dnia i nocy (aktywność — odpoczynek i sen), ubieranie i rozbieranie się, temperatura ciała, higiena osobista, unikanie niebezpieczeństw, komunikowanie się, kontakty społeczne, przestrzeganie zasad i wartości, codzienne czynności, rekreacja oraz zdolność uczenia się. W wyniku przeprowadzonego testu maksymalnie można uzyskać 75 punktów. Skala Barthel służy do oceny sprawności w zakresie podstawowych czynności życia codziennego, takich jak: spożywanie posiłków, poruszanie się, utrzymanie higieny, ubieranie się, kontrola zwieraczy itp. Liczba uzyskanych punktów w skali zależy od stopnia niesprawności i uzależnienia od innych. Wskaźnik ten, w punktach od 0–100, określa stopień samodzielności w zakresie czynności samoobsługowych, mobilności oraz kontroli nad zwieraczami.

Analizę wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat ver. 1.4.2.324. Związek między wiekiem, trybem życia, oceną sprawności

a wynikami skal CDS i Barthel w grupach badawczych analizowano, szacując współczynniki korelacji rangowych Spearmana. Wiek, tryb życia, ocena sprawności, w obu grupach badawczych porównywano testem zależności χ^2 oraz dokładnym testem Fishera. Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki

W celu uzyskania informacji o poziomie dotychczasowej aktywności pensjonariuszy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Na pytanie „Jaki tryb życia prowadziła Pan/Pani w przeszłości? Zdecydowana większość badanych oceniła swój tryb życia jako aktywny, grupa ta liczyła 31 osób starszych, 17 osób oceniło swój tryb życia jako bardzo aktywny, a 11 osób jako średnio aktywny. Wśród pensjonariuszy „Antokol” Care Home aktywnych było 13 osób starszych, 9 prowadziło bardzo aktywny tryb życia, a 7 badanych oceniło swój tryb życia jako średnio aktywny. Krakowscy pensjonariusze w większości ocenili swój tryb życia jako aktywny było ich 18 osób starszych, 8 osób starszych oceniła swój tryb życia jako bardzo aktywny, tylko 4 osoby oceniły swój tryb jako średnio aktywny. Nikt z badanych nie ocenił swojego trybu życia jako mało aktywny. Dane przedstawiono w tabeli 1.

W przypadku rozkładu odpowiedzi na pytanie „Jaki tryb życia prowadził/a Pan/Pani w przeszłości?” nie stwierdzono istotnej ($\chi^2 = 1,67$, $df = 2$, $p = 0,4345$, dokładny test Fishera $p = 0,4428$) zależności od grupy badanej. W obydwu grupach najczęstsza odpowiedź to aktywny tryb życia.

Do oceny swojej aktualnej sprawności fizycznej pensjonariusze mieli do wyboru pięć możliwości. Większość badanych osób wybrało odpowiedź „umiarkowanie, mogło być lepiej”, grupa ta liczyła 31 pacjentów, 21 starszych osób dało odpowiedź „dobrze, nie mam większych ograniczeń ruchowych”, 5 badanych udzieliło odpowiedzi „raczej niezbyt dobrze”, oraz 2 osoby odpowiedziały „bardzo dobrze, jestem w świetnej formie”. Nikt z badanych nie wybrał możliwości „bardzo źle”. Wybory pensjonariuszy

Tabela 2. Ocena sprawności fizycznej pensjonariuszy**Table 2.** Score efficiency in both groups

Ocena sprawności fizycznej	„Antokol” Care Home n = 29 (100%)	Dom Pomocy Społecznej im. L.A. Helclów n = 30 (100%)
Bardzo dobrze	2 (6,9%)	0 (0%)
Dobrze	9 (31,0%)	12 (40,0%)
Umiarkowanie	16 (55,2%)	15 (50,0%)
Niezbyt dobrze	2 (6,9%)	3 (10,0%)

Tabela 3. Związek między wiekiem, trybem życia, oceną sprawności pensjonariuszy a wynikami skal CDS i Barthel**Table 3.** The relationship between age, lifestyle, fitness evaluation and the results of the CDS scale and Barthel in groups

Para zmiennych		„Antokol” Care Home (n = 29)			Dom Pomocy Społecznej im. L.A. Helclów (n = 30)		
		R	t(N-2)	p	R	t(N-2)	p
CDS	Wiek	0,04	0,22	0,82	-0,24	-1,31	0,20
	Tryb życia	-0,52	-3,15	0,004	-0,098	-0,52	0,61
	Ocena sprawności	-0,74	-5,82	< 0,0001	-0,22	-1,18	0,25
Barthel	Wiek	0,06	0,29	0,77	-0,18	-0,97	0,34
	Tryb życia	-0,40	-2,27	0,03	-0,09	-0,49	0,62
	Ocena sprawności	-0,64	-4,32	0,0002	-0,23	-1,24	0,22

