

Aneta Dmowska-Pycka

**Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia
pensjonariuszy domów pomocy społecznej**

Psychosocial determinants of quality of life
of residents of social care homes

Rozprawa doktorska na stopień doktora
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki o zdrowiu
przedkładana Radzie Dyscypliny Nauk o Zdrowiu
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Promotor: dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski

Promotor pomocniczy: dr n. med. i n. o zdr. Łukasz Dudziński

Warszawa, 2026 rok

Słowa kluczowe: jakość życia, dom pomocy społecznej, potrzeby, problemy zdrowotne, akceptacja choroby, rezyliencja, senior

Keywords: *quality of life, social welfare home, needs, health problems, acceptance of illness, resilience, senior*

Spis treści

Wykaz zastosowanych skrótów	5
Streszczenie	7
Abstract.....	9
Wstęp	11
1. Dom pomocy społecznej jako forma opieki instytucjonalnej	12
1.1. Aspekty prawne i organizacyjne	12
1.2. Dostępność i zapotrzebowanie na usługi w DPS	14
1.3. Zakres działalności DPS i rodzaje udzielanych świadczeń.....	16
2. Wybrane konteksty jakości życia	20
2.1. Jakość życia w ujęciu medycznym, społecznym i psychologicznym	20
2.2. Uwarunkowania jakości życia.....	26
2.3. Modele, wymiary i wskaźniki pomiaru jakości życia	30
3. Potrzeby i problemy osób starszych a jakość życia.....	42
3.1. Potrzeby i problemy w aspekcie biologicznym	42
3.2. Potrzeby i problemy w kontekście społecznym	50
3.3. Potrzeby i problemy natury psychologicznej	55
4. Założenia metodologiczne	61
4.1. Cel pracy i problemy badawcze	61
4.2. Hipotezy badawcze	61
4.3. Materiał i metody	62
5. Wyniki	68
5.1. Charakterystyka próby	68
5.2. Statystyki opisowe	72
5.3. Związek między poziomem akceptacji choroby a oceną jakości życia mieszkańców DPS.....	77
5.4. Związek między poziomem rezyliencji a oceną jakości życia mieszkańców DPS	78
5.5. Predyktory jakości życia mieszkańców DPS	79
5.6. Stan somatyczny a ocena jakości życia mieszkańców DPS.....	85
5.7. Rola rodziny a jakość życia i odczuwanie samotności	87
5.8. Uczestnictwo w decyzji o zamieszkaniu w DPS oraz udział w zajęciach terapeutycznych i imprezach organizowanych przez DPS a ocena jakości życia i poziomu rezyliencji.....	87

5.9. Czynniki socjodemograficzne i kliniczne związane z AIS, RS-14 i WHOQOL-BREF	94
5.10. Weryfikacja hipotez badawczych	97
6. Dyskusja	98
7. Wnioski.....	113
Bibliografia	115
Spis tabel.....	133
Spis wykresów	134
Aneks	136

Wykaz zastosowanych skrótów

ADL	(ang. <i>Activities of Daily Living</i>) proste czynności dnia codziennego
AIS	(ang. <i>Acceptance of Illness Scale</i>) Skala Akceptacji Choroby
AMD	(ang. <i>age related macular degeneration</i>) zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem
BMI	(ang. <i>Body Mass Index</i>) wskaźnik masy ciała
ChUK	choroby układu krążenia
DPS	dom pomocy społecznej
ERA-EDTA	(ang. <i>European Renal Association–European Dialysis Transplantation Association</i>) Europejskie Stowarzyszenie Nefrologiczne-Europejskie Stowarzyszenie Transplantacji Narządów Dializ
EU-SILC	(ang. <i>European Union Statistics on Income and Living Conditions</i>) Europejskie Badania Warunków Życia Ludności
GBD	(ang. <i>Global Burden of Diseases</i>) Globalne obciążenie chorobami
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HDI	(ang. <i>Human Development Index</i>) Wskaźnik Rozwoju Społecznego
HRQOL	(ang. <i>Heath Related Quality of Life</i>) jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia
IADL	(ang. <i>Instrumental Activities of Daily Living</i>) złożone czynności dnia codziennego
ICF	(ang. <i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>) Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia
LUTS	(ang. <i>lower urinary tract symptoms</i>) objawy dolnych dróg moczowych
MMSE	(ang. <i>Mini-Mental State Examination</i>) Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego
NT	nadciśnienie tętnicze
PChN	przewlekła choroba nerek
POChP	przewlekła obturacyjna choroba płuc
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
QALY	(ang. <i>quality-adjusted life years</i>) długość życia skorygowana jakością
QOL	(ang. <i>Quality of Life</i>) jakość życia
REM	(ang. <i>Rapid Eye Movement</i>) faza snu szybkich ruchów gałek ocznych

RODO	rozporządzenie o ochronie danych osobowych
RS-14	(ang. <i>Resilience Scale 14</i>) Skala Rezyliencji
SPP-25	skala pomiaru prężności
SWLS	(ang. <i>The Satisfaction With Life Scale</i>) Skala Satysfakcji z Życia
USA	(ang. <i>United States of America</i>) Stany Zjednoczone Ameryki
UTW	uniwersytet trzeciego wieku
WHO	(ang. <i>World Health Organization</i>) Światowa Organizacja Zdrowia
WHOQOL -BREF	(ang. <i>World Health Organization Quality of Life Test-Bref</i>) test jakości życia –Światowej Organizacji Zdrowia
ZOL	zakład opiekuńczo-leczniczy

Streszczenie

Wstęp: Postępujący proces starzenia się społeczeństwa wiąże się nieuchronnie z rozwojem chorób przewlekłych, osamotnieniem i trudnościami w codziennym funkcjonowaniu. Część osób starszych nie otrzymuje odpowiedniego wsparcia, głównie ze strony najbliższych i odpowiedniej opieki w swoim środowisku. Ich potrzeby i problemy są specyficzne i złożone, co wpływa na jakość ich życia. Stawia to politykę społeczną i zdrowotną państwa przed licznymi wyzwaniami celem zapewnienia seniorom odpowiednich warunków bytowych i opiekuńczych. W konsekwencji wiele z tych osób trafia do domów pomocy społecznej (DPS), gdzie muszą przewartościować dotychczasowe życie i zaadaptować się do nowych warunków.

Cel badań: Ocena jakości życia mieszkańców DPS w zależności od poziomu akceptacji choroby, rezyliencji oraz zmiennych socjodemograficznych i klinicznych.

Material i metody: Badaniem objęto 150 mieszkańców sześciu domów pomocy społecznej na terenie województwa mazowieckiego. Materiał badawczy zbierany był od sierpnia do października 2025 r. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z użyciem techniki ankietowania. Jako narzędzia badawcze wykorzystano standaryzowane kwestionariusze: Skalę oceny jakości życia WHOQOL-BREF, Skalę Akceptacji Choroby (AIS), Skalę Rezyliencji RS-14 oraz autorski kwestionariusz ankiety, zawierający metryczkę oraz 22 pytania dotyczące problemów zdrowotnych i potrzeb psychospołecznych pensjonariuszy. Obliczenia wykonano w programie IBM SPSS Statistics 29.0.

Wyniki: Analiza wykazała, że przy wyższym poziomie akceptacji choroby ogólna jakość życia ($r_s=0,25$; $p=0,002$), a także jej ocena w aspekcie somatycznym ($r_s=0,55$; $p<0,001$), psychologicznym ($r_s=0,42$; $p<0,001$) i socjalnym ($r_s=0,20$; $p=0,013$), była wyższa. Przy wyższym poziomie rezyliencji wyższa była również ocena jakości życia w obszarze somatycznym, socjalnym i psychologicznym. Silniejsze związki odnotowano dla relacji z domeną psychologiczną ($r_s=0,55$; $p<0,001$). Akceptacja choroby jak i rezyliencja pozostały w istotnym, dodatnim związku z oceną jakości życia. Spośród predyktorów włączonych do modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie somatycznej jedynie obecność przewlekłego bólu (współczynnik regresji $\beta = -0,23$; $p<0,001$) oraz wiek (współczynnik regresji $\beta = -0,17$; $p=0,012$) były ujemnie związane z oceną jakości życia – występowanie bólu pogarszało jakość życia, a jakość życia zmniejszała się wraz z wiekiem badanych. Wyższy poziom rezyliencji ($\beta = 0,57$; $p<0,001$) oraz wyższy poziom akceptacji

choroby ($\beta=0,37$; $p<0,001$) wiązały się z wyższą jakością życia w obszarze psychologicznym. Spośród włączonych predyktorów do modelu istotny związek z jakością życia zaobserwowano z wiekiem ($\beta= -0,25$; $p<0,001$). Jakość życia w domenie somatycznej oceniano tym niżej, im większą liczbę chorób przewlekłych mieli badani ($r_s = -0,40$; $p< 0,001$), częściej byli hospitalizowani ($r_s = -0,25$; $p = 0,002$), doświadczali bólu przewlekłego ($p< 0,001$) oraz oceniali ból jako bardziej intensywny ($r_s = -0,42$; $p< 0,001$). Dla jakości życia w domenie somatycznej wykazano, że jakość życia badanych, którym rodzina zorganizowała pobyt w placówce była wyższa niż u osób, u których zostało to zlecone z powodów zdrowotnych ($p = 0,032$). Jakość życia w domenie psychologicznej była istotnie wyższa wśród badanych, u których pobyt zaproponowała rodzina w porównaniu do tych, których skierowała instytucja ($p = 0,010$) oraz tych, którym zostało to zlecone z powodów zdrowotnych ($p = 0,011$). Poziom rezyliencji wśród badanych skierowanych do DPS przez instytucje społeczne był istotnie niższy niż u tych, którzy podjęli tę decyzję samodzielnie ($p = 0,012$) bądź też takie rozwiązanie zostało zaproponowane przez rodzinę ($p = 0,020$).

Wnioski: Jakość życia pensjonariuszy domów pomocy społecznej wskazuje na wyraźne zróżnicowanie pomiędzy domenami WHOQOL-BREF. Akceptacja choroby jest jednym z kluczowych psychospołecznych uwarunkowań jakości życia mieszkańców DPS. Rezyliencja wspiera przede wszystkim psychologiczny wymiar dobrostanu i adaptacji mieszkańców DPS. Akceptacja choroby jest silnym predykatorem w domenie somatycznej, a rezyliencja dominującym w domenie psychologicznej, także po uwzględnieniu wieku, płci oraz obciążeń klinicznych. Czynniki kliniczne wpływają na jakość życia selektywnie, przede wszystkim poprzez domenę somatyczną. W domenie psychologicznej kluczowe znaczenie mają wiek oraz upadki. Częstszy kontakt z rodziną wiąże się z rzadszym odczuwaniem samotności, bez jednoznacznego przełożenia na domeny psychologiczną i socjalną jakości życia. Z kolei częstszy udział w zajęciach terapeutycznych i wydarzeniach organizowanych przez DPS wiąże się z wyższą jakością życia w domenach psychologicznej i socjalnej oraz z wyższą rezyliencją. Okoliczności decyzji o zamieszkaniu w DPS różnicują poziom rezyliencji oraz jakość życia w domenie psychologicznej.

Abstract

Introduction: The progressive aging of society inevitably leads to the development of chronic diseases, loneliness, and difficulties in daily functioning. Some older adults do not receive adequate support, primarily from their loved ones, or appropriate care in their communities. Their needs and problems are specific and complex, impacting their quality of life. This presents the state's social and healthcare policies with numerous challenges in ensuring adequate living and care conditions for seniors. Consequently, many of these individuals end up in social welfare homes (SSDs), where they must reevaluate their previous lives and adapt to new conditions.

Study Objective: To assess the quality of life of SWH residents based on their level of illness acceptance, resilience, and sociodemographic and clinical variables.

Material and Methods: The study included 150 residents of six Social Welfare Homes in the Masovian Voivodeship. Data collection was conducted from August to October 2025. A diagnostic survey approach was employed in this study, employing a questionnaire approach. The research tools used included standardized questionnaires: the Acceptance of Illness Scale (AIS), the RS-14 Resilience Scale, the WHOQOL-BREF Quality of Life Scale, and a proprietary survey questionnaire containing a patient's personal data sheet and 22 questions regarding residents' health problems and psychosocial needs. Calculations were performed in IBM SPSS Statistics 29.0.

Results: The analysis showed that higher levels of illness acceptance were associated with higher overall quality of life ($r_s = 0.25$; $p = 0.002$), as well as with higher somatic ($r_s = 0.55$; $p < 0.001$), psychological ($r_s = 0.42$; $p < 0.001$), and social ($r_s = 0.20$; $p = 0.013$) quality of life assessments. Higher levels of resilience also led to higher quality of life assessments in the somatic, social, and psychological domains. Stronger associations were noted for the relationship with the psychological domain ($r_s = 0.55$; $p < 0.001$). Both illness acceptance and resilience remained significantly and positively associated with quality of life assessments. Among the predictors included in the model explaining quality of life in the somatic domain, only the presence of chronic pain (regression coefficient $\beta = -0.23$; $p < 0.001$) and age (regression coefficient $\beta = -0.17$; $p = 0.012$) were negatively associated with the assessment of quality of life – the presence of pain worsened quality of life, and quality of life decreased with age. Higher levels of resilience ($\beta = 0.57$; $p < 0.001$) and higher levels of illness acceptance ($\beta = 0.37$; $p < 0.001$) were associated with higher quality of life in the psychological domain. Among the predictors included in the model,

a significant association with quality of life was observed with age ($\beta = -0.25$; $p < 0.001$). Quality of life in the somatic domain was rated lower the more chronic diseases the participants had ($r_s = -0.40$; $p < 0.001$), the more frequently they were hospitalized ($r_s = -0.25$; $p = 0.002$), experienced chronic pain ($p < 0.001$), and rated pain as more intense ($r_s = -0.42$; $p < 0.001$). For quality of life in the somatic domain, it was shown that the quality of life of participants for whom family arranged a stay in a facility was higher than that of those for whom it was recommended for health reasons ($p = 0.032$). Quality of life in the psychological domain was significantly higher among participants for whom family suggested a stay in a facility compared to those referred by an institution ($p = 0.010$) and those for whom it was recommended for health reasons ($p = 0.011$). The level of resilience among respondents referred to a nursing home by social institutions was significantly lower than among those who made this decision on their own ($p = 0.012$) or such a solution was proposed by their family ($p = 0.020$).

Conclusions: The quality of life of nursing home residents demonstrates clear differentiation across WHOQOL-BREF domains. Illness acceptance is one of the key psychosocial determinants of quality of life for nursing home residents. Resilience primarily supports the psychological dimensions of well-being and adaptation in nursing homes. Illness acceptance is a strong predictor in the somatic domain, while resilience dominates in the psychological domain, even after accounting for age, gender, and clinical conditions. Clinical factors influence quality of life selectively, primarily through the somatic domain. In the psychological domain, age and falls are crucial. More frequent contact with family is associated with less frequent feelings of loneliness, without a clear impact on the psychological and social domains of quality of life. In turn, more frequent participation in therapeutic activities and events organized by nursing homes is associated with higher quality of life in the psychological and social domains and with higher resilience. The circumstances of the decision to live in a nursing home differentiate the level of resilience and quality of life in the psychological domain.

Wstęp

Współcześnie coraz więcej osób wymaga całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności i nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu. Często nie otrzymują one odpowiedniej opieki w swoim środowisku, co stanowi poważny problem medyczny, społeczny i psychologiczny. W konsekwencji wiele z tych osób trafia do domów pomocy społecznej (DPS), gdzie muszą przewartościować dotychczasowe życie i zaadaptować się do nowych warunków oraz życia z chorobą [1]. Poziom rezyliencji mieszkańca domu pomocy społecznej może determinować jego funkcjonowanie bio-psycho-społeczne, wyniki leczenia i ogólny dobrostan. Akceptacja choroby jest procesem złożonym, a jej wyższy poziom łagodzi negatywny wpływ choroby na codzienne życie, sprzyjając lepszemu samopoczuciu i większej satysfakcji z życia. Badania wskazują, że mieszkańcy domów pomocy społecznej borykają się z problemami odmiennymi niż osoby mieszkające z rodziną [2]. Akceptacja choroby może mieć wpływ na jakość życia m.in. poprzez zmniejszenie nasilenia negatywnych emocji. Pobyt w DPS bywa postrzegany jako zaburzający równowagę psychofizyczną seniorów. Niektórzy autorzy zwracają uwagę, że placówki te mogą mieć cechy „instytucji totalnych” – ograniczają prywatność, kontrolują czas i przestrzeń mieszkańców, co rodzi poczucie zależności. Adaptacja do nowych warunków bywa trudna, a rezyliencja jest kluczowa dla jakości życia. Odpowiednie wsparcie może ją wzmacniać i pomagać mieszkańcom w radzeniu sobie z wyzwaniami życia w DPS [3,4].

1. Dom pomocy społecznej jako forma opieki instytucjonalnej

1.1. Aspekty prawne i organizacyjne

Procesy demograficzne, które można obecnie zaobserwować nie tylko w Europie prowadzą do wzrostu liczby i odsetka osób starszych w społeczeństwie. Od blisko dwudziestu lat w Polsce następuje stały wzrost udziału osób starszych w populacji Polski. W roku 2005 wyniósł 17,2% [5], w 2024 roku – już 26,6% [6], a według prognoz w 2060 roku będzie wynosił 38,3% [7, 8]. Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku, według art. 67, każdy obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego, gdy nastąpi niezdolność do pracy ze względu na chorobę, inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego [9]. Prawa obywateli konkretyzują dopiero ustawy, a wśród nich ustawa o pomocy społecznej (u. p. s.) [10]. Instytucjami, które z racji celów określonych w ustawie o pomocy społecznej organizują opiekę i udzielają wsparcia są domy pomocy społecznej [11].

Pomoc społeczna jest działalnością instytucji państwowych, samorządowych, społecznych, kościołów, osób prywatnych – umożliwiającą i ułatwiającą zaspokojenie podstawowych potrzeb osobom i rodzinom niezdolnym do uczynienia tego samodzielnie w ramach istniejącego podziału dóbr, usług oraz świadczeń. Dom pomocy społecznej jest specyficzną formą pomocy adresowaną do osób, które ze względu na utratę lub brak zdolności do zaspokajania swoich codziennych potrzeb, nie mogą samodzielnie funkcjonować w środowisku dotychczasowego zamieszkania, zastępując otoczenie rodzinne i próbując je substytuować. Ustawa o pomocy społecznej określa podmiotowe prawo osoby wymagającej całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność do umieszczenia w domu pomocy społecznej, wskazując, że jest to placówka całodobowego stałego pobytu zapewniająca usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu. Prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej przyporządkowany został samorządom terytorialnym, głównie samorządom powiatowym [12, 13].

Zgodnie z obowiązującymi przepisami domy pomocy społecznej mogą być prowadzone, po uzyskaniu zezwolenia wojewody, przez organy jednostek samorządu terytorialnego, Kościół katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe, organizacje i stowarzyszenia społeczne, fundacje oraz inne osoby prawne i fizyczne. Uzyskanie zezwolenia na ich prowadzenie wymaga spełnienia szeregu wymagań dotyczących

standardu usług, przedłożenia regulaminu domu, dokumentów potwierdzających stan prawny nieruchomości, na której usytuowana będzie placówka. Zezwolenie ma formę decyzji administracyjnej i może być cofnięte, jeżeli określone wymagania nie będą spełnione [11].

Osoba lub rodzina ubiegająca się o pomoc społeczną może zgłosić się do ośrodka pomocy społecznej w miejscu zamieszkania (ośrodki znajdują się w każdej gminie). Decyzje o przyznaniu lub odmowie przyznania pomocy wymagają uprzednio przeprowadzenia przez pracownika socjalnego rodzinnego wywiadu środowiskowego. Decyzje w sprawach świadczeń pomocy społecznej wydawane są w formie decyzji administracyjnej. Od każdej decyzji służy prawo odwołania.

Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w DPS. Osobę wymagającą tej formy wsparcia kieruje się do DPS odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej, chyba że okoliczności sprawy wskazują inaczej, po uzyskaniu zgody tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego na umieszczenie w domu pomocy społecznej. Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na następujące typy domów, dla:

- osób w podeszłym wieku,
- osób przewlekle somatycznie chorych,
- osób przewlekle psychicznie chorych,
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- osób niepełnosprawnych fizycznie,
- osób uzależnionych od alkoholu.

DPS jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej, posiadającą dużą autonomię i niezależność. DPS zapewnia pomoc zgodnie z zasadą subsydiarności oraz partycypacji. Pomoc jest udzielana wówczas, gdy nie ma możliwości zapewnienia pomocy w warunkach domowych, i co do zasady nie zwalnia to rodziny z odpowiedzialności [8].

Decyzję o umieszczeniu w DPS wydaje organ gminy lub starosta powiatu prowadzącego DPS. W przypadku regionalnych domów pomocy społecznej decyzję wydaje marszałek województwa. W przypadku gdy przewidywany termin oczekiwania na

umieszczenie w domu pomocy społecznej danego typu zlokalizowanym najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej wynosi ponad 3 miesiące, osobę kieruje się na jej wniosek do domu pomocy społecznej tego samego typu zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej, w którym przewidywany termin oczekiwania na umieszczenie jest krótszy niż 3 miesiące. W razie niemożności umieszczenia w domu pomocy społecznej z powodu braku wolnych miejsc, powiadamia się osobę o wpisaniu na listę oczekujących oraz o przewidywanym terminie oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej. Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania. Za pobyt w domu pomocy społecznej pensjonariusz opłaca 70% swojego dochodu, a pozostałe koszty do pełnego utrzymania pokrywa rodzina zobowiązana do alimentacji. Jeśli jednak rodzina nie ma środków finansowych na pokrycie pełnego kosztu pobytu osoby starszej, to gmina, która skierowała seniora do domu pomocy społecznej, pokrywa jego koszt zakwaterowania [8, 12]. W przypadku gdy osoba bezwzględnie wymagająca pomocy lub jej przedstawiciel ustawowy nie wyrażają zgody na umieszczenie w domu pomocy społecznej lub po umieszczeniu wycofają swoją zgodę, DPS jest obowiązany do zawiadomienia o tym właściwego sądu, a jeżeli osoba taka nie ma przedstawiciela ustawowego lub opiekuna - prokuratora [12].

1.2. Dostępność i zapotrzebowanie na usługi w DPS

W Polsce mamy do czynienia z niedorozwojem instytucjonalnego systemu opieki i wsparcia, a możliwości opiekuńcze zasobów rodzinnych są ograniczane wskutek zachodzących procesów demograficznych, co zwiększa popyt na usługi zorganizowane w formule instytucjonalnej [14]. Najczęściej występującymi przyczynami trudnej sytuacji życiowej osób i rodzin, a jednocześnie powodami ubiegania się o pomoc społeczną np. w województwie mazowieckim, wskazanymi przez ośrodki pomocy społecznej w 2024 r. były: długotrwała lub ciężka choroba, ubóstwo, niepełnosprawność i bezrobocie [15].

Według stanu w dniu 31 grudnia 2024 r. w Polsce funkcjonowały 2232 stacjonarne zakłady pomocy społecznej (o 94 placówki więcej niż w 2023 r.), wśród których były 903 domy pomocy społecznej oraz 680 placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Domy pomocy społecznej stanowiły 40,5% wszystkich zakładów stacjonarnej pomocy społecznej. Największa ich ilość znajduje się w województwie mazowieckim (107), śląskim (102)

i małopolskim (94). Rozwój publicznego sektora opieki długoterminowej w Polsce cechuje się niską dynamiką wzrostu. Największy nominalny wzrost liczby DPS-ów w latach 2019-24 odnotowano w województwie dolnośląskim, zachodniopomorskim, świętokrzyskim i podkarpackim. W sześciu województwach (m.in. w kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, mazowieckim, wielkopolskim i śląskim) liczba placówek DPS nie zmieniła się przez ostatnie sześć lat. Województwo podlaskie stało się regionem z najmniejszą liczbą DPS-ów w Polsce [16].

Jeśli chodzi o liczbę miejsc oferowanych przez DPS, to od 4 lat pozostaje na zbliżonym poziomie. W latach 2019-2024 liczba miejsc w DPS-ach w Polsce wzrosła z 82 840 do 84 319. Największą ilością miejsc dysponują jednostki opiekuńcze zlokalizowane w mazowieckim, śląskim oraz małopolskim, które łącznie posiadają blisko 1/3 oferowanej ogólnokrajowej liczby miejsc. Najlepsza sytuacja z dostępnością miejsc jest w województwie świętokrzyskim, opolskim oraz warmińsko-mazurskim. Głównym odbiorcą usług świadczonych przez DPS-y są seniorzy w wieku 65+. W DPS-ach na koniec 2024 roku przebywało łącznie 82 077 osób. Obecnie zajętych jest 97,3% miejsc dostępnych w publicznych domach opieki. Zdecydowanie najmniej liczną grupą korzystającą z usług DPS-ów są osoby w wieku 0-18 lat (zaledwie 1,1% ogółu mieszkańców DPS-ów), co jednoznacznie wskazuje, że działalność tego typu zakładów skierowana jest głównie dla dorosłych w wieku produkcyjnym i seniorów.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) średni czas oczekiwania na przyjęcie do DPS w Polsce wynosi ok. pół roku. Najkrócej czeka się w województwie podkarpackim (1 miesiąc), natomiast najdłużej na przyjęcie do jednostki opiekuńczej oczekuje się w województwie śląskim (9 miesięcy). Na koniec 2024 r. liczba osób oczekująca na miejsce w DPS wyniosła 6 010 [16].

Regionalne zróżnicowanie zapotrzebowania na usługi opiekuńcze wynika przede wszystkim z liczby osób starszych. Najwięcej osób w wieku senioralnym korzystających z zakładów stacjonarnych pomocy społecznej odnotowano w województwie mazowieckim – 12,5 tys. osób oraz śląskim – 10,6 tys. osób. Województwami o najmniejszej liczbie osób starszych przebywających w zakładach stacjonarnych pomocy społecznej były województwa lubuskie – 2,0 tys. osób oraz podlaskie – 2,4 tys. osób.

Na koniec 2024 r., z zakładów stacjonarnych pomocy społecznej korzystało 9 osób w wieku senioralnym na 1000 ludności w tym wieku. Współczynnik ten jest najwyższy w województwie opolskim (ponad 11 osób na 1000), a najniższy w województwie lubelskim – ponad 6 osób na 1000.

W strukturze mieszkańców zakładów stacjonarnych pomocy społecznej w wieku 60 lat i więcej dominowały osoby z najstarszej grupy wieku, tj. 80 lat i więcej. Ich udział w 2024 r., podobnie jak w roku poprzednim wyniósł 39,6% [5, 6].

1.3. Zakres działalności DPS i rodzaje udzielanych świadczeń

Dom pomocy społecznej posiada określoną strukturę organizacyjną, zatrudnia wyspecjalizowany personel, działa w oparciu o normy prawne, spełnia określone funkcje, realizując cele i zadania. DPS świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Placówka ta może również świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób w nim niezamieszkujących [17].

W § 5 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie d.p.s. wymieniono katalog usług, które mają na celu realizację potrzeb bytowych mieszkańców DPS. Są to:

- 1) miejsce zamieszkania,
- 2) wyżywienie,
- 3) odzież i obuwie,
- 4) utrzymanie czystości.

Zakres i poziom świadczonych usług powinien uwzględniać wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa, jak również stopień sprawności fizycznej i psychicznej.

W § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie d.p.s. wskazano, jakie pomieszczenia powinny znajdować się w DPS, określono wymagania dotyczące pokoju mieszkalnego, w zakresie powierzchni i wyposażenia, wskazano wymogi dotyczące warunków sanitarnych, w tym obowiązek zapewnienia czystości wszystkich pomieszczeń poprzez sprzątanie ich nie rzadziej niż raz dziennie. W zakresie wyżywienia i organizacji posiłków mieszkańcom domu zapewnia się co najmniej 3 posiłki dziennie, w tym jeden gorący, wybór zestawu posiłków lub możliwość otrzymania posiłku dodatkowego oraz posiłku dietetycznego, zgodnie ze wskazaniem lekarza, a w razie potrzeby mieszkańiec jest karmiony. Mieszkańcom domu zapewnia się pomoc w utrzymaniu higieny osobistej. Usługi opiekuńcze polegają na:

- a) udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
- b) pielęgnacji,

c) niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych.

Mieszkańcy domów pomocy społecznej są zależni od instytucjonalnego sposobu zaspokajania ich potrzeb, od zatrudnionych pracowników, zdarza się, że są izolowani od społeczności lokalnej. Jest to spowodowane m.in. lokalizacją placówek (niekiedy w oddaleniu od zabudowań mieszkańców miasta czy wsi).

Dom pomocy społecznej funkcjonuje w oparciu o indywidualny plan wsparcia pensjonariusza, który opracowywany jest przez pracowników przy jego współudziale. Zadania, które są w nim zawarte są koordynowane przez pracownika pierwszego kontaktu, który jest członkiem zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. W domach zaspokajane są potrzeby bytu – związane ze snem, pożywieniem, odzieżą, odpowiednim wyposażeniem pokoju, opieką medyczną oraz potrzeby społeczne – związane z nawiązywaniem kontaktów społecznych, koniecznością doświadczania bliskości, akceptacji, bycia dla kogoś kimś ważnym i rozumianym, potrzeby kulturalne, religijne czy aktywności. Udzielając wsparcia w postaci usług wspomagających podopiecznym domy organizują m.in.: terapię zajęciową; święta, uroczystości, imprezy kulturalne i rekreacyjne, wycieczki; dbają o podnoszenie sprawności jednostek i aktywizowanie; umożliwiają kontakt z kapłanem i uczestniczenie w praktykach religijnych; korzystanie z biblioteki, czasopism, mediów; stymulowanie kontaktów z rodziną i środowiskiem lokalnym [11, 12].

Rola domu opieki w podnoszeniu jakości życia pensjonariuszy polega nie tylko na dbaniu o stan zdrowia pensjonariuszy (poprawa, utrzymanie zdrowia), ale także na trosce o relacje społeczne, przede wszystkim relacje z rodziną, wsparcie ze strony rodziny, budowanie relacji i współpracy personelu z rodziną poprzez informowanie o stanie pensjonariusza. Do zadań tych należy również troska o dobrostan psychiczny (poczucie bezpieczeństwa, stabilność, życzliwość otoczenia) oraz unikanie izolacji od otoczenia. Dobra jakość opieki, monitorowanie stanu zdrowia pensjonariuszy, polepszenie stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, długoterminowa opieka przedłużająca życie to wyznaczniki polepszające jakość życia pensjonariuszy i stanowiące wyzwanie przed instytucjami opiekuńczymi [18].

W art. 58 ust. 2 u.p.s. określono, że dom pomocy społecznej umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych na podstawie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Dyrektor DPS podpisuje stosowną umowę ze świadczeniodawcą lub składa oświadczenie o objęciu opieką lekarską lub pielęgniarzką mieszkańców domu. Dotyczy to świadczeń gwarantowanych, takich jak podstawowa opieka zdrowotna (POZ) w rodzaju świadczenia lekarza i pielęgniarzki POZ oraz

świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Należy podkreślić, że DPS nie może zawierać umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia [19]. Podstawą korzystania ze świadczeń lekarza, pielęgniarki i położnej POZ jest deklaracja wyboru złożona przez osobę uprawnioną do tych świadczeń, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku gdy mieszkaniowiec DPS wymaga konsultacji lekarza specjalisty, to na podstawie skierowania od lekarza POZ samodzielnie udaje się do Poradni, a w sytuacji gdy ze względu na swój stan zdrowia nie może samodzielnie się tam dostać, to dyrektor DPS zapewnia mu środek transportu.

Podstawą efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających jest zatrudnianie w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców domu oraz zapewnianie mieszkańcom domu kontaktu z psychologiem. Rozporządzenie w sprawie DPS określa zasady ustalania wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, z uwzględnieniem wolontariuszy, stażystów, praktykantów oraz osoby odbywające służbę zastępczą w domu, a także osoby wykonujące pracę na podstawie umów cywilnoprawnych. Ponadto personel zespołu terapeutyczno-opiekuńczego co najmniej raz na dwa lata uczestniczy w organizowanych przez dyrektora domu szkoleniach na temat praw mieszkańca domu, kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji. Dodatkowo bierze udział w szkoleniu z zakresu udzielania pierwszej pomocy zorganizowanym przez dyrektora domu. Do podstawowych zadań zespołów terapeutyczno-opiekuńczych należy opracowywanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców (w terminie 6 miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu) oraz wspólna realizacja tych planów z mieszkańcami. Działania te koordynuje pracownik domu, zwany „pracownikiem pierwszego kontaktu”, wskazany dobrowolnie przez mieszkańca domu. Dom pomocy społecznej ma obowiązek dokumentowania swojej działalności. Placówka ta przechowuje i archiwizuje dokumenty związane z uzyskaniem zezwolenia na prowadzenie DPS, zgodą na przyjęcie mieszkańca, stosowaniem przymusu bezpośredniego w uzasadnionych przypadkach oraz dokumentów dotyczących prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych [12].

Działalność DPS ustawowo objęta jest nadzorem i kontrolą. W świetle art. 22 u.p.s. organem uprawnionym do tego typu czynności jest wojewoda właściwy miejscowo ze względu na położenie DPS, który sprawuje nadzór nad realizacją zadań oraz kontroluje jakość usług wchodzących w zakres tych zadań. Dodatkowe regulacje w tym zakresie

zawiera rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2020 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej [20]. Kontrole te można podzielić na kompleksowe, problemowe i doraźne. Obejmują wszystkie bądź wybrane sfery organizacji i funkcjonowania jednostki. Na podstawie stwierdzenia istotnych uchybień w działalności DPS, i w przypadku niepodjęcia czynności wynikających z zaleceń pokontrolnych wojewoda może orzec o czasowym lub stałym cofnięciu zezwolenia na prowadzenie placówki (art. 129 ust. 1 u.p.s.). Dodatkową sankcją za niezrealizowanie zaleceń pokontrolnych jest kara pieniężna [12].

2. Wybrane konteksty jakości życia

2.1. Jakość życia w ujęciu medycznym, społecznym i psychologicznym

Pojęcie jakości życia (QoL, Quality of Life) jest wieloznaczne, ma charakter wielowymiarowy i interdyscyplinarny oraz odzwierciedla wiele aspektów funkcjonowania człowieka. W dużej mierze jest wartością subiektywną i zależy od stanu psychicznego, osobowości, upodobań i systemu wartości. Jakość życia stanowi przedmiot zainteresowań wielu dyscyplin naukowych, stąd wśród teoretyków nie ma pełnej zgodności, co do definicji, zakresu i zastosowania tego pojęcia [21]. Pojęcie to pojawiło się po raz pierwszy po drugiej wojnie światowej w Stanach Zjednoczonych i było kojarzone wyłącznie z dobrostanem materialnym, obiektywnymi warunkami związanymi z egzystencją oraz ze stanem posiadania [22, 23].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa jakość życia jako postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości, w których żyje, oraz w odniesieniu do jej celów, oczekiwań, standardów i obaw. Jest to szerokie pojęcie, na które w złożony sposób wpływa zdrowie fizyczne, stan psychiczny, przekonania osobiste, relacje społeczne i związek z istotnymi cechami jej otoczenia [24, 25, 26, 27].

W naukach o zdrowiu i naukach medycznych definicje jakości życia skupiają się w znacznym stopniu na zjawiskach zdrowia oraz choroby. Próby uściślenia tej definicji w medycynie dokonał H. Schipper wprowadzając nowe pojęcie Health Related Quality of Life (HRQoL)-jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia [21], która została zdefiniowana jako: „funkcjonalny efekt odpowiedzi na chorobę i jej leczenie odbierany subiektywnie przez pacjenta”. Definicja HRQoL odnosi się do następujących obszarów: stanu fizycznego i sprawności ruchowej, stanu psychicznego, sytuacji społecznej i warunków ekonomicznych oraz doznań somatycznych chorego. Dotyczy zatem samooceny pacjenta w zakresie wpływu choroby i stosowanego leczenia na jego funkcjonowanie w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym [22]. W klasycznej koncepcji jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia pojawia się przede wszystkim nie tylko ocena różnych wymiarów życia, zmienionych pod wpływem procesu starzenia się, choroby lub niepełnosprawności, ale przede wszystkim oczekiwanie całkowitego lub częściowego powrotu do zdrowia i funkcjonowania społecznego [18].

W innych dziedzinach naukowych (psychologia, socjologia, pedagogika) termin ten stosowany jest przede wszystkim do określenia subiektywnej oceny funkcjonowania jednostki, obejmuje przy tym doświadczanie przez człowieka różnych sfer życia, a także poczucie satysfakcji z życia. Jakość życia rozpatrywana jest również jako stan obiektywny i oznacza przede wszystkim statystyczną ocenę życia społeczeństwa wynikającą głównie z porównania wielu różnorodnych (np.: ekonomicznych, zdrowotnych, środowiskowych) parametrów dotyczących warunków życia społeczeństwa. Stanowi wówczas istotny czynnik w politycznych i ekonomicznych strategiach rozwoju społecznego [28, 29].

Jakość życia jest określana poprzez interpretacje sytuacji egzystencjalnej jednostki, a potrzeby, pragnienia oraz uznawane wartości są filarem odczuwanej jakości życia. Uznawanie i realizowanie wartości w życiu, poziom i możliwości zaspokajania szerokiej gamy potrzeb są koniecznym warunkiem odczuwania wyższej jakości życia [30].

W obszarze nauk społecznych można wyróżnić kilka grup definicji jakości życia:

- a) definicje egzystencjalne, w których charakterystyczne jest zróżnicowanie dwóch orientacji życiowych: „mieć” i „być”;
- b) definicje „życiowe” związane z realizacją zadań rozwojowych i życiowych;
- c) definicje odnoszące się do kategorii potrzeb związane ze stopniem ich zaspokojenia;
- d) definicje wyróżniające obiektywny i subiektywny aspekt jakości życia, uwzględniające jednocześnie koncepcje potrzeb [31].

W tej dziedzinie nauki jakość życia utożsamiana jest z poczuciem szczęścia oraz zadowoleniem z życia. Ujmując jakość życia przedmiotowo odnosi się ją do otoczenia, w którym realizowane są ludzkie potrzeby, czyli do środowiska fizycznego i społecznego, czyli interpretowana jest jako rezultat interakcji osoby z jej środowiskiem [32, 23].

Zadowolenie jakie człowiek osiąga z życia, wpływa z zaspokojenia całokształtu potrzeb, które są uwarunkowane kulturowo. To system wartości wyznacza ich rangę w danym społeczeństwie. Zaspokajanie potrzeb podstawowych dokonuje się nie tylko w różnych warunkach, ale również za pomocą potrzebnych środków. Ocena możliwości i środków zaspokojenia potrzeb jest związana nierozdzielnie z kategorią jakości życia [30]. Jakość życia może być również rozumiana jako satysfakcja z życia przejawiająca się w uogólnionej ocenie odniesionej do wybranych przez siebie kryteriów. Człowiek porównuje własną sytuację ze standardami wcześniej uwewnętrznionymi w swoich strukturach poznawczych [33].

Ujęcie socjologiczne odnosi się przede wszystkim do norm społecznych, systemu wartości i zasad życia społecznego. Uwzględnia ono m.in. dostęp do: ochrony zdrowia, edukacji, kultury, obiektów sportowych i miejsc rekreacji, sieci handlowej i usługowej, transportu publicznego, usług bankowych i ubezpieczeniowych, pracy urzędów administracji, a także zapewnienia bezpieczeństwa publicznego i sprawiedliwości [22].

W podejściu wielu autorów (J. M. Raebourn i I. Rootman) na plan pierwszy wysuwa się jednak traktowanie jakości życia jako ekspresji dobrego życia, co wyraża się w uczuciach radości z egzystencji człowieka i możliwości doświadczania życia w różnych jego obszarach. Rozumiana jest ona jako doświadczanie radości życia zależnej od posiadanych przez jednostkę możliwości życiowych, które są z kolei zdeterminowane przez warunki środowiskowe i właściwości ludzi, w tym stan ich zdrowia [28].

W ostatnich latach, ze względu na nasilające się zjawisko starzenia społeczeństwa i rozwój instytucjonalnej opieki długoterminowej, wiele uwagi poświęca się problemowi jakości życia osób starszych, która jest rozumiana jako szczęście, dobrostan psychiczny i fizyczny oraz satysfakcja z życia [33]. Jakość życia – w ujęciu polityki społecznej – ma charakter kategorii symbolicznej, niedookreślonej, agregatowej, otwartej i polemicznej oraz obejmuje różne potrzeby. Ogólnie jakość życia traktuje się jako wzajemne powiązanie dwóch aspektów egzystencji ludzkiej: możliwości pełni rozwoju jednostki ludzkiej oraz zadowolenia życiowego. Dla A. Wallisa jakość życia jednostki polega na zaspokajaniu potrzeb „materialnych” i „duchowych” w dłuższych odcinkach czasu oraz na osiągnięciu przez nią wartości w wymiarze rodzinnym, zawodowym i osobistym [34].

Jakość życia określa perspektywę pomyślnego starzenia się i starości. „Koncepcja pomyślnego starzenia się oparta jest na definiowaniu szczęścia jako uniwersalnego celu dążeń człowieka oraz silnej potrzeby na wszystkich etapach życia” [35]. Seniorzy jakość swojego życia definiują i oceniają przez pryzmat zaspokajania potrzeb, wśród których główną rolę odgrywają: zdrowie, kontakty z rodziną, aktywny udział w życiu społecznym, szanse na rozwój czy możliwość realizowania własnych planów i zamierzeń. Stan zdrowia seniorów to kluczowy czynnik kształtujący ich obraz i ocenę jakości życia [36].

E. Bińczyk podkreśla, że jakości życia, jest tym co pozwala realizować nasze zdolności do rozwoju i obejmuje „możliwość cieszenia się szacunkiem równych sobie, maksymalizowania wolności, dokonywania indywidualnych wyborów, wchodzenia w relacje z innymi, podejmowania działań uznawanych za sensowne, wykonywania pracy dającej satysfakcję i gwarancję tego, że jesteśmy komuś potrzebni” [29].

Ze względu na zakres pojęcia jakości życia, wyodrębnia się szerokie i wąskie ujęcia. Biorąc pod uwagę charakter wskaźników i poziom analizy, postuluje ujmowanie jakości życia w sensie obiektywnym i subiektywnym oraz jej związki z systemem aksjologicznym. Wymienia także dwa stanowiska związane z różną interpretacją potrzeb i systemów wartości. Pierwsze, opracowane na bazie teorii potrzeb Masłowa, koncentruje się na analizie kwestii związanych z kategorią niedostatku. Drugie natomiast, wychodząc z założeń o charakterze prognostycznym, w oparciu o określone koncepcje człowieka i jego osobowości, kładzie nacisk na potrzeby rozwoju zarówno jednostki, jak i społeczeństwa [34].

Inny sposób widzenia zagadnienia jakości życia jest zwany podejściem procesualnym, gdzie „postrzegana jest ona oczami osoby, która ją doświadcza”. Podkreśla się tu znaczenie procesów poznawczych, zaangażowanych w subiektywną ocenę jakości życia [34].

Na gruncie socjologii jakość życia na ogół kojarzona jest ze sposobem i stopniem zaspokojenia różnych potrzeb człowieka, w tym także ze sposobem postrzegania osiągniętego standardu życia [37]. Socjologowie zajmują się więc jakością życia w kontekście stylów i zasad życia społecznego, psychologowie – poczuciem zadowolenia, szczęśliwości czy dobrostanu, a pedagogowie – wartościami, celami i dążeniami związanymi z jakością życia [34].

Jakość życia nie stanowi cechy ludzkiego bytu, lecz stanowi zbiór warunków umożliwiających określony sposób funkcjonowania człowieka. Ma to swoje odniesienie społeczne: struktura społeczna (i stosunki społeczne), struktura gospodarcza (i stosunki ekonomiczne), struktura polityczna (i stosunki polityczne), co stwarza mniej lub bardziej niekorzystne warunki do kształtowania się poziomu jakości życia, zależy od oczekiwań indywidualnych i społecznych, rodzaju aktywności człowieka i jej wyborów życiowych [38].

Na gruncie pedagogiki, ujmowanie jakości życia przez pryzmat klasyfikacji wartości Schelera, można charakteryzować, koncentrując się na zagadnieniu realizacji wartości, z określonych poziomów: hedonistycznego, witalnego i duchowego [34].

Propozycja Czerwińskiego łączy pojęcie „jakości życia” z pojęciem „stylu życia”. O niskiej lub wysokiej jakości życia decyduje, jego zdaniem, odległość pomiędzy stylem realizowanym a uznawanymi i pożądanymi wartościami. W sytuacji niskiej jakości życia zarysowują się ostro potrzeby. Wysoka jakość życia implikuje wolność od braków (w sensie relatywnym), jak również minimum harmonii pomiędzy różnymi formami

zaangażowania jednostki (w szczególności zaś idzie o zmniejszenie napięcia między swobodą a przymusem). Kontrowersje dotyczące prób konceptualizacji jakości życia koncentrują się szczególnie wokół statutu tego pojęcia, jako próby odpowiedzi na pytanie, czy jest ono konstruktem całościowym (dotyczącym życia jako całości, co wskazywałoby na to, że całość to coś więcej niż prosta suma części) czy też wielowymiarowym [34].

