

# Zbigniew Ossowski, Tomasz Taraszkiewicz

---

## Zachowania zdrowotne a aktywność ruchowa kobiet w starszym wieku

---

Ekonomiczne Problemy Usług nr 78, 521-534

---

2011

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.

**Zbigniew Ossowski, Tomasz Taraszkiewicz**

Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku

**ZACHOWANIA ZDROWOTNE  
A AKTYWNOŚĆ RUCHOWA KOBIET  
W STARSZYM WIEKU**

**Wstęp**

Wydłużanie się życia ludzkiego spowodowało, że zarówno na świecie, jak i w Polsce zagadnienia dotyczące osób w wieku starszym stały się przedmiotem badań wielu nauk, zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym. Z szacunków GUS wynika, że grupa osób w wieku powyżej sześćdziesięciu lat stanowiła w 2004 roku – 15,3% społeczeństwa, w 2007 roku – 15,9%, a szacuje się, że w roku 2030 wyniesie – 26,8%. Zjawisko starzenia się populacji charakterystyczne jest również w innych krajach, gdzie powoli, ale systematycznie zwiększa się udział ludzi w wieku poprodukcyjnym [*Prognozy demograficzne...*, 2007].

Starzenie się organizmu charakteryzuje się wieloma ważnymi cechami: spadkiem sił psychofizycznych, ograniczeniem aktywności i komunikacji z rzeczywistością, dominacją doświadczenia nad zachowaniem spontanicznym, trwałością postaw, przekonań i dążeń, zdolnością do głębszej refleksji nad sensem życia, skłonnością do bilansowania swojego życia [Kozdroń, 2006].

Z raportu strategicznego przygotowanego na zlecenie UE na lata 2008–2013 wynika, że zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństwa, zmieniają strukturę chorób i zagrażają równowadze unijnych systemów zdro-

wotnych. Prognozy Komisji pokazują, że jeśli ludzie będą się starzeć w zdrowiu, to wzrost wydatków na opiekę zdrowotną spowodowany starzeniem się społeczeństwa zmniejszy się o połowę [Komitet Polityki Gospodarczej..., 2007].

Współczesne zagrożenia stawiają zatem nowe wyzwania, które wymagają o wiele większego niż w przeszłości zaangażowania nie tylko państwa, ale i jednostek w rozwiązanie problemów związanych z ochroną zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego seniorów. Celem wszystkich podejmowanych działań powinno być profesjonalne tworzenie długofalowej polityki zdrowotnej i społecznej z zastosowaniem promocji zdrowia i profilaktyki wobec osób w podeszłym wieku [Biskupska, 2008].

Decydującym elementem ochrony zdrowia jest edukacja zdrowotna. Warto podkreślić, że w programowaniu działań w tym zakresie bardzo istotna jest znajomość aktualnych zachowań zdrowotnych różnych grup populacji.

Zachowaniami zdrowotnymi nazywamy świadomie podejmowane działania przez jednostkę, niezależnie od jej faktycznego i postrzeganego stanu zdrowia, w celu promowania, ochrony i zachowania zdrowia, bez względu na ich skuteczność [Słońska, Misiura, 1993]. Dotyczą zwłaszcza prawidłowego żywienia, pozytywnego nastawienia psychicznego, samokontroli organizmu oraz zachowań profilaktycznych, do których oprócz odpoczynku i unikania używek należy systematyczny udział w aktywności ruchowej [Marcinkowski, 2005; Bond i wsp., 2004].

Rolę aktywności ruchowej w profilaktyce procesów inwolucyjnych potwierdziły liczne badania naukowe [Orwell i wsp., 1996; Taaffe, Marcus, 2001; Takahashi, i wsp., 2006; Ossowski i wsp., 2010]. Powszechnie wiadomo, że aktywne uczestnictwo osób w wieku starszym w zajęciach ruchowych jest wyjątkowo cennym elementem zdrowego stylu życia, profilaktyki i terapii wielu chorób. Jest jednym z najważniejszych czynników łagodzących wpływ wieku, umożliwiając tak zwane pomyślne starzenie się. Według T. Kostki, zasadniczą rolę w pomyślnym starzeniu się odgrywa aktywność ruchowa i prawidłowe żywienie, a głównym, korzystnym oddziaływaniem podejmowanej aktywności ruchowej jest wydłużenie okresu niezależności i sprawności fizycznej, a zatem i poprawa jakości życia [Kostka, 2006].

