

Ogólna orientacja życiowa a podejmowanie regularnej aktywności fizycznej i działań prozdrowotnych u kobiet po 60 roku życia

General life orientation vs regular physical activity and health-promoting activities in women at the age over 60

Adam Nawrot, Krystyna Boroń-Krupińska, Lilianna Jaworska, Joanna Szczepańska-Gieracha

Katedra Humanistyki Edukacyjnej, Akademia Wychowania Fizycznego

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, promocja zdrowia, jakość życia

Key words: sense of coherence, health promotion, quality of life

Streszczenie

Wstęp

Celem tej pracy było zbadanie poziomu Ogólnej Orientacji Życiowej i jej komponentów u kobiet po 60 roku życia podejmujących regularną aktywność ruchową. Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 50 kobiet, które ukończyły 60 lat i uczestniczyły w programie profilaktyki i promocji zdrowia. Poczucie koherencji oceniane było z pomocą kwestionariusza SOC-29.

Wyniki

Obawa o swoje zdrowie dodatnio koreluje z ogólnym poziomem koherencji, a także z poczuciem sensowności i zaradności. Ogólna orientacja życiowa i poszczególne jej parametry nie są powiązane z wiekiem, poziomem wykształcenia, wskaźnikiem BMI, WHR, masą ciała, zadowoleniem ze swojej kondycji fizycznej. Nie wykazano związku pomiędzy poziomem ogólnej orientacji życiowej z frekwencją na zajęciach podczas programu profilaktyki i promocji zdrowia.

Wnioski

Cechą wspólną dla kobiet z wysokim poziomem koherencji jest brak obawy o swoje zdrowie.

Abstract

Introduction

The aim of this study was to examine the level of general life orientation and its components in women over the age of sixty with regular physical activity.

Material and methods

The study involved 50 women over the age of sixty who signed up to the program of prevention and health promotion. The assessment was conducted using the questionnaire SOC-29.

Results

The level of fear for their health positively correlated with the overall level of coherence, as well as the wisdom and resourcefulness. General life orientation and its individual parameters are not associated with age, education, BMI, WHR, body weight, nor satisfaction related to physical condition. There was no correlation between the sense of coherence and attendance of classes during the program of health promotion.

Conclusions

The study showed that a common feature for women with a high level of coherence is the lack of concern about their own health.

Wstęp

W Polsce, jak i w innych krajach wysoko rozwiniętych od wielu lat obserwuje się istotne zmiany w strukturze społecznej. W całej populacji osób po 65 roku życia większość stanowią kobiety. Istotną kwestią są również prognozy ludności, które Główny Urząd Statystyczny sporządził na lata 2015-2050. W prognozowanym czasie, w którym udział procentowy ludzi po 65 roku życia wynosi 15,8% w 2015, a w 2050 możliwy jest wzrost o 16,9% co sprawi, że osoby w tej grupie wiekowej będą stanowić prawie 1/3 całego społeczeństwa. W 2050 średnia długość życia kobiet będzie wynosić 87,5 czyli więcej o 6,4 lat porównując do stanu obecnego [1].

Zdrowie fizyczne i psychiczne kobiet w okresie starzenia się

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2009 roku „tylko co dziewiąta osoba stwierdziła brak długotrwałych problemów zdrowotnych i chorób przewlekłych”, ponad 90% ankietowanych potwierdziło występowanie tych dolegliwości u siebie [1]. Bardzo częstym problemem u kobiet w wieku postmenopauzalnym jest nadwaga i otyłość. Dodatkowo otyłość jest jedną ze składowych zespołu metabolicznego, którego niezależnym czynnikiem ryzyka jest wiek postmenopauzalny [2]. Niepodważalny jest również fakt korelacji menopauzy z występowaniem osteoporozy u kobiet. Problem osteoporozy postmenopauzalnej rzadko dotyczy kobiet, u których stwierdzono otyłość. Jedynie w przypadkach dodatkowego wystąpienia ciężkich chorób zaburzających przebudowę tkanki kostnej stwierdzono zmniejszenie masy kostnej [3].

Okres postmenopauzalny wpływa nie tylko na fizyczne aspekty w życiu kobiety, lecz również silnie oddziałuje na psychikę. Zaburzenia nastroju są jednymi z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w wieku postmenopauzalnym [4]. Za zmiany stanu psychicznego odpowiadają nie tylko wspomniane już wcześniej wahania poziomu hormonów związane z okresem postmenopauzalnym, ale także inne czynniki takie jak warunki psychospołeczne czy zadowolenie z własnego ciała [5]. Niezadowolenie z własnego ciała wpływa negatywnie szczególnie na funkcjonowanie kobiet z nadwagą w różnych aspektach życia na przykład: społecznego, w którym unikają kontaktów z innymi ludźmi i zamykają się w sobie [6].

