

# Zdrowy styl życia a choroba zwyrodnieniowa stawów

## Healthy lifestyle and degenerative joints disease

Jadwiga Kuciel-Lewandowska<sup>1</sup>, Natalia Marcinkiewicz<sup>1</sup>, Andrzej Kierzek<sup>1</sup>, Andrzej Pozowski<sup>1</sup>, Barbara Ratajczak<sup>2</sup>, Ewa Boerner<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Katedra Fizjoterapii, Akademia Medyczna we Wrocławiu, ul. Grunwaldzka 2, 50-355 Wrocław, tel. +48 71 784 01 83, e-mail: jadwiga.kuciel-lewandowska@am.wroc.pl

<sup>2</sup> Katedra Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, al. I. J. Paderewskiego 35, 51-629 Wrocław

### Streszczenie

Badania epidemiologiczne wykazują, że zmiany stylu życia mogą mieć decydujący wpływ na kondycję zdrowotną społeczeństwa. Celem pracy jest przedstawienie postaw wobec problemu stanu zdrowia i zdrowego stylu życia. Badaniem objęto 52 pacjentów w wieku od 21 do 72 lat. W badanej grupie zaobserwowano niski wskaźnik osób korzystających z aktywnych form spędzania wolnego czasu, które nie wiązały zdrowego stylu życia ze sposobem odżywiania się i aktywnością fizyczną. Na podstawie otrzymanych wyników wydaje się niezbędne podjęcie skuteczniejszych działań edukacyjnych.

**Słowa kluczowe:** styl życia, choroba zwyrodnieniowa stawów

### Abstract

The epidemiological research shows that the changes of the lifestyle can vastly affect the health of the society. The aim of this paper is to present various approaches towards the health and the healthy lifestyle.

52 patients, aged between 21 and 72 years old, were subjected to examination. The research group showed a low number of people who spend their free-time in an active way. The participants did not find any connection between a healthy lifestyle and their nutrition habits or physical activity. It appears to be necessary to start more effective educational activity.

**Key words:** lifestyle, degenerative joints disease

### Wstęp

Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia) [1-6]. Przyjęty program przez WHO (*World Health Organization*), a także polski Narodowy Program Zdrowia podkreśla, iż nadrzędnym długofalowym celem strategicznym jest „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia”. Cel ten można realizować

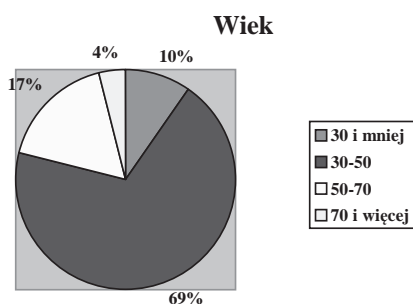
poprzez zmiany stylu życia ludności, kształtowanie środowiska pracy sprzyjającego zdrowiu, zmniejszenie różnic w stanie zdrowia i dostępie do świadczeń zdrowotnych [7-9]. Wczesna prewencja i promocja zdrowia jest nieodłącznym elementem sprzyjającym stymulowaniu zdrowego stylu życia. W przyszłości działania te powinny przełożyć się na wzrost wiedzy o istniejących potrzebach i większą precyzję budowanych modeli edukacji zdrowotnych. Kondycję zdrowotną społeczeństwa ocenia się na podstawie rozmiaru zjawisk patologicznych, a także poprzez ocenę „typowych zachowań” [10-12]. Człowiek sam w dużym stopniu może formować swój styl życia. Decydują o tym dwie możliwości – eliminowanie czynników ryzyka stanowiących zagrożenie dla zdrowia (uzależnienia, niewłaściwa dieta, brak tzw. nawyków higienicznych, czynniki ryzyka związane z zagrożeniami środowiskowymi, np. wypadki, urazy) oraz promowanie tzw. zdrowego stylu życia. Największy wpływ na zdrowie mają czynniki je warunkujące, czyli styl życia, środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy, czynniki genetyczne, służba zdrowia [13-15].

