



Monika Burzyńska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Epidemiologii i Biostatystyki,
monika.burzynska@umed.lodz.pl

Małgorzata Pikala

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Epidemiologii i Biostatystyki,
malgorzata.pikala@umed.lodz.pl

Katarzyna Kondak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Epidemiologii i Biostatystyki,
kaska9119@o2.pl

Irena Maniecka-Bryła

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Epidemiologii i Biostatystyki,
irena.maniecka-bryla@umed.lodz.pl

Jakość życia osób starszych korzystających z pomocy instytucjonalnej

Streszczenie: We współczesnym świecie obserwuje się coraz większą liczbę osób starszych, przy jednoczesnym spadku możliwości sprawowania nad nimi opieki, na co znaczący wpływ mają zmiany demograficzne rodziny. Celem niniejszego badania była ocena jakości życia osób starszych korzystających z pomocy instytucjonalnej. Badanie przeprowadzono od kwietnia do czerwca 2015 r. po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Badaną populację stanowili pensjonariusze 5 losowo dobranych do badania domów pomocy społecznej na terenie województwa łódzkiego. Do oceny stanu umysłowego badanych wykorzystano Skrócony Test Sprawności Umysłowej wg Hodgkinsona. Finalnie analizą statystyczną objęto 117 osób. Narzędziem badania był anonimowy kwestionariusz wywiadu (49 pytań dotyczących stylu życia, relacji rodzinnych, samooceny stanu zdrowia i jakości życia). Uzyskane dane wprowadzone zostały do bazy w programie Microsoft Excel i Statistica. W analizie statystycznej wykorzystano miary z zakresu statystyki opisowej i analitycznej. Do oceny zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi a samooceną jakości życia wykorzystano test χ^2 ($p < 0,05$). 62,1% badanych deklarowało złą samoocenę jakości życia – częściej kobiety ($\chi^2 = 0,919$). 69,2% seniorów deklarowało niesamodzielne podjęcie decyzji o zamieszkaniu w dps. Czynniki istotnie związanymi z samooceną jakości życia badanych były: czas pobytu

w placówce, częstość spotkań z rodziną, wynik skali ADL i samoocena stanu zdrowia. Pielęgnowanie kontaktów rodzinnych wpływa na poczucie jakości życia seniorów zamieszkujących domy pomocy społecznej. Migracje ludzi młodych ograniczają udzielanie wsparcia seniorom przez rodzinę, prowadząc do wzmożonego zaangażowania placówek instytucjonalnych w pomoc ludziom starszym.

Słowa kluczowe: starzenie, jakość życia, międzypokoleniowość, domy pomocy społecznej, pomoc społeczna

JEL: I18; I19

1. Wprowadzenie

Sytuacja demograficzna i zmiany w niej zachodzące stanowią jeden z podstawowych determinantów bieżącej i przewidywanej sytuacji zdrowotnej społeczeństw (Miller, Gębska-Kuczerowska, 1998: 19–23; Dudek, Zięba-Wróbel, 2000: 73–80; Maniecka-Bryła, Gajewska, Burzyńska, Bryła, 2013: 156–161). Wiek starszy cechuje się dużą dynamiką zmian w organizmie i wiąże się z niejednakowo przebiegającymi zmianami w stanie funkcjonalnym. Wyniki wielu badań potwierdzają, że poziom aktywności funkcjonalnej, malejący wraz z wiekiem i postępująca niepełnosprawność są czynnikami determinującymi spadek samodzielności osób starszych, a co za tym idzie warunkującymi korzystanie z pomocy społecznej przez te osoby (Beck, Beck-Gernsheim, 2002: 15; Bronnum-Hansen, Baadsgaard, 2007: 585–586; Bełtowska, 2008: 304–307; Bryła, Burzyńska, Maniecka-Bryła, 2013: 181–191). Zgodnie z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego 2011, zbiorowość osób niepełnosprawnych stanowiła 14,1% populacji Polaków, a 13,7% populacji województwa łódzkiego. Wyniki Spisu zdecydowanie potwierdziły częstsze występowanie niepełnosprawności u osób starszych w porównaniu z osobami młodszymi. Około 2,05 mln osób w wieku 65 lat i więcej podało, że są niepełnosprawne. Wykazano również, iż w populacji ludzi starszych udział osób niepełnosprawnych rośnie w kolejnych przedziałach wieku, co prowadzi do niesamodzielności i niesprawności w ostatnich dekadach życia, zwiększając tym samym zapotrzebowanie na usługi świadczone przez placówki instytucjonalne (GUS, 2012: 67–69).

Obserwowane we współczesnym świecie zmiany w sferze społecznej, ekonomicznej i kulturowej prowadzą do modyfikacji postaw wobec seniorów. Tradycyjnemu szacunekowi wobec starości towarzyszy ageizm (Reijula et al., 2009: 55–62). Ludzie w podeszłym wieku tracą swoją pozycję w społeczeństwie. Zjawisko starzenia się, pomimo tego, że jest procesem naturalnym, postrzegane jest często w sposób negatywny (Lewin et al., 2013: 69–78). Zauważany w dzisiejszych czasach kryzys wszelkich autorytetów dotyka także relacji międzypokoleniowych, przejawia się między innymi rozpadem rodzin wielopokoleniowych. Obserwuje się coraz większą liczbę osób starszych przy jednoczesnym spadku możliwości sprawowania nad