Działania prozdrowotne

Zgodnie z definicją zachowania prozdrowotne to podejmowanie czynności oraz wszelka aktywność osoby skierowana na umacnianie zdrowia lub zmierzająca do jego powrotu [7]. Istotnym wyznacznikiem podejmowanych decyzji jest dotychczasowe doświadczenie życiowe oraz wiedza z zakresu zdrowia i choroby. Uwarunkowaniami wyboru zachowań prozdrowotnych są również: wiek, płeć, cele życiowe, sytuacja społeczna (role społeczne, pochodzenie, wykształcenie, warunki materialne, miejsce zamieszkania) i kulturowe (światopogląd, tradycje rodzinne, narodowe, zwyczaje). Takie rozumienie pojęcia zachowań prozdrowotnych w pełni odnieść można do osób w okresie starzenia się i starości. Wzmacnianie prawidłowych oraz korygowanie niekorzystnych działań warunkujących zdrowie jednostki ma istotny wpływ na wzrost poziomu jakości życia, pomimo trudnych do zatrzymania zmian w funkcjonowaniu fizycznym osób starszych [7].

W procesie starzenia istotną cechą jest sfera oddziaływań zewnętrznych takich jak: styl życia, dieta, środowisko, w którym żyjemy oraz czynniki psychospołeczne [8]. Zachowania prozdrowotne jakie podejmujemy to m.in.: odpowiednie odżywianie się, podejmowanie aktywności fizycznej, unikanie ryzykownych zachowań [9]. Utrzymywanie optymalnego, możliwie wysokiego poziomu aktywności stanowi jeden z kluczowych aspektów pomyślnego starzenia się, zarówno w aspekcie profilaktycznym, jak i terapeutycznym [10].

Z badań przeprowadzonych przez Zadworną-Cieślak i Ogińską-Bulik [11] wynika, że seniorzy znacznie częściej podejmują działania prozdrowotne w porównaniu do grupy osób w okresie średniej dorosłości czy z grupami specyficznymi jak np. studentek czy nauczycielek. Z teŹże analizy wynika takŹe jednoznacznie, Źe kobiety oraz osoby z problemami zdrowotnymi znacznie chętniej przejawiają chęć podejmowania zachowań słuŹących zdrowiu. W kształtowaniu zachowań prozdrowotnych duŹe znaczenie odgrywają tzw. zasoby osobiste jednostki, ściśle powiązane z osobowością. Wśród nich wymienia się przede wszystkim przekonania i oczekiwania jednostki. Z zachowaniami prozdrowotnymi koreluje m.in.: poczucie koherencji [12].

Poczucie koherencji- Ogólna Orientacja Źyciowa

Pojęcie ogólnej orientacji życiowej wprowadził Aaron Antonowski [13]: „jest to globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, Źe bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wyłumaczalny; dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania”.

Poczucie koherencji składa się z trzech zasadniczych komponentów: poczucie zaradności (stawianie czoła wyzwaniom), zrozumiałości (poczucie kontroli i zrozumienia wydarzeń życiowych) i sensowności (przekonanie o sensie życia).

Według badań przeprowadzonych przez Bartoszewicza i wsp.[9] na przełomie lat 2013-2014 wynika, Źe aktywność fizyczna była związana z większym poczuciem koherencji u seniorów. Porównano w nich dwie grupy osób starszych, jedną grupę stanowili słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku, a drugą osoby nieuczestniczące w żadnych zorganizowanych zajęciach dla osób w ich wieku. Wyniki jednoznacznie wskazują na wyraźny ogólny wzrost poczucia koherencji w zakresie zrozumienia i zaradności u słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

W innych badaniach [14] również wykazano pozytywną zależność poczucia koherencji z korzystną postawą i tendencją do zachowań prozdrowotnych (dieta, aktywność fizyczna, zachowania profilaktyczne). Związek poczucia koherencji ze zdrowiem fizycznym i somatycznym został jednoznacznie potwierdzony takŹe przez Flensburg [15]. Analiza Smoleń i wsp [7] potwierdza, Źe osoby starsze to grupa, której styl życia i wysoki wskaźnik podejmowanych zachowań zdrowotnych, mogą posłuŹyć za przykład dla innych społeczności. Cechuje ją nie tylko bogate doświadczenie życiowe, ale również szereg prozdrowotnych aktywności, które słuŹą utrzymaniu i umacnianiu zdrowia.

Celem pracy była ocena ogólnej orientacji życiowej i jej komponentów u kobiet po 60 roku życia podejmujących regularną aktywność fizyczną i działania prozdrowotne oraz odpowiedź na pytanie, jakie cechy charakteryzują kobiety, które podejmują działania prozdrowotne.

Materiał i metody

Badaniami objęto 50 kobiet po 60 roku życia, średnia wieku 69,88 (SD=7,71). Po zakończeniu badań kobiety podzielono na 3 grupy pod względem frekwencji na zajęciach. W pierwszej grupie znalazły się kobiety, których frekwencja wynosiła powyŹej 80%, w skład drugiej grupy wchodziły osoby z frekwencją poniŹej 80%, w trzeciej grupie znalazły się kobiety, które przerwały udział w programie. Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetyki.

Adam Nawrot **Ogólna orientacja życiowa a podejmowanie regularnej aktywności fizycznej**

Tab.1. Materiał badań z podziałem na grupy o różnej frekwencji na zajęciach.

