
WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE I ZDROWIE SENIORÓW

ALEKSANDRA KIELTYKA, MARYLA LEJA,
BOGUMIŁA LUBIŃSKA-ŻĄDŁO, BOGUMIŁA KIELTYKA

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB W WIEKU PODESZŁYM ZE SCHORZENIAMI PRZEWLEKŁYMI

ABSTRAKT

Wstęp: Celem pracy było porównanie wybranych aspektów jakości życia u osób starszych przewlekle chorych, przebywających w opiece instytucjonalnej i pozostających we własnych domach. Badaniami objęto łącznie 100 seniorów, w wieku od 65 do 92 lat, w tym 50 podopiecznych Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Nowym Targu i 50 chorych mieszkających we własnych domach, korzystających z rehabilitacji domowej. Przebadano 50 kobiet i 50 mężczyzn.

Metoda: Do przeprowadzenia badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Jakość życia badano kwestionariuszem WHOQOL-BREF. W badaniach wykorzystano również: Geriatryczną Skalę Depresji (GDS), test chodu i równowagi Tinetti (POMA) oraz skalę Lawtona (IADL).

Wyniki: Podopieczni ZOL-u oceniali niżej zadowolenie z jakości życia i swojego zdrowia w porównaniu do seniorów pozostających w domach pod opieką swoich rodzin. W badanych grupach istotnie lepszą jakość życia w czterech dziedzinach stwierdzono w grupie seniorów przebywających we własnych domach w porównaniu do podopiecznych z ZOL-u.

Wnioski: Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że środowisko, w jakim przebywają osoby starsze i schorowane ma decydujące znaczenie na to, w jaki sposób oceniają one swoją jakość życia.

Słowa kluczowe: jakość życia, kwestionariusz WHOQOL-BREF, opieka instytucjonalna

WSTĘP

Jakość życia osób starszych jest rozumiana pod pojęciem szczęścia, dobrostanu psychicznego i fizycznego oraz satysfakcji z życia. Starzenie się jest naturalnym etapem życia. W ostatnich latach, ze względu na nasilające się zjawisko starzenia społeczeństwa i rozwój instytucjonalnej opieki długoterminowej, wiele uwagi poświęca się problemowi jakości życia.

Wielokrotnie podejmowano próby zdefiniowania pojęcia „jakość życia”. W naukach medycznych definicje jakości życia skupiają się w znacznym stopniu na zjawiskach zdrowia oraz choroby. Do tej pory nie została opracowana jednolita definicja „niezależna” przyjmowana na gruncie rozmaitych medycznych subdyscyplin. Próba integracji – sformułowania jednolitej definicji „jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia” (*Health Related Quality of Life* – HRQOL) – została podjęta przez H. Schipperę i jego współpracowników. Zdefiniowali oni pojęcie jakości życia jako funkcjonalnego efektu choroby oraz jej leczenia odbieranego przez pacjenta (De Walden-Gałuszeko, Majkowicz, 1994). Definicja HRQOL bierze pod uwagę cztery elementarne aspekty funkcjonowania pacjenta: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne (Bańka, 1995, s. 65). Ze względu na to, że „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” wiąże się przede wszystkim ze zmiennymi, które można określić jako funkcjonalne – HRQOL zyskała miano miary obiektywnej (Rybczyńska, 1995, s. 16).

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; ta całościowa ocena własnego życia wyraża się w przekonaniu, iż jest ono bliskie idealnemu, jest satysfakcjonujące, fascynujące i prawie niczego nie chce się w nim zmieniać (Juczyński, 2001).

Istnieje kilka elementarnych założeń leżących u podstaw interdyscyplinarnego rozumienia jakości życia (Dziurówicz-Kozłowska, 2002, s. 77–99). Po pierwsze, jakość życia wyznaczają trzy główne obszary: fizyczny, psychologiczny, społeczny, przy czym niektórzy badacze włączają jeszcze czwarty wymiar duchowości. Po drugie, jakość życia ma charakter obiektywny oraz subiektywny. Po trzecie, decydującą rolę w ocenie jakości życia pełni indywidualny osąd jednostki. Po czwarte, jakość życia jest bytem dynamicznym i ma charakter procesualny (Bańka, 1995, s. 57).

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.) (Rożnowska, 2009, s. 56). 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.

W latach 1999–2004 w ramach restrukturyzacji ochrony zdrowia zapoczątkowano w Polsce rozwój sektora opieki długoterminowej. Na polskim rynku usług medycznych pojawiły się zakłady opieki zdrowotnej udzielające świadczeń zdrowotnych osobom przewlekle chorym i niepełnosprawnym (Kautsch, 2011, s. 34).

Potrzeba tworzenia zakładów opieki długoterminowej wynika ze wzrastającego zapotrzebowania na ten rodzaj usług zdrowotnych, co było bezpośrednio związane z wydłużaniem się życia ludzi, zwiększającą się liczbą osób starych i niepełnosprawnych oraz ze zmianą modelu rodziny. Jednakże ekonomizacja systemu opieki zdrowotnej wymusiła skracanie okresu pobytu osób chorych w szpitalach do minimum niezbędnego do wykonania specjalistycznych procedur. Stąd powstała konieczność powoływania zakładów, które kontynuowałyby długoterminowe leczenie i rehabilitację, a także opiekę nad osobami, którym rodziny nie mogą zapewnić takiej opieki (Leowski, 2012, s. 89).

Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową będzie się w Polsce dynamicznie zwiększać wskutek radykalnych zmian struktury demograficznej. Odsetek osób w wieku powyżej 65 lat zwiększy się z 13,5% w 2010 r. do 23,5% w 2035 roku. Udział ludności powyżej 80 lat, najczęściej wymagającej już opieki, podwoi się z 3,5% do 7,2%. Jednocześnie zmniejszanie się roli rodziny, w związku ze zmianami społeczno-cywilizacyjnymi, będzie się wiązać ze wzrostem znaczenia formalnych świadczeń opieki długoterminowej (tamże, s. 89).

Ze względu na starzenie się społeczeństwa państwa europejskie już dawno dostrzegły konieczność zapewnienia opieki osobom starszym, przewlekle chorym i niepełnosprawnym, a tym samym potrzebę rozwoju opieki długoterminowej (tamże, s. 95). Wejście w życie nowego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych w ochronie zdrowia zintensyfikowało opisane działania i przyczyniło się do restrukturyzacji zasobów opieki stacjonarnej oraz do rozwoju nowych form opieki długoterminowej, w tym zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Misją zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, którą jest pomoc człowiekowi przewlekle choremu w odzyskaniu możliwie największego zakresu sprawności i niezależności oraz poprawa jakości życia i jego stanu zdrowia, a także zaangażowanych członków rodziny do samoopieki w warunkach

domowych, wyznacza główne zadania zakładu, jego wymogi organizacyjne oraz rodzaj i zakres świadczonych usług (Szarota, 2002, s. 91). W zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczy udziela się całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują: pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewnia im się bezpieczeństwo, kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi się edukację zdrowotną tych osób i członków ich rodzin.

