

Zofia Nowak-Kapusta\*, Jacek Durmała\*\*, Ewelina Bąk\*\*\*  
Aleksandra Cieślik\*\*\*\*, Grażyna Franek\*

\* Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu SUM w Katowicach;  
\*\* Katedra i Klinika Rehabilitacji, Wydział Nauk o Zdrowiu SUM w Katowicach; \*\*\* Katedra Pielęgniarstwa,  
Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej; \*\*\*\* Zakład Pielęgniarstwa  
Neurologicznego i Psychiatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu SUM w Katowicach

## Jakość życia osób starszych przebywających w domach pomocy społecznej

### Quality of Life of the Elderly in the Public Nursing Homes

**ABSTRACT:** Changes which occur in old age are multi-aspect and include every sphere of life. The aim of the research is evaluation of the quality of life of the elderly in the public nursing homes with the help of the questionnaire SF-36. The research was conducted among 411 residents of the age  $79,4 \pm 7,7$ . SF-36 scale estimates the quality of life in 8 aspects. Physical efficiency ( $29,8 \pm 25,3$ ) and general health ( $45 \pm 18,6$ ) were evaluated lowest. In every 8 aspects men estimated their quality of life higher of several points. Results of estimation of social functioning are above the average results in population. The average result of women was  $61 \pm 20$  and of men was  $68 \pm 19$ . PCS estimation pointed out that physical functioning deteriorate with age. Total factor of mental health (MCS) is of the reverse nature than PCS. Both the oldest men and women feel better emotionally. SF-36 scale introduction to the evaluation of the quality of life among the residents can prove to be an important factor improving their life situation.

**KEYWORDS:** The quality of life, SF-36, the elderly, the public nursing home.

**STRESZCZENIE:** Zmiany jakie zachodzą w okresie starości są wieloaspektowe i obejmują każdą sferę życia. Celem pracy była ocena jakości życia osób starszych przebywających w domach pomocy społecznej za pomocą kwestionariusza SF-36. Badania przeprowadzono wśród 411 pensjonariuszy o średniej wieku  $79,4 \pm 7,7$  lat. Skala SF-36 ocenia jakość życia w ośmiu aspektach. Najniżej przez ankietowanych zostały ocenione: sprawność fizyczna ( $29,8 \pm 25,3$ ) i ogólny stan zdrowia ( $45 \pm 18,6$ ). W każdym z analizowanych aspektów mężczyźni oceniali swoją jakość życia wyżej o kilka punktów. Uzyskane wyniki oceny funkcjonowania

społecznego kształtowały się powyżej średnich wyników w populacji. Średni wynik u kobiet wyniósł  $61 \pm 20$ , a u mężczyzn  $68 \pm 19$ . Ocena PCS wskazała, że funkcjonowanie fizyczne pogarsza się wraz z upływem lat. Sumaryczny czynnik zdrowia psychicznego (MCS), przybrał odwrotny charakter niż PCS. Zarówno najstarszych mężczyzn jak i kobiety cechuje lepszy stan emocjonalny. Wprowadzenie skali SF-36 do oceny jakości życia wśród pensjonariuszy może okazać się ważnym elementem poprawiającym ich sytuację życiową.

**SŁOWA KLUCZOWE:** Jakość życia, SF-36, osoby starsze, dom pomocy społecznej.

## Wstęp

Prognozy demograficznie na lata 2014–2050 jednoznacznie wskazują na pogłębienie się procesu starzenia społeczeństwa. W prognozowanym okresie przewiduje się spadek liczby ludności o około 4,5 mln i równocześnie wzrost ludności w wieku 60 lat i więcej do około 40% ogółu ludności. Od 2026 roku rozpocznie się dynamiczny wzrost liczby osób w wieku 80 lat i więcej – co będzie związane z wchodzeniem w wiek późnej starości bardzo licznej grupy osób urodzonych pomiędzy końcem drugiej wojny światowej a początkiem lat 60. ub. wieku. W latach 2025–2040 liczebność osób w wieku 80 lat i więcej zwiększy się z 1,7 miliona do 3,4 miliona (Informacja 2016, s. 19).

Zmiany jakie zachodzą w okresie starości są wieloaspektowe i obejmują każdą sferę życia począwszy od fizycznej poprzez psychiczną i społeczną – nie są one bez znaczenia i mają wpływ na jakość życia.

Pojęcie jakości życia stanowi podmiot zainteresowania wielu dyscyplin. Pionierskie badania na początku lat 60. XX wieku dotyczące subiektywnego aspektu jakości życia wśród amerykańców przeprowadził Campbell, który próbował określić dobrostan psychiczny i jego uwarunkowania na podstawie subiektywnej oceny badanych i ich życiowych doświadczeń (Baumann 2006, s. 165, Szewczyk i in. 2012, s. 96).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jakość życia definiowana jest jako „sposób postrzegania przez człowieka jego pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do jego zadań, oczekiwań i wyznaczonych standardów”. Innymi słowy, można ją określić jako szczęście, dobrostan, zadowolenie z aktualnego życia stosownie do własnych potrzeb i możliwości (Kłak i in. 2012, s. 632). Z rozważań wielu autorów wynika, że człowiek oceniając jakość życia korzysta z czterech podstawowych źródeł: przeszłych doświadczeń, teraźniejszych przeżyć, oczekiwań związanych z przyszłością oraz opinii społecznej (Baumann 2006, s. 165; Śmigiel 1997, s. 21). Jest wiele determinantów, które wpływają na jakość życia u osób starszych. Należą do nich m.in.: sprawność fizyczna i psychiczna, rodzina, przyjaciele, wsparcie społeczne, niezależność i zabezpieczenie finanso-

we, zdolność do działania, duchowość (Łój 2007, s. 153, Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska 2010, s. 11).

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. Na koniec 2014 roku ogólna liczba mieszkańców domów pomocy społecznej powyżej 61 roku życia wynosiła 42 290 (Informacja 2016, s. 37).

Osoby przebywające w domu pomocy społecznej (DPS) mają inne problemy niż osoby mieszkające w domu z rodziną. Poprawę ich jakości życia można uzyskać przez poznanie ich sytuacji, problemów i oczekiwań (Grzegorzczak i in. 2007, s. 225).

## **Cel pracy**

Celem pracy była ocena jakości życia osób starszych przebywających w domach pomocy społecznej za pomocą kwestionariusza SF-36.