CDS (*Care Dependency Scale*) — Oceny Zależności od Opieki

mieszkających w Anglii przedstawiają się następująco: 16 osób starszych oceniła swoją sprawność fizyczną na umiarkowanym poziomie, 9 oceniła swoją sprawność fizyczną jako dobrą, po 2 osoby oceniły swoją sprawność fizyczną bardzo dobrze i niezbyt dobrze. Wybory pensjonariuszy mieszkających w Krakowie przedstawiają się podobnie: 15 starszych osób ocenia swoją sprawność fizyczną na umiarkowanym poziomie, 12 oceniło swoją sprawność na poziomie dobrym, tylko 3 osoby oceniły swoją sprawność na poziomie niezbyt dobrym. Nikt spośród pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej im. L.A. Helclów, nie ocenił swojej sprawności fizycznej jako bardzo dobrej (tab. 2).

W przypadku rozkładu odpowiedzi na pytanie „Jak ocenia Pan/Pani swoją sprawność fizyczną?” nie stwierdzono istotnej ($\chi^2 = 2,64$, $df = 3$, $p = 0,4497$, dokładny test Fishera $p = 0,5707$) zależności od grupy badanej. W obu grupach najczęstsza odpowiedź to umiarkowana sprawność fizyczna.

Następnie dokonano oceny poziomu zależności pensjonariuszy według skali CDS. Niski poziom zależności od opieki uzyskało 45 osób. Średni poziom zależności od opieki według skali CDS otrzymało 14 pacjentów. Wśród mieszkańców „Antokolu” Care

Home niski poziom zależności od opieki uzyskało 18 osób, a średni 10. Wśród pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej im. L.A. Helclów niski poziom zależności od opieki uzyskało 27 osób, a średni 4 osoby.

Dokonano również oceny sprawności w zakresie podstawowych czynności życia codziennego skalą Barthel. Zdecydowana większość osób 36 znalazła się w grupie I „stan funkcjonalny dobry”, natomiast w II grupie były 23 osoby. Wśród mieszkańców „Antokolu” Care Home do grupy I zakwalifikowano 13 osób, a do II — 16 osób. Wśród pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej im. L.A. Helclów były 23 osoby z grupy I, a 7 osób z grupy II.

Następnie porównano deklarowaną przez pensjonariuszy ocenę dotychczasowego trybu życia i ocenę sprawności fizycznej ze skalą CDS i Bartel wszystkich pensjonariuszy. Przedstawiono tutaj tylko istotne statystycznie dane. Korelacja między skalą CDS a dotychczasowym trybem życia pacjentów wynosiła $-0,26$, a $p = 0,045$. Pacjenci niezależni od pomocy drugiej osoby według skali CDS prowadzili aktywniejszy tryb życia. Korelacja między skalą CDS a oceną sprawności fizycznej pacjenta wynosiła $-0,39$, $p = 0,002$. Pacjenci niezależni od pomocy drugiej osoby według

skali CDS mieli wyższą ocenę sprawności fizycznej. Podobne wyniki otrzymano, porównując ocenę dotychczasowego trybu życia ze skalą Barthel wszystkich pensjonariuszy. Korelacja między testem Barthel a oceną sprawności fizycznej pacjenta wynosiła $-0,35$, $p = 0,006$. Pacjenci sprawni fizycznie według skali Barthel mieli wyższą samoocenę sprawności fizycznej. Następnie porównano obydwie grupy badane. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

W grupie osób z „Antokolu” Care Home wiek nie był istotnie ($p > 0,05$) skorelowany ze skalami CDS i Barthel. Dotychczasowy tryb życia w grupie pensjonariuszy z „Antokolu” Care Home był wysoce istotnie ($p = 0,004$) na przeciętnym poziomie ujemnie ($R = -0,52$) skorelowany z wynikami skali CDS. Oznacza to, że im bardziej dotychczasowy aktywny tryb życia deklarowali ankietowani w tej grupie, tym wyższy wynik w skali CDS był u nich stwierdzany. Ocena sprawności fizycznej w grupie pacjentów z „Antokolu” Care Home była wysoce istotnie ($p < 0,0001$) na wysokim poziomie ujemnie ($R = -0,75$) skorelowana z wynikami ze skali CDS. Oznacza to, że im lepiej swoją sprawność fizyczną oceniali ankietowani w tej grupie, tym wyższy wynik w skali CDS był u nich stwierdzany.