Zdolność do wykonywania codziennych czynności jest określana mianem aktywności dnia codziennego. Pod tym pojęciem rozumie się zdolność do wykonywania czynności nieodzownych do samodzielnego bytowania: przygotowanie posiłku, ubieranie się i rozbieranie, sprzątanie, robienie zakupów, posługiwanie się telefonem, korzystanie z publicznych środków transportu. Najważniejszymi czynnikami, które ograniczają sprawność życiową, są zaawansowany wiek oraz choroby. Aktywność życiowa wpływa na możliwość zwiększenia sprawności, podczas gdy brak aktywności obniża sprawność życiową i nasila procesy starzenia (Orzechowska, 2012, s. 36).

Aktywność człowieka polega na zaspokajaniu potrzeb biologicznych, społecznych i kulturalnych oraz na wykonywaniu zadań wynikających z uczestnictwa w określonym systemie społecznym, ze stosunków i zależności z otaczającym światem. Aktywność psychomotoryczna to różnorakie działania organizmu przejawiające się w jego zewnętrznie dostrzegalnych zachowaniach oraz w zachodzących w nim procesach psychicznych. Aktywność człowieka stanowi istotę regulacji stosunków między nim a otaczającym go światem. Wyższą koniecznością człowieka starszego jest potrzeba bycia aktywnym. Aktywność warunkuje zaspokajanie wszystkich imperatywności człowieka. Zmiany w zakresie odgrywanych ról społecznych i zaprzestanie aktywności zawodowej prowadzą do powstania dużej ilości czasu wolnego (Orzechowska, 2012, s. 28–29).

Ocenę sprawności funkcjonalnej pacjenta dokonuje się w ramach kompleksowej oceny geriatrycznej (KOG), która obejmuje wiele aspektów stanu zdrowia. Badania wykazały, że lepsze efekty KOG uzyskuje się w pracy zespołowej nad pacjentem w porównaniu z metodą konsultacyjną. Do oceny poszczególnych stanów pacjenta w podeszłym wieku stosuje się m.in.: skalę Katza, geriatryczną skalę depresji, Mini Mental Scale Examination (MMSE), skalę Nortona. Przeprowadzenie kompleksowej oceny geriatrycznej jest pracochłonne i zwykle wykonuje się ją okresowo. Podstawowe czynności życiowe (*Activities of Daily Living* – ADL) ocenia się w warunkach

najbliższego otoczenia pacjenta i codziennego funkcjonowania. Dobry stan pacjenta geriatrycznego to jego samodzielność w zakresie ADL, co oznacza, że może on poradzić sobie bez pomocy osób trzecich i może mieszkać sam.

Celem prezentowanej pracy było porównanie wybranych aspektów jakości życia u osób chorych w starszym wieku, przebywających w długoterminowej opiece instytucjonalnej i pozostających w domach pod opieką swoich rodzin.

MATERIAŁ I METODA

Materiał badawczy obejmował grupę 100 chorych, w tym 50 przebywających w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL) i 50 przebywających w domach. Badania zostały przeprowadzone w okresie od grudnia 2016 r. do marca 2017 r. wśród pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu oraz wśród osób starszych korzystających z rehabilitacji domowej.

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu technik ankiety, wywiadu i obserwacji. Narzędziami badawczymi wykorzystanymi do badań były kwestionariusze: WHOQOL-BREF w polskiej adaptacji Krystyny Jaracz, Geriatryczna Skala Depresji (*Geriatric Depression Scale* – GDS), Skala Oceny Równowagi i Chodu (Test Tinetti) oraz Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego (skala Lawtona – IADL).

Kwestionariusz WHOQOL-BREF składał się łącznie z 26 pytań, na które badany odpowiadał, wybierając jedną z możliwości na 5-stopniowej skali. Narzędzie to może służyć zarówno do globalnej oceny jakości życia, jak również w poszczególnych dziedzinach, takich jak: fizyczna, psychologiczna, społeczna i środowiskowa. Ponadto ankieta zawierała dwie odrębnie analizowane pozycje. Pytanie 1 dotyczyło indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia, a pytanie 2 – indywidualnej ogólnej percepcji własnego zdrowia. Wynik dla każdej z dziedzin ustala się osobno poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład danej dziedziny. Wyniki dla każdej z dziedzin mieszczą się w przedziale od 4 do 20 punktów. Interpretacja wyniku ma kierunek pozytywny, to znaczy, że im wyższa liczba punktów, tym lepsze poczucie jakości życia w zakresie danej dziedziny.

Stan psychiczny pacjentów oceniono za pomocą Geriatrycznej Skali Depresji (GDS). Skala ta służy do oceny przesiewowej nasilenia symptomów depresji u osób w starszym wieku. Za każdą odpowiedź zgodnie z kluczem

przyznaje się po jednym punkcie. Interpretacja wyniku końcowego polega na przypisaniu go do odpowiedniego przedziału: od 0 do 10 – brak objawów depresji, od 11 do 20 – lekkie nasilenie cech depresji, powyżej 21 punktów – sugeruje głębokie nasilenie symptomów depresji.

Możliwości lokomocyjne badanych oceniono za pomocą skali Tinetti (*Performance Oriented Mobility Assessment* – POMA). Skala ta bada równowagę i chód oraz szacuje ryzyko upadków. Każdą badaną czynność ocenia się, przydzielając wartości liczbowe od 0 do 2, łącznie w całej skali można uzyskać 28 punktów. Wynik niższy niż 26 punktów sugeruje zwiększone ryzyko upadków, natomiast uzyskanie mniej niż 19 punktów może świadczyć aż o 5-krotnie wyższym ryzyku upadków.

Do oceny złożonych czynności dnia codziennego użyto skali Lawtona (*Instrumental Activities of Daily Living* – IADL). Uzyskanie 9 i mniej punktów oznacza ciężką zależność oraz potrzebę pomocy we wszystkich złożonych czynnościach dnia codziennego. Punkty w przedziale od 10 do 26 świadczą o umiarkowanej zależności oraz o potrzebie częściowej pomocy w złożonych czynnościach. Uzyskanie 27 punktów wskazuje na całkowitą niezależności i samodzielności badanego w zakresie złożonych czynności dnia codziennego.

Do porównania składowych jakości życia kwestionariusza WHOQOL-BREF między dwiema grupami badanych wykorzystano test *t*-Studenta dla prób niezależnych. Współzależności pomiędzy zmiennymi oceniono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. We wszystkich przeprowadzonych testach przyjęto poziom istotności równy 0,05. Analizę statystyczną wykonano przy użyciu programu Statistica.

