

Ratkowski Wojciech, Grabowska-Skorb Paulina, Bzdawski Maciej, Napierała Marek, Zukow Walery. Quality of life in the first decade of retirement age, active and inactive physically with tri-city = Jakość życia osób w pierwszej dekadzie wieku emerytalnego, aktywnych i nieaktywnych fizycznie z aglomeracji trójmiejskiej. Journal of Health Sciences. 2013;3(16):037-056. ISSN 1429-9623 / 2300-665X.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1107. (17.12.2013).

© The Author (s) 2013;

This article is published with open access at License Open Journal Systems of Radom University in Radom, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

Conflict of interest: None declared. Received: 29.11.2013. Revised 21.12.2013. Accepted: 25.12.2013.

QUALITY OF LIFE IN THE FIRST DECADE OF RETIREMENT AGE, ACTIVE AND INACTIVE PHYSICALLY WITH TRI-CITY

Jakość życia osób w pierwszej dekadzie wieku emerytalnego, aktywnych i nieaktywnych fizycznie z aglomeracji trójmiejskiej

Wojciech Ratkowski¹, Paulina Grabowska-Skorb¹, Maciej Bzdawski¹,
Marek Napierała², Walery Zukow²

¹Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku

²Wydział Kultury Fizycznej, Zdrowia i Turystyki, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Key words: ludzie starsi, aktywność, jakość życia.

Słowa kluczowe: elderly people, activity, quality of life.

Abstract

The aim of the study was to determine the level of quality of life based on subjective evaluations of the first decade of retirement age physically active and inactive with Tri-City.

The study has covered 191 people in the first decade of retirement age, including 109 people exercising physically and not active 82 people, has been studied 122 women and 69 men. Tests are to be conducted from December 2012 to March 2013.

To assess the quality of life - Quality of Life Index was used (Ferrans and Pawers 1992) - a scale designed to quantitatively assess the quality of life.

Studies suggest an association of physical activity with health. It, in turn, is seen as a basic component of quality of life. Improving health is achieved, inter alia, by increasing physical activity is a positive change in the quality of life. The main motives for physical activity by older people is to improve and improve physical fitness, improve well-being, improved health, a desire to stay in the group.

Streszczenie

Celem badań było określenia poziomu jakości życia na podstawie subiektywnych ocen osób w pierwszej dekadzie wieku emerytalnego aktywnych i nieaktywnych fizycznie z aglomeracji trójmiejskiej.

Badaniami zostało objętych 191 osób w pierwszej dekadzie wieku emerytalnego, w tym 109 osób ćwiczących fizycznie oraz 82 osoby niećwiczące, przebadanych zostało 122 kobiety i 69 mężczyzn. Badania były prowadzone od grudnia 2012 do marca 2013.

Do oceny jakości życia - użyto Indeksu Jakości Życia (Ferrans i Pawers 1992) - skali przeznaczonej do ilościowej oceny jakości życia.

Badania wskazują na związki aktywności fizycznej ze zdrowiem. Ono z kolei postrzegane jest jako podstawowy składnik jakości życia. Poprawa zdrowia osiągana m.in. poprzez zwiększenie aktywności fizycznej to pozytywna zmiana jakości życia. Główne motywy podejmowania aktywności fizycznej przez osoby starsze to poprawa i doskonalenie sprawności fizycznej, poprawa samopoczucia, poprawa zdrowia, chęć przebywania w grupie.

Wstęp

Definicja jakości życia przyjęta przez Światową Organizacją Zdrowia na Konferencji w Kopenhadze w 1993 roku, to spostrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz w związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami. Wyraża się poczuciem satysfakcji jednostek lub grup społecznych, wynikającej ze świadomości zaspokojenia własnych potrzeb oraz postrzegania możliwości rozwoju jednostkowego i społecznego (WHO, 1993). Jakość życia to kategoria filozoficzna określająca stopień, w jakim życie dostarcza człowiekowi zadowolenia w długim okresie czasie. Nie mierzymy jej w danym momencie wzlotu lub upadku, ale oceniamy w dającym się wyodrębnić okresie czasu, np: okres studiów lub wiek emerytalny.

Jakość życia społeczeństwa można opisywać w różny sposób. Najczęściej uwzględnia się jego potencjał rozwojowy oparty na wskaźnikach instytucjonalnych – makroekonomicznych (np. PKB czy stopa inflacji) i makrospołecznych (np. stopa rejestrowanego bezrobocia, liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców, umieralność niemowląt, wskaźnik skolaryzacji czy frekwencja w wyborach parlamentarnych) (Czapiński, 2011). Można sięgać też do opinii i badać zachowanie obywateli. W związku z tym, że ocena jakości życia jest subiektywną oceną każdej badanej osoby, żaden opis tak naprawdę nie jest w pełni trafny, rzetelny i wystarczający. Szuka się takich wskaźników, które są zwykle statystyczną oceną wynikającą z porównań wielu parametrów: ekonomicznych, zdrowotnych i środowiskowych, czyli tych, które dotyczą warunków życia (Seligman 2008).

W literaturze istnieje wiele definicji jakości życia wynikających z faktu, że jest to pojęcie interdyscyplinarne, którym zajmują się badacze z zakresu nauk medycznych, społecznych, ekonomicznych, humanistycznych (Papuć 2011). Stwarza to możliwość wieloaspektowego ujęcia problemu. Pojęcie to interesowało już starożytnych myślicieli, którzy na gruncie filozofii i medycyny starali się opisać, co jest fundamentem szczęśliwego, satysfakcjonującego życia (Trzebiatowski 2011). Platon twierdził, że zadaniem człowieka jest dążenie do radości płynącej z wiedzy, piękna i harmonijnie ukształtowanego życia (Brzeziński 2002). Wg Hipokratesa szczęśliwe życie wyrażało się poprzez stan wewnętrznej równowagi (Brzeziński 2002). Arystoteles za najważniejszy cel uważał dążenie do eudajmonii, czyli możliwie najwyższego osiągalnego dobra, które miało być gwarancją szczęścia (Copleston 1998). W Średniowieczu, szczególnie w filozofii chrześcijańskiej uważano, że najważniejszym celem ludzkiej egzystencji jest życie pełne poświęcenia, częstokroć przepełnione cierpieniem i ascezą, po którym jednak – po śmierci, czeka nagroda czyli życie wieczne (Kane 2002).

W czasach współczesnych wzrastające zainteresowanie jakością życia przypada na lata pięćdziesiąte zeszłego stulecia. Wtedy koncepcję zaczęto częściej stosować w dziedzinach takich jak ekonomia, polityka społeczna, medycyna, socjologia lub psychologia (Farquhar 1995, Obuchowski 2000). W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku pojęcie jakości życia, ujmowane było w perspektywie ilościowej oraz miało zastosowanie w badaniach poziomu zaspokojenia jednostkowych i ponadjednostkowych potrzeb (Michalos 2007). Szersze zainteresowanie tą problematyką spowodowane było uznaniem subiektywnej oceny zdrowia – w myśl definicji WHO podkreślającej nie tylko brak choroby, ale pełen dobrostan jako wskaźnik zdrowia – za właściwą przy pojmowaniu jakości życia (WHO 1946, Fox 2007, Statamakis 2009).

Za prekursora badań nad jakością życia uważa się Campbella (Campbell 1976). W 1971 roku wraz z Conversem i Rodgersem zainicjował on w Stanach Zjednoczonych program badawczy, którego celem był pomiar zadowolenia z własnego życia w populacji mieszkańców Stanów Zjednoczonych (Papuć 2011). Interesował ich subiektywny poziom zadowolenia ludzi, jakość życia zorganizowanej społeczności, ale nie jednostki, aby móc

oceniać zmiany dokonujące się w życiu ludzi. Opracowali narzędzie, które pozwalało na pomiar globalnego wskaźnika jakości życia, poprzez zsumowanie ocen konkretnych jego sfer. Było ono łatwe w użyciu, umożliwiało badanie dużych grup ludzi i posiadało podstawowe cechy psychometrycznego narzędzia pomiarowego tj. było wystandaryzowane, rzetelne i trafne (Kowalik i wsp. 2001). Wieloaspektowość problematyki jakości życia znalazła swoje odzwierciedlenie w jej definiowaniu. Jednymi z pierwszych, którzy podjęli się tego zadania byli w 1972 roku Dalkey i Rourke. Według nich składają się na nią satysfakcja z życia i poczucie szczęścia (Dalkey i wsp. 1972). U Campbella na jakość życia ma wpływ: małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, sąsiedzi, znajomi, zajęcia domowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, miejsce zamieszkania, czas wolny, warunki mieszkaniowe, wykształcenie i standard życia (Campbell i wsp. 1976, Tobiasz-Adamczyk 1996). Flanagan w 1978 roku zauważył, że określone z góry sfery życia są różne dla badanych osób. Do oceny poziomu zadowolenia z poszczególnych dziedzin życia zaproponował użycie wskaźnika wagi, pozwalającego ocenić na ile te sfery są ważne dla badanego. Uważał on, że oceniana w ten sposób jakość życia stanie się bardziej subiektywna (Jaracz 2001, Flanagan 1982). Szerszą definicję zaproponował Torrance w 1987 roku, według którego pojęcie to powinno ujmować wszystkie aspekty egzystencji jednostki (Torrance 1987). Definicja polskiej badaczki jakości życia De Walden-Gałuszko, sformułowana w tym samym roku mówi, że jakość życia to ocena własnej sytuacji życiowej, dokonana w określonym czasie i uwzględniająca przyjętą hierarchię wartości lub też różnica pomiędzy realną sytuacją człowieka a sytuacją przez niego wymarzoną (De Walden-Gałuszko 1993).

