



Magdalena Maciejasz

Szkoła Główna Handlowa
Kolegium Ekonomiczno-Społeczne
Instytut Gospodarstwa Społecznego
magda.maciejasz@gmail.com

Sylwia Timoszuk

Szkoła Główna Handlowa
Kolegium Ekonomiczno-Społeczne
Instytut Gospodarstwa Społecznego
stimoszuk@gmail.com

Wojciech Łątkowski

Szkoła Główna Handlowa
Kolegium Analiz Ekonomicznych
Instytut Statystyki i Demografii
latkow@poczta.fm

Anna Grudecka

Szkoła Główna Handlowa
Kolegium Gospodarki Światowej
Instytut Międzynarodowego Zarządzania
i Marketingu
agrudecka@gmail.com

WYBRANE ASPEKTY JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB 60+ W POLSCE W ŚWIETLE BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

Streszczenie: Głównym celem badania było zrozumienie postrzegania jakości życia przez osoby starsze. Badanie miało charakter pilotażowy, zostało przeprowadzonych 8 indywidualnych wywiadów pogłębionych oraz zogniskowany wywiad grupowy. Badanie zostało podzielone na 4 bloki tematyczne: jakość życia, sieć kontaktów, zdrowie oraz wsparcie.

Dla respondentów wspólne jest identyfikowanie stanu zdrowia oraz sytuacji materialnej jako głównych determinant jakości życia. Pomimo problemów materialnych i zdrowotnych, z jakimi borykają się osoby starsze, badani starają się być samowystarczalni. Mają pozytywne nastawienie do życia, dążą do tego, by aktywnie wpływać na jego jakość.

Badając sieć kontaktów seniorów skupiono się na relacjach z rodziną oraz znajomymi. Badani wskazywali na odmienność tych dwóch typów kontaktów, jednakże traktowali je częściej jako komplementarne wobec siebie niż jako substytuty. W przeprowadzonych wywiadach pojawił się również problem samotności. Dotyczył on w szczególności starszych seniorów, których rówieśnicy umierali i w efekcie sieć kontaktów badanego ulegała skurczeniu.

Niemal wszyscy badani podkreślali samodzielne funkcjonowanie i niezależność jako kluczowe elementy definicji zdrowia. Przebadani seniorzy zgodnie wskazywali na ruch oraz dietę jako dwa główne czynniki wpływające na zdrowie. Dodatkowo wymieniano uwarunkowania genetyczne, zaniedbania leczenia w przeszłości, a także dostęp do lekarza. Badane osoby najczęściej potrzebowały pomocy przy sprzątaniu i załatwianiu bieżących spraw, a wsparcie było udzielane zwykle przez rodzinę oraz rzadziej przez opiekunki i znajomych. Prośzenie o pomoc było dla badanych trudne, dlatego starali się być samowystar-

czalni, a o pomoc prosili tylko wtedy, gdy było to niezbędne. Respondenci chętnie opiekowali się wnukami. Ponadto, w miarę możliwości wspierali finansowo swoje dzieci oraz udzielali pomocy sąsiedzkiej przy drobnych pracach.

Słowa kluczowe: osoby starsze, jakość życia, sieć kontaktów, zdrowie, wsparcie, badanie jakościowe.

Wprowadzenie

Poniższy artykuł stanowi podsumowanie pilotażowego badania jakościowego poświęconego wybranym aspektom jakości życia osób w wieku 60+ w Polsce, przeprowadzonego w dniach 24-29 marca 2014 r. przez zespół czterech badaczy¹.

Jakość życia, stanowiąca przedmiot publicznych debat² i prywatnych dyskusji, niejednokrotnie jest utożsamiana z dobrobytem ekonomicznym. Tymczasem – jak wskazuje literatura przedmiotu – termin ten jest znacznie bardziej obszerny i różnie definiowany³. Zdaniem Autorów artykułu, model OECD „*Better Life Index*” w sposób najbardziej kompleksowy odzwierciedla determinanty jakości życia. Uwzględnia zarówno dobrobyt ekonomiczny, jak i stosunki międzyludzkie, możliwość i stopień samorealizacji, poczucie bezpieczeństwa i subiektywną czy całościową ocenę zadowolenia z życia⁴.