nimi opieki przez rodzinę. Znaczący wpływ na spadek potencjału opiekuńczego rodziny mają jej zmiany demograficzne. Za początek zmian w modelu rodziny przyjmuje się czas po zakończeniu II wojny światowej, kiedy to rozwój, urbanizacja, umasowienie pracy kobiet, migracje, zmieniający się rytm życia rodzinnego oraz ewolucja obyczajów wpłynęły na wewnątrzrodzinne procesy oraz ich system wartości. Zachodzące zmiany demograficzne instytucji rodziny prowadzą do konieczności rozbudowy systemu instytucjonalnej pomocy społecznej nakierowanej w dużej mierze na poprawę jakości życia seniorów (Jeste, 2005: 323–324; Williams, Wang, Kitchen, 2014: 187–196). Jakość życia to pojęcie bardzo szerokie, nie odnoszące się jedynie do zdrowia, czy choroby. Z uwagi na subiektywny wymiar tego pojęcia niezwykle trudno jest je zdefiniować. Istnieją jednak pewne kryteria dobrej jakości życia wspólne dla wszystkich ludzkich subpopulacji. Są to przede wszystkim: zdrowie, samodzielność w wykonywaniu czynności dnia codziennego, swobodne poruszanie się, dobre relacje społeczne i rodzinne, zadowalająca sytuacja finansowa pozwalająca na zaspokajanie potrzeb (Lee et al., 2009: 312–320). Zgodnie z definicją „Oksfordzkiego słownika epidemiologii” jakość życia rozumiana jest jako: „stopień, w jakim ludzie uważają, że są w stanie funkcjonować w zakresie życia fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego. W aspekcie ilościowym to oszacowanie okresu pozostającego do przeżycia, wolnego od niesprawności, inwalidztwa lub upośledzenia, jak ujęte w wyrażeniu QUALY” (Porta, 2008: 202). Osoby starsze potrzebują pomocy w kształtowaniu dobrej jakości życia, ponieważ często nie potrafią już samodzielnie zadbać o siebie we wszystkich jej wymiarach. Zatem profesjonalna interwencja bio- i psychosocjalna oraz terapeutyczna powinna być tak stosowana, by zaspokajała indywidualne potrzeby osoby starszej w odpowiednim czasie i miejscu.

Celem niniejszego badania była ocena jakości życia osób starszych (65 lat i więcej) korzystających z pomocy instytucjonalnej.

2. Materiał i metodyka

2.1. Badana próba

Badanie przeprowadzono w okresie od kwietnia do czerwca 2015 roku. Populację badaną stanowili pensjonariusze 5 losowo wybranych do badania domów pomocy społecznej na terenie województwa łódzkiego (4 w Łodzi, 1 w Ozorkowie). Do oceny stanu umysłowego badanych wykorzystano Skrócony Test Sprawności Umysłowej według Hodgkinsona (Abbreviated Mental Test Score – AMTS). 16 osób nie zostało zakwalifikowanych do udziału w badaniu ze względu na niski wynik testu, świadczący o złej sprawności umysłowej. 36 osób zostało odgórnie wykluczonych z badania przez personel medyczny domów pomocy społecznej

z racji na stan zdrowia niepozwalający na przeprowadzenie wywiadu. Finałnie analizą statystyczną objęto 117 osób w wieku 65 lat i więcej. Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (numer RNN/22/15/KE/M z dnia 17.03.2015 r.) i po uzyskaniu pisemnej zgody respondenta.

2.2. Narzędzie badania

Narzędziem badania był opracowany na podstawie literatury przedmiotu kwestionariusz wywiadu, składający się z 49 zamkniętych pytań, dotyczących sytuacji demograficznej, zdrowotnej i rodzinnej osób badanych, a także ich samooceny stanu zdrowia i jakości życia. Ponadto do oceny samodzielności badanych w wykonywaniu czynności dnia codziennego wykorzystano skalę Activities of Daily Living (ADL), oceniającą możliwość samodzielnego ubierania się, utrzymywania higieny, poruszania się, korzystania z toalety, spożywania posiłków, kontroli zwieraczy. Każdą czynność ocenia się w skali 3-stopniowej. Badana osoba ma do wyboru 3 warianty odpowiedzi. Maksymalnie można uzyskać 6 punktów. Przedział punktów od 5–6 świadczy o pełnej samodzielności. Respondent, który uzyska od 3–4 punktów mieści się w przedziale określanym mianem *niesprawności umiarkowanej*. Zdobycie 2–3 punktów oznacza niezdolność do samodzielnego funkcjonowania.

2.3. Metody analizy statystycznej

Uzyskane dane zakodowano i wprowadzono do programu Excel i Statistica. W analizie statystycznej danych zastosowano następujące miary: wskaźniki struktury – frakcje (gdy analizowana zbiorowość liczyła mniej niż 100 osób) lub odsetki (gdy analizowana zbiorowość liczyła więcej niż 100 osób), miary położenia dla cech mierzalnych – średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana, modalna, minimum, maksimum. W pracy dokonano oceny zależności pomiędzy zmiennymi za pomocą testu niezależności χ^2 lub χ^2 z poprawką Yatesa. Weryfikacji postawionych hipotez dokonywano na poziomie istotności $p \leq 0,05$.