Badanych podzielono na dwie grupy: pierwszą stanowili pacjenci zakładu opiekuńczo-leczniczego, drugą – osoby w podeszłym wieku przewlekłe chore przebywające w domu. W pierwszej grupie badanych mężczyźni stanowili 48%, a kobiety – 52%. Wśród tych pacjentów większość to mieszkańcy wsi (56%). Średnia wieku dla całej grupy wyniosła 75 lat i 4 miesiące, rozpiętość wieku wahała się od 65 do 86 lat. Natomiast w grupie drugiej mężczyźni stanowili 52%, a kobiety – 48%. Zdecydowana większość badanych w tej grupie to mieszkańcy miast (76%). Dla całej grupy średnia wieku wyniosła 81 lat i 3 miesiące, najmłodszy badany miał 72, a najstarszy 92 lata. Całość badanego środowiska podzielono na trzy przedziały wiekowe: 64–74 lata (wiek podeszły), 75–89 lat (wiek starczy) i powyżej 90 lat (wiek sędziwy).

WYNIKI

Dokonano ogólnej oceny zadowolenia badanych z jakości życia i jakości zdrowia przy użyciu standaryzowanego kwestionariusza WHOQOL-BREF. Kwestionariusz składa się łącznie z 26 pytań, na które badany odpowiadał, wybierając jedną z możliwości na 5-stopniowej skali. Interpretacja wyniku ma kierunek pozytywny, to znaczy, że im wyższa liczba punktów, tym lepsze poczucie jakości życia w danym zakresie. Skrót M oznacza średnią w próbie.

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 $t(98) = 5,38$; $p < 0,001$; tabela 2), a dla stanu zdrowia ($M = 2,2$); różnica ta jest istotna statystycznie $t(98) = 5,22$; $p < 0,001$ (tabela 2).

Analizie poddano 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 $t(48) = 0,61$; ni (tabela 9). 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 $t(48) = 1,45$; ni (tabela 11). 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 $t(48) = 1,6$; ni (tabela 8). Kobiety nieco wyżej oceniły swoje zadowolenie z jakości życia ($M = 3,83$) niż mężczyźni ($M = 3,62$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,79$; ni (tabela 10).

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 $t(48) = 1,81$; ni (tabela 7). Kobiety wyżej oceniły swoje zadowolenie ze stanu zdrowia ($M = 2,31$) niż mężczyźni ($M = 2,08$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,88$; ni (tabela 9). Osoby młodsze (65–74 lat) nieco wyżej oceniły swoje zadowolenie ze stanu zdrowia ($M = 2,33$) niż osoby star-

sze w wieku 75–89 lat ($M = 2,08$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 1,0$; ni (tabela 11). 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 $t(48) = 2,18$; $p < 0,05$ (tabela 8), kobiety nieznacznie niżej oceniły swoje zadowolenie ze stanu zdrowia ($M = 3,08$) niż mężczyźni ($M = 3,23$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,55$; ni; (tabela 10).

W tabeli 1 zostały przedstawione i porównane wyniki jakości życia w czterech dziedzinach WHOQOL-BREF. Zastosowano test *t*-Studenta dla prób niezależnych.

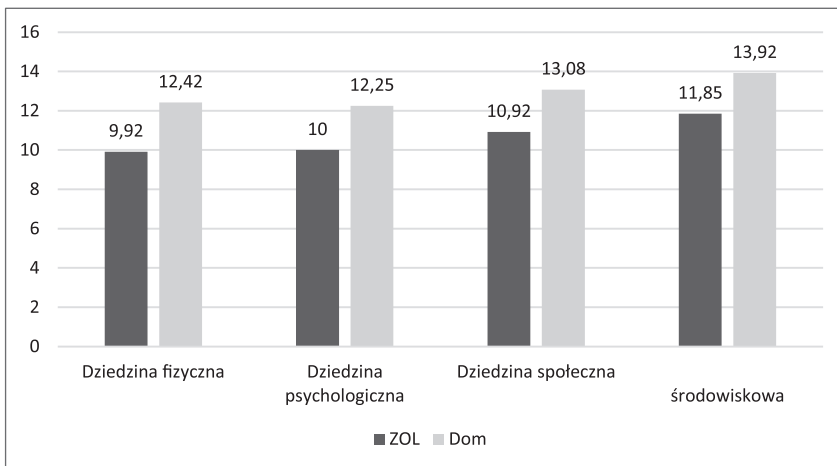
TABELA 1. Porównanie jakości życia w czterech dziedzinach WHOQOL-BREF między pacjentami ZOL a seniorami mieszkającymi we własnych domach

Wyszczególnienie	<i>M</i>		<i>s</i>		<i>N</i>		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	ZOL	Dom	ZOL	Dom	ZOL	Dom			
Dziedzina fizyczna	10,08	13,00	2,04	3,17	50	50	-5,48	98	0,001
Dziedzina psychologiczna	9,76	12,80	2,01	2,46	50	50	-6,78	98	0,001
Dziedzina społeczna	11,20	13,76	3,18	2,56	50	50	-4,43	98	0,001
Dziedzina środowiskowa	11,56	14,20	1,69	2,47	50	50	-6,23	98	0,001

Źródło: opracowanie własne.

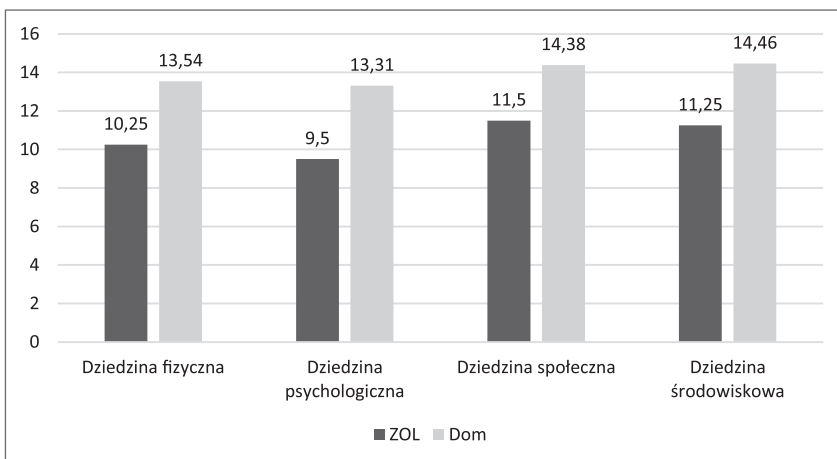
We wszystkich dziedzinach (fizycznej, psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej) stwierdzono istotne statystycznie różnice. Pacjenci mieszkający we własnych domach ocenili dziedzinę fizyczną istotnie wyżej niż osoby przebywające w ZOL. Przeciętna różnica między nimi wynosi 2,92. Seniorzy pozostający 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.

