

Monika Burzyńska Malwina Kępa

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Marek Bryła Irena Maniecka-Bryła

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego

Samoocena stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych starszych mieszkańców wsi¹

Streszczenie: Celem niniejszej pracy była próba oceny czynników warunkujących poczucie jakości życia wśród starszych mieszkańców wsi ze szczególnym uwzględnieniem samooceny stanu zdrowia tych osób. Przeprowadzając badanie, uzyskano dane dotyczące między innymi subiektywnej oceny zdrowia, występowania chorób i dolegliwości, przyjmowania leków oraz zachowań zdrowotnych i funkcjonowania społecznego. Badanie przeprowadzono w styczniu i lutym 2010 roku na terenie trzech losowo wybranych wsi powiatu pajęczańskiego. Badaniem kwestionariuszowym objęto 109 osób w wieku 65 lat i więcej. W analizie statystycznej danych wykorzystano wskaźniki struktury, miary położenia dla cech mierzalnych oraz test niezależności χ^2 .

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 71 (65,1%) kobiet i 38 (34,9%) mężczyzn. Samoocena stanu zdrowia osób starszych była raczej niezadowolająca. Aż 75,2% badanych seniorów wskazało, że choruje przewlekłe lub często, zaś jedynie 24,8%, że rzadko lub wcale. 85% spośród badanych, którzy odczuwali dolegliwości, przyjmowało leki. Niemal 70% badanych

¹ Pracę zrealizowano w ramach tematu statutowego Zakładu Epidemiologii i Biostatystyki Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, nr 503/6-029-07/503-01.

wskazało, że martwi się o swą przyszłość. Ponad połowa badanych podejmowała w czasie wolnym aktywność fizyczną, ale najczęściej sporadycznie. Niemal wszyscy respondenci spożywali dziennie 3–4 posiłki (92%). Niemal połowa respondentów jedynie czasami stosowała zasady zdrowego żywienia.

Najważniejsze wnioski płynące z badania to: 1) subiektywna ocena stanu zdrowia osób starszych jest ważnym miernikiem jakości życia warunkowanej stanem zdrowia, 2) poznanie uwarunkowań jakości życia i zachowań zdrowotnych w konsekwencji może przyczynić się do poprawy życia ludzi starszych ze środowiska wiejskiego.

Słowa kluczowe: osoby w wieku podeszłym, ludność wiejska, stan zdrowia, jakość życia

Wstęp

W okresie starości zmiany w organizmie mają charakter nieodwracalny i różnicowany (Bjornskov 2008: 1750; Rembowski 1982: 50). Specyfika starzenia się w ujęciu biologicznym charakteryzuje się postępującymi zmianami somatycznymi. Widoczne są one w postawie ciała i wyglądzie. Wynikają głównie ze zmian w rozmieszczeniu tkanki tłuszczowej, a także zmian zachodzących w układzie kostno-stawowym (Dziewulska 2004: 25). Wraz z postępującym procesem starzenia się organizmu zmienia się również samoocena stanu zdrowia. Negatywna samoocena przekłada się na gorszą jakość życia. Osoba w podeszłym wieku powinna zaadaptować się do okresu starości. Istotną rolę odgrywa więc tu samoświadomość (Łój 2007: 153).

W literaturze znaleźć można liczne stwierdzenia, że jakość życia uwarunkowana jest głównie stanem zdrowia (*Health Related Quality of Life* — HRQL). Termin ten został wprowadzony przez H. Schipperę i jego współpracowników w 1990 roku. Podstawę jakości życia stanowi tu odpowiednie funkcjonowanie (fizyczne, psychiczne i społeczne), dobre samopoczucie, a także autonomia. Nie bez znaczenia jest również sytuacja społeczno-ekonomiczna, doznania somatyczne oraz obszar duchowy (Kochman 2007: 242, 2008: 55; Kozieł 2008; Wojszel 1996: 28). Jakość życia mierzona stanem zdrowia stanowi uzupełnienie wskaźników odnoszących się do różnorodnie wykorzystywanych metod leczenia i ich efektów (Wiraszka i wsp. 2004: 9). Jest ona odbierana nieco inaczej przez każdego pacjenta. Składa się na nią, między innymi, sprawność ruchowa, stan fizyczny i psychiczny, doznania somatyczne oraz sytuacja społeczno-ekonomiczna (Pasek i wsp. 2007: 3; Tobiasz-Adamczyk, Brzyski 2005: 43).

Stan zdrowia osób starszych silnie koreluje z wiekiem. Łatwo zatem spostrzec, że ludzie ci cierpią na wiele chorób, głównie przewlekłych, które wpływają negatywnie na sprawność fizyczną i intelektualną. Choroby zmniejszają zdolność do wykonywania podstawowych czynności i zadań dnia codziennego, zaburzają mobilność (Mwanyanga i wsp. 2010: 36; Yount i wsp. 2010: 1418). W okresie starości istnieją choroby zależne od wieku, jak również choroby związane z wiekiem (Gustaw i wsp. 2006: 614). Występowanie jednocześnie licznych schorzeń u ludzi w podeszłym wieku zwane jest wielochorobowością bądź polipatologią. Prowadzone kilka lat temu badanie stanu zdrowia mieszkańców Łodzi w wieku 65–74 lata wykazało, że w wieku wczesnej starości średnio u kobiet współlistnieją już 2,7 choroby, natomiast u mężczyzn — 2,4, z których ponad połowa rozpoznana lekarskich dotyczyła chorób układu krążenia (Maniecka-Bryła 2006: 144).

