

**Karolina Trędewicz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Absolwent kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

## **JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB STARSZYCH ZE ŚRODOWISKA WIEJSKIEGO OBJĘTYCH OPIEKĄ PIELEŃNIARKI POZ**

### **Evaluation of the state of feeding seniors up according to the SGA scale on the example of nursing home residents**

#### **Streszczenie**

##### **Wstęp**

Praca jest teoretyczno-badawczą analizą koncentrującą się na roli pielęgniarki rodzinnej w zakresie wielowymiarowego podnoszenia jakości życia osób starszych.

##### **Cel**

Celem niniejszej pracy było rozpatrzenie, jakich problemów pielęgnacyjnych doświadczają objęte badaniem osoby starsze będące pod opieką pielęgniarki, w tym poznanie ich subiektywnej oceny na temat własnej jakości życia, uwzględnivszy dwa kryteria: wpływ wieku i wykształcenia oraz rolę opieki długoterminowej.

##### **Material i metody**

W części teoretycznej skupiono się na analizie teoretycznego ujęcia jakości życia osób starszych oraz roli i zadań pielęgniarki rodzinnej przygotowanej do realizacji tychże potrzeb. Pracę przygotowano w oparciu o analizę literatury przedmiotu z dziedziny psychologii, socjologii, geriatry, związanych z tematyką artykułów z czasopism medycznych oraz stron internetowych. W części badawczej wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, w postaci narzędzia badawczego, jakim jest kwestionariusz ankiety, oraz czterech skal: Barthel, ADL, IADL i WHOQOL-BREF.

##### **Wyniki**

W toku podjętych badań ustalono, iż respondenci ocenili swoją sprawność fizyczną jako dobrą, jak również nie potwierdzili związku pomiędzy wzrostem jakości ich życia a korzystaniem z opieki pielęgniarki POZ.

##### **Wnioski**

Uzyskane wyniki pozwoliły również na potwierdzenie zależności pomiędzy wykształceniem a odczuwaną jakością życia, to znaczy: im wyższe wykształcenie tym wyższa deklarowana jakość życia, a tym samym sprawność fizyczna. Kryterium wieku natomiast dowiodło sytuacji odwrotnej: wraz z wiekiem zimniejsza się ogólna jakość życia badanych. Również czynniki rodzinne potwierdziły zdecydowany wpływ na komfort życia respondentów.

**Słowa kluczowe:** starość, osoby starsze, jakość życia, opieka medyczna, opieka pielęgniarska, pielęgniarka rodzinna

#### **Abstract**

##### **Introduction**

The thesis are theoretical-empirical analysis focusing on the role of the family nurse in relation to multivariate lifting of the older people lives' quality.

##### **The aim**

The aim of the work was examining what types of nursing problems are encountered by the older people covered by the study that are under the nurse's care, including recognizing their subjective assessment regarding their own lives' quality, taking into consideration two main criterion: influence of age and education as well as the role of the long-term care. Theoretical part concentrated on the theoretical approach to the older people lives' quality and the role and tasks of the family nurse prepared for realization of those needs.

##### **Material and methods**

The thesis was prepared on the basis of the subject literature analysis within the frame of psychology, sociology and geriatrics, as well as the related articles from medical journals and websites. In research part the diagnostic survey method was used and the survey questionnaire as a research tool plus four scales: Barthel's, ADL, IADL and WHOQOL-BREF.

##### **Results**

During proceedings it was determined that the respondents measured their own physical condition as good, and that they did not verify a relation between increasing the quality of their lives and using the POZ nurse's care.

## Conclusions

The results allowed also for stating that there is a correlation between education and felt life quality, which means that the higher education, the higher declared life quality and physical condition. The age criterion proved though the opposite: with age the overall life quality of the respondents falls. It was additionally verified that the family factors influence the life comfort of the respondents.

**Key words:** senility, older people, life quality, medical care, nursing care, family nurse

## Wstęp

Starzenie się to proces rozwoju zmian będących naturalną konsekwencją upływu lat. Jest to nieuchronny, rozciągnięty w czasie, złożony proces fizjologiczny, który obejmuje: „wiele układów i wiele procesów biochemicznych, ze zmianami molekularnymi występującymi zarówno w pojedynczej komórce, jak i w całym organizmie. Proces ten odzwierciedla sumę wszystkich zmian, które zachodzą w organizmie z upływem czasu i prowadzi do osłabienia czynnościowego oraz nasilenia się procesów patologicznych” [Karasek, 2006.]. Wobec tak przyjętej definicji starzenia się, jako procesu prowadzącego do upośledzenia dotychczasowego funkcjonowania jednostki i rozwoju rozmaitych chorób związanych z wiekiem, nie dziwi fakt, że osoby starsze powinny zostać objęte szczególnym rodzajem opieki i wsparcia.

## Cel

Głównym celem badań jest poznanie problemów pielęgnacyjnych osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką pielęgniarki POZ.

## Material i metody

Za materiał badawczy posłużyły odpowiedzi seniorów udzielane według pięciu narzędzi badawczych: autorskiego kwestionariusza ankiety, skali Barthel, skali ADL, skali IADL oraz skali WHOQOL-BREF. W badaniu posłużono się metodą sondażu, z wykorzystaniem ankiety jako głównej techniki badawczej.

Spośród  $N = 99$  osób, które zostały zaproszone do badania nieznacznie więcej było kobiet ( $N = 55$ ; 55,6%), niż mężczyzn ( $N = 44$ ; 44,4%). Aby sprawdzić czy rozkład liczebności ze względu na płeć jest jednorodny, wykorzystany został jednozmiennowy test  $\chi^2$  który wskazał, że rozkład liczebności w podgrupach jest proporcjonalny [ $\chi^2 (1, N = 99) = 1,22$ ;  $p = 0,269$ ], a więc możemy traktować podgrupy płciowe jako statystycznie równoliczne.

Wszystkie osoby badane były w wieku 60+; najliczniejsza była grupa osób w przedziale wiekowym 60-65 ( $N = 29$ ; 29,3%), co piąta osoba badana wskazywała u siebie przedział wiekowy 71-75 ( $N = 21$ ; 21,2%); powyżej 80 lat w próbie miała co piąta osoba ( $N = 20$ ; 20,2%), podobnie jak 66-70 ( $N = 19$ ; 19,2%), a wiek w przedziale 76-80 ( $N = 10$ ; 10,1%) deklarowało zaledwie jeden na dziesięciu badanych. Rozkład liczebności okazał się dla podgrup wiekowych proporcjonalny [ $\chi^2 (4, N = 99) = 9,23$ ;  $p = 0,056$ ].

W celu sprawdzenia określenia związku (zależności) między analizowanymi zmiennymi płcią a wiekiem badanych przeprowadzono test niezależności dwóch zmiennych –  $\chi^2$ . Użyto dokładnego wyniku testu (ilorazu wiarygodności) opartego o metodę regresji logistycznej [42]. Otrzymany wynik wskazuje na brak występowania istotnych zależności [ $\chi^2 (4, N = 99) = 1,19$ ;  $p = 0,881$ ]. Miara związku między zmiennymi dla tabel o rozmiarze powyżej 2x2 V Kramera = 0,109 wskazuje na słabą zależność pomiędzy zmiennymi. Oznacza to, że rozkład płciowy i wiekowy w próbie był statystycznie równomierny – w każdym przedziale wiekowym znalazła się zbliżona ilość kobiet i mężczyzn oraz dla każdej z płci ilość osób w poszczególnych przedziałach wiekowych była podobna. Można zatem uznać, za równomierne rozproszenie grup wiekowych i płciowych w analizowanej grupie osób badanych.

Większość osób badanych deklarowała wykształcenie podstawowe ( $N = 41$ ; 41,4%), co trzecia badana osoba deklarowała wykształcenie średnie ( $N = 34$ ; 34,3%), co piąta osoba wskazywała wykształcenie zawodowe ( $N = 18$ ; 18,2%), wyższe wykształcenie posiadało tylko kilka osób w próbie ( $N = 6$ ; 6,1%). Kolejny test  $\chi^2$  dla wskazał, że rozkład liczebności w podgrupach jest nieproporcjonalny [ $\chi^2 (3, N = 99) = 30,17$ ;  $p < 0,001$ ], a więc statystycznie nierówny.

Dwóch na trzech badanych deklarowało, że ich miejscem zamieszkania jest dom jednorodzinny, dom jednorodzinny ( $N = 64$ ; 64,6%); pozostałe osoby wskazywały po prostu mieszkanie ( $N = 35$ ; 35,4%). Stwierdzono tu naturalnie tendencję statystyczną [ $\chi^2 (1, N = 99) = 8,49$ ;  $p = 0,004$ ] co oznacza że rozkład tych odpowiedzi jest nieproporcjonalny.