Została dokonana również analiza czterech dziedzin WHOQOL-BREF pod względem płci (wykresy 1 i 2).



WYKRES 1. Porównanie jakości życia w czterech dziedzinach WHOQOL-BREF między pacjentami ZOL a seniorami mieszkającymi we własnych domach względem płci (kobiety)

Źródło: opracowanie własne.



WYKRES 2. Porównanie jakości życia w czterech dziedzinach WHOQOL-BREF między pacjentami ZOL a seniorami mieszkającymi we własnych domach względem płci (mężczyźni)

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonego testu stwierdzono, 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.

Na podstawie przeprowadzonego testu stwierdzono, iż również u mężczyzn występują istotne statystycznie różnice w czterech dziedzinach (fizycznej, psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej). Mężczyźni mieszkający w domu także oceniają wszystkie te dziedziny istotnie wyżej niż mieszkańcy ZOL, a przeciętna różnica wynosi odpowiednio: 3,29; 3,81; 2,88 i 3,21 punktu.

Porównanie oceny Geriatrycznej Skali Oceny Depresji, wynik testu Tinetti oraz skalę Oceny Złożonych Czynności Dnia Codziennego między pacjentami przebywającymi w ZOL oraz w domu przedstawia tabela 2. Zastosowano test *t*-Studenta dla prób niezależnych.

TABELA 2. Porównanie jakości życia, jakości zdrowia, oceny Geriatrycznej Skali Oceny Depresji, testu Tinetti oraz skalę Oceny Złożonych Czynności Dnia Codziennego między pacjentami przebywającymi w ZOL i w domu

Wyszczególnienie	M		S		N		t	Df	p
	ZOL	Dom	ZOL	Dom	ZOL	Dom			
Jakość życia	2,60	3,72	1,11	0,97	50	50	-5,38	98	0,001
Jakość zdrowia	2,20	3,16	0,90	0,93	50	50	-5,22	98	0,001
IADL	10,76	16,80	3,24	6,29	50	50	-6,04	98	0,001
GSOD	17,16	13,28	5,89	7,35	50	50	2,91	98	0,01
TINETTI	3,44	17,44	4,12	8,00	50	50	-10,10	98	0,001

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonego testu stwierdzono występowanie istotnej różnicy w Ocenie Złożonych Czynności Dnia Codziennego. Osoby mieszkające w domu uzyskują istotnie wyższą ocenę niż osoby mieszkające w ZOL, a przeciętna różnica wynosi 6 punktów. Występuje również istotna różnica w ocenie Geriatrycznej Skali Oceny Depresji. Osoby mieszkające w domu uzyskują istotnie niższą ocenę depresji niż osoby mieszkające w ZOL, a przeciętna różnica wynosi 3,9 punktu. Przy porównaniu danych w wyniku testu Tinetti także występują istotne różnice statystyczne. Osoby

mieszkające w domu uzyskują istotnie wyższy rezultat niż osoby mieszkające w ZOL, a przeciętna różnica wynosi 14 punktów.

Wynik dodatkowego badania oceny jakości życia w aspekcie psychologicznym w porównaniu do samooceny w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (GDS) przedstawia tabela 3. Zastosowano współczynnik korelacji liniowej Pearsona.

TABELA 3. Związek między oceną jakości życia w aspekcie psychologicznymi a nasileniem cech depresji u pacjentów ZOL i seniorów mieszkających we własnych domach

Zmienna	Dziedzina psychologiczna	
	ZOL	Dom
GDS		
<i>r</i>	-0,089	-0,574
<i>N</i>	50	50
<i>p</i>	ni.	0,001

Objaśnienie: ni. – brak istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonej analizy korelacji stwierdzono występowanie istotnej zależności między oceną jakości życia w aspekcie psychologicznym a nasileniem cech depresji zarówno u osób przebywających w ZOL, jak i u tych pozostających we własnych domach. Ujemna wartość współczynnika korelacji informuje, że wraz ze wzrostem liczby punktów w dziedzinie psychologicznej maleje ocena GDS.

Ponadto została przebadana ocena jakości życia w aspekcie zdrowia i sprawności fizycznej w porównaniu do oceny stanu fizycznego w skali równowagi i chodu Tinetti (zob. tabela 4). Zastosowano współczynnik korelacji liniowej Pearsona.

TABELA 4. Ocena jakości życia w aspekcie zdrowia i sprawności fizycznej, w porównaniu do oceny stanu fizycznego w skali równowagi i chodu Tinetti

Zmienna	Dziedzina fizyczna	
	ZOL	Dom
TINETTI		
<i>r</i>	0,083	0,708
<i>N</i>	50	50
<i>p</i>	ni.	0,001

Objaśnienie: ni. – brak istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonego testu dla pacjentów w ZOL nie stwierdzono występowania istotnej zależności między oceną jakości życia w aspekcie zdrowia i sprawności fizycznej w porównaniu z oceną stanu fizycznego w skali równowagi i chodu Tinetti. Natomiast w przypadku pacjentów przebywających w domu stwierdzono występowanie istotnej zależności między oceną jakości życia w aspekcie zdrowia i sprawności fizycznej w porównaniu z oceną stanu fizycznego w skali równowagi i chodu Tinetti. Dodatnia wartość współczynnika korelacji informuje, że wraz ze wzrostem liczby punktów w dziedzinie fizycznej rośnie wynik uzyskany w teście Tinetti.

Badano również Ogólną Ocenę Jakości Życia w porównaniu z oceną IADL (tabela 5). Został zastosowany współczynnik korelacji liniowej Pearsona.

TABELA 5. Ocena jakości życia w porównaniu do oceny IADL

Zmienna	Jakość życia	
	ZOL	Dom
<i>r</i>	0,548	0,383
<i>N</i>	50	50
<i>p</i>	0,001	0,01

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonego testu stwierdzono występowanie istotnej zależności między ogólną oceną jakości życia w porównaniu z oceną IADL. Dodatnia wartość współczynnika korelacji informuje, że wraz ze wzrostem oceny jakości życia rośnie ocena IADL.

W tabeli 6 przedstawiono średnie wartości Geriatrycznej Skali Depresji dla pacjentów hospitalizowanych w ZOL i osób pozostających w domach w zależności od miejsca zamieszkania, płci i wieku.