Od lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ubiegłego wieku pojęcie jakości życia jest wykorzystywane w pomiarach psychologicznych i socjologicznych (Chudzicka 1995, Trzebiatowski 2011). Na gruncie tych nauk, na podstawie analizy jakości życia, zaczęto ją łączyć, a niekiedy nawet utożsamiać z takimi kategoriami jak styl życia, poczucie podmiotowego dobrostanu, zadowolenie z warunków i możliwości zaspokajania najważniejszych potrzeb życiowych (Rybczyńska 1995, Kowalik 1995).

Równoległe z zainteresowaniem jakością życia przez przedstawicieli nauk społecznych kształtowały się poglądy w naukach medycznych. Ich przedstawiciele próbowali wskazać jak niedomagania, chroniczne, często nieuleczalne choroby i związane z tym ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu wpływają na postrzeganie i ocenę jakości życia (Farquahar 2001, Jaracz K 2001).

Cel badań

Celem badań było określenia poziomu jakości życia na podstawie subiektywnych ocen osób w pierwszej dekadzie wieku emerytalnego aktywnych i nieaktywnych fizycznie z aglomeracji trójmiejskiej.

Materiał i metody badawcze

Badaniami zostało objętych 191 osób w pierwszej dekadzie wieku emerytalnego, w tym 109 osób ćwiczących fizycznie oraz 82 osoby niećwiczące, przebadanych zostało 122 kobiety i 69 mężczyzn. Badania były prowadzone od grudnia 2012 do marca 2013. Dla porównania wyników osób ćwiczących, przebadano grupę osób nieaktywnych fizycznie, liczącą 82 osoby.

Do oceny jakości życia - użyto Indeksu Jakości Życia (Ferrans i Pawers 1992) - skali przeznaczonej do ilościowej oceny jakości życia. Jest ona definiowana jako poczucie satysfakcji lub dyssatisfakcji, płynące z tych dziedzin życia, które są dla jednostki ważne (Kawa 2004). Skala podzielona jest na dwie części, zawierające po 33 pozycje. Część I

(Satysfakcja) mierzy satysfakcję i zadowolenie z różnych dziedzin życia, natomiast Część II (Ważność) bada poczucie ważności tych dziedzin dla badanej osoby. Odpowiedź udzielana jest według 6-stopniowej skali Likerta. Wynik końcowy jest rezultatem ważenia stopnia satysfakcji z odpowiadającym mu poziomem ważności uwzględnionych dziedzin. Wyższa punktacja oznacza lepszą jakość życia.

Szczegółowy instruktarz wypełniania ankiety został umieszczony na pierwszej stronie, zawierał prośbę o wypełnienie ankiety oraz opis celów, w jakich ankieta była przeprowadzana. Ankieta była anonimowa i dobrowolna. Osoby badane wypełniały owe dokumenty w domu. Pierwsza grupa, najliczniejsza, 51 osób, reprezentowała Sopotki Uniwersytet Trzeciego Wieku, o profilu zajęć gimnastycznych, ogólnorozwojowych. Osoby badane wyróżniał wysoki poziom sprawności i aktywności fizycznej. Druga grupa osób badanych to YMCA w Gdyni, grupa o profilu zajęć gimnastycznych przy muzyce, liczyła 30 osób. Natomiast trzecia grupa reprezentowała Klub Seniora w Gdyni, liczyła 28 osób.

Grupą kontrolną była grupa osób nie ćwiczących fizycznie i nie uczestniczących w żadnych zajęciach fizyczno-ruchowych. Przebadane zostały 82 osoby.

Rodzaje analiz statystycznych

Surowy materiał badawczy składał się z wyników obserwacji 191 osób. Na wyniki obserwacji składały się wypełnione arkusze ankiety Indeksu Jakości Życia, Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej oraz ankiety własnej. Procedura statystyczna, którą kierowano się w doborze surowego materiału badawczego, jest zaliczana do technik określonych jako wybór celowy (judgmental samling, purposeive sampling). W tych procedurach badacz w oparciu o merytoryczną swoją wiedzę o zagadnieniu włącza poszczególne jednostki do próby.

Wyniki ankietowania zostały (bez modyfikacji) transferowane do postaci elektronicznej i przeprowadzono proces agregacji i kategoryzacji wyników. Wiele odpowiedzi pytań uległo scaleniu i uszczegółowieniu. Pytania otwarte zostały skategoryzowane do kilku odpowiedzi. W procesie scalania i agregacji odpowiedzi kierowano się merytoryczną wartością stanowiska ankietowanego i numerycznymi ograniczeniami procedur statystycznych. Wstępna koncepcja operacjonalizacji procesu ankietowania została postawiona bardzo szeroko i w tym etapie została zawężona do postawionych pytań badawczych.

Analiza statystyczna obejmowała analizę opisową i decyzyjną. W skład analizy opisowej weszły prezentacje graficzne i liczbowe otrzymanych wyników. Na wykresach skrzynkowych (boxplot) zostały przedstawione wartości kwartyli (Q25, Q50, Q75), wartości krytyczne dla pomiarów odstających. Do wykresów skrzynkowych prezentujących jedną zmienną dołączono również losowo rozrzuconą chmurę wszystkich pomiarów i informację o liczbie danych. Tablice z danymi liczbowymi zawierają pięć nieparametrycznych charakterystyk Tukeya (minimum, kwartył 25%, mediana, kwartył 75% i maksimum) i dodatkowo średnią, odchylenie standardowe i liczbę pomiarów).

W opisie charakterystyk jakościowych stosowano tablice kontyngencji z zaznaczeniem odpowiedniego udziału procentowego i ilościowego. Wartości procentowe występowania analizowanych zjawisk zaznaczono na wykresach mozaikowych. Starano się gruntownie i przejrzysto udokumentować wnioski wynikające z analizy otrzymanych wyników ankietowych i dlatego omawiane zagadnienie ilustrowane było nie tylko tablicą, ale i mniej lub bardziej szczegółowym wykresem.

W zakresie statystycznej analizy decyzyjnej stosowano testy statystyczne. Decyzja o różnicy innych miar położenia była podejmowana na bazie statystyk nieparametrycznych (test Wicoxona). W zakresie tablic wielodzielczych testowana jest równość częstości przy pomocy dokładnego testu Fishera (Fisher exact test).

Jako regułę przyjęto, by przy każdej decyzji zaznaczyć nazwę stosowanego testu, przy pomocy którego weryfikowano postawione pytanie badawcze będące podstawą decyzji i poziom istotności odpowiadający błędowi pierwszego rodzaju dla tego pytania. Dodatkowo w teście Wicoxona przedstawiono również wartość statystyki testowej. W opracowaniu wyników skupiono się na wynikach, które potwierdzają postawione pytania badawcze. W związku z tym wiele wyników nie zostało zamieszczonych.

Jako graniczny poziom przyjęto $p = 0,05$. W przypadku poziomu istotności mniejszego od 0,001 pisano zawsze $p < 0,001$. Jeśli poziom istotności był poniżej 0,05 to podejmowano decyzję o istotności różnicy częstości w badanych podgrupach. Obliczenia zostały wykonane z użyciem środowiska obliczeń statystycznych R 2.15.1.

