

Joanna Grzegorzcyk, Andrzej Kwolek, Katarzyna Bazarnik, Ewa Szeliga, Andżelina Wo-
lan

Jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej i słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku

Z Pracowni Zdrowia Publicznego
Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego

Celem pracy jest porównanie jakości życia osób starszych mieszkających w domach pomocy społecznej i aktywnych seniorów uczęszczających na zajęcia uniwersytetu trzeciego wieku.

Materiał i metoda. Grupę badaną stanowią osoby mieszkające w domach pomocy społecznej (128 osób) i słuchacze uniwersytetu trzeciego wieku (45 osób). W badaniu została wykorzystana skala Nottingham Health Profile.

Wyniki. W badaniu stwierdzono istotną różnicę jakości życia pomiędzy osobami mieszkającymi w domach pomocy społecznej a słuchaczami uniwersytetu. Średnia znormalizowana jakość życia wśród badanych pierwszej grupy wynosi 60,5, natomiast drugiej 68,7 (w skali od 0 do 100, gdzie 0 oznacza najgorszą jakość życia, a 100 najlepszą).

Wnioski. Utrzymanie ogólnej sprawności fizycznej i intelektualnej w połączeniu z szerokimi kontaktami społecznymi jest warunkiem lepszej jakości życia zarówno wśród seniorów domów pomocy społecznej, jak i słuchaczy uniwersytetu.

Słowa kluczowe: jakość życia, aktywność fizyczna, dom pomocy społecznej, uniwersytet trzeciego wieku

Quality of life of nursing home residents and senior mature students

Aim. The aim of this paper is to compare the quality of life of elderly residents of nursing homes and active seniors following mature students' university courses.

Materials and methods. The examined group consisted of nursing home residents (128 persons) and senior mature students (45 persons). Nottingham Health Profile scale was used during the research.

Results. The research proved that there exists an important difference between the quality of life of nursing home residents and senior mature students. In the first group, the standardized average quality of life amounted to 60.5 whereas in the second group it reached 68.7 (0–100 scale, where 0 stands for the worst QoL and 100 for the best one).

Conclusions. General physical and mental activity combined with broad social relations is the precondition for a better quality of life both in case of nursing home residents and senior mature students.

Key words: quality of life, physical performance, nursing homes, mature students' university

Zmiany związane z wiekiem prowadzą do ograniczenia samodzielności, utraty poczucia bezpieczeństwa i wynikającej z niej niemożności podejmowania samodzielnych decyzji. Osoby starsze często nie są w stanie troszczyć się o swoje

potrzeby, co zmusza je do zamieszkania z rodziną lub w domu opieki. Dla dobrej jakości życia osób starszych należy utrzymywać aktywność fizyczną i kontakt ze znajomymi, by jak najdłużej seniorzy pozostawali niezależni [1].

Jakości życia (ang.: quality of life) jako pojęcie w pierwszej kolejności opisane przez socjologię, pojawiło się po II wojnie światowej i początkowo oznaczało dobre życie w sensie konsumpcyjnym, czyli posiadanie czegoś. Z czasem pojęcie to zaczęto utożsamiać z rodzajem i zakresem własnych potrzeb oraz ze stopniem i możliwością ich zaspokajania. W drugiej połowie XX wieku temat jakości życia stał się bardzo popularny również i w medycynie. Początkowo dotyczył on schorzeń przewlekłych, obarczonych niekorzystnym rokowaniem oraz związanych z niepełnosprawnością.

Jakość życia jest pojęciem bardzo szerokim, opartym na definicji zdrowia, która wg WHO brzmi: „stan całkowitego fizycznego, psychicznego i socjalnego dobrego samopoczucia, a nie tylko brak choroby lub dolegliwości”. W zakres definicji jakości życia wchodzi również pojęcia niepełnosprawności i uszkodzenia oraz ocena codziennej aktywności człowieka jako pojęcie sprawności funkcjonalnej. W 1992 roku Światowa Organizacja Zdrowia definiowała jakość życia jako sposób postrzegania przez człowieka jego pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do jego zadań, oczekiwań i wyznaczonych standardów [2, 3]. Jakość życia, ocenia się przez pryzmat wielu obszarów życia, m.in. stanu fizycznego (zdrowie, ból), stanu psychicznego, relacji społecznych (stosunki w rodzinie i z innymi ludźmi), warunków ekonomicznych, aktywności (praca zawodowa, codzienne czynności, kultura) [4, 5].

Jakość życia społeczeństwa należy oceniać w kilku różnych okresach: okres dojrzewania i młodości, wiek średni oraz w wieku starszym. Jednym z głównych czynników warunkujących dobrą jakość życia jest sprawność fizyczna i psychiczna organizmu. Wysoki poziom wydolności fizycznej uzyskany w młodości i podtrzymywany w okresie dojrzałości przez sport, ćwiczenia fizyczne oraz różne formy rekreacji ruchowej i turystyki, zapewnia nie tylko zdrowie, ale także wolniejszy i fizjologiczny przebieg procesów starzenia się w ciągu całego życia.