TABELA 6. Średnie wartości Geriatrycznej Skali Depresji u pacjentów ZOL i seniorów mieszkających we własnych domach ze względu na miejsce zamieszkania, płeć i wiek

Wyszczególnienie	Miasto	Wieś	Mężczyzna	Kobieta	65–74 lata	75–89 lat	> 90 lat
ZOL	16,9	17,4	18,6	15,8	17,8	16,6	
Dom	11,5	18,8	12,8	13,8	9,0	14,3	7,0

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie uzyskanych wyników (M – oznacza średnią w próbie) u podopiecznych ZOL stwierdzono nieco wyższe nasilenie cech depresji u mieszkańców wsi ($M = 17,36$) niż miast ($M = 16,91$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,26$; ni (tabela 7). Większe natężenie cech depresji występuje u mężczyzn ($M = 18,58$) niż u kobiet ($M = 15,85$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 1,67$; ni (tabela 9). Nieznacznie wyższe nasilenie cech depresji stwierdzono u osób w wieku 65–74 ($M = 17,75$) niż 75–89 lat ($M = 16,62$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,68$; ni (tabela 11). Natomiast u seniorów pozostających w domach pod opieką swoich rodzin stwierdzono również większe nasilenie cech depresji u osób mieszkających na wsiach ($M = 18,83$) niż u mieszkańców miast ($M = 11,53$); różnica ta jest istotna statystycznie $t(48) = 3,29$; $p < 0,01$ (tabela 8). Średnia różnica między tymi grupami wynosi 7,3 punktu. Łagodne nasilenie depresji u obojga płci, jednak u kobiet można zaobserwować nieco wyższe nasilenie cech depresji ($M = 13,75$) niż u mężczyzn ($M = 12,85$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,43$; ni (tabela 10).

Zostały także porównane: jakość życia, jakość zdrowia, IADL, GDS, TINETTI pod względem wybranych cech socjodemograficznych:

a) Miejsce zamieszkania (zastosowano test t -Studenta dla prób niezależnych) (tabele 7 i 8).

TABELA 7. Porównanie jakości życia, jakości zdrowia, IADL, GDS, TINETTI pod względem miejsca zamieszkania (pacjenci mieszkający w ZOL)

Wyszczególnienie	M		s		N		t	df	p
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś			
Jakość życia	2,64	2,57	1,00	1,20	22	28	0,20	48	ni.
Jakość zdrowia	2,45	2,00	1,10	0,67	22	28	1,81	48	ni.
IADL	12,18	9,64	4,27	1,37	22	28	2,96	48	0,01
GDS	16,91	17,36	6,63	5,37	22	28	-0,26	48	ni.
TINETTI	3,27	3,57	4,12	4,19	22	28	-0,25	48	ni.

Objaśnienie: ni. – brak istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Istotną różnicę zaobserwowano w przypadku IADL. Osoby zamieszkałe w mieście mają wyższą ocenę niż osoby mieszkające na wsi. W pozostałych przypadkach brak istotnych różnic.

TABELA 8. Porównanie jakości życia, jakości zdrowia, IADL, GDS, TINETTI pod względem miejsca zamieszkania (pacjenci mieszkający w domu)

Wyszczególnienie	<i>M</i>		<i>s</i>		<i>N</i>		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś			
Jakość życia	3,84	3,33	1,05	0,49	38	12	1,60	48	ni.
Jakość zdrowia	3,32	2,67	0,99	0,49	38	12	2,18	48	0,05
IADL	18,11	12,67	5,82	6,17	38	12	2,78	48	0,01
GDS	11,53	18,83	6,40	7,69	38	12	-3,29	48	0,01
TINETTI	20,00	9,33	5,86	8,67	38	12	4,87	48	0,001

Objaśnienie: ni. – brak istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Istotną różnicę zaobserwowano w przypadku jakości zdrowia, IADL, GDS i TINETTI. Osoby mieszkające w mieście mają wyższą ocenę jakości zdrowia, IADL oraz TINETTI niż te zamieszkałe na wsi. W przypadku GDS wyższą ocenę mają osoby zamieszkałe na wsi niż w mieście. W pozostałych przypadkach brak jest istotnych różnic.

b) Płeć (zastosowano test *t*-Studenta dla prób niezależnych) (tabele 9 i 10).

TABELA 9. Porównanie jakości życia, jakości zdrowia, IADL, GDS, TINETTI pod względem płci (pacjenci mieszkający w ZOL)

Wyszczególnienie	<i>M</i>		<i>S</i>		<i>N</i>		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	Mężczyzna	Kobieta	Mężczyzna	Kobieta	Mężczyzna	Kobieta			
Jakość życia	2,50	2,69	1,06	1,16	24	26	-0,61	48	ni.
Jakość zdrowia	2,08	2,31	0,65	1,09	24	26	-0,88	48	ni.
IADL	10,17	11,31	1,55	4,20	24	26	-1,25	48	ni.
GDS	18,58	15,85	5,15	6,32	24	26	1,67	48	ni.
TINETTI	3,92	3,00	4,36	3,92	24	26	0,78	48	ni.

Objaśnienie: ni. – brak istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Brak jest istotnych różnic ze względu na płeć.

TABELA 10. Porównanie jakości życia, jakości zdrowia, IADL, GDS, TINETTI pod względem płci (pacjenci mieszkający w domu)

Wyszczególnienie	M		s		N		t	df	p
	Mężczyzna	Kobieta	Mężczyzna	Kobieta	Mężczyzna	Kobieta			
Jakość życia	3,62	3,83	0,94	1,01	26	24	-0,79	48	ni.
Jakość zdrowia	3,23	3,08	0,91	0,97	26	24	0,55	48	ni.
IADL	17,38	16,17	7,12	5,34	26	24	0,68	48	ni.
GDS	12,85	13,75	8,48	6,05	26	24	-0,43	48	ni.
TINETTI	17,00	17,92	9,20	6,63	26	24	-0,40	48	ni.

Objaśnienie: ni. – brak istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Brak jest istotnych różnic ze względu na płeć.

c) Wiek (dla pacjentów ZOL zastosowano test *t*-Studenta dla prób niezależnych, natomiast dla pacjentów pozostających w domu zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji) (tabela 11).

TABELA 11. Porównanie jakości życia, jakości zdrowia, IADL, GDS, TINETTI pod względem wieku (pacjenci mieszkający w ZOL)

Wyszczególnienie	M		s		N		T	df	p
	65–74 lata	75–89 lat	65–74 lata	75–89 lat	65–74 lata	75–89 lat			
Jakość życia	2,83	2,38	1,09	1,10	24	26	1,45	48	ni.
Jakość zdrowia	2,33	2,08	1,13	0,63	24	26	1,00	48	ni.
IADL	12,25	9,38	3,98	1,36	24	26	3,46	48	0,001
GDS	17,75	16,62	5,41	6,37	24	26	0,68	48	ni.
TINETTI	3,17	3,69	3,06	4,95	24	26	-0,45	48	ni.

Objaśnienie: ni. – brak istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Istotną różnicę zaobserwowano w przypadku IADL. Osoby w wieku 65–74 lata mają wyższą ocenę niż osoby w wieku 75–89 lat. W pozostałych przypadkach brak jest istotnych różnic.

