

MARCIN CEYNOWA¹, KONRAD DREWEK¹, STANISŁAW BIEGAŃSKI¹,
SEBASTIAN BEJMA²

STAN ZDROWIA AKTYWNYCH FIZYCZNIE I UMYSŁOWO OSÓB W STARSZYM WIEKU ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM NIKTÓRYCH CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH ORAZ NARZĄDU RUCHU

HEALTH OF PHYSICALLY AND INTELLECTUALLY ACTIVE ELDERLY PEOPLE CONSIDERING CHOSEN INTERNAL DISEASES AND MOTION APPARATUS

¹Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu AM w Gdańsku
kierownik: prof. dr Stanisław Mazurkiewicz

²Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Ortopedii i Traumatologii
Narządu Ruchu AM w Gdańsku

Celem pracy jest ocena dolegliwości z zakresu narządu ruchu i wybranych chorób wewnętrznych w grupie aktywnych osób w starszym wieku, stwierdzenie, w jakim stopniu osoby te dbają o swoje zdrowie oraz ocena, czy powszechny pogląd, że ludzie w tym wieku muszą cieszyć się dobrym zdrowiem, aby być aktywni intelektualnie, fizycznie i społecznie. Przebadano 181 pacjentów, 162 kobiety, 19 mężczyzn. Przewlekłe dolegliwości z zakresu narządu ruchu stwierdzono u 86,8% osób, w tym 59,6% dotyczyło kręgosłupa, 18,2% stawów biodrowych, 31,5% stawów kolanowych, 11,6% stawów barkowych, a u 22,6% osób stwierdzono zmiany także w innych okolicach. W licznej grupie osób stwierdzono zmiany w wielu okolicach. U 32,6% osób stwierdzono pojedyncze dolegliwości (kręgosłup, staw barkowy, biodrowy, kolanowy, inne), 41,4% osób – z 2 okolic narządu ruchu, a u 12,7% osób w 3 i więcej okolicach. Jedynie 13,2% osób nie zgłaszało żadnych dolegliwości. W wywiadzie cukrzycę stwierdzono u 3,4% osób, nadciśnienie tętnicze u 45,6%, podwyższony poziom lipidów u 65,3%, BMI (body mass index) powyżej 25 u 72,9% osób. Badane osoby zgłaszały się średnio do lekarza 5,4 razy rocznie. Pacjenci podawali, że cukrzycę leczyli w każdym przypadku, nadciśnienie tętnicze w 90,4%, podwyższony poziom lipidów jedynie w 48,8% przypadków.

Na przestrzeni ostatnich lat znacznie wzrosło zainteresowanie świata nauki osobami w wieku starszym. Badano zarówno sam proces starzenia się, choroby charakterystyczne dla tego okresu, jak i szeroko rozumianą aktywność tych osób. Ocenia się wpływ wieku, chorób i wydolności narządów zmysłów na funkcje poznawcze, wpływ tych funkcji oraz różnorodnych obszarów ludzkiej aktywności na długość i jakość życia.

Aktywność osoby w wieku starszym ocenia się w wielu obszarach. Pierwotnie dotyczyło to przede wszystkim aktywności fizycznej [5, 7, 10]. Okazuje się jednak, że nawet ważniejsze dla długości i jakości życia są inne czynniki, takie jak związki społeczne, możliwości poznawcze, zajęcia produktywne czy twórcze [1, 3]. Dla potrzeb zachowania zasad pracy naukowej, nieco uznaniowo ocenia się poziom aktywności społecznej pytając o posiadanie współmałżonka, częstość odwiedzin u rodziny i przyjaciół (w tym osobiste, ale także telefoniczne lub pocztą elektroniczną), czy wreszcie uczestnictwo w obrządkach religijnych [1]. Wyróżniono także tzw. aktywność produktywną, np. uprawianie ogródka, przygotowywanie posiłków czy robienie zakupów [3]. Są to z konieczności podziały bardzo arbitralne i niekiedy mylące, co zauważyli już autorzy cytowanego badania stwierdzając, że godzinny kontakt z krewnym może być intelektualną dyskusją lub wspólnym oglądaniem seriali telewizyjnych [1].

W naszym społeczeństwie istnieje przekonanie, że do przeżycia szczęśliwej starości konieczne jest, oprócz opieki rodziny i majątku zapewniającego podstawowy byt materialny, także bardzo dobre zdrowie. W praktyce klinicznej często spotykamy się z osobami, które swoją chorobę, mimo iż nie jest to choroba uniemożliwiająca aktywność, używają jako pretekstu do jej ograniczania, włącznie z ograniczaniem czynności pielęgnacyjnych, zdając się w tym zakresie na personel szpitala czy na rodzinę.

