

**Uniwersytet Jagielloński  
Collegium Medicum  
Wydział Nauk o Zdrowiu**

**Bożena Krawczyk**

**Porównanie sprawności funkcjonalnej i wybranych  
czynników psychospołecznych osób po 65. roku życia  
mieszkających w domu rodzinnym i domu pomocy  
społecznej**

**Praca doktorska**

Promotor: prof. dr hab. Maria Kózka

Pracę wykonano w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu  
Pielęgniarstwa i Położnictwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu UJ CM  
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Maria Kózka

**Kraków, 2021**

## **PODZIĘKOWANIE**

*Wyrazy podziękowania za zaangażowanie, poświęcony czas,  
okazaną życzliwość, cierpliwość oraz cenne uwagi  
i wskazówki nadające ostateczny kształt tej pracy, składam na ręce  
Pani prof. dr hab. Marii Kózki*

## SPIS TREŚCI

<b>SPIS TREŚCI</b> .....	3
<b>STRESZCZENIE</b> .....	5
<b>WYKAZ SKRÓTÓW</b> .....	12
<b>1. WSTĘP</b> .....	14
1.1. WYBRANE TEORIE STARZENIA SIĘ .....	16
1.2. ZMIANY W UKŁADACH I NARZĄDACH W PROCESIE STARZENIA SIĘ.....	18
1.3. PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY STARZENIA SIĘ I STAROŚCI.....	31
1.4. WIELOCHOROBOWOŚĆ ZWIĄZANA Z WIEKIEM .....	34
1.5. SPRAWNOŚĆ FUNKCJONALNA OSÓB STARSZYCH I CZYNNIKI JĄ WARUNKUJĄCE....	37
1.6. INSTYTUCJE OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI W POLSCE .....	48
<b>2. CEL PRACY</b> .....	54
<b>3. MATERIAŁ I METODY</b> .....	55
3.1. METODY I NARZĘDZIA BADAWCZE .....	55
3.2. METODY ANALIZY DANYCH.....	59
3.3. ORGANIZACJA BADAŃ I KRYTERIA DOBORU BADANYCH.....	60
3.4. CHARAKTERYSTYKA BADANYCH.....	63
<b>4. WYNIKI</b> .....	65
4.1. ANALIZA POZIOMU SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ I WYBRANYCH CZYNNIKÓW PSYCHOSPOŁECZNYCH BADANYCH.....	65
4.1.1.SPRAWNOŚĆ UMYSŁOWA BADANYCH .....	65
4.1.2.SPRAWNOŚĆ FUNKCJONALNA BADANYCH.....	67
4.1.3.SAMOOCENA STANU ZDROWIA BADANYCH.....	73
4.1.4.WYSTĘPOWANIE DEPRESJI W BADANYCH GRUPACH .....	74
4.1.5.WSPARCIE SPOŁECZNE BADANYCH .....	76
4.1.6.SATYSFAKCJA Z ŻYCIA BADANYCH.....	81
4.1.7.POCZUCIE SAMOTNOŚCI BADANYCH.....	83
4.2. ANALIZA ZALEŻNOŚCI POMIĘDZY SPRAWNOŚCIĄ FUNKCJONALNĄ BADANYCH A WYBRANYMI CZYNNIKAMI PSYCHOSPOŁECZNYMI .....	85
4.2.1.ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY SPRAWNOŚCIĄ FUNKCJONALNĄ BADANYCH A SAMOOCENĄ STANU ZDROWIA .....	85
4.2.2.ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY SPRAWNOŚCIĄ FUNKCJONALNĄ BADANYCH A WYSTĘPOWANIEM DEPRESJI .....	87
4.2.3.ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY SPRAWNOŚCIĄ FUNKCJONALNĄ BADANYCH A WSPARCIEM SPOŁECZNYM.....	89
4.2.4.ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY SPRAWNOŚCIĄ FUNKCJONALNĄ A SATYSFAKCJĄ Z ŻYCIA W BADANYCH GRUPACH.....	97
4.2.5.ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY SPRAWNOŚCIĄ FUNKCJONALNĄ BADANYCH A POCZUCIEM OSAMOTNIENIA W BADANYCH GRUPACH.....	99

4.3. ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY SPRAWNOŚCIĄ FUNKCJONALNĄ BADANYCH A WYBRANYMI ZMIENNYMI.....	102
4.3.1.ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY SPRAWNOŚCIĄ FUNKCJONALNĄ BADANYCH A WYBRANYMI ZMIENNYMI SOCJODEMOGRAFICZNYMI .....	102
4.3.2.ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY SPRAWNOŚCIĄ FUNKCJONALNĄ BADANYCH A WYBRANYMI CHOROBYMI WSPÓLISTNIEJĄCYMI.....	108
<b>5. DYSKUSJA, WNIOSKI I POSTULATY .....</b>	<b>110</b>
5.1. DYSKUSJA .....	110
5.2. WNIOSKI .....	137
5.3. POSTULAT .....	137
<b>PIŚMIENICTWO .....</b>	<b>138</b>
<b>SPIS TABEL I RYCIN.....</b>	<b>167</b>
<b>ANEKS .....</b>	<b>171</b>

## **STRESZCZENIE**

### **WSTĘP**

Problematyka starzenia się i starości stała się w ostatnich latach przedmiotem wielu badań i publikacji. Duże zainteresowanie tym obszarem wynika z dynamiki procesu starzenia się społeczeństw i szybkiego przyrostu odsetka ludzi starych. Z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi badanie sprawności funkcjonalnej osób w wieku podeszłym jest istotnym elementem, koniecznym do planowania opieki, jak również dostosowania świadczeń medycznych do stanu osoby starszej. Wzrost liczby osób starszych stanowi wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej oraz dla gospodarki i państwa.

Dotychczas prowadzone badania w zakresie oceny sprawności funkcjonalnej osób starszych obejmowały zmienne socjodemograficzne, niewiele jest badań oceniających zmienne psychospołeczne i występowanie schorzeń współistniejących. Również liczba publikacji w zakresie sprawności funkcjonalnej osób starszych mieszkających w Domach Pomocy Społecznej jest nadal niewystarczająca.

### **CEL PRACY**

Celem badań jest porównanie sprawności funkcjonalnej i wybranych czynników psychospołecznych osób po 65. roku życia mieszkających w Domu Pomocy Społecznej i domu rodzinnym.

### **MATERIAŁ I METODY**

Badaniem objęto 500 osób, w tym 250 mieszkających w Domach Pomocy Społecznej (grupa badana) i 250 mieszkających w domu rodzinnym (grupa porównawcza). Badania przeprowadzono od marca 2016 roku do listopada 2018 roku, poprzedzając je badaniem pilotażowym. Do zebrania danych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego wykorzystując standaryzowane narzędzia badawcze: Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS), skalę GARS, skalę wsparcia społecznego w populacji osób starszych wiekiem w Polsce SSL 12-I, Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (GDS), skalę satysfakcji z życia (SWLS), skalę do pomiaru poczucia samotności, skalę do oceny stanu zdrowia (5-stopniowa skala porównawcza typu zrównoważonego) oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Analizę zebranych danych wykonano w programie R, wersja 3.6.3. Analizę zmiennych ilościowych przeprowadzono, wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę, kwartyle, minimum oraz maksimum. Analizę zmiennych jakościowych przeprowadzono, wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych jakościowych w grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat (z korektą Yatesa dla tabel 2x2) lub dokładnego testu Fishera tam, gdzie w tabelach pojawiały się niskie liczniki oczekiwane. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Po wykryciu istotnych statystycznie różnic wykonywano analizę post-hoc testem Dunna w celu zidentyfikowania różniących się istotnie statystycznie grup. Korelacje między zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. w analizie przyjęto poziom istotności  $\alpha=0,05$  ( $p < 0,05$ ).

## **WYNIKI**

Wyższą sprawność w zakresie ogólnej zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego prezentowali badani mieszkający w domu rodzinnym. Wyniki w skali GARS i podskalach ADL i IADL były istotnie niższe w grupie osób mieszkających w domu rodzinnym, co świadczy o większej swobodzie funkcjonalnej w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego w tej grupie ( $p<0,001$ ).

Analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem sprawności funkcjonalnej a samooceną stanu zdrowia ( $p<0,001$ ). Badani z wyższym poziomem sprawności funkcjonalnej prezentowali wyższą samoocenę stanu zdrowia. Osoby mieszkające w domu rodzinnym istotnie częściej oceniały swój stan zdrowia wyżej niż podopieczni DPS-ów ( $p<0,001$ ,  $r>0$ ). Osoby z wyższym poziomem sprawności funkcjonalnej w obu badanych grupach istotnie statystycznie częściej nie wykazywały objawów depresji ( $p<0,001$ ,  $r>0$ ). Respondenci mieszkający w domu rodzinnym, którzy wykazywali wyższy poziom sprawności funkcjonalnej w ogólnych, prostych i złożonych czynnościach dnia codziennego, istotnie statystycznie częściej otrzymywali wyższy poziom wsparcia społecznego niż podopieczni DPS-ów ( $p<0,001$ ,  $r>0$ ). Badania wykazały, że osoby z wyższym poziomem sprawności funkcjonalnej w zakresie ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego, istotnie statystycznie częściej prezentowały wyższy poziom satysfakcji z życia ( $p<0,001$ ,  $r<0$ ).

W grupie osób mieszkających w DPS-ach w zakresie złożonych czynności dnia codziennego zależność nie była istotna statystycznie ( $p > 0,05$ ,  $r < 0$ ).

Wykazano, że badani mieszkający w domu rodzinnym prezentujący wyższy poziom sprawności funkcjonalnej wykazywali niższe poczucie osamotnienia ( $p = 0,001$ ,  $r > 0$ ). W grupie pensjonariuszy DPS-ów nie wykazano istotnych zależności w tym zakresie ( $p > 0,05$ ,  $r > 0$ ). Analiza statystyczna wykazała zależność pomiędzy poziomem sprawności funkcjonalnej badanych a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi. Wiek badanych miał wpływ na sprawność funkcjonalną badanej grupy. Badani mieszkający w DPS-ach prezentowali wyższą sprawność funkcjonalną w zakresie ogólnych i podstawowych czynności dnia codziennego w grupie osób w wieku 75-89 lat, natomiast sprawność w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego była wyższa w grupie osób w wieku 65-74 lat. Zależność ta nie była istotna statystycznie ( $p > 0,05$ ). Sprawność funkcjonalna badanych mieszkających w domu rodzinnym w każdym zakresie czynności była istotnie wyższa w grupie osób w wieku 65-74 lat niż w pozostałych grupach ( $p < 0,05$ ).

W grupie osób mieszkających w domu rodzinnym, im wyższe wykształcenie posiadali badani, tym wyższą wykazywali sprawność ( $p < 0,05$ ). W badanej grupie osób mieszkających w DPS-ach nie wykazano takiej zależności.

W analizowanej grupie nie stwierdzono zależności pomiędzy liczbą chorób występującą u pensjonariuszy DPS-ów a ich poziomem sprawności funkcjonalnej ( $p > 0,05$ ). u badanych mieszkających w domu rodzinnym, stwierdzono, że liczba chorób współistniejących koreluje istotnie ( $p < 0,05$ ) i dodatnio ( $r > 0$ ) z GARS, ADL i IADL. Płeć nie miała wpływu na sprawność funkcjonalną badanych ( $p > 0,05$ ).

## **WNIOSKI**

Badani mieszkający w domu rodzinnym są bardziej samodzielni w wykonywaniu prostych i złożonych czynności dnia codziennego w porównaniu z mieszkańcami domu pomocy społecznej. Prezentują wyższą samoocenę stanu zdrowia, wyższy poziom satysfakcji z życia, niższe wyniki w geriatrycznej skali oceny depresji, niższy poziom osamotnienia, wyższy poziom otrzymywanego wsparcia społecznego w życiu codziennym, w sytuacjach trudnych oraz wyżej oceniają swoją wartość jako osoby dające wsparcie.

Sprawność funkcjonalna badanych jest zależna od współwystępowania chorób, wieku i wykształcenia.

Poprawa sprawności funkcjonalnej i utrzymanie niezależności w opiece osób po 65 roku życia wymaga podjęcia działań systemowych w obszarze opieki medycznej i społecznej, ukierunkowanych na zdrowy styl życia i wsparcie społeczne.

**SŁOWA KLUCZOWE:** osoby starsze, sprawność funkcjonalna, dom rodzinny, dom pomocy społecznej



## **SUMMARY**

### **INTRODUCTION**

The problems of aging and old age have become the subject of many studies and publications in recent years. Great interest in this area results from the dynamics of the process of aging of societies and a rapid increase in the percentage of old people. From the point of view of the care of the elderly, the study of the functional capacity of the elderly is an important element, necessary for planning care, as well as adapting medical services to the condition of the elderly. The increase in the elderly population poses a challenge to the health and social care system but to the economy and the state as well.

So far, the studies conducted in the field of assessment of functional capacity of the elderly have included sociodemographic variables. However, there are few studies assessing psychosocial variables and the presence of comorbidities. Also, the number of publications on the functional capacity of older people living in nursing homes is also still insufficient.

### **PURPOSE OF THE WORK**

The purpose of this study is to compare the functional performance and selected psychosocial factors of persons over 65 years of age living in a nursing home and a family home.

### **MATERIAL AND METHODS**

The study included 500 people, including 250 living in Nursing Homes (study group) and 250 living in a family home (comparison group). The study was conducted from March 2016 to November 2018, preceded by a pilot study. a diagnostic survey method was used to collect data using standardized research tools: Abbreviated Mental Capacity Test (AMTS), Groningen Activity Restriction Scale (GARS), Social Support List in the Elderly Population in Poland SSL 12-I, Geriatric Depression Scale (GDS), Satisfaction with Life Scale (SWLS), a scale to measure loneliness, a scale to assess health status (5-point balanced comparison scale) and the author's survey questionnaire.

Analysis of the collected data was performed in the program R, version 3.6.3. Analysis of quantitative variables was performed by calculating the mean, standard deviation, median, quartiles, minimum and maximum. Analysis of qualitative variables was performed by calculating the number and percentage of occurrences of each value. Comparison of the values of qualitative variables across groups was performed using the

chi-square test (with Yates' correction for 2x2 tables) or Fisher's exact test where low expected numbers appeared in the tables. Comparisons of values of quantitative variables in the two groups were made using the Mann-Whitney test. Comparison of values of quantitative variables in three or more groups was performed using the Kruskal-Wallis test. When statistically significant differences were detected, post-hoc analysis with Dunn's test was performed to identify statistically significantly different groups. Correlations between quantitative variables were analyzed using Spearman correlation coefficient. a significance level of  $\alpha=0.05$  ( $p < 0.05$ ) was used in the analysis.

## **RESULTS**

Higher performance in general ability to perform activities of daily living was presented by subjects living in the family home. Scores on the GARS and subscales ADL and IADL were significantly lower in the group of subjects living in the family home, which indicates greater functional freedom in performing general, simple and complex activities of daily living in this group ( $p<0.001$ ).

Statistical analysis showed a statistically significant relationship between the level of functional fitness and self-rated health status ( $p<0.001$ ). Respondents with higher level of functional ability presented higher self-assessment of health status. Individuals living in the family home were significantly more likely to rate their health status higher than the nursing home residents ( $p<0.001$ ,  $r>0$ ). Those with higher levels of functional ability in both study groups were statistically significantly more likely to be free of depressive symptoms ( $p<0.001$ ,  $r>0$ ). Respondents living in the family home, who showed higher levels of functional ability in general, simple and complex activities of daily living, were statistically significantly more likely to receive higher levels of social support than the nursing home residents ( $p<0.001$ ,  $r>0$ ). The study showed that subjects with higher levels of functional ability in general simple and complex activities of daily living were statistically significantly more likely to present higher levels of life satisfaction ( $p<0.001$ ,  $r<0$ ). In the group of people living in the nursing homes in terms of complex daily activities, the relationship was not statistically significant ( $p>0.05$ ,  $r<0$ ). It was shown that the subjects living in the family home presenting a higher level of functional ability showed lower feelings of loneliness ( $p<0.001$ ,  $r>0$ ). The group of the nursing residents showed no significant relationship in this regard ( $p>0.05$ ,  $r>0$ ). Statistical analysis showed a relationship between the level of functional ability of the subjects and selected socio-demographic variables. Statistical analysis showed a relationship between the level of functional fitness of the subjects and selected sociodemographic variables. The age of

the subjects had an impact on the functional ability of the study group. Respondents residing in a nursing home presented a higher functional ability in general and basic daily activities in the group of people aged 75-89, while the ability to perform complex daily activities was higher in the group of people 65-74 years of age. This relationship was not statistically significant ( $p>0.05$ ). Functional ability of the respondents living in the family home in each range of activities was significantly higher in the group of people aged 65-74 than in other groups ( $p<0.05$ ).

In the group of people living in the family home, the higher the education the respondents had the higher the fitness they showed ( $p<0.05$ ). In the study group of people living in a nursing home, no such relationship was shown.

In the group of people living in the family home, education had no effect on the functional capacity of the respondents. In the analyzed group no correlation was found between the number of diseases in the nursing home residents and their level of functional ability ( $p>0.05$ ). In the subjects living in the family home, the number of co morbidities was found to correlate significantly ( $p<0.05$ ) and positively ( $r>0$ ) with GARS, ADL (Activities of Daily Living) and IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Gender had no effect on the functional ability of the subjects ( $p>0.05$ ).

## **CONCLUSIONS**

The elderly living in the family home are more independent in performing simple and complex activities of daily living compared to residents of nursing homes. They present higher self-assessment of health, higher level of life satisfaction, lower scores in geriatric depression rating scale, lower level of loneliness, higher level of received social support in everyday life, in difficult situations and higher self-assessment of their value as a person providing support. The functional ability of the subjects is dependent on comorbidities, age and education.

Improving functional ability and maintaining independence in care for people over 65 years of age requires systemic measures in the area of medical and social care aimed at healthy lifestyles and social support.

**KEY WORDS:** elderly people, functional ability, family home, nursing home

## WYKAZ SKRÓTÓW

- ADL - Activities of Daily Living
- AMD – age-related macular degeneration
- AMTS – Abbreviated Mental Test Score – Skrócony Test Sprawności Umysłowej
- BMI – Body Mass Index – Wskaźnik Masy Ciała
- CD8+ - cluster of differentiation 8
- DPS – domy pomocy społecznej
- DNA – Kwas deoksyrybonukleinowy
- Dz. U. – Dziennik Ustaw
- GARS - Groningen Activity Restriction Scale
- GDS - geriatric depression scale
- GUS – Główny Urząd Statystyczny
- H. pylori - Helicobacter pylori.
- IADL - Activities of Daily Living
- IRSS - Instytut Rozwoju Służb Społecznych
- NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
- NIK – Najwyższa Izba Kontroli
- NOSGER – Nurses’ Observation Scale for Geriatric Patients
- NZOZ – Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej
- PolSenior – Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych,
- POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna
- poz. – pozycja
- UV – promieniowanie ultrafioletowe
- UE – Unia Europejska
- USA – United States of America
- UTW – Uniwersytet Trzeciego Wieku
- WOBASZ – Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności
- SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy
- SSL 12-I – Social Support List—Interaction
- SWLS – Satisfaction With Life Scale
- SELSA – Social and Emotional Loneliness Scale for Adults
- TILDA – The Irish Longitudinal Study on Ageing
- VC – VitalCapacity

WHO – World Health Organization

RTF – reaktywne formy tlenu

ZOL – zakłady opiekuńczo-lecznicze

ZPO – zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze

z późn. zm. – z późniejszymi zmianami

## 1. WSTĘP

Średnia długość życia ludzi zaczęła się wydłużać od XVIII wieku, w wyniku czego przesunęła się granica starości [Błagosklonny 2015]. Według Światowej Organizacji Zdrowia wiek starzenia się (wczesna starość), rozpoczyna się między 60. a 75. rokiem życia, wiek starczy (późna starość) między 75. a 90. rokiem życia, a wiek sędziwy (długowieczność) powyżej 90 lat [Pędich 2007, Łazarkiewicz 2015]. Inny podział starości używany często w Stanach Zjednoczonych to: młodszy starzy (oldestyoung: 65-75 lat) i starsi starzy (oldestold: >75 lat) [Koncewicz-Jach 2011].

Starzenie się definiowane jest jako progresywny, naturalny, długotrwały i nieodwracalny proces fizjologiczny zachodzący w rozwoju żywych organizmów. Przebieg tego procesu w dużej mierze zależy od indywidualnych cech człowieka, ale również od czynników społecznych, biologicznych, psychologicznych, sytuacji ekonomicznej oraz uwarunkowań historycznych i kulturowych [Zasadzka i Wieczorowska-Tobis 2014, Barczyk-Nessel (red.) 2013, Zboina i wsp. 2014].

W znaczeniu biologicznym starzenie się cechuje zanik zdolności reprodukcyjnych komórek z ich stopniową degeneracją [Deursen 2014, Sosińska i wsp. 2016]. Proces starzenia przebiega jednokierunkowo, bez możliwości trwałego i istotnego cofnięcia zachodzących w organizmie zmian strukturalnych, a w konsekwencji powrotu do poziomu sprawności funkcjonalnej [Laskowska-Szcześniak i Kozak-Szkopek 2013, Gładyshev 2013].

Od kilku dekad w Europie obserwuje się tendencję starzenia się ludności. Trend ten widoczny jest w zmianie struktury wiekowej ludności i znajduje odzwierciedlenie w rosnącym udziale osób starszych, w połączeniu ze spadkiem udziału osób w wieku produkcyjnym,

w całkowitej liczbie ludności. Wzrost liczby osób starszych spowodowany jest wydłużeniem przeciętnego trwania życia, wraz ze wzrostem średniego dalszego trwania życia, poprawą warunków życia oraz niskim poziomem dzietności. Według danych Eurostatu z 2017 roku, osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły 25,6% całkowitej liczby ludności Unii Europejskiej. Na przestrzeni lat 2009-2017 największy wzrost ludności w wieku 60 lat i więcej nastąpił w Polsce i wynosił 5,1%, a najniższy odnotowano w Szwecji i Luksemburgu – wzrost o 0,8% [Tracz-Dral 2018]. Według danych Europejskiego Urzędu Statystycznego (*European Statistical Office*), mediana dla całej Unii Europejskiej w 2015 r. wynosiła 42,4 lat. Na tle innych państw Polska była krajem

stosunkowo młodym (młodsza demograficznie była ludność Irlandii, dla której mediana wieku wynosiła 36,4 lat, najstarsza była populacja Niemiec z medianą 45,1 lat). W 2015 r. wartość tego współczynnika dla Polski wynosiła 39,6 lat. Przewiduje się, że w 2080 r. wiek środkowy wzrośnie w całej UE o 4,2 lata i wynosić będzie 46,6 lat [Tracz-Dral 2018].

W Polsce w 2018 roku przeciętne trwanie życia mężczyzn zamieszkałych w miastach wynosiło 74,2 lata, tj. o rok więcej niż mężczyzn na wsi, a dla kobiet było dłuższe o 7,4 lata i wyniosło 81,6 lat. Obecnie kobiety w miastach żyją o 7,4 lat dłużej niż mężczyźni (w 1991 r. – prawie 9; w 2001 – 7,8), natomiast na wsi o 8,4 lat (w 1991 r. – 9,7; w 2001 – 8,8) [GUS 2019].

Przyjmuje się, że mężczyźni są słabsi w każdym wieku w wyniku większej ilości testosteronu odpowiedzialnego za osłabienie systemu immunologicznego. Natomiast za lepszą kondycję kobiet najprawdopodobniej odpowiedzialny jest estrogen, który ma właściwości przeciwzapalne. Kobiety jednocześnie są bardziej narażone na choroby autoimmunologiczne i gorzej reagują na szczepionki [Zarulli i wsp. 2018].

Równie ważnym aspektem, co długość życia jednostki, jest długość życia w zdrowiu. Jest to średnia liczba lat życia w zdrowiu, przy czym życie w zdrowiu lub niepełnosprawności definiowane są w różny sposób. Obecnie przerwanie życia w zdrowiu określane jest jako długotrwałe ograniczenie sprawności z powodu pogorszenia stanu zdrowia, pojawienie się określonych chorób przewlekłych lub subiektywną ocenę zdrowia jako złego. Dla kobiet w Polsce długość trwania życia w zdrowiu wynosi 64,6 lat (0,4 lata dłużej niż wynosi średnia dla krajów Unii Europejskiej), a dla mężczyzn 61,3 lat (2,2 lata krócej niż średnia UE) [Wojtyński i wsp. 2018].

Wzrost liczby osób starszych stanowi wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej oraz dla gospodarki i państwa. Dłuższe życie ludzkie jest faktem bardzo pozytywnym pod warunkiem zachowania zdrowia i sprawności. Ocena sprawności funkcjonalnej osób starszych jest współcześnie dość często podejmowanym zagadnieniem z racji starzenia się społeczeństwa.

Poprawa jakości życia osób starszych i zapobieganie przedwczesnej niesprawności wymaga podjęcia działań systemowych uwzględniających czynniki wpływające na sprawność funkcjonalną. Z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi badanie sprawności funkcjonalnej osób w wieku podeszłym jest istotnym elementem, koniecznym do planowania opieki, jak również dostosowania świadczeń

medycznych do stanu osoby starszej. W dłuższej perspektywie czasowej badania te pozwolą prowadzić szerokie, wyprzedzające działania profilaktyczne, zapobiegające w przyszłości potencjalnym trudnościom związanym ze skutkami starzenia się społeczeństwa, tj. rosnącym kosztem zabezpieczenia społecznego oraz opieki zdrowotnej i długoterminowej.

O konieczności przygotowania społeczeństwa do starości mówi się od przynajmniej kilku lat, jednak nie zostały podjęte żadne decyzje w tej sprawie.

### **1.1. Wybrane teorie starzenia się**

Dotychczas przedstawione teorie naukowe nie dają jednoznacznej odpowiedzi w zakresie przyczyn starzenia się, ewolucyjnej zasadności tego procesu i czynników rozpoczynających starzenie się organizmu. Najstarsza teoria, zakładająca, że na organizm działają procesy podobne do procesów doprowadzających do zepsucia się maszyny i jej całkowitego zamarcia w wyniku braku „paliwa” i „budulca” (teoria entropiczna), została obalona. Jej błąd leżał po stronie termodynamicznego otwarcia organizmu, który przyjmuje energię i budulec (pokarm) z zewnątrz [Arking 2006, Chmielewski 2016].

W literaturze prezentowanych jest ponad trzysta teorii dotyczących przyczyn procesu starzenia się, podzielonych na dwie główne grupy, tj. teorie dotyczące programowego starzenia się i śmierci oraz teorie narastających uszkodzeń. Teoria programowanego starzenia się zaliczana jest do teorii genetycznej, ponieważ znaleziono geny, których ekspresja wpływa na długość życia ludzkiego. Szacuje się, że geny w ok. 25% odpowiedzialne są za proces starzenia się i jego przebieg [Piesiak 2011]. Natomiast teoria narastających uszkodzeń zakłada, że przy narodzeniu organizm dysponuje wielkim potencjałem na długowieczność, ale z upływem czasu tkanki zostają uszkodzone w wyniku działania czynników zewnętrznych, które doprowadzają do zaburzenia ich funkcji. Obie wymienione teorie połączył w 1997 roku Kirkwood, twierdząc, że na starzenie się organizmu wpływają zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe. Według Kirkwooda, starzenie jest wynikiem wyczerpywania się zasobów ciała z upływem czasu [Kirkwood 2005, Chmielewski i Borysławski 2016].

Do innych teorii starzenia się zaliczane są: teoria wolnorodnikowa, stochastyczna, katastrofy błędów, immunologiczna, neuroendokrynną i starzenia się komórkowego.

Teoria wolnorodnikowa zakłada, że podstawą procesu starzenia się jest uszkodzenie przez wolne rodniki (aktywne formy tlenu - RTF) kluczowych makrocząstek, tj. DNA, lipidów i białek. Źródłem RTF są mitochondria, w których



zachodzą reakcje utleniania komórkowego oraz promieniowanie jonizujące, ksenobiotyki, proces utleniania substancji czynnych biologicznie (np. glukozy). Powstanie wolnych rodników w komórkach starych jest intensywniejsze niż w młodych [Mikuła-Pietrasik 2015].

Teoria stochastyczna mówi o nagromadzeniu błędów genetycznych, tworzących się losowo wraz z wiekiem, co wpływa niekorzystnie na wydolność organizmu. W tej teorii starzenie jest postrzegane jako skutek nagromadzenia uszkodzeń DNA i innych elementów komórek, które mogą, ale nie muszą wystąpić. Pojawiające się choroby w starszym wieku nie są naturalnym elementem starzenia się organizmu, ale mają wpływ na długość życia człowieka [Piesiak 2011].

Teoria katastrofy błędów zakłada, że starzenie się wynika z błędów, które powstają podczas procesów transkrypcji i translacji, prowadzących do śmierci komórki. Największą wagę mają niechciane zmiany w białkach enzymatycznych. Jeżeli błędy wystąpią w syntezie białek chromatynowych, to mogą pojawiać się na zasadzie sprzężenia zwrotnego (wadliwe białka uszkadzają DNA, uszkodzone DNA koduje wadliwe białka) i narastać wraz z kolejnymi syntezami. Większość wad pojawia się jednak w błędach procesów potranslacyjnych [Mikuła-Pietrasik 2015].

Immunologiczna teoria starzenia dowodzi, że wraz z wiekiem pogłębia się dysfunkcyjność układu odpornościowego, który nie reaguje prawidłowo na antygeny obce i własne. Dysfunkcyjność doprowadza do spadku odporności na infekcje, a także upośledzenia reakcji na pojawienie się komórek nowotworowych i starych [Drela 2014].

Teoria neuroendokrynną zakłada, że proces starzenia się jest spowodowany pogłębiającymi się dysfunkcjami produkcji hormonów (np. hormonów wzrostu) [Mikuła-Pietrasik 2015].

Teoria starzenia komórkowego dzieli się na starzenie replikacyjne i starzenie przyspieszone. Starzenie replikacyjne wiąże się z wyczerpaniem liczby możliwych podziałów komórkowych, a jego przyczyną jest skracanie się telomerów odpowiedzialnych za zabezpieczenie końcówek chromosomu przed łączeniem się. Przyjmuje się, że starzenie organizmu rozpoczyna się, gdy telomery pięciu chromosomów skrócą się o połowę [Bielak-Żmijewska 2014]. Limit podziałów, jaki może osiągnąć komórka, nazywany jest limitem Hayflicka. Ten badacz jako pierwszy zaobserwował, że komórki dzielą się ograniczoną liczbę razy zależnie od rodzaju komórki [Piesiak 2011]. Starzenie przyspieszone nie wynika ze skracania telomerów, lecz wpływu czynników niejako zewnętrznych, takich jak stres oksydacyjny, onkogeny i inne

czynniki uszkodzające DNA (np. światło UV, wolne rodniki, pasożyty). Starzenie przyspieszone może mieć wpływ na starzenie replikacyjne, przyspieszając skracanie telomerów.

Obecnie za najbardziej prawdopodobną przyjmuje się koncepcję wieloczynnikowego etiopatomechanizmu starzenia, w którym wyróżnia się dwie główne grupy przyczyn starzenia się, tj. determinujące (genom i metabolizm własny organizmu) i modyfikujące starzenie. W czynnikach modyfikujących starzenie wyróżnia się czynniki osobnicze (choroby, kalectwo, otyłość, zaburzenia neurohormonalne), środowiskowe oraz styl życia (powietrze, woda, żywienie, alkohol, palenie), obciążenie psychiczne (stres), warunki socjalno-społeczne i aktywność społeczną [Lopez-Otin i wsp. 2013, Zielińska-Więczkowska i wsp. 2008, Mora 2013, Thomas i wsp. 2013, Webster 2011].

## **1.2. Zmiany w układach i narządach w procesie starzenia się**

Starzenie się jest procesem, w którym następuje pogorszenie funkcji narządów i układów, co w konsekwencji utrudnia utrzymanie homeostazy organizmu, sprzyjając rozwojowi chorób i procesów patologicznych. Opisane w podrozdziale 1.1 teorie starzenia przenikają się i uzupełniają wzajemnie, potwierdzając zarazem złożoność procesów i wieloczynnikowe podłoże starości.

Starzenie jest procesem fizjologicznym i, jeśli zachodzi bez współistnienia chorób towarzyszących, określane jest jako starzenie się naturalne. Zmiany regresyjne i deficytu pojawiają się powoli, a do charakterystycznych objawów należy zaliczyć: siwienie, upośledzenie wzroku i słuchu, zmniejszenie elastyczności skóry, upośledzenie gojenia się ran, zmniejszenie odporności, osteoporozę i sarkopenię.

### **Zmiany w narządach zmysłów**

Z wiekiem następują zmiany w jakości widzenia, podwyższa się próg wrażliwości dla wzroku, ostrości widzenia, wydłuża się czas adaptacji, obniża zdolność rozróżniania kolorów [Whitcomb 2013, Kostrzewa 2015]. Typową chorobą oczu związaną ze starzeniem się organizmu jest starczowzroczność, czyli choroba powodująca ograniczenie widzenia bliskowzrocznego. Starczowzroczność wynika z postępujących wraz z wiekiem zmian w strukturze soczewki oka, jej zmniejszeniem, a także spadkiem elastyczności torebki soczewki i zanikiem mięśnia rzęskowatego [Grzybowski i wsp. 2017]. Często również w tym okresie pojawiają się choroby, tj.: zaćma, jaskra, zwyrodnienie plamki żółtej [Li 2013, Whitcomb 2013, Wierzbowska 2011, Kostrzewa 2015].

Zaćma starcza (katarakta) jest chorobą oczu najczęściej występującą u seniorów, a pogorszenie wzroku wynika z całkowitego lub częściowego zmętnienia soczewki oka lub jej torebki. W zależności od umiejscowienia zmętnień wyróżnia się zaćmę korową, jądrową lub podtorebkową. Większa część zaćm starczych należy do postaci mieszanych, a ich rozwój jest zazwyczaj powolny (stopniowa utrata wzroku następuje w ciągu miesięcy lub lat). Objawy subiektywne wynikające z zaćmy są różne i zależą od umiejscowienia zmętnień. Zaburzenia widzenia w zaćmie korowej zaczynają ujawniać się wraz z powstaniem zmian w części centralnej i objawiają się obniżeniem ostrości wzroku, podwójnym widzeniem jednoocznym, spowodowanym różnicami współczynnika załamania zmętniałej soczewki [Wierzbowska 2011].

W przypadku jaskry dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia nerwu wzrokowego a także komórek zwojowych siatkówki w tzw. mechanizmie apoptozy oraz zaniku ich aksonów [Jain, Aref 2015]. Inną jednostką chorobową związaną z wiekiem jest zwyrodnienie plamki żółtej (AMD – age-related macular degeneration) o wieloczynnikowej, niewyjaśnionej całkowicie patogenezie z udziałem czynników genetycznych, środowiskowych, metabolicznych i funkcjonalnych. Głównym objawem zwyrodnienia plamki żółtej jest upośledzenie widzenia centralnego, prowadzące do całkowitej utraty wzroku u osób powyżej 60 roku życia [Jankowska- Lech i wsp. 2013].