Brak jest istotnych różnic ze względu na wiek.

Kolejna analiza dotyczyła zależności pomiędzy oceną jakości życia WHOQOL-BREF w aspekcie sprawności fizycznej a skalą Tinetti (zastosowano korelację *r*-Pearsona). Na podstawie wyników dokonanej analizy korelacji nie stwierdzono istotnej zależności między oceną jakości życia w aspekcie sprawności fizycznej a możliwościami lokomocyjnymi u pacjentów ZOL. U seniorów pozostających w domach pod opieką rodzin stwierdzono istotną zależność pomiędzy oceną jakości życia w dziedzinie fizycznej a możliwościami lokomocyjnymi.

W wyniku analizy dotyczącej miejsca zamieszkania, płci i wieku w grupie pacjentów przebywających w ZOL stwierdzono, iż średnia wartość uzyskana w skali Tinetti dla mieszkańców wsi ($M = 3,57$) była nieznacznie wyższa niż dla mieszkańców miast ($M = 3,27$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,25$; ni (tabela 7). Ogólna sprawność w zakresie lokomocji jest bardzo niska u obu płci, przy czym nieco większe możliwości w zakresie chodu i równowagi wykazują mężczyźni ($M = 3,92$) w porównaniu z kobietami ($M = 3,0$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,78$; ni (tabela 9). Średnia wartość u osób w wieku 75–89 lat ($M = 3,69$) była niewiele wyższa niż średnia uzyskana przez osoby w wieku 65–74 lat ($M = 3,17$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,45$; ni (tabela 11).

U seniorów pozostających w domach stwierdzono wyższą średnią w skali Tinetti u mieszkańców miast ($M = 20,0$) niż u mieszkańców wsi ($M = 9,33$); różnica ta jest istotna statystycznie $t(48) = 4,87$; $p < 0,001$ (tabela 8). Różnica pomiędzy średnimi wyniosła aż 10,7 punktu. Nieco wyższe są możliwości lokomocyjne u kobiet ($M = 17,92$) niż u mężczyzn ($M = 17,0$); różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(48) = 0,4$; ni (tabela 10).

Następna analizowana zależność dotyczyła całościowej percepcji jakości życia WHOQOL-BREF i oceny złożonej aktywności dnia codziennego IADL. Wykazano występowanie istotnej zależności pomiędzy ogólną oceną jakości życia a oceną złożonych czynności dnia codziennego w obu grupach badanych seniorów (ZOL = 0,5479; Dom = 0,3832) (korelacja *r*-Pearsona).

W tabeli 12 umieszczono średnie wartości uzyskane w skali IADL, które dotyczyły oceny złożonej aktywności dnia codziennego oraz całościowej percepcji jakości życia wśród pacjentów hospitalizowanych w ZOL i osób pozostających w domach w zależności od miejsca zamieszkania, płci i wieku.

TABELA 12. Średnie wartości skali IADL u pacjentów ZOL i seniorów mieszkających we własnych domach ze względu na miejsce zamieszkania, płeć i wiek

Wyszczególnienie	Miasto	Wieś	Mężczyzna	Kobieta	65–74 lata	75–89 lat	>90 lat
ZOL	12,2	9,6	10,2	11,3	12,3	9,4	
Dom	18,1	12,7	17,4	16,2	19,0	16,9	14,0

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie otrzymanych wyników u pacjentów ZOL stwierdza się, że średnia wartość uzyskana w skali IADL była wyższa u mieszkańców miast ($M = 12,2$) niż u osób pochodzących ze wsi ($M = 9,6$). Zarówno kobiety, jak i mężczyźni wykazują umiarkowaną zależność w zakresie złożonej aktywności dnia codziennego, przy czym kobiety osiągnęły nieznacznie wyższą średnią ($M = 11,3$) niż mężczyźni ($M = 10,2$). Osoby w młodszej grupie wiekowej (65–74 lat) wykazywały się wyższą średnią ($M = 12,3$) uzyskaną w skali IADL niż osoby w wieku 75–89 lat ($M = 9,4$).

U osób pozostających w domach pod opieką swoich rodzin stwierdzono, że średnia wartość w skali IADL była wyższa u mieszkańców miast ($M = 18,1$) niż u mieszkańców wsi ($M = 12,7$). Różnica pomiędzy tymi średnimi wynosi 5,4 punktu. Kobiety i mężczyźni wykazują umiarkowaną zależność w codziennych złożonych czynnościach, przy czym mężczyźni osiągnęli w skali IADL nieco wyższą średnią ($M = 17,4$) niż kobiety ($M = 16,2$). Osoby w najmłodszej grupie seniorów osiągnęły w skali IADL wyższy średni wynik ($M = 19,0$) niż osoby w wieku 75–89 lat ($M = 16,9$) i ponad 90 lat ($M = 14,0$).

DYSKUSJA

Badani objęci opieką instytucjonalną ogólnie oceniają swoje zadowolenie z jakości życia i zdrowia niżej niż osoby w podeszłym wieku pozostające w domach. Stwierdzono, że mieszkańcy miast zarówno w jednej, jak i w drugiej grupie badanych wyżej oceniają swoje zadowolenie z jakości życia i zdrowia niż mieszkańcy wsi. Zauważono również, że kobiety zdecydowanie lepiej niż mężczyźni oceniają swoją satysfakcję z jakości życia i zdrowia. Wyjątek stanowiły badane kobiety pozostające we własnych domach, które w porównaniu z mężczyznami z tej samej podgrupy badanej nieco niżej oceniły swoje zadowolenie ze stanu zdrowia. Wśród pacjentów ZOL

nieco większą satysfakcję z jakości życia i zdrowia odczuwają młodszy seniorzy (65–74 lata). Natomiast w grupie badanych pozostających we własnych domach nieco wyżej oceniają swoje zadowolenie z jakości życia i zdrowia osoby w wieku starszym (75–89 lat) niż osoby w wieku podeszłym (65–74 lata) i sędziwym (ponad 90 lat).

Pomiędzy pacjentami ZOL a seniorami mieszkającymi we własnych domach stwierdzono istotnie statystycznie różnice w ocenie wszystkich badanych aspektów jakości życia. Osoby pozostające w domach pod opieką swoich rodzin zdecydowanie wyżej oceniają swoją jakość życia we wszystkich jej domenach. Wielu autorów jako najważniejszy wykładnik jakości życia podaje kondycję fizyczną i zdolność do wykonywania codziennych czynności. Joanna Grzegorzczuk i inni (2007) badali jakość życia w stacjonarnej opiece długoterminowej na przykładzie pensjonariuszy domów pomocy społecznej. Podają, że osoby te spośród wszystkich obszarów jakości życia najgorzej oceniały swój poziom energii i swoją sprawność fizyczną. Tłumaczą ten fakt m.in. tym, że osoby przebywające pod opieką instytucjonalną są zazwyczaj odciążane w codziennych czynnościach.