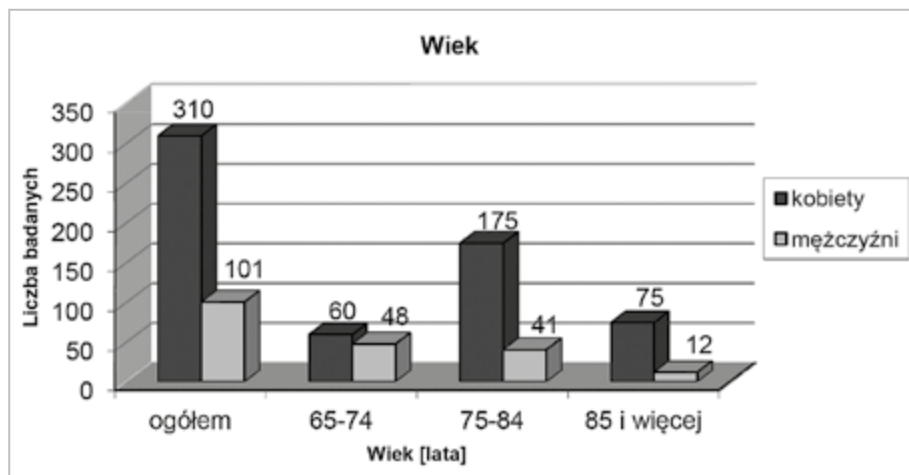
## **Materiał i metoda**

Badania za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety i kwestionariusza SF-36 v2 przeprowadzono wśród 411 pensjonariuszy losowo wybranych domów pomocy społecznej na terenie województwa śląskiego. Kryteria włączenia do badań: osoby w wieku powyżej 65 lat i więcej, osoby które wyraziły zgodę na badanie, osoby które współpracowały w czasie prowadzenia badań, oraz osoby przebywające w domu pomocy społecznej. W celu użycia skali SF-36v2 wykupiono licencję nr F1-011906-25128.

Kwestionariusz SF-36 jest sondażem zdrowia. 36-punktowy kwestionariusz stanowi ujęcie ośmiu różnych koncepcji zdrowia, a są nimi: ogólne postrzeganie stanu zdrowia (GH), funkcjonowanie fizyczne (PF), ograniczenia aktywności zależne od zdrowia fizycznego (RP), ograniczenia aktywności zależne od problemów emocjonalnych (RE), funkcjonowanie społeczne (SF), poczucie zdrowia psychicznego (MH), vitalność (VT) oraz odczuwanie bólu (BP). Wyniki odpowiedzi w każdej z ośmiu domen sumuje się, a następnie przekształca według wytycznych i przedstawia na skali o wartościach od 0 do 100, gdzie 100 oznacza najbardziej pożądaną stan zdrowia.

## Wyniki

W badaniu wzięło udział 411 osób, w tym 310 kobiet (75,4%) i 101 mężczyźni (24,6%). Średnia wieku badanych osób wynosiła  $79,4 \pm 7,7$  lat, wśród kobiet  $80,5 \pm 7,3$  lat, a wśród mężczyzn  $76,0 \pm 7,8$  lat. Rozkład wiekowy badanych kobiet i mężczyzn przedstawia wykres 1.



Wykres 1. Struktura wieku

Źródło: badania własne.

Spośród ankietowanych osób najliczniejszą grupę stanowiły wdowy i wdowcy – 245 badanych (59,6%). Wśród kobiet najwięcej było wdów – 211 ankietowanych (68%) i jest to znamienne więcej w porównaniu do grupy mężczyzn, wśród których było 34 ankietowanych (33,6%). Wraz z wiekiem badanych zmienia się znamienne statystycznie ( $p < 0,001$ ) struktura dotycząca ich stanu cywilnego. Wdowieństwo najczęściej występowało wśród ankietowanych w grupie wiekowej powyżej 85 roku życia (74,7%; tab. 1).

Tabela 1. Stan cywilny

	Stan cywilny							
	kawaler/panna		żonaty/zamężna		rozwidziony/rozwidziona		wdowiec/wdowa	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Kobiety	64	20,7	17	5,5	18	5,8	211	68,0
Mężczyźni	25	24,8	18	17,8	24	23,8	34	33,6
Wiek [lata]								
65–74	30	27,8	13	12,0	25	23,2	40	37,0

	Stan cywilny							
	kawaler/panna		żonaty/zamężna		rozwiędziony/rozwiędziona		wdowiec/wdowa	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
75–84	43	19,9	18	8,3	15	7,0	140	64,8
85 i więcej	16	18,4	4	4,6	2	2,3	65	74,7

Źródło: badania własne.

Badane osoby najczęściej miały wykształcenie podstawowe – 217 badanych (52,8%), wykształceniem wyższym legitymowało się 18 ankietowanych (4,4%).

W grupie przeważały osoby skarżące się na jedną lub dwie dolegliwości (55,7%), następnie trzy–cztery – 31,9%, a najmniej, bo 5 ankietowanych osób (1,2%) skarżyło się na występowanie pięciu lub sześciu wymagających leczenia schorzeń.

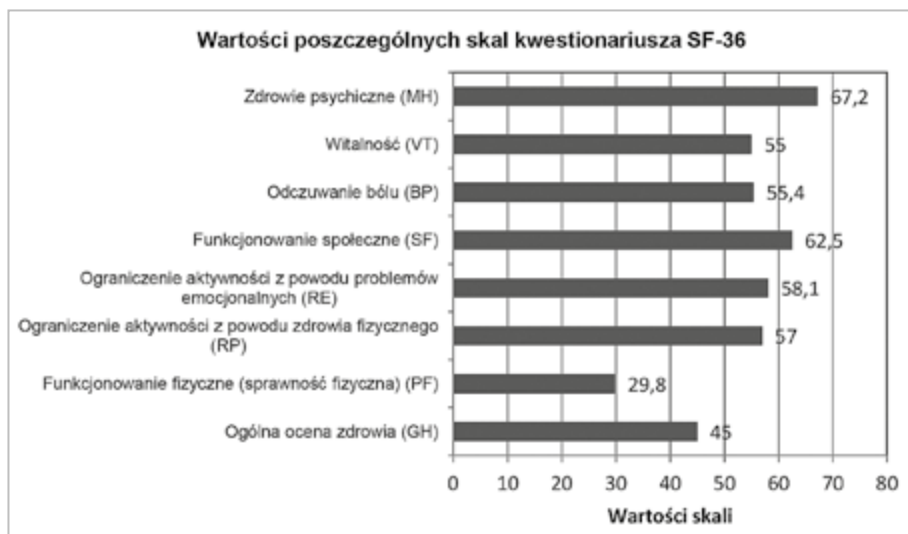
Pośród 411 respondentów ponad połowa (238 osób; 57,2%), posiadała orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, w tym największą grupę stanowiły osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (142 osoby; 34,5%). Więcej niepełnosprawnych ankietowanych było wśród mężczyzn (66,3%) niż kobiet (54,2%) ( $p < 0,05$ ). Nieoczekiwanie znaczny stopień niepełnosprawności najczęściej orzekany był wśród najmłodszych ankietowanych (42,6%). Wśród ankietowanych w wieku 85 lat i więcej aż 55,2% nie miało orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ( $p < 0,01$ ; tab. 2).