Stwierdzono tendencję statystyczną [ $\chi^2 (3, N = 99) = 97,32$ ;  $p < 0,001$ ] dla stanu cywilnego osób badanych: najliczniejsza była grupa osób zamężnych/żonatych ( $N = 64$ ; 64,6%); co trzecia osoba badana deklarowała, że ich współmałżonek obecnie nie żyje ( $N = 27$ ; 27,3%), kilka osób deklarowało stan wolny (panna/kawaler) ( $N = 5$ ; 5,1%) lub całkowitą samotność ( $N = 3$ ; 3,0%).

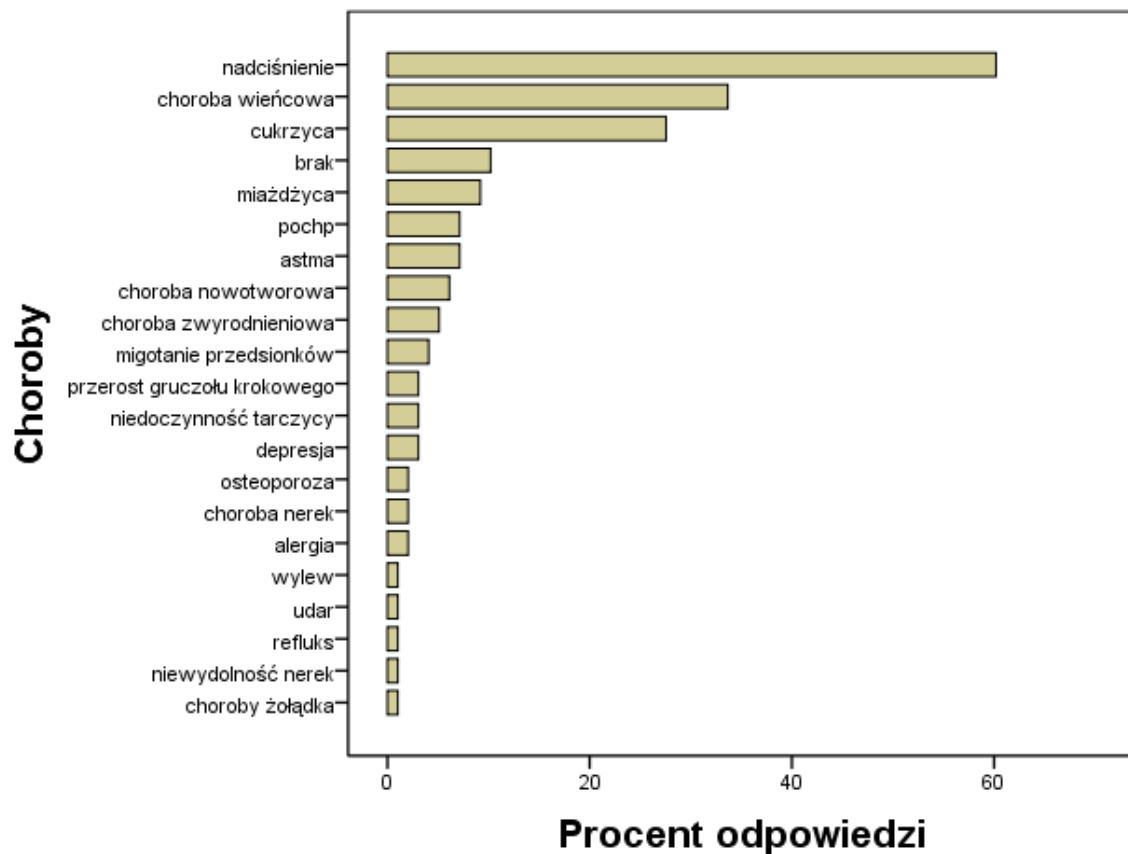
Zaobserwowano także tendencję statystyczną [ $\chi^2 (4, N = 99) = 94,79$ ;  $p < 0,001$ ] w kwestii wspólnego mieszkania: najliczniejsza była grupa kobiet i mężczyzn mieszkających ze współmałżonkiem ( $N = 55$ ; 55,6%), co czwarty ankietowany deklarował że mieszka z dzieckiem lub dziećmi ( $N = 25$ ; 25,3%). W próbie znalazła się niewielka, bo blisko dziesięcioprocentowa grupa osób mieszkających samotnie ( $N = 13$ ; 13,1%), z wnukiem ( $N = 3$ ; 3,0%), lub tylko z mamą ( $N = 3$ ; 3,0%).

Zaobserwowano także nieproporcjonalną tendencję [ $\chi^2 (8, N = 99) = 55,82; p < 0,001$ ] dla ilości posiadanych przez osoby badane dzieci: najliczniejsze były grupy osób, które posiadały dwójkę potomstwa ( $N = 24; 24,2\%$ ), lub trójkę ( $N = 24; 24,2\%$ ) – tworząc razem prawie połowę próby; mniejsza była grupa osób posiadających 4 dzieci ( $N = 16; 16,2\%$ ), ale w próbie znalazły się także osoby, które nie posiadały dzieci ( $N = 12; 12,1\%$ ), miały ich piątkę lub więcej i tak dalej. Ogólnie można przyjąć że w badanej próbie osoby badane posiadały średnio 2,8 dzieci.

### Wyniki

Najistotniejsza z punktu widzenia niniejszej pracy była charakterystyka osób badanych ze względu na to czy korzystały z opieki pielęgniarki POZ: odnotowano tu tendencję (dysproporcję) [ $\chi^2 (1, N = 99) = 6,31; p = 0,012$ ], a rozkład wyników prezentował się następująco: w badanej próbie korzystało z takich usług dwóch na trzech badanych ( $N = 62; 62,6\%$ ).

Dodatkowo – osoby badane mogły opisać swój stan zdrowia uzupełniając w ankiecie pola wielokrotnego wyboru dotyczące różnych chorób które ich dotykały. Warto jednak nadmienić, że prezentacja wyników w postaci zestawionej nastęrcza pewnych trudności interpretacyjnych, albowiem ponieważ osoby badane mogły zaznaczyć dowolną ilość odpowiedzi mogły wybrać jedną lub wiele chorób. Taki sposób pobierania danych dla diagnozy indywidualnej jest jednak kłopotem w prezentacji opisu próby, ponieważ procent zaznaczonych odpowiedzi nie sumuje się do 100% ale znacznie je przekracza. Przedstawiono zatem wyniki w dwóch formach - pierwsza forma to graficzna prezentacja udzielonych odpowiedzi, przy czym procent został wyrażony poprzez ilość zaznaczeń wśród osób badanych. (Ryc. 1)



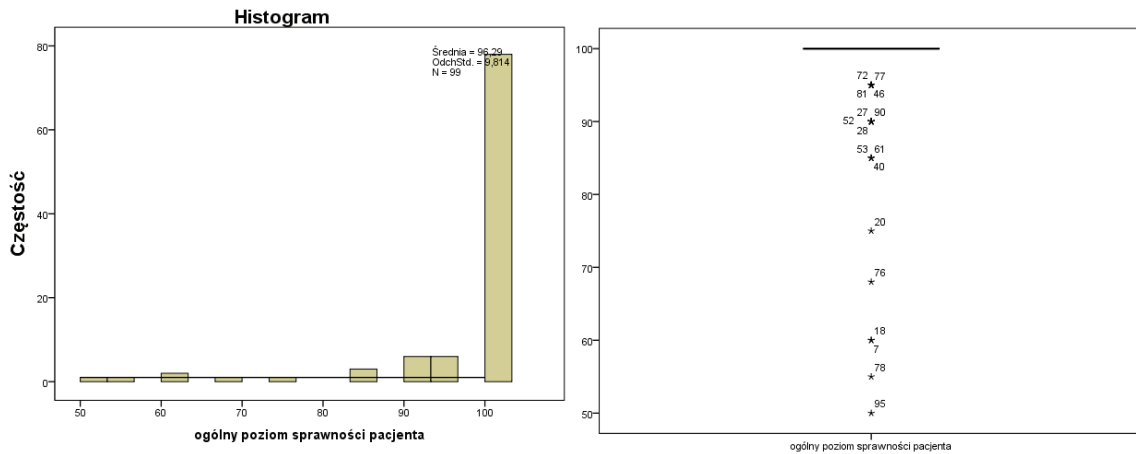
Ryc. 1 Choroby deklarowane przez osoby badane  
Fig. 1 Illness declared by examined persons

#### Poziom życia i sprawności osób badanych

W celu weryfikacji hipotezy badawczej: *H1: Badana grupa seniorów deklaruje niską jakość życia na podstawie skali Barthel* przeprowadzono oszacowanie rozkładów odpowiedzi udzielonych przez osoby badane – a ściślej rzecz ujmując przeprowadzono analizę rozkładów częstości dla wyników ogólnych skal związanych ze sprawnością pacjentów. Sama skala Barthel opisuje jakość życia pacjenta ze względu na poziom jego sprawności, a więc empiryczna analiza jej wyników zawiera zamiennie te dwa pojęcia. Z punktu widzenia hipotezy interesuje nas, aby określić, czy wyniki uzyskiwane przez osoby badane na skali Barthel były niskie czy wysokie, a także szerzej – jakie wyniki na pozostałych skalach sprawności i jakości życia uzyskiwali badani. Analiza ma więc charakter opisowy - dotyczący oszacowania rozkładów wyników w próbie.

