

Czy dolegliwości reumatyczne istotnie ograniczają sprawność po 60. roku życia?

Wyniki ogólnopolskiego badania epidemiologicznego

Bożena Moskalewicz¹, Paweł Goryński², Bogdan Wojtyniak²

1 Instytut Reumatologii im. Eleonory Reicher, Warszawa

2 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

SŁOWA KLUCZOWE STRESZCZENIE

choroby reumatyczne, epidemiologia, sprawność funkcjonalna, wiek starszy

WPROWADZENIE Opieka medyczna skupiona na utrzymaniu sprawności chorego w starszym wieku zwiększa szanse jego niezależności osobistej i udziału w życiu społecznym, sytuując się w nurcie wyrównywania szans w polityce społecznej.

CELE Celem pracy była ocena sprawności fizycznej Polaków i dynamiki sprawności w perspektywie pokoleniowej oraz oszacowanie związku między dolegliwościami (objawami) reumatycznymi a zmniejszeniem sprawności funkcjonalnej osób po 60. roku życia.

PACJENCI I METODY W pracy przedstawiono wyniki ogólnopolskiego badania epidemiologicznego. Badanie reprezentatywne na próbie losowej dorosłych Polaków dotyczące dolegliwości i chorób reumatycznych zostało zrealizowane w 2002 roku. Badaniem ankietowym (przy pomocy przeszkolonych profesjonalnych ankieterów) objęto 4017 osób.

WYNIKI U mieszkańców Polski istotne pogorszenie sprawności następuje po ukończeniu 40. roku życia i zwiększa się nadal po 60. roku życia. Negatywna ocena własnej sprawności funkcjonalnej u osób chorujących na choroby reumatyczne sięga 70% badanej grupy po 60. roku życia. Badani likwidują dysonans poznawczy, porównując się z rówieśnikami. To wyjaśnia, dlaczego co drugi chory uważa się za osobę wystarczająco sprawną jak na swój wiek. Na niską ocenę sprawności istotnie statystycznie wpływa świadomość przewlekłej choroby stawów. Wykształcenie zwiększa szanse utrzymania sprawności do lat najstarszych. W grupie osób starszych celową aktywność fizyczną (ćwiczenia „dla zdrowia”) częściej podejmują mężczyźni niż kobiety.

WNIOSKI Skuteczne zapobieganie niedołężności, która pojawi się w starszym wieku, stanie się powinnością indywidualnych osób, systemu medycznego i polityki społecznej. Temu celowi warto podporządkować upowszechnienie informacji o korzyściach wynikających z celowej aktywności fizycznej, znaczeniu uświadomienia sobie przez pacjenta własnej choroby, a także przesunięciu czasu interwencji na pokolenie w średnim wieku.

WPROWADZENIE Optymalne strategie opieki medycznej w przewlekłych chorobach reumatycznych to zapobieganie niesprawności funkcjonalnej, a tym samym pogorszeniu jakości życia.¹ Sprawność funkcjonalna jest najważniejszym aspektem niesprawności spowodowanej przez reumatoidalne zapalenie stawów.² W krótkim czasie niesprawność stwierdzana przez chorego przechodzi w fazę inwalidztwa prawnego.³

Dążenia realizatorów projektów związanych z pomyslnym starzeniem ogniskują się wokół utrzymania przez osoby starsze osobistej niezależności i udziału w życiu społecznym, a więc zainteresowania otoczeniem, żywotności, dobrej pamięci, wzroku i słuchu.⁴ Bardzo duże znaczenie przypisuje się sile mięśniowej, która z wiekiem ulega fizjologicznemu zmniejszeniu, a w efekcie dużej częstości występowania chorób reumatycznych

Adres do korespondencji:
dr n. hum. Bożena Moskalewicz,
Instytut Reumatologii
im. prof. Eleonory Reicher,
ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa,
tel.: 022-844-66-33,
fax: 022-646-67-88,
e-mail: epidreuma@ir.ids.pl
Pol Arch Med. Wewn. 2008;
118 (Suppl): 31-35
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2008

– również osłabieniu spowodowanemu chorobą.⁵ Tak więc na procesy związane z upływającymi latami życia nakładają się skutki powszechnie występujących nieurazowych chorób układu ruchu. Zakładając, że zwiększenie liczby osób >60. roku życia będzie następowało zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego, jesteśmy zobligowani do przemyślenia następstw zdrowotnych i społecznych czekających nas zmian w strukturze wieku ludności.⁶

Celem podjętej pracy jest ocena sprawności fizycznej Polaków i dynamiki sprawności w perspektywie pokoleniowej oraz oszacowanie związku między dolegliwościami reumatycznymi a pogorszeniem sprawności funkcjonalnej u osób w starszym wieku.