Tabela 2. Stopień niepełnosprawności

	Stopień niepełnosprawności							
	znaczny		umiarkowany		lekki		brak	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Kobiety	104	33,6	54	17,4	10	3,2	142	45,8
Mężczyźni	38	37,6	19	18,8	10	9,9	34	33,7
Wiek [lata]								
65–74	46	42,6	23	21,3	7	6,5	32	29,6
75–84	66	30,6	44	20,4	10	4,6	96	44,4
85 i więcej	30	34,5	6	6,9	3	3,4	48	55,2

Źródło: badania własne.

Skala SF-36 ocenia jakość życia w ośmiu aspektach. Najniżej przez ankietowanych zostały ocenione: sprawność fizyczna ( $29,8 \pm 25,3$ ) i ogólny stan zdrowia ( $45 \pm 18,6$ ).



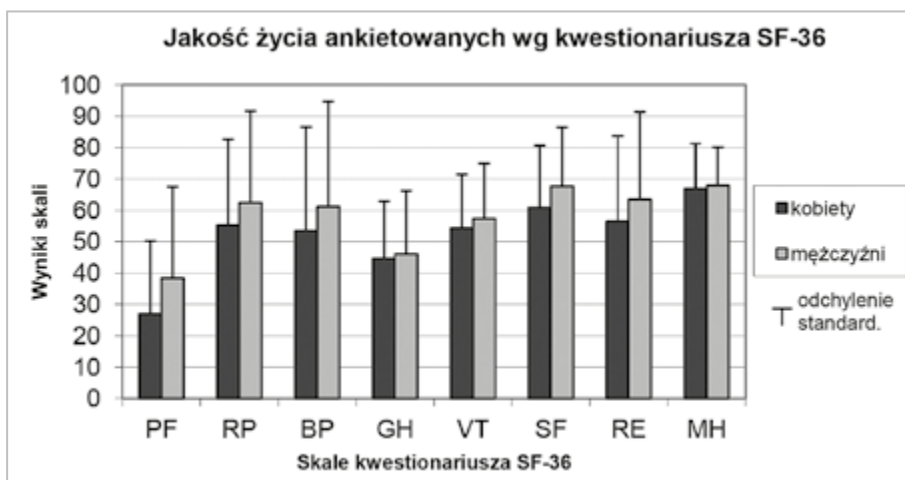
Wykres 2. Wyniki poszczególnych elementów skali SF-36

Źródło: badania własne.

W ocenie elementów jakości życia widać różnicę pomiędzy mężczyznami a kobietami. W każdym z analizowanych aspektów mężczyźni oceniali swoją jakość życia wyżej o kilka punktów. Największa – jedenastopunktowa – różnica zaznaczyła się w ocenie funkcjonowania fizycznego (PF) i wynosiła: u kobiet –  $27 \pm 23$ , u mężczyzn –  $38 \pm 29$ . Najmniejsza różnica występowała w ocenie ogólnego stanu zdrowia (kobiety –  $45 \pm 18$ , mężczyźni –  $46 \pm 20$ ) i zdrowia psychicznego (kobiety –  $67 \pm 14$ , mężczyźni –  $68 \pm 12$ ).

Poniżej omówiona zostanie przedstawiona analiza wariancji z klasyfikacją dwukrotną względem zmiennych płci i wiek dla poszczególnych aspektów jakości życia analizowanych w kwestionariuszu SF-36.

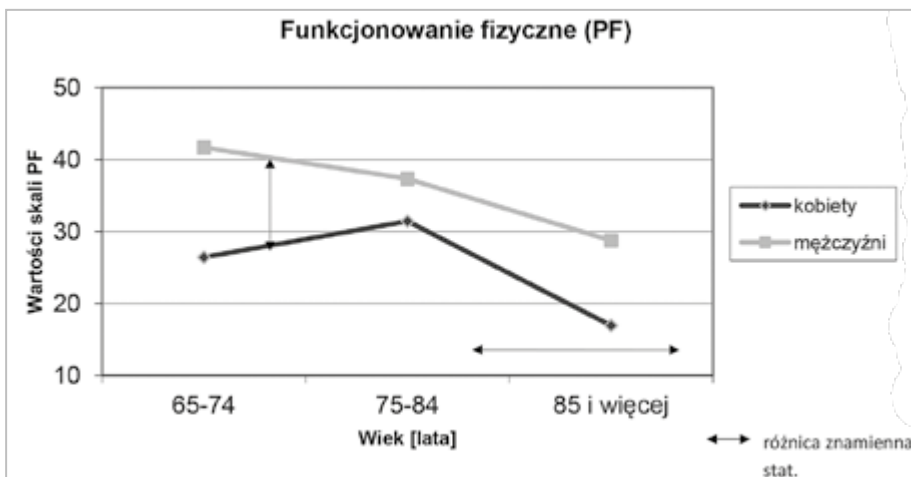
Średnie wyniki funkcjonowania fizycznego (PF) były wyższe wśród mężczyzn niż kobiet w każdej z badanych grup wiekowych. Jednak należy zauważyć, że wyniki te były znacznie niższe niż średnie wyniki w ogólnej populacji. Najniższy wynik w ocenianym aspekcie uzyskały kobiety powyżej 85 lat i wynosił on  $17 \pm 18$ . Analiza potwierdziła zależność funkcjonowania fizycznego od płci i wieku, które obniża się wraz z wiekiem i najniższe wartości osiąga wśród ankietowanych powyżej 85 roku życia (u kobiet –  $17 \pm 18$ , u mężczyzn –  $29 \pm 27$ ). Wyniki uzyskane przez kobiety były niższe od mężczyzn w każdym przedziale wiekowym. Poziom istotności zróżnicowania względem płci wynosił  $p = 0,0009$ , natomiast względem wieku  $p = 0,0218$  (wykres 4).



Legenda: Zdrowie psychiczne (MH); Witalność (VT); Odczuwanie bólu (BP); Funkcjonowanie społeczne (SF); Ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych (RE); Ograniczenie aktywności z powodu Zdrowia fizycznego (RP); Funkcjonowanie fizyczne (PF); Ogólna ocena Zdrowia (GH)

Wykres 3. Ocena poszczególnych elementów skali SF-36 według płci

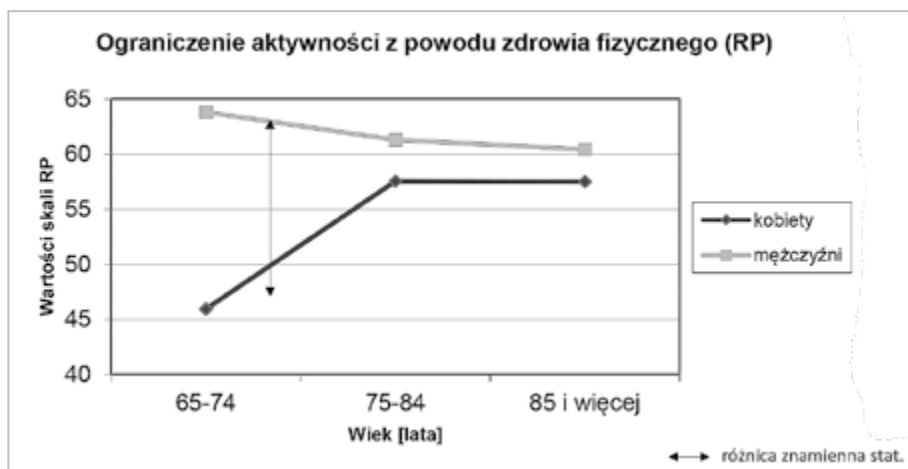
Źródło: badania własne.



