

Irena Maniecka-Bryła
Olga Gajewska
Marek Bryła
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Czynniki determinujące samoocenę stanu zdrowia uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu III Wieku w Płocku – wstępne wyniki badań

Streszczenie: Artykuł przedstawia analizę czynników determinujących samoocenę stanu zdrowia uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu III Wieku w Płocku. Badanie zostało przeprowadzone wśród 120 osób. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz wywiadu. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej. Do opisu i oceny zależności pomiędzy badanymi zmiennymi wykorzystano test niezależności χ^2 i współczynnik współzależności C-Pearsona.

Nie określono istotnej statystycznie zależności samooceny stanu zdrowia od wieku, stanu cywilnego, czy wykształcenia badanych. Stwierdzono natomiast zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia a samopoczuciem osoby, subiektywną oceną szczęścia, czy możliwością samodzielnego poruszania się.

Słowa kluczowe: starość, starzenie pomyślne, Uniwersytet Trzeciego Wieku, samoocena stanu zdrowia

Determinants of the self-rated health status of members of the Third Age University Association in Plock – preliminary results of a research study

Summary: The paper presents an analysis of determinants of the self-rated health status of members of the Third Age University Association in Plock. The survey was conducted among 120 people. The research tool was a questionnaire designed especially for this purpose. The research results were statistically analyzed. The description and evaluation of relationships between variables was made with chi-square test and C-Pearson rate.

There is no relationship between the self-rated health status and age, marital status and education. A close relationship has been observed between the self-rated health status and physical and mental state, evaluation of happiness and independent mobility.

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

1. Wprowadzenie

W Polsce, jak i w innych krajach europejskich, występuje wzrost udziału osób starszych, tj. w wieku 60 lat i więcej, w całości populacji kraju. Utrzymująca się niska dzietność oraz wydłużanie się życia ludzkiego są przyczynami szybkiego starzenia się społeczeństwa [Szukalski, 2003].

Obecnie na świecie samoocena stanu zdrowia ludzi starszych uważana jest za bardzo ważny miernik stanu zdrowia, gdyż odzwierciedla stan zdrowia fizycznego, psychicznego, funkcjonalnego i społecznego [Maniecka-Bryła, 2006].

Celem pracy jest określenie czynników wpływających na samoocenę stanu zdrowia ludzi starszych, uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku wraz z uwzględnieniem warunków starzenia pomyślnego.

2. Materiał i metodyka

Badanie przeprowadzono wśród uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku, w wieku 60 lat i więcej. W celu przeprowadzenia badania skorzystano z losowania systematycznego. Ankietę wypełniła co druga osoba uczęszczająca na zajęcia.

Na podstawie analizy literatury przedmiotu opracowano autorski kwestionariusz ankiet, który zawiera dane dotyczące cech społeczno-demograficznych respondentów i 26 pytań: jednokrotnego i wielokrotnego wyboru oraz pytania otwarte.