3. Wyniki badania

Badaniem objęto 117 osób, z czego 71,8% stanowiły kobiety. Największy odsetek ankietowanych (27,4% – 32 osoby) stanowiły osoby w wieku 86–90 lat. Najmłodszy z respondentów miał 65 lat, natomiast najstarszy 97 lat, średni wiek ankie-

towanych wynosił 82,1 lat (odchylenie standardowe 6,9 lat), zaś mediana wieku w badanej grupie wynosiła 82,1 lat. Wśród badanych były jedynie 2 osoby powyżej 95. roku życia (kobiety). Analizując poziom wykształcenia respondentów, należy stwierdzić, że dominowały osoby z wykształceniem podstawowym (41%). 7,7% badanych deklarowało brak wykształcenia. Wykształceniem wyższym legitymowało się 9,4% analizowanej subpopulacji. Zaobserwowano stosunkowo wysoki odsetek osób z wykształceniem zawodowym, szczególnie wśród mężczyzn. Jest to zapewne konsekwencją zmian, jakie zachodziły w systemie oświaty w powojennej Polsce oraz wprowadzenia obowiązku szkolnego. W badanej próbie ukończenie szkoły zawodowej zadeklarowało 21,4% ankietowanych. Wśród badanych dominowały osoby owdowiałe (85 spośród 117), przy czym ponad 80% z nich stanowiły wdowy. Przeważającą część respondentów stanowili mieszkańcy miast, w szczególności łódzianie (86,3% wszystkich seniorów biorących udział w badaniu). Badani zamieszkujący tereny wiejskie przed zamieszkaniem w placówce instytucjonalnej stanowili 13,7% ogółu. Odsetek osób wskazujących wieś jako poprzednie miejsce zamieszkania był wyższy (zapewne z racji lokalizacji) w DPS w Ozorkowie. Ponad połowę badanych w tej placówce stanowiły osoby pochodzące z terenów wiejskich. Wyniki pokazały, że najliczniejszą grupę respondentów stanowiły osoby przebywające w domach pomocy społecznej nie dłużej niż 5 lat – 47,0%. Najmniejszy odsetek badanych stanowiły natomiast osoby będące w placówkach dłużej niż 15 lat. Charakterystykę badanej próby zamieszczono w tabeli 1.

W badaniu jako jedno z narzędzi wykorzystano skalę funkcjonowania codziennego ADL – Activity of Daily Living. Wyniki tej skali były dość zróżnicowane. W zakresie kąpieli 29,8% badanych wykazało całkowity brak samodzielności. 30,9% wymagało w tym zakresie częściowej pomocy, np. przy myciu niektórych części ciała. 8,3% badanych wymagało pomocy podczas ubierania się i przygotowywania odzieży. Co czwarty badany (25,8%) potrzebował pomocy przy korzystaniu z suwaków i guzików. Większość badanych (85,8%) wykazywała samodzielność w korzystaniu z toalety, jednak 4,3% z nich nie było w stanie samodzielnie z niej korzystać. 3,7% badanych nie kontrolowało czynności fizjologicznych w postaci oddawania moczu i stolca. W kwestii przyjmowania posiłków 7,7% badanych wykazywało brak samodzielności, zaś co trzeci potrzebował pomocy w tym zakresie. 4,7% badanych stale przebywało w łóżku, a 14,6% potrzebowało pomocy przy kładzeniu się do łóżka i wstawaniu z łóżka lub krzesła.

W opinii seniorów najważniejszymi składowymi jakości życia były: zdrowie, rodzina, udane małżeństwo (odpowiednio: 35%; 29%; 11,1%).

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%). Należy jednak podkreślić, że znaczny od-

setek badanych wskazał na złą i bardzo złą jakość życia – łącznie 26,8% ogółu (0,25 mężczyzn i 0,27 kobiet). Na dobrą i bardzo dobrą jakość życia wskazało łącznie 17,2% badanych (0,15 mężczyzn i 0,18 kobiet). Na potrzeby analizy statystycznej dokonano kumulacji kategorii „zły” i „bardzo zły” oraz „dobry” i „bardzo dobry”, ponieważ warianty „bardzo zły” i „bardzo dobry” wybrała niewielka liczba badanych (odpowiednio 4 osoby i 1 osoba).

Tabela 1. Charakterystyka badanej próby

Płeć		Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
		n	f	n	f	N	%
Zmienna		33	1,00	84	1,0	117	100,0
Wiek	65–69	9	0,28	2	0,02	11	9,4
	70–74	7	0,22	5	0,07	12	10,3
	75–79	9	0,28	14	0,16	23	19,7
	80–84	5	0,14	21	0,25	26	22,2
	85 i więcej	3	0,08	42	0,50	45	38,4
Stan cywilny	Kawaler/panna	5	0,14	9	0,11	14	12,0
	Zamężny/mężatka	3	0,08	1	0,01	4	3,4
	Wdowiec/wdowa	15	0,44	70	0,83	85	72,6
	Rozwiedziony/a	10	0,33	4	0,05	14	12,0
Wykształcenie	Brak wykształcenia	0	0,00	9	0,11	9	7,7
	Podstawowe	13	0,42	35	0,42	48	41,0
	Zawodowe	8	0,19	17	0,20	25	21,4
	Średnie	10	0,33	14	0,16	24	20,5
	Wyższe	2	0,06	9	0,11	11	9,4
Pochodzenie	Miasto	27	0,82	74	0,88	101	86,3
	Wieś	6	0,18	10	0,12	16	13,7
Czas pobytu w dps	< rok	6	0,18	4	0,05	10	8,5
	1–5 lat	8	0,24	47	0,56	55	47,0
	6–10 lat	15	0,45	20	0,24	35	29,9
	>10 lat	4	0,13	13	0,15	17	14,6
Częstość spotkań z rodziną	Kilka razy w miesiącu	2	0,06	7	0,08	9	8,5
	Raz w miesiącu	9	0,26	10	0,12	19	16,2
	Rzadziej niż raz w miesiącu	11	0,34	22	0,26	33	27,4
	W ogóle	11	0,34	45	0,54	56	47,9
Samooceńca stanu zdrowia	Dobra	7	0,22	9	0,11	14	11,9
	Ani dobra, ani zła	18	0,54	57	0,68	57	48,7
	Zła	5	0,15	10	0,12	25	21,4
	Bardzo zła	3	0,09	8	0,09	21	18,0
Samooceńca jakości życia	Dobra i bardzo dobra	5	0,15	15	0,18	20	17,2
	Ani dobra, ani zła	20	0,60	46	0,55	66	56,0
	Zła i bardzo zła	8	0,25	23	0,27	31	26,8