W naszej pracy staraliśmy się ocenić zdrowie aktywnych ludzi w starszym wieku, aby sprawdzić, czy osoby te rzeczywiście charakteryzują się bardzo dobrym zdrowiem. W pracy brano pod uwagę przede wszystkim przewlekłe choroby narządu ruchu, jako znacznie ograniczające aktywność ruchową, kontakty społeczne czy wymienione czynności produktywne. Oceniano także występowanie wybranych chorób wewnętrznych, częstych w ogólnej populacji, jak cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, nadwagę; choroby te są czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, a także czynnikiem ryzyka upośledzenia funkcji poznawczych [2, 4, 6, 8].

CEL

1. Ocena dolegliwości z zakresu narządu ruchu w grupie aktywnych osób w starszym wieku.
2. Ocena częstości występowania wybranych przewlekłych chorób wewnętrznych wśród tych osób, ze szczególnym uwzględnieniem wybranych czynników ryzyka upośledzenia funkcji poznawczych.
3. Ocena słuszności powszechnego poglądu, że ludzie w wieku emerytalnym muszą cieszyć się dobrym zdrowiem, aby być aktywni intelektualnie, fizycznie i społecznie.
4. Ocena, w jakim stopniu osoby aktywne społecznie i intelektualnie dbają o swoje zdrowie (czy zgłaszają się do lekarza i czy przestrzegają jego zaleceń).

MATERIAŁ I METODY

Przebadano 181 słuchaczy „Uniwersytetu Trzeciego Wieku” w Sopocie, w tym 162 kobiety i 18 mężczyzn, w wieku 51 do 88 lat, czyli osoby w wieku starszym uczęszczające do szkoły o specjalnie dla nich zaprojektowanym programie nauczania. Zajęcia na tej uczelni odbywają

się kilka razy w tygodniu, przy czym obok takich przedmiotów jak prawo, warsztaty artystyczne czy nauka języków obcych, odbywają się także zajęcia z profilaktyki zdrowia, oraz zajęcia sportowe.

Wszystkie osoby biorące udział w badaniu uznano za aktywne społecznie (posiadające znajomych ze szkoły i chcące zawierać nowe znajomości) i sprawne intelektualnie (zdolne do nauczania się i zrozumienia nowych wiadomości). Były one także silnie zmotywowane do uczestniczenia w specjalnie dla nich zaprojektowanych ćwiczeniach fizycznych, uwzględniających ich stan zdrowia; badanie przeprowadzono w ramach kwalifikacji do odpowiedniej grupy ćwiczeniowej. Poinformowano ich o praktycznym, jak i naukowym celu badania.

Przeprowadzono wywiad dotyczący występowania wśród nich: cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, hiperlipidemii (Pytanie: „Czy lekarz zdiagnozował u pani/pana cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemię?”), leczenia farmakologicznego lub nefarmakologicznego wyżej wymienionych chorób („Czy przyjmuje pani/pan leki na te choroby, ewentualnie przestrzega diety i zdrowego stylu życia zgodnie z zaleceniami lekarza?”). Dokonano pomiaru wzrostu i wagi, celem oceny BMI.

Przeprowadzono wywiad w kierunku przewlekłych dolegliwości z zakresu narządu ruchu, w tym także o ewentualne postawione diagnozy lub leczenie tych schorzeń. W badaniu ortopedycznym oceniano symetrię tułowia i kończyn, ruchomość, symetrię i wygięcia kręgosłupa, ruchomość i stabilność dużych stawów (barkowy, łokciowy, nadgarstka, biodrowy, kolanowy, skokowy). Pytano o bolesność ocenianej okolicy przy ruchach i w trakcie palpacji. Badanie to odzwierciedlało kliniczne objawy i stopień zaawansowania zmian zwyrodnieniowych dużych stawów i kręgosłupa.

Częstość występowania poszczególnych chorób i objawów klinicznych obliczono dla całej populacji, a także oddzielnie dla płci, i poddano opisowej analizie statystycznej przy użyciu programu Microsoft Excel.

WYNIKI

Przebadano 181 osób – 162 kobiety, 19 mężczyzn. Przewlekłe dolegliwości z zakresu narządu ruchu, charakterystyczne dla zmian zwyrodnieniowych, utrzymywały się u 86,8% osób. Należy zaznaczyć, że wielu chorych miało zmiany w kilku okolicach jednocześnie.

