

Nowicki Grzegorz Józef, Młynarska Magdalena, Ślusarska Barbara, Korecka Renata, Kotus Marzena. Samoocena stanu zdrowia i jej wybrane uwarunkowania w grupie osób po 65 roku życia, pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej = The self-assessment of health and its selected conditions within a group of over-65-year-old primary-care patients. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(4):447-457. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.50611>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3492>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;
This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium,
provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 05.04.2016. Revised 25.04.2016. Accepted: 27.04.2016.

Samoocena stanu zdrowia i jej wybrane uwarunkowania w grupie osób po 65 roku życia, pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej

The self-assessment of health and its selected conditions within a group of over-65-year-old primary-care patients

Grzegorz Józef Nowicki¹, Magdalena Młynarska², Barbara Ślusarska¹,
Renata Korecka², Marzena Kotus³

1. Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

2. Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

3. Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Słowa klucze: samoocena stanu zdrowia, osoby starsze, podstawowa opieka zdrowotna.
Key words: self-assessment of health, the elderly, primary health care.

Streszczenie

Wprowadzenie. Starzenie się jest procesem stałym, będącym poważnym wyzwaniem dla społeczeństwa. Współcześnie maksymalizuje się wysiłki w celu przedłużenia życia w sensie biologicznym, ale również po to, aby przybliżyć poziom jakości życia do stanu sprzed choroby. Uznano, że bardzo istotne w procesie leczenia i pielęgnowania pacjenta jest samoocena własnego zdrowia. Pozwala to na aktywne włączenie chorego w realizację procesów terapeutycznych, co jest korzystne zarówno dla pacjenta, jak i dla zespołu leczącego.

Cel. Poznanie samooceny stanu zdrowia i jej uwarunkowań w grupie osób powyżej 65 roku życia, pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Material i metoda. Badania przeprowadzono od lipca do września 2013 r. wśród 505 osób w wieku powyżej 65 roku życia w losowo wybranych 5 jednostkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) na terenie województwa lubelskiego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. W samoocenie stanu zdrowia badani w większości określili swoje zdrowie jako złe (odpowiedzi zły i bardzo zły) – 214 (42,38%). Ci, którzy zadeklarowali, że ich stan zdrowia jest przyzwoity stanowią drugą pod względem liczności grupę – 167 (33,07%). Jedynie 124 osoby (24,56%) zadeklarowały, że ich zdrowie jest dobre lub bardzo dobre. Analiza statystyczna wykazała, że swój stan zdrowia istotnie częściej lepiej oceniają: badani w wieku 76 - 85 lat ($p=0,007$), posiadający wykształcenie podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe ($p<0,001$) w porównaniu do badanych nie posiadających wykształcenia, osoby znajdujące się w związkach partnerskich lub konkubinacie ($p=0,001$), nie posiadające problemów finansowych ($p<0,001$), nie odczuwające bólu ($p<0,01$) oraz nie posiadające ograniczeń w sprawności fizycznej ($p<0,001$). Badani wykonujący w przeszłości zawód związany z pracą fizyczną istotnie gorzej oceniają swój stan zdrowia ($p=0,001$).

Wnioski. Analiza samooceny stanu zdrowia pozwala stwierdzić, że większość uczestników badania nie cieszy się dobrym zdrowiem. Wykazano, że samoocena stanu zdrowia zależy od: wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, statusu finansowego, odczuwania bólu, sprawności fizycznej oraz charakteru zawodu wykonywanego w przeszłości.

Abstract

Introduction. Ageing is a constant process which constitutes a serious challenge to society. Today every effort is maximised in order to extend human life in the biological sense, and also to come as close as possible to the pre-disease quality of life. It is maintained that health self-assessment is a very important measure in the process of the treatment and nursing of the patient. It allows the patient to be actively included in the implementation of therapeutic processes, which is advantageous for both the patient and the treating team.

Purpose. The knowledge of health self-assessment and its conditions within a group of over-65-year-old primary-care patients.