Wykres 4. Ocena funkcjonowania fizycznego (PF) według płci i wieku

Źródło: badania własne.

U mężczyzn wraz z wiekiem widoczne było powolne ograniczanie aktywności z powodu zdrowia fizycznego (RP). Natomiast kobiety uzyskały bardzo niskie wyniki w przedziale wiekowym 65–74 lata, tj.  $46 \pm 27$ , a co ciekawe, dużo wyższe w wieku 75–84 lat ( $57 \pm 27$ ). Wynik ten był taki sam wśród kobiet w wieku 85 lat i więcej (wykres 5). Poziom istotności dla płci w ocenie aspektu ograniczenia aktywności z powodu zdrowia fizycznego wynosi  $p = 0,02957$ .

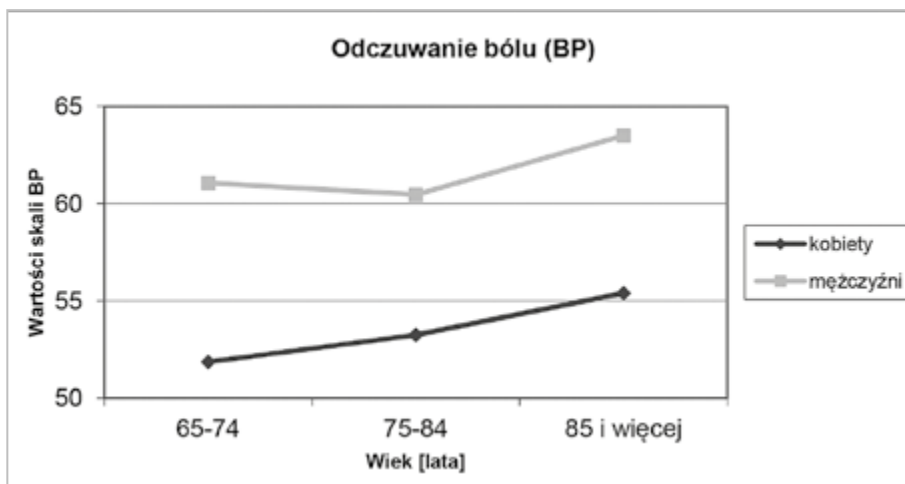


Wykres 5. Ograniczenie aktywności z powodu zdrowia fizycznego według płci i wieku  
Źródło: badania własne.

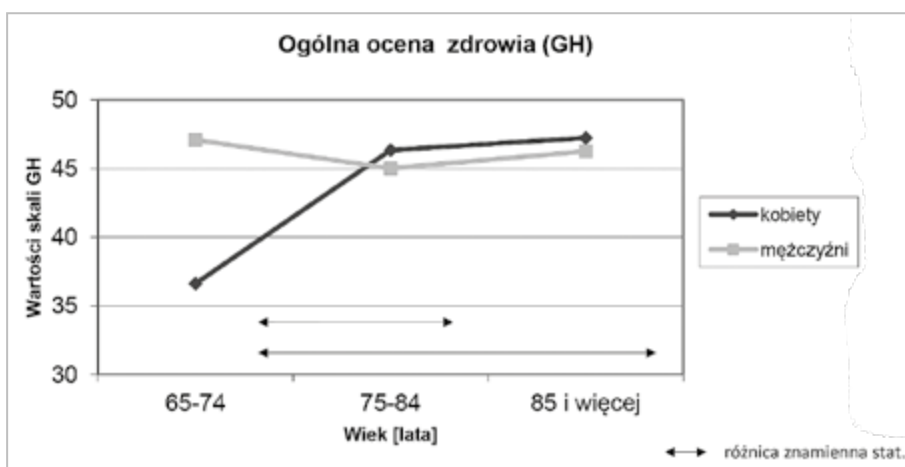
Odczuwanie bólu (BP) jest bardzo ważnym ocenianym aspektem. W dużej mierze wpływa na sprawność funkcjonalną i samopoczucie człowieka. Wynik najwyższy – 100 oznacza brak bólu, 0 – bardzo silny ból. Średni wynik natężenia bólu w grupie mężczyzn wynosił  $61 \pm 34$ , natomiast wśród kobiet  $53 \pm 33$ , co można interpretować jako średnio odczuwalne natężenie bólu. Kobiety uzyskiwały niższe wyniki odczucia bólu w poszczególnych przedziałach wiekowych, co oznacza, że subiektywnie odczucie bólu jest u nich częstsze i większe. Zauważyć jednak można, że 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 (wykres 6).

Ocena ogólnego stanu zdrowia przez ankietowanych nie jest zadowolająca. Uzyskany wynik u kobiet to  $44,7 \pm 18$ , a u mężczyzn  $46 \pm 20$ . Najniższy wynik uzyskały najmłodsze ankietowane kobiety, tj. w wieku 65–74 lata ( $37 \pm 17$ ). Wśród mężczyzn najlepiej oceniali swój stan zdrowia najmłodsi ankietowani ( $47 \pm 21$ ), natomiast w starszych grupach ocena była nieznacznie niższa. Dziesięć punktów różnicy w ocenie ogólnego stanu zdrowia między grupą najmłodszych kobiet ( $37 \pm 17$ ) a kobiet w wieku 75–84 lata ( $46 \pm 18$ ) było na korzyść starszych ankietowanych. W grupie kobiet im badane były starsze, tym ocena ogólnego stanu zdrowia była korzystniejsza. Istotnie 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* (test Tukeya; wykres 7).



