

Ocena związku zachowań zdrowotnych ze zmiennymi socjodemograficznymi i jakością życia osób w wieku senioralnym

Assessment of the relationship between health behaviors and sociodemographic variables and the quality of life of seniors

DOI 10.25951/14278

Wprowadzenie

Długość życia człowieka systematycznie wydłuża się, i tak w 2022 r. ponad 1/5 (21,1%) ludności UE była w wieku 65 lat i starsza. Liczba ludności Polski w 2020 r. wyniosła 38,3 mln, w tym ponad 9,8 mln to osoby w wieku 60 lat i więcej, co stanowi 1/4 ogółu społeczeństwa (Eurostat 2023). Starość postrzegana jest jako okres ciężki, trudny do zaakceptowania, a człowieka starego postrzega się jako osobę niezadowoloną, osłabioną oraz obciążoną chorobami (Kowalewska 2018a, 2018b; Łukasiewicz 2021). Powszechnie panujący „kult młodości i piękna” oraz szybki rozwój społeczno-gospodarczy może stanowić pewne zagrożenie dla osób starszych w postaci wykluczenia bądź marginalizacji w życiu społecznym (Forma 2011). W ocenie Ewy Jówki z biomedycznego punktu widzenia okres starości może być przyczyną nierównego traktowania ze względu na przewagę procesów katabolicznych nad anabolicznymi (Jówko 2021). Znaczną wagę w utrzymaniu zdrowia odgrywa styl życia i ściśle związane z nim zachowania zdrowotne, których istotnym celem jest optymalne starzenie się, długowieczność oraz zachowana aktywność i twórczość w starości (Cybulski 2016). Zachowania zdrowotne to istotny element stylu życia, na który składają się postawy, przyzwyczajenia, relacje ze środowiskiem i rodziną (Korporowicz 2018). Ważną rolę w podziale zachowań zdrowotnych odgrywają wymienione w definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) składowe zdrowia z płaszczyzny fizycznej, psychicznej oraz społecznej. Dlatego rozróżnia się zachowania zdrowotne ukierunkowane na przywrócenie, podtrzymanie lub poprawę zdrowia fizycznego,

psychicznego i społecznego (Gruszczyńska i in. 2015). Badanie zachowań zdrowotnych jest traktowane jako istotny sposób pomiaru stanu zdrowia populacji, tworzenia programów profilaktycznych, a także projektów promocji zdrowia (Nowicki i in. 2018). Przedstawiciele nauki nieustannie poszukują nowych sposobów nie tylko na przedłużenie życia, ale również pozwalających podnieść jego jakość, szczególnie wśród osób starszych (Pasik 2005). Problematyka jakości życia pozostaje w kręgu zainteresowań wielu dyscyplin naukowych, ponieważ pojęcie to jest wieloznaczne, o wielowymiarowym i wielopoziomowym charakterze (Kowalczyk i in. 2020, 2024). Dla przedstawicieli świata medycznego to stan bez choroby, dla filozofa – stan szczęśliwości, a dla każdego z nas – stan, w którym realizujemy cele swojego życia (Kowalczyk 2018). Na poziom jakości życia uwarunkowanego zdrowiem wpływ mają czynniki socjodemograficzne: wiek, płeć czy wykształcenie, ale przede wszystkim czynniki o wymiarze medycznym: dbałość o ciało poprzez racjonalną dietę, unikanie używek, higieniczny tryb życia i wysiłek fizyczny poprawiający ogólną kondycję (Kowalczyk i in. 2020). Badanie jakości życia jest obecnie zgodne z holistycznym podejściem do osób w wieku starszym, które przyczynia się do jej poprawy (Kowalczyk i in. 2023). Ważne znaczenie ma promocja prawidłowych nawyków w zakresie diety, wysiłku fizycznego, aktywności edukacyjnej, poprawiających jakość życia i zdrowie seniorów. Dlatego podjęto się zbadania czynników związanych z zachowaniami zdrowotnymi w grupie osób starszych.

Cel badań

Celem badań było określenie związku między realizacją zachowań zdrowotnych przez osoby starsze a jakością ich życia oraz wybranymi czynnikami socjodemograficznymi i medycznymi.

