

EWA SICIŃSKA, JOANNA KAŁUŻA, ANNA BRZozowska, WOJCIECH ROSZKOWSKI

SYTUACJA ZDROWOTNA OSÓB W WIEKU 75–80 LAT MIESZKAJĄCYCH  
W WARSZAWIE I OKOLICACH \*

HEALTH STATUS OF PEOPLE AGED 75–80 YEARS LIVING IN WARSAW REGION

Katedra Żywienia Człowieka  
Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji  
Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego  
02-787 Warszawa, ul. Nowoursynowska 159  
Kierownik: prof. dr hab. A. Brzozowska

*Spośród 298 osób w wieku 75–80 lat u 84% występowały choroby przewlekłe, zaś 32% oceniło swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły. Kobiety częściej niż mężczyźni chorowały na choroby układu krążenia, miały gorsze parametry gospodarki lipidowej i częściej występowała u nich otyłość ( $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$ ).*

WSTĘP

Na całym świecie obserwuje się stały wzrost populacji osób starszych, zjawisko to szczególnie przybiera na sile w krajach wysoko rozwiniętych gospodarczo. W Polsce w 1990 roku osoby w wieku emerytalnym stanowiły 12,8% ogółu ludności, zaś w 2000 roku – 14,7%. Przewiduje się, że odsetek ten wyniesie w 2010 roku 16,2%, natomiast w 2030 roku aż 24,0% [4]. Wymaga to odpowiedniej polityki w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa i wyżywienia ludności, opracowania programów systemu opieki społecznej, skutecznych reform systemu emerytalnego, a także informacji na temat sytuacji zdrowotnej tej grupy wiekowej.

Celem niniejszej pracy była ocena sytuacji zdrowotnej osób w wieku 75–80 lat mieszkających w Warszawie i okolicach, poza instytucjami opieki zbiorowej, na podstawie badań ankietowych wykonanych w 1999 roku.

MATERIAŁ I METODYKA

Niniejsza praca została zrealizowana jako część projektu badawczego dotyczącego uwarunkowań sposobu żywienia i stanu odżywienia osób starszych zamieszkałych w rejonie warszawskim, urodzonych w latach 1918 – 1923.

Badania zostały przeprowadzone wiosną 1999 roku. W Biurze PESEL wylosowano 600 osób w wieku 75–80 lat, pochodzących z trzech środowisk rejonu warszawskiego: wielkomiejskiego (dzielnica Warszawa – Mokotów), ze środowiska małomiasteczkowego (Marki) i wiejskiego (wsie z gmin Nadarzyn, Celestynów i Góra Kalwaria). Zgłaszalność w badaniach wynosiła 49,7%. Dane

---

\* Praca finansowana przez KBN nr 4P05D011713.

dotyczące wybranych problemów zdrowotnych badanych osób zebrano metodą wywiadu kwestionariuszowego.

Spośród 298 osób (48,3% mężczyzn i 51,7% kobiet), którzy odpowiadali na pytania kwestionariusza ogólnego, 266 osób zgodziło się na przeprowadzenie pomiarów antropometrycznych, natomiast 213 na pobranie krwi. Krew do badań pobierano na czczo z żyły odłokciowej. Oznaczenia lipidów w surowicy krwi zostały wykonane w laboratorium Instytutu Żywności i Żywienia, za pomocą analizatora Vitros 250 (*Johnson & Johnson Clinical Diagnostic*). Do statystycznego opracowania uzyskanych wyników zastosowano testy  $\chi^2$ , RIR *Tukey'a* dla rozkładu normalnego oraz test *Kruskala-Wallis*a dla rozkładu nieparametrycznego przyjmując za istotne różnice przy  $p \leq 0,05$ .

#### WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Ponad połowa badanych osób pochodziła ze środowiska miejskiego (19% z Warszawy, 33% z Marek), pozostałe 48% mieszkało na wsi. Udział respondentów mieszkających na wsi był zbliżony do podanego przez GUS [4] odnoszącego się do osób powyżej 65 lat w całym kraju (42%).

Większość badanych (62%) miała wykształcenie podstawowe bądź podstawowe niepełne, niespełna 10% osób legitymowało się wykształceniem wyższym lub niepełnym wyższym. Stwierdzono różnice statystycznie istotne w wykształceniu badanych osób w zależności od miejsca zamieszkania. Znamienne wyższy odsetek respondentów z Warszawy posiadał wykształcenie wyższe bądź niepełne wyższe (38%) niż ze środowiska małomiasteczkowego (6%) i wiejskiego (1%) (tab. I). Jedna czwarta badanych osób mieszkała samotnie i dotyczyło to w istotnie większym stopniu kobiet (39%) niż mężczyzn (11%).