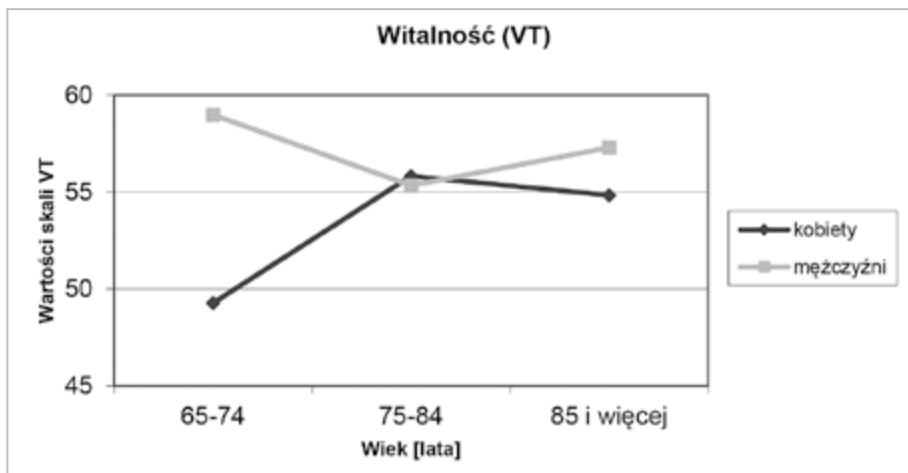


Wykres 6. Odczuwanie bólu (BP) według płci i wieku  
Źródło: badania własne.



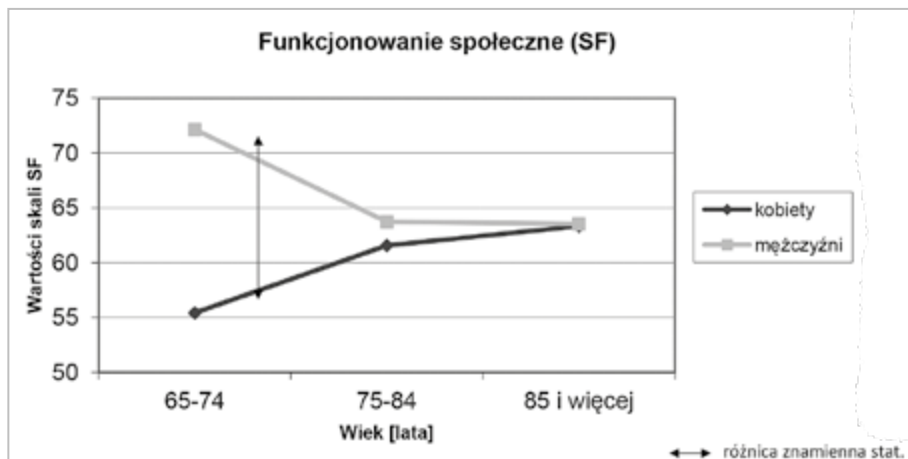
Wykres 7. Ocena ogólnego stanu zdrowia (GH) według płci i wieku  
Źródło: badania własne.

U mężczyzn wraz z wiekiem witalność ulega obniżeniu, natomiast odwrotną sytuację obserwujemy wśród kobiet. Najniższy poziom witalności obserwuje się w najmłodszej grupie ( $49 \pm 18$ ), następnie wzrasta osiągając najwyższy wynik ( $56 \pm 17$ ) w grupie 75–84 lata, po czym maleje o jeden punkt w grupie ankietowanych kobiet w wieku 85 lat i więcej do wartości  $55 \pm 15$ . Nie zaobserwowano w analizowanym aspekcie istotnych zależności od wieku, płci oraz wzajemnych interakcji (wykres 8).



Wykres 8. Ocena witalności według płci i wieku

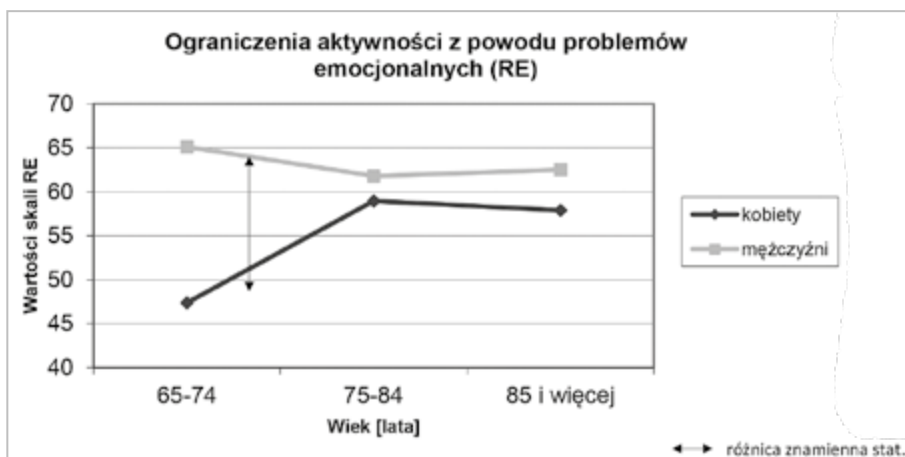
Źródło: badania własne.



Wykres 9. Funkcjonowanie społeczne (SF) według płci i wieku

Źródło: badania własne.

Uzyskane przez pensjonariuszy domów pomocy wyniki oceny funkcjonowania społecznego kształtowały się następująco: średni wynik u kobiet wynosił  $61 \pm 20$ , a u mężczyzn  $68 \pm 19$ . U mężczyzn wraz z wiekiem zadowolenie z funkcjonowania społecznego maleje (z  $72 \pm 19$  do  $64 \pm 17$ ), natomiast wśród kobiet mamy do czynienia z odwrotną sytuacją. Najmłodsze kobiety ( $55 \pm 19$ ) były mniej zadowolone ze swojego funkcjonowania społecznego niż starsze ( $62 \pm 21$ ) i najstarsze ( $63 \pm 17$ ). W analizowanym aspekcie funkcjonowania społecznego występuje istotna statystycznie zależność



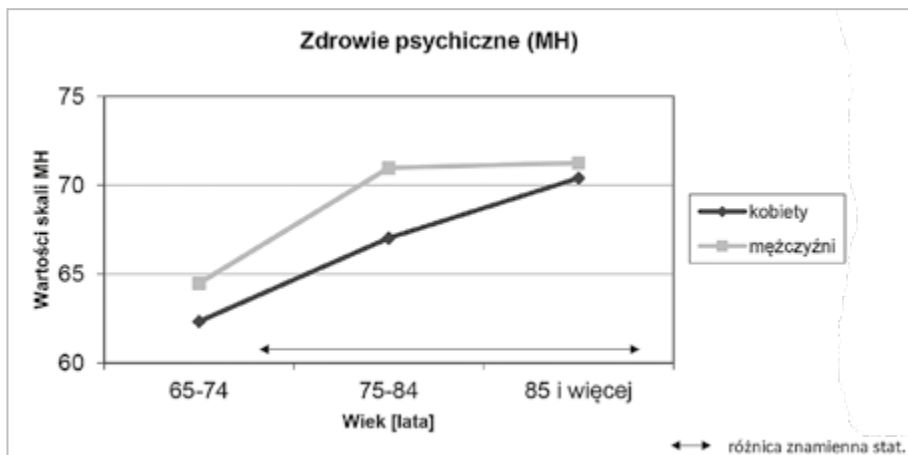
Wykres 10. Ocena ograniczenia aktywności z powodu problemów emocjonalnych (RE) według płci i wieku  
Źródło: badania własne.

od płci na poziomie  $p = 0,01575$  (analiza wariancji), a w szczególności istotna różnica między naj młodszą grupą kobiet i mężczyzn  $p = 0,00716$  (analiza *post hoc*, wykres 9).