Celem artykułu było zbadanie, czy poziom zachowań zdrowotnych kobiet w wieku 60–80 lat ma związek z ich aktywnością ruchową w czasie wolnym.

## 1. Materiał i metody badań

Badaniom poddano 76 kobiet w wieku 60–80 lat zamieszkałych w Trójmieście. Były to słuchaczki uniwersytetów trzeciego wieku. W badanej grupie osób znalazły się także panie, które systematycznie uczestniczyły w zajęciach ruchowych organizowanych przez Akademię Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku.

Na potrzeby badań dokonano podziału kobiet na podstawie ich aktywności ruchowej na trzy kategorie: bardzo aktywne (BA), średnio aktywne (ŚA) i nieaktywne fizycznie (NA). Za kryterium podziału uznano liczbę godzin w tygodniu, jaką panie przeznaczały na aktywną rekreację. Kobiety, które spędzały 3 godz. i więcej w tygodniu na zajęciach ruchowych, były zaliczane do grupy bardzo aktywnej. Panie z grupy średnio aktywnej poświęcały na zajęcia ruchowe od 1 godz. do 2 godz. w tygodniu. W grupie kobiet nieaktywnych znalazły się osoby, które nie deklarowały uczestnictwa w żadnej formie aktywności ruchowej.

Z literatury przedmiotu wiadomo, że styl życia człowieka, w tym jego zachowania zdrowotne, zmieniają się w okresie całego życia. Zmiany te zależne są od wielu różnorodnych czynników, w tym od właściwości jednostki, czyli wieku, płci, wykształcenia, stanu zdrowia, aktywności społecznej i różnorodnych czynników środowiskowych [Wojnarowska, 2010]. W związku z tym konieczna jest krótka charakterystyka grupy badawczej z uwzględnieniem wybranych czynników demograficznych i stanu zdrowia.

W tabeli 1 przedstawiono charakterystykę wykształcenia i stopień aktywności zawodowej badanych senierek. Z danych w niej zawartych wynika, że najwięcej kobiet z wyższym wykształceniem (70%) było nieaktywnych ruchowo. W grupie średnio aktywnej i bardzo aktywnej poziom wykształcenia był zbliżony. W grupach tych przeważały panie ze średnim wykształceniem.

Analizowane grupy badawcze cechowały się niską aktywnością zawodową. Otrzymane wyniki z pewnością były związane z okresem emerytalnym, w którym znajdowały się respondentki.

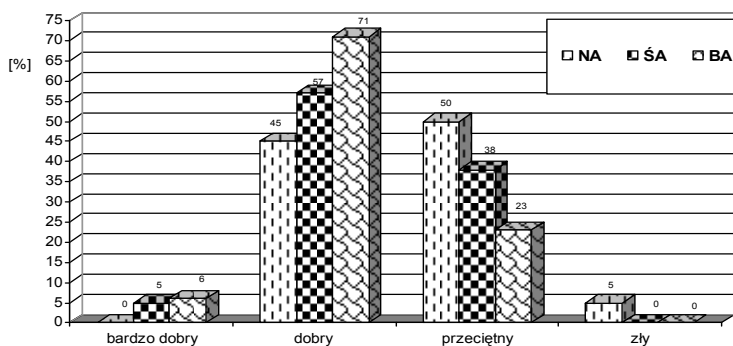
Badane zapytano również o subiektywną ocenę ich stanu zdrowia. Odpowiedzi na pytanie przedstawiono na wykresie 1.

Tabela 1

## Charakterystyka wykształcenia i aktywności zawodowej badanych kobiet

Wybrane cechy demograficzne		Ogółem badani $n_1 = 76$					
		NA $n_2 = 20$		ŚA $n_3 = 21$		BA $n_4 = 35$	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
Wykształcenie	zawodowe	0	0	0	0	2	6
	średnie	6	30	11	52	19	54
	wyższe	14	70	10	48	14	40
Aktywność zawodowa	aktywny	3	15	1	5	6	17
	nieaktywny	17	85	20	95	29	83

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.