Ponad połowa respondentów (53,0%) uznała swoją sytuację ekonomiczną za przeciętną. Najkorzystniej ocenili ją badani pochodzący z Warszawy (27% respondentów uznało ją za dobrą), zaś najgorzej mieszkańcy Marek (jedynie 7% osób z tego środowiska uznało ją za dobrą).

Aż 43,0% respondentów oceniło swój stan zdrowia jako średni, 31,6% jako zły lub bardzo zły (tab. II). W skali całego kraju w 1996 roku zły i bardzo zły stan zdrowia deklarowała więcej tj. ponad połowa (57,5%) osób powyżej 75 roku życia, średni 33,1%, a zaledwie 9,4% osób oceniła swój stan zdrowia pozytywnie [5]. W innych krajach Europy [11] osoby w wieku 71-76 lat oceniały swój stan zdrowia korzystniej. Najwyższy odsetek ankietowanych deklarujących zły stan zdrowia zaobserwowano w Portugalii, Grecji i Włoszech, nie był on wyższy niż 32%, zaś najniższy 2-3% stwierdzono w Holandii, Francji i Szwajcarii.

Stwierdzono istotną różnicę pomiędzy wykształceniem, sytuacją ekonomiczną i aktywnością fizyczną a samooceną swojego stanu zdrowia przez osoby badane (tab. III). Wśród osób o bardzo dobrym i dobrym stanie zdrowia było stosunkowo więcej osób o wykształceniu średnim i wyższym, dobrej sytuacji ekonomicznej i dużej aktywności fizycznej.

Spośród badanych osób o bardzo dobrym i dobrym stanie zdrowia 37,3% nie zgłaszała żadnych chorób przewlekłych, natomiast wśród respondentów oceniających swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły 3 osoby nie zadeklarowały żadnej choroby przewlekłej. Negatywna samoocena stanu zdrowia jest związana między innymi z obecnością różnego typu dolegliwości, które są często objawami nie zawsze zdiagnozowanych

Tabela I.

Tabela II.

chorób przewlekłych. Prawie 70% badanych osób, które deklarowały zły i bardzo zły stan zdrowia oceniło swoją aktywność fizyczną jako małą i bardzo małą (tab. III).

Istotnie więcej kobiet (89%) niż mężczyzn (78%) stwierdziło, że cierpi na choroby przewlekłe (tab. II). Uzyskane w niniejszej pracy wyniki dla środowiska małomiasteczkowego (Marki) oraz wyniki badań z Marek z 1993 roku przeprowadzone w grupie osób 75–80 letnich [2] były podobne – po około 83% respondentów deklarowało, iż cierpi na choroby przewlekłe. W badaniach opisywanych w niniejszej pracy występowanie chorób przewlekłych deklarowało 96,8% osób oceniających swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły (tab. III).

Tabela III. Wybrane czynniki związane z samooceną stanu zdrowia u badanych osób.  
Chosen factors related to self perceived health of studied populations.

	Samoocena stanu zdrowia %		
	bardzo dobry i dobry n=75	średni n=128	zły i bardzo zły n=94
Wykształcenie <sup>1</sup>			
wyższe, niepełne wyższe	14,7	8,6	7,4
średnie i zawodowe	36,0	28,9	18,1
podstawowe, niepełne podstawowe	48,0	62,5	74,5
brak odpowiedzi*	1,3	0	0
Samoocena sytuacji ekonomicznej <sup>1</sup>			
dobra	24,0	13,3	5,3
przeciętna	53,3	62,5	40,4
zła	22,7	24,2	54,3
Aktywność fizyczna <sup>2</sup>			
bardzo duża i duża	54,7	25,8	8,5
średnia	40,0	53,1	22,3
bardzo mała i mała	5,3	21,1	69,2
Osoby, u których występowały choroby przewlekłe <sup>1</sup>	62,7	86,7	96,8

<sup>1</sup> – Na podstawie testu  $Chi^2$  stwierdzono istotną różnicę między poszczególnymi ocenami stanu zdrowia ( $p \leq 0,05$ ).