1. Opis badania i metoda badawcza

Głównym celem badania było zrozumienie postrzegania jakości życia osób w wieku 60+ w Polsce. Badanie zostało podzielone na 4 bloki tematyczne: (1) *Jakość życia*, który miał na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jak respon-

¹ Badanie zostało przeprowadzone w ramach warsztatów metodologicznych, dofinansowanych przez Samorząd Doktorantów Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Przeprowadzenie analiz oraz przygotowanie publikacji było możliwe dzięki wsparciu finansowemu Narodowego Centrum Nauki (Projekt „Jakość życia osób w wieku 50 lat lub więcej w Polsce”, finansowany ze środków NCN przyznanych podstawie decyzji numer DEC-2012/07/D/HS4/01778).

² Powyższa problematyka jest podejmowana przez państwowe i komercyjne instytuty badawcze oraz środowiska akademickie. Por. Raporty „Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków”. W Polsce funkcjonują również akademickie ośrodki badawcze podejmujące tematykę jakości życia, np. Centrum Badania Jakości Życia UAM w Poznaniu.

³ Przykładowo E. Allardt utożsamia jakość życia m.in. ze stosunkami międzyludzkimi i możliwością samorealizacji [Allardt, 1976]. C. Dalkey i D.L. Rouke stwierdzili, iż elementy składowe jakości życia to: satysfakcja i poczucie szczęścia [Dalkey, Rouke, 1972, za: Papuć, 2012, s. 41-145]. G.W. Torrance łączy zaś jakość życia ze zdrowiem [Torrance, 1987, s. 593-603].

⁴ Raport OECD Better Life Index, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/> [dostęp: 08.04.2014].

denci definiują jakość życia i co ją determinuje, (2) *Sieć kontaktów*, w którym badano wielkość i struktury sieci kontaktów, (3) *Zdrowie*, który miał na celu zrozumienie, co oznacza bycie zdrowym i określenie wpływu stanu zdrowia na ilość i jakość posiadanych kontaktów z innymi osobami, oraz (4) *Wsparcie*, w którym badano czy oraz jakiego rodzaju wsparcie otrzymują lub udzielają osoby starsze.

Badanie miało charakter jakościowy. W toku indywidualnych wywiadów pogłębionych (In-Depth Interview) nawiązano bezpośrednie relacje z respondentami i pozyskano pogłębione odpowiedzi. Drugą techniką zastosowaną w badaniu był zogniskowany wywiad grupowy (Focus Group Interview), umożliwiający identyfikację różnorodnych skojarzeń związanych z jakością życia i elementów na nią wpływających.

Z uwagi na ograniczenia czasowe i kosztowe oraz pilotażowy charakter badania, zrealizowano 8 wywiadów indywidualnych (4 kobiety i 4 mężczyźni w wieku 60-89 lat) i wywiad grupowy, w którym wzięło udział 8 osób (7 kobiet i 1 mężczyzna). Respondenci – mieszkańcy Warszawy – zostali dobrani techniką kuli śnieżkowej.

Opracowano oddzielne scenariusze badawcze dla wywiadów indywidualnych i grupowego, zawierające pytania przypisane do poszczególnych bloków tematycznych.

Wywiady indywidualne, zarejestrowane w formie audio, odbywały się w miejscach wskazanych przez badanych (w ich domach lub na terenie Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie). Wywiad grupowy, zarejestrowany w formie audio-wideo, odbył się w fokusowni. Z przeprowadzonych wywiadów zostały sporządzone transkrypcje.