Do chorób najczęściej występujących u ludzi w podeszłym wieku zaliczyć można: choroby narządu ruchu, choroby układu krążenia (głównie chorobę niedokrwienną serca, niewydolność serca oraz nadciśnienie tętnicze), zaburzenia związane z układem oddechowym (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli), a także upośledzenie narządu wzroku i słuchu (Wojszel 1996: 28). Z innych źródeł wynika, że oprócz wyżej wymienionych są to także choroby naczyń mózgowych, nowotwory, choroby układu moczowo-płciowego, przewodu pokarmowego, choroby metaboliczne, psychiczne oraz geriatryczny zespół jatrogenny (Bruśk 2006: 39; Mendoza-Núñez i wsp. 2009: 1471). Jak wynika z licznych badań długofalowych, m.in. *Framingham Heart Study* czy *EPESE (Established Populations for Epidemiological Studies of the Elderly)*, schorzeniami szczególnie zmniejszającymi sprawność ludzi starszych są: depresja, udar mózgu, choroby serca, zwyrodnienie stawów (głównie kolanowego) oraz złamania (szczególnie szyjki kości udowej) (Wojszel 1996: 28).

Godne zwrócenia uwagi jest także zagadnienie tzw. wielkich problemów geriatrycznych. Ich znaczenie podkreślił B. Isaacs, wyróżniając liczne zaburzenia, które składają się na te problemy. Są to: otępienie, zaburzenie poruszania się i równowagi, upadki, nietrzymanie moczu i stolca, upośledzenie wzroku i słuchu, a także depresje. W konsekwencji pogorszeniu ulega zdrowie fizyczne i psychiczne, a także obniża się jakość życia jednostki (Borzym 2009: 81; Li i wsp. 2003: 283). Istotny wpływ na obraz kliniczny mają także dodatkowe czynniki, takie jak warunki egzystencji, czyli zła sytuacja sanitarna i higieniczna, ubóstwo, nieodpowiednie odżywianie, osamotnienie, czy lęk (Ziętkowska 2006: 346; Wieczorkowska-Tobis, Grześkowiak 2008: 55).

Człowiek starszy szybciej się męczy, wolniej reaguje, częściej popełnia błędy. Jednocześnie łatwiej się zadręcza, popada w niepokój i jest dość podejrzliwy w stosunku do innych ludzi. Posiada większe skłonności do rozdrażnienia. Wystąpić mogą u niego zmiany nastroju czy charakteru, czasem nawet depresje i lęki (Kaczmarek, Skrzypczak 2008: 17; Szwarc i wsp. 1988: 20). Lęk najczęściej związany jest z wystąpieniem choroby, a co za tym idzie — z uzależnieniem od innych oraz nadchodzącą śmiercią. Często to właśnie widmo śmierci i brak jej akceptacji sprzyja narastaniu lęku. Obok wcześniej wymienionego uczucia równie przykrym stanem jest niepokój. Składa się na niego m.in. niepewność, drażliwość, napięcie czy niechęć do działania. Korelują one z takimi elementami, jak: wdowieństwo, gorszy stan zdrowia, pogorszenie sytuacji materialnej, ale także brak kontaktów z rodziną czy samotność. Poczucie zagrożenia może być determinowane zarówno przez czynniki subiektywne, jak i obiektywne. Generalnie rzecz biorąc, jest ono wśród osób starszych tym większe, im większa jest liczba chorób, którymi te osoby są dotknięte. Im człowiek jest słabszy pod względem somatycznym i psychicznym, tym gorzej radzi sobie z trudnościami (Klus-Stańska 1990: 109; Borg i wsp. 2006: 607).

Celem niniejszej pracy była próba oceny czynników warunkujących poczucie jakości życia starszych mieszkańców wsi objętych badaniem, ze szczególnym uwzględnieniem samooceny stanu zdrowia tych osób. Analizie poddano korelację między samooceną stanu zdrowia badanych a wybranymi zmiennymi. Przede wszystkim zwrócono uwagę na zdrowie fizyczne i jego zaburzenia. Analizie poddano subiektywną ocenę zdrowia, występowanie chorób i dolegliwości, przyjmowanie leków.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone w styczniu i lutym 2010 roku. Kwestionariusz wywiadu dotyczył osób starszych, mających co najmniej 65 lat. Zatem wiek 65 lat i więcej był kryterium doboru osób do badania. W próbie badanej znaleźli się wszyscy starzy mieszkańcy trzech losowo wybranych wsi znajdujących się w gminie Sulmierzyce w województwie łódzkim, tj. 115 osób. Dobór losowy polegał na tym, że najpierw wylosowano powiat w województwie łódzkim, następnie gminę w tym powiecie, a w ramach gminy spośród 27 wsi wylosowano trzy o typowo rolniczym charakterze: Chorzenice, Marcinów i Bieliki, zapewniając tym samym wystarczającą liczebność próby. Zdecydowano się na wylosowanie wsi znajdujących się w obrębie tej samej gminy z uwagi na koszty przeprowadzenia badania oraz łatwość komunikowania.

Badaniem kwestionariuszowym objęto 109 respondentów, tj. 71 kobiet i 38 mężczyzn. Spośród 115 osób z próby badanej 6 odmówiło udzielenia wywiadu, tj. 5,2%. Respondentów poinformowano o celu badania i sposobie jego przeprowadzania. Zapewniono ich również o zupełnej dobrowolności i anonimowości badania. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Aby określić wpływ różnych czynników determinujących jakość życia ludzi starszych, mieszkających w środowisku wiejskim, autorzy niniejszej pracy wykorzystali samodzielnie opracowany kwestionariusz wywiadu. Wywiad z respondentem odbywał się w domu badanego, dzięki czemu można było dotrzeć do wszystkich starszych mieszkańców wybranych wsi. Kwestionariusz wywiadu zawierał 30 pytań. Pytania posiadały formę zarówno zamkniętą, jak i częściowo otwartą. Kwestionariusz zbudowany był w ten sposób, że w jego skład wchodziły trzy grupy pytań. Część pierwsza dotyczyła charakterystyki społeczno-demograficznej, druga obejmowała pytania dotyczące stanu fizycznego osób starszych i ich funkcjonowania (w tym samooceny stanu zdrowia i stylu życia). Pytania części trzeciej dotyczyły stanu psychicznego badanych i ich interakcji społecznych.