Źródło: obliczenia własne

Analizy samooceny jakości życia dokonano w zależności od wybranych zmiennych, takich jak: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, pochodzenie (miasto/wieś), liczba lat pobytu w placówce, częstość spotkań z rodziną i w zależności od wyniku skali ADL i samooceny stanu zdrowia (tabela 2). Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy samooceną jakości życia badanych a ich płcią, wiekiem, stanem cywilnym, poziomem wykształcenia i pochodzeniem ($p > 0,05$).

Tabela 2. Korelacje pomiędzy samooceną jakości życia a wybranymi zmiennymi

Zmienna	Ocena jakości życia						χ^2	p
	Bardzo zła i zła		Ani dobra, ani zła		Dobra i bardzo dobra			
	n	f	n	f	n	f		
Płeć								
Mężczyźni	8	0,25	19	0,59	6	0,16	4,344	$p > 0,05$
Kobiety	23	0,27	46	0,55	15	0,18		
Wiek								
65–69	1	0,11	6	0,49	4	0,44	10,786	$p > 0,05$
70–74	2	0,19	9	0,77	1	0,08		
75–79	6	0,26	14	0,60	3	0,14		
80–84	6	0,23	14	0,55	6	0,22		
85 i więcej	14	0,30	22	0,50	9	0,20		
Stan cywilny								
Kawaler/panna	9	0,66	3	0,19	2	0,15	4,726	$p > 0,05$
Żonaty/mężatka	2	0,47	1	0,26	1	0,27		
Wdowiec/wdowa	14	0,16	59	0,70	12	0,14		
Rozwiedziony/a	5	0,36	5	0,33	4	0,31		
Wykształcenie								
Wyższe	4	0,32	6	0,59	1	0,09	2,989	$p > 0,05$
Średnie	16	0,66	8	0,34	0	0,00		
Zawodowe	4	0,15	13	0,52	8	0,33		
Podstawowe	28	0,59	11	0,22	9	0,19		
Brak	2	0,26	6	0,62	1	0,12		
Pochodzenie								
Miasto	26	0,26	56	0,55	19	0,19	0,381	$p > 0,05$
Wieś	5	0,32	11	0,68	0	0,00		
Liczba lat pobytu w dps								
< rok	2	0,17	2	0,22	6	0,61	16,768	$p < 0,05$
1–5 lat	8	0,14	19	0,34	28	0,52		
6–10 lat	7	0,20	14	0,39	14	0,41		
>10 lat	5	0,31	5	0,31	7	0,38		

Zmienna	Ocena jakości życia						χ^2	<i>p</i>
	Bardzo zła i zła		Ani dobra, ani zła		Dobra i bardzo dobra			
	n	f	n	f	n	f		
Częstość kontaktów z rodziną								
Kilka razy w miesiącu	2	0,19	5	0,48	3	0,33	30,343	<i>p</i> < 0,001
Raz w miesiącu	12	0,64	5	0,26	2	0,10		
Rzadziej niż raz w miesiącu	22	0,69	7	0,23	3	0,08		
Nigdy	37	0,67	15	0,26	4	0,07		
Wynik skali ADL								
Sprawność	7	0,20	5	0,14	21	0,66	10,896	<i>p</i> < 0,001
Umiarkowana niesprawność	9	0,13	18	0,26	44	0,61		
Niesprawność	3	0,21	4	0,29	6	0,50		
Samoocena stanu zdrowia								
Dobra	5	0,37	3	0,19	6	0,44	29,343	<i>p</i> < 0,001
Ani dobra, ani zła	12	0,21	37	0,65	8	0,14		
Zła	4	0,14	11	0,45	10	0,41		
Bardzo zła	14	0,65	6	0,28	1	0,07		

Źródło: obliczenia własne

Natomiast ocena ta była w sposób istotny statystycznie związana z wynikiem samooceny stanu zdrowia (ocenianej na podstawie odrębnego pytania zawartego w kwestionariuszu wywiadu) – $\chi^2 = 29,343$, *p* < 0,001. Im gorsza samoocena stanu zdrowia, tym częściej wybierano odpowiedź dotyczącą oceny jakości życia: „bardzo zła” lub „zła”. Z kolei osoby mające dobrą samoocenę stanu zdrowia istotnie częściej niż pozostali (wybierający w samoocenie kategorie: „ani dobra, ani zła”, „zła” i „bardzo zła”), oceniali swoją jakość życia dobrze i bardzo dobrze (frakcje 0,44; 0,14 i 0,07).

Czynnikiem istotnie związanym z samooceną jakości życia respondentów był również wynik skali ADL ($\chi^2 = 10,896$, *p* < 0,001). Osoby, które zgodnie z interpretacją tego narzędzia zostały sklasyfikowane jako sprawne, najlepiej oceniły jakość swojego życia, wskazując najczęściej ocenę dobrą i bardzo dobrą (0,66). Również osoby o umiarkowanej niesprawności oceniły jakość życia wysoko. Najgorzej została ona oceniona przez osoby niesprawne.