Materials and methods. The research was conducted from July to September 2013 among 505 people aged over 65 at 5 randomly selected primary care units (POZ) on the territory of the Lubelskie Voivodeship. The research tool used in this paper was a questionnaire devised by the author.

Results. During health self-assessment most patients defined their state of health as poor (answers: poor and very poor – 214 (42.38%). Those who claimed to maintain a decent level of health constituted the second largest group of respondents – 167 (33.07%). Only 124 persons (24.56%) described their health as good or very good. The statistical analysis showed that the following groups considerably more frequently assess their health as better: the survey participants aged 76-85 ($p=0.007$) with primary, vocational, secondary and higher education ($p<0.001$) (compared to subjects without education), people in civil unions or domestic partnerships ($p=0.001$), patients without financial problems ($p<0.001$) and those who don't feel pain ($p<0.01$), as well as people without physical limitations ($p<0.001$). The examined persons who had performed physical work in the past described their state of health as significantly worse ($p=0.001$).

Conclusions. The analysis of health self-assessment allows us to conclude that most of the survey participants do not enjoy good health. It has been shown that the results of health self-assessment depend on the following factors: age, education, civil status, financial status, feeling pain, physical fitness and the nature of work performed in the past.

Wstęp

Starzenie się społeczeństwa jest poważnym problemem dotyczącym zarówno państw wysoko rozwiniętych, jak i rozwijających się. Co dziesiąty mieszkaniec świata ma obecnie 60 i więcej lat, do roku 2050 taki wiek osiągnie już co 5 człowiek, a sto lat później - co trzeci [1]. Taka zmiana w strukturze populacji może wywołać społeczne i zdrowotne skutki, ponieważ ludzie starsi są bardziej podatni na przewlekłe choroby, co wiąże się ze znacznymi kosztami w ochronie zdrowia. Celem profilaktyki geriatrycznej jest zdrowa długowieczność, sprawna, aktywna, twórcza i w pełni godna starość, a opieka w podeszłym wieku ma na celu uzyskanie poprawy jakości ich życia, której ważnym elementem jest subiektywna samoocena stanu zdrowia.

W ramach definiowania jakości życia można mówić o ogólnej ocenie samopoczucia, ale także o ocenie jakości życia wewnątrz różnych, szerokich domen funkcjonowania i zachowania (domena fizyczna, ekonomiczna, funkcjonalna, socjalna, psychologiczna, emocjonalna) oraz wewnątrz części tych domen (np. w domenie fizycznej komponenty - snu, bólu, zdolność do samodzielnego poruszania się, komunikacji z innymi ludźmi itd.) [2]. Można zatem powiedzieć, że jakość życia to wszystkie elementy życia człowieka, które związane są zarówno z faktem jego istnienia, jak i odczuwania różnych stanów emocjonalnych [3]. Współcześnie maksymalizuje się wysiłki w celu przedłużenia życia w sensie biologicznym, ale również po to, aby przybliżyć poziom jakości życia do stanu przed choroby. Uznano, że bardzo istotne w procesie leczenia i pielęgnowania pacjenta jest samoocena własnego zdrowia. Pozwala to na aktywne włączenie chorego w realizację procesów terapeutycznych, co jest korzystne zarówno dla pacjenta, jak i dla zespołu leczącego.

Wskaźniki zdrowia odnoszące się do osób w wieku podeszłym stanowią szeroką skalę: począwszy od oceny fizycznego stanu zdrowia, przez stan psychiczny, funkcjonalny, a

kończąc na aktywności społecznej skojarzonej z interakcjami międzyludzkimi. Wskaźniki te pokazują z jednej strony granice adaptacji osoby starszej do innej, nowej sytuacji życiowej, wyznaczonej wcześniejszymi i obecnymi statusami. Z innej zaś strony pozwalają określić stopień satysfakcji z wielu elementów, które razem składają się na szeroko pojętą jakość życia osoby starszej. Wymiar społeczny, determinujący stopień izolacji społecznej, bądź integracji z otoczeniem ukazuje miejsce osoby w wieku podeszłym w całym systemie społecznym [4].