Uzyskane dane empiryczne zostały zakodowane i wprowadzone do programu Excel. W analizie statystycznej danych zastosowano następujące miary: wskaźniki struktury — frakcje (gdy analizowana zbiorowość liczyła mniej niż 100 osób, lecz więcej niż 30) lub odsetki (gdy analizowana zbiorowość liczyła więcej niż 100 osób), miary położenia dla cech mierzalnych — średnią arytmetyczną, medianę, modalną, minimum, maksimum. W pracy dokonano oceny zależności pomiędzy zmiennymi za pomocą testu niezależności χ^2 lub χ^2 z poprawką Yatesa. Weryfikacji postawionych hipotez dokonywano na poziomie istotności $p \leq 0,05$. Siłę związku między cechami mierzono, wykorzystując w tym celu wskaźnik Q-Yule'a (tablice czteropolowe) lub współczynnik C-Pearsona (tablice o liczbie kolumn powyżej 2).

Wyniki badania

Niniejsze badanie przeprowadzono w trzech wymienionych wcześniej wsiach. W 2009 roku te trzy wsie zamieszkiwało 613 osób (295 kobiet i 318 mężczyzn). Ko-

biety stanowiły 48,1% populacji, mężczyźni 51,9%. Analizując liczbę ludności pod względem wieku, osób mających 65 lat i więcej było w powyższych trzech miejscowościach 115. Liczba kobiet wynosiła odpowiednio 73, co stanowiło 63,5% ogółu. Średni wiek badanych wyniósł 74,2 lat. Kobiety najczęściej były owdowiałe (ponad połowa), zaś mężczyźni żonaci (ponad ¾ wszystkich badanych mężczyzn). Wśród kobiet, podobnie jak i wśród mężczyzn, najwięcej było osób z wykształceniem podstawowym (łącznie 64 osoby). Prawie 81% respondentów nie mieszkało samotnie. 26,6% zamieszkiwało tylko z małżonkiem, 25,7% z małżonkiem i z innymi członkami rodziny oraz 25,7% z dziećmi i/lub wnukami. Charakterystykę badanej próby pod względem powyższych zmiennych przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej próby

Zmienne	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
	71	65,1	38	34,9	109	100,0
Wiek	65		65		65	
Min	96		90		96	
Max	74,6		73,4		74,2	
Średnia arytmetyczna	65		65		65	
Modalna	74		72		73	
Mediana	8,1		7,4		7,8	
Odchylenie standardowe	10,9%		10,1%		10,5%	
Współczynnik zmienności						
Stan cywilny	N	frakcje	N	frakcje	N	%
Żonaty/mężatka	28	0,39	30	0,79	58	53,2
Wdowiec/wdowa	40	0,56	4	0,11	44	40,4
Kawaler/panna	2	0,03	2	0,05	4	3,7
Rozwiedziony/rozwiedziona	1	0,02	2	0,05	3	2,7
Wykształcenie	N	frakcje	N	frakcje	N	%
Wyższe	1	0,01	2	0,05	3	2,8
Średnie	7	0,10	2	0,05	9	8,3
Zawodowe	1	0,01	5	0,13	6	5,5
Podstawowe	44	0,62	20	0,53	64	58,7
Niepełne podstawowe	16	0,24	9	0,24	25	22,9
Brak wykształcenia	2	0,02	0	0,00	2	1,8
Współzamieszkanie	N	frakcje	N	frakcje	N	%
Tylko z małżonkiem/-ą	14	0,20	15	0,39	29	26,6
Z małżonkiem/-ą i z innymi członkami rodziny	13	0,18	15	0,39	28	25,7
Z dziećmi i/lub wnukami	26	0,36	2	0,05	28	25,7
Z innymi osobami	2	0,03	1	0,03	3	2,7
Samotnie	16	0,23	5	0,14	21	19,3

Źródło: opracowanie własne.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że samoocena stanu zdrowia dobrze odzwierciedla stan zdrowia ludzi w podeszłym wieku. Osoby biorące udział w badaniu

mogły go określić za pomocą następujących kategorii: bardzo dobry, dobry, przeciętny, zły lub bardzo zły. W odpowiedzi na pytanie kwestionariusza: „Jak ocenia P. swój stan zdrowia?”, większość osób starszych (52,3%) uznało go za przeciętny — ponad połowa zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Niemal 1/3 respondentów (32,1%) na pytanie dotyczące samooceny stanu zdrowia odpowiedziała, że ich zdrowie jest w złej kondycji — ponad 1/3 kobiet i ponad 1/4 mężczyzn. 11% ogółu przebadanych osób czuło się dobrze. 1,8% badanych stanowiły osoby, które oceniły swoje zdrowie za bardzo dobre, zaś 2,8% ogółu stanowiły osoby, które oceniły swoje zdrowie jako bardzo złe. Przy pomocy testu niezależności χ^2 nie stwierdzono zależności statystycznej pomiędzy płcią a samooceną stanu zdrowia oraz pomiędzy samooceną stanu zdrowia a obawami odczuwanymi przed przyszłością, a także pomiędzy samooceną stanu zdrowia a stanem cywilnym i wykształceniem. Stwierdzono natomiast istotne zależności pomiędzy samooceną stanu zdrowia a: 1) występowaniem chorób i dolegliwości; 2) częstością korzystania z pomocy rodziny przez ludzi starszych (odpowiednio: $\chi^2 = 33,697$; $\chi^2 = 27,602$). Osoby niechorujące, lub rzadko chorujące, lepiej oceniły stan swojego zdrowia niż te, które chorowały często lub przewlekłe. Podobna sytuacja istniała w przypadku występowania dolegliwości. Respondenci nieodczuwający dolegliwości częściej podawali, że stan ich zdrowia był bardzo dobry lub dobry niż osoby mające dolegliwości. Współczynniki C-Pearsona wyniosły odpowiednio 0,49 i 0,45. Wskazuje to na umiarkowaną zależność pomiędzy analizowanymi zmiennymi. Należy podkreślić, że z pomocy swych bliskich częściej korzystali respondenci oceniający swój stan zdrowia jako przeciętny, zły lub bardzo zły niż ci, którzy ocenili swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre. W tym przypadku współczynnik C-Pearsona równy 0,31 wyrażał słabą zależność. Sytuację dotyczącą samooceny stanu zdrowia według płci przedstawiono na rysunku 1.