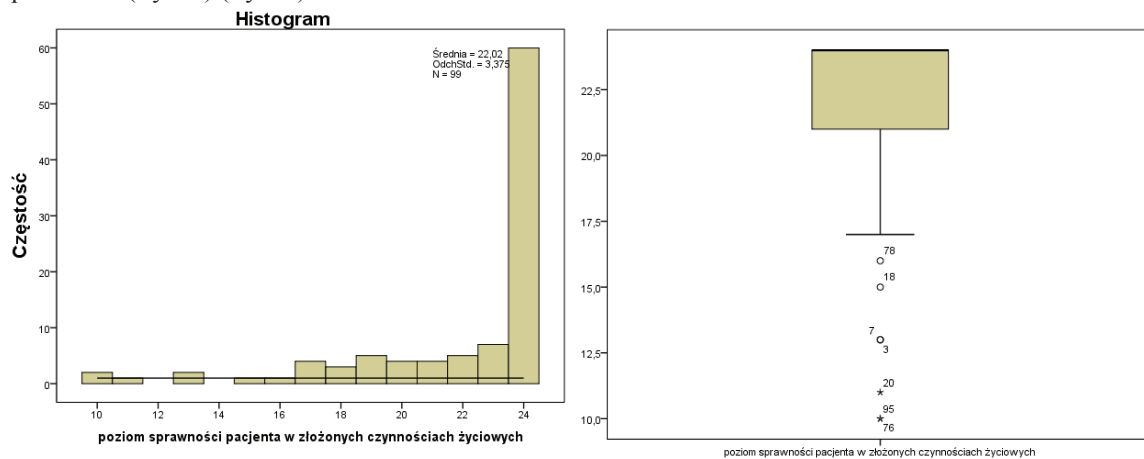
Statystyka skośności dla zmiennych opisujących ogólny poziom sprawności pacjenta, poziom sprawności pacjenta w złożonych czynnościach życiowych, poziom sprawności pacjenta w podstawowych czynnościach życiowych,

wskazała lewoskośność, czyli przewagę wartości wyższych od średniej. Oznacza to, że w próbie dominowały osoby o zadowalającej sprawności fizycznej – niezależnie od tego czy użytym narzędziem badawczym była skala sprawności Barhel, ADL czy IADL. (Ryc. 2)

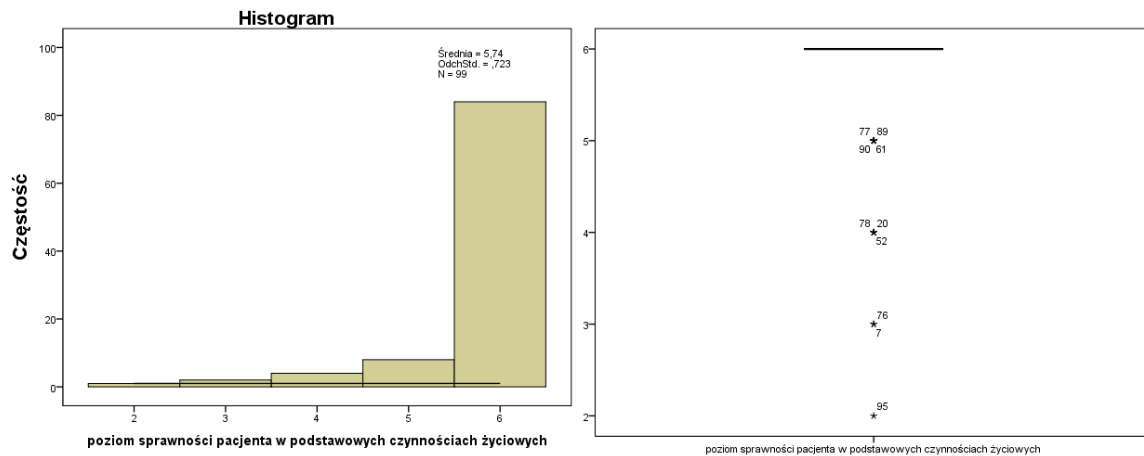


**Ryc. 2 Rozkład wyników dla ogólnej sprawności osób badanych: histogram (po lewej) oraz wykres skrzynkowy (po prawej) prezentujące rozkład wyników w próbie**  
**Fig. 2 Disintegration of results for the general fitness of persons examined: histogram (on the left) and box graph (to the right) presenting the schedule of results in the attempt**

Zdecydowana większość badanych osób deklarowała wysoki poziom sprawności i tylko kilka osób deklarowała niską sprawność. (Ryc. 3) (Ryc. 4)

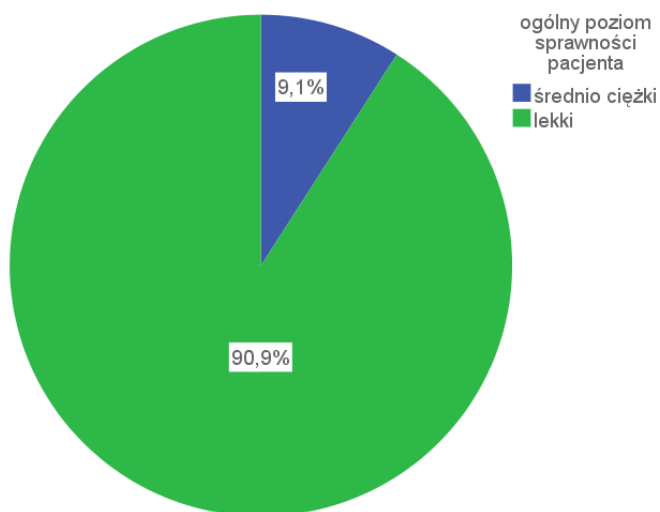


**Ryc. 3 Rozkład wyników poziomu sprawności złożonej w badanej próbie**  
**Fig. 3 Disintegration of results of the level of the folded fitness in the examined trial**



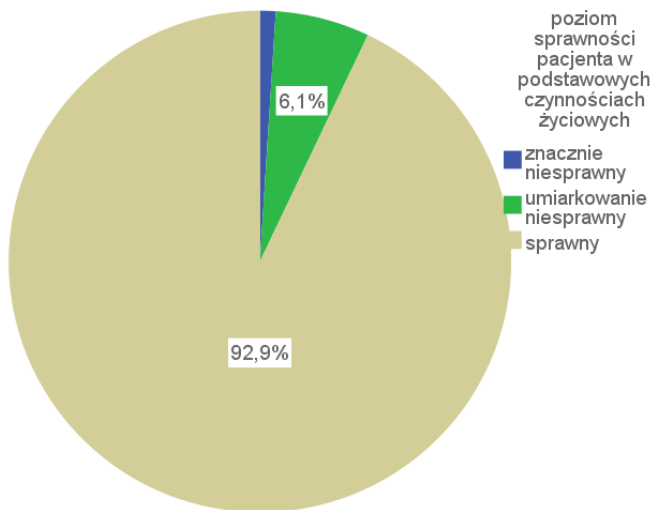
**Ryc. 4 Rozkład wyników poziomu sprawności podstawowej w badanej próbie**  
**Fig. 4 Disintegration of results of the level of the basic fitness in the examined trial**

Podobnie wynik ma się dla sprawności pacjenta w kwestii złożonych i prostych czynności życiowych – większość pacjentów deklaruwała wysoki poziom sprawności. W przypadku ogólnego poziomu sprawności pacjenta można było także dokonać klasyfikacji, dla której wykazano tendencję w próbie do dużego zadowolenia [ $\chi^2(1, N = 99) = 66,27; p < 0,001$ ]: prawie wszystkie osoby badane było można zaklasyfikować jako osoby o stanie lekkim ( $N = 90; 90,9\%$ ) a tylko kilka jako średnio ciężkim ( $N = 9; 9,1\%$ ). (Ryc. 5)



**Ryc. 5 Klasyfikacja stanu pacjenta według skali Barthel**  
**Fig. 5 Classification of the condition of the patient according to the Barthel scale**

Następnie można było także uzyskać według klucza klasyfikacyjnego skali ADL poziom sprawności pacjenta w podstawowych czynnościach życiowych (wykazano tu także tendencję statystyczną [ $\chi^2(2, N = 99) = 158,61; p < 0,001$ ]). Rozkład wyników prezentował się następująco: z ogółem próby  $N = 99$  niemal wszystkie osoby zostały zakwalifikowane jako sprawne ( $N = 92; 92,9\%$ ), mniej niż co dwudziesta osoba w próbie mogła zostać wskazana jako umiarkowanie niesprawna ( $N = 6; 6,1\%$ ), i tylko jeden badany był znacznie niesprawny ( $N = 1; 1,0\%$ ). (Ryc. 6)