2. Wyniki

Jakość życia

Definiując jakość życia, respondenci jako najistotniejsze determinanty wskazywali zdrowie i standard materialny. Zdrowie było utożsamiane z możliwością samodzielnego funkcjonowania, zaś sytuacja materialna ze standardem codziennego życia oraz możliwością realizacji planów i zaspokojeniem potrzeb. Zdaniem respondentów jakość życia to także sposób spędzania czasu wolnego, posiadanie zainteresowań i możliwość samorealizacji oraz relacje z innymi – rodziną i znajomymi.

Na poziomie jakości życia w ujęciu materialnym, respondenci zdecydowanie pogorszenie odczuli w momencie przejścia na emeryturę.

Po przejściu na emeryturę znajduję się poniżej średniej. A pracując byłem dużo powyżej średniej. To absolutne zderzenie (Mężczyzna, 79 l.).

Badani emeryci wskazują także, iż rosną ich wydatki na opłaty bieżące, jedzenie, leki oraz prywatne wizyty lekarskie. Niskie emerytury uniemożliwiają realizację pasji, np. podróży. Z drugiej zaś strony wielu przebadanych seniorów można uznać za zaradnych: dorabiają do emerytury lub poszukują oszczędności, przykładowo przygotowując przetwory. Chcąc realizować swoje zainteresowania, np. wyjścia do kina, poszukują tańszych alternatyw w postaci biletów dla seniorów.

Wszystko się kręci wokół wydatków, finansów, oszczędności (Kobieta, 60 l.).

Niezależnie od tego czy Respondenci mieli wpływ na moment przejścia na emeryturę, oceniają ją pozytywnie. Niemniej, poza problemami materialnymi pojawiają się także dylematy związane z zagospodarowaniem czasu wolnego. Poza codziennymi obowiązkami związanymi z prowadzeniem domu lub ewentualną pomocą w opiece nad wnukami, starają się aktywnie spędzać czas, spacerując, spotykając się ze znajomymi. Pozostając w domu, czytają lub oglądają telewizję. Zdecydowana większość przebadanych w pełni wypełnia swój czas, czasem wręcz odczuwa, iż ich harmonogram jest niezwykle napięty.

Przytoczone wcześniej spotkania towarzyskie istotnie wpływają na ocenę jakości życia. Pozwalają zapłacić pustkę po dotychczasowej pracy zawodowej, zapobiegając tym samym ewentualnemu poczuciu osamotnienia.

Osamotnienie może mieć niekiedy wymiar intelektualny, rozumiany jako niepodzielenie opinii obecnych np. w mediach: *Ja mogę mieć poczucie osamotnienia. Jak śledzę to, co się dzieje w kulturze, w życiu społecznym, to pewne rzeczy mnie się ogromnie nie podobają.* Pomimo iż większość badanych seniorów stara się nadążyć za postępem technologicznym (np. sprawnie obsługuje komputer), nie identyfikują się ze wszystkimi zmianami współczesnego świata. Szczególnie silnie podkreślany jest wątek różnic międzypokoleniowych oraz poczucie, iż osoby starsze są wykluczane ze społeczeństwa, są niepotrzebne w świecie młodych, którzy są tacy inni, bardziej ukierunkowani na siebie.

Różnice pokoleniowe nie są jedynym źródłem dyskomfortu respondentów. Przebadani seniorzy obawiają się o samowystarczalność, swoich bliskich – szczególnie o pracę dla młodszych pokoleń, oraz o stan własnego zdrowia.

Zdrowie jest największym szczęściem i zmartwieniem jak go nie ma (Kobieta, 87 l.).

Respondenci, wśród których nie było osób całkowicie niesamodzielnych, potrafią jednak docenić to, iż są relatywnie zdrowi na tle rówieśników. Fakt ten stanowi dla nich źródło szczęścia, podobnie jak możliwość kontaktów z rodziną i bliskie relacje z nią.

Uczestnicy badania nie mają w przeważającej mierze potrzeby radykalnych zmian w swoim życiu. Co więcej, respondenci cechują się pozytywnym nastawieniem do życia oraz chęcią nieingerowania w życie innych, co ma przełożenie na jakość kontaktów dających im satysfakcję.