U 59,6% osób dolegliwości dotyczyły kręgosłupa (w tym bóle z zakresu odcinka lędźwiowo-krzyżowego w 43,6% i z zakresu odcinka szyjnego w 16%), 18,2% – stawów biodrowych, 31,5% – stawów kolanowych, 11,6% – stawów barkowych, i u 22,6% osób stwierdzono zmiany także w innych okolicach narządu ruchu (staw skokowy, łokciowy, nadgarstek, drobne stawy rąk i stóp).

U 32,6% osób stwierdzono dolegliwości z zakresu 1 okolicy narządu ruchu (kręgosłup, staw barkowy, biodrowy, kolanowy, inne), 41,4% osób z 2 okolic, a 12,7% osób stwierdzono zmiany w 3 i więcej okolicach. Jedynie 13,2% osób nie zgłaszało żadnych dolegliwości z zakresu narządu ruchu.

W wywiadzie cukrzycę stwierdzono u 3,4% osób. Nadciśnienie tętnicze podawało w wywiadzie 45,6% badanej populacji, w tym w grupie wiekowej 40–59 lat stwierdzono u 34,1%, w grupie powyżej 60 lat nadciśnienie występowało u 50,7%. Podwyższony poziom lipidów występował u 65,3%.

BMI powyżej 25 charakteryzowało 72,9% osób. Zależność od płci i wieku przedstawia tabela I.

Tab. I

BMI (Body Mass Index) w poszczególnych grupach wiekowych

BMI (Body Mass Index) in different age groups

Grupa wiekowa Age group		BMI poniżej 25 BMI below 25	BMI 25 – 30 BMI 25 – 30	BMI powyżej 30 BMI over 30
51 – 60 lat 50 – 60 years (n=41)	K (n=39)	25,6% (n=10)	51,2% (n=20)	23,2% (n=9)
	M (n=2)	(n=0)	100% (n=2)	(n=0)
	Razem Overall	24,4% (n=10)	53,6% (n=22)	22% (n=9)
60 lat i więcej 60 years and above (n=140)	K (n=123)	28,4% (n=35)	48% (n=59)	23,6% (n=29)
	M (n=17)	17,6% (n=3)	70,6% (n=12)	11,8% (n=2)
	Razem Overall	27,2% (n=38)	50,7% (n=71)	22,1% (n=31)

K – kobiety (women), M – mężczyźni (men)

Analizując częstość wizyt u lekarza, stwierdzono, iż badane osoby zgłaszały się na wizyty do lekarza średnio 5,4 razy rocznie, w zakresie od 0 do 28 razy, przy medianie o wartości 4.

Pacjenci podawali, że cukrzycę leczyli w każdym przypadku (była ona wg wywiadu kontrolowana w sposób wystarczający lekami lub dietą). Nadciśnienie tętnicze leczono w 90,4% przypadków jego wystąpienia, podwyższony poziom lipidów jedynie w 48,8%.

DYSKUSJA

Częstość chorób różnego rodzaju znacznie wzrasta wraz z wiekiem. Osoby w starszym wieku poddawani są wielu badaniom z różnych dziedzin medycyny, które jednak badają ich głównie w zakresie własnej specjalności. Sprawdzano częstość występowania, między innymi cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych, a także chorób zwyrodnieniowych narządu ruchu. Brakuje natomiast pozycji łączącej wszystkie te elementy, czyli uwzględnienie przy badaniu jednej populacji zarówno chorób wewnętrznych, jak i dolegliwości z zakresu kręgosłupa i dużych stawów, częstych u ludzi starszych.

Pojęcie „aktywnej osoby w wieku starszym”, bo ich dotyczyło badanie, jest intuicyjnie łatwe do zrozumienia. Osoby takie widzimy w najbliższym otoczeniu – spotykają się ze znajomymi, uprawiają ogródek, czytają książki, interesują się polityką. Stykamy się z nimi też w pracy z pacjentem: są to osoby w starszym wieku, które uczestniczą w procesie leczenia, rozumieją istotę i potrzebę terapii, stosują się do zaleceń, chętnie poddają się rehabilitacji. Niestety, to intuicyjne zrozumienie problemu jest trudne do przeniesienia na język naukowy, aby możliwa była ilościowa ocena „aktywności” starszych osób [1,3].