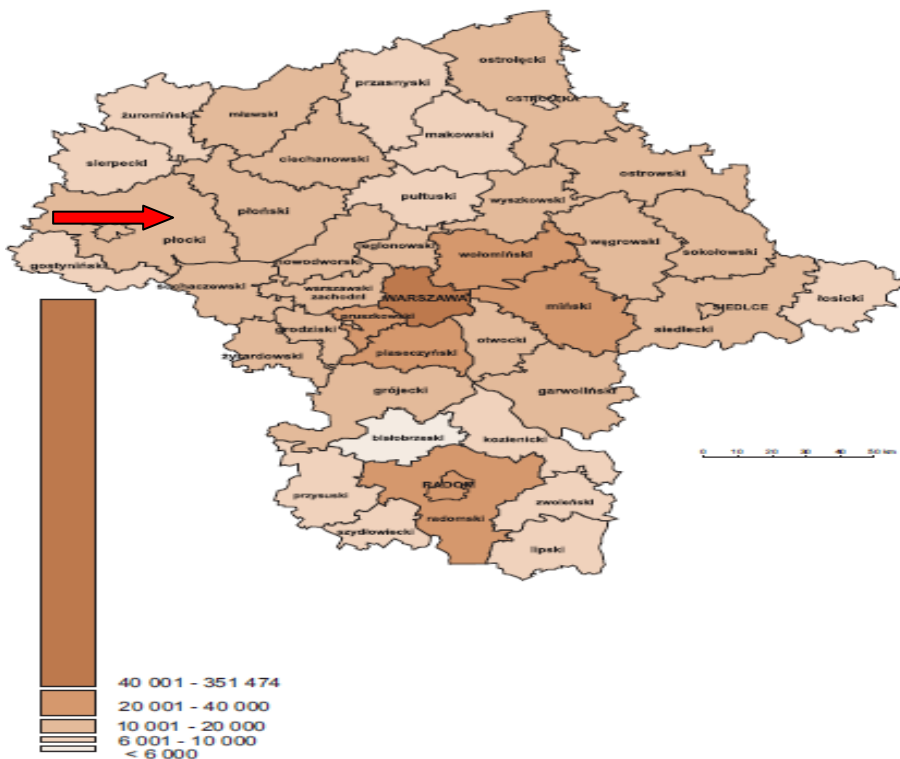
Do chwili obecnej przebadano 120 osób. Docelową liczebność próby badanej określono na 250 osób. Uzyskane dane wprowadzone zostały do przygotowanej bazy w programie Microsoft Excel i poddane analizie statystycznej. Wykorzystano takie miary, jak: średnia arytmetyczna; odchylenie standardowe; wskaźniki struktury – odsetki i frakcje w zależności od liczebności analizowanych grup według zmiennych. W celu stwierdzenia zależności między cechami wykonano test niezależności χ^2 , a dla określenia siły tej zależności obliczono współczynnik współzależności C-Pearsona.

3. Wyniki i ich omówienie

Miasto Płock położone jest w zachodniej części województwa mazowieckiego. Ludność miasta Płocka wynosiła 126 675 osób (stan na 30 VI 2009 r.). W wieku przedprodukcyjnym w Płocku zamieszkiwało 22 927 osób (18%), w wieku produkcyjnym 84 035 osób (66%), natomiast w wieku poprodukcyjnym 19 747 osób (16%) (stan na 31.XII.2008 r.) [GUS, 2010] (rys. 1).

Rysunek 1

Ludność w wieku poprodukcyjnym w podziale na powiaty województwa mazowieckiego w 2008 roku



Źródło: [MCZP, 2009]

Warto nadmienić, iż pierwszy na świecie Uniwersytet Trzeciego Wieku powstał w 1973 roku, w Tuluzie. Głównym celem tego uniwersytetu było dążenie do poprawy jakości życia ludzi starszych przez włączenie ich do systemu kształcenia usta-

wicznego i utrzymania dobrej kondycji fizycznej. Dodatkowym celem było prowadzenie badań naukowych z zakresu gerontologii społecznej. W Polsce pierwszy Uniwersytet Trzeciego Wieku powstał w Warszawie, w 1981 roku, z inicjatywy gerontologa – prof. Haliny Szwarz [Czaplicka, 2007].

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 [Czaplicka, 2007].

Badanie przeprowadzono wśród 120 uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku. Wśród badanych było 114 (95%) kobiet i 6 (5%) mężczyzn. Osoby te były w wieku od 60 do 80 lat, przy czym średnia wieku wynosiła 66 ± 6 lat. 41% badanych było w wieku 60-64 lata, 31% w przedziale wiekowym 65-69 lat, 14% w wieku 70-74, 12% w wieku 75-79, natomiast w grupie wiekowej 80 lat i więcej – 2%.

Największa liczba badanych posiadała wykształcenie wyższe – 61 osób (51%), pozostali posiadali wykształcenie niepełne wyższe – 24 osoby (20%) oraz średnie – 35 osób (29%). Wśród badanych 46% (55 osób) było owdowiałych, 43% (52 osoby) było w związku małżeńskim, 8% (10 osób) rozwiedzionych oraz 3% (3 osoby) stanu wolnego (kawaler/panna).