Cel pracy

Poznanie samooceny stanu zdrowia i jej uwarunkowań w grupie osób powyżej 65 roku życia, pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Material i metoda

Badania ankietowe zostały przeprowadzone od lipca do września 2013 roku wśród 505 osób powyżej 65 roku życia, będących pacjentami 5 przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) zlokalizowanych na terenie woj. lubelskiego: w tym 3 przychodnie POZ na terenie miasta Lublin (NZOZ "ANI-MED", NZOZ "UNI-MED" oraz Przychodnia Specjalistyczna i Chorób Zawodowych Wsi mieszcząca się w Instytucie Medycyny Wsi), a 2 poza obszarem Lublina (NZOZ Poradnia Zdrowia S.C. w Turobinie i NZOZ Goraj w Goraju). Pacjentów do badań rekrutowano losowo spośród osób powyżej 65 roku życia, którzy kolejno zgłaszali się do przychodni. Kryteriami doboru ankietowanych do badań był ukończony 65 rok życia, stan psychofizyczny umożliwiający przeprowadzenie badań oraz zgoda seniorów na udział w badaniu.

W analizie zastosowano metodę wywiadu bezpośredniego. Kwestionariusz ankiety składał się z pytań o charakterze zamkniętym oraz metryczki. W badaniach samooceny kondycji zdrowotnej zastosowano 5-stopniową skalę porównawczą typu zrównoważonego, zadając pytanie: swój stan zdrowia uważam za? Możliwe odpowiedzi to: bardzo dobry, dobry, przyzwoity, zły i bardzo zły. W celu wykonania obliczeń statystycznych, uzyskanym odpowiedziom przypisano rangi od 5 - bardzo dobry do 1 - zły, a następnie podzielono przez ilość obserwacji, uzyskując średnią rang - im wyższa średnia ranga, tym wyższa deklarowana samoocena stanu zdrowia. Ponadto respondentów pytano o: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, charakter wykonywanego w przeszłości zawodu, stan cywilny, sytuację finansową, odczucie mniejszej sprawności fizycznej oraz odczuwanie bólu.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów niemierzalnych przedstawiono przy pomocy licznosci i odsetka. Do zbadania różnic w parametrach mierzalnych pomiędzy dwiema grupami zastosowano test nieparametryczny U Manna–Whitneya, zaś dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala–Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne prowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

Realizowana procedura badawcza uzyskała pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie o numerze KE-0254/242/2012 i była zgodna z Deklaracją Helsińską.

Wyniki

Charakterystyka badanych

W badanej grupie 505 osób powyżej 65 roku życia kobiety stanowiły 62,38% (n=315) respondentów. W większości badani pochodzili z miasta - 65,94% (n=333). Struktura wieku badanych była następująca: w grupie wiekowej 65 – 75 lat znalazło się 243 osoby (48,12%), następnie w grupie wiekowej 76 – 85 lat znalazło się 166 osób (32,87%), a w grupie osób najstarszych, tj. powyżej 85 roku życia było 96 osób (19,01%). Osoby z wykształceniem wyższym i średnim stanowiły 50,49% (n=255) respondentów, natomiast osoby z wykształceniem zawodowym, podstawowym oraz z brakiem wykształcenia stanowią grupę liczącą 250 osób (49,51%). Szczegółową charakterystykę badanej populacji przedstawia tabela I.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy.