Środowisko, w jakim żyją osoby starsze ma również decydujący wpływ na jakość życia. Osoby przebywające w domu pomocy społecznej (dps) mają inne problemy niż osoby mieszkające w domu z rodziną. Poprawę jakości życia można uzyskać przez poznanie najczęstszych problemów, z którymi mają do czynienia osoby starsze. Do tego celu służą kwestionariusze, takie jak: Nottin-

gham Health Profile (NHP), Medical Outcomes Survey Short Form (SF-36), Sickness Impact Profile (SIP), QLQ, WHOQOL-100.

Ocena jakości życia ma istotne znaczenie praktyczne. Pozwala ona na dokładne zaprojektowanie sposobu leczenia, opracowanie metod opieki; powinna wpływać na politykę zdrowotną i planowanie indywidualnej pomocy choremu [1, 6–15].

CEL PRACY

Celem pracy jest porównanie jakości życia osób starszych mieszkających w dps w województwie podkarpackim oraz osób uczęszczających na zajęcia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku w Rzeszowie.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaną grupę stanowi 128 osób mieszkających w domach pomocy społecznej oraz 45 słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (utw) w Rzeszowie. Wiek badanych mieści się w granicach od 56 do 87 lat. Średnia wieku mieszkańców dps wynosi 77,3 lat, a słuchaczy uniwersytetu 66,6 lat. Wśród ocenianych seniorów z dps jest 64,8% (83) kobiet i 35,2% (45) mężczyzn. W drugiej grupie kobiet jest 88,9% (40), natomiast mężczyzn 11,1% (5). Charakterystykę grupy przedstawiono w tabeli 1.

Badanie miało charakter ankietowy. Do oceny jakości życia posłużono się skalą Nottingham Health Profile (NHP). Skala NHP zawiera 38 stwierdzeń, które w sposób prosty i wyczerpujący służą do oceny jakości życia w jej sześciu obszarach: poziom energii, dolegliwości bólowe, stan emocjonalny, sen, kontakty społeczne, sprawność fizyczna. Wyniki kwestionariusza NHP dotyczące zarówno ogólnej jakości życia jak i jej składowych, przeliczono na skalę od 0 do 100, gdzie 0 oznacza najgorszą jakość życia, a 100 najlepszą.

WYNIKI

Średnia znormalizowana jakość życia wśród badanych mieszkańców dps wynosi 60,5 (najniższa 29,6, najwyższa 87,5). Natomiast jakość życia słuchaczy utw 68,7 (najniższa 20,4, najwyższa 95,4).

Spośród obszarów jakości życia badanych w oparciu o skalę NHP mieszkańcy dps najgorzej oceniają swój poziom energii i sprawność fizycz-

ną, odpowiednio 54,5 i 56,5. Najmniej zaś problemów sprawia im ból i kontakty społeczne,

TABELA 1. Charakterystyka badanej grupy
TABLE 1. The characteristics of the examined group

	liczba/ number	%	liczba/ number	%
	mieszkańcy dps/ nursing home residents		słuchacze utw/ mature students	
pleć/sex				
kobiety/women	83	65	40	89
mężczyźni/men	45	35	5	11
wykształcenie/ education				
podstawowe/primary	80	63	2	4
średnie/secondary	31	24	23	51
wyższe/higher	4	3	17	38
niepełne podstawowe/ incomplete primary	6	5	0	0
zawodowe/vocational	7	5	3	7
stan cywilny/ marital status				
wdowa/ wdowiec/ widow/ widower	79	62	21	47
mężatka/ żonaty / married	27	21	20	45
panna/ kawaler / single	12	9	2	4
rozwidziona/ rozwiedziony/ divorced	10	8	2	4

TABELA 2 Porównanie jakości życia i jej składowych
TABLE 2 Comparison of the quality of life and its components

	mieszkańcy dps/ nursing home residents	słuchacze utw/ mature students	<i>p</i>
jakość życia/ quality of life	60,5	68,7	0,000
poziom energii/ energy level	54,5	67,2	0,000
dolegliwości bólowe/ pain	65,8	67,4	0,546
stan emocjonalny/ emotional isolation	60,4	70,3	0,000
sen/ sleep	59,2	59,3	0,961
kontakty społeczne/ social isolation	64,9	75,5	0,000
wydolność fizyczna/ physical abilities	56,5	70,4	0,000