Tabel 1. Attendance at sport activities

Oznaczenie	Frekwencja	Liczebność
grupa_1	> 80%	18
grupa_2	51% - 80%	19
grupa_3	przerwany udział	13

Tab.2. Wykształcenie badanych kobiet.

Tab.2. Education level in analyzed group.

Wykształcenie	grupa_1	grupa_2	grupa_3	Ogółem
zawodowe	4	3	1	8
średnie	8	9	4	21
wyższe	6	7	8	21

Tab.3. Cechy somatyczne w wyodrębnionych grupach.

Tab.3. Somatic characteristic of analyzed group

Cecha somatyczna	Grupa	Średnia	Odch.std	Minimum	Maksimum
Wysokość ciała [cm]	1	156,8	6,0	150,0	170,0
	2	159,0	6,2	147,0	168,0
	3	161,8	6,2	153,0	176,0
	Ogółem	158,9	6,3	147,0	176,0
Masa ciała [kg]	1	72,8	21,6	46,0	135,9
	2	83,8	14,1	67,4	112,5
	3	71,5	18,1	49,7	101,4
	Ogółem	76,7	18,6	46,0	135,9
BMI [kg/m ²]	1	29,3	6,8	18,7	48,2
	2	33,1	5,2	25,7	46,1
	3	26,3	5,0	20,7	33,4
	Ogółem	30,1	6,3	18,7	48,2
Obwód talii [cm]	1	93,3	12,3	68,0	120,0
	2	103,3	17,0	61,0	143,0
	3	92,8	15,6	72,0	116,0
	Ogółem	97,0	15,6	61,0	143,0
Obwód bioder [cm]	1	110,7	19,0	88,0	175,0
	2	119,6	10,7	106,0	139,0
	3	107,0	11,9	90,0	128,0
	Ogółem	118,6	10,7	103,0	129,0
WHR	1	0,85	0,06	0,69	0,91
	2	0,86	0,10	0,54	1,04
	3	0,86	0,07	0,74	0,98
	Ogółem	0,86	0,08	0,54	1,04

Tab.4. Opinia na temat zdrowia, kondycji, masy ciała, dostępu do usług rehabilitacyjnych oraz korzystanie z zajęć rekreacyjnych.

Tab. 4. Opinion considering health conditions, access to physiotherapy and physical activity of analyzed group.

Pytanie	Tak/Nie	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Ogółem
Czy obawia się Pani/Pan o swoje zdrowie?	Tak	10	16	7	33
	Nie	8	3	6	17
Czy jest Pani/Pan zadowolona/y ze swojej kondycji fizycznej/sprawności?	Tak	8	10	9	27
	Nie	10	9	4	23
Czy jest Pani/Pan zadowolona/y ze swojej wagi?	Tak	7	3	6	16
	Nie	11	16	7	34
Czy obecnie korzysta Pani/Pan z zajęć rekreacyjnych organizowanych dla osób starszych?	Tak	3	5	2	10
	Nie	15	14	11	40

Metody badań

W przeprowadzonych badaniach użyto kwestionariusza do badania poczucia koherencji SOC-29 (sense of coherence), opracowanego przez Aarona Antonowskiego [13]. SOC-29 składa się z dwudziestu dziewięciu pytań. Każde pytanie posiada siedmiostopniową skalę szacunkową od jednego do siedmiu punktów, z opisanymi wartościami krańcowymi. W niektórych pytaniach zastosowano odwróconą punktację, co oznacza, że przed zliczaniem końcowej liczby punktów należy dokonać zmian w tych pozycjach według załączonego klucza. Wynik ogólny otrzymujemy poprzez dodanie punktów uzyskanych przez osobę badaną we wszystkich 29 pytaniach. Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania w całym kwestionariuszu to 203, minimalna to 29 punktów. Za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej poza ogólnym poczuciem koherencji można zbadać jej trzy podstawowe komponenty (poczucie zrozumienia, sensowności, zaradności). W badaniu ogólnej koherencji, jak i w analizie poszczególnych składowych im wyższy wynik punktowy, tym silniejsze poczucie koherencji.

Dodatkowo w badaniu użyto również ankiety wstępnej, którą każda z badanych osób wypełniała przed przystąpieniem do udziału w projekcie profilaktyki i promocji zdrowia. Formularz składał z 31 pytań, w tym dane osobowe (imię, nazwisko, wiek, wykształcenie). Parametry antropometryczne mierzono w momencie przystąpienia do projektu (wzrost, ciężar ciała, obwody bioder i talii), z których wyliczono BMI (Body Mass Index) i WHR (Waist-Hip Ratio). W drugiej części ankiety znalazły się pytania dotyczące zadowolenia ze stanu swojego zdrowia, kondycji fizycznej, wagi oraz podejmowanych działań prozdrowotnych.