Rysunek 1. Samoocena stanu zdrowia osób badanych według płci (frakcje)

Jedno z pytań kwestionariusza dotyczyło występowania chorób u osób objętych badaniem. 74 osoby (67,9%) odpowiedziały, że chorowały przewlekłe, 8 badanych (7,3%) — że często, ale nie przewlekłe, natomiast osoby chorujące rzadko i wcale stanowiły 24,8% ogółu (27 osób). Mężczyźni nieco rzadziej, w porównaniu do kobiet, zgłosili występowanie chorób przewlekłych. Odpowiednie odsetki wynosiły w tych grupach 66% i 69%. Męska grupa respondentów częściej twierdziła, że choruje rzadko albo wcale (co trzeci). Tak też oceniła swój stan zdrowia co piąta kobieta. Korzystając z testu niezależności χ^2 , nie stwierdzono zależności statystycznej pomiędzy częstością występowania chorób a płcią.

Na pytanie: „Czy aktualnie odczuwa P. jakieś dolegliwości?”, 94 osoby (86,2%) badanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej (w tym 63 kobiety — 89% tej kategorii i 31 mężczyzn — 82%), podczas gdy „nie” odpowiedziało 15 osób (13,8%). W przypadku odpowiedzi twierdzącej zadawano kolejne pytania, dotyczące rodzaju dolegliwości oraz przyjmowanych leków. W tabeli 2 zamieszczono dane dotyczące częstości występowania dolegliwości najczęściej wskazywanych przez badanych.

Tabela 2. Częstość występowania dolegliwości według płci

Rodzaj dolegliwości	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	frakcje	N	frakcje	N	%
Bóle stawów, kręgosłupa	49	0,69	12	0,32	61	56,0
Oslabienie wzroku	43	0,61	14	0,37	57	52,2
Oslabienie słuchu	25	0,35	13	0,34	38	34,9
Bezsennaść	28	0,39	6	0,16	34	31,1
Bóle i zawroty głowy	27	0,38	4	0,11	31	28,4
Zaniki pamięci	25	0,35	5	0,13	30	27,5
Bóle w okolicy serca	20	0,28	9	0,24	29	26,6
Oslabienie	25	0,35	3	0,08	28	25,7
Ból w klatce piersiowej	17	0,24	10	0,26	27	24,8
Zaparcia	16	0,23	3	0,08	19	17,4
Kaszel	7	0,10	10	0,26	17	15,6
Depresja	10	0,14	0	0,00	10	9,1
Ból w jamie brzusznej	6	0,08	4	0,11	10	9,1
Brak łaknienia	5	0,07	2	0,05	7	6,4

Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej respondenci odczuwali bóle stawów i kręgosłupa (tab. 2). Na dalszych dwóch miejscach, a zatem niezwykle często, znalazły się odpowiedzi dotyczące dolegliwości związanych z procesem starzenia się narządów/ zmysłów: osłabienie wzroku i słuchu. Na czwartym miejscu wśród dolegliwości plasowała się bezsennaść, bóle i zawroty głowy oraz zaniki pamięci. W dalszej kolejności ludzie starsi wymieniali bóle w okolicy serca, osłabienie oraz bóle w klatce piersiowej. Najmniej osób wskazało na brak łaknienia.

Wśród dolegliwości zgłoszonych przez kobiety dominował przede wszystkim ból stawów i kręgosłupa, który dotykał ponad 2/3 badanych. Co do mężczyzn, to prawie 1/3 zgłosiła ból stawów i kręgosłupa. Dolegliwości te były jednym z głównych powodów pojawienia się trudności związanych z poruszaniem się. Choroby układu ruchu stanowiły zdecydowanie większy problem dla kobiet. Ponadto 1 kobieta odczuwała bóle nóg i 1 chorowała na żylaki.

W grupie respondentek na drugim miejscu pod względem częstości występowania znalazło się osłabienie wzroku. Trzecie miejsce wśród kobiet zajmowała bezsenność, czwarte natomiast bóle i zawroty głowy. Badane dość często wymieniały również takie dolegliwości, jak osłabienie słuchu, ogólne osłabienie oraz zaniki pamięci. Wśród kobiet, łącznie ponad 1/3 skarżyła się na istnienie tych dolegliwości.

W grupie badanych mężczyzn na pierwszym i drugim miejscu pod względem częstości występowania znalazły się osłabienie wzroku i słuchu. Prawie co trzeci respondent wśród odczuwających dolegliwości skarżył się na ból stawów i kręgosłupa, natomiast co czwarty — na ból w klatce piersiowej i kaszel. Mężczyźni częściej w porównaniu do kobiet wymieniali, że odczuwają ból w klatce piersiowej, kobiety zaś — częściej ból w okolicy serca. Biorąc pod uwagę dolegliwości ze strony układu oddechowego, skarżyło się na nie więcej respondentów niż respondentek. Sytuacja odwrotna dotyczyła dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Należy zauważyć również, że żaden z badanych mężczyzn nie wymieniał depresji, podczas gdy co dziesiąta kobieta zgłosiła jej występowanie.

Aż 80 spośród 94 badanych, którzy odczuwali dolegliwości, przyjmowało leki. Określono zależność pomiędzy występowaniem dolegliwości u osób starszych a faktem przyjmowania przez nie leków ($\chi^2= 43,723$). Respondenci cierpiący na dolegliwości częściej przyjmowali leki niż ci, którzy takich dolegliwości nie odczuwali. Współczynnik Yule'a wynosił 1. Pokazywał on pełną współzależność pomiędzy występowaniem dolegliwości i używaniem leków.