W procesie starzenia się dochodzi także do upośledzenia słuchu, przejawiającego się pogorszeniem zdolności lokalizacji dźwięku oraz skróceniem odległości, z jakiej osoba starsza jest w stanie usłyszeć dźwięk, co ma znaczenie w trakcie samodzielnego poruszania się [Gutowska 2015, Składzień 2007]. Zaburzenia słuchu związane są z procesem starzenia się ucha zewnętrznego, środkowego oraz wewnętrznego, jak również dalszych odcinków drogi słuchowej. Zmianom często towarzyszą szumy uszne, gorszy odbiór dźwięków, szczególnie o wyższej częstotliwości [Gutowska 2015] oraz zawroty głowy [Składzień 2007]. u grupy seniorów występuje tzw. prezbioakuzja, czyli starcze przytępienie słuchu lub głuchota, która jest procesem nieodwracalnym [Gutowska 2015].

### **Zmiany skóry**

Związane z wiekiem starzenie się skóry jest nazywane starzeniem chronologicznym. Fizjologiczny proces starzenia się skóry zaczyna się już ok. 25-30 roku życia, a genetyczny po 40 roku życia. Procesy te związane są ze spadkiem elastyczności kolagenu typu I i II oraz elastyny, a także spowolnieniem syntezy włókien elastycznych [Galicka 2014, Urbańska i wsp. 2012]. Zmiany morfologiczne, fizyczne i fizjologiczne

pojawiają się we wszystkich warstwach skóry i pogłębiają się wraz z wiekiem. Dochodzi m.in. do spłaszczenia komórek warstwy podstawowej i zanikania komórek warstwy kolczystej i ziarnistej, co ostatecznie doprowadza do pocienienia naskórka. Wpływ na ten proces mają również hormony i przyjmowane leki. W czasie starzenia się skóry linia skórno-naskórkowa ulega spłaszczeniu, co prowadzi do upośledzenia wymiany metabolitów i składników odżywczych między warstwami. Skóra traci jędrność i elastyczność, spada wydzielanie potu i łoju nawet o 50%, co wpływa na odporność na infekcje i zakażenia. Z powodu utraty melanocytów na skórze często pojawiają się plamy i przebarwienia oraz mogą pojawić się punktowe rogowacenia naskórka, doprowadzając do łuszczenia się i szorstkości skóry. Proliferacja i różnicowanie komórek naskórka zachodzi dwukrotnie wolniej niż w skórze młodej i z tego powodu proces keratynizacji zwalnia [Urbańska i wsp. 2012].

### **Zmiany w układzie kostno-stawowo-mięśniowym**

Starzenie układu kostnego związane jest ściśle z pozostałymi elementami układu ruchu. w procesie starzenia dochodzi do deficytu kościotworzenia, nasilenia resorpcji kości, zmniejszenia masy i gęstości kości, które zwiększa ryzyko osteoporozy. Chrzęstki stawowe ulegają ścięczeniu, co skutkuje ograniczeniem zakresu ruchu w stawach [Zasadzka i Wieczorowska-Tobis 2014, Janiszewska i wsp. 2015]. Ryzyko zrzestotnienia kości bioder i kręgosłupa jest o 25–50% większe u osób starszych długotrwale przyjmujących leki zawierające inhibitory pompy protonowej, najprawdopodobniej w wyniku gorszego wchłaniania wapnia [Maes i wsp. 2017, Siddappa i Birk 2019]. Zanikowi mięśni i masy kostnej towarzyszą zmiany w obrębie stawów. Tkanka chrzęstna ulega zanikowi, a zwężenie powierzchni stawowej powoduje wzmożone tarcie (tzw. chrobotanie) pobudzające wytwarzanie chondrofitów i osteofitów [Paranowski 2011]. W wyniku zaniku włókien elastycznych i rozwoju tkanki łącznej powstają zmiany o charakterze zwyrodnieniowym, co skutkuje mniejszą odpornością na urazy stawów, zwiększoną kruchością i łamliwością kości [Paranowski 2011]. Najczęstszymi chorobami układu kostno-stawowego występującymi w wieku starszym są osteoporoza i choroba zwyrodnieniowa stawów [Krawczyk i Szukalski 2018]. Osteoporoza to metaboliczna choroba szkieletu, która powoduje zaniżenie masy kośćca i upośledzenie jego mikroarchitektury, doprowadzając do kruchości i łamliwości kości. Choroba częściej występuje u osób płci żeńskiej, a jej nasilenie zwiększa się po menopauzie. Osteoporozę rozpoznaje się u 25% kobiet w wieku 65-74 lat i u 50% kobiet w wieku 75-84 lat [Białkoz-Kalinowska i wsp. 2013].

Natomiast choroba zwyrodnieniowa stawów ma podłoże immunologiczne, ale etiologia nadal jest nieznana. W przebiegu choroby pojawia się przewlekły stan zapalny błony maziowej stawów symetrycznych, który początkowo występuje punktowo, a następnie obejmuje cały staw, kaletki maziowe i pochewki ścięgna. Choroba prowadzi do sztywności porannej i ograniczenia ruchliwości seniora [Tatara i Snakowska, 2015].

Do 70 roku życia spada ilość masy mięśniowej i wzrasta ilość tłuszczu. Po przekroczeniu wymienionego progu wiekowego notuje się zarówno spadek tkanki mięśniowej, jak i tłuszczowej oraz wzrost ilości tłuszczu trzewnego w mięśniach. Prowadzi to do zwiększenia insulinooporności, zwiększając ryzyko wystąpienia cukrzycy drugiego typu, chorób sercowo-naczyniowych, w tym nadciśnienia [Filanowicz 2016].

### **Zmiany w układzie sercowo-naczyniowym**

Z wiekiem następuje zwiększenie sztywności dużych tętnic oraz zmniejszenie ich podatności w wyniku zaburzenia funkcji śródbłonna w zakresie syntezy i uwalniania czynników naczyniorozkurczających. Ze względu na usztywnienie dużych naczyń tętnicznych występuje izolowany wzrost ciśnienia skurczowego oraz niewielkie obniżenie ciśnienia rozkurczowego, dochodzi do zmniejszenia zdolności relaksacji lewej komory serca, prowadząc do zmniejszenia podatności ściany. Następuje również osłabienie funkcji węzła zatokowo-przedsionkowego, co może prowadzić do występowania zaburzeń rytmu serca. Zmniejsza się maksymalna częstotliwość rytmu serca i maksymalna kurczliwość, powodując obniżenie tolerancji wysiłku fizycznego [Wieczorowska-Tobis 2011, Kulig i wsp. 2011].

Na wydolność układu krążenia istotny wpływ ma wskaźnik BMI. Osoby z nadwagą oraz otyłe częściej są narażone na wystąpienie ostrych incydentów wieńcowych. Otyłość wpływa również na podwyższenie ciśnienia tętniczego, co prowadzi do nadciśnienia tętniczego, najważniejszego czynnika wpływającego na rozwój chorób układu krążenia. W Polsce 76% osób powyżej 65. roku życia ma nadciśnienie tętnicze, w tym 78% kobiet i 72% mężczyzn [Dziedzic i wsp. 2018]. Ponadto szacuje się, że za połowę zgonów osób powyżej 65. roku życia mieszkających w Polsce odpowiadają choroby serca i naczyń [Krawczyk i Szukalski 2018].

### **Zmiany w układzie oddechowym**

Zmiany w układzie oddechowym u osób starszych polegają na wzroście sztywności ściany klatki piersiowej, obniżeniu siły mięśni oddechowych i postępującej z czasem utracie elastyczności tkanki płucnej [Franczuk 2013, Klimczuk i wsp. 2011]. W wyniku zwapnienia chrząstek żebrowych i zwyrodnienia stawów żebrowo-kręgowych następuje spadek rozciągliwości ściany klatki piersiowej, który często jest wynikiem osteoporozy i kifoskoliozy kręgosłupa. Zmniejsza się również siła przepony i mięśni międzyżebrowych, utrudniając oddychanie [Zasadzka i Wieczorowska-Tobis 2014]. Zmiany w płucach obejmują drobne oskrzela, oskrzeliki oraz przestrzenie pęcherzykowe, determinując opór dróg oddechowych [Franczuk 2013, Klimczuk i wsp. 2013].

Starzenie się układu oddechowego charakteryzuje się stopniowym zmniejszaniem powierzchni wymiany gazowej i rezerwy oddechowej [Franczuk 2013, Klimczuk i wsp. 2011], wynikającym m.in. z powiększania się oskrzelików przy spłycaaniu przestrzeni pęcherzykowej (zmniejsza się stosunek powierzchni powietrznej do objętości płuc). Zarówno zmniejszenie sprężystości płuc, jak i mięśni klatki piersiowej, a także spadek

siły innych mięśni oddechowych powodują spadek pojemności życiowej płuc (Vital Capacity – VC), a także rezerw oddechowych [Franczuk 2013]. Stopniowo dochodzi do zaniku mięszu płucnego i rozrostu tkanki łącznej, co prowadzi do rozwoju ognisk, zarówno rozedmy, jak i niedodmy [Parnowski 2011]. Zmniejsza się liczba komórek nabłonkowych produkujących śluz oraz pogarsza się funkcja rzęsek nabłonkowych, co sprzyja infekcjom [Klimczuk i wsp. 2011].

Wszystkie opisane wyżej przekształcenia prowadzą do zmian mechaniki układu oddechowego. Gdy spada sprężystość płuc, zwiększa się jednocześnie ich podatność i opór dróg oddechowych oraz zmniejsza się zdolność wymiany gazowej. Zmiany w mechanice płuc mogą doprowadzić do przedwczesnego zapadania się dróg oddechowych. Z powodu starzenia się płuc zwiększa się frakcja przecieku wewnątrzpłucnego, a ponieważ zmniejsza się również stopień wymiany gazowej, to opuszczająca płuca krew tętnicza ma zmniejszoną prężność tlenu [Summerhil 2009].

### **Zmiany w układzie pokarmowym**

Zmiany w układzie pokarmowym podczas starzenia obecnie uważa się za znacznie mniejsze niż wcześniej zakładano. Suchość w jamie ustnej oraz zmiany w motoryce przełyku są prawdopodobnie skutkiem współistniejących chorób, a nie procesu starzenia. Zmiany w obrębie żołądka i jelita cienkiego, wynikające z procesu starzenia, nie zostały jednoznacznie potwierdzone [Dziechciaż i wsp. 2016, Lewandowicz 2014].

Wpływ na zaostrzenie się problemów z układem pokarmowym wraz z wiekiem ma postępująca urbanizacja, przejawiająca się: siedzącym trybem życia, spożywaniem wysokokalorycznych potraw, rzadszym wystawianiem skóry na działanie promieni słonecznych i coraz bardziej stresującym trybem życia [Zeng i wsp. 2013, Amorim i wsp. 2014, Wong 2013]. Istnieje korelacja między wzrostem urbanizacji, a pojawieniem się takich chorób jak: rak żołądka, wrzody, rak wątroby, rak jelita grubego i odbytu, rak trzustki, cukrzyca, wirusowe zapalenie wątroby typu C, zapalenie wyrostka robaczkowego i biegunka u osób powyżej 60. roku życia [Hui 2018].

### **Problemy starcze w obrębie jamy ustnej**

Osoby starsze doświadczają zaburzeń czucia sensorycznego, na które składa się kserostomia, zaburzenia czucia smaku oraz zespół piekących ust – 50% osób starszych doświadcza przynajmniej jednego z wymienionych wyżej objawów [Nagler i Hershkovich 2005, Granot i Nagler 2005, Węgrzyn i wsp. 2018]. Na pojawienie się zaburzeń smaku duży wpływ ma przyjmowanie leków na bazie litu, klarytromycyny,

kaptoprylu, glipizydu, lewodopy, metronidazolu; może być też wynikiem braku cynku [Dumic i wsp. 2018]. Na choroby dziąseł, które są główną przyczyną utraty zębów w starszym wieku cierpi 70,1% osób powyżej 65. roku życia [Dirks i Monopoli 2019, Eke i wsp. 2012]. Choroby dziąseł powodują rozpad tkanki dziąseł, będącej naturalną podporą dla zębów. Często choroby te przebiegają bezobjawowo, co utrudnia rozpoznanie i ich leczenie [Dirks i Monopoli 2019]. Konsekwencją utraty zębów jest założenie protez, które przy nieodpowiednim dopasowaniu mogą być powodem pogłębiania się problemów w obrębie jamy ustnej [Dumic i wsp. 2018].

Czynniki fizyczne (ścieranie, nacisk) i chemiczne (kwasy wytwarzane przez bakterie) powodują niszczenie fizyczne szkliwa. Wraz z wiekiem postępują zmiany w strukturze miazgi zębowej – zwiększa się ilość tkanki łącznej i spada wrażliwość nerwów, zółknie też zębina [Dirks i Monopoli 2019].

### **Dysfagia**

Zmiany w górnych odcinkach układu pokarmowego powodują problemy z żuciem i przełykaniem (dysfagia). Mogą się pojawić w ustno-gardłowej lub przełykowej fazie połykania. Dysfagia jest obserwowana u od 7-13% osób powyżej 65. roku życia [Forster i wsp. 2011, Siddappa i Brick 2019]. Powodem problemów z przełykaniem mogą być choroby o podłożu neurologicznym. Dysfagia neurogenna ma charakter przedprzełykowy, odnosi się do fazy ustnej i gardłowej (dysfagia górna) [Budrewicz 2018]. Przyczyną dysfagii mogą być również choroby nerwowo-mięśniowe, ustrojowe, spowodowane udarem czy demencją. Problemy z przełykaniem mogą powodować niedożywienie, odwodnienie, jak również zachłystowe zapalenie płuc. Istnieje dodatnia korelacja pomiędzy wystąpieniem dysfagii a śmiertelnością pacjentów. Problemy z przełykaniem mają również dla seniora konsekwencje psychiczno-społeczne, bowiem spożywanie posiłków razem z innymi ludźmi w istotny, pozytywny sposób wpływa na psychikę. Problemy z przełykaniem zgłasza od 20% do 40% badanych między 50. a 60. rokiem życia [Forster i wsp. 2011, Cabre i wsp. 2010, Cabre i wsp. 2014, Clave i wsp. 2005]. W przypadku osób starszych wolniejsze jest także otwieranie ust w odpowiedzi na bodźce związane z posiłkiem [Shune i wsp. 2016].

Kserostomia pojawia się u 10-40% osób powyżej 50. roku życia i jest zależna od czynników zewnętrznych, takich jak przyjmowanie leków (trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych, atropiny i leków przeciw chorobie Parkinsona) czy choroby, takie jak cukrzyca, Alzheimer, Zespół Sjögrena, a także radioterapia raka szyi i głowy [Rogus-Pulia 2017, Matear i Barbaro 2005, Lee 2015, Affoo 2015, Jain 2009].



Xerostomia ma wpływ na stan uzębienia, ponieważ ślina usuwa kamień nazębny, zmniejsza kwasowość wnętrza ust, a także zawiera minerały utrzymujące szkliwo w optymalnej mineralizacji. Zmniejszenie produkcji śliny powoduje rozpad tkanek jamy ustnej, ból, pieczenie ust, nieprzyjemny zapach oddechu, próchnicę zębów, kandydozę, zaburzenie odczuwania smaku, dysfagię, problemy z mową, trawieniem i odżywieniem organizmu [Dirks i Monopoli 2019].

### **Zmiany flory bakteryjnej jamy ustnej osób starszych**

Choroby przyzębowe, w tym zapalenie dziąseł i zapalenie ozębnej, są najczęstszymi, chronicznymi infekcjami u osób dorosłych. Wraz z wiekiem zwiększa się częstotliwość ich występowania [Feres i wsp. 2016]. Wpływ na zmiany flory bakteryjnej ma higiena osobista, nawyk palenia papierosów, cukrzyca, miejsce zamieszkania czy wiek. Flora bakteryjna zmienia się dynamicznie, dostosowując się do zmieniającego się otoczenia, środowiska, a także słabnącej reakcji systemu immunologicznego. Zakłada się, że największy wpływ na pojawienie się chorób przyzębowych ma osłabienie reakcji układu odpornościowego w wyniku starzenia się organizmu [Feres i wsp. 2016, Mason i wsp. 2015, Huttner i wsp. 2009, Miklossy 2011].

Bakterie z rodzaju *Pseudomonas* występują w większej ilości u ludzi starszych. Podwyższony poziom tych bakterii w jamie ustnej może mieć dodatni wpływ na pojawienie się geriatrycznej i innych form paradontozy [Hajishengallis 2014, Huttner 2009, Mason i wsp. 2015].

### **Choroba refluksowa przełyku**

Choroba refluksowa przełyku pojawia się w przypadku nieprawidłowości w funkcjonowaniu dolnego zwieracza przełyku i polega na cofaniu się kwaśnej treści żołądkowej do przełyku. Choroba w wieku starszym powodowana jest zmniejszeniem ruchliwości przełyku i osłabieniem jego mięśni, zmniejszeniem produkcji śliny oraz zmniejszeniem napięcia dolnego zwieracza przełyku. Wszystkie te czynniki powodują zintensyfikowanie refluksu, przy jednoczesnym gorszym opróżnianiu żołądka, co ma wpływ na procesy trawienne [Korzonek i wsp. 2014].

W starszym wieku refluksowi często towarzyszą choroby, takie jak cukrzyca, choroba Parkinsona, otyłość i przepuklina rozworu przełykowego [Lee i wsp. 2011, Maeda i wsp. 2013, Bonjer 2017]. Na wystąpienie choroby refluksowej przełyku ma wpływ wielolekowość (przyjmowanie benzodiazepiny, blokerów kanałów wapniowych, azotanów, teofiliny), która obniża napięcie dolnego zwieracza przełyku [Philpott 2014].

### **Choroby żołądka w starszym wieku**

Chorobą częściej dotykającą osoby starsze niż młode jest choroba wrzodowa. Powoduje ją przyjmowanie większej liczby leków i częstsze występowanie u osób starszych bakterii *Helicobacter Pylori*. Śmiertelność spowodowana krwawieniem wrzodów żołądka osób w wieku 70 lat i powyżej 70. roku życia wynosi 30%. Bakteria *H. pylori* występuje u 70% osób, które doświadczają choroby wrzodowej [Mądra-Gackowska 2020, Lewandowska 2014].

Rak żołądka jest nowotworem skorelowanym z wiekiem, statystycznie najczęściej pojawiającym się w wieku 72 lat [Siegel 2014]. Rozwijanie się choroby jest związane z infekcją *H. pylori* i zanikowym zapaleniem błony śluzowej żołądka [Jemal i wsp. 2011]. Do czynników zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia raka żołądka należą: spożywanie pokarmów wysokosolonych, związków nitrozowych, otyłość, palenie papierosów, niedokrwistość Addisona-Biermera i wcześniejsza gastrektomia [Zali i wsp. 2011].

### **Dysfunkcje wątroby, trzustki i woreczka żółciowego w starszym wieku**

Wraz z wiekiem w wątrobie zachodzą zmiany inwolucyjne, zmniejszeniu ulega masa wątroby, o 30-35% zmniejsza się wątrobowy przepływ krwi, co znacząco wpływa na pogorszenie funkcjonowania wielu wątrobowych szlaków metabolicznych. Następuje spadek ilości i wielkości hepatocytów. Małe komórki śródbłonka naczyń przestają funkcjonować prawidłowo, co doprowadza do zmniejszenia rozkurczu mięśni gładkich – wazodylatacji [Maeso-Diaz i wsp. 2018, Dziechciaż i wsp. 2016].

Masa trzustki powoli zmniejsza się po 40. roku życia, natomiast zwiększa się ilość tłuszczu wokół niej oraz średnica przewodu trzustkowego. Zmiany te nie wydają się mieć wpływu na funkcjonowanie organu [Dziechciaż i wsp. 2016, Matsuda 2018, Coll 2019]. Zmniejszeniu ulega wydzielanie enzymów trzustkowych, tj.: lipazy, tripsyny, fosfolipazy, co jednak istotnie nie wpływa na wchłanianie tłuszczów i białek. Ograniczona aktywność enzymów trzustkowych ma wpływ na gorszą tolerancję posiłków. Zmniejsza się również wydzielanie insuliny. Obserwowana jest obniżona wrażliwość na insulinę, co może być istotnym czynnikiem powstawania cukrzycy typu 2 u osób starszych. Wraz z wiekiem wzrasta możliwość zachorowania na nowotwory trzustki. Ponad połowa przypadków raka trzustki występuje u osób powyżej 60. roku życia, a mediana wieku osób zapadających na tę chorobę wynosi 71 lat. Rak trzustki często powoduje cukrzycę i pogarsza hipoglikemię u osób starszych [Dziechciaż i wsp. 2016, Sharma i wsp. 2018].

Wraz z wiekiem postępuje litogenność żółci. Zmniejsza się produkcja kwasu żółciowego, motoryka woreczka żółciowego, odpowiedź na cholecystokininę i zwiększa się ryzyko wystąpienia kamieni żółciowych.

Zapalenie pęcherzyka żółciowego występuje częściej u osób powyżej 70. roku życia. Odsetek komplikacji po operacji w tej grupie wiekowej również jest większy [Ambe i wsp. 2015, Coll 2019].

### **Dysfunkcje jelit w starszym wieku**

Zwolnienie perystaltyki jelit, które sprzyja zaparciom w starszym wieku, może wynikać z upodobań dietetycznych (dieta ubogoresztkowa), stylu życia, współistniejących chorób lub przyjmowania leków. Do zaburzeń motoryki dochodzi natomiast w jelicie grubym oraz w odcinku prostowniczo-odbytniczym, co uspasabia do powstawania zaparć. 26% kobiet i 16% mężczyzn powyżej 65. roku życia cierpi na zaparcia [Dziechciaż i wsp. 2016].

Choroba uchyłkowa jelit występuje u 60% osób powyżej 60. roku życia. Jest to najczęściej występująca choroba jelita grubego u osób starszych [Peery i wsp. 2012]. Szanse pojawiania się choroby uchyłkowej są takie same u kobiet, jak u mężczyzn, jednak u mężczyzn częściej występuje krwawienie [Collins i Winter 2015]. Powstawanie wgłębień w jelicie jest związane z osłabieniem rozciągliwości jego tkanek i zwiększeniem ciśnienia wewnątrz światła przewodu jelita [Collins i Winter 2015]. Od 4% do 15% osób, u których występuje uchyłkowatość jelita, jest narażonych na jego zapalenie spowodowane zablokowaniem treści jelita. Rak jelita grubego pojawia się 30% częściej u mężczyzn niż u kobiet. Statystycznie najczęściej dotyka kobiety w wieku 68 lat i mężczyzn w wieku 72 lat [Howlander i wsp. 2013, Coll 2019].

### **Zmiany flory bakteryjnej w jelitach**

Zespół rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego (zespół SIBO-small intestinal bacterial overgrowth) jest zjawiskiem powszechnym u osób starszych z powodu częstszego występowania czynników sprzyjających tej chorobie, tj. operacji żołądka i jelit, zaburzeń motoryki jelit, cukrzycy i zmniejszonej kwasowości żołądka spowodowanej przyjmowaniem leków IPP (inhibitorów pompy protonowej) lub zanikowym zapaleniem błony śluzowej żołądka. Zespół SIBO może powodować biegunki oraz problemy z wchłanianiem składników pokarmowych [Amer i Manzar 2015].

Zarówno w jelicie grubym, jak i cienkim, mogą pojawić się beztlenowe, gram dodatnie bakterie *Clostridium difficile*. Mogą one spowodować łagodne zakażenie,

rzekomobłoniaste zapalenie jelit, toksyczne rozszerzenie okrężnicy, a także zmniejszenie gęstości kośćca. Na zainfekowanie bakteriami bardziej narażone są osoby po antybiotykoterapii [Islam i wsp. 2014, Kelly 2012, Rajoka 2018]. Za pojawienie się tej choroby odpowiada odporność humoralna, która u osób starszych jest upośledzona. 92% osób starszych (powyżej 65. roku życia) umiera w wyniku wystąpienia tej choroby [Asempa i Nicolau 2017].

Odporność jest związana z florą bakteryjną jelit. Układ odpornościowy człowieka rozwija się od etapów początkowych do pełnej dojrzałości, poprzedzonej spadkami funkcjonowania (the initialstages to fullmaturationfollowed by a decrease in function) [Takahashi i wsp. 2018]. Zmiany te są silnie skorelowane lub związane ze zmianami we florze bakteryjnej jelit [Rajokai wsp. 2018]. Flora bakteryjna jelit wpływa na interakcje w osi jelitowo-mózgowej poprzez neutralne, immunologiczne i neuroendokrynne mechanizmy działania. Mikroorganizmy jelitowe w osi jelitowo-mózgowej pełnią ważną rolę w wielu procesach fizjologicznych i związanych z wiekiem zwyrodnieniach układu nerwowego [Collins i wsp. 2012].

### **Niedożywienie i odwodnienie w starszym wieku**

Osoby starsze narażone są na nieprawidłowe odżywienie organizmu, w tym zmniejszone pobieranie otrzymywanych składników pokarmowych (odżywienie jakościowe) i energii (odżywienie ilościowe). Jednocześnie, ze względu na ograniczenie ruchu, osoby starsze nie potrzebują dostarczania dużej ilości energii wraz z pokarmem (choć ten czynnik zależy od ogólnej kondycji organizmu). Wraz z wiekiem o 20% wzrasta zapotrzebowanie na witaminy.

Z powodu niedożywienia w organizmie osoby starszej zachodzą zmiany w układach sercowo-naczyniowym, pokarmowym, moczowym, oddechowym i w mózgu. Następują także problemy z termoregulacją, a napięcie mięśniowe ulega osłabieniu. Spada ogólna masa ciała: tłuszczowa, mięśniowa, a także narządów wewnętrznych. Gorzej goją się rany. Ogólne niedożywienie wpływa też na psychikę, sprzyja apatii i depresji, ogranicza efektywność leczenia i zwiększa śmiertelność [Filanowicz i wsp. 2016].

Szacuje się, że 60% osób starszych przebywających w domach pomocy społecznej i w szpitalach jest niedożywionych. Wpływ na gorsze odżywienie mają nie tylko choroby związane ze starzeniem się organizmu i zmiany patologiczne, lecz także czynniki socjalno-ekonomiczne, np. przejście na emeryturę, które powoduje gorszą

sytuację ekonomiczną, lub śmierć małżonka, zmniejszająca motywację nawet do przygotowywania posiłków [Filanowicz 2016].

Z niedostatecznym przyjmowaniem pokarmów łączy się problem niedostatecznego nawodnienia. W Polsce 48% osób w wieku powyżej 75. roku życia, zgłaszających się na SOR, jest przewlekle odwodnionych, a 23% ma objawy odwodnienia. Niedostateczne nawodnienie organizmu może występować również u 31% seniorów zamieszkujących domy opieki [Telenga i wsp. 2012]. u seniorów zazwyczaj występuje odwodnienie hipertoniczne, związane z niedostateczną podażą płynów, wynikające z fizjologicznego upośledzenia odruchu pragnienia [Joško-Ochojska i wsp. 2014].

Obniżone rezerwy homeostazy i gorsze funkcjonowanie narządów powodują nieprawidłowości w gospodarce wodno-elektrolitowej, które mogą prowadzić do rozpoczęcia procesów chorobowych i zaostrzenia przebiegu chorób współistniejących, doprowadzając do konieczności hospitalizacji [Joško-Ochojska i wsp. 2014, Mziray i wsp. 2017]. Często objawy odwodnienia są ignorowane i przypisywane starzeniu się organizmu. Należą do nich: zawroty głowy, ból głowy, zaburzenia świadomości, widzenia, tachykardia, spadek elastyczności skóry, zapadnięcie oczu, zaparcia, zaburzenia równowagi (w konsekwencji upadki) [El-Sharkawy i wsp. 2014, Hooper i wsp. 2014].

### **Zmiany w układzie immunologicznym**

Proces starzenia doprowadza do wielu zmian w systemie odpornościowym, powodując większą podatność na infekcje i choroby układu sercowo-naczyniowego, metaboliczne, autoimmunologiczne i zwyrodnieniowe układu nerwowego [Müller i wsp. 2019]. Zmiany systemu odpornościowego, które towarzyszą starzeniu się człowieka, są powszechnie znane jako immunosenescencja i obejmują starzenie się limfocytów i komórek efektorowych. Starzenie komórkowe doprowadza do zmniejszenia liczby receptorów na limfocytach T i B, a także spadku reaktywności tych komórek, powodując osłabienie odpowiedzi immunologicznej. Obniża się także miano przeciwciał i zmniejsza liczba dziewiczych limfocytów T i B, przy zwiększeniu liczby limfocytów pamięci, co jest podstawą działania odpowiedzi odpornościowej swoistej. Zmniejszenie ilości limfocytów CD8<sup>+</sup> T jest podstawą do oceny wieku organizmu. Starzejący się organizm produkuje więcej cytokin, hemokin i proteaz, które mają właściwości prozapalne [Urbanowicz i wsp. 2013, Müller 2019]. Jednocześnie pewne składowe układu odpornościowego nie ulegają zmianie, a inne wręcz są efektywniejsze. Dlatego nie należy

jednoznacznie mówić o pogorszeniu się sprawności systemu immunologicznego, a raczej o jego rozregulowaniu [Müller 2019]. Chroniczny stres, wywoływany przez napięcie psychologiczne i stresory społeczne, również negatywnie wpływa na mechanizmy neuroendokrynologiczne i odpornościowe organizmu i może przyczynić się do powstania chorób związanych z wiekiem i śmiertelnością osób starszych [Müller 2019, Müller i Pawelec 2014].

### **Zmiany w układzie nerwowym**

Zmiany w układzie nerwowym doprowadzają zarówno do ograniczenia sprawności intelektualnej, jak i fizycznej [Kurowska i Majkutewicz 2016, Skalska 2011]. W procesie starzenia dochodzi do zmniejszenia liczby neuronów, połączeń synaptycznych i dendrytów, tworzenia płytek starczych i splotów neurofibrylarnych w komorach mózgu oraz stopniowej degeneracji układu nerwowego, która systematycznie zmniejsza masę mózgu [Treder i Jodzio 2013]. Następuje spadek częstotliwości wyładowań oraz zmniejszenia szybkości przewodnictwa we włóknach nerwowych. Jedną z najbardziej typowych zmian w obwodowym układzie nerwowym jest spadek przewodnictwa impulsów średnio o 10-15%, co przekłada się na wydłużenie czasu reakcji odruchowych. Odnotowuje się osłabienie unerwienia ruchowego, czucia obwodowego, wibracji oraz czucia głębokiego [Wojszel 2016, Wieczorowska-Tobis 2011, Treder i Jodzio 2013]. Wraz z wiekiem mogą pojawić się problemy spowodowane obniżeniem produkcji w organizmie neuroprzekaźników, takich jak acetylocholina i dopamina, odpowiedzialnych za transport informacji. Pogorszeniu ulega również zdolność szybkiego wnioskowania. Spada metabolizm komórek nerwowych mózgu, które zużywają coraz mniej glukozy i tlenu. Wszelkie zmiany fizykochemiczne mózgu wpływają na sposób myślenia, zapamiętywania informacji i postrzegania rzeczywistości. W przypadku zdolności zapamiętywania najczęściej upośledzona staje się pamięć krótkotrwała, która przechowuje niewielki wycinek bieżących informacji przez krótki czas (od kilku do kilkunastu sekund) [Bosacka i wsp. 2016].

Spowolnieniu ulega przetwarzanie informacji, upośledzona zostaje pamięć, a także występują łagodne zaburzenia poznawcze oraz postępuje starzenie poznawcze i rozwój chorób otępiennych [Wojszel 2016, Wieczorowska-Tobis 2011].

Przypuszcza się, że większość zaburzeń zachowania związanych ze starzeniem się może być wynikiem zmian morfologii dendrytów, oddziaływań typu komórka-komórka, ekspresji genów oraz poziomu stężenia jonów wapnia. W starzejącym się organizmie podwyższony jest poziom stresu oksydacyjnego, dochodzi do akumulacji

uszkodzeń w białkach i kwasach nukleinowych. Czynniki te wpływają na plastyczność ośrodkowego układu nerwowego i w konsekwencji zmieniają dynamikę funkcjonowania sieci neuronalnych, odpowiedzialnych za przebieg procesów poznawczych, takich jak uczenie się i pamięć [Majkutewicz 2016].

Choroby otępienne pojawiają się u 11% osób po 75. roku życia i ulegają podwojeniu po każdych kolejnych pięciu latach. Choroby otępienne mogą mieć wpływ na utratę apetytu albo wzmożone łaknienie. Wszystkie opisane zmiany neurologiczne powodują obniżenie wyników testów pamięci epizodycznej, rotacji umysłowej i przeszukiwania wzrokowego. Starzenie się skutkuje spadkiem elastyczności i wybiórczości uwagi. Seniorzy mają problem z wydobywaniem z pamięci nazw, spada płynność wysławiania się, a także percepcja bodźców złożonych. Utrudnione staje się kopiowanie figur i konstruowanie wzrokowe oraz występują problemy z wykonywaniem pewnych zadań, takich jak planowanie, kontrola, tłumienie niepożądanych skojarzeń. Spada również zdolność zapamiętywania i upośledzeniu ulega zarówno pamięć długotrwała, jak i operacyjna. Osoby starsze nie mają jednak problemu z wykonywaniem rutynowych czynności i zadań bazujących na doświadczeniach życiowych [Treder i Jodzio, 2013, Biechowska, Orłowska 2012].

### **1.3. Psychospołeczne aspekty starzenia się i starości**

Najczęstszymi problemami natury psychologicznej, występującymi w procesie starzenia się, są: depresja, otępienie, zaburzenia świadomości oraz psychozy [Traczyk i wsp. 2016].

Osoby starsze cierpiące na depresję zazwyczaj są płaczliwe, drażliwe, zaleźnione lub zaniepokojone. Bywa, że występują u nich zaburzenia snu, jadłowstręt i spadek masy ciała oraz inne, niespecyficzne symptomy somatyczne. Depresja wpływa na sprawność funkcjonalną osób starszych, często uniemożliwia leczenie innych chorób oraz powoduje zwiększenie śmiertelności [Traczyk i wsp. 2016]. Depresja i sprawność funkcjonalna działają między sobą na zasadzie sprzężenia zwrotnego – im gorsza sprawność funkcjonalna, tym większe szanse wystąpienia depresji; im większa depresja, tym gorsza sprawność funkcjonalna [Zboina i wsp. 2014].

Do głównych czynników wywołujących depresję należą: samotność i osamotnienie, bezczynność lub brak celu w życiu [Traczyk i wsp. 2016]. Do najważniejszego czynnika wywołującego depresję zaliczono utratę partnera życiowego, opuszczenie domu rodzinnego przez dzieci i przejście na emeryturę. Do czynników

biologicznych wywołujących depresję kwalifikuje się osłabienie układu serotonergicznego, odpowiedzialnego m.in. za odczuwanie radości czy przyjemności [Bartoszek i wsp. 2018, Traczyk i wsp. 2016]. Czynnikiem wpływającym dodatkowo na ryzyko wystąpienia depresji są: uwarunkowanie genetyczne, płeć, stan cywilny, zażywanie dużej liczby leków i chroniczne zaburzenia snu [Bartoszek i wsp. 2018].