<sup>2</sup> – Na podstawie testu  $Chi^2$  stwierdzono istotną różnicę między badanymi deklarującymi bardzo dobry i dobry stan zdrowia oraz zły i bardzo zły stan zdrowia, jak również osobami oceniającymi swój stan zdrowia jako średni oraz bardzo dobry i dobry ( $p \leq 0,05$ ).

Badane osoby starsze najczęściej deklarowały, iż chorują na: choroby układu krążenia (49,0%), narządów ruchu (41,3%) oraz nadciśnienie (24,5%). Istotnie niższy odsetek osób chorujących na choroby układu krążenia zanotowano na wsi (36,6%), niż w miasteczku (61,0%) i w mieście (60,7%), czego przyczyną może być gorszy dostęp do służby zdrowia osób ze środowiska wiejskiego, a co za tym idzie, nie wszystkie schorzenia są w tej grupie dobrze zdiagnozowane. W badaniach 70-letnich mieszkańców Warszawy z roku 1992 [13] na podstawie historii stanu zdrowia stwierdzono, że u ponad 40% badanych występowała niedokrwienność serca. Natomiast w badaniach holenderskich prowadzonych w Zutphen w 1995 roku [7] w grupie 70–90 letnich mężczyzn stwierdzono, iż cierpieli oni przede wszystkim na choroby narządu ruchu (52,6%) oraz

układu oddechowego (49,4%). Wysokie odsetki osób z atretyzmem (62,2%) i nadciśnieniem występowały u 65–84 letnich Kanadyjczyków [8].

W okresie ostatnich 3 lat poprzedzających badanie 9,3% respondentów doznało złamania kości, z czego trzykrotnie więcej kobiet (13,6%) niż mężczyzn (4,9%) (różnica statystycznie znamienne dla płci). Natomiast na osteoporozę cierpiało 15,4% populacji, istotnie częściej kobiety (24,7%), niż mężczyźni (5,6%). Zawału mięśnia sercowego doznało 6,7% badanych.

Oprócz omawianych wyżej chorób przewlekłych badane osoby starsze miały specyficzne problemy zdrowotne związane z osłabieniem wzroku, słuchu, brakiem własnych zębów i trudnościami z poruszaniem się. Okularów używało 83,2% badanych, natomiast aparatu słuchowego tylko 4,7%. Podobne wyniki uzyskano w Markach koło Warszawy w 1993 roku [2], gdzie aparatu słuchowego używało 3,1% badanych mimo, że problemy ze słuchem deklarowała połowa respondentów.

Aż jedna czwarta osób badanych (25,2%) używała laski, kuli lub balkonika, z czego prawie połowa (47,4%) tej grupy oceniła swoją aktywność fizyczną jako małą.

Kolejnym problemem zdrowotnych ludzi starszych są braki w uzębieniu. Ponad 40% badanych nie miało żadnego własnego zęba, a wśród tych osób 74% używało protez zębowych (tab. IV).

Największe trudności z gryzieniem pokarmów miały osoby posiadające 1–5 własnych zębów (41,9%), ponieważ wśród nich tylko 44,4% badanych używało protez zębowych.

Wśród 298 respondentów palenie papierosów zadeklarowało 11,7% badanych. W przeszłości ponad 30% respondentów paliło papierosy dłużej niż 10 lat. W badaniach z 1992 roku osób pochodzących z Warszawy, w momencie badania paliło aż 19,1% (13).

Okolo 70% osób w momencie badania stosowało leki (tab. IV), były to głównie leki obniżające ciśnienie krwi (37,3%), nitrogliceryna (23,8%), moczopędne (19,1%) oraz przeciwzapalne (niesterydowe) i przeciwbólowe (16,4%). Podobnie w Stanach Zjednoczonych, w Connecticut [12] badani w wieku 75–83 lata najczęściej zażywali leki obniżające ciśnienie krwi (63,9%) oraz moczopędne (40,2%). Osoby w wieku 75–80 lat, mieszkające w Nowym Jorku najczęściej zażywały leki moczopędne (27,9%) i niesterydowe przeciwzapalne (25,6%) [6]. W innych badaniach [10] prowadzonych w USA w stanie Georgia osoby starsze w wieku około 75 lat najczęściej zażywały leki przeciwbólowe (49%) oraz obniżające ciśnienie krwi (35%).