Każdy ma prawo żyć wedle własnego modelu życia (Kobieta, 87 l.).

Reasumując, warto wskazać, że jakość życia jest także determinowana oczekiwaniami poszczególnych osób wobec życia, ocena ma więc charakter subiektywny. Co więcej, zdaniem respondentów każdy ma wpływ na jakość swojego życia.

Na jakość życia sami musimy sobie zapracować (Mężczyzna, 75 l.).

Sieci kontaktów

Badani wskazywali na inny charakter relacji ze znajomymi i z rodziną, przy czym relacje z krewnymi były częściej bardziej skomplikowane i wzbudzały więcej emocji niż kontakty ze znajomymi. Możliwą przyczyną jest to, że – według badanych – ze spokrewnionymi osobami wiążą ich przede wszystkim więzy krwi i kontakt z nimi jest utrzymywany nawet wtedy, gdy relacje są trudne. W odniesieniu do znajomych sytuacja wygląda odmiennie, gdyż znajomości można selekcjonować.

Z rodziną łączy nas biologia i łączy nas tradycja, no i to, że się wychowaliśmy razem. Z przyjaciółmi łączy nas to, że myśmy ich dobrali sobie (Mężczyzna, 79 l.).

Utrzymywanie relacji z rodziną różniło się jednak w zależności od stopnia pokrewieństwa. Jeżeli relacja z krewnymi była trudna, to kontakt był rzadziej rzywany w przypadku bliższej rodziny (w szczególności dzieci).

Na zachowanie relacji miały niekiedy wpływ zdarzenia z przeszłości. Szczególnie istotne było (nie)udzielenie pomocy przez dalszych krewnych oraz znajomych w trudnej sytuacji życiowej, w której znalazł się badany/-a. Taki „sprawdzian” relacji wpływał na decyzję o zerwaniu (lub nie) kontaktu i utrzymanie takiego stanu w starszym wieku.

[o znajomych] Ale to nie byli życzliwi mi ludzie, jednak później się przekonałam, jak mąż chorował i jak umarł to zrobiłam... (wdech)... przegląd i po prostu właśnie spotykam się z ludźmi, którzy są mi życzliwi (Kobieta, 70 l.).

W odniesieniu do znajomych badani wskazywali na wyższość jakości relacji nad ilością znajomych i przyznawali, że świadomie selekcjonują znajomości. Można wyróżnić trzy podstawowe kryteria doboru znajomych, którymi kierowali się badani: 1) wspólne zainteresowania (*bez wspólnych zainteresowań nie ma znajomości. I bez nich nie będzie również przyjaźni*), 2) dystans (im mniejszy,

tym większa możliwość spotkań) oraz 3) dostępność, rozumiana jako szansa uzyskania pomocy przy różnych (najczęściej drobnych) sprawach, np. niewielkich naprawach w domu.

Dostępność znajomych była u niektórych badanych wyznacznikiem dobrej relacji. Odmienne była ona jednak odbierana w odniesieniu do dzieci – jeżeli kontakty z nimi były rzadkie i nieregularne, to badani usprawiedliwiali je ich zapracowaniem i brakiem czasu.

[o pracy i rzadkich kontaktach z dzieckiem] no więc to jest takie właściwie wysysanie soków z człowieka. Cały dzień, po dziesięć godzin, więc... też właściwie nie powinnam się czepiać... (Kobieta, 70 l.).

Na częstotliwość kontaktów z rodziną miał wpływ dystans; badani uznawali, że *na starość powinno się mieć gdzieś w pobliżu rodzinę*. Ponadto, im bliżej mieszkały dzieci, tym spotkania z nimi były częściej mniej formalne.