Usiłując rozstrzygnąć główny problem badawczy w kontekście podjętego tematu należy uzyskać odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy czynniki socjodemograficzne wpływają na zachowania zdrowotne polskich seniorów?
2. Jaka zależność występuje między zachowaniami zdrowotnymi a jakością życia polskich seniorów?
3. W jaki sposób czynniki medyczne warunkują zachowania zdrowotne polskich seniorów?

Materiał i metody

W badaniu uczestniczyło 110 osób – 59% kobiet i 41% mężczyzn z województwa małopolskiego i śląskiego. Średnia wieku badanych wyniosła $70,81 \pm 5,01$. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Przed przystąpieniem do badania każdy uczestnik został poinformowany o jego celu, sposobie przeprowadzenia, zachowaniu anonimowości, a także o możliwości rezygnacji z badania. Badanie przeprowadzono techniką bezpośredniego ankietowania, po wyrażeniu przez uczestnika świadomej zgody na udział w nim. Do badań zachowań zdrowotnych wykorzystano Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych IZZ-Senior autorstwa Magdaleny Zadwornej-Cieślak, który zawiera 24 pytania. Badany ocenia nasilenie danych zachowań, posługując się pięciostopniową skalą ocen od 1 („twierdzenie nieprawdziwe”) do 5 („twierdzenie prawdziwe”). Po zsumowaniu częstotliwości poszczególnych zachowań ustala się ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz stopień nasilenia pięciu kategorii zachowań, tj. pozytywne nastawienie do życia, zachowania związane ze zdrowiem fizycznym, dbałość o kondycję umysłową, zachowania związane z profilaktyką i leczeniem oraz zachowania ekologiczne. Punktacja w kwestionariuszu IZZ-Senior ma kierunek pozytywny – wyższe wyniki wskazują na wyższy poziom zachowań zdrowotnych (Zadworna-Cieślak 2017). Do oceny jakości życia użyto kwestionariusza WHOQOL-Age, który zawiera 13 pytań zamkniętych o punktacji 1–5 punktów i umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie dwóch sfer: zadowolenia i spełnienia oczekiwań. Kwestionariusz WHOQOL-Age określa poziom jakości w wartościach 0–100, gdzie punktacja ma kierunek pozytywny – wyższe wyniki wskazują na wyższą jakość życia. Skala oceny jakości życia WHOQOL-Age była walidowana przez Katarzynę Zawiszę, Aleksandra Gałasia i Beatę Tobiasz-Adamczyk do warunków polskich i jest adekwatnym, prawidłowym i precyzyjnym narzędziem do oceny jakości życia dla populacji osób starszych (Zawisza i in. 2016). Do oceny natężenia symptomów depresji u osób w wieku podeszłym posłużyła Geriatryczna Skala Oceny Depresji (wersja skrócona). Tworzy ją 15 pytań, na które osoba badana udziela odpowiedzi „tak” lub „nie”, oceniając swoje samopoczucie z ostatnich dwóch tygodni. Udzielając odpowiedzi na pytania, można uzyskać maksymalnie 15 punktów. Wyniki interpretowane są następująco: 0 do 5 punktów – brak depresji; 6 do 10 punktów – depresja umiarkowana; 11 do 15 punktów – podejrzenie ciężkiej depresji (Yesavage i in. 1983). Do określenia poziomu odczuwanego bólu wykorzystano skalę wzrokowo-analogową (VAS – Visual Analogue Scale). Skala ma postać linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazuje palcem lub

suwakiem nasilenie bólu od 0 – zupełny brak bólu do 10 – najsilniejszy wyobrażalny ból (Pop i in. 2007). Kwestionariusz autorski zawierał pytania o płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, prowadzenie gospodarstwa domowego, ilość przyjmowanych leków oraz masę ciała i wysokość ciała, które posłużyły do obliczenia wskaźnika masy ciała (BMI).

Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu SPSS 20. Analiza danych uwzględniała porównanie wyników w różnych grupach badanych w zależności od typu zmiennych. Zależność między nimi sprawdzano porównując rozkłady odpowiedzi dla poszczególnych grup, wartości średnich oraz licząc współczynniki korelacji. Przy porównywaniu wyników dla dwóch grup zmiennych zastosowano test t-Studenta. Natomiast w przypadku porównywania wyników dla większej liczby kategorii zmiennej niezależnej zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA – Analysis of Variance). Po uzyskaniu istotnych statystycznie wyników analizy wykonano testy post hoc (porównania wielokrotne wskazujące, które z analizowanych grup różnią się między sobą istotnie statystycznie), w których wykorzystano test Gamesa-Howella. W przypadku zmiennych ilościowych o charakterze co najmniej porządkowym sprawdzano istnienie zależności liniowej między zmiennymi, a także jej siły i kierunku, stosując współczynniki korelacji Pearsona. We wszystkich testach przyjęto poziom istotności 0,05.

Wyniki

W badanej grupie 110 osób – kobiety stanowiły 59% ($n = 65$), a mężczyźni 41% ($n = 45$). Średnia wieku badanych wyniosła $70,81 \pm 5,01$ (min. – 60, max. – 84). Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem średnim – 54%, mieszkające w mieście – 65%, będące w związku małżeńskim – 52% i mieszkające z bliskimi – 75% (tabela 1).

Tabela 1. Socjodemograficzna charakterystyka badanych seniorów

Dane socjodemograficzne		Badani seniorzy ($n = 110$)	
		n	%
Płeć	mężczyźni	45	41
	kobiety	65	59

Wykształcenie	zawodowe	24	22
	średnie	60	54
	wyższe	26	24
Miejsce zamieszkania	miasto	72	65
	wieś	38	35
Wiek	60–65	15	14
	66–70	40	36
	71–75	35	32
	76–80	14	13
	≥ 81	6	5
Stan cywilny	wolny	14	13
	w związku	57	52
	owdowiały	39	35
Gospodarstwo domowe	samotny	28	25
	z rodziną	82	75

n – liczba badanych, % – procent ogółu badanej grupy

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Uwzględniając klasyfikację farmakologicznego leczenia bólu 32% badanych zadeklarowało brak występowania bólu, 27% określiło ból na poziomie 1–4, a co czwarty senior wskazał ból o sile 5–6 punktów w skali VAS. W grupie badanych seniorów dominująca ilość przyjmowanych leków była w przedziale 1–4 (65%). Jako najczęściej przyjmowane leki ankietowani wskazali przeciwbólowe (31%), ale 29% zadeklarowało brak przyjmowania jakichkolwiek medykamentów. Prawie połowę badanych seniorów (48%) stanowiły osoby z nadwagą, a tylko co czwarty senior miał prawidłowy wskaźnik masy ciała (tabela 2).

Tabela 2. Medyczna charakterystyka badanych seniorów

Dane medyczne		Badani seniorzy (n = 110)	
		n	%
Poziom bólu w skali VAS	0	35	32
	1–4	30	27
	5–6	27	25
	7–10	18	16
Ilość przyjmowanych leków	0	5	6
	1–4	71	65
	≥ 5	34	29
Rodzaj przyjmowanych leków	przeciwbólowe	29	31
	nasenne	12	11
	uspokajające	7	6
	kardiologiczne	24	22
	endokrynologiczne	13	12
	nie przyjmują leków	32	29
BMI	prawidłowa	27	25
	nadwaga	53	48
	otyłość I st.	19	17
	otyłość II st.	11	10

n – liczba badanych, % – procent ogółu badanej grupy

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Średni wskaźnik zachowań zdrowotnych wynosił 103,96 przy SD = 11,5, co odpowiada poziomowi 7–10 stena i jest to wynik wysoki. Analiza zachowań zdrowotnych badanych seniorów w poszczególnych kategoriach pokazała, że

najwyżej oceniona została dbałość o kondycję umysłową (średnia 4,49; SD = 0,83), a najsłabiej zachowania związane ze zdrowiem fizycznym (średnia 4,05; SD = 0,13) (tabela 3).