W procesie starzenia się zmiany następują w relacjach społecznych, zarówno z najbliższymi, jak i środowiskiem. Wykazano, że jakość życia, sprawność funkcjonalna, sprawność psychiczna i samoocena stanu zdrowia osób starszych wzrasta, a ryzyko zgonu maleje w sytuacji, gdy osoby są uczestnikami sieci relacji i tworzą więzi społeczne [Tobiasz-Adamczyk 2004, Tobiasz-Adamczyk 2011]. W relacjach międzyludzkich najważniejszą grupę wsparcia stanowią najbliżsi, najczęściej współmałżonek, dzieci i znajomi [Bogusz i wsp. 2013]. Spadek częstotliwości kontaktów społecznych powoduje poczucie osamotnienia i negatywnie wpływa na kondycję psychiczną osób starszych [Bosacka i wsp. 2016].

Osoby starsze mają utrudniony dostęp do rynku pracy (tzw. ageizm), słabszą pozycję ekonomiczną, często są usuwane poza nawias społeczeństwa jako niepotrzebne, przeszkadzające rodzinie [Bajurna i wsp. 2011]. Istotnym elementem determinującym pozycję społeczną osób starszych są dostępne środki finansowe, które ograniczają życie towarzyskie i możliwości wykorzystania wolnego czasu w atrakcyjny sposób, a tym samym zacieśniają przestrzeń życiową [Bajurna i wsp. 2011, Kalita 2012]. Problemy ekonomiczne związane z zaprzestaniem aktywności zawodowej są źródłem niepokoju, niepewności i lęku o przyszłość.

Uczestnictwo w życiu społecznym seniorów jest jedną z form aktywizacji tej grupy wiekowej. Osoby w wieku podeszłym rzadziej niż młodsze biorą czynny udział w życiu politycznym kraju, angażując się w działalność w różnorodnych ugrupowaniach, partiach, stowarzyszeniach, fundacjach [Kalita 2012]. Osoby powyżej 65. roku życia również rzadziej należą do organizacji pozarządowych oraz angażują się w pracę na rzecz innych.

Na przebieg starości ma również wpływ nastawienie psychiczne i postrzeganie życia. Spadek sprawności intelektualnej, problemy z koncentracją i zapamiętywaniem oraz wykluczenie wynikające z utraty roli społecznej są powodem izolacji i spadku samooceny [Bosacka i wsp. 2016].

Dobre zdrowie fizyczne wpływa pozytywnie na samopoczucie, które z kolei przyczynia się do większej samodzielności seniora, a obniżenie sprawności fizycznej



rzutuje z kolei na spadek samopoczucia [Zabielska 2018]. Dlatego czynnikami w bardzo istotny sposób wpływającymi na zdrowie i funkcjonowanie seniorów są różne formy aktywności [Makara-Studzińska 2012, Grzanka i Tykwińska 2015]. Aktywność fizyczna jest elementem zmniejszającym nasilenie zmian narządowych wynikających z procesu starzenia się, tj.: utraty masy mięśniowej, zmian w tkance kostnej, koordynacji ruchów, równowagi, wytrzymałości czy sprawności funkcjonalnej [Mazurek i wsp. 2014]. Przeciwwagą dla stanów obniżonego samopoczucia seniorów jest optymizm. Osoby starsze pozytywnie nastawione do życia zazwyczaj bardziej o siebie dbają i są bardziej samodzielne, podczas gdy seniorzy o pesymistycznym podejściu podejmują działania szkodliwe dla zdrowia. W przypadku osób o osobowości optymistycznej spada ryzyko wystąpienia odleżyn. Badania dowiodły, że wśród długowiecznych osób 65,3% cechowało się pozytywnym nastawieniem. Optymizm wpływa również na zmniejszenie ryzyka depresji [Zabielska i wsp. 2018].

## 1.4. Wielochorobowość związana z wiekiem

Starzenie, które przebiega bez powikłań chorobowych, określane jest mianem starzenia pomyślnego. Częściej jednak występuje tzw. starzenie patologiczne, które obejmuje ponad połowę populacji i charakteryzuje się występowaniem licznych przewlekłych procesów chorobowych, prowadzących do trwałego upośledzenia funkcjonowania w życiu codziennym [Pędich 2007, Barczyk-Nessel 2013]. Termin „mnoga patologia”, będący istotnym wyróżnikiem starości biologicznej, odnosi się do występowania równocześnie kilku dolegliwości u tej samej osoby [Straś-Romanowska 2001, Łukasiewicz 2015]. Szacuje się, że u osób powyżej 60. roku życia jednocześnie występują prawie cztery jednostki chorobowe o przewlekłym przebiegu [Łazarkiewicz 2015, Pitek 2012, Piotrowicz 2013, Malcewicz 2014].

Mnoga patologia powoduje zwiększenie liczby zgonów, a także sprawia, że większość osób doświadcza niesprawności i niepożądanych zdarzeń. Osoby, u których występuje polipatologia, częściej korzystają z opieki zdrowotnej oraz doświadczają niższej jakości życia [Piotrowicz 2013, Vetrano i wsp. 2015].

Problemem towarzyszącym wielochorobowości jest wielolekowość i polipragmazja, którą najczęściej definiuje się jako przyjmowanie minimum pięciu leków, a także przyjmowanie leków, których nie przepisał lekarz, lub stosowanie większej liczby leków niż jest to wskazane. Przyjmowanie nadmiaru leków, często spowodowane leczeniem chorego u różnych specjalistów medycyny lub samoleczeniem pacjenta bez konsultacji, może doprowadzić u osoby starszej do upośledzenia lub zaburzeń funkcji poznawczych, równowagi, a w konsekwencji upadków. Wielolekowość zwiększa ryzyko zachorowania, konieczności hospitalizacji i ostatecznie zgonu. Ważną przyczyną wizyt w oddziałach ratunkowych są konsekwencje przyjmowania dużej liczby leków. Konsekwencją polipragmazji i wielolekowości są upadki, wynikające ze wspomnianych już zaburzeń równowagi. Upadki w przypadku seniorów często są katastrofalne w skutkach. Prowadzą nie tylko do urazów ciała, lecz również do lęku przed upadkiem, spadkiem samooceny i jakości życia, a także depresji [Jankowska-Polańska i Uchmanowicz 2014].

W okresie starości częściej występują choroby określane jako „zależne od wieku”. Należą do nich przede wszystkim: otępienie w przebiegu choroby Alzheimera lub innych schorzeń mózgu, depresja, naczyniowe powikłania miażdżycy, udary, niewydolność serca, przewlekła choroba nerek, choroby zwyrodnieniowe stawów. Obserwuje się

również spadek sił immunologicznych oraz zwiększoną częstość występowania schorzeń cywilizacyjnych, tj. cukrzycy i nowotworów [Kalyani i wsp. 2013, Wojszel 2016, Vetrano i wsp. 2016, Gawęł i Potulska-Chromik 2015].

U seniorów występuje grupa przewlekłych problemów zdrowotnych, określana mianem wielkich problemów geriatrycznych. Są one definiowane jako przewlekłe i wieloprzyczynowe zespoły starczej niesprawności, których obecność prowadzi do utraty samodzielności i kontroli nad życiem [Wojszel 2016, Wieczorkowska-Tobis 2010]. Zalicza się do nich: zaburzenia stabilności postawy, upadki i następne złamania, nietrzymanie zwieraczy, odleżyny, zaparcia, osteoporozę, depresję oraz zespoły psychiatryczne [Wieczorkowska-Tobis 2014, Malka i wsp. 2013].

Zaburzenia stabilności postawy, które mogą z kolei prowadzić do upadków a w konsekwencji do złamań, są wynikiem wielu czynników, takich jak: zaburzenia równowagi i chodu, a także spadku siły mięśniowej wynikającego ze starzenia się organizmu, przewlekłych chorób, pogorszenia wzroku (spadku akomodacji i ostrości widzenia, adaptacji do natężenia światła), oraz innych czynników zewnętrznych (np. śliskiego podłoża, wysokich progów) i środowiskowych. Upadki są najczęstszą przyczyną śmierci w sytuacji nieszczęśliwych wypadków wśród osób starszych powyżej 65. roku życia i siódmą przyczyną zgonu seniorów [Buchner i Campbell 2010, Bienias 2017]. Spośród seniorów zamieszkujących własne domy rocznie upada 30% osób powyżej 65. roku życia i 40% powyżej 80. roku życia [Nitera-Kowalik, 2016].

Szacuje się, że 5 % upadków kończy się złamaniami, a 10-20% potłuczeniami. Trauma wynikająca ze zdarzenia powoduje u osób starszych tzw. zespół poupadkowy, którego konsekwencją jest obniżenie aktywności seniora, płynące z lęku przed kolejnym przewróceniem się. Na upadki narażone są bardziej osoby nieruchliwe niż aktywne, przy czym osoby przemieszczające się szybko, żwawo też są narażone na upadek [Buchner i Campbell 2010]. Częściej dysfunkcje aparatu ruchu notuje się u kobiet niż mężczyzn [Bieniek-Kamińska i wsp. 2017].

Nietrzymanie zwieraczy, a w konsekwencji nietrzymanie moczu, dwa razy częściej dotyka kobiety niż mężczyzn i wzrasta z wiekiem. Szacuje się, że nietrzymanie moczu występuje u 10% do 60% osób starszych. Częstość występowania codziennych incydentów nietrzymania moczu wynosi ponad 15% u kobiet powyżej 70. roku życia i od 2% do 11% u starszych mężczyzn. w grupie osób mieszkających we własnym domu, w wieku 65–69 lat, problem ten dotyka około 10% osób, podczas gdy w wieku powyżej 85 lat - 25%. u osób mieszkających w domach opieki wartości te wzrastają do około 40%

u osób w wieku 65–69 lat i do 45% u pensjonariuszy DPS-ów powyżej 85 roku życia [Borowicz i Wieczorowska-Tobis 2010, Dębiński i Niezgoda 2014].

Nietrzymanie moczu doprowadza do zakażeń układu moczowego, odleżyn, urosepsy, podrażnień skóry i upadków, a także do problemów natury psychologicznej, takich jak izolacja i depresja. Nietrzymanie moczu może być przejściowe lub utrwalone. Pierwsze znika po wyeliminowaniu problemów, takich jak zakażenie układu moczowego, zapalenie pochwy i układu moczowego itd. lub po odstawieniu leków moczopędnych. Utrwalone nietrzymanie moczu powoduje, że niekontrolowane mikcje powtarzają się systematycznie. Zjawisko związane jest głównie z problemami neurologicznymi i pozaneurologicznymi dolnego odcinka układu moczowego, wywołanymi: udarem, dyskopatią, neuropatią cukrzycową, alkoholizmem, niedoborami witaminy B12, chorobami Alzheimera i Parkinsona, uszkodzeniami rdzenia kręgowego, chorobami cewki moczowej, nowotworami, kamicą pęcherza, stresem. Mikcje pojawiają się wtedy również w nocy [Rechberger i Kulik-Rechberger 2010, Tomaszewska 2016].

Im gorsza sprawność funkcjonalna seniorów, tym większe ryzyko wystąpienia odleżyn, w wyniku ograniczonej zdolności do samopielęgnacji [Pilch 2017].

Zaparcia są dominującym problemem związanym z wypróżnianiem u osób starszych – zarówno u kobiet, jak i mężczyzn [Bieniek-Kamińska i wsp. 2017].

Wielkie problemy geriatryczne związane z układem kostnym i psychiką osób starszych zostały opisane szerzej w podrozdziałach: *Zmiany w układach i narządach w procesie starzenia się* oraz *Psychospołeczne aspekty starzenia się i starości*.

## **1.5. Sprawność funkcjonalna osób starszych i czynniki ją warunkujące**

Sprawność funkcjonalna to złożone zagadnienie o szerokim zakresie, definiowane w różny sposób. Sprawność funkcjonalna rozumiana jest jako ogólna zdolność jednostki do codziennego funkcjonowania i samodzielnego radzenia sobie z podstawowymi czynnościami, takimi jak: poruszanie się, ubieranie, utrzymanie higieny, spożywanie posiłków i kontrolowanie zwieraczy [Karabanowicz 2005]. Pojęcie sprawności funkcjonalnej definiowane jest także jako zdolność do samoobsługi i zabezpieczenia własnych potrzeb umożliwiających samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym [Muszalik i wsp. 2010, Mossakowska i wsp. 2012, Rybka i wsp. 2016, Błaszczyk-Bębenek 2016, Fidecki i wsp. 2018].

Ogólnie można ją zdefiniować jako zdolność seniora do wykonywania samodzielnie podstawowych życiowych czynności, bez wkładania w owe zadania nadmiernego wysiłku [Osiński 2013]. Sprawność funkcjonalna warunkuje samodzielność oraz znacząco wpływa na ocenę jakości życia [Mossakowska i wsp. 2012].

Na sprawność funkcjonalną osoby starszej mają wpływ różne czynniki, do których najczęściej zalicza się czynniki zdrowotne, tj. choroby układowe i narządowe oraz uwarunkowania społeczno-demograficzne, tj. wiek, płeć wykształcenie, miejsce zamieszkania [Płaszewska-Żywko i wsp. 2008, Skalska 2011]. Na wydolność funkcjonalną wpływ mają także inne komponenty, między innymi: życiowy cel, panowanie nad otoczeniem, pozytywne relacje z innymi, autonomia, rozwój osobisty i samoocena [Kamusińska i Słupiecka 2012, Brzezińska i Wilowska 2010].

Oslabienie sprawności fizycznej u osób starszych wynika ze stopniowego zmniejszenia wydolności ich organizmu, pogłębiania się fizjopatologicznych zmian starczych oraz współistnienia schorzeń przewlekłych często połączonych z niepełnosprawnością i bólem [Jachimowicz i Kostka 2009, Mazurek i wsp. 2014, Gutowska 2015, Bujnowska-Fedak i wsp. 2013].

W opozycji do pojęcia sprawności pojawia się pojęcie „niesprawności” w wieku senioralnym i określane jest ono jako trudność w wykonywaniu jednej lub więcej czynności wchodzących w skład Skali Czynności Życia Codziennego (ADL, ang. Activities of Daily Living) [Bürge i wsp. 2011]. Ograniczenie sprawności funkcjonalnej zwykle rozpoczyna się od problemów w drobnych czynnościach obejmujących ubieranie się czy poruszanie. Następnie ograniczeniu ulegają czynności złożone, takie jak prace

domowe, obsługa nowoczesnych technologii, sprawność intelektualna, czy też aktywność zawodowa. Ostatecznie następuje niemal całkowity spadek sprawności funkcjonalnej, przez co senior nie jest w stanie wykonywać codziennych, nawet najbardziej prozaicznych czynności, takich jak samodzielne pożywanie się, dbanie o higienę ciała czy wypróżnianie [Wysokiński i Fidecki 2017].

Ocena sprawności funkcjonalnej osoby starszej może być utrudniona przez takie czynniki, jak: przebyte urazy, typ osobowości, choroby, na które cierpi senior, a także styl życia. Sam senior może utrudniać przeprowadzenie oceny sprawności funkcjonalnej, ukrywając swoje ograniczenia [Borowiak i Kostka 2010].

Stopień sprawności funkcjonalnej zależy od kondycji fizycznej osoby starszej, ponieważ wpływa ona na proces starzenia się. u osób aktywnych obserwuje się zmniejszenie tempa obniżenia sprawności psychofizycznej i funkcjonalnej, wyrażające się w opóźnieniu zmian w tkance kostnej, wolniejszej utracie masy mięśniowej, mniejszym spadku wytrzymałości, dobrej koordynacji ruchów i równowagi. Jednocześnie głównymi czynnikami ryzyka niesprawności jest niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu i wysoki wskaźnik wagowo-wzrostowy (BMI, Body Mass Index) [Mazurek i wsp. 2014].

W literaturze podkreśla się, iż osoby starsze, regularnie podejmujące aktywność fizyczną, są w lepszej kondycji zdrowotnej dzięki łagodniejszemu przebiegowi chorób przewlekłych, takich jak np. choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, otyłość, hipercholesterolemia, osteoporoza czy depresja. u seniorów cierpiących na choroby układu ruchu ćwiczenia fizyczne mogą przyczynić się do zmniejszenia bólu. Spada u nich również ryzyko wystąpienia cukrzycy, gdyż ćwiczenia zwiększają tolerancję komórek na glukozę i wrażliwość na insulinę [Mazurek i wsp. 2014].

Regularna aktywność fizyczna osób starszych powinna obejmować ćwiczenia aerobowe, siłowe, rozciągające, równoważne i koordynacyjne. Przed przystąpieniem do rozpoczęcia regularnych ćwiczeń senior powinien skonsultować się z lekarzem, ponieważ istnieje szereg chorób, przy których aktywność fizyczna jest ryzykowna. Badania potwierdzają, że nadmierny wysiłek fizyczny osób starszych może doprowadzić do oksydacyjnego uszkodzenia mięśni. Może też spowodować uszkodzenie DNA oraz doprowadzać do reakcji zapalnych [Mazurek i wsp. 2014].

Aktywność fizyczna i psychiczna oraz dbałość o zdrowie poprawiają stan psychiczny osób starszych, co przekłada się wprost proporcjonalnie na długość trwania życia [Kostrzewa 2015]. Procesy starzenia się wraz z zachowaniami pro- lub

antyzdrowotnymi (nawyki żywieniowe, sen, styl życia oraz nałogi) znacząco wpływają na stan zdrowia osoby starszej i jej podatność na zachorowanie.

Utrzymanie wysokiej sprawności funkcjonalnej bezpośrednio oddziałuje na samopoczucie seniora, poprawia jakość jego życia, a w konsekwencji może je wydłużyć. Natomiast niekorzystne zmiany fizjologiczne i patologiczne, które pogłębiają się wraz ze starzeniem się i często doprowadzają do powikłań, ostatecznie obniżają sprawność funkcjonalną seniora. Pogłębiające się u niego problemy wymagają wkroczenia opiekunów, którzy jednak swoimi działaniami (np. nadmiernym wyręczaniem osoby starszej w codziennych obowiązkach) mogą z kolei przyczynić się do obniżenia sprawności funkcjonalnej jednostki. W konsekwencji bowiem całkowicie wyręczana osoba starsza nie będzie podejmowała samodzielnych działań [Wysokiński i Fidecki 2017].

Na kondycję seniorów wpływa także aktywność intelektualna, która pozwala osobom starszym zachować zdolności umysłowe w sprawności do późnych lat życia.

Ustawiczna edukacja umożliwia zdobywanie wiedzy i ułatwia egzystencję w zmieniającej się rzeczywistości [Grzanka-Tykwińska 2015]. Osobom starszym proponowany jest udział w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku (UTW). W UTW, oprócz aktywności edukacyjnej, realizowane są zajęcia kulturalne oraz rekreacyjne. Znakomitą formą spędzania wolnego czasu są Kluby Seniora, gdzie starsi ludzie mogą skorzystać z różnorodnych zajęć, tj. plastycznych, muzycznych czy komputerowych [Sygit-Kowalkowska 2013, Posłuszna 2012].

W utrzymywaniu i wzmacnianiu zasobów zdrowotnych seniorów ważną rolę odgrywa wsparcie społeczne [Tobiasz-Adamczyk 2011]. W ogólnym znaczeniu wsparcie definiowane jest jako pomoc na rzecz osoby lub grupy znajdującej się w sytuacji trudnej, stresowej, przełomowej, której samodzielnie nie jest w stanie podołać [Kucharska 2012]. Termin ten nie jest jednak jednoznacznie zdefiniowany, ponieważ słowo „wsparcie”, chociaż bliskie znaczeniu słowa „pomoc”, nie jest z nim tożsame. Wsparciem społecznym można określić szereg interakcji społecznych, dalszych lub bliższych jednostce, w których uczestniczy osoba potrzebująca pomocy i osoba (osoby) ją wspierające [Janiszewska 2015]. Wsparcie może być udzielane na czterech płaszczyznach relacji [Kawula 1996]:

- 1) Człowiek-człowiek (Ja i ty) – relacje z członkiem rodziny, przyjacielem, rówieśnikiem, sąsiadem itd.

- 2) Człowiek-grupa – relacje z własną rodziną, stowarzyszeniami, w tym grupami wsparcia, sąsiadami itd.
- 3) Człowiek-instytucje – relacje z instytucjami rządowymi, pomocy społecznej, prawnej, socjalnej, zdrowotnej itd.
- 4) Człowiek-środowisko – relacje w wymiarze dzielnicy, gminy, regionu zamieszkania itd.

Definicje wsparcia społecznego wskazują również na czynny udział seniora w działaniu dążącym do poprawy jego stanu. Osoba dająca wsparcie powinna w sposób pozytywny motywować wspieranego do podejmowania samodzielnych zadań, co określane jest jako tzw. spirala życzliwości [Janiszewska 2015].

Wsparcie społeczne jest jednym z kilku czynników mających znaczenie w osiągnięciu wysokiej jakości życia. Związane jest także z istnieniem tak zwanej „sieci społecznej”, czyli funkcjonowaniem jednostki wśród innych ludzi. Odgrywa szczególnie ważną rolę w utrzymaniu zdrowia człowieka, chronieniu go przed chorobą i we wspomaganie procesów zdrowienia [Głębocka i Szarzyńska 2005, Olejniczak 2013]. Dostępne „sieci społeczne” poprzez istnienie więzi, kontaktów społecznych oraz przynależności do określonej grupy są pomocne wobec osób, które znalazły się w sytuacji trudnej, kryzysowej [Tobiasz-Adamczyk 2011]. W szczególny sposób potrzebują go osoby, które doświadczyły samotności i izolacji, a choroby przewlekłe bądź ograniczona sprawność stały się ich udziałem. Wsparcie społeczne odnosi się do pozytywnej funkcji, jaką społeczne powiązania odgrywają w życiu jednostki, szczególnie wtedy, gdy znajduje się ona w trudnej sytuacji życiowej [Sęk i Cieślak 2005, Kurowska i Bystryk 2013].

Zazwyczaj wsparcie społeczne jest udzielane przez trzy kręgi zabezpieczenia społecznego, tj. pierwszy krąg (małżonek, dzieci, bliska rodzina), drugi krąg (dalsza rodzina, przyjaciele), trzeci krąg (sąsiedzi, znajomi, dalecy krewni). Im krąg bardziej zewnętrzny, tym większa jego zawodność [Sowa 2004]. Wsparcie społeczne przejawia się w różnych formach okazywania ludziom pomocy: instrumentalnej, emocjonalnej, wartościującej, duchowej, rzeczowej (materialnej) oraz informacyjnej [Tobiasz-Adamczyk 2011, Janiszewska 2015].

Przeprowadzone analizy korelacji jakości życia i wsparcia społecznego wykazują, że wspierająca sieć relacji, związki społeczne i ogólne wsparcie społeczeństwa wpływają na lepsze (choć subiektywne) poczucie zdrowia, kondycję psychiczną i zmniejszone ryzyko zgonu [Janiszewska 2015]. Jednocześnie osoby nastawione pozytywnie do życia lepiej znoszą stres dzięki większemu wsparciu społecznemu, a ich otwarty charakter



z kolei przyciąga ludzi. Wsparcie społeczne i optymizm działają więc na zasadzie sprzężenia zwrotnego [Zabielska i wsp. 2017].

Pierwszy krąg wsparcia społecznego najbardziej oddziałuje na osobę oczekującą wsparcia. Mogą w niego wchodzić opiekunowie nieformalni i formalni. Opiekun nieformalny dostarcza regularnego wsparcia fizycznego i/lub emocjonalnego. Asystuje również przy codziennych czynnościach osobie w potrzebie, niepełnosprawnej (psychicznie lub fizycznie), seniorowi o niskiej sprawności funkcjonalnej. Termin ten może obejmować osoby spokrewnione (rodzinę), przyjaciół i/lub sąsiadów.

Zazwyczaj opieka formalna wspiera opiekunów nieformalnych. Jest ona zapewniana przez przedstawicieli instytucji (pracowników publicznych czy prywatnych, domy opieki, mieszkania chronione, placówki krótkoterminowej opieki wytchnieniowej). Aż dwie trzecie osób starszych żyjących w Polsce pozbawionych jest wsparcia ze strony rodziny [Burzyńska i wsp. 2017].

Na pogorszenie wsparcia osób starszych wpływa nastawienie młodszych pokoleń, które uważają seniorów za ciężar z powodu schorowania, niedołęstwa, wymagania opieki. Seniorzy traktowani są wręcz jako grupa bezużyteczna, bo nie mogąca podjąć pracy zawodowej. Osoby starsze są często postrzegane w sposób niepodmiotowy i ich traktowanie bywa przedmiotowe. Taka postawa nazywana jest ageizmem, czyli dyskryminacją ze względu na wiek, obejmującą także zwalnianie z pracy osób starszych lub zmuszanie ich do przejścia na emeryturę. Niejednokrotnie podważana jest ich sprawność intelektualna i mądrość. Często nie są one dopuszczane do szkoleń, przy równoczesnym faworyzowaniu młodszego personelu [Trempała 2015, Burzyńska i wsp. 2017]. Taka postawa społeczna powoduje, że zainteresowanie rodziny seniorami spada. Nie wzbudzają oni szacunku, a różnice międzypokoleniowe nasilają się, co doprowadza do eskalacji konfliktów [Traczyk i wsp. 2016].

Często seniorzy nie są wspierani przez społeczeństwo, a ze względu na wiek i brak możliwości obrony stają się ofiarami przemocy fizycznej i/lub psychicznej. Osoby, które powinny im zapewniać wsparcie społeczne, stają się ciemiężycielami.

Badania sondażowe CBOS wykazały, że 24% senierek doświadczyło przemocy słownej od męża lub partnera, a prawie 22% seniorów było ofiarami werbalnej agresji ze strony żon lub partnerek. Przemocy fizycznej doświadczyło 8% starszych kobiet i 2% mężczyzn. Najstarsi członkowie rodziny często są odcinani od spraw domowych, izolowani emocjonalnie, zaniedbani, wyśmiewani lub lekceważeni [Krawczyk i Szukalski 2018].

Brak wsparcia społecznego przejawia się również poprzez ignorowanie podstawowych potrzeb osób starszych, takich jak: odpowiednie pożywienie, odzienie (adekwatność do potrzeb, czystość), schronienie, wsparcie psychiczne, opieka medyczna. Osoby starsze są też częściej narażone na malwersacje finansowe czy molestowanie seksualne, a także wszelkie przestępstwa kryminalne [Krawczyk i Szukalski 2018].

Również w instytucjach, które w założeniach powinny służyć pomocą, osoby starsze są dyskryminowane. W szpitalach odmawia się leczenia osób starszych ze względu na ich zaawansowany wiek. Lekarze uważają osoby starsze za pacjentów trudnych i często przejawiają frustrację i brak cierpliwości podczas kontaktów z nimi. Pracownicy medyczni nie udzielają jasnych instrukcji postępowania czy precyzyjnych informacji o świadczeniach medycznych [Krawczyk i Szukalski 2018].

Zwykle opiekunami osób starszych w Polsce są osoby najbliższe (partner, dzieci), rzadziej inni członkowie rodziny. Najczęściej opiekę sprawują kobiety (81,1%) – córki i żony seniorów wymagających wsparcia. Najprawdopodobniej jest to związane z krótszym czasem życia mężczyzn oraz społecznym obrazem kobiet jako osób spełniających rolę opiekuńczą w rodzinie. Jednak ze względu na wydłużający się czas życia Polaków, często osoby opiekujące się najstarszymi członkami rodziny same osiągnęły wiek, w którym wymagają opieki. Nierzadko takie rodziny są aż czteropokoleniowe. Powoduje to, że osoby z drugiego pokolenia są rozdarte między chęcią uczestniczenia w wychowaniu wnuków a opieką nad swoimi rodzicami, będącymi w podeszłym wieku. Jednocześnie w wielu rodzinach ta sytuacja powoduje, że opieki wymagają aż trzy pokolenia: najmłodsze dzieci, dziadkowie i pradziadkowie lub dwa pokolenia: dziadkowie i pradziadkowie [Bogusz i wsp. 2013].

Spadek dzietności rodzin powoduje, że dzieci niejako są skazane na samodzielne opiekowanie się rodzicami, bez możliwości podziału tych obowiązków między rodzeństwo [Bogusz i wsp. 2013].

W dodatku w młodszych grupach społecznych wzrasta udział jednoosobowych rodzin. Kolejną trudnością w zapewnieniu tego typu opieki jest zintensyfikowanie migracji do innych krajów czy miast. Z tego powodu niektórzy seniorzy są pozostawieni sami sobie [Bogusz i wsp. 2013].

Opiekunowie, którzy długotrwale zajmują się osobą starszą, są obciążeni fizycznie, psychicznie oraz materialnie. Pogarsza się jakość ich życia na płaszczyźnie zawodowej, materialnej i społecznej. Opiekunowie często muszą podjąć działania opiekuńcze w zakresie usług pielęgniarских, transportowych, socjalnych

i terapeutycznych, do których nie są przygotowani. Im bardziej spada sprawność funkcjonalna seniora, tym bardziej wzrasta przeciążenie opiekuna. Jednocześnie proporcjonalnie wzrasta potrzeba wsparcia zewnętrznego. Pomimo dużego obciążenia opiekunów nieformalnych, często są oni usatysfakcjonowani sprawowaniem opieki nad bliskim (79,4% żyjących w mieście i 90,1% na wsi wyraża taką opinię). Poziom satysfakcji spada jednak wraz ze spadkiem sprawności funkcjonalnej chorego [Deluga i wsp. 2018].

Istnieje wiele definicji jakości życia i wydaje się, że żadna nie jest do końca zadowalająca, ponieważ nie wyczerpuje tematu. Definicje owe różnią się między sobą poziomem skupienia na różnych aspektach życia i opierają się na różnych fundamentach. Jednakże ich cechą wspólną jest próba odpowiedzi na pytanie: jak się żyje danej jednostce? Jak subiektywnie ocenia ona swoje życie i czy jest z niego zadowolona? Definicje jakości życia nie dotyczą wyłącznie ludzi starszych, lecz jest to parametr analizowany społecznie. Biorą one pod uwagę takie czynniki, jak subiektywnie odczuwane szczęście, zasoby (posiadanie dóbr i możliwość korzystania z nich) i zaspokajanie potrzeb (stopień zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych) [Petelewicz i Drabowicz 2016].

W kontekście starości często mówi się o jakości życia, wskazując na obniżanie się z wiekiem tego parametru, co związane jest ze środowiskiem, w jakim żyje senior, a także utratą sprawności psychofizycznej. Najogólniej mówiąc, jakość życia definiowana jest jako satysfakcja z sytuacji życiowej, subiektywna ocena własnej sytuacji życiowej w porównaniu do sytuacji innych osób w tym samym wieku lub osiągnięcie wysoko cenionych wartości. Ważnymi aspektami są też: odczuwanie satysfakcji życiowej, spełnianie pragnień, poczucie szczęścia. Subiektywna ocena stanu zdrowia przez seniora jest ważną informacją, przydatną do ocenienia przez badacza szacowanej długości życia (niezależnego predyktora umieralności), a także wskaźnikiem społecznej aktywności. Jest także uznawana przez naukowców za dobry wskaźnik stanu zdrowia [Burzyńska i wsp. 2017, Tobiasz-Adamczyk 2000, Pinto i Neri 2013, Jung i wsp. 2010, Zawisza i wsp. 2016]. W medycynie jakość życia jest postrzegana przez pryzmat zdrowia, chorób, inwalidztwa itd., a także starzenia się organizmu [Burzyńska i wsp. 2017].

Ocena jakości życia ułatwia zaplanowanie i zorganizowanie opieki oraz świadczy o kompleksowym podejściu do człowieka. Najbardziej optymalnym środowiskiem dla człowieka jest jego rodzina i środowisko domowe [Ritchie i wsp. 2011, Świącicka i Świącicki 2015]. To najważniejsze miejsce życiowej aktywności i grupa odniesienia

dostarczająca starszemu człowiekowi wsparcia w różnych wymiarach. W okresie starości rola rodziny zwiększa się, co spowodowane jest wycofywaniem się osób w podeszłym wieku z szerszych kręgów społecznych.

Czynnikiem wpływającym na niską ocenę jakości życia przez osoby starsze jest negatywne nastawienie społeczeństwa do seniorów. Przyczynami są: stereotypy (bezużyteczność osób starszych, ich „zacofanie”), gerontofobia (lęk przed starością), wykluczenie społeczne (przejście na emeryturę). Pośrednio społeczeństwo i wytwory kultury sprawiają, że sam senior uważa starość za zjawisko negatywne, co rzutuje na spadek jego samooceny, a w konsekwencji jakości życia. Osoba starsza bowiem dostaje z wielu źródeł informacje o swojej „nieużyteczności”, co kreuje w umyśle człowieka sztykanowanego niekorzystny obraz siebie. Do stereotypizacji wieku podeszłego mogą przyczynić się postawy, jakie seniorzy reprezentują wobec własnej starości [Sosnowska 2012].

W ocenie jakości życia bardzo ważne są kontakty interpersonalne. Wskaźnik jakości życia spada wraz ze zmniejszeniem się kręgu bliskich i znajomych seniora. Na osoby starsze mają także wpływ lęki egzystencjalne – strach nie tylko o pogorszenie się sytuacji materialnej, ostateczne osamotnienie czy niemożność poradzenia sobie z prostymi czynnościami wynikającymi ze spadku sprawności funkcjonalnej, lecz również przed końcem egzystencji, śmiercią. Kryzysy egzystencjalne znacznie zmniejszają poczucie odpowiedniej jakości życia. Poczucie bezpieczeństwa i samoakceptacja znacznie ograniczają lęki [Sosnowska 2012].

Jednym z czynników mających wpływ na jakość życia osób starszych jest poczucie osamotnienia. Samotność może być rozumiana jako izolacja od innych ludzi, ale może mieć również postać obcości, odtrącenia przez otoczenie [Zalewska-Puchała i wsp. 2015]. Kolejnym czynnikiem wpływającym na jakość życia jest umieszczenie osoby w domu pomocy społecznej. u pensjonariuszy wzrasta wtedy ryzyko depresji, co automatycznie pociąga za sobą spadek oceny jakości życia (im wyższe ryzyko depresji, tym bardziej spada ocena jakości życia) [Burzyńska i wsp.]. Jednocześnie poziom subiektywnej oceny jakości życia zmienia się w zależności od sposobu prowadzenia domu opieki, jego wielkości i oferowanych świadczeń, a także podejścia personelu [Tobiasz-Adamczyk 2017].