Tryb życia w grupie pacjentów z „Antokolu” Care Home był istotnie ($p = 0,03$) na przeciętnym poziomie ujemnie ($R = -0,40$) skorelowany z wynikami ze skali Barthel. Oznacza to, że im bardziej aktywny dotychczasowy tryb życia deklarowali ankietowani w tej grupie, tym wyższy wynik w skali Barthel był u nich stwierdzany. Ocena sprawności fizycznej w grupie pacjentów zamieszkałych w „Antokolu” Care Home była wysoce istotnie ($p = 0,0002$) na wysokim poziomie ujemnie ($R = -0,64$) skorelowana z wynikami ze skali Barthel. Oznacza to, że im lepiej swoją sprawność fizyczną oceniali ankietowani w tej grupie, tym wyższy wynik w skali Barthel był u nich stwierdzany.

W grupie pacjentów z „Antokolu” Care Home, dotychczasowy tryb życia i ocena sprawności fizycznej były związane z wynikami skal CDS i Barthel. Natomiast w grupie z Domu Pomocy Społecznej im. L.A. Helclów analogiczne korelacje okazały się nieistotne ($p > 0,05$), nie stwierdzono takich związków jak w przypadku grupy z „Antokolu” Care Home.

Dyskusja

Starość nie musi kojarzyć się z pasywną postawą osób starszych oraz z niepełnosprawnością i zniedołężnieniem. Aktywność osób starszych jest warunkiem ich prawidłowego rozwoju, umożliwia im prowadzenie twórczego i harmonijnego życia, sprzyja realizowaniu własnych celów i zaspokajaniu potrzeb, a także opóźnia procesy starzenia się. Lampinen i wsp [13] wskazali, że sprawność umysłowa i dobre samopoczucie

w późniejszym wieku mają ścisły związek z aktywnością fizyczną. Sugerują oni, że regularne ćwiczenia fizyczne są potencjalnym czynnikiem zapobiegającym starzeniu się oraz wpływają pozytywnie na samopoczucie osób starszych. Kaczmarczyk i Trafiałek [14] udowodnili w swoich badaniach, że zwiększona aktywność osób starszych zapobiega samotności i izolacji, a także pomaga w utrzymaniu niezależności do późnych lat. A Gębska-Kuczerowska [15] wykazała, że osoby aktywne fizycznie miały lepszą kondycję fizyczną i psychiczną, były mniej obciążone chorobami układu krążenia, a także rzadziej korzystały z opieki szpitalnej. W badaniach własnych potwierdzają się te tezy. W obydwu grupach pensjonariusze prowadzili w przeszłości aktywny tryb życia i oceniają swoją aktualną sprawność fizyczną na umiarkowanym poziomie.

Według testu CDS 76,3% badanych miało niski poziom zależności od opieki, osoby starsze wymagające pomocy drugiej osoby stanowiły tylko 23,7% badanych.

Zdecydowana większość pacjentów według skali Barthel była w grupie „stan funkcjonalny dobry” (76,3% badanych), pacjentów wymagający pomocy drugiej osoby w podstawowych czynnościach dnia codziennego było 23,7%. Wyniki testu CDS i skali Barthel pokrywają się ze sobą. Skala CDS stosowana jest w wielu krajach, na przykład Niemcy, Austria, Holandia jako wstępna część diagnozy pielęgniarstwa w procesie pielęgnowania [16]. W badaniach Muszalik i wsp. [17] zależność od opieki osób starszych wzrosła wraz z wiekiem. Osoby mieszkające w mieście wykazywały większą sprawność funkcjonalną i niezależność od opieki innych osób. W badaniach własnych wiek pensjonariuszy nie był istotnie skorelowany ze skalą CDS. Wyniki własne są podobne do szerokich badań z zastosowaniem kwestionariusza CDS przeprowadzonych w 11 niemieckich szpitalach w 2003 roku, w których uczestniczyło 1806 pacjentów z różnych oddziałów w wieku 60 lat i powyżej. Badania te [16] pokazały, że większość starszych pacjentów była niezależna w realizacji potrzeb, natomiast zapotrzebowanie na opiekę i zależność od innych osób wzrosła wraz z wiekiem, w badaniach własnych wiek nie był tak istotny. Wyniki pensjonariuszy z Chislehurst w porównaniu z pensjonariuszami z Krakowa były istotnie statystycznie.