Średnie wyniki oceny ograniczenia aktywności z powodu problemów emocjonalnych wynosiły w grupie ankietowanych kobiet  $56 \pm 27$ , a w grupie mężczyzn  $65 \pm 30$ . U kobiet ograniczenia z powodu problemów emocjonalnych największe były w naj młodszej grupie ( $47 \pm 27$ ), a najmniejsze w grupie 75–84 lata ( $59 \pm 28$ ). Wśród ankietowanych mężczyzn natomiast zjawisko było odwrotne, i najmniej ograniczeń zaobserwowano w naj młodszej grupie ( $65 \pm 30$ ), a najwięcej w naj starszej ( $62 \pm 23$ ). W analizowanym aspekcie występuje istotny efekt płci na poziomie  $p = 0,02309$  (wykres 10).

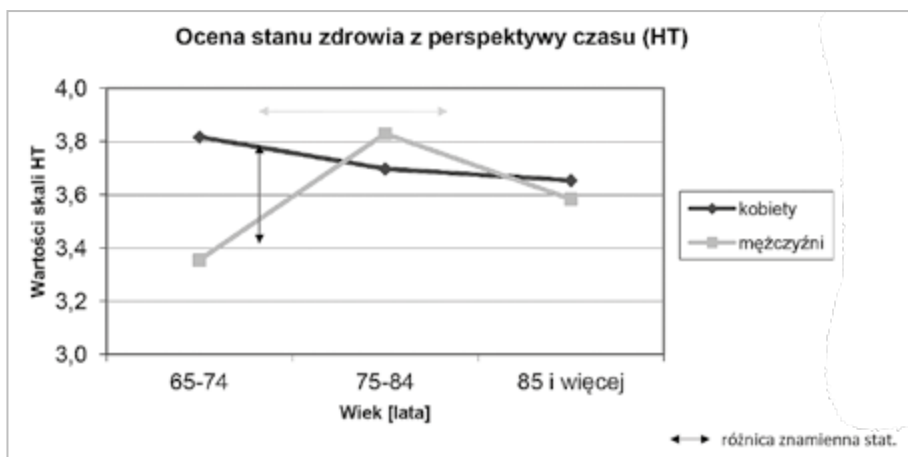
Ostatni z analizowanych aspektów jakości życia kwestionariuszem SF-36 to aspekt zdrowia psychicznego (MH). Średnie wyniki zdrowia psychicznego w grupach kobiet i mężczyzn różniły się nieznacznie i wynosiły odpowiednio  $67 \pm 14$  i  $68 \pm 12$ . Zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn można zauważyć, że pozytywna ocena zdrowia psychicznego wzrasta wraz z wiekiem. Najlepiej swoje zdrowie psychiczne oceniali mężczyźni w wieku 85 lat i więcej ( $71 \pm 10$ ) i kobiety w tym samym przedziale wiekowym ( $70 \pm 14$ ). W ocenie zdrowia psychicznego występuje istotna zależność statystyczna od wieku na poziomie  $p = 0,00134$  (analiza wariancji).

Jedno z pytań pozwalało ankietowanym ocenić swój stan zdrowia z perspektywy czasu. Odpowiadali oni na pytanie, jak oceniliby swoje zdrowie obecne w porównaniu do okresu sprzed roku. Skala była pięciopunktowa, przy czym wynik poniżej trzech punktów oznaczał obecny stan zdrowia jako lep-



Wykres 11. Ocena zdrowia psychicznego (MH) według płci i wieku

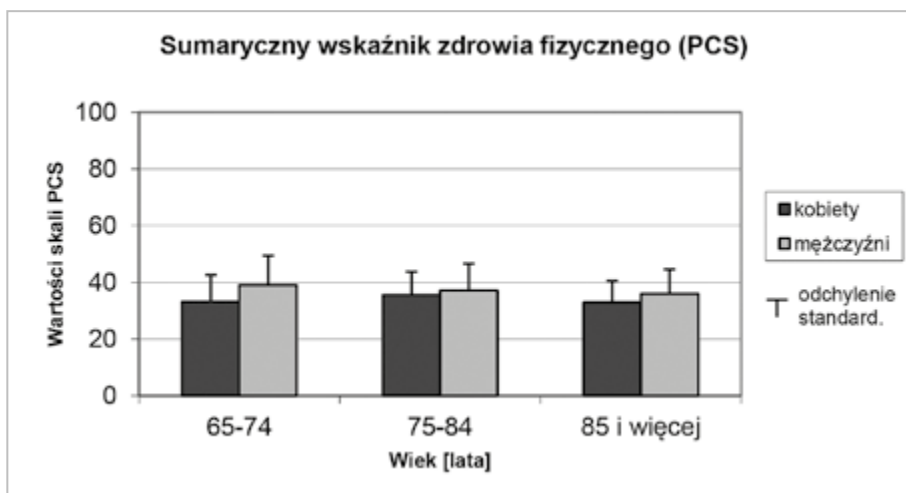
Źródło: badania własne.



Wykres 12. Ocena stanu zdrowia z perspektywy czasu (HT) według płci i wieku

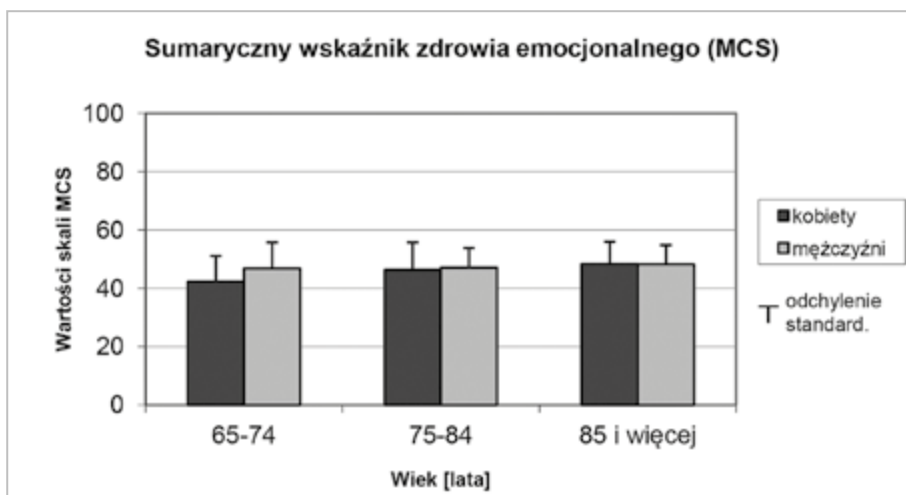
Źródło: badania własne.