TABELA 3. Jakość życia i jej składowe w zależności od płci (k- kobiety, m-mężczyźni)
TABLE 3. Quality of life and its components depending on sex (k- women, m- men)

	mieszkańcy dps/ nursing home residents			słuchacze utw/ mature students		
	k	m	<i>p</i>	k	m	<i>p</i>
jakość życia/ quality of life	57,56	66,08	0,000	69,16	65,13	0,525
poziom energii/ Energy level	48,39	65,74	0,000	68,33	58,33	0,276
Dolegliwości bólowe/ pain	62,46	71,94	0,000	67,34	67,50	0,983
stan emocjonalny/ Emotional isolation	58,93	63,02	0,105	70,76	66,0	0,580
sen/ sleep	56,80	63,55	0,047	59,25	60,00	0,933

kontakty społeczne/ social isolation	63,97	66,55	0,348	76,50	68,00	0,223
wydolność fizyczna/ physical abilities	51,95	64,86	0,000	71,09	65,00	0,417

TABELA 4. Jakość życia i jej składowe w zależności od stanu cywilnego (s- samotni, z – w związkach)
TABLE 4. Quality of life and its components depending on the marital status (s- single, z - in a relationship)

	mieszkańcy dps/ nursing home residents			słuchacze utw/ mature students		
	s	z	p	s	z	p
jakość życia/ quality of life	59,16	65,76	0,005	68,10	69,47	0,733
poziom energii/ energy level	52,97	60,18	0,103	64,66	70,41	0,322
dolegliwości bólowe/ pain	65,47	67,01	0,632	66,00	69,06	0,513
stan emocjonalny/ emotional isolation	58,71	66,56	0,007	70,88	69,58	0,780
sen/ sleep	59,00	59,81	0,840	61,2	57,00	0,456
kontakty społeczne/ social isolation	61,88	76,11	0,000	73,2	78,50	0,229
wydolność fizyczna/ physical abilities	54,76	62,96	0,052	69,5	71,56	0,665

TABELA 5. Jakość życia i jej składowe w zależności od wykształcenia (p- podstawowe i niższe, ś- średnie i wyższe)
TABLE 5. The quality of life and its elements depending on the level of education
(p- primary and lower, ś- secondary and higher)

	mieszkańcy dps/ nursing home residents			słuchacze utw/ mature students		
	p	ś	p	p	ś	p
jakość życia/ quality of life	60,15	61,63	0,497	61,84	69,57	0,219
poziom energii/ energy level	52,95	58,57	0,167	68,33	67,08	0,892
dolegliwości bólowe/ pain	64,88	68,21	0,258	55,00	68,90	0,056
stan emocjonalny/ emotional isolation	60,57	59,84	0,787	68,33	70,5	0,764
sen/sleep	58,33	61,42	0,398	55,00	59,87	0,585
kontakty społeczne/ social isolation	65,21	64,00	0,680	64,00	77,00	0,059
wydolność fizyczna/ physical abilities	55,67	58,66	0,443	61,87	71,48	0,198

TABELA 6. Współczynniki korelacji pomiędzy jakością życia a jej składowymi u mieszkańców dps
TABLE 6. Coefficients of correlation between quality of life and its components in case of nursing home residents

	jakość życia/ quality of life	poziom energii/ energy level	dolegliwości bólowe/ pain	stan emocjonalny/ emotional isolation	sen/ sleep	kontakty społeczne/ social isolation	wydolność fizyczna/ physical abilities
1	2	3	4	5	6	7	8
jakość życia/ quality of life	1	0,66	0,63	0,72	0,56	0,54	0,75
poziom energii/ energy level		1	0,31	0,43	0,26	0,26	0,53
dolegliwości bólowe/ pain			1	0,20	0,18	0,03	0,50
stan emocjonalny/ emotional isolation				1	0,46	0,63	0,27

sen/ sleep					1	0,21	0,17
1	2	3	4	5	6	7	8
kontakty społeczne/ social isolation						1	0,21
wydolność fizyczna/ physical abilities							1

TABELA 7 Współczynniki korelacji pomiędzy jakością życia a jej składowymi u seniorów uczestniczących w zajęciach utw
TABLE 7. Coefficients of correlation between quality of life and its components in case of seniors following mature students' university courses

	jakość życia/ quality of life	poziom energii/ energy level	dolegliwości bólowe/ pain	stan emocjonalny/ emotional isolation	sen/ sleep	kontakty społeczne/ social isolation	wydolność fizyczna/ physical abilities
jakość życia/ quality of life	1	0,79	0,86	0,87	0,60	0,80	0,90
poziom energii/ energy level		1	0,59	0,68	0,34	0,62	0,76
dolegliwości bólowe/ pain			1	0,60	0,53	0,62	0,77
stan emocjonalny/ emotional isolation				1	0,38	0,69	0,77
sen/ sleep					1	0,28	0,40
kontakty społeczne/ social isolation						1	0,74
wydolność fizyczna/ physical abilities							1

odpowiednio 65,8 i 64,8. Słuchacze utw najgorzej ocenili sen (59,3), zaś najmniej trudności sprawiają im kontakty społeczne (75,5). Zauważa się, że u aktywnych seniorów wszystkie średnie są istotnie wyższe w porównaniu z mieszkańcami dps.