Respondenci wskazywali, że nie chcą obciążać rodziny swoimi problemami. Powodem była chęć ochrony bliskich – w rezultacie nie mówili im o wszystkich problemach: *jeżeli to jest sprawa, która by wywołała wielką szkodę, dyskomfort psychiczny, szok u rodziny. Żeby oszczędzić*. Niekiedy badani nie dzielili się swoimi zmartwieniami, ponieważ uważali, że rodzina nie może im pomóc. W rezultacie w niektórych trudnych sytuacjach respondenci preferowali rozmowę ze znajomymi (aby się „wygadać”). Nie oznaczało to jednak, że znajomości były traktowane jako substytut kontaktów z krewnymi. Seniorzy uznawali je raczej za kontakty komplementarne wobec siebie. Badani wskazywali, że znajomi nie mogą zastąpić rodziny. Uważali jednak, że należy posiadać oba typy relacji.

Powinno być jedno i drugie. Powinno się nad tym pracować i utrzymywać jedno i drugie. Jedno nie zastąpi drugiego (Kobieta, 67 l.).

W wywiadach został również poruszony problem poczucia samotności u niektórych badanych, co było często związane ze śmiercią rówieśników. Należy zauważyć, że uczucie to było obecne nawet u osób, które często rozmawiały z krewnymi.

Wie pani, mnie jest smutno. Ona [tu: opiekunka] przychodzi w poniedziałki, środy i piątki po 4 godziny. W soboty i niedziele mi się dłuży, tęsknię, jestem spragniona kogoś. Żeby porozmawiać nawet, bo ja mam córkę dobrą, ale ten Skype nawet codziennie przez 20 minut to mało. Więc ta samotność... (długa pauza) (Kobieta, 87 l.).

Zdrowie

Na pytanie, co to znaczy być zdrowym, każdy z respondentów podawał własną definicję, najczęściej przez pryzmat własnych fizycznych możliwości oraz chorób i dolegliwości. Niemal wszyscy badani podkreślali samodzielne

funkcjonowanie i niezależność jako kluczowe elementy definiujące zdrowie. Według niektórych respondentów zdrowie jest wtedy, kiedy *człowiek w miarę w normalny sposób egzystuje, nie jest przykuty do łóżka*. Dla niektórych zdrowie kończy się tam, gdzie *człowiek nie potrafi zrobić koło siebie*. Bycie zdrowym było również definiowane jako dobre samopoczucie, rozumiane jako brak bólu lub dolegliwości, również wyrażane jako *niemówienie w kółko o chorobach*. W wypowiedziach badanych pojawiał się również wymiar bycia potrzebnym dla innych jako element bycia zdrowym. Warto zauważyć, że tylko jedna z osób wspomniała w swej definicji o sprawności umysłowej.

Dla mnie zdrowy człowiek to jest ten który, który po prostu ma zachowaną pewną sprawność fizyczną i umysłową oczywiście (Mężczyzna, 79 l.).

Badani uważali, że w ich wieku, z powodu różnych dolegliwości, *całkowicie zdrowym jest być bardzo trudno*. Przebadane osoby zaobserwowały, że wraz z wiekiem ich zdrowie ulega zmianie, a u niektórych *wszystko zaczyna szwankować*. Przede wszystkim zauważano zmiany w sprawności ruchowej i wydolności. Dowodem na coraz liczniejsze kłopoty są *wędrówki do lekarzy*. Badani seniorzy zgodnie wymieniali ruch oraz dietę jako dwa główne czynniki wpływające na zdrowie, dlatego *koniecznie trzeba się ruszać* oraz racjonalnie i z umiarem się odżywiać. Wszyscy respondenci podkreślali w rozmowach wagę podejmowania działań dla utrzymania lub poprawy zdrowia, w szczególności aktywności fizycznej. Każda z osób praktykowała jakąś formę ruchu, najczęściej spacer. Ponadto niektórzy badani dbali o zdrowie poprzez dietę lub rozwiązywanie krzyżówek dla utrzymania sprawności intelektualnej. Wśród respondentów pojawiały się przekonania, że *taki jesteś, jak siebie kształtujesz*. W kontekście ćwiczeń fizycznych, gimnastyki czy spacerów była podkreślana ważna rola samodyscypliny. Dodatkowo wymieniano uwarunkowania genetyczne, zaniedbania leczenia w przeszłości, a także dostęp do lekarza jako determinujące obecny stan zdrowia seniorów.