Styl życia jest głównym czynnikiem decydującym o stanie zdrowia. Człowiek świadomy poprzez korygowanie nieprawidłowości stylu życia może poddawać swoje zdrowie kontroli. Według niektórych autorów, styl życia to charakterystyczny dla jednostek i grup rozkład codziennych zachowań występujących w różnych sferach aktywności życiowej. Do sfery aktywności życiowej należą: odżywianie (jakość i regularność posiłków), aktywność fizyczna, sposób spędzania wolnego czasu, nawyki higieniczne (higiena snu), profilaktyka lekarska, kontakty interpersonalne. Jedną z ważniejszych cech zdrowego stylu życia są zachowania podejmowane z pewną regularnością [16-18]. Styl życia to nie tylko zachowania, ale również postawy i ogólna filozofia życia człowieka, które często są wynikiem przekonań jednostki, systemu wartości, zmian środowiska zewnętrznego, środowiska społecznego i kulturalnego, a także sytuacji polityczno-ekonomicznej. W ocenie stylu życia należy również uwzględnić wzorce rodzinne i społeczne, które kształtują indywidualny sposób życia człowieka, wpływają na występowanie zachowań prozdrowotnych lub antyzdrowotnych, co szczególnie widoczne jest w odniesieniu do nawyków żywieniowych [19-21].

Inna definicja mówi: „styl życia to wzory wyborów zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są ludziom w zależności od ich sytuacji społeczno-ekonomicznej i łatwości, z jaką są w stanie przedłożyć określone zachowania nad inne”. Według Światowej Organizacji Zdrowia „styl życia” oznacza sposób życia oparty na wzajemnym związku pomiędzy warunkami życia w szerokim sensie a indywidualnymi wzorami zachowań, zdeterminowanymi przez czynniki społeczno-kulturowe [22-24]. Celem pracy jest ocena świadomości zdrowego stylu życia u osób z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych i kolanowych.

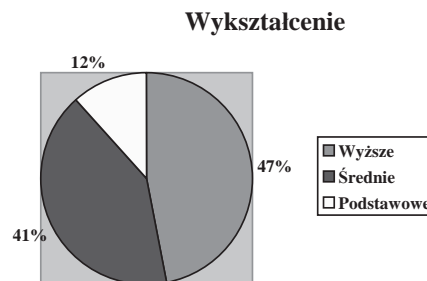
## Materiał i metody

W badaniach uczestniczyli pacjenci leczenia w Poradni Rehabilitacyjnej Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ „Przychodnia Stabłowice” we Wrocławiu, cierpiący z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów. Badania podjęto po uzyskaniu pisemnej zgody dyrekcji placówki i pisemnej zgody pacjentów. Pacjenci zostali zakwalifikowani do badań na podstawie wywiadu i badania lekarskiego oraz rentgenogramów. Do grupy badanej zakwalifikowano tylko tych pacjentów, u których choroba zwyrodnieniowa stawów wywoływała dysfunkcje w postaci ograniczenia ruchomości stawu oraz bólu. Badaniem objęto 52 pacjentów, 34 kobiety i 18 mężczyzn w wieku od 21 do 72 lat. Pacjentów podzielono na 2 grupy: I – 26 osób cierpiących z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych, II – 26 osób cierpiących z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych. W obserwacji zastosowano badanie ankietowe na podstawie niestandardowej ankiety skonstruowanej dla potrzeb pracy. Wszystkich pacjentów jednorazowo poddano badaniu ankietowemu, w którym zawarto metryczkę z pytaniami socjodemograficznymi i właściwą ankietę badawczą. Ankieta składała się z 27 pytań zamkniętych dotyczących stylu życia – sposobu odżywiania się, stosowania używek, sposobu spędzania wolnego czasu, aktywności ruchowej, sposobu doboru i przygotowywania posiłków, liczby godzin snu. Uzyskane wyniki przedstawiono graficznie w formie wykresów słupkowych i kołowych. Ze względu na rozmiar uzyskanych pomiarów w pracy zamieszczono tylko wybrane wyniki. Podział pacjentów ze względu na wiek przedstawia rysunek 1. Większość pacjentów stanowiły osoby w wieku 30-50 lat (69%), a potem kolejno pacjenci w wieku 50-70 lat (17%), 30 lat i młodsi (10%), 70 lat i więcej (4%).