Tabela 3. Kategorie zachowań zdrowotnych wg IZZ Senior

Zachowania zdrowotne (n = 110)	M	SD
Pozytywne nastawienie do życia	4,34929	±0,7852
Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym	4,05496	±0,1375
Dbałość o kondycję umysłową	4,49468	±0,8304
Zachowania związane z profilaktyką i leczeniem	4,40691	±0,7673
Zachowania ekologiczne	4,48404	±0,8322

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Celem badania była analiza zależności między czynnikami socjodemograficznymi a zachowaniami zdrowotnymi. Analizując zależność zachowań zdrowotnych od płci osób, wśród których przeprowadzono badanie z użyciem testu t-Studenta dla prób niezależnych, nie stwierdzono istotnej różnicy w zachowaniach zdrowotnych w zależności od płci. Analizując wiek ankietowanych z zastosowaniem współczynnika korelacji Pearsona nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy wiekiem oraz prezentowanymi przez badanych zachowaniami zdrowotnymi. Badanie wpływu sytuacji rodzinnej na zachowania zdrowotne z zastosowaniem testu t-Studenta dla prób niezależnych nie wykazało istotnej różnicy w prezentowanych zachowaniach zdrowotnych (tabela 4).

Tabela 4. Zależność pomiędzy nasileniem zachowań zdrowotnych a wybranymi czynnikami socjodemograficznymi badanych seniorów

Zależności	Płeć	Wiek	Sytuacja rodzinna
Zachowania zdrowotne wg IZZ Senior	-1,1038	-0,125	0,8129
	0,2721	0,195	0,4181

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a oceną jakości życia oceniana była za pomocą współczynnika korelacji Pearsona. W wyniku przeprowadzonego badania stwierdzono istotną zależność pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a oceną jakości życia. Wyniki wykazały, że im wyższy poziom zachowań zdrowotnych, tym wyższa jest ocena jakości życia (tabela 5).

Tabela 5. Zależność pomiędzy nasileniem zachowań zdrowotnych a jakością życia badanych seniorów

Zależność	Jakość życia
Zachowania zdrowotne wg IZZ Senior	0,579
	$p < 0,001$

p – współczynnik korelacji Pearsona

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Następnie badano zależność między zachowaniami zdrowotnymi a oceną natężenia symptomów depresji. Ze względu na rodzaj zmiennych zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji. Na podstawie przeprowadzonego testu stwierdzono wystąpienie istotnej zależności między zachowaniami zdrowotnymi a oceną natężenia symptomów depresji. Osoby bez natężenia symptomów depresji mają znacznie wyższy poziom zachowań zdrowotnych (105,3) w porównaniu do osób z natężeniem symptomów depresji w stopniu umiarkowanym (91,5) oraz osób z symptomami nasilenia depresji w stopniu ciężkim (102,5) (tabela 6).

Tabela 6. Zależność pomiędzy nasileniem zachowań zdrowotnych a natężeniem symptomów depresji

Natężenie symptomów depresji	Średnia	SD	ANOVA (F)	p
Brak	105,3	8,7	9,1310	0,0002
Umiarkowane	91,5	23,5		
Ciężkie	102,5	6,0		

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Do zbadania zależności między czynnikami medycznymi a zachowaniami zdrowotnymi zastosowano współczynnik korelacji Pearsona. Na podstawie przeprowadzonego testu stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy czynnikami medycznymi oraz zachowaniami zdrowotnymi. Odnotowano istotny spadek zachowań zdrowotnych w przypadku wyższego poziomu bólu, zwiększonej liczby jednorazowo przyjmowanych leków oraz wyższego wskaźnika BMI (tabela 7).