Wśród badanych pogorszenie stanu zdrowia wpływało na kontakty ze znajomymi i rodziną oraz sposób spędzania czasu wolnego. Osoby bardziej chore lub sędziwe zgłaszały ograniczenie kontaktów ze znajomymi, głównie z powodu problemów z chodzeniem lub wzrokiem, oraz zmianę ich formy z kontaktu osobistego na telefoniczny. W przypadku kontaktów z rodziną, osoby te były częściej zdane na odwiedziny dzieci i wnuków w miejscu zamieszkania. Sprawniej- si, i na ogół młodszy zarazem, nie zgłaszali zmian w dotychczasowym życiu rodzinnym i towarzyskim, pozostając dyspozycyjnymi, aczkolwiek odczuwali nowe ograniczenia związane z wiekiem. Objawiało się to zmianą niektórych dotychczasowych aktywności czy aspiracji, co jeden z badanych formułował jako *dostosowanie, nie rezygnowanie, a dostosowanie działania do możliwości*.

Osobnym obszarem zgłębnym w tej części badania był dostęp do służby zdrowia. Dominującą oceną, która została wystawiona publicznej służbie zdrowia przez badanych seniorów, była ocena negatywna. Respondenci skarżyli się przede wszystkim na bardzo długi czas oczekiwania na wizytę lekarską, zwłaszcza do lekarza specjalisty, której odbycie *graniczy z cudem*. Według niektórych *nie można dostać się do specjalisty bez całej drogi prywatnego lekarza*.

Ludzie, właśnie szczególnie po tym załamaniu emerytalnym, z tymi pieniędzmi, które mają, nie mają możliwości leczenia się. (...) Jeżeli ktoś nie ma w rodzinie lekarza, albo sam nie jest lekarzem, albo nie ma zaprzyjaźnionego lekarza, to się w tej chwili porządnie leczyć nie może (Mężczyzna, 79 l.).

Seniorzy skarżyli się ponadto na brak kompetencji niektórych lekarzy, zbyt małą ilość czasu poświęconą na pacjenta podczas wizyty, brak chęci pomocy oraz trudności w uzyskaniu skierowań do specjalistów i na badania. Wiele osób podkreślało problem braku zainteresowania i życzliwego stosunku do starszego lub sędziwego pacjenta.

Wsparcie

Badani wskazywali na potrzebę pomocy przy sprzątaniu, podnoszeniu ciężkich przedmiotów, załatwianiu spraw bieżących oraz przy obsłudze komputera. Niektórzy wspominali o otrzymywanym wsparciu finansowym od dzieci: w formie gotówki lub zapłaty za określone usługi oraz opiece w czasie, kiedy osoba starsza chorowała lub była tuż po przebytych zabiegach w szpitalu.

Na pytanie kto udziela wsparcia, badani wskazywali w pierwszej kolejności na rodzinę: dzieci oraz wnuki. Głównym czynnikiem determinującym, które dziecko pomaga, była odległość. Płeć dziecka nie miała w przypadku badanych znaczenia. Dzieci respondentów często przejmowały rolę organizatorów życia rodzica: szukały i zatrudniały opiekunkę, wspierały finansowo, zajmowały się bieżącymi rachunkami. Pomoc wnuków była szczególnie ważna przy obsłudze komputera: *Dlatego, że ich język i ich sposób przekazywania mi informacji jest zdecydowanie bardziej komunikatywny*.