Metoda doboru osób badanych

W omawianym schemacie badań został zastosowany dobór teoretyczny, a więc nielosowy celowy. Na początku nastąpił wybór środowiska badania, czyli Sopocki Uniwersytet Trzeciego Wieku, YMCA w Gdyni, Klub Seniora w Gdyni, Klub Seniora przy Stowarzyszeniu Św. Mikołaja w Gdyni. Po dokonaniu wyboru terenu badań rozwiązano problem doboru grup i poszczególnych osób badanych. Logikę doboru narzucała logika poznawanego stopniowo świata, społeczności, nawiązywanych relacji z badanymi. Warunkiem przystąpienia do badania osób, które mogły brać udział był wiek emerytalny 60-70 lat.

Jakość życia uczestników - wyniki badań

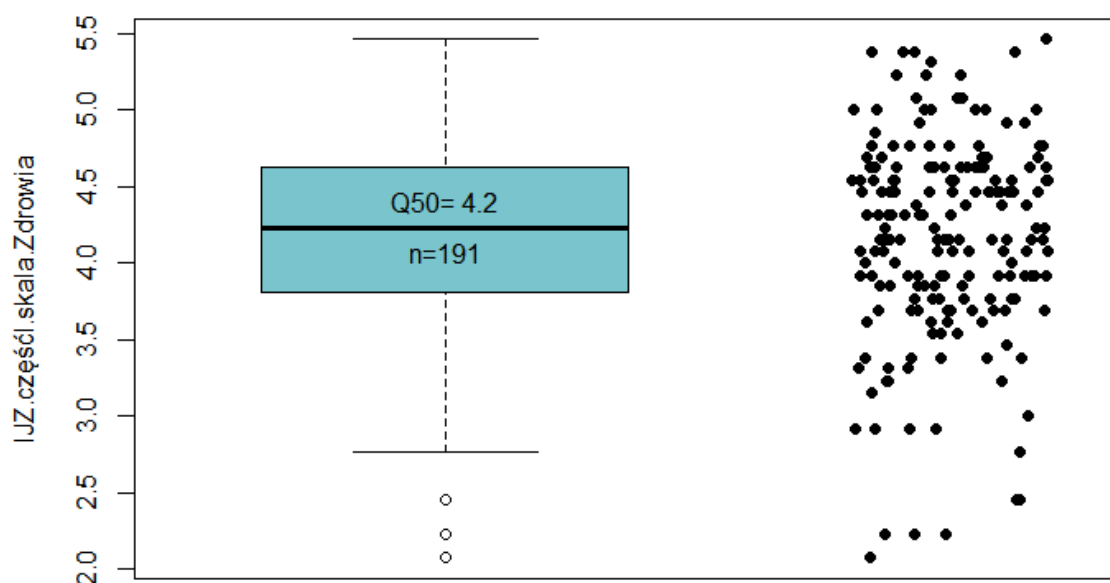
Jakość życia jest subiektywną oceną wyrażającą się poczuciem satysfakcji jednostki lub grupy społecznej wynikającej z możliwości zaspokajania potrzeb własnych, dokonywaną przez każdą osobę. Będzie określała stopień zadowolenia z życia w długim okresie czasu. Jest opisywana w różny sposób w oparciu o zróżnicowane wskaźniki i opinie ludzi.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia ze zdrowia wszystkich osób badanych

Nazwa	N	Mean	SD	Min	Q25	Q50	Q75	Max
IJZ część I skala Zdrowia	191	4.167	0.65	2.08	3.77	4.23	4.62	5.46

Źródło: badania własne

Boxplot zmiennej: IJZ.częśćI.skala.Zdrowia



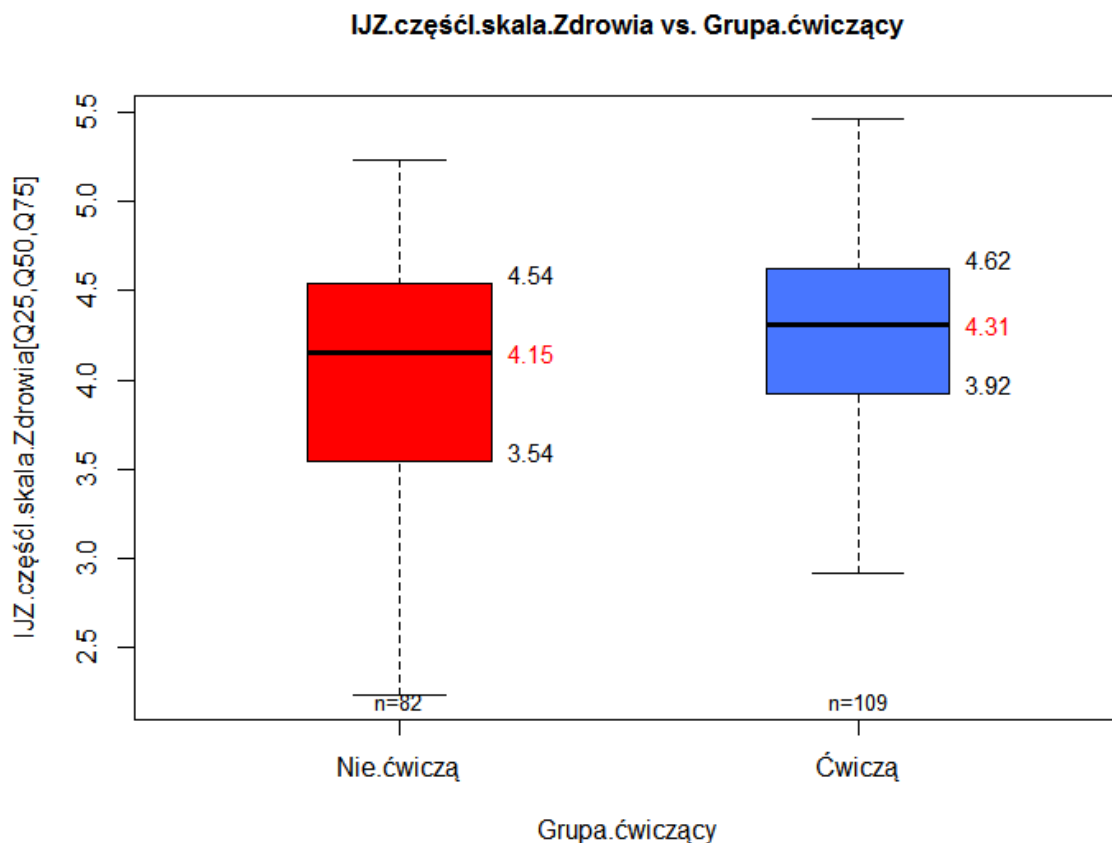
Rycina 1. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia ze zdrowia wszystkich osób badanych
Źródło: badania własne.

Skala Indeksu Jakości Życia podawana jest w wartości punktowej od 1 do 6 punktów według nazw podanych w kwestionariuszu. Indeks Jakości Życia podzielony jest na dwie części: CZĘŚĆ I (Satysfakcji) i CZĘŚCI II (Ważności). Poczucie zadowolenia ze swojego zdrowia (Podskala Zdrowie i Funkcjonowanie) badani osiągnęli średnio 4.176 punktu (SD=0.65). Oznacza to, że wyniki lokowały się w pobliżu poziomu nazwanego „Nieco zadowolony”. Kobiety i mężczyźni uzyskali podobne wyniki.

Tabela 2. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia ze zdrowia w grupie osób ćwiczących i niećwiczących

	N	Mean	SD	Min	Q25	Q50	Q75	Max
Ćwiczą	109	4.254	0.567	2.08	3.92	4.31	4.62	5.46
Nie ćwiczą	82	4.052	0.733	2.23	3.54	4.15	4.56	5.23

Źródło: badania własne.



Rycina 2. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia ze zdrowia w grupie osób ćwiczących i niećwiczących
Źródło: badania własne.