Wykres 1. Subiektywna ocena stanu zdrowia kobiet aktywnych i nieaktywnych ruchowo w wieku 60–80 lat

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Dane na wykresie 1 informują, że subiektywna ocena stanu zdrowia miała związek z poziomem aktywności ruchowej badanych kobiet. Najwyżej swój stan zdrowia oceniały panie z grupy bardzo aktywnej, gdzie aż 71% osób określiło swój stan zdrowia jako dobry, a 6% jako bardzo dobry. W grupie średnio aktywnej ponad połowa respondentek (57%) wskazywała na dobry stan zdrowia, a 5% na bardzo dobry. Inne wyniki charakteryzowały panie z grupy nie-

aktywnej. W tym przypadku 50% kobiet określiło swój stan zdrowia jako przeciętny, a 45% pań jako dobry. W grupie nieaktywnej nie stwierdzono ocen bardzo dobrych.

W badaniach zastosowano kwestionariusz ankiety oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych [Juczyński, 2009]. Pozwolił on na określenie struktury demograficznej kobiet oraz umożliwił subiektywną ocenę stanu zdrowia badanych. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) zawierał 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Dotyczyły one prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego.

Badane kobiety zaznaczyły, jak często wykonują podane w IZZ czynności związane ze zdrowiem, oceniając każdą z wymienionych w inwentarzu praktyk w skali pięciostopniowej. Podane przez badaną wartości liczbowe sumowano celem uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Ponadto inwentarz pozwolił na oddzielne obliczenie nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych – wskaźnikiem była średnia liczba punktów w każdej kategorii, czyli suma punktów podzielona przez 6 [Juczyński, 2009].

## 2. Wyniki i dyskusja

W tabeli 2 przedstawiono ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych (OWZZ), który charakteryzował badane kobiety.

Tabela 2

Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych kobiet w wieku 60–80 lat

Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych n = 76	
suma punktów	SD
94,4	11,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Z powodu braku normalizacji wyników w IZZ dla kategorii kobiet w starszym wieku postanowiono otrzymany w wyniku analizy ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych (OWZZ) odnieść do dostępnych norm, opracowanych dla kobiet w wieku dorosłym.

Średni OWZZ dla badanych kobiet wyniósł 94,4 punktu. Otrzymany wynik znajdował się na skali w przedziale 7 stena, co należy uznać za wysoki wynik. Z. Juczyński twierdzi, że analiza statystyczna wyników podczas opracowywania skali wykazała tendencję (nieistotną statystycznie) większego nasilenia zachowań zdrowotnych w grupie osób starszych i w środowisku miejskim [Juczyński, 2009].

W analizowanej grupie, jak wspomniano, znalazły się kobiety w wieku 60–80 lat zamieszkałe w Trójmieście. Prawdopodobnie fakt ten mógł wpłynąć na wysokie wyniki ich zachowań zdrowotnych.

Przewodnym celem badań było określenie, czy poziom zachowań zdrowotnych ma związek z aktywnością ruchową kobiet. Odpowiedź na to pytanie badawcze przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3

Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych  
u kobiet aktywnych i nieaktywnych ruchowo w wieku 60–80 lat

Grupa					
NA $n_1 = 20$		ŚA $n_2 = 21$		BA $n_3 = 35$	
Suma punktów	SD	Suma punktów	SD	Suma punktów	SD
88,35	9,30	95	12,30	97,15	10,80

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Analiza pokazała, że ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych kobiet nieaktywnych ruchowo wyniósł 88,35 pkt, co należy uznać za przeciętny wynik. Znacznie wyższe wskaźniki osiągnęły kobiety aktywne. Kobiety z grupy średnio aktywnej otrzymały średni wynik równy 95 pkt, a panie z grupy bardzo aktywnej odpowiednio 97,15 pkt. Wskaźniki, które charakteryzowały kobiety aktywne, należy uznać za wysokie. Przeprowadzona analiza dowodzi, że aktyw-

ność ruchową znacznie częściej podejmowały kobiety o wyższym wskaźniku zachowań zdrowotnych.