Największą różnicę pomiędzy badanymi grupami seniorów stwierdzono w dziedzinie psychologicznej. Pacjenci ZOL istotnie niżej oceniają ten aspekt jakości życia niż osoby pozostające we własnych domach. Jednak zarówno u jednych, jak i u drugich seniorów dziedzina psychologiczna była najgorzej ocenioną spośród wszystkich badanych składowych jakości życia. Otrzymane wyniki są zgodne z prowadzonymi przez Bożenę Zboinę i Teresę Kulik (2005) badaniami, w których wykazano, że pacjenci zakładów opieki długoterminowej najniżej oceniają swoją jakość życia w obszarze psychologicznym i fizycznym.

W zakresie dziedziny społecznej, obejmującej kontakty, wsparcie oraz aktywność seksualną, pacjenci ZOL osiągnęli istotnie niższe wyniki niż seniorzy pozostający we własnych domach. Halina Zielińska-Więczkowska i inni (2015) podkreślają szczególne znaczenie rodziny, pisząc, że to właśnie ona jest najważniejszym źródłem wsparcia dla osób chorych w starszym wieku w opiece instytucjonalnej.

W przeprowadzonych badaniach pacjenci ZOL istotnie niżej oceniają swoją jakość życia w dziedzinie środowiskowej niż osoby niehospitalizowane. Podobną różnicę badała Zielińska-Więczkowska z zespołem (2015), wykazując, że osoby przebywające w środowisku domowym znacznie wyżej oceniają dziedzinę środowiskowo-socjalną niż osoby objęte opieką instytucjonalną.

Ważnym czynnikiem mającym znaczenie dla oceny jakości życia jest stan psychiczny. W obu grupach seniorów stwierdzono istotną zależność pomiędzy jakością życia w dziedzinie psychologicznej a nasileniem cech depresji. Wykazano, że zarówno u osób objętych opieką instytucjonalną, jak i pozostających we własnym środowisku domowym wraz ze wzrostem oceny jakości życia w aspekcie psychologicznym maleje nasilenie cech depresji. Przy czym silniejszą korelację między tymi zmiennymi stwierdzono u seniorów mieszkających we własnych domach. Podobną zależność badały Justyna Traczyk, Patrycja Kędzia i Anna Skrzek (2016), wykazując u pensjonariuszy domu pomocy społecznej istotną korelację pomiędzy dziedziną psychologiczną a ryzykiem depresji.

W obu grupach badanych seniorów stwierdzono łagodne nasilenie cech depresji. Należy jednak zwrócić uwagę, że średnia wyników uzyskanych w skali GDS przez pacjentów ZOL ($M = 17,2$) była wyższa niż u osób pozostających we własnych domach ($M = 13,3$), co świadczy, że w tej grupie badanych są większe skłonności depresyjne. Podobnie w swoich badaniach stwierdzili Mirosław Dąbkowski, Justyna Szrajda i Janusz Rybakowski (1995), którzy wykazali, że większe rozpowszechnienie i nasilenie depresji występuje wśród mieszkańców domu pomocy społecznej niż u osób mieszkających we własnych domach. Zarówno w jednej, jak i w drugiej grupie badanych seniorzy pochodzący z miast wykazali mniejsze nasilenie symptomów depresji niż mieszkańcy wsi. Tę różnicę szczególnie widać wśród osób mieszkających we własnych domach (miasto $M = 11,5$; wieś $M = 18,8$). W grupie osób objętych opieką instytucjonalną mężczyźni osiągnęli wyższy wskaźnik depresyjności ($M = 18,6$) niż kobiety ($M = 15,8$). Natomiast wśród osób pozostających w domach to kobiety wykazały się większą skłonnością do depresji ($M = 13,8$) niż mężczyźni ($M = 12,8$). W grupie pacjentów ZOL osoby w wieku 65–74 lat osiągnęły nieco wyższy stopień nasilenia cech depresji ($M = 17,8$) niż osoby w przedziale wieku 75–89 lat ($M = 16,6$). Natomiast wśród osób pozostających w domach największym nasileniem cech depresyjności wykazały się kolejno: osoby w wieku 75–89 lat ($M = 14,3$), 65–74 lata ($M = 9,0$), a najniższym seniorzy powyżej 90 lat ($M = 7,0$).

W obu grupach badanych seniorów stwierdzono znaczące zaburzenia w lokomocji oraz wysokie ryzyko upadków. Jednak zdecydowanie większy deficyt w zakresie chodu i równowagi stwierdzono u pacjentów ZOL ($M = 3,45$) niż u osób pozostających we własnych domach ($M = 17,45$). Wśród objętych opieką instytucjonalną, u których występowały zaburze-

nia lokomocji, dominowali mieszkańcy wsi ($M = 3,6$), mężczyźni ($M = 3,9$) oraz osoby w wieku 75–89 lat ($M = 3,7$). Wśród seniorów nieobjętych instytucjonalną opieką mieszkańcy wsi osiągnęli znacznie niższy średni wynik w skali równowagi i chodu ($M = 9,3$) niż mieszkańcy miast ($M = 20,0$). W tej grupie u kobiet ($M = 17,9$) stwierdzono nieznacznie większe niż u mężczyzn ($M = 17,0$) możliwości w zakresie lokomocji.

W badanych grupach seniorów stwierdzono istotny związek pomiędzy sprawnością funkcjonalną w zakresie złożonej aktywności dnia codziennego a globalną oceną jakości życia. Zarówno u osób pozostających we własnych domach, jak i tych hospitalizowanych większa samodzielność w złożonych czynnościach dnia codziennego wiąże się z lepszą oceną jakości życia, przy czym wyższą zależność pomiędzy tymi zmiennymi stwierdzono wśród pacjentów ZOL. Podobne zależności badali Marta Muszalik i inni (2009), wykazując, że pacjenci, którzy wyżej oceniali swoją sprawność funkcjonalną, również wyżej oceniali swoją jakość życia.

W obu grupach badanych seniorów stwierdzono umiarkowaną zależność w zakresie złożonych czynności życia codziennego. Jednak wyższy wynik w skali IADL osiągnęły osoby nieobjęte instytucjonalną opieką ($M = 16,8$) niż pacjenci ZOL ($M = 10,7$). W jednej i drugiej grupie seniorów większą sprawnością wykazali się mieszkańcy miast ($M = 12,2$; $M = 18,1$) aniżeli wsi ($M = 9,6$; $M = 12,7$). Wśród badanych objętych opieką instytucjonalną kobiety osiągnęły nieco wyższą średnią w skali IADL ($M = 11,3$) niż mężczyźni ($M = 10,2$). Natomiast w drugiej grupie seniorów to mężczyźni uzyskali wyższą średnią ($M = 17,4$) niż kobiety ($M = 16,2$).