W obecnej pracy nie starano się zdefiniować żadnego pojęcia ani ocenić, kiedy osoba w wieku starszym może być uznana za „aktywną”. Przyjęto założenie, że osoba w odpowiednim wieku, na emeryturze, uczęszczająca na zajęcia w szkole, jest osobą aktywną. Zajęcia, w tym wypadku na Uniwersytecie Trzeciego Wieku, czyli uczelni o szerokim profilu zajęć (przyrodnicze, humanistyczne, techniczne, języki obce, zajęcia sportowe), dostosowane do wieku i możliwości poznawczych uczniów, wymuszają niejako różnorodną aktywność. Osoba uczęszczająca do szkoły, z własnej woli, wykazuje przede wszystkim chęć i motywację do przyswajania nowych informacji i zdobywania wiedzy, musi też charakteryzować się możliwościami poznawczymi wystarczającymi do jej przyswojenia. Wchodzi w nowe środowisko, umożliwiające poznanie nowych ludzi i odnalezienie się w nowej sytuacji społecznej. Wreszcie zajęcia sportowe, dostosowane do możliwości uczniów, wymagają dużej determinacji, a w przypadku osób starszych, często przewyciężenia obaw przed wysiłkiem fizycznym i bólem z zakresu kręgosłupa i kończyn. Osoby gotowe podjąć takie wyzwanie i aktywnie uczestniczące w zajęciach, biorąc pod uwagę przytoczone czynniki, uznano za osoby aktywne.

Ograniczeniem badania w tym zakresie jest bez wątpienia brak możliwości oceny stopnia zaangażowania w zajęciach oraz w życiu społecznym na uczelni. Dla części z tych osób być może zajęcia na uczelni trzy razy w tygodniu są jedyną okazją do wyjścia z domu i spotkania się z kimś innym niż tylko z własną, często niewielką, rodziną. Niektóre z tych osób zapewne izolują się od reszty grupy i nie uczestniczą w zajęciach, pozostając biernymi słuchaczami. Niektóre z kolei, wręcz przeciwnie, bardzo aktywnie i twórczo podchodzą do zajęć na uczelni, a szkoła jest dla nich jedynie kolejnym elementem wzbogacającym ich aktywne życie na emeryturze.

W badaniu skupiono się przede wszystkim na całościowej ocenie narządu ruchu, ze szczególnym uwzględnieniem elementów koniecznych dla tzw. „dużej motoryki”, czyli chodzenia, schylania się, podnoszenia i dźwigania czy prostych czynności kończyny górnej. Przebadano w szczególności duże stawy odpowiadające za motorykę dolnej części ciała, czyli biodrowy i kolanowy, a także lędźwiową część kręgosłupa. Staw barkowy oraz kręgosłup szyjny uwzględniono jako często sprawiające silne dolegliwości bólowe przy ruchach i będące ważnym elementem ogólnej sprawności całego ciała. Staw łokciowy, bardzo istotny dla motoryki kończyny górnej, a także skokowy, istotny dla motoryki stopy, ze względu na rzadko występujące zmiany zwyrodnieniowe, włączono do grupy inne, wraz z dolegliwościami z zakresu stopy oraz ręki [9].

Choroba zwyrodnieniowa stawów, w badaniu radiologicznym, według piśmiennictwa występuje u ok. 1/3 dorosłych w wieku 25–74 lata. U osób powyżej 60. roku życia można ją radiologicznie stwierdzić u ponad połowy populacji. W badaniach autopsyjnych występuje ona wręcz u wszystkich osób powyżej 65. roku życia. Badania te dotyczą niestety populacji USA i Wielkiej Brytanii, brakuje pełnych danych dotyczących Polski. Brakuje w piśmiennictwie także publikacji dotyczących częstości występowania dolegliwości bólowych z zakresu dużych stawów, charakterystycznych dla choroby zwyrodnieniowej [9].

Obecne badanie koncentruje się na wywiadzie i badaniu fizykalnym, uwzględniając charakterystyczne dla choroby zwyrodnieniowej dolegliwości. Wiadomo, że wielu pacjentów, mimo zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej stawów w badaniu radiologicznym, ma bardzo niewielkie dolegliwości bólowe i ich komfort życia jest ograniczony z tego powodu jedynie nieznacznie. Z drugiej strony, osoby o niewielkich zmianach radiologicznych w stawach mogą mieć bardzo silne dolegliwości bólowe [9].