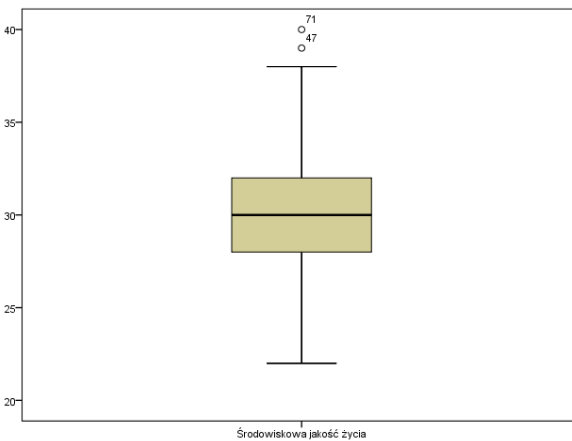
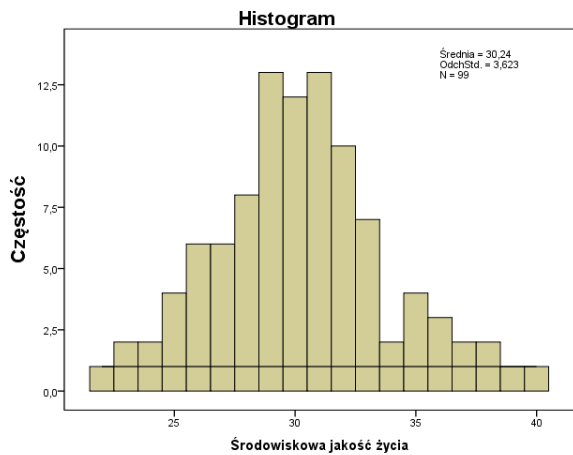
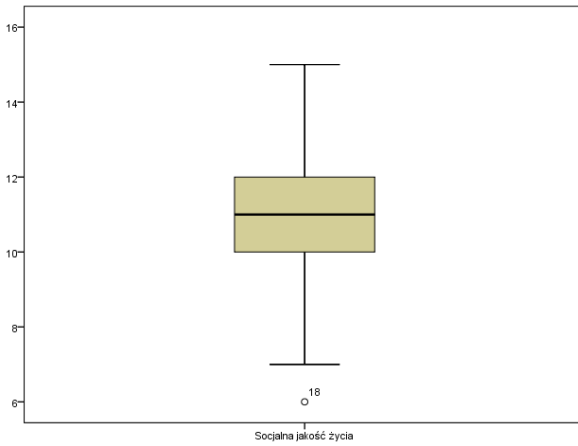
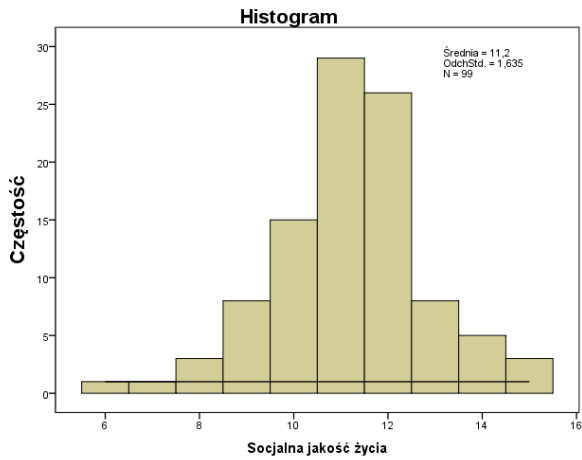
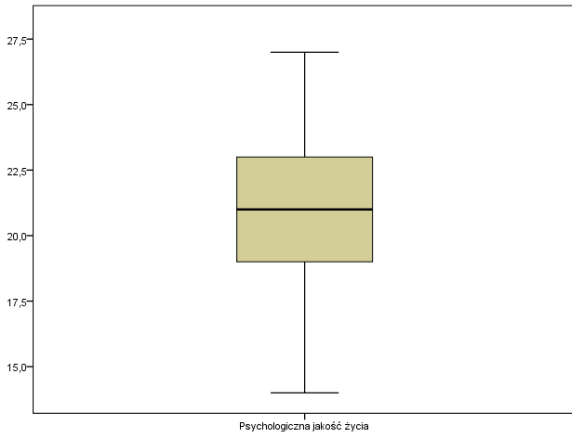
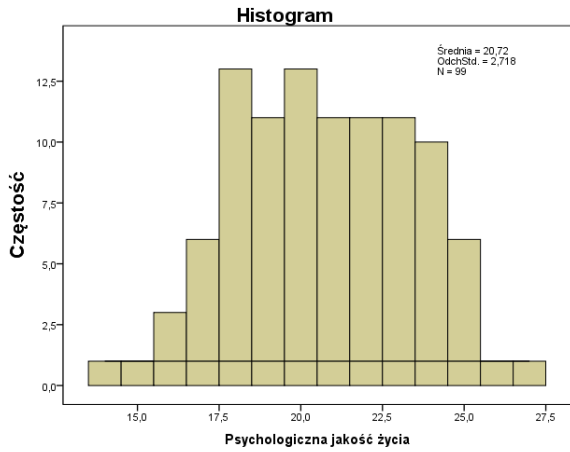
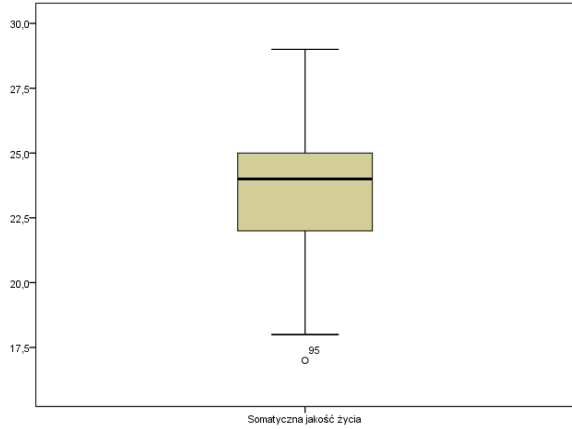
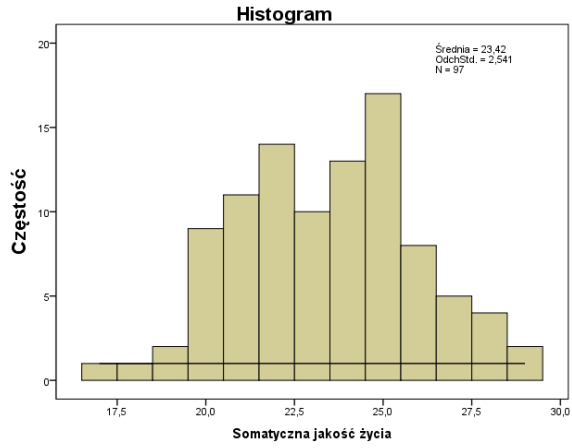


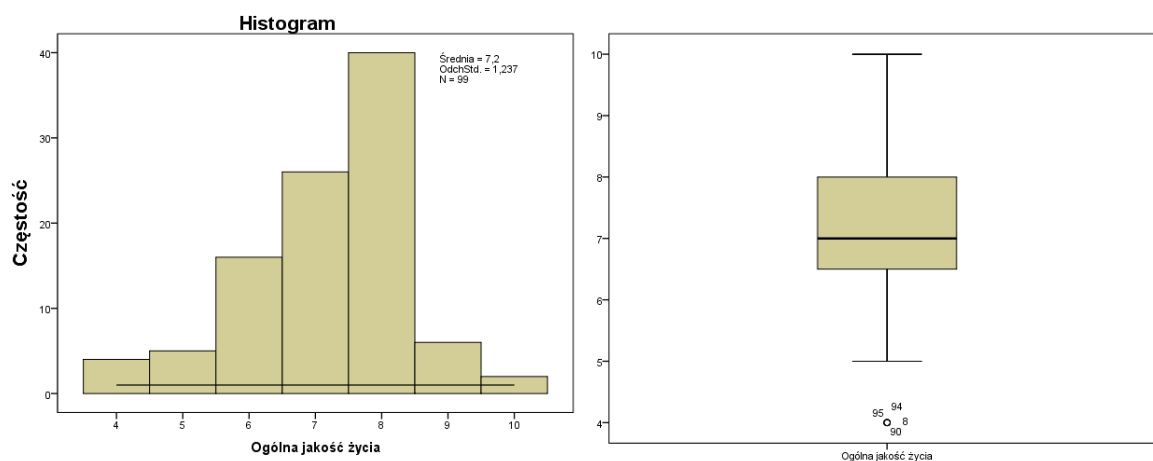
**Ryc. 6 Klasyfikacja stanu pacjenta według skali ADL**  
**Fig. 6 Classification of the condition of the patient according to the ADL scale**

Podsumowując zatem wyniki uzyskane na skali nie można potwierdzić hipotezy badawczej, ponieważ badana próba deklaruwała generalnie wysoki poziom sprawności fizycznej. Wprawdzie co piąta osoba badana miała obniżony stan sprawnościowy, niemniej nie jest to nienaturalny wynik w próbie, a wśród badanych osób w interesującym nas wieku obniżona sprawność może się zdarzyć.