Wsparcie ze strony rodziny nie zawsze było możliwe. Najczęściej wymieniane powody, dla których rodzina nie może zapewnić pomocy to: brak czasu, odległość, złe relacje badanego z rodziną oraz niechęć krewnych do udzielania wsparcia.

Ja nie mogę liczyć na rodzinę, to jest niemożliwe, oni mają pracę. Do głowy by mi nawet nie przyszło, żeby coś takiego od nich wymagać (Kobieta, 76 l.).

W tym miejscu ponownie warto zwrócić uwagę na to, że większość badanych starała się usprawiedliwić rodzinę i wykazywała zrozumienie dla jej braku czasu, zapracowania, a tym samym braku możliwości udzielenia wsparcia.

Pomoc była również udzielana przez opiekunki. W przypadku osób objętych badaniem były to osoby zatrudnione prywatnie, nie zaś opiekunki środowiskowe, z którymi badani mieli złe skojarzenia.

One tak nie mają serca. Bo po tej państwowej pracy biegną na prywatę, gnają. To jest oszukaństwo i dla tej kobieciny i dla ludzi starych (Kobieta, 87 l.).

Jako pożądane cechy opiekunek wymieniane były: serdeczność, uczciwość, dostępność oraz „wykraczanie” poza ustalone zadania. Opiekunki spełniały dwojaką funkcję: osoby, która zajmuje się bieżącymi sprawami oraz osoby, z którą senior nawiązuje bliższą relację niż tylko relacja usługodawca-usługobiorca.

Mimo iż na pytanie „Kto udziela wsparcia?” badani wskazywali w pierwszej kolejności rodzinę, to na pytanie: „Kogo lepiej prosić o pomoc?” padały odpowiedzi:

Opiekunki. I lepiej zapłacić za to. Lepiej nie być zależnym od rodziny, która nie jest czuła, rodzinna. Robi coś z obowiązku i się jeszcze nagada. To nie robota (Kobieta, 87 l.).

Rzadziej jako osoby wspierające wskazywani byli sąsiedzi i znajomi. Badani zwracali się do nich głównie wtedy, gdy potrzebowali pomocy w drobnych sprawach lub mieli jakieś zmartwienia. Znajomi stanowią oparcie w sytuacjach, kiedy w celu rozwiązania problemu wystarczy rozmowa. W trudnych chwilach, szczególnie takich jak choroba, wsparcie udzielane jest najczęściej przez rodzinę (*jednak w tym całym bólu, nieszczęściu jest najlepiej w rodzinie*).

To czy łatwo jest prosić o pomoc zależy głównie od dwóch czynników: charakteru seniora/-ki oraz jego/jej relacji z osobami, które mogłyby udzielić wsparcia. Im te relacje są lepsze, tym łatwiej jest osobom starszym zwrócić się z prośbą do osoby trzeciej. Niemniej, proszenie o pomoc było dla większości badanych trudne. Seniorzy mówili, że wolą zapłacić *parę groszy* niż prosić o wsparcie. Respondenci wielokrotnie stwierdzali, że *muszą sobie sami dać radę*. Ta samowystarczalność objawiała się w różnorodny sposób, np.: na zakupy zabierali torbę na kółkach, robili zapasy, żeby uniknąć nagłego braku jakiegoś produktu. Wiele podejmowanych czynności miało charakter prewencyjny, aby uniknąć bycia zależnym w przeszłości.

O ile badani sami niechętnie zwracali się do innych o wsparcie, o tyle chętnie i często wyrażali gotowość niesienia pomocy. Najczęściej wymienianą formą wsparcia była opieka nad wnukami, która sprawiała im dużo radości i satysfakcji. Respondenci udzielali rad bliskim oraz w miarę możliwości wspierali swoje dzieci finansowo, szczególnie wtedy, gdy te pozostawały bez pracy. Niektórzy badani angażowali się lub chcieliby się angażować w prace społeczne, wolontariat. Chęć niesienia innym pomocy wynikała głównie z dwóch czynników: charakteru osoby starszej oraz pragnienia bycia potrzebnym.