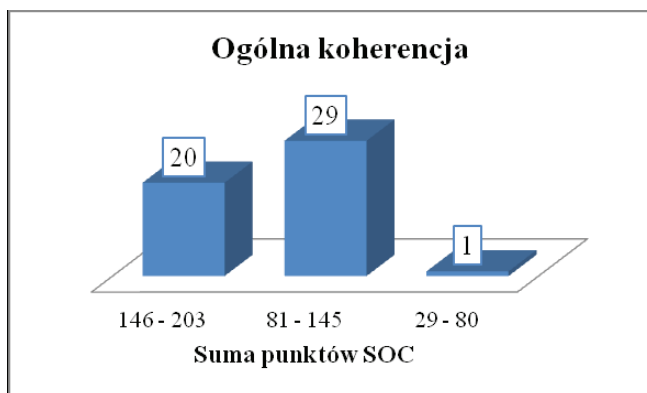
Metody analizy statystycznej

Opis statystyczny materiału badań obejmował w przypadku cech ciągłych wyznaczenie wartości średnich, odchyłeń standardowych oraz wartości minimalnej i maksymalnej, określających zakres zmienności cechy. W przypadku cech skategoryzowanych (o rozkładach dyskretnych) przedstawiano szeregi rozdzielcze lub histogramy. Istotność zróżnicowania wartości średnich oceniano stosując test t-Studenta dla prób niezależnych lub jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) w przypadku liczby porównywanych średnich większej niż 2. Skorelowanie liniowe oceniano stosując współczynnik korelacji r-Pearsona, którego statystyczna istotność oceniano przy użyciu testu Studenta dla współczynników korelacji. Istotność statystyczną ustalano stosując krytyczny poziom $p < 0,05$. Obliczenia przeprowadzono przy użyciu pakietu STATISTICA 12 firmy StatSoft.

Wyniki

Opis statystyczny **Ogólna orientacja życiowa – kwestionariusz SOC**

Suma punktów w kwestionariuszu SOC wahała się od 78 pkt do 189 pkt.



Ryc.1. Rozkład sumy punktów SOC oceniającej ogólną koherencję.

Fig. 1. General sense of coherence- distribution of points in SOC questionnaire

Tab.5. Parametry rozkładu poczucia koherencji i jej składowych ocenianej na podstawie kwestionariusza SOC.

Tab. 5. Distribution of parameters in sense of coherence- SOC questionair

Składowe koherencj	Średnia	Odch.st	Minimum	Maksimum
SENSOWNOŚĆ	41,3	8,1	23	54
ZROZUMIAŁOŚĆ	47,6	9,5	27	69
ZARADNOŚĆ	48,2	9,3	27	68
KOHERENCJA OGÓLNA	137,1	23,5	78	189

Ogólna orientacja życiowa nie wykazała korelacji z wiekiem, masą ciała i wskaźnikami BMI oraz WHR. Wszystkie współczynniki korelacji (liniowej r-Pearsona) przytoczone w tab.6 świadczą o znikomej korelacji i są statystycznie nieistotne.

Tab.6. Współczynniki korelacji liniowej r-Pearsona poczucia koherencji ogólnej i jej składowych z wiekiem, masą ciała i wskaźnikami BMI oraz WHR.

Tab. 6. The coefficients of linear correlation r-Pearson- between general sense of coherence(with it's components) and age, body weight and BMI and WHR factor

	Wiek	Masa ciała	BMI	WHR
SENSOWNOŚĆ	-0,008	-0,015	-0,046	0,090
ZROZUMIAŁOŚĆ	0,029	0,051	0,046	0,022
ZARADNOŚĆ	-0,034	0,081	0,070	0,197
KOHERENCJA OGÓLNA	-0,004	0,047	0,030	0,118

Najwyższe średnie oceny punktowe koherencji ogólnej i jej składowych stwierdzono w grupie kobiet z wykształceniem wyższym, a najniższe w grupie kobiet z wykształceniem zawodowym, jednak obserwowane zależności nie były statystycznie istotne (tab.7).

Adam Nawrot Ogólna orientacja życiowa a podejmowanie regularnej aktywności fizycznej

Tab.7. Zależność ogólnej koherencji i jej składowych od poziomu wykształcenia.

Tab.7. General life orientation and it's components vs. level of education

Składowe koherencj	Poziom wykształcenia						ANOVA	
	zawodowe		średnia		wyższe		F	P
	średnia	odchyłka st	średnia	odchyłka st	średnia	odchyłka st		
SENSOWNOŚĆ	39,3	9,2	40,9	7,7	43,6	7,7	1,48	0,237
ZROZUMIAŁOŚĆ	45,9	10,7	45,6	9,0	49,8	9,2	,98	0,387
ZARADNOŚĆ	48,4	7,9	49,2	10,0	51,0	9,1	1,7	0,194
KOHERENCJA OGÓLNA	131,0	17,6	132,2	25,8	144,4	22,5	1,8	0,177

Obawa o własne zdrowie stanowiła ważny czynnik różnicujący poziom ogólnej koherencji. Osoby obawiające się o stan swego zdrowia charakteryzowały się na ogół niższym poziomem orientacji życiowej. Zależność ta dotyczyła nie tylko ogólnej koherencji, ale także jej składowych. Średnie sumy punktów SOC we wszystkich przypadkach są wyższe w grupie kobiet nieobawiających się o swoje zdrowie (tab. 8). Różnice średnich są statystycznie istotne ($p < 0,05$) w każdym z analizowanych parametrów, z wyjątkiem cechy Zrozumiałość (tab.8).