Na ocenę jakości życia przez seniora ma również wpływ samoświadomość, wyrażająca się nie tylko przez uświadamianie własnych pragnień, potrzeb, mocnych i słabych stron oraz życia (teraźniejszego i przeszłego), lecz również świadomość

możliwości uzyskania opieki czy wsparcia. Samoświadomość pomaga w uzyskaniu niezależności, co jest szczególnie ważne w przypadku postępującego wraz ze starością wycofania się z życia społecznego, osamotnienia, zmniejszenia środków do życia itd. Dzięki samoświadomości osoba niekoniecznie podda się myśleniu negatywnemu, lecz będzie mogła zastanowić się, jakie kroki podjąć, by zminimalizować skutki niekorzystnych zmian. Wpływa to również na optymizm, który, jak wiemy, pomaga osobie starszej przetrwać. Samoświadomość rozwija się lepiej w przypadku osób otaczających się ludźmi, co w wieku seniorów bywa utrudnione (przejście na emeryturę, śmierć przyjaciół). Jednocześnie zostaje zawężony przepływ informacji, co może mieć bezpośredni wpływ na funkcjonowanie w świecie osób starszych [Sosnowska 2012].

Okres starości jest etapem życia, w którym występuje szczególne zapotrzebowanie na usługi medyczne. Jednocześnie liczba osób starszych stale się zwiększa. W Polsce nad osobą starszą opiekę sprawuje najbliższa rodzina. Jest to jednocześnie model oczekiwany społecznie. Jedynie osoby w miastach i lepiej wykształcone niekoniecznie oczekują od dzieci sprawowania nad nimi opieki w okresie starości [Szweda-Lewandowska 2014].

W Polsce sektor opieki zdrowotnej obejmuje dwie główne formy opieki nad osobami przewlekle chorymi i starszymi: opiekę domową i instytucjonalną. Natomiast sektor pomocy społecznej obejmuje opiekę instytucjonalną, półstacjonarną i domową. W hospicjach, poradniach, na oddziałach szpitalnych i w zakładach opiekuńczo-leczniczych realizowana jest opieka instytucjonalna. Natomiast opieka domowa prowadzona jest pod nadzorem lekarza pierwszego kontaktu przez pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, pielęgniarki domowe oraz wielodyscyplinarne zespoły opieki długoterminowej [Benek i Szewczenko 2015].

W Polsce dąży się do wprowadzenia modelu opieki kompensacyjnej nad osobami starszymi. Zakłada on uwzględnianie preferencji osoby starszej do formy udzielanej pomocy. Jako najważniejsze i najbardziej preferowane źródło wsparcia przez osoby starsze wskazywany jest mąż. Jako następne wymieniane są dzieci, krewni i przyjaciele. Natomiast pomoc formalna jest preferowana w ostateczności. Model opieki kompensacyjnej zakłada hierarchizację podmiotów wspierających. Podstawowym, pierwszym podmiotem jest rodzinna sieć wsparcia, z ww. osobami najbliższymi, a następnie osoby spoza rodziny, udzielające pomocy nieformalnej. Dopiero na samym końcu pomocy powinien udzielać samorząd terytorialny lub państwo. Decyzja o tym, kiedy instytucje formalne powinny przejąć (lub wesprzeć) opiekę nad osobą starszą,

zależy od stanu zdrowia seniora, jego wieku, dochodów, a także sieci społecznych i ich możliwości w zapewnieniu osobie starszej opieki [Szweda-Lewandowska 2014].

Jednocześnie najbliższa rodzina nie ma zapewnionego wsparcia w opiece nad osobą starszą. Dlatego często na decyzję rodziny o przekazaniu seniora do opieki instytucjonalnej mają wpływ takie czynniki jak: brak możliwości sprawowania opieki nad seniorem, brak miejsca (miejsce zamieszkania jest zbyt małe dla całej rodziny), brak czasu z powodu pracy zawodowej, brak przygotowania (również psychicznego) do sprawowania opieki.

Dostępność świadczeń medycznych była przedmiotem licznych projektów badawczych, jak i publikacji. W literaturze przedmiotu poświęconej dostępności usług medycznych omawiane są wyniki badań na ograniczonych grupach pacjentów [Piotrowski i Polakowska 2016]. w badaniach PolSenior przeprowadzonych w 2006 roku, w badaniu WOBASZ I (2003–2005), WOBASZ II (2013–2014) oraz innych o mniejszej skali seniorzy ocenili, że w Polsce jest niska dostępność do bezpłatnej, podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej [Piotrowski i Polakowska. 2016, NIK 2017, Bożydło i wsp. 2013]. Ponadto w praktyce usługi nie są dostosowane do potrzeb osób starszych, często niesamodzielnymi, lecz do możliwości samych świadczeniodawców [Raport IRSS, 2010].

Zbyt mała liczba miejsc w instytucjonalnych miejscach pomocy sprawia, że część osób starszych nie otrzymuje dostatecznego wsparcia. Dotyczy to szczególnie osób samotnych lub osób, które z powodu braku dostatecznych więzów rodzinnych nie mogą liczyć na pomoc dzieci, wnuków czy innych członków rodziny.

Prawa człowieka chronione są i gwarantowane przez Europejską Konwencję Praw Człowieka, a także Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej i ustawy. Dokumenty te gwarantują prawo do zabezpieczenia społecznego, opieki zdrowotnej, godnego traktowania, poszanowania życia rodzinnego i prywatnego, korespondencji. Zakazują też tortur i poniżania [Europejska Konwencja Praw Człowieka 1953, Krawczyk i Szukalski 2018].

Świadczenia zdrowotne i socjalne o charakterze opiekuńczym skierowane do populacji starszej, przewlekle chorej i niepełnosprawnej dostępne są w systemie opieki zdrowotnej oraz w systemie pomocy społecznej. W systemie opieki zdrowotnej uwaga skierowana jest na funkcje medyczne i rehabilitacyjne, a w systemie pomocy społecznej na funkcje opiekuńcze, rehabilitacyjne i integracyjne [Piotrowski i Polakowska, 2016].

Analizy Najwyższej Izby Kontroli z 2017 r. wykazały, że w Polsce „nie istnieje funkcjonalna opieka medyczna osób w podeszłym wieku, brakuje też spójności w założonej opiece medyczno-socjalnej dla tej grupy osób”. W raporcie wskazano na konieczność dostosowania opieki medycznej do potrzeb osób w podeszłym wieku, a także do lepszego planowania opieki medycznej. Szczególny nacisk w tej kwestii położono na lokalne samorządy. Ponadto wskazano, że w kraju nie ma dostatecznej dostępności do opieki geriatrycznej i występuje duże zróżnicowanie terytorialne w poziomie świadczonych usług wsparcia osób starszych. Analizy wykazały, że seniorzy z wielochorobowością nie są odpowiednio rozliczani przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), co sprawia, że adekwatna i prawidłowa opieka medyczna nie jest zapewniona. Wszystkie wymienione problemy oraz problem ekonomiczny państwa powodują rozwój sektora placówek niepublicznych, które często pracują na granicy prawa lub je naruszają. Ostatecznie z powodu wadliwości systemu cierpią seniorzy [NIK 2017].

## 1.6. Instytucje opieki nad osobami starszymi w Polsce

Opieka nad osobami starszymi w Polsce zapewniona jest przez instytucje opieki zdrowotnej i społecznej oraz rodzinę. Do instytucji opieki zdrowotnej zalicza się pielęgniarzką opiekę długoterminową, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja i hospicja domowe. Natomiast do instytucji opieki społecznej zaliczane są domy pomocy społecznej, domy pomocy społecznej dla psychicznie chorych, dzienne domy pomocy społecznej i opieka otwarta [Bożydło i wsp. 2013, Bosacka i wsp.2016].

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej pokrywane są z obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne, a ich płatnikiem jest NFZ. W Polsce każda osoba podlegająca powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu ma prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej [Bromber 2015].

Pacjentami w podeszłym wieku w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) opiekuje się lekarz rodzinny, który realizuje świadczenia zdrowotne w zakresie profilaktyki, diagnostyki, terapii i usprawniania pacjenta. Lekarz rodzinny współpracuje z pielęgniarką środowiskowo-rodziną, świadczącą kompleksową opiekę pielęgniarzką oraz z pracownikiem socjalnym i ewentualnie opiekunką środowiskową [Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.]

Pielęgniarka w ramach świadczonej opieki rozpoznaje warunki, potrzeby zdrowotne, problemy pielęgnacyjne podopiecznych, planuje i wdraża opiekę pielęgnacyjną, realizuje świadczenia diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne oraz prowadzi edukację zdrowotną i promocję zdrowia [Klimczyk 2010, Pluta i wsp. 2014]. W ramach świadczeń POZ realizowana jest również pielęgniarzka opieka domowa oraz pielęgniarzka opieka długoterminowa domowa [Klimczyk 2010]. Jeżeli stan zdrowia osoby starszej uniemożliwia leczenie w środowisku domowym lub w przypadku znacznego niedoświetstwa seniora, istnieje możliwość umieszczenia go w instytucjach opieki długoterminowej. W ramach stacjonarnej, całodobowej opieki długoterminowej funkcjonują: zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), których działalność określa ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Do wymienionych instytucji przyjmowane są (na wniosek lekarza rodzinnego lub lekarza z oddziału szpitalnego) osoby, które nie wymagają hospitalizacji, a kryterium kwalifikacji stanowi ocena stanu dokonywana zmodyfikowaną skalą Barthel. Pacjent przebywający w ZOL lub ZPO ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania, które nie mogą przekraczać 70 % kwoty jego miesięcznego dochodu, natomiast wydatki



związane ze świadczeniami zdrowotnymi pokrywa NFZ [Błędowski i Maciejasz, 2013, Kujawska 2015, Bosacka 2016].

W systemie polskim funkcjonują również zakłady rehabilitacji leczniczej oraz opieki paliatywno-hospicyjnej, które zapewniają opiekę osobom starszym [Mazurek i wsp. 2014, Klimczyk 2010, Przybyłka 2017].

Osoba starsza może być również objęta opieką domową, którą zapewnia pielęgniarka opieki długoterminowej i/lub zespół długoterminowej opieki domowej, zapewniający opiekę osobom wentylowanym mechanicznie. Do oceny potrzeb pacjentów kwalifikowanych do takiej formy opieki również wykorzystuje się zmodyfikowaną skalę Barthel. W przypadku uznania, że pacjent nie wymaga leczenia stacjonarnego, zostaje mu przyznana systematyczna, wzmożona opieka pielęgniarska, w ramach której ma zapewnione usługi w zakresie pielęgnacji, rehabilitacji, pomocy w rozwiązywaniu problemów biologicznych, społecznych i psychicznych [Kilian i wsp. 2018].

Osoba starsza może uzyskać również świadczenie finansowe w formie zasiłku okresowego, celowego lub pielęgnacyjnego [Bank Światowy 2015, Kilian i wsp. 2018].

Formą opieki instytucjonalnej nad osobą starszą są także domy pomocy społecznej (DPS), które zapewniają całodobową opiekę. Definicja i zasady funkcjonowania DPS-ów zostały określone w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Wynika z niej, że DPS *jest placówką świadczącą usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, przeznaczoną dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogących samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu.* W zależności od ich przeznaczenia dzieli się je na placówki dla osób w podeszłym wieku, osób przewlekle chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie, osób uzależnionych od alkoholu [definicja: ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; **Miejsce publikacji:** (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.)]. Art. 56a ust. 1 wyżej wymienionej ustawy dopuszcza łączenie profili domu pomocy społecznej i prowadzenie ich w jednym budynku w poniżej wskazanym zakresie:

- a) osoby w podeszłym wieku i osoby przewlekle, somatycznie chore,
- b) osoby przewlekle, somatycznie chore oraz niepełnosprawne fizycznie,
- c) osoby w podeszłym wieku i osoby niepełnosprawne fizycznie,

d) osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie oraz dzieci i młodzież niepełnosprawna intelektualnie.

Inne typy DPS-ów też mogą być łączone ze sobą, jednak każdy z nich musi być umieszczony w osobnym budynku [Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.].

Zgodnie z zapisem ustawy organem założycielskim i prowadzącym DPS może być jednostka samorządu terytorialnego wszystkich szczebli, a także podmioty niepubliczne, które pozyskały zezwolenie właściwego wojewody. Po uzyskaniu zezwolenia jednostka wpisywana jest do rejestru, który publikowany jest corocznie do 30 czerwca w wojewódzkim dzienniku urzędowym. Domy pomocy społecznej są prowadzone przez podmioty publiczne w formie jednostki budżetowej [Kwiatkowska 2015, Grabusińska 2013].

Podstawą do przyjęcia osoby starszej do DPS-u jest niesprawność oraz trudna sytuacja socjalna. Mieszkańcy DPS-ów obciążeni są kosztami pobytu do 70% własnych dochodów netto, ale jest to kwota nieprzekraczająca rzeczywistego kosztu utrzymania w placówce [Giezek i wsp. 2018 Grabusińska 2013]. Koszty pobytu w DPS-ie w pierwszej kolejności pokrywa osoba, która ma tam zamieszkać, następnie małżonek oraz kolejno zstępni oraz wstępni. W przypadku braku pokrycia kosztów opłaty ponosi gmina [Bożydło 2013, Giezek i wsp. 2018]. Domy pomocy społecznej realizują świadczenia opiekuńcze, bytowe i wspomagające poprzez zapewnienie miejsca zamieszkania, wyżywienia, utrzymania czystości, pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, a także pielęgnację w czasie choroby. Osoba w trudnej sytuacji finansowej, mieszkająca w DPS-ie, ma również zapewnioną odzież, obuwie, środki czystości i higieny osobistej. Domy pomocy społecznej prowadzą terapię zajęciową, a także pomagają w zaspokojeniu potrzeb religijnych (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, Dz.U.2012, poz. 964) [Benek i Szewczenko 2015, Zboina 2014, Gryglewska 2014, Błędowski i Maciejarz 2013].

Mieszkańcy DPS-ów, jako osoby ubezpieczone, mają także prawo do finansowanych ze środków NFZ usług medycznych, w tym do pielęgnacji, rehabilitacji, psychoterapii oraz terapii zajęciowej [Karandashev i Senko 2011, Mielczarek 2008, Klimczyk 2010].

Zgodnie z rozporządzeniem (Dz.U.2012, poz. 964) każdy nowy podopieczny Domu Pomocy Społecznej powinien przejść ocenę potrzeb, na podstawie której zostaje opracowany dla niego pakiet świadczeń.

W grudniu 2018 roku w Polsce działało 876 Domów Pomocy Społecznej, w których przebywało 82,8 tys. osób i w porównaniu do roku 2017 nastąpił ich wzrost o 6,3%.

W 2018 r. w zakładach stacjonarnych pomocy społecznej przebywało 166,4 tys. osób, trzech na czterech mieszkańców mieszkało w Domach Pomocy Społecznej. Największą grupę osób korzystających ze stacjonarnych form opieki społecznej (w tym z DPS-ów) stanowią osoby w podeszłym wieku (27 125 osób), osoby przewlekle psychicznie chore (23 468), osoby przewlekle somatycznie chore (21 538). Ponad połowa mieszkańców zakładów stacjonarnej pomocy społecznej to osoby powyżej 65. roku życia, a co czwarta osoba zamieszkała w placówkach jest między 40. a 59. rokiem życia. Osoby poniżej 18. roku życia stanowią najmniejszą grupę mieszkańców [GUS 2019].

Pobyt w Domu Pomocy Społecznej nie pozostaje bez wpływu na psychikę osoby starszej, która najczęściej oczekuje wsparcia emocjonalnego. Jednocześnie Domy Pomocy Społecznej mają cechy „instytucji totalnych”, ingerujących w każdą dziedzinę życia podopiecznego, ograniczając jego prywatność, kontrolując i pobudzając poczucie zależności [Jurek 2009, Kosiorek 2012]. Osoba starsza musi się odnaleźć w nowej sytuacji, rozpoznać swoje emocje, które mogą być zarówno pozytywne, zachęcające do podejmowania interakcji społecznych, jak i negatywne, zwiększające izolację społeczną. Brak pracy nad indywidualnie przeżywanymi emocjami nasila aktywność współczulnego układu nerwowego, co może doprowadzić do osłabienia odporności i nasilenia problemów zdrowotnych. Dlatego osoba przebywająca w Domu Pomocy Społecznej powinna być objęta systemem wsparcia emocjonalnego, opartym na adekwatnych relacjach z przeszkolonym personelem medycznym [Glińska i wsp. 2015]. Opiekunowie i osoby pracujące z seniorami powinny przejawiać zindywidualizowane podejście do każdego podopiecznego. Wynika to również z faktu, że osoby starsze narażone są na frustracje spowodowane nie tylko pogarszającym się stanem zdrowia, lecz również nową sytuacją życiową, do której wraz z wiekiem coraz trudniej jest im się dostosować [Makara-Studzińska i Kryś-Noszczyk 2012]. Osoby starsze oczekują troski. Chcą być blisko kogoś, kto wysłucha ich obaw. To pomaga im uwolnić się od negatywnych uczuć i napięć, zwłaszcza że towarzyszące seniorom poczucie osamotnienia pogarsza ich stan psychiczny [Kowalska i wsp. 2010]. Jednocześnie osoby starsze zamieszkujące DPS-ach nisko oceniają wsparcie emocjonalne oferowane przez personel. Dużo osób starszych tłumy w sobie emocje i nie potrafi nabrać do nich dystansu [Glińska 2015]. Jednak w przypadku zbyt dużego wsparcia emocjonalnego ze strony personelu, np. pielęgniarek,

może wystąpić tzw. paradoks wsparcia. Zjawisko to polega na obniżeniu u seniora poczucia kompetencji, ogranicza też jego autonomię [Kotarba i Borowiak 2016]. Zazwyczaj jednak seniorzy zamieszkujący prywatne Domy Pomocy Społecznej mają wyższy wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Są aktywniejsi i chętniej dostosowują się do zaleceń zdrowotnych, a także są zainteresowani informacjami na temat swojego stanu zdrowia i przebiegu choroby. Może to wynikać z braku potrzeby realizowania trudnych, skomplikowanych zadań, ponieważ personel jest gotowy w każdej chwili pomóc podopiecznym [Mziray i wsp. 2013].

Wsparciem dla publicznych systemów opiekuńczych jest rozwijający się coraz dynamiczniej sektor prywatny (prywatne domy opieki), a także organizacje pozarządowe. W Polsce funkcjonują również Domy Spokojnej Starości. Jest ich ponad dwieście. Są to jednak placówki prywatne, nie objęte wsparciem instytucjonalnym. Najmniej obciążające seniora są domy opieki o kameralnej atmosferze, liczące poniżej 20 osób. W takich grupach szybciej zawiązują się przyjaźnie, a personel jest mniej obciążony, co z kolei przekłada się na polepszenie relacji z osobami starszymi. Często za złe psychiczne samopoczucie seniora odpowiada brak możliwości izolacji, którą zapewniałoby posiadanie prywatnego pokoju. Chociaż osoby starsze często odczuwają samotność, to jednocześnie największą traumą jest utrata prywatności w Domach Opieki Społecznej, m.in. konieczność współdzielenia pokoju.

Zawężenie przestrzeni życiowej, życie w gromadzie anonimowych jednostek intensyfikuje poczucie samotności i często jest głównym źródłem konfliktów [Grabusińska 2013].

### **Opieka paliatywna w DPS**

Domy Opieki Społecznej powinny być przygotowane do zapewnienia opieki paliatywnej. Według definicji WHO opieka paliatywna to „aktywna, wszechstronna i całościowa opieka nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia”. Obejmuje ona zwalczanie bólu trudnego do opanowania i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaga rodziny chorych tak w czasie trwania choroby, jak i w okresie osierocenia. Ten rodzaj opieki powinien być prowadzony już we wczesnych etapach rozwoju choroby, nawet podczas leczenia przyczynowego. Dzięki temu jakość życia chorych ulega znacznej poprawie, zmniejszając ryzyko wystąpienia depresji i wydłuża życie pacjentów [Wesołek 2016].

Ze względu na wydłużenie życia seniorów przebywających w DPS-ach, u pensjonariuszy częściej pojawiają się choroby onkologiczne i śmiertelne, wymagające opieki paliatywnej. Zastosowanie opieki paliatywnej w DPS-ach mogłoby ograniczyć liczbę osób chorych wymagających przeniesienia do innych placówek. Pozostanie w miejscu znanym dobrze wpływa na stan psychiczny seniora i może przyczynić się do lepszej, bardziej spersonalizowanej opieki [Wesołek 2016]. Jednak opieka paliatywna w Domach Pomocy Społecznej nastęrcza wiele trudności. Przepływ informacji dotyczących opieki nad osobą ciężko chorą jest ograniczony lub nie odbywa się na bieżąco. Dokumentacja jest rozdrobniona (osobno prowadzona jest dokumentacja pielęgniarstwa, pracownika socjalnego, opiekunów medycznych). Opieka medyczna jest doraźna, a opieka pielęgniarstwa niejednokrotnie prowadzona przez zewnętrzne firmy. Ponadto opiekunowie nie posiadają uprawnień do wykonywania procedur medycznych, nie mają też odbytych szkoleń z farmakoterapii. Problemy te sprawiają, że świadczenie usług śmiertelnie chorym pensjonariuszom DPS-ów jest utrudnione [Wesołek 2016].

## **2. CEL PRACY**

Celem pracy jest porównanie sprawności funkcjonalnej i wybranych czynników psychospołecznych osób po 65. roku życia mieszkających w Domu Pomocy Społecznej i domu rodzinnym.

### **Problemy badawcze:**

1. Jaka jest zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a miejscem ich zamieszkania?
2. Jaka jest zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a wybranymi czynnikami psychospołecznymi (samoocena stanu zdrowia, występowanie depresji, otrzymane wsparcie społeczne, satysfakcja z życia, poczucie osamotnienia)?
3. Jaka jest zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a występowaniem chorób współistniejących?
4. Jaka jest zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a zmiennymi socjodemograficznymi (wiek, płeć, poziom wykształcenia)?

### **Hipotezy badawcze:**

1. Badani mieszkający w domach rodzinnych prezentują wyższy poziom sprawności funkcjonalnej w porównaniu z osobami mieszkającymi w DPS-ach.
2. Badani z wyższym poziomem sprawności funkcjonalnej prezentują wyższą samoocenę stanu zdrowia, wyższy poziom satysfakcji z życia, niższe wyniki w geriatrycznej skali oceny depresji, niższy poziom osamotnienia i otrzymują mniej wsparcia społecznego.
3. Poziom sprawności funkcjonalnej badanych jest zależny od współwystępowania chorób.
4. Poziom sprawności funkcjonalnej badanych jest zależny od wieku, płci i wykształcenia.

### 3. MATERIAŁ I METODY

#### 3.1. Metody i narzędzia badawcze

W badaniach została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego przy użyciu standaryzowanych narzędzi badawczych oraz autorskiego kwestionariusza ankiety.

Do zebrania danych wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. Skrócony Test Sprawności Umysłowej-AMTS Abbreviated Mental Test Score [Skalska 2007].
2. Skalę GARS do oceny stanu funkcjonalnego osób starszych wiekiem w Polsce w adaptacji: P. Brzyski, B. Tobiasz-Adamczyk, T Knurowski [Brzyski i wsp. 2012, Kempen 1996].
3. Skalę wsparcia społecznego w populacji osób starszych wiekiem w Polsce SSL 12-I w polskiej adaptacji: B. Brzyski, T Knurowski, B Tobiasz-Adamczyk [Brzyski i wsp.2005].
4. Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (GDS) w wersji skróconej do 15 cech [Yesavag 1983, Albański 2001].
5. Skalę satysfakcji z życia (SWLS Satisfaction With Life Scale) w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego [Juczyński 2009].
6. Skalę do pomiaru poczucia samotności De Jong Gierveld w polskiej adaptacji: P. Grygiel, G. Humenny, S. Rębisz, P. Świtaj, J. Sikorska [Grygiel 2013].
7. Skalę do oceny stanu zdrowia (5-stopniową skalę porównawczą typu zrównoważonego) [Świtała 2009].
8. Autorski kwestionariusz ankiety.

Charakterystyka narzędzi badawczych:

**1. Skrócony test sprawności umysłowej** – (AMTS Abbreviated Mental Test Score wg Hodgkinsona), wersja polska testu [załącznik nr 1].

AMTS stosowany jest w celu przesiewowej oceny sprawności funkcji poznawczych u pacjentów w podeszłym wieku w zakresie: pamięci świeżej i odległej, koncentracji uwagi, zdolności liczenia. Test składa się z 10 pytań ocenianych w systemie 0-1: odpowiedź nieprawidłowa – 0 pkt., odpowiedź prawidłowa – 1 pkt. Wyniki 0-3 punkty wskazują na ciężkie upośledzenie funkcji poznawczych, wyniki 4-6 na upośledzenie umiarkowane. Wynik > 6 punktów uznawany jest za wynik prawidłowy [Skalska 2007].

## **2. Skala GARS do oceny stanu funkcjonalnego osób starszych wiekiem w Polsce w adaptacji P. Brzyski, B. Tobiasz-Adamczyk, T. Knurowski [załącznik nr 2].**

Kwestionariusz GARS służy do oceny stanu funkcjonalnego badanych wraz z dwiema jego składowymi: samodzielnością w czynnościach podstawowych (ADL) i złożonych (IADL). Kwestionariusz skali GARS składa się z 18 pytań, które dotyczą niezależności w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Na każde pytanie badany może udzielić następujących odpowiedzi: *tak, mogę to robić w pełni samodzielnie bez żadnych trudności* (ranga 1); *tak, mogę to robić w pełni samodzielnie, ale z pewnymi trudnościami* (ranga 2); *tak, mogę to robić w pełni samodzielnie, ale z poważnymi trudnościami* (ranga 3); *nie mogę tego robić w pełni samodzielnie — mogę to robić jedynie z czyjąś pomocą* (ranga 4). Im wyższy wynik punktowy (od 18 do 72), tym większy zakres upośledzenia funkcjonalnego osoby badanej [Brzyski i wsp. 2012].

## **3. Skala wsparcia społecznego w populacji osób starszych wiekiem w Polsce SSL 12-I [załącznik nr 3].**

Skala SSL12-I opracowana została przez holenderskich naukowców Kempena i van Eijka. Jest to skrócona wersja 34-pytaniowej skali Social Support List-Interaction, której autorem jest holenderski badacz van Sonderen.

Skala SSL12-I służy do pomiaru wsparcia społecznego, mierzonego jakością i ilością interakcji społecznych, w jakich respondenci uczestniczą. Składa się z dwunastu pytań – na każde z nich badany może udzielić odpowiedzi: 1 – *rzadko* lub *nigdy*, 2 – *czasami*, 3 – *regularnie*, 4 – *bardzo często*.

Skala składa się z trzech podskal, a każda podskala składa się z czterech pytań, które można traktować jako osobne wymiary lub wykorzystywać wyłącznie wynik sumaryczny. Podskale są następujące: wsparcie w codziennym życiu (cz-everydaysocial suport), wsparcie w sytuacjach trudnych (st-suport in problem situations) oraz ocena własnej wartości jako dawcy wsparcia. Wszystkie pytania mają tę samą skalę odpowiedzi: najniżej rangowana (ranga 1) wskazuje na brak wsparcia, najwyżej rangowana (ranga 4) wskazuje na pełne wsparcie w danym aspekcie [Brzyski i wsp. 2005].

## **4. Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GDS), wersja skrócona do 15 cech [załącznik nr 4].**

Skala GDS jest narzędziem przesiewowym do diagnozowania w kierunku depresji. Ocenia kondycję psychiczną osoby badanej w okresie ostatnich dwóch tygodni. W badaniu wykorzystana zostanie piętnastopunktowa wersja skrócona. Na każde z pytań



badany ma dwie możliwości odpowiedzi: *tak* lub *nie*. Wybierając odpowiedź świadcząca o złym samopoczuciu psychicznym, osoba badana otrzymuje 1 punkt. Uzyskanie 0-5 punktów interpretuje się jako stan bez depresji, wynik 6-10 punktów oznacza depresję umiarkowaną, a uzyskanie 11-15 punktów oznacza depresję ciężką [Skalska 2007].

#### **5. Skala Satysfakcji z Życia (SWLS, Satisfaction with Life Scale)** [załącznik nr 5].

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) została opracowana przez Dienera i wsp. Skala służy do oceny satysfakcji z życia badanych i składa się z pięciu stwierdzeń ocenianych w siedmiostopniowej skali. Badany ocenia, w jakim stopniu każda opinia odnosi się do jego własnego życia: 1 – *zupełnie nie zgadzam się*, 2 – *nie zgadzam się*, 3 – *raczej nie zgadzam się*, 4 – *ani się zgadzam, ani nie zgadzam*, 5 – *raczej zgadzam się*, 6 – *zgadzam się*, 7 – *całkowicie zgadzam się*. Oceny należy zsumować, a zakres wyników mieści się w przedziale od 5 do 35 punktów. Otrzymany wynik pomiaru jest ogólnym wskaźnikiem poczucia zadowolenia z życia; im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia. Wyniki w granicach 1-4 stena traktuje się jako wyniki niskie, 5-6 jako przeciętne, a 7-10 jako wysokie [Juczyński 2009].

#### **6. Skala do pomiaru poczucia samotności** [załącznik nr 6].

Skala służy do pomiaru poczucia samotności i składa się z jedenastu twierdzeń, w tym sześć zawiera zdania o zabarwieniu negatywnym, świadczącym o braku satysfakcji z kontaktów społecznych, pięć natomiast jest sformułowanych pozytywnie i mierzy satysfakcję z relacji interpersonalnych. Badany proszony jest o wskazanie, w jakim stopniu twierdzenia zgodne są z jego obecną sytuacją. Odpowiedzi udzielane są w 5-stopniowej skali: od *zdecydowanie tak* do *zdecydowanie nie*. Wskaźnik poczucia samotności oblicza się, dekodując 6 twierdzeń „negatywnych” (nr 2, 3, 5, 6, 9 oraz 10), następnie sumuje się wszystkie pozycje testowe. Im wyższą ilość punktów uzyskuje badany, tym wyższy wskaźnik poczucia osamotnienia [Grygiel i wsp. 2013].

#### **7. Skala do oceny stany zdrowia: 5-stopniowa skala porównawcza typu zrównoważonego** [załącznik nr 7].

W badaniu samooceny kondycji zdrowotnej zastosowana zostanie 5-stopniowa skala porównawcza typu zrównoważonego. Stan zdrowia w opinii badanych może być oceniony przez nich jako: *bardzo dobry*, *dobry*, *dostateczny*, *zły*, *bardzo zły* [Świtłała 2009].

#### **8. Autorski kwestionariusz ankiety** [załącznik nr 8].

Kwestionariusz zawiera 9 pytań dotyczących: wieku, płci, wykształcenia, rodzaju aktywności zawodowej, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego oraz sytuacji zdrowotnej

(występowania chorób, stopnia niepełnosprawności).

### 3.2. Metody analizy danych

Analizę zebranych danych wykonano w programie R, wersja 3.6.3 [R Core Team 2020]. Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) przeprowadzono, wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę, kwartyle, minimum oraz maksimum. Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono, wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości.

Porównanie wartości zmiennych jakościowych w grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat (z korektą Yatesa dla tabel 2x2) lub dokładnego testu Fishera tam, gdzie w tabelach pojawiały się niskie licznosci oczekiwane. Porównanie wartości zmiennych ilościowych

w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a.

Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Po wykryciu istotnych statystycznie różnic wykonywano analizę post-hoc testem Dunna w celu zidentyfikowania różniących się istotnie statystycznie grup.

Korelacje między zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. W analizie przyjęto poziom istotności  $\alpha=0,05$ .

### 3.3. Organizacja badań i kryteria doboru badanych

Badania właściwe przeprowadzono od marca 2016 roku do listopada 2018 roku, poprzedzając je badaniem pilotażowym w celu ustalenia terenu badań i doboru narzędzi badawczych (maj 2014 do listopad 2016 roku). Badaniem objęto 500 osób, w tym 250 mieszkających w Domach Pomocy Społecznej (grupa badana) i 250 mieszkających w domu rodzinnym (grupa porównawcza).

Grupę badaną stanowiło 250 osób mieszkających w jednym z siedmiu Domów Pomocy Społecznej, w tym trzech działających na terenie woj. małopolskiego i czterech woj. śląskiego, tj.:

1. Dom Pomocy Społecznej im. Św. Brata Alberta, ul. Adolfa Nowaczyńskiego 1, 30-336 Kraków;
2. Dom Pomocy Społecznej Łętownia 353, 34-788 Łętownia;
3. Dom Pomocy Społecznej w Wadowicach, ul. Parkowa 1, 34-100 Wadowice;
4. Dom Pomocy Społecznej SOAR, ul. Modrzewskiego 25, 43-300 Bielsko-Biała;
5. Dom Pomocy Społecznej DOM NAUCZYCIELA, ul. Poczтовая 14 a, 43-309 Bielsko-Biała;
6. Dom Pomocy Społecznej SAMARYTANIN, ul. Bednarska 10, 43-316 Bielsko-Biała
7. Dom Pomocy Społecznej Ośrodek Św. Anna, ul. Kopernika 6, 43-100 Tychy.

W okresie prowadzonych badań na terenie woj. małopolskiego funkcjonowały 23 DPS-y oraz 41 placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, a na terenie woj. śląskiego działało 99 DPS-ów oraz 184 placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku [Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach Wydział Rodziny i Polityki Społecznej, GUS Stacjonarne domy pomocy społecznej w 2017 r.].

Grupę porównawczą stanowiło 250 osób mieszkających we własnych gospodarstwach domowych lub z rodziną i należących do jednej z wymienionych jednostek organizacyjnych: Klubu Seniora, Klubu Zdrowia, Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, Centrum Medycznego Corvita lub Pielęgniarstwa

Środowiskowo-Rodzinne „Zdrowie”, działających na terenie woj. małopolskiego i śląskiego.

1. Klub Seniora przy Andrychowskiej Spółdzielni Mieszkaniowej, ul. Lenartowicza 7, 34-120 Andrychów,
2. Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów-Oddział Rejonowy, ul. Krakowska 72, 34-120 Andrychów,
3. Klub Zdrowia Książnica Beskidzka, ul. J Słowackiego 17A, 43-300 Bielsko – Biała,
4. Pielęgniarstwo Środowiskowo Rodzinne „Zdrowie” Taraska i Lupa Spółka Jawna, ul. Krakowska 140a, 34-120 Andrychów,
5. Centrum medyczne Corvita w Bielsku Białej ul. Sobieskiego 89/50, 43-300 Bielsko-Biała.

Zgodę na przeprowadzenie badań uzyskano od dyrektorów DPS-ów, kierowników wyżej wymienionych placówek oraz każdego z uczestników badania.

Badanie pensjonariusza DPS było przeprowadzone face to face z zachowaniem warunków intymności rozmowy. Badanie osób zamieszkujących we własnych gospodarstwach domowych lub z rodziną autor przeprowadził face to face z zachowaniem warunków intymności rozmowy oraz przy udziale pielęgniarek środowiskowych. Pielęgniarki środowiskowe przed przeprowadzeniem ankietyzacji zostały przeszkolone co do sposobu przeprowadzenia badania.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej działającej przy Beskidzkiej Izbie Lekarskiej w Bielsku-Białej (nr **2014/03/13/1**).

Kryteria włączenia i wykluczenia z badań dla obu grup zamieszczono poniżej.