Tabela 7. Zależność pomiędzy czynnikami medycznymi a nasileniem zachowań zdrowotnych badanych seniorów

Zależność	Ból	Liczba jednorazowo przyjmowanych leków	BMI
Zachowania zdrowotne wg IZZ Senior	-0,298	-0,195	-0,495
	p = 0,002	p = 0,041	p < 0,001

p – współczynnik korelacji Pearsona

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Dyskusja

Zachowania zdrowotne osób starszych są ważnym elementem utrzymania zdrowia, sprawności i pozytywnej oceny jakości życia w podeszłym wieku (Seń i in. 2019; Mędreła-Kuder, Bogacka 2017). Wraz z wiekiem obserwuje się pogorszenie zdrowia, co powoduje niekorzystne zmiany w wielu obszarach życia seniorów (Mędreła-Kuder, Bogacka 2017). Jak wynika z przeprowadzonego badania, czynniki takie jak płeć, wiek oraz sytuacja rodzinna nie wpływają w istotny statystycznie sposób na zachowania zdrowotne ankietowanych seniorów. Podobne wyniki otrzymali autorzy Nina Ogińska-Bulik i in., których wcześniejsze badania wykazały brak istotnych statystycznie różnic w prezentowanych zachowaniach zdrowotnych w zależności od płci, wieku czy sytuacji rodzinnej (Ogińska-Bulik i in. 2015). Odmienne wnioski wysunęli z kolei autorzy Anna M. Cybulska i in., których badania wykazały, że płeć ma istotne znaczenie w poziomie prezentowanych zachowań zdrowotnych, a u kobiet występuje większe nasilenie zachowań prozdrowotnych niż u mężczyzn (Cybulska i in. 2019). Badania Ewy Mędreli-Kuder i Marty Bogackiej przeprowadzone wśród 73 osób w wieku od 60 do 75 lat, mieszkających w swoich rodzinnych

domach, nie wykazały zależności istotnej statystycznie w większości zachowań zdrowotnych między grupami pod względem płci i wieku (Mędreła-Kuder, Bogacka 2017). Wyniki badań własnych w zakresie zależności pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a jakością życia seniorów pokazały, że im wyższy poziom zachowań zdrowotnych, tym wyższa ocena jakości życia w badanej grupie. Magdalena Maciejasz i in. również przeprowadzili badania, w których zbadano wpływ zachowań zdrowotnych, takich jak sposób spędzania wolnego czasu czy spotkania z bliskimi, na jakość życia seniorów. Badania te okazały się zbliżone wynikiem do badań autorskich i potwierdzają tezę, że wyższy poziom zachowań zdrowotnych podnosi ocenę poziomu jakości życia (Maciejasz i in. 2015). Badanie Marioli Seń i in. z udziałem 301 osób w wieku 60–102 lat wskazało na istnienie istotnych statystycznie zależności pomiędzy jakością życia a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców zarówno wsi, jak i miast (Seń i in. 2019). Wbrew powszechnej opinii depresja nie jest naturalnym elementem procesu starzenia się. Obecność objawów depresyjnych upośledza jakość życia, a zatem pośrednio zachowania związane ze zdrowiem, które dzieli się na prozdrowotne i antyzdrowotne (Heszen, Sęk 2007; Babiarczyk i in. 2013). Optymizm jest związany z podejmowaniem prozdrowotnych działań w celu wzmacniania potencjału zdrowotnego, podczas gdy pesymizm łączy się ze szkodliwymi dla zdrowia zachowaniami (Heszen, Sęk 2007; Zabielska i in. 2018). W badaniu przeprowadzonym przez Paulinę Zabielską i współautorów osoby pozytywnie nastawione do życia w większości nie wykazywały nasilenia objawów depresyjnych, natomiast głębokie nasilenie objawów depresyjnych było zdecydowanie częstsze w grupie negatywnie nastawionej do świata (Zabielska i in. 2018). Wyniki badań własnych wskazały, że osoby bez natężenia symptomów depresji mają znacznie wyższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu do osób z natężeniem symptomów depresji w stopniu umiarkowanym i ciężkim. Badanie własne wykazało, że wraz ze wzrostem poziomu odczuwanego bólu, liczby zażywanych leków i wskaźnika BMI maleje poziom zachowań zdrowotnych. W wynikach badań E. Mędreli-Kuder i M. Bogackiej nie stwierdzono istotnej zależności w większości zachowań zdrowotnych między grupami pod względem wskaźnika BMI (Mędreła-Kuder, Bogacka 2017). Podsumowując, zachowania zdrowotne odgrywają istotną rolę w perspektywie odpowiedniej jakości życia osób starszych (Seń i in. 2019). Ze względu na wydłużający się okres starości ważne jest, aby podejmować coraz więcej starań i działań na rzecz poprawy jakości życia osób starszych poprzez zwiększanie ich aktywności fizycznej oraz zwiększanie sprawności psychofizycznej. Przeglądu literatury odnośnie do form aktywności i ich znaczenia w życiu osób starszych