Jak widać z przedstawionych wyników, ogromna większość badanych osób cierpi na przewlekłe bóle z zakresu narządu ruchu. Co ósma osoba zgłasza bóle z trzech i więcej okolic. Ponad połowa wszystkich dolegliwości dotyczy kręgosłupa, głównie w odcinku lędźwiowym. Jedynie co ósma osoba nie zgłasza żadnych dolegliwości.

Badanie to z racji swych ograniczeń (nie oceniano ilościowo nasilenia dolegliwości, częstości i czasu ich trwania u poszczególnych osób), jest badaniem przede wszystkim pokazującym skalę problemu. Wymaga potwierdzenia w innym, bardziej rygorystycznym badaniu.

Z przytoczonych przykładów nasuwa się wniosek, iż w wieku starszym niemal każda osoba będzie miała jakiś rodzaj dolegliwości, niektórzy liczne i znacznie upośledzające codzienne funkcjonowanie. Nie musi to jednak przeszkadzać w prowadzeniu aktywnego życia, także pod względem aktywności fizycznej. Można uznać, że aktywność ta jest raczej zależna od motywacji poszczególnych osób i odpowiednio dobranego wysiłku, a mniej od ilości i nasilenia dolegliwości.

W obecnym badaniu oceniano jedynie wybrane choroby wewnętrzne, częste w populacji i będące jednocześnie czynnikami ryzyka upośledzenia funkcji poznawczych [2, 4, 6, 8]. Badanie obecne uwzględniało nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe oraz cukrzycę, a także BMI. Uzyskane wyniki porównano z badaniem NATPOL III Plus [11, 12, 13, 14], chcąc odpowiedzieć na pytanie, czy osoby aktywne w wieku starszym są rzeczywiście zdrowsze od ogólnej populacji. Jak już wspomniano we wstępie, miała być to próba zweryfikowania poglądu, czy ogólnie dobre zdrowie jest konieczne do zachowania aktywności w starszym wieku.

Ograniczeniem badania jest przede wszystkim fakt, iż dane uzyskano z wywiadu, a nie w badaniu klinicznym czy laboratoryjnym [11, 12, 13, 14]. Obiektywnie mierzono jedynie wzrost i wagę probantów. Przy porównaniu wyników obecnego badania z wynikami NATPOL Plus trzeba też pamiętać, że badana tutaj grupa to jedynie 181 osób, w której znaczną większość stanowiły kobiety; fakt ten może sugerować, że kobiety w wieku starszym mają lepszą motywację do bycia aktywnymi, natomiast sprawia iż badana populacja jest niereprezentatywna pod względem płci, na niekorzyść mężczyzn. W badaniu NATPOL Plus uczestniczyło 3052 respondentów i było to badanie randomizowane. Porównując wyniki obu badań należy zachować daleko idącą ostrożność, szczególnie w przypadku mężczyzn. Należy też pamiętać, że w obecnym badaniu uczestniczyły osoby w wieku 51–88 lat, zaś w NATPOL Plus 18–94 lat [11, 12, 13, 14]. W porównywaniu uwzględniono przede wszystkim kobiety, gdyż to one stanowiły w obecnym badaniu większość (162 kobiety, 19 mężczyzn). Grupa mężczyzn była zbyt mała, by wysnuwać na jej podstawie daleko idące wnioski.

Wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku nadciśnienie w grupie wiekowej 51–59 lat występowało u 19,5% osób, zaś w badaniu NATPOL Plus w grupie 40–59 lat – u 34,1% populacji, u kobiet odpowiednio 20,5% i 34,0%. Porównując obie grupy należy pamiętać, że w obecnym badaniu grupa jest relatywnie starsza. W grupie powyżej 60 lat nadciśnienie występowało u 50,7% vs. 57,5% w NATPOL, u kobiet odpowiednio 41,4% i 59,9%. Biorąc pod uwagę fakt, iż w badaniu NATPOL Plus tylko 67% chorych było świadomych nadciśnienia tętniczego, otrzymujemy w obecnym badaniu po korekcie 30,6% w grupie młodszych kobiet (gdzie założymy, że 20,5% to te świadome własnego nadciśnienia 67%), i wynik 61,8% u kobiet starszych. Uzyskujemy w ten sposób wynik porównywalny z wynikami w ogólnej populacji. Ostrożnie należy jednak traktować przypuszczenie, że wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku akurat 67% było świadome nadciśnienia tętniczego u siebie, wszak zakładamy tu też większą dbałość o zdrowie, jak postaramy się wykazać poniżej. Tak duże różnice w odsetku