W pytaniu dotyczącym samooceny stanu zdrowia badani mieli do wyboru następujące opcje: bardzo dobra, dobra, przeciętna, zła, bardzo zła. Żadna z badanych osób nie określiła swojego zdrowia mianem „bardzo zły”, dlatego tę kategorię wykluczono z analizy.

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 (tab. 1, 2, 3).

Tabela 1

Samooocena stanu zdrowia a wiek badanych

Samooocena stanu zdrowia	Wiek (w latach)									
	60-64		65-69		70-74		75-79		80 i więcej	
	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja
bardzo dobra	2	0,04	0	0,00	1	0,06	0	0,00	0	0,00
dobra	14	0,29	19	0,51	6	0,35	3	0,21	0	0,00
przeciętna	27	0,55	17	0,46	8	0,47	7	0,50	3	1,00
zła	6	0,12	1	0,03	2	0,12	4	0,29	0	0,00
RAZEM	49	1,00	37	1,00	17	1,00	14	1,00	3	1,00

Źródło: obliczenia własne

Tabela 2

Samooocena stanu zdrowia a stan cywilny badanych

Samooocena stanu zdrowia	Stan cywilny							
	kawaler/panna		żonaty/mężatka		wdowiec/wdowa		rozwódziona/rozwódziona	
	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja
bardzo dobra	0	0,00	1	0,02	1	0,02	1	0,10
dobra	1	0,33	18	0,35	20	0,36	3	0,30
przeciętna	2	0,67	28	0,54	26	0,47	6	0,60
zła	0	0,00	5	0,09	8	0,15	0	0,00
RAZEM	3	1,00	52	1,00	55	1,00	10	1,00

Źródło: obliczenia własne

Tabela 3

Samooocena stanu zdrowia a wykształcenie badanych

Samooocena stanu zdrowia	Wykształcenie					
	średnie		niepełne wyższe		wyższe	
	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja
bardzo dobra	0	0,00	1	0,04	2	0,03
dobra	9	0,26	10	0,42	23	0,38
przeciętna	22	0,63	12	0,50	28	0,46
zła	4	0,11	1	0,04	8	0,13
RAZEM	35	1,00	24	1,00	61	1,00

W analizie uwarunkowań samooceny stanu zdrowia nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności tej samooceny od wieku, stanu cywilnego czy wykształcenia badanych ($p > 0,05$). Ponadto z uwagi na fakt, że wśród badanych nie było osób z wykształceniem niepełnym podstawowym, podstawowym i zawodowym, dlatego te kategorie wykluczono z analizy.

Badani w kwestionariuszu ankiety określali swój stan zdrowia również na skali wizualnej „termometru”, na którym najlepszy stan zdrowia oznaczany był liczbą 100, a najgorszy stan zdrowia cyfrą 0 (tab. 4).

Tabela 4

Samoocena stanu zdrowia a stan zdrowia oceniany na skali wizualnej „termometru”

Samoocena stanu zdrowia	Skala wizualna „termometru” oceniająca stan zdrowia (0-100) (0 - najgorszy, 100 - najlepszy)									
	0-20		21-40		41-60		61-80		81-100	
	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja
bardzo dobra	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,50
dobra	0	0,00	1	0,08	0	0,00	38	0,69	3	0,50
przeciętna	0	0,00	3	0,25	42	0,91	17	0,31	0	0,00
zła	1	1,00	8	0,67	4	0,09	0	0,00	0	0,00
RAZEM	1	1,00	12	1,00	46	1,00	55	1,00	6	1,00

Źródło: obliczenia własne

Tabela 5

Samoocena stanu zdrowia a samopoczucie badanych

Samoocena stanu zdrowia	Samopoczucie osoby							
	raczej młodo		raczej staro		ani młodo ani staro		nie zastanawiałem/am się	
	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja
bardzo dobra	3	0,07	0	0,00	0	0,00	0	0,00
dobra	26	0,60	2	0,40	11	0,20	3	0,17
przeciętna	12	0,28	1	0,20	40	0,74	9	0,50
zła	2	0,05	2	0,40	3	0,06	6	0,33
RAZEM	43	1,00	5	1,00	54	1,00	18	1,00