Jakość życia oznacza zatem poziom zaspokojenia potrzeb określonych jakościowo (bezpieczeństwa społecznego, ekonomicznego, psychicznego, biologicznego) i warunkowana jest przez podnoszenie poziomu zaspokojenia odpowiednich potrzeb. Rozwój człowieka, przebiegając w środowisku przyrodniczym i społecznym (społeczno-kulturowym), zależy od tego środowiska [28].

Jakość życia w paradygmacie rozwoju rozumianego społecznie (human development) jest tym, co jednostkowo służy naszej samorealizacji i co stanowi podzielany cel wspólnotowy, wypracowywany w procesach dostosowawczych do zmieniającej się rzeczywistości [29].

Natomiast na gruncie psychologii jakość życia definiowana jest różnorako, na przykład jako: zadowolenie z życia, poczucie szczęścia, dobrostan psychiczny i fizyczny, brak choroby, dobre funkcjonowanie. Aspekt emocjonalny zadowolenia z życia określany jest terminem dobre samopoczucie i szczęście, zaś aspekt poznawczy terminem satysfakcja [39].

W tym obszarze nowatorski stosunek do definiowania i postrzegania jakości życia prezentuje S. Kowalik. Według niego jakość życia można rozumieć w dwojaki sposób: albo jako odczucie własnego życia w wyniku poznawania go, albo jako odczucie własnego życia poprzez przeżywanie go. Jakość życia może być rozpatrywana na wymiarach refleksji nad przebiegiem i aktualnym stanem własnego życia oraz doświadczania różnych stanów psychicznych (subiektywnych) w trakcie życia [34]. Z kategorii ogólnej jakości życia autor ten wyodrębnia aspekt psychiczny i wprowadza pojęcie jakości życia psychicznego, traktując je jako kluczowy termin dla określenia subiektywnego poczucia jakości życia człowieka. Jakość życia psychicznego stanowi sumę przeżyć człowieka doświadczanych w określonym czasie (temporalny aspekt jakości życia) i jest determinowana przez warunki środowiskowe (warunki życia, sytuacje i zdarzenia), ale przede wszystkim zależy od indywidualnego wykorzystania przez jednostkę uzyskiwanych informacji z otoczenia (bodźców) do wzbogacenia wewnętrznego świata przeżyć (uzyskania wartościowej jakości życia) [28].

Holistyczne ujęcie jakości życia prezentuje m.in. koncepcja Davida Felce'a i Jonathana Perry'ego, według których jakość życia jest definiowana jako połączenie obiektywnych warunków życia i satysfakcji z poszczególnych obszarów dobrostanu fizycznego, materialnego i społecznego oraz z własnej aktywności i możliwości rozwoju, odnoszonych do systemu osobistych wartości i aspiracji, oraz przypisywanych im przez jednostkę subiektywnych znaczeń. A. Zych wskazywał, iż jakość życia „oznacza poczucie satysfakcji jednostek bądź grup społecznych wynikające ze świadomości zaspokojenia własnych potrzeb, takich jak: potrzeba samorealizacji, potrzeby emocjonalne i społeczne oraz postrzeganie możliwości osiągnięcia pełnego rozwoju jednostkowego i społecznego”. Dla A. Bańki najważniejszymi elementami jakości życia są zadania rozwojowe i życiowe. Zadania rozwojowe związane są z podmiotowym rozwojem – umiejętnością zinternalizowania i wypełniania społecznych oczekiwań, zapisanych w dyspozycjach pełnienia określonych ról społecznych, zaś zadania życiowe są realizowane m.in. w sferach egzystencjalnych, takich jak miłość, szkoła czy praca [22].

Jakość życia nie jest zatem cechą życia ludzkiego, lecz zbiorem warunków umożliwiających pewien sposób życia, czyli wartości generatywnych, które zawierają element dowolności i umożliwiają generowanie innych wartości. Jest to zbiór osobistych cech, właściwości i umiejętności, które umożliwiają człowiekowi działania autonomiczne, motywowane wewnątrznie, zindywidualizowane, o charakterze personalistycznym – gdzie człowiek jest „autorem” swojego życia i widzi jego sens. Wartości generatywne umożliwiają swobodny wybór i budowanie swojego osobistego systemu wartości, złożonego z wartości autotelicznych i instrumentalnych, które realizowane są w działaniu. Jakość życia to zbiór warunków umożliwiających powstawanie i funkcjonowanie wartości generatywnych. Na jakość życia składają się przede wszystkim: wolność słowa, krytyki, swoboda dyskusji i stylu życia oraz unikanie mistyfikacji i indoktrynizacji ideologicznej, politycznej, religijnej, bez naszej świadomości, bez przyzwolenia, z przymusu. Możliwość wyboru między różnymi opcjami jest podstawą wolności człowieka i autentycznej, satysfakcjonującej egzystencji. Jakość życia w koncepcji zrównoważonego rozwoju to dostosowanie i docenianie całego bogactwa globalnej jakości i współistnienia w życiu człowieka – dobrobyt „mieć”, dobrostan „być”, błogostan „kochać” [41].

Podsumowując, w filozofii badacze skupiają się na uniwersalnym pojmowaniu jakości życia, w psychologii na wymiarze poznawczym i przeżyciowym, w socjologii na obiektywnych warunkach życia, a w medycynie na stanie zdrowia. W naukach społecznych panuje zgodność co do faktu, że przy opisie zakresu pojęcia jakości życia

ważna jest zarówno analiza determinantów obiektywnych, jak i subiektywnych. W polskim piśmiennictwie psychologicznym jakość życia definiowana jest przez odniesienie do teorii potrzeb, wartości, motywacji i aspektu filozoficznego [21].

2.2. Uwarunkowania jakości życia

W kontekście zachodzących zmian społeczno-ekonomicznych istotne jest poznanie czynników kształtujących jakość życia, zwłaszcza ludzi chorych i w podeszłym wieku. Poziom jakości życia może być zróżnicowany i zależeć od wielu czynników, między innymi od wieku oraz aktywności i doświadczeń życiowych [27].

Wskaźniki jakości życia można podzielić na:

- 1) pragmatyczne – między innymi wykształcenie, sytuacja rodzinna, stan zdrowia, poziom dochodów, dostępność różnych dóbr;
- 2) psychologiczne – zaspokojenie potrzeb, realizacja celów [39].

Należy podkreślić iż jakość życia warunkowana jest różnymi czynnikami: zarówno cechami osobniczymi, jak i sytuacją zdrowotną czy niesamodzielnością, sytuacją materialną i mieszkaniową, miejscem i środowiskiem zamieszkania, sytuacją rodzinną i relacjami z innymi ludźmi, możliwością zaspokojenia potrzeb. Jakość życia jest zatem konstruktem, który łączy uwarunkowania obiektywne i subiektywne. Odnosi się również do oczekiwań, możliwości czy zainteresowań poszczególnych osób [22].

Głównym wyznacznikiem odpowiedniego samopoczucia ludzi jest jakość ich życia, która określana jest w wymiarze zdrowia, dobrostanu psychicznego, jak i też więzi społecznych [42]. Oznacza to, że jakość życia może być odmiennie odczuwana przez poszczególne osoby i w dużej mierze zależna jest od indywidualnych preferencji i celów życiowych. Należą do nich subiektywne odczucia jednostki dotyczące samooceny w zakresie funkcjonowania fizycznego, psychicznego oraz środowiskowo-społecznego, a także obiektywne wyznaczniki, do których zalicza się między innymi: poziom materialny, warunki życia i mieszkania, warunki leczenia, formy wypoczynku [43].

Uwarunkowania jakości życia są złożone i wzajemnie się przenikają. Z jednej strony istotna jest kondycja psychofizyczna, z drugiej zaś strony nie mniej ważne są materialne warunki życia, relacje społeczne, ilość wolnego czasu oraz możliwość spędzania go zgodnie z preferencjami. Niebagatelną rolę odgrywają też dynamiczne procesy cyfryzacyjne wpływające coraz silniej na współczesne funkcjonowanie. Nie

można pominąć także bardzo ważnych sfer wartości oraz duchowości, które dla znaczącej części społeczeństwa związane są z życiem religijnym [44].

W ujęciu medycznym jakość życia uwarunkowana jest stanem zdrowia, który jest ważnym wyznacznikiem dobrostanu człowieka [38]. Istotnymi czynnikami są także: sposób odżywiania, wykształcenie oraz aktywność fizyczna i umysłowa [42]. Stan zdrowia warunkuje autonomię życiową [36]. Wśród zdrowotnych czynników determinujących jakość życia seniorów najczęściej wymienia się: – wielochorobowość oraz związaną z nią wielolekowość, – wielkie zespoły geriatryczne, – depresję, – zaburzenia funkcji poznawczych i otępienie, – sprawność funkcjonalną definiowaną jako zdolność do wykonywania podstawowych czynności życiowych [45].

W ujęciu socjologicznym (odwołując się do teorii Masłowa) na jakość życia mają wpływ takie czynniki, jak: życie rodzinne i zawodowe, stosunki międzyludzkie, relacje towarzyskie, stan zdrowia, sposób spędzania wolnego czasu, warunki mieszkaniowe i finansowe, posiadane wykształcenie i standard życia, rozwijanie się, realizację własnych możliwości, zmienianie, przynależność środowiskową i odpoczynek, czynniki niematerialne, czyli duchowe, psychiczne, emocjonalne [38]. Relacje z rodziną i przyjaciółmi to ważny element warunkujący ocenę jakości życia najbardziej u seniorów. Rodzina, jako podstawowa grupa społeczna, jest dla człowieka pierwszym środowiskiem, w którym funkcjonuje i które w pierwszej kolejności stwarza swoim członkom możliwości rozwoju i zaspokaja ich potrzeby [36]. Poziom istniejących relacji w rodzinie, szczególnie na linii dzieci-rodzice, znacznie wpływa na poziom satysfakcji życiowej. Brak dzieci, jak i negatywne stosunki z dziećmi to wyraźnie gorsze parametry jakości życia osoby starszej. Zadowolenie z życia osób w podeszłym wieku formowane jest w dużej mierze poprzez pryzmat osiągnięć i szczęścia własnych dorosłych dzieci. Dobrze funkcjonująca rodzina, normy i zasady obowiązujące w rodzinie pomagają w utrzymaniu stałości życia rodzinnego a co za tym idzie sprzyjają poczuciu bezpieczeństwa jej członkom. Szczególnie ważną kwestią jest komunikacja i jej jakość. Wyrażanie emocji w dobrze funkcjonującej rodzinie jest niezwykle potrzebnym obyczajem. Otwartość rodziców wobec dziecka kształtuje w nim zdolność akceptacji różnych aspektów siebie oraz możliwość radzenia sobie z nimi w sposób dojrzały [39]. Efektywne realizowanie ról rodzinnych i zawodowych, wsparcie ze strony środowiska, poczucie bezpieczeństwa oraz niezależność stanowią ważne predyktory jakości życia [27].

W ujęciu ekonomicznym na jakość życia jednostki mają wpływ warunki stworzone przez państwo, głównie w zakresie polityki społecznej. Niezależność to kolejny element,

który kojarzy się ze zdolnością do samodzielnego sterowania sobą, brakiem przymusu w podejmowanych i realizowanych działaniach [27]. Niezadowolająca sytuacja materialna bardzo wielu ludzi obniża jakość życia, zawęża kontakty interpersonalne, a także ogranicza zaspakajanie potrzeb [46].

W ujęciu pedagogicznym jakość życia zależna jest od wychowania, wyznawanych wartości, struktury duchowej, wykształcenia czy kultury [38]. Doświadczenia życiowe i społeczne oraz sposób wartościowania i spostrzegania rzeczywistości przyczyniają się do ukształtowania specyficznych wyznaczników jakości życia. Człowiek rodzi się i wychowuje w rodzinie, stanowi ona jego pierwsze otoczenie, stąd czerpie wzory zachowań: radzenia sobie w życiu i wchodzenia w relacje z innymi [39].

W ujęciu psychologicznym troszczenie stanowi warunek poprawy jakości własnego życia [38].

Analiza jakości życia stricte osób starszych uwzględnia wiele czynników wzajemnie na siebie oddziałujących: komfort fizyczny, psychologiczny dobrostan, utrzymywanie relacji społecznych, poczucie, że jest się traktowanym przez innych z szacunkiem i godnością oraz okazywanie przez otoczenie solidarności, a także więzi z osobami starszymi i identyfikację ewentualnych zagrożeń [18]. Według Głębockiej-Szarzyńskiej oraz Knurowskiego i wsp. na zadowolenie z życia istotny wpływ wywierają sytuacja materialna oraz poziom wykształcenia. Bardziej różnorodny wybór czynników zaproponowali Halicka i Pędich, Halicka oraz Lasota, którzy uważają, że jakość życia ludzi starszych kształtuje dobry stan zdrowia, sprawne funkcjonowanie, aktywność życiowa, warunki środowiskowe oraz świadczenia zdrowotne i społeczne. Wśród cech osobowościowych wpływających na jakość życia wymienia się również niski poziom neurotyzmu, wysoką samoocenę, optymizm życiowy, poczucie kontroli zdarzeń, poczucie koherencji, religijność. Maciejasz i wsp. w badaniach mających na celu ocenę (zrozumienie) postrzegania jakości życia przez osoby w wieku 60+ zaproponowali następujące determinanty jakości życia w tej grupie w Polsce: stan zdrowia, sytuacja materialna, spotkania ze znajomymi i dobre relacje rodzinne [26]. Podobne wyniki pojawiały się w doniesieniach zagranicznych. Onunkwor i wsp. na podstawie badań przeprowadzonych w domach opieki społecznej w Malezji, określili jako czynniki wpływające na jakość życia: płeć, wiek, poziom wykształcenia, status finansowy, aktywność, warunki mieszkaniowe, choroby współistniejące i zaopatrzenie socjalne [47]. Mathers i wsp. wykazali, że w grupie ludzi starszych w Australii determinantami jakości życia były: brak dyskryminacji, zdolność do aktywnego uczestnictwa w różnych obszarach

życia, podtrzymanie relacji społecznych, zdrowie fizyczne oraz zabezpieczenie materialne. Z kolei Fernandez-Ballesteros uznał, że wśród Europejczyków w wieku 18 - 65 lat najbardziej znaczącymi czynnikami jakości życia pozostawały: dobre zdrowie, niezależność, dobra pensja, dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi, aktywność, posiadanie dobrego mieszkania lub domu, zadowolenie z życia, dobre sąsiedztwo, możliwość długiego uczenia się. Van Leeuwen i wsp. zaproponowali szerszy podział na domeny, taki jak: autonomia, rola i aktywność, odczuwanie zdrowia, zależności, postawa i adaptacja, komfort emocjonalny, duchowość, dom i sąsiedztwo, bezpieczeństwo ekonomiczne [49]. Zdaniem Verdugo i wsp., najczęściej wyodrębniane determinanty to: związki międzyludzkie, włączenie do społeczności, rozwój osobowy, fizyczne dobre samopoczucie, materialna stabilizacja, dobre samopoczucie, stabilność emocjonalna, środowisko (dom – miejsce zamieszkania – sytuacja życiowa), rodzina, rekreacja i odpoczynek, bezpieczeństwo [42].

Ważnym czynnikiem jakości życia ludzi starszych jest wspomniany już kontekst społeczny. Dobre relacje z innymi wpływają na zdrowie i przedłużanie życia. Potwierdzili to Greenglass i wsp. w badaniach dotyczących utraty bliskich oraz poczucia samotności osób starszych [50,51]. Według Głębockiej najważniejszym czynnikiem wpływającym na jakość życia ludzi starszych był poziom wsparcia społecznego ze strony sąsiadów i znajomych. Kontakty społeczne, obok stanu zdrowia, uznane zostały za istotne dla jakości życia 90-latków we wcześniejszych badaniach wykonanych w Anglii przez Farquhara [42]. Satysfakcja życiowa seniora uwarunkowana jest sytuacją społeczną oraz odczuciem bliskości bądź poczuciem odosobnienia. Z literatury wynika, iż osoby w wieku podeszłym, które mieszkają wraz ze swoimi bliskim cieszą się lepszą jakością życia niż osoby mieszkające w domu pomocy społecznej [52].

Wydłużanie się życia ludzkiego i odpoczynek na emeryturze pozwalają spędzać czas wolny w różnych formach edukacji i aktywności. Aktywność fizyczna jest więc kolejną ważną determinantą pośrednio kształtującą jakość życia [42]. Na jakość życia mają wpływ trzy rodzaje aktywności: samotnicza (oglądanie telewizji, czytanie, hobby, rozwijanie zainteresowań itp.), nieformalna (kontakty z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami itp.), formalna (udział w organizacjach społecznych, polityce, praca na rzecz środowiska lokalnego itp.), aktywność wolontariacka. Wolontariat pozwala otworzyć się na drugiego człowieka oraz przekraczać własne słabości i ograniczenia, daje warunki do rozwoju, twórczości, kreatywności i altruistycznej pracy na rzecz słabszych i potrzebujących. Ta

forma aktywności ma niebagatelny wpływ na jakość życia seniorów, ponieważ oprócz samej wartości pomagania daje poczucie bycia potrzebnym i użytecznym społecznie [36].

Wysoka jakość życia wiąże się w również z poczuciem sensu życia oraz z prężnością osobowości. Poczucie sensu życia zależy od poziomu zaspokojenia potrzeb egzystencjalnych – poczucia jasnej i autentycznej tożsamości, bliskich i wspierających relacji z innymi ludźmi, odnalezienia satysfakcjonujących aktywności w życiu codziennym, umiejętności zdystansowania się od siebie samego (własnych lęków, konfliktów, przykrych stanów i wydarzeń). Prężność osobowości oznacza umiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresowych i możliwość rozwoju nawet w trudnych warunkach. Istotne są tu takie czynniki interpersonalne jak: umiejętność zwracania się o pomoc i wywoływania pozytywnych reakcji, dobry kontakt, empatia, altruizm, umiejętność wybaczenia sobie i innym. Szczególnymi predyktorami szczęścia okazał się wysoki poziom poczucia wspólnoty z innymi ludźmi i życzliwości w stosunku do samego siebie, satysfakcji z życia prężność osobowości okazuje się czynnikiem najistotniejszym. Okazało się, że współwystępuje ze zdrowiem fizycznym, zaangażowaniem w pracę, dobrostanem psychicznym i jakością kontaktów interpersonalnych w średnim wieku [39].

2.3. Modele, wymiary i wskaźniki pomiaru jakości życia

Zainteresowanie problematyką poczucia jakości życia (QOL) zaowocowało rozwojem teorii i modeli teoretycznych. Wynikało to z potrzeby operacjonalizacji badanej zmiennej [53]. Modele wskazują, jak bardzo szerokie ujęcie jakości życia jest obecne w literaturze przedmiotu oraz akcentują indywidualną perspektywę i ocenę jakości życia przez jednostkę w kontekście jej środowiska życia [54, 55]. Teoretyczny model jakości życia określa w pełni cztery wymiary ludzkiej egzystencji: biologiczny, społeczny, podmiotowy i duchowy. Uwzględnia również funkcjonowanie psychiczne, określając przeżywanie, relacje dialogu z innymi, intencjonalne działanie oraz rozwój. Coraz częściej pojawiają się modele teoretyczne, które identyfikują różne obszary jakości życia oraz uwzględniają jej wymiar obiektywny i subiektywny. W badaniach nad jakością życia ważne okazało się także określenie wskaźników analizowanej zmiennej oraz związków między nimi pozwalające na budowanie modeli teoretycznych. Główne modele jakości życia zostały sklasyfikowane zgodnie z wymiarami stanowiącymi najważniejszy aspekt badanego zjawiska, obejmującymi obiektywne i subiektywne wskaźniki, zaspokojenie potrzeb, czynniki psychiczne i zdrowotne, społeczne środowiskowe i kapitał społeczny

oraz indywidualne hermeneutyczne modele. Modele oparte na obiektywnych wskaźnikach jakości życia przede wszystkim bazują na ocenie standardu życia, zdrowia i długości życia, ale w ich ilościowej perspektywie. Typowe dla tego modelu wskaźniki dotyczą: kosztów utrzymania, wskaźników umieralności, dostępu do opieki zdrowotnej, poziomu wykształcenia, gęstości zaludnienia oraz jakości sąsiedztwa, struktury społeczno-ekonomicznej, nierówności społecznych oraz wskaźników przestępczości. Wzbogacenie modelu o takie czynniki subiektywne, jak poczucie satysfakcji z życia, samopoczucie psychiczne, spełnienie życiowe czy równowaga życiowa, ukazało niekompletność poprzednich modeli. Reprezentantem tej perspektywy był model D. Fence'a i J. Perry'ego, który zapoczątkował wykorzystywanie psychologicznych wskaźników do oceny jakości życia. Model A.C. Michalosa bazujący na teorii niezaspokojonych potrzeb w życiu człowieka stanowi obecnie podstawę do badań nad zdrowiem psychicznym. Modelem często wykorzystywanym w badaniach jest model zdrowotny poczucia jakości życia. Wykorzystuje on takie wskaźniki kontekstualne, jak: stan zdrowia fizycznego i psychicznego oraz codzienna aktywność [34]. Zwraca się tutaj uwagę na istotną rolę komponentów poznawczych, kompetencji emocjonalnych i społecznych oraz systemu przekonań i indywidualnych wartości człowieka [53].

Modele środowiskowe wskazują natomiast na ważny czynnik zdrowia społecznego mierzonego wskaźnikami sieci społecznych, pomocy i wsparcia społecznego. Obecnie najczęściej wykorzystywanym modelem w badaniach jakości życia jest model integracyjny (kompozytowy) akcentujący wzajemne powiązanie czynników, a ocena jakości życia powinna uwzględniać fizyczne funkcjonowanie, fizyczne objawy, funkcje emocjonalne, behawioralne, poznawcze i intelektualne, funkcjonowanie społeczne i społeczne wsparcie, zadowolenie z życia, postrzeganie zdrowia, zdolności do rozwijania zainteresowań, funkcjonowania seksualnego, energii oraz witalność i status ekonomiczny [55]. Model poczucia jakości życia młodych dorosłych bazuje na wzajemnych relacjach pięciu przestrzeni: relacji społecznych i bliskich związków, doświadczania siebie, własnej edukacji, planowania przyszłości i wsparcia społecznego i edukacyjnego [56].

Jakość życia jako złożony konstrukt obejmuje kluczowe wymiary takie jak zdrowie, relacje, bezpieczeństwo oraz warunki ekonomiczne, a ich pomiar służy ocenie dobrostanu jednostek i grup społecznych. Oceniana jest poprzez wskaźniki subiektywne (odczucia) i obiektywne (dane mierzalne) w sferach fizycznej, psychicznej, społecznej i materialnej. Dosubiektywnych odczuć zalicza się satysfakcję, szczęście, relacje. Natomiast obiektywne warunki obejmują zdrowie, dochód, pracę. Wskaźniki te dzielą się

na psychologiczne, zdrowotne i społeczne, uwzględniając indywidualne oczekiwania oraz standardy kulturowe. Jakość życia jest różna u poszczególnych osób oraz zależy od warunków społecznych i socjalnych, a także odzwierciedla refleksyjną ocenę własnego życia i stopień zadowolenia z niego jako całości i jego poszczególnych obszarów. Te dwa wymiary jakości życia: obiektywny i subiektywny przyjmuje się w tzw. europejskim systemie statystycznym, w ramach którego obowiązuje koncepcja pomiaru jakości, oparta na wytycznych Raportu Josepha Eugene Stiglitz [57]. W związku z tym ważne jest rozróżnienie na obiektywne i subiektywne postrzeganie jakości życia. Obiektywne znaczenie jakości życia zakłada odniesienie do zewnętrznych (obiektywnych) warunków życia, które są istotne z punktu widzenia potrzeb człowieka. Z kolei drugie rozumienie tego pojęcia jest związane z subiektywnymi stanami, odpowiadającymi przekonaniu o stopniu zaspokojenia tych potrzeb (poczucie jakości życia). Innymi słowy, istotny jest tutaj nie tyle poziom życia mierzony za pomocą zestandaryzowanych miar dobrobytu, co wyrażany przez same jednostki poziom zadowolenia z różnych sfer własnej egzystencji [37].

M.P. Lawton wśród wymiarów jakości życia osób starszych wyróżnia natomiast: kompetencje behawioralne, w tym zdolność dokonywania subiektywnych ocen, relacje ze środowiskiem w wymiarze obiektywnym, tj. kontakty społeczne i kontakty środowiskowe oraz subiektywną percepcję tych relacji. Do innych znaczących wymiarów zalicza psychologiczny well-being (dobrostan), oraz wymiar czasowy – refleksję nad przeszłością (bilans życia), oczekiwania dotyczące przyszłości, ocenę teraźniejszości [18].

Na gruncie psychologii J. Czapiński utożsamia jakość życia z pojęciem dobrostanu lub szczęścia. Do pomiaru jakości życia używa on wskaźników obiektywnych odnoszących się do warunków życia oraz subiektywnych, czyli indywidualnych kryteriów wartościowania. Wymiar subiektywny odnosi się do społecznych, materialnych, środowiskowych, zdrowotnych i zaliczanych do kategorii inne obszarów funkcjonowania z perspektywy poznawczej (ocena wartościująca dotycząca własnego życia – obecnego, przeszłego i przyszłego). W jego skład wchodzi oprócz tego dwa inne wskaźniki: wola życia i pragnienie życia [34].

Natomiast same osoby starsze wyróżniają kilkanaście wymiarów jakości życia, przypisując znaczenie takim aspektom jak: zdrowie fizyczne, podtrzymywanie zwykłej aktywności, partycypację społeczną, aktywność seksualną, psychologiczny dobrostan, stres, ból i dyskomfort, energię, zmęczenie, sen, poczucie własnej wartości, funkcje poznawcze, sens życia, percepcję stanu zdrowia, satysfakcję z życia [58].

Podobnie jakość życia warunkowana stanem zdrowia, odnosi się do następujących obszarów: stanu fizycznego i sprawności ruchowej, stanu psychicznego, sytuacji społecznej i warunków ekonomicznych oraz doznań somatycznych. Dotyczy zatem samooceny pacjenta w zakresie wpływu choroby i stosowanego leczenia na jego funkcjonowanie w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym. Perspektywa ekonomiczna odnosi się do dobrobytu materialnego, czyli stanu zamożności, który jest mierzony m.in. wielkością bieżących dochodów, oszczędności i zobowiązań (kredytów), posiadanego majątku trwałego, w tym nieruchomości. W tym wymiarze uwzględnia się również miarę subiektywną percepcji niedostatku [21].

Inni autorzy podają, że jakość życia wyznaczają trzy główne obszary: fizyczny, psychologiczny, społeczny, przy czym niektórzy badacze włączają jeszcze czwarty wymiar duchowości. Ma ona charakter obiektywny oraz subiektywny, a decydującą rolę w jej ocenie pełni indywidualny osąd jednostki. Jest to byt dynamiczny i procesualny. Wg nich na jakość życia składają się dwa komponenty: warunki obiektywne (warunki ekonomiczne, czas wolny, bezpieczeństwo społeczne, odpowiednie warunki mieszkaniowe, środowisko naturalne, zdrowie itp.) i subiektywne samopoczucie (samoocena ogólnych i specyficznych warunków życia ujmowana w kategoriach zadowolenia, szczęścia, lęku, samotności itp. Obiektywne warunki ekonomiczne i społeczne wpływają korzystnie lub niekorzystnie na odczuwanie jakości życia, ale równie ważne – a nawet ważniejsze – są przekonania, odczucia, dążenia i pragnienia jednostki związane z wartościami egzystencjalnymi i stopniem satysfakcji życiowej płynącej z ich realizacji. Dla pełnej oceny dobrostanu kluczowe jest łączenie obu tych wymiarów [33].

Do wartościowych opracowań GUS, uwzględniających subiektywne aspekty jakości życia w Polsce należą następujące opracowania: *Jakość życia i spójność społeczna*, *Regionalne zróżnicowanie jakości życia w Polsce*, *Jakość życia w Polsce*, *Jakość życia i kapitał społeczny w Polsce*, *Wyniki badania spójności społecznej*. Bardzo duże znaczenie dla rozpoznania jakości życia w Polsce miały badania prowadzone poza oficjalną sprawozdawczością statystyczną. wśród nich należy wyróżnić realizację projektu Rady Monitoringu Społecznego pn. *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*. W opracowaniu tym po raz pierwszy na tak dużą skalę zbadano poczucie szczęścia jako jeden z ważnych wymiarów egzystencji [59].

Natomiast w socjologii wyróżnia się trzy zasadnicze wymiary jakości życia. Są nimi:

- a) wymiar współżycia (normy regulujące przebieg interakcji),
- b) ekspansji (realizacja jednostkowych lub grupowych interesów),

c) dyskursu (skuteczna komunikacja społeczna).

Do wskaźników, które są ważne dla jakości życia w wymienionych wymiarach należą m. in.: rodzaj i sposób funkcjonowania instytucji społecznych, typ więzi społecznych, liczba wypadków drogowych, oczekiwana długość życia, sytuacja mieszkaniowa, zakres pluralizmu kulturowego ważnego dla postaw wobec obcych (stereotypy, uprzedzenia społeczne, agresja międzygrupowa). Zatem podmiotem jakości życia w badaniach socjologicznych jest zbiorowość, która funkcjonuje w pewnych określonych warunkach społecznych i kulturowych, zaś jej członkowie wyrażają opinie na temat poszczególnych sfer własnego życia, oceniając poziom swojego dobrostanu [37].

S. Kowalik przedstawił dwa podejścia do oceny jakości życia. Pierwsze wynika z funkcjonowania człowieka w różnych wymiarach życia fizycznego (np. kondycja fizyczna, brak symptomów chorobowych), psychicznego (np. swoboda w podejmowaniu decyzji, stabilność emocjonalna) i społecznego (np. stopień partycypacji w życiu publicznym, stosunki z członkami rodziny)”. Drugie zaś podejście odnosi się do percepcji i oceny własnego życia, czego wynikiem będzie odczucie satysfakcji z życia. Ponadto zagadnienie jakości życia można rozpatrywać z różnych perspektyw, np. zdrowia, ekonomii, socjologii czy psychologii, jak również holistycznie. Przyjęta przez GUS koncepcja statystycznego pomiaru jakości życia uwzględnia nie tylko całokształt obiektywnych warunków, w jakich żyje człowiek, ale także odczuwaną przez poszczególne osoby subiektywną jakość życia, określaną terminem dobrobytu subiektywnego. W ramach szeroko rozumianych warunków życia brane są pod uwagę takie obszary jak: materialne warunki życia, zdrowie, edukacja, aktywność ekonomiczna, czas wolny i relacje społeczne, osobiste bezpieczeństwo, jakość państwa i podstawowe prawa, a także jakość środowiska naturalnego w miejscu zamieszkania. Pomiar dobrobytu subiektywnego obejmuje natomiast postrzeganą jakość życia, tzn. satysfakcję, jaką ludzie czerpią z różnych jego aspektów oraz z życia jako całości, a także elementy dotyczące odczuwanych stanów emocjonalnych oraz systemu wartości. Odnosi się również do oczekiwań, możliwości czy zainteresowań poszczególnych osób [22].

Badacze są zgodni co do faktu, że ogólna ocena jakości życia nie powinna być dokonywana wyłącznie na podstawie charakterystyki jednego, wybranego czynnika, gdyż jest ona wynikiem różnych elementów zarówno subiektywnych, jak i obiektywnych, stąd w praktyce badawczej i klinicznej w zależności od różnicy przyjętych kryteriów ocena jakości życia dokonywana jest w dwóch aspektach: subiektywnym i obiektywnym [60].

Ważne jest rozróżnienie na obiektywne i subiektywne postrzeganie jakości życia. Obiektywne znaczenie jakości życia zakłada odniesienie do zewnętrznych (obiektywnych) warunków życia, które są istotne z punktu widzenia potrzeb człowieka. Z kolei drugie rozumienie tego pojęcia jest związane z subiektywnymi stanami, odpowiadającymi przekonaniu o stopniu zaspokojenia tych potrzeb (poczucie jakości życia). Innymi słowy, istotny jest tutaj nie tyle poziom życia mierzony za pomocą zestandaryzowanych miar dobrobytu, co wyrażany przez same jednostki poziom zadowolenia z różnych sfer własnej egzystencji [37].

Natomiast J. Siegrist i A. Junge uważają, że jakość życia obejmuje trzy powiązane ze sobą elementy życia ludzkiego, takie jak: fizyczne wskaźniki (niepełnosprawność, ból), uwarunkowania psychiczne (samopoczucie, stopień niepokoju, stany depresji), społeczne (stopień izolacji od otoczenia, możliwość pełnienia ról społecznych) [21].

W badaniach prowadzonych w Polsce w ramach *Diagnozy społecznej* wskaźniki obiektywne stanowią: aktywność ekonomiczna (funkcjonowanie na rynku pracy), sytuacja dochodowa i sposób gospodarowania dochodami, wyżywienie, zasobność materialna, warunki mieszkaniowe, korzystanie z pomocy społecznej, kształcenie dzieci, uczestnictwo w kulturze i wypoczynku, korzystanie z usług systemu ochrony zdrowia, ubezpieczenia i zabezpieczenia emerytalne. Natomiast subiektywne wskaźniki jakości życia (związane z postrzeganiem przez jednostkę własnego życia) służą dokonaniu oceny stopnia zaspokojenia potrzeb; stanowią je m.in.: zadowolenie z poszczególnych dziedzin aspektów życia fizycznego (w tym stanu zdrowia fizycznego), zadowolenie z poszczególnych dziedzin i aspektów dobrobytu (w tym materialnego poziomu życia, stanu finansów osobistych, dochodów osobistych, ubezpieczeń i zabezpieczeń emerytalnych itp.), zadowolenie z poszczególnych dziedzin i aspektów dobrostanu psychicznego (w tym stanu zdrowia psychicznego, objawów psychosomatycznych, różnych rodzajów stresu życiowego, radzenia sobie ze stresem, symptomów depresji psychicznej, stanu równowagi emocjonalnej itp.), zadowolenie z poszczególnych dziedzin i aspektów dobrostanu duchowego (w tym ocena woli życia, poczucia szczęścia, poczucia miłości bezwarunkowej, poczucia empatii wobec siebie i innych itp.), ocena postaw i zachowań społecznych (w tym kapitału społecznego, ocena wsparcia społecznego, ocena swojej sytuacji na rynku pracy i kariery zawodowej, ocena stylu życia oraz indywidualnych zachowań i nawyków itp.). Uczestnicy badań nad jakością życia (w jej subiektywnym ujęciu) na ogół oceniają poszczególne parametry jakości życia (wskaźniki) w pięciostopniowej skali:

- 1) bardzo zadowolony,
- 2) raczej zadowolony,
- 3) trudno powiedzieć,
- 4) raczej niezadowolony,
- 5) zupełnie niezadowolony [28].

Z pewnością do najważniejszych uwarunkowań, które w badaniach muszą być brane pod uwagę, należy zaliczyć te bezpośrednio związane z jednostką (tkwiące w niej samej, w tym m.in.: stan zdrowia, zdolności i dyspozycje psychofizyczne, hierarchia wartości, cele, dążenia i plany życiowe), jak i te, które są związane z uwarunkowaniami zewnętrznymi (tu należą m.in.: oddziaływania wychowawcze w rodzinie lub szkole, działalność instytucji wspierających i pomocowych lub też wartości kulturowe i społeczne, warunki materialne czy postawy społeczne kreowane m.in. przez media) [28].

Badając jakość życia uwarunkowaną zdrowiem (HRQoL), należy wziąć pod uwagę trzy elementy:

- 1) punkt widzenia pacjenta,
- 2) subiektywne oceny dokonywane przez pacjentów,
- 3) niedostrzeganie przez lekarza potrzeb pacjentów, związanych z zapewnieniem fachowej opieki medycznej poza środowiskiem szpitalnym [21].

Anatomiczne, fizjologiczne i psychologiczne upośledzenia związane z wiekiem mają wpływ na jakość życia osób starszych w odniesieniu do jakości życia związanej ze zdrowiem. Czynniki te stały się ważną częścią nadzoru zdrowia publicznego i są postrzegane jako wiarygodne wskaźniki pomiaru jakości życia ludzi [61].

Ważnym czynnikiem mającym znaczenie dla oceny jakości życia jest stan psychiczny [62]. Psychologiczne aspekty okresu starzenia się są niezwykle ważne dla jakości życia seniorów [63, 64]. W przypadku osób chorych i niepełnosprawnych badanie jakości życia stanowi wyraz zainteresowania aspektami psychosocjalnymi choroby. Wówczas ocenie podlega również zdolność do normalnego funkcjonowania człowieka w szeroko pojętej przestrzeni publicznej [21]. W sytuacji zdiagnozowanej niepełnosprawności pomiar jakości życia jest trudny do zmierzenia, ponieważ podstawowa determinanta jakości życia jaką jest zdrowie w zasadniczy sposób wpływa na tę ocenę [23].

Jakość życia nie może być bezpośrednio mierzona i oceniana, ponieważ znajduje się w sferze subiektywnej percepcji. Wielu badaczy podejmuje jednak próby określenia wyznaczników jakości życia [27].

Podejmowanie tematyki dotyczącej analizy jakości życia osób starszych jest istotne w zakresie zrozumienia potrzeb i funkcjonowania społeczeństwa. Ważne jest dotarcie do obszarów, w których jednostki odczuwają trudności. W ocenie jakości życia należy przede wszystkim uwzględnić aktualny stan zdrowia, samodzielne funkcjonowanie fizyczne oraz sprawność psychomotoryczną i określić stopień funkcjonowania w środowisku. Na podstawie tych danych możliwe jest opracowanie strategii przyczyniających się do poprawy jakości życia osób starszych [65].

Pomiar jakości życia i parametryzacja zjawisk jakościowych zawsze stanowi duże wyzwanie. Jakość i ilość traktowane są najczęściej jako kategorie przeciwstawne. Mimo wielu kontrowersji liczne grono badaczy oraz instytucji monitorujących procesy społeczne opowiada się za stosowaniem metod ilościowych w opisie jakości życia [59].

Przyjęta w ramach Europejskiego Systemu Statystycznego koncepcja pomiaru jakości życia uwzględnia jej wieloaspektowy charakter. Obejmuje ona zarówno szeroko rozumiane warunki życia, jak i stosunkowo rzadko badany w statystyce oficjalnej dobrobyt subiektywny (subjectivewell-being), określany w języku polskim również jako dobrostan. W krajach unijnych istnieje rozbudowany system wskaźników monitorujących zmiany różnych obszarów jakości życia. Duże znaczenie dla analiz aktualnej sytuacji miały programy badania jakości życia, takie jak *Europejskie Badanie Jakości Życia* (Eurofund 2023) i *Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności* (EU-SILC). W bazie danych uwzględniono wskaźniki odnoszące się do obiektywnych warunków życia mieszkańców oraz wskaźniki odnoszące się do subiektywnych odczuć i percepcji jakości życia. Koncepcja badania bazuje na ujęciu zaproponowanym przez Allardta (1993), zwanym modelem helsińskim. Zakłada on integralność trzech sfer życia: fizycznej (mieć – having), psychicznej (być – being) i duchowej (kochać – loving). Na badania EU-SILC składa się kompleks krajowych badań reprezentacyjnych przeprowadzanych co roku. Polska statystyka publiczna w tematyce monitorowania jakości życia stanowi obecnie integralną część Europejskiego Systemu Statystycznego, dostosowując się do szeregu programów międzynarodowych, ale również wykracza poza jego ramy. Przegląd wskaźników jakości życia prowadzi do wniosku, że jakość życia – jako bardzo pojemna kategoria rozwoju – jest trudna w kwantyfikacji ze względu na zakres i złożoną strukturę, obejmującą zarówno warunki obiektywne, jak i ich subiektywne spostrzeganie [59].

Za jeden z pierwszych mierników jakości życia uznaje się *Wskaźnik Rozwoju Społecznego* (Human Development Index HDI), jest on opracowywany do dzisiaj (HDI, 2018). W kolejnych generacjach wskaźników wyróżnia się dwie podstawowe koncepcje

pomiaru jakości życia, pierwsza, opracowana na podstawie badań psychologicznych opiera się na subiektywnym poczuciu dobrobytu, druga odnosi się do obiektywnych kryteriów oceny możliwości jakie jednostce stwarza społeczeństwo [29, 66].

Subiektywnie rozumiany dobrostan obejmuje takie komponenty jak wymiar emocjonalny, posiadanie oraz stopień wykorzystania swoich umiejętności oraz relacje w jakie jednostka wchodzi z szeroko rozumianym otoczeniem. Podejście to bierze pod uwagę dwie kategorie wskaźników: subiektywny dobrostan osobisty oraz subiektywny dobrostan społeczny. W ramach subiektywnego dobrostanu osobistego uwzględnia się:

- dobrostan emocjonalny – jest to bilans pozytywnych i negatywnych doświadczeń emocjonalnych;
- szczęśliwe życie – jest to holistyczna ocena swojego życia;
- witalność – jest to ocena swojej kondycji fizycznej;
- odporność i samoocena – są to zasoby psychiczne składające się na pozytywną oceną samego siebie, pozytywną oceną swojej przyszłości, pozytywną ocenę swojej sprawczości w sytuacjach trudnych;
- funkcjonowanie – jest to poczucie, że dobrze wykorzystuje się swoje umiejętności, poczucie autonomii, wolność w samorozwoju, poczucie, że robi się w życiu rzeczy wartościowe dla innych i dla nas samych.

Na subiektywny dobrostan społeczny składa się:

- wsparcie społeczne – jest to ocena relacji z rodziną, przyjaciółmi znajomymi;
- zaufanie i poczucie przynależności – jest to stopień odczuwanego zaufania do innych oraz zaspokojenie potrzeb afiliacyjnych [67].

Do obiektywnych wskaźników zalicza się:

- zdrowie – mierniki dotyczące śmiertelności, zachorowalności, oczekiwanej długości życia, stanu zdrowia (fizycznego i psychicznego), nierówności zdrowotnych itp.;
- edukacja – mierniki związane z nakładami na edukację, procesami szkolenia, uzyskiwanymi efektami, nierównościami edukacyjnymi itp.;
- aktywność osobista – mierniki dotyczące sposobów spędzania czasu, rodzajów aktywności, proporcji pomiędzy czasem poświęcanym aktywności zawodowej a rekreacyjnej, rodzajami pracy, formami zatrudnienia, stopniem bezrobocia itp.;

- udział w życiu politycznym – mierniki oceniające realizację praw obywatelskich, prawa do sprzeciwu, do zrzeszania się, wolność mediów, rynek pracy, politykę zagraniczną, zaangażowanie społeczne, itp.;
- kontakty społeczne – jako mierniki przyjmuje się liczbę stowarzyszeń, rodzaje kontaktów społecznych, poziom zaangażowania społecznego, pracę w ramach wolontariatu, ocenę jakości stosunków sąsiedzkich, rodzinnych, itp., poziom zaufania społecznego, uczestnictwo we wspólnotach religijnych, izolację społeczną, itp.;
- stan środowiska naturalnego – jako mierniki wykorzystuje się stopień zanieczyszczenia środowiska, zmiany klimatyczne, stan różnorodności biologicznej, katastrofy naturalne, dostęp do czystej wody, ilość obszarów rekreacyjnych, itp.;
- bezpieczeństwo osobiste – miernikami są przestępczość, wypadki, poziom lęku, itp.;
- bezpieczeństwo ekonomiczne – za mierniki uznaje się ekonomiczne wsparcie w okresie bezrobocia, w przypadku utraty zdrowia, na starość, itp. [29].

Istnieje konieczność uwzględnienia subiektywnego charakteru oceny jakości życia, „na którą składa się samopoczucie fizyczne, psychiczne oraz świadomość realizacji istotnych dla jednostki potrzeb i wartości, gdyż trudno mówić o rozwoju społecznym, kiedy jednostki zbiorowo odczuwają brak dobrostanu (well-being) [29].

Subiektywna ocena nie sprowadza się do prostego oszacowania poziomu życia, lecz zależy od stopnia akceptacji własnego życia oraz od gotowości do wykorzystania własnego potencjału, który związany jest z rozwojem i osiąganiem spełnienia [29, 68].

W naukach społecznych wyróżnia się dwa rodzaje wskaźników społecznych: subiektywne – odnoszące się do osobistych uczuć, opinii, postaw czy przekonań, np.: zadowolenie z pracy zawodowej, satysfakcja z dobrego zdrowia, oraz obiektywne – związane z mierzalnymi i obserwowanymi cechami jak: wzrost i waga człowieka, liczba chorych przyjętych do szpitala. Wskaźniki subiektywne oraz obiektywne mogą być pozytywne i negatywne, zależnie od człowieka czy grupy społecznej [69]. Obiektywne kryteria jakości życia są wykorzystywane najczęściej w socjologii i ekonomii, gdzie oblicza się globalne wskaźniki poziomu życia: ogólny dobrobyt, rozwój społeczeństw stosowany do poszczególnych jednostek i grup społecznych. Globalny wskaźnik jakości życia jest sumą różnych obiektywnych wskaźników cząstkowych odnoszących się do

poszczególnych sfer życia: rodzinnej, psychicznej, fizycznej czy społecznej. Jakość życia zależy od szeregu czynników występujących w społeczeństwie i kulturze, dlatego jej pomiar ocenia całość życia i wszystkie wydarzenia, które wpływają na jakość życia człowieka i grup społecznych [69].