Tab. II

Porównanie częstości występowania nadwagi i otyłości u kobiet w obecnym badaniu z populacją ogólną kobiet wg NATPOL Plus 2002 [12]

Comparison of prevalence of overweight and obesity in women in the current study and in the overall population according to NATPOL Plus 2002

Grupa wiekowa Age group	BMI poniżej 25 BMI below 25		BMI 25 – 30 BMI 25 - 30		BMI powyżej 30 BMI over 30	
	Obecne badanie Current study	NATPOL Plus	Obecne badanie Current study	NATPOL Plus	Obecne badanie Current study	NATPOL Plus
51 (40) – 60 lat* 51 (40) – 60 years*	25,6%	41,7%	51,2%	36,5%	23,2%	21,8%
60 lat i powyżej 60 years and above	28,4%	27,8%	48%	37,5%	23,6%	34,7%

*W obecnym badaniu najmłodsza osoba miała 51 lat, w badaniu NATPOL Plus 2002 odpowiadająca temu przedziałowi grupa wiekowa to 40 – 59 lat

*In the current study, the youngest person was 51 old, in NATPOL Plus 2002 the corresponding age group was 40 – 59 years

osób z nadciśnieniem w obu grupach wiekowych (bez korekty) wymaga dalszego potwierdzenia, natomiast znajduje uzasadnienie w piśmiennictwie, w którym wykazano, że nadciśnienie jest czynnikiem ryzyka upośledzenia funkcji poznawczych w starszym wieku [4, 6, 12].

W przypadku BMI, w obu przedziałach wiekowych, grupa z BMI pomiędzy 25–30 jest zdecydowanie liczniejsza od obu pozostałych. Osób z prawidłową wagą ciała jest też znacznie mniej niż w badaniu NATPOL Plus (tabela II). Zwraca uwagę fakt, iż w obecnym badaniu odsetek osób w poszczególnych grupach jest niemal identyczny w starszej i młodszej grupie wiekowej [12]. Wyjaśnienie takiej struktury wagi u aktywnych osób w starszym wieku wymaga dalszych badań. Wyniki te nie zgadzają się z piśmiennictwem, gdyż otyłość związana jest z ryzykiem upośledzenia funkcji poznawczych [8]. Wydaje się, iż nadwaga nie ma istotnego wpływu na bycie osobą aktywną w starszym wieku, zarówno osoby szczupłe, jak i otyłe bywają osobami aktywnymi.

Zaburzeń lipidowych różnego typu nie można, niestety, odnieść do populacji badanej w NATPOL Plus, gdyż pacjenci w obecnym badaniu nie zawsze byli świadomi, która frakcja lipidów (cholesterol całkowity, cholesterol LDL czy trójglicerydy) jest u nich podwyższona, a podział taki jest uwzględniany w cytowanej pracy. NATPOL nie precyzuje też, ile osób nie miało żadnych zaburzeń. Uwzględniając jednak fakt, iż zaburzenia lipidowe w starszej grupie wiekowej występują łącznie, w grupie kobiet powyżej 60. roku życia w badaniu NATPOL podwyższenie całkowitego stężenia cholesterolu występowało u 78,2% kobiet, częstość zaburzeń lipidowych w obecnym badaniu wyniosła 79,6%, wydaje się, iż populacja ta nie różniła się zbytnio od populacji ogólnej [12].

Cukrzyca występuje w niższym odsetku w obecnym badaniu niż w ogólnej populacji (3,84 vs. 12,4% w NATPOL) [12], natomiast mała liczebność grupy w obecnym badaniu i

stosunkowo niska częstość występowania choroby w porównaniu z nadciśnieniem czy zaburzeniami lipidowymi nie pozwala na wysnucie ostatecznych wniosków, aczkolwiek brak zaburzeń gospodarki węglowodanowej jako czynnik ochronny przed upośledzeniem funkcji poznawczych znajduje potwierdzenie w piśmiennictwie [2].