Stan psychiczny respondentów zajmuje znaczące miejsce w analizie jakości życia ludzi w podeszłym wieku. Zatem zapytano badanych o to, czy odczuwają niepokój, czy martwią się o przyszłość. W razie odpowiedzi twierdzącej pytano o przyczyny lęku. Niemal 70% badanych wskazało obawę przed przyszłością — trzy czwarte kobiet i ponad połowa mężczyzn. Należy przypuszczać, że powodem powyższej sytuacji nie było zabezpieczenie materialne, bowiem jedynie 2 osoby wymagały pomocy finansowej. 42,2% respondentów odczuwało niepokój przed niepełnosprawnością, 36,7% przed chorobą, 13,8% przed samotnością, natomiast przed śmiercią jedynie 10,1% badanych. Tylko 3,7% respondentów miało stany niepokoju, wynikające z innych przyczyn niż podane powyżej. Można więc wnioskować, że osoby starsze odczuwają lęk przed przyszłością, a konkretnie przed pogarszającym się stanem zdrowia i możliwością bycia niepełnosprawnym, bowiem taka sytuacja może skutkować utratą samodzielności i koniecznością opieki ze strony innych osób. Przy pomocy testu niezależności χ^2 stwierdzono zależność statystyczną pomiędzy istnieniem lęku a występowaniem chorób u osób starszych ($\chi^2= 11,836$). Natomiast, obliczając współczynnik Yule'a, określono siłę korelacji pomiędzy istnieniem lęku a występowaniem dolegliwości. Ludzie starsi biorący udział w badaniu, którzy odczuwali jakiegokolwiek dolegliwości lub cierpieli na określone choroby, bardziej niepokoiłi się o swą przyszłość niż ci, u których nie występowały dolegliwości i choroby. Współczynnik C-Pearsona obliczony w pierwszym przypadku wyniósł 0,31 i wskazywał na słabą zależność pomiędzy cechami. Analizując zaś współczynnik Yule'a, który wyniósł 0,72, można stwierdzić silną korelację pomiędzy powyższymi zmiennymi. Na poziomie istotności $p \leq 0,05$ nie stwierdzono jednak zależności pomiędzy odczuwaniem niepokoju a płcią, a także stanem zdrowia czy kontaktami rodzinnymi.

Część pytań kwestionariusza wywiadu dotyczyła stylu życia. Pytano o to, jak często badana osoba podejmuje aktywność fizyczną w czasie wolnym od pracy i jakie są motywy takiego postępowania. 60 respondentów (w tym 34 kobiety) — spośród 109 — odpowiedziało, że podejmuje aktywność fizyczną poza czasem przeznaczonym na pracę. Najwięcej osób, bowiem aż 23 (w tym 14 kobiet), przyznało, że ćwiczy sporadycznie. Niecała 1/3 aktywnych fizycznie badanych (18 osób) wybrała odpowiedź, że podejmuje aktywność fizyczną 1–2 razy w tygodniu. Na kolejnych miejscach respondenci podawali, że ćwiczą codziennie, a także 3–4 razy w tygodniu i kilka razy w miesiącu (odpowiednio: 7, 6 i 6 osób). Zarówno kobiety, jak i mężczyźni, najczęściej nie byli aktywni fizycznie, albo ćwiczyli sporadycznie. Prawie 45% (44,97%) osób nie ćwiczyło w ogóle, w tym ponad połowa kobiet i 1/3 mężczyzn (tab. 3).

Tabela 3. Aktywność fizyczna w czasie wolnym od pracy wśród osób badanych według płci

Aktywność fizyczna	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	Frakcje	N	Frakcje	N	%
Codziennie	3	0,04	4	0,10	7	6,4
3–4 razy w tygodniu	2	0,03	4	0,10	6	5,5
1–2 razy w tygodniu	12	0,17	6	0,16	18	16,5
Kilka razy w miesiącu	3	0,04	3	0,08	6	5,5
Sporadycznie	14	0,20	9	0,24	23	21,1
Wcale	37	0,52	12	0,32	49	45,0
Razem	71	1,00	38	1,00	109	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Motywy podejmowania aktywności fizycznej w czasie wolnym od pracy były dość różnorodne. Najwięcej osób stwierdziło, że ćwiczy, by poprawić swoją kondycję (42 respondentów) oraz utrzymać prawidłową masę ciała (12 osób). Niewiele mniej badanych (11 osób) podejmowało aktywność fizyczną, gdyż zalecił im ją lekarz (tab. 4).

Tabela 4. Motywy podejmowania aktywności fizycznej w czasie wolnym od pracy wśród osób badanych według płci (w liczbach bezwzględnych)

Motywy	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Dbanie o utrzymanie prawidłowej masy ciała	8	4	12
Poprawa kondycji	22	20	42
Zalecenia lekarza	7	4	11
Namowa rodziny/znajomych	3	1	4
Potrzeba kontaktu z innymi ludźmi	6	2	8
Moda na aktywny styl życia	0	0	0
Ucieczka od stresów/nudy	2	2	4

Źródło: opracowanie własne.

Następnie zwracano uwagę na dietę, a dokładniej na to, ile posiłków dziennie spożywa respondent i czy stosuje się do zasad zdrowego żywienia. 92% badanych

(95 osób) odpowiedziało, że jada w ciągu dnia od 3 do 4 posiłków. Tylko 9 kobiet stwierdziło, że spożywa 5 i więcej posiłków dziennie, a 5 respondentów (2 kobiety i 3 mężczyzn), że 1–2 posiłki w ciągu dnia. Na pytanie dotyczące prawidłowych zasad żywienia, badani najczęściej odpowiadali, że tylko czasami stosują zasady zdrowego żywienia (43 osoby spośród 109). Osoby zdrowo odżywiające się stanowiły niecałe 2/6 respondentów, natomiast ci nie przestrzegający zasad zdrowego żywienia — niecałą 1/6. 19 osób stwierdziło, że nie wie, czy stosuje zasady zdrowego żywienia. Kobiety częściej niż mężczyźni przestrzegali zasad zdrowego żywienia.

Jedno z pytań kwestionariusza odnosiło się do stosowania używek. 89 osób, czyli 81,7% ogółu, nie stosowało żadnych używek. Jedynie 18,3% badanych (20 osób, w tym 15 mężczyzn) przyznało się do korzystania z używek. Wśród stosowanych używek najczęściej wymieniane były papierosy (4 kobiety i 13 mężczyzn), następnie alkohol (żadna kobieta i 7 mężczyzn) oraz kawa (odpowiednio: 1 kobieta i 2 mężczyzn). Obliczenie współczynnika Yule'a w tym przypadku pozwoliło określić siłę zależności pomiędzy stosowaniem używek przez respondentów a płcią. Kobiety rzadziej niż mężczyźni korzystały z używek. Wartość 0,86 współczynnika Yule'a świadczy o silnej zależności pomiędzy analizowanymi cechami.