### **1. Grupa badana**

Kryteria włączenia do badań:

- wiek powyżej 65 r.ż.;
- świadoma zgoda na uczestnictwo w badaniu;
- miejsce zamieszkania – Dom Pomocy Społecznej, w której Dyrektor wyraził zgodę na przeprowadzenie badań;
- stan umożliwiający świadomą zgodę i przeprowadzenie pełnego badania (liczba punktów w teście AMTS Abbreviated Mental Test Score powyżej 6).

Kryteriami wykluczenia z badań:

- wiek poniżej 65 r.ż.;
- brak świadomej zgody na uczestnictwo w badaniu lub rezygnacja z badania;
- brak zgody Dyrektora Domu Pomocy Społecznej na przeprowadzenie badań;
- upośledzenie umiarkowane lub ciężkie utrudniające pełny kontakt z respondentem (liczba punktów w teście AMTS 6 punktów i mniej).

## **2. Grupa porównawcza:**

Kryteria włączenia do badań:

- wiek powyżej 65 r.ż.;
- świadoma zgoda na uczestnictwo w badaniu;
- miejsce zamieszkania – własne gospodarstwo domowe lub mieszkanie z rodziną;
- stan umożliwiający uzyskanie świadomej zgody i przeprowadzenie pełnego badania (liczba punktów w teście AMTS Abbreviated Mental Test Score powyżej 6).

Kryteria wyłączenia z badań:

- wiek poniżej 65 r.ż.;
- brak zgody na udział w badaniu lub rezygnacja z uczestnictwa podczas jego trwania;
- upośledzenie umiarkowane lub ciężkie utrudniające pełny kontakt z respondentem (liczba punktów w teście AMTS 6 punktów i mniej).

Do badań zakwalifikowano ogółem 720 osób, które uzyskały w teście AMTS wynik równy lub wyższy niż 7. W wyniku braku zgody uczestnika na udział w badaniu lub niewypełnienia wszystkich narzędzi badawczych, do ostatecznej analizy zakwalifikowano 500 osób (uzyskano zwrotność kompletnie wypełnionych narzędzi badawczych na poziomie 69,44%).

### 3.4. Charakterystyka badanych

Badaniem objęto 500 osób, w tym 250 mieszkańców DPS-ów i 250 prowadzących własne gospodarstwo domowe lub mieszkających z rodziną (w dalszej analizie grupa ta będzie opisana jako badani mieszkający w domu rodzinnym).

Wiek badanych wahał się od 65 do 100 lat, średnia wieku całej badanej grupy wynosiła 77,1 lat (mediana: 77). Większość badanych stanowiły kobiety (65,2%). Najczęściej badani legitymowali się wykształceniem średnim (36,2%), a aktywnych zawodowo pozostawało 1,2% badanych. Stan cywilny badanych był zróżnicowany, dominowały wdowy/wdowcy i pozostający w związkach małżeńskich (42,6 % vs 31,2%). Ponad połowa badanych (53,8%) zadeklarowała, iż jest sprawna fizycznie, a 47,2% miało przyznaną grupę inwalidzką. Szczegółowe dane zawarto w tabeli I.

Tabela I. Charakterystyka badanych grup

Kategoria danych	Grupa badana (DPS)			Grupa porównawcza (DOM)			Łącznie	p
	R	K	M	R	K	M		
Liczba badanych	n=250 (100%)	166 (66,4%)	84 (33,6%)	n=250 (100%)	160 (64%)	90 (36%)	500 (100%)	
<b>Wiek</b>								
65-74 lata	92 (36,8%)	44 (26,5%)	43 (51,2%)	140 (56,0%)	92 (57,5%)	45 (50%)	232 (46,4%)	p<0,001 p-test chi- kwadrat
75-89 lat	127 (50,8%)	98 (59%)	37 (44%)	103 (41,2%)	66 (41,25%)	40 (44,4%)	230 (46,0%)	
Powyżej 90 lat	31 (12,4%)	24 (14,5%)	4 (4,7%)	7 (2,8%)	2 (1,25%)	5 (5,6%)	38 (7,6%)	
średnia	79,14	81,1	75,3	75,1	74,7	75,8	77,1	
mediana	79,5	82	74	73	73	75	77	
minimum	65	65	65	65	65	65	65	
maksimum	100	100	94	96	96	95	100	
<b>Wykształcenie</b>								
podstawowe niepełne	28 (11,2%)	20 (12,0%)	8 (9,5%)	7 (2,8%)	6 (3,75%)	1 (1,1%)	34 (6,8%)	p<0,001 p-test chi- kwadrat
podstawowe zawodowe	65 (26,0%)	49 (29,5%)	16 (19,0%)	45 (18,0%)	31 (19,4%)	14 (15,6%)	110 (22,0%)	
średnie	50 (20,0%)	22 (13,3%)	28 (33,3%)	65 (26,0%)	31 (19,4%)	34 (37,8%)	116 (23,2%)	
wyższe magisterskie	82 (32,8%)	60 (36,1%)	22 (26,2%)	99 (39,6%)	67 (41,9%)	32 (35,6%)	181 (36,2%)	
	25 (10%)	15 (9,0%)	10 (11,9%)	34 (13,6%)	25 (15,6%)	9 (10%)	59 (11,8%)	
<b>Aktywność zawodowa</b>								
Pracuje	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (2,4%)	3 (1,9%)	3 (3,3%)	6 (1,2%)	p<0,001 p- dokładny test Fishera
Renta	86 (34,4%)	50 (30,1%)	36 (42,9%)	31 (12,4%)	21 (13,1%)	10 (11,1%)	117 (23,4%)	
Emerytura	152 (60,8%)	108 (65,1%)	44 (52,4%)	211 (84,4%)	135 (84,4%)	76 (84,4%)	363 (72,6%)	
Inne/zasilek/renta opiekuńcza	12 (4,8%)	8 (4,8%)	4 (4,8%)	2 (0,8%)	1 (0,6%)	1 (1,1%)	14 (2,8%)	
<b>Stan cywilny</b>								
Zamężna/zonaty	32 (12,8%)	19 (11,4%)	13 (15,5%)	124 (49,6%)	57 (35,6%)	67 (74,4%)	156 (31,2%)	p<0,001 p-test chi- kwadrat
Wdowa/wdowiec	122 (48,8%)	99 (59,6%)	23 (27,4%)	91 (36,4%)	75 (46,9%)	16 (17,8%)	213 (42,6%)	
Wolna/y	81 (32,4%)	44 (26,5%)	37 (44,0%)	24 (9,6%)	19 (11,9%)	5 (5,6%)	105 (21,0%)	
Po rozwodzie	15 (6,0%)	4 (2,4%)	11 (13,0%)	11 (4,4%)	9 (5,6%)	2 (2,2%)	26 (5,2%)	
<b>Stopień niepełnosprawności</b>								
Brak niepełnosprawności	114 (45,6%)	79 (47,6%)	35 (41,7%)	155 (62,0%)	99 (61,9%)	56 (62,2%)	269 (53,8%)	p=0,001 p-test chi- kwadrat
Lekki	23 (9,2%)	17 (10,2%)	6 (7,1%)	23 (9,2%)	16 (10%)	7 (7,8%)	46 (9,2%)	
Umiarkowany	49 (19,6%)	25 (15,1%)	24 (28,6%)	39 (15,6%)	25 (15,6%)	14 (15,6)	88 (17,6%)	
Znaczny	64 (25,6%)	45 (27,1%)	19 (22,6%)	33 (13,2%)	20 (12,5%)	13 (14,4)	97 (19,4%)	
<b>Grupa inwalidzka</b>								
Brak	95 (38,0%)	68(41%)	27(32,1%)	169 (67,6%)	113 (70,6%)	56(62,2%)	264 (52,8%)	p<0,001 p-test chi- kwadrat
Pierwsza	93 (37,2%)	61(36,7%)	32(38,1)	34 (13,6%)	20(12,5%)	14(15,6%)	127 (25,4%)	
Druga	50 (20,0%)	29(17,5%)	21(25%)	32 (12,8%)	17(10,6%)	15(16,7%)	82 (16,4%)	
Trzecia	12 (4,8%)	8(4,8%)	4(4,8%)	15 (6,0%)	10(6,3%)	5(5,6%)	27 (5,4%)	

p – test chi-kwadrat; p – dokładny test Fishera; n – liczba osób; % - procent; K – kobiety; M – mężczyźni

Nie choruje na żadną chorobę 3,4 % badanych, natomiast 96,6 % deklaruje występowanie od 1-11 chorób (średnio 2.96). Badani chorują najczęściej na nadciśnienie tętnicze (56,4%), chorobę niedokrwienną serca (37,8%), choroby narządu ruchu (30,0%) i cukrzycę (22%). Szczegółowe dane ilustruje tabela II.

**Tabela II. Występowanie chorób współistniejących w badanych grupach**

Choroby współistniejące	Grupa			p
	Dom (n=250)	DPS (n=250)	Łącznie (n=500)	
Nadciśnienie tętnicze	163 (65,2%)	119 (47,6%)	282 (56,4%)	p<0,001 *
Choroba niedokrwienna serca	90 (36,0%)	99 (39,6%)	189 (37,8%)	p=0,461
Choroby żył	45 (18,0%)	24 (9,6%)	69 (13,8%)	p=0,01 *
Choroby tętnic	13 (5,2%)	18 (7,2%)	31 (6,2%)	p=0,458
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	17 (6,8%)	15 (6,0%)	32 (6,4%)	p=0,855
Astma	21 (8,4%)	34 (13,6%)	55 (11,0%)	p=0,086
Choroby żołądka i dwunastnicy	36 (14,4%)	34 (13,6%)	70 (14,0%)	p=0,897
Choroby pęcherzyka i dróg żółciowych	28 (11,2%)	29 (11,6%)	57 (11,4%)	p=1
Choroby krwi	11 (4,4%)	22 (8,8%)	33 (6,6%)	p=0,072
Choroby nerek i dróg moczowych	39 (15,6%)	36 (14,4%)	75 (15,0%)	p=0,802
Cukrzyca	73 (29,2%)	38 (15,2%)	111 (22,2%)	p<0,001 *
Choroby tarczycy	47 (18,8%)	32 (12,8%)	79 (15,8%)	p=0,086
Choroby narządu ruchu	85 (34,0%)	65 (26,0%)	150 (30,0%)	p=0,064
Inne choroby	53 (21,2%)	172 (68,8%)	225 (45,0%)	p<0,001 *

\* Istotne różnice pomiędzy osobami mieszkającymi we własnym domu a pensjonariuszami DPS-ów (p<0,05).

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera; n – liczba osób; % - procent



## 4. WYNIKI

### 4.1. Analiza poziomu sprawności funkcjonalnej i wybranych czynników psychospołecznych badanych

#### 4.1.1. Sprawność umysłowa badanych

Oceny sprawności umysłowej badanych dokonano Skróconym Testem Sprawności (ATMS).

Analiza wyników testu ATMS wykazała stan prawidłowy sprawności umysłowej w całej grupie badanej mieszkającej w DPS-ach, gdzie uzyskano wynik w przedziale 7-10 pkt. (tab. III).

Tabela III. Wynik skróconego testu AMTS badanych mieszkających w DPS

AMTS - liczba punktów	Interpretacja	DPS n=250	%
0-3	Ciężkie upośledzenie f. poznawczych	0	0,0%
4-6	Umiarkowane upośledzenie f. poznawczych	0	0,0%
7-8	Stan prawidłowy	111	44,4%
9-10	Stan prawidłowy	139	55,6%

n – liczba osób; % - procent

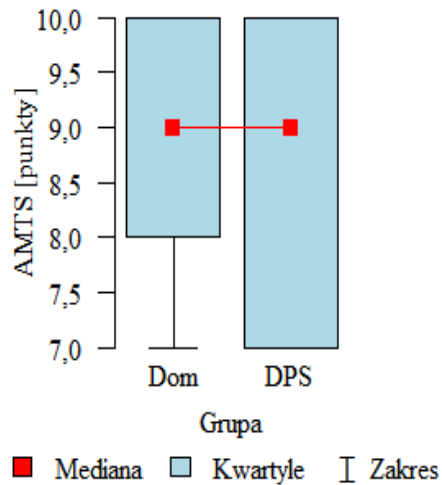
Badani mieszkający w domu rodzinnym również uzyskali wynik prawidłowy w zakresie sprawności umysłowej, mieszczący się w przedziale 7-10 pkt. (tab. IV).

Tabela IV. Wynik skróconego testu AMTS badanych mieszkających w domu rodzinnym

AMTS - liczba punktów	Interpretacja	DOM n=250	%
0-3	Ciężkie upośledzenie f. poznawczych	0	0,0%
4-6	Umiarkowane upośledzenie f. poznawczych	0	0,0%
7-8	Stan prawidłowy	83	33,2%
9-10	Stan prawidłowy	167	66,8%

n – liczba osób; % - procent

Analiza wykazała, że sprawność umysłowa mierzona skalą AMTS była wyższa w grupie osób mieszkających w domu rodzinnym ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $8,94 \pm 1,17$ ) w porównaniu z grupą mieszkającą w DPS-ach ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $8,6 \pm 1,18$ ). Zależność ta była istotna statystycznie ( $p=0,001$ ; test Manna-Whitney'a) (ryc. 1).



Ryc. 1. Statystyka opisowa wyników testu AMTS w badanych grupach

#### 4.1.2. Sprawność funkcjonalna badanych

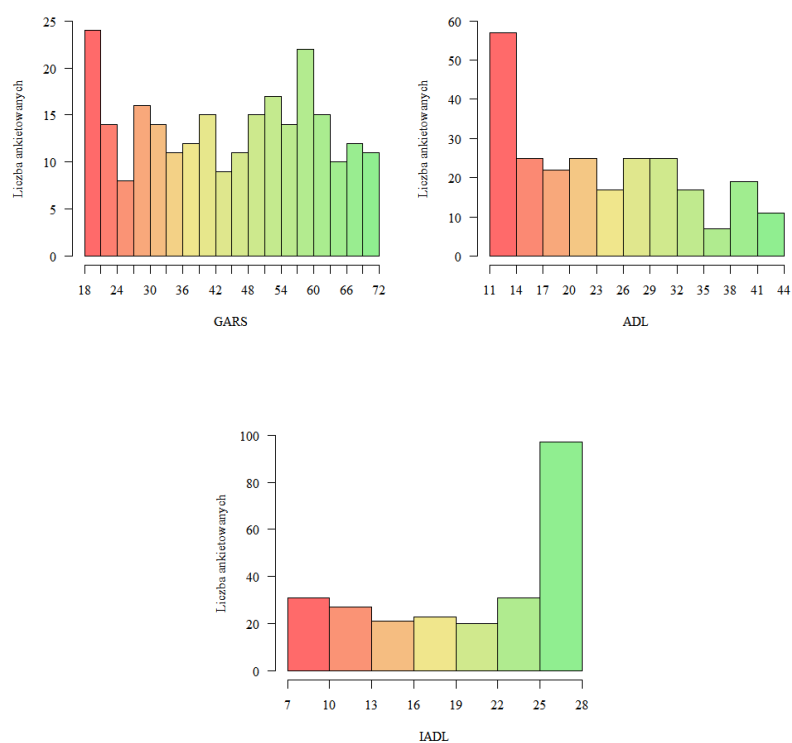
Do oceny ogólnej sprawności funkcjonalnej badanych oraz w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego (podskala ADL) i złożonych (podskala IADL) wykorzystano skalę GARS.

Badana grupa mieszkająca w DPS uzyskała wynik w skali GARS na poziomie średnim, który wynosił 44,74 pkt., co świadczy o trudnościach w wykonywaniu czynności dnia codziennego. W zakresie podstawowych czynności dnia codziennego badani uzyskali wynik średni na poziomie 24,25 pkt., co z kolei wskazuje na pewne trudności w wykonywaniu prostych czynności. Natomiast w zakresie złożonych czynności badani uzyskali średni wynik 20,45 pkt., który oznacza poważne trudności z wykonywaniem codziennych czynności. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli V i na rycinie 2.

**Tabela V. Statystyka opisowa sprawności funkcjonalnej mieszkańców DPS mierzona skalą GARS i podskalami ADL i IADL**

GARS	n	Zakres wartości	Średnia	SD	Średnia na pytanie	Me	Min	Max	Q1	Q3
GARS	250	18-72	44,74	16,20	2,49	46	18	72	31	58,75
ADL	250	11-44	24,25	9,73	2,20	23	11	44	16	32,00
IADL	250	7-28	20,49	7,27	2,93	23	7	28	14	27,00

n – liczba osób; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Min – minimum; Max – maximum; Q1 – 1 kwartyl; Q3 – 3 kwartyl



**Ryc. 2. Sprawność funkcjonalna badanych mieszkających w DPS mierzona skalą GARS i podskalami: ADL i IADL**

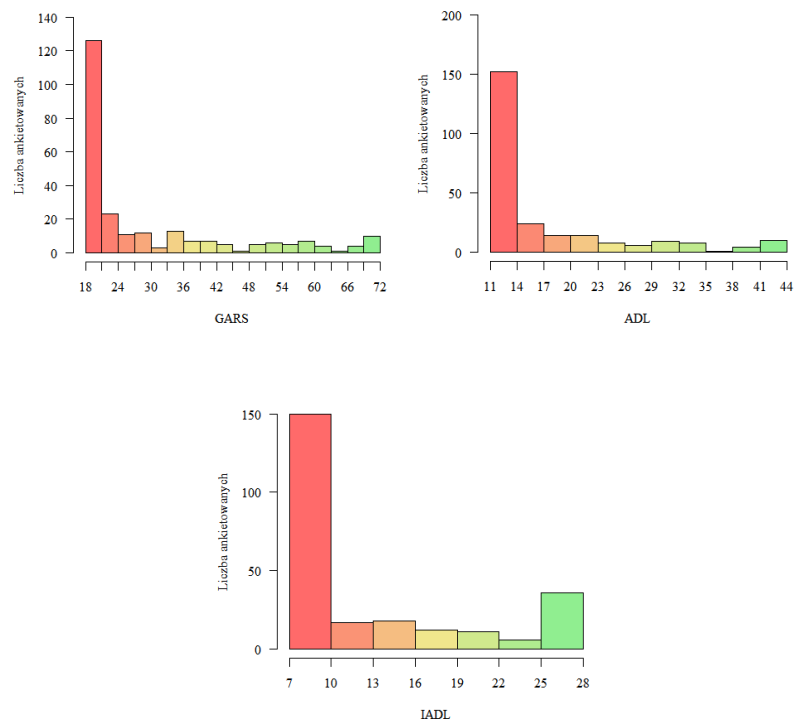
Szczegółowa analiza poszczególnych pytań skali GARS wykazała, że największym problemem dla 70,40% pensjonariuszy DPS-ów było wykonywanie cięższych czynności domowych, takich jak mycie podłogi lub okien. Większość badanych nie mogło obciąć sobie paznokci u nóg i pielęgnować stóp (61,6%) oraz samodzielnie wyprać i wyprasować swoich rzeczy (60,4%). Największą samodzielność badani wykazywali przy jedzeniu (76,8%) oraz myciu twarzy i rąk (69,2%). Szczegółowe dane w tym zakresie ilustruje tabela nr XLI umieszczona w Aneksie.

Analiza poziomu sprawności funkcjonalnej badanych mieszkających w domu rodzinnym wykazała, że średni wynik w skali GARS wynosił 29,72 pkt., a średni wynik w skali ADL 17,01 pkt., co oznacza, że badani mają pewne trudności lub nie występują one w ogólnej zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego i prostych czynności. Natomiast w skali IADL badani uzyskali średni wynik 12,71 pkt., który świadczy o pewnych trudnościach w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego. Szczegółowe dane ilustruje tabela VI i rycina 3.

**Tabela VI. Statystyka opisowa sprawności funkcjonalnej osób mieszkających w domu rodzinnym mierzona skalą GARS i podskalami ADL i IADL**

GARS	n	Zakres wartości	Średnia	SD	Średnia na pytanie	Me	Min	Max	Q1	Q3
GARS	250	18-72	29,72	16,04	1,65	21	18	72	18	36
ADL	250	11-44	17,01	8,92	1,55	12	11	44	11	20
IADL	250	7-28	12,71	7,50	1,82	8	7	28	7	17

n – liczba osób; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Min – minimum; Max – maximum; Q1 – 1 kwartyl; Q3 – 3 kwartyl



**Ryc. 3. Sprawność funkcjonalna osób mieszkających w domu rodzinnym mierzona skalą GARS i podskalami: ADL i IADL**

Analiza poszczególnych pytań skali GARS w grupie badanych mieszkających w domu rodzinnym wykazała, że największym problemem dla respondentów było mycie podłogi lub okien (29,2%) i robienie zakupów (23,20%). Największą samodzielność uzyskali badani w zakresie przyjmowania posiłków (85,6%) oraz myciu twarzy i rąk (83,6%). Szczegółowa analiza została zamieszczona w tabeli XLII w aneksie.

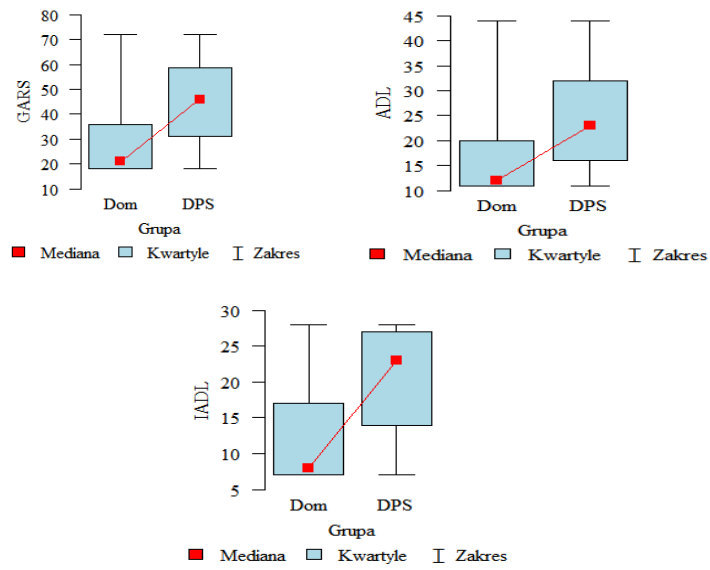
Analiza porównawcza badanych grup wykazała statystycznie istotne różnice pomiędzy sprawnością funkcjonalną pensjonariuszy DPS-ów a osób mieszkających w domu rodzinnym ( $p < 0,001$ ). Wyniki w skali GARS i podskalach ADL i IADL były istotnie niższe w grupie osób mieszkających w domu rodzinnym, co świadczy o większej swobodzie funkcjonalnej w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego w tej grupie. Szczegółowe dane zawiera tabela VII i rycina 4.

**Tabela VII. Statystyka opisowa sprawności funkcjonalnej badanych grup w skali GARS i podskalach ADL i IADL**

GARS		Grupa		p
		DPS (n=250)	Dom (n=250)	
GARS	śr±SD	44,74±16,2	29,72±16,04	p<0,001 *
	mediana	46	21	
	kwartyle	31 - 58,75	18 - 36	
ADL	śr±SD	24,25±9,73	17,01±8,92	p<0,001 *
	mediana	23	12	
	kwartyle	16 - 32	11 - 20	
IADL	śr±SD	20,49±7,27	12,71±7,5	p<0,001 *
	mediana	23	8	
	kwartyle	14 - 27	7 - 17	

\* zależność istotna statystycznie ( $p < 0,05$ )

p – test Manna-Whitney'a; n – liczba osób; SD – odchylenie standardowe;



**Ryc. 4. Porównanie sprawności funkcjonalnej w badanych grupach mierzonej skalą GARS i podskalami: ADL i IADL**



### 4.1.3. Samoocena stanu zdrowia badanych

Poziom samooceny stanu zdrowia badanych oceniono przy użyciu 5-stopniowej skali porównawczej typu zrównoważonego.

Samoocena badanych w obu grupach była zróżnicowana – od bardzo dobrej do złej.

W obu badanych grupach dominowała ocena na poziomie dostatecznym (45,6%). Statystycznie znacząco lepiej ocenili swoje zdrowie badani mieszkający w domu rodzinnym ( $p < 0,001$ ). Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli VIII.

Tabela VIII. Samoocena stanu zdrowia badanych grup

Samoocena stanu zdrowia	Grupa			P
	DPS (n=250)	Dom (n=250)	Łącznie (n=500)	
Bardzo dobry	8 (3,2%)	10 (4,0%)	18 (3,6%)	p<0,001*
Dobry	37 (14,8%)	98 (39,2%)	135 (27,0%)	
Dostateczny	121 (48,4%)	107 (42,8%)	228 (45,6%)	
Zły	61 (24,4%)	27 (10,8%)	88 (17,6%)	
Bardzo zły	15 (6,0%)	8 (3,2%)	23 (4,6%)	
Brak danych	8 (3,2%)	0 (0,0%)	8 (1,6%)	

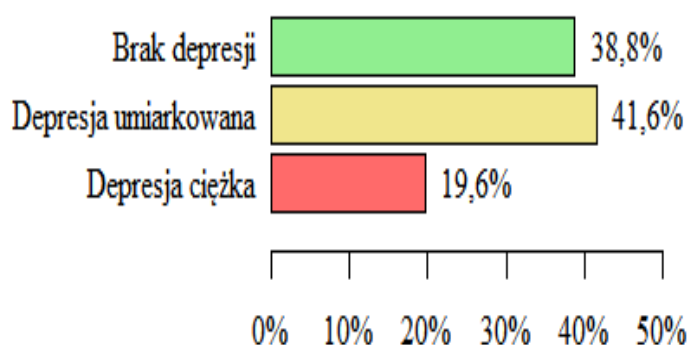
\* zależność istotna statystycznie ( $p < 0,05$ )

p – test chi-kwadrat; n – liczba osób; % – procent

#### 4.1.4. Występowanie depresji w badanych grupach

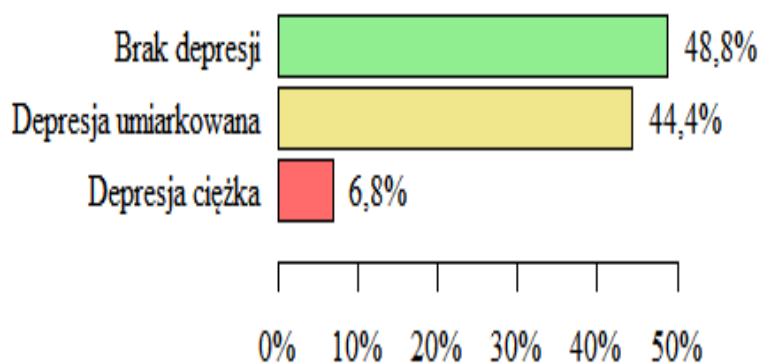
Do oceny występowania depresji w badanych grupach użyto Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (DGS).

Zdecydowana większość badanych (61,2%) mieszkających w DPS-ach uzyskała w skali DGS wynik 6-11 pkt., co świadczy o występowaniu depresji na poziomie umiarkowanym i ciężkim (ryc. 5).



Ryc. 5. Występowanie depresji w grupie badanych mieszkających w DPS-ach

Ponad połowa badanych (51,2 %) mieszkających w domu rodzinnym uzyskała wynik w skali GDS w zakresie 6-11 pkt., co świadczy o występowaniu depresji na poziomie umiarkowanym i ciężkim (ryc. 6).



Ryc. 6. Występowanie depresji w grupie badanych mieszkających w domu rodzinnym

Analiza porównawcza badanych grup wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a występowaniem depresji ( $p=0,001$ ; test Manna-Whitney'a).

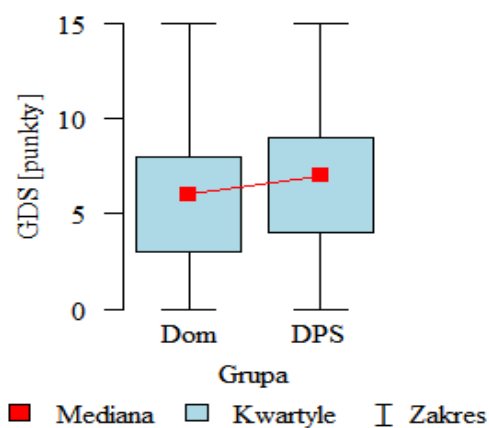
Występowanie depresji były istotnie silniejsze w grupie badanych mieszkających w DPS-ach ( $\bar{x}\pm SD$ ;  $6,94\pm 3,58$ ) w porównaniu z grupą mieszkającą w domu rodzinnym ( $\bar{x}\pm SD$ ;  $5,81\pm 3,32$ ) (tabela IX i ryc.7).

Zależność istotna statystycznie ( $p < 0,05$ ). Objawy depresji były istotnie silniejsze w grupie z DPS-ów.

**Tabela. IX. Statystyka opisowa wyników w skali GDS w badanych grupach**

GDS [punkty]	Grupa		p
	DPS (n=250)	Dom (n=250)	
śr±SD	6,94±3,58	5,81±3,32	p=0,001
Mediana	7	6	
Kwartyle	4 - 9	3 - 8	

p – test Manna-Whitney'a; n – liczba osób; SD – odchylenie standardowe



**Ryc. 7. Porównanie badanych grup w zakresie występowania depresji**

#### 4.1.5. Wsparcie społeczne badanych

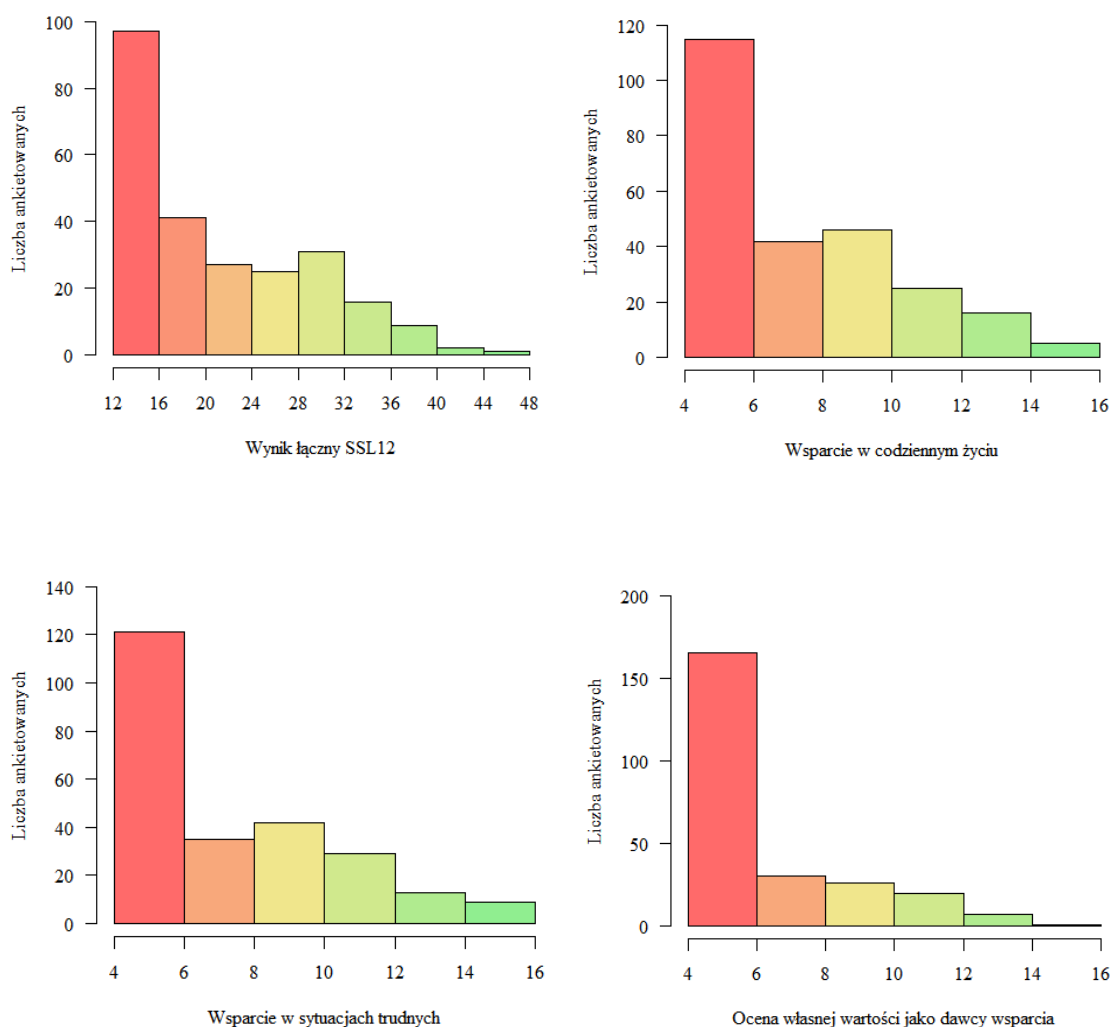
Oceny wsparcia społecznego badanych dokonano przy użyciu Skali wsparcia społecznego w populacji osób starszych w Polsce (SSL.12), która mierzy poczucie wsparcia społecznego ogółem, otrzymane wsparcie w życiu codziennym i w sytuacjach trudnych oraz ocenę własnej wartości jako dawcy wsparcia.

Badani mieszkający w DPS-ach uzyskali w skali SSL.12 wynik ogólny na poziomie średnim ( $\bar{x} \pm SD$ ; 21,37 $\pm$ 8,18), podobnie jak w zakresie otrzymanego wsparcia społecznego w życiu codziennym ( $\bar{x} \pm SD$ ; 7,62 $\pm$ 3,03) i w sytuacjach trudnych ( $\bar{x} \pm SD$ ; 7,58 $\pm$ 3,28). W zakresie częstości badani wskazują, że czasami otrzymują wsparcie społeczne. Nieco niżej respondenci ocenili własną wartość jako dawcy wsparcia ( $\bar{x} \pm SD$ ; 6,17 $\pm$ 2,28), deklarując, iż są dawcami czasami lub rzadko/nigdy. Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli X oraz na rycinie 8.