| Kategoria | n (%) |
|--|-------------|
| Płeć: | |
| kobiety | 315 (62,38) |
| mężczyźni | 190 (37,62) |
| Wiek: | |
| 65-75 | 243 (48,12) |
| 76-85 | 166 (32,87) |
| Powyżej 85 | 96 (19,01) |
| Miejsce zamieszkania: | |
| wieś | 172 (34,06) |
| miasto | 333 (65,94) |
| Wykształcenie: | |
| brak | 69 (13,66) |
| podstawowe | 96 (19,01) |
| zawodowe | 85 (16,83) |
| średnie | 136 (26,93) |
| wyższe | 119 (23,56) |
| Wykonywany w przeszłości zawód: | |
| pracownik fizyczny | 172 (34,06) |
| pracownik umysłowy | 170 (33,66) |
| pracownik fizyczno-umysłowy | 63 (12,48) |
| inny | 100 (19,80) |
| Stan cywilny: | |
| panna/kawaler | 69 (13,67) |
| mężatka/zonaty | 220 (43,56) |
| wdowa/wdowiec | 186 (36,83) |
| związek partnerski/konkubinat | 30 (5,84) |
| Sytuacja finansowa: | |
| Nie mam problemów finansowych – wystarcza mi na wszystko | 140 (27,72) |
| Ograniczam swoje wydatki, ale wystarcza mi na najważniejsze rzeczy (leki, jedzenie itp.) | 251 (49,70) |
| Nie wystarcza mi pieniędzy, korzystam z pomocy finansowej | 114 (22,57) |
| Sprawność fizyczna: | |
| Ograniczona | 309 (61,19) |
| Brak ograniczeń | 196 (38,81) |
| Odczuwanie bólu: | |
| Tak | 259 (51,29) |
| Nie | 246 (48,71) |

Samoocena stanu zdrowia i jej wybrane uwarunkowania

W samoocenie stanu zdrowia badani w większości określili swoje zdrowia w kategorii złe (odpowiedzi zły i bardzo zły) – 214 (42,38%). Seniorzy, którzy zadeklarowali, że ich stan

zdrowia jest przyzwoity stanowią drugą pod względem liczości grupę – 167 (33,07%). Należy jednak zauważyć, że określenie „przyzwoity” nie oznacza jednak dobrego zdrowia. Jedynie 124 osoby (24,56%) zadeklarowały, że ich zdrowie jest dobre lub bardzo dobre.

Analiza wszystkich danych socjo-demograficznych, wykazała, że wiek, wykształcenie, wykonywany w przeszłości zawód oraz stan cywilny mają istotny statystycznie wpływ na samoocenę stanu zdrowia osób powyżej 65 roku życia. W tabeli II przedstawiono uzyskane wyniki. Im wyższa jest wartość średnia, tym wyższa samoocena stanu zdrowia. Grupa osób w wieku 76 – 85 lat oceniała w sposób istotny ($p=0,007$) swój stan zdrowia za lepszy niż osoby powyżej 85 roku życia. Respondenci, którzy deklarowali, że posiadają wykształcenie: podstawowe, zawodowe, średnie lub wyższe oceniali swój stan zdrowia, jako lepszy ($p<0,001$) niż badani, którzy nie posiadali wykształcenia. Pacjenci, których zawód był związany z pracą fizyczną w sposób istotny ($p=0,0001$) oceniali swój stan zdrowia, jako gorszy od pozostałych. Osoby znajdujące się w związkach partnerskich i w konkubinatach istotnie statystycznie ($p=0,001$) lepiej oceniły stan własnego zdrowia w porównaniu z badanymi pozostającymi w związkach małżeńskich, samotnymi oraz wdowami i wdowcami.

Analiza statystyczna wykazała istotne różnice pomiędzy sytuacją finansową osób starszych, a samooceną stanu zdrowia ($p<0,001$). Osoby, które nie posiadają problemów finansowych oceniają swój stan zdrowia wyżej niż Ci, którzy muszą ograniczać swoje wydatki oraz niż Ci, którzy korzystają z dodatkowej pomocy finansowej. Istotna różnica występuje również pomiędzy osobami, które ograniczają swoje wydatki, a tymi, którzy otrzymują pomoc finansową ($p<0,001$)

Uporczywy, ciągły ból wpływa istotnie na samoocenę stanu zdrowia osób powyżej 65 roku życia ($p<0,001$). Gorszy stan zdrowia deklarują osoby, dla których ból jest nieodłącznym elementem ich życia. Podobnie, jak odczuwanie bólu, zmniejszona sprawność fizyczna wpływa w sposób istotny statystycznie na ocenę stanu zdrowia pacjentów ($p<0,001$). Osoby deklarujące ograniczoną sprawność fizyczną uważają swój stan zdrowia za mniej satysfakcjonujący (Tab. II).