Ocena jakości życia uwarunkowanej zdrowiem dotyczy samooceny chorego odnośnie wpływu choroby i stosowanego leczenia na funkcjonowanie w podstawowych aspektach. Pomiar jakości życia jest bardzo przydatnym narzędziem oceny wartości procedur medycznych. Do mierników jakości życia należy wskaźnik QALY (*quality-adjusted life years*), czyli przeciętne dalsze trwanie życia skorygowane o ograniczenie aktywności w wyniku choroby lub niepełnosprawności [25].

Ocena jakości życia zależy od kontekstu, ponieważ dla lekarza dobra jakość życia oznacza stan bez choroby, dla filozofa – stan szczęśliwości, dla biologa – utrzymanie gatunku, a dla chorego – stan, w którym może on realizować swoje życiowe cele. Podwaliny badań nad jakością życia w medycynie stworzył Campbell, który za pomocą badań ankietowych przeprowadzonych w populacji dorosłych Amerykanów dowiódł, że związek między obiektywnymi warunkami życia a zadowoleniem z życia jest niejednoznaczny: wraz z poprawą warunków nie musi wzrastać zadowolenie, bo na odczuwanie zadowolenia wpływają także doświadczenia życiowe [25].

Duże znaczenie dla rozwoju oceny jakości życia w medycynie miały prace H. Schipperera, który w latach 90. XX wieku zdefiniował HRQoL jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez chorego. Zwrócił uwagę na holistyczne spojrzenie na problemy chorego, zarówno w aspekcie medycznym (objawy kliniczne, sprawność ruchowa, stan psychiczny) i pozamedycznym (funkcjonowanie w pracy, rodzinie, społeczeństwie). Wysoka wartość wskaźnika HRQoL świadczy o tym, że człowiek mimo choroby postrzega siebie jako osobę dobrze funkcjonującą. Niska wartość HRQoL jest natomiast wykładnikiem odczuwanych ograniczeń. Całościowa ocena jakości życia powinna obejmować elementy obiektywne (związane z funkcjonowaniem, zwykle oceniane przez personel) i subiektywne (odczucia badanego). Wiele badań wskazuje, że ocena dokonana przez pacjenta często różni się od tej dokonanej przez lekarza, psychologa czy socjologa [25].

Ocena jakości życia w domach opieki jest zależna od możliwości wyboru sposobu spędzania wolnego czasu, możliwości wyboru sposobu leczenia, respektowania przez personel indywidualnych potrzeb i oczekiwań rezydentów. Personel sprawujący opiekę w instytucji powinien rozumieć, że na jakość życia pensjonariuszy składa się poczucie

autonomii, prywatności, indywidualności, bezpieczeństwa, poczucie komfortu, umożliwienie kontaktów międzyludzkich, aktywność dnia codziennego (zależna od możliwości funkcjonalnych, tj. bycia niezależnym w czynnościach fizycznych i prezentowania dobrej kondycji psychicznej) oraz duchowy dobrostan [18].

3. Potrzeby i problemy osób starszych a jakość życia

3.1. Potrzeby i problemy w aspekcie biologicznym

Wraz z wiekiem obniża się potencjał biologiczny człowieka, co powoduje wiele dolegliwości i utrudnień życiowych – obniża się jakość życia i poczucie własnej godności [70].

Niesamodzielność ma ściśle powiązanie z deficytem sprawności oraz obniżeniem wydolności psychofizycznej, a co za tym idzie osoba taka wymaga stałej lub długotrwałej pomocy ze strony osób trzecich [71]. Niezależnie od jakości procesu starzenia się człowieka, należy zawsze brać pod uwagę, że w starości występuje wiele krytycznych zdarzeń. Do najważniejszych z nich należy pogorszenie stanu zdrowia, a w szczególności zmniejszenie wydolności fizycznej, zaostrzenie chorób przewlekłych oraz pogorszenie wzroku i słuchu [72].

Postępującemu starzeniu się społeczeństwa polskiego, z ciągle rosnącą liczbą osób dożywających późnej starości, towarzyszy występowanie licznych chorób przewlekłych. Ponad połowa populacji seniorów podlega starzeniu się patologicznemu, charakteryzującemu się występowaniem licznych chorób, doprowadzających w kolejnych latach do trwałego upośledzenia funkcjonowania w życiu codziennym. Poziom akceptacji choroby ma istotny wpływ na przystosowanie się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, zależności od innych osób oraz poczucie własnej wartości. Duże znaczenie w akceptacji swojego stanu zdrowia ma również miejsce zamieszkania osób starszych [1]. Niepełnosprawność funkcjonalna stanowi istotny problem w procesie starzenia się tej populacji, skutkując obniżeniem jakości życia osób starszych. Czynniki ryzyka niepełnosprawności funkcjonalnej u osób starszych obejmują zespoły geriatryczne i powiązane z nimi choroby, takie jak zespół kruchości. Wpływ zespołu kruchości na zdrowie osób starszych jest w ostatnich latach gorącym tematem [73].

Zmiany starcze w organizmie oraz długoletnie oddziaływanie różnorodnych czynników ryzyka prowadzą do zwiększenia z wiekiem częstości występowania wielu stanów chorobowych, głównie o charakterze przewlekłym, które mają długi czas trwania (ponad trzy miesiące), powolny początek i mniejsze nasilenie objawów [74]. W procesie starzenia wzrasta ponadto liczba problemów medycznych i niesprawności, których ryzyko rośnie w wieku podeszłym. Wielochorobowość jest definiowana przez WHO jako występowanie dwóch lub więcej chorób przewlekłych [75, 76].

W populacji osób starszych w Polsce występowanie wielochorobowości dotyczy prawie 70% osób najmłodszych do około 90% osób najstarszych. Do najczęstszych schorzeń należały choroby układu krążenia, szczególnie nadciśnienie tętnicze (NT) oraz choroby endokrynologiczno-metaboliczne. Ponad połowa chorych wykazywała też obecność problemów geriatrycznych [77, 78].

Zwiększone ryzyko wielochorobowości i wzrostu niepełnosprawności, a także obniżenie statusu funkcjonalnego i jakości życia (QOL) prowadzi do wzrostu kosztów opieki zdrowotnej. Zgodnie z modelem ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) Światowej Organizacji Zdrowia funkcjonowanie i niepełnosprawność są wynikiem wzajemnego oddziaływania stanu zdrowia danej osoby oraz indywidualnych zmiennych wpływających, takich jak środowisko i czynniki osobiste [79]. Wielochorobowość, wielkie zespoły geriatryczne, wielolekowość i polipragmazja są dla osób w podeszłym wieku problemami zdrowotnymi, które często prowadzą do niesprawności funkcjonalnej, skutkują koniecznością korzystania z pomocy innych osób, zaniżają u seniorów poczucie wartości, a tym samym obniżają jakość ich życia [45, 80]. Wielkie problemy geriatryczne, to przewlekłe i wieloprzyczynowe stany patologiczne. Wpływ na ich powstanie mają zarówno zmiany fizjologiczne zachodzące w organizmie starzejącego się człowieka, jak i procesy patologiczne, zażywane leki, styl życia. Stanowią one bardzo złożony problem zdrowotny seniorów, są częstą przyczyną niesprawności funkcjonalnej, wielochorobowości, zwiększonej śmiertelności i w istotny sposób pogarszają jakość życia osób w podeszłym wieku. Wśród wielkich zespołów geriatrycznych wyróżnia się m.in.: upadki, nietrzymanie moczu i stolca, zespoły psychopatologiczne tj. otępienne, depresyjne, majaczeniowe [45]. Wielochorobowość i wielolekowość tworzą ze sobą tzw. spiralę chorób i terapii. Występowanie u pacjenta większej liczby chorób wymusza na nim leczenie u lekarza rodzinnego i kilku specjalistów. To z kolei pociąga za sobą stosowanie większej ilości leków, co w konsekwencji może skutkować uszkodzeniem kolejnych narządów. Badania *PolSenior* wykazały, że seniorzy w Polsce średnio zażywają ponad pięć leków, a 90% z nich zażywa leki codziennie [45]. Zjawisko polipragmazji może doprowadzić do wystąpienia niepożądanych interakcji pomiędzy lekami, pożywieniem, czy chorobą. Niewłaściwe połączenie leków, w tym leków kupowanych samodzielnie bez recepty i suplementów diety, może poważnie zagrozić zdrowiu i życiu pacjentów [81]. Polifarmacja u osób starszych to globalny problem, który ostatnio się nasilił. Około 30% osób w wieku 65 lat i starszych w krajach rozwiniętych przyjmuje 5 lub więcej leków.

Chociaż leki na receptę i bez recepty mogą łagodzić szeroki zakres problemów zdrowotnych, mogą również powodować lub przyczyniać się do szkód, szczególnie u osób starszych [82, 83, 84, 85] .

Upadki u osób starszych stanowią narastający problem, powodując wysoki poziom zachorowalności, śmiertelności i korzystania z opieki zdrowotnej [86]. Problemy z chodzeniem i zagrożenie upadkami wzrasta z wiekiem, co pozostaje w związku z pogłębianiem się zmian inwolucyjnych, współistniejącą wielochorobowością, stosowaną farmakoterapią i ograniczeniami sprawności funkcjonalnej. Zjawisko to potęgują zawroty głowy jako częsta przypadłość osób w podeszłym wieku [87]. W populacji polskich seniorów przynajmniej raz w roku upadku w trakcie codziennej aktywności doświadcza ponad 1,5 mln osób. Narażenie na upadki wzrasta z wiekiem, zwłaszcza wśród kobiet. Upadki z własnej wysokości są istotną przyczyną urazów osób starszych. Wskutek upadków urazów doznaje rocznie ponad 0,5 mln seniorów [77].

Złamania u osób starszych występują coraz częściej i stają się poważnym problemem zdrowotnym w wielu krajach. Ponad 90% złamań następuje po upadkach o niskiej energii, a śmiertelność jest znaczna [88, 89].

Niewystarczająca aktywność fizyczna, siedzący tryb życia również stanowią poważne ryzyko dla zdrowia [90, 91, 92]. Brak aktywności fizycznej może przekładać się na większą zachorowalność, a to z kolei na obniżenie postrzeganej jakości życia [42]. Niestety większość osób starszych pozostaje bierna ruchowo [43].

Główne zagrożenie życia i zdrowia (chorobowość hospitalizowana) seniorów stanowią choroby układu krążenia. Stan zdrowia mężczyzn w wieku senioralnym jest gorszy niż kobiet, o czym świadczą zarówno wskaźniki dotyczące umieralności, jak również chorobowości hospitalizowanej [77, 93, 94]. NT jest częstym problemem u osób starszych (w wieku > 65 lat), osiągając częstość występowania aż 60 do 80%. Izolowane skurczowe NT występuje głównie u pacjentów w podeszłym wieku [95].

Zgodnie z wynikami Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (European Union Statistics on Income and Living Conditions, EU-SILC), prowadzonego przez GUS ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności, trwająca co najmniej 6 miesięcy, dotyczyła 46,2% osób starszych, częściej kobiet niż mężczyzn. Poważne ograniczenia były raportowane przez mężczyzn i kobiety z podobną częstością, odpowiednio 15,2% i 15,7%. Na podstawie zgromadzonych danych zespół słabości rozpoznano u 15,9% osób starszych w Polsce [77]. Zespół słabości częściej występował u starszych kobiet (17,4%) niż u starszych mężczyzn (13,8%). Wraz z wiekiem, częstość

występowania zespołu słabości istotnie wzrastała po przekroczeniu 70. r.ż., od 11,6% w wieku 70–74 lat do 70,8% wśród 90-latków [77]. Problem zespołu słabości dotyczy niemal co szóstej osoby starszej zamieszkującej we własnym gospodarstwie domowym, a zagrożenie jego wystąpieniem – co drugiej. Wśród kobiet w podeszłym wieku najczęściej zgłaszane jest uczucie subiektywnego wyczerpania oraz obniżenie mierzonej obiektywnie siły mięśniowej, wśród mężczyzn zbyt niska aktywność fizyczna. Badanie *PolSenior2* potwierdza wyraźny spadek siły mięśniowej i rosnące wraz z wiekiem ryzyko wystąpienia sarkopenii [77]. Problemy z chodzeniem stanowią poważny problem w populacji geriatrycznej ze względu na ich częstość występowania i dramatyczne konsekwencje. Stanowią one również punkt wyjścia dla fizycznej słabości osób starszych [96].

Występowanie bólu przewlekłego, definiowanego jako ból odczuwany od co najmniej trzech miesięcy, narasta z wiekiem. Proces starzenia się poszczególnych układów i narządów przyczynia się do powstawania podłoża tego bólu [77], szczególnie przyczynia się starzenie się narządu ruchu i skóry. Ból przewlekły zgłaszało 47,6% Polaków w wieku co najmniej 60 lat. Częstość występowania bólu przewlekłego była wyższa u kobiet, osób z wykształceniem podstawowym, pracowników fizycznych oraz seniorów zamieszkałych na wsi. Najczęstszą lokalizacją bólu były okolice krzyża, a następnie nóg, w tym w szczególności stawów kolanowych. Ponad 70% seniorów (częściej kobiety) zgłaszało ból w więcej niż jednej lokalizacji. Ból przewlekły częściej raportowały osoby niesprawne w zakresie podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego, z ograniczoną mobilnością, stosujące urządzenia pomocnicze do przemieszczania się. Ponad połowa pacjentów korzystająca z porad lekarza rodzinnego 2–3 razy w miesiącu i częściej, skarżyła się na przewlekłe bóle. Najczęściej stosowanymi lekami przeciwbólowymi były leki nieopiodowe. Seniorzy z bólem przewlekłym częściej poddawali się zabiegom rehabilitacyjnym. Całkowita oszacowana liczba osób w wieku 60 i więcej lat, które cierpią na ból przewlekły, wynosi w Polsce około 4,5 mln, z tego ponad 3,5 mln odczuwa ból o natężeniu umiarkowanym i silnym [77].

Częstość występowania zaburzeń narządów zmysłów wzrasta wraz z wiekiem i dotyczy przede wszystkim osób w podeszłym wieku. Szacuje się, że wśród osób powyżej 65. r.ż. co trzecia ma problemy ze słuchem, a 80% wszystkich obustronnych zaburzeń widzenia w dal i przypadków ślepoty oraz dwie trzecie wszystkich zaburzeń widzenia do blizy występuje u osób w wieku 50 i więcej lat [77]. Najczęstszą przyczyną upośledzenia widzenia do blizy jest starczowzroczność – prezbiopia występująca u 1,8 mld osób na

świecie. Natomiast przyczynami umiarkowanego i poważnego upośledzenia widzenia w dal lub ślepoty są: nieskorygowane wady refrakcji (krótkowzroczność, nadwzroczność, astygmatyzm) – 123,7 mln, zaćma – 65,2 mln, zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem (age related macular degeneration, AMD) – 10,4 mln, jaskra – 6,9 mln [97]. Dominującą przyczyną ślepoty jest natomiast zaćma, w dalszej kolejności jaskra i AMD. Najczęstszym rodzajem zaburzeń słuchu w populacji jest niedosłuch starczy (presbycusis), który definiuje się jako ubytek słuchu związany z procesem starzenia się, spowodowany przez zmiany zwyrodnieniowe ucha wewnętrznego. Wśród innych przyczyn zaburzeń słuchu wymienić można: wczesną utratę słuchu w dzieciństwie, przewlekłe zapalenie ucha środkowego, ubytek słuchu wywołany hałasem oraz wpływ leków ototoksycznych na ucho wewnętrzne. Konsekwencją dysfunkcji narządów zmysłów jest niepełnosprawność [77]. Upośledzenie słuchu to przewlekły problem zdrowotny, który dotyka około dwóch trzecich osób w wieku 65 lat i starszych [98, 99]. Zaawansowane upośledzenie słuchu związane z wiekiem znane jest jako presbycusis i nie ma jednoznacznej przyczyny. Może ono objawiać się utratą neuronów zwojowych i komórek włosowatych ślimaka w procesie starzenia [100]. Problemy ze słuchem mogą utrudniać interakcje z innymi ludźmi i bezpieczną orientację w otoczeniu, utrudniając w ten sposób uczestnictwo w codziennych sytuacjach życiowych osobom starszym [101]. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca leczenie za pomocą aparatów słuchowych w przypadku problemów związanych z utratą słuchu. Ponadto stosowanie aparatów słuchowych może poprawić sprawność słuchową, złagodzić negatywne skutki upośledzenia słuchu i wspierać uczestnictwo w życiu społecznym. Jednakże istnieją pewne ograniczenia w stosowaniu aparatu słuchowego [102].

Upośledzenie jakości widzenia stwierdzono u 41,9% starszych Polaków, w stopniu umiarkowanym – u 40,7%, a znacznym – u 1,2%. Upośledzenie słuchu zaobserwowano u 9,7% seniorów. Upośledzenie wzroku i słuchu dotyczyło 6% populacji w wieku 60 i więcej lat. Częstość deficytów wzroku i słuchu narastała wraz z wiekiem i była wyższa w grupie osób z niskim poziomem wykształcenia. Rozpoznanie zaćmy raportowało 22,6% osób w wieku 60 i więcej lat, jaskry – 5,7%, a zwyrodnienia plamki żółtej związanego z wiekiem (AMD) – 2,6% Polaków w wieku podeszłym [77].

Proces starzenia powoduje także zmianę architektury snu. Wydłuża się średni czas oczekiwania na sen (latencja snu), skraca czas trwania snu, w tym czas snu wolnofalowego, natomiast czas snu REM skraca się tylko nieznacznie. W starszym wieku sen staje się bardziej niespokojny, typowe są częste wybudzenia w nocy i wydłużony czas

czuwania wtrąconego. Czynniki te powodują znaczną fragmentację snu, a przez to obniżenie jego wydajności i upośledzenie funkcji regeneracyjnej [103]. Zmiany snu dotyczą również rytmu okołodobowego. Obserwuje się tendencję do stopniowego przyspieszania fazy snu. Seniorzy również częściej ucinają sobie drzemki w ciągu dnia [77]. Dolegliwości związane ze snem takie jak bezdech senny i bezsenność są dość powszechne u osób starszych [104, 105]. Prawie połowa osób w wieku 60 i więcej lat skarży się na złą jakość snu, a pogorszenie jakości snu postępuje z wiekiem. Szacuje się, że 4,1 mln seniorów, w tym 2,7 mln kobiet i 1,4 mln mężczyzn ma złą jakość snu. Gorsza jakość snu częściej występuje wśród kobiet oraz u osób z niższym poziomem wykształcenia. Najczęstsze skargi wpływające na jakość snu to: konieczność wstania do toalety, budzenie się w nocy, dolegliwości bólowe i problemy z zaśnięciem. Osoby ze złą jakością snu cechowało częstsze występowanie objawów depresyjnych, upadków, problemów z wykonywaniem podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego oraz większa liczba chorób przewlekłych i przyjmowanych leków. Co dziesiąta osoba w wieku 60 i więcej lat przyjmuje leki nasenne przynajmniej raz w tygodniu [77].

Zaburzenia urologiczne są jedną z częstszych dolegliwości u osób w podeszłym wieku. Wśród nich dominujący problem stanowią dolegliwości z dolnego odcinka dróg moczowych (lower urinary tract symptoms, LUTS). Obejmują one 3 grupy objawów: zależnych od problemów z gromadzeniem moczu, pojawiających się podczas jego oddawania lub bezpośrednio po mikcji. Objawy z dolnego odcinka układu moczowego występują u ponad 60% seniorów w wieku 60 i więcej lat, problem ten dotyczy połowy mężczyzn i dwóch trzecich kobiet. Najczęściej zgłaszaną dolegliwością u osób starszych jest nykturia (46,7%), następnie objawy sugerujące wysiłkowe nietrzymanie moczu (28,7%) oraz obecność parć nagłych (21,5%). Symptomy typowe dla wysiłkowego nietrzymania moczu występują częściej wśród kobiet, które urodziły troje lub więcej dzieci [77].

Zaburzenia kontroli wypróżnień pod postacią nietrzymania stolca lub gazów oraz trudności z wypróżnieniem są powszechne w populacji i ulegają znacznemu nasileniu wraz z wiekiem [106]. Nietrzymanie stolca dotyczy 4% osób w wieku 60 i więcej lat. Dla osób powyżej 90. r.ż. częstość nietrzymania stolca przekracza 15%, a mediana tego zjawiska odpowiada średnio ciężkiemu nasileniu. Nietrzymanie stolca jest częstsze u kobiet, szczególnie w bardzo późnej starości. Co piąta osoba w wieku 60 i więcej lat zgłasza trudności z wypróżnieniem. Częstość tego zjawiska wzrasta wraz z wiekiem, do 39% w wieku 90 i więcej lat. Trudności z wypróżnieniem są częstsze u kobiet. Najczęściej

podawane dolegliwości (80–90%) to niemożność wypróżnienia, twarde lub bobkowate stolce oraz wzdęcia. Zaburzenia regulacji wypróżnień wymagają specjalistycznej diagnostyki oraz systematycznego leczenia [77].

Ryzyko niedożywienia rośnie wraz z wiekiem, a szczególnie zagrożone są nim osoby w wieku podeszłym. Częstość występowania niedożywienia u osób starszych waha się od 1,0% do 24,6% [107] i znacząco wzrasta wśród osób hospitalizowanych i przebywających w warunkach opieki instytucjonalnej [108].

Prawidłowe zalecenia żywieniowe są niezbyt często stosowane w życiu codziennym osób starszych [43]. Jedna czwarta starszych mieszkańców Polski prezentuje nieprawidłowy stan odżywienia, nie zawsze mając świadomość tego problemu. Najwyższe ryzyko niedożywienia mają osoby w późnej starości (w wieku 75 i więcej lat), wdowy i wdowcy, z niskim poziomem wykształcenia, którzy skarżą się na trudną sytuację finansową oraz cierpią na wiele chorób przewlekłych [77].

Wśród seniorów 20,8% zachowuje uzębienie funkcjonalne, 49,1% ma częściowe braki zębowe, a 30,1% – bezzębnie. Stan uzębienia polskich seniorów jest znacznie gorszy niż w krajach Unii Europejskiej. Posiadanie protez deklaruje około 80% osób z częściowymi brakami zębowymi i ponad 90% z bezzębniem. Zdecydowana większość ludzi starszych deklaruje regularne ich używanie. Wyniki badań w sposób jednoznaczny wskazują na duże potrzeby seniorów w zakresie zdrowia jamy ustnej [77]. Suchość w ustach i ból jamy ustnej to często zgłaszane problemy zdrowotne wśród osób starszych mieszkających w domach opieki, które wymagają wizyty u dentysty i pomocy w dotarciu do lekarza [109].

W regularnie publikowanych danych z badania *Global Burden of Diseases* (GBD) główne choroby układu nerwowego prowadzące do zgonu to udarymózgu, choroby otępienne, choroba Parkinsona oraz epilepsja [110]. Niesprawny ruchowo jest co trzeci senior po udarze mózgu, co piąty z chorobą Parkinsona i co szósty z epilepsją [77].

W przypadku nowotworów zaawansowany wiek był istotnym czynnikiem ryzyka. W ostatnich latach współczynniki umieralności z powodu nowotworów wzrastały 10-krotnie co 2–3 dekady życia. Najwięcej zgonów przypadało na siódmą i ósmą dekadę [111]. Molekularne i komórkowe mechanizmy onkogenezy są w istotnym stopniu podobne do procesów związanych ze starzeniem. Całkowita oszacowana liczba osób w wieku 60 i więcej lat, które przeszły lub aktualnie mają chorobę nowotworową, wynosi w Polsce około 750 tys. [77].

Wraz z wiekiem w układzie oddechowym dochodzi do wielu niekorzystnych zmian, m.in. zwiększenia sztywności klatki piersiowej, zmniejszenia podatności tkanki płucnej, obturacji drobnych oskrzeli, zwiększenia fizjologicznej przestrzeni martwej i w konsekwencji do obniżenia efektywności wymiany gazowej. Na powyższe zmiany fizjologiczne nakładają się zmiany patologiczne, związane z obecnością chorób przewlekłych. Wśród najczęściej występujących schorzeń układu oddechowego u osób w wieku starszym wymienia się: przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP), astmę oskrzelową, nowotwory płuc, choroby śródmiąższowe płuc i obturacyjny bezdech senny [77].

Wraz z procesem starzenia pojawiają się zaburzenia wchłaniania, wytwarzania czy eliminacji pierwiastków i witamin. Niewystarczająca podaż witaminy D – cholekalcyferolu – w żywieniu osób starszych dodatkowo nie pozwala na uzupełnienie pogłębiającego się niedoboru związanego ze zmniejszonym jej wytwarzaniem w skórze. Skutkiem zwiększenia utraty wapnia z kompensacyjną wtórną nadczynnością przytarczyc jest nasilenie procesu demineralizacji kości i rozwój osteopenii i osteoporozy. Zaburzenia te są przyczyną zwiększonego ryzyka złamań, zarówno groźnych dla życia, jak i powodujących niepełnosprawność oraz obniżenie jakości życia osób starszych [77]. Zaburzenia homeostazy wapniowo-fosforanowej u osób w wieku podeszłym wynikają zarówno z fizjologicznego procesu starzenia (w tym głównie ze zmniejszenia filtracji kłębuszkowej), jak i czynników jatrogennych [112]. Niedobory witaminy D występują u połowy seniorów, zarówno mężczyzn, jak i kobiet [77].

Wykazano również, że częstość występowania przewlekłej choroby nerek (PChN) zwiększa się istotnie wraz z wiekiem, co zostało jednoznacznie potwierdzone w badaniu *PolSenior1* [113]. Jak wynika z danych systematycznie rejestrowanych przez *ERA-EDTA Registry* do głównych przyczyn prowadzących do PChN, zwłaszcza u osób po 65. r.ż. należy zaliczyć NT i cukrzycę. W badaniu *PolSenior2* wykazano, że w populacji osób w wieku 60 i więcej lat PChN występuje około dwa razy częściej (17,3%) niż w populacji ogólnej dorosłych Polaków [77].

Dominującymi przyczynami zgonów starszych mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia (ChUK), które w 2018 r. były odpowiedzialne za 44,3% ogółu zgonów osób w wieku 60 i więcej lat (40,0% w przypadku mężczyzn i 48,3% w przypadku kobiet), a następnie nowotwory złośliwe – jedna czwarta (24,4%) ogółu zgonów (27,9% i 21,2% odpowiednio dla mężczyzn i kobiet). Należy jednak zwrócić uwagę, że ChUK dominują jako przyczyna zgonu dopiero wśród osób w wieku powyżej 70

lat. Życie sześćdziesięcioletnich mężczyzn i kobiet w wieku 60–74 lat jest bardziej zagrożone chorobami nowotworowymi niż ChUK. Wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem znaczenie chorób układu oddechowego jako przyczyny zgonów mężczyzn [77].

3.2. Potrzeby i problemy w kontekście społecznym

W analizie potrzeb populacji osób starszych należy wziąć pod uwagę zmiany ilościowe i tempo tych zmian oraz zmiany jakościowe. Dynamika zmian demograficznych oraz zmiany zachodzące wewnątrz populacji powyżej 65. roku życia mają odzwierciedlenie w skutkach, jakie niesie ze sobą zjawisko starzenia się społeczeństwa [114].

Konsekwencją tych przemian w obrębie ruchu naturalnego czyli spadku płodności i umieralności, jest postępujący proces starzenia się ludności. Według średniego scenariusza Prognozy ludności na lata 2023-2060, opracowanej przez GUS, liczba ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 8,7 mln do 11 mln osób (czyli o blisko 37%), przy czym w populacji w wieku 80 lat i więcej przewidywany jest wzrost wyjątkowo wysoki, bo aż o 125% (z 1,6 mln w 2022 r. do 3,6 mln w 2060) [115].

Struktura potrzeb ludzi starszych w dużej mierze jest zdeterminowana ich sytuacją życiową. Składa się na nią: postępujący proces starzenia się, skutkujący m.in. obniżeniem sprawności poznawczej i motorycznej; ogólny stan zdrowia; status społeczny i sytuacja rodzinna; warunki materialne. Na plan pierwszy wysuwają się zatem potrzeby związane z materialnym zabezpieczaniem podstawowych kwestii bytowych oraz poczuciem bezpieczeństwa. Nasila się także potrzeba uzyskania wsparcia emocjonalnego i społecznego [1].

Starość jest etapem życia, który stereotypowo kojarzy się z chorobami, biernością, zniedołężnieniem, biedą, a to powoduje, że pozycja społeczna osób starszych w rodzinie czy społeczeństwie jest niska. Ludzie starsi czują, że utracili swój prestiż, doszło do deprecjacji starości, pojawiła się obojętność, a nawet niechęć do człowieka starego. Wiele osób przejawia lęk przed starością (tzw. gerontofobia), irracjonalny strach, a nawet wrogość. Panujące jeszcze dziś stereotypy i uprzedzenia powodują, że grupa ta narażona jest na marginalizację [70].

Jednostki, które doświadczają starości patologicznej, naznaczonej chorobą i upośledzeniem w samodzielnym funkcjonowaniu, mają ograniczone możliwości samodzielnego zaspokajania potrzeb rozwojowych, co znajduje odzwierciedlenie

w niższym poziomie jakości życia [116-121]. Z przeglądu badań wynika, że w populacji starszych kobiet i mężczyzn wraz z wiekiem obserwuje się stale zmniejszający się odsetek osób w pełni samodzielnych w zakresie czynności dnia codziennego, szczególnie zauważalny w zakresie czynności złożonych po 75. r.ż. [77]. Sprawność pogarsza się systematycznie wraz z wiekiem, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Aż 80% kobiet i 70% mężczyzn w grupie wieku 85–89 lat wykazuje jakiegokolwiek deficyty w zakresie złożonych czynności. Natomiast wśród 90-latków odsetek ten wynosi odpowiednio 94% dla kobiet i 85% dla mężczyzn [77]. U starszych kobiet na całym świecie zaobserwowano większy spadek w obszarach zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w porównaniu z mężczyznami. Badania wykazały, że zły stan zdrowia u osób starszych wywiera wpływ na ich sprawność funkcjonalną, wypełnianie ról społecznych, możliwości dalszego rozwoju i postrzeganie własnej starości [122].

Niesamodzielnosc to niezdolność do samodzielnej egzystencji, która jest wynikiem zaburzonych funkcji organizmu w wyniku obrażeń lub polipatologii. Powstałe deficyty natury psychofizycznej pogarszają sprawność, ograniczają samodzielność, utrudniają pełnienie ról społecznych, rodzinnych. Czas i zakres wsparcia z obszaru świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych jest zależny od poziomu deficytu w codziennym funkcjonowaniu. Zdiagnozowana niesprawność generuje zakres wsparcia osobie niesamodzielnej. Pomoc ta może dotyczyć obszaru podstawowych czynności dnia codziennego takich jak: spożywanie posiłków, zapewnienie aspektu higienicznego, pomoc w przemieszczaniu się i poruszaniu się, a także wyrównywanie deficytu sprawności organizmu [123, 124] .

Natomiast A. Janiszewska wskazuje, iż w przypadku ludzi starszych występują pewne specyficzne dla tej grupy wiekowej problemy społeczne, które nie występują wśród osób będących na wcześniejszych etapach życia. Są to: komunikacja (społeczna), zdrowie, autonomia i korzystanie z usług instytucji [125].

W sytuacji, kiedy rodzina z różnych powodów nie może się opiekować starszym członkiem rodziny i nikt nie może ich w tej opiece zastąpić, wówczas osoba ta może ubiegać się o skierowanie do domu pomocy społecznej. Ośrodki te działają zgodnie z ustawą o pomocy społecznej i świadczą usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne dostosowane do potrzeb indywidualnych mieszkańców. Osoby przebywające w DPS mają inne problemy niż osoby mieszkające w domu z rodziną. Poprawę ich jakości życia można uzyskać przez poznanie ich sytuacji, problemów i oczekiwań [126, 127]. Patrząc na wyniki przeprowadzonych analiz ze strony beneficjenta pomocy społecznej,

można zauważyć, że zamieszkanie w domu pomocy społecznej jest często wywołane niekorzystnym położeniem życiowym jednostki, m.in. z pogarszającym się stanem zdrowia, niemożnością samodzielnego zabezpieczenia niezbędnych potrzeb, odrzuceniem przez najbliższych członków rodziny i poczuciem samotności. Mimo ogólnej poprawy jakości życia seniorów, zamieszkanie i pobyt w domu pomocy społecznej stanowi swego rodzaju izolację społeczną. Grono byłych przyjaciół seniorów urywa z nimi kontakty, często poluźniają się też więzy rodzinne [128].

Niestety badania wskazują, że sukcesywnie wzrasta liczba seniorów niesamodzielnych. Patologiczna starość, brak samodzielności, uzależnienie od osób trzecich, stanowią istotne zagadnienia polskiej polityki senioralnej do roku 2030 [129].

Ważnymi potrzebami społecznymi są: poczucie więzi, sensowność i niezależność [130]. Osoby starsze muszą radzić sobie z wieloma problemami związanymi ze starzeniem się. Do najważniejszych należą przejście na emeryturę i konieczność wypełnienia wolnego czasu, radzenie sobie ze stratą współmałżonka i bliskich, funkcjonowanie z chorobami zwyrodnieniowymi i obniżoną witalnością, a także niezdolność do samodzielnego poruszania się i wykonywania podstawowych czynności w życiu codziennym. W wyniku samotności i braku wsparcia społecznego osoby starsze mogą doświadczać uczucia agresji, zaburzeń lękowych i depresji lub dopuszczać się aktów przemocy wobec innych [131].

Seniorzy chcący uczestniczyć w życiu społecznym napotykają trudności, które skłaniają ich do wycofania. Nieobecność w życiu publicznym członków najstarszej generacji jest widoczna, a młodsze pokolenia nie zauważają problemów starszych. Poruszając zagadnienia związane z wykluczeniem i marginalizacją osób starszych, należy także zwrócić uwagę na alienację i izolację starszych grup wiekowych. Alienacji i izolacji społecznej seniorów sprzyja nieprzestrzeganie ich praw oraz brak zainteresowania ich potrzebami. Na skutek negatywnych postaw i uprzedzeń osoba starsza pozostaje sama, nie mogąc liczyć na wsparcie zarówno ze strony najbliższych, jak i dalszego otoczenia. Samotność i osamotnienie mogą być zarówno przyczynami, jak i skutkami marginalizacji i są nieodzownym elementem wykluczenia społecznego. Wynika ona z choroby, wieku, bezradności, odrzucenia oraz braku akceptacji samego siebie i swojego życia [132]. Niestety starość we współczesnej kulturze wyznacza postępujący proces marginalizacji seniorów [114]. Ponadto pozbawienie seniorów dostępu do różnego rodzaju usług, dóbr, instytucji, wpływa na ograniczanie kontaktów społecznych, co powoduje pojawienie się osamotnienia, z którym jednostka żyjąca na uboczu społecznym nie jest w stanie sama sobie poradzić. Taka sytuacja może prowadzić do obniżenia jakości życia, utraty

kontaktów interpersonalnych, nieumiejętnego funkcjonowania w społeczeństwie pośpiechu, zaprzestania zaspokajania potrzeb wyższego rzędu i tym samym odczuwania frustracji i niezadowolenia. Zachodzące zmiany społeczne często pozbawiają seniorów stałości i poczucia bezpieczeństwa, co wpływa na ich satysfakcję życiową. Osoby te niekiedy doświadczają negatywnych zjawisk w domu rodzinnym, wśród krewnych, najbliższych, przyjaciół czy też sąsiadów [133]. Ludzie starsi, z racji tego, że są marginalizowani lub dobrowolnie izolują się ze społeczeństwa, mają trudności z aktywnością na różnych poziomach. Powiększa się katalog ich problemów, przybywa osób chorych przewlekłe, doświadczających starości patologicznej, naznaczonej nawarstwiającymi się chorobami, ubytkami zdrowotnymi, co implikuje poczucie bezradności i zależności od osób trzecich. Wzrasta zapotrzebowanie na usługi, placówki opiekuńcze i wspierające najstarsze kohorty oraz ich rodziny, wśród których występują opiekunowie nieformalni. Niektórzy seniorzy zmagają się z przemocą, biedą, samotnością, osamotnieniem, niepełnosprawnością, wykluczeniem, marginalizacją i wieloma indywidualnymi trudnościami. Wraz z ich nawarstwieniem generują one wielopropblemowość, prowadząc do utraty samodzielności [35, 134, 135, 136]. Okazuje się, że instytucje pomocowe, jak DPS-y, mogą przyczyniać się do tego, że ich beneficjenci czują, że stanowią grupę odmienną. Tym samym w pewnym stopniu wykluczają seniorów z życia społecznego, uniemożliwiając pełnienie właściwych im ról społecznych [1].

Aktualnym problemem stało się zadłużenie emerytów – ponad ćwierć miliona osób (238 tys. osób, dane z Krajowego Rejestru Dłużników) jest zadłużonych, a średnie zadłużenie na osobę wynosi 13 tys. zł. Często zadłużają się oni na potrzeby dzieci i wnuków albo są manipulowani przez sprzedawców. Około 1/5 zadłużenia to pożyczki z banków, 16% to niezapłacone rachunki za czynsz, wodę, gaz, a 13% za inne media [41]. Należy zwrócić uwagę, że wśród najstarszych kohort wiekowych są jednostki nieposiadające osób, na które mogą liczyć w przypadku wystąpienia problemów finansowych [137]. Osoby starsze – zwłaszcza te o ograniczonych zasobach finansowych – mają znaczne potrzeby w zakresie opieki w późnym okresie życia [138]. Wykluczenie ekonomiczne dotyczy tak sfery produkcji, jak i konsumpcji. Osoby starsze napotykać głównie na utrudnienia w zatrudnieniu i dostępie do rynku pracy. W sferze konsumpcji wskazuje się na bardzo ograniczone możliwości nabywania dóbr i korzystania z usług przez seniorów. Wykluczenie społeczne oznacza też słabo rozwiniętą sieć relacji społecznych, co prowadzi do izolacji i ograniczenia kontaktów z innymi [35].

Pokolenie osób starszych doświadcza także szybkich i radykalnych zmian technologicznych, społeczno-kulturowych, cywilizacyjnych. Nadmierny pośpiech, swoisty kult zdrowia i młodości, rozwój nauki i techniki z pewnością nie stanowią odpowiedniego środowiska życia dla osoby starzejącej się [139].

Osoby starsze pragną godnego zakwaterowania, preferencyjnej opieki zdrowotnej, odpowiedniego wyżywienia oraz możliwości interakcji z rówieśnikami podczas spotkań towarzyskich. Zapewnienie wystarczającej pomocy finansowej, odpowiedniej opieki zdrowotnej, okresowej organizacji wydarzeń towarzyskich i grupowych dla osób starszych oraz dostępności opieki i wsparcia domowego mogłoby pomóc osobom starszym w zaspokojeniu tych potrzeb [140].

Zmiany demograficzne i stopniowy wzrost populacji osób starszych zwiększyły zainteresowanie pracowników służby zdrowia i opieki społecznej zdrowiem seniorów, a w szczególności poziomem ich funkcjonalności. Sprawność funkcjonalną można opisać jako zdolność do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego (ADL), a także bardziej złożonych czynności dnia codziennego (IADL), które są związane z prawidłowym, niezależnym funkcjonowaniem, zarówno w domu, jak i poza nim. Proces starzenia stopniowo ogranicza sprawność umysłową i fizyczną, co prowadzi do pogorszenia zdolności do wykonywania codziennych czynności, takich jak prowadzenie samochodu, zarządzanie pieniędzmi czy przyjmowanie leków. Ograniczenia mobilności u osób starszych powodują wielopłaszczyznowe problemy. Dotykają one przede wszystkim same osoby starsze, ponieważ pogarsza się ich jakość życia. Dotykają one również ich rodziny, które muszą bardziej angażować się w opiekę nad osobą starszą lub zapewniać wsparcie finansowe. Wreszcie, stanowią obciążenie dla zdrowia publicznego, ponieważ rośnie liczba osób wymagających wsparcia medycznego i społecznego, co znacznie zwiększa ogólne koszty opieki zdrowotnej. Czynniki te mogą przyczyniać się do decyzji o skorzystaniu z opieki instytucjonalnej [141]. Rosnący odsetek osób starszych generuje zwiększone zapotrzebowanie na usługi wsparcia, a także budzi obawy dotyczące adekwatności zasobów ludzkich do świadczenia opieki [142]. Feminizacja i długowieczność w tej populacji, pociąga za sobą konieczność innej opieki medycznej [114].

Statystyki szacują, że osoby w wieku 65 lat i starsze w Wielkiej Brytanii prawdopodobnie spędzą prawie 50% pozostałego życia z ograniczającym długotrwałym schorzeniem fizycznym lub psychicznym, co zwiększa ich zapotrzebowanie na opiekę i wsparcie. Około 20% mężczyzn i 30% kobiet w tej grupie wiekowej obecnie potrzebuje

pomocy w co najmniej jednej czynności dnia codziennego (ADL). Aktualne prognozy sugerują, że do roku 2035 całkowita liczba osób starszych o niskiej lub wysokiej zależności wzrośnie o prawie jedną trzecią [143, 144].

Wiele osób starszych doświadcza niezaspokojonych potrzeb w zakresie pomocy w codziennych czynnościach (ADL) i złożonych czynnościach życia codziennego (IADL). Takie niezaspokojone potrzeby mogą zagrażać ich fizycznemu i psychospołecznemu dobrostanowi. Niezaspokojone potrzeby w zakresie ADL/IADL są konsekwentnie związane z wyższym wykorzystaniem opieki zdrowotnej (np. hospitalizacja, wydatki medyczne) oraz niekorzystnymi konsekwencjami psychospołecznymi (np. lęk, depresja) [145, 146]. Z badań wynika, że odsetek niezaspokojonych potrzeb w zakresie podstawowych czynności życia codziennego waha się od 14% w USA do 61% w Chinach. Są one istotnie związane z warunkami mieszkaniowymi i statusem społeczno-ekonomicznym [147, 148].

Poza tym osoby starsze należą do grup najbardziej narażonych na skutki wojny i migracji ze względu na osłabienie fizyczne, chorobę, środowisko społeczne i trudności w adaptacji kulturowej [149].

Ponadto średnie koszty hospitalizacji pacjentów w wieku 65 lat i starszych w Polsce są wyższe niż w przypadku młodszych pacjentów ze względu na dłuższy średni czas hospitalizacji oraz bardziej złożone i kosztowne leczenie [150, 151].

W kontekście społecznym istotny wpływ na występowanie upadków mają uwarunkowania środowiskowe. Upadek jest najczęściej wynikiem interakcji pomiędzy niekorzystnym czynnikiem środowiskowym i obniżoną zdolnością reagowania na zagrożenia wynikające ze skumulowanego wpływu wieku i chorób. Blisko 20–30% upadków jest przyczyną poważnych lub umiarkowanie ciężkich urazów [77].

3.3. Potrzeby i problemy natury psychologicznej

Kluczowe w kontekście potrzeb osób starszych są potrzeby psychologiczne, które wraz z wiekiem „uwydatniają się i zaostrzają”. Mają one specyficzny charakter, a ich intensywność wzrasta lub maleje w wyniku zmieniających się możliwości ich zaspokajania. Brunon Synak wyróżnia pięć głównych potrzeb psychospołecznych seniorów, a zatem potrzebę:

- 1) przynależności – polegającą na integracji z otoczeniem, a jej zaspokojenie realizowane jest przez intensywność kontaktów;

- 2) użyteczności i uznania – realizowaną w dwóch kontekstach: społecznym i rodzinnym;
- 3) niezależności – związaną z samodzielnym funkcjonowaniem starszych osób, która zależy głównie od ich sprawności ruchowej oraz poznawczej;
- 4) bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego;
- 5) satysfakcji życiowej [35, 152].

Końcowy etap życia człowieka jest dla niego często źródłem negatywnych emocji. Dodatkowo, samotność, schorowany organizm, rozpamiętywanie i przewartościowywanie swoich porażek i sukcesów negatywnie wpływają na stan emocjonalny osób starszych. Zgodnie z teorią selektywności społeczno-emocjonalnej im starszy wiek człowieka, tym lepsza zdolność do tłumienia negatywnych emocji i skuteczniejsze utrzymanie pozytywnego nastroju. Seniorzy, którzy są świadomi nieuchronności zbliżającego się końca życia, chcą przeżyć (emocjonalnie) resztę swojego życia w najlepszy możliwy sposób. Jednak istnieją też osoby, u których starość negatywnie wpływa na ich stan emocjonalny [153, 154].

Zmiany emocjonalne w mniejszym lub w większym stopniu dotyczą każdego seniora. Człowiek w okresie późnej dorosłości jest zmuszony pogodzić się z chorobą i zbliżającym się odejściem. W związku z tym może przejawiać rozgoryczenie i rozpacz, które obniżają jakość życia, nawet po zaspokojeniu podstawowych potrzeb. Głównym warunkiem poczucia „dobrostanu” jest zaakceptowanie siebie jako osoby starszej i uświadomienie sobie dokonań z wcześniejszych etapów życia. Brak najbliższej rodziny, przyjaciół, nieporadność życiowa prowadzą do samotności i izolacji, co sprzyja powstawaniu stanów depresyjnych [155]. W podeszłym wieku często pojawiają się trudne sytuacje, z którymi osoby starsze muszą się zmierzyć, korzystając z dostępnych im w danym momencie zasobów [131]. Ważna jest akceptacja jakości życia w warunkach zwiększających się strat i ograniczeń, które są coraz bardziej dotkliwe [63].