dokonały Małgorzata Kaczmarczyk i Elżbieta Trafiałek na łamach czasopisma „Gerontologia Polska” w pracy pt. *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie się* (Kaczmarczyk, Trafiałek 2007). Niezwykle ważnym zagadnieniem staje się pełniejsze przygotowanie do starości kolejnych pokoleń poprzez edukację ustawiczną o starości i do starości, reintegrację społeczną, utrwalanie więzi społecznych oraz podjęcie rozwiązań systemowych i międzyresortowych (Trafiałek 2011).

Wnioski

Wśród zmiennych socjodemograficznych nie wykazano związku między płcią, wiekiem i sytuacją rodzinną a zachowaniami zdrowotnymi.

Ogólny poziom nasilenia zachowań zdrowotnych był ujemnie skorelowany z poziomem bólu, liczbą przyjmowanych leków, a dodatkowo ze wskaźnikiem masy ciała. Wyższe zachowania zdrowotne deklarowały osoby o prawidłowym wskaźniku masy ciała. Wraz ze wzrostem poziomu odczuwanego bólu i liczby zażywanych leków malał poziom zachowań zdrowotnych.

Seniorzy z wysokim nasileniem zachowań zdrowotnych cechowali się zadowoleniem z jakości swojego życia. Odpowiednie zachowania zdrowotne są pomocne w utrzymaniu wysokiego poziomu jakości życia.

Wykazano zależność między nasileniem zachowań zdrowotnych a natężeniem symptomów depresji. Osoby bez symptomów depresji mają znacznie wyższy poziom zachowań zdrowotnych.

Uzasadnione jest tworzenie i wspieranie organizacji i instytucji dla osób starszych. W ramach prowadzonych w nich edukacji należy dbać o poprawę obszarów dotyczących zachowań zdrowotnych, ponieważ mają one ważny wpływ na poprawę stanu zdrowia osób starszych i planowanie polityki społecznej wobec starości.

BIBLIOGRAFIA

- Babiarczyk B., Schlegel-Zawadzka M., Turbiarz A. (2013), *Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65. roku życia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 19(4), s. 453–457.
- Cybulska A.M., Rachubińska K., Dembicka W., Grochans E. (2019), *Poszukiwanie czynników wpływających na umiejscowienie kontroli zdrowia i zachowania zdrowotne osób przebywających na emeryturze*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 25(4), s. 295–299.