Tabela II. Samoocena stanu zdrowia i wybrane jej uwarunkowania.

| Analizowane zmienna | | Średnia ranga | Analiza statystyczna | | |
|--------------------------------|--|---------------|----------------------|--------|---------|
| | | | Z | H | p |
| Płeć | Mężczyźni | 2,78 | 0,163 | - | 0,871 |
| | Kobiety | 2,74 | | | |
| Wiek | 65–75 lat | 2,77 | - | 9,852 | 0,007* |
| | 76–85 lat | 2,88 | | | |
| | Powyżej 85 lat | 2,51 | | | |
| Miejsce zamieszkania | Miasto | 2,80 | 1,501 | - | 0,133 |
| | Wieś | 2,67 | | | |
| Wykształcenie | Brak wykształcenia | 2,17 | - | 40,688 | <0,001* |
| | Podstawowe | 2,61 | | | |
| | Zawodowe | 3,00 | | | |
| | Średnie | 2,88 | | | |
| | Wyższe | 2,89 | | | |
| Wykonywany w przeszłości zawód | Pracownik fizyczny | 2,49 | - | 21,608 | 0,001 |
| | Pracownik umysłowy | 2,89 | | | |
| | Pracownik fizyczno-umysłowy | 2,97 | | | |
| | Inny | 2,84 | | | |
| Stan cywilny | Panna / kawaler | 2,57 | - | 17,093 | 0,001 |
| | Mężatka / żonaty | 2,80 | | | |
| | Wdowa / wdowiec | 2,66 | | | |
| | Związek partnerski, konkubinat | 3,43 | | | |
| Sytuacja finansowa | Nie mam problemów finansowych | 3,25 | - | 62,64 | <0,001* |
| | Ograniczam wydatki, ale wystarcza mi na najważniejsze rzeczy | 2,70 | | | |
| | Nie wystarcza pieniędzy, korzystam z pomocy finansowej | 2,26 | | | |
| Odczuwanie bólu | Tak | 2,23 | -12,109 | - | <0,001* |
| | Nie | 3,30 | | | |
| Sprawność fizyczna | Ograniczona | 2,36 | -11,494 | - | <0,001* |
| | Brak ograniczeń | 3,38 | | | |

Z – wynik testu U Manna–Whitneya, H – wynik testu Kruskala–Wallisa, p – poziom istotności statystycznej

Dyskusja

Starzenie się powoduje wiele zmian w sprawności funkcjonalnej człowieka i jest postrzegane jako proces destrukcyjny, postępujący i nieodwracalny. Proces ten powodują czynniki biologiczne związane z inwolucją fizyczną, jak i czynniki psychospołeczne. Osoby starsze mają trudności związane z pogarszającym się stanem zdrowia. Z wiekiem wyraźnie obniża się sprawność fizyczna i psychiczna, a co za tym idzie samoocena stanu zdrowia [5].