W tabeli V podano wyniki pomiarów antropometrycznych. Przeciętny wzrost badanych mężczyzn wynosił  $166,9 \pm 5,7$  cm, a kobiet  $152,9 \pm 5,7$  cm. Średni poziom wskaźnika BMI u badanych mężczyzn wynosił  $27,3 \pm 4,1$  kg/m<sup>2</sup>, natomiast u kobiet  $28,8 \pm 4,9$  kg/m<sup>2</sup> (różnica dla płci statystycznie istotna). U prawie 23% mężczyzn i 35% kobiet występowała otyłość (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>). Natomiast wśród osób badanych z Warszawy w 1992 roku odsetek otyłych mężczyzn wynosił 19,2%, natomiast kobiet 36,9% [14].

Średnie stężenie cholesterolu w surowicy krwi było istotnie wyższe w badanej grupie kobiet ( $6,33 \pm 1,05$  mmol/l) niż mężczyzn ( $5,79 \pm 1,10$  mmol/l) (tab. VI). Osoby starsze badane w Markach w 1993 miały niższe średnie stężenia cholesterolu ogółem w surowicy: mężczyźni  $5,36 \pm 1,15$  mmol/l, kobiety  $5,71 \pm 1,24$  mmol/l [9]. W innych krajach w badaniach SENECA z 1993 roku najwyższe średnie stężenie cholesterolu ogółem

Tabela IV.

Tabela V.



Tabela VI.

w przypadku mężczyzn zaobserwowano w zakresie od  $4,91 \pm 0,72$  mmol/l (Portugalia) do  $5,95 \pm 1,19$  mmol/l (Belgia), w przypadku kobiet od  $5,61 \pm 0,63$  mmol/l w USA do  $6,72 \pm 1,15$  mmol/l w Dani [3].

Stwierdzono, że istotnie mniejszy odsetek badanych kobiet (11,6%) niż mężczyzn (31,7%) miał odpowiednie stężenie cholesterolu ogółem ( $<200$  mg/dl). Natomiast w badaniach z roku 1992, przeprowadzonych z udziałem 70-letnich osób z Warszawy, które same zgłosiły się do badań w Instytucie Żywności i Żywienia, w tym przedziale był prawie dwukrotnie wyższy odsetek zarówno kobiet (27,4%) jak i mężczyzn (53,4%) [14].

Odpowiedni poziom cholesterolu LDL ( $<135$  mg/dl) posiadało 42,6% mężczyzn i 24,1% kobiet (różnica znamionna statystycznie dla płci). W badaniach warszawskich siedemdziesięciolatków [14] odsetki te były wyższe i wynosiły: 65,7% dla mężczyzn i 54,8% dla kobiet.

Średnie stężenie cholesterolu we frakcji HDL było istotnie niższe u mężczyzn i wynosiło  $1,26 \pm 0,36$  mmol/l niż u kobiet  $1,44 \pm 0,33$  mmol/l. W badaniach SENECA z 1993 roku najniższe średnie stężenie tej frakcji cholesterolu w grupie mężczyzn zaobserwowano w Holandii ( $1,15 \pm 0,34$  mmol/l), zaś najwyższe we Francji, w Hague-nau ( $1,39 \pm 0,34$  mmol/l). Natomiast w grupie kobiet cholesterol frakcji HDL wynosił od  $1,27 \pm 0,30$  mmol/l w Holandii do  $1,64 \pm 0,46$  mmol/l w Szwajcarii [3].

Średnie stężenie trójglicerydów u badanych osób wynosiło  $1,58 \pm 0,79$  mmol/l, u prawie 85% badanych zaobserwowano prawidłowy poziom trójglicerydów.

#### WNIOSKI

1. Spośród respondentów objętych badaniami 84% cierpiało na choroby przewlekłe (najczęściej były to: choroby układu krążenia 49,0%, narządu ruchu 41,3% oraz nadciśnienie 24,5%), natomiast 70% przyjmowała leki (obniżające ciśnienie krwi 37,3%, nitrogliceryna 23,8%, moczopędne 19,1% oraz przeciwzapalne (niesterydowe) i przeciwbólowe 16,4%).

2. Wśród osób o bardzo dobrym i dobrym stanie zdrowia było stosunkowo więcej osób o wykształceniu średnim i wyższym, dobrej sytuacji ekonomicznej i dużej aktywności fizycznej.