Aby potwierdzić różnice pomiędzy grupami zastosowano test t dla prób względem zmiennych niezależnych. Hipoteza zerowa H₀ – brak różnic między jakością życia mieszkańców dps a identycznymi parametrami słuchaczy uniwersytetu. Hipoteza H₁ – istnieje różnica między parametrami wymienionymi powyżej.

Pomiędzy mieszkańcami dps a słuchaczami uniwersytetu stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy jakością życia i większością jej składowych, nie występuje jedynie istotna różnica dotycząca dolegliwości bólowych i snu, co oznacza, że w obydwu grupach składowe są na podobnym poziomie (tabela 2)

Wpływ wieku na jakość życia w grupie pensjonariuszy okazuje się mało istotny. Jedynie w grupie słuchaczy uniwersytetu istnieje zależność pomiędzy wiekiem a poziomem energii. Determinantą jakości życia znacznie bardziej istotną niż wiek jest płeć badanych osób (tabela 3). U ankietowanych w dps wyraźnie wpływa ona na ogólną jakość życia, poziom energii, ból, sen i wydolność fizyczną. We wszystkich tych aspektach jakość życia jest wyraźnie wyższa u mężczyzn. W grupie uczęszczającej na zajęcia uniwersytetu nie występują powyższe zależności. Ze względu na małą liczebność grupy mężczyzn wśród studentów wpływ płci na jakość życia i jej składowe jest trudny do oceny.

Analizując rozkłady danych pod względem stanu cywilnego w obu badanych grupach oraz uwzględniając realia społeczne wprowadzono podział na dwie kategorie: samotni i żonaci. Do

pierwszej grupy zaliczono: wdowy i wdowców, kawalerów i panny oraz rozwiedzionych. Również ze względu na liczebność grup zmienną wykształcenie podzielono tylko na dwie kategorie: średnie i wyższe oraz zawodowe i niższe. Przy takich ograniczeniach można zauważyć, że stan cywilny istotnie wpływa na ogólną jakość życia i jej dwa aspekty: reakcje emocjonalne i kontakty społeczne u mieszkańców dps. Osoby pozostające w związkach małżeńskich mają istotnie wyższą jakość życia niż pozostali pensjonariusze, przy czym najbardziej znaczące różnice obserwowano w sferze kontaktów społecznych. W drugiej grupie ankietowanych nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy samotnymi a pozostającymi w związkach. Nieco wyższa średnia, jeśli chodzi o kontakty społeczne, pojawia się u osób pozostających w związkach (tabela 4).

Z przeprowadzonych badań wynika, że poziom wykształcenia nie ma znaczącego wpływu na ocenę jakości życia w żadnej z badanych grup (tabela 5).

Dla lepszego scharakteryzowania badanej populacji, w oparciu o skalę NHP przeanalizowano znaczenie różnych obszarów życia dla jego ogólnej jakości. Pod uwagę wzięto 6 podskal NHP, a mianowicie: poziom energii, dolegliwości bólowe, stan emocjonalny (głównie depresję), sen, kontakty społeczne, sprawność fizyczną (przede wszystkim możliwość poruszania się). W tabeli 6 przedstawiono uzyskane współczynniki korelacji dla mieszkańców dps.

Stwierdzono stosunkowo silną korelację pomiędzy wszystkimi składowymi jakości życia a ogólną jego oceną (współczynniki korelacji od 0,54 do 0,75). Największy wpływ na jakość życia ma sprawność fizyczna i stan emocjonalny, współczynniki korelacji wynosiły odpowiednio 0,75 i 0,72. Wśród składowych jakości życia największa zależność występuje między stanem emocjonalnym a kontaktami społecznymi, poziomem energii i snem (współczynnik korelacji od 0,43 do 0,63). Pozwala to stwierdzić, że osoby z depresją mają wyraźnie gorsze kontakty społeczne, skarżą się na łatwą męczliwość i nieco gorzej śpią. W podobnym stopniu skorelowana jest sprawność ruchowa z poziomem energii (0,53) oraz bólem (0,50) co sugeruje, że mieszkańcy o niskim poziomie energii mają również znacznie obniżoną sprawność poruszania się i większe dolegliwości bólowe.

W grupie słuchaczy utw zaobserwowano znacznie wyższe współczynniki korelacji pomiędzy wszystkimi elementami jakości życia a ogólną

jego oceną (od 0,62 do 0,90) oraz pomiędzy składowymi względem siebie (tabela 7).