Tab.8. Obawy o swoje zdrowie a poziom koherencji ogólnej i jej składowych.

Tab.8. Women worries related to health vs sense of coherence and it's components

Składowe koherencj	Czy obawia się Pani o swoje zdrowie?				Test Studenta	
	TAK (n=33)		NIE (n=17)		t	p
	średnia	odchyłka st	średnia	odchyłka st		
SENSOWNOŚĆ	39,3	7,8	45,5	7,2	2,80	0,007
ZROZUMIAŁOŚĆ	48,6	8,8	51,9	10,7	0,83	0,14
ZARADNOŚĆ	46,3	9,1	49,2	8,9	2,08	0,042
KOHERENCJA OGÓLNA	132,3	22,6	146,6	23,4	2,11	0,040

Również zadowolenie ze swojej kondycji fizycznej/sprawności miało związek z poziomem ogólnej orientacji życiowej. W grupie kobiet zadowolonych ze swej kondycji fizycznej/sprawności średnia suma punktów określająca poziom koherencji jak też jej składowe była wyższa niż w grupie kobiet niezadowolonych ze swojej kondycji fizycznej/sprawności. Jednak obserwowane różnice nie są istotne statystycznie (tab.9).

Tab.9. Zadowolenie ze swojej kondycji fizycznej/sprawności a poziom koherencji ogólnej i jej składowych.

Tab.9. Satisfaction related to physical state/condition vs sense of coherence and it's components.

Składowe koherencj	Czy jest pani zadowolona ze swojej kondycji fizycznej?				Test Studenta	
	TAK (n=27)		NIE (n=23)		t	p
	średnia	odchyłka st	średnia	odchyłka st		
SENSOWNOŚĆ	42,9	7,8	39,4	8,3	1,54	0,13
ZROZUMIAŁOŚĆ	49,6	10,4	45,6	8,0	1,43	0,159
ZARADNOŚĆ	49,3	8,3	49,2	8,9	1,058	0,298
KOHERENCJA OGÓLNA	141,8	22,3	131,7	24,3	1,53	0,133

Większość kobiet (34 osoby, 68%) była niezadowolona ze swej wagi i średnia suma punktów kwestionariusza SOC była w tej grupie mniejsza zarówno w przypadku koherencji ogólnej jak i jej składowych. Jednak różnice średnich były niewielkie i statystycznie nieistotne (tab.10). Uzyskane wyniki wskazują na brak zależności pomiędzy opinią kobiet na temat swojej wagi i poziomem ich orientacji życiowych.

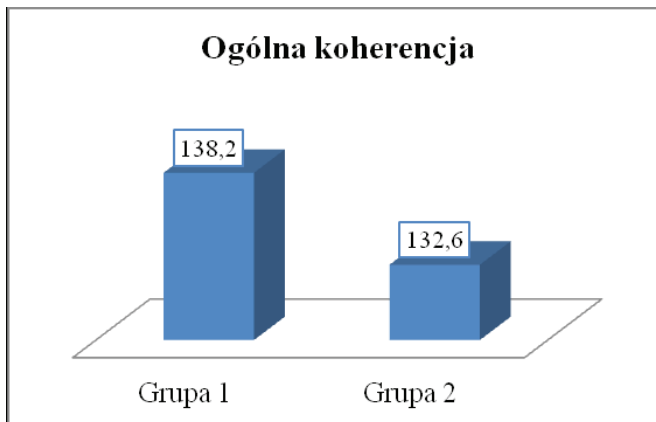
Tab.10. Zadowolenie ze swojej wagi a poziom koherencji ogólnej i jej składowych.

Tab.10. Satisfaction related to body weight vs sense of coherence and it's components.

Składowe koherencji	Czy jest pani zadowolona ze swojej wagi?				Test Studenta	
	TAK (n=27)		NIE (n=23)		t	p
	średnia	odchyłka st	średnia	odchyłka st		
SENSOWNOŚĆ	24,1	9,2	40,9	7,7	0,46	0,645
ZROZUMIAŁOŚĆ	47,4	10,7	45,6	9,0	0,12	0,902
ZARADNOŚĆ	48,4	7,9	49,2	10,0	0,10	0,919
KOHERENCJA OGÓLNA	137,8	22,7	136,88	23,8	0,15	0,881

Poziom koherencji a frekwencja

W tej części analizy statystycznej porównano 2 grupy kobiet z frekwencją powyżej 80% i poniżej 80%. Frekwencja dodatnio korelowała z Ogólną Orientacją Życiową. Średni poziom koherencji był wyższy w grupie 1 (frekwencja > 80%) niż w grupie 2 (frekwencja 50-80%) (ryc. 2). U kobiet regularnie biorących udział w ćwiczeniach grupowych Ogólna Orientacja Życiowa była wyższa, ale wspomniana wyżej korelacja jest słaba ($r=0,14$) i statystycznie nieistotna ($p=0,418>0,05$). Korelacje między składowymi koherencji a frekwencją są również statystycznie nieistotne (tab.11) co nie pozwala praktycznie wskazać, która składowa najbardziej wpływa na regularne uczestnictwo w programie profilaktyki i promocji zdrowia.