Jak już wspomniano, od osób aktywnych i zainteresowanych zdobywaniem nowych wiadomości oczekiwano by dużego zainteresowania własnym zdrowiem, jak i systematycznego leczenia chorób już rozpoznanych. Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku zgłaszają się do lekarza od 0 do 28 razy w skali rocznej, średnio 5,4 razy. Brakuje danych dotyczących ogólnej populacji do porównania uzyskanych wyników. Fakt niskiej częstości występowania nadciśnienia tętniczego sugeruje, że część przypadków nadciśnienia nie została jeszcze rozpoznana, być może z powodu rzadkich wizyt u lekarza, aczkolwiek nie można określić skali tego zjawiska na podstawie obecnego badania. Natomiast wynik stosowania leczenia nadciśnienia tętniczego jest wysoki i wynosi 90,4%, w porównaniu do 81% w ogólnej populacji [11, 12, 13]. Ponieważ badano tutaj całą grupę 181 osób, a nie jak w pozostałych przypadkach, grupy mniejsze, można z ostrożnością stwierdzić, że osoby aktywne są pacjentami bardziej zdyscyplinowanymi. Natomiast nie można na podstawie obecnego badania powiedzieć, czy leczenie jest regularne i skuteczne.

Zaburzenia lipidowe były kontrolowane farmakologicznie (w 2 przypadkach dietą) w 48,8%. Brakuje danych do porównania z ogólną populacją. Natomiast tak niski odsetek leczenia tych zaburzeń z jednej strony można tłumaczyć brakiem świadomości pacjentów co do istoty choroby, jak i być może postawą lekarzy, nie proponujących leczenia swoim pacjentom. W odróżnieniu od tych zaburzeń, cukrzyca, także w początkowej fazie nie sprawiająca dolegliwości, była leczona w każdym przypadku. Świadomość powikłań cukrzycy i znaczenia tej choroby w społeczeństwie nie pozwala jednak na swobodne porównanie jednego stanu z drugim.

Analizując obecne badanie należy pamiętać o jego ograniczeniach, przede wszystkim o znacznej przewadze kobiet, co bez wątpienia zaburza uzyskane wyniki. Nie należy oceniać częstości występowania poszczególnych zaburzeń w grupie mężczyzn ze względu na bardzo małą liczebność tej grupy.

Jak już zaznaczono, fakt takiego rozłożenia płci może sugerować, że to kobiety są bardziej zmotywowane do aktywnego przeżywania starości, przynajmniej jeśli chodzi o podjęcie dalszej nauki i aktywność społeczną związaną z uczelnią; być może starsi mężczyźni wolą inne formy aktywności, na przykład spotkania z kolegami w domu przy kartach czy telewizji lub uprawianie ogródka.

Kolejnym ograniczeniem jest fakt, iż poza badaniem ortopedycznym oraz pomiarem wzrostu i wagi, nie było możliwości obiektywizacji wywiadu dotyczącego chorób (brak możliwości standaryzowanego pomiaru ciśnienia tętniczego czy badania w kierunku zaburzeń lipidowych i cukrzycy).

Bez wątpienia wiele informacji mógłby wnieść wywiad dotyczący obecnych i przebytych chorób, w tym przede wszystkim chorób układu sercowo-naczyniowego (zawał serca, dusznica bolesna). Są to choroby poważnie ograniczające funkcjonowanie organizmu, a także mają pewien aspekt psychologiczny ciężkiego ograniczającego upośledzenia zdrowia. Z badania wynika jednak, że nawet ciężkie upośledzenie narządu ruchu (w 12,7% z 3 i więcej okolic ciała), też mające pewien aspekt psychologiczny nie stanowiło przeszkody w uczestniczeniu w zajęciach, w tym fizycznych. Pamiętajmy też, że badanie obecne było przeprowadzone w ramach badania

wstępnego kwalifikującego do ćwiczeń fizycznych, co oznacza, że badane osoby nie uważały swojego często znacznego upośledzenia zdrowia za czynnik uniemożliwiający ich podjęcie.