W tej grupie najwyraźniej widać zależność między wydolnością fizyczną a bólem, depresją, poziomem energii oraz kontaktami społecznymi (współczynniki w przedziale od 0,74 do 0,77). Największy wpływ na jakość życia u tych seniorów ma właśnie wydolność fizyczna (0,90). Osoby, które są sprawne i aktywne fizycznie w życiu codziennym są bardziej energiczne, rzadziej odczuwają ból, w mniejszym stopniu dotyczą ich problemy związane z depresją, mają lepsze kontakty z innymi ludźmi. Również dużą zależność obserwuje się pomiędzy kontaktami społecznymi a innymi składowymi jakości życia z wyjątkiem snu (współczynniki korelacji od 0,62 do 0,74). Pozwala to przypuszczać, że im częściej osoby starsze utrzymują kontakty społeczne, tym mają wyższy poziom energii i wydolność fizyczną, lepszy stan emocjonalny oraz mniejsze dolegliwości bólowe.

DYSKUSJA

Obecna sytuacja demograficzna w Polsce i na świecie oraz związany z nią rosnący odsetek osób starszych w społeczeństwie zrodziły wiele problemów natury medycznej, społecznej i ekonomicznej. Stały się one przyczyną coraz większego zainteresowania problemami osób starszych.

W przeprowadzonych badaniach porównano jakość życia w dwóch grupach seniorów. Pierwszą z nich stanowią mieszkańcy dwóch dps w województwie podkarpackim, drugą zaś aktywni seniorzy uczestniczący w zajęciach utw. Jakość życia oceniano przez pryzmat sześciu obszarów, takich jak: energia życiowa, ból, reakcje emocjonalne, zaburzenia snu, kontakty społeczne i ograniczenia ruchowe, przy użyciu skali NHP.

U badanych mieszkańców dwóch dps województwa podkarpackiego średnia jakość życia w oparciu o skalę NHP wynosi 60,5, natomiast u słuchaczy utw 68,7, gdzie przedział wartości mieści się w granicach od 0 do 100,0, a wyższym wartościom odpowiada lepsza ocena jakości życia. Otrzymana różnica jest istotna statystycznie ($p < 0,001$) na korzyść słuchaczy utw.

Mieszkańcy dps spośród wszystkich badanych składowych jakości życia, najgorzej oceniają swoją energię życiową i sprawność fizyczną. Słuchacze utw poza niskim poziomem energii wskazują również na zaburzenia związane ze snem i dolegliwości bólowe. Większości ocenianych elementów z wyjątkiem dolegliwości bólowych i snu, w grupie aktywnych seniorów z utw okazała

się istotnie lepsza niż mieszkańców dps. Ich energia życiowa, mimo że jest oceniona nisko, to i tak jest znacznie wyższa niż u mieszkańców dps. Może to wynikać w fakt, iż mieszkańcy dps to osoby zaawansowane wiekiem, z licznymi chorobami, mające trudności w samodzielnym funkcjonowaniu, co ściśle łączy się z ich niepełnosprawność i decyzją przyjęcia do dps [1, 16–18].

Większość ocenianych czynników społeczno-demograficznych, a szczególnie płeć, stan cywilny i stan zdrowia badanych istotnie wpływa na jakość ich życia i jej składowe. Jednym z mniej istotnych czynników w obydwu grupach jest wiek. W innych publikacjach dotyczących jakości życia wpływ wieku jest niejednoznaczny. Wynika z nich, że sam wiek, jako niezależny czynnik, często nie modyfikuje jakości życia; dopiero w połączeniu z innymi czynnikami (chorobami, gorszą sprawnością fizyczną i psychiczną) istotnie ją obniża [1].

Płeć ma większe znaczenie dla jakości życia. Kobiety, których udział procentowy rośnie wyraźnie wraz z wiekiem w związku z większą od mężczyzn średnią długością życia, stanowią w grupach badanych odpowiednio w utw 89% i w dps 65%. Mieszkanicy dps mają wyraźnie niższą jakość życia w ocenie ogólnej niż mężczyźni, odpowiednio 57,6 i 66,1 punktów. One też znacząco częściej skarżą się na dolegliwości bólowe ($p < 0,001$) i charakteryzują się niższym poziomem energii i wydolności fizycznej ($p < 0,001$). Może to być rezultatem, stwierdzonej w wielu badaniach, mniejszej u kobiet potrzeby ruchu i aktywności oraz częstszym występowaniem schorzeń narządu ruchu [1, 19]. Odmiennie oceniają się kobiety w utw. Ich jakość życia i większość jej składowych jest wyższa niż u mężczyzn, jednak te różnice są niewielkie i nieistotne statystycznie. Ze względu na bardzo małą liczebność mężczyzn w uniwersytecie nie należy tych wyników uogólniać. Inne badania [14] przeprowadzone wśród osób starszych w Polsce oraz w 12 krajach europejskich w ramach programu SENECA wskazują na gorszą samoocenę zdrowia u kobiet. Podobne wyniki otrzymał także Noro, badając mieszkańców dps w Finlandii [19]. Tam również kobiety miały większe trudności ze sprawnością fizyczną niż mężczyźni i częściej niż oni skarżyły się na brak energii. W przeciwieństwie do powyższych autorów, Jaracz i wsp., badając jakość życia w dps u osób po 60 roku życia z chorobami narządu ruchu, nie stwierdzili znaczącego wpływu płci na jakość życia i jej składowe [11].