Podsumowanie

W toku przeprowadzonego badania jakościowego zidentyfikowano główne determinanty jakości życia osób 60+ w Polsce: stan zdrowia oraz sytuację materialną. Istotna była także jakość i sposób spędzania czasu wolnego, posiadanie pasji, spotkania ze znajomymi i dobre relacje z rodziną.

Stan zdrowia był utożsamiany z możliwością samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym. Wskazywano także, iż zdrowie determinuje sposób spędzania czasu wolnego oraz kontakty z otoczeniem. Co więcej, może stanowić potencjalne źródło zmartwień osób starszych, negatywnie oceniających dostęp i jakość świadczeń zdrowotnych.

Dla oceny jakości życia istotne są także kontakty ze znajomymi i rodziną. Respondenci podkreślali odmienny charakter relacji z tymi dwiema grupami oraz fakt, iż pożądanym jest zarówno posiadanie sieci znajomych, jak i bliskich relacji rodzinnych.

Co więcej, w sytuacji potencjalnej potrzeby wsparcia, rodzina stanowi pierwszą grupę, do której respondenci zwracają się o wsparcie. Niemniej prośenie o pomoc nie przychodzi badanym seniorom łatwo. Respondenci zaznaczali również, że jeśli tylko mogą, chętnie sami udzielają wsparcia innym – zarówno rodzinie, jak i znajomym.

Przeprowadzone badanie jakościowe miało charakter pilotażowy. W związku z powyższym, sugeruje się przeprowadzenie dalszych badań na większej próbie mieszkańców różnych miast Polski celem replikacji.

Literatura

- Allardt E. (1976), *About Dimensions of Welfare*, „Research Report”, No. 1.
- Dalkey C., Rourke D.L. (1972), *The Delphi Procedure and Rating Quality of Life Factors*, University of California LA [za:] E. Papuć, *Jakość życia i sposoby jej ujmowania*, „Current Problems of Psychiatriy” 2012, nr 12 s. 41-145.
- Torrance G.W. (1987), *Utility Approach to Measuring Health-related Quality of Life*, „Journal of Chronic Diseases”, No. 40, s. 593-603.
- Raport OECD Better Life Index, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/> [dostęp: 08.04.2014].

**SELECTED ASPECTS OF QUALITY OF LIFE OF PEOPLE
AGED 60+ IN POLAND IN QUALITATIVE RESEARCH**

Summary: The main goal of the research was to understand the perception of the quality of life by the elderly. The research followed a qualitative approach. There were 8 individual In-depth interviews and a Focus group interview conducted. The study was split into 4 thematic blocks: quality of life, social and family networks, health and support.

The respondents identified health status and financial situation as the main quality of life determinants. Despite the financial and health problems that the older people are facing, the respondents are trying to be self-sufficient. They have positive attitude towards life and strive to actively exert influence on its quality.

Almost all interviewed people underlined the unassisted living and independence as key elements of the health definition. They almost unanimously pointed at exercise and diet as two main factors affecting health. Additionally, genetic conditioning, past health treatment negligence as well as access to a doctor were mentioned as determinants of their current health status. What's more, they observed that health deterioration is affecting their relations with family and friends and the way they spend free time.

When examining the social and family networks the focus was put on two types of relations: friends and family. The respondents pointed at distinctness of these two types of relations, however they treated them more often as complementary rather than substitutable. In the conducted interviews the problem of loneliness also appeared. It particularly concerned older seniors whose peers had already been dying and, therefore, their network of contacts had been shrinking.

The respondents most often required help with cleaning and getting small affairs in order, while the support came mostly from family. The support was also provided by professional caregivers and friends. Asking for help was difficult for the respondents. That is why they tried to be self-sufficient and asked for help only when it was indispensable. The respondents were eager to take care of their grandchildren, they support their children financially and give small neighbor-support.

Keywords: elderly, quality of life, health, family and friends' network, support, quantitative research.