- Cybulski M., Krajewska-Kula E. (2016), *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego*, Warszawa: Wydawnictwo PZW.
- Eurostat Statistics-Explained, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase (data dostępu: 12.04.2023).
- Forma P. (2011), *Starość w opinii młodzieży z pokolenia Y*, w: *Człowiek stary w rodzinie – o trudnym problemie przemocy wobec starszych*, red. B. Matyjas, M. Gościńiewicz (s. 53), Kielce: Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego w Kielcach.
- Gruszczynska M., Bąk-Sosnowska M., Plinta R. (2015), *Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*, „Hygeia Public Health”, 50(4), s. 558–565.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jówko E. (2021), *Old age in the perspective of 17–19-years-old youth*, „Studia Pedagogiczne. Problemy społeczne, edukacyjne i artystyczne”, 39, s. 69–78.
- Kaczmarczyk M., Trafialek E. (2007), *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie się*, „Gerontologia Polska”, 15(4), s. 116–118.
- Korporowicz V. (2018), *Zachowania zdrowotne dorosłej młodzieży jako element polityki zdrowotnej w świetle badania „Młodzież Warszawy”*, „Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego. Studia i prace”, 3(35), s. 233–250.
- Kowalczyk B. (2018), *Rehabilitacja a jakość życia osób po udarze mózgu*, Kraków: Wydawnictwo AWF.
- Kowalczyk B., Lubińska-Żądło B., Kendrová L., Mikuláková W., Gajdoš M. (2024), *Quality of life in seniors living in home environment in Poland and Slovakia*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, 31(4), s. 552–559.
- Kowalczyk B., Lubińska-Żądło B., Zawadzka B. (2023), *Elderly people's perspectives on quality of life on the example of patients in ambulatory and institutional care*, „Journal of Health Inequalities”, 9(1), s. 81–88.
- Kowalczyk B., Zawadzka B., Lubińska-Żądło B. (2020), *The influence of selected sociodemographic factors and the quality of life in people after brain stroke in the context of a participation in group therapy workshops*, „Studium Vilnense A”, 17, s. 106–111.
- Kowalewska K. (2018a), *Wizerunek starości i osób starszych wśród uczniów na poziomie szkoły podstawowej*, „Studium Vilnense A”, 15, s. 146–151.
- Kowalewska K. (2018b), *Wizerunek starości i osób starszych w oczach dorosłej młodzieży – komunikat z badań*, „Chowanna”, 1(50), s. 275–302.
- Łukasiewicz J., Kowalski W. (2021), *Postawy społeczne wobec osób starszych. Teoria i badania*, 4, Lublin: Wydawnictwo Naukowe Innovatio Press.
- Maciejasz M., Timoszek S., Łątkowski W., Grudecka A. (2015), *Wybrane aspekty jakości życia osób 60+ w Polsce w świetle badań jakościowych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, 223, s. 254–267.

- Mędreła-Kuder E., Bogacka M. (2017), *Health behaviours of seniors depending on the BMI*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu”, 4(53), s. 418–423.
- Nowicki G.J., Ślusarska B., Zboina B. (2018), *Zakres rozumienia pojęcia „zachowania zdrowotne” oraz uwarunkowania aktywności zdrowotnej człowieka*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis”, 11(1), s. 372–387.
- Ogińska-Bulik N., Zadworna-Cieślak M., Rogala E. (2015), *Rola zasobów osobistych w podejmowaniu zachowań zdrowotnych przez osoby w wieku senioralnym*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 96(3), s. 570–577.
- Pasik M. (2005), *Wyznaczniki jakości życia u osób w wieku emerytalnym*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica”, 9, s. 65–79.
- Pop T., Hamerla K., Przysada G. (2007), *Czynniki wpływające na redukcję bólu u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych*, „Przegląd Medycyny Uniwersytetu Rzeszowskiego”, 4, s. 335–345.
- Seń M., Jakubowska L., Grabowska B. (2019), *Jakość życia a zachowania zdrowotne osób starszych zamieszkujących w mieście i na wsi*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 25(4), s. 282–287.
- Trafiałek E. (2011), *Profilaktyka wykluczenia społecznego ludzi starych*, w: *Człowiek stary w rodzinie – o trudnym problemie przemocy wobec starszych*, red. B. Matyjas, M. Gościńiewicz, Kielce: Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego w Kielcach, s. 33–37.
- Yesavage JA., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M. et al. (1983), *Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report*, „Journal of Psychiatric Research”, 17, s. 37–49.
- Zabielska P., Karakiewicz-Krawczyk K., Głowacka M., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T., Kotwas A. i in. (2018), *Positive attitude to life in the context of functional assessment of long-lived people*, „Gerontologia Polska”, 26, s. 114–122.
- Zadworna-Cieślak M. (2017), *Pomiar zachowań zdrowotnych w okresie późnej dorosłości – kwestionariusz zachowań zdrowotnych dla seniorów*, „Annals of Psychology”, 20(3), s. 579–597.
- Zawisza K., Gałaś A., Tobiasz-Adamczyk B. (2016), *Walidacja polskiej wersji skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE w populacji osób starszych*, „Gerontologia Polska”, 1, s. 7–16.