Dyskusja

Starość i starzenie się człowieka to pojęcia, które we współczesnym świecie budzą powszechne zainteresowanie. Wynika to z faktu, że corocznie zauważyć można systematyczny wzrost liczby i odsetka osób starszych, tj. po 65. roku życia, zarówno w Polsce, jak i w Europie i na świecie (*Demography Report...* 2008: 17; *Healthy Life Years In European Union: facts and figures* 2009: 7; Szukalski 2003: 55). Starzenie się to proces stopniowy i długotrwały. Zależy od wielu czynników — wewnętrznych i zewnętrznych (np. stylu życia, czynników środowiskowych, czynników psychospołecznych). Podobnie jak starość, która jest etapem życia człowieka, starzenie się jest nieodwracalne. Bardzo ważną kwestią jest jakość życia ludzi starszych. Zdeterminowana jest ona wieloma czynnikami, m.in. stanem zdrowia, występowaniem licznych chorób i dolegliwości, stanem psychicznym, relacjami międzyludzkimi, zadowoleniem z życia itp. (Golicki i wsp. 2010: 276). Należy jednak pamiętać, że zgodnie z założeniami Światowej Organizacji Zdrowia „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności” (*Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia* 1948).

Samoocena dotycząca stanu zdrowia odzwierciedla stan zdrowia ludzi w podeszłym wieku. Uwzględnia ona trzy istotne aspekty zdrowia człowieka, tj. wymiar fizyczny, psychiczny i społeczny. Dlatego też zależy od występujących chorób oraz stopnia niepełnosprawności.

Z badań wielu autorów wynika, że kobiety są bardziej krytyczne w ocenie własnego zdrowia w porównaniu z mężczyznami, zaś mężczyźni lepiej oceniają swój stan zdrowia niż kobiety (Halicka, Pędich 1999: 63; Kołomyjska 1996: 119; Kwapisz i wsp. 2005: 78). Kobiety bardziej krytycznie oceniają również swą sprawność, podając liczne dolegliwości, na które cierpią, co przekłada się na gorszą ocenę stanu

zdrowia (Kwapisz i wsp. 2005: 78). Fakty te potwierdzono także w prezentowanym w niniejszym opracowaniu badaniu. Mężczyźni częściej niż kobiety odpowiadali, że chorują rzadko lub wcale — czynił tak co trzeci, podczas gdy tak odpowiedziała co piąta kobieta. Z reprezentacyjnego badania stanu zdrowia przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w 2004 roku również wynika, że mężczyźni częściej niż kobiety oceniają swoje zdrowie pozytywnie (*Stan zdrowia ludności Polski...*: 17).

Analizując samoocenę stanu zdrowia osób starszych, należy przytoczyć wybrane wyniki badania, przeprowadzonego w 2002 roku, dotyczącego samooceny stanu zdrowia ludności w wieku od 65 do 74 lat (Maniecka-Bryła i wsp. 2005: 648). Wynika z niego, że co trzecia kobieta oceniła swój stan zdrowia jako dobry lub dość dobry, zaś co dziesiąta jako zły. Natomiast w tym samym badaniu ponad połowa mężczyzn oceniła swoje zdrowie jako dobre lub dość dobre, zaś 13% z nich jako złe. Badanie to pozwoliło również na ukazanie korelacji pomiędzy samooceną stanu zdrowia a stanem cywilnym oraz poziomem wykształcenia osób starszych. Tak więc ludzie samotni, szczególnie osoby owdowiałe, gorzej niż osoby pozostające w związkach małżeńskich oceniły stan swego zdrowia. Podobna sytuacja miała miejsce wśród seniorów nie mających wykształcenia w porównaniu z ludźmi posiadającymi wyższe wykształcenie.

W wielu badaniach podkreślono znaczenie samooceny zdrowia i wykazano istnienie związku między negatywną samooceną stanu zdrowia a wyższym ryzykiem zgonu. Subiektywna negatywna ocena stanu zdrowia jest niezależnym predykatorem umieralności (Eriksson i wsp. 2001: 326; Mackenbach i wsp. 2002: 1162).

W etapie życia, jakim jest starość, istotnym problemem jest lęk. Może być on efektem choroby, braku sprawności, samotności. Może także wynikać z pogorszenia się sytuacji materialnej osoby starszej. Według D. Klus-Stańskiej (1990: 109) kobiety w starszym wieku dwukrotnie częściej niż mężczyźni w tym samym wieku odczuwają lęk i myślą o śmierci. Jednak inne dane wskazywane przez powyższą autorkę nie potwierdzają istnienia korelacji pomiędzy płcią a występowaniem lęku przed śmiercią. Zdaniem G. Puto istnieje związek między występowaniem niepokoju a płcią. Mężczyźni rzadziej niż kobiety odczuwają niepokój (Benyamini i wsp. 2003: 396). Korelację tę potwierdzono w niniejszej pracy. Z badania własnego wynika, że niemal 70% osób odczuwało strach w obawie przed przyszłością. Było to 3/4 kobiet i ponad połowa mężczyzn. Najwięcej respondentów (42,2%) odczuwało niepokój przed niepełnosprawnością, następnie przed chorobą (36,7%), przed samotnością (13,8%) i przed śmiercią (10,1%).

Należy również odnieść się do badań przeprowadzonych w innych krajach. W badaniach J. Erikssona i wsp. (2001: 326) w losowo dobranej próbie 8200 osób dokonano porównania trzech różnych miar samooceny stanu zdrowia. Stwierdzono, że samoocena stanu zdrowia jest mocnym predyktorem chorobowości i umieralności. Może ona odzwierciedlać wskaźniki złego zdrowia, które nie są wykrywane biomedycznie, zatem nie są także zawarte w badaniu lekarskim.