Ryc.2. Średni poziom ogólnej koherencji w przypadku dużej frekwencji (Grupa 1) i średniej frekwencji (Grupa 2).

Fig.2. Average general life orientation in relations to frequency of attendance at sports activity.

Tab.11. Korelacja liniowa poziomu koherencji i jej składowej z frekwencją.

Tab.11. Linear correlation between sense of coherence and attendance in sport activity

Koherencja ogólna i jej komponenty	Frekwencja	
	p	r_Presona
SENSOWNOŚĆ	0,519	0,11
ZROZUMIAŁOŚĆ	0,519	0,11
ZARADNOŚĆ	0,518	0,11
KOHERENCJA OGÓLNA	0,445	0,13

Dyskusja

Prognozy demograficzne wskazują na wzrost odsetka ludności w podeszłym wieku, co wymaga ciągłego podnoszenia poziomu naszej wiedzy dotyczącej czynników warunkujących pomyślne starzenie się [16]. Wyniki badań przedstawione w niniejszym opracowaniu w znacznej części korespondują ze stanem wiedzy prezentowanym w opracowaniach innych autorów. Na poczucie koherencji wpływa wiele elementów, niektóre zostały zaprezentowane w rozdziale wyniki. Jednym z nich jest stopień wykształcenia. Można przyjąć, że im wyższy poziom edukacji, tym bardziej zrozumiałe stają się dla nas mechanizmy stresogenne i skuteczniej możemy im przeciwdziałać. Wyniki przeprowadzonego projektu badawczego potwierdzają tezę, iż wyższe poczucie koherencji dodatnio koreluje z poziomem wykształcenia, jednak zaobserwowana tendencja nie jest istotna statystycznie, co można tłumaczyć małą liczebnością grupy badanej. Badania innych autorów wskazują jednoznacznie, że istnieje związek pomiędzy ogólną orientacją życiową a poziomem wykształcenia [10,17].

Niektórzy autorzy podkreślają zależność poczucia koherencji od wieku. Wyniki niniejszego projektu wskazują na brak zależności między ogólną orientacją życiową a wiekiem. Skar i wsp. [18] wykazali iż wśród osób starszych niski poziom koherencji był częstszy niż u młodszych. Wyniki te różnią się od tych zaprezentowanych przez Lovheim i wsp.[19] którzy badając osoby po 80 roku życia wykazali, że poczucie koherencji wzrasta wraz z wiekiem. Otrzymane rezultaty tłumaczone były zdobywaniem przez osoby badane nowych doświadczeń, które poszerzają wiedzę, a co za tym idzie rozumienie świata i mechanizmów nim rządzących. Wzrastające z wiekiem poczucie koherencji było przedmiotem analizy Nilsson i wsp [20], którzy w grupie ponad 43 tysięcy badanych stwierdzili prawidłowość polegającą na silniejszym poczuciu ogólnej orientacji życiowej w grupie osób starszych. Podobne obserwacje w swej pracy umieścili Piotrowicz i Cianciara [21], wykazując iż u osób dorosłych poczucie koherencji wraz z wiekiem ma tendencję wzrostową. Wyniki badań opublikowane przez Wainwright i wsp. [22] kwestionują związek poczucia koherencji z wiekiem czy wykształceniem, wskazując iż są one od siebie niezależne. Jednocześnie wraz z wiekiem pojawiają się także jego negatywne efekty tego etapu życiowego w postaci zmniejszenia sprawności fizycznej i utraty samodzielności. Zauważono, że w wyniku utraty samodzielności mierzonej skalą ADL (Activity of Daily Living) ogólna orientacja życiowa nie wykazała korelacji z wiekiem, masą ciała i wskaźnikami BMI oraz WHR. Wszystkie współczynniki korelacji (liniowej r-Pearsona) przytoczone w tab.6 świadczą o znikomej korelacji i są statystycznie nieistotne. Najwyższe średnie oceny punktowe koherencji ogólnej i jej składowych stwierdzono w grupie kobiet z wykształceniem wyższym, a najniższe w grupie kobiet z wykształceniem zawodowym, jednak obserwowane zależności nie były statystycznie istotne (tab.7). Obawa o własne zdrowie stanowiła ważny czynnik różnicujący poziom ogólnej koherencji. Osoby obawiające się o stan swego zdrowia charakteryzowały się na ogół niższym poziomem orientacji życiowej. Zależność ta dotyczyła nie tylko ogólnej koherencji, ale także jej składowych. Średnie sumy punktów SOC we wszystkich przypadkach są wyższe w grupie kobiet nieobawiających się o swoje zdrowie (tab. 8). Różnice średnich są statystycznie istotne ($p < 0,05$) w każdym z analizowanych parametrów, z wyjątkiem cechy Zrozumiałość (tab.8) Również zadowolenie ze swojej kondycji fizycznej/sprawności miało związek z poziomem ogólnej orientacji życiowej. W grupie kobiet zadowolonych ze swej kondycji fizycznej/sprawności średnia suma punktów określająca poziom koherencji jak też jej składowe była wyższa niż w grupie kobiet niezadowolonych ze swojej kondycji fizycznej/sprawności Jednak obserwowane różnice nie są istotne statystycznie (tab.9)Większość kobiet (34 osoby, 68%) była niezadowolona ze swej wagi i średnia suma punktów kwestionariusza SOC była w tej grupie mniejsza zarówno w przypadku koherencji ogólnej jak i jej składowych. Jednak różnice średnich były niewielkie i statystycznie nieistotne (tab.10). Uzyskane wyniki wskazują na brak zależności pomiędzy opinią kobiet na temat swojej wagi i poziomem ich orientacji życiowych. Poziom koherencji a frekwencja