Rys. 1 Charakterystyka grupy ze względu na wiek

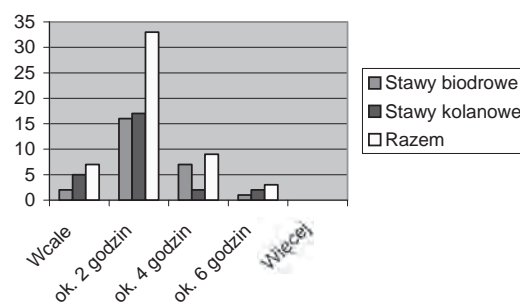
Wśród pacjentów cierpiących na chorobę zwyrodnieniową stawów biodrowych i kolanowych 47% miało wykształcenie wyższe, 41% wykształcenie średnie, 12% wykształcenie podstawowe. Rysunek 2 przedstawia podział grupy badanej ze względu na wykształcenie.



Rys. 2 Charakterystyka badanej grupy ze względu na wykształcenie

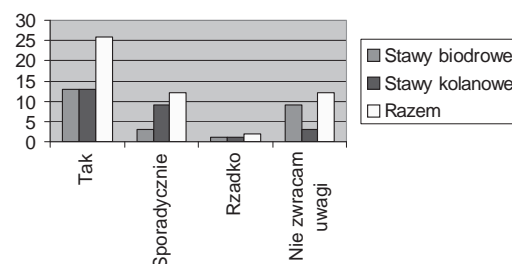
## Wyniki

Pytanie 1 dotyczyło liczby godzin przeznaczonych dziennie na oglądanie programów telewizyjnych. 33 osoby odpowiedziały, że na tę czynność poświęcają ok. 2 godzin, 9 osób odpowiedziało, że ok. 4 godzin, 3 osoby, że ok. 6 godzin, a 7 osób, że wcale (rys. 3).



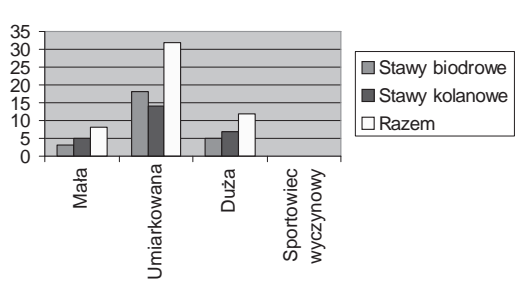
Rys. 3 Liczba godzin przeznaczonych na oglądanie TV

Na pytanie: „Czy zwraca Pan/Pani uwagę na zawartość składników odżywczych w spożywanych posiłkach?” 26 osób odpowiedziało pozytywnie, po 12 osób nie zwraca na to uwagi i sporadycznie zwraca uwagę, 2 osoby robią to rzadko (rys. 4).



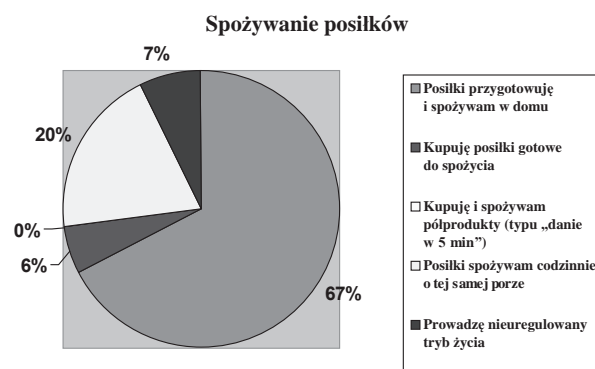
Rys. 4 Ocena zawartości składników odżywczych w spożywanych posiłkach

Na pytanie: „Proszę określić swoją aktywność fizyczną” 32 osoby wybrały odpowiedź „umiarkowana”, 12 osób „duża”, 8 osób określiło swoją aktywność fizyczną jako „małą”. Wśród badanych nie było sportowców wyczynowych (rys. 5).



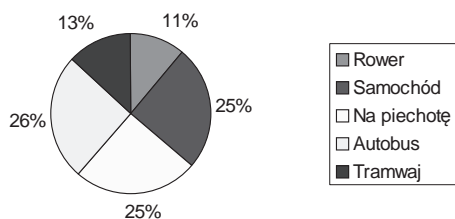
Rys. 5 Aktywność fizyczna badanej grupy

Na pytanie: „Proszę wybrać zdanie najbliższe prawdzie”. 47 osób (67%) wybrało zdanie „posiłki przygotowuję i spożywam w domu”, 14 osób (20%) wybrało „posiłki spożywam codziennie o tej samej porze”, 5 osób (7%) wybrało „prowadzę nieuregulowany tryb życia”, 4 osoby (6%) wybrały „kupuję posiłki gotowe do spożycia”, nikt nie kupuje i nie spożywa półproduktów typu „danie w 5 min” (rys. 6).