Istotną determinantą jakości życia jest stan cywilny. Wśród badanych mieszkańców dps małżeństwo zdecydowanie sprzyja poczuciu dobrej jakości życia, zmniejsza także izolację społeczną i korzystnie wpływa na stan emocjonalny seniorów ($p < 0,01$), co pokrywa się z wynikami badań w Finlandii [19]. Wiąże się to często z brakiem pewności siebie u osób stanu wolnego lub po stracie współmałżonka, które często muszą stawić czoła nowej rzeczywistości – biedzie, osamotnieniu i odizolowaniu. Ich kontakty międzyludzkie stają się rzadsze, co pogłębia i tak już istniejącą samotność. W grupie słuchaczy utw samotność nieznacznie obniżała ogólną jakość życia, jednak te różnice nie były istotne statystycznie. Częste spotkania (często kilka razy w tygodniu) ze znajomymi podczas zajęć w uniwersytecie, ciągłe poszerzanie własnej wiedzy motywuje ich do działania, a także podnosi samoocenę. Nie czują się osamotnieni, odcięci od świata, na pewno nie w takim dużym stopniu jak mieszkańcy dps. Poczucie bycia „kimś” spełniającym ważną rolę w społeczeństwie sprawia, że czują się potrzebni, radzą sobie z własnymi słabościami, a czas, kiedy zostają sami (bez bliskiej osoby) w domu poświęcają nauce i pracy społecznej. Badania nie wykazały istotnej zależności pomiędzy stanem cywilnym a jakością życia wśród słuchaczy utw.

W przeciwieństwie do wyników badań Tsenga [1, 21], nie stwierdzono wpływu poziomu wykształcenia na ocenę jakości życia i jej składowe. Badania GUS natomiast wykazują wyraźną zależność samooceny stanu zdrowia od poziomu wykształcenia; osoby wyżej wykształcone podawały lepszą ocenę jakości życia, co tłumaczono lepszym stanem wiedzy i zdrowszym stylem życia [22]. Być może powodem odmiennych wyników jest zbyt mała liczba osób z wyższym wykształceniem w dps (3%) i zbyt mała z podstawowym w utw (11%), by uznać te grupy za reprezentatywne. Możliwe też, że potrzeby osób wyżej wykształconych są zbyt trudne do zaspokojenia w warunkach dps, co w oparciu o definicję jakości życia, mówiącą o różnicy między nadziejami i oczekiwaniami a obecnymi doświadczeniami danej osoby, tłumaczyłoby niską jej ocenę. Natomiast osoby uczestniczące w zajęciach utw mają poczucie swojej wyższości względem rówieśników z niskim wykształceniem, ze względu na przynależność do grupy studentów.

W obu grupach badanych przy użyciu kwestionariusza NHP, istotne znaczenie dla ogólnej

oceny jakości życia ma większość ocenianych obszarów. Jednak największą zależność stwierdza się pomiędzy jakością życia a sprawnością fizyczną i stanem emocjonalnym. Osoby z większą sprawnością fizyczną lub w dobrym stanie emocjonalnym podają wyraźnie lepszą ocenę jakości życia. Te zależności są nieco większe wśród słuchaczy utw – współczynniki korelacji odpowiednio 0,92 i 0,86, niż w dps 0,75 i 0,72. Podskala wydolności fizycznej kwestionariusza NHP służy głównie do oceny sprawności lokomocyjnej osób starszych. Ograniczenie możliwości poruszania się obniża jakość życia głównie poprzez ograniczenie przestrzeni życiowej i uzależnienie od innych osób. W dps mieszkańcy są często wyręczeni w codziennych czynnościach, które we własnym domu wykonywałyby większość z nich; nie muszą robić zakupów, przygotowywać posiłków, prac. Sprzyja to dalszemu pogorszeniu wydolności fizycznej [18, 19, 23]. Kabsch stwierdza, że osoby starsze szybciej pogłębiają niepełnosprawność, gdy znajdują się w dps [23].

Przedstawione wyniki korzystnego wpływu dobrej wydolności fizycznej na jakość życia pokrywają się z wynikami badań prowadzonych przez Wojszel u osób po 75 roku życia mieszkających poza instytucjami opiekuńczymi [15]. Podobną zależność pomiędzy jakością życia a aktywnością fizyczną stwierdziła Śmigiel, oceniając zarówno osoby starsze mieszkające we własnych mieszkaniach jak i w dps [24]. Autorka ta założyła, że wykazana zależność jest dwukierunkowa (zarówno jakość życia wpływa na aktywność fizyczną jak i odwrotnie), ale decydującą rolę zmiennej niezależnej przypisuje jakości życia. Tak więc wpływ na poprawę jakości życia poprzez inne składowe miałyby podnieść również aktywność fizyczną [24, 25].