Jednym z aspektów weryfikowanych w niniejszej pracy było zadowolenie z masy ciała i kondycji fizycznej. Nie stwierdzono korelacji poczucia koherencji z tymi cechami. Jednak trzeba podkreślić, że badane kobiety w większości charakteryzował wysoki wskaźnik BMI (średnia 30,1) i WHR (średnia 0,86). Być może, gdyby grupa była bardziej zróżnicowana pod tym względem, udałoby się wykazać jakieś wzajemne zależności pomiędzy tymi cechami. W badaniach innych autorów stwierdzano związek nadwagi z poziomem poczucia koherencji [18].

Wśród pytań zadanych w ankiecie wstępnej w niniejszym projekcie znalazło się to dotyczące obaw o własne zdrowie. Odpowiedzi respondentek wskazują, iż jest to jeden z istotnych czynników związanych z ogólną orientacją życiową. Zarówno poczucie koherencji jak i jego poszczególne komponenty (zaradność i sensowność) wyraźnie korelowały z obawą o własne zdrowie. Im wyższe poczucie koherencji, tym mniejsze obawy o własne zdrowie.

Sprawność fizyczna jest jednym z najważniejszych czynników determinujących jakość życia u osób starszych [23]. Weryfikacja zależności poczucia koherencji od poziomu zadowolenia ze swojej kondycji fizycznej w badaniach własnych pokazała wyższy poziom koherencji u kobiet zadowolonych z poziomu swojej sprawności. Badania Eriksson i wsp [24] pokazują silną zależność pomiędzy poczuciem koherencji i subiektywnym stanem zdrowia. Osoby, które charakteryzują się wysokim poczuciem koherencji, częściej postrzegają swoje zdrowie jako dobre. Knapik i Rottermund [16] udowodnili związek aktywności fizycznej z oceną własnego zdrowia u kobiet w wieku przedemerytalnym i emerytalnym. Większą aktywnością odznaczały się osoby dobrze oceniające stan swojego zdrowia fizycznego i psychicznego. Z kolei Nilsson i wsp. [20] potwierdzili związek ogólnej orientacji życiowej z samopoczuciem badanych osób. Im wyższe było poczucie koherencji tym lepsze samopoczucie. W innych badaniach wykazano związek poczucia koherencji z jakością życia, polegający na tym, że silnemu poczuciu koherencji towarzyszy wyższa subiektywna ocena stanu zdrowia, która z kolei jest ważnym elementem jakości życia [21].

Jedną z kwestii ocenianych w tej pracy był związek poziomu ogólnej orientacji życiowej z frekwencją badanych na zajęciach ogólnousprawniających. Wykazano dodatnią korelację tych cech – im wyższy poziom koherencji, tym wyższa frekwencja na zajęciach, jednak nie była istotna statystycznie. Można przypuszczać, że było to spowodowane dużym zróżnicowaniem indywidualnym wśród badanych kobiet (u jednych zależność koherencja-frekwencja była wyraźna, u większości badanych nie było jej wcale lub była niewielka). Z drugiej strony niemal wszystkie nieobecności na zajęciach były wcześniej zgłaszane przez uczestniczki, najczęstszym powodem nieobecności były wizyty lekarskie, na których termin same badane nie miały żadnego wpływu. Oczywiście można zakładać również, że niektóre z badanych nie miały ochoty w dany dzień na ćwiczenia, a przyznanie się do tego uważały za wstydlivy fakt.

Powiązanie uczestnictwa w programach profilaktyki i promocji zdrowia z poziomem koherencji wciąż nie jest uwzględniane w opracowaniach naukowych, dlatego temat wydaje się ciekawy i godny dalszej weryfikacji. Na podstawie analizy dostępnych źródeł, a także wyników badań własnych możliwe jest scharakteryzowanie osób o wysokim poziomie ogólnej orientacji życiowej. Wydaje się, że są one w mniejszym stopniu narażone są na negatywne skutki związane z procesem starzenia się, chętniej podejmują działania prozdrowotne i swoją postawą dowodzą, że pomimo zaawansowanego wieku wciąż można być aktywnym w wielu obszarach życia.