Tabela X. Statystyka opisowa wyników skali SSL12 w grupie badanych z DPS-ów

SSL12	n	Braki danych	Zakres wartości	Średnia	SD	Średnia na pytanie	Me	Min	Max	Q1	Q3
Wynik łączny SSL12	249	1	12-48	21,37	8,18	1,78	19	12	47	14	28
Wsparcie w codziennym życiu	249	1	4-16	7,62	3,03	1,90	7	4	15	5	10
Wsparcie w sytuacjach trudnych	249	1	4-16	7,58	3,28	1,90	7	4	16	5	10
Ocena własnej wartości jako dawcy wsparcia	249	1	4-16	6,17	2,78	1,54	5	4	16	4	8

n – liczba osób; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Min – minimum; Max – maximum; Q1 – 1 kwartyl; Q3 – 3 kwartyl



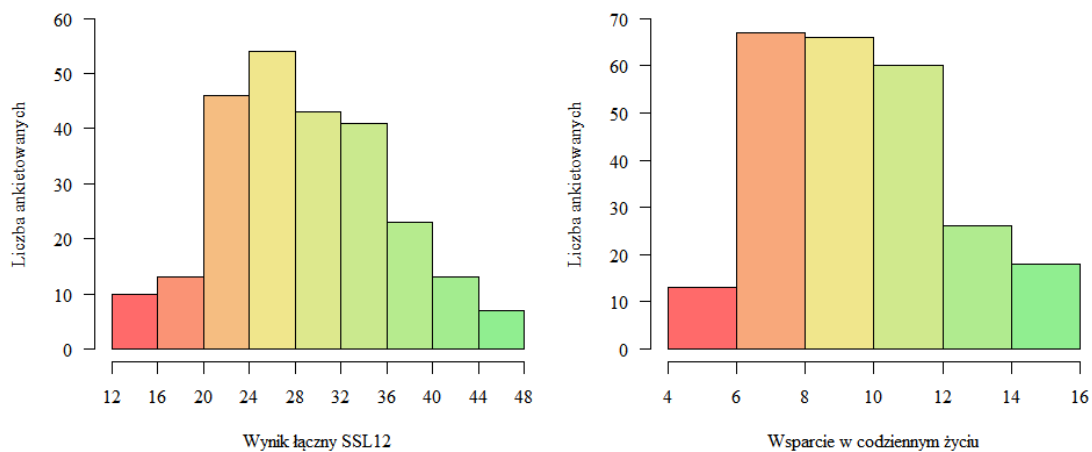
**Ryc. 8. Wyniki wsparcia społecznego w grupie badanych z DPS-ów**

Badani mieszkający w domu rodzinnym uzyskali ogólny wynik wsparcia społecznego ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $29,46 \pm 7,38$ ), w zakresie otrzymanego wsparcia społecznego w życiu codziennym ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $10,10 \pm 2,62$ ) i w sytuacjach trudnych ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $10,10 \pm 2,91$ ) na poziomie dobrym. W zakresie częstości respondenci deklarują, że regularnie lub czasami otrzymują wsparcie społeczne w codziennym życiu i w sytuacjach trudnych oraz są dawcami wsparcia społecznego. Dane te przedstawiono w tabeli XI oraz na rycinie 9.

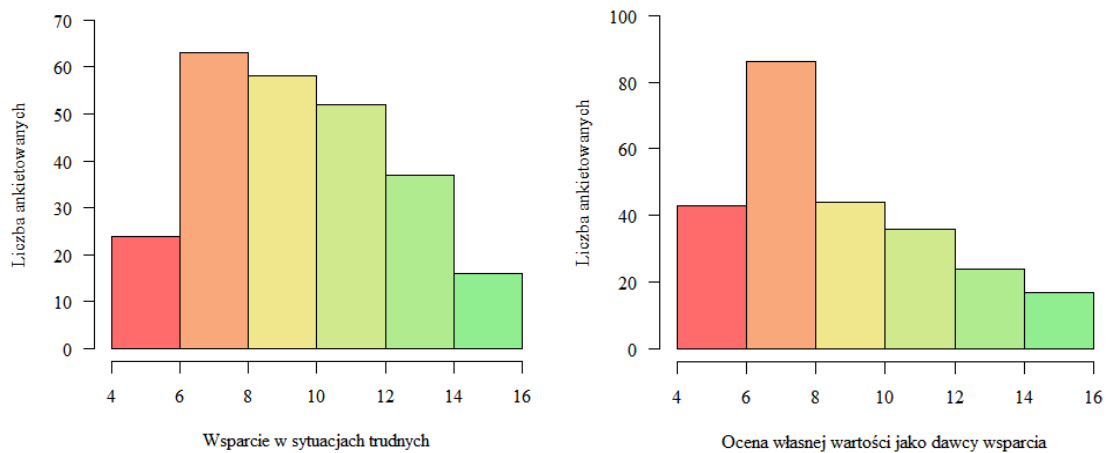
Tabela XI. Statystyka opisowa wyników skali SSL12 badanych mieszkających w domu rodzinnym

SSL12	n	Zakres wartości	Średnia	SD	Średnia na pytanie	Me	Min	Max	Q1	Q3
Wynik łączny SSL12	250	12-48	29,46	7,38	2,46	29	12	48	24	34
Wsparcie w codziennym życiu	250	4-16	10,10	2,62	2,52	10	4	16	8	12
Wsparcie w sytuacjach trudnych	250	4-16	10,10	2,91	2,52	10	4	16	8	12
Ocena własnej wartości jako dawcy wsparcia	250	4-16	9,25	3,07	2,31	8	4	16	8	11

n – liczba osób; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Min – minimum; Max – maximum; Q1 – 1 kwartył; Q3 – 3 kwartył



Ryc. 9. Wyniki wsparcia społecznego w grupie badanych mieszkających w domu rodzinnym



**Ryc. 9. Wyniki wsparcia społecznego w grupie badanych mieszkających w domu rodzinnym cd.**

Porównując wsparcie społeczne w badanych grupach, stwierdzono, że respondenci mieszkający w DPS-ach:

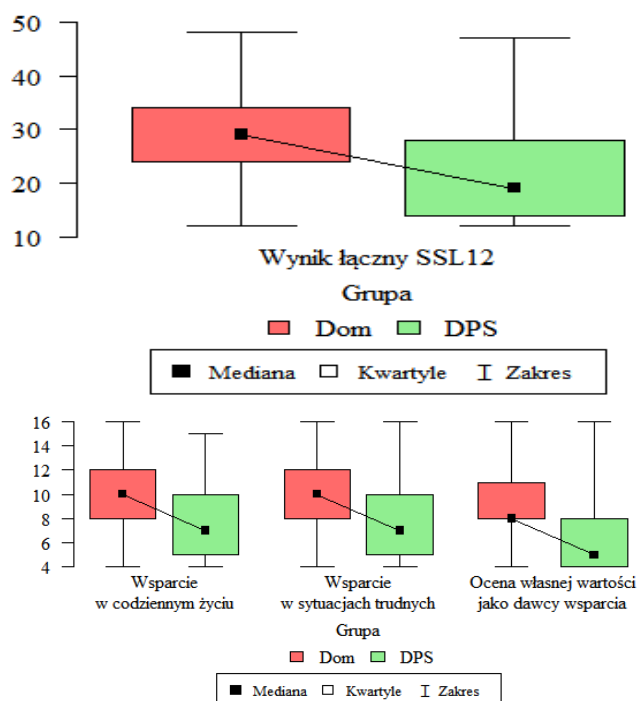
- rzadziej ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $7,62 \pm 3,03$ ) otrzymywali wsparcie w życiu codziennym w porównaniu z grupą mieszkającą w domu rodzinnym ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $10,1 \pm 2,62$ ;  $p < 0,001$ ),
- rzadziej ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $7,58 \pm 3,28$ ) otrzymywali wsparcie w sytuacjach trudnych w porównaniu z grupą mieszkającą w domu rodzinnym ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $10,1 \pm 2,62$ ;  $p < 0,001$ ),
- zdecydowanie niżej ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $6,17 \pm 2,78$ ) ocenili swoją wartość jako osoby dającej wsparcie w porównaniu z grupą mieszkającą w domu rodzinnym ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $9,25 \pm 3,07$ ;  $p < 0,001$ ).

Szczegółowe dane ilustruje tabela XII i rycina 10.

Tabela XII. Statystyka opisowa wyników SSL12 w badanych grupach

SSL12		Grupa		p
		DPS (n=249)	Dom (n=250)	
Wynik łączny SSL12	śr±SD	21,37±8,18	29,46±7,38	p<0,001 *
	mediana	19	29	
	kwartyle	14 - 28	24 - 34	
Wsparcie w codziennym życiu	śr±SD	7,62±3,03	10,1±2,62	p<0,001 *
	mediana	7	10	
	kwartyle	5 - 10	8 - 12	
Wsparcie w sytuacjach trudnych	śr±SD	7,58±3,28	10,1±2,91	p<0,001 *
	mediana	7	10	
	kwartyle	5 - 10	8 - 12	
Ocena własnej wartości jako dawcy wsparcia	śr±SD	6,17±2,78	9,25±3,07	p<0,001 *
	mediana	5	8	
	kwartyle	4 - 8	8 - 11	

p – test Manna-Whitney'a; n – liczba osób; SD – odchylenie standardowe  
 \* zależność istotna statystycznie (p<0,05)



Ryc. 10. Porównanie wyników SLL 12 w badanych grupach



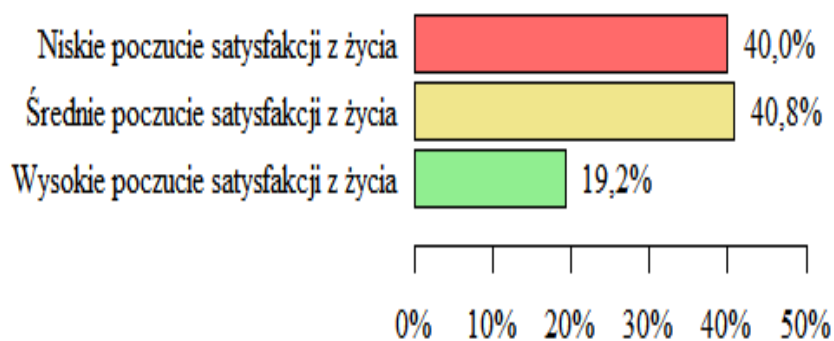
#### 4.1.6. Satysfakcja z życia badanych

Satysfakcję z życia badanych oceniono przy użyciu skali satysfakcji z życia (SWLS). Analiza danych wykazała, że poczucie satysfakcji z życia w grupie mieszkającej w DPS-ach było zróżnicowane, przeważały osoby (80,8%) z niskim i średnim poziomem satysfakcji. Dane szczegółowe przedstawiono w tabeli XIII oraz na rycinie 11.

Tabela XIII. Wyniki satysfakcji z życia badanych mieszkających w DPS-ach

SWLS - liczba punktów	n=250	%
5-17	100	40,0%
18-23	102	40,8%
24-35	48	19,2%

n – liczba osób; % – procent



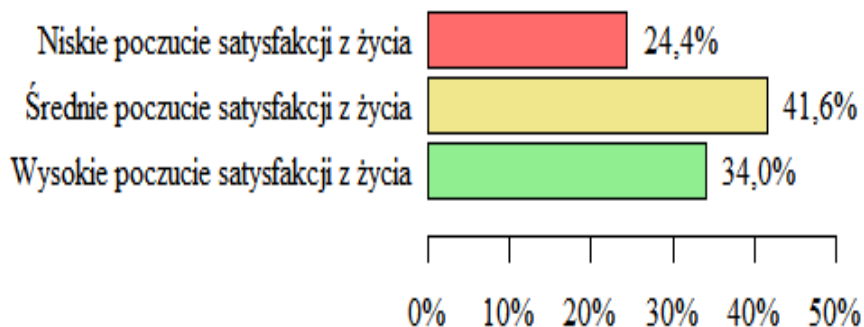
Ryc. 11. Poczucie satysfakcji z życia w grupie osób mieszkających w DPS-ach

Analizując poczucie satysfakcji z życia w grupie badanych mieszkających w domu rodzinnym stwierdzono, że 75,6% miało średnie i wysokie poczucie satysfakcji. Dane zamieszczono w tabeli XIV oraz na rycinie 12.

Tabela XIV. Wyniki satysfakcji z życia badanych mieszkających w domu rodzinnym

SWLS - liczba punktów	n=250	%
5-17	61	24,4%
18-23	104	41,6%
24-35	85	34,0%

n – liczba osób; % – procent



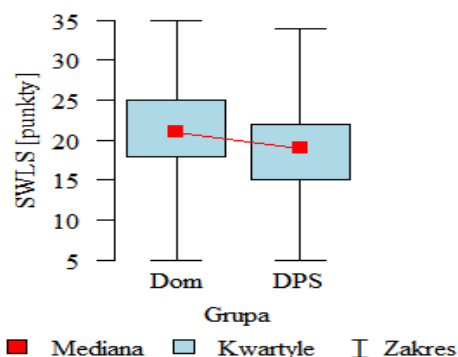
Ryc. 12. Poczucie satysfakcji z życia badanych mieszkających w domu rodzinnym

Analiza danych z obu grup wykazała, że respondenci mieszkający w domu rodzinnym istotnie wyżej oceniali satysfakcję z życia ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $21,02 \pm 5,63$ ;  $p < 0,001$  – test Manna-Whitney'a) w porównaniu z respondentami mieszkającymi w DPS-ach ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $18,83 \pm 5,8$ ). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XV oraz na rycinie 13.

Tabela XV. Porównanie satysfakcji z życia w badanych grupach

SWLS – liczba punktów	Interpretacja	DPS		Dom	
		n	%	n	%
5-17	Niskie poczucie satysfakcji z życia	100	40,0%	61	24,4%
18-23	Średnie poczucie satysfakcji z życia	102	40,8%	104	41,6%
24-35	Wysokie poczucie satysfakcji z życia	48	19,2%	85	34,0%

n – liczba osób; % – procent

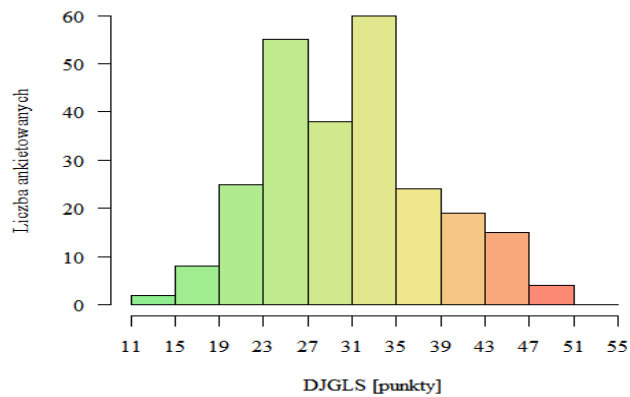


Ryc. 13. Porównanie poziomu satysfakcji z życia w badanych grupach

#### 4.1.7. Poczucie samotności badanych

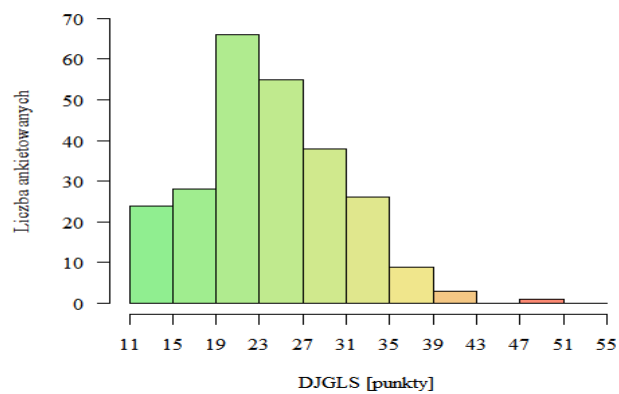
Poziom samotności badanych został zmierzony przy użyciu skali do pomiaru poczucia samotności.

Badani mieszkający w DPS-ach uzyskali wynik ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $31,15 \pm 7,39$ ) świadczący o średnim poczuciu samotności (ryc. 14).



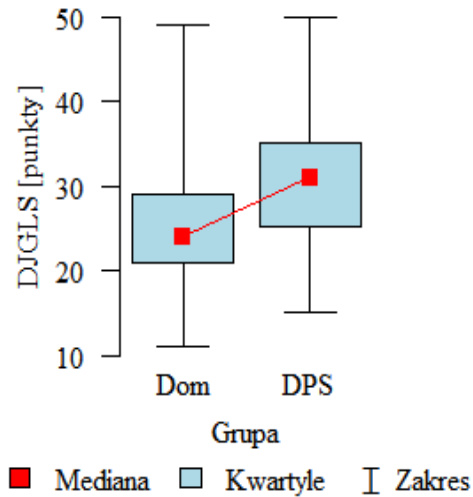
Ryc. 14. Poczucie samotności w grupie badanych mieszkających w DPS-ach

Badani mieszkający w domu rodzinnym uzyskali wynik ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $24,48 \pm 6,69$ ) świadczący o braku poczucia samotności (ryc.15).



Ryc. 15. Poczucie samotności w grupie badanych mieszkających w domu rodzinnym

Analiza danych uzyskanych w obydwu badanych grupach wykazała, że poczucie samotności było istotnie większe w grupie respondentów mieszkających w DPS-ach ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $31,15 \pm 7,39$ ) w porównaniu do badanych mieszkających w domu rodzinnym ( $\bar{x} \pm SD$ ;  $24,48 \pm 6,69$ ;  $p < 0,001$  – test Manna-Whitney'a) (ryc. 16).

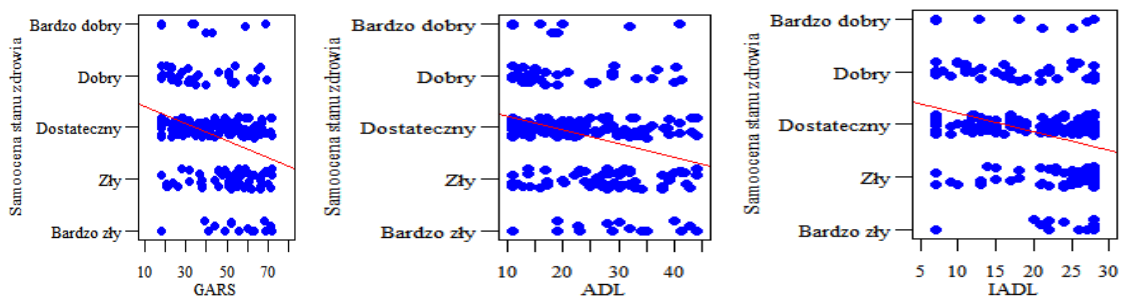


Ryc. 16. Porównanie wyników skali poczucia samotności w badanych grupach

## 4.2. Analiza zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a wybranymi czynnikami psychospołecznymi

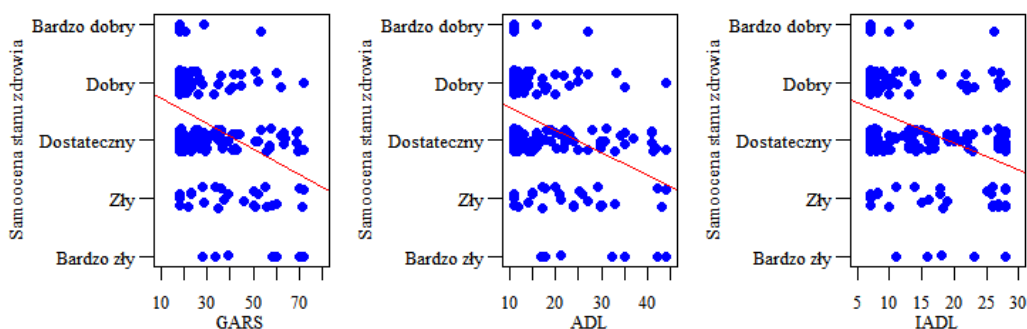
### 4.2.1. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a samooceną stanu zdrowia

Analiza danych wykazała, że samoocena stanu zdrowia badanych mieszkających w DPS-ach korelowała istotnie ( $p < 0,001$ ) i ujemnie ( $r < 0$ ) z ich ogólną sprawnością funkcjonalną, sprawnością w podstawowych i złożonych czynnościach dnia codziennego. Im mniejsze trudności w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego prezentowali badani, tym wyższą mieli samoocenę stanu zdrowia. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XVI oraz na rycinie 17.



Ryc. 17. Sprawność funkcjonalna a samoocena stanu zdrowia badanych mieszkających w DPS-ach

Analiza danych wykazała, że samoocena stanu zdrowia badanych mieszkających w domu rodzinnym korelowała istotnie ( $p < 0,001$ ) i ujemnie ( $r < 0$ ) z ich ogólną sprawnością funkcjonalną, sprawnością w podstawowych i złożonych czynnościach dnia codziennego. Im większą samodzielność w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego prezentowali badani, tym wyższą mieli samoocenę stanu zdrowia. Wyniki w tym zakresie przedstawiono w tabeli XVI oraz na rycinie 18.



**Ryc. 18. Sprawność funkcjonalna a samoocena stanu zdrowia badanych mieszkających w domu rodzinnym**

Analiza porównawcza badanych grup wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem sprawności funkcjonalnej a samooceną stanu zdrowia ( $p < 0,001$ ). Poziom sprawności funkcjonalnej respondentów mieszkających w domu rodzinnym był istotnie statystycznie wyższy niż mieszkańców DPS-ów. Ponadto osoby te istotnie częściej oceniały swój stan zdrowia wyżej niż podopieczni DPS-ów ( $p < 0,001$ ,  $r > 0$ ). Porównywane zależności przedstawia tabela XVI.

**Tabela XVI. Porównanie zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną a samooceną stanu zdrowia badanych mieszkających w DPS-ach i domu rodzinnym**

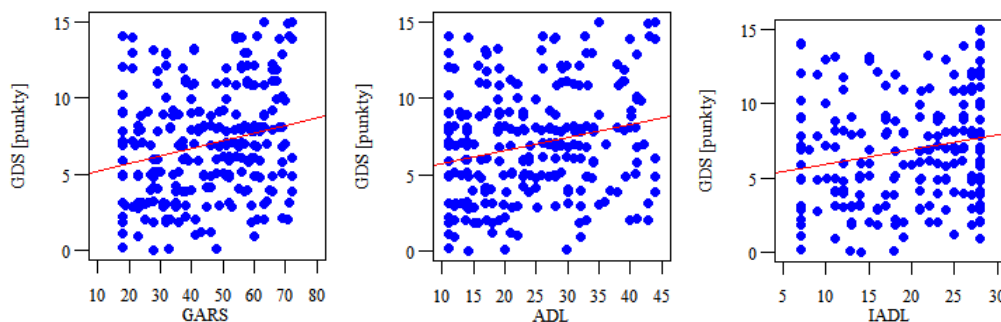
	Samooceńa stanu zdrowia		
GARS	Współczynnik korelacji Spearmana		p
	DPS	DOM	
GARS	$r = -0,324$	$r = -0,446$	$p < 0,001^*$
ADL	$r = -0,316$	$r = -0,439$	$p < 0,001^*$
IADL	$r = -0,313$	$r = -0,429$	$p < 0,001^*$

\* zależność istotna statystycznie ( $p < 0,05$ )

r – współczynnik korelacji r-Spearmana

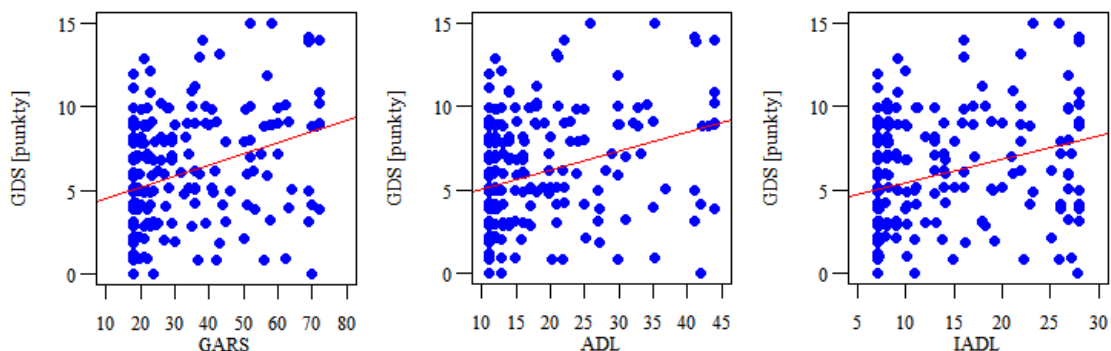
#### 4.2.2. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a występowaniem depresji

Analiza zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym a występowaniem depresji w grupie badanych mieszkających w DPS-ach wykazała, że występuje istotna korelacja dodatnia ( $p < 0,05$ ;  $r > 0$ ) pomiędzy występowaniem depresji a ogólną sprawnością funkcjonalną, sprawnością w wykonywaniu podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego. Mniejszymi trudnościami w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego towarzyszył niższy poziom depresji badanych. Szczegółowe dane przedstawia tabela XVII oraz rycina 19.



Ryc.19. Sprawność funkcjonalna a występowanie depresji w grupie badanych mieszkających w DPS-ach

Również w grupie badanych mieszkających w domu rodzinnym wykazano istotną korelację dodatnią ( $p < 0,05$ ;  $r > 0$ ) pomiędzy występowaniem depresji a ogólną sprawnością funkcjonalną, zdolnością do wykonywania podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego. Większej samodzielności w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego towarzyszył niższy poziom depresji. Dane przedstawiono w tabeli XVII oraz na rycinie 20.



Ryc. 20. Sprawność funkcjonalna a występowanie depresji w grupie badanych mieszkających w domu rodzinnym

Analiza porównawcza uzyskanych wyników wykazała, że osoby z wyższym poziomem sprawności funkcjonalnej w obu badanych grupach istotnie statystycznie częściej nie wykazywały objawów depresji ( $p < 0,001$ ,  $r > 0$ ). Porównywane zależności zamieszczono w tabeli XVII.

**Tabela XVII. Porównanie zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym a występowaniem depresji badanych mieszkających w DPS-ach i domu rodzinnym**

GARS	Miejsce zamieszkania	GDS
		Współczynnik korelacji Spearmana
GARS	DPS	$r=0,223$ , $p < 0,001$ *
	Dom rodzinny	$r=0,345$ , $p < 0,001$ *
ADL	DPS	$r=0,218$ , $p = 0,001$ *
	Dom rodzinny	$r=0,336$ , $p < 0,001$ *
IADL	DPS	$r=0,201$ , $p = 0,001$ *
	Dom rodzinny	$r=0,359$ , $p < 0,001$ *

\* zależność istotna statystycznie ( $p < 0,05$ )

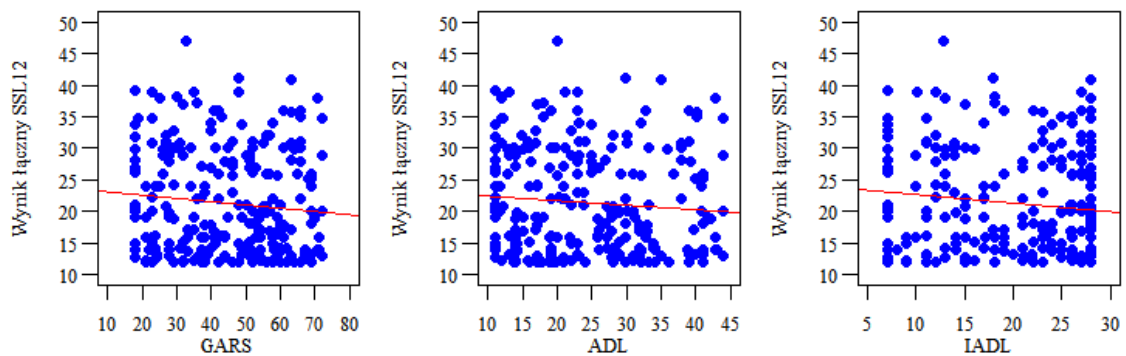
r – współczynnik korelacji r-Spearmana



### 4.2.3. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a wsparciem społecznym

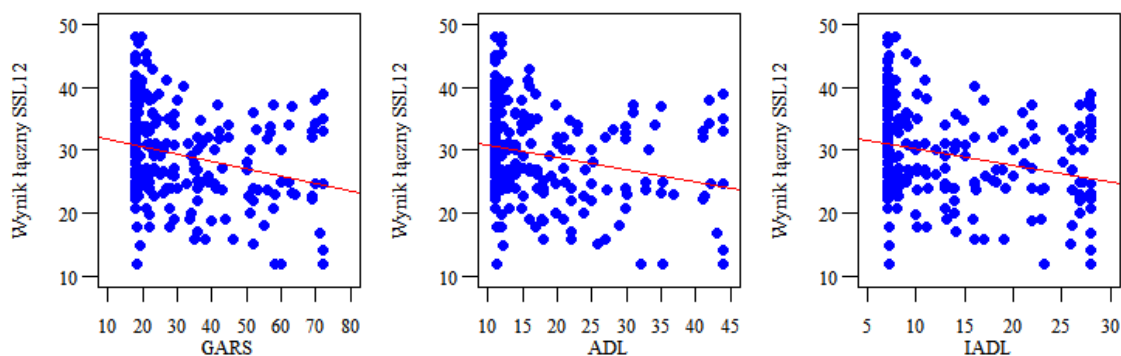
#### Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a ogólnym wsparciem społecznym okazywanym badanym

Analiza wykazała, że ogólna sprawność funkcjonalna badanych mieszkających w DPS-ach korelowała istotnie i ujemnie ( $p < 0,05$ ;  $r < 0$ ) z podskalą IADL. Mniejszym trudnościom w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego towarzyszyło wyższe ogólne wsparcie społeczne okazywane badanym. Dane w tym zakresie ilustruje Tabela XVIII oraz rycina 21.



Ryc. 21. Stan funkcjonalny badanych mieszkających w DPS a otrzymywane wsparcie społeczne

Analizując zależność pomiędzy poziomem sprawności funkcjonalnej a poziomem wsparcia społecznego okazywanego badanym mieszkającym w domu rodzinnym, zauważono, że łączny wynik wsparcia społecznego koreluje istotnie i ujemnie ( $p < 0,05$ ;  $r < 0$ ) ze skalą GARS oraz podskalami ADL i IADL. Im mniejsze trudności mieli badani w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego, tym otrzymywali większe ogólne wsparcie społeczne. Szczegółowe dane zawarto w tabeli XVIII oraz na rycinie 22.



**Ryc. 22. Stan funkcjonalny badanych mieszkających w domu rodzinnym a otrzymywane wsparcie społeczne**

Analiza uzyskanych wyników badań w obydwu grupach wykazała, że respondenci mieszkający w domu rodzinnym, którzy wykazywali wyższy poziom sprawności funkcjonalnej w ogólnych, prostych i złożonych czynnościach dnia codziennego, istotnie statystycznie częściej otrzymywali wyższy poziom ogólnego wsparcia społecznego niż podopieczni DPS-ów ( $p < 0,001$ ). Dane zawarto w tabeli XVIII.

**Tabela XVIII. Porównanie zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych grup a otrzymywanym wsparciem społecznym**

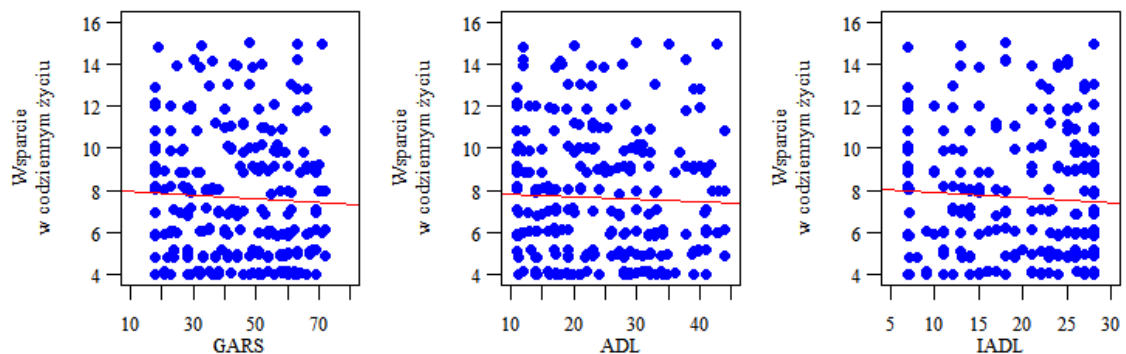
GARS	Wynik łączny SSL12-I	
	Współczynnik korelacji Spearmana	
	DPS	DOM
GARS	$r = -0,103, p = 0,105$	$r = -0,231, p < 0,001^*$
ADL	$r = -0,097, p = 0,127$	$r = -0,224, p < 0,001^*$
IADL	$r = -0,126, p = 0,047^*$	$r = -0,258, p < 0,001^*$

\* zależność istotna statystycznie ( $p < 0,05$ )  
 r – współczynnik korelacji r-Spearmana

Nie stwierdzono istotnych zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną a wsparciem społecznym okazywanym w codziennym życiu badanym mieszkającym w DPS-ach ( $p > 0,05$ ). Dane zawarto w tabeli XVIII.

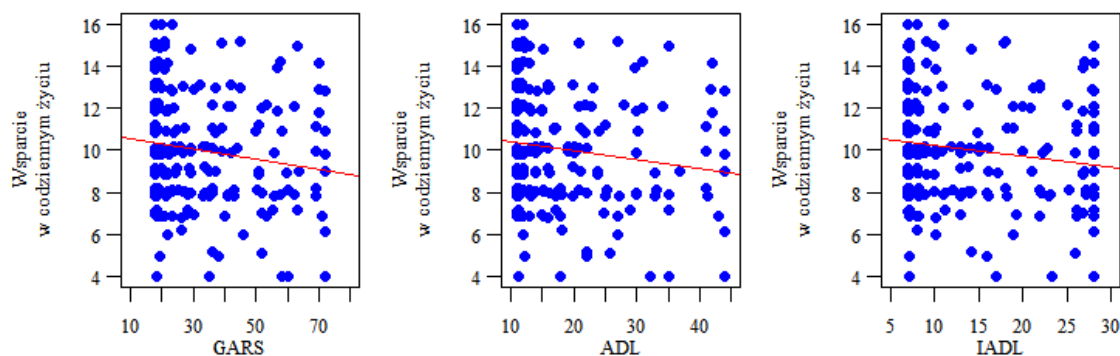
### Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a ogólnym wsparciem w codziennym życiu okazywanym badanym

Analizując zależność pomiędzy poziomem sprawności funkcjonalnej a wsparciem w codziennym życiu okazywanym badanym osobom starszym mieszkającym w DPS-ach, nie stwierdzono istotnych zależności ( $p > 0,05$ ). Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli XIX oraz na rycinie 23.



Ryc. 23. Stan funkcjonalny a wsparcie w codziennym życiu okazywane badanym mieszkającym w DPS-ach

Analizując zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną a wsparciem w codziennym życiu okazywanym badanym mieszkającym w domu rodzinnym, stwierdzono istotną ( $p < 0,05$ ), ujemną korelację ( $r < 0$ ) ze skalą GARS oraz podskalami ADL i IADL. Im większą samodzielność w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego prezentowali badani, tym większe wsparcie otrzymywali. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XIX oraz na rycinie 24.



Ryc. 24. Stan funkcjonalny a wsparcie w codziennym życiu okazywane badanym mieszkającym w domu rodzinnym

Porównanie zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym a wsparciem społecznym okazywanym w codziennym życiu wykazało, że osoby mieszkające w domu rodzinnym, które przejawiały wyższy poziom sprawności funkcjonalnej, istotnie statystycznie częściej otrzymywały wyższy poziom wsparcia w codziennym życiu niż podopieczni DPS-ów ( $p < 0,001$ ,  $r < 0$  vs  $p > 0,05$ ,  $r < 0$ ). Zależności te przedstawia tabela XIX.