Źródło: obliczenia własne

Obie skale obrazujące samoocenę stanu zdrowia badanych, przedstawione w tabeli 4, dają zgodne wyniki, im gorsza subiektywna ocena stanu zdrowia, tym mniejsza wartość zaznaczona na skali podobnej do termometru ($\chi^2=66,719$, $p<0,001$).

Jedno z pytań zawartych w ankiecie dotyczyło określenia samopoczucia ankietowanego, gdzie badani mieli do wyboru następujące opcje odpowiedzi: raczej młodo, raczej staro, ani młodo ani staro, nie zastanawiałem/am się nad tym (tab. 5).

Analizując dane zawarte w tab. 5, stwierdzono istnienie zależności pomiędzy samopoczuciem badanych a samooceną stanu zdrowia ($\chi^2=32,177$, $p<0,001$). Osoby oceniające dobrze lub bardzo dobrze swój stan zdrowia istotnie częściej niż pozostałe osoby czują się raczej młodo. Zależność ta jest średniej mocy ($C=0,50$). Na samoocenę stanu zdrowia może wpływać również subiektywne samopoczucie ujmowane w kategoriach szczęścia, czy samotności (tab. 6).

Tabela 6

Samoocena stanu zdrowia a subiektywna ocena szczęścia w próbie badanej

Samoocena stanu zdrowia	Subiektywna ocena szczęścia (Czy czuje się Pan/Pani szczęśliwy/a)						RAZEM	
	tak		nie		nie wiem			
	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja
bardzo dobra	39	0,87	0	0,00	6	0,13	45	1,00
dobra								
przeciętna	43	0,69	2	0,04	17	0,27	62	1,00
zła	6	0,46	2	0,16	5	0,38	13	1,00
Ogółem	88	0,73	4	0,03	28	0,24	120	1,00

Źródło: obliczenia własne

Osoby bardzo dobrze lub dobrze oceniające swój stan zdrowia istotnie częściej czują się szczęśliwe ($\chi^2=6,115$, $p<0,05$). Tym razem zależność jest niezbyt silna ($C=0,22$).

Natomiast nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy samooceną stanu zdrowia, a subiektywną oceną samotności ($p>0,05$) (tab. 7).

Kolejne z pytań zawartych w kwestionariuszu ankiety dotyczyło oceny swojego stanu zdrowia w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku. Badani mieli do wyboru następujące opcje: bardzo dobrze, dobrze, przeciętnie, źle, bardzo źle. Żadna z badanych osób nie określiła swojego zdrowia, w porównaniu z innymi w tym samym wieku, mianem „bardzo zły”, dlatego tę kategorię wykluczono z analizy (tab. 8).

Tabela 7

Samoocena stanu zdrowia a subiektywna ocena samotności w próbie badanej

Samoocena stanu zdrowia	Subiektywna ocena samotności (Czy czuje się Pan/Pani samotny/a?)					
	tak		nie		nie wiem	
	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja
bardzo dobra	1	0,05	1	0,01	1	0,11
dobra	6	0,28	35	0,39	1	0,11
przeciętna	9	0,43	46	0,51	7	0,78
zła	5	0,24	8	0,09	0	0,00
RAZEM	21	1,00	90	1,00	9	1,00

Źródło: obliczenia własne

Tabela 8

Samoocena stanu zdrowia a ocena zdrowia badanych w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku

Samoocena stanu zdrowia	Ocena stanu zdrowia w porównaniu z innymi w tym samym wieku							
	bardzo dobrze		dobrze		przeciętnie		źle	
	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja
bardzo dobra	2	0,25	0	0,00	1	0,02	0	0,00
dobra	5	0,63	35	0,67	2	0,04	0	0,00
przeciętna	1	0,12	17	0,33	43	0,83	1	0,13
zła	0	0,00	0	0,00	6	0,11	7	0,87
RAZEM	8	1,00	52	1,00	52	1,00	8	1,00

Źródło: obliczenia własne

Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy samooceną stanu zdrowia a oceną stanu zdrowia w porównaniu z osobami w tym samym wieku ($\chi^2=101,305$, $p<0,001$). Osoby bardzo dobrze lub dobrze oceniające swój stan zdrowia w porównaniu z rówieśnikami także miały najczęściej dobrą samoocenę. Jest to silna zależność ($C=0,68$).