Każde z przykrych zdarzeń wiążących się z utratą pewnych wartości może skutkować pojawieniem się objawów kryzysu wieku podeszłego. Istotnym objawem tego kryzysu są symptomy depresyjne. W niektórych przypadkach również choroba i efekty uboczne leczenia mogą spowodować lub zaostrzyć te objawy [156]. Niezwykle ważnym zadaniem stojącym przed człowiekiem w okresie starości jest zaakceptowanie zmieniających się warunków egzystencji oraz faktu przemijania, który najczęściej wiąże się z lękiem przed śmiercią. Lęk ten może zostać złagodzony poprzez dostrzeganie sensu przeżytych lat i wiążący się z tym dodatni bilans życiowy [63].

Starzenie się społeczeństwa zwiększa wskaźnik zachorowalności na depresję. Częstość występowania depresji u osób starszych wynosi od kilku do nawet kilkudziesięciu procent badanych populacji. We Francji w 2018 roku osoby w wieku 65 lat i starsze stanowiły 19,6% populacji. Do 2040 roku będą stanowić około 25%. Według Światowej Organizacji Zdrowia, na całym świecie 15% dorosłych w wieku 60 lat i starszych cierpi na zaburzenia zdrowia psychicznego. 6,6% niepełnosprawności przypisuje się zaburzeniom psychicznym lub neurologicznym, a najczęstsze z nich to demencja i depresja (7%) [157]. Ma ona wieloczynnikowe uwarunkowania, do których należą: zmiany morfologiczne i czynnościowe w starzejącym się mózgu, wielochorobowość, czynniki socjodemograficzne i psychologiczne. W badaniach wykazano, że choroby przewlekłe, szczególnie te powodujące ból lub ograniczenia funkcjonalne, znacznie zwiększają częstość występowania depresji [158]. Pogłębiającą się depresja, samotność, przeprowadzka w nieznanne otoczenie, utrata znaczącej roli w rodzinie i społeczeństwie, strata bliskich osób – to czynniki przyczyniające się do wzrostu wskaźnika samobójstw wśród ludzi starych [63]. Samobójstwa wśród osób starszych stanowią narastający problem. Choroby fizyczne, psychiczne, utrata sprawności, izolacja oraz czynniki rodzinne, finansowe i społeczne zwiększają to ryzyko [156].

Zdarza się, że negatywne psychiczne i społeczne konsekwencje choroby są trudniejsze do usunięcia niż przywrócenie sprawności danego narządu [45].

Objawy depresyjne w populacji osób starszych w Polsce występują u prawie co czwartego seniora, wiążą się z istotnym upośledzeniem funkcjonowania społecznego oraz gorszym stanem zdrowia psychicznego i fizycznego. Obciążenia somatyczne, takie jak: cukrzyca, ból przewlekły, przebyty udar, deficyt funkcji poznawczych, jak również niski poziom sprawności funkcjonalnej, wiążą się z częstszym występowaniem zaburzeń depresyjnych. Występowaniu tych objawów sprzyjają: płeć żeńska, zła sytuacja materialna, niski status wykształcenia, zamieszkiwanie na wsi, zapotrzebowanie na pomoc osób drugih i poczucie osamotnienia [77].

Podkreśla się, że czas przejścia na emeryturę wiąże się z dużym stresem. Sposób, w jaki ludzie adaptują się do tej nowej sytuacji, ma istotny wpływ na ich funkcjonowanie emocjonalne. Przystosowanie się do śmierci współmałżonka to także ogromny problem i nieuniknione zadanie stojące przed człowiekiem w okresie starości. To wszystko może spowodować załamanie równowagi emocjonalnej. Przeżywanie okresu żałoby i konieczności kształtowania dalszego życia, często w samotności, stanowi duże wyzwanie emocjonalne, szczególnie dla osób starszych. Dlatego tak ważne jest podtrzymywanie

relacji społecznych w tej grupie wiekowej w tym okresie, aby zapobiec izolacji i samotności seniorów, które mogą pogłębiać zaburzenia emocjonalne [131].

Spowolnienie procesów myślowych i upośledzenie pamięci mogą się nasilić w przypadku utraty osoby bliskiej, zaprzestania aktywności zawodowej czy pogorszenia statusu ekonomicznego [72]. Brak przystosowania w procesie starzenia się uruchamia postawę lęku oraz rezygnacji emocjonalnej i społecznej. Obawy związane z przyszłością są istotnym elementem ludzkiej egzystencji. Lęk przed nieznaną przyszłością może dominować, zwłaszcza gdy codzienne funkcjonowanie będzie ulegało postępującemu ograniczeniu [159].

Zatem dużym problemem są niewłaściwe postawy wobec własnej starości. Postawę „zależności” wykazują jednostki bierne i zależne od otoczenia, o ubogich aspiracjach życiowych. Są to osoby, które bez rodziny nie są w stanie zachować harmonii wewnętrznej oraz poczucia bezpieczeństwa, są zazwyczaj zrównoważone, nie wykazują wrogości ani lęków. Postawa „obronna” charakteryzuje osoby, które nie dopuszczają do siebie uczucia lęku przed starością, niepełnosprawnością czy śmiercią. Są to ludzie przesadnie opanowani, sztywni w swych nawykach i przyzwyczajeniach, zaabsorbowani własną samowystarczalnością. Mają trudności z dzieleniem się swoimi problemami osobistymi, gdyż pochłania ich bardziej życie zewnętrzne. Odczuwają lęk przed śmiercią i niepełnosprawnością, który maskują nadaktywnością w czynnościach zewnętrznych. Postawa „wrogości do otoczenia” cechuje osoby agresywne, wybuchowe i podejrzliwe. Mają one tendencję do przerzucania własnych pretensji na inne osoby lub instytucje. Charakteryzują się brakiem realizmu oraz postrzegają okres starości jako negatywny i przynoszący same straty. Nie potrafią pogodzić się z płynącym czasem i pałają zazdrością do ludzi młodych. Buntują się przeciwko starości i odczuwają lęk przed śmiercią. Postawa „wrogości do siebie” cechuje ludzi starych o wyraźnie ujemnym bilansie życiowym. Unikają oni wspomnień o przeszłości pełnej niepowodzeń i trudności. Najczęściej są to osoby mało aktywne i niezaradne, które biernie przyjmują wszelkie trudności, nie próbując walczyć o własne szczęście. Tacy ludzie często przeżywają depresję, która jest reakcją na niemożność zaspokojenia potrzeby miłości. Wrogość przejawia się w pretensjach i żalu do samego siebie. Śmierć natomiast traktują jako wyzwolenie od nieszczęśliwej egzystencji [63].

Badania dowodzą, że u pacjenta w podeszłym wieku, ostre i przewlekłe zaburzenia poznawcze należą do najpoważniejszych powikłań, jakie mogą wystąpić po operacji i często oznaczają koniec samodzielnego życia [77, 160, 161].

Liczba osób chorych na otępienie na świecie przekracza obecnie 57 mln, z częstością nowych zachorowań sięgającą niemal 10 mln przypadków rocznie. Demencja jest obecnie siódmą najczęstszą przyczyną zgonów i jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności i niesamodzielności wśród osób starszych na świecie [162].

Wyniki przeprowadzonego badania *Polsenior2* wskazują na znaczne rozpowszechnienie zaburzeń poznawczych w populacji geriatrycznej i dowodzą, że opieka nad chorym z otępieniem musi stać się priorytetowym zadaniem dla systemu ochrony zdrowia i dla polskiej opieki społecznej. Średnio co szósta osoba w wieku 60 i więcej lat w Polsce prezentuje deficyt poznawczy w stopniu nasuwającym podejrzenie otępienia [77].

Ponadto negatywne społeczne nastawienie do starości skutkuje pojawieniem się u ludzi starych postaw lękowych, prób wycofania lub ucieczki przed społecznym odrzuceniem [163].

U osób w wieku podeszłym zaobserwować można również pewne zmiany osobowości. Odnosi się to do takich cech jak: motywacja osiągnięć, pewność siebie czy też poziom podejmowanej aktywności. Zauważa się zachowawcze i obronne nastawienie wobec otoczenia, unikanie innowacji i zmian. Charakterystyczny jest również wysoki poziom lęku przed osamotnieniem. Wraz z upływem czasu maleje u większości osób starszych zakres ich zainteresowań. Spowolnieniu ulega możliwość przystosowania do nowych zaistniałych sytuacji. Jednocześnie seniorzy mają nasiloną potrzebę bycia akceptowanym, przy małym potencjale sprostania wygórowanym w ich oczach wymogom otoczenia. Obserwowana jest tendencja do uporczywości przy starych przyzwyczajeniach. Uwypukleniu ulegają często negatywne cechy charakteru, takie jak: skąpstwo, gadulstwo czy zazdrość. Typowe dla tej populacji staje się obniżenie intensywności przeżyć pod postacią zubożenia uczuciowego [164].

Niezwykle istotnym aspektem jest także pielęgnowanie i realizowanie potrzeb duchowych, które wraz z wiekiem stają się wartością cenioną najwyżej. Wyrazem troski o te potrzeby jest czynny udział w życiu danej grupy religijnej. Życie religijne może posiadać w pewnym stopniu charakter terapeutyczny, ponieważ niektóre osoby mogą czuć się przez to potrzebne oraz odnajdować w religii radość i ukojenie [63].

Psycholodzy kliniczni podkreślają, że wraz z wiekiem obniża się zdolność do przetwarzania nowych informacji. Pojawiają się problemy z koncentracją, podzielnością uwagi, uczeniem się nowych rzeczy, zapamiętywaniem. Czas potrzebny na wykonanie zadań poznawczych ulega wydłużeniu. Osoby starsze mają trudności w koordynacji

wzrokowo-ruchowej, a także pojawiają się trudności z pamięcią operacyjną, która ma wielki wpływ na funkcjonowanie w codzienności. Obniżone funkcje poznawcze i kłopoty z pamięcią rodzą lęk. W tym okresie życia pojawiają się zasadnicze trudności związane z deficytem rozumienia mowy, gubieniem wątków rozmowy, poczuciem, że otoczenie mówi zbyt szybko i niewyraźnie. Część problemów związanych z kondycją psychiczną w okresie senioralnym wynika nie tylko z depresji, ale również z procesów otępiennych. Należą do nich głównie trudności w zakresie uczenia się, deficyty pamięci bezpośredniej i operacyjnej w zakresie uwagi, zwłaszcza jej podzielności i wybiórczości [159].

Urazy psychiczne u ludzi w starszym wieku mogą być spowodowane także upadkami. U około 1/4 osób upadek wyzwała lęk przed kolejnym upadkiem, co skutkuje zaniechaniem dotychczasowych aktywności, a w konsekwencji ograniczeniem codziennego funkcjonowania oraz ujawnieniem się zespołu poupadkowego, obejmującego unieruchomienie, utratę niezależności, autonomii, depresję czy wykluczenie społeczne. Dalszymi konsekwencjami upadków i wywołanych nimi urazów jest zwiększona chorobowość, częstsze korzystanie z różnych form opieki zdrowotnej, ryzyko instytucjonalizacji, obniżenie jakości życia a przede wszystkim wzrost ryzyka zgonu [165].

4. Założenia metodologiczne

4.1. Cel pracy i problemy badawcze

Celem pracy była ocena jakości życia mieszkańców DPS w zależności od poziomu akceptacji choroby, rezyliencji oraz zmiennych socjodemograficznych i klinicznych oraz lepsze zrozumienie czynników wpływających na codzienne funkcjonowanie i samopoczucie pensjonariuszy DPS.

Cele szczegółowe:

- 1) określenie poziomu akceptacji choroby, rezyliencji i jakości życia mieszkańców DPS;
- 2) ocena wpływu czynników socjodemograficznych i klinicznych (wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, czas pobytu, wskaźnik masy ciała - BMI, liczba chorób, rodzaj choroby, ból, kontakty z rodziną) na akceptację choroby, rezyliencję i jakość życia;
- 3) analiza współzależności między akceptacją choroby, rezyliencją i jakością życia;
- 4) identyfikacja potrzeb psychospołecznych mieszkańców DPS.

Problemy badawcze:

- 1) Jaki jest poziom akceptacji choroby, rezyliencji i jakości życia mieszkańców DPS?
- 2) Jakie czynniki socjodemograficzne i kliniczne wpływają na poziom akceptacji choroby, rezyliencji i jakości życia mieszkańców DPS?
- 3) Czy istnieje współzależność między akceptacją choroby, rezyliencją a jakością życia?
- 4) Jakie są najważniejsze potrzeby psychospołeczne mieszkańców DPS?

4.2. Hipotezy badawcze

Hipoteza badawcza nr 1. Wyższy poziom akceptacji choroby (wynik AIS) jest istotnie dodatnio związany z jakością życia mieszkańców DPS we wszystkich domenach WHOQOL-BREF (somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej) oraz z ogólną oceną jakości życia i zadowolenia z życia.

Hipoteza badawcza nr 2. Wyższy poziom rezyliencji (wynik RS-14) jest istotnie dodatnio związany z jakością życia we wszystkich domenach WHOQOL-BREF oraz z ogólną oceną jakości życia i zadowolenia z życia

Hipoteza badawcza nr 3. Po uwzględnieniu wieku, płci oraz wybranych czynników klinicznych (liczba chorób przewlekłych, ból przewlekły, liczba hospitalizacji, liczba upadków) zarówno wyższy poziom rezyliencji (RS-14), jak i wyższy poziom akceptacji choroby (AIS) pozostają istotnymi dodatnimi predyktorami jakości życia w domenie psychologicznej i somatycznej WHOQOL-BREF.

Hipoteza badawcza nr 4. Gorszy stan somatyczny – wyrażony większą liczbą chorób przewlekłych, obecnością i większym natężeniem bólu przewlekłego, częstszymi hospitalizacjami oraz większą częstością upadków – jest istotnie związany z niższą jakością życia, szczególnie w domenie somatycznej WHOQOL-BREF.

Hipoteza badawcza nr 5. Częstszy kontakt z rodziną oraz lepsza subiektywna ocena roli rodziny w życiu są istotnie związane z: (a) wyższą jakością życia w domenie socjalnej i psychologicznej WHOQOL-BREF oraz (b) rzadszym odczuwaniem samotności.

Hipoteza badawcza nr 6. Mieszkańcy, którzy w większym stopniu uczestniczyli w decyzji o zamieszkaniu w DPS (podjęli ją samodzielnie lub wspólnie z rodziną) oraz częściej biorą udział w zajęciach terapeutycznych i imprezach organizowanych przez DPS, charakteryzują się wyższym poziomem rezyliencji (RS-14) oraz lepszą jakością życia, zwłaszcza w domenie psychologicznej i socjalnej WHOQOL-BREF.

4.3. Materiał i metody

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z użyciem techniki ankietowania. Badanie miało charakter nieinwazyjny i przekrojowy, przeprowadzone było w oparciu o standaryzowane narzędzia badawcze oraz autorski kwestionariusz ankiety. Materiał badawczy był zbierany w okresie od sierpnia do października 2025 roku w sześciu placówkach całodobowej opieki instytucjonalnej na terenie województwa mazowieckiego, po uzyskaniu zgody ich dyrektorów (zał. 1):

- 1) Dom Pomocy Społecznej „Dom nad stawami” w Siedlcach (typ domu: dla osób w podeszłym wieku oraz dla osób przewlekłe somatycznie chorych) – zbadano 46 z 100. mieszkańców (46%).

- 2) Dom Pomocy Społecznej „Wrzos” w Otwocku (typ domu: dla osób w podeszłym wieku) – zbadano 12 z 37. mieszkańców (32,43%).
- 3) Dom Pomocy Społecznej św. Józefa w Mieni (typ domu: dla osób przewlekłe somatycznie chorych) zbadano 21 z 58. mieszkańców (36,21%).
- 4) Dom Pomocy Społecznej „Chemik” w Warszawie (typ domu: dla osób w podeszłym wieku) – zbadano 29 z 98. mieszkańców (29,59%).
- 5) Dom Pomocy Społecznej „Syrena” w Warszawie (typ domu: dla osób w podeszłym wieku) – zbadano 29 z 145. mieszkańców (20%).
- 6) Samorządowy Dom Pomocy Społecznej w Starych Lipkach (typ domu: dla osób w podeszłym wieku) – zbadano 13 z 24. mieszkańców (54,17%).

Badaniem objęto 150 mieszkańców ww.domów pomocy społecznej, w tym 84 kobiety i 66 mężczyzn. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym nr AKBE/256/2025 z dnia 08 września 2025 r. (zał. 2)

Wyznaczono następujące kryteria włączenia do grupy badanej:

- dorośli mieszkańcy DPS,
- logiczny kontakt werbalny, brak istotnych zaburzeń poznawczych (ocena wg personelu/psychologa DPS wg Krótkiej Skali Oceny Stanu Umysłowego - MMSE od 24 punktów wzwyż),
- stan zdrowia pozwalający na udział w badaniu,
- świadoma zgoda na udział w badaniu.

Kryteria wyłączenia obejmowały:

- brak zgody pensjonariusza DPS,
- istotne zaburzenia pamięci lub niewspółpracujący stan psychiczny (wg testu MMSE 23 i poniżej punktów),
- brak możliwości komunikacji werbalnej.

Wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

- 1) World Health Organization Quality of Life – Short Form-(WHOQOL-BREF)– standaryzowany kwestionariusz ankiety oceniający jakość życia (zał. 3);
- 2) Skalę Akceptacji Choroby (AIS) – standaryzowany kwestionariusz ankiety (zał. 4);
- 2) Skalę Rezyliencji RS-14– standaryzowany kwestionariusz ankiety (zał. 5);
- 4) Autorski kwestionariusz ankiety (zawierający dane socjodemograficzne takie jak: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, liczba posiadanych dzieci,

długość pobytu w placówce, oraz 22 pytania dotyczące występujących chorób i problemów zdrowotnych, liczby hospitalizacji, roli rodziny i religii w życiu pensjonariusza DPS, udziału w zajęciach terapeutycznych, potrzeb psychospołecznych (zał. 6).

Kwestionariusz **World Health Organization Quality of LifeTest-Bref** jest stosunkowo nowym narzędziem służącym do badania jakości życia. Powstał on na podstawie kwestionariusza WHOQOL-100, opracowanego na początku lat 90. minionego wieku na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia jako uniwersalne narzędzie badawcze do oceny jakości życia [166]. Jest to kwestionariusz służący ocenie psychometrycznej jakości życia. W pięciostopniowej skali analizuje on stan emocjonalny (radość z życia, możliwość realizacji zainteresowań, relacje z najbliższym otoczeniem, doświadczanie negatywnych odczuć takich jak: lęk, rozpacz, przygnębienie, depresja) oraz stan fizyczny respondenta (zaburzenia snu, wydolność w życiu codziennym, poziom energii umożliwiającej funkcjonowanie w społeczeństwie) [167, 168, 169]. Kwestionariusz WHOQOL-BREF służy do subiektywnej oceny jakości życia osób zdrowych i chorych, zarówno w celach poznawczych, jak i klinicznych. Zawiera on 26 pytań analizujących cztery obszary życia: fizyczny, psychologiczny, społeczny i środowiskowy. Kwestionariusz zawiera też dwa pytania analizowane oddzielnie: pytanie 1 dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji jakości życia i pytanie 2 dotyczące indywidualnej percepcji własnego zdrowia. Punktacja pytań zawiera się w przedziale od 1 do 5 i ma kierunek pozytywny – im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia [170]. Punktację dla dziedzin ustala się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin. Wyliczone średnie należy pomnożyć przez 4, tak, aby uzyskać postać wyników porównywalnych z WHOQOL-100 [171]. Surowe wyniki dla każdej domeny oblicza się zgodnie z kluczem; następnie wyniki przekształca tak, aby można je było przedstawić w skali od 0 do 100. Im wyższy wynik, tym wyższa jakość życia respondenta w danym obszarze. Polską wersję tego kwestionariusza przygotowali K. Jaracz i L. Wołowicka z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, w ścisłej współpracy z M. Kalfossem z Uniwersytetu w Oslo. Trafność i rzetelność tego kwestionariusza (ze współczynnikiem alfa Cronbacha > 0,7) są zadowalające [169]. Narzędzie badawcze pobrano ze strony <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing->

policies/whoqol-bref/polish_whoqol-bref71589543-d0e3-40cd-8e0a-cd171454a339
(dostęp: 13.07.2025 r.) [172, 173].

Skala Akceptacji Choroby została opracowana przez Felton i wsp. z Center for Community Research and Action, Departament of Psychology, New York University, a do warunków polskich zaadaptowana przez Juczyńskiego [174]. Skala służy do badania osób chorych i może być zastosowana w odniesieniu do każdej choroby. Poziom akceptacji choroby przewlekłej jest wskaźnikiem funkcjonowania i predyktorem jakości życia. Im wyższy poziom akceptacji choroby, tym mniejszy dyskomfort psychiczny i mniej nasilone negatywne emocje. Udowodniono, że poziom akceptacji choroby jest istotnie związany z wieloma czynnikami klinicznymi i socjodemograficznymi. Uzasadnia to słuszność jego oceny, która wydaje się być istotnym elementem holistycznej opieki medycznej i pozamedycznej [175]. Skala AIS zawiera osiem stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Sprowadzają się one do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Akceptacja choroby przejawia się w mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą. Im większa akceptacja, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Badany określa swój aktualny stan w 5-stopniowej skali od 1 – zdecydowanie zgadzam się, do 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Uzyskanie najmniejszej liczby punktów (1) oznacza złe przystosowanie do choroby, natomiast zdecydowany brak zgody (5) – akceptację choroby. Suma punktów od 8 do 40 jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby. Im wyższy wynik tym większy poziom akceptacji choroby [176-180].

Jeśli chodzi o rzetelność pomiaru to wskaźnik zgodności wewnętrznej α Cronbacha wynosi 0,85; i wskazuje na zadowalającą stałość wyniku (0,64). Sprawdzano trafność AIS porównując wyniki skali z dokonywaną przez lekarzy oceną efektów leczenia u pacjentów onkologicznych; uzyskano istotną korelację (0,42; $p < 0,01$). Wyniki skali AIS korelowano także z wynikami innych narzędzi pośrednio informujących o akceptacji choroby przez różne grupy chorych. Wiarygodność polskiej wersji skali jest zadowalająca, współczynnik α Cronbacha wynosi 0,85 [181]. Kwestionariusz ankiety pozyskano z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego <https://www.practest.com.pl/sklep/test/AIS> (dostęp: 19.07.2025 r.) [182].

Skala rezyliencji RS-14 została skonstruowana do pomiaru indywidualnego poziomu prężności psychicznej rozumianej jako relatywnie stabilny zasób człowieka.

W tym ujęciu prężność jest pozytywną cechą osobowości, która może być aktywowana jako kompetencja osobista w procesie adaptacji w różnych sytuacjach życiowych. Prężność psychiczna jest kluczowym czynnikiem ochrony i promocji zdrowia psychicznego. Skala RS-14 składa się z 14 twierdzeń odnoszących się do kategorii: znaczenie i cel życia (zdania 2, 9, 13), wytrwałość (zdania 6, 8), spokój umysłu (zdania 3, 10), samodzielność (zdania 1, 5, 7, 12, 14), egzystencjalna samotność (zdania 4, 11). Respondenci odnoszą się do nich za pomocą 7-punktowej skali szacunkowej, punktowanej od 1 – zdecydowanie nie zgadzam się/twierdzenie jest całkowicie nietrafne aż do 7 – zdecydowanie zgadzam się/stwierdzenie jest całkowicie trafne. Po zsumowaniu punktów mogli uzyskać od 14 do 98 punktów [183, 184, 185]. Skala RS-14 jest rzetelnym narzędziem do pomiaru prężności (α Cronbacha = 0,90). Ogólna faktorowalność RS-14 wykazuje solidną jednoczynnikową miarę odporności, która została powtórzona i potwierdzona w różnych badaniach oraz w adaptacjach tej wersji dla różnych krajów [186]. Autorzy skali na podstawie kilku przeprowadzonych badań podali jej spójność wewnętrzną na poziomie alfa Cronbacha – od 0,76 do 0,91. Skala umożliwia ocenę stopnia, w jakim rezyliencja jednostki wzmacnia jej indywidualną adaptację [187]. RS-14 wykazuje właściwości psychometryczne wystarczające do stosowania w populacjach osób starszych [188]. Wyniki analizy trafności jednoczesnej wykazały dodatnią korelację z niektórymi zmiennymi, w tym jakością życia. Stwierdzono, że RS-14 sprawdza się dobrze w próbie klinicznej i nieklinicznej. Ze względu na szerokie zastosowanie w populacji, uzyskano efektywność czasową i dobre wyniki w zakresie trafności równoległej [189]. Test pobrano ze strony internetowej https://www.researchgate.net/publication/332440460_Resilience_Scale_14_RS-14_polska_adaptacja_J_Surzykiewicz_K_Konaszewski_i_G_Wagnild (dostęp: 14.07.2025 r.) [186, 190].

Udział pensjonariuszy w badaniu był anonimowy i dobrowolny. Każdy z badanych został poinformowany o celu, przebiegu badań, poufności zgromadzonych danych, jak również o możliwości nieudzielenia zgody na udział w badaniach lub rezygnacji z udziału w trakcie trwania badań. Wymienione wyżej kwestionariusze zostały udostępnione pensjonariuszom w formie papierowej bezpośrednio przez autorkę badań. Badani zostali poinstruowani o sposobie wypełnienia kwestionariuszy. W przypadku problemów technicznych z wypełnieniem kwestionariuszy lub na prośbę pensjonariusza autorka badań pomagała przy ich wypełnianiu. Odbieranie wypełnionych kwestionariuszy odbywało się

z udziałem autorki. Zebrane dane były przetwarzane wyłącznie w celach naukowych, zgodnie z zasadami ochrony danych osobowych (RODO).

Analizy statystyczne i obliczenia wykonano w programie IBM SPSS Statistics 29.0. W pierwszym kroku obliczono podstawowe miary statystyki opisowej dla wymiarów jakości życia a także rezyliencji i poziomu akceptacji choroby. Zgodność rozkładu wyników z rozkładem normalnym oszacowano za pomocą testu Shapiro-Wilka, parametrów rozkładu (skośności i kurtozy), a także za pomocą oceny wizualnej histogramów. W celu ustalenia relacji pomiędzy akceptacją choroby i rezyliencją a jakością życia, przeprowadzono analizy korelacji z wykorzystaniem współczynnika *rho*Spearmana. Chcąc ustalić czy relacje pomiędzy akceptacją choroby i rezyliencją a jakością życia pozostają istotne po uwzględnieniu dodatkowych zmiennych, przeprowadzono hierarchiczną analizę regresji wieloczynnikowej. Z analiz wykluczono obserwacje odstające (na podstawie wartości reszt standaryzowanych (*z-score*) > 3). W celu oceny poprawności specyfikacji oraz liniowości modelu wykorzystano trzy testy: Harvey’ego–Colliera, Rainbow oraz Ramsey’ego RESET, których hipotezy zerowe zakładają poprawność wyników i adekwatność modelu. Analizie poddano także wykres rozrzutu wartości przewidywanych i reszt standaryzowanych w celu określenia homoscedastyczności. Normalność rozkładu reszt oszacowano na podstawie oceny wizualnej histogramu reszt oraz wykresu Q-Q. Autokorelację reszt określono przy pomocy testu Durбина-Watsona przyjmując, że wartości bliskie 2 będą wskazywać na brak autokorelacji reszt. Współliniowość predyktorów określono przy pomocy współczynnika VIF – jako próg kryterialny przyjęto wartość $VIF < 3$.

Relacje między oceną stanu somatycznego a jakością życia określono przy pomocy korelacji Spearmana dla zmiennych porządkowych oraz korelacji *Eta* dla zmiennych nominalnych. Relacje między częstością kontaktu z rodziną i oceną roli rodziny w życiu mieszkańców DPS a oceną jakości życia i odczuwaną samotnością przetestowano za pomocą współczynnika korelacji *rho*Spearmana. Za pomocą korelacji Spearmana sprawdzano także relacje pomiędzy częstością uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych i imprezach organizowanych przez DPS a jakością życia i poziomem rezyliencji. Za pomocą testu *H* Kruskala Wallisa czy stopień uczestnictwa w decyzji o zamieszkaniu w DPS różnicował poziom jakości życia i rezyliencji. Jako test post-hoc wykorzystano test Dunn z korektą poziomu istotności Bonferroniego. Jako poziom istotności w całej pracy przyjęto $\alpha = 0,05$.

5. Wyniki

5.1. Charakterystyka próby

W badaniu wzięło udział 150 mieszkańców DPS, z czego 56% stanowiły kobiety. Badani byli w wieku od 42 do 99 lat ($M = 75,22$; $SD = 12,27$). Respondenci różnili się poziomem wykształcenia – najliczniej reprezentowane były osoby z wykształceniem średnim, natomiast najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym. Średni wynik BMI wynosił $26,7 \pm 5,1$.

Pod względem stanu cywilnego badana populacja była silnie zróżnicowana. Istotną część badanej próby stanowili respondenci stanu wolnego, a także osoby owdowiałe oraz po rozwodzie. Osoby pozostające aktualnie w związku małżeńskim lub separacji występowały zdecydowanie rzadziej i stanowiły 8% badanej próby. Większość respondentów nie posiadała dzieci, a w grupie osób, które miały potomstwo dominowały osoby mające jedno lub dwoje dzieci (32,6%), natomiast rodziny wielodzietne były reprezentowane w mniejszym stopniu.

Analizując długość pobytu w domu pomocy społecznej, można zauważyć, że były to przede wszystkim osoby przebywające w DPS od wielu lat, rzadziej osoby o krótkim stażu pobytu. Stan zdrowia badanych wskazywał na znaczące obciążenie chorobami przewlekłymi. Dominowały osoby z wielochorobowością, podczas gdy brak chorób przewlekłych należał do wyjątków. Decyzja o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej była najczęściej podejmowana przy udziale instytucji społecznych (46,7%), takich jak ośrodki pomocy społecznej, sąd lub inne podmioty systemu wsparcia. Rzadziej była to decyzja samodzielna lub wspólna z rodziną (18%). W części przypadków pobyt w DPS był konsekwencją zaleceń zdrowotnych. Szczegółowe wyniki autorskiej ankiety zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka próby (N = 150)

Zmienna	N	%
Płeć		
Kobiety	84	56,0%
Mężczyźni	66	44,0%
Wykształcenie		
Podstawowe	36	24,0%
Zasadnicze zawodowe	41	27,3%
Średnie	57	38,0%
Wyższe	16	10,7%
Stan cywilny		
Panna/ kawaler	51	34,0%
Pozostający w związku małżeńskim	9	6,0%
Rozwiedziona/ rozwiedziony	39	26,0%
W separacji	3	2,0%
Wdowa/ wdowiec	48	32,0%
Liczba dzieci		
Brak	87	58,0%
1	26	17,3%
2	23	15,3%
3 i więcej	14	9,3%
Długość pobytu w DPS		
Do 12 miesięcy	25	16,7%
Od roku do dwóch lat	34	22,7%
Od dwóch do pięciu lat	31	20,7%
Powyżej pięciu lat	60	40,0%
Liczba chorób przewlekłych		
Brak	1	0,7%
1	16	10,7%
2	31	20,7%
3	48	32,0%
4	28	18,7%
5 i więcej	26	17,3%
Sytuacja związana z decyzją o zamieszkaniu w DPS		
Podjąłem/am tę decyzję samodzielnie	26	17,3%
Podjęto ją wspólnie z rodziną	1	0,7%
Rodzina zaproponowała/ zorganizowała pobyt	27	18,0%
Instytucje społeczne (np. MOPS, sąd) zarekomendowały ten krok	70	46,7%
Zostało to zalecone z powodów zdrowotnych (np. przez lekarz lub	27	18,0%

pielęgniarkę)		
Okulary korekcyjne		
Tak	99	66,0%
Nie	30	20,0%
Nie, ale mam zalecone	21	14,0%
Aparat słuchowy		
Tak	15	10,0%
Nie	135	90,0%
Ocena życia przed pobytem w DPS (kontakty/wsparcie)		
Zdecydowanie pozytywnie	10	6,7%
Raczej pozytywnie	76	50,7%
Ani dobrze, ani źle	17	11,3%
Raczej negatywnie	41	27,3%
Zdecydowanie negatywnie	6	4,0%
Upadki w ostatnim roku		
0	81	54,0%
1-3 razy	35	23,3%
4 i więcej	34	22,7%
Leczenie szpitalne		
0	7	4,7%
1-2 razy	57	38,0%
3 i więcej	86	57,3%
Kontakt z rodziną		
Brak kontaktu	37	24,7%
Bardzo rzadki	18	12,0%
Rzadki	60	40,0%
Częsty	30	20,0%
Bardzo często	5	3,3%
Ocena roli rodziny		
Bardzo dobrze	35	23,3%
Dobrze	71	47,3%
Źle	41	27,3%
Bardzo źle	1	0,7%
Nie mam zdania	2	1,3%
Czy religia jest ważna		
Absolutnie tak	21	14,0%
Tak	60	40,0%
Chyba tak	20	13,3%
Nie	42	28,0%

Nie wiem	7	4,7%
Poczucie bezpieczeństwa w DPS		
Zdecydowanie tak	17	11,3%
Tak	107	71,3%
Chyba tak	18	12,0%
Nie	5	3,3%
Nie wiem	3	2,0%
Udział w zajęciach terapeutycznych/imprezach		
Nie uczestniczę	36	24,0%
Bardzo rzadko	18	12,0%
Rzadko	40	26,7%
Często	47	31,3%
Bardzo często	9	6,0%
Ocena stanu zdrowia		
Zdecydowanie negatywnie	6	4,0%
Negatywnie	79	52,7%
Nie wiem	9	6,0%
Pozytywnie	56	37,3%
Ból przewlekły		
Nie	79	52,7%
Tak, łagodny	20	13,3%
Tak, umiarkowany	46	30,7%
Tak, silny	4	2,7%
Tak, bardzo silny	1	0,7%
Dominujące objawy w ostatnich tygodniach		
Brak objawów	79	52,7%
Uczucie osłabienia/brak sił	34	22,7%
Zawroty głowy	25	16,7%
Duszność	12	8,0%
Poczucie samotności		
Nie odczuwam	34	22,7%
Bardzo rzadko	13	8,7%
Rzadko	28	18,7%
Często	58	38,7%
Bardzo często	16	10,7%
Brak danych	1	0,7%
Sposób poruszania się		
Samodzielnie, bez pomocy	57	38,0%
Samodzielnie z laską/kulami/chodzikiem	50	33,3%

Głównie na wózku inwalidzkim	31	20,7%
Z pomocą innej osoby	1	0,7%
Osoba leżąca	11	7,3%
Ocena sprawności umysłowej/procesów poznawczych		
Zdecydowanie pozytywnie	3	2,0%
Pozytywnie	95	63,3%
Nie wiem	20	13,3%
Negatywnie	31	20,7%
Brak danych	1	0,7%
Najczęściej odczuwane emocje		
Smutek	65	43,3%
Obojętność	25	16,7%
Obawa i niepokój	20	13,3%
Trudno powiedzieć	20	13,3%
Żal	12	8,0%
Gniew	6	4,0%
Żal i bezradność	1	0,7%
Radość z życia	1	0,7%
Oczekiwania/braki podczas pobytu w DPS		
Niczego nie oczekuję	75	50,0%
Częstszych kontaktów z rodziną	31	20,7%
Częstszych kontaktów z personelem DPS	10	6,7%
Wsparcia wartościującego	12	8,0%
Wsparcia rzeczowego	6	4,0%
Wsparcia finansowego	5	3,3%
Wsparcia emocjonalnego	1	0,7%
Wsparcia informacyjnego	1	0,7%
Więcej form organizacji czasu wolnego	2	1,3%
Inne	7	4,7%

5.2. Statystyki opisowe

W tabeli 2 zaprezentowano podstawowe miary statystyki opisowe dla wymiarów jakości życia, a także dla poziomu akceptacji choroby i rezyliencji. Dodatkowo, w tabeli przedstawiono wyniki testu Shapiro-Wilka, który testuje zgodność rozkładu wyników z rozkładem normalnym. Jak wynika z przedstawionych danych – wszystkie zmienne przyjmują rozkład odchylony od rozkładu normalnego. Niemniej, wartości skośności dla

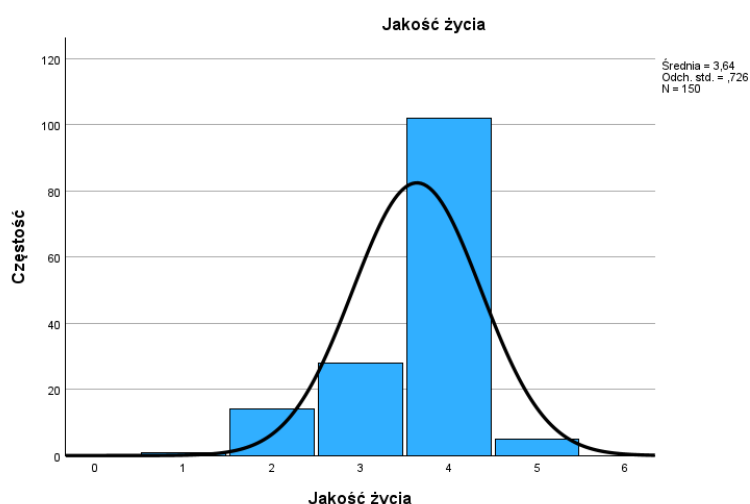
wszystkich zmiennych poza ogólną oceną jakości życia i domeną środowiskową mieszczą się w przedziale $<-1;1>$, co wskazuje na nieznaczne odchylenie od rozkładu normalnego (George, Mallery, 2019). Poza analizą parametrów rozkładu wyników, oceniono też wizualny ich rozkład na podstawie histogramów (Wykresy 1-8).

Tabela 2. Podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka

Zmienna	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Ogólna jakość życia	3,64	4,00	0,73	-1,25	1,30	1,00	5,00	0,71	<0,001
Zadowolenie ze swojego zdrowia	2,77	2,00	1,01	0,24	-1,59	1,00	4,00	0,73	<0,001
Domena Somatyczna	52,00	50,00	12,14	0,22	-0,29	25,00	78,57	0,98	0,016
Domena Psychologiczna	47,92	50,00	11,88	0,22	0,45	25,00	91,67	0,97	0,005
Domena Socjalna	37,28	33,33	13,01	0,15	0,68	16,67	91,67	0,85	<0,001
Domena Środowiskowa	71,42	75,00	5,92	-2,35	5,99	46,88	78,13	0,67	<0,001
Akceptacja choroby	20,47	18,00	9,61	0,15	-1,21	6,00	40,00	0,90	<0,001
Rezyliencja	48,67	45,00	16,01	0,74	-0,29	19,00	84,00	0,93	<0,001

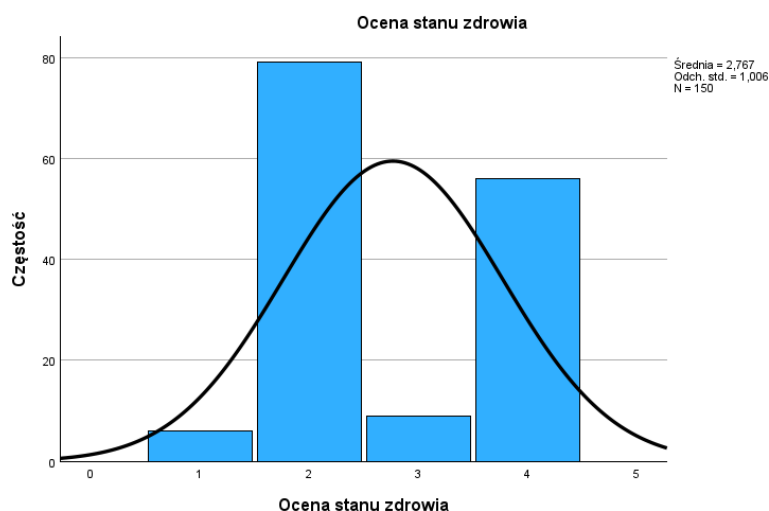
Adnotacja. *M* – średnia, *Mdn* – mediana, *SD* – odchylenie standardowe, *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min.* – wynik minimalny; *Maks* – wynik maksymalny; *W* – statystyka testu Shapiro-Wilka; *p* – prawdopodobieństwo testowe

Dla oceny jakości życia (wykres 1) widoczny jest rozkład lewoskośny z umiarkowaną dodatnią kurtozą, co potwierdza koncentrację wyników w górnym zakresie skali. Histogram wskazuje na odchylenie od rozkładu normalnego.



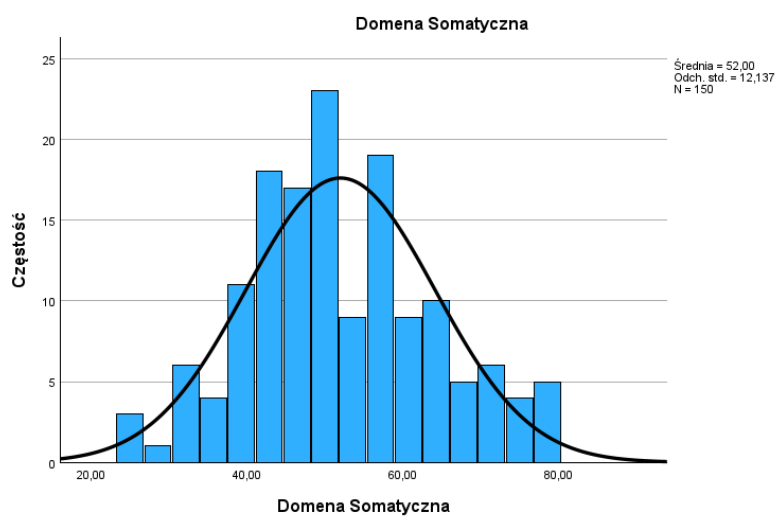
Wykres 1. Histogram oceny ogólnej jakości życia

Dla oceny zadowolenia ze swojego zdrowia uzyskano rozkład dwumodalny (wykres 2), gdzie oceniano swoje zdrowie negatywnie (ocena 2) lub pozytywnie (ocena 4).



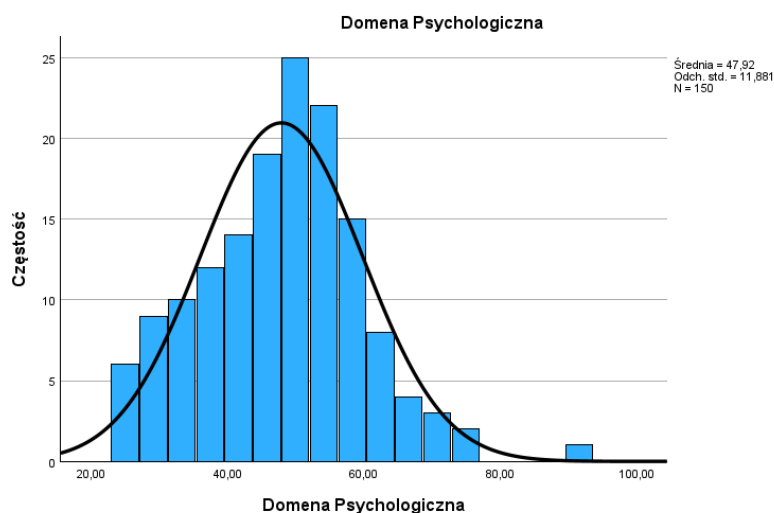
Wykres 2. Histogram oceny zadowolenia ze swojego zdrowia

W domenie somatycznej jakości życia (wykres 3) rozkład był nieznacznie prawoskośny i umiarkowanie leptokurtyczny. Histogram sugeruje względnie symetryczny rozkład w badanej próbie.



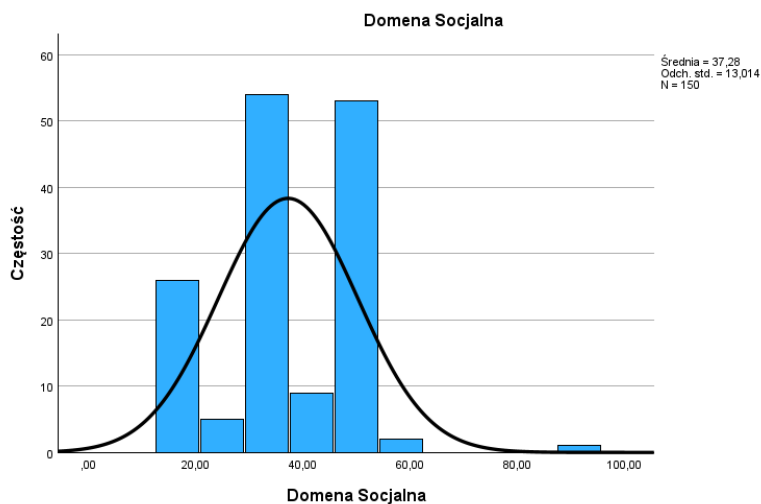
Wykres 3. Histogram oceny jakości życia w domenie somatycznej

Analogicznie w domenie psychologicznej (wykres 4) – zaobserwowano umiarkowaną prawostronną skośność oraz rozkład nieznacznie leptokurtyczny. Histogram wskazuje na koncentrację wyników wokół średniej przy obecności wartości skrajnych.