szy niż przed rokiem, a powyżej – gorszy. Średnie wyniki w grupie kobiet wynosiły  $3,7 \pm 0,75$ , a w grupie mężczyzn  $3,57 \pm 0,8$ . Oznacza to, że obecny stan zdrowia ankietowanych był nieco gorszy niż rok wcześniej. Grupa najstarszych mężczyzn uważała, że ich obecny stan zdrowia jest gorszy niż przed rokiem. Natomiast najstarsze kobiety częściej oceniały, że ich stan zdrowia raczej się nie zmienił i jest taki sam jak rok wcześniej. W analizowanym aspekcie występuje istotna różnica między najmłodszą grupą kobiet i mężczyzn na pozio-



Wykres 13. Sumaryczny wskaźnik zdrowia fizycznego według płci i wieku

Źródło: badania własne.



Wykres 14. Sumaryczny wskaźnik zdrowia emocjonalnego według płci i wieku

Źródło: badania własne.

mie  $p = 0,02957$  (analiza *post hoc*). Analiza wariancji wykazała istotną interakcję na poziomie  $p = 0,00956$  (wykres 12).

Analizie poddano tzw. sumaryczny komponent zdrowia fizycznego (PCS) i umysłowego (emocjonalnego) (MCS). Ocena PCS wskazała zarówno u mężczyzn jak i u kobiet, że funkcjonowanie fizyczne pogarsza się wraz z upływem lat i najniższe wartości osiąga w grupach ankietowanych w wieku 85 lat i wię-

cej (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 (MCS) przybrał odwrotny charakter niż PCS. Zarówno najstarszych mężczyzn jak i kobiety cechuje lepszy stan emocjonalny. Wartości czynnika MCS 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 MCS są znamienne statystycznie zróżnicowane względem wieku ankietowanych na poziomie  $p = 0,03785$  (analiza wariancji).

## Dyskusja

Na podstawie wyników badań w populacji osób starszych wielu badaczy doszło do wniosku, że stan zdrowia charakteryzuje heterogeniczność. Sugeruje to, że do oceny sytuacji życiowej osób starszych należy korzystać z narzędzi kompleksowo ją oceniających. Narzędziem takim może być m.in. kwestionariusz jakości życia SF-36 (Mc Horney 1996, s. 571) jak i Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP), QLQ, WHOQOL-100 (Grzegorzczak i in. 2007, s. 225).

Wyniki własnych badań przeprowadzonych za pomocą kwestionariusza SF-36 pozwalają stwierdzić, że jakość życia pensjonariuszy w starszym wieku nie jest zadowalająca. Wartości średnie we wszystkich aspektach wahały się od 30 do 67 punktów na 100 możliwych. Ankietowani pensjonariusze najniżej ocenili swój stan funkcjonalny (kobiety – 27, mężczyźni – 38 punktów). Najwyższe wartości odnotowano w zakresie oceny zdrowia mentalnego, psychicznego (kobiety – 67, mężczyźni – 68 punktów). W ocenie poszczególnych aspektów skali widoczna była różnica osiągniętych wyników pomiędzy poszczególnymi płciami i pomiędzy grupami wiekowymi – kobiety uzyskały niższe wyniki niż mężczyźni, a osoby ze starszych grup niższe niż z młodszych.

Publikacje opisujące badania przeprowadzone w Bostonie i w Nowym Jorku przy użyciu skali SF-36 wśród pensjonariuszy domów pomocy społecznej, potwierdziły uzyskane wyniki w badaniach własnych i niską ocenę szczególnie w skalach funkcjonowania fizycznego i aktywności zależnej od zdrowia fizycznego (Andresen i in. 1999, s. 562; Berlowitz i in. 1995, s. 799).

Można zauważyć widoczną różnicę pomiędzy uzyskanymi rezultatami w skalach SF-36 w badaniach własnych, a publikacjami opartymi na badaniach tą skalą wśród ankietowanych hospitalizowanych. Wyniki badań prze-

mawiają na korzyść pensjonariuszy domów, co jest proste do wytłumaczenia, gdyż zaostrzenie choroby i hospitalizacja mają szybkie odzwierciedlenie w postaci obniżenia oceny jakości życia. Największe różnice można było zauważyć w ocenie w następujących skalach: funkcjonowania fizycznego, ograniczenia aktywności z powodu zdrowia fizycznego, odczuwania bólu i witalności. Hospitalizowani z Kalifornii (średni wiek 74,2 lata) i Anglii (80 lat i więcej) uzyskali w przypadku skali funkcjonowania fizycznego (PF) o około 6 punktów mniej niż pensjonariusze, a w skali ograniczenia aktywności z powodu zdrowia fizycznego (RP) od 34 do 43 punktów mniej niż pensjonariusze w badaniach własnych (Cohen i in. 2002, s. 905; Stadnyk i in. 1998, s. 827).

Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii na grupie 1531 osób w wieku 70–99 lat mieszkających w domach pomocy i środowisku domowym dowiodły, że kobiety osiągają niższe wyniki w poszczególnych skalach kwestionariusza SF-36. I tak w przypadku funkcjonowania fizycznego w grupie 70–79 lat kobiety osiągnęły wynik 53,4, a mężczyźni 64,4, w grupie 80–89 lat kobiety – 35,1, a mężczyźni – 44,2, natomiast w najstarszej grupie 90–99 lat kobiety tylko 13,6, a mężczyźni 35 (Lyons 1997, s. 203).

W opisanych w literaturze badaniach i badaniach własnych można zauważyć, że ankietowani otrzymywali gorsze wyniki w podskalach zależnych od zdrowia fizycznego (PF, RP, BP, GH) niż od mentalnego (psychicznego, umysłowego) (VT, SF, RE, MH). Znalazło to potwierdzenie w wynikach sumarycznych zdrowia fizycznego (PCS) jak i psychicznego (MCS). W badaniach własnych średni wynik dla PCS wynosił 35,3, natomiast dla MCS – 46,3 i były to wartości zbliżone do wyników uzyskanych w Stanach Zjednoczonych na grupach podobnych wiekowo (Ware i in. 2000).

W badaniach przeprowadzonych w państwach europejskich na grupie osób w wieku 18–74 lata zauważono dużą zgodność w zakresie sumarycznych wyników zdrowia fizycznego (PCS) oraz psychicznego (MCS) (Ware i in. 1998, s. 1167). Wyniki dla tych wartości przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Wartości PCS i MCS w krajach europejskich (Ware i in. 1998, s. 116)

Państwo	PCS	MCS
Dania	51,4	54
Francja	51,8	48,8
Niemcy	50,6	51,4
Włochy	52,7	47,6
Holandia	49,7	52,1
Norwegia	51,1	51,2
Hiszpania	50,9	51,8

Państwo	PCS	MCS
Szwecja	50,7	53,5
Wielka Brytania	50,8	52,2

Źródło: badania własne.