Rys. 6 Ocena własnego spożywania posiłków wśród badanej grupy

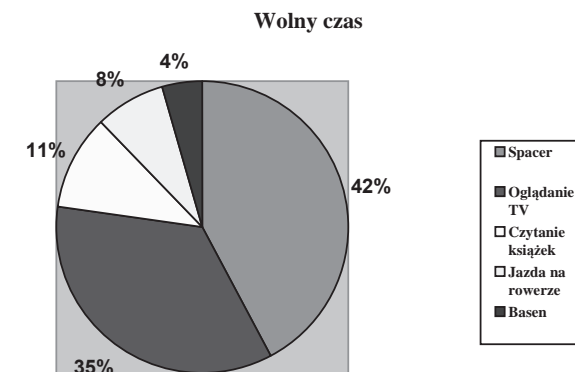
Na pytanie: „Z jakich środków lokomocji korzysta Pan/Pani, na co dzień?” 23 osoby (26%) odpowiedziały, że jeżdżą autobusami, po 21 osób (po 25%) „samochodem” i „na piechotę”, 11 osób (13%) „tramwajem”, 9 osób (11%) „rowerem” (rys. 7).



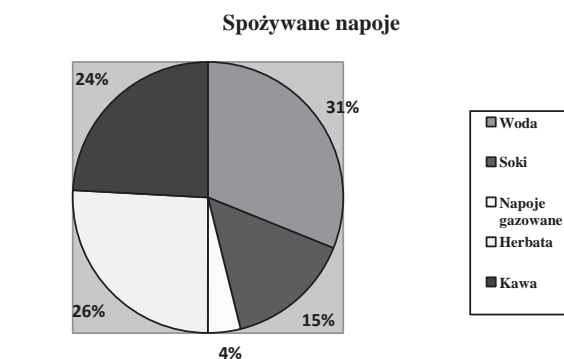
Rys. 7 Sposób poruszania się po mieście wśród badanej grupy

Na pytanie: „Jak spędza Pan/Pani wolny czas?” 48 osób (42%) wskazało „spacer”, 40 osób (35%) „oglądanie TV”, 12 osób (11%) „czytanie książek”, 9 osób (8%) „jazda na rowerze”, 5 osób (4%) „basen” (rys. 8).

Na pytanie: „Proszę wskazać najczęściej spożywane napoje” 41 osób (31%) wskazało „wodę”, 34 osoby (26%) „herbatę”, 32 osoby (24%) „kawę”, 20 osób (15%) „soki”, 5 osób (4%) „napoje gazowane” (rys. 9).

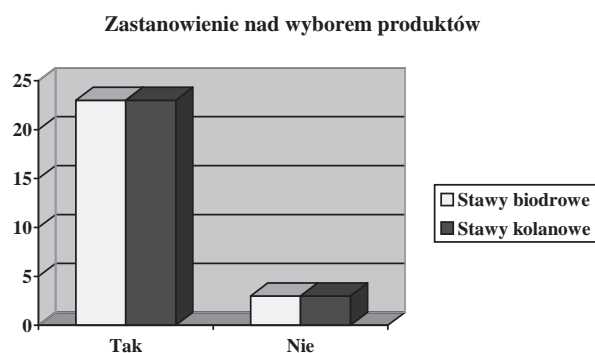


Rys. 8 Sposób spędzania wolnego czasu wśród badanej grupy



Rys. 9 Rodzaje spożywanego napojów wśród badanej grupy

Na pytanie: „Czy zastanawia się Pan/Pani przy wyborze produktów do przygotowywania posiłków?” 46 osób odpowiedziało pozytywnie, w tym po 23 osoby ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych i kolanowych. Negatywnych odpowiedzi było 6, w tym po 3 osoby z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych i kolanowych (rys. 10).