PACJENCI I METODY Dane dotyczące sprawności zaczerpnięto z badania epidemiologicznego „Nasze zdrowie. Nasze dolegliwości”, którego celem było ustalenie częstości występowania przewlekłych dolegliwości i chorób układu ruchu wśród mieszkańców Polski (Warszawa 2002, niepublikowany raport z epidemiologicznego badania przesiewowego). Projekt ten został zrealizowany w 2002 roku przez Zakład Epidemiologii Chorób Reumatycznych Instytutu Reumatologii, Państwowy Zakład Higieny i Polską Akademię Nauk. Próba losowa z 29 mln dorosłych mieszkańców Polski w podziale terytorialnym odzwierciedla strukturę wieku i płci ludności naszego kraju. Przeszkoleni profesjonalni ankieteryzy przebadali ogółem 4017 osób. Pytania o dolegliwości i choroby poprzedzono blokiem pytań dotyczących samooceny sprawności ruchowej i subiektywnej oceny stanu zdrowia.

W analizie uwzględniono pytania dotyczące samooceny sprawności fizycznej i sprawności ruchowej w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku, częstości wykonywania ćwiczeń gimnastycznych lub uprawiania sportu, a także informacje na temat wieku, płci, wyliczonej nadwagi i wykształcenia. W analizach połączono kategorie odpowiedzi, tworząc zmienne dwukategoryjne o wartościach „0” i „1”, przy czym jako 1 oznaczono sytuację niekorzystną, np. gorszą ocenę zdrowia lub sprawności fizycznej albo niższy poziom wykształcenia lub nadwagę. Tego typu podejście umożliwiło stworzenie prostszego opisu związków między zmiennymi i umożliwiło przeprowadzenie analizy regresji logistycznej będącej próbą wyjaśnienia, od czego i w jakim stopniu zależy wynik samooceny sprawności fizycznej.

WYNIKI Pozytywna ocena sprawności w populacji ogólnej Medyczna ocena zdrowia koreluje bardzo silnie z samooceną wyrażaną w badaniu ankietowym. Z odpowiedzi udzielonych na pytanie: „Jak ogólnie biorąc ocenia P. swoje zdrowie: czy jest ono bardzo dobre/raczej dobre/ani dobre, ani złe – takie sobie/raczej złe/bardzo złe” zadane w badaniu „Nasze zdrowie. Nasze dolegliwości” wiadomo, że bardzo dobrze ocenia swoje zdrowie 25% Polaków >39. roku życia i tylko 2% osób

najstarszych, >60. roku życia. Należy jednak zauważyć, że czasem przełomu, przejścia do zdrowotnej defensywy nie jest wchodzenie w wiek emerytalny – największe negatywne zmiany odnotowuje się u 40- i 50-latków.

Ogólne pytanie o sprawność funkcjonalną brzmi: „Jak P. ocenia swoją ogólną sprawność ruchową? Chodzi o możliwości poruszania się, chodzenia, schylania się itd. Można wybrać jedną z czterech odpowiedzi: bardzo dobrze/raczej dobrze/raczej złe/bardzo złe.” W interesującej nas grupie wiekowej – >60. roku życia – dobrze i bardzo dobrze ocenia swoją sprawność ruchową 43% kobiet i 51% mężczyzn. Wyniki badania ujawniają niekorzystny obraz możliwości fizycznych najstarszych kobiet w porównaniu z relatywnie lepszym poczuciem sprawności u najstarszych mężczyzn. W grupie osób najstarszych stan zdrowia wyjaśnia ich sprawność ruchową, natomiast drugą zmienną wyjaśniającą jest wykształcenie. Osoby, które ukończyły tylko szkołę podstawową, niemal dwukrotnie częściej oceniają swoją sprawność fizyczną jako złą.⁷