Ocena poziomu jakości życia jest porównaniem oczekiwań pacjenta i jego stanu rzeczywistego. Dokonuje się tego według kryteriów subiektywnych, ponieważ każdy respondent sam ustala swoją własną miarę [6]. Należy podkreślić, że w ocenie stanu zdrowia u osób w podeszłym wieku kładzie się duży nacisk nie na ocenę biomedycznych wskaźników zdrowia, ale na badanie funkcjonalne, określające różne sprawności biologicznej, psychologicznej i społecznej, które umożliwiają jednostce wykonywanie czynności niezbędnych do osiągnięcia dobrego samopoczucia [7,8]. Jak pokazują badania POL-SENIOR przeprowadzone na reprezentatywnej grupie 5695 osób w wieku geriatrycznym, ponad połowa badanych (59,6%) co najmniej dobrze oceniało swój stan zdrowia, natomiast osoby niezadowolone stanowiły jedynie 5,5% [9]. Podobne wyniki uzyskali Zarzeźna-Baran i wsp. [10] Spośród przebadanych 100 osób, 89 badanych swój stan zdrowia oceniło jako dobry i bardzo dobry, 5 respondentów uznało, że ich stan zdrowia jest obojętny, a tylko 6 osób uważało że jest zły. Nieco gorzej samoocena stanu zdrowia wypadła w badaniach własnych. Aż ponad 42% badanych swój stan zdrowia oceniło jako zły i bardzo zły, ponad 33% uznało go za przyzwoity, a jedynie ponad 24% zaznaczyło odpowiedź dobry i bardzo dobry. Zbliżone wyniki uzyskał Światała, który w grupie 500 osób powyżej 60 roku życia, wykazał, że 39% respondentów uznało swój stan zdrowia za dobry i bardzo dobry, 41% - dostateczny, a 20% za zły i bardzo zły [11]. Natomiast spośród 102 pensjonariuszy Domu Opieki Społecznej, 76% swój stan zdrowia oceniło jako przeciętny, 14% jako zły i tylko 10% respondentów uznało, że ich stan zdrowia jest bardzo dobry [12].

Na jakość życia osób starszych, składa się między innymi wielowymiarowa, subiektywna ocena zdrowia obejmująca stan fizyczny, emocjonalny i zdrowotny. Osiągany status ekonomiczny, stan odżywiania, aktywność ruchowa, sprawność funkcjonalna i poznawcza są jej ważnymi korelatami. W badaniach własnych udowodniono, że istotnie lepiej swój stan zdrowia oceniały osoby w wieku 76 - 85 lat, badani posiadający wykształcenie, wykonujący w przeszłości pracę umysłową lub umysłowo-fizyczną, będący w związkach partnerskich lub konkubinatach, posiadający lepszą sytuację finansową, nie odczuwający bólu oraz nie posiadający ograniczeń w sprawności fizycznej. W ramach projektu "Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym, przebadano 4,5 tys. osób w wieku 50 - 70 lat. Z badań wynika, że swój stan zdrowia lepiej oceniały: badani ubezpieczeni w ZUS (wyższe świadczenia), młodszy, mieszkający w większych miejscowościach oraz posiadające

wyższe wykształcenie. Natomiast swój stan zdrowia gorzej oceniali wdowy i wdowcy oraz badani pracujący w rolnictwie [13].

W okresie starzenia się i starości pojawiają się problemy zdrowotne, pielęgnacyjno-opiekuńcze, psychologiczne, społeczne, ekonomiczne i inne. Złożoność tych problemów wymaga wielokierunkowego podejścia i organizacji pomocy dla osób starszych. Specyfiką opieki geriatrycznej w Polsce i na świecie jest podejmowanie działań w kierunku utrzymania niezależności życiowej tej grupy wiekowej, wczesne wykrycie schorzeń, leczenie i rehabilitacja. 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 [14]. Jednym z elementów pozytywnej samooceny stanu zdrowia jest pozostawanie seniorów w swoim środowisku zamieszkania, w którym czują się bezpiecznie, co rzutuje na inne aspekty ich życia. W takiej sytuacji, opiekę nad osobami w środowisku ich zamieszkania przejmuje pielęgniarka środowiskowo-rodzinna. Podstawowym celem jej działań, stanowiącym kryterium oceny jej pracy, jest uzyskanie korzystnej zmiany stanu zdrowia oraz zwiększenie potencjałów zdrowotnych poszczególnych członków rodziny, w tym osób starszych, wyrażaną samooceną stanu zdrowia [15]. Wraz z wiekiem pogarsza się sprawność w zakresie wykonywania czynności życia codziennego, mobilności, funkcji poznawczych oraz sprawności emocjonalnej. Wszystko to stanowi przyczynę uzależnienia osób starszych od pomocy opiekunów rodzinnych i wzrostu zapotrzebowania na opiekę pielęgniarzką [16].