W interpretacji otrzymanych wyników pomocne mogą być badania prowadzone przez M. Nowak, których podmiotem były kobiety dorosłe. Autorka informuje, że systematyczne uczestnictwo badanych kobiet w ćwiczeniach ruchowych miało wpływ na pozytywne postawy zdrowotne. Różnice w postawach między badanymi grupami kobiet o różnej częstotliwości uprawiania ćwiczeń ruchowych wynikały ze wzmocnienia nawyków sportowego stylu życia kobiet wskutek systematycznego uczestnictwa w ćwiczeniach wzbogaconego doświadczeniem [Nowak, 2005; Kozłowski, 1980].

Przeprowadzone przez nas badania nie obejmowały analizy zachowań zdrowotnych kobiet w przeszłości, w związku z czym nie można potwierdzić, że to właśnie podejmowana przez panie aktywność ruchowa pozytywnie wpłynęła na ich wskaźnik zachowań zdrowotnych. Analizując jednak wyniki badań innych autorów, można postawić hipotezę, że systematyczny udział w aktywności ruchowej pozytywnie wpływa na zachowania zdrowotne kobiet w wieku 60–80 lat.

W dalszej części artykułu przedstawiono wskaźniki zachowań zdrowotnych badanych kobiet w czterech kategoriach: zachowania ukierunkowane na prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne.

Racjonalny sposób żywienia wraz z udziałem w aktywności ruchowej uważany jest za istotny element prozdrowotnego stylu życia człowieka. Niestety, z wielu badań wynika, że istnieje wiele nieprawidłowości w sposobie żywienia Polaków [*Wyniki badań...*]. Wyniki badań GUS wskazują, że w ciągu trzech lat poprzedzających badanie tylko 15% dorosłych Polaków zmieniło swój sposób żywienia, w tym więcej kobiet niż mężczyźn [*Stan zdrowia ludności...*, 2006]. W tabeli 4 przedstawiono wskaźniki zachowań zdrowotnych (WZZ) w kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe.

Badane kobiety udzieliły odpowiedzi na 6 pytań dotyczących prawidłowych nawyków żywieniowych, które uwzględniały przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności. Analiza pokazała, że średnie wskaźniki dotyczące prawidłowych nawyków żywieniowych osób nieaktywnych fizycznie, w pięciostopniowej skali, znalazły się na poziomie 3,67 pkt. Osoby aktywne fizycznie charakteryzowały się wyższymi wskaźnikami, na poziomie około 4 pkt. Dla



porównania warto dodać, że średni wskaźnik dla dorosłych Polek według norm zawartych w IZZ wyniósł 3,6 pkt.

Tabela 4

Wskaźnik zachowań zdrowotnych – kategoria prawidłowe nawyki żywieniowe kobiet aktywnych i nieaktywnych ruchowo w wieku 60–80 lat

Grupa					
NA n <sub>1</sub> = 20		ŚA n <sub>2</sub> = 21		BA n <sub>3</sub> = 35	
M	SD	M	SD	M	SD
3,67	1,00	3,96	0,70	4,01	0,70

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Kolejną analizowaną kategorią były zachowania profilaktyczne. Z danych GUS wiadomo, że w roku 2004 badania mammograficzne co najmniej raz w życiu wykonało 43,4% kobiet w wieku 60–69 lat oraz 23,1% kobiet w wieku 70 lat i więcej. Znacznie mniej kobiet uczestniczyło w badaniu USG piersi. Badanie to co najmniej raz w życiu wykonało 25,3% kobiet w wieku 60–69 lat oraz 15,0% pań w wieku powyżej 70 lat. Z tych samych badań wynika, że tylko połowa dorosłych Polaków przynajmniej raz w życiu wykonała badanie stężenia cholesterolu we krwi. Wśród nich u ponad 50% (osób powyżej 60. roku życia) stwierdzono podwyższony poziom cholesterolu (powyżej 200 mg%) [Stan zdrowia ludności..., 2006].

Zachowania profilaktyczne, o które pytano respondentki, dotyczyły przestrzegania zaleceń zdrowotnych oraz uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby.

Wyniki przedstawione w tabeli 5 informują, że nasilenie zachowań profilaktycznych osób nieaktywnych ruchowo było niższe niż w grupach aktywnych. Wskaźnik w analizowanej kategorii zachowań wyniósł odpowiednio 3,64 pkt w grupie nieaktywnej oraz nieco ponad 4 pkt w grupach aktywnych. Średni wynik dla kobiet dorosłych według norm IZZ był na poziomie 3,48 pkt.