Nie inaczej miały się wyniki uzyskiwane w kwestii oceny jakości życia osób badanych. Bez wątplenia wyniki uzyskiwane na wszystkich skalach jakości życia były zadowalające, a jednocześnie całkowicie przeciętne na tle badanej populacji. Na wykresach skrzynkowych poniżej możemy obserwować wyraźnie, że w próbie była niewielka przewaga osób o wynikach nieco wyższych niż średnie – oznacza to, że generalnie próba deklaruje wysoką jakość życia na wszystkich jego badanych wymiarach i tylko kilka osób w próbie ma ją zdecydowanie zaniżoną.

Podsumowując: hipoteza *H1*: *Badana grupa seniorów deklaruje niską jakość życia na podstawie skali Barthel* nie znajduje empirycznego potwierdzenia, ponieważ badana grupa seniorów deklaruwała wysoki wynik sprawności fizycznej i zadowalający (powyżej średniej) wynik poziomu jakości życia. (Ryc. 7)





Ryc. 7 Rozkłady wyników jakości życia w badanej próbie  
Fig. 7 Disintegrations of results of the quality of life in the examined trial

### Opieka pielęgniarek POZ a deklarowana jakość życia

Druga hipoteza badawcza brzmiała: *H2: Osoby starsze objęte opieką pielęgniarki POZ-tu mają problemy pielęgnacyjne wynikające z ograniczonej samodzielności* (Tab. 1)

Tabela 1. Opieka pielęgniarek POZ a deklarowana jakość życia  
Table 1. The nurses care opposite the declared quality of life

wymiar	tak (N = 62)		nie (N = 35)		U	p
	Mdn	Mrang	Mdn	Mrang		
Somatyczna jakość życia	23	49,31	24	48,44	1065,50	0,883
psychologiczna jakość życia	21	51,12	20	48,12	1077,50	0,613
socjalna jakość życia	11	49,36	11	51,07	1107,50	0,770
środowiskowa jakość życia	30	47,52	31	54,16	993,00	0,263
ogólna jakość życia	7	46,89	8	55,22	954,00	0,144
ogólny poziom sprawności pacjenta	100	48,66	100	52,24	1064,00	0,401
poziom sprawności pacjenta w złożonych czynnościach życiowych	24	47,10	24	54,85	967,50	0,141
poziom sprawności pacjenta w podstawowych czynnościach życiowych	6	48,90	6	51,84	1079,00	0,430

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Powyższa tabela przedstawia przeciętne wartości jakości życia osób badanych (wyrażone w postaci median i średnich rang) porównywane między dwoma grupami - korzystających z opieki POZ oraz niekorzystających badanych. Jak wynika z powyższej tabeli, otrzymane wyniki analiz nie wykazały żadnych istotnych statystycznie różnic. Innymi słowy można powiedzieć, że jakiegokolwiek różnice w obserwowanych parametrach są całkowicie przypadkowe. Oznacza to, że zmienna fakt korzystania z opieki pielęgniarki POZ nie jest związany z jakością życia osób badanych lub ich poziomem sprawności. Osoby badane korzystające z opieki pielęgniarki nie różniły się poziomem sprawności od osób niekorzystających z takiej opieki. Można zatem uznać, że z opieki POZ korzystają zarówno osoby o niskiej, jak i osoby o wysokiej sprawności – nie ma tu żadnej reguły wiążącej te dwie zmienne. Ciekawy wydaje się fakt, że jakość życia osób korzystających z opieki pielęgniarek nie jest wyższa od jakości życia osób niekorzystających z opieki pielęgniarek – bądź odwrotnie rzecz ujmując – osoby, które z różnych przyczyn nie mogą sobie pozwolić na korzystanie z takiej opieki, nie odczuwają w ogóle niższego poziomu swojego życia.

### Wiek i wykształcenie badanych seniorów a ich jakość życia i sprawność

Hipoteza trzecia dotyczyła możliwego związku wieku i wykształcenia z poziomem życia badanych seniorów: *H3: Wiek i wykształcenie badanych seniorów mają znaczenie dla ich subiektywnej oceny jakości swojego życia według skali Katza i skali Lawtona* (Tab. 2)



**Tabela 2. Wiek i wykształcenie badanych seniorów a ich jakość życia i sprawność; Współczynniki korelacji tau-b Kendalla (N = 97)**  
**Table 2. The age and educating examined seniors but their quality of life and the efficiency; coefficients of correlation tau-b of Kendall (N = 97)**

	Wykształcenie	Wiek
somatyczna jakość życia	0,223**	-0,262**
psychologiczna jakość życia	0,123	-0,189*
socjalna jakość życia	0,048	-0,153
środowiskowa jakość życia	0,056	-0,122
ogólna jakość życia	0,260**	-0,241**
ogólny poziom sprawności pacjenta	0,275**	-0,298**
poziom sprawności pacjenta w złożonych czynnościach życiowych	0,466**	-0,507**
poziom sprawności pacjenta w podstawowych czynnościach życiowych	0,211*	-0,178*

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Widoczne w powyższej tabeli współczynniki korelacji oraz ich istotność statystyczna współczynniki wskazują, że im wyższe było wykształcenie osób badanych tym wyższy był u nich obserwowany poziom sprawności pacjenta w złożonych czynnościach życiowych ( $b = 0,466$ ;  $p < 0,001$ ), ogólny poziom sprawności pacjenta ( $b = 0,275$ ;  $p = 0,002$ ), oraz poziom sprawności pacjenta w podstawowych czynnościach życiowych ( $b = 0,211$ ;  $p = 0,022$ ); wyższa była też ich ogólna jakość życia ( $b = 0,260$ ;  $p = 0,002$ ), w tym przede wszystkim somatyczna jakość życia ( $b = 0,223$ ;  $p = 0,007$ ).

Następnie wykazano, że wraz z wiekiem maleje silnie poziom sprawności pacjenta w złożonych czynnościach życiowych ( $b = -0,507$ ;  $p < 0,001$ ), słabo ale obserwowalnie maleje ogólny poziom sprawności pacjenta ( $b = -0,298$ ;  $p = 0,001$ ) i poziom sprawności pacjenta w podstawowych czynnościach życiowych ( $b = -0,178$ ;  $p = 0,045$ ); przede wszystkim jednak bardzo wyraźnie maleje jakość życia: somatyczna ( $b = -0,262$ ;  $p = 0,001$ ), psychologiczna ( $b = -0,189$ ;  $p = 0,015$ ) oraz ogólna ( $b = -0,241$ ;  $p = 0,004$ ).

W świetle powyższych wyników możemy bardzo jasno potwierdzić hipotezę badawczą H3: *Wiek i wykształcenie badanych seniorów mają znaczenie dla ich subiektywnej oceny jakości swojego życia* ponieważ potwierdzono silny związek tych zmiennych. Wraz z wiekiem maleje wyraźnie zarówno sprawność badanych osób jak i ich autodeklaratywna satysfakcja z życia. Co jednak istotne - osoby z wyższym wykształceniem mają lepszą odczuwalną jakość życia, a co za tym idzie także ich sprawność fizyczna jest wyższa.

#### Czynniki rodzinne badanych seniorów a ich jakość życia i sprawność

Ostatnia z czterech hipotez dotyczyła związków czynników socjograficznych rodzinnych ze sprawnością i jakością życia osób badanych: H4: *Czynniki rodzinne takie jak wspólne mieszkanie z rodziną, ilość potomstwa i warunki mieszkaniowe mają wpływ na komfort życia badanych seniorów*, a w celu jej weryfikacji przeprowadzono kolejno trzy dodatkowe analizy.