Wykazano również istotną statystycznie zależność pomiędzy odpowiedzią badanych na pytanie dotyczące ich jakości życia a czasem pobytu w placówce. Osoby przebywające w dps dłużej – gorzej oceniły jakość swojego życia ($\chi^2 = 16,768$, *p* < 0,05). Wpływ na subiektywną ocenę jakości życia badanych miała również częstość spotkań z rodziną. Osoby starsze w ogóle niemające kontaktu z bliskimi oceniły ją najgorzej ($\chi^2 = 30,343$, *p* < 0,001). Seniorzy deklarujący brak kontaktu z ro-

dziną skarżyli się na obecność uczucia osamotnienia. Mówili, że towarzyszy im ono często, wręcz nieprzerwanie. Na samotność osób starszych wpływa głównie ich sytuacja życiowa. Wielu spośród respondentów zamieszkało w domu pomocy społecznej właśnie z obawy przed całkowitą samotnością. Brak wsparcia ze strony rodziny lub celowa decyzja seniora o odsunięciu się na drugi plan w rodzinie, by nie stać się ciężarem dla bliskich, niewątpliwie rodzi wśród nich poczucie osamotnienia. Decyzja o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej dla większości seniorów nie była łatwa. Respondenci przed zamieszkaniem w placówkach instytucjonalnych obawiali się utraty własnej niezależności oraz kontaktów z najbliższymi. Zdecydowana większość ankietowanych, bo aż 69,2% seniorów deklarowała, że decyzję o zamieszkaniu w placówkach pomocowych podjęła niesamodzielnie (przy wsparciu innych osób). Pomoc w podjęciu decyzji o zamieszkaniu w placówkach instytucjonalnych badani otrzymali od rodziny, lekarza POZ lub podczas częstych pobytów w szpitalach oraz ze strony pracownika pomocy społecznej. Na wyżej wymienione czynniki niewątpliwie bezpośredni wpływ ma zanikający model rodziny wielopokoleniowej, co stawia wyzwanie dla systemu pomocy społecznej, który powinien sprostać wymaganiom, jakie niesie ze sobą w tym aspekcie starzenie się społeczeństw.

4. Dyskusja

Zmiany wywołane przez procesy demograficzne wymagają odpowiedniego przygotowania działań oraz nowych form wsparcia i pomocy dla powiększającej się grupy osób starszych, które często postrzegane są jako osoby niepełnosprawne i mało aktywne (Zboina, 2008: 24). Jednakże postęp w naukach medycznych, a także zmiany mentalności zarówno osób starszych, jak i reszty społeczeństwa sprawiają, że starość kojarzona jest także z pewnym potencjałem, który należy umiejętnie rozwijać i korzystać z możliwości, jakie niesie ze sobą ten okres w życiu każdego człowieka. Starość to również czas mądrości, rozważliwych decyzji i wyciszenia emocji i umiejętność patrzenia w szerszej perspektywie. Czas na wypoczynek, realizację marzeń, oddanie się własnym pasjom. Starość to szczególnie okres nie tylko w życiu każdego człowieka, ale także całego społeczeństwa. Dzieje się tak, ponieważ pojawiające się w tym okresie problemy są nie tylko problemem jednostki, ale również społeczeństwa. Nie chodzi bowiem o to, by żyć, ale o to, by żyć godnie, aby mieć możliwość zaspakajania potrzeb, głównie w środowisku zamieszkania. Sytuacja życiowo-społeczna, zdrowotna i ekonomiczna w znacznym stopniu wpływa na proces starzenia się, może go przyspieszyć lub spowolnić. Zależy to przede wszystkim od środowiska, w jakim przebywa człowiek stary, oraz jego stosunku do własnej starości (Kowalik, Ratajska, Szmaus, 2001: 14–16).

Czynnikiem niewątpliwie wpływającym na częstotliwość korzystania z usług pomocy społecznej przez osoby starsze jest występująca wśród nich niepełnospraw-