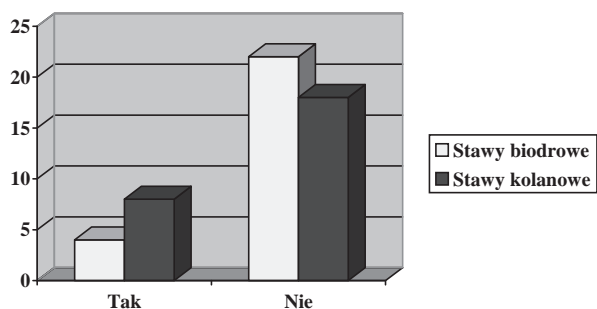


Rys. 10 Dobór produktów żywnościowych w badanej grupie

Papierosów nie pali 40 osób, w tym 22 osoby ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych i 18 osób ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów kolanowych. 12 osób zgłaszało palenie papierosów, w tym 8 osób ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów kolanowych i 4 osoby ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych (rys. 11).

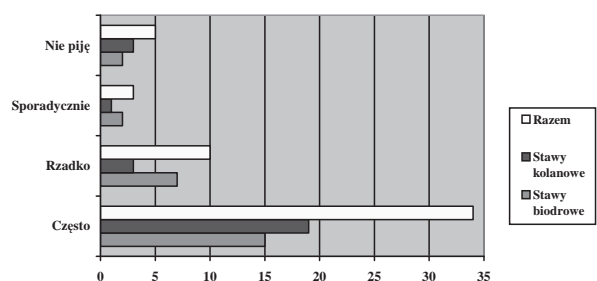
Na pytanie: „Czy często pije Pan/Pani kawę?” 34 osoby odpowiedziały, że często, 10 osób – rzadko, 5 osób nie pije kawy, a 3 osoby sporadycznie (rys. 12).

### Palenie papierosów



Rys. 11 Palenie papierosów w badanej grupie

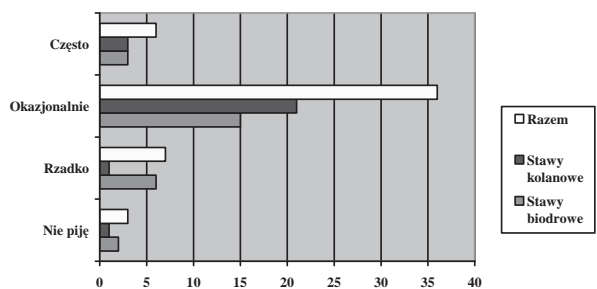
### Spożywanie kawy



Rys. 12 Spożycie kawy wśród pacjentów badanej grupy

Na pytanie: „Jak często pije Pan/Pani alkohol?” 36 osób określiło, że sporadycznie, 7 osób rzadko, 6 często, a 3 nie piją wcale (rys. 13).

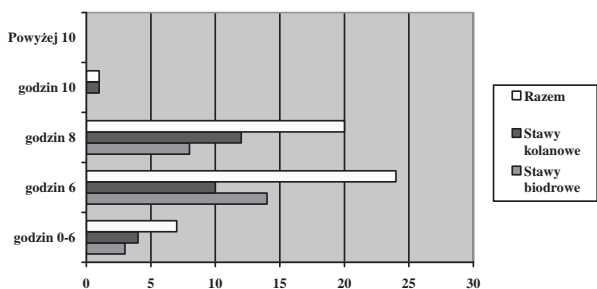
### Spożywanie alkoholu



Rys. 13 Spożywanie alkoholu wśród pacjentów badanej grupy

Na pytanie: „Ile godzin przeznaczają Pan/Pani na sen nocny?” 24 osoby odpowiedziały, że 6 godzin, 20 osób, że 8 godzin, 7 osób, że mniej niż 6 godzin, 1 osoba, że 10 godzin (rys. 14).