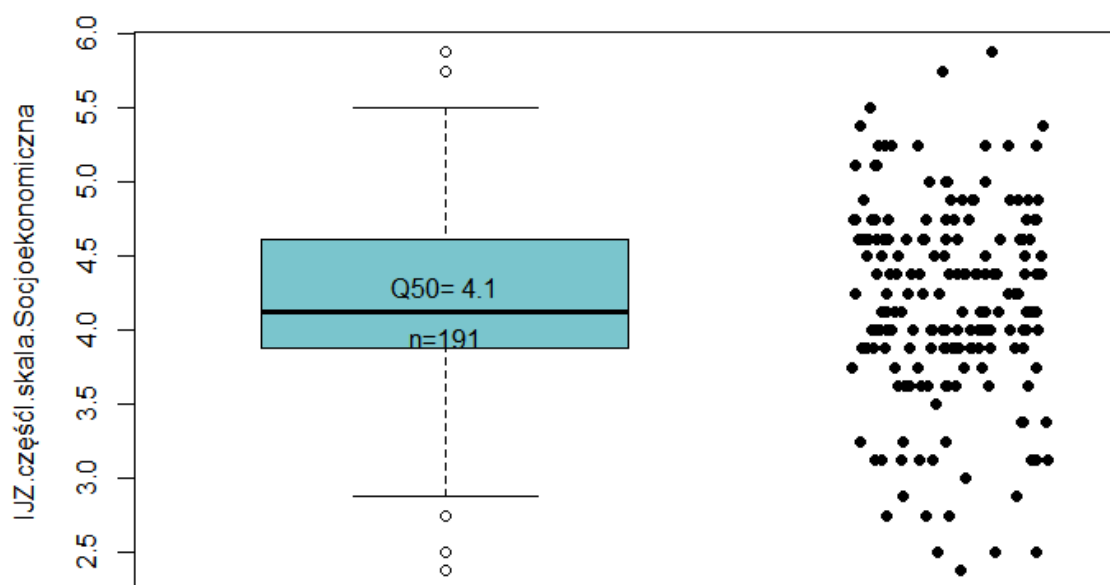
Osoby ćwiczące mają poziom zadowolenia i satysfakcji ze swego stanu zdrowia statystycznie istotnie wyższy niż osoby niećwiczące (Test Wilcozona, $W = 5069.00$, $p\text{-value} = 0.0560$). Jest to zgodne z założeniem i pytaniami badawczymi.

Tabela 3. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia z przyjaciół, wykształcenia i potrzeb finansowych wszystkich osób badanych

Nazwa	N	Mean	SD	Min	Q25	Q50	Q75	Max
IJZ część I skala Socjoekonomiczna	191	4.181	0.654	2.38	3.88	4.12	4.62	5.88

Źródło: badania własne

Boxplot zmiennej: IJZ.częśćI.skala.Socjoekonomiczna



Rycina 3. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia z przyjaciół, wykształcenia i potrzeb finansowych wszystkich osób badanych

Źródło: badania własne.

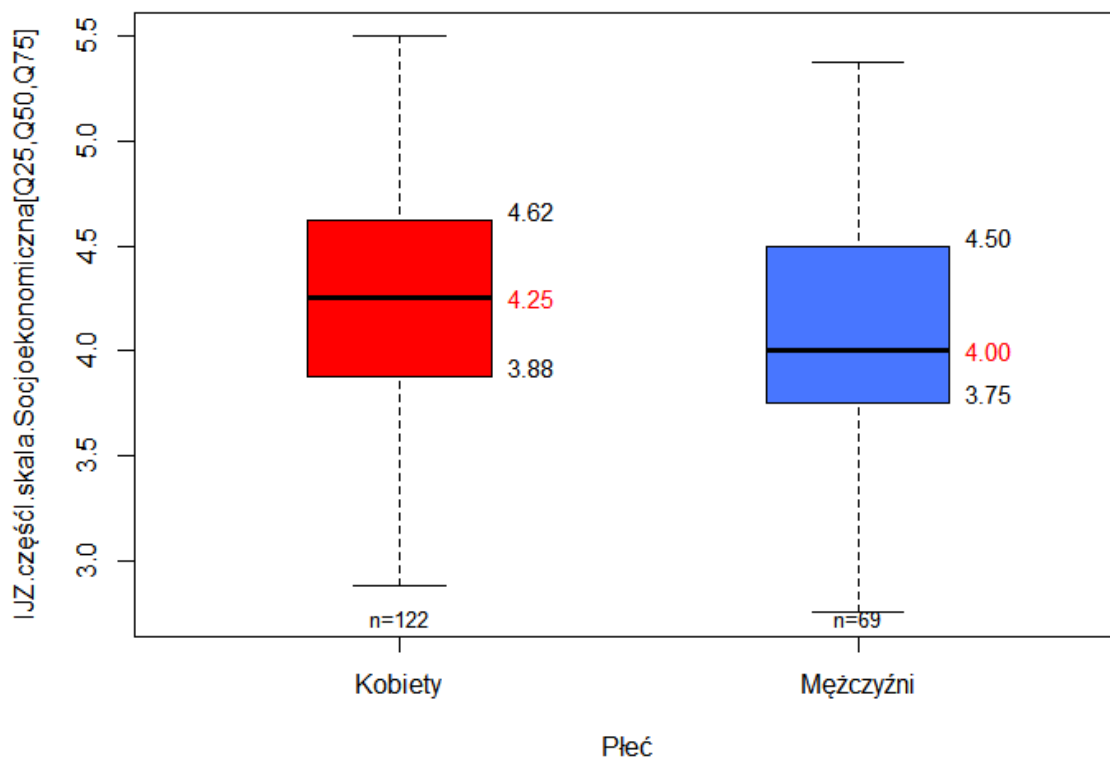
Wyniki poczucia zadowolenia z przyjaciół, wykształcenia i potrzeb finansowych są podobne do wyników poczucia zadowolenia ze zdrowia, istnieje statystycznie istotna różnica u kobiet i mężczyzn (Jednostronny test Wilcozona, $W = 4891.00$, $p < 0.0312$). Kobiety osiągają wyższy poziom satysfakcji z życia w skali Socjoekonomicznej, ponieważ ważniejsze dla nich są niż dla mężczyzn aspekty takie jak: przyjaciele, dom, wykształcenie, potrzeby finansowe.

Tabela 4. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia z przyjaciół, wykształcenia i potrzeb finansowych względem płci

	N	Mean	SD	Min	Q25	Q50	Q75	Max
Kobiety	122	4.23	0.641	2.38	3.88	4.25	4.62	5.5
Mężczyźni	69	4.094	0.673	2.5	3.75	4	4.56	5.88

Źródło: badania własne.

IJZ.części.skala.Socjoekonomiczna vs. Płeć



Rycina 4. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia z przyjaciół, wykształcenia i potrzeb finansowych względem płci

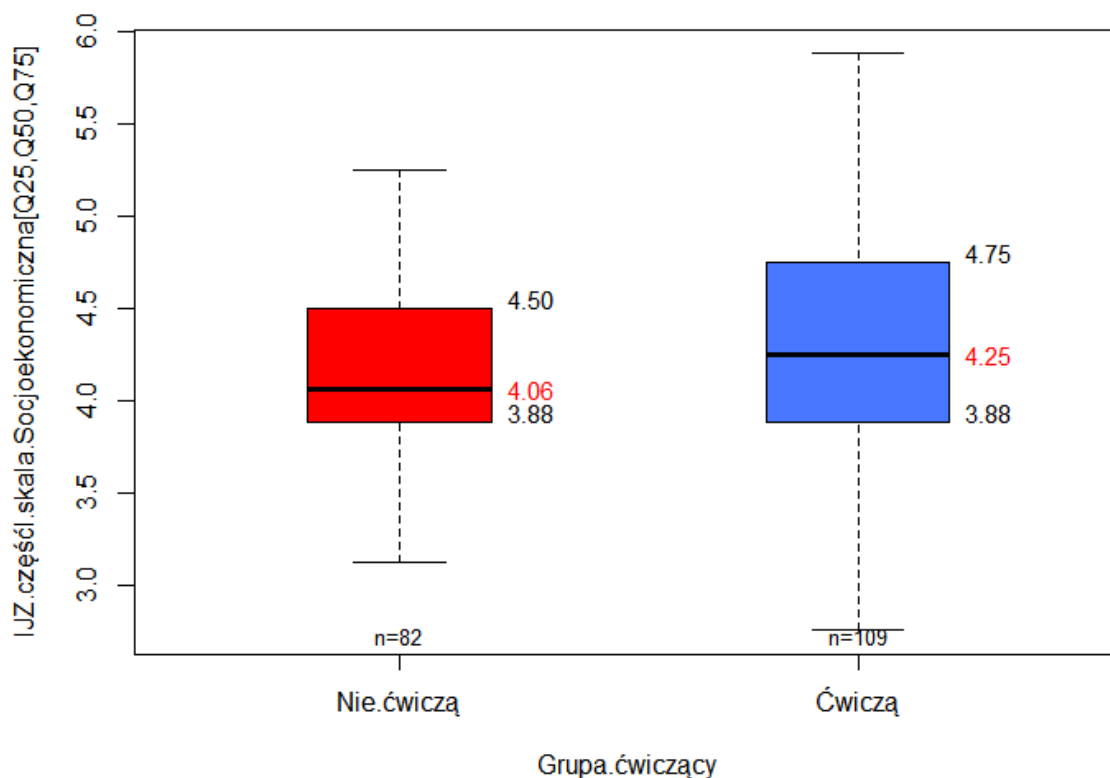
Źródło: badania własne.