3. Okularów używało 84% badanych, protez zębowych 57%, natomiast aparatu słuchowego jedynie 5% respondentów.

4. U kobiet zaobserwowano gorsze parametry gospodarki lipidowej niż w grupie badanych mężczyzn, co można wiązać z częstszym występowaniem u nich nadwagi i otyłości, gorszym stanem zdrowia i mniejszą aktywnością fizyczną.

5. Ze względu na wzrastający udział ludzi starszych w populacji Polski należałoby zwrócić szczególną uwagę na specyfikę problemów zdrowotnych tych osób oraz rozpocząć profilaktykę zdrowotną, a w tym żywieniową młodszej populacji.

E. Sicińska, J. Kałuża, A. Brzozowska, W. Roszkowski

#### HEALTH STATUS OF PEOPLE AGED 75–80 YEARS LIVING IN WARSAW REGION

##### Summary

Chosen health related problems of elderly aged 75–80 years, living in Warsaw region, were analyzed. Almost 32% of respondents perceived their health as poor or very poor, and 84% declared suffering from chronic diseases (mainly cardiovascular, leg problems and hypertensive). Almost 70% of respondents used medicines, the most frequently used medicines were antihypertensives, nitroglycerine and diuretics. Almost 30% of the examined persons had BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. More than 83% of respondents used the glasses, but only 5% used hearing-aid. More women than men had high level of total cholesterol and LDL-cholesterol.

##### PIŚMIENNICTWO

1. *Adamska-Dynowska H., Chojnowska-Jezierska J., Cybulska B. i wsp.: Leczenie hiperlipidemii w profilaktyce niedokrwiennej choroby serca. Propozycja unifikacji postępowania lekarskiego. Wiad. Lek. 1992, 45, 388.*
2. *Brzozowska A., Sulkowska J., Chaniewska R., Koncikowska J., Roszkowski W.: Wybrane problemy zdrowotne osób w wieku 75–80 lat (na podstawie badań SENECA). Zdr. Publ. 1997, 107, 3–4, 45–49.*
3. *Grunenberger F., Lammi-Keefe C.J., Schlienger J-L., Deslypere J-P, Hautvast J.G.A.J.: Longitudinal changes in serum lipids of elderly Europeans. SENECA investigation. Eur. J. Clin. Nutr. 1996, 50, suppl. 2, 25–31.*
4. GUS, Mały Rocznik Statystyczny, Warszawa 2001.
5. GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 1996 roku. ZWS, Warszawa 1997, 37.
6. *Hershman D.L., Simonoff P.A., Frishman W.H., Paston F., Arson M.K.: Drug utilization in old old and how it relates to self-perceived health and all-cause mortality: results from the Bronx Aging Study. JAGS 1995, 43, 356–360.*
7. *Hoeymans N., Feskens E., Kromhout D., van den Bos G.: The contribution of chronic conditions and disabilities to poor self-rated health in elderly men. J. Gerontol. 1999, 54A, 10, 501–506.*
8. *Hogan D.B., Ebly E.M., Fung T.S.: Disease, disability, and age in cognitively intact seniors: results from the Canadian Study of Health and Aging. J. Gerontol. 1999, 54A, 2, 77–82.*
9. *Pietruszka B., Sulkowska J., Brzozowska A., Roszkowski W.: Antropometryczne pomiary i lipidy surowicy u osób starszych w Marki, Polska. Materiały z konferencji naukowej pt. Health development in central and eastern Europe after transition. Warszawa, 5, 1998, 78.*
10. *Prothro J.W., Rosenbloom C.A.: Description of mixed ethnic, elderly population. III. Special diet, food preferences, and medical intakes. J. Gerontol. 1999, 54A, 6, 329–332.*
11. *Schroll M., Ferry M., Lund-Larsen K., Enzi G.: Assessment of health: self-perceived health, chronic diseases, use of medicine. Eur. J. Clin. Nutr. 1991, 45, suppl.3, 169–182.*
12. *Tineti M.E., Williams C.S., Gill T.M.: Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. Ann. Intern. Med. 2000, 132, 337–344.*
12. *Ziemiański Ś., Charzewska J., Chabros E.: Assessment of the health state of persons aged 70 years living in a Warsaw city district. Żyw. Człow. Metab. 1993, 20, 167–174.*
13. *Ziemiański Ś., Paczenko-Kresowska B., Chabros E., Charzewska J.: Blood lipid parameters and risk factors for cardiovascular heart disease in people aged 70 years. Żyw. Człow. Metab. 1993, 20, 175–181.*

Otrzymano: 2002.03.04