STRESZCZENIE

Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat długość ludzkiego życia stale się wydłuża, co wpływa na wzrost udziału seniorów w ogólnej populacji ludności. Starzenie się populacji jest wyzwaniem dla ochrony zdrowia, jednostek społeczno-ekonomicznych i opiekuńczych. Ważne zatem jest podejmowanie działań ukierunkowanych na wsparcie tzw. pomyślnego starzenia się, którego warunkiem jest utrzymanie prozdrowotnego stylu życia.

Celem badań było określenie związku między realizacją zachowań zdrowotnych przez osoby starsze a jakością ich życia, wybranymi czynnikami socjodemograficznymi i czynnikami medycznymi.

W badaniu uczestniczyło 110 osób. Średnia wieku badanych wyniosła $70,81 \pm 5,01$. Do badań zachowań zdrowotnych wykorzystano Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych IZZ-Senior autorstwa Magdaleny Zadwornej-Cieślak. Do oceny jakości życia użyto kwestionariusza WHOQOL-Age walidowanego przez Katarzynę Zawiszę i in. Do oceny natężenia symptomów depresji u osób w wieku podeszłym posłużyła Geriatryczna Skala Oceny Depresji, natomiast do określenia poziomu odczuwanego bólu wykorzystano skalę wzrokowo-analogową (VAS). We wszystkich testach przyjęto poziom istotności 0,05.

Ogólny poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie wynosił 103,96 przy SD = 11,5, co odpowiada poziomowi 7–10 stena. Badanie wpływu płci ($p = 0,272$), wieku ($p = 0,195$) i sytuacji rodzinnej ($p = 0,418$) na zachowania zdrowotne nie wykazało istotnej różnicy w prezentowanych zachowaniach zdrowotnych.

Ogólny poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie był wysoki. Odpowiednie zachowania zdrowotne są pomocne w utrzymaniu wysokiego poziomu jakości życia. Wśród analizowanych zmiennych socjodemograficznych nie wykazano związku między płcią, wiekiem i sytuacją rodzinną a zachowaniami zdrowotnymi. Seniorzy z wysokim nasileniem zachowań zdrowotnych cechowali się zadowoleniem z jakości swojego życia.

SŁOWA KLUCZOWE: zachowania zdrowotne, seniorzy, jakość życia

SUMMARY

Over the last few decades, human life expectancy has been constantly increasing, which has resulted in an increase in the share of seniors in the general population. An aging population is a challenge for health care, socio-economic and welfare units. Therefore, it is important to take actions aimed at supporting the so-called successful aging, which requires maintaining a healthy lifestyle. The aim of the study was to determine the relationship between the implementation of health behaviors by older people and their quality of life, selected sociodemographic factors and medical factors. There were 110 participants of the study. The mean age of the respondents was 70.81 ± 5.01 . To study health behaviors, the IZZ-Senior Health-Related Behavior Questionnaire by Magdalena Zadworna-Cieślak was used. To assess the quality of life, the WHOQOL-Age questionnaire was used, validated by Katarzyna Zawisza et al. The Geriatric Depression Scale (GDS) was used to assess the intensity of depressive symptoms in elderly people, and the Visual Analogue Scale (VAS) was used to determine the level of pain felt. In all tests, the significance level was 0.05. The general level of health behaviors in the study group was 103.96 with SD = 11.5, which corresponds to a sten level of 7–10. Analysis of the influence of gender

($p = 0.272$), age ($p = 0.195$) and family situation ($p = 0.418$) on health behaviors did not show a significant difference in the presented health behaviors.

The general level of health behaviors in the study group was high. Appropriate health behaviors are helpful in maintaining a high level of quality of life. Among the analyzed sociodemographic variables, there was no relationship between gender, age, family situation and health behaviors. Seniors with a high intensity of health-related behaviors were satisfied with the quality of their life.

KEYWORDS: health behaviors, seniors, quality of life

BOŻENA KOWALCZYK – Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu

BOŻENA ZAWADZKA – Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

ALICJA BACA – Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu (absolwentka)

Pedagogika/Pedagogy

Przysłano do redakcji / Received: 28.10.2024

Data akceptacji do publikacji / Accepted: 30.09.2025