### Liczba godzin przeznaczonych na sen



Rys. 14 Liczba godzin przeznaczonych na sen

## Podsumowanie

Współczesna wiedza epidemiologiczna za czynniki bezpośrednio wpływające na stan zdrowia uznaje: styl życia, czynniki środowiska społecznego i fizycznego, czynniki biologiczne, opiekę zdrowotną. Każdy z wymienionych czynników różni się siłą oddziaływania, zakresem i dynamiką działania oraz w sposób swoisty wpływa na stan zdrowia społeczeństwa. Niektóre z wymienionych elementów mogą podlegać modyfikacji, np. styl życia. W przypadku czynników biologicznych nie podlegają one zmianom i nie mogą jednoznacznie wpływać na stan zdrowia społeczeństwa. Od chwili opisanego po raz pierwszy choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych i kolanowych do dnia dzisiejszego prowadzonych jest wiele badań, na podstawie których powstały liczne publikacje mające na celu między innymi wyjaśnienie etiologii i patogenezy choroby oraz przedstawienie metod leczenia. Wiadomo powszechnie, że styl życia wpływa na rozwój wielu schorzeń, w tym szczególnie na rozwój choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu. Brakuje materiałów oceniających jednoznacznie świadomość zdrowego stylu życia wśród osób leczonych z powodu tej choroby. W większości badań prowadzonych wśród chorych cierpiących z powodu dysfunkcji narządu ruchu obserwuje się wiele zjawisk świadczących o nieprawidłowościach dotyczących zdrowego stylu życia badanych. Choroba zwyrodnieniowa ściśle wiąże się z wiekiem i fizjologicznymi procesami kostnienia oraz zużywania stawu, co za tym idzie procesem starzenia się. Tezy tej nie potwierdzają badania własne, czego dowodem jest to, że wśród badanych były osoby stosunkowo młode (przed 30 rokiem życia). Inni badacze, jak Siarkowska i wsp., przeprowadzali badania wśród chorych w podobnym wieku [25].

Główne kryteria w ocenie świadomości zdrowego stylu życia stanowią różne elementy sposobu życia, np. aktywność fizyczna, sposób odżywiania, kontrola spożywanych pokarmów, sposób spędzania wolnego czasu. Większość uczestniczących w badaniu – 59,2% określiła swoją aktywność fizyczną jako umiarkowaną. Szczegółowa analiza wykazała, że 61,1% pacjentów spędzało przed telewizorem ok. 2 godzin. Nie jest to oczywiście wynik zadowalający, zwłaszcza w kontekście rozprzestrzeniającej się epidemii otyłości, szczególnie sprzyjającej rozwojowi choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu. Wyniki te wskazują na „umiarkowany” poziom aktywności fizycznej, a główny sposób spędzenia czasu wolnego to oglądanie telewizji. Badanie świadomości stylu życia u osób chorujących z powodu zmian zwyrodnieniowych stawów biodrowych i kolanowych wykazało, iż liczba godzin poświęcana na sen była zadowalająca, jedynie 12,9% określiło, że śpi poniżej 6 godzin.

Styl życia to również sposób odżywiania się. Spożywanie owoców i warzyw wpływa pozytywnie na zdrowie, z kolei spożywanie słodczy, kawy, alkoholu negatywnie. Potwierdzają to badania Drozd-Dąbrowskiej i Tobiasz-Adamczyk. W swoich artykułach właściwe odżywianie określają jako kluczowy element zdrowego stylu życia [26, 27]. Zdecydowana większość osób badanych w obser-

wowanej grupie codziennie spożywała owoce i warzywa – 59,2%. Podobne wyniki uzyskano w badaniu Drozd-Dąbrowskiej [27]. Wśród badanych osób – 57,4% określiło, że sporadycznie spożywają słodycze.

Według Jonderko, najistotniejszym czynnikiem zależnym od stylu życia w Polsce jest nadużywanie alkoholu [28]. Badania własne wykazały, że 66,6% piło alkohol okazjonalnie, mniej niż 6% nie spożywało go wcale. Większość spośród osób badanych, cierpiących z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych i kolanowych przygotowuje i spożywa posiłki w domu – 67%, jedynie 7% prowadzi nieregulowany tryb życia. Większość osób – 68,5% regularnie spożywa posiłki. W wyniku prowadzonych obserwacji ustalono, że ponad 50% badanych spędza wolny czas biernie. 56,6% badanych oceniło swoją aktywność fizyczną jako umiarkowaną, 81,25% stwierdziło, że nie korzysta z żadnej formy ruchu. Ponad 60% nie zwraca uwagi na zawartość kaloryczną spożywanych posiłków i nie zastanawia się nad wyborem produktów wykorzystywanych do przygotowywania posiłków. Ponad 60% badanych potwierdziło spożywanie alkoholu, 81,25% częste kawy, 18,75% podawało palenie tytoniu.