WNIOSKI

1. Badani objęci opieką instytucjonalną oceniali niżej zadowolenie z jakości życia i swojego zdrowia w porównaniu z seniorami pozostającymi w domach pod opieką swoich rodzin. Należy podjąć działania, które pomogą respondentom przebywającym w warunkach zinstytucjonalizowanej opieki zaakceptować sytuację, w której się znaleźli, bardzo ważne jest wsparcie psychologa oraz poświęcenie większej uwagi podopiecznym.
2. W badanych grupach istotnie lepszą jakość życia w czterech dziedzinach stwierdzono w grupie seniorów przebywających we własnych domach w porównaniu z respondenami przebywającymi w ZOL, którzy istotnie niżej ocenili jakość życia w poszczególnych dziedzinach.

3. U badanych objętych opieką instytucjonalną, jak i u seniorów pozostających we własnym środowisku domowym wraz ze wzrostem oceny jakości życia w aspekcie psychologicznym maleje nasilenie cech depresji.
4. Zarówno u pensjonariuszy ZOL, jak i seniorów pozostających w domu stwierdzono łagodne nasilenie symptomów depresji, jednak nieco wyższym natężeniem cech depresyjnych charakteryzowali się pacjenci zakładu opieki leczniczej. Należy podjąć działania, które będą zachęcały badanych do udziału w warsztatach zajęciowych, oraz dobierać zajęcia indywidualnie dla każdego pacjenta.
5. Im wyższa ocena jakości życia w aspekcie fizycznym u seniorów niehospitalizowanych, tym większe u nich możliwości w zakresie poruszania się oraz mniejsze ryzyko upadków. Natomiast u badanych w ZOL brak istotnej zależności pomiędzy możliwościami lokomocyjnymi a oceną jakości życia w dziedzinie fizycznej.
6. Zarówno u respondentów objętych opieką instytucjonalną, jak i u seniorów pozostających we własnym środowisku domowym stwierdzono znaczące zaburzenia w lokomocji oraz wysokie ryzyko upadków. Jednak zdecydowanie większy deficyt w zakresie chodu i równowagi stwierdzono u pacjentów ZOL.
7. Badani objęci opieką instytucjonalną, jak i seniorzy pozostający we własnym środowisku domowym, wraz ze wzrostem samodzielności w zakresie złożonych czynności dnia codziennego, przejawiają wzrost globalnej oceny jakości życia. Jednak silniejszą zależność pomiędzy tymi zmiennymi stwierdzono u seniorów hospitalizowanych. Należy zwiększyć zaangażowanie pacjentów ZOL i motywować ich do większej aktywności w codziennych czynnościach w ramach terapii zajęciowej.
8. Zarówno u pacjentów ZOL, jak i seniorów pozostających w domach stwierdzono umiarkowaną zależność w zakresie złożonych czynności dnia codziennego. Jednak większą sprawność w tych czynnościach stwierdzono u seniorów niehospitalizowanych.

BIBLIOGRAFIA

- Bańka, A. (1995). *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Poznań–Częstochowa: Wyd. UAM i WSP.
- Dąbkowski, M., Szrajda, J., Rybakowski, J. (1995). Ocena częstości występowania nieleczonych zaburzeń depresyjnych u osób starszych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 4, 261–265.

- De Walden-Gałuszko, K., Majkovicz M. (1994). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Dziurowicz-Kozłowska, A. (2002). Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 1, 77–99.
- Grzegorzczak, J., Kwolek, A., Bazarnik, K., Szeliga, E., Wolan, A. (2007). Jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej i słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 3, 225–233.
- Juczynski, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kautsch, M. (2011). Restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej. *Studia i materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, 39.
- Leowski, J. (2012). *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*. Warszawa: CeDeWu.
- Muszałik, M., Kędziora-Kornatowska, K., Sury, M., Kornatowski, T. (2009). Ocena funkcjonalna pacjentów w starszym wieku w odniesieniu do jakości życia w świetle kwestionariusza Oceny Funkcjonalnej Przewlekłe Chorych. *Probl Hig Epidemiol*, 4, 569–576.
- Orzechowska, G. (2012). *Aktualne problemy gerontologii społecznej*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Rożnowska, A. (2009). *Podmiotowe obszary jakości życia osób z różnych grup społecznych*. Słupsk: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej w Słupsku.
- Rybczyńska, D. (1995). *Jakość życia pokolenia wstępującego*. Zielona Góra: Wydawnictwo WSP.
- Szarota, Z. (2002). Instytucje i placówki wspierające starość. W: Z. Brańka (red.), *Podmioty opieki i wychowania*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Traczyk, J., Kędzia, P., Skrzek, A. (2016). Jakość życia, sprawność funkcjonalna oraz występowanie ryzyka depresji u kobiet po 60 roku życia mieszkających w domach opieki społecznej i samodzielnie. *Gerontologia Polska*, 24, 32–39.
- Zboina, B., Kulik, T. (2005). Uwarunkowania społeczne jako determinanty zadowolenia z jakości życia w zakładach pielęgnacyjno-leczniczych. W: B. Zboina (red.), *Ostrowieckie Dni Promujące Zdrowie* (s. 79–90). Ostrowiec Świętokrzyski: WSBiP.
- Zielińska-Więczkowska, H., Żychlińska, E., Muszałik, M., Kędziora-Kornatowska, K. (2015). Ocena jakości życia i wsparcia społecznego pacjentów z chorobą nowotworową w starszym wieku objętych opieką paliatywną. *Geriatrics*, 9, 227–234.

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES

ABSTRACT

The purpose of this thesis is the comparison of some chosen aspects of life quality of elderly people that are chronically ill and reside under institutional care or stay at their own homes. Research covered 100 seniors, ages from 65 to 92, including 50 patients of the Nursing and Therapeutic Institution in Nowy Targ and 50 ill and elderly people staying at their homes and using home rehabilitation. 50 men and 50 women were interviewed. To carry out the research I used the diagnostic survey method. The quality of life of the subjects was evaluated by means of the standard WHOQOL-BREF questionnaire. Three other standard questionnaires were also used in the research: the Geriatric Depression Scale (GDS), Tinetti's Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) and the Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale (IADL).

ZOL's members rated lower satisfaction with quality of life and their health, compared to seniors staying in homes under the care of their families. In the study groups, significantly higher quality of life in four areas was found in the group of seniors living in their own homes compared to the seniors living in ZOL.

Based on the research results it was found that the evaluation of quality of life of elderly people significantly depends on the environment they live in.

Key words: the quality of life, WHOQOL-BREF questionnaire, institutional support