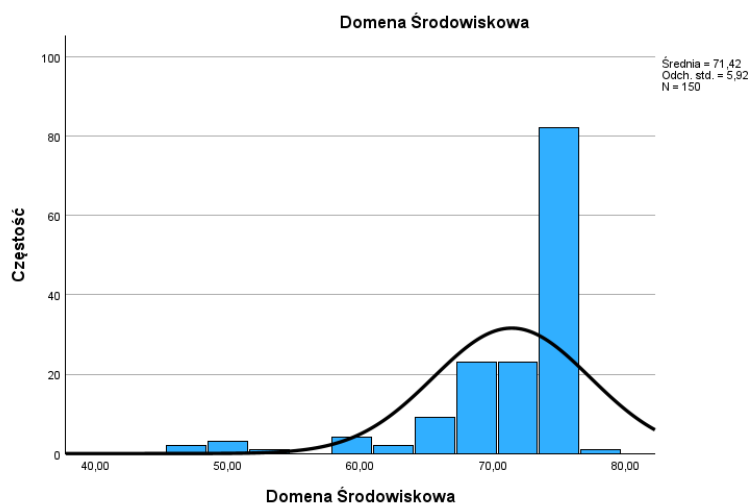
Wykres 4. Histogram oceny jakości życia w domenie psychologicznej

Rozkład wyników w domenie socjalnej jakości życia (wykres 5) cechował się dużą zmiennością ($SD = 13,01$), niewielką prawoskośnością oraz dodatnią kurtozą. Histogram ujawnił szeroki zakres wyników i pewną nieregularność rozkładu. Widoczne jest także występowanie wartości odstających.



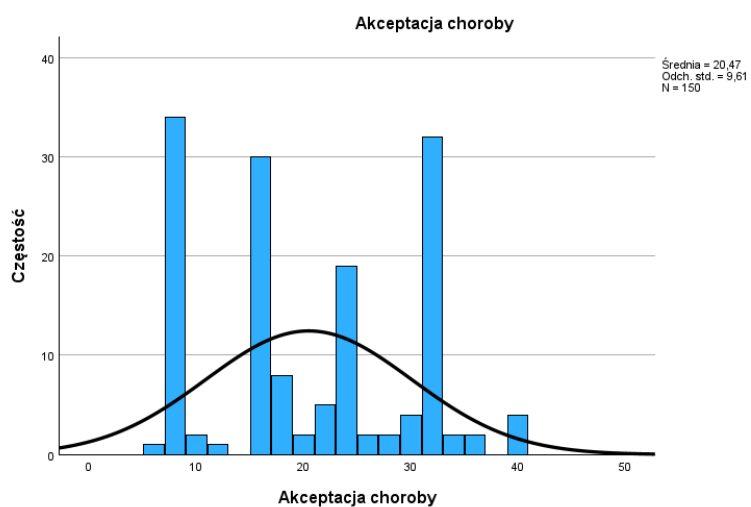
Wykres 5. Histogram oceny jakości życia w domenie socjalnej

Domena środowiskowa (wykres 6) wyróżniała się silną lewostronną asymetrią i wysoką kurtozą, wskazującą na silne skupienie wyników w górnym zakresie skali. Histogram jednoznacznie odbiega od rozkładu normalnego.



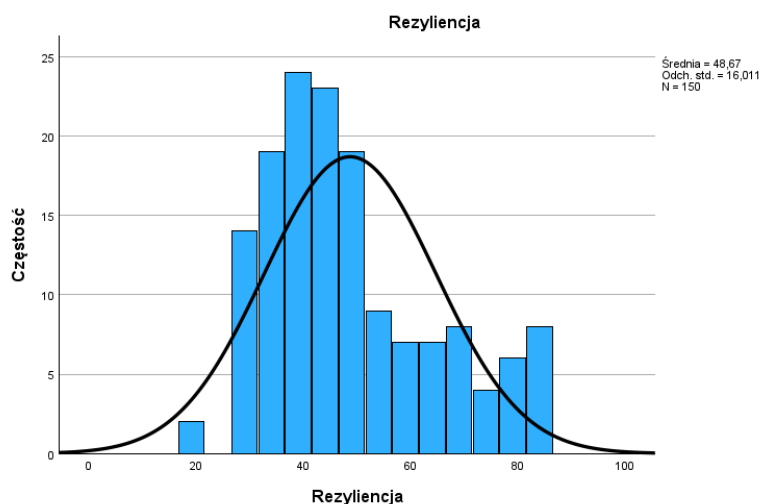
Wykres 6. Histogram oceny jakości życia w domenie środowiskowej

Poziom akceptacji choroby (wykres 7) charakteryzował się znaczną zmiennością wyników. Rozkład był bliski symetrii, jednak o obniżonej kurtozie, co wskazuje na rozkład bardziej spłaszczony niż normalny. Histogram potwierdził szerokie rozproszenie wyników i ich nieregularność.



Wykres 7. Histogram poziomu akceptacji choroby

W przypadku rezyliencji (wykres 8) uzyskano rozkład umiarkowanie prawoskośny i lekko platykurtyczny. Histogram wskazywał na asymetrię oraz przewagę wyższych wartości na skali.



Wykres 8. Histogram poziomu rezyliencji

Podsumowując, zarówno analiza statystyk opisowych, jak i wizualna ocena histogramów oraz wyniki testu Shapiro–Wilka wskazują, że rozkłady analizowanych zmiennych odbiegają od rozkładu normalnego. Odchylenia te mają zróżnicowany charakter (asymetria lewo- lub prawostronna, zmienna kurtoza), co uzasadnia stosowanie metod analizy danych odpornych na naruszenie założenia normalności rozkładu lub procedur nieparametrycznych w dalszych części opracowania.

5.3. Związek między poziomem akceptacji choroby a oceną jakości życia mieszkańców DPS

Hipoteza 1 zakładała dodatni związek poziomu akceptacji choroby z oceną jakości życia mieszkańców DPS. Analiza korelacji wykazała słaby i dodatni związek akceptacji choroby z ogólną oceną jakości życia, jakością życia w domenie socjalnej oraz umiarkowane i dodatnie związki z oceną jakości życia w domenie psychologicznej oraz oceną zadowolenia ze stanu zdrowia (tabela 3). Silną dodatnią korelację wykazano dla związku z oceną jakości życia w domenie somatycznej. Wyniki te wskazują, że przy wyższym poziomie akceptacji choroby ogólna jakość życia, a także jej ocena w aspekcie somatycznym, psychologicznym i socjalnym była wyższa.

Analiza nie potwierdziła związku między stopniem akceptacji choroby a jakością życia w domenie środowiskowej.

Tabela 3. Korelacje *rho*Spearmana między akceptacją choroby a jakością życia mieszkańców DPS

Zmienna	Akceptacja choroby	
	r_s	p
Jakość życia	0,25	0,002
Zadowolenie ze swojego zdrowia	0,42	<0,001
Domena Somatyczna	0,55	<0,001
Domena Psychologiczna	0,42	<0,001
Domena Socjalna	0,20	0,013
Domena Środowiskowa	-0,08	0,352

Adnotacja. r_s – współczynnik korelacji *rho*Spearmana; p – prawdopodobieństwo testowe

W badanej grupie stwierdzono słabą dodatnią korelację Spearmana pomiędzy akceptacją choroby (AIS) a rezyliencją (RS-14), jednak zależność nie osiągnęła istotności statystycznej ($r_s = 0,145$; $p = 0,077$).

5.4. Związek między poziomem rezyliencji a oceną jakości życia mieszkańców DPS

Hipoteza 2 zakładała dodatnią korelację między poziomem rezyliencji a jakością życia mieszkańców DPS. Wykazano dodatnie słabe korelacje z oceną jakości życia w domenie somatycznej oraz w domenie socjalnej. Silniejsze związki odnotowano dla relacji z domeną psychologiczną (korelacja silna). Wyniki te sugerują, że przy wyższym poziomie rezyliencji wyższa była również ocena jakości życia w obszarze somatycznym, socjalnym i psychologicznym.

Nie wykazano istotnych związków między rezyliencją a ogólną oceną jakości życia, zadowoleniem ze stanu zdrowia a także z jakością życia w domenie środowiskowej. Szczegółowe dane zawiera tabela 4.

Tabela 4. Korelacje *rho*Spearmana między rezyliencją a jakością życia mieszkańców DPS

	Rezyliencja	
	r_s	p
Jakość życia	0,13	0,126
Zadowolenie ze swojego zdrowia	0,13	0,107
Domena Somatyczna	0,24	0,004
Domena Psychologiczna	0,55	<0,001
Domena Socjalna	0,17	0,034
Domena Środowiskowa	0,14	0,092

Adnotacja. r_s – współczynnik korelacji *rho*Spearmana; p – prawdopodobieństwo testowe

5.5. Predyktory jakości życia mieszkańców DPS

Hipoteza 3 zakładała, że po uwzględnieniu wieku, płci oraz wybranych czynników klinicznych zarówno wyższy poziom rezyliencji, jak i wyższy poziom akceptacji choroby pozostają istotnymi dodatnimi predyktorami jakości życia w domenie psychologicznej i somatycznej. W związku z tym wykonano hierarchiczną analizę regresji liniowej, gdzie w pierwszym kroku wprowadzono jako predyktory rezyliencję oraz poziom akceptacji choroby, natomiast w drugim kroku dodatkowe zmienne kontrolne, aby przetestować czy zmienne główne (rezyliencja i poziom akceptacji choroby) pozostają w istotnym związku z oceną jakości życia.

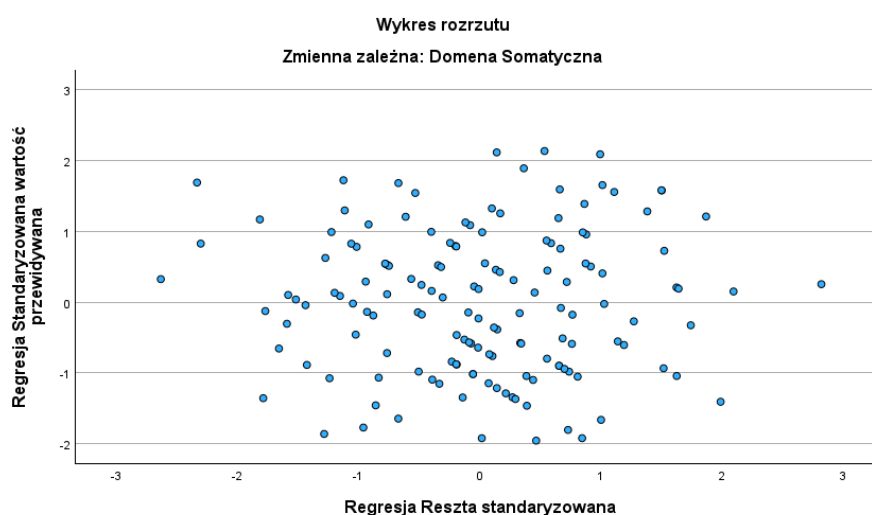
Predyktory domeny somatycznej

W pierwszej kolejności przetestowano założenia modelu regresji objaśniającego jakość życia w domenie somatycznej. Z analizy wykluczono jedną obserwację odstającą (wartość reszty standaryzowanej powyżej 3). Poprawność specyfikacji modelu regresji oceniono za pomocą testów Harvey’ego–Colliera, Rainbow oraz Ramsey’ego RESET. Żaden z zastosowanych testów nie wykazał istotnych naruszeń założenia liniowości ani błędnej postaci funkcyjnej modelu. Uzyskane wyniki wskazały, że relacje pomiędzy predyktorami a jakością życia w domenie somatycznej mają charakter liniowy, a przyjęta specyfikacja modelu jest adekwatna. Szczegółowe dane dotyczące testów zamieszczono w tabeli 5.

Tabela 5. Podsumowanie testów diagnostycznych modelu regresji wyjaśniającej poziom jakości życia w domenie somatycznej

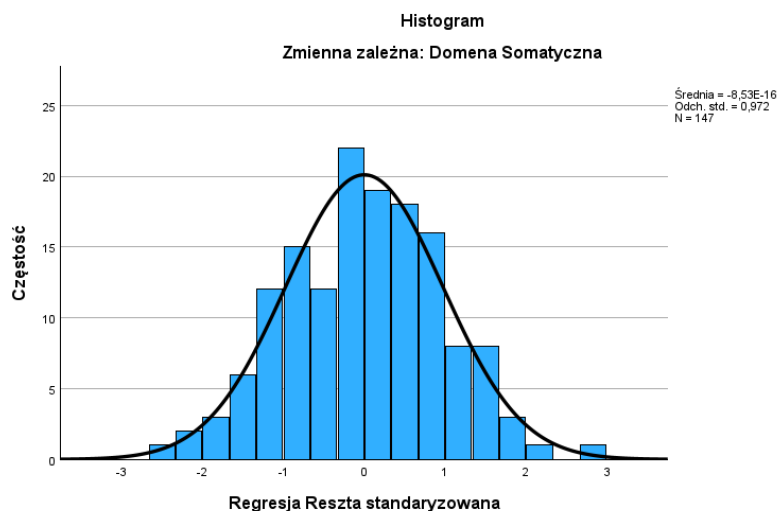
	Statystyka testowa	<i>p</i>
Test Harvey'a-Colliera	HC = 0,70	0,696
Test Rainbow	Rain = 0,76	0,878
Test Ramsey'ego RESET	RESET = 0,85	0,429

Wyniki testów potwierdzone zostały także wizualnie na podstawie wykresu rozrzutu reszt standaryzowanych z wartościami przewidywanymi (wykres 9). Analiza rozrzutu pozwala również potwierdzić stałość wariancji reszt w zakresie wartości przewidywanych (homoscedastyczność).

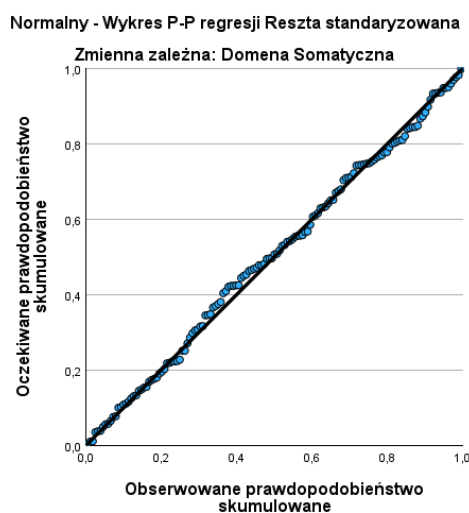


Wykres 9. Wykres rozrzutu reszt standaryzowanych z wartościami przewidywanymi

Normalność rozkładu reszt określono na podstawie oceny wizualnej histogramu reszt (wykres 10) oraz wykresu Q-Q (wykres 11). Oba wykresy potwierdzają rozkład reszt zgodny z rozkładem normalnym.



Wykres 10. Histogram rozkładu reszt standaryzowanych dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie somatycznej



Wykres 11. Wykres Q-Q dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie somatycznej

Statystyka testu Durбина-Watsona wyniosła 1,90, co potwierdza brak autokorelacji reszt. Wszystkie wartości współczynnika VIF były mniejsze niż 1,22, co wskazuje na brak współliniowości predyktorów włączonych do modelu. Wyniki te wskazują, że założenia modelu regresji zostały spełnione, co pozwala na interpretację jej współczynników.

W tabeli 6 zamieszczono współczynniki regresji dla omawianego modelu. W pierwszym kroku włączono do modelu poziom rezyliencji i akceptacji choroby. Obie zmienne wyjaśniały łącznie blisko 40% wariancji oceny jakości życia w domenie somatycznej i obie były istotnie i dodatnio związane z jakością życia. Wyższy poziom rezyliencji oraz wyższy poziom akceptacji choroby wiązały się z wyższą jakością życia

w obszarze somatycznym. W kolejnym kroku uwzględniono dodatkowe zmienne: wiek, płeć, liczbę chorób przewlekłych, liczbę upadków i hospitalizacji oraz występowanie bólu przewlekłego. Włączenie tych zmiennych do modelu zwiększyło istotnie procent wyjaśnianej wariancji o 9,6%. Zgodnie z założeniami, zarówno akceptacja choroby jak i rezyliencja pozostały w istotnym, dodatnim związku z oceną jakości życia. Spośród włączonych predyktorów do modelu jedynie obecność przewlekłego bólu oraz wiek były ujemnie związane z oceną jakości życia – występowanie bólu pogarszało jakość życia, a jakość życia zmniejszała się wraz z wiekiem badanych.

Tabela 6. Współczynniki hierarchicznej regresji liniowej dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie somatycznej

Predyktory	Krok 1			Krok 2		
	β	p	b (SE)	β	p	b (SE)
Akceptacja choroby	0,57	<0,001	0,71 (0,08)	0,50	<0,001	0,62 (0,08)
Rezyliencja	0,22	<0,001	0,17 (0,05)	0,24	<0,001	0,18 (0,05)
Wiek				-0,17	0,012	-0,17 (0,07)
Płeć				0,06	0,336	1,45 (1,50)
Liczba chorób przewlekłych				-0,12	0,070	-0,80 (0,44)
Liczba upadków				0,01	0,861	-0,16 (0,90)
Liczba hospitalizacji				-0,06	0,347	-1,24 (1,32)
Ból przewlekły				-0,23	<0,001	-5,54 (1,52)
F	47,07***			18,03***		
ΔF				5,45***		
$Adj. R^2$	0,387			0,483		
ΔR^2				0,096		

Adnotacja. β – standaryzowany współczynnik regresji; p – prawdopodobieństwo testowe; b – niestandaryzowany współczynnik regresji; SE – błąd standardowy; F – statystyka testu F ; ΔF – zmiana statystyki F po uwzględnieniu zmiennych dodatkowych; $adj. R^2$ – skorygowany współczynnik determinacji; ΔR^2 – zmiana wartości współczynnika determinacji po uwzględnieniu zmiennych dodatkowych

*** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

Predyktory domeny psychologicznej

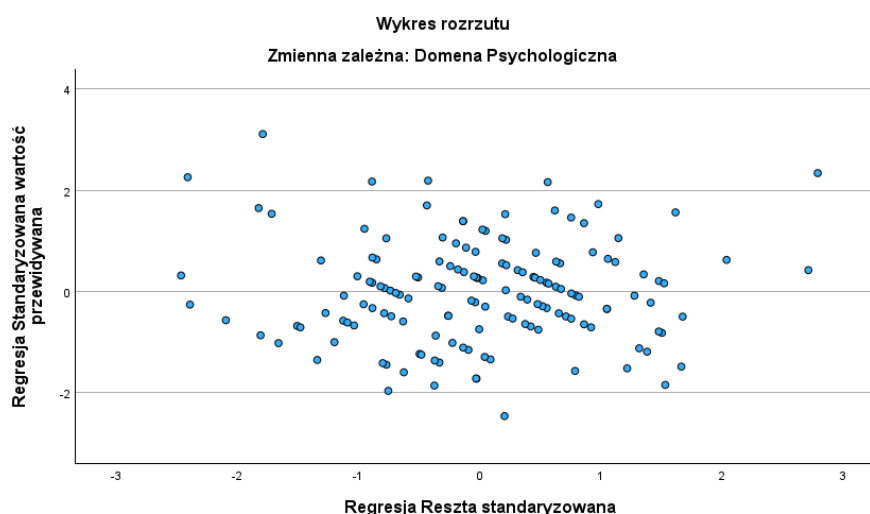
Analogiczne analizy wykonano dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie psychologicznej. Poprawność specyfikacji modelu oceniono za pomocą testów Harvey’ego–Colliera, Rainbow oraz Ramsey’ego RESET. Żaden z zastosowanych testów nie wykazał istotnych naruszeń założenia liniowości ani błędnej postaci funkcyjnej modelu – dla wszystkich statystyk wartość p była większa od przyjętego progu 0,05. Uzyskane

wyniki wskazały, że relacje pomiędzy predyktorami a jakością życia w domenie psychologicznej przyjmowały charakter liniowy, a przyjęta specyfikacja modelu jest adekwatna. Szczegółowe dane dotyczące wyników przeprowadzonych testów zamieszczono w tabeli 7.

Tabela 7. Podsumowanie testów diagnostycznych modelu regresji wyjaśniającej poziom jakości życia w domenie psychologicznej

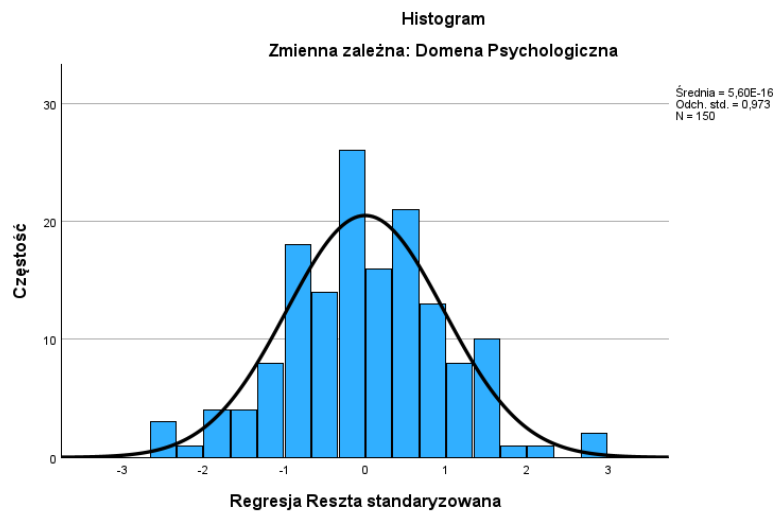
	Statystyka testowa	<i>p</i>
Test Harvey'a-Colliera	HC = 1,08	0,281
Test Rainbow	Rain = 1,17	0,263
Test Ramsey'ego RESET	RESET = 2,21	0,113

Na wykresie 12 przedstawiono rozrzut reszt standaryzowanych względem wartości przewidywanych. Na jego podstawie można potwierdzić stałość wariancji reszt w zakresie wartości przewidywanych.

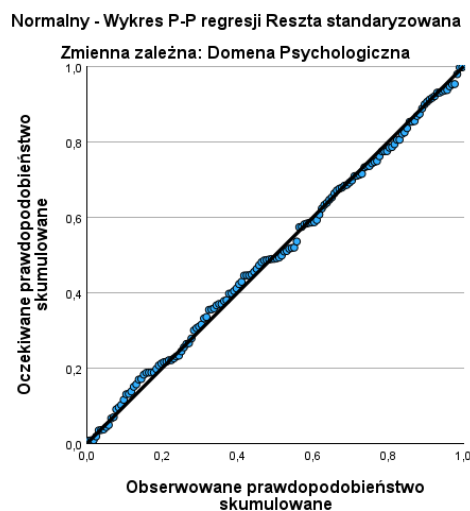


Wykres 12. Wykres rozrzutu reszt standaryzowanych z wartościami przewidywanymi

Normalność rozkładu reszt określono na podstawie oceny wizualnej histogramu reszt (wykres 13) oraz wykresu Q-Q (wykres 14). Oba wykresy potwierdzają rozkład reszt zgodny z rozkładem normalnym.



Wykres 13. Histogram reszt standaryzowanych dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie psychologicznej



Wykres 14. Wykres Q-Q dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie psychologicznej

Statystyka testu Durbina-Watsona wyniosła w analizowanym modelu 1,91, co potwierdza brak autokorelacji reszt w modelu. Wszystkie wartości współczynnika VIF były mniejsze niż 1,22, co wskazuje na brak współliniowości predyktorów włączonych do modelu.

W tabeli 8 zamieszczono współczynniki regresji dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie psychologicznej. W pierwszym kroku włączono do modelu poziom rezylencji i akceptacji choroby. Obie zmienne wyjaśniały łącznie 41,4% wariancji zmiennej objaśnianej i obie były istotnie i dodatnio związane z jakością życia. Wyższy

poziom rezyliencji oraz wyższy poziom akceptacji choroby wiązały się z wyższą jakością życia w obszarze psychologicznym. Włączenie dodatkowych zmiennych do modelu w kolejnym kroku zwiększyło istotnie procent wyjaśnianej wariancji o 5,1%. Zgodnie z założeniami, zarówno akceptacja choroby jak i rezyliencja pozostały w istotnym, dodatnim związku z oceną jakości życia w tym obszarze. Spośród włączonych predyktorów do modelu istotny związek z jakością życia zaobserwowano z wiekiem. Jakość życia w domenie psychologicznej pogarszała się wraz z wiekiem badanych.

Tabela 8. Współczynniki hierarchicznej regresji liniowej dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie psychologicznej

Predyktory	Krok 1			Krok 2		
	β	p	b (SE)	β	p	b (SE)
Akceptacja choroby	0,34	<0,001	0,42 (0,08)	0,37	<0,001	0,46 (0,08)
Rezyliencja	0,52	<0,001	0,39 (0,05)	0,57	<0,001	0,42 (0,05)
Wiek				-0,25	<0,001	-0,24 (0,06)
Płeć				0,05	0,462	1,10 (1,49)
Liczba chorób przewlekłych				0,08	0,229	0,53 (0,44)
Liczba upadków				0,01	0,935	0,07 (0,89)
Liczba hospitalizacji				-0,04	0,592	-0,71 (1,32)
Ból przewlekły				0,10	0,105	2,45 (1,51)
F	53,71***			17,20***		
ΔF				4,30**		
$Adj. R^2$	0,414			0,465		
ΔR^2				0,051		

Adnotacja. β – standaryzowany współczynnik regresji; p – prawdopodobieństwo testowe; b – niestandaryzowany współczynnik regresji; SE – błąd standardowy; F – statystyka testu F ; ΔF – zmiana statystyki F po uwzględnieniu zmiennych dodatkowych; $adj. R^2$ – skorygowany współczynnik determinacji; ΔR^2 – zmiana wartości współczynnika determinacji po uwzględnieniu zmiennych dodatkowych

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5.6. Stan somatyczny a ocena jakości życia mieszkańców DPS

Hipoteza 4 zakładała związek pomiędzy oceną stanu somatycznego a oceną jakości życia. Po uwagę wzięto liczbę chorób przewlekłych, obecność i natężenie bólu przewlekłego, liczbę hospitalizacji oraz częstość upadków. Do analiz wykorzystano korelację ρ Spearmana w przypadku zmiennych porządkowych oraz korelację Eta dla występowania bólu przewlekłego. Wyniki analiz zaprezentowano w tabeli 9.

Analiza wykazała ujemne i słabe korelacje pomiędzy zadowoleniem ze stanu zdrowia a liczbą chorób przewlekłych, liczbą upadków oraz oceną natężenia bólu. Wyniki te wskazują, że im lepiej oceniano zadowolenie ze stanu swojego zdrowia, tym na mniejszą liczbę chorób przewlekłych chorowali badani, doświadczyli mniejszej liczby upadków, a natężenie bólu odczuwali jako mniejsze.

W przypadku domeny somatycznej WHOQOL-BREF odnotowano istotne ujemne zależności z klinicznymi wskaźnikami stanu somatycznego: liczbą chorób przewlekłych ($r_s = -0,40$; $p < 0,001$), liczbą hospitalizacji ($r_s = -0,25$; $p = 0,002$), występowaniem bólu przewlekłego ($p < 0,001$) oraz natężeniem bólu ($r_s = -0,42$; $p < 0,001$). Oznacza to, że niższa jakość życia w obszarze somatycznym współwystępowała z większym obciążeniem chorobami i bólem.

Ocena jakości życia w domenie psychologicznej była słabo i ujemnie skorelowana z liczbą upadków - wyższa jakość życia wiązała się z mniejszą liczbą upadków. Dla pozostałych zmiennych nie odnotowano statystycznie istotnych związków.

Tabela 9. Korelacje między oceną stanu somatycznego a jakością życia mieszkańców DPS

	Liczba chorób przewlekłych		Liczba upadków		Liczba hospitalizacji		Ból przewlekły		Ocena natężenia bólu	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	Eta	p	r_s	p
Jakość życia	-0,14	0,101	-0,06	0,462	-0,09	0,261	-0,03	0,747	-0,08	0,325
Zadowolenie ze swojego zdrowia	-0,18	0,030	-0,21	0,012	-0,15	0,067	-0,13	0,126	-0,20	0,013
Domena Somatyczna	-0,40	<0,001	-0,11	0,202	-0,25	0,002	-0,37	<0,001	-0,42	<0,001
Domena Psychologiczna	-0,11	0,184	-0,17	0,038	-0,07	0,431	0,04	0,628	<0,01	0,963
Domena Socjalna	-0,01	0,913	-0,11	0,171	-0,04	0,650	0,06	0,505	0,00	0,986
Domena Środowiskowa	-0,12	0,155	0,03	0,679	-0,15	0,072	-0,08	0,363	-0,06	0,460

Adnotacja. r_s – współczynnik korelacji rhoSpearmana; p – prawdopodobieństwo testowe; Eta – współczynnik korelacji Eta.

5.7. Rola rodziny a jakość życia i odczuwanie samotności

W hipotezie 5 zakładano, że częstszy kontakt z rodziną oraz lepsza subiektywna ocena roli rodziny w życiu były istotnie powiązane z wyższą jakością życia oraz z rzadszym odczuwaniem samotności. W tym celu wykonano analizy korelacji *rho*Spearmana, które wykazały, że częstszy kontakt z rodziną wiązał się z rzadszym odczuwaniem samotności (korelacja słaba i ujemna), przy czym związek między oceną roli rodziny i samotnością okazał się statystycznie nieistotny. Nie odnotowano istotnych związków pomiędzy częstością kontaktu z rodziną oraz oceną roli rodziny a oceną jakości życia i zadowoleniem ze stanu zdrowia. Na poziomie tendencji statystycznej ($0,1 > p > 0,05$) odnotowano słabą korelację między oceną jakości życia w domenie psychologicznej a częstością kontaktu z rodziną – częstszy kontakt z rodziną wiązał się z wyższą jakością życia w tej domenie (tabela 10).

Tabela 10. Korelacje Spearmana między częstością kontaktu z rodziną i oceną roli rodziny w życiu mieszkańców DPS a oceną jakości życia i odczuwaną samotnością

	Jak częsty ma Pani/Pan kontakt z rodziną?		Jak ocenia Pani/Pan rolę rodziny w swoim życiu?	
	r_s	p	r_s	p
Jakość życia	0,01	0,898	-0,01	0,885
Zadowolenie ze swojego zdrowia	-0,13	0,103	-0,08	0,334
Domena Somatyczna	-0,03	0,698	-0,05	0,579
Domena Psychologiczna	0,16	0,058	0,12	0,154
Domena Socjalna	0,13	0,109	0,07	0,395
Domena Środowiskowa	0,07	0,374	0,13	0,111
Odczuwanie samotności	-0,20	0,015	-0,11	0,167

Adnotacja. r_s – współczynnik korelacji *rho*Spearmana; p – prawdopodobieństwo testowe

5.8. Uczestnictwo w decyzji o zamieszkaniu w DPS oraz udział w zajęciach terapeutycznych i imprezach organizowanych przez DPS a ocena jakości życia i poziomu rezyliencji

Hipoteza 6 obejmowała ocenę relacji pomiędzy zaangażowaniem mieszkańców DPS w decyzję o zamieszkaniu w DPS oraz uczestnictwem w zajęciach terapeutycznych i imprezach w DPS a jakością życia i rezyliencją.

Relacje z częstością uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych i imprezach określono za pomocą korelacji *rho*Spearmana (tabela 11). Wykazano dodatnie i słabe związki z oceną jakości życia w domenie psychologicznej oraz z rezyliencją oraz dodatni i umiarkowany związek z domeną socjalną. Oznacza to, że im częściej badani uczestniczyli w zajęciach terapeutycznych i imprezach organizowanych przez DPS, tym lepszą jakość życia przejawiali w obszarze psychologicznym i socjalnym, a także przejawiali wyższy poziom rezyliencji. Większe zadowolenie ze swojego zdrowia wiązało się z częstszym uczestnictwem w zajęciach terapeutycznych (korelacja słaba, dodatnia). Ogólna jakość życia oraz jakość życia w domenie środowiskowej nie były powiązane ze stopniem zaangażowania mieszkańców DPS w uczestnictwo w zajęciach.

Tabela 11. Korelacje Spearmana między częstością uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych i imprezach organizowanych przez DPS a jakością życia i poziomem rezyliencji

	Jak często uczestniczy Pani/Pan w zajęciach terapeutycznych, imprezach organizowanych przez DPS?	
	r_s	p
Jakość życia	0,05	0,538
Zadowolenie ze swojego zdrowia	0,20	0,015
Domena Somatyczna	0,08	0,307
Domena Psychologiczna	0,26	0,001
Domena Socjalna	0,30	<0,001
Domena Środowiskowa	-0,04	0,612
Rezyliencja	0,21	0,009

Adnotacja. r_s – współczynnik korelacji rhoSpearmana; p – prawdopodobieństwo testowe

Następnie, za pomocą testu H Kruskala Wallisa sprawdzono czy stopień uczestnictwa w decyzji o zamieszkaniu w DPS różnicował poziom jakości życia i rezyliencji (tabela 12). Na potrzeby analiz do kategorii samodzielnej decyzji włączono odpowiedź jednej osoby, która podjęła decyzję wspólnie z rodziną. Przeprowadzona analiza wykazała istotne różnicowanie jakości życia w domenie somatycznej, psychologicznej oraz w poziomie rezyliencji.

Chcąc ustalić charakter występujących różnic przeprowadzono analizę post hoc wykorzystując test Dunn z korektą poziomu istotności Bonferroniego.

Dla jakości życia w domenie somatycznej wykazano, że jakość życia badanych była wyższa w grupie osób, w której rodzina zaproponowała/zorganizowała pobyt w ośrodku niż u osób, u których zostało to zlecone z powodów zdrowotnych ($p = 0,032$). Między pozostałymi grupami różnic nie wykazano.

Jakość życia w domenie psychologicznej była istotnie wyższa wśród badanych, u których pobyt zaproponowała rodzina w porównaniu do tych, których skierowała instytucja ($p = 0,010$) oraz tych, którym zostało to zlecone z powodów zdrowotnych ($p = 0,011$). Między pozostałymi grupami różnic nie zaobserwowano.

Poziom rezyliencji wśród badanych skierowanych do DPS przez instytucje społeczne był istotnie niższy niż u tych, którzy podjęli tę decyzję samodzielnie ($p = 0,012$) bądź też takie rozwiązanie zostało zaproponowane przez rodzinę ($p = 0,020$). Między pozostałymi grupami różnice okazały się statystycznie nieistotne. Porównania grup zilustrowano na wykresach 15-21.

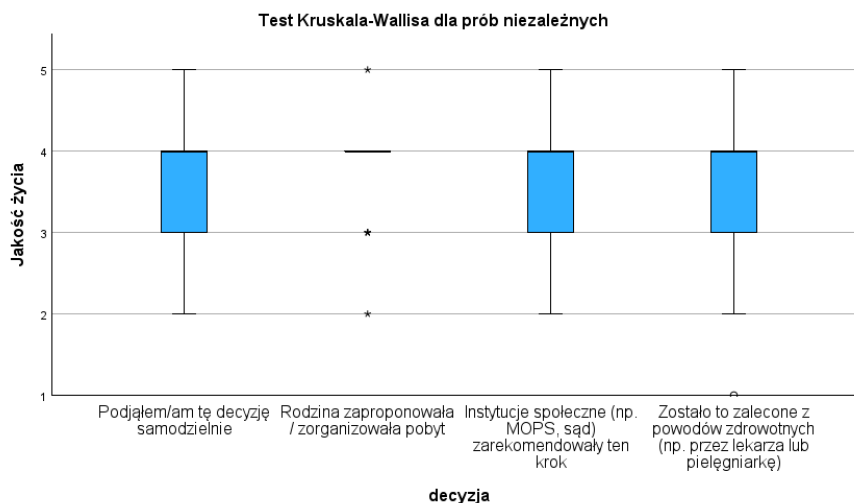
Tabela 12. Porównanie jakości życia oraz rezyliencji w zależności od stopnia decyzyjności dotyczącego zamieszkania w DPS

Zmienna zależna	Decyzja	średnia ranga	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>H</i> (3)	<i>p</i>	η^2
Jakość życia	Podjąłem/am tę decyzję samodzielnie (n = 26)	77,00	4,00	1,00	3,90	0,273	<0,01
	Rodzina zaproponowała / zorganizowała pobyt (n = 27)	86,07	4,00	0,00			
	Instytucje społeczne (np. MOPS, sąd) zarekomendowały ten krok (n = 70)	73,96	4,00	1,00			
	Zostało to zalecone z powodów zdrowotnych (np. przez lekarza lub pielęgniarkę) (n = 27)	67,46	4,00	1,00			
Zadowolenie ze swojego zdrowia	Podjąłem/am tę decyzję samodzielnie (n = 26)	71,29	2,00	2,00	2,45	0,485	<0,01
	Rodzina zaproponowała / zorganizowała pobyt (n = 27)	85,67	4,00	2,00			
	Instytucje społeczne (np. MOPS, sąd) zarekomendowały ten krok (n = 70)	74,62	2,00	2,00			
	Zostało to zalecone z powodów zdrowotnych (np. przez lekarza	71,67	2,00	2,00			

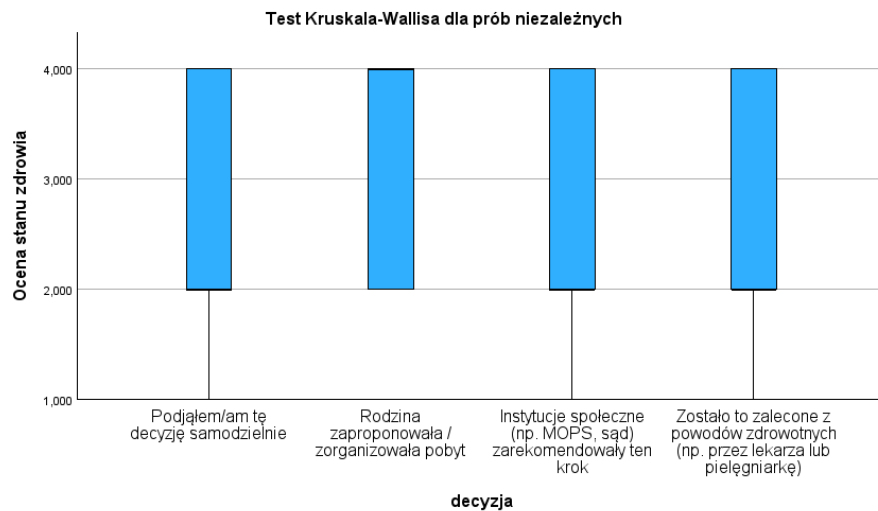
	lub pielęgniarkę) (n = 27)						
Domena Somatyczna	Podjąłem/am tę decyzję samodzielnie (n = 26)	72,00	50,00	15,17	8,00	0,046	0,04
	Rodzina zaproponowała / zorganizowała pobyt (n = 27)	91,74	53,57	14,29			
	Instytucje społeczne (np. MOPS, sąd) zarekomendowały ten krok (n = 70)	76,91	50,00	11,60			
	Zostało to zalecone z powodów zdrowotnych (np. przez lekarza lub pielęgniarkę) (n = 27)	58,98	46,43	17,85			
Domena Psychologiczna	Podjąłem/am tę decyzję samodzielnie (n = 26)	87,56	50,00	13,54	14,70	0,002	0,08
	Rodzina zaproponowała / zorganizowała pobyt (n = 27)	98,28	54,17	8,33			
	Instytucje społeczne (np. MOPS, sąd) zarekomendowały ten krok (n = 70)	67,62	45,83	16,67			
	Zostało to zalecone z powodów zdrowotnych (np. przez lekarza lub pielęgniarkę) (n = 27)	61,54	45,83	20,84			
Domena Socjalna	Podjąłem/am tę decyzję samodzielnie (n = 26)	80,13	45,83	33,33	0,91	0,822	<0,01
	Rodzina zaproponowała / zorganizowała pobyt (n = 27)	79,02	33,33	16,67			
	Instytucje społeczne (np. MOPS, sąd) zarekomendowały ten krok (n = 70)	74,14	33,33	16,67			
	Zostało to zalecone z powodów zdrowotnych (np. przez lekarza lub pielęgniarkę) (n = 27)	71,04	33,33	16,67			
Domena Środowiskowa	Podjąłem/am tę decyzję samodzielnie (n = 26)	73,69	75,00	9,38	1,62	0,655	<0,01
	Rodzina zaproponowała / zorganizowała pobyt (n = 27)	83,37	75,00	3,13			
	Instytucje społeczne (np. MOPS, sąd) zarekomendowały ten krok (n = 70)	75,20	75,00	6,25			
	Zostało to zalecone z powodów zdrowotnych (np. przez lekarza	70,15	71,88	6,25			

	lub pielęgniarkę) (n = 27)						
Rezyliencja	Podjąłem/am tę decyzję samodzielnie (n = 26)	94,06	57,50	26,75	14,40	0,002	0,08
	Rodzina zaproponowała / zorganizowała pobyt (n = 27)	92,06	50,00	20,00			
	Instytucje społeczne (np. MOPS, sąd) zarekomendowały ten krok (n = 70)	63,17	41,50	15,00			
	Zostało to zalecone z powodów zdrowotnych (np. przez lekarza lub pielęgniarkę) (n = 27)	73,04	42,00	28,00			

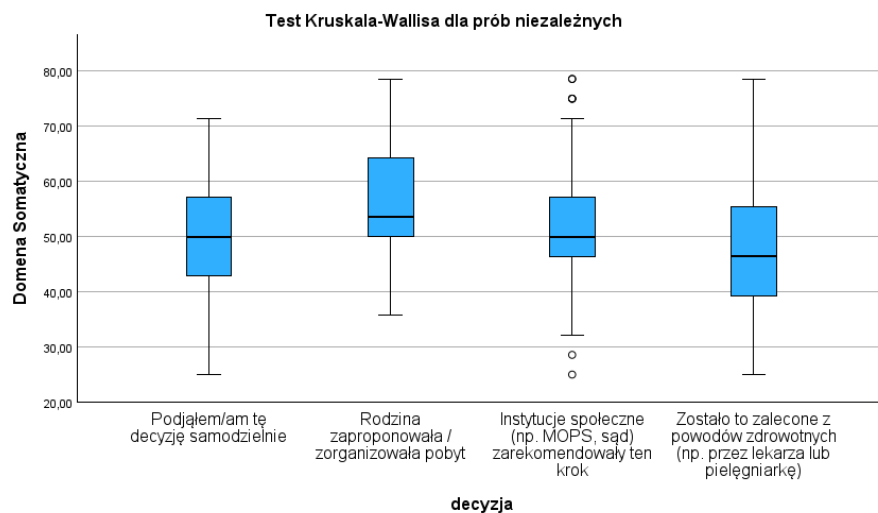
Adnotacja. Mdn – mediana; IQR – rozstęp kwartyłowy; H – statystyka testu Kruskala Wallisa; p – prawdopodobieństwo testowe; η^2 - eta-kwadrat – wielkość efektu.