Subiektywna ocena sprawności ruchowej wynikająca z odpowiedzi na pytanie: „Jak P. ocenia swoją sprawność ruchową w porównaniu z innymi ludźmi w P. wieku?” jest bardziej optymistyczna niż ogólna ocena sprawności. Im starszy wiek badanych, tym poczucie sprawności w porównaniu z rówieśnikami lepsze. Niemniej jednak różnica między samooceną kobiet i mężczyzn >60. roku życia nadal się utrzymuje, bo tylko 62% kobiet i aż 68% mężczyzn dobrze lub bardzo dobrze ocenia swoją sprawność w porównaniu z rówieśnikami.

Problem otyłości definiowanej jako wskaźnik masy ciała ≥ 30 można interpretować również jako systematyczne i długotrwałe obciążenie stawów, rodzaj przewlekłego urazu. Otyłość istotnie wpływa na pogorszenie samooceny sprawności tylko w najstarszej grupie otyłych kobiet, w której odnotowuje się zaledwie 55% pozytywnych ocen sprawności.⁸

Regularnie „dla zdrowia” ćwiczy 20% najstarszych mężczyzn i 14% najstarszych kobiet. Paradoksalnie wykształcenie średnie i wyższe wpływa pozytywnie na częstość (30%) celowej aktywności fizycznej u mężczyzn, natomiast negatywnie na wielkość grupy zwolenniczek regularnej gimnastyki, których jest wśród wykształconych kobiet zaledwie 12%.

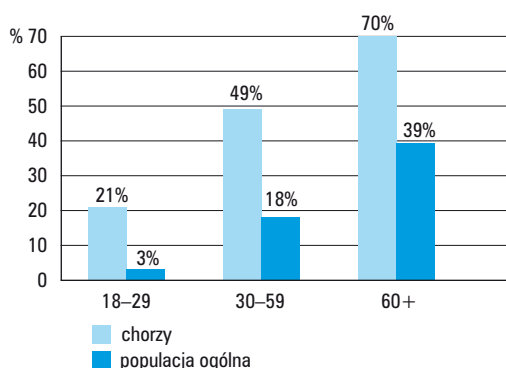
Samoocena bezwzględna sprawności W TABELI 1 przedstawiono różnicę w częstości dobrej samooceny sprawności funkcjonalnej w najstarszej grupie wiekowej u osób z ukończoną szkołą podstawową (41% sprawnych) i mających wykształcenie wyższe lub co najmniej średnie (63% sprawnych). Interesująco wygląda również dynamika zmniejszania się liczby sprawnych osób wraz z wiekiem w tych 2 grupach wykształcenia.

Poczucie sprawności osób wyżej wykształconych utrzymuje się w wieku średnim i wyraźnie wolniej zmniejsza się w grupie najstarszych badanych. W grupie osób z wykształceniem

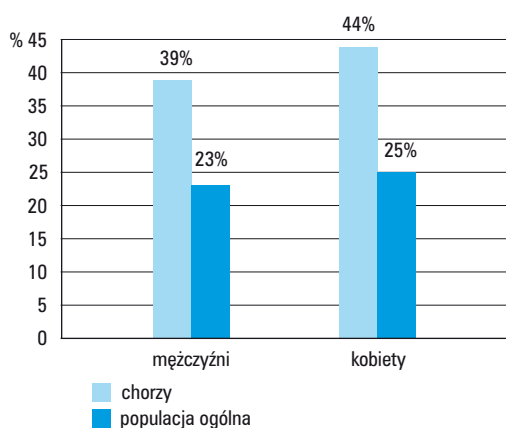
TABELA 1 Samoocena sprawności funkcjonalnej i wykształcenie

wiek	% sprawnych	
	średnie i wyższe	podstawowe
60 i więcej	96	93
40–59	80	64
18–39	63	41

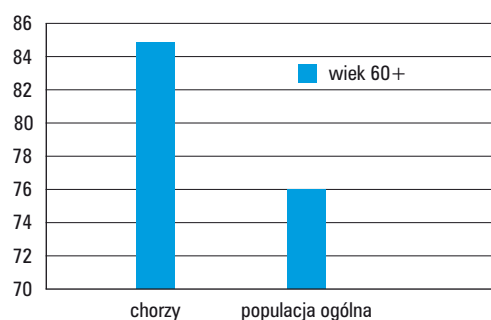
RYCINA 1



RYCINA 2



RYCINA 3



podstawowym ocena własnej sprawności ulega załamaniu już >40. roku życia.