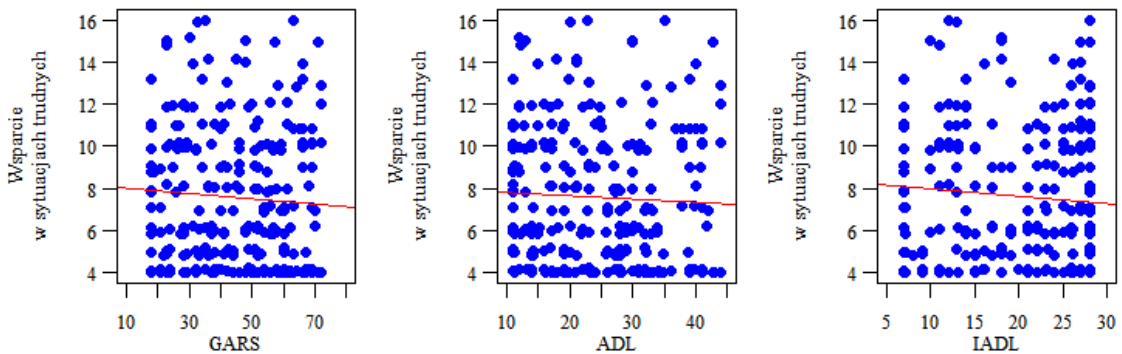
Tabela XIX. Porównanie zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym a wsparciem w codziennym życiu w badanej grupie

GARS	Miejsce zamieszkania	Wsparcie w codziennym życiu
		Współczynnik korelacji Spearmana
GARS	DPS	$r = -0,053$ , $p = 0,409$
	Dom rodzinny	$r = -0,158$ , $p = 0,013^*$
ADL	DPS	$r = -0,051$ , $p = 0,422$
	Dom rodzinny	$r = -0,160$ , $p = 0,012^*$
IADL	DPS	$r = -0,079$ , $p = 0,216$
	Dom rodzinny	$r = -0,170$ , $p = 0,007^*$

\* zależność istotna statystycznie ( $p < 0,05$ )  
 r – współczynnik korelacji r-Spearmana

## Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a wsparciem w sytuacjach trudnych okazywanym badanym

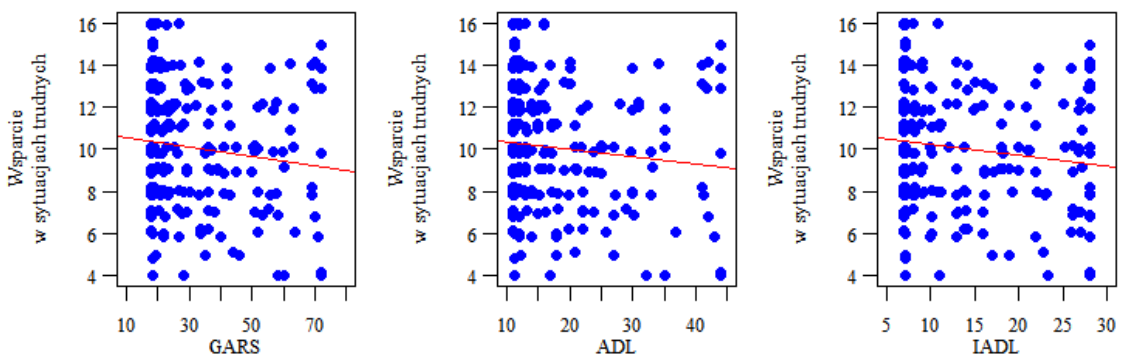
Analizując zależność pomiędzy poziomem sprawności funkcjonalnej osób starszych mieszkających w DPS a poziomem wsparcia okazywanego im w sytuacjach trudnych, nie stwierdzono istotnych zależności ( $p > 0,05$ ). Dane zawarto w tabeli XX oraz na rycinie 25.



Ryc. 25. Stan funkcjonalny a wsparcie w sytuacjach trudnych okazywane badanym mieszkającym w DPS-ach

Również w grupie porównawczej nie stwierdzono istotnych zależności pomiędzy poziomem sprawności funkcjonalnej badanych a poziomem wsparcia okazywanego im w sytuacjach trudnych ( $p > 0,05$ ). Szczegółowe dane ilustruje tabela XX oraz rycina 26.

Osoby mieszkające w domach rodzinnych charakteryzowały się wyższym poziomem otrzymywanego wsparcia okazywanego im w sytuacjach trudnych niż osoby mieszkające w DPS-ach, niezależnie od poziomu stanu funkcjonalnego osób badanych. Sam stan funkcjonalny natomiast nie był istotnym predyktorem wsparcia społecznego okazywanego badanym ( $p > 0,05$ ).



Ryc. 26. Stan funkcjonalny a wsparcie w sytuacjach trudnych okazywane osobom mieszkającym w domu rodzinnym

Analiza porównawcza obu badanych grup nie wykazała istotnych statystycznie zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym a wsparciem okazywanym w sytuacjach trudnych, zarówno osobom mieszkającym w domu rodzinnym, jak i w DPS-ach ( $p > 0,05$ ). Zestawienie uzyskanych danych przedstawia tabela XX.

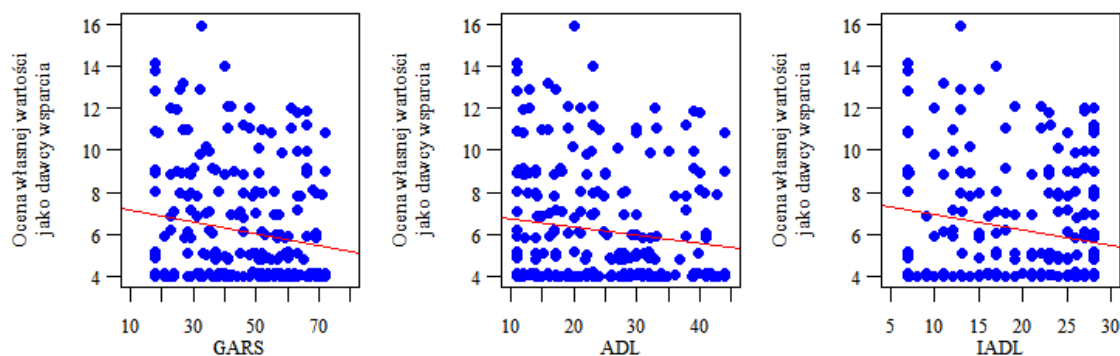
**Tabela XX. Analiza zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym a wsparciem w sytuacjach trudnych okazywanym osobom mieszkającym w domu rodzinnym i w DPS-ach**

GARS	Miejsce zamieszkania	Wsparcie w sytuacjach trudnych
		Współczynnik korelacji Spearmana
GARS	DPS	$r = -0,080, p = 0,209$
	Dom rodzinny	$r = -0,089, p = 0,162$
ADL	DPS	$r = -0,076, p = 0,235$
	Dom rodzinny	$r = -0,079, p = 0,212$
IADL	DPS	$r = -0,095, p = 0,135$
	Dom rodzinny	$r = -0,114, p = 0,071$

$p > 0,05$ ;  $r$  – współczynnik korelacji  $r$ -Spearmana

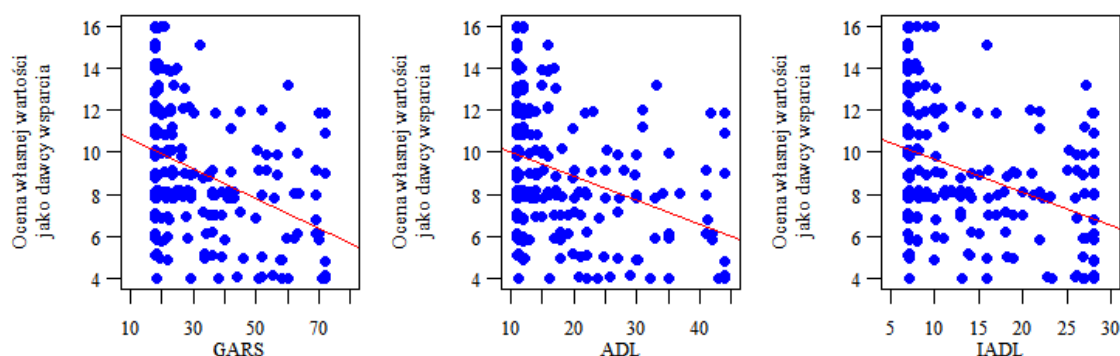
### **Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a oceną własnej wartości jako dawcy wsparcia**

Dokonując analizy zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w DPS-ach a ich oceną własnej wartości jako dawcy wsparcia, stwierdzono istotną ( $p < 0,05$ ) i ujemną korelację ( $r < 0$ ) z GARS, ADL i IADL. Większej samodzielności w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego towarzyszyła wyższa ocena siebie samego jako dawcy wsparcia. Szczegółowe dane przedstawia tabela XXI oraz rycina 27.



**Ryc. 27. Stan funkcjonalny badanych a ocena własnej wartości jako dawcy wsparcia u pensionariuszy DPS-ów**

W grupie porównawczej ocena własnej wartości jako dawcy wsparcia również korelowała istotnie ( $p < 0,05$ ) i ujemnie ( $r < 0$ ) z GARS, ADL i IADL. Im większą samodzielnością w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego wykazywali się badani, tym wyższa była ich ocena własnej wartości jako dawcy wsparcia. Dane zawarto w tabeli XXI oraz na rycinie 28.



**Ryc. 28. Stan funkcjonalny badanych a ocena własnej wartości jako dawcy wsparcia u badanych mieszkających w domu rodzinnym**

Analiza porównawcza zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym a oceną własnej wartości jako dawcy wsparcia w obu badanych grupach wykazała, że im wyższy poziom samodzielności w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego wykazywali respondenci, tym wyższa była ich ocena własnej wartości jako dawcy wsparcia ( $p < 0,05$ ,  $r < 0$ ). Zestawienie uzyskanych danych zawarto w tabeli XXI.

Tabela XXI. Analiza zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym a oceną własnej wartości jako dawcy wsparcia w badanej grupie

GARS	Miejsce zamieszkania	Ocena własnej wartości jako dawcy wsparcia
		Współczynnik korelacji Spearmana
GARS	DPS	r= -0,155, p=0,015 *
	Dom rodzinny	r= -0,351, p<0,001 *
ADL	DPS	r= -0,147, p=0,020 *
	Dom rodzinny	r= -0,345, p<0,001 *
IADL	DPS	r= -0,172, p=0,007 *
	Dom rodzinny	r= -0,380, p<0,001 *

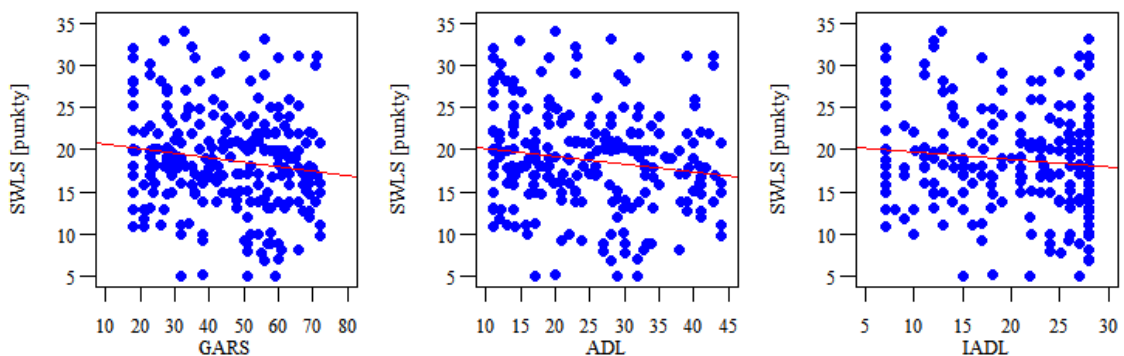
\* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

r – współczynnik korelacji r-Spearmana



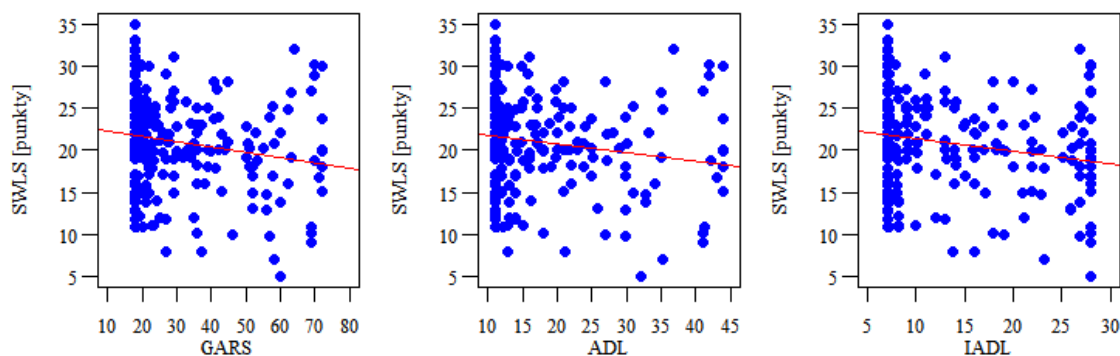
#### 4.2.4. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a satysfakcją z życia w badanych grupach

Analizując zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w DPS-ach a ich satysfakcją z życia, stwierdzono, że korelowała ona istotnie i ujemnie ( $p < 0,05$ ;  $r < 0$ ) ze skalą GARS i ADL. Im większą samodzielność w wykonywaniu ogólnych i prostych czynności dnia codziennego wykazywali badani, tym wyższa była ich satysfakcja z życia. Nie wykazano korelacji pomiędzy poziomem sprawności funkcjonalnej mierzonej skalą IADL a satysfakcją z życia w badanej grupie ( $p > 0,05$ ). Mniejszym trudnościom w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego nie towarzyszyła istotnie większa satysfakcja z życia badanych. Zestawienie uzyskanych danych przedstawia tabela XXII oraz rycina 29.



Ryc. 29. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a satysfakcją z życia badanych mieszkających w DPS-ach

W grupie respondentów mieszkających w domu rodzinnym satysfakcja z życia korelowała istotnie i ujemnie ( $p < 0,05$ ;  $r < 0$ ) z poziomem sprawności funkcjonalnej mierzonej skalą GARS, ADL i IADL. Większej samodzielności w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego towarzyszył wyższy poziom satysfakcji z życia badanych osób. Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli XXII oraz na rycinie 30.



**Ryc. 30. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a satysfakcją z życia badanych mieszkających w domu rodzinnym**

Analiza porównawcza zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną a satysfakcją z życia badanych wykazała, że osoby mieszkające w domu rodzinnym, które wykazywały wyższy poziom sprawności funkcjonalnej w zakresie ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego, istotnie statystycznie częściej okazywały wyższy poziom satysfakcji z życia ( $p < 0,001$ ,  $r < 0$ ). W grupie osób mieszkających w DPS-ach również zaobserwowano podobną zależność w skalach GARS i ADL, a w zakresie złożonych czynności dnia codziennego zależność nie była istotna statystycznie ( $p > 0,05$ ,  $r < 0$ ). Dane te przedstawiono w tabeli XXII.

**Tabela XXII. Porównanie zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną a satysfakcją z życia badanych mieszkających w DPS-ach i domu rodzinnym**

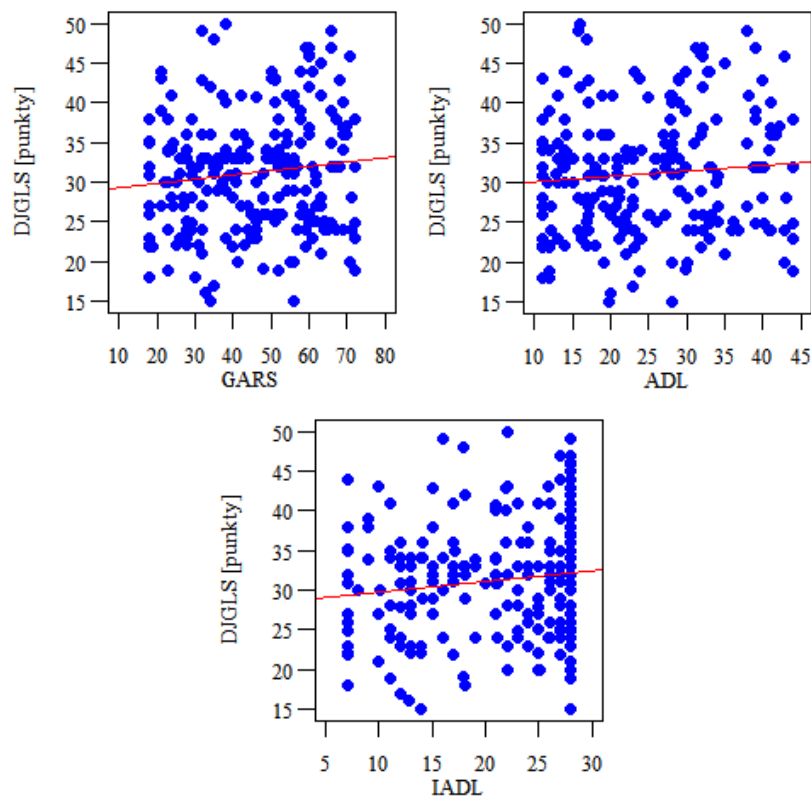
GARS	Miejsce zamieszkania	SWLS
		Współczynnik korelacji Spearmana
GARS	DPS	$r = -0,126$ , $p = 0,046^*$
	Dom rodzinny	$r = -0,207$ , $p = 0,001^*$
ADL	DPS	$r = -0,155$ , $p = 0,014^*$
	Dom rodzinny	$r = -0,200$ , $p = 0,001^*$
IADL	DPS	$r = -0,075$ , $p = 0,238$
	Dom rodzinny	$r = -0,215$ , $p = 0,001^*$

\* zależność istotna statystycznie ( $p < 0,05$ )

r – współczynnik korelacji r-Spearmana

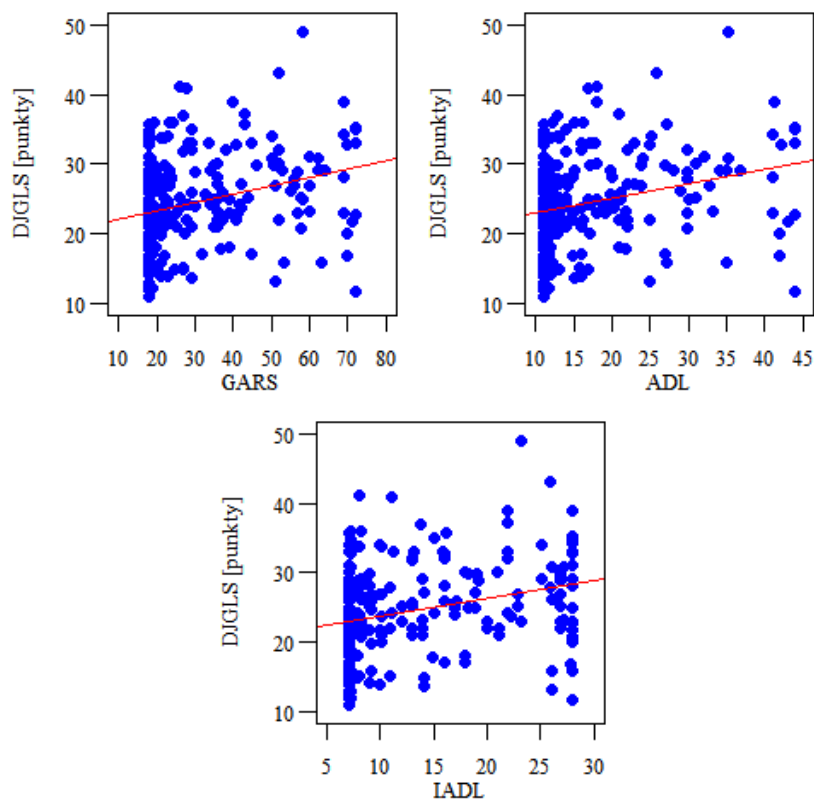
#### 4.2.5. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a poczuciem osamotnienia w badanych grupach

Analizując wpływ poziomu sprawności funkcjonalnej badanych pensjonariuszy DPS-ów na poczucie osamotnienia, nie wykazano istotnych zależności ( $p > 0,05$ ). Stan funkcjonalny nie był istotnym predyktorem poczucia osamotnienia badanych. Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli XXIII oraz na rycinie 31.



Ryc. 31. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a poczuciem osamotnienia badanych mieszkających w DPS-ach

Analiza wpływu poziomu sprawności funkcjonalnej na poczucie osamotnienia badanych mieszkających w domu rodzinnym wykazała istotną korelację dodatnią ( $p < 0,05$ ,  $r > 0$ ). Im większą samodzielność w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego wykazywali badani, tym mniejsze było ich poczucie samotności. Zależności te przedstawiono w tabeli XXIII oraz na rycinie 32.



**Ryc. 32. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a poczuciem osamotnienia badanych mieszkających w domu rodzinnym**

Analizując uzyskane wyniki badań w obu grupach, stwierdzono, że badani mieszkający w domu rodzinnym prezentujący wyższy poziom sprawności funkcjonalnej w ogólnych, prostych i złożonych czynnościach dnia codziennego wykazywali niższe poczucie osamotnienia ( $p < 0,001$ ,  $r > 0$ ). Natomiast w grupie pensjonariuszy DPS-ów nie wykazano istotnych zależności w tym zakresie ( $p > 0,05$ ,  $r > 0$ ). Szczegółowe dane ilustruje tabela XXIII.

**Tabela XXIII. Porównanie zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną a poczuciem osamotnienia badanych mieszkających w DPS-ach i domu rodzinnym**

GARS	Miejsce zamieszkania	DJGLS
		Współczynnik korelacji Spearmana
GARS	DPS	$r=0,095, p=0,135$
	Dom rodzinny	$r= 0,327, p<0,001 *$
ADL	DPS	$r=0,078, p=0,221$
	Dom rodzinny	$r=0,327, p<0,001 *$
IADL	DPS	$r=0,123, p=0,052$
	Dom rodzinny	$r= 0,314, p<0,001 *$

\* zależność istotna statystycznie ( $p<0,05$ )

r – współczynnik korelacji r-Spearmana

### 4.3. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a wybranymi zmiennymi

#### 4.3.1. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi

W analizie zależności między poziomem sprawności funkcjonalnej a zmiennymi niezależnymi socjodemograficznymi uwzględniono: wiek, płeć i wykształcenie badanych.

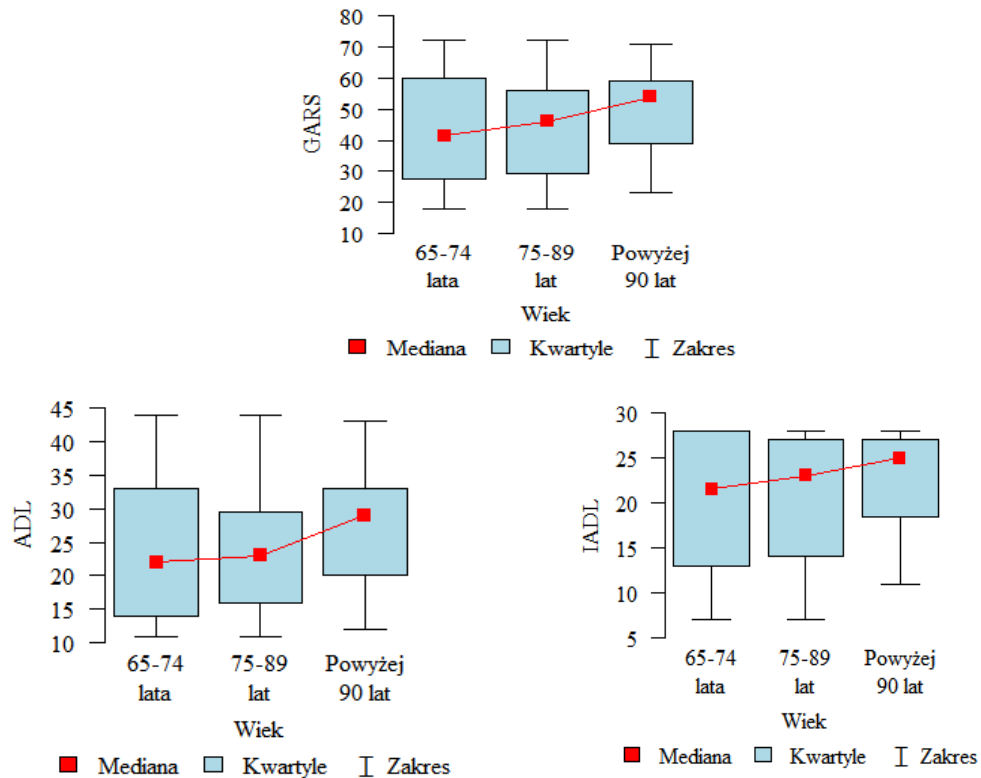
#### Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a wiekiem badanych

Sprawność funkcjonalna w zakresie ogólnych i podstawowych czynności dnia codziennego badanych mieszkających w DPS-ach była wyższa w grupie osób w wieku 75-89 lat ( $43,88 \pm 15,49$  vs.  $23,47 \pm 9,07$ ), natomiast sprawność w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego była wyższa w grupie osób w wieku 65-74 lat ( $19,85 \pm 7,7$ ). Zależności między badanymi zmiennymi nie były istotne statystycznie ( $p > 0,05$ ), co pokazuje tabela XXIV oraz rycina 33.

Tabela XXIV. Zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w DPS-ach a wiekiem

GARS		Wiek			P
		65-74 lata (n=92)	75-89 lat (n=127)	Powyżej 90 lat (n=31)	
GARS	śr±SD	44,14±17,77	43,88±15,49	50,06±13,38	p=0,155
ADL	śr±SD	24,29±10,82	23,47±9,07	27,29±8,58	p=0,098
IADL	śr±SD	19,85±7,7	20,4±7,28	22,77±5,41	p=0,368

p – test Kruskala-Wallisa; n – liczba osób; SD – odchylenie standardowe;



Ryc. 33. Statystyka opisowa pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych mieszkających w DPS-ach a wiekiem

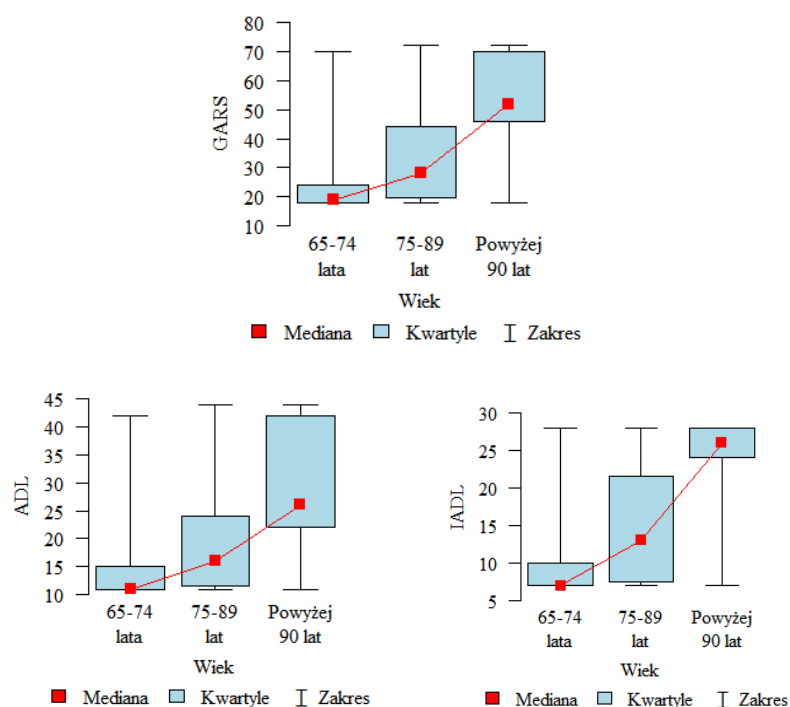
Sprawność funkcjonalna badanych mieszkających w domu rodzinnym w zakresie ogólnych, podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego była istotnie wyższa w grupie osób w wieku 65-74 lat niż w pozostałych grupach ( $p < 0,05$ ). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXV oraz na rycinie 34.

Tabela XXV. Zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w domu rodzinnym a wiekiem

GARS		Wiek badanych			P
		65-74 lata - A (n=140)	75-89 lat - B (n=103)	Powyżej 90 lat - C (n=7)	
GARS	śr±SD	25,12±12,6	34,36±17,32	53,43±19,56	$p < 0,001$ *
ADL	śr±SD	14,56±6,61	19,48±9,97	29,86±12,9	$p < 0,001$ *
IADL	śr±SD	10,56±6,3	14,88±7,8	23,57±7,61	$p < 0,001$ *

\* zależność istotna statystycznie ( $p < 0,05$ )

p – test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna); n – liczba osób; SD – odchylenie standardowe



Ryc. 34. Statystyka opisowa pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych mieszkających w domu rodzinnym a wiekiem

### Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a płcią badanych

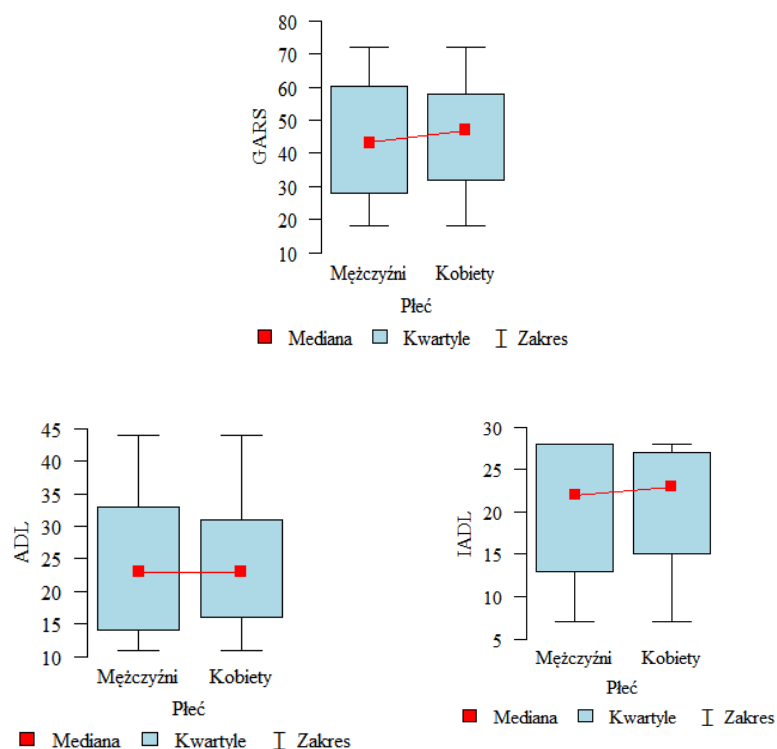
Analiza statystyczna wykazała, że płeć nie miała wpływu na poziom sprawności funkcjonalnej badanych mieszkających w DPS-ach ( $p > 0,05$ ). Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli XXVI i na rycinie 35.

Tabela XXVI. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w DPS-ach a płcią

GARS		Płeć		p
		Mężczyźni (n=84)	Kobiety (n=166)	
GARS	śr±SD	44,38±17,49	44,92±15,56	p=0,873
ADL	śr±SD	24,39±10,55	24,17±9,33	p=0,956
IADL	śr±SD	19,99±7,62	20,75±7,09	p=0,764

p – test Manna-Whitney'a ; n – liczba osób; SD – odchylenie standardowe





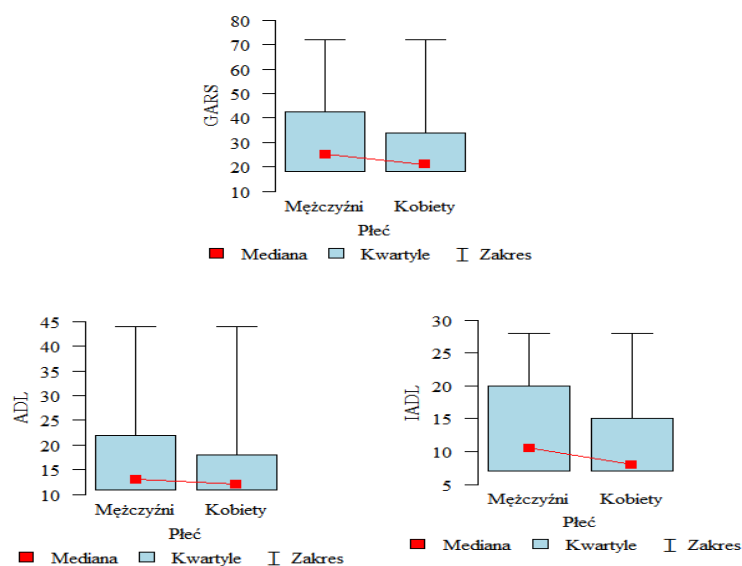
Ryc. 35. Statystyka opisowa zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych mieszkających w DPS-ach a płcią

Analiza statystyczna wykazała, że płeć nie miała również wpływu na poziom sprawności funkcjonalnej badanych mieszkających w domu rodzinnym ( $p > 0,05$ ). Szczegółowe dane zawiera tabela XXVII oraz rycina 36.

Tabela XXVII. Zależność między sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w domu rodzinnym a płcią

GARS		Płeć badanych		p
		Mężczyźni (n=90)	Kobiety (n=160)	
GARS	śr±SD	32,11±17,08	28,38±15,32	p=0,178
ADL	śr±SD	18,07±9,47	16,42±8,57	p=0,167
IADL	śr±SD	14,04±8,03	11,96±7,11	p=0,112

p – test Manna-Whitney'a; n – liczba osób; SD – odchylenie standardowe;



Ryc. 36 Statystyka opisowa zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych mieszkających w domu rodzinnym a płcią

### Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a wykształceniem badanych

Analiza statystyczna wykazała, że wykształcenie badanych nie miało wpływu na poziom sprawności funkcjonalnej respondentów mieszkających w DPS-ach ( $p > 0,05$ ). Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia tabela XXVIII.

Tabela XXVIII. Zależność między sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w DPSach a wykształceniem

GARS		Wykształcenie badanych					p
		Podstawowe niepełne (n=27)	Podstawowe (n=65)	Zawodowe (n=51)	Średnie (n=82)	Wyższe magisterskie (n=25)	
GARS	śr±SD	45,83±14,83	42,15±15,9	48,88±16,97	44,08±15,78	44±17,71	p=0,227
	mediana	49	42	55	44,5	51	
	kwartyle	35,5 - 56,5	28 - 54	34,5 - 63	30,25 - 58,75	27 - 57	
ADL	śr±SD	24,67±8,9	22,51±9,42	27,06±10,21	23,79±9,64	24,08±10,14	p=0,182
	mediana	27	20	28	22	25	
	kwartyle	17,5 - 30	15 - 28	17,5 - 35	15 - 31	13 - 31	
IADL	śr±SD	21,16±6,72	19,65±7,4	21,82±7,43	20,29±6,98	19,92±8,21	p=0,321
	mediana	23	21	27	22	24	
	kwartyle	17,5 - 26,5	13 - 26	15,5 - 28	14 - 27	11 - 27	

p – test Kruskala-Wallis; n – liczba osób; SD – odchylenie standardowe

Analiza statystyczna wykazała, że w grupie mieszkającej w domu rodzinnym sprawność funkcjonalna w zakresie ogólnych i prostych czynności dnia codziennego była istotnie wyższa u osób z wykształceniem wyższym niż w pozostałych grupach, a ponadto u osób

z wykształceniem średnim była istotnie wyższa niż u osób z wykształceniem podstawowym ( $p < 0,05$ ).