Warto zwrócić również uwagę na fakt, że istnieją różnice między samooceną stanu zdrowia osób starszych a oceną ich stanu zdrowia wydaną przez lekarza. Należy przytoczyć wyniki badania przeprowadzonego w Finlandii przez P. Kivinenai i wsp. (1998: 41). Grupa fińskich mężczyzn, uczestniczących w badaniu *Seven Countries*

Study w latach 1950., którego celem była ocena chorobowości, umiERALNOŚCI i czynników ryzyka chorób układu krążenia w różnych warunkach kulturowych, została ponownie poddana badaniu *follow-up* w 1989 roku. Głównym celem powtórnego badania była ocena zgodności samooceny stanu zdrowia badanych i ocen dokonywanych przez lekarzy. Wykazano, że generalnie samoocena była bardziej pozytywna niż ocena lekarzy. Różnice w samoocenie i ocenie lekarzy wskazują, że bycie zdrowym oznacza co innego u różnych osób.

W badaniu P. Svedberga i wsp. (2001: 171), w którym próbę badaną stanowiły 1243 kompletne pary szwedzkich bliźnięt, nie wykazano zależności statystycznej pomiędzy płcią a samooceną stanu zdrowia — podobnie jak w badaniu przeprowadzonym przez autorów niniejszej pracy. Wyniki tego badania sugerują, że indywidulanych różnic w samoocenie stanu zdrowia należy szukać w kontekście wieku i kohorty urodzenia danej osoby, nie zaś w kontekście płci.

Na podstawie przedstawionego przeglądu piśmiennictwa oraz wyników badania własnego, należy stwierdzić, że powyżej przedstawione czynniki, tj. samoocena stanu zdrowia, odczuwane dolegliwości, lęki i niepokoje, mają istotny wpływ na jakość życia warunkowaną stanem zdrowia osób starszych.

Wnioski

Analiza wyników przeprowadzonego badania wśród ludzi starszych zamieszkujących w środowisku wiejskim dała możliwość wysunięcia pewnych wniosków dotyczących uwarunkowań jakości życia związanej z ich stanem zdrowia.

1. Subiektywna ocena stanu zdrowia osób starszych objętych badaniem była raczej niezadowolająca. 34,9% respondentów udzieliło odpowiedzi, że stan ich zdrowia jest zły lub bardzo zły, tylko 12,8% ogółu — że dobry lub bardzo dobry. Większość osób stwierdziła, że ich stan zdrowia jest przeciętny. Gorsza samoocena stanu zdrowia korelowała z występowaniem chorób przewlekłych i towarzyszącymi im objawami. Gorsza samoocena stanu zdrowia, w wyniku występowania chorób i dolegliwości, rzutuje na niższą jakość życia osób starszych.
2. W próbie badanej stwierdzono niezadowolający stopień aktywności fizycznej i przestrzegania zasad prawidłowego odżywiania. Z uwagi na to, że w modelu chorobowości ludzi starszych dominują choroby niezakaźne warunkowane czynnikami związanymi ze stylem życia, należy propagować znaczenie aktywności fizycznej, jak również zasady zdrowego żywienia w tym środowisku.
3. Osoby starsze odczuwają lęk przed przyszłością, a konkretnie przed pogarszającym się stanem zdrowia i możliwością bycia niepełnosprawnym, bowiem taka sytuacja może skutkować utratą samodzielności i koniecznością opieki ze strony osób trzecich.
4. Subiektywna ocena stanu zdrowia i lęk przed przyszłością z powodu stanu zdrowia należą do istotnych czynników determinujących jakość życia. Poszerzenie wiedzy na temat uwarunkowań jakości życia związanej ze stanem zdrowia może przyczynić się do poprawy życia ludzi starszych ze środowiska wiejskiego.

Literatura

- Benyamini Y., Blumstein T., Lusky A., Modan B. (2003), *Gender differences in the self-rated health-mortality association: is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival*, "The Gerontologist", 43(3), 396–405
- Bjornskov C. (2004), *Healthy and happy in Europe? On the association between happiness and life expectancy over time*, "Social Science & Medicine", 66(8), 1750–1759
- Borg C., Hallberg I.R., Blomqvist K. (2006), *Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects*, "Journal of Clinical Nursing", 15(5), 607–618
- Borzym A. (2009), *Upadki osób w podeszłym wieku — przyczyny, konsekwencje i zapobieganie*, „Psychogeriatrya Polska”, 6(2), 81–88
- Bruś I. (2006), *Współczesne uwarunkowania potrzeb i możliwości aktywności osób starszych*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 39–43
- Demography report 2008: meeting social needs in an ageing society* (2009), Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 17–60
- Dziewulska J. (2004), *Człowiek stary a zakresy niepełnosprawności*, „Pielęgniarka i Położna”, 46(7), 25–26
- Eriksson I., Undén A. L., Elofsson S. (2001), *Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study*, "International Journal of Epidemiology", 30(2), 326–333
- Golicki D., Niewada M., Jakubczyk M., Wrona W., Hermanowski T. (2010), *Self-assessed health status In Poland: EQ-5D findings from the Polish valuation study*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, 120(7–8), 276–280
- Gustaw K., Dominko A., Panasiuk L. (2006), *Choroby zależne od wieku i choroby związane z wiekiem. Perspektywy zapobiegania demencji*, „Zdrowie Publiczne”, 116(4), 614–618
- Halicka M., Pędich W. (1999), *Obiektywne i subiektywne korelaty satysfakcji życiowej w starości — obiektywne wyznaczniki jakości życia*, „Gerontologia Polska”, 7(3–4), 63–68
- Healthy Life Years in European Union: facts and figures 2005* (2009), Directorate-General for Health and Consumers, Brussels, 7–60
- Kaczmarek M., Skrzypczak M. (2008), *Variation in biological status among Polish males and underlying socio-economic factors*, "Anthropological Review", 71, 17–32.
- Kivinen P., Halonen P., Eronen M., Nissinen A. (1998), *Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: the Finnish cohorts of the Seven Countries Study*, "Age Ageing", 27(1), 41–47
- Klus-Stańska D. (1990), *Poczucie zagrożenia osób w starszym wieku*, [w:] J. Staręga-Piasek, B. Synak (red.), *Społeczne aspekty starzenia się i starości*, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 109–125
- Kochman D. (2007), *Jakość życia. Analiza teoretyczna*, „Zdrowie Publiczne”, 117(2), 242–248
- Kochman D. (2008), *Koncepcje teoretyczne jakości życia*, „Pielęgniarstwo Polskie”, 1(27), 55–58
- Kołomyjska G. (1996), *Psychospołeczne i zdrowotne uwarunkowania uczestnictwa w rekreacji ruchowej osób w starszym wieku*, [w:] A. Jopkiewicz (red.), *Aktywność ruchowa osób starszych*, Instytut Technologii Eksploatacji, Kielce, 119–126
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia*, Dziennik Ustaw z dnia 29 grudnia 1948, nr 61, poz. 477, http://www.money.pl/d/akty_prawne/pdf/DU/1948/61/DU19480610477.pdf (dostęp 30.12.2010)
- Kozieł D. (2008), *Zachowania zdrowotne a jakość życia ludzi w starszym wieku*, rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