Tabela 5. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia z przyjaciół, wykształcenia i potrzeb finansowych w grupie osób ćwiczących i niećwiczących

	N	Mean	SD	Min	Q25	Q50	Q75	Max
Ćwiczą	109	4.253	0.697	2.38	3.88	4.25	4.75	5.88
Nie ćwiczą	82	4.087	0.583	2.75	3.88	4.06	4.5	5.25

Źródło: badania własne.

IJZ.części.skala.Socjoekonomiczna vs. Grupa.ćwiczący



Rycina 5. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia z przyjaciół, wykształcenia i potrzeb finansowych w grupie osób ćwiczących i niećwiczących

Źródło: badania własne.

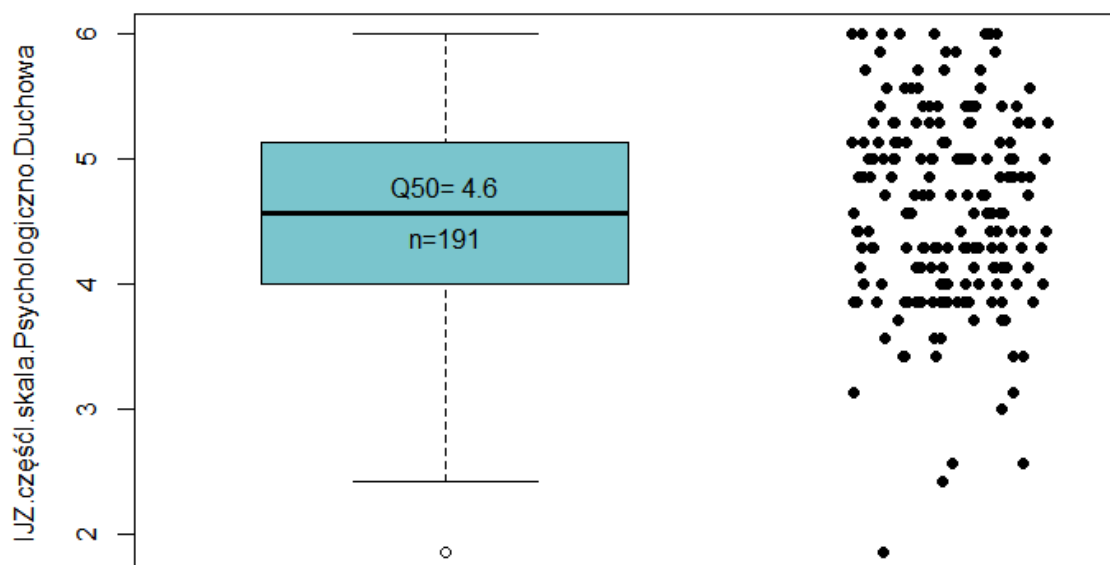
Osoby ćwiczące mają statystycznie istotnie wyższe wyniki poczucia zadowolenia z przyjaciół, wykształcenia i potrzeb finansowych (Jednostronny test Wilcozona, $W = 5188.00$, $p < 0.0283$) niż osoby niećwiczące. Wynika więc z tego stwierdzenie, że osoby ćwiczące są bardziej zadowolone z wykształcenia, posiadania przyjaciół, wsparcia emocjonalnego od osób nie będących członkami rodziny, z sąsiedztwa oraz potrzeb finansowych. Poprzez uczestniczenie w różnych programach zajęć ruchowych pobudzona zostaje sfera uczuciowa i emocjonalna względem innych osób, chęć poznania i utrzymywania kontaktów międzyludzkich. Aktywność fizyczna i ćwiczenia nie są postrzegane jako rzecz naganna, natomiast w środowisku odbierane są jako element pozytywny. Ogólna świadomość odbioru uprawiania ćwiczeń fizycznych i aktywności fizycznej odbierana jest pozytywnie przez grupę społeczną.

Tabela 6. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia ze stanu psychologiczno – duchowego wszystkich osób badanych

Nazwa	N	Mean	SD	Min	Q25	Q50	Q75	Max
IJZ część I skala Psychologiczno-duchowa	191	4.594	0.768	1.86	4	4.57	5.14	6

Źródło: badania własne.

Boxplot zmiennej: IJZ.częśćI.skala.Psychologiczno.Duchowa



Rycina 6. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia ze stanu psychologiczno – duchowego wszystkich osób badanych

Źródło: badania własne.

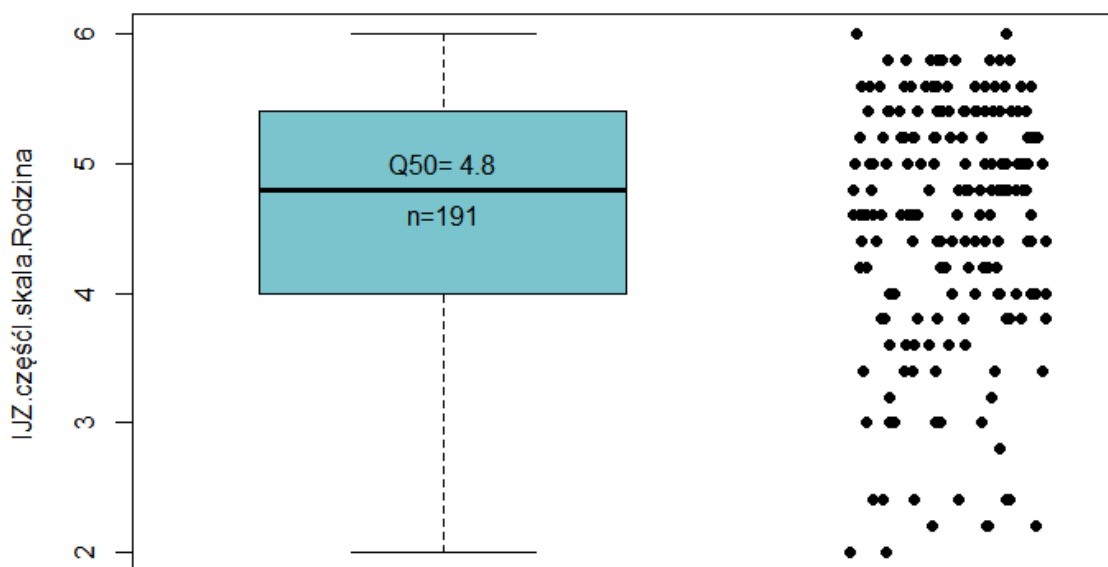
W poczuciu zadowolenia ze stanu psychologiczno – duchowego osoby badane osiągnęły wyniki od $Q_{25}=4.0$ do $Q_{75}=5.14$, co wskazuje na fakt, iż osoby te są zadowolone w obszarze swojego stanu psychologiczno-duchowego. Kobiety i mężczyźni uzyskały podobne wyniki, jak również osoby ćwiczące i niećwiczące. Potwierdza się tu spostrzeżenie, że duchowe aspekty życia i aktywność fizyczna, działalność sportowa nie są ze sobą związane.

Tabela 7. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia z rodziny wszystkich osób badanych

Nazwa	N	Mean	SD	Min	Q25	Q50	Q75	Max
IJZ część I skala Rodzina	191	4.557	0.953	2	4	4.8	5.4	6

Źródło: badania własne.

Boxplot zmiennej: IJZ.częśćI.skala.Rodzina



Rycina 7. Statystyki opisowe dla poczucia zadowolenia z rodziny wszystkich osób badanych

Źródło: badania własne.