Współczynniki wskazują, że im więcej dzieci posiadała osoba badana tym wyższa była jej psychologiczna jakość życia ( $rs = 0,235$ ;  $p = 0,019$ ) oraz środowiskowa jakość życia ( $rs = 0,201$ ;  $p = 0,046$ ); ciekawym wynikiem jednak jest to, że wraz z ilością dzieci maleje u osób badanych poziom sprawności pacjenta w złożonych czynnościach życiowych ( $rs = -0,292$ ;  $p = 0,003$ ), oraz ogólny poziom sprawności pacjenta ( $rs = -0,218$ ;  $p = 0,030$ ), co jest wynikiem zaskakującym. Warto odnotować, że wraz z ilością dzieci nieznacznie malał też poziom somatycznej jakości życia, ale wynik ten nie był istotny statystycznie (nie można go brać pod uwagę). (Tab. 3)

**Tabela 3. Ilość posiadanych dzieci a jakość życia i sprawność badanych seniorów; Współczynniki korelacji rangowej rho Spearmana (N = 97)**  
**Table 3. The number of had children but the quality of life and the fitness of examined seniors; coefficients of correlation rangowej rho Spearmana (N = 97)**

	Ilość dzieci
somatyczna jakość życia	-0,103
psychologiczna jakość życia	0,235*
socjalna jakość życia	0,044
środowiskowa jakość życia	0,201*
ogólna jakość życia	0,025
ogólny poziom sprawności pacjenta	-0,218*
poziom sprawności pacjenta w złożonych czynnościach życiowych	-0,292**
poziom sprawności pacjenta w podstawowych czynnościach życiowych	-0,166

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$



Następnie, aby odpowiedzieć na pytanie, czy fakt mieszkania z innymi (różnymi) członkami rodziny wpływa na jakość ich życia oraz ich sprawność fizyczną (zmiennie zależne) przeprowadzono serię porównań międzygrupowych z użyciem testu rangowego H Kruskalla-Wallisa. Do porównań wybrano tylko te podgrupy, które miały wystarczającą licznosc (Field, 2009) a więc porównywano osoby mieszkające ze współmałżonkiem ( $N = 55$ ; 59,1%), z osobami które mieszkaly z dziećmi ( $N = 25$ ; 26,9%), oraz osobami mieszkającymi samotnie ( $N = 13$ ; 14,0%). (Tab. 4)

**Tabela 4. Mieszkanie z różnymi członkami rodzin a jakość życia i sprawność badanych seniorów; Współczynniki korelacji rangowej rho Spearmana (N = 97)**

**Table 4. Living with various members of families but the quality of life and the fitness of examined seniors; coefficients of correlation rangowej rho Spearmana (N = 97)**

Lp	grupa	Mdn	Mrang	H (2)	p	Pos-hoc
somatyczna jakość życia						
A.I	z dziećmi	24,00	47,26	0,11	0,947	n.i
A.II	ze współmałżonkiem	23,50	45,26			
A.III	samotnie	23,50	46,71			
psychologiczna jakość życia						
B.I	z dziećmi	21,00	49,64	1,30	0,521	n.i
B.II	ze współmałżonkiem	21,00	47,59			
B.III	samotnie	20,00	39,42			
socjalna jakość życia						
C.I	z dziećmi	12,00	54,78	4,62	0,099	C.III < C.I
C.II	ze współmałżonkiem	11,00	46,13			
C.III	samotnie	11,00	35,73			
środowiskowa jakość życia						
D.I	z dziećmi	31,00	51,64	1,07	0,587	n.i
D.II	ze współmałżonkiem	30,00	45,64			
D.III	samotnie	30,00	43,85			
ogólna jakość życia						
E.I	z dziećmi	7,00	46,46	4,95	0,084	E.III < E.I
E.II	ze współmałżonkiem	8,00	50,56			
E.III	samotnie	7,00	32,96			
ogólny poziom sprawności pacjenta						
F.I	z dziećmi	100,00	39,66	4,89	0,087	F.II > F.I
F.II	ze współmałżonkiem	100,00	50,17			
F.III	samotnie	100,00	47,69			
poziom sprawności pacjenta w złożonych czynnościach życiowych						
G.I	z dziećmi	23,00	39,28	4,50	0,106	n.i
G.II	ze współmałżonkiem	24,00	48,55			
G.III	samotnie	24,00	55,31			
poziom sprawności pacjenta w podstawowych czynnościach życiowych						
H.I	z dziećmi	6,00	42,90	2,31	0,315	n.i
H.II	ze współmałżonkiem	6,00	47,99			
H.III	samotnie	6,00	50,69			

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Można było zauważyć słabe różnice dla trzech wyników testu - różnice te nie były istotne statystycznie, ale miały postać trendu statystycznego ( $p < 0,10$ ) który naturalnie należy opisać co do kierunku różnic, aczkolwiek należy oczywiście zaznaczyć, że wynik ten nie jest silnie wiążący.

Odnotowano różnicę między grupami w wynikach socjalnej jakości życia [ $H(2) = 4,62$ ;  $p = 0,099$ ]. Osoby mieszkające samotnie ( $Mdn = 11,00$ ;  $Mrang = 35,73$ ) cechowały się istotnie ( $p = 0,034$ ) niższym poziomem socjalnej jakości życia niż osoby mieszkające z dziećmi ( $Mdn = 12,00$ ;  $Mrang = 54,78$ ). Wielkość efektu zmierzona współczynnikiem  $\epsilon^2$  ( $\epsilon^2 = 0,05$ ) wskazuje na bardzo słabą zależność pomiędzy zmiennymi.

Następnie odnotowano różnicę na poziomie trendu między grupami w kwestii ogólnej jakości życia [ $H(2) = 4,95$ ;  $p = 0,084$ ;  $\epsilon^2 = 0,05$ ]. Osoby samotne ( $Mdn = 7,00$ ;  $Mrang = 32,96$ ) miały istotnie ( $p = 0,026$ ) niższy poziom ogólnej jakości życia niż osoby mieszkające z dziećmi ( $Mdn = 7,00$ ;  $Mrang = 46,46$ ).

Ostatni wynik dotyczył poziomu sprawności pacjenta [ $H(2) = 4,89$ ;  $p = 0,087$ ;  $\epsilon^2 = 0,05$ ]. Osoby mieszkające ze współmałżonkiem ( $Mdn = 100,00$ ;  $Mrang = 50,17$ ) miały istotnie ( $p = 0,027$ ) wyższy poziom ogólny poziom sprawności pacjenta niż osoby mieszkające z dziećmi ( $Mdn = 100,00$ ;  $Mrang = 39,66$ ).

Innych różnic ze względu na poziom kwestie wspólnego mieszkania nie odnotowano a wszelkie różnice obserwowane w tabelach należy uznać za pozorne lub przypadkowe. (Tab. 5)

**Tabela 5. Miejsce zamieszkania**  
**Table 5. Domicile**

wymiar	mieszkanie (N = 34)		dom jednorodzinny (N = 63)		U	p
	Mdn	Mrang	Mdn	Mrang		
somatyczna jakość życia	24,00	52,21	23,00	47,27	962,00	0,406
psychologiczna jakość życia	21,00	49,34	21,00	50,36	1097,00	0,866
socjalna jakość życia	11,00	44,31	11,00	53,11	921,00	0,136
środowiskowa jakość życia	30,00	44,74	31,00	52,88	936,00	0,176
ogólna jakość życia	7,00	48,94	7,50	50,58	1083,00	0,777
ogólny poziom sprawności pacjenta	100,00	48,16	100,00	51,01	1055,50	0,509
poziom sprawności pacjenta w złożonych czynnościach życiowych	24,00	55,67	24,00	46,90	921,50	0,099
poziom sprawności pacjenta w podstawowych czynnościach życiowych	6,00	49,61	6,00	50,21	1106,50	0,874

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Ostatecznie, aby odpowiedzieć na pytanie, czy miejsce zamieszkania (zmienna niezależna grupująca) ma wpływ na jakość życia i na deklarowany poziom (zmiennie zależne) przeprowadzono serię porównań międzygrupowych z użyciem testu rangowego U Manna-Whitneya.

Odnotowano tylko jedną istotną (na poziomie trendu) różnicę [ $U = 921,50$ ;  $p = 0,099$ ]. Osoby, których obecnym mieszkaniem był dom jednorodzinny ( $Mdn = 24,00$ ;  $Mrang = 46,90$ ) deklarowały niższy poziom sprawności w złożonych czynnościach życiowych niż osoby które mieszkały w mieszkaniu ( $Mdn = 24,00$ ;  $Mrang = 55,67$ ). Wielkość efektu zmierzona współczynnikiem korelacji dwuseryjnej Glassa ( $rg = 0,18$ ) wskazuje na słabą zależność pomiędzy zmiennymi. Nie odnotowano innych różnic ze względu na miejsce zamieszkania.

Ostatecznie – możemy całkowicie potwierdzić hipotezę *H4*: *Czynniki rodzinne takie jak wspólne mieszkanie z rodziną, ilość potomstwa i warunki mieszkaniowe mają wpływ na komfort życia badanych seniorów* ponieważ czynniki rodzinno-mieszkaniowe mają związek z komfortem życia badanych seniorów.