Sprawność funkcjonalna w zakresie złożonych czynności dnia codziennego była istotnie wyższa u osób z wykształceniem wyższym niż u osób z wykształceniem niepełnym podstawowym, podstawowym i zawodowym, a ponadto u osób z wykształceniem średnim i zawodowym była istotnie wyższa niż u osób z wykształceniem podstawowym ( $p < 0,05$ ). Dane te przedstawia tabela XXIX.

**Tabela XXIX. Zależność między sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w domu rodzinnym a wykształceniem**

GARS		Wykształcenie					p
		Podstawowe niepełne - a (n=7)	Podstawowe - B (n=45)	Zawodowe - C (n=65)	Średnie/ D (n=99)	Wyższe magisterskie - e (n =34)	
GARS	śr±SD	31,86±15,85	35,09±16,87	31,17±17,38	28,54±15,22	22,85±12,04	p=0,004 *
	mediana	27	34	21	20	18	
	kwartyle	20,5 - 39,5	19 - 43	18 - 41	18 - 34,5	18 - 22,75	B>D,E
ADL	śr±SD	17,57±7,04	19,82±9,64	17,71±9,56	16,41±8,51	13,59±7,11	p=0,003 *
	mediana	16	18	12	12	11	
	kwartyle	12,5 - 20,5	11 - 23	11 - 21	11 - 18	11 - 12,75	B>D,E C>E
IADL	śr±SD	14,29±8,94	15,27±7,62	13,46±8,24	12,12±7,1	9,26±5,25	p=0,004 *
	mediana	10	14	8	8	7	
	kwartyle	8 - 19,5	8 - 22	7 - 21	7 - 16	7 - 8,75	B>C,D,E

\* zależność istotna statystycznie ( $p < 0,05$ )

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna); n – liczba osób; SD – odchylenie standardowe

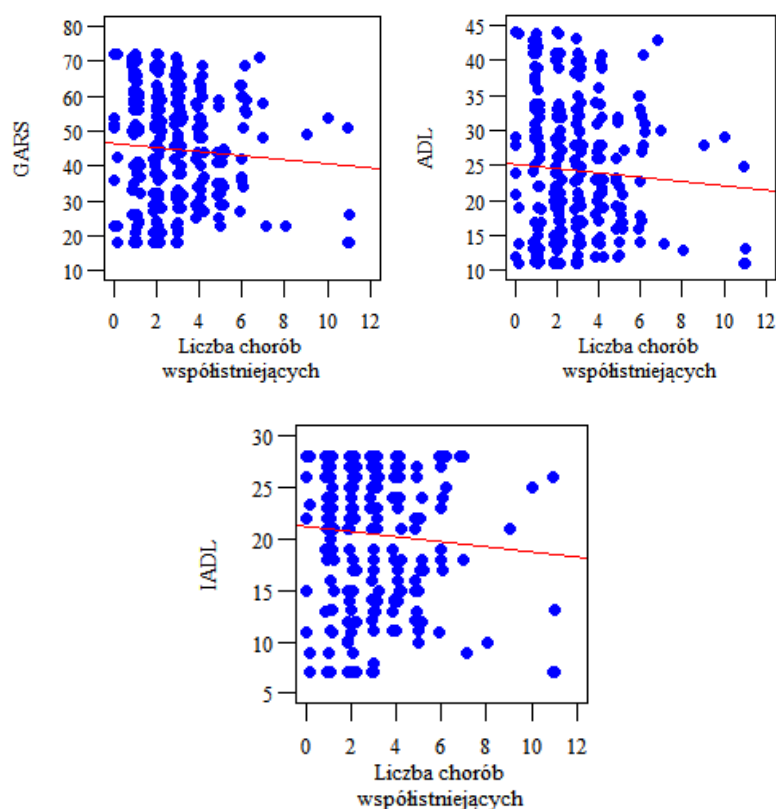
### 4.3.2. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych a wybranymi chorobami współistniejącymi

W analizowanej grupie nie stwierdzono zależności pomiędzy liczbą chorób występującą u pensjonariuszy DPS-ów a ich poziomem sprawności funkcjonalnej ( $p > 0,05$ ). Szczegółowe dane zawarto w tabeli XXX oraz na rycinie 39.

Tabela XXX. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a występowaniem chorób współistniejących u badanych pensjonariuszy DPS-ów

GARS	Liczba chorób współistniejących
	Współczynnik korelacji Spearmana
GARS	$r = -0,052$ , $p = 0,412$
ADL	$r = -0,025$ , $p = 0,689$
IADL	$r = -0,074$ , $p = 0,245$

r – współczynnik korelacji r-Spearmana



Ryc. 37. Statystyka opisowa zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych mieszkających w DPS-ach a liczbą chorób współistniejących

Analizując wpływ liczby chorób współistniejących na poziom sprawności funkcjonalnej badanych mieszkających w domu rodzinnym, stwierdzono, że liczba

chorób współistniejących koreluje istotnie ( $p < 0,05$ ) i dodatnio ( $r > 0$ ) z GARS, ADL i IADL.

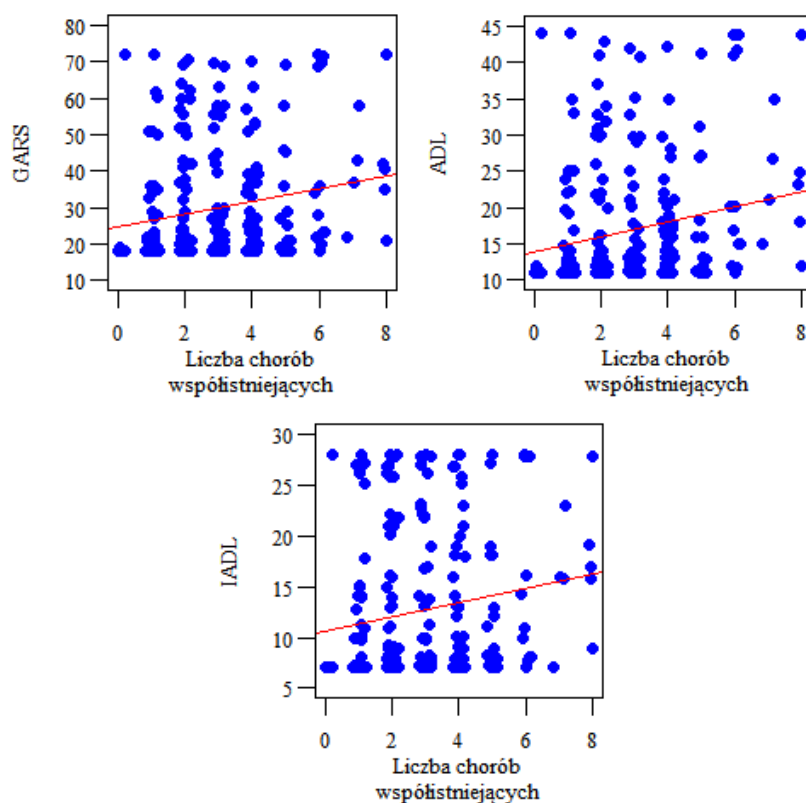
Im więcej chorób współistniejących u badanych, tym mniejsza samodzielność w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego. Wyniki w tym zakresie obrazuje tabela XXXI.

**Tabela XXXI. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a występowaniem chorób współistniejących u badanych mieszkających w domu rodzinnym**

GARS	Liczba chorób współistniejących
	Współczynnik korelacji Spearmana
GARS	$r=0,224, p<0,001 *$
ADL	$r=0,216, p=0,001 *$
IADL	$r=0,225, p<0,001 *$

\* zależność istotna statystycznie ( $p < 0,05$ )

r – współczynnik korelacji r-Spearmana



**Ryc. 38. Statystyka opisowa zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych mieszkających w domu rodzinnym a liczbą chorób współistniejących**

## 5. DYSKUSJA, WNIOSKI I POSTULATY

### 5.1. Dyskusja

Problematyka starzenia się i starości stała się w ostatnich latach przedmiotem wielu badań i publikacji [Brzezińska i Wilowska 2010, Skalska 2011, Czekanowski 2012, Mora F. 2013, Chmielewski P., Borysławski K. 2016, Chabior i wsp. 2014, Rybka i wsp. 2016, Dąbek i wsp. 2015, Wojszel 2016, Bosacka i wsp. 2016, Gillear i Higgs 2010, Arai i wsp. 2012, Buffel i Phillipson 2018, Tracz-Dral 2018]. Duże zainteresowanie tą problematyką wynika z dynamiki procesu starzenia się społeczeństw i szybkiego przyrostu odsetka ludzi starych [Król 2014, Iwański 2017].

Wzrost liczby osób po 65. roku życia stanowi duże wyzwanie dla sektora opieki zdrowotnej i społecznej z powodu zwiększonego zapotrzebowania na opiekę w tych obszarach. Główne problemy zdrowotne w okresie starzenia się i starości wynikają ze zmian fizjologicznych oraz wielochorobowości prowadzącej do ograniczeń funkcjonalnych i niesprawności [Laskowska-Szcześniak i Kozak-Szkopek 2013, Wieczorowska-Tobis 2014]. Celem opieki geriatrycznej jest zapewnienie osobom starszym niezależności w codziennym funkcjonowaniu poprzez monitorowanie i wsparcie w utrzymaniu sprawności funkcjonalnej [Wieczorowska-Tobis 2014]. Dotychczas prowadzone badania w zakresie oceny sprawności funkcjonalnej osób starszych obejmowały zmienne socjodemograficzne [Muszalik i wsp., 2010, Haor i wsp. 2013, Starczewska i wsp. 2018, Fidecki i wsp. 2018], bez rozszerzenia ich o zmienne psychospołeczne i występowanie schorzeń współistniejących [Wieczorowska-Tobis 2014, Traczyk i wsp. 2016]. Również liczba publikacji w zakresie sprawności funkcjonalnej osób starszych mieszkających w Domach Pomocy Społecznej jest nadal niewystarczająca [Kozicka i Kostka 2014].

Biorąc pod uwagę powyższe aspekty, podjęto badania własne, których celem było porównanie sprawności funkcjonalnej i wybranych czynników psychospołecznych osób starszych mieszkających w domu opieki społecznej i w domu rodzinnym.

Badania własne wykazały zależność istotną statystycznie pomiędzy sprawnością funkcjonalną (oceniającą skalą GARS) a miejscem zamieszkania badanych. Wyższą sprawność w zakresie ogólnej zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego prezentowali badani mieszkający w domu rodzinnym. Stan funkcjonalny mieszkańców

DPS-ów w zakresie ogólnych zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego plasował się średnio na poziomie pomiędzy pewnymi a poważnymi trudnościami.

Podobne wyniki uzyskała Traczyk i wsp. [2016], chociaż analizowała ona wyłącznie sytuację kobiet mieszkających samodzielnie i w DPS-ach. Badane osoby mieszkające w domach rodzinnych, wykonywały podstawowe czynności dnia codziennego w pełni samodzielnie, bez trudności, a ich jakość życia została oceniona jako przeciętna. Natomiast osoby zamieszkujące w Domach Opieki Społecznej wykazywały gorszą sprawność funkcjonalną, ich ogólny stan oceniony był jako dobry, a jakość ich życia była niższa w porównaniu z grupą mieszkającą w domu rodzinnym.

Porównanie sprawności funkcjonalnej oceniała także Grzegorzczuk i wsp. [2007], w grupie osób mieszkających w DPS-ach i uczestników Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Mieszkańcy Domów Pomocy Społecznej bardzo nisko oceniali swoją sprawność i energię życiową. Osoby aktywne, uczęszczające na zajęcia i żyjące samodzielnie oceniły te czynniki znacznie lepiej, chociaż i tak dość nisko. Należy też podkreślić, że w przytoczonych badaniach występowała silna korelacja między sprawnością ruchową a poziomem energii, a także bólem.

Każmierczak i wsp. [2016], badając sprawność osób żyjących samodzielnie w środowisku domowym i uczestniczących w zajęciach Domu Dziennego Pobytu, również wskazała na wysoki poziom ich sprawności fizycznej.

Badania sprawności funkcjonalnej osób zamieszkujących Domy Pomocy Społecznej, bez porównania do osób mieszkających w domach rodzinnych, dają zróżnicowane wyniki. Takim przykładem są badania prowadzone przez Płaszewską-Żywko i wsp. [2008], które potwierdziły, że 89% badanych z grupy 102 mieszkańców DPS-ów miało dobrą sprawność funkcjonalną. Natomiast Zielińska-Więczkowska i wsp. [2013] wskazała, że 43% osób spośród 100 zamieszkujących jeden z DPS-ów znajdujących się w województwie kujawsko-pomorskim było sprawnych, z czego co czwarty pensjonariusz wykazywał umiarkowaną niesprawność, a co trzecia osoba była znacznie niesprawna.

Przypuszcza się, że osoby mieszkające w DPS-ach mają niższą sprawność funkcjonalną nie tylko ze względu na wielochorobowość, poczucie osamotnienia, depresję, wiek, lecz także z powodu wyłączenia ich z wykonywania czynności dnia codziennego przez opiekunów.

W badaniach własnych zdolność pensjonariuszy DPS-ów do wykonywania prostych czynności dnia codziennego oceniana skalą ADL plasowała się na poziomie pewnych trudności.

Podobne wyniki uzyskała Zboina i wsp., wykazując, że prawie połowa (47,57%) pensjonariuszy DPS-u w Szczecinie była sprawna, umiarkowane trudności miało 25,24% a 27,18% miało znaczne trudności w wykonywaniu czynności życia codziennego. Natomiast w DPS-ie w Dolicach sprawnych było 38,89% badanych, ponad połowa (55,56%) miała umiarkowane trudności, a 5,56 % duże trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego [Zboina i wsp. 2014]. W innym badaniu wykazano, że 43 % mieszkańców DPS-u było sprawnych, co czwarty badany był umiarkowanie niesprawny, a co trzeci miał znaczną niesprawność w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego [Zielińska-Więczkowska 2013].

Porównywalne wyniki uzyskał również Fidecki i wsp., wykorzystując do oceny funkcjonalności badanych przebywających w DPS skalę NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). W domenie aktywności życia codziennego badani uzyskali średni wynik 9,85 świadczący o pewnych trudnościach w ich wykonywaniu [Fidecki i wsp. 2016].

Odmienne wyniki uzyskała Traczyk i wsp. [2016], wykazując, że większość czynności dnia codziennego badane pensjonariuszki DPS-ów wykonywały samodzielnie z niewielką trudnością. W innym badaniach wykazano, że pensjonariusze DPS-ów w 84,2% [Umiastowska i wsp. 2013] i 98,04% prezentowali wysoki i średni poziom sprawności w zakresie samoobsługi [Strugała 2011]. W obu przywołanych badaniach do oceny sprawności funkcjonalnej badanych wykorzystano skalę Barthel. Wysoki poziom sprawności mieszkańców DPS-ów uzyskała w badaniach Płaszewska-Żywko i wsp., [2008] oraz Jachimowicz i Kostka [2009].

W badaniach własnych wykazano, że zdolność do wykonywania złożonych czynności dnia codziennego w grupie pensjonariuszy DPS-ów, mierzona skalą IADL, plasowała się średnio na poziomie poważnych trudności. Podobne wyniki uzyskał Fidecki i wsp., wskazując, że badani w zakresie czynności instrumentalnych codziennego życia uzyskali wynik 11,13 pkt., co świadczy o deficytach w sprawności [Fidecki i wsp 2016]. Również Konieczka i wsp., oceniając poziom sprawności instrumentalnej 31 pensjonariuszy DPS-u w Poznaniu stwierdzili, że była ona na średnim poziomie [Konieczka i wsp. 2008]. Natomiast z badań przeprowadzonych przez Strugałę wynika, że badani charakteryzowali się umiarkowaną zależnością w wykonywaniu złożonych



czynności dnia codziennego, osiągając średni wynik  $16,2 \pm 4,9$  w skali IADL [Strugała 2011].

W badaniach własnych wykazano, że ogólna zdolność do wykonywania prostych i złożonych czynności dnia codziennego, mierzona skalą GARS w grupie osób mieszkających w domu rodzinnym, plasowała się średnio na poziomie pomiędzy pewnymi trudnościami a ich brakiem. Porównywalne wyniki uzyskali Mirczak i Pikuła [Mirczak i Pikuła 2014].

We wspomnianych już badaniach Traczyk i wsp. [2016] wykazano, że samodzielnie żyjące kobiety wykonywały podstawowe czynności dnia codziennego bez trudności i w pełni samodzielnie.

W badaniach własnych zdolność do wykonywania prostych czynności dnia codziennego oceniona została średnio na poziomie pomiędzy pewnymi trudnościami a ich brakiem (17,01 pkt.). Wyniki te są zgodne z uzyskanymi w największym jak dotąd badaniu populacyjnym w Polsce, PolSenior, poświęconemu medycznemu, biologicznemu, społecznemu i ekonomicznemu aspektom demograficznego starzenia się społeczeństwa. W badaniu PolSenior wzięło udział 4913 respondentów po 65. r. ż., a dane zebrano za pomocą skali ADL. Ponad 90% badanych wykonywało podstawowe czynności dnia codziennego bez potrzeby korzystania z pomocy innych [Wizner 2012]. Podobne wyniki uzyskała Dziechciarz i wsp., wskazując, że 90,2% badanych była sprawna w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego [Dziechciarz i wsp. 2010]. Nieco inne wyniki uzyskała Ślusarka i wsp., bowiem 34,7% respondentów było całkowicie sprawnych, 46,5% częściowo sprawnych, a 18,8% znacząco niesprawnych [Ślusarska i wsp. 2016]. Bujnowska-Fedak i wsp. przeprowadzili badanie w grupie 289 osób w wieku 60 lat i więcej, należących do praktyk lekarzy rodzinnych. Wykorzystując skalę ADL, wykazali, że zdecydowana większość badanych uzyskała wynik przeciętny 5,78 pkt. w skali od 0 do 6 punktów [Bujnowska-Fedk i wsp. 2013]. W badaniach prowadzonych przez Wysokińskiego w grupie 150 osób hospitalizowanych w oddziałach internistycznych stwierdzono, że blisko 60% badanych było sprawnych, ponad jedna czwarta znacznie niesprawnych, a pozostałe osoby zakwalifikowano do grupy umiarkowanie niesprawnych [Wysokiński i wsp. 2013]. Podobne wyniki uzyskał Barbosa, badając 286 osób powyżej 60. roku życia, należących do organizacji ESF Lourdes II (Estrategia Saude da Familia Luordes II – strategia zdrowia rodziny Lourdes) w Brazylii. Spośród badanych 61,9% uzyskało wysoki stopień sprawności funkcjonalnej [Barbosa 2014]. Również Muszalik i wsp. wykazali, że czynności dnia codziennego

w badanej grupie kształtowały się na wysokim (66,7%) i średnim (24,1 %) poziomie [Muszalik, Marzec i wsp. 2012]. Rybka i wsp., badając 100 pacjentów w Lipnie, wykazali, że średni wynik oceny podstawowych czynności w życiu codziennym w skali ADL wyniósł  $4,77 \pm 1,50$  pkt., co świadczy o dobrej sprawności badanych osób. Ponad połowa badanych osób (56%) była sprawna, a 35% stanowili umiarkowanie niesprawni [Rybka i wsp. 2016]. W badaniu przekrojowym TILDA (The Irish Longitudinal Study on Ageing), przeprowadzonym w Irlandii wśród 1580 osób w wieku powyżej 65 lat, stwierdzono u 13% badanych niepełnosprawność w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego – ADL [Connolly i wsp. 2016].

W badaniach własnych, przeprowadzonych wśród osób mieszkających w domu rodzinnym, zdolność do wykonywania złożonych czynności dnia codziennego mierzona skalą IADL plasowała się średnio na poziomie pewnych trudności. Podobne wyniki uzyskała Starczewska i wsp. [2018], wykazując, że połowa ankietowanych była całkowicie samodzielna, 46% badanych reprezentowało ograniczoną samodzielność i wymagało pomocy przynajmniej w jednej czynności, a 4% badanych wykazywało całkowicie brak samodzielności w zakresie wszystkich ocenianych czynności.

Podobne wyniki uzyskał Wysokiński i wsp. w grupie osób hospitalizowanych w oddziałach internistycznych, gdzie osoby badane w zakresie oceny IADL na możliwe do zdobycia 24 pkt. uzyskały blisko 18 pkt., co oznacza umiarkowaną zależność (pacjent wymaga częściowej pomocy innych osób) [Wysokiński i wsp. 2013]. Również Błaszczuk-Bębenek i wsp., oceniając zdolność samodzielnego funkcjonowania 133 pacjentów znajdujących się pod opieką pielęgniarki środowiskowej, wykazała, że osoby starsze z badanej grupy nie miały problemów w wykonywaniu większości ocenianych czynności [Błaszczuk – Bębenek i wsp. 2016]. Ślusarka i wsp., oceniając sprawność osób starszych w środowisku zamieszkania, także stwierdziła, że 34,7% było niezależnych od otoczenia, 46,5% było częściowo sprawnych, a 18,8% było znacznie niesprawnych [Ślusarska i wsp. 2016].

Badanie w grupie 289 pacjentów w wieku 60 lat i więcej, należących do praktyk lekarzy rodzinnych, przeprowadzone przez Bujnowską-Fedak i wsp. wykazało, że w teście sprawności instrumentalnej (IADL) ogół badanych osiągnął średnio 6,67 pkt. w skali od 0 do 8 pkt., co wskazuje na niewielkie ograniczenia sprawności funkcjonalnej w tym zakresie, zaobserwowano jednak pogorszenie sprawności wyraźnie narastające w grupie pacjentów w wieku 75 lat i więcej (średnio 5,92 pkt.) [Bujnowska-Fedak i wsp. 2013]. Muszalik i wsp., przeprowadzając badania wśród 109 pacjentów Katedry i Kliniki

Geriatrui, wykazali, że czynności instrumentalne w badanej grupie kształtowały się na średnim i wysokim poziomie. Wysoki stopień sprawności osiągnęło 58,3%, średni poziom sprawności 38,9%, a niski poziom sprawności uzyskało 2,8% badanych [Muszaliak i wsp. 2012]. Nieco odmienne wyniki przedstawiła Krenzel i wsp. po zbadaniu 185 pacjentów po 60. roku życia, przebywających w Szpitalu Geriatrycznym. W badanej grupie średnia testu IADL wyniosła 19,09 (na 24 możliwe do zdobycia), co wskazuje na umiarkowaną zależność. Zjawisko to obserwowano szczególnie w grupie osób po 75. roku życia [Krenzel i wsp. 2018]. Również w badaniach Rybki i wsp., oceniających sprawność złożonych czynności dnia codziennego w szpitalu w Lipnie, wśród 100 chorych największą grupę w skali IADL stanowiły osoby w pełni samodzielne (48,00% ogółu badanych). Nieco mniej było osób częściowo samodzielnych (46,00% ogółu badanych), a tylko 6% ogółu badanych było niesamodzielnych. Średni wynik oceny złożonych czynności w życiu codziennym wyniósł 18,55 pkt., co świadczy o nieznacznej niesamodzielności, ale z tendencją narastającą [Rybka i wsp. 2016]. Odmienne wyniki uzyskała Postrożny i wsp., oceniając 88 pacjentów poradni rehabilitacyjnej oraz pacjentów POZ. Co prawda, dla całej grupy uzyskano wynik na poziomie średniej 18,14, co wskazuje na częściową niesamodzielność badanych, jednak, analizując sprawność, ustalono, że w badanej grupie najmniej (15,9%) było osób samodzielnych, 42,0% częściowo samodzielnych, a 42,0% stanowiły osoby ze znaczną niesamodzielnością [Postrożny 2020]. Nieco odmienne wyniki uzyskała Dziechciarz i wsp., wykazując, że 66,7% badanych po 60 r. ż. było znacznie niesprawnych w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego [Dziechciarz i wsp. 2010]. W badaniu przekrojowym TILDA, przeprowadzonym w Irlandii wśród 1580 osób w wieku powyżej 65 lat, u 11% badanych stwierdzono niepełnosprawność w zakresie IADL [Connolly i wsp. 2016].

Badania przeprowadzone przez Lewko i wsp. skalą Barthel wśród 100 osób powyżej 65. roku życia w środowisku zamieszkania wykazały, że średni wynik uzyskany przez respondentów wynosił 80,3 pkt., co oznacza, że przy niewielkiej pomocy osoba badana może funkcjonować samodzielnie. Maksymalną liczbę punktów, świadczącą o pełnej sprawności, uzyskało 35% badanych osób. Stan „lekki” pacjenta stwierdzono u 53% badanych, „średnio ciężki” u 43% respondentów, a stan „bardzo ciężki” u 4% osób z badanej grupy [Lewko i wsp. 2014].

Jednym z aspektów zdrowia, a zarazem ważnym elementem odzwierciedlającym poczucie zdrowia, jest jego samoocena [Światała 2009, Muszaliak i wsp., 2010, Nowicki i wsp. 2016]. w wielu badaniach wykazano istnienie związku pomiędzy subiektywną

oceną stanu zdrowia a rzeczywistym zdrowiem. Samoocena stanu zdrowia jest wyrażana przez jednostkę jako odzwierciedlenie odczuć pomiędzy obiektywnym stanem zdrowia a kondycją psychiczną, uwarunkowaniami społecznymi i jakością życia [Tobiasz-Adamczyk i Brzyski 2001, Muszalik i wsp. 2010, Jopkiewicz 2014, Nowicki i wsp. 2016]. Samoocena stanu zdrowia jako miernik zdrowia jest krytykowana za brak obiektywizmu. Uwagi krytyczne odnoszące się do subiektywnej oceny zdrowia mają związek z relatywnością pojęć, którym osoby badane przypisują rangę zdrowia doskonałego, średniego lub złego. Pomimo tych zastrzeżeń samoocena stanu zdrowia uznawana jest za ważny wskaźnik zdrowotny i predyktor zachowań zdrowotnych [Tobiasz-Adamczyk i Brzyski 2001].

W badaniach własnych 18% mieszkańców DPS-ów dobrze oceniło stan swojego zdrowia, a 30,4% oceniło go jako zły lub bardzo zły. Natomiast 43,2% badanych mieszkających w domu rodzinnym oceniło dobrze swój stan zdrowia, a 14% jako zły lub bardzo zły. Respondenci mieszkający w domu rodzinnym istotnie lepiej oceniali swoje zdrowie niż osoby mieszkające w DPS-ach. Wykazano również związek pomiędzy samooceną stanu zdrowia a poziomem sprawności funkcjonalnej. Większej samodzielności w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego towarzyszyła wyższa samoocena stanu zdrowia.

Podobne wyniki uzyskano w badaniu PolSenior, przeprowadzonym na reprezentatywnej grupie 3630 osób, gdzie zdecydowana większość badanych (34,7%) dobrze oceniła swoje zdrowie, natomiast 21,2% było zdecydowanie niezadowolonych i oceniło je źle i bardzo źle [Waszkiewicz i wsp. 2012].

Nowicki i wsp., oceniając subiektywną ocenę stanu zdrowia w grupie 505 osób w wieku powyżej 65. r.ż., wykazał, że większość (43,3%) badanych oceniło swoje zdrowie w kategorii źle, 33,07 % jako dostateczne, a 24,56 % jako dobre i bardzo dobre [Nowicki i wsp. 2016]. Podobne wyniki uzyskali inni autorzy [Świtała 2009; Zarzeczna-Baran i wsp. 2008; Nowak-Kapusta i wsp. 2017]. Nieco odmienne wyniki uzyskała Muszalik i wsp., wykazując, że 59,83% badanych swoje zdrowie oceniło źle, a 40,16% dobrze [Muszalik i wsp. 2010], Płaszewska-Żywko i wsp., wskazując, że 76,47% badanych oceniło swoje zdrowie na poziomie przeciętnym [Płaszewska-Żywko 2008] oraz Pawlikowska-Łagód i wsp. wykazując, że prawie 70% respondentów w różnym stopniu było niezadowolonych ze swojego zdrowia [Pawlikowska-Łagód i wsp. 2017].

Analiza przeprowadzona w 2012 roku przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) wykazała, że 13% seniorów mieszkających w Polsce oceniło stan swojego zdrowia jako

co najmniej dobry, 45% jako przeciętny (ani dobre, ani złe), a 42% jako zły lub bardzo zły. Wykazano, że ocena stanu zdrowia jest ściśle związana z płcią – kobiety oceniają swoje zdrowie gorzej niż mężczyźni [GUS 2014]. Ponowna analiza GUS przeprowadzona w roku 2016 wykazała niewielkie zmiany w tym zakresie. Większość osób starszych (43%) oceniła swoje zdrowie jako przeciętne, 28% jako dobre i bardzo dobre. Badania prowadzone w ramach programu SENECA, którym objęto 11 krajów europejskich (w tym Polskę) w grupie osób powyżej 80. roku życia, wykazały gorszą samoocenę zdrowia w grupie kobiet w porównaniu z grupą mężczyzn.

Porównując samoocenę stanu zdrowia osób starszych w krajach Unii Europejskiej, wykazano, że gorzej swoje zdrowie od mieszkańców Polski oceniają mieszkańcy Chorwacji, Estonii, Węgier, Portugalii, Łotwy i Litwy. Natomiast najwyżej ocenili swoje zdrowie starsi mieszkańcy Szwecji i Szwajcarii [GUS 2016].

Autorzy badań są zgodni, że u osób w wieku geriatrycznym depresja jest jednym z najczęstszych zaburzeń psychicznych oraz jednym z czynników mających znamienne wpływy na obniżenie sprawności funkcjonalnej [Mattosi wsp. 2014, Filipka i wsp. 2015, Kozicka i wsp. 2014, Bartoszek i wsp. 2018]. Ryzyko zachorowania na depresję wzrasta powyżej 60. roku życia [Lelonek i Wiraszka 2016, Fiske i wsp. 2009], a w późnej starości cierpi na nią ponad 40% kobiet i 30% mężczyzn [Broczek i wsp. 2012].

Depresja to choroba ośrodkowego układu nerwowego, zaliczana do zaburzeń psychicznych, afektywnych. Charakteryzuje się obniżeniem napędu psychoruchowego, apatią, lękiem, ogólnym spadkiem nastroju, a także zaburzeniem rytmów okołodobowych. Wpływa na zdolności poznawcze oraz czynności somatyczne, psychiczne i psychomotoryczne. Depresja może doprowadzić do samobójstwa. Wraz z wiekiem zwiększa się odsetek samobójstw dokonanych, w porównaniu do prób samobójczych. Najczęściej na odebranie sobie życia decydują się osoby przewlekle chore [Girzelska i wsp. 2018].

Rozpoznanie depresji nie jest łatwe, ponieważ dolegliwości sygnalizowane przez pacjenta bądź spostrzeżenia zgłaszane przez jego bliskich mogą świadczyć o objawach zarówno depresji, jak i otępienia [Filipka i wsp. 2015]. Rozpoznanie depresji wymaga przeprowadzenia badania klinicznego, które potwierdza występowanie zespołu depresyjnego [Lewko i wsp. 2014, Biercewicz i wsp. 2005, Broczek i wsp. 2012]. Szacuje się, że częstość tych zaburzeń wynosi od 15% do 30%, a w przebiegu chorób somatycznych występowanie zespołów depresyjnych zwiększa się nawet do 45% [Rudnicka-Drożak i wsp. 2010, Bartoszek i wsp. 2018].

Badanie przy użyciu Geriatrycznej Skali Oceny Depresji nie jest równoznaczne z rozpoznaniem depresji, ale jest skutecznym, standaryzowanym narzędziem przesiewowym do diagnozowania w jej kierunku [Skalska 2007, Kałucka 2014].

W badaniach własnych wykazano, że u 61,2 % badanych mieszkających w DPS-ach występuje depresja o charakterze umiarkowanym (41,6%) i ciężkim (19,6%), natomiast w grupie badanych mieszkających w domu rodzinnym stwierdzono jej występowanie u 51,2 % badanych – o charakterze umiarkowanym (44,4%) i ciężkim (6,8%). Badania w zakresie występowania depresji wykazały zależność istotną statystycznie od miejsca zamieszkania (częściej depresja występowała w grupie osób mieszkających w DPS-ach) oraz zależność między występowaniem depresji a poziomem sprawności funkcjonalnej w całej grupie badanej (większej samodzielności w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego towarzyszył niższy poziom depresji, niezależnie od miejsca zamieszkania).

W badaniu PolSenior stwierdzono występowanie objawów depresji u 29,7 % badanych, w tym częściej u kobiet (31,7%) niż u mężczyzn (20,7%). Podobne obserwacje opisał Fidecki i wsp. wskazując, że mężczyźni prezentowali mniejsze ryzyko depresji w porównaniu do kobiet [Fidecki i wsp. 2017]. W innym badaniu stwierdzono występowanie objawów depresyjnych we wczesnej starości u 31,7% kobiet i 20,7% mężczyzn, a w późnej starości u 42% kobiet i 30% mężczyzn [Broczek i wsp. 2012].

W badaniu przeprowadzonym przez Babiarczyk i wsp., którym objęto 98 osób starszych mieszkających w DPS-ach i 104 osoby starsze hospitalizowane w oddziale internistycznym, stwierdzono w całej grupie badanej ciężką depresję u 10,9 % i lekką depresję u 43,6 % badanych. Mężczyźni przebywający w domach opieki wykazywali niższy poziom depresji niż mężczyźni hospitalizowani, wykazano również istotnie częstsze występowanie ciężkiej depresji u kobiet [Babiarczyk i wsp. 2013]. Podobne wyniki uzyskała Bieniek-Kamińska i wsp., stwierdzając występowanie depresji umiarkowanej u 31,9% badanych i depresji ciężkiej u 9,4% badanych mieszkających w DPS-ach [Bieniek-Kamińska i wsp. 2017].

W innym badaniu, przeprowadzonym skalą depresji Becka, oceniano występowanie depresji w grupie 121 osób mieszkających w DPS w Szczecinie i Dolicach. Badania wykazały występowanie depresji w stopniu ciężkim u 8,74% mieszkańców DPS-u w Szczecinie, średnim u 23,3% i łagodnym u 44,66%. Natomiast w DPS-ie w Dolicach depresja występowała w stopniu średnim u 22,22% badanych i łagodnym u 55,56 % [Zboina i wsp. 2014].

Podobne wyniki uzyskała Płaszewska-Żywko i wsp., stwierdzając objawy umiarkowanej depresji u 43%, a objawy ciężkiej depresji u 9% badanych pensjonariuszy DPS-ów. Depresja ciężka występowała nieco częściej u kobiet, jednak nie stwierdzono istotnej korelacji między płcią badanych a występowaniem depresji. Również w tym badaniu wykazano związek pomiędzy sprawnością funkcjonalną a występowaniem depresji [Płaszewska-Żywko i wsp. 2008].

Podobne wyniki uzyskała Kujawska-Danecka i wsp. [2016], stwierdzając symptomy depresji u 42,3% spośród 93 badanych osób powyżej 65. roku życia. Osoby