Kolejnym czynnikiem mającym duże znaczenie w ocenie jakości życia jest stan psychiczny. W wielu publikacjach medycznych autorzy podkreślają istotną zależność pomiędzy lepszą jakością życia a rzadszym występowaniem depresji [1, 26, 27]. Dąbkowski i wsp. uznali problem depresji wśród mieszkańców dps za szczególnie ważny ze względu na istotnie większe jej rozpowszechnienie (zwłaszcza depresji nie leczonych) oraz istotnie głębsze nasilenie, niż wśród osób mieszkających we własnych domach [28]. Jest to zgodne również z innymi doniesieniami wskazującymi na większe rozpowszechnienie zaburzeń emocjonalnych wśród osób starszych, żyjących w warunkach opieki instytucjonalnej. Niektórzy autorzy sugerują, iż występuje tendencja do ignorowania przez oto-

czenie objawów depresji u osób w podeszłym wieku, w tym także personel medyczny [1, 16], zwłaszcza że objawy tych zaburzeń emocjonalnych są nietypowe. Wyznaczenie granicy między starością a patologią jest coraz trudniejsze. W postępowaniu geriatrycznym szczególnie często nie rozpoznaje się depresji, która przebiega albo pod postacią licznych dolegliwości somatycznych i wegetatywnych, albo tylko jako przygnębienie, osłabienie chęci działania lub pseudootępienie [29, 30]. Tak więc zachodzi potrzeba uwrażliwienia osób zajmujących się seniorami na ten problem.

W obu grupach badanych stwierdzono znaczący wpływ sprawności fizycznej i stanu emocjonalnego na ogólną jakość życia. Wpływ ten jest większy w grupie studentów utw. Należy dlatego propagować różne formy aktywności zarówno fizycznej, jak i społecznej oraz zwrócić uwagę na wczesne wykrywanie stanów depresyjnych i ich leczenie wśród osób starszych.

Stwierdzona w badaniach istotna zależność pomiędzy trudnościami w kontaktach społecznych a występowaniem objawów depresyjnych w obu grupach badanych seniorów również pokrywa się z wynikami innych badań [26, 28, 31, 32]. W dps zaobserwowano istotnie gorsze kontakty społeczne niż wśród słuchaczy utw, odpowiednio 64,9 i 75,5. Zastąpienie wcześniejszych więzi społecznych i zawodowych przez charakterystyczne dla dps kontakty instytucjonalne oraz specyficzny styl życia zbiorowego może sprzyjać zaburzoną reakcją emocjonalną, w tym depresji. Często przedstawia się umieszczenie w dps jako przyczynę przewlekłego stresu, a w konsekwencji rozwoju starczej depresji [30]. Stąd stymulowanie przez personel częstszych kontaktów międzyludzkich (spotkania towarzyskie, wycieczki, gry zespołowe, rehabilitacja grupowa i inne) oraz spotkań z rodziną może stanowić ważny czynnik profilaktyczny i leczniczy zaburzeń emocjonalnych.

WNIOSKI

1. Propagowanie różnych form aktywności fizycznej wśród osób starszych może sprzyjać poprawie jakości ich życia.
2. Częste kontakty towarzyskie oraz działalność społeczna pozytywnie wpływają na poczucie jakości życia seniorów.
3. Istotnie wyższa jakość życia wśród słuchaczy utw powinna zachęcać do organizowania tego typu działalności na rzecz seniorów.