#### Podsumowanie wyników

W przedstawionych powyżej analizach badawczych nie udało się potwierdzić hipotezy, iż grupa seniorów deklaruje niską jakość życia, ponieważ wykazano, że deklarowana przez nich sprawność fizyczna była bardzo dobra, a jakość życia deklarowana przez osoby badane była powyżej średnich populacyjnych. Nie udało się także potwierdzić związku między korzystaniem z opieki pielęgniarek POZ przez osoby badane a problemami pielęgnacyjnymi, samodzielnością czy jakością życia: ten dość ciekawy wynik wskazał, że osoby które korzystają z opieki pielęgniarek nie mają wyższego komfortu (jakości życia) czy innej sprawności niż osoby które z opieki POZ korzystają - a przynajmniej potencjalne różnice między tymi grupami są przypadkowe i bez znaczenia.

Wiek i wykształcenie badanych seniorów (hipoteza 3) mają istotne znaczenie dla ich subiektywnej oceny jakości życia i fizyczności - wraz z wiekiem malała u osób badanych zarówno sprawność fizyczna jak i ich autodeklaratywna satysfakcja z życia. Co było jednak warte zauważenia osoby z wyższym wykształceniem deklarowały wyższą jakość życia, co mogło skutkować ich wyższą sprawnością fizyczną.

Na koniec określano, czy czynniki rodzinne takie jak wspólne mieszkanie z rodziną, liczba potomstwa i warunki mieszkaniowe (hipoteza 4) mają wpływ na komfort życia badanych seniorów. Analiza wykazała zaskakujący wynik, który wskazał, że osoby posiadające więcej dzieci mają większą psychologiczną jakość życia, ale za to mają niższą sprawność fizyczną i mogą doświadczać obniżonej somatycznej jakości życia. Następnie zaobserwowano, iż osoby mieszkające same doświadczały niższej socjalnej jakości życia i niższej ogólnej jakości życia niż osoby mieszkające z dziećmi oraz że osoby mieszkające z małżonkiem miały wyższy poziom sprawności fizycznej ogólnej, niż osoby mieszkające z dziećmi. Ostatni uzyskany wynik wskazuje, że osoby mieszkające w mniejszych mieszkaniach mogą cechować się niższą sprawnością fizyczną niż osoby mieszkające w domach jednorodzinnych.

### Dyskusja

Wynikom badań własnych towarzyszy dyskusja uzyskanych wyników, w ramach której zestawiono samodzielnie zebrane dane oraz to, co w konkretnych kwestiach twierdzi literatura przedmiotu. Jakość życia seniorów należy do tych zagadnień, które są najczęściej podejmowane w literaturze przedmiotu. To co jest zazwyczaj podnoszone i co wzięto pod uwagę przy konstruowaniu niniejszej pracy, to fakt, że wedle źródeł literaturowych jakość życia osób starszych jest zazwyczaj ograniczona [Maciejasz i wsp. 2015]. Wynika to przede wszystkim z faktu zmagania się z różnymi problemami wieku starczego, takimi jak: choroby, niezdolność do samodzielnego funkcjonowania, trudności psychologiczne związane z osamotnieniem i inne [Dziemidok, 2014]. Badania okazały się prezentować nieco inny obraz rzeczywistości, co będzie wyraźnie widoczne w niniejszej dyskusji.

Własne badania pokazały, że grupa seniorów poddana analizie nie tylko nie deklaruje niskiej jakości życia, ale wręcz przeciwnie – wskaźnik ten był powyżej średnich populacyjnych. Jak zauważono wcześniej zazwyczaj literatura informuje o tym, że istnieje korelacja pomiędzy okresem starości oraz satysfakcją życiową [Maciejasz i wsp. 2015]. Populacja dobrana do badań własnych była zróżnicowana, a więc nie było tak, że jakość życia jest wyższa, gdyż seniorzy poddani analizie należeli do grupy uprzywilejowanej, na przykład zarabiającej ponadnormatywnie, co prowadziło do innej sytuacji materialnej lub zdrowotnej. Literatura i czasopisma informują, że wiele czynników wpływa na to, że dana osoba charakteryzuje się wysoką jakością życia. Jest to kompleks cech zdrowotnych, materialnych oraz postawy psychologicznej i czynników społecznych [Szewczyszak, Stachowska i Talarska, 2012]. Tak więc należy uznać, że po prostu trafiono na grupę, która pod względem jakości życia była dość szczególna i większość jej przedstawicieli nie widziała znaczących problemów w tym zakresie, nawet przy założeniu, że na poziomie zdrowotnym osoby te zmagają się z wyzwaniami.

Ponadto w toku badań własnych ustalono, że deklarowana przez seniorów sprawność fizyczna była bardzo dobra. W tym wypadku można dokonać analogicznej analizy jak powyżej. Seniorzy zmagają się z wieloma problemami w zakresie sprawności fizycznej, natomiast populacja, z którą prowadzono badania radzi sobie relatywnie dobrze. Zresztą sprawność jest w tym wypadku kwestią tak samo indywidualną, jak zadowolenie z życia. Jest ona wypadkową cech genetycznych, wcześniejszego stylu życia oraz aktualnych działań prozdrowotnych i związanych z codzienną egzystencją. Wreszcie w literaturze wskazuje się, że pomiędzy sprawnością fizyczną oraz jakością życia istnieje ścisła relacja. To znaczy, że przy analizie większych populacji statystycznych wraz ze wzrostem sprawności rośnie jakość egzystencji i odwrotnie [Rottermund, Knapik i Szyszka, 2015]. Tak więc populacja badawcza to zbiorowość osób, które są w większym stopniu sprawni, niż ogólne grono seniorów w Polsce, gdzie poziom tych cech jest bardziej zróżnicowany.

Badania własne wskazały, że nie istnieje związek między korzystaniem z opieki pielęgniarki POZ przez badane osoby z problemami w zakresie pielęgnacji, samodzielności, itd., a jakością życia. Wręcz okazało się, że osoby, które korzystają z opieki pielęgniarki nie różnią się oceną komfortu egzystencji od grupy, która nie wykorzystuje tego typu usługi. Wyniki te, patrząc intuicyjnie, ale również pod kątem literatury przedmiotu są dość nietypowe. Wskazuje się bowiem, że istnieje związek między jakością opieki zdrowotnej, w tym również działań pielęgniarzkich oraz jakością życia [Kurowska i Orzoł, 2016.]. Można wysnuć dwie tezy. Po pierwsze opieka pielęgniarek POZ jest na tyle niesatysfakcjonująca, że nie stanowi modyfikatora, który wpływałby na poczucie jakości życia seniorów. Po drugie może to się wiązać z ogólną konkluzją z wcześniejszych akapitów, gdzie stwierdzono, że badana populacja wyróżnia się pozytywnie, jeśli chodzi o kondycję fizyczną oraz satysfakcję życiową, a co za tym idzie rola pielęgniarki POZ jest mniejsza niż w zbiorowości osób chorych, głęboko niezadowolonych. Jest to zagadnienie, które można zresztą poddać analizie w przyszłości.

Zauważono natomiast, że zarówno wiek, jak i wykształcenie seniorów mają znaczenie dla oceny jakości ich życia oraz fizyczności. Po pierwsze wraz z wiekiem malała tak sprawność fizyczna jak i deklarowana satysfakcja życiowa. Faktycznie badania zamieszczane w literaturze przedmiotu ten punkt widzenia potwierdzają. O ile wśród seniorów do 70 roku życia 36,2% osób nie jest aktywna fizycznie to w grupie 75-79 jest to 55,1%, a u osób po 90 roku życia 88,9% [Rowiński i Dąbrowski, 2012]. Tak więc wraz z wiekiem zmniejsza się aktywność fizyczna, a ta jest ważną zmienną dla zadowolenia życiowego [Rottermund, Knapik i Szyszka, 2015.]. Następną kwestią, na którą zwrócono uwagę był związek między poziomem wykształcenia oraz zadowoleniem z życia. Osoby z wykształceniem wyższym twierdziły, że ich jakość życia pomimo wejścia w wiek starości była na wyższym poziomie. Ponadto wraz ze wzrostem wykształcenia widać było rośnięcie w populacji sprawności fizycznej. Badania dotyczące jakości życia i to nie tylko w grupie seniorów podkreślają tego typu korelację i faktycznie im wyższy poziom wykształcenia jednostki, tym większe prawdopodobieństwo, że będzie ona zadowolona z życia. To następstwo innych korelacji wykształcenia, jak na przykład jego związku z dostatkami materialnymi [Gajewski i wsp. 2013]. Zatem te dwie prawidłowości znajdują dobre odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu.