Tabela 5

Wskaźnik zachowań zdrowotnych – kategoria zachowania profilaktyczne kobiet aktywnych i nieaktywnych ruchowo w wieku 60–80 lat

Grupa					
NA $n_1 = 20$		ŚA $n_2 = 21$		BA $n_3 = 35$	
M	SD	M	SD	M	SD
3,64	1,30	4,07	0,90	4,02	1,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

W dalszych badaniach analizie poddano zachowania związane z pozytywnym nastawieniem psychicznym. Obejmowało ono czynniki psychologiczne związane z unikaniem zbyt silnych emocji, stresów i napięć oraz sytuacji wpływających przygnębiająco. Wyniki przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6

Wskaźnik zachowań zdrowotnych – kategoria pozytywne nastawienie psychiczne kobiet aktywnych i nieaktywnych ruchowo w wieku 60–80 lat

Grupa					
NA $n_1 = 20$		ŚA $n_2 = 21$		BA $n_3 = 35$	
M	SD	M	SD	M	SD
3,66	1,00	3,96	0,80	4,22	0,70

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Badania pokazały, że średnie wskaźniki w analizowanej kategorii zachowań zdrowotnych miały związek z poziomem aktywności ruchowej badanych kobiet. Największe nasilenie cech (na poziomie 4,22 pkt) wystąpiło u badanych z grupy bardzo aktywnej. W grupie średnio aktywnej wskaźnik wyniósł 3,96 pkt. Najniższe wartości charakteryzowały panie z grupy nieaktywnej.

W tym przypadku nasilenie cech było na poziomie 3,66 pkt. Średni wskaźnik dla dorosłych Polek według norm wyniósł 3,74 pkt.

Otrzymane wyniki są zbieżne z obserwacjami innych badaczy. Stwierdzono, że korzyściom fizycznym i funkcjonalnym wynikającym z aktywności ruchowej towarzyszą także pozytywne skutki psychologiczne w postaci lepszego nastroju, zwiększonego poczucia własnej wartości i funkcjonowania poznawczego [McMurdo, Burnett, 1992].

Ostatnią analizowaną kategorią zachowań związanych ze zdrowiem były praktyki zdrowotne (tabela 7). Pytania zadawane respondentkom dotyczyły codziennych nawyków związanych ze snem i rekreacją.

Tabela 7

Wskaźnik zachowań zdrowotnych – kategoria praktyki zdrowotne kobiet aktywnych i nieaktywnych ruchowo w wieku 60–80 lat

Grupa					
NA n <sub>1</sub> = 20		ŚA n <sub>2</sub> = 21		BA n <sub>3</sub> = 35	
M	SD	M	SD	M	SD
3,75	1,00	3,87	0,90	3,93	1,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Sen należy do podstawowych potrzeb biologicznych człowieka. Z danych GUS wynika, że wśród dorosłych Polaków co piąty śpi krócej niż 7 godz. na dobę, a prawie co trzeci śpi niezbyt dobrze (w tym co dziesiąty źle lub bardzo źle) [Stan zdrowia ludności..., 2006]. Badania S. Toczek-Werner pokazały, że rekreacyjne zachowania seniorów polegają głównie na zaspokajaniu potrzeb wypoczynkowych (50% osób) i poznawczych (1/3 ogółu). Wśród celów dodatkowych dominuje psychiczna i fizyczna restytucja [Toczek-Werner, 2000].

Analiza pokazała, że średnie wskaźniki praktyk zdrowotnych kobiet nieaktywnych fizycznie w wieku 60–80 lat były na poziomie 3,75 pkt. Panie aktywne fizycznie charakteryzowały się nieco wyższymi wskaźnikami – w granicach 3,87–3,93 pkt. Średni wynik dla kobiet dorosłych według norm IZZ był na poziomie 3,53 pkt.