Wnioski

1. Analiza samooceny stanu zdrowia pozwala stwierdzić, że większość uczestników badania nie cieszy się dobrym zdrowiem.
2. Wykazano, że samoocena stanu zdrowia w grupie osób powyżej 65 roku życia zależy od: wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, statusu finansowego, odczuwania bólu, sprawności fizycznej oraz charakteru zawodu wykonywanego w przeszłości.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

dr n. o zdrowiu Grzegorz Józef Nowicki

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego

Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ul. Staszica 6; 20-081 Lublin

(+4881) 448 6810

grzesiek_nowicki@interia.pl

Piśmiennictwo

1. Halik J. (red.). *Starzy ludzie w Polsce*. Instytut Spraw Publicznych w Polsce, Warszawa 2002.
2. Spilker B. Introduction. W: Spilker B (eds.) *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials*. Lippincott-Raven, Philadelphia 1996: 1-10.
3. Schipper H, Clinch J, Powell V. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. W: Spilker B (red.). *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials*. Lippincott-Raven, Philadelphia 1996: 11-24.
4. Tobiasz - Adamczyk B. Kompleksowa ocena stanu zdrowia osób w podeszłym wieku na podstawie koncepcji psychologicznych. *Sztuka Leczenia* 1995; 1(3): 47-51.
5. Szarota Z. *Gerontologia społeczna i oświatowa: zarys problematyki*. Wydawnictwo AP, Kraków 2004.
6. Sierakowska M, Krajewska-Kułał E. Jakość życia w chorobach przewlekłych - nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2004; 2: 23-27.
7. Halicka M, Pędich W. Obiektywne i subiektywne korelaty satysfakcji życiowej w starości - subiektywne wyznaczniki jakości życia. *Gerontologia Polska* 1999a; 7: 69-74.
8. Stathi A, McKenna J, Fox KR. Physical activity and dimensions of subjective well-being in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity* 2002; 10: 76-92.
9. Waszkiewicz L, Einhorn J, Połtyn-Zaradna K, Gaweł-Dąbrowska D, Grabowska B, Zatońska K. Ocena jakości życia Polaków w wieku podeszłym. W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. (red.). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia Wydawnictwo Medyczne oraz MIBMiK, Poznań 2012: 549-561.

10. Zarzeźna-Baran M, Bakierska M, Trzeciak B, Pęgiel-Kamrat J. Jakość życia starszych mieszkańców miasta i gminy Sztum korzystających z pielęgniarstkiej opieki środowiskowej. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2008; 89(4): 511-517.
11. Świtała M. Samoocena stanu zdrowia i jej wpływ na zachowania konsumentów w starszym wieku. *Gerontologia Polska* 2009; 17(3): 129-136.
12. Płaszewska-Żywko L, Brzuzan P, Malinowska-Lipień I, Gabryś T. Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2008; 89(1): 62-66.
13. Kotowska IE, Wóycicka I. (red.) Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku poprodukcyjnym. Raport z badań. Koordynator projektu: Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008: 47-70.
14. Gajewska O, Bryła M, Maniecka-Bryła I. Samoocena stanu zdrowia uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Hygeia Public Health* 2012; 47(4): 453-459.
15. Wrońska I. Zarys problematyki badawczej pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego. W: Kawczyńska-Butrym Z. (red.) *Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo CEM, Warszawa 1997.
16. Doroszkiewicz H, Bień B. Środowiskowa opieka pielęgniarstka nad osobami w późnej starości. *Gerontologia Polska* 2003; 11(1): 22-26.