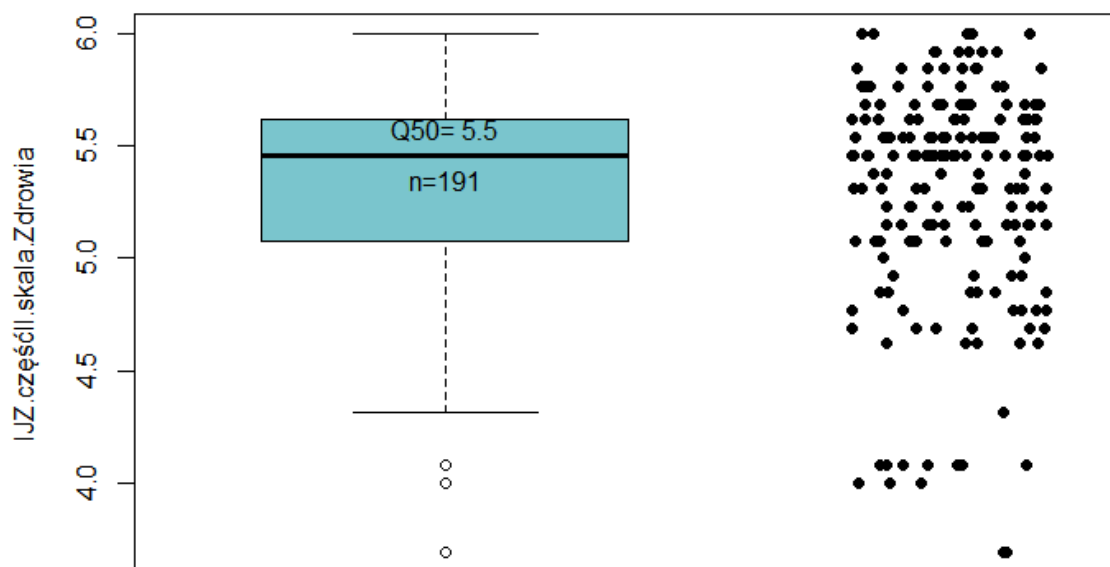
Zadowolenie z wartości rodzinnych zawsze plasuje się na dość wysokiej wartości, szczególnie dotyczy to relacji z dziećmi oraz ze współmałżonkiem. Zadowolenie w zakresie wartości rodzinnych jest takie samo u kobiet i mężczyzn, również nie ma różnic u osób ćwiczących i niećwiczących. Podobnie jak w poprzedniej skali, wartości rodzinne nie są związane z aktywnością fizyczną. Reasumując w poczuciu zadowolenia z życia osoby badane osiągnęły dość wysoki wskaźnik (Q50=5.46), co wynika z ich uczestniczenia w zorganizowanych zajęciach przeznaczonych dla osób w odpowiednim przedziale wiekowym.

Tabela 8. Statystyki opisowe dla poczucia ważności zdrowia wszystkich osób badanych

Nazwa	N	Mean	SD	Min	Q25	Q50	Q75	Max
IJZ część II skala Zdrowia	191	5.282	0.485	3.69	5.08	5.46	5.62	6

Źródło: badania własne.

Boxplot zmiennej: IJZ.częśćII.skala.Zdrowia



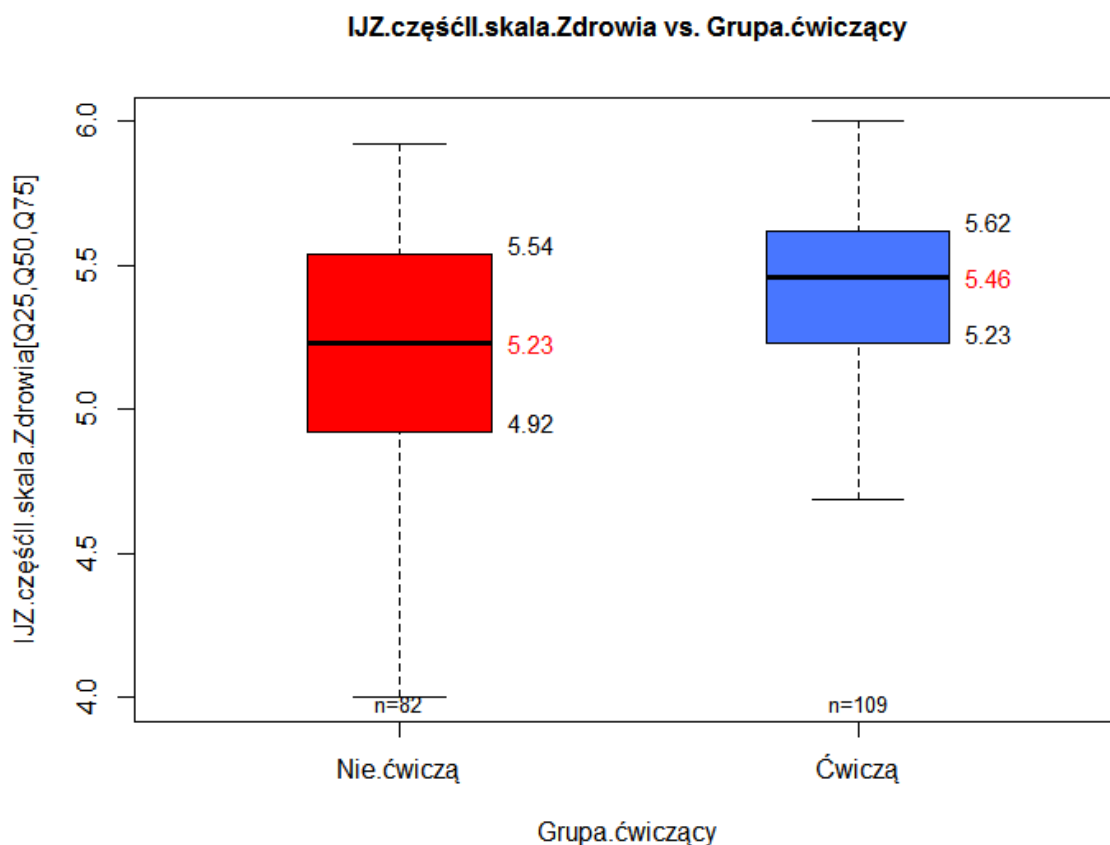
Rycina 8. Statystyki opisowe dla poczucia ważności zdrowia wszystkich osób badanych
Źródło: badania własne.

Ogólnie osoby badane uzyskały wyniki wyższe w poczuciu ważności niż w poczuciu satysfakcji. W poczuciu ważności zdrowia osoby badane osiągnęły wynik $Q50=5.46$ i był to wyższy wynik niż w poczuciu zadowolenia ze zdrowia. Podobnie jak w poczuciu zadowolenia ze zdrowia kobiety i mężczyźni mieli podobne wyniki. Porównując poczucie zadowolenia ze stanu zdrowia i poczucie ważności zdrowia w życiu badanych, ważność aspektów zdrowotnych zajmuje wyższą pozycję niż zadowolenie ze zdrowia.

Tabela 9. Statystyki opisowe dla poczucia ważności zdrowia w grupie osób ćwiczących i niećwiczących

	N	Mean	SD	Min	Q25	Q50	Q75	Max
Ćwiczą	109	5.388	0.404	4.08	5.19	5.46	5.62	6
Nie ćwiczą	82	5.141	0.547	3.69	4.92	5.23	5.54	5.92

Źródło: badania własne.



Rycina 9. Statystyki opisowe dla poczucia ważności zdrowia w grupie osób ćwiczących i niećwiczących

Źródło: badania własne.

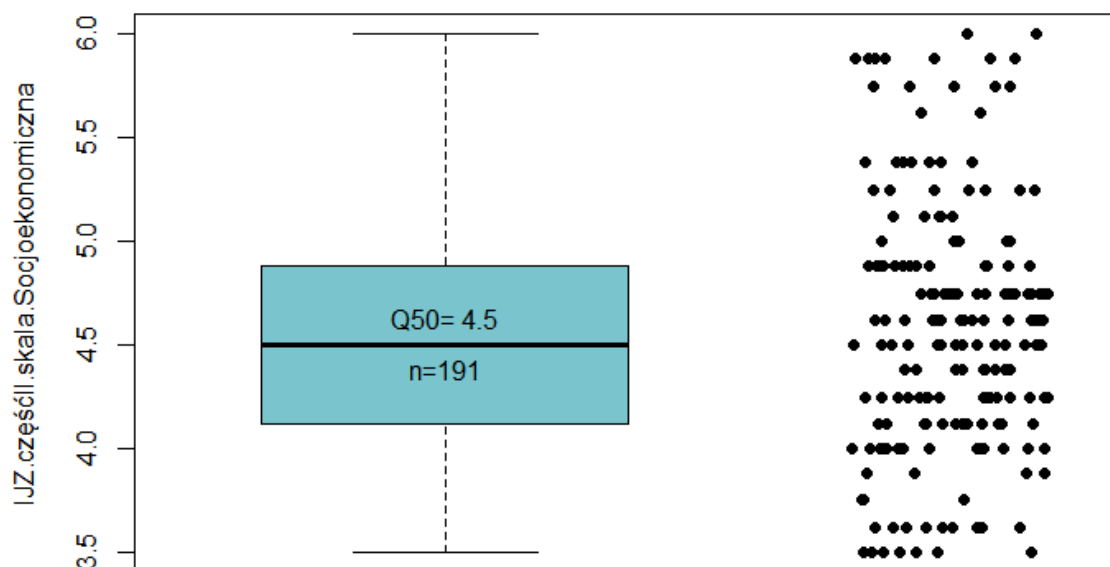
Podobnie jak w przypadku poczucia zadowolenia ze zdrowia, stwierdzamy statystycznie istotnie wyższy wynik u osób ćwiczących (Test Wilcoxona, $W = 5689.00$, $p < 0.0012$). Dla osób ćwiczących wartości zdrowia, takie jak opieka zdrowotna, zdolność do samoobsługi bez pomocy innych, kontrola nad własnym ciałem czy czas wolny odgrywają ważną rolę.