Badani w kwestionariuszu ankiety określili również możliwości swojego codziennego samodzielnego poruszania się (tab. 9).

Samoocena stanu zdrowia a możliwości codziennego samodzielnego poruszania się osób badanych

Samoocena stanu zdrowia	Możliwości codziennego samodzielnego poruszania się					
	nie mam żadnych problemów z chodzeniem		czasami chodzenie sprawia mi pewien kłopot		chodzenie sprawia mi kłopot (osoba „przykuta do łóżka”)	
	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja
bardzo dobry	36	0,49	9	0,20	0	0,00
dobry						
przeciętny	37	0,50	25	0,54	0	0,00
zły	1	0,01	12	0,26	0	0,00
RAZEM	74	1,00	46	1,00	0	0,00

Źródło: obliczenia własne

Stwierdzono istotną zależność oceny stanu zdrowia od możliwości codziennego samodzielnego poruszania się ($\chi^2=22,532$, $p<0,001$). Osoby bardzo dobrze lub dobrze oceniające swój stan zdrowia istotnie częściej niż pozostałe nie wykazywały żadnych problemów z chodzeniem. W tym przypadku stwierdzono umiarkowanie silną zależność ($C=0,40$).

Badani najczęściej zasięgali porady lekarza z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa – 48% (58 osób), podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi – 46% (55 osób), hipercholesterolemii – 39% (47 osób) oraz reumatoidalnego zapalenia stawów – 28% (33 osoby). Najmniej osób leczyło się w ciągu ostatniego roku z powodu zawału mięśnia sercowego (1 osoba), choroby nowotworowej (4 osoby), cukrzycy i astmy oskrzelowej (9 osób) (tab. 10).

Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy samooceną stanu zdrowia a podwyższonym ciśnieniem krwi ($\chi^2=9,436$, $p<0,01$) i chorobami żołądka i dwunastnicy ($\chi^2=12,587$, $p<0,01$), z powodu których badani zasięgali porad lekarskich w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Osoby zgłaszające się do lekarza z powodu powyższych chorób istotnie częściej źle oceniały swoje zdrowie, w porównaniu z osobami, które nie zgłaszały się do lekarza z tych powodów. Osoby zgłaszające się do lekarza z powodu hipercholesterolemii, choroby wieńcowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, innych chorób i cukrzycy częściej źle oceniały swój stan zdrowia, niż osoby nie zgłaszające się do lekarza z powodu tych chorób, przy czym zależności ta jest nieistotna statystycznie. W przypadku choroby zwyrodnieniowej, przewlekłego zapalenia oskrzeli i astmy oskrzelowej nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy samooceną stanu zdrowia a zgłaszaniem się do lekarza badanych

z powodu tych chorób ($p>0,05$). Ponadto w obliczeniach nie uwzględniono przypadków zawału mięśnia sercowego, rozedmy płuc i choroby nowotworowej ze względu na małą liczebność grup, bądź ich brak.