Niesprawność w grupie osób z objawami reumatycznymi Negatywna ocena własnej sprawności w grupach osób z objawami reumatycznymi od najmłodszych do najstarszych dotyczy 21%, 49% i 70% każdej grupy wiekowej.

Natomiast badani w populacji ogólnej, od najmłodszej do najstarszej grupy wiekowej, oceniają swoją sprawność jako złą na poziomie 3%, 18% i 37%.

Na **RYCINIE 1** przedstawiono nasilającą się z wiekiem tendencję do częstszego deklarowania

niesprawności w grupie chorych w porównaniu z całą grupą badanych. W interesującej nas najstarszej grupie wiekowej wśród chorych kobiety są niesprawne częściej (71%) niż mężczyźni (67%). Dla porównania wśród osób uznających się za zdrowe w podziale według płci kobiety również obciążone są większym prawdopodobieństwem niesprawności (39%) niż mężczyźni (36%).

Sprawność funkcjonalna przewlekle chorych Ogólna samoocena sprawności u osób ze zdiagnozowaną chorobą stawów wypada wybitnie niekorzystnie na tle wszystkich ankietowanych osób. W najmłodszej grupie wiekowej negatywna ocena sprawności wypada aż siedmiokrotnie gorzej (niesprawni wśród wszystkich ankietowanych – 3%, niesprawni wśród chorych – 21%). Osoby w średnim wieku oceniają negatywnie swoją sprawność 3-krotnie częściej (wszyscy ankietowani – 17%, chorzy – 49%). Wreszcie negatywną ocenę sprawności w grupie osób >60. roku życia wystawiają 2 razy częściej osoby chore niż zdrowe (wszyscy ankietowani – 39%, osoby chore – 70%).

Gdy natomiast pytamy o sprawność w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku, osoby z dolegliwościami z najmłodszej grupy wiekowej wypadają 4-krotnie gorzej. Po 40. roku życia następuje stabilizacja i „chorzy” uważają się za mniej sprawnych tylko 2 razy częściej niż inni badani.

Poczucie sprawności pogarsza się wraz z wiekiem,^{5,6} ale dopiero w najstarszej grupie pojawia się wyraźna różnica między kobietami i mężczyznami (na korzyść mężczyzn). 25% osób >60. roku życia utrzymuje, że są mniej sprawne niż ich rówieśnicy (**RYCINA 2**). Obserwujemy ponadto, że niemal połowa kobiet i mężczyzn cierpiących z powodu dolegliwości stawów deklaruje pogorszenie sprawności (mężczyźni – 39%, kobiety – 44%) w porównaniu ze swoimi rówieśnikami w wieku ≥60 lat.

Ćwiczenia dla zdrowia W najstarszej grupie wiekowej zajęcia gimnastyczne lub sport są podejmowane przez mężczyzn dość często – niemal co piąty z nich uczestniczy w zajęciach usprawniających. Ćwiczy więcej mężczyzn zdrowych (22%) niż chorych (18%). Znacznie rzadziej niż mężczyźni ćwiczą starsze kobiety: 17% zdrowych i 13% chorych. Ogólna zmiana na gorsze w podejściu do kinezyterapii wywołana dolegliwościami reumatycznymi jest niewielka i przebiega podobnie u obydwu płci. Udział osób gimnastykujących się zmniejsza się z wiekiem, ale w grupie chorych wolniej (11%) niż wśród ogółu badanych (16%).