ność. Jest to czynnik powodujący wzrost zapotrzebowania na świadczenia socjalne, zwłaszcza w postaci usług opiekuńczych. Duża liczba osób niepełnosprawnych w starszych grupach wieku powoduje wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze, a tym samym na pomoc instytucjonalną (Czapiński, Panek, 2009: 40–113). Obrazuje to fakt, że w grupie osób w wieku 75 lat i więcej niemal połowę stanowią osoby niepełnosprawne, natomiast wśród osób pomiędzy 60. a 74. rokiem życia osoby te stanowią 37,1% (Szczerbińska, 2006: 29–36). Jędrkiewicz w swoich badaniach szacuje, że 1,5 miliona osób starszych prowadzących jednoosobowe gospodarstwa domowe korzysta z usług opiekuńczych (Bień, 2000: 31–40). Dwie trzecie osób starszych nie posiada wsparcia ze strony rodziny. Bień zaznacza, że wzrost odsetka osób tzw. starych-starych (po 75. roku życia) generuje zwiększenie popytu na pomoc społeczną świadczoną tym osobom (Bień i in., 1999: 42–47). W badaniach prowadzonych w okresie 1960–2003 wykazano, że z wiekiem wyraźnie postępuje niesprawność prowadząca do ograniczenia samodzielnego poruszania się. Przyczyną tych zaburzeń są najczęściej choroby układu krążenia, narządu ruchu (w tym najczęściej zmiany zwyrodnieniowe, osteoporoza i jej powikłania), choroby neurologiczne (np. niedowład po udarze mózgu) oraz narządu wzroku i słuchu. W badaniach przeprowadzonych pod koniec lat dziewięćdziesiątych przez GUS stwierdzono, że w grupie osób w wieku 60 lat i więcej 2,1% stale pozostaje w łóżku, 5,8% nie jest w stanie samodzielnie opuścić mieszkania, 17,1% zachowuje mobilność ograniczoną tylko do otoczenia domu, zaś kilkanaście procent nie potrafi samodzielnie wykonywać podstawowych czynności, takich jak ubieranie, mycie się itp. W wieku powyżej 80 lat 8,2% osób stale pozostaje w łóżku, 15,5% porusza się, lecz nie jest w stanie samodzielnie opuszczać mieszkania, a 29,2% ma mobilność ograniczoną do najbliższego otoczenia swojego domu. W efekcie sprawność umożliwiającą swobodne poruszanie się zachowuje 74,2% wszystkich osób powyżej 65. roku życia i tylko 45,4% w wieku 80 lat i więcej. Pogarszanie się sprawności fizycznej osób starszych przynosi poważne konsekwencje społeczne, gdyż osoby te muszą częściej korzystać z różnych form opieki zdrowotnej, usług opiekuńczych i stałej pomocy rodzinnej, a przede wszystkim pomocy instytucjonalnej (GUS, 2007: 18–29).

Istotnym elementem wyznaczającym jakość życia jest subiektywna ocena stanu zdrowia. To właśnie ta ocena (nawet wbrew obiektywnym wyznacznikom jego stanu) okazuje się zarówno w niniejszym, jak również w innych badaniach nie tylko niezależną zmienną warunkującą długość życia, lecz także wskaźnikiem aktywności społecznej. Samoocenę stanu zdrowia uznaje się za relatywnie dobry miernik stanu zdrowia a także za niezależny predyktor umieralności (Bowling, 2009: 527–530).

Jak w wielu innych krajach świata, również w Polsce, systematycznie wzrasta liczba osób w podeszłym wieku. Badania wykazują, że około 60% osób starszych (1,5 miliona osób) potrzebuje pomocy, natomiast 700 tysięcy musi mieć stałą opiekę (Zboina, 2008: 31). Taka sytuacja, w połączeniu ze zmianami zachodzącymi

w rodzinie, pociąga za sobą wzrost zapotrzebowania na opiekę instytucjonalną. Stawia to nowe wyzwania przed opieką długoterminową, zarówno przed osobami zatrudnionymi w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach opiekuńczo-pielęgnacyjnych, jak i w domach pomocy społecznej. Holistyczny model opieki domaga się wszechstronnego spojrzenia na osobę starszą i uwzględnienia jej subiektywnych odczuć. Pociąga to za sobą wzrost zainteresowania jakością życia osób starszych. Wprowadzenie badania jakości życia pacjentów spowodowało skoncentrowanie troski przedstawicieli służby zdrowia na poprawie sprawności funkcjonalnej, likwidowaniu cierpienia psychicznego oraz tworzeniu życzliwego otoczenia fizycznego i społecznego (Arnold et al., 2010: 88–92). Jakość życia jest ważnym wskaźnikiem dobrego samopoczucia, które stanowi niezbędny składnik zdrowia. W tym procesie istotne znaczenie ma subiektywna ocena jakości życia (Górna, 2005: 5–8). Jak podaje Zych, mieszkańcy domów pomocy społecznej postrzegają jakość swojego życia jako niższą niż osoby mieszkające z rodzinami (Zych, 2009: 15–16). Podstawowe problemy seniorów wiążą się z wykonywaniem codziennych czynności. Oceniając sprawność funkcjonalną osoby starszej, bierze się pod uwagę jej umiejętność radzenia sobie z podstawowymi czynnościami dnia codziennego, takimi jak: poruszanie się, dbanie o higienę osobistą, korzystanie z toalety, kontrolowanie wypróżnień, ubieranie się, spożywanie posiłków. Uważa się, że sprawność funkcjonalna jest jednym z łatwiejszych, pod względem pomiaru, wskaźników zdrowia w starszym wieku, zaś jej niższy poziom koreluje z gorszą samooceną jakości życia osób starszych (Muszalik, Kędziora-Kornatowska, Sury i in., 2009: 569–576), co potwierdzono w badaniu własnym. Średnia wieku badanych wyniosła 73,3. Analogiczną sytuację zaobserwowali Bonior i Łysy (2000: 169–178) oraz Jachimowicz i Kostka, badając pensjonariuszy dps (2009: 23–31), a także Muszalik ze współpracownikami, badając pacjentów przebywających w klinice Geriatrii CM w Bydgoszczy (Muszalik, Ćwikła i Kędziora-Kornatowska, 2010: 9–15). Z przeprowadzonej analizy wynika, że również przyczyny zamieszkania osób starszych w domach pomocy społecznej są bardzo podobne. Najczęściej decyduje o tym zły stan zdrowia i brak opieki (Bielak, 2013: 81–92).