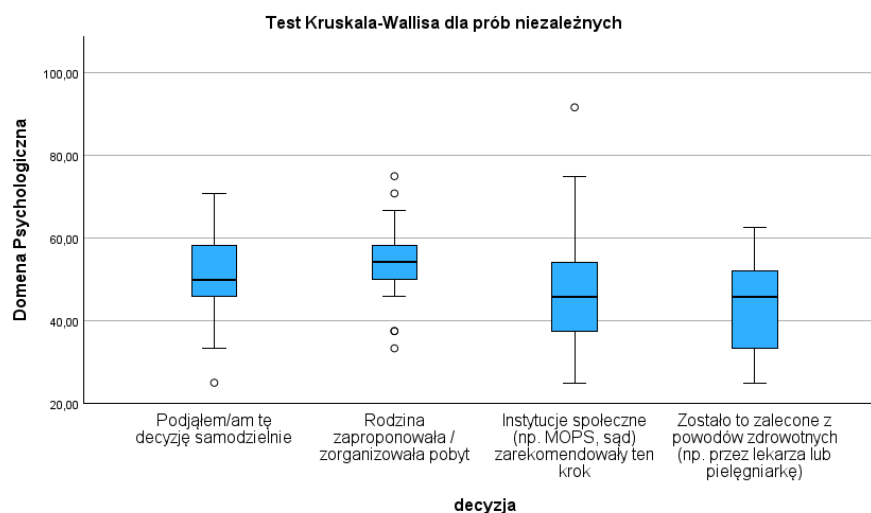
Wykres 15. Porównanie ocen ogólnej jakości życia ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS



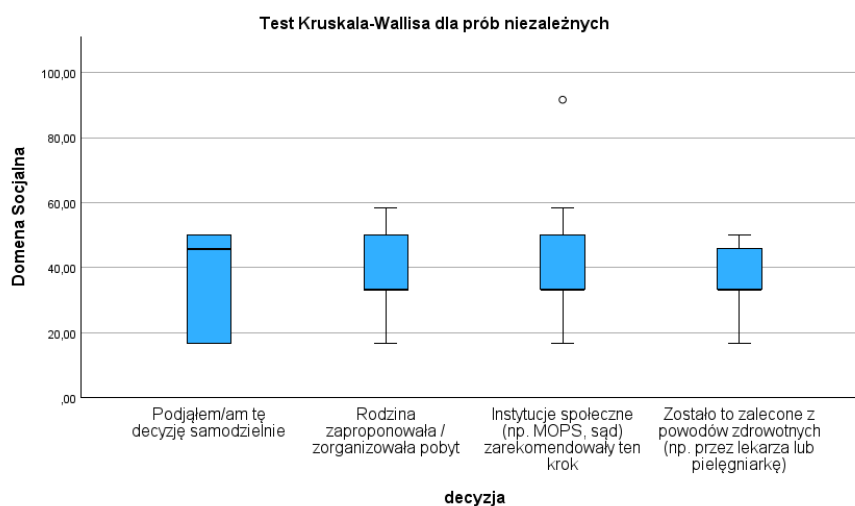
Wykres 16. Porównanie ocen zadowolenia ze swojego życia ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS



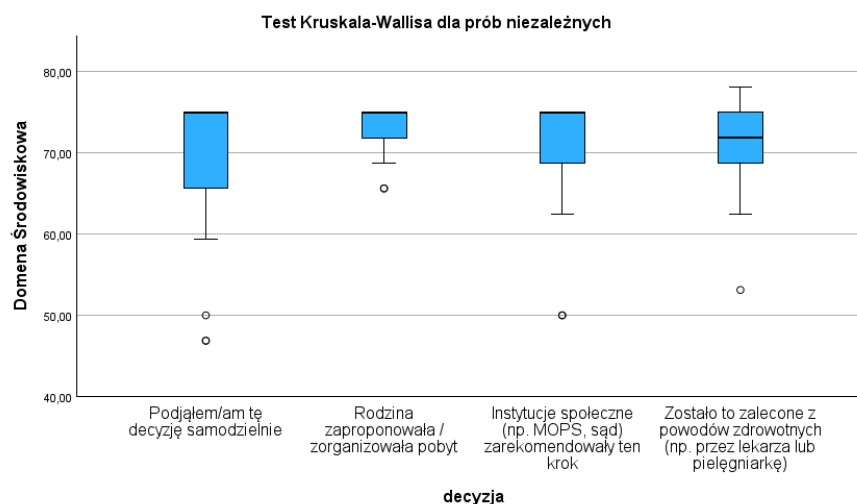
Wykres 17. Porównanie ocen jakości życia w domenie somatycznej ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS



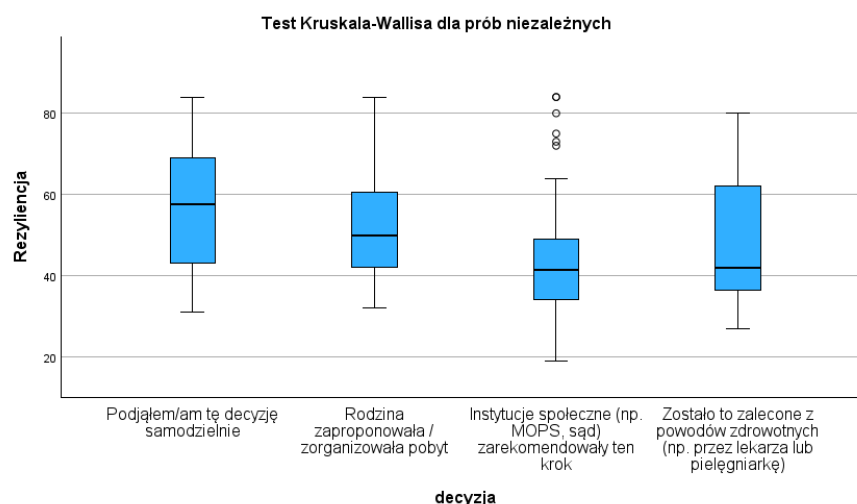
Wykres 18. Porównanie ocen jakości życia w domenie psychologicznej ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS



Wykres 19. Porównanie ocen jakości życia w domenie socjalnej ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS



Wykres 20. Porównanie ocen jakości życia w domenie środowiskowej ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS



Wykres 21. Porównanie poziomu rezyliencji ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS

5.9. Czynniki socjodemograficzne i kliniczne związane z AIS, RS-14 i WHOQOL-BREF

Akceptacja choroby (AIS)

W badanej próbie nie wykazano istotnych związków BMI z poziomem akceptacji choroby (AIS vs BMI: $r_s = -0,128$; $p = 0,120$). Nie stwierdzono również istotnych różnic w poziomie akceptacji choroby pomiędzy poziomami wykształcenia ($p = 0,639$) ani pomiędzy kategoriami stanu cywilnego ($p = 0,642$). Dla AIS zauważono natomiast

tendencję spadkową akceptacji choroby wraz z dłuższym pobytem w DPS: analiza trendu wskazała na słabą ujemną zależność ($r_s = -0,179$; $p = 0,029$).

Nie stwierdzono istotnych związków AIS z wiekiem ($p = 0,761$), płcią ($p = 0,832$) i liczbą dzieci ($p = 0,799$). Podobnie, brak było istotnych różnic w AIS zależnie od noszenia okularów korekcyjnych ($p = 0,432$) i korzystania z aparatu słuchowego ($p = 0,951$), a także zależnie od oceny życia sprzed pobytu w DPS ($r_s = -0,039$; $p = 0,633$), częstości kontaktów z rodziną ($r_s = -0,051$; $p = 0,538$), oceny roli rodziny ($r_s = -0,050$; $p = 0,549$), ważności religii ($r_s = -0,027$; $p = 0,743$) i poczucia bezpieczeństwa ($r_s = 0,098$; $p = 0,233$). Również dominujące emocje nie różnicowały istotnie AIS ($p = 0,503$), podobnie jak rodzaj deklarowanych oczekiwań/braków wobec pobytu w DPS ($p = 0,123$).

Rezyliencja (RS-14)

Nie wykazano istotnego związku BMI z rezyliencją (RS-14 vs BMI: $r_s = -0,061$; $p = 0,460$) ani różnic w RS-14 zależnie od płci ($p = 0,813$), stanu cywilnego ($p = 0,156$) i liczby dzieci ($p = 0,974$). Jednocześnie odnotowano istotny dodatni związek rezyliencji z wiekiem ($r_s = 0,188$; $p = 0,021$). Dla rezyliencji wystąpiły również istotne różnice między poziomami wykształcenia ($p = 0,027$) – mediany RS-14 rosły wraz z wykształceniem: podstawowe Me = 41, zasadnicze zawodowe Me = 44, średnie Me = 47, wyższe Me = 53,5.

Istotne różnicowanie RS-14 dotyczyło także sytuacji związanej z decyzją o zamieszkaniu w DPS ($p = 0,002$): najwyższą medianę rezyliencji stwierdzono u osób, które deklarowały samodzielne podjęcie decyzji (Me = 57,5), a niższą u osób, u których krok ten rekomendowały instytucje społeczne (Me = 41,5) lub był zalecony z powodów zdrowotnych (Me = 42,0).

W zakresie zmiennych psychospołecznych wykazano, że częstszy udział w zajęciach/imprezach wiązał się z wyższą rezyliencją ($r_s = 0,212$; $p = 0,009$), natomiast częstsze odczuwanie samotności – z niższą rezyliencją ($r_s = -0,204$; $p = 0,012$). Rezyliencja była także dodatnio związana z lepszą samooceną sprawności poznawczej ($r_s = 0,233$; $p = 0,004$).

Nie wykazano istotnych zależności RS-14 od długości pobytu w DPS ($r_s = -0,149$; $p = 0,070$), noszenia okularów ($p = 0,116$), korzystania z aparatu słuchowego ($p = 0,202$) ani od liczby chorób ($r_s = -0,067$; $p = 0,417$). Również analizowane typy chorób nie różnicowały istotnie RS-14: cukrzyca ($p = 0,372$), nowotwór ($p = 0,945$), choroby psychiczne/uzależnienia ($p = 0,084$).

Jakość życia (WHOQOL-BREF)

W badanej próbie nie wykazano istotnych związków BMI z domenami WHOQOL-BREF: domena somatyczna $r_s = -0,113$; $p = 0,168$; psychologiczna $r_s = -0,080$; $p = 0,329$; socjalna $r_s = 0,011$; $p = 0,896$; środowiskowa $r_s = 0,052$; $p = 0,531$.

Domena somatyczna WHOQOL-BREF

Domena somatyczna była silnie związana z funkcjonalnością i obciążeniem somatycznym: gorsza mobilność ($r_s = -0,539$; $p < 0,001$), gorsza samoocena zdrowia ($r_s = 0,500$; $p < 0,001$), większe natężenie bólu przewlekłego ($r_s = -0,424$; $p < 0,001$), większa liczba chorób ($r_s = -0,369$; $p < 0,001$) oraz częstsze hospitalizacje ($r_s = -0,246$; $p = 0,002$) współwystępowały z niższą jakością życia w tej domenie. Istotne różnice stwierdzono także w zależności od dominujących objawów w ostatnich tygodniach ($p < 0,001$): najniższe mediany domeny somatycznej dotyczyły osób zgłaszających uczucie osłabienia/brak sił ($Me = 42,9$), a najwyższe osób bez objawów ($Me = 57,1$). Dodatkowo, obecność dolegliwości narządu ruchu wiązała się z niższą domeną somatyczną ($Me = 46,4$ vs $53,6$; $p < 0,001$). Zależność domeny somatycznej od sytuacji decyzyjności dotyczącej pobytu w DPS była istotna, ale miała niewielką siłę ($p = 0,046$).

Domena psychologiczna WHOQOL-BREF

Domena psychologiczna była istotnie powiązana z samooceną zdrowia ($r_s = 0,401$; $p < 0,001$), samotnością ($r_s = -0,370$; $p < 0,001$) oraz sprawnością poznawczą ($r_s = 0,341$; $p < 0,001$). Wyższa aktywność w zajęciach DPS wiązała się z wyższą jakością życia w domenie psychologicznej ($r_s = 0,264$; $p = 0,001$). Ponadto domena psychologiczna różnicowała się w zależności od decyzji o zamieszkaniu w DPS ($p = 0,002$) – najwyższe mediany dotyczyły osób, u których pobyt zorganizowała rodzina. Niższa jakość życia w domenie psychologicznej była obserwowana u osób częściej doświadczających upadków ($r_s = -0,170$; $p = 0,038$), u osób korzystających z aparatu słuchowego ($Me = 37,5$ vs $50,0$; $p = 0,032$) oraz u osób z obciążeniami sercowo-naczyniowymi ($Me = 45,8$ vs $50,0$; $p = 0,045$). Domena psychologiczna różnicowała się również zależnie od najczęściej deklarowanych emocji ($p < 0,001$).

Domena socjalna i środowiskowa WHOQOL-BREF

Domena socjalna była dodatnio powiązana z częstszym udziałem w zajęciach DPS ($r_s = 0,300$; $p < 0,001$) oraz z większą deklarowaną ważnością religii ($r_s = 0,288$;

$p < 0,001$). Domena środowiskowa w niewielkim stopniu różnicowała się zależnie od dominujących objawów w ostatnich tygodniach ($p = 0,040$). Nie wykazano istotnych związków jakości życia (ogólnej oceny ani domen WHOQOL-BREF) z płcią, liczbą dzieci, stanem cywilnym, wykształceniem, BMI, noszeniem okularów korekcyjnych, oceną życia sprzed pobytu w DPS, częstością kontaktów z rodziną i oceną roli rodziny, a także z rozpoznaniem cukrzycy, chorób nowotworowych oraz chorób psychicznych/uzależnień.

5.10. Weryfikacja hipotez badawczych

1. Hipoteza 1 została potwierdzona częściowo: wykazano istotne dodatnie związki AIS z ogólną jakością życia, zadowoleniem ze zdrowia oraz domenami somatyczną, psychologiczną i socjalną WHOQOL-BREF, natomiast nie potwierdzono związku z domeną środowiskową
2. Hipoteza 2 została potwierdzona częściowo: RS-14 wykazywała istotne dodatnie związki z domeną somatyczną, psychologiczną i socjalną WHOQOL-BREF, natomiast nie wykazano istotnych związków z ogólną oceną jakości życia, zadowoleniem ze zdrowia ani z domeną środowiskową
3. Hipoteza 3 została potwierdzona: po uwzględnieniu wieku, płci oraz wybranych czynników klinicznych AIS i RS-14 pozostały istotnymi dodatnimi predyktorami jakości życia w domenie somatycznej i psychologicznej
4. Hipoteza 4 została potwierdzona częściowo: gorszy stan somatyczny wiązał się z niższą jakością życia przede wszystkim w domenie somatycznej WHOQOL-BREF, natomiast dla pozostałych wskaźników zależności były słabsze lub nieistotne
5. Hipoteza 5 nie została potwierdzona w zakresie jakości życia; potwierdzono jedynie związek częstszych kontaktów z rodziną z rzadszym odczuwaniem samotności (brak istotnych związków dla oceny roli rodziny).
6. Hipoteza 6 została potwierdzona częściowo: częstszy udział w zajęciach wiązał się z wyższą jakością życia w domenach psychologicznej i socjalnej oraz z wyższą rezyliencją, a stopień decyzyjności różnicował poziom rezyliencji oraz wybrane domeny jakości życia

6. Dyskusja

Na podstawie wyników badań w populacji osób starszych wielu badaczy doszło do wniosku, że stan zdrowia charakteryzuje heterogeniczność. Analiza dotychczasowego stanu wiedzy na temat oceny jakości życia wskazuje na zróżnicowanie zarówno domen, jak i determinant. Wynika to z regionalnych uwarunkowań, jak również z dowolnej interpretacji różnych pojęć. Znacznie lepiej przedstawia się metodologia badań oceny jakości życia, gdyż skale oraz metody proponowane przez WHO i uzupełniane o inne sposoby oceny zależne od aspektu badań są adekwatne do potrzeb. Determinanty oceny jakości życia w małym stopniu zależą od płci, wieku i miejsca zamieszkania. Waga tych czynników w przypadku ludzi starszych jest inna niż dla młodego i średniego pokolenia. Najbardziej istotne aspekty wpływające na jakość życia to stan zdrowia, sposób odżywiania, wykształcenie oraz aktywność fizyczna i umysłowa [42].

Z wyników projektu *PolSenior2*, w którym przeprowadzono m.in. ocenę jakości życia seniorów (osób w wieku od 60 do 106 lat) w oparciu o skalę WHOQOL AGE wynika, iż swoją jakość życia 59,9% badanych oceniło jako dobrą, a 13,7% jako bardzo dobrą (łącznie 73,6% dało pozytywną ocenę). Postawę ambiwalentną (odpowiedź: *ani dobra, ani zła*) zaprezentowało 23,1% respondentów. Tylko 3,3% ogółu badanych określało swoją jakość życia jako złą. Zadowolenie ze swojego stanu zdrowia wskazało 62,4% badanych (z czego 7,4% określiło się jako osoby bardzo zadowolone), 26,4% wybrało opcję *ani zadowolony(a), ani niezadowolony(a)*, zaś niezadowolenie ze swojego stanu zdrowia wyraziło 11,3% badanych (w tym 1% było osobami bardzo niezadowolonymi). Postawę zadowolenia z siebie wyraziło 61,8% seniorów, bardzo zadowolonych było 16,7%, natomiast 17,8% respondentów stwierdziło, że nie może się jednoznacznie samookreślić w tym względzie, a tylko 3,8% osób badanych było niezadowolonych z siebie. Zdecydowana większość badanych (77%) była zadowolona z możliwości wykonywania przez siebie czynności dnia codziennego (w tym 19,4% było z tej możliwości bardzo zadowolonych). Blisko 15% zajęło dwuznaczne stanowisko, natomiast niezadowolonych było 8,4% badanych (w tym 1,5% było osobami bardzo niezadowolonymi). Zadowolenie z osobistych relacji wskazało 64,8% badanych, a 21,3% respondentów było z nich bardzo zadowolonych. Niejednoznaczny stosunek w tej kwestii prezentowało 11,3% respondentów, a 2,7% wskazało niezadowolenie z relacji osobistych (w tym 0,4% było osobami bardzo niezadowolonymi). Według 11,3% respondentów

posiadana ilość pieniędzy całkowicie spełniała ich oczekiwania, a 30% uznało, że pieniądze, którymi dysponują, pozwalają na zaspokojenie większości odczuwanych potrzeb, zaś według 37% respondentów ich potrzeby są realizowane w umiarkowany sposób, 12,7% badanych posiadane pieniądze pozwalały w ograniczonym zakresie zrealizować swoje potrzeby, natomiast takich możliwości nie miało wcale 9% badanych. Zaprezentowana powyżej ocena jakości życia uzależniona była od wieku respondentów: najwyższy poziom ogólnego zadowolenia z życia dotyczył osób w wieku 60-64 lata oraz 65-69 lat. Ocena jakości życia wyraźnie zależała od poziomu wykształcenia – była najniższa u osób starszych z wykształceniem podstawowym (średnia 65,8; mediana 67,9 pkt.), a najwyższa u respondentów z wykształceniem wyższym (odpowiednio: 75,5 i 75,7 pkt.). Wysoka ocena jakości życia, wskazana przez respondentów, wynikała głównie z wyrażanego przez badanych przekonania o bardzo dobrej kondycji fizycznej i psychicznej oraz docenienia przez osoby starsze takich aspektów jak: możliwość realizacji planów życiowych, samodzielność w podejmowaniu decyzji, znaczenie relacji międzyludzkich, a więc takich elementów jakości życia, które wiążą się z poczuciem autonomii i bliskości z innymi. Bariery w uzyskiwaniu wysokiej pozycji jakości życia były natomiast trudności materialne, które uniemożliwiają lub utrudniają realizację potrzeb osób starszych [191].

Należy zaznaczyć, że jakość życia osób starszych w dużej mierze zależy od wcześniejszych etapów egzystencji, czyli przygotowania do starości. Bieżąca ocena jakości życia zależy natomiast od szeroko rozumianego poczucia bezpieczeństwa, czy to socjalnego, ekonomicznego, zdrowotnego, psychofizycznego, czy emocjonalnego, oraz podejmowanych aktywności, w tym edukacji. W związku z tym niezwykle ważny jest sprawnie działający system zabezpieczenia społecznego, właściwe więzi rodzinne i relacje w kręgu przyjaciół i znajomych oraz możliwość zaspakajania potrzeb. Warto podkreślić, iż przytoczone powyżej wyniki badań wskazują, że osoby starsze generalnie dobrze oceniają jakość swojego życia [22].

Badania Z. Nowak-Kapusty i in., przy pomocy autorskiego kwestionariusza ankiety i kwestionariusza SF-36 v2, przeprowadzone wśród 411 pensjonariuszy losowo wybranych domów pomocy społecznej na terenie województwa śląskiego wykazały, że odczuwanie bólu jest bardzo ważnym ocenianym aspektem. Kobiety uzyskiwały niższe wyniki odczucia bólu w poszczególnych przedziałach wiekowych. Subiektywnie największe odczucie bólu zarówno wśród mężczyzn jak i wśród kobiet było w przedziale wiekowym 65–74 lata, a następnie malało (wyższe wartości w ocenie) i było najniższe w przedziale

wiekowym 85 lat i więcej. W analizowanym aspekcie analiza wariancji nie wykazała istotnych zależności od płci, wieku oraz interakcji. Ocena ogólnego stanu zdrowia przez ankietowanych nie jest zadowalająca. Uzyskano wynik u kobiet $44,7 \pm 18$, a u mężczyzn 46 ± 20 . Najniższy wynik uzyskały najmłodsze ankietowane kobiety, tj. w wieku 65–74 lata (37 ± 17). Wśród mężczyzn najlepiej oceniali swój stan zdrowia najmłodsi ankietowani (47 ± 21), natomiast w starszych grupach ocena była nieznacznie niższa. Dziewięć punktów różnicy w ocenie ogólnego stanu zdrowia między grupą najmłodszych kobiet (37 ± 17) a kobiet w wieku 75–84 lata (46 ± 18) było na korzyść starszych ankietowanych. W grupie kobiet im badane były starsze, tym ocena ogólnego stanu zdrowia była korzystniejsza. Istotne statystycznie różnice występowały pomiędzy grupą kobiet 65–74 lata oraz 75–84 lata ($p = 0,046$), jak i grupą kobiet 65–74 lata i 85 lat i więcej ($p = 0,021$), co wykazała analiza *post hoc*. Uzyskane przez pensjonariuszy domów pomocy wyniki oceny funkcjonowania społecznego kształtowały się następująco: średni wynik u kobiet wynosił 61 ± 20 , a u mężczyzn 68 ± 19 . U mężczyzn wraz z wiekiem zadowolenie z funkcjonowania społecznego maleje (z 72 ± 19 do 64 ± 17), natomiast wśród kobiet mamy do czynienia z odwrotną sytuacją. Najmłodsze kobiety (55 ± 19) były mniej zadowolone ze swojego funkcjonowania społecznego niż starsze (62 ± 21) i najstarsze (63 ± 17). W analizowanym aspekcie funkcjonowania społecznego występuje istotna statystycznie znamienność zależności od płci na poziomie $p = 0,01575$ (analiza wariancji), a w szczególności istotna różnica między najmłodszą grupą kobiet i mężczyzn $p = 0,00716$ (analiza *post hoc*. aspekt zdrowia psychicznego (MH)). Średnie wyniki zdrowia psychicznego w grupach kobiet i mężczyzn różniły się nieznacznie i wynosiły odpowiednio 67 ± 14 i 68 ± 12 . Zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn można zauważyć, że pozytywna ocena zdrowia psychicznego wzrasta wraz z wiekiem. Najlepiej swoje zdrowie psychiczne oceniali mężczyźni w wieku 85 lat i więcej (71 ± 10) i kobiety w tym samym przedziale wiekowym (70 ± 14). W ocenie zdrowia psychicznego występuje istotna zależność statystyczna od wieku na poziomie $p = 0,00134$ (analiza wariancji). Analizie poddano tzw. sumaryczny komponent zdrowia fizycznego i umysłowego (emocjonalnego). Ocena wskazała, że funkcjonowanie fizyczne zarówno u mężczyzn jak i u kobiet pogarsza się wraz z upływem lat i najniższe wartości osiąga w grupach ankietowanych w wieku 85 lat i więcej (u kobiet $33 \pm 7,6$, u mężczyzn $36 \pm 8,6$). Wśród kobiet niskie wartości występowały również w najmłodszej grupie ($33 \pm 9,4$). Wyniki są zróżnicowane znamienne statystycznie względem płci na poziomie $p = 0,00320$ (analiza wariancji). Sumaryczny czynnik zdrowia psychicznego przybrał odwrotny charakter niż komponent

zdrowia fizycznego. Zarówno najstarszych mężczyźni jak i kobiety cechuje lepszy stan emocjonalny. Wartości tego czynnika w grupie 65–74 lata wynosiły u kobiet $42 \pm 8,7$, u mężczyzn $46,8 \pm 8,9$, natomiast w grupie ankietowanych w wieku 85 lat i więcej były wyższe (u kobiet $48,3 \pm 7,6$, a u mężczyzn $48,2 \pm 6,6$). Wyniki komponentu emocjonalnego są znamienne statystycznie zróżnicowane względem wieku ankietowanych na poziomie $p = 0,03785$ (analiza wariancji) [192].

Burzyńska i współautorzy, przy pomocy m.in. autorskiego kwestionariusza wywiadu, przeprowadzili badania wśród 117 pensjonariuszy 5 losowo wybranych domów pomocy społecznej w województwie łódzkim, których średnia wieku wynosiła 82 lata. Badani obu płci, najczęściej wybierali wariant pośredni, czyli oceniali swoją jakość życia jako ani dobrą, ani złą (56%), znaczny odsetek badanych, bo 26,8%, wskazał na „złą” i „bardzo złą” jakość życia. Zauważono istotnie statystycznie związek między samooceną stanu zdrowia a jakością życia. Ankietowani, którzy źle ocenili swój stan zdrowia, częściej wybierali do oceny jakości życia określenia „zła” i „bardzo zła”. W badaniach tych negatywny wpływ na jakość życia miały również długi pobyt w ośrodku i brak kontaktu z rodziną [193]. W badaniach własnych odnotowano słabą korelację ($0,1 > p > 0,05$) między oceną jakości życia w domenie psychologicznej a częstością kontaktu z rodziną – częstszy kontakt z rodziną wiązał się z wyższą jakością życia w tej domenie. Ponadto analizy korelacji *rho*Spearmana wykazały, że częstszy kontakt z rodziną wiązał się z rzadszym odczuwaniem samotności ($r_s = -0,20$; $p=0,015$).

Inne wyniki uzyskali autorzy badań przeprowadzonych wśród mieszkańców DPS w Białogardzie za pomocą skali WHOQOL – BREF, gdzie najwyższa średnia ocen jakości życia przypadła na dziedzinę środowiskową i fizyczną, a najniższa na społeczną i psychologiczną [194]. Potwierdzają to wyniki badań własnych, gdzie również najwyżej oceniana była domena środowiskowa ($M=71,42$; $SD=5,92$), natomiast najniżej - domena socjalna/społeczna ($M=37,28$; $SD=13,01$).

Badacze S. Talaga i in. porównali jakość życia osób po 60. roku życia studiujących na Uniwersytecie Trzeciego Wieku (UTW) i osób nieuczestniczących w żadnych zajęciach dla seniorów i bytujących wyłącznie we własnym środowisku domowym. W badaniu zastosowali autorski kwestionariusz ankiety, Kwestionariusz Oswestry oraz WHOQOL – BREF. Badaniem objęto osoby obu płci, w liczbie 136, mieszkające w mieście oraz na wsi. Badane grupy różniły się znamienne ($p=0,035$) pod względem częstotliwości występowania obniżonego nastroju. Codziennie lub kilka razy w tygodniu obniżony nastrój występował u ponad 50% badanych z grupy I, podczas gdy w grupie II z taką

częstotliwością obniżony nastrój występował tylko u 40% badanych. Nie stwierdzono statystycznie znamiennych różnic pomiędzy badanymi grupami w ograniczeniu funkcjonalności dnia codziennego. Średnie ograniczenie funkcjonalności w grupie I wynosiło 39,4%, a w grupie II 32,2. Osoby z grupy I postrzegały swoją jakość życia znamiennie ($p<0,001$) gorzej (2,97 pkt.) niż osoby z grupy II (3,64 pkt). Ocena własnego zdrowia nie różnicowała badanych grup i kształtowała się na poziomie 3 pkt w 5-punktowej skali, podobnie w badaniach własnych wynosiła 2,77. Badane grupy nie różniły się pod względem jakości życia w dziedzinie fizycznej, która występowała na średnim poziomie 45,5–48,2 pkt., natomiast w badaniach własnych była wyższa bo 52,00 pkt. Jakość życia w dziedzinie relacji społecznych również nie różnicowała badanych grup, a średni poziom jakości życia w tej dziedzinie w zależności od grupy wynosił 41,1 pkt. I 46,7 pkt., inaczej stwierdzono w badaniach własnych, ponieważ uzyskano średni wyniki równy 37,28 pkt. Jakość życia w dziedzinie psychologicznej była znamiennie ($p=0,004$) wyższa w grupie II, w której średni poziom wynosił 52,2 pkt, zaś w grupie I 45,2 pkt. W dziedzinie środowiskowej jakość życia osób z grupy II była znamiennie ($p<0,001$) wyższa niż w grupie I. Natomiast w dziedzinie środowiskowej wynosiła średnio w grupie I 49,8 pkt., a w grupie II 61,6 pkt. Z kolei z badań własnych wynika, że respondenci DPS-ów w tej domenie uzyskali wyższy wynik wynoszący 71,42 pkt. Można stwierdzić, że w pracach S. Talagi i in. jakość życia badanych osób we wszystkich czterech domenach występowała na poziomie nie niższym niż 40 pkt. i nie wyższym niż 62 pkt., co świadczy o przeciętnym poziomie jakości życia badanych osób bez względu na grupę, do której zostały zakwalifikowane. Pogarszanie się stanu emocjonalnego oraz problemy w funkcjonowaniu w społeczeństwie skutkują większym ryzykiem występowania stanów depresyjnych, które często towarzyszą procesowi starzenia się. Codziennie lub kilka razy w tygodniu obniżony nastrój występował u ponad 50% badanych z grupy I, podczas gdy w grupie II z taką częstotliwością obniżony nastrój występował tylko u 40% badanych [195]. Związek między występowaniem stanów depresyjnych a poczuciem koherencji wykazała też w swoich badaniach H. Zielińska-Więczkowska, badając tę zależność u słuchaczy UTW. Wyniki jej pracy dowodzą, że 72% respondentów nie przejawiało obniżonego nastroju [196].

Jeśli chodzi o poziom wykształcenia to nie ma on znaczącego wpływu na ocenę stanu zdrowia przez respondentów [195]. Podobne wyniki uzyskali O. Gajewska i in., na podstawie których można stwierdzić, że ocena stanu zdrowia wśród słuchaczy UTW nie wynika z poziomu wykształcenia, lecz z ich wieku [197].

Badania jakościowe J. Chechrowskiej miały na celu rozpoznanie i interpretacja przyczyn zamieszkania seniorów w domu pomocy społecznej, najbardziej docenianych standardów pomocowych w kontekście poprawy jakości życia i oczekiwań pensjonariuszy wobec instytucji. Metodą zbierania danych były wywiady narracyjne prowadzonych indywidualnie z seniorkami w Ewangelickim Domu Pomocy Społecznej „Arka” w Mikołajkach. Przedmiotem zainteresowań badaczki były doświadczenia osobiste pensjonariuszek powstałe w wyniku trudności i problemów pojawiających się w codziennym funkcjonowaniu, które przyczyniły się do zamieszkania w DPS. Prezentowane wyniki wykazały, że przyczyny zamieszkania senierek związane były przede wszystkim z pogarszającym się stanem zdrowia. Inną istotną przyczyną zamieszkania w placówce pomocowej była samotność badanych kobiet. Wszystkie kobiety wymagały pomocy całodobowej związanej z wykonywaniem prac w gospodarstwie domowym, pomaganiu w codziennych czynnościach, byciem pod stałą profesjonalną opieką medyczną oraz koniecznością korzystania z rehabilitacji, fizjoterapii i terapii zajęciowej. Jakość życia w DPS była przez respondentki oceniana stosunkowo dobrze. Badane dostrzegają również negatywną stronę zamieszkiwania w ośrodku. Wskazały, że nie mogą czuć się w placówce jak w swoim własnym domu. Przyjęły specyficzny styl bycia, unikały relacji, nie odwiedzały się wzajemnie w pokojach. Przedstawione przez osoby badane oczekiwania dotyczyły trzech płaszczyzn funkcjonowania: warunków socjalno-bytowych, relacji z personelem oraz sfery współpracy z wolontariuszami. Jeżeli chodzi o pierwszy obszar, okazuje się, że istotne jest stworzenie większej liczby pokoi jednoosobowych, które zapewniłyby lepsze warunki intymności i bezpieczeństwa. W relacji z personelem placówki – zdaniem badanych powinno pojawić się większe zrozumienie, szacunek i empatia. W związku z tymi czynnikami również udzielanie większego wsparcia psychicznego. Współpraca z wolontariuszami usprawniłaby i poprawiła opiekę nad seniorami w DPS. Jakość życia w domach pomocy społecznej jest zagadnieniem złożonym i trudnym do jednoznacznego określenia. Można ją rozpatrywać z perspektywy osoby znajdującej się w kryzysowej sytuacji życiowej i konieczności dokonywania wyboru zamieszkania w DPS lub z perspektywy standardów instytucjonalnych, warunkujących pomoc i poprawę życia osoby w kryzysie. Patrząc na wyniki przeprowadzonych analiz ze strony beneficjenta pomocy społecznej, można zauważyć, że zamieszkanie w DPS jest często spowodowane niekorzystnym położeniem życiowym jednostki (seniora), m.in. z pogarszającym się stanem zdrowia, niemożnością

samodzielnego zabezpieczenia niezbędnych potrzeb, odrzuceniem przez najbliższych członków rodziny i poczuciem samotności [128].

Materiał badawczy w pracach A. Kiełtyki i in. obejmował grupę 100 chorych, w tym 50 przebywających w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL) i 50 przebywających w domach. Dokonano ogólnej oceny zadowolenia badanych z jakości życia i jakości zdrowia przy użyciu standaryzowanego kwestionariusza WHOQOL-BREF. U seniorów pozostających w domach średnie oceny dla zadowolenia z jakości życia ($M = 3,72$) i ze swojego stanu zdrowia ($M = 3,16$) są stosunkowo wyższe niż u seniorów objętych opieką instytucjonalną, dla których ogólna średnia zadowolenia z jakości życia wynosi ($M = 2,6$ różnica ta jest istotna statystycznie $t(98) = 5,38$; $p < 0,001$), a dla stanu zdrowia ($M = 2,2$); różnica ta jest istotna statystycznie $t(98) = 5,22$; $p < 0,001$. Analizy badań własnych wśród respondentów przebywających w DPS wykazały odpowiednio ocenę dla jakości życia na poziomie $M=3,64$ ($p < 0,001$), a dla stanu zdrowia $M=2,77$ ($p < 0,001$). W dalszej kolejności A. Kiełtyka i in. zbadali to, jak seniorzy oceniali zadowolenie z jakości życia i stanu zdrowia ze względu na dane socjodemograficzne. U pacjentów objętych opieką instytucjonalną średnia ocena zadowolenia z jakości życia dla mieszkańców wsi, jak i miast jest równa 2,6. Kobiety nieco wyżej oceniły swoje zadowolenie z jakości życia ($M = 2,69$) niż mężczyźni ($M = 2,5$); różnica między średnimi jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,61$. Badani respondenci w przedziale wiekowym 65–74 lata nieco wyżej ocenili swoje zadowolenie z jakości życia ($M = 2,83$) niż osoby w wieku 75–89 lat ($M = 2,38$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 1,45$. Natomiast u seniorów pozostających w domach stwierdzono, że średnia ocena zadowolenia z jakości życia była wyższa u osób mieszkających w miastach ($M = 3,84$) niż u mieszkańców wsi ($M = 3,33$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 1,6$. Kobiety nieco wyżej oceniły swoje zadowolenie z jakości życia ($M = 3,83$) niż mężczyźni ($M = 3,62$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,79$. Średnia ocena zadowolenia ze swojego stanu zdrowia wśród pacjentów ZOL była wyższa u osób pochodzących z miast ($M = 2,45$) niż u mieszkańców wsi ($M = 2,0$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 1,81$. Kobiety wyżej oceniły swoje zadowolenie ze stanu zdrowia ($M = 2,31$) niż mężczyźni ($M = 2,08$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,88$. Osoby młodsze (65–74 lat) nieco wyżej oceniły swoje zadowolenie ze stanu zdrowia ($M = 2,33$) niż osoby starsze w wieku 75–89 lat ($M = 2,08$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 1,0$. U seniorów pozostających we własnych domach wykazano, że średnia ocena zadowolenia ze swojego stanu zdrowia była wyższa u osób zamieszkujących miasta ($M = 3,32$) niż

u mieszkańców wsi ($M = 2,67$); różnica ta jest istotna statystycznie $t(48) = 2,18$; $p < 0,05$. Natomiast kobiety nieznacznie niżej oceniły swoje zadowolenie ze stanu zdrowia ($M = 3,08$) niż mężczyźni ($M = 3,23$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,55$. We wszystkich dziedzinach (fizycznej, psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej) stwierdzono istotne statystycznie różnice. Pacjenci mieszkający we własnych domach ocenili dziedzinę fizyczną istotnie wyżej niż osoby przebywające w ZOL. Przeciętna różnica między nimi wynosi 2,92. Seniorzy pozostający w domach pod opieką swoich rodzin ocenili dziedzinę psychiczną istotnie wyżej niż pacjenci ZOL, a przeciętna różnica między nimi wynosi 3,04. Osoby niehospitalizowane oceniły dziedzinę społeczną istotnie wyżej niż pacjenci opieki instytucjonalnej. Przeciętna różnica między nimi wynosi 2,56. Seniorzy mieszkający we własnych domach ocenili dziedzinę środowiskową istotnie wyżej niż pacjenci objęci opieką instytucjonalną, a przeciętna różnica ich dzieląca wynosi 2,64. Stwierdzono również, iż u kobiet występują istotne statystycznie różnice w czterech dziedzinach (fizycznej, psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej). Osoby mieszkające w domu oceniają wszystkie te dziedziny istotnie wyżej niż mieszkanki ZOL, a przeciętna różnica wynosi odpowiednio: 2,5; 2,25; 2,16 i 2,07 punktu. U badanych mężczyzn także występują istotne statystycznie różnice w czterech dziedzinach (fizycznej, psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej). Mężczyźni mieszkający w domu również oceniają wszystkie te dziedziny istotnie wyżej niż mieszkańcy ZOL, a przeciętna różnica wynosi odpowiednio: 3,29; 3,81; 2,88 i 3,21 punktu [33].

W badaniach M. Rybki i in. w grupie 80 pacjentów przebywających w ZOL, których wiek mieścił się w zakresie od ≥ 60 do > 100 lat dokonano subiektywnej oceny jakości życia przy pomocy narzędzia WHOQOL-BREF poszerzonego o autorską metryczkę. Respondenci wskazali na stan zadawalający 3,33, a średnia satysfakcja dotycząca zdrowia wynosiła 2,83. Potwierdziły to badania własne. Grupę badawczą u M. Rybki i in. stanowiły w 60% kobiety. Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią ankietowanych, a ich zadowoleniem z jakości swojego życia. Natomiast wykazała istotną zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych a ich zadowoleniem z jakości swojego życia. Ponad 42% badanych z wykształceniem średnim jakość swojego życia ocenia jako ani dobra ani zła. Natomiast ponad 63% badanych z wykształceniem podstawowym dobrze ocenia jakość swojego życia. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych a ich zadowoleniem z ze swojego zdrowia. Ponad 60% badanych z wykształceniem średnim jest niezadowolona z jakości swojego zdrowia. Natomiast ponad 27% badanych z wykształceniem podstawowym

przyznaje iż jest zadowolona z jakości swojego stanu zdrowia. Stwierdzono istotny związek pomiędzy zadowoleniem z jakości swojego życia ankietowanych, a zadowoleniem ze swojego zdrowia, im wyższy poziom jakości życia tym bardziej satysfakcjonujący stan zdrowia. W omawianym badaniu zaobserwowano istotną zależność pomiędzy płcią ankietowanych, a poziomem zadowolenia z życia zdecydowanie w dziedzinie socjalnej. Respondenci uzyskali w dziedzinie somatycznej wskaźnik 29,00., w psychologicznej 24,00., relacji społecznych/socjalnej 14,00. oraz w środowiskowej 38,00 [71]. Natomiast w badaniach W. Fideckiego i in. osoby przebywające w zakładach opieki długoterminowej oceniły jakość życia w domenie psychologicznej na poziomie 10,60., fizycznej 10,40., relacji społecznych 11,30. a środowiskowej 11,9. Zatem jeśli w dziedzinach występują wysokie średnie to wiąże się z wyższym poziomem zadowolenia i jakości życia [198]. Kontynuując dyskusję w ramach badań M. Rybki i in. można stwierdzić, że stan zdrowia jest znaczącym czynnikiem kształtującym jakość życia. Ocena stanu zdrowia przez badane osoby starsze kształtowała się na obniżonym poziomie, przy czym gorszej oceny dokonały kobiety w stosunku do mężczyzn. W tych wynikach potwierdzona została zależność wpływu płci na zadowolenie z życia w dziedzinie socjalnej. Znacznie lepiej ze swojego życia zadowolone były kobiety niż mężczyźni. Wykazano, że wśród pacjentów przebywających w zakładach opieki długoterminowej ocena jakości życia jest na niższym poziomie, natomiast dziedziny psychologiczna i fizyczna uzyskały najniższe wartości [71].

Pozycja, jaką zajmuje choroba w życiu osoby starszej, zależy w dużym stopniu od tego, w jaki sposób postrzega ona swoje obecne i minione życie. Oczekiwano zatem, że wystąpi związek między stopniem akceptacji choroby przez seniorów a oceną jakości życia. W świetle badań własnych zaobserwowano, że przy wyższym poziomie akceptacji choroby ogólna jakość życia, a także jej ocena w aspekcie somatycznym ($r_s = 0,55$; $p < 0,001$), psychologicznym ($r_s = 0,42$; $p < 0,001$) i socjalnym ($r_s = 0,20$; $p = 0,013$), była wyższa.

Potwierdza to badanie przeprowadzane przez G.E. Kwiatkowską w domach pomocy społecznej i wśród osób starszych zamieszkujących z rodzinami na terenie województwa lubelskiego. W badaniach badaczka zastosowała następujące metody: Skalę satysfakcji z życia, Skalę Akceptacji Choroby. Jak wynika z analiz, między stopniem akceptacji choroby a poziomem satysfakcji z życia występuje istotna statystycznie korelacja, którą można ocenić jako silną ($r_s = 0,579$, $p < 0,05$). Kierunek związku jest dodatni, co oznacza, że wysokim wartościom w skali akceptacji choroby towarzyszą

wysokie wyniki w skali satysfakcji z życia. Podobnie w badaniach własnych akceptacja choroby pozostawała w istotnym, dodatnim związku z oceną jakości życia. Różnica w poziomie satysfakcji z życia między seniorami mieszkającymi w DPS i poza nim okazała się nieistotna statystycznie ($t = -0,92, p > 0,05$). Niemniej można stwierdzić, że osoby starsze niebędące pensjonariuszami DPS odznaczają się przeciętnie nieco wyższym poziomem zadowolenia niż pozostali seniorzy. Potwierdza to badanie W. Okły [199]. Stwierdzono również, że seniorów, którzy nie mieszkają w DPS, cechuje znacząco wyższy poziom akceptacji choroby niż pensjonariuszy tego typu instytucji. Najmłodszy spośród badanych uzyskał najwyższy średni wynik w zakresie satysfakcji z życia, co sugeruje, że cechują się najwyższym poziomem satysfakcji z życia. Najniższy poziom mierzonej cechy ujawniały osoby znajdujące się w przedziale wiekowym 71–80 lat. Jedynie nieznacznie wyższe wyniki osiągnęły najstarsze badane osoby. Seniorzy z najmłodszej grupy wiekowej, odznaczali się wyższym poziomem akceptacji choroby niż pozostałe osoby starsze. Kobiety charakteryzowały się zaledwie minimalnie wyższym poziomem satysfakcji z życia niż mężczyźni. Nieco wyższą różnicę odnotowano między stopniem akceptacji choroby u kobiet i mężczyzn. Jak wynika z przeprowadzonych badań, między poziomem satysfakcji z życia a stopniem akceptacji choroby zachodzi korelacja, ale siła tego związku różni się w zależności od środowiska życia seniorów. O ile związek ten jest silny w grupie osób starszych zamieszkujących z rodzinami lub we własnych domach, o tyle wśród pensjonariuszy DPS nie odnotowano istotnej zależności. Być może w specyficznym środowisku, jakim jest DPS, na stopień akceptacji choroby wpływa wiele innych czynników, które modyfikują zależność między satysfakcją z życia a stopniem przystosowania się do choroby. Uzyskane wyniki można uznać za zgodne z rezultatami dotychczasowych badań [199, 200].

W literaturze pojawiają się opinie, że zinstytucjonalizowane środowisko DPS nie oddziałuje pozytywnie na sposób przeżywania starości. M. Garbarz i in. w toku swoich analiz wyników badań nie potwierdzili zależności między środowiskiem życia a poziomem oceny jego jakości przez seniorów. Można więc stwierdzić, że osoby starsze, niezależnie od miejsca zamieszkania, prezentują zbliżony poziom satysfakcji z życia. Każde ze środowisk wydaje się mieć swoje atuty i słabe strony. Domy pomocy społecznej często odbierane są jako miejsca, w których osoby starsze traktuje się w sposób bezduszny, a pensjonariuszom w tej zinstytucjonalizowanej rzeczywistości często towarzyszy poczucie opuszczenia przez bliskich. Nie można jednak zapominać, że osoby starsze mogą doświadczać samotności także w otoczeniu rodziny [201]. Człowiek w podeszłym wieku

jest ciężarem dla wielu młodych, dążących do sukcesu ludzi. Nieustanny pośpiech, w jakim żyje duża część osób młodych i ludzi w średnim wieku, sprawia, że seniorzy bywają pozostawiani samym sobie. W DPS-ach mogą natomiast przebywać w gronie rówieśników. Współcześnie w ramach tych instytucji mogą też uczestniczyć w rozmaitych projektach, których zadaniem jest wzbogacenie życia osób starszych [202]. W badaniach własnych prawie co 3. respondent (31,33%) deklaruje częsty udział w tego typu aktywnościach, a 6% bardzo często. Wykazano związek, że im częściej badani uczestniczyli w zajęciach terapeutycznych i imprezach organizowanych przez DPS, tym lepszą jakość życia przejawiali w obszarze psychologicznym ($r_s = 0,26$; $p=0,001$), i socjalnym ($r_s = 0,30$; $p<0,001$).