Tabela 10

Samoocena stanu zdrowia a choroby, z powodu których badani w ciągu ostatnich 12 miesięcy zasiękali porady lekarza

Choroby, z powodu których w ciągu ostatnich 12 miesięcy badani zasiękali porady lekarza	Samoocena stanu zdrowia						Razem
	bardzo dobra lub dobra		przeciętna		zła		
	n	frakcja	n	frakcja	n	frakcja	
podwyższone ciśnienie tętnicze krwi	13	0,24	33	0,60	9	0,16	55
hipercholesterolemia	13	0,28	27	0,57	7	0,15	47
cukrzyca	4	0,44	4	0,44	1	0,12	9
zawał serca	0	0,00	1	1,00	0	0,00	1
choroba wieńcowa	12	0,57	6	0,29	3	0,14	21
RZS	13	0,39	14	0,42	6	0,19	33
choroba zwyrodnieniowa	19	0,33	31	0,53	8	0,14	58
rozedma płuc	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
przewlekłe zapalenie oskrzeli	3	0,21	11	0,79	0	0,00	14
astma oskrzelowa	2	0,22	7	0,78	0	0,00	9
choroby żołądka i dwunastnicy	1	0,07	9	0,60	5	0,33	15
choroba nowotworowa	0	0,00	4	0,80	1	0,20	5
inne	2	0,14	9	0,64	3	0,22	14

4. Podsumowanie

Badani, uczestnicy zajęć Uniwersytetu Trzeciego Wieku w przeważającej większości (86%) są w wieku wczesnej starości. Osoby te cechuje wysoka aktywność intelektualna. Osoby te rozwijają swoje zainteresowania, uczestniczą w wykładach organizowanych przez UTW, co umożliwia im wymianę doświadczeń, stymuluje procesy twórcze [Moździerz, Salamon, 2008; Zrałek, 2008]. Aktywność tych osób, ich satysfakcja z życia wpływa również na subiektywną ocenę zdrowia w porówna-

niu z innymi ludźmi w tym samym wieku. Cechy charakteryzujące próbę objętą badaniem uzasadniają określenie, że osoby te są przykładem pomyślnego starzenia [Maniecka-Bryła, Bryła, 2008; Phelan, Larson, 2002; Phelan, Anderson, La Croix i wsp., 2004]. Stwierdzono zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia a samo-poczuciem osoby czy subiektywną oceną szczęścia. Na samoocenę stanu zdrowia ludzi starszych wpływa stan fizyczny, psychiczny, społeczny i intelektualny. Z kolei na pozytywne postrzeganie samego siebie, rozwój psychiczny, fizyczny, społeczny i intelektualny wpływa z pewnością uczestnictwo w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Literatura

- Czaplicka J. (red.), 2007, *Pięć lat Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku 2002-2007*, Wyd. PWSZ w Płocku, Płock, 164 s.
- GUS (Główny Urząd Statystyczny), 2010, dane dostępne na stronie internetowej www.stat.gov.pl w dniu 19.03.2010
- Maniecka-Bryła I., 2006, *Zmiany w stanie zdrowia mieszkańców Łodzi w okresie transformacji społeczno-ekonomicznej (na przykładzie ludności w wieku 65-74 lata)*, Wyd. Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź, 151-158
- Maniecka-Bryła I., Bryła M., 2008, *Poglądy osób w wieku 65-74 lat na temat pomyślnego starzenia*, „Gerontologia Polska”, 16(2), 119-126
- MCZP (Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego), 2009, *Informator Opieka zdrowotna w liczbach na obszarze województwa mazowieckiego w 2008 roku*, MCZP, Warszawa, 176 s.
- Moździerz K., Salamon J., 2008, *Aktywność seniorów skupionych w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubie Inteligencji Katolickiej*, [w:] J.T. Kowalewski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*, Wyd. UŁ, Łódź, 197-203
- Phelan E., Anderson L., La Croix A. Et al., 2004, *Older adults' views of 'successful aging' – how do they compare with researchers' definitions?*, “Journal of American Geriatrics Society”, 52(2), 211-216
- Phelan E., Larson E., 2002, *'Successful aging' – where next?*, “Journal of American Geriatrics Society”, 50, 1306-1308
- Szukalski P., 2003, *Trwanie życia osób starszych w Europie na przełomie XX i XXI wieku*, „Gerontologia Polska”, 2(2), 55-62
- Zralek M., 2008, *Lifelong learning jako czynnik poprawy jakości życia ludzi starszych*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Wyd. UŁ, Łódź, 84-95