Migracje ludzi młodych ograniczają udzielanie wsparcia seniorom przez rodzinę, prowadząc do wzmożonego zaangażowania placówek instytucjonalnych w pomoc ludziom starszym. Ostateczną pomoc świadczą zatem domy pomocy społecznej, gdzie opiekę znajdują starsze osoby, niezdolne do samodzielnego życia ze względu na wiek i stan zdrowia. Właściwe funkcjonowanie takich placówek powinno przejawiać się jako fachowa pomoc, wzbogacona o wiedzę tworzenia „nowej kultury” pomagania, zorientowanej na potrzeby najstarszych członków społeczeństwa. Udzielana w nich pomoc to wielopłaszczyznowy, dynamiczny proces, dzięki któremu osoba starsza mimo braku bliskich osób w swoim otoczeniu odczuwa zadowolenie, cieszy się dobrym samopoczuciem i jest szczęśliwa (Burzyńska, Maniecka-Bryła, 2015: 29–41; Szweda-Lewandowska, 2015: 173–183).

5. Wnioski

1. Najczęstszy powód zamieszkania badanych w placówkach instytucjonalnych stanowił brak możliwości samoopieki i brak możliwości zapewnienia tej opieki ze strony rodziny. Warunkiem lepszej jakości życia seniorów jest zatem utrzymanie sprawności fizycznej i intelektualnej oraz pielęgnowanie kontaktów rodzinnych.
2. Postępująca z wiekiem niesprawność fizyczna osób starszych stwarza konieczność korzystania z pomocy instytucji opiekuńczych i leczniczych, co z kolei niesie potrzebę wdrażania w systemie opieki zdrowotnej i społecznej działań zmierzających do poprawy funkcjonowania osób starszych w domu, jak również w instytucjach opieki długoterminowej.
3. Aby proces starzenia się przebiegał z uwzględnieniem potrzeb osób starszych, należy zaplanować i zorganizować takie działania z zakresu polityki zdrowotnej i pomocy społecznej, które będą odpowiadały na zapotrzebowanie tej subpopulacji. W tym celu konieczne jest sporządzenie diagnozy sytuacji i potrzeb osób starszych.

Pracę zrealizowano w ramach tematu statutowego Zakładu Epidemiologii i Biostatystyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nr 503/6–029–07/503–61–001.

Bibliografia

- Arnold J., Dai J., Nahapetyan L. et al. (2010), *Predicting successful ageing in a population-based sample of Georgia centenarians*, „Current Gerontology and Geriatric Research”, vol. 56, no. 1, s. 88–92.
- Beck U., Beck-Gernsheim E. (2002), *Individualization. Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*, Sage, London.
- Beekman A., van Balkom A., Deeg D. et al. (2000), *Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors*, „American Journal of Psychiatry” vol. 157, no. 1, s. 89–95.
- Bełtowska K. (2008), *Reakcje emocjonalne opiekunów osób z demencją – potrzeba pomocy społecznej*, „Przegląd Lekarski”, t. 65, nr 6, s. 304–307.
- Bielak M. (2013), *Standard życia i zamieszkania osób starszych w placówkach opiekuńczych*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica”, t. 297, s. 81–92.
- Bień B. (2000), *Miejsce człowieka starszego w systemie opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny. Materiały na ogólnopolskie seminarium naukowe*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Bień B., Wojszel B., Wilmańska J. i in. (1999), *Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki*, „Gerontologia Polska”, t. 7, nr 2, s. 42–47.
- Bonior P., Łysy J. (2000), *Poziom i uwarunkowania interakcji społecznych ludzi starszych zamieszkujących w Domu Pomocy Społecznej*, „Zdrowie Publiczne”, t. 5, s. 169–178.

- Bowling A. (2009), *Predictors of mortality among a national sample of elderly widowed people: analysis of 28-year mortality rates*, „Age and Ageing”, vol. 38, no. 5, s. 527–530.
- Bronnum-Hansen H., Baadsgaard M. (2007), *Increasing social inequality in life expectancy in Denmark*, „European Journal of Public Health”, vol. 17, no. 6, s. 585–586.
- Bryła M., Burzyńska M., Maniecka-Bryła I. (2013), *Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefitting from social help: results of a cross-sectional study*, „Health Quality of Life Outcomes”, vol. 11, s. 181–191.
- Burzyńska M., Bryła M., Bryła P., Maniecka-Bryła I. (2015), *Factors determining the use of social support services among elderly people living in a city environment in Poland*, „Health and Social Care in the Community”, 30 Juny, doi:10.1111/HSC.12259.
- Burzyńska M., Maniecka-Bryła I. (2015), *Niepelnosprawność osób starszych jako czynnik determinujący korzystanie z usług pomocy społecznej*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica”, t. 4, nr 315, s. 29–41.
- Czapiński J., Panek T. (2009), *Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa.
- Czapiński J., Panek T. (2011), *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa.
- Dudek D., Zięba-Wróbel A. i in. (2000), *Zaburzenia depresyjne a jakość życia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca*, „Psychiatria Polska”, t. 1, nr 1, s. 73–80.
- Gabryś T. (2008), *Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 89, nr 1, s. 62–66.
- Górna K. (2005), *Obiektywny i subiektywny wymiar jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji*, Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego, Poznań.
- GUS (2002), *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna*, Warszawa.
- GUS (2007), *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.*, Warszawa.
- GUS (2011), *Raport z wyników. Narodowy Spis Ludności i Mieszkań 2011*, Warszawa.
- GUS (2012), *Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011. Podstawowe informacje o sytuacji demograficzno-społecznej ludności Polski oraz zasobach mieszkaniowych*, Warszawa.
- Jachimowicz V., Kostka T. (2009), *Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy DPS*, „Gerontologia Polska”, t. 1, s. 23–31.
- Jeste D.V. (2005), *Feeling fine at a hundred and three. Secrets of successful aging*, „American Journal of Preventive Medicine”, vol. 28, no. 3, s. 323–324.
- Karwat I., Krawczyk A. (2004), *Kategorie zdrowotnych i społecznych problemów osób starszych i niepełnosprawnych zamieszkałych na wsi*, [w:] L. Solecki (red.), *Problemy ludzi starych i niepełnosprawnych w rolnictwie*, Instytut Medycyny Wsi, Lublin.
- Kowalik S., Ratajska A., Szmaus A. (2001), *W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia*, [w:] L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*, Wydawnictwo Uczelniane AM, Poznań.
- Lee I., Wang H.H., Chiou C.J. et al. (2009), *Family caregivers' viewpoints towards quality of long-term care services for community-dwelling elders in Taiwan*, „Health and Social Care in the Community”, vol. 17, s. 312–320.
- Lewin G., de San M.K., Knuiman M. et al. (2013), *A randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP), an Australian restorative home care programme for older adults*, „Health and Social Care in the Community”, vol. 21, s. 69–78.
- Maniecka-Bryła I., Gajewska O., Burzyńska M., Bryła M. (2013), *Factors associated with self-rated health (SRH) of a University of the Third Age (U3A) class participants*, „Archives of Gerontology Geriatrics”, vol. 57, no. 2, s. 156–161.
- Maniecka-Bryła I., Pikala M., Bryła M. (2013), *Life years lost due to cardiovascular diseases*, „Kardiologia Polska”, vol. 71, no. 10, s. 1065–1072.