Tabela 10. Statystyki opisowe dla poczucia ważności przyjaciół, wykształcenia i potrzeb finansowych wszystkich osób badanych

Nazwa	N	Mean	SD	Min	Q25	Q50	Q75	Max
IJZ część II skala Socjoekonomiczna	191	4.567	0.622	3.5	4.12	4.5	4.88	6

Źródło: badania własne

Boxplot zmiennej: IJZ.częśćII.skala.Socjoekonomiczna



Rycina 10. Statystyki opisowe dla poczucia ważności przyjaciół, wykształcenia i potrzeb finansowych wszystkich osób badanych

Źródło: badania własne.

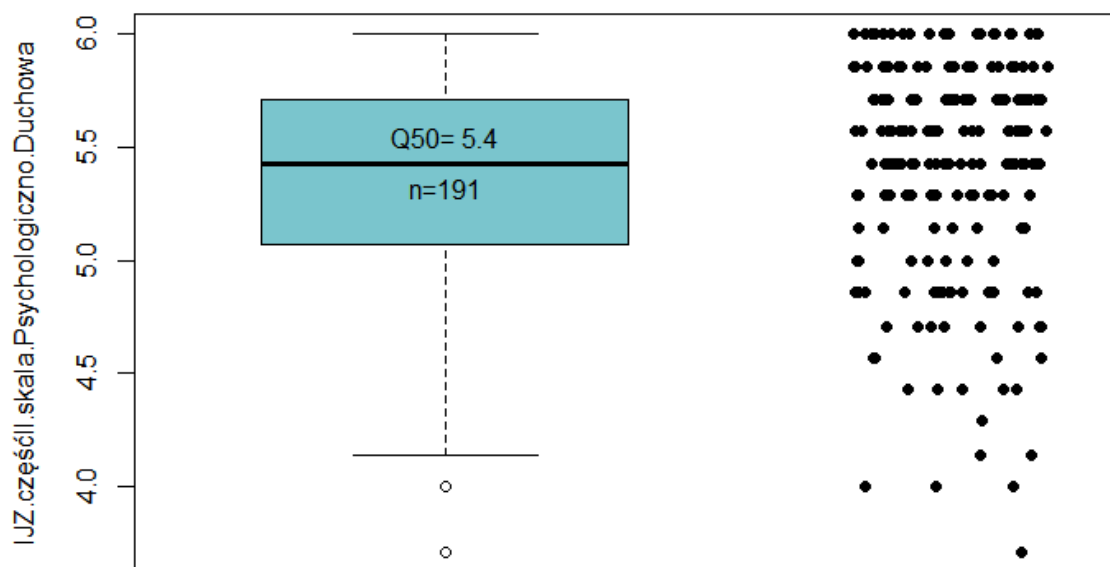
Poczucie zadowolenia z przyjaciół, wykształcenia i potrzeb finansowych u osób badanych jest również wyższe niż poczucie ważności tych czynników. W przeciwieństwie do poczucia zadowolenia z tych wskaźników, nie istnieje różnica w zakresie płci. Oznacza to, że ważność socjoekonomiczna jest taka sama, ale poczucie zadowolenia i satysfakcji z tych czynników jest różne u kobiet i u mężczyzn. Poczucie ważności przyjaciół, wykształcenia i potrzeb finansowych nie różni się u osób ćwiczących i niećwiczących, inaczej niż to było w poczuciu zadowolenia. Wynik ten wskazuje również na podobne zjawisko innej oceny środowiska socjoekonomicznego. Osoby te uważają te czynniki za istotne, natomiast osoby ćwiczące osiągają wyższe wartości samozadowolenia.

Tabela 11. Statystyki opisowe dla poczucia ważności stanu psychologiczno – duchowego wszystkich osób badanych

Nazwa	N	Mean	SD	Min	Q25	Q50	Q75	Max
IJZ część II skala Psychologiczno-Duchowa	191	5.379	0.496	3.71	5	5.43	5.71	6

Źródło: badania własne.

Boxplot zmiennej: IJZ.częśćII.skala.Psychologiczno.Duchowa



Rycina 11. Statystyki opisowe dla poczucia ważności stanu psychologiczno – duchowego wszystkich osób badanych

Źródło: badania własne

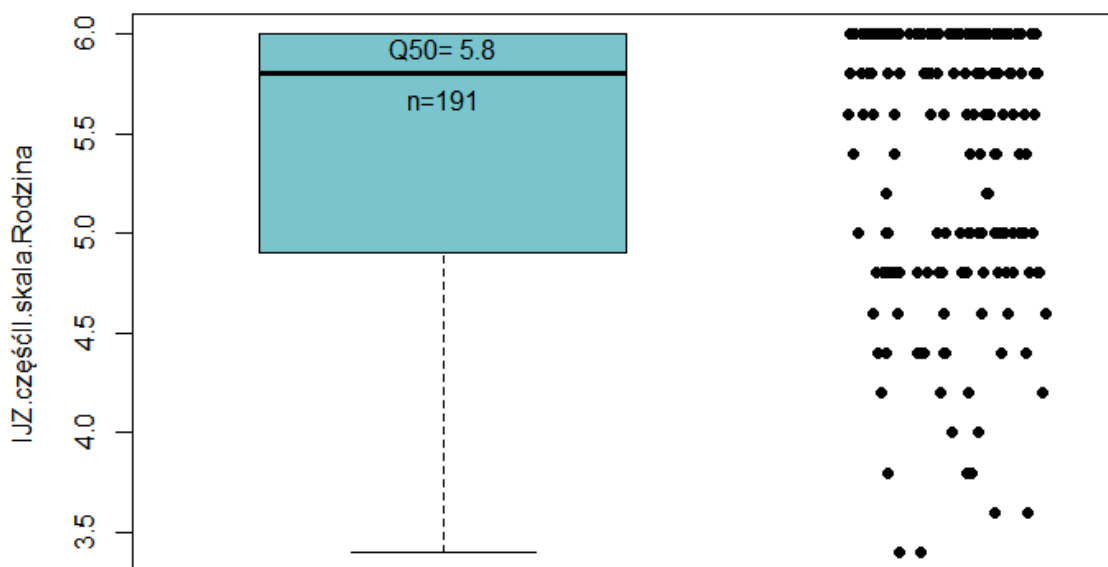
Poczucie zadowolenia i satysfakcji oraz poczucie ważności stanu psychologiczno – duchowego badanych osób mają podobną ocenę. Nie stwierdzamy również różnic w zakresie płci i w zakresie aktywności fizycznej. I jak zaznaczono na początku wynik w Części II (Ważności) jest wyższy niż w Części I (Satysfakcji), co oznacza, że poczucie ważności zajmuje wyższy wskaźnik niż poczucie zadowolenia i satysfakcji ze stanu psychologiczno – duchowego.

Tabela 12. Statystyki opisowe dla poczucia ważności rodziny wszystkich osób badanych

Nazwa	N	Mean	SD	Min	Q25	Q50	Q75	Max
IJZ część II skala Rodzina	191	5.413	0.671	3.4	4.8	5.8	6	6

Źródło: badania własne.

Boxplot zmiennej: IJZ.częśćII.skala.Rodzina



Rycina 12. Statystyki opisowe dla poczucia ważności rodziny wszystkich osób badanych
Źródło: badania własne.