Rekapitulując, dane uzyskane podczas analizy zachowań zdrowotnych kobiet w starszym wieku pozwalają na następujące wnioski. Nasilenie zachowań zdrowotnych miało związek z poziomem aktywności ruchowej. Najwyższy, ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych charakteryzował kobiety bardzo aktywne, poświęcające na zajęcia ruchowe 3 godz. w tygodniu. Nieco niższy wskaźnik osiągnęły panie z grupy średnio aktywnej, uprawiające zajęcia ruchowe jedną lub dwie godziny w tygodniu. Kobiety nieaktywne ruchowo charakteryzowały się najniższym nasileniem zachowań zdrowotnych. Nawiązując do badań prowadzonych przez innych autorów, można przypuszczać, że systematyczny udział w aktywności ruchowej pozytywnie wpływał na modyfikację zachowań zdrowotnych kobiet w wieku 60–80 lat.

Ze wskaźników zachowań zdrowotnych uzyskiwanych przez badane w czterech kategoriach zdrowotnych wynika wyraźnie wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych wśród kobiet aktywnych w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Badania pokazały także, że do najwyższej ocenianych kategorii zachowań zdrowotnych przez kobiety w wieku 60–80 lat należały pozytywne nastawienie psychiczne, zachowania profilaktyczne, natomiast najmniej – praktyki zdrowotne. Otrzymane wyniki są zbieżne z rezultatami uzyskanymi przez B. Ślusarską i G. Nowickiego. Przeprowadzili oni badania w Lublinie wśród 150 osób pracujących w wieku od 22 do 62 lat, z użyciem IZZ Juczyńskiego [Ślusarska, Nowicki, 2010].

Jak pokazują statystyki GUS, prawidłowe zachowania zdrowotne Polaków nie są powszechne. Z innych badań wynika, że styl życia polskich seniorów można określić jako bierny i monotony [Halicka, Halicki, 2002].

Z przedstawionych faktów wynika, że trzeba podjąć odpowiednie działania edukacyjne, których podstawą powinno być wychowanie i kształcenie prozdrowotne. Jak pisze E. Kozdroń, propedeutyka gerontologiczna powinna rozpoczynać się w możliwie najwcześniejszym okresie życia człowieka, ponieważ w dzieciństwie kształtują się postawy proaktywne. W okresie dojrzałym – między 40. a 60. rokiem życia – można wywrzeć duży wpływ na dynamikę procesów starzenia, przyspieszając je lub zwalniając. Edukować należy zatem zarówno do starości, jak i w starości [Kozdroń, 2006]. Aby opracować skuteczne programy edukacji zdrowotnej, należy nadal badać aktualne zachowania zdrowotne osób starszych oraz kształtujące je czynniki. Jednym z takich czynników wydaje się być systematycznie podejmowana aktywność ruchowa.

## Zakończenie

Z przeprowadzonych badań wynikają następujące wnioski:

1. Aktywność ruchową znacznie częściej podejmowały kobiety o wyższym wskaźniku zachowań zdrowotnych.

2. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych kobiet nieaktywnych ruchowo wyniósł 88,35 pkt, co należy uznać za przeciętny wynik. Wyższy wskaźnik – 95 pkt – charakteryzował panie poświęcające na zajęcia ruchowe jedną lub dwie godziny w tygodniu. Badane z grupy bardzo aktywnej (uprawiające aktywność ruchową 3 godz. w tygodniu) uzyskały wynik na poziomie 97,15 pkt. Wskaźniki, które charakteryzowały kobiety aktywne, należy uznać za wysokie.

3. Zaobserwowano wyraźnie wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych wśród kobiet aktywnych, zwłaszcza w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych oraz pozytywnego nastawiania psychicznego.

4. Poziom aktywności ruchowej kobiet miał związek z subiektywną oceną ich stanu zdrowia. Najwyżej swój stan zdrowia oceniały panie z grupy bardzo aktywnej. Panie nieaktywne ruchowo oceniały swój stan zdrowia na wyraźnie niższym poziomie.

5. Najwyżej oceniane kategorie zachowań zdrowotnych przez kobiety w wieku 60–80 lat to pozytywne nastawienie psychiczne, zachowania profilaktyczne, natomiast najniżej – praktyki zdrowotne.