Wnioski

1. Nie potwierdzono związku poczucia koherencji z wiekiem, poziomem wykształcenia, wskaźnikiem BMI, WHR, masą ciała czy zadowoleniem ze swojej kondycji fizycznej
2. Cechą wspólną kobiet z wysokim poziomem koherencji jest brak obaw o swoje zdrowie.
3. Frekwencja na zajęciach nie miała związku z poziomem ogólnej orientacji życiowej.

Piśmiennictwo

- [1] **Główny Urząd Statystyczny.** Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Warszawa, 2014.
- [2] **Stachowiak G, Zając A, Pertyński T.** Zespół metaboliczny u kobiet w okresie menopauzy. Przegląd Menopauzalny 2009, 1: 6-10.
- [3] **Ostrowska Z.** Menopauza, otyłość a stan kośćca. Postepy Hig Med Dosw 2009, 63:39-46.
- [4] **Sprawka K, Wysockiński A, Orzechowska A, Talarowska- Bogusz M, Typel D, Gruszczyński W.** Zaburzenia depresyjne i lękowe w okresie klimakterium. Psychiatria 2008, 5(3): 99-104.
- [5] **Walczak A, Wiśniewska B.** Psychospołeczne aspekty funkcjonowania kobiet w okresie postmenopauzalnym – badania wstępne. Przegląd Menopauzalny 2012, 6: 474-477.
- [6] **Brytek-Matera A, Charzyńska E.** Związek pomiędzy emocjonalnym aspektem obrazu ciała a ekspresją uczuć u kobiet z otyłością. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2009, tom 5, nr 4, 198-205.
- [7] **Smoleń E, Gazdowicz L, Żyłka-Reut A.** Zachowania zdrowotne osób starszych, Pielęgniarstwo XXI wieku, Nr 3 (36)/2011.
- [8] **Kaczmarczyk M, Trafiałek E.** Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. Gerontologia Polska 2007, 15(4): **116-118.**
- [9] **Bartoszewicz R, Gandziarski K, Lewandowska M, Szymańska K.** Zachowania prozdrowotne i poczucie koherencji osób późnej dorosłości objętych wsparciem społecznym instytucji edukacyjnej w obszarze kultury fizycznej. Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu 2014, 47: 108-116.
- [10] **Knapik A, Saulicz E, Plinta R, Kuszewski M.** Aktywność fizyczna a zdrowie kobiet w starszym wieku. J ORTHOP TRAUMA SURG REL RES 2011, 6 (26): 27-33.
- [11] **Zadworna-Cieślak M, Ogińska-Bulik N.** Zachowanie zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu. Psychogeriatrics Polska 2013; 10(4): 145-156.
- [12] **Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Plinta R.** Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia, Hygeia Public Health 2015, 50(4): 558-565.
- [13] **Antonovsky A.** Rozwikłanie tajemnicy zdrowia – jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Koncepcja „poczucia koherencji”. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005, 31-45.
- [14] **Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, i in.** Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. Issues Ment Health Nurs 2007; 28(3):275-95.
- [15] **Flensburg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J.** Sense of Coherence and Physical Health. The Emotional Sense of Coherence (SOC-E) was Found to be the Best-Known Predictor of Physical Health. TSW Holistic Health & Medicine 2006; 1:183-193.
- [16] **Knapik A, Rottermund J, Myśliwiec A, Plinta R, Gruca M.** Aktywność fizyczna a samoocena zdrowia osób w starszym wieku Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów 2011, 2, 195-204,
- [17] **Rakizadeh E, Hafezi F.** Sense of Coherence as a Predictor of Quality of Life Among Iranian Students Living in Ahvaz. Oman Medical Journal 2015, Vol. 30, No. 6: 447-454.
- [18] **Skär L, Juuso P, Söderberg S.** Health-related quality of life and sense of coherence among people with obesity: Important factors for health management. SAGE Open Medicine 2 2014 2: 2050312114546923.
- [19] **Lövheim H, Graneheim U. H, Jonse'n E, Strandberg G, Lundman B.** Changes in sense of coherence in old age – a 5-year follow-up of the Umea° 85+ study. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2013; 27; 13-19.
- [20] **Nilsson K Wm Leppert J, Simonsson B, Starrin B.** Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age, J Epidemiol Community Health 2010;64:347-352.
- [21] **Piotrowicz M, Cianciara D,** Teoria salutogenezy-nowe podejście do zdrowia i choroby, Przegł Epidemiol 2011; 65: 521 – 527.

- [22] **Wainwright N, Surtees I, Welch A, Luben R, Khaw KT, Bingham S.** Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *J Epidemiol Community Health* 2007;61:871-876.
- [23] **Zielińska-Więczkowska H, Kędzióra-Kornatowska K.** Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości – w świetle rodzimych doniesień badawczych. *Psychogeriatrya Polska* 2010; 7(1) :11-16.
- [24] **Eriksson M, Lindström B, Lija J.** A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland, a special case? *J Epidemiol Community Health* 2007;61:684-688.

Reviewed/Zrecenzowano ?????????

Accepted/Zatwierdzono do druku ?????????