W ostatnim okresie kluczowym tematem zainteresowań specjalistów w dziedzinie geriatry jest *frailty syndrom* (zespół słabości, kruchości, wyczerpanych rezerw) [18]. Konsekwencją zespołu jest często niesprawność fizyczna i utrata samodzielności [19]. U starszych osób zarówno z zespołem słabości, jak i bez niego aktywność fizyczna, a szczególnie ćwiczenia oporowe, są jedynym sposobem zapobiegającym utracie siły mięśniowej. Osoby bardziej aktywne

i sprawniejsze fizycznie charakteryzują się szybszym tempem opracowania informacji, wykonywania różnego typu testów funkcjonowania poznawczego, mają większą szansę uniknięcia demencji, cieszą się dobrym samopoczuciem niż osoby nie uprawiające aktywności fizycznej [9].

Wnioski

1. Pacjenci sprawni fizycznie według testu CDS oraz skali Barthel prowadzili aktywny tryb życia i lepiej oceniają swoją aktualną sprawność fizyczną.
2. Sprawność fizyczna pensjonariuszy angielskich istotnie koreluje z deklaracją prowadzenia aktywnego dotychczasowego trybu życia i subiektywną oceną własnej sprawności.
3. Wymagana jest koordynacja działań na rzecz tworzenia systemu aktywizacji osób starszych.

Piśmiennictwo

4. Mały Rocznik Statystyczny Polski. Warszawa 2011: 114–131.
5. Szukalski P., Oliwińska I., Bojanowska E., Szweda-Lewandowska Z. To idzie starość — polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski. Warszawa: Praca naukowo-badawcza przygotowana przez zespół ekspertów Fundacji Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2008: 8–30.
6. Kulik T.B., Janiszewska M., Piróg E., Pacian A., Stefanowicz A., Żołnierczyk-Kieliszek D., Pacian J. Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2011; 17 (2): 90–95.
7. Maciatowicz J. Ruch fizyczny o charakterze wytrzymałościowym (bieg) zapobiega starzeniu się, lecz z patologicznych chorób społecznych. *Med. Sport.* 2003; 4: 156–164.
8. Górecka M., Nikisch J. Aktywność fizyczna osób w starszym wieku. *Pielęg. Pol.* 2008; 2 (28): 159–164.
9. Kozdroń A., Guskowska M. Wpływ ćwiczeń fizycznych na stany emocjonalne kobiet w starszym wieku. *Gerontol. Pol.* 2009; 17 (2): 71–78.
10. Pniewska J., Jaracz K., Górna K., Suwalska A. Czynniki protekcyjne funkcji poznawczych w procesie starzenia się. *Neuropsychiatr. i Neuropsychol.* 2011; 6 (3–4): 166–171.
11. Kołodziejczyk I. W zdrowym ciele zdrowy duch? Wpływ aktywności fizycznej na funkcjonowanie poznawcze w starszym wieku. *Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych* 2007; 56 (3–4): 361–369.
12. Grzanka-Tykwińska A., Kędziora-Kornatowska K. Znaczenie wybranych form aktywności w życiu osób w podeszłym wieku. *Gerontol. Pol.* 2010; 18 (1): 29–32.
13. Marchewka A., Jungiewicz M. Aktywność fizyczna w młodości a jakość życia w starszym wieku. *Gerontol. Pol.* 2008; 16 (2): 127–130.
14. Maszczak T. O strategii edukacyjnej w szkole. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne.* 2002; 10: 2–3.
15. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K. Jakość starzenia się i starości w subiektywnej ocenie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Gerontol. Pol.* 2009; 17 (3): 137–142.
16. Lampinen P., Heikkinen R.L., Kauppinen M., Heikkinen E. Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging & Mental Health* 2006; 10: 454–466.
17. Kaczmarczyk M., Trafiałek E. Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. *Gerontol. Pol.* 2007; 15 (4): 116–118.
18. Gębska-Kuczerowska A. Ocena zależności między aktywnością a stanem zdrowia ludzi w podeszłym wieku. *Prz. Epidemiol.* 2002; 56: 471–477.
19. Lohrmann Ch., Dijkstra A., Dassen Th. An assessment instrument for elderly patients in German hospitals. *Geriatr. Nurs.* 2003; 24: 40–43.
20. Muszalik M., Wojciechowska A., Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K. Potrzeby osób starszych na przykładzie zastosowania kwestionariusza Care Dependency Scale (CDS) u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Psychogeriatrya Polska* 2012; 9 (1): 27–36.
21. Krzemieniecki K. Całościowa ocena geriatryczna i jej znaczenie kliniczne w onkologii — systematyczny przegląd piśmiennictwa. *Gerontol. Pol.* 2009; 17: 1–6.
22. Życzkowska J., Grądalski T. Zespół słabości (frailty) — co powinien wiedzieć o nim onkolog? *Onkol. Prak. Klin.* 2010; 6 (2): 79–84.