Ponieważ grupa ta była wyraźnie młodsza od grupy w badaniach własnych, osiągnęła lepszy wynik w sumarycznej wartości zdrowia fizycznego (PCS), ale już wartości w zakresie zdrowia psychicznego były bardzo zbliżone.

Wyniki z badań własnych są bardzo zbliżone do wyników autorów prowadzących badania jakości życia pensjonariuszy domów pomocy społecznej w Polsce za pomocą innych skal. Mieszkańcy rzeszowskiego domu pomocy społecznej badani skalą NHP (Nottingham Health Profile), gdzie średnia wieku wynosiła 77,3 lata najniżej ocenili swoją jakość życia w obszarze poziomu energii (54,5) i sprawności funkcjonalnej (56,5). W tej grupie badanych można było zauważyć również, że jakość życia we wszystkich aspektach była wyżej oceniana przez mężczyzn (Grzegorzczuk i in. 2007, s. 225).

Burzyńska i współautorzy przeprowadzili badania wśród 117 pensjonariuszy 5 losowo wybranych domów pomocy społecznej w województwie łódzkim, których średnia wieku wynosiła 82 lata. Jedno z pytań kwestionariusza brzmiało: „Jak P. ocenia jakość swojego życia?”. Badani mieli do wyboru pięć wariantów odpowiedzi: „bardzo źle”, „źle”, „ani dobrze, ani źle”, „dobrze”, „bardzo dobrze”. Badani, zarówno mężczyźni, jak i kobiety, najczęściej wybierali wariant pośredni, czyli oceniali swoją jakość życia jako ani dobrą, ani złą (56%), znaczny odsetek badanych, gdyż 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 (Burzyńska i in. 2017, s. 131).

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 (Kurowska, Kajut 2011, s. 55).

Analiza badań własnych i doniesień jednoznacznie wskazuje, że ważna jest analiza sytuacji osób starszych mieszkających nie tylko w domach pomocy społecznej.



## Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można przedstawić następujące wnioski:

- jakość życia ankietowanych pensjonariuszy domów pomocy społecznej jest dość dobra;
- mężczyźni w każdym z analizowanych aspektów oceniali swoją jakość życia wyżej o kilka punktów w stosunku do kobiet;
- ocena wskaźnika PCS wykazała, że funkcjonowanie fizyczne pogarsza się wraz z upływem lat u ankietowanych;
- sumaryczny czynnik zdrowia psychicznego (MSC) przybrał odwrotny charakter niż PCS – zarówno najstarszych mężczyzn, jak i najstarsze kobiety, cechuje lepszy stan emocjonalny;
- ankietowani otrzymywali gorsze wyniki w podskalach zależnych od zdrowia fizycznego (PF, RP, BP, GH) niż w podskalach zależnych od zdrowia mentalnego (VT, SF, RE, MH);
- skala SF-36 może być ważnym elementem oceniającym i zmieniającym sytuację życiową starszych osób przebywających w domach pomocy społecznej.

## Literatura

- Andresen E.M., Gravit G.W., Aydelott E.M., Podgorski C.A., (1999), *Limitations of the SF-36 in a sample of nursing home residents*, „Age and Ageing”, nr 28(6), s. 562–566.
- Baumann K., (2006), *Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny*, „Gerontologia Polska”, nr 14(4), s. 165–171.
- Berlowitz D.R., Du W., Kazis L., Lewis S., (1995), *Health-related quality of life of nursing home residents: Differences in patient and provider perceptions*, „Journal of the American Geriatrics Society”, nr 43(7), s. 799–802.
- Burzyńska M., Pikala M., Kondak K., Maniecka-Bryła I., (2017), *Jakość życia osób starszych korzystających z pomocy instytucjonalnej*, „Folia Oeconomica Acta Universitas Lodzensis”, nr 3(329), s. 131–145.
- Cohen H.J., Feussner J.R., Weinberger M., Carnes M., Hamdy R.C., Hsieh F., Phibbs C., Courtney D., Lyles K.W., May C., McMurtry C., Pennypacker L., Smith D.M., Ainslie N., Hornick T., Brodtkin K., Lavori P., (2002), *A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management*, „New England Journal of Medicine”, nr 346(12), s. 905–912.
- Grzegorzczak J., Kwolek A., Bazarnik K., Szeliga E., Wolan A., (2007), *Jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej i słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku*, „Przeegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego”, nr 3, s. 225–233.
- Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015*, (2016), Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.

- Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D., (2012), *Metody kwestionariuszowe badania jakości życia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 93(4), s. 632–638.
- Kurowska K., Kajut A., (2011), *Samoocena jakości życia osób starszych na przykładzie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS)*, „Psychogeriatrya Polska”, nr 8(2), s. 55–62.
- Lyons R.A., Crome P., Monaghan S., Killalea D., Daley J.A., (1997), *Health status and disability among elderly people in three UK districts*, „Age and Ageing”, nr 26(3), s. 203.
- Łój G., (2007), *Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku*, „Gerontologia Polska”, nr 15(4), s. 153–157.
- McHorney C.A., (1996), *Measuring and monitoring general health status in elderly persons: practical and methodological issues in using the SF-36 Health Survey*, „Gerontologist”, nr 36(5), s. 571–83.
- Stadnyk K., Calder J., Rockwood K., (1998), *Testing the measurement properties of the Short Form-36 Health Survey in a frail elderly population*, „Journal of Clinical Epidemiology”, nr 51(10), s. 827–835.
- Szewczyczak M., Stachowska M., Talarska D., (2012), *Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa*, „Nowiny Lekarskie”, nr 81(1), s. 96–100.
- Śmigiel A., (1997), *Poczucie jakości życia a aktywność osób w starszym wieku*, „Gerontologia Polska”, nr 5(2), s. 21–29.
- Ware J.E., Kosinski M., Dewey J.E., (2000), *How to score version 2 of the SF-36® health survey (Standard and acute forms)*, QualityMetric Incorporated, Lincoln.
- Ware J.E., Gandek B., Kosinski M., Aaronson N.K., Apolone G., Brazier J., Bullinger M., Kaasa S., Leplège A., Prieto L., Sullivan M., Thunedborg K., (1998), *The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms In 10 countries: Results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment*, „Journal of Clinical Epidemiology”, nr 51(11), s. 1167–1170.
- Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., (2010), *Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości – w świetle rodzimych doniesień badawczych*, „Psychogeriatrya Polska”, nr 7(1), s. 11–16.