PIŚMIENNICTWO

1. Grzegorzczak J. : *Próba oceny wpływu wybranych czynników na jakość życia mieszkańców domów pomocy społecznej w województwie podkarpackim*. Praca doktorska. Śląska Akademia Medyczna Wydział Lekarski w Zabrze 2004.
2. Olas J.: *Ocena jakości życia pacjentów leczonych z powodu dysfunkcji układu ruchu – przegląd najczęściej stosowanych instrumentów pomiarowych i implikacje kliniczne*. Geront. Pol. 2002. 2: 57.
3. WHO, Quality of Life Special Report, 1992.
4. de Walden-Głuszko K., Majakowicz M.: *Badanie jakości życia w medycynie*, Gazeta Lek. 1997. 4(75): 40.
5. Testa M., Simonson D.: *Assessment of quality-of-life outcomes*. N. Engl. J. Med. 1996. 334: 835–839.
6. Addington-Hall J., Kalra L.: *Measuring quality of life. Who should measure quality of life?* BMJ 2001. 322(9): 1417.
7. Bień B.: *Przedmowa do raportów na temat systemów opieki zdrowotnej i społecznej nad ludźmi starszymi w Polsce i we Włoszech*. Geront. Pol. 1999. 7(3–4): 28.
8. Chou S.C., Boldy D.P., Lee A.H.: *Resident satisfaction and its components in residential aged care*. Gerontologist. 2002. 42(2): 188–98.
9. Cooper J.K., Kohlmann T., Michael J.A., Haffer S.C., Stevic M.: *Health outcomes. New quality measure for Medicare*. Int. J. Qual. Health Care. 2000. 13(1): 9–16.
10. Holtkamp C. C., Kerkstra A., Ribbe M., Van Campen C., Ooms M.: *The relation between quality of coordination of nursing care and quality of life in Dutch nursing homes*. J. Adv. Nurs. 2000. 32(6): 1364.
11. Jaracz K., Wołowicka L., Baczyk G.: *Sytuacja życiowa i sprawność funkcjonalna osób w starszym wieku z zaburzeniami sprawności lokomocyjnej*, Geront. Pol. 2001. 9(1): 26.
12. Kane R.A.: *Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: toward a reasonable practice, research, and policy agenda*. Gerontologist. 2003. 43(2): 28.
13. Saliba D., Schnelle J.: *Indicators of the quality of nursing home residential care*. J. Am. Geriatr. Soc. 2002. 50(8): 1421.
14. Schroll M., Schlettwein D., van Staveren W., Schlienger J.L.: *Health related quality of life and physical performance*. SENECA 1999. J. Nutr. Health Aging. 2002. 6(1): 15.
15. Wojszel B.: *Uwarunkowania zdrowotne jakości życia oraz ocena stanu zdrowia ludzi starych*, Geront. Pol. 1996. 4(3): 28.
16. Abrams R., Teresi J., Butin D.: *Depression in nursing home residents*. Clinical Geriatr. Med. 1992. 8: 309.
17. Błędowski P.: *Samodzielność osób starszych jako zadanie polityki społecznej*. Geront. Pol. 1998; 6(3–4): 49.
18. Bręczewski G.: *Jakość życia osób niepełnosprawnych przebywających w domach pomocy społecznej*. Postępy Rehab. 1997. 4: 135.
19. Noro A., Aro S.: *Health-related quality of life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population*. Qual. Life Res. 1996. 5(3): 355.
20. Holtkamp C. C., Kerkstra A., Ribbe M., Van Campen C., Ooms M.: *The relation between quality of coordination of nursing care and quality of life in Dutch nursing homes*. J. Adv. Nurs. 2000. 32(6): 1364.
21. Tseng S.Z., Wang R.H.: *Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan*. Public Health Nurs. 2001. 18(5): 304.
22. GUS: *Seniorzy w Polskim społeczeństwie*. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych 1999.
23. Kabsch A.: *Niepełnosprawność towarzysząca procesom starzenia wyzwaniem dla fizjoterapii*. Fizjoterapia. 2001. 9(3): 3–19.
24. Śmigiel J.: *Poczucie jakości życia a aktywność osób w starszym wieku*. Gerontol. Pol. 1997. 5(2): 21.
25. Targosiński P., Mańka J., Sosnowski A.: *Wpływ fizjoprofilaktyki na sprawność narządu ruchu osób w podeszłym wieku*. Postępy Rehab. 2001. 1: 75.
26. Derejczyk J.: *Geriatrya a reforma ochrony zdrowia w Polsce*. Służba Zdr. 2000. 61–64: 30.
27. Jones R., Marcantonio E., Rabinowitz T.: *Prevalence and correlates of recognized depression in U.S. nursing homes*. J. Am. Geriatr. Soc. 2003. 51(10): 1404.
28. Dąbkowski M., Szrajda J., Rybakowski J.: *Ocena częstości występowania nie leczonych zaburzeń depresyjnych u osób starych*. Postępy Psych. i Neurol. 1995. 4: 261.
29. Chodorowski Z.: *Komentarz do artykułu pt. Metody określania stopnia nieporadności osób w podeszłym wieku. Ocena geriatryczna prowadzona w celu poprawy jakości życia*. Med. Dypl. 1999. 8(6): 72.
30. Grabiec U., Skalska A.: *Depresja w starszym wieku – podstawy rozpoznania*. Geront. Pol. 1999. 7(1): 14.
31. Shmueli Y., Baumgarten M., Rovner B., Berlin J.: *Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression*. Int. Psychogeriatr. 2001. 13(1): 63.
32. Szałtynis D.: *Sopocki program SENIOR formą aktywizującą ludzi starszych. Konferencja naukowa Starość i niepełnosprawność w badaniach i polityce społecznej*. Warszawa 18. 06. 1999.

Instytut Fizjoterapii UR
ul. Warszawska 26a
35-205 Rzeszów
Tel. 0-17 872 19 20
Email: joannag@pro.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 9 lipca 2007
Zaakceptowano do druku: 6 sierpnia 2007