- Miller M., Gębska-Kuczerowska A. (1998), *Ocena stanu zdrowia ludzi w starszym wieku w Polsce*, „Gerontologia Polska”, t. 6, nr 3–4, s. 19–23.
- Muszalik M., Cwikła A., Kędziora-Kornatowska K. (2010), *Ocena wpływu czynników socjodemograficznych i medycznych na poziom sprawności funkcjonalnej pacjentów geriatrycznych*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku”, t. 1–2, s. 9–15.
- Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Sury M. i in. (2009), *Ocena funkcjonalna pacjentów w starszym wieku w odniesieniu do jakości życia w świetle kwestionariusza Oceny Funkcjonalnej Przewlekłe Chorych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 4, s. 569–576.
- Park H.L., O’Connell J.E., Thomson R.G. (2003), *A systematic review of cognitive decline in the general elderly population*, „International Journal of Geriatric Psychiatry”, vol. 18, no. 12, s. 1121–1134.
- Pichot V., Roche F., Denis C. et al. (2005), *Interval training in elderly men increases both heart rate variability and baroreflex activity*, „Clinical Autonomic Research”, vol. 15, no. 2, s. 107–115.
- Porta M. (2008), *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford University Press, New York.
- Reijula J., Rosendahl T., Reijula K. et al. (2009), *A new method to assess perceived well-being among elderly people – a feasibility study*, „BMC Geriatrics”, vol. 9, s. 55–62.
- Szczerbińska K. (2006), *Problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa*, [w:] K. Szczerbińska (red.), *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Szweda-Lewandowska Z. (2015), *Niesamodzielni a.d. 2035 – w poszukiwaniu sposobów i źródeł wsparcia*, „Acta Universitatis Lodzianis. Folia Oeconomica”, t. 4, nr 315, s. 173–183.
- Williams A.M., Wang L., Kitchen P. (2014), *Differential impacts of care-giving across three caregiver groups in Canada: end-of-life care, long-term care and short-term care*, „Health and Social Care in the Community”, vol. 22, no. 2, s. 187–196.
- Zboina B. (2008), *Jakość życia osób starszych*, Stowarzyszenie Nauka Edukacja Rozwój, Ostrowiec Świętokrzyski.
- Zych A. (2009), *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk Spółka z o.o., Katowice.


Life Quality of Older People Receiving Institutional Care

Abstract: In the modern world there is a growing number of older people with decreasing the possibility of taking care of them at the same time. This situation is mainly caused by family demographic changes. The aim of the study was to evaluate the quality of life of older people receiving institutional care. The survey was conducted from April to June 2015 after obtaining the consent of the Bioethics Committee of the Medical University of Lodz. The studied population consisted of residents of 5 nursing homes in the province of Lodz randomly selected for the study. Hodgkinson Abbreviated Mental Test Score was used to assess the mental state of respondents. Finally statistical analysis covered 117 people. Research tool was an anonymous interview questionnaire (49 questions on lifestyle, family relationships, self-assessment of health status and quality of life). The obtained data was entered into the database in Microsoft Excel and Statistica. In statistical analysis descriptive and analytical statistics were used. To determine the relationship between the analyzed variables and self-reported quality of life Chi² test ($p < 0.05$) was used. 62.1% of respondents declared poor self-assessment of quality of life – more often women (Chi² = 0.919). 69.2% of seniors declared dependent on the decision to live in nursing home. Factors associated with self-rated quality of life of respondents were: the time of the placement at nursing home, frequency of meetings with the family, the result of ADL scale and self-rated health. Taking care of family relationships affects the quality of life of seniors living in nursing

homes. Migration of young people limits the possibility of providing support to seniors by the family, leading to increased involvement of the institutional support to the elderly.

Keywords: ageing, quality of life, intergenerality, nursing homes, social assistance

JEL: I18; I19

	<p>© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY (http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)</p>
	<p>Received: 2016-09-10; verified: 2017-01-20. Accepted: 2017-07-31</p>