- Kwapisz U., Majchrzak K.B., Gryko E., Głodowski J. (2005), *Zdrowotne i psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób w starszym wieku*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku”, 4(13), 78–82
- Li F., Fisher K.J., Harmer P., McAuley E., Wilson N.L. (2003), *Fear of falling in elderly persons: association with falls, functional ability, and quality of life*, “The Journals of Gerontology. Series B. Psychological Sciences and Social Sciences”, 58(5), 283–290
- Lój G. (2007), *Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku*, „Gerontologia Polska”, 15(4), 153–157
- Mackenbach J.P., Simon J.G., Looman C.W., Joung I.M. (2002), *Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association?*, “International Journal of Epidemiology”, 31(6), 1162–1168
- Maniecka-Bryła I. (2006), *Zmiany w stanie zdrowia mieszkańców Łodzi w okresie transformacji społeczno-ekonomicznej (na przykładzie ludności w wieku 65–74 lata)*, rozprawa habilitacyjna, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź, 144–178
- Maniecka-Bryła I., Dziankowska-Zaborszczyk E., Drygas W. (2005), *Tendencje zmian samooceny stanu zdrowia ludności w wieku od 65 do 74 lat*, „Zdrowie Publiczne”, 115(4), 648–650
- Mendoza-Núñez V.M., Martínez-Maldonado M. De la Luz, Correa-Muñoz E. (2009), *Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly*, BMC Geriatrics, 9(40), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2739527/pdf/1471-2318-9-40.pdf> (dostęp 10.04.2010)
- Mwanyangala M.A., Mayombana C., Urassa H. i wsp. (2010), *Health status and quality of life among older adults in rural Tanzania*, “Global Health Action”, supplement 2, 36–44
- Pasek J., Opara J., Pasek T. (2007), *Znaczenie badań nad jakością życia w rehabilitacji*, „Fizjoterapia”, 15(3), 3–8
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948
- Rembowski J. (1982), *Psychologia starzenia się człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 50–67
- Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.* (2007), Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 18–29
- Svedberg P., Lichtenstein P., Pedersen N. L. (2001), *Age and sex differences in genetic and environmental factors for self-rated health: a twin study*, “The Journals of Gerontology. Series B. Psychological Sciences and Social Sciences”, 56(3), 171–178
- Szukalski P. (2003), *Trwanie życia osób starszych w Europie na przełomie XX i XXI wieku*, „Gerontologia Polska”, 2(2), 55–61
- Szwarc H., Wolańska T., Łobożewicz T. (1998), *Rekreacja i turystyka ludzi w starszym wieku*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa, 20–35
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P. (2005), *Psychosocial work conditions as predictors of quality of life at the beginning of older age*, “Journal of Occupational and Environmental Medicine”, 18(1), 43–52
- Wieczorkowska-Tobis K., Grześkowiak E. (2008), *Czy wielolekowość w geriatrici jest zawsze błędem?*, „Geriatrics”, 2(1), 55–58
- Wiraszka G., Stępień R., Wronska I. (2004), *Jakość życia w naukach medycznych (część II)*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, 2(7), 9–13
- Wojszel B. (1996), *Uwarunkowania zdrowotne jakości życia oraz ocena stanu zdrowia ludzi starych*, „Gerontologia Polska”, 4(3), 28–32

Yount K.M., Hoddinott J., Stein A.D. (2010), *Disability self-rated health among older women and men in rural Guatemala: the role of obesity and chronic conditions*, "Social Science & Medicine", 71(8), 1418–1427

Ziętkowska M. (2006), *Starość a moralna problematyka racjonowania opieki medycznej*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 346–350

Self-rated health status and health behaviours in the elderly in rural areas

Summary: The aim of this paper is an attempt to evaluate factors which influence the elderly villagers' quality of life with main consideration of self-rated health status. During the research data about subjective health assessment, incidence of diseases and other ailments, taking drugs, health behaviours and social functioning were obtained. The research was performed in January and February 2010 among the inhabitants of three randomly chosen villages of Pajęczno district. 109 persons aged 65 and over were researched. In statistical analysis there were used: structure indices, measurable features distribution and χ^2 test of independence.

The data included in the paper was obtained from a random sample of 71 (65.1%) women and 38 (34.9%) men. Self-rated health status among elderly persons was rather poor. 75.2% of researched seniors informed that they suffered from chronic illnesses, only 24.8% claimed they were seldom or never ill. 85% seniors suffering from illnesses took some medicines. Almost 70% of respondents worried about the future. More than half of respondents took up physical activity in free time but mostly sporadically. Almost all respondents ate 3–4 meals daily. Almost half of respondents only sometimes applied healthy nutrition rules.

The most important conclusions are: 1) Elderly people subjective health status assessment is an important measure of life quality determined by health condition. 2) Cognition of life quality determinants and health behaviour may improve life quality of elderly people in rural areas.

Key words: aged, rural population, health status, quality of life