Poczucie ważności rodziny jest wyższe niż poczucie zadowolenia z niej. Nie występuje różnica w zakresie płci i w zakresie aktywności fizycznej. Reasumując, poczucie ważności czterech czynników: zdrowie, wskaźnik socjoekonomiczny, stan psychologiczno – duchowy, rodzina jest dużo wyższe niż poczucie zadowolenia z nich (Q50=5.18 vs. Q50=4.4). Wyniki te wskazują na istotną wartość oceny Indeksu Jakości Życia w Części II (Ważności).

Podsumowanie i wnioski

Zorganizowane działania na rzecz zdrowia społeczeństwa skupiają się na podniesieniu poziomu wiedzy odnośnie zdrowia, z uwzględnieniem tych jego determinantów, które wynikają ze stylu życia (Drabik 2010). Postęp w naukach medycznych sprawił, że wzrosła długość życia. Równocześnie wszystkie badania wskazują na związki aktywności fizycznej ze zdrowiem. Ono z kolei postrzegane jest jako podstawowy składnik jakości życia.

Poprawa zdrowia osiągnana m.in. poprzez zwiększenie aktywności fizycznej to pozytywna zmiana jakości życia. Zdrowie to wartość nadrzędna, pozwalająca poprawiać jakość życia, realizować swoje zamierzenia. Projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006 – 2015 wskazuje poprawę sprawności fizycznej jako główny element działania w zakresie promocji zdrowia (Niedzielska 2012). Aktywność fizyczna jest zdecydowanie jednym z najważniejszych składników zdrowego trybu życia. Udowodniono, że

systematyczna aktywność fizyczna oddziałuje bezpośrednio na funkcjonowanie poszczególnych układów ustroju. Jej głównym celem jest zachowanie dobrego zdrowia, obniżenie ryzyka zachorowań na choroby cywilizacyjne wynikające z braku ruchu oraz zwalczanie powikłań tych chorób jeśli te już się pojawiły (Alencar i wsp. 2009).

Dlatego do oceny następstw chorób wprowadzono również ocenę jakości życia. Jakość życia jest aktualnie istotnym i stosowanym równolegle z oceną kliniczną oraz funkcjonalną wyznacznikiem skuteczności terapii, powszechnie stosowanym podczas testowania nowych metod leczniczych wielu schorzeń (Górna i wsp. 2001). W ten sposób każda forma uczestnictwa w kulturze fizycznej, każdy rodzaj aktywności fizycznej, poprawa indywidualnej sprawności fizycznej jest pożądana z punktu widzenia konstruowania i realizacji programów prozdrowotnych. Główne motywy podejmowania aktywności fizycznej przez osoby starsze to poprawa i doskonalenie sprawności fizycznej, poprawa samopoczucia, poprawa zdrowia, chęć przebywania w grupie (Nowak 2008). Sprawy bytowe – praca, zaspokojenie potrzeb finansowych, rozrywka – w skali ważności i zadowolenia z jakości życia nie przekładają się na aktywność fizyczną osób w wieku emerytalnym.

Na podstawie definicji jakości życia sformułowanej przez WHO, w 1997 roku Saxena i Orley wyodrębnili czynniki, które składają się na jakość życia jednostki, a są to: zdrowie fizyczne, stan psychiczny, stopień niezależności, relacje z innymi ludźmi oraz środowisko, w jakim żyje dana osoba. Do oceny tych wskaźników wykorzystuje się różnego rodzaju skale, np. SF-36 (za: Tylka i wsp. 2009), Index jakości życia Ferrans i Powers w wersji generic (Ferrans i wsp. 1992), Nottingham Health Profile (NHP) (Freelove-Charton 2007) czy też World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL) (WHO 1993, Farquhar 2001, Benedict 2005). W oparciu o nie buduje się nowoczesne programy interwencyjne, mające na celu kształtowanie zachowań zdrowotnych, wpływających na jakość życia. Właściwe zachowania zdrowotne mają służyć pomnażaniu, względnie jak najdłuższemu utrzymaniu zdrowia.

Bibliografia

- Alencar N., Bezerra J.C.P., Dantas E. H. M. (2009): *Evaluation of the levels of physical activity, functional autonomy and quality of life of elderly women members of the family health program*. W: Fitness & Performance Journal. Vol. 8, Dostępny w Internecie: http://www.fpjjournal.org.br/en_index.php.
- Benedict R.H., Wahlig E., Bakshi R., Fishman I., Munschauer F., Zivadinov R., Weinstock-Guttman B. (2005): *Predicting quality of life in multiple sclerosis: accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behaviour change*. J. Neurol. Sci. 231: 29-34.
- Brzeziński T., (2002): *Etyka lekarska*. Warszawa.
- Campbell A. (1976): *Subjective measures of well-being*. Am. Psychol. 31, 117-124.
- Chudzicka A. (1995): *Subiektywny obraz świata i obraz siebie jako kategorie pomiaru jakości życia osób bezrobotnych oraz ich oczekiwania wobec klubu pracy* [W:] Bańka A., Derbis R. (red.), *Pomiar i poczucia jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Wyd. UAM i WSP, Poznań-Częstochowa, 87-96.
- Copleston F. (1998): *Historia filozofii*. t. 1 – Grecja i Rzym, Warszawa
- Czapiński J., Panek T. (red.) (2011): *Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego. Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie.

- Dalkey N.C., Rourke D.L. (1972): *The Delphi procedure and rating quality of life factors*. Univ. California LA.
- De Walden-Gałuszek K. (1997): *Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia*. [W:] Meyza J (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa.
- Drabik J., Resiak M. (2010): *Styl życia w promocji zdrowia*. AWFis, Gdańsk
- Farquhar M., (1995): *Definitions of quality of life: a taxonomy*. J AdvNurs, 22(3).
- Farquhar M. (2001): *Jakość życia w naukach medycznych*. [W:] Melosik (red.), *Młodość, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*. Wyd WOLUMIN, Poznań, 216.
- Ferrans C. E., Powers M. J. (1992): *Psychometric assessment of the quality of life index*. Research in Nursing & Health, vol. 15.
- Flanagan J. C. (1982): *Measurement of quality of life: current state of the art*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 63, 56-59.
- Fox K., Stathi A., McKenna J., Davis M. (2007): *Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project*. European Journal of Applied Physiology 1 (100).
- Freelove-Charton J., Bowles H., Hooker S. (2007): *Health-Related Quality of Life by Level of Physical Activity in Arthritic Older Adults With and Without Activity Limitations*. Journal of Physical Activity & Health, vol. 4.
- Górna K., Suwalska A. (2001): *Badania jakości życia w psychiatrii*. [W:] Wołowicka L. (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 158-176.
- Jaracz K. (2001): *Sposoby ujmowania pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji*. Pielęg. Pol. 2(12), 219-226.
- Kowalik S. (1995): *Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne*. [W:] Bańka A, Derbis R (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych*. Wyd UAM i WSP, Poznań–Częstochowa.
- Kowalik S., Ratajska A., Szmaus A. (2001): *W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia*. [W:] Wołowicka L. (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. 13-16.
- Michalos A. C. (2007): *Essays on the Quality of Life*. Springer-Verlag GmbH.
- Niedzielska E. (2012): *Zajęcia fitness a jakość życia kobiet w okresie około menopauzalnym*. Rozprawa doktorska. AWF Warszawa.
- Nowak A., Wieczorek S. (2010): *Aktywność fizyczna osób w podeszłym wieku*. Rehabilitacja w Praktyce, 4.
- Papuć E., (2011): *Quality of life-definitions and different types of approach*. Curr Probl Psychiatry 12 (2), 141-145.
- Rybczyńska D. (1995): *Jakość życia pokolenia wstępującego*. Wyd. WSP, Zielona Góra.
- Tobiasz-Adamczyk B. (1996): *Jakość życia w naukach społecznych i medycynie*. Sztuka Leczenia 2, 33-40.
- Seligman M.E.P. (2008): *Positive Health*. Applied Psychology: An International Review, 57, 3-18.

- Stamatakis E., Hamer M., Lawlor D.A. (2009): *Physical Activity, Mortality, and Cardiovascular Disease: Is Domestic Physical Activity Beneficial?* American Journal of Epidemiology 10 (169), 1191-1200.
- Torrance G.W. (1987): *Utility approach to measuring health-related quality of life.* J. Chronic Dis. 40, 6-11.
- Trzebiatowski J. (2011): *Quality of life in the perspective of social and medical sciences – classification of definitions.* Hygeia Public Health 46 (1), 25-31.
- Tylka J., Piotrowicz R. (2009): *Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska.* Kardiologia Pol, 67, 1166-1169.
- WHO Constitution (1946): *WHO.* Geneva. Switzerland.