WNIOSKI

1. Wśród aktywnych osób w wieku starszym przewlekłe dolegliwości z zakresu narządu ruchu, charakterystyczne dla zmian zwyrodnieniowych, utrzymywały się u 86,8% osób. Należy zaznaczyć, że u wielu chorych zmiany występowały w kilku okolicach jednocześnie.
2. Częstość występowania wybranych chorób wewnętrznych, przy uwzględnieniu ograniczeń obecnego badania, nie odbiega znacząco od częstości ich występowania w ogólnej populacji, z wyłączeniem cukrzycy, która występuje rzadziej.
3. Z uzyskanych danych wynika, iż nie trzeba cieszyć się bardzo dobrym zdrowiem, by w starszym wieku być osobą aktywną.
4. Osoby aktywne w wieku starszym w zgłaszają się do lekarza średnio 5,4 razy w roku. W niewielkim stopniu częściej leczą nadciśnienie tętnicze, w porównaniu do ogólnej populacji.
5. Kobiety w starszym wieku częściej prowadzą aktywny tryb życia niż mężczyźni, biorąc pod uwagę proporcje płci wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku.
6. Przedstawione w obecnym badaniu wyniki wymagają dalszego potwierdzenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Bassuk S.S., Glass T.A., Berkman L.F.: Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann. Intern. Med.* 1999, 131, 3, 165-173. – 2. Debling D., Amelang M., Hasselbach P., Stuermer T.: Diabetes and cognitive function in a population-based study of elderly women and men. *J Diabetes Complications* 2006, 20, 238-245. – 3. Glass T.A., de Leon C., Marottoli R.A., Berkman L.F.: Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ* 1999, 319, 478-483. – 4. Kilander L., Nyman H., Boberg M., Hansson L., Lithell H.: Hypertension is related to cognitive impairment: a 20-year follow-up of 999 men. *Hypertension* 1998, 31, 3, 780-786. – 5. Laurin D., Verreault R., Lindsay J., MacPherson K., Rockwood K.: Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch. Neurol.* 2001, 58, 498-504. – 6. Posner H.B., Tang M.-X., Luchsinger J., Lantigua R., Stern Y., Mayeux R.: The relationship of hypertension in the elderly to AD, vascular dementia, and cognitive function. *Neurology* 2002, 58, 1175-1181. – 7. Singh-Manoux A., Hillsdon M., Brunner E., Marmot M.: Effects of physical activity on cognitive functioning in middle age: evidence from the Whitehall II Prospective Cohort Study. *Am. J. Public Health* 2005, 95, 2252-2258. – 8. Whitmer R.A., Gunderson E.P., Barret-Connor E., Quesenberry C.P. Jr., Yaffe K.: Obesity in middle age and future risk of dementia: a 27 year longitudinal population based study. *BMJ* 2005, 330, 1360. – 9. Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja, pod red. W. Marciniaka, A. Szulca. t. 1 – 2. Warszawa: Wydaw. Lek. PZWL, 2003. – 10. Yaffe K., Barnes D., Nevitt M., Lui L.Y., Covinsky K.: A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women: women who walk. *Arch. Int. Med.* 2001, 161, 14, 1703-1708.

11. Zdrojewski T.: Nadciśnienie tętnicze w Polsce, *Terapia* 2002, 7/8, 4-7. – 12. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P., Konarski R., Jakubowski Z., Manikowski A., Wołkiewicz E., Łysiak-Szydłowska W., Bautembach S., Wyrzykowski B.: Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce: wyniki badania NATPOL Plus. *Kardiol. Pol.* 2004, 60, supl. 4, IV-5– IV-26.

- 13. Zdrojewski T., Pieńkowski R., Szynkiewicz M., Krupa-Wojciechowska B.: Have rapid socioeconomic changes influenced awareness of blood pressure in Poland? *J. Hum. Hypertens.* 2001, 15, 247-253. – 14. Zdrojewski T., Szpakowski P., Bandoz P., Pająk A., Więcek A., Krupa-Wojciechowska B., Wyrzykowski B.: Arterial hypertension in Poland. *J. Hum. Hypert.* 2004, 18, 557-562.

M. Ceynowa, K. Drewek, S. Biegański, S. Bejma

HEALTH OF PHYSICALLY AND INTELLECTUALLY ACTIVE ELDERLY PEOPLE
CONSIDERING CHOSEN INTERNAL DISEASES AND MOTION APPARATUS

Summary

This study evaluates the prevalence of chronic ailments of the skeleton, as well as chosen internal diseases in a group of the active elderly, students of the Third Age University, and to what extent they take care of their health. The results were compared in the discussion apart with the data, available in literature, which was considered representative for the overall population.

The active elderly chronic ailments of the motion apparatus were present in 86.8% of the subjects. It should be noted that in many cases these ailments were found in several regions simultaneously. The prevalence of chosen internal diseases, including diabetes, hypertension, lipid disorders, considering limitations of this study, does not differ to a great extent from their prevalence in the overall population, apart from diabetes, which is found more seldom. The active elderly visit the physician on average 5.4 times a year. They control their hypertension slightly more often than the overall population. Elderly women lead active life more often than men, considering the gender proportions among students of the Third Age University.

The results of this study show that the diseases mentioned above constitute no obstacle in an active life.

Adres: lek. Marcin Ceynowa

Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu AMG
mceynowa@amg.gda.pl