Na podstawie przeprowadzonej analizy zachowań zdrowotnych i stylu życia stwierdzono niski wskaźnik osób korzystających z aktywnych form spędzania wolnego czasu. Badane osoby nie wiązały zdrowego stylu życia ze sposobem odżywiania oraz aktywnym trybem życia. W badanej grupie zagrożenie dla zdrowia stanowią stosowanie używek i niewłaściwa dieta. Niezbędne wydaje się więc podjęcie skuteczniejszych działań edukacyjnych. ■

## Literatura

1. I. Kickbush: *Styl życia a zdrowie*, Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, vol. 1-2, 1999, s. 64-66.
2. M. Falkowska (red.): *Wartości, praca, zakupy... O stylach życia Polaków*, CBOS, Warszawa 1997.
3. M. Gołka: *Nowe style zachowań*, Humaniora, Poznań 2001.
4. G. Kuczek: *ABC zdrowego stylu życia*, Fundacja Źródła Życia, Warszawa 2007.
5. A. Łuczyńska: *Zmiana zachowań zdrowotnych*, GWP, Gdańsk 2004.
6. K. Wrześniewski: *Styl życia a zdrowie*, IP PAN, Warszawa 1993.
7. A. Ostrowska: *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, vol. 7(18), 2000, s. 169-172.
8. M. Pułtorak, B. Woynarowska, I. Murzyńska: *Zachowania zdrowotne i postrzeganie własnego zdrowia przez młodzież szkolną w Polsce*, Lider, vol. 3, 1996, s. 5-8.
9. Z. Słońska: *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, vol. 1-2, 1994, s. 42-46.
10. J. Bejnarowicz: *Zmiany zdrowia Polaków i jego uwarunkowań. Wyzwania dla promocji zdrowia*, Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, vol. 1-2, 1994, s. 9-36.
11. A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz: *Promocja zdrowia. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, vol. 1, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
12. S. Pike, D. Forester: *Promocja zdrowia dla wszystkich*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 1998.
13. A. Jawłowska: *Styl życia, przemiany we współczesnej Polsce*, PWN, Warszawa 1978.
14. Ch.L. Sheridan, S.A. Radmacher: *Psychologia zdrowia*, IPZ, Warszawa 1998.
15. A. Siciński (red.): *Styl życia, kultura, wybór*, IFIS PAN, Warszawa 2002.
16. J. Karski (red.): *Promocja zdrowia*, IGNIS, Warszawa 1999.
17. M. Ogryzko-Wiewiórska: *Zmiana przez zdrowie: promocja zdrowia dla grup szczególnego ryzyka*, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2008.
18. Z. Słońska, M. Misiunia: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Agencja Promo-Lider, Warszawa 1993.
19. J. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski: *Promocja zdrowia: wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, SANMEDIA, Warszawa 1994.
20. E. Kasperek: *Zachowania prozdrowotne nauczycieli*, G&P, Poznań 1999.
21. J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt: *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie*, Wyd. AWF, Wrocław 1997.
22. F. Lwow, A. Milewicz, R. Andrzejak: *Promocja zdrowia: podręcznik dla studentów i lekarzy rodzinnych*, Urban & Partner, Wrocław 2004.
23. B. Woynarowska: *Zdrowie, edukacja do zdrowia, promocja zdrowia*, WSiP, Warszawa 1994.
24. K. Wrześniewski: *Styl życia a zdrowie*, IP PAN, Warszawa 1993.
25. M. Sierakowska, S. Sierakowski, M. Wróblewska: *Problemy zdrowotne pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów i ich wpływ na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia*, Reumatologia, vol. 48(6), 2010, s. 372-379.
26. B. Tobiasz-Adamczyk, B. Woźniak, M. Brzyska: *Promocja zdrowia wśród osób starszych w świetle trzech pierwszych faz programu „HealthProElderly”*, Zdrowie Publiczne, vol. 118(3), 2008, s. 352-357.
27. M. Drozd-Dąbrowska, A. Walczak, Z. Szych: *Świadomość potrzeby zmiany stylu życia wśród dorosłych szczecinian z nadciśnieniem tętniczym*, Family Medicine & Primary Care Review, vol. 8(3), 2006, s. 603-608.
28. G. Jonderko, Cz. Marcisz: *Promocja zdrowia – podstawy teoretyczne i praktyczne*, Medycyna Środowiskowa, vol. 11(1), 2008, s. 77-83.

otrzymano/received: 01.03.2012

poprawiono/corrected: 14.06.2012

zaakceptowano/accepted: 20.08.2012