## Literatura

- Biskupska M., *Promocja zdrowia wobec osób w wieku podeszłym*, „Geriatryka i Pielęgniarstwo Geriatryczne” 2008.
- Bond D.S., Evans R.K., DeMaria E.J., Meador J.G., Warren B.J., Shannon K.A., Shannon R.M., *A Conceptual Application of Health Behavior Theory in the Design and Implementation of Successful Surgical Weight Loss Program*, „Obesity Surgery” 2004, No. 14 (6).
- Haliccy M., J., *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, w: *Polska starość*, red. B. Synak, Uniwersytet Gdański, Gdańsk 2002.
- Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, wyd. II, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.

- Komitet Polityki Gospodarczej, DG ECFIN 2006, *Propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie*, w: *Biała księga. Razem na rzecz zdrowia. Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013*, Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela 2007.
- Kostka T., *Pomyślne starzenie się*, „Puls Medyczny” 2006, nr 7 (130).
- Kozdroń E. *Rekreacja ruchowa osób „trzeciego wieku”*, w: *Zarys teorii rekreacji ruchowej*, red. A. Dąbrowski, AWF, Warszawa 2006.
- Kozłowski W., *Dyskusje nad związkiem postaw z zachowaniem*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 1980, nr 1.
- Marcinkowski M., *Osobliwości aktywności ruchowej jako komponenty zdrowego stylu życia*, w: *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*, t. 9, red. D. Umiasłowska, Wydawnictwo Promocyjne Albatros, Szczecin 2005.
- McMurdo M.E.T., Burnett L., *Randomized Controlled Trial of Exercise in the Elderly*, „Gerontology” 1992, No. 32.
- Nowak M., *Związek między aktywnością ruchową a postawami prozdrowotnymi dorosłych kobiet*, w: *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*, t. 9, red. D. Umiasłowska, Wydawnictwo Promocyjne Albatros, Szczecin 2005.
- Orwell E.S., Baner D.C., Vogt T.M., Fox K.M., *Axial Bone Mass in older Women*, „Annals of Internal Medicine” 1996.
- Ossowski Z., Prusik Ka., Kortas J., Wiech M., Prusik K., Słomska H., Bielawa Ł., *Change in the Level of Upper and Lower Limbs under Nordic Walking Training in Elderly Women*, „Rocznik Naukowy” nr 20, AWFIS, Gdańsk 2010.
- Prognozy demograficzne Eurostatu. Propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie*, w: *Biała księga. Razem na rzecz zdrowia. Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013*. Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela 2007.
- Słońska Z., Misiura M., *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Agencja Promo-Lider, Warszawa 1993.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, GUS, Warszawa 2006.
- Ślusarska B., Nowicki G., *Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2010, nr 91 (1).
- Taaffe D.R., Marcus R., *Stan układu mięśniowo-szkieletowego u osób starszych*, „Rehabilitacja Medyczna” 2001, nr 3.
- Takahashi P.Y., Okhravi H.R., Lim L.S., Kasten M.J., *Medycyna zapobiegawcza w populacji osób w podeszłym wieku. Poradnik dla lekarzy*, „Medycyna po Dyplomie” 2006, nr 15/2.
- Toczek-Werner S., *Czynnik zdrowia jako determinanta modelu rekreacyjnego zachowania się ludzi w starszym wieku*, w: *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*, t. 5, red. D. Umiasłowska, Wydawnictwo Promocyjne Albatros, Szczecin 2000.

Wojnarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.

*Wyniki badań nad sposobem żywienia ludności w Polsce*, Instytut Żywności i Żywienia, www.izz.waw.pl.

## **RELATION BETWEEN HEALTH BEHAVIOURS AND PHYSICAL ACTIVITY IN OLDER WOMEN**

### **Summary**

The purpose of this study was to determine relations between the level of health behaviours and physical activity in free time among women aged 60–80 years.

76 women from Trojmiasto, aged 60–80 years took part in this research.

For the purpose of this study women were divided into 3 groups, according to the level of their physical activity: very active, middle active and not active. The comparison was made between women from 3 categories by using survey questionnaire and the Health Behaviour Inventory (HBI) according to Juczyński.

Research has shown that intensity of health behaviours is connected with the level of physical activity in women. Physical activity was taken more often by women with higher level of health behaviours index. A higher level of intensity of health behaviours concerned especially the right mode of nutrition, prophylactic behaviours and positive mental attitude.

*Translated by Zbigniew Ossowski*