Odmienne rezultaty uzyskano, porównując poziom akceptacji choroby u osób przebywających w DPS-ach i żyjących poza murami tego rodzaju ośrodków. Okazało się, że seniorzy niebędący pensjonariuszami DPS-ów są w znacząco lepszym stopniu przystosowani do choroby, z którą się zmagają, niż ich rówieśnicy korzystający z pomocy tych placówek. Identyczne wyniki uzyskała M. Kaczmarczyk, która w ramach swoich badań porównała poziom akceptacji choroby u seniorów mieszkających w DPS-ach i domach rodzinnych. Rezultaty, jakie uzyskała, dowodzą, że osoby w podeszłym wieku, które mieszkają z rodziną, prezentują wyższy wskaźnik akceptacji choroby. W oparciu o spostrzeżenia pochodzące z danych empirycznych spodziewano się, że zarówno wiek, jak i płeć osób w podeszłym wieku będą wpływać na ich funkcjonowanie psychiczne w omawianych obszarach. Jak wynika z badań M. Kaczmarczyk, wiek nie różnicuje w sposób znaczący poziomu satysfakcji z życia oraz stopnia przystosowania się do sytuacji choroby. Dane, jakie uzyskała, wskazują jednak na pewną tendencję, która sugeruje, że osoby młodsze w nieco większym stopniu akceptują swoją chorobę i ujawniają wyższe poczucie satysfakcji z życia. Z pewnością w młodszym wieku skutki chorób i ograniczenia, jakie z nich wynikają, nie są jeszcze tak dotkliwe, jak w późniejszych latach [200].

Wyniki badań G.E Kwiatkowskiej nie potwierdzają istnienia zależności między płcią a poziomem satysfakcji z życia. Kobiety i mężczyźni wykazują podobny stopień zadowolenia z własnej egzystencji. Na podstawie wcześniejszych badań przypuszcza się, że mężczyźni i kobiety nie różnią się w zakresie poziomu przystosowania do sytuacji choroby. Niektórzy autorzy wyrażają wręcz przekonanie, że to kobiety gorzej radzą sobie w obliczu fizycznych dolegliwości niż mężczyźni. Rezultaty badań G.E Kwiatkowskiej, także nie dowodzą wyższej akceptacji choroby ujawnianej przez kobiety. Przedstawiciele

obu płci ujawniają podobny stopień przystosowania do własnych dolegliwości związanych z chorobą [1].

Interesujące wyniki zaprezentowali też inni badacze (W. Fidecki i in.), którzy przeprowadzili badanie w grupie 125 seniorów korzystających z porad przychodni na terenie Chełma. Na podstawie oceny seniorów skalą WHOQOL-Bref stwierdzono, że ogólna jakość życia kształtowała się na poziomie średniej 3,61 pkt, a ocena stanu zdrowia na poziomie 3,26 pkt. Z dziedzin składowych oceny jakości życia najwyżej badani ocenili sferę somatyczną gdzie średnia była na poziomie 63,07 pkt. Nieco niżej oceniona została dziedzina środowiskowa (średnia 58,30 pkt.) i psychologiczna (55,57 pkt.). Najniższy wynik oceny otrzymano w dziedzinie społecznej (50,39 pkt.). Analizując ocenę jakości życia w zależności od płci respondentów, stwierdzono że lepsze wyniki uzyskano w grupie kobiet. Wyniki uzyskane w tym zakresie przez innych badaczy nie są tak jednoznaczne [203]. Badania Zin i wsp. wykazały lepszy poziom jakości życia w grupie mężczyzn [204]. Natomiast w swoich badaniach Rajput i wsp. stwierdzili lepszą jakość życia mężczyzn w dziedzinie środowiskowej i społecznej, a kobiet w dziedzinie fizycznej i psychologicznej [205].

W badaniach W Fideckiego i in. osoby z przedziału wiekowego 65-74 lat dokonały oceny jakości swojego życia na najwyższym poziomie. Ogólną jakość życia ocenili na poziomie 3,92 pkt., stan zdrowia na poziomie 3,47 pkt, dziedzinę somatyczną na 71,75 pkt., środowiskową na 66,42 pkt., psychologiczną na 63,42 pkt. oraz dziedzinę społeczną na 59,67 pkt. Wykazano, że różnica w ocenie jakości życia pomiędzy badanymi grupami była istotna statystycznie we wszystkich dziedzinach składowych skali WHOQOL-BREF. Analizie poddano również ocenę jakości życia w zależności od subiektywnej oceny swojego stanu zdrowia przez seniorów. Najlepszej oceny dokonali badani deklarujący dobry stan swojego zdrowia. Ogólną jakość życia ocenili oni na poziomie średniej 4,11 pkt., a stan zdrowia na poziomie 3,70 pkt. Najniższy poziom jakości życia prezentowały osoby oceniające swoje zdrowie jako złe. W tej grupie średnia oceny ogólnej jakości życia była na poziomie 2,66 pkt., a ocena zdrowia na poziomie 2,25 pkt. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istnienie istotnej różnicy pomiędzy analizowanymi grupami. Natomiast ciekawe wyniki były w grupie najstarszej (85-94 lat). Badani z tej grupy mieli lepszą jakość życia niż osoby w wieku 75-84 lat. W wynikach naszych badań stwierdzono jednoznacznie, że samoocena stanu zdrowia wpływa na odczuwany poziom jakości życia seniorów. Zdecydowanie najlepszą jakość życia we wszystkich jej aspektach prezentowały osoby deklarujące dobry stan swojego zdrowia. Wraz z pojawiającymi się problemami

zdrowotnymi poziom jakości życia ulegał znaczącemu obniżeniu. Badana grupa seniorów oceniała ogólną jakość swojego życia na nieco wyższym poziomie niż stan swojego zdrowia. Seniorzy najwyżej ocenili jakość swojego życia w zakresie dziedziny somatycznej, a najniżej w zakresie dziedziny społecznej. Zmienne jak wiek i stan cywilny istotnie wpływały na ocenę jakości życia przez badanych. Samoocena stanu zdrowia różnicowała poziom oceny jakości życia przez badane osoby w podeszłym wieku [203]. Analizy badań własnych wykazały, że zmienne takie jak wiek i płeć zachowują istotny wkład wyjaśniający jakość życia w domenach somatycznej i psychologicznej.

Różne badania wykazały, że szereg czynników, w tym cechy społeczno-demograficzne, wsparcie społeczne, dostępność opieki zdrowotnej, środowisko domowe, środki transportu oraz czynniki fizyczne i psychologiczne są istotnie związane z jakością życia osób starszych w wielu środowiskach [206, 207, 208].

Wiele badań wskazuje na prężność jako cechę osobową, będącą predykatorem poczucia dobrego i wartościowego życia w okresie senioralnym [209]. Zasoby wewnętrzne rozumiane jako mocne strony osobowości pomagają radzić sobie z wyzwaniami i zadaniami starości, dają zdolność przekształcania i reinterpretacji wydarzeń bolesnych i trudnych [210]. Uwzględnienie prężności jako zasobu pozwala uznawać również osoby dotknięte niepełnosprawnością za ludzi dobrze się starzejących [211]. Badania pokazują, iż pomyślne starzenie się koreluje negatywnie ze stresem codziennym, natomiast pozytywnie z prężnością [212]. Podobnie ta kwestia przedstawia się w badaniach własnych, gdzie rezyliencja pełniła w badanej próbie głównie rolę zasobu psychologicznego. Można wnioskować, że rezyliencja wspiera przede wszystkim psychologiczny wymiar dobrostanu i adaptacji pensjonariuszy DPS.

W badaniu I. Sikorskiej i in. wśród 138 osób pomiędzy 60. a 100. rokiem życia ($M=72,52$; $SD= 8,82$) dokonano pomiaru prężności psychicznej przy pomocy Skali Pomiaru Prężności (SPP-25). Badania były prowadzone wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku ($N=31$), członków Centrum Aktywnego Seniora ($N = 52$) oraz pensjonariuszy Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie i Myślenicach ($N = 55$). Grupa badana była sfeminizowana, gdyż obejmowała 112 kobiet i tylko 26 mężczyzn. Wykazano, że prężność istotnie koreluje ze wszystkimi wymiarami osobowości ujętymi w Wielkiej Piątce, najsilniej z sumiennością [213, 214]. W badanej próbie korelacja między *poczuciem sensu życia* a *prężnością* jest umiarkowana ($a = .67$) i statystycznie istotna ($p < .01$). Zależność między *prężnością* a *zadowoleniem z życia* jest umiarkowana ($b=.47$) i statystycznie istotna ($p<.05$). Wynik testu Sobela ($t=4.99$, $p<.01$) wskazuje, że

prężność jest mediatorem relacji *poczucie sensu życia* a *zadowolenie z życia*. Analiza porównań wielokrotnych ujawniła natomiast, że wyniki uzyskane przez seniorów z UTW są statystycznie różne od wyników osób badanych z ZOL w obszarze *prężności psychicznej* rozumianej jako wynik ogólny SPP-25 ($p < .05$) i wszystkich jej aspektów ($p < .05$) oraz *poczucia sensu życia* rozumianego jako wynik ogólny PIL oraz w podskalach: *cel i sens życia*, *afirmacja życia*, *ocena własnego życia*, *ocena samego siebie* ($p < .05$). Analizowane wyniki I. Sikorskiej i in. wskazują, że *prężność* jest mediatorem relacji pomiędzy *poczuciem sensu życia* a *zadowoleniem z życia*. Wynik ten wydaje się o tyle istotny, że *prężność psychiczna* może być również rozumiana jako zasób kształtujący się w przebiegu życia jednostki [214]. Takie spojrzenie pozwala lepiej zrozumieć znaczenie życiowych doświadczeń osób starszych dla ich obecnej kondycji psychicznej [215]. Natomiast w badaniach własnych nie wykazano istotnych związków między rezyliencją a ogólną oceną jakości życia ($r_s = 0,13$; $p = 0,126$).

Ograniczenia badań i kierunki dalszych badań

Zrealizowany projekt badawczy nie wyczerpuje problemu dotyczącego badań nad jakością życia osób przebywających w całodobowych instytucjach pomocy społecznej. Oczywistą słabością prezentowanych badań jest subiektywna samoocena respondentów i brak możliwości weryfikacji podanych informacji. Uzyskane dane miały deklaracyjny charakter. Ograniczenie w prowadzeniu badań stanowiły trudności w dostępie do respondentów oraz do dokumentacji mieszkańca w placówce oraz dokumentacji medycznej, które pozwoliłyby zweryfikować wiarygodność podawanych informacji. Liczba respondentów ograniczona była ze względu na ich stan zdrowia, zdolności poznawcze, ubezwłasnowolnienie, brak motywacji, obawę o anonimowość udzielanych odpowiedzi. Pomimo, że domy pomocy społecznej nie są placówkami medycznymi i nie mają obowiązku stałego zatrudniania lekarzy i pielęgniarek, to muszą zapewnić dostęp do świadczeń zdrowotnych. Opiekę zdrowotną finansowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia zapewniają lekarze i pielęgniarki POZ oraz pielęgniarki opieki długoterminowej. Mieszkańcy DPS-ów mają prawo do swobodnego wyboru lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w tym lekarza POZ i pielęgniarki POZ, więc bywa że pensjonariusze są leczeni w różnych przychodniach. Dokumentacja medyczna pensjonariuszy objętych opieką przez podmioty lecznicze zgodnie z przepisami jest prowadzona i przechowywana w tych podmiotach. Zatem udostępnienie tego typu dokumentacji medycznej dla celów

naukowych możliwe jest po uzyskaniu zgody placówek medycznych. Ponadto problemy semantyczne, z funkcjonowaniem narządu wzroku, słuchu czy w obrębie dłoni często wymagały pomocy ze strony badacza w wypełnianiu kwestionariuszy. Pojawiały się problemy ze zrozumieniem trudniejszych słów, dłuższych okresów zdaniowych czy podwójnego przeczenia. Utrudniały one analizę treści pytania i dokonywanie jednoznacznej/ konkretnej odpowiedzi. Kolejnym ograniczeniem był czas realizacji badań, który odbywał się tylko w godzinach pracy kierownictwa placówki i pomiędzy stałymi elementami harmonogramu dnia mieszkańca jak: posiłki czy zajęcia terapeutyczne z udziałem pensjonariuszy.

W dalszej perspektywie badań naukowych warto poznać/zbadać szersze/inne czynniki warunkujące jakość życia i satysfakcję z życia wśród starszej populacji, co pokazałoby zapotrzebowanie na zakres opieki i programy wspierające. Dalsze perspektywy badawcze powinny uwzględniać przeprowadzenie badań w większej próbie, w różnych środowiskach bytowania oraz w dłuższej perspektywie czasowej. Dzięki temu sprawdzana byłaby dynamika zmian w jakości życia seniorów, z uwzględnieniem różnorodnych predyktorów, co może przyczynić się zarówno do uszczegółowienia modeli teoretycznych jakości życia w grupie osób starszych, jak i być pomocne w planowaniu bardziej precyzyjnych, o większej skuteczności interwencji pomocowych. Warto przeprowadzić badania w oparciu o jeszcze inne rekomendowane i standaryzowane narzędzia oceny jakości życia, prężności psychicznej czy akceptacji choroby, co umożliwiłoby podniesienie nie tylko jakości opieki senioralnej, ale również miałoby wpływ na podniesienie jakości życia osób starszych.

Wsparcie w opiece zinstytucjonalizowanej realizowane przez zespół terapeutyczny wymaga doboru różnych form i metod pracy z seniorem, a dalsze badanie w zakresie np. sprawności funkcjonalnej seniora pozwoli na dostosowanie tych form i spersonalizowanie opieki zgodnie z potrzebami seniora. W dalszych badaniach należałoby też uwzględnić korelację pomiędzy sprawnością funkcjonalną a zachowaniami zdrowotnymi seniorów. Byłoby to istotne ze względu na uzasadnienie specyfiki działań profilaktycznych podejmowanych względem seniorów w procesie starzenia się. Mogłoby to dostarczyć interesujących wniosków do pracy z seniorami zarówno w obszarze profilaktycznym, jak i terapeutycznym.

7. Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Analiza wyników jakości życia pensjonariuszy domów pomocy społecznej wskazuje na wyraźne zróżnicowanie pomiędzy domenami WHOQOL-BREF. Najwyżej oceniana była domena środowiskowa, natomiast najniżej - domena socjalna. Taki układ rezultatów sugeruje, że w badanej populacji relatywnie lepiej oceniane są aspekty związane z warunkami funkcjonowania w instytucji, podczas gdy obszar relacji społecznych i wsparcia stanowi najsłabszy wymiar subiektywnej jakości życia.
2. Akceptacja choroby okazała się jednym z kluczowych psychospołecznych uwarunkowań jakości życia mieszkańców DPS. Wyższy poziom akceptacji wiązał się z wyższą jakością życia w domenie somatycznej, psychologicznej oraz słabiej - socjalnej, a także z wyższą ogólną oceną jakości życia. Jednocześnie nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy akceptacją choroby a domeną środowiskową. Oznacza to, że akceptacja choroby wzmacnia subiektywne funkcjonowanie głównie w obszarach bezpośrednio związanych ze zdrowiem i dobrostanem psychicznym, natomiast jej wpływ nie obejmuje w równym stopniu oceny warunków środowiskowych życia w DPS.
3. Rezyliencja pełniła w badanej próbie przede wszystkim rolę zasobu psychologicznego. Najsilniejszy związek dotyczył domeny psychologicznej jakości życia, natomiast słabsze, lecz istotne związki odnotowano dla domeny somatycznej i socjalnej. Nie uzyskano natomiast istotnych zależności pomiędzy rezyliencją a ogólną oceną jakości życia, oceną zdrowia oraz domeną środowiskową. Wyniki te wskazują, że rezyliencja wspiera przede wszystkim psychologiczny wymiar dobrostanu i adaptacji, podczas gdy ocena jakości życia oraz ocena warunków środowiskowych w DPS mogą zależeć w większym stopniu od czynników zewnętrznych i zdrowotnych niż od indywidualnych zasobów osobistych.
4. Modele regresji hierarchicznej wykazały, że zarówno akceptacja choroby, jak i rezyliencja zachowują istotny, dodatni wkład wyjaśniający jakość życia w domenach somatycznej i psychologicznej, także po uwzględnieniu wieku, płci oraz obciążeń klinicznych. W domenie somatycznej silniejszym predyktorem pozostawała akceptacja choroby, natomiast w domenie psychologicznej

dominującą rolę odgrywała rezyliencja. Oznacza to, że zasoby psychospołeczne stanowią niezależne uwarunkowania jakości życia mieszkańców DPS i nie redukują się do prostego efektu wieku czy stanu zdrowia, przeciwnie, wnoszą unikatowy komponent wyjaśniający dobrostan w kluczowych obszarach funkcjonowania.

5. Czynniki kliniczne oddziaływały na jakość życia selektywnie, przede wszystkim poprzez domenę somatyczną. Większa liczba chorób przewlekłych, częstsze hospitalizacje, większe natężenie bólu przewlekłego wiązały się z niższą jakością życia w tej domenie. Ponadto w modelu regresji ból przewlekły i wiek pozostawały istotnymi predyktorami obniżenia wyniku somatycznego. W domenie psychologicznej kluczowe znaczenie miały wiek oraz upadki. Wyniki te wskazują, że w populacji DPS obciążenia somatyczne w największym stopniu determinują subiektywny wymiar zdrowia i sprawności, natomiast dobrostan psychologiczny jest bardziej wrażliwy na czynniki związane z funkcjonowaniem, bezpieczeństwem i ryzykiem zdarzeń niepożądanych (np. upadków) oraz na zaawansowanie wieku.
6. Częstszy kontakt z rodziną wiązał się przede wszystkim z rzadszym odczuwaniem samotności, bez jednoznacznego przełożenia na domeny psychologiczną i socjalną jakości życia. Z kolei częstszy udział w zajęciach terapeutycznych i wydarzeniach organizowanych przez DPS wiązał się z wyższą jakością życia w domenach psychologicznej i socjalnej oraz z wyższą rezyliencją. Okoliczności decyzji o zamieszkaniu w DPS różnicowały poziom rezyliencji oraz jakość życia w domenie psychologicznej.
7. Nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy poziomem akceptacji choroby (AIS) a rezyliencją (RS-14), co wskazuje na względną niezależność tych zasobów psychospołecznych w badanej populacji
8. Częstsze uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych i wydarzeniach DPS wiązało się również z większym zadowoleniem ze stanu zdrowia

Bibliografia

1. Kwiatkowska G. E.: Satysfakcja z życia a poziom akceptacji choroby przez osoby starsze. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia* 2018; 31(3): 313-325.
2. Krzyszkowski J.: Deinstytucjonalizacja usług dla seniorów jako element polityki senioralnej. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje* 2018; 42(3): 37-52.
3. Śliwa E.: Alienacja i osamotnienie osób starszych w relacjach społecznych. *Exlibris Social Gerontology Journal* 2020;19(2):82-98.
4. Kosiorek M.: Dom pomocy społecznej jako instytucja totalna. W: Szczepanik R., Wawrzyniak J. (red.) *Opieka i wychowanie w instytucjach wsparcia społecznego. Diagnoza i kierunki rozwoju*. Wydawnictwo AHE, Łódź 2012.
5. Wyszowska D.: Sytuacja osób starszych w Polsce w 2024 r., GUS, Urząd Statystyczny w Białymstoku. Warszawa, Białystok, grudzień 2025.
6. Okła-Drewnowicz M.: Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2024 r., Minister do spraw Polityki Senioralnej, Warszawa 2025.
7. Omyła-Rudzka M.: KOMUNIKAT Z BADAŃ. Seniorzy 2.0. 2025;121.
8. Rynkowska D.: Wsparcie społeczne osób starszych w perspektywie funkcjonowania systemu pomocy społecznej. *Polityka i Społeczeństwo* 2024;3(22):265-282.
9. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, ze zm.
10. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1214, 1302.
11. Szulz B.: Dom pomocy społecznej jako forma wsparcia i opieki nad osobami starszymi. W: Balogová B.(red.), *Elan vital v priestore medzigeneraèných vzťahov*. Univerzitná knižnica Prešovskej univerzity, 2010:284-290.
12. Jacek A., Sarnacka E., Miaskowska-Daszkiewicz K.: *Domy pomocy społecznej. Organizacja i funkcjonowanie*. Wydanie IV. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2025.
13. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.): *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
14. Bojanowska E., Uścińska G. (red.): *Wybrane zagadnienia współczesnej polityki społecznej – między nauką a praktyką*. Studia i Monografie IPiSS. Warszawa 2024.

15. Ocena zasobów pomocy społecznej w oparciu o analizę sytuacji społecznej i demograficznej województwa mazowieckiego za rok 2024. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2025.
16. Grzebalski P., Ciszek A.: Rynek opieki długoterminowej w Polsce. Departament Analiz Branżowych. Grudzień 2025.
17. Szluz K.: Pomoc osobom starszym – wybrane aspekty prawne. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia* 2020;33(1): 177-194.
18. Tobiasz-Adamczyk B.: Społeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych u kresu życia. *Gerontologia Polska* 2017; 25(4): 254-260.
19. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461z późn. zm.
20. Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2020 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej. t.j. Dz. U. 2025 poz. 1065.
21. Zięba M., Cisoń-Apanasewicz U.: The quality of life in medical sciences. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej / Long-Term CareNursing* 2017;2(3): 57-62.
22. Bojanowska E.: Jakość życia osób starszych i jej uwarunkowania – w szczególności uwzględniające działania edukacyjne. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2023.
23. Dębicka J., Mazurek E., Szalonka K.: Postrzeganie jakości życia przez osoby niepełnosprawne. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu* 2017; 483: 29-43.
24. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine* 1995;41(10):403-1409.
25. Radecka B.: Jakość życia uwarunkowana zdrowiem – znaczenie i sposoby oceny u chorych na nowotwory. *Curr. Gynecol Oncol.* 2015; 13 (3):172–179.
26. Maciejasz M., Łatkowski W., Timoszek S., Grudecka A.: Wybrane aspekty jakości życia osób 60+ w Polsce w świetle badań jakościowych. *Studia Ekonomiczne* 2015;(223):257–267.
27. Dacka M.: Czynniki warunkujące jakość życia kobiet w okresie średniej dorosłości – studium przypadku. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J. Paedagogia-Psychologia* 2021;34(2); 205-220.

28. Górnicka B.: Jakość życia. W: Weissbrot-Koziarska A., Dąbrowska-Jabłońska I. (red.) Słownik metod, technik i form pracy socjalnej, opiekuńczej i terapeutycznej. T. 3, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2014: 43–48.
29. Osika G.: Jakość życia jako wskaźnik rozwoju społecznego. Analiza mierników. Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie / Politechnika Śląska 2018;123:355-370.
30. Kata J.: Jakość życia w wymiarze społecznym– dyskurs teoretyczny. PROSOPON. Europejskie Studia Społeczno-Humanistyczne 2018; 4: 229-238.
31. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. Hygeia Public Health 2011; 46 (1):26–29.
32. Dębska U., Komorowska K.: Jakość życia w kontekście osobowościowych uwarunkowań i poczucia koherencji. Badania osób we wczesnej i średniej dorosłości. Psychologia Rozwojowa 2007; 12(4):55–63.
33. Kiełtyka A., Leja M., Lubińska-Żądło B., Kiełtyka B.: Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym ze schorzeniami przewlekłymi. Praca Socjalna 2017;5(33):81-103.
34. Wnuk M., Zielonka D., Purandare B., Kaniewski A., Klimberg A., Ulatowska–Szostak E., Palicka E., Zarzycki A., Kaminiarz E.: Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. Hygeia Public Health 2013;48:10–16.
35. Chabior A., Fabiś A., Wawrzyniak J.K.: Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2015.
36. Lada A.: Jakość życia seniorów. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J. Paedagogia-Psychologia 2018; 31(2): 331-345.
37. Zygmunt A.: Jakość życia jako kategoria socjologiczna – od teorii do badań społecznych. Przypadek Rybnika. Political Preferences 2017;(17): 215-236.
38. Gawęł-Luty E.: Wybrane konteksty jakości życia. Colloquium. 2022;14:163–173.
39. Litwińska-Rączka K.: Czynniki rodzinne (systemowe) wpływające na jakość życia i zdrowie dorosłych osób pracujących. Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio 2023;1(53): 137-143.
40. Sierakowska M.: Jakość życia w przewlekłych chorobach reumatycznych – uwarunkowania społeczne, psychologiczne i medyczne oraz metody pomiaru. Forum Reumatologiczne 2017;3(1): 5–12.
41. Światała I.: Poczucie jakości życia osób starszych a polityka społeczna w Polsce. W: Klimek M, Światała I. (red.) Współczesne kierunki i problemy polityki społecznej:

- wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2020:23-38.
42. Babicz-Zielińska E., Bartkiewicz J., Tańska M.: Jakość życia osób starszych i jej determinanty. *Żywność Nauka Technologia Jakość* 2021;28(1):51–67.
 43. Rottermund J., Knapik A., Szyszka M.: Aktywność fizyczna a jakość życia osób starszych. *Społeczeństwo i Rodzina* 2015;42:78-98.
 44. GUS. Jakość życia osób starszych w Polsce w 2020. Urząd Statystyczny w Białymstoku, Warszawa, Białystok 2021. <https://stat.gov.pl/> (dostęp: 22.11.2025 r.)
 45. Dziechciaż M., Dukacz M., Filip R.: Wybrane zdrowotne determinanty jakości życia osób w podeszłym wieku. W: Dziechciaż M., Rejman B. (red.) *Starzenie się i starość: wybrane aspekty jakości życia osób w starszym wieku*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2023:117-126.
 46. Żysko K., Kowalczyk K.: Wybrane problemy jakości życia ludzi starszych w codziennym funkcjonowaniu. W: *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny*. T. 4: praca zbiorowa 2018:430-441.
 47. Onunkwor O.F., Al-Dubai S.A.R., George P.P., Arokiasamy J., Yadav H., Barua A., Shuaibu H.O.: A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health Qual. Life Outcomes* 2016;14 (6): 1-10.
 48. Kulikowski K.: Psychologiczny i medyczny kontekst jakości życia osób z chorobami reumatycznymi. *Reumatologia* 2014; 52(3):200–206.
 49. Van Leeuwen K.M., van Loon M.S., van Nes F.A., Bosmans J.E., de Vet H.C.W., Ket J.C.F., Widdershoven G.A.M., Ostelo R.W.J.G.: What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS ONE*, 2019;14 (3): e0213263.
 50. Greenglass E., Fiksenbaum L.M., Eaton J.: The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress Coping* 2006;19(1):15-31.
 51. Aldwin CM, Park CL, Spiro III A.: Health psychology and aging: Moving to the next generation of research. In: *Handbook of Health Psychology and Aging*. Eds. C.M. Aldwin, C.L. Park, A. Spiro III. The Guilford Press, New York City 2007: 413-424.
 52. Głębocka A., Szarzyńska M.: Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontologia Polska* 2005; 13(4):255-259.

53. Straś-Romanowska M.: Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę. *Kolokwia Psychologiczne* 2005;13:261-274.
54. Mazurek M.: Modele teoretyczne. *Filozofia i Nauka: studia filozoficzne i interdyscyplinarne* 2015;3:141–157.
55. Duda M.: Współczesne modele jakości życia – analiza teoretyczna. *Edukacja – Technika – Informatyka* 2019; 27(1):79-83.
56. Suchodolska J.: Poczucie jakości życia młodych dorosłych na przykładzie społeczności akademickiej. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2017.
57. Gawęł-Luty E., Lemańczyk R.: Subiektywny i obiektywny wymiar jakości życia. *Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy* 2022;22 (15):48-62.
58. Jopp DS, Wozniak D, Damarin AK, De Feo M, Jung S, Jeswani S.: How could lay perspectives on successful aging complement scientific theory? Findings from a u.s. And a German life-span sample. *Gerontologist* 2015;55(1):91-106.
59. Kałamucka W.:Przegląd wskaźników jakości życia w systemach wskaźników społecznych, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio B* 2023;78:115-130.
60. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL rationale and current status. *Internal Journal Mental Health* 1994;23(3): 24–56.
61. Alex V, Armugham I, Bhaumik A and al.: Health Related Quality of Life (HRQoL) as Impinge of Functional Mobility Among Elderly Living in Rural and Urban Areas, Nellore, AP-Comparative Study. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences* 2022;187(2):152-156.
62. Traczyk J., Kędzia P., Skrzek A.: Jakość życia, sprawność funkcjonalna oraz występowanie ryzyka depresji u kobiet po 60 roku życia mieszkających w domach opieki społecznej i samodzielnie. *Gerontologia Polska* 2016; 24:32–39.
63. Zawadzka D., Stalmach M.: Problemy psychologiczne osób w okresie starości Cz. I Najważniejsze wyzwania i trudności. *Hygeia Public Health* 2015;2:298-304.
64. Steuden S.: Wybrane psychologiczne aspekty procesu starzenia się i starości. W: Cybulski M., Waszkiewicz N. (red.) *Psychogeriatrya*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
65. Dziedzic B., Demianiuk E.: Jakość życia osób w wieku 60 lat i więcej w aspekcie starzenia się społeczeństwa polskiego. *Gerontologia Polska* 2025; 33(1):18-23.

66. Stiglitz J.E., Sen A., Fitoussi J-P.: Błąd pomiaru. Dlaczego PKB nie wystarcza. Raport Komisji ds. Pomiaru Wydajności Ekonomicznej i Postępu Społecznego. Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Warszawa 2013.
67. Panek T.: Jakość życia. Od koncepcji do pomiaru. Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna w Warszawie, Warszawa 2016.
68. Krzysztofowicz J.: Znaki jakości życia. W: Żak P. (red.) Jakość życia. Wydawnictwo Charaktery, Kielce 2017:79-94.
69. Telka E.: Ocena jakości życia w wymiarze psychologicznym, zdrowotnym i społecznym. Nowa Medycyna 2013;4: 184-186.
70. Serafin J.: Odkrywanie codzienności ludzi starszych drogą do ich (z)rozumienia. W: Zych A., (red.) Poznać, zrozumieć, zaakceptować starość. Over Group, Łask 2012: 69-108.
71. Rybka M., Kochman D., Szalkowska A.: Assessment of the psychophysical aspect of the quality of life of patients under long-term inpatient care. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej / Long-Term CareNursing 2022;7(4):25-36.
72. Przewłocka-Alves A.: Psychologia starości w ujęciu psychoanalitycznym i perspektywy psychoterapeutyczne. Theologica Wratislaviensia 2015;10: 27-36.
73. Deng Y, Zhang K, Zhu J, Hu X, Liao R.: Healthy aging, early screening, and interventions for frailty in the elderly. BiosciTrends. 2023;17(4):252-261.
74. Gryglewska B., Piotrowicz K., Grodzicki T.:Ageing, multimorbidity and daily functioning. W: J. P. Michel, B. L. Beattie, F. C. Martin, J. D. Walston, (red.) Oxford Textbook of Geriatric Medicine. University Press, Oxford 2018: 111–116.
75. WHO, 2016. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: WHO. Dostępny w: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252275> (data dostępu: 10.11.2025 r.)
76. Head A, Fleming K, Kypridemos C, et al.: Multimorbidity: the case for prevention. J Epidemiol Community Health 2021;75:242-244.
77. Błędowski P., Grodzicki T., Mossakowska M., Zdrojewski T. (red.): PolSenior2 - Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. 1 wyd. Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021.
78. Piotrowicz K.: Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością – podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego. Gerontologia Polska 2013; 21(3): 63–72.

79. Beltz S, Gloystein S, Litschko T, Laag S, van den Berg N.: Multivariate analysis of independent determinants of ADL/IADL and quality of life in the elderly. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):894.
80. Kędziora-Kornatowska K.: Wybrane aspekty opieki medycznej w geriatric. W: MuszaliK M., Kędziora-Kornatowska K. (red.). *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
81. Krajewska-KułaK E., Cybulski M., Szczepański M.: Wybrane aspekty roli pielęgniarki w farmakoterapii osób w podeszłym wieku. W: MuszaliK M., Kędziora-Kornatowska K. (red.). *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018: 204–207.
82. Kim J, Parish AL.: Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. *Nurs Clin North Am.* 2017;52(3):457-468.
83. Zhen Z., Feng Q., Gu D.: The impacts of unmet needs for long-term care on mortality among older adults in China. *J Disabil Policy Stud.* 2015;25(4):243-251.
84. Wilkinson-Meyers L, Brown P, McLean C, Kerse N.: Met and unmet need for personal assistance among community-dwelling New Zealanders 75 years and over. *Health Soc Care Community* 2014;22(3):317-27.
85. Andrade TB de, Andrade FB de.: Unmet need for assistance with activities of daily life among older adults in Brazil. *Rev. Saúde pública* 2018;52:75.
86. Cuevas-Trisan R.: Balance Problems and Fall Risks in the Elderly. *Clin Geriatr Med.* 2019;35(2):173-183.
87. Ciorba A, Bianchini C, Scanelli G, Pala M, Zurlo A, Aimoni C.: The impact of dizziness on quality-of-life in the elderly. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2017;274(3):1245-1250.
88. Court-Brown CM, McQueen MM.: Global Forum: Fractures in the Elderly. *J Bone Joint Surg Am.* 2016;98(9):36.
89. Yoshida S, Shiraishi R, Nakayama Y, Taira Y.: Can Nutrition Contribute to a Reduction in Sarcopenia, Frailty, and Comorbidities in a Super-Aged Society? *Nutrients* 2023;15(13):2991.
90. Gaskin C, Keesman K, Rogerson M, Salmon J, Orellana L.: Aktywność fizyczna i siedzący tryb życia wśród osób starszych z chorobami niezakaźnymi. *Eur J Pub Health* 2017;27(3):187-244.

91. Gilchrist SC, Howard VJ, Akinyemiju T, Judd SE, Cushman M, Hooker SP, Diaz KM.: Association of Sedentary Behavior With Cancer Mortality in Middle-aged and Older US Adults. *JAMA Oncol.* 2020;6(8):1210–1217.
92. Min J, Chang JS, Kong ID.: Domain-specific physical activity, sedentary behavior, subjective health, and health-related quality of life among older adults. *Health Qual Life Outcomes.* 2023;21(1):52.
93. Jiang W.: Depression and Cardiovascular Disorders in the Elderly. *Psychiatr Clin North Am.* 2018;41(1):29-37.
94. Jiang W.: Depression and Cardiovascular Disorders in the Elderly. *Clin Geriatr Med.* 2020;36(2):211-219.
95. Özerkan Çakan F.: Yaşlılarda hipertansiyon [Hypertension in the elderly]. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2017;45(5):29-31.
96. Pamoukdjian F, Charniot C, Sebbane G.: Évaluation des troubles de la marche chez la personne âgée [Assessment of walking problems in the elderly person]. *Soins Gerontol.* 2017;22(128):21-23.
97. World report on vision. Geneva: WHO 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision> (data dostępu: 23.11.2025).
98. Lin FR, Thorpe R, Gordon-Salant S, Ferrucci L.: Hearing loss prevalence and risk factors among older adults in the united states. *J Gerontol A Biol Sci Med. Sci.* 2011;66(5):582–590.
99. Negahban H, Bavarsad Cheshmeh AM, Nassadj G.: Effect of hearing aids on static balance function in elderly with hearing loss. *Gait Posture.* 2017;58:126–129.
100. Terreros HG, Wipe UB, León IA, Délano RPH.: Desde la corteza auditiva a la cóclea: progresos en el sistema eferente auditivo. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2013;73(2):174–188.
101. Polku H, Mikkola TM, Gagné JP, et al.: Perceived benefit from hearing aid use and life-space mobility among community-dwelling older adults. *J Aging Health* 2018;30(3):408–420.
102. Bulğurcu S, Uçak I, Yöner A, Erkul E, Çekin E.: Hearing Aid Problems in Elderly Populations. *Ear, Nose&Throat Journal* 2019;99(5):323-326.
103. Mander BA, Winer JR, Walker MP.: Sleep and Human Aging. *Neuron* 2017;94(1):19-36.

104. Feinsilver SH.: Normal and Abnormal Sleep in the Elderly. *Clin Geriatr Med.* 2021;37(3):377-386.
105. Lubetkin EI, Jia H.: Burden of disease due to sleep duration and sleep problems in the elderly. *Sleep Health* 2018;4(2):182-187.
106. Sanchez MI, Bercik P.: Epidemiology and burden of chronic constipation. *Can J Gastroenterol.* 2011;25(B):11B-15B.
107. Crichton M, Craven D, Mackay H, Marx W, de van der Schueren M, Marshall S.: A systematic review, meta-analysis and meta-regression of the prevalence of protein-energy malnutrition: associations with geographical region and sex. *Age Ageing* 2019;48(1):38-48.
108. Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M, et al.: Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES Study. *Nutr Hosp.* 2012;27(4):1049-1059.
109. Bakker MH, Vissink A, Spoorenberg SLW, Wynia K, Visser A.: Self-reported oral health problems and the ability to organize dental care of community-dwelling elderly aged ≥ 75 years. *BMC Oral Health* 2020;20(1):185.
110. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1736-1788.
111. Didkowska J., Wojciechowska U., Czaderny K., Olasek P., Ciuba A.: Nowotwory złośliwe w Polsce 2017. Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa 2019.
112. Wyskida M., Wieczorowska-Tobis K., Chudek J.: Częstość oraz czynniki sprzyjające występowaniu niedoborów witaminy D w wieku podeszłym. *Postep. Hig. Med. Dosw.* 2017;71; 198–204.
113. Chudek J., Wieczorowska-Tobis K., Zejda J. iwsp.: The prevalence of chronic Sidney disease and its relation to socioeconomic conditions in the elderly Polish population: results from the national population-based study PolSenior. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2014;29:1073–1082.
114. Pabiś M., Kuncewicz D.: Potrzeby osób starszych w zakresie opieki zdrowotnej - konteksty. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2016;15:53–59.
115. GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060 <https://stat.gov.pl/> (data dostępu: 26.11.2025 r.).

116. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T.: Wymiary jakości życia w podeszłym wieku, *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 4: 465–469.
117. Łój G.: Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku. *Gerontologia Polska* 2016;4:153–157.
118. Pasik M.: Wyznaczniki jakości życia u osób w wieku emerytalnym. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica* 2005; 9; 65–79.
119. Bień B.: Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku. W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A.(red.) *Geriatra z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów.* Wydawnictwo Via Medica Gdańsk, 2006:42–46.
120. Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J.A. (red.): *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
121. Syrek E.: *Zdrowie i wychowanie a jakość życia: perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze.* Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2008.
122. Pinkas J., Gujski M., Humeniuk E., et al.: State of Health and Quality of Life of Women at Advanced Age. *Med. Sci Monit.* 2016;22:3095-3105.
123. Cybulski M., Krajewska-Kułak E.: *Opieka nad osobami starszymi przewodnik dla zespołu terapeutycznego.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
124. Motow I., Pełka A.: Niepełnosprawność a jakość życia. Związek przyczynowo-skutkowy w narracjach osób niepełnosprawnych. W: Klimek M., Światała I. (red.) *Współczesne kierunki i problemy polityki społecznej: wybrane zagadnienia.* Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2020:61 -82.
125. Janiszewska A.: Obraz starości demograficznej w krajach UE a stan zdrowia jej mieszkańców. *Space–Society– Economy* 2015;14:25-48.
126. Kupcewicz E., Wróblewska T., Wołosewicz I., Kędzia A.: Jakość życia osób mieszkających w domu pomocy społecznej i środowisku domowym. W: Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J. (red.). *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny. Tom 1.* Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2015: 244–259.
127. Trafiałek E.: Rodzina jako obszar aktywności i źródło wsparcia w aktywnym starzeniu się. W: Szukalski P., Szatur-Jaworska B. (red): *Aktywne starzenie się. Przeciwdziałanie barierom.* Wyd. UŁ, Łódź 2014:152-163.
128. Cherchowska J.: Mój drugi dom... – jakość życia w domu pomocy społecznej z perspektywy seniorów. *Praca Socjalna* 2017;1(32): 123–135.

129. Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność <http://www.monitorpolski.gov.pl/mp/2018/1169/M2018000116901.pdf> (data dostępu: 29.11.2025 r.)
130. Ten Bruggencate T, Luijkx KG, Sturm J.: To Meet, to Matter, and to Have Fun: The Development, Implementation, and Evaluation of an Intervention to Fulfil the Social Needs of Older People. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(13):2307.
131. Augustyn E., Grochowska A., Łabuzek M., Mika M.: Psychological aspects of the quality of life of patients in long-term inpatient care. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej / Long-Term CareNursing* 2020;5(3):175-190.
132. Wojtczak D.: Ludzie starzy i starość w polityce. *Praca Socjalna* 2005;20(2): 25.
133. Kliszcz J.: Psychologia potrzeb osób starszych. Potrzeby psychospołeczne po 65. roku życia. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2019.
134. Białożył-Wielonek K.: Wyzwania gerontologicznej pracy socjalnej w Polsce: przegląd zagadnień. W: Wysokiński M., Sienkiewicz Z., Fidecki W., Dziedzic B. (red.): Współczesne wyzwania opieki nad seniorem. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2020: 7–21.
135. Żyta A., Bartnikowska U.: Inkluzja, marginalizacja, wykluczenie a niepełnosprawność – refleksje i dylematy. W: Bartnikowska U., Żyta A., Przybyliński S. (red.) *Inkluzja – marginalizacja – wykluczenie a jakość życia osób z niepełnosprawnością. Wyzwania współczesności.* Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Olsztyn 2016:15–22.
136. Yanguas J, Pinazo-Henandis S, Tarazona-Santabalbina FJ.: The complexity of loneliness. *Acta Biomed.* 2018;89(2):302-314.
137. Główny Urząd Statystyczny, Jakość życia osób starszych w Polsce, Warszawa 2020. <https://stat.gov.pl/> (data dostępu:27.11.2025 r.)
138. Freedman VA, Spillman BC.: Disability and care needs among older Americans. *Milbank Q.* 2014;92(3):509-541.
139. Pikula N.G.: Aktywność społeczno-edukacyjna jako czynnik zmiany i rozwoju osób starszych. *Praca Socjalna* 2021; 36(3): 127–141.
140. Abekah-Carter K, Awuviry-Newton K, Oti GO, Umar AR.: The unmet needs of older people in Nsawam, Ghana. *Health Soc Care Community* 2022;30(6):4311-4320.

141. Talarska D., Kropińska S., Strugała M., Szewczyczak M., Tobis S., Wieczorowska-Tobis K.: The most common factors hindering the independent functioning of the elderly at home by age and sex. *Eur Rev Med. Pharmacol Sci.* 2017;21(4):775-785.
142. Yermukhanova L, Kimatova K, Suwalska A, et al.: Characteristics of the needs of older people in Kazakhstan: a cross-sectional multicentre study. *Front Public Health* 2025;13:1702417.
143. Kingston A, Comas-Herrera A, Jagger C.: Forecasting the care needs of the older population in England over the next 20 years: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) modelling study. *Lancet Public Health* 2018;3(9):447–455.
144. Abdi S, Spann A, Borilovic J, de Witte L, Hawley M.: Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatr.* 2019 Jul 22;19(1):195. Erratum in: *BMC Geriatr.* 2020 Jan 22;20(1):23.
145. Huang J, Qian X, Choi EPH, Chau PH.: The Consequences of Unmet Needs for Assistance With Daily Life Activities Among Older Adults: A Systematic Review. *Med. Care Res Rev.* 2024;81(4):295-310.
146. Qiao Y, Chen S, Tan J, et al.: Health-related quality of life and unmet care needs among older adults in Medical and Nursing Care Integrated Institutions. *Geriatr Nurs.* 2025;64:103403.
147. Wilkinson-Meyers L, Brown P, McLean C, Kerse N.: Met and unmet need for personal assistance among community-dwelling New Zealanders 75 years and over. *Health Soc Care Community* 2014;22(3):317-327.
148. Andrade TB de, Andrade FB de.: Unmet need for assistance with activities of daily life among older adults in Brazil. *Rev. Saúde pública* 2018;52:75.
149. Apak E, Artan T, Ozucelik DN.: Evaluation of bio-psycho-social and socio-cultural problems of Syrian elderly living in Turkey. *Int J Soc Psychiatry* 2023;69(2):454-466.
150. Pobrotyn P, Susło R, Witczak IT, Rypicz Ł, Drobnik J.: An analysis of the costs of treating aged patients in a large clinical hospital in Poland under the pressure of recent demographic trends. *Arch Med. Sci* 2020;16: 666-71.
151. Wierucki Ł., Kujawska-Danecka H., Mossakowska M. et al.: Health status and its socio-economic covariates in the older population in Poland - the assumptions and

- methods of the nationwide, cross-sectional PolSenior2 survey. *Arch Med. Sci.* 2020;18(1):92-102.
152. Dziendziura M.: Starość jako etap życia i jego potrzeby. *Studia Edukacyjne* 2024;75:177-193.
 153. Brzezińska A.I.: Charakterystyka procesu starzenia się – aspekt psychologiczny. W: Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.) *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
 154. Drageset J, Eide G, Furnes B, Hauge S.: Loneliness, loss, and social support among cognitively intact older people with cancer, living in nursing homes-a mixed-methods study. *Clin Interv Ageing* 2015;10:1529-1536.
 155. Szatur-Jaworska B.: Jakość życia w fazie starości – próba diagnozy. W: Halicka M., Halicki J. (red.) *Wydawnictwo Zostawić ślad na ziemi, Uniwersytet w Białymstoku, Białystok* 2006; 303–316.
 156. Brooks SE, Burruss SK, Mukherjee K.: Suicide in the Elderly: A Multidisciplinary Approach to Prevention. *Clin Geriatr Med.* 2019;35(1):133-145.
 157. Chazot-Balcon M, Chevalier C, Bouchard JP. La dépression de la personne âgée [Depression of the elderly]. *RevInfirm.* 2023;72(290):26-28.
 158. Parnowski T.(red.): *Depresje w wieku podeszłym. Przyczyny, diagnoza, leczenie.* MedicalEducation, Warszawa 2016.
 159. Jarosz M.: Psychologiczny wymiar starości. <https://rob.uksw.edu.pl/wp-content/uploads/2023/12/ekspertyza-11-21-12-1.pdf> (data dostępu: 05.11.2025 r.).
 160. Müller A, Lachmann G, Wolf A, Mörgeli R, Weiss B, Spies C.: Peri- and postoperative cognitive and consecutive functional problems of elderly patients. *Curr Opin Crit Care* 2016;22(4):406-411.
 161. Berger M, Nadler JW, Browndyke J. et al.: Postoperative Cognitive Dysfunction: Minding the Gaps in Our Knowledge of a Common Postoperative Complication in the Elderly. *Anesthesiol Clin.* 2015;33(3):517-550.
 162. WHO, 2019. Dementia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (data dostępu: 05.11.2025 r.)
 163. Rejman K., Rejman B.: Negatywne zjawiska społeczne i ich wpływ na jakość życia osób w wieku senioralnym wieku. W: Dziechciaż M., Rejman B. (red.), *Starzenie się i starość: wybrane aspekty jakości życia osób w starszym wieku*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2023:23-37.