Jednym z najciekawszych wniosków niniejszych badań było ustalenie, że osoby, które mają większą liczbę dzieci wykazują psychologiczną jakość życia na wyższym poziomie. Równolegle jednak ich sprawność fizyczna jest niższa, a także częściej borykają się oni z chorobami somatycznymi. Ponadto ustalono, że osoby mieszkające same doświadczają obniżonej socjalnej jakości życia. Wydaje się, że to wiąże się ogólnie z dobrze poznaną w literaturze kwestią osamotnienia osób starszych. Samotność to stan dość typowy dla starszego wieku i jest on związany z psychologicznie ujemnym poczuciem osamotnienia, opuszczenia przez innych ludzi [Dąbrowska, 2011]. Okazuje się, że osamotnienie nie tylko prowadzi do utraty sensu życia, ale także zwiększa ryzyko zachorowania zarówno na depresję i zaburzenia psychiczne, jak i daje negatywne objawy somatyczne i poznawcze [Świtoń i Wnuk, 2015]. Zatem odseparowanie starszego człowieka od innych ludzi sprawia, że pogarszają się różnego typu parametry związane ze sprawnością oraz zadowoleniem z życia.

W pierwszej chwili zaskakujące natomiast jest to, że osoby mieszkające z małżonkiem były sprawniejsze fizycznie, niż osoby mieszkające z dziećmi. Wy tłumaczenie tej kwestii jest jednak relatywnie łatwe. Życie z małżonkiem, który zazwyczaj jest w tym samym wieku, wymaga od osób starszych większego zaangażowania i wspólnego przełamywania trudności życiowych. Innymi słowy osoba starsza musi być aktywna, gdyż spraw życia codziennego nikt za nią nie załatwi. Do tego mieszkanie z partnerem życiowym niesie za sobą wszystkie wartości związane ze związkami i pozwala na uniknięcie problemu osamotnienia [Pikuła, 2015]. Osoba mieszkająca z dziećmi przenosi na nie dużą część swoich

obowiązków (bądź dzieci czynią to swoją własną decyzją). W związku z tym wyzwania codzienności są mniejsze. Drugą kwestią jest to, że często powtarzane wspólne zamieszkanie z rodzicami jest wynikiem konstatacji, iż rodzic jest niesamodzielny, więc trzeba go wspomóc w codziennym życiu [Piłat, 2016]. Stąd taki wynik, gdyż osoby sprawniejsze fizycznie mogą mieszkać bez dzieci, które by ich wspomagały.

### Wnioski

1. Zdecydowana większość objętych badaniem respondentów zadeklarowała ogólny wysoki poziom sprawności, co tym samym można uznać za czynnik pozwalający na obalenie drugiej hipotezy, a mianowicie twierdzenia, iż osoby badane objęte opieką pielęgniarki POZ-tu mają problemy pielęgnacyjne wynikające z ograniczonej samodzielności. Słowem, subiektywne, z reguły pozytywne odczucia względem własnego poziomu jakości życia respondentów, wynikające z klasyfikacji ich stanu jako lekkiego, rzutować mogły na brak dostrzegania przez nich istotnego związku pomiędzy ogólnym poziomem sprawności a korzystaniem z usług pielęgniarki POZ-tu. Fakt ten doprowadził do sformułowania zaskakującego wniosku, a mianowicie, że pielęgniarka nie posiada zdecydowanego wpływu na poprawę jakości życia pacjentów, które pod tym względem można uznać za takie samo, jak osób nie będących pod jej opieką. Tym samym, jej rola w istotnym podnoszeniu jakości życia badanych osób starszych została zanegowana.
2. Wykształcenie oraz wiek badanych stały się uzasadniającymi przesłankami potwierdzającymi ich wpływ na ogólne poczucie jakości życia oraz sprawności pacjentów. Fakt, iż wraz z wiekiem respondenci deklarowali wyraźne pogorszenie własnej sprawności oraz satysfakcji z życia, nie okazał się zaskakujący, biorąc pod uwagę naturalny proces starzenia się organizmu, w który niejako „wpisany jest” rozwój oraz postępowanie rozmaitych procesów patologicznych, z czasem utrudniających normalne funkcjonowanie jednostki. Wyższe wykształcenie badanych osób stało się natomiast ważnym czynnikiem determinującym lepszą odczuwalną jakość ich życia. Wobec takiego wyniku badania, z dużym prawdopodobieństwem przyjąć można założenie, że wykształcenie wyższe z reguły pociąga za sobą zadowalającą pracę i zarobki, których efektami cieszyć się można po przejściu na emeryturę, a to z kolei podnosi ogólny poziom życia i poczucia dobrostanu.
3. Respondenci posiadający dzieci zadeklarowali wysoką psychiczną i środowiskową jakość życia, tym wyższą, im większa liczba dzieci, niemniej, co okazało się wynikiem zaskakującym, stosunkowo niższy poziom sprawności fizycznej. Reasumując zatem, stwierdzić można, że większa liczba dzieci wpływa na zadowalającą kondycję psychiczną respondentów, lecz zarazem prowadzi do obniżenia ich sprawności w sferze wykonywania złożonych czynności życiowych. W nawiązaniu do tej zależności, domniemywać można, iż za taki stan rzeczy odpowiada swoiste „przerzucanie” odpowiedzialności pomiędzy rodzeństwem za pomoc rodzicom w wykonywaniu rozmaitych obowiązków. Słowem, im większa liczba rodzeństwa, tym, być może, bardziej utrwalone przekonanie każdego z nich, że rodzicom pomoże ktoś inny. W efekcie wskazać można na jeszcze jedną nieoczywistą zależność: niższe poczucie sprawności fizycznej deklarowane przez respondentów posiadających więcej dzieci, nie przekłada się w ogólne na niską psychiczną jakość ich życia. Zebrane wyniki w kwestii warunków mieszkalnych nie pozostawiły wątpliwości, iż osoby mieszkające samotnie odczuwają niższą socjalną i ogólną jakość życia od osób mieszkających z dziećmi lub małżonkiem, jednakże to małżonek okazał się osobą najlepiej wpływającą na ogólne poczucie sprawności fizycznej respondentów. Na taki wynik wpływa prawdopodobnie fizyczna bliskość małżonka (wówczas gdy dorosłe dzieci opuszczają rodzinny dom), możliwość skorzystania z jego pomocy w wykonywaniu rozmaitych obowiązków oraz wspólne uprawianie różnych form aktywności ruchowej, chociażby spacerów. Mieszkanie w domu jednorodzinnym okazało się czynnikiem wpływającym na obniżenie poczucia sprawności fizycznej respondentów, w stosunku do osób mieszkających w mniejszym mieszkaniu, co tłumaczyć można przede wszystkim metrażem. Dom jednorodzinny jest większy, a tym samym wymaga nakładu większej pracy w wykonywaniu obowiązków codziennych, aniżeli mieszkanie, co w podeszłym wieku zaczyna sprawiać coraz większe trudności.

### Piśmiennictwo

1. Dąbrowska Paulina. 2011. Samotność osób starszych i sposoby jej przeciwdziałania. *Kwartalnik naukowy T.U. Fides et Ratio* 2:84-90.
2. Dziemidok Bogdan. 2014. *Aksjologiczne aspekty starości*. [w:] Zych Adam. [red.]: *Starość – darem, zadaniem i wyzwaniem*. Sosnowiec – Dąbrowa Górnicza: Wydawnictwo Progres: 253-282.
3. Gajewski Tomasz, Woźnica Irena, Młynarska Magdalena, Ćwikła Sławomir, Strzemecka Joanna, Bojar Iwona. 2013. Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów. *Med. Ogólna. Nauk. Zdrow.* 19: 365-368.
4. Karasek Michał. 2006. Starzenie się a rytmy biologiczne. *Przeegl. Menopauzal.* 3: 138-141.
5. Kurowska Krystyna, Orzoł Barbara. 2016. Poczucie koherencji a zadowolenie z życia u osób starszych. *Gerontol. Pol.* 24: 91-97.
6. Maciejasz Magdalena, Timoszuk Sylwia, Łątkowski Wojciech, Grudecka Anna. 2015. Wybrane aspekty jakości życia osób 60+ w Polsce w świetle badań jakościowych. *Studia Ekonomiczne.* 223: 257-267.
7. Piłka Norbert. 2015. *Poczucie sensu życia osób starszych: inspiracje do edukacji w starości*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
8. Piłat Aleksandra. 2016. Rodzinni opiekunowie osób starszych. *Zeszyty Pracy Socjalnej.* 1: 23-33.

9. Rottermund Jerzy, Knapik Andrzej, Szyszka Michał. 2015. Aktywność fizyczna a jakość życia osób starszych. *Spoleczeństwo i Rodzina*. 1: 82-89.
10. Rowiński Rafał, Dąbrowski Andrzej. 2012. Aktywność fizyczna Polaków w wieku podeszłym. [w:] Mossakowska Małgorzata., Więcek Andrzej, Błędowski Piotr (red.) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Wydawnictwa Medyczne Termedia: 531-548.
11. Szewczyszak Marlena, Stachowska Maria, Talarska Dorota. 2012: Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Now. Lek*. 1: 96-100.
12. Świtoń Anna, Wnuk Agnieszka. 2015. Samotność w obliczu niesprawności osób starszych. *Geriatrics*. 9: 244-247.