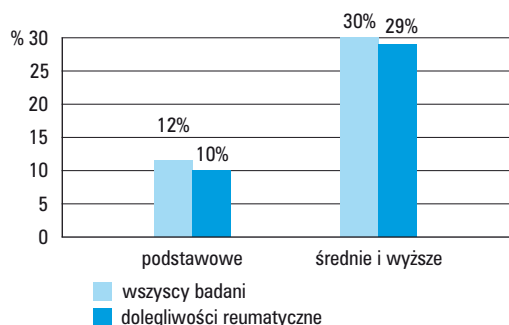
Rezygnacja z aktywności fizycznej Liczba dorosłych Polaków, którzy nie ćwiczą, zwiększa się z wiekiem (**RYCINA 3**).

Chorzy z najstarszej grupy wiekowej znacznie rzadziej niż osoby zdrowe uczestniczą w ćwiczeniach gimnastycznych, a postępujące z wiekiem zmniejszenie liczby osób ćwiczących jest bardzo wyraźne.

TABELA 2 Samoocena sprawności funkcjonalnej a wybrane zmienne wyjaśniające wg wieku respondenta

zmienne	iloraz szans	przedział ufności	
wiek do 39 lat			
choroba reumatyczna, autodiagnoza	4,70	3,00	7,37
wykształcenie	1,87	1,20	2,91
wiek 40–59 lat			
choroba reumatyczna, autodiagnoza	2,73	2,13	3,50
wykształcenie	2,16	1,69	2,75
otyłość	1,75	1,32	2,31
wiek 60 i więcej			
choroba reumatyczna, autodiagnoza	2,96	2,20	3,98
wykształcenie	2,43	1,73	3,41
otyłość	1,89	1,34	2,66

RYCINA 4



Brak wykształcenia działa ograniczająco na podejmowanie aktywności fizycznej zarówno w grupie osób chorych, jak i w populacji ogólnej (RYCINA 4).

Próba oceny uwarunkowań sprawności funkcjonalnej Analiza regresji logistycznej wskazuje na bardzo silny związek samooceny stanu zdrowia i samooceny sprawności funkcjonalnej. Pozostałe zmienne, mające wyraźny wpływ na ocenę własnej sprawności funkcjonalnej, przedstawiono w TABELI 2.

Interesujące, że w grupie osób >60. roku życia na ocenę własnej sprawności wpływają znacząco: przede wszystkim zadeklarowana choroba z kręgu chorób reumatycznych i rodzaj autodiagnozy (iloraz szans [odds ratio – OR] 2,96), ale nie tak znacznie, jak w najmłodszej grupie wiekowej; poziom wykształcenia (OR 2,43) – najsilniejszy związek we wszystkich grupach wiekowych; otyłość (OR 1,89) w tej grupie wiekowej wpływa na sprawność silniej niż w młodszych respondentów.

WNIOSKI Dolegliwości i choroby reumatyczne bardzo poważnie ograniczają sprawność ruchową. W grupie najmłodszych Polaków poziom niesprawności wynosi 3%, a deklarowany przez chorych aż 21%. W grupie 40–50-latków niesprawność wynosi 17%, a w grupie chorych 49%. Niesprawność deklaruje aż 70% chorych >60. roku życia, w populacji ogólnej zaś 39%. Po uwzględnieniu podziału według płci najstarsze chore

kobiety są niesprawne częściej niż najstarsi chorzy mężczyźni.

Zmienne, które istotnie wiążą się z negatywną oceną własnej sprawności funkcjonalnej w grupie osób po 60. roku życia, to autodiagnoza choroby stawów, niskie wykształcenie i otyłość.

Programy rehabilitacji ruchowej^{9,10} albo indywidualna aktywność sportowa lub rekreacyjna („dla zdrowia”) trafiają również do osób >60. roku życia. Mężczyźni są aktywniejsi niż kobiety (najstarsi chorzy mężczyźni – 18%, najstarsze chore kobiety – 13%).

Wśród respondentów w każdym wieku na poziom sprawności fizycznej znacząco wpływa subiektywna ocena stanu zdrowia.⁴ Przełomowy jest okres po ukończeniu 40 lat, a nie – jak się powszechnie sądzi – wiek emerytalny. Niemniej jednak sprawność fizyczna osób >60. roku życia jest gorsza niż w młodszych grupach wiekowych. Ponadto zmienną ograniczającą sprawność ruchową w całej populacji jest niskie wykształcenie. W najstarszej grupie wiekowej kobiet ocena sprawności fizycznej jest negatywna częściej niż u mężczyzn. Ocena porównawcza z innymi osobami w tym samym wieku również wypada na niekorzyść kobiet.