164. Bosacka M., Bączyk G., Ulatowska A.: Aspekty psychospołeczne życia osób w wieku podeszłym a możliwości opieki. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016;3(61):439-447.
165. Haagsma, JA, Olij, BF, Majdan M. et al.: Falls in older aged adults in 22 European countries: incidence, mortality and burden of disease from 1990 to 2017. *Injury Prevention: Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention* 2020; 26(1):67–74.
166. Gnacińska-Szymańska M., Dardzińska J.A., Majkiewicz M., Małgorzewicz S.: Ocena jakości życia osób z nadmierną masą ciała za pomocą formularza WHOQOL-BREF. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2012;8(4) :136-142.
167. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Probl Hig Epidemiol.* 2012;93(4): 632-638.
168. Damush TM, Stump T, Clark DO.: Body-mass index and 4-year change in health-related quality of life. *J. Aging Health* 2002; 14:195–210.
169. Wołowicka L., Jaracz K.: Wersja polska WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. W: Wołowicka L. (red.) *Jakość Życia w Naukach Medycznych*. Wydawnictwo Uczelniane AM Poznań; Poznań 2001: 235–280.
170. Kukielczak A.: Rozwój zainteresowania w naukach medycznych badaniami nad jakością życia. *Przegląd Epidemiologiczny* 2012;66(3):540–541.
171. Jaracz K., Kalfoss M., Górna K., Bączyk G.: Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2006;20(3):251-260.
172. https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/polish_whoqol-bref71589543-d0e3-40cd-8e0a-cd171454a339 (data dostępu: 13.07.2025 r.)
173. Shawver Z, Griffith JD, Adams LT, Evans JV, Benchoff B, & Sargent R.: An examination of the WHOQOL-BREF using four popular data collection methods. *Computers in Human Behavior* 2016;55:446-454.
174. Felton BJ, Revenson TA.: Coping with chronic illness: a study of illness control lability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol.* 1984; 52: 343–353.
175. Mazurek J., Lurbiecki J.: Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2014;36:106–108.

176. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001:171-174.
177. Jedynak T., Kurpas D., Kusz J., Mroczek B.: Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów. *Family Medicine&Primary Care Review* 2012;14(3): 396-398.
178. Kowalska J., Wolny K., Kobylańska M., Wójcik B.: Stopień akceptacji choroby a stan funkcjonalny pacjentów starszych przebywających w ośrodku rehabilitacyjnym. *Geriatrics* 2015; 9: 3-9.
179. Wysokiński M., Fidecki W., Gawlik I.A., Wrońska I., Kulina D., Kuszplak K., Przyłępa K.: Akceptacja choroby a wydolność funkcjonalna pacjentów geriatrycznych hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych. *Geriatrics* 2019;13(4): 211–218.
180. Moczydłowska A., Krajewska-Kułak E., Kózka M., Bielski K.: The degree of disease acceptance by patients from non-surgical and surgical wards. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing* 2014;8(2):62-70.
181. Piotrkowska R., Jarzynkowski P., Król M., Terech-Skóra S.: Impact of selected factors on the level of disease acceptance in patients with peripheral artery disease. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing* 2020;14(4):164-169.
182. <https://www.practest.com.pl/sklep/test/AIS> (data dostępu: 19.07.2025 r.)
183. Kulawska E.: Poziom i korelaty prężności psychicznej studentów wczesnej edukacji w wybranych uczelniach w Polsce. *Forum Pedagogiczne* 2020;10(1):111-128.
184. Wagnild GM.: The Resilience Scale user's guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14). Worden, MT: The Resilience Center 2010.
185. Franczok-Kuczmowska A.: Badanie odporności psychicznej u osób dorosłych. *Psychologia Rozwojowa* 2022;2: 9-26.
186. Surzykiewicz J., Konaszewski K., Wagnild G.: Polish Version of the Resilience Scale (RS-14): A Validity and Reliability Study in -ree Samples. *Frontiers in Psychology* 2019; 9: 2762.

187. Windle G., Bennett K.M., Noyes J.: A methodological review of resilience measurement scales, *Health Qual Life Outcomes* 2011, 9:1-8.
188. Cosco TD, Kaushal A, Richards M, Kuh D, Stafford M.: Resilience measurement in later life: a systematic review and psychometric analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2016;14:16.
189. Mirošević Š., Klemenc-Ketiš Z., Selič P.: The 14-item Resilience scale as a potential screening tool for depression/anxiety and quality of life assessment: a systematic review of current research. *Fam Pract.* 2019;36(3):262-268.
190. https://www.researchgate.net/publication/332440460_Resilience_Scale_14_RS-14_polska_adaptacja_J_Surzykiewicz_K_Konaszewski_i_G_Wagnild (data dostępu: 14.07.2025 r.)
191. Tobiasz-Adamczyk B.: Jakość życia. W: Błędowski P., Grodzicki T., Mossakowska M., Zdrojewski T. (red.). *PolSenior2, Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, Gdańsk 2021: 998-1006.
192. Nowak-Kapusta Z., Durmała J., Bąk E., Cieślik A., Franek G.: A. Jakość życia osób starszych przebywających w domach pomocy społecznej. *Pedagogika Społeczna* 2018;17(3):149-166.
193. Burzyńska M., Pikała M., Kondak K., Maniecka-Bryła I.: Jakość życia osób starszych korzystających z pomocy instytucjonalnej. *Folia Oeconomica Acta Universitas Lodzensis* 2017;3(329):131–145.
194. Kurowska K., Kajut A.: Samoocena jakości życia osób starszych na przykładzie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). *Psychogeriatrya Polska* 2011;8(2):55–62.
195. Talaga S., Dyrz M., Lubińska-Żądło B., Kiełtyka A.: Jakość życia osób starszych uczestniczących w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku. *Studia SocialiaCracoviensia* 2018;1(18):73-89.
196. Zielińska-Więczkowska H.: Poczucie koherencji a występowanie stanów depresyjnych u słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wiek. *Psychogeriatrya Polska* 2009;6 (3):141–146.
197. Gajewska O., Bryła M., Maniecka-Bryła I.: Samoocena stanu zdrowia uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wiek. *Hygeia Public Health* 2012;47(4):453–459.

198. Fidecki W., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K., Wysokiński M., Kulina D., Wadas T., Augustowska-Kruszyńska K.: Jakość życia związana ze stanem zdrowia osób w podeszłym wieku objętych opieką długoterminową. *Gerontologia Polska* 2015;1:24-28.
199. Okła W.: Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych w rodzinach własnych i domach opieki społecznej. W: Steuden S., Marczuk M. (red.). *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Wyd. KUL, Lublin 2006.
200. Kaczmarczyk M.: Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach. *Studia Medyczne* 2008;12:29-33.
201. Halicka M.: Rodzina – czynnik warunkujący satysfakcję życiową w starości. *Annales UMCS. Sectio D* 2004;59(2).
202. Garbarz M., Wierzchańska M.: Wychowanie do starości jako element edukacji permanentnej. *Zamojskie Studia i Materiały. Seria: Pedagogika* 2011;13(1).
203. Fidecki W, Wysokiński M, Lytvyniuk M. i in.: Wybrane aspekty jakości życia seniorów. *Gerontologia Polska* 2024;32:254–259.
204. Zin PE, Saw YM, Saw TN, Cho SM, Hlaing SS, Noe MTN, et al.: Assessment of quality of life among elderly in urban and peri-urban areas, Yangon Region, Myanmar. *PLoS ONE*. 2020;15(10):e0241211.
205. Rajput M, Pinki, Shiba, Kumar S, Ranjan R.: Determinants of quality of life of geriatric population in rural block of Haryana. *J Family Med. Prim Care* 2022;11:5103-9.
206. Jalali-Farahani S, Amiri P, Karimi M, Vahedi-Notash G, Amirshakari G, Azizi F.: Perceived social support and health-related quality of life (HRQoL) in tehranian adults: Tehran lipid and glucose study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2018;16(1):90.
207. Jung S, Seung-Mi L, David S, Hyun T, Dong-Churl S.: The association of socioeconomic and clinical characteristics with health-related quality of life in patients with psoriasis: A cross-sectional study. *HealthQual Life Out*, 2018; 16(1):180.
208. Talarska D, Tobis S, Kotkowiak M, Strugała M, Stanisławska J, Wieczorowska-Tobis K.: Determinants of quality of life and the need for support for the elderly with good physical and mental functioning. *Med. Sci. Monitor* 2018;24:1604-1613.

209. Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, Vahia IV, Glorioso DK, Martin AS.et al.: Association between older age and more successful aging: Critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry* 2013;170(2):188–196.
210. Ryff C, Singer B.: Know thyself and become what you are: An eudiamonic approach to psychological wellbeing. *Journal of Happiness Studies* 2008;9:13–39.
211. Hochhalter AK, Smith ML, Ory MG.: Successful aging and resilience: Applications for public health and health care. W: Resnick B, Gwyther LP, Roberto KA.(eds.). *Resilience in Aging: Concepts, Research, and Outcomes* NY: Springer, New York 2011:15-29.
212. Byun RN, Jung RN.: The influence of daily stress and resilience on successful ageing. *International Nursing Review* 2016;63(3):482–489.
213. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: Skala pomiaru prężności–SPP-25. *Nowiny Psychologiczne* 2008;3:39–56.
214. Sikorska I., Lipp N., Stadtmuller K., Mostowik J.: Szczęśliwe życie w okresie późnej dorosłości. Znaczenie motywu indywidualnego. *Psychologia Rozwojowa* 2019;24(1):29-42.
215. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD.: Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology* 2011;7:511–535.

Spis tabel

Tabela 1. Charakterystyka próby (N = 150)	69
Tabela 2. Podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka	73
Tabela 3. Korelacje ρ Spearmana między akceptacją choroby a jakością życia mieszkańców DPS	78
Tabela 4. Korelacje ρ Spearmana między rezyliencją a jakością życia mieszkańców DPS	79
Tabela 5. Podsumowanie testów diagnostycznych modelu regresji wyjaśniającej poziom jakości życia w domenie somatycznej	80
Tabela 6. Współczynniki hierarchicznej regresji liniowej dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie somatycznej	82
Tabela 7. Podsumowanie testów diagnostycznych modelu regresji wyjaśniającej poziom jakości życia w domenie psychologicznej	83
Tabela 8. Współczynniki hierarchicznej regresji liniowej dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie psychologicznej	85
Tabela 9. Korelacje między oceną stanu somatycznego a jakością życia mieszkańców DPS	86
Tabela 10. Korelacje Spearmana między częstością kontaktu z rodziną i oceną roli rodziny w życiu mieszkańców DPS a oceną jakości życia i odczuwaną samotnością	87
Tabela 11. Korelacje Spearmana między częstością uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych i imprezach organizowanych przez DPS a jakością życia i poziomem rezyliencji	88
Tabela 12. Porównanie jakości życia oraz rezyliencji w zależności od stopnia decyzyjności dotyczącego zamieszkania w DPS	89

Spis wykresów

Wykres 1. Histogram oceny ogólnej jakości życia	73
Wykres 2. Histogram oceny zadowolenia ze swojego zdrowia.....	74
Wykres 3. Histogram oceny jakości życia w domenie somatycznej	74
Wykres 4. Histogram oceny jakości życia w domenie psychologicznej	75
Wykres 5. Histogram oceny jakości życia w domenie socjalnej	75
Wykres 6. Histogram oceny jakości życia w domenie środowiskowej	76
Wykres 7. Histogram poziomu akceptacji choroby	76
Wykres 8. Histogram poziomu rezyliencji	77
Wykres 9. Wykres rozrzutu reszt standaryzowanych z wartościami przewidywanymi	80
Wykres 10. Histogram rozkładu reszt standaryzowanych dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie somatycznej	81
Wykres 11. Wykres Q-Q dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie somatycznej	81
Wykres 12. Wykres rozrzutu reszt standaryzowanych z wartościami przewidywanymi	83
Wykres 13. Histogram reszt standaryzowanych dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie psychologicznej	84
Wykres 14. Wykres Q-Q dla modelu wyjaśniającego jakość życia w domenie psychologicznej	84
Wykres 15. Porównanie ocen ogólnej jakości życia ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS.....	91
Wykres 16. Porównanie ocen zadowolenia ze swojego życia ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS	92
Wykres 17. Porównanie ocen jakości życia w domenie somatycznej ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS	92
Wykres 18. Porównanie ocen jakości życia w domenie psychologicznej ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS	93
Wykres 19. Porównanie ocen jakości życia w domenie socjalnej ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS	93
Wykres 20. Porównanie ocen jakości życia w domenie środowiskowej ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS	94

Wykres 21. Porównanie poziomu rezyliencji ze względu na decyzję w sprawie zamieszkania w DPS.....	94
---	----

Aneks

Załącznik nr 1. Zgody dyrektorów DPS-ów na przeprowadzenie badań

mgr piel. Aneta Dmowska-Pycka
asystent
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Nauk Stosowanych Mazovia
Tel. 691 999 401

P. A. Mikrut
Plan o ewentualne badania
użytkowane plany
Siedlce, dnia 15.07.2025 r.
KANCELARIA
Dom Pomocy Społecznej
„SYRENA”
Wpłynęło dnia 2025-07-12
L. cz. 156
Termin X-XI br.
do egzekucji pod koniec miesiąca
Termin + PS
możesz wytypować
niektórych
kierownik
z wyłączeniem
wsp

Szanowna Pani
Małgorzata Słomian
Dyrektor
Domu Pomocy Społecznej
„Syrena” w Warszawie

Szanowna Pani Dyrektor,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań wśród mieszkańców DPS w ramach pracy doktorskiej pt.: *Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej*. Temat rozprawy został zatwierdzony przez Radę Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (uchwała w załączniku).

Planowany czas realizacji badania to wrzesień - październik 2025 r.

Opiekunem naukowym pracy doktorskiej jest dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM.

Celem badania jest lepsze zrozumienie czynników wpływających na codzienne funkcjonowanie i samopoczucie osób mieszkających w DPS. Planowane badanie będzie nieinwazyjne i przekrojowe, wykonane w oparciu o standaryzowane narzędzia badawcze (Skala Akceptacji Choroby, Kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF, Skala rezyliencji - RES -14) oraz autorski kwestionariusz ankiety, które załączam do pisma. Wymienione wyżej kwestionariusze zostaną udostępnione pensjonariuszom w formie papierowej bezpośrednio przeze mnie. Zebrane dane będą przetwarzane wyłącznie w celach naukowych, zgodnie z zasadami ochrony danych osobowych (RODO). Udział pensjonariuszy w badaniu jest anonimowy i dobrowolny.

Liczę na zrozumienie potrzeby prowadzenia badań i na życzliwość z Pani strony.

KIEROWNIK
Zakładu Pielęgniarstwa Geriatrycznego
dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski

Z wyrazami szacunku
Aneta Dmowska-Pycka

Wyrażamy zgodę na
przeprowadzenie ankiet z mieszkańcami
DPS „SYRENA”

KIEROWNIK
Zakładu Opiekunczo-Terapeutycznego
MP
Agnieszka Mikrut

Siedlce, dnia 12.08.2025 r.

mgr piel. Aneta Dmowska-Pycka
asystent
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Nauk Stosowanych Mazovia
nr tel. 691 999 401

Pani
Monika Banasiak
Dyrektor
Domu Pomocy Społecznej „Chemicz”
w Warszawie

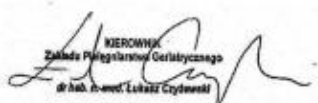
Szanowna Pani Dyrektor,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań wśród mieszkańców DPS w ramach pracy doktorskiej pt.: *Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej*. Temat rozprawy został zatwierdzony przez Radę Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (uchwała w załączniku).

Opiekunem naukowym pracy doktorskiej jest dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM.

Celem badania jest lepsze zrozumienie czynników wpływających na codzienne funkcjonowanie i samopoczucie osób mieszkających w DPS. Planowane badanie będzie nieinwazyjne i przekrojowe, wykonane w oparciu o standaryzowane narzędzia badawcze (Skala Akceptacji Choroby, Kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF, Skala rezyliencji - RES -14) oraz autorski kwestionariusz ankiety, które załączam do pisma. Wymienione wyżej kwestionariusze zostaną udostępnione pensjonariuszom w formie papierowej bezpośrednio przeze mnie. Zebrane dane będą przetwarzane wyłącznie w celach naukowych, zgodnie z zasadami ochrony danych osobowych (RODO). Udział pensjonariuszy w badaniu jest anonimowy i dobrowolny.

Liczę na zrozumienie potrzeby prowadzenia badań i na życzliwość z Pani strony.


KIEROWNIK
Zakładu Pielęgniarstwa Geriatrycznego
dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski

Z wyrazami szacunku
Aneta Dmowska-Pycka

Wyrazem wdzięczności

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
"CHEMIK"

Monika Banasiak

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
"CHEMIK"
02-121 Warszawa, ul. Korotyńskiego 10
tel./fax: 22 823 50 12

Siedlce, dnia 15.07.2025 r.

mgr piel. Aneta Dmowska-Pycka
asystent
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Nauk Stosowanych Mazovia

Szanowna Pani
Maria Wierzejska
Dyrektor
Domu Pomocy Społecznej
„Dom nad stawami”
w Siedlcach

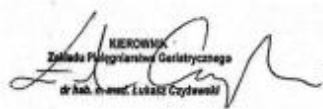
Szanowna Pani Dyrektor,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań wśród mieszkańców DPS w ramach pracy doktorskiej pt.: *Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej*. Temat rozprawy został zatwierdzony przez Radę Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (uchwała w załączniku).

Opiekunem naukowym pracy doktorskiej jest dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM.

Celem badania jest lepsze zrozumienie czynników wpływających na codzienne funkcjonowanie i samopoczucie osób mieszkających w DPS. Planowane badanie będzie nieinwazyjne i przekrojowe, wykonane w oparciu o standaryzowane narzędzia badawcze (Skala Akceptacji Choroby, Kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF, Skala rezyliencji - RES -14) oraz autorski kwestionariusz ankiety, które załączam do pisma. Wymienione wyżej kwestionariusze zostaną udostępnione pensjonariuszom w formie papierowej bezpośrednio przeze mnie. Zebrane dane będą przetwarzane wyłącznie w celach naukowych, zgodnie z zasadami ochrony danych osobowych (RODO). Udział pensjonariuszy w badaniu jest anonimowy i dobrowolny.

Liczę na zrozumienie potrzeby prowadzenia badań i na życzliwość z Pani strony.


KIEROWNIK
Zakładu Pielęgniarstwa Geriatrycznego
dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski

Z wyrazami szacunku
Aneta Dmowska-Pycka

Wyrażam zgodę
21.07.2025 r.
DYREKTOR
Maria Wierzejska

.... Dom nad stawami
DOM POMOCY SPOŁECZNEJ w SIEDLCACH
08-110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 32
REG: 711689830 NIP 821-22-14-945
tel. 25 / 794-31-41, fax 25 / 794-31-49
(+1)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ ŚW. JÓZEFA

✉ Mienia ul. Księżnej Anny Mazowieckiej 138, 05-319 Cegłów; ☎ (025) 757 02 03; ☎ (025) 757 09 38; 📧 dps_mienia@post.pl; 🌐 www.dpsmienia.home.pl

DO-T.072.7.2025

Mienia, 23.07.2025 roku

Szanowna Pani

Aneta Dmowska-Pycka

Asystent

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu

Akademia Nauk Stosowanych Mazovia

W odpowiedzi na pismo z dnia 15.07.2025 roku wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań w ramach pracy doktorskiej pt. *Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej*, wśród mieszkańców Domu Pomocy Społecznej św. Józefa w Mieni. Badania będą przeprowadzane dobrowolnie, za zgodą mieszkańców. Koordynację będzie sprawował kierownik działu opiekuńczo-terapeutycznego Pani Jolanta Broda.

Z poważaniem

2. DYREKTOR
Działu Pomocy Społecznej
św. Józefa w Mieni
Jolanta Dylińska

Sporządziła: Jolanta Broda Kierownik Działu Opiekuńczo-Terapeutycznego, tel. (25) 757 02 03 wew.108

Siedlce, dnia 16.07.2025 r.

mgr piel. Aneta Dmowska-Pycka
asystent
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Nauk Stosowanych Mazovia

Szanowna Pani
Inga de Abgaro Zachariasiewicz
Dyrektor
Domu Pomocy Społecznej „Wrzos”
w Otwocku

Szanowna Pani Dyrektor,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań wśród mieszkańców DPS w ramach pracy doktorskiej pt.: *Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej*. Temat rozprawy został zatwierdzony przez Radę Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (uchwała w załączniku).

Opiekunem naukowym pracy doktorskiej jest dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM.

Celem badania jest lepsze zrozumienie czynników wpływających na codzienne funkcjonowanie i samopoczucie osób mieszkających w DPS. Planowane badanie będzie nieinwazyjne i przekrojowe, wykonane w oparciu o standaryzowane narzędzia badawcze (Skala Akceptacji Choroby, Kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF, Skala rezyliencji - RES -14) oraz autorski kwestionariusz ankiety, które załączam do pisma. Wymienione wyżej kwestionariusze zostaną udostępnione pensjonariuszom w formie papierowej bezpośrednio przeze mnie. Zebrane dane będą przetwarzane wyłącznie w celach naukowych, zgodnie z zasadami ochrony danych osobowych (RODO). Udział pensjonariuszy w badaniu jest anonimowy i dobrowolny.

Liczę na zrozumienie potrzeby prowadzenia badań i na życzliwość z Pani strony.

Z wyrazami szacunku

Aneta Dmowska-Pycka


KIEROWNIK
Zakładu Pielęgniarstwa Geriatrycznego
dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski

Zgodę

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej "WRZOS"
Inga de Abgaro Zachariasiewicz

Siedlce, dnia 28.08.2025 r.

mgr piel. Aneta Dmowska-Pycka
asystent
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Nauk Stosowanych Mazovia

Szanowna Pani
Grażyna Maleszewska
Kierownik
Samorządowego Domu Pomocy Społecznej
w Starych Lipkach

Szanowna Pani Kierownik,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań wśród mieszkańców DPS w ramach pracy doktorskiej pt.: *Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej*. Temat rozprawy został zatwierdzony przez Radę Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (uchwała w załączniku).

Opiekunem naukowym pracy doktorskiej jest dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM.

Celem badania jest lepsze zrozumienie czynników wpływających na codzienne funkcjonowanie i samopoczucie osób mieszkających w DPS. Planowane badanie będzie nieinwazyjne i przekrojowe, wykonane w oparciu o standaryzowane narzędzia badawcze (Skala Akceptacji Choroby, Kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF, Skala rezyliencji - RES -14) oraz autorski kwestionariusz ankiety, które załączam do pisma. Wymienione wyżej kwestionariusze zostaną udostępnione pensjonariuszom w formie papierowej bezpośrednio przeze mnie. Zebrane dane będą przetwarzane wyłącznie w celach naukowych, zgodnie z zasadami ochrony danych osobowych (RODO). Udział pensjonariuszy w badaniu jest anonimowy i dobrowolny.

Liczę na zrozumienie potrzeby prowadzenia badań i na życzliwość z Pani strony.


KIEROWNIK
Zakładu Pielęgniarstwa Geriatrycznego
dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski

*2 wyrażami szacunku
Aneta Dmowska-Pycka*



**Komisja Bioetyczna
przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym**

Tel.: 022/ 57 - 20 -303
Fax: 022/ 57 - 20 -165

ul. Żwirki i Wigury nr 61
02-091 Warszawa

e-mail: komisja.bioetyczna@wum.edu.pl
www.komisja-bioetyczna.wum.edu.pl

AKBE/ 256 / 2025

Warszawa, dnia 08.09.2025

Dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski
Zakład Pielęgniarstwa Geriatrycznego
ul. Oczerki 4
02 – 007 Warszawa

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że Komisja Bioetyczna przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym w dniu 08 września 2025r. przyjęła do wiadomości informację na temat badania pt. „Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej.”
Wyżej wymienione badanie jest zgodne z zasadami etyki badań naukowych.

Przewodnicząca Komisji Bioetycznej


Prof. dr hab. n. med. Magdalena Kuźma –Kozakiewicz

WHOQOL-BREF
SKRÓCONA WERSJA ANKIETY OCENIAJĄCEJ JAKOŚĆ ŻYCIA

Instrukcja:

Poniższy kwestionariusz dotyczy tego, co myślisz o jakości swojego życia, zdrowia i o innych dziedzinach życia.

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania. Jeśli nie masz pewności, jakiej odpowiedzi udzielić, wybierz tę, która wydaje Ci się najbardziej odpowiednia. Często może to być Twoja pierwsza odpowiedź.

Proszę, miej na uwadze swój poziom życia, nadzieje, przyjemności i troski. Prosimy pomyśl o swoim życiu **w ciągu ostatnich 2 tygodni**.

Przykład:

Czy otrzymujesz takie wsparcie od innych, jakiego potrzebujesz?				
Wcale 1	Nieco 2	Umiarkowanie 3	Przeważnie 4	W pełni 5

Jeśli zakreśliłeś/aś cyfrę 4 oznacza to, że w ciągu ostatnich dwóch tygodni otrzymywałeś/aś duże wsparcie od innych.

Jeśli w ciągu ostatnich dwóch tygodni nie otrzymałeś/aś od innych wsparcia, którego potrzebowaleś/aś, należy zakreślić cyfrę 1.

Dziękujemy za pomoc.

Teraz przejdź do następnej strony kwestionariusza.

Przeczytaj pytanie, oceń swoje odczucia z **ostatnich 2 tygodni** i zakresł na skali przy każdym pytaniu cyfrę, która najlepiej odzwierciedla Twoją odpowiedź.

		Bardzo zła	Zła	Ani dobra, ani zła	Dobra	Bardzo dobra
1.	Jak oceniasz jakość swojego życia?	1	2	3	4	5

		Bardzo nie- zadowolony/a	Nie- zadowolony/a	Ani zadowolony/a, ani nie- zadowolony/a	Zadowolony/a	Bardzo zadowolony/a
2.	Czy jesteś zadowolony/a ze swojego zdrowia?	1	2	3	4	5

Następne pytania dotyczą nasilenia stanów, których doznawałeś/aś w ciągu ostatnich 2 tygodni.

		Wcale	Nieco	Średnio	W dużym stopniu	W bardzo dużym stopniu
3.	Jak bardzo ból fizyczny przeszkadzał Ci robić to, co powinieneś/aś?	5	4	3	2	1
4.	W jakim stopniu potrzebujesz leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania?	5	4	3	2	1
5.	Na ile cieszysz się życiem?	1	2	3	4	5
6.	W jakim stopniu oceniasz, że Twoje życie ma sens?	1	2	3	4	5
7.	Jak dobrze jesteś w stanie się skoncentrować?	1	2	3	4	5
8.	Jak bezpiecznie czujesz się w swoim codziennym życiu?	1	2	3	4	5
9.	W jakim stopniu Twoje otoczenie sprzyja zdrowiu?	1	2	3	4	5

Poniższe pytania dotyczą tego jak się czujesz i jak Ci się wiodło w ciągu ostatnich 2 tygodni.

		Wcale	Nieco	Umiarkowa- nie	Przeważnie	W pełni
10.	Czy masz wystarczająco energii w codziennym życiu?	1	2	3	4	5
11.	Czy jesteś w stanie zaakceptować swój wygląd (fizyczny)?	1	2	3	4	5

		Wcale	Nieco	Umiarkowanie	Przeważnie	W pełni
12.	Czy masz wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby?	1	2	3	4	5
13.	Na ile dostępne są informacje, których możesz potrzebować w codziennym życiu?	1	2	3	4	5
14.	W jakim zakresie masz sposobność realizowania swoich zainteresowań?	1	2	3	4	5
		Bardzo źle	Źle	Ani dobrze ani źle	Dobrze	Bardzo dobrze
15.	Jak dobrze możesz się poruszać w swoim otoczeniu?	1	2	3	4	5

Poniższe pytania mają na celu określenie, jak zadowolony byłeś/aś z różnych aspektów swojego życia w ciągu ostatnich 2 tygodni.

		Bardzo niezadowolony/a	Niezadowolony/a	Ani zadowolony/a, ani niezadowolony/a	Zadowolony/a	Bardzo zadowolony/a
16.	Czy jesteś zadowolony/a ze swojego snu?	1	2	3	4	5
17.	W jakim stopniu jesteś zadowolony/a ze swojej zdolności wykonywania codziennych czynności?	1	2	3	4	5
18.	W jakim stopniu jesteś zadowolony/a ze swojej zdolności do pracy?	1	2	3	4	5
19.	Czy jesteś zadowolony/a z siebie?	1	2	3	4	5
20.	Czy jesteś zadowolony/a ze swoich osobistych relacji z ludźmi?	1	2	3	4	5
21.	Czy jesteś zadowolony/a ze swojego życia intymnego?	1	2	3	4	5
22.	Czy jesteś zadowolony/a z oparcia, wsparcia, jakie dostajesz od swoich przyjaciół?	1	2	3	4	5
23.	Jak bardzo jesteś zadowolony ze swoich warunków mieszkaniowych?	1	2	3	4	5

		Bardzo nie- zadowolony/a	Nie- zadowolony/a	Ani za- dowolony/a, ani nie- zadowolony/a	Zadowolony/a	Bardzo zadowolony/a
24.	Jak bardzo jesteś zadowolony/a z dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej?	1	2	3	4	5
25.	Czy jesteś zadowolony/a z komunikacji (transportu)?	1	2	3	4	5

Poniższe pytanie odnosi się do częstotliwości doznań, jakich doświadczałeś/aś w okresie
ostatnich 2 tygodni.

		Nigdy	Rzadko	Często	Bardzo często	Zawsze
26.	Jak często doświadczałeś/aś negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja?	5	4	3	2	1

Czy ktoś pomógł Ci w wypełnieniu kwestionariusza?

Ile czasu zajęło Ci wypełnienie kwestionariusza?

Czy masz uwagi do tych pytań? Wpisz poniżej.

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza.

Acknowledgements

Translation of this document was originally performed by Helena Baran-Furga, PhD, MD, Bogusław Habrat, PhD, MD and Karina Steinbarth-Chmielewska PhD, MD of the Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw, Poland, and Mr. Leszek Śliwa with permission of the World Health Organization. Revision by Stanisław Maksymowicz, PhD and Maria Libura of the Collegium Medicum of the University of Warmia and Mazury in Olsztyn, Poland, and Anna Walicka from Poland Country Office in WHO European Region.

B. J. Felton, T. A. Revenson i G. A. Hinrichsen

AIS

Adaptacja: Z. Juczyński

..... płeć M K wiek data badania

Proszę ustosunkować się do każdego stwierdzenia zaznaczając na skali od 1 do 5 liczbę, która najlepiej określa Pana/i obecny stan. Swój wybór należy zaznaczyć otaczając kółkiem odpowiednią liczbę. Każda odpowiedź jest dobra o ile jest prawdziwa.

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|-----------------|
| 1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę | | | | | | | |
| zdecydowanie | | | | | | | zdecydowanie |
| zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | nie zgadzam się |
| 2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię | | | | | | | |
| zdecydowanie | | | | | | | zdecydowanie |
| zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | nie zgadzam się |
| 3. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny | | | | | | | |
| zdecydowanie | | | | | | | zdecydowanie |
| zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | nie zgadzam się |
| 4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę | | | | | | | |
| zdecydowanie | | | | | | | zdecydowanie |
| zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | nie zgadzam się |
| 5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół | | | | | | | |
| zdecydowanie | | | | | | | zdecydowanie |
| zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | nie zgadzam się |
| 6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem | | | | | | | |
| zdecydowanie | | | | | | | zdecydowanie |
| zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | nie zgadzam się |
| 7. Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być | | | | | | | |
| zdecydowanie | | | | | | | zdecydowanie |
| zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | nie zgadzam się |
| 8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby | | | | | | | |
| zdecydowanie | | | | | | | zdecydowanie |
| zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | nie zgadzam się |

AKC

Resilience Scale 14 (RS-14)		
w polskiej adaptacji J. Surzykiewicza, K. Konaszewskiego i G. Wagnild		
WiekPłeć K M		
Przeczytaj każde ze zdań znajdujących się poniżej i określ, wybierając odpowiedni numer, w jakim stopniu odnosi się ono do Ciebie. Zakreśl:		
1. gdy się ZDECYDOWANIE NIE ZGADZASZ lub gdy to stwierdzenie jest całkowicie nie trafne,		
2. lub 3. gdy się NIE ZGADZASZ lub gdy to stwierdzenie jest raczej nie trafne,		
4. gdy NIE MASZ ZDANIA lub nie możesz się zdecydować, lub też to stwierdzenie jest równie trafne jak nie trafne, lub gdy jest neutralne dla Ciebie		
5. lub 6. gdy się ZGADZASZ lub gdy to stwierdzenie jest raczej trafne,		
7. gdy się ZDECYDOWANIE (TAK) ZGADZASZ lub gdy to stwierdzenie jest całkowicie trafne.		
1.	W sytuacji trudnej zazwyczaj radzę sobie w taki czy inny sposób	1 2 3 4 5 6 7
2.	Jestem dumna/y z moich dotychczasowych osiągnięć	1 2 3 4 5 6 7
3.	Zazwyczaj podchodzę do spraw ze spokojem	1 2 3 4 5 6 7
4.	Lubię siebie	1 2 3 4 5 6 7
5.	Potrafię radzić sobie z wieloma rzeczami na raz	1 2 3 4 5 6 7
6.	Jestem osobą zdeterminowaną	1 2 3 4 5 6 7
7.	Radzę sobie w trudnych chwilach, ponieważ doświadczyłem/am ich wcześniej	1 2 3 4 5 6 7
8.	Jestem samo-zdyscyplinowany/a	1 2 3 4 5 6 7
9.	Mam swoje zainteresowania	1 2 3 4 5 6 7
10.	Zazwyczaj znajduję jakiś powód do śmiechu	1 2 3 4 5 6 7
11.	Moja wiara w siebie pomaga mi przetrwać ciężkie chwile	1 2 3 4 5 6 7
12.	W nagłych sytuacjach ludzie z reguły mogą na mnie polegać	1 2 3 4 5 6 7
13.	Moje życie ma znaczenie	1 2 3 4 5 6 7
14.	Kiedy jestem w trudnej sytuacji, zazwyczaj znajduję z niej wyjście	1 2 3 4 5 6 7

Polska adaptacja: Surzykiewicz, J., Konaszewski, K., & Wagnild, G. (2019). Polish Version of the Resilience Scale (RS-14): A Validity and Reliability Study in Three Samples. *Frontiers in psychology*, 9, 2762.

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Szanowna Pani / Szanowny Panie,

niniejsza ankieta jest częścią badania naukowego pt. „Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia pensjonariuszy domów pomocy społecznej”.

Celem badania jest lepsze zrozumienie czynników wpływających na codzienne funkcjonowanie i samopoczucie osób mieszkających w DPS. Zebrane dane będą przetwarzane wyłącznie w celach naukowych, zgodnie z zasadami ochrony danych osobowych (RODO). Udział w badaniu jest anonimowy i dobrowolny.

Dziękuję za udział w badaniu.

Z wyrazami szacunku

Aneta Dmowska-Pycka

Metryczka

Wiek (proszę wpisać w latach):

Płeć:

- ☐ Kobieta
- ☐ Mężczyzna

Masa ciała:

Wzrost:

Wykształcenie:

- ☐ podstawowe
- ☐ średnie
- ☐ zasadnicze zawodowe
- ☐ wyższe

Stan cywilny:

- ☐ panna/kawaler
- ☐ pozostający w związku małżeńskim

- ☐ rozwiedziona/rozwiedziony
- ☐ wdowa/wdowiec
- ☐ w separacji

Liczba dzieci (proszę wpisać):

Długość pobytu w DPS:

- ☐ do 12 miesięcy
- ☐ od roku do dwóch lat
- ☐ od dwóch do pięciu lat
- ☐ powyżej 5 lat

Pytania

1. Na jakie choroby Pani/Pan choruje? (proszę zaznaczyć spośród wymienionych lub wpisać)

- ☐ Nadciśnienie tętnicze
- ☐ Niewydolność krążenia
- ☐ Miażdżycy
- ☐ POCHP
- ☐ Astma
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Zwrodnienie stawów
- ☐ Choroba Parkinsona
- ☐ Stwardnienie rozsiane
- ☐ Padaczka
- ☐ Depresja
- ☐ Nietrzymanie moczu
- ☐ Choroba nowotworowa
- ☐ Inne (jakie?):.....

2. Czy nosi Pani/Pan okulary korekcyjne?

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie, ale powinienem/powinnam (mam zleczone)

3. Czy korzysta Pani/Pan z aparatu słuchowego ?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

- 4. Jak ocenia Pani/Pan swoje życie sprzed pobytu w Domu Pomocy Społecznej pod względem kontaktów z bliskimi i wsparcia społecznego? (proszę zaznaczyć tylko jedną najbardziej pasującą odpowiedź)**
- ☐ Zdecydowanie pozytywnie
 - ☐ Raczej pozytywnie
 - ☐ Ani dobrze, ani źle
 - ☐ Raczej negatywnie
 - ☐ Zdecydowanie negatywnie
- 5. Jakie wartości lub rzeczy były dla Pani/Pana szczególnie ważne w przeszłości, a których czasem brakowało? (proszę zaznaczyć tylko jedną najbardziej pasującą odpowiedź)**
- ☐ Bliskość z rodziną
 - ☐ Poczucie bezpieczeństwa
 - ☐ Wsparcie emocjonalne
 - ☐ Stabilność finansowa
 - ☐ Zdrowie
 - ☐ Możliwość samorealizacji
 - ☐ Spokój i równowaga
 - ☐ Trudno powiedzieć
 - ☐ Inne (jakie?):
- 6. Jak wyglądała sytuacja związana z decyzją o zamieszkaniu w DPS? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)**
- ☐ Podjąłem/am tę decyzję samodzielnie
 - ☐ Podjęto ją wspólnie z rodziną
 - ☐ Rodzina zaproponowała / zorganizowała pobyt
 - ☐ Instytucje społeczne (np. MOPS, sąd) zarekomendowały ten krok
 - ☐ Zostało to zalecone z powodów zdrowotnych (np. przez lekarza lub pielęgniarkę)
 - ☐ Nie pamiętam / trudno powiedzieć
 - ☐ Inna sytuacja (proszę podać):
- 7. Co dziś nadaje Pani/Pana codzienności największy sens? (proszę zaznaczyć tylko jedną najbardziej pasującą odpowiedź)**
- ☐ Wiara lub duchowość

- ☐ Rodzina lub przyjaciele
- ☐ Kontakt z personelem
- ☐ Czas wolny i zainteresowania
- ☐ Poczucie bycia potrzebnym
- ☐ Nic konkretnego
- ☐ Inne:

8. Ile razy upadł/a Pani/Pan w ciągu ostatniego roku? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- ☐ 0- nie upadłem
- ☐ 1- 3 razy, tzn. kilka razy
- ☐ 4 i więcej razy

9. Ile razy był/a Pani/Pan leczona/y w szpitalu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- ☐ 0- nie byłem hospitalizowany
- ☐ 1-2 razy
- ☐ 3 i więcej razy

10. Jak częsty ma Pani/Pan kontakt z rodziną? (proszę zaznaczyć tylko jedną najbardziej pasującą odpowiedź)

- ☐ Nie mam kontaktu
- ☐ Bardzo rzadki
- ☐ Rzadki
- ☐ Częsty
- ☐ Bardzo częsty

11. Jak ocenia Pani/Pan rolę rodziny w swoim życiu? (proszę zaznaczyć tylko jedną najbardziej pasującą odpowiedź)

- ☐ Bardzo źle
- ☐ Źle
- ☐ Dobrze
- ☐ Bardzo dobrze
- ☐ Nie mam zdania

12. Czy religia jest ważna w Pani/Pana życiu? (proszę zaznaczyć tylko jedną najbardziej pasującą odpowiedź)

- ☐ nie

- ☐ nie wiem
- ☐ chyba tak
- ☐ tak
- ☐ absolutnie tak

13. Czy czuje się Pani/Pan bezpiecznie w miejscu, w którym Pani/Pan teraz mieszka? (proszę zaznaczyć **tylko jedną** najbardziej pasującą odpowiedź)

- ☐ nie
- ☐ nie wiem
- ☐ chyba tak
- ☐ tak
- ☐ zdecydowanie tak

14. Jak często uczestniczy Pani/Pan w zajęciach terapeutycznych, imprezach organizowanych przez DPS? (proszę zaznaczyć **tylko jedną** najbardziej pasującą odpowiedź)

- ☐ nie uczestniczę
- ☐ bardzo rzadko
- ☐ rzadko
- ☐ często
- ☐ bardzo często

15. Jak ocenia Pani/Pan swój stan zdrowia? (proszę zaznaczyć **tylko jedną** najbardziej pasującą odpowiedź)

- ☐ zdecydowanie negatywnie
- ☐ negatywnie
- ☐ nie wiem
- ☐ pozytywnie
- ☐ zdecydowanie pozytywnie

16. Czy odczuwa Pani/Pan ból o charakterze przewlekłym (trwający powyżej 3 miesięcy)? (proszę zaznaczyć **tylko jedną** najbardziej pasującą odpowiedź)

- ☐ Nie, nie odczuwam przewlekłego bólu
- ☐ Tak, ale jest on bardzo łagodny i nie przeszkadza mi w codziennym funkcjonowaniu
- ☐ Tak, umiarkowany – czasem przeszkadza mi w wykonywaniu codziennych czynności

- ☐ Tak, silny – znacznie utrudnia mi codzienne funkcjonowanie
- ☐ Tak, bardzo silny – nie mogę przez niego normalnie funkcjonować

17. Czy w ostatnich tygodniach występowały u Pani/Pana następujące objawy? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

- ☐ Duszność
- ☐ Zawroty głowy
- ☐ Bóle w klatce piersiowej
- ☐ Uczucie osłabienia lub brak sił
- ☐ Żaden z powyższych

18. Jak często odczuwa Pani/Pan samotność? (proszę zaznaczyć tylko jedną najbardziej pasującą odpowiedź)

- ☐ Nie odczuwam
- ☐ Bardzo rzadko
- ☐ Rzadko
- ☐ Często
- ☐ Bardzo często

19. Jak porusza się Pani/Pan na co dzień? (proszę zaznaczyć tylko jedną najbardziej pasującą odpowiedź)

- ☐ Samodzielnie, bez pomocy
- ☐ Samodzielnie, z pomocą laski, kul, chodzika lub balkonika
- ☐ Z pomocą innej osoby
- ☐ Głównie na wózku inwalidzkim
- ☐ Leżę – nie poruszam się samodzielnie

20. Jak ocenia Pani/Pan swoją sprawność umysłową/procesów poznawczych (pamięć, koncentrację, myślenie itp.)?(proszę zaznaczyć tylko jedną najbardziej pasującą odpowiedź)

- ☐ zdecydowanie negatywnie
- ☐ negatywnie
- ☐ nie wiem
- ☐ pozytywnie
- ☐ zdecydowanie pozytywnie

21. Jakie emocje najczęściej Pani/Panu towarzyszą w ostatnim czasie? (proszę zaznaczyć tylko jedną najbardziej pasującą odpowiedź)

- ☐ Radość z życia
- ☐ Gniew
- ☐ Smutek
- ☐ Obojętność
- ☐ Żal
- ☐ Obawa i niepokój
- ☐ Trudno powiedzieć

22. Czego najbardziej oczekuje Pani/Pan podczas pobytu w DPS? (proszę zaznaczyć **tylko jedną** najbardziej pasującą odpowiedź)

- ☐ Częstszych kontaktów z rodziną/bliskimi
- ☐ Częstszych kontaktów z personelem DPS
- ☐ Więcej form organizacji czasu wolnego/aktywności integracyjnej
- ☐ Wsparcia emocjonalnego
- ☐ Wsparcia informacyjnego
- ☐ Wsparcia duchowego
- ☐ Wsparcia finansowego
- ☐ Wsparcia rzeczowego (ubrań, więcej jedzenia, jakiegoś sprzętu itp.)
- ☐ Wsparcia wartościującego (akceptacji, uznania i podnoszenia poczucia własnej wartości)
- ☐ Niczego nie oczekuję
- ☐ Inne:.....