PIŚMIENNICTWO

- 1 Stucki G. Understanding disability. *Ann Rheum Dis.* 2003; 62: 289-290.
- 2 Drossaers-Bakker KW, Zwinderman AH, Vlieland TP, et al. Long-term outcome in rheumatoid arthritis: a simple algorithm of baseline parameters can predict radiographic damage, disability, and disease course at 12-years followup. *Arthritis Rheum.* 2002; 47: 383-390.
- 3 Fransen J, Uebelhart D, Stucki G, et al. The ICDH-2 as a framework for the assessment of functioning and disability in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2002; 61: 225-231.
- 4 Błędowski P. Samodzielność osób starszych, jako zadanie polityki społecznej. *Gerontol Pol.* 1998; 6: 3-4.
- 5 Stucki G, Bruhlmann P, Stucki S, et al. Isometric muscle strength is an indicator of self-reported physical functional disability in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol.* 1998; 37: 643-648.
- 6 Gębska-Kuczerowska A. Ocena zależności między aktywnością a stanem zdrowia ludzi w podeszłym wieku. *Przegląd Epidemiologiczny.* 2002; 56: 471-477.
- 7 Moskalewicz B, Goryński P. Sprawność fizyczna osób starszych i jej uwarunkowania. In: Dąbrowski A, Rowiński R. *Sprawna starość.* Warszawa, 2007: 19-27.
- 8 Schilling C. *The body and the social theory.* Sage Publications, London. 1993: 33.
- 9 Kostka T. Czynniki determinujące sprawność funkcjonalną i jakość życia osób starszych. In: Dąbrowski A, Rowiński R. *Sprawna starość.* Warszawa, 2007: 11-17.
- 10 Faulkner JA, Larkin LM, Clafin DR, et al. Age-related changes in the structure and function of skeletal muscles. *Clin Exp Pharmacol Physiol.* 2007; 34: 1091-1096.

Are rheumatic complaints significantly related to functional ability after 60 year of age?

Results of the all-Poland epidemiological research

Bożena Moskalewicz¹, Paweł Goryński², Bogdan Wojtyniak²

¹ Eleonora Reicher Rheumatology Institute, Warszawa, Poland

² National Institute of Public Health, National Institute of Hygiene, Warszawa, Poland

KEY WORDS

elderly population,
epidemiology,
functional ability,
rheumatic conditions

ABSTRACT

INTRODUCTION Medical care focused on functional abilities gives the elderly with arthritis a possibility of living an independent, active life and participating in social activities, and thus it is seen as the policy of equal chances.

OBJECTIVES The aim of the current paper is the assessment of the Polish adult population mobility level, the changes coming with age, and the statistical significance of relations between rheumatic complaints and a decrease in functional abilities in the elderly.

PATIENTS AND METHODS The results of the all-Poland epidemiological research are presented. The survey conducted on a random sample of adult Poles with arthritis took place in 2002. A total of 4017 respondents answered questionnaires prepared by professional investigators.

RESULTS A significant deterioration of functional abilities can be noticed after the age of 40 and it becomes even more severe after 60. A negative assessment of musculoskeletal functions was declared by 70% of the investigated arthritis elderly people. Respondents did not take into account cognitive dissonance when comparing themselves with a peer group. That is why every second patient considered himself mobile enough for his/her age. A low functional assessment relates significantly to the awareness of having arthritis. Higher education increases chances of maintaining functional abilities up to older age. Exercises "for health" are more popular among older men than older women.

CONCLUSIONS Effective preventing the elderly from physical unfitness should be the duty of individuals, medical care and social policy. Popularizing information on the benefits of physical exercises, awareness of the disease, and shifting the time of intervention to the middle age generation can help achieve this aim.

Correspondence to:

Bożena Moskalewicz, PhD,
Instytut Reumatologii
im. Eleonory Reicher,
ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa,
Poland, phone: +48-22-844-66-33,
fax: +48-22-646-67-88,
e-mail: epidreuma@ir.ids.pl
Pol Arch Med. Wewn. 2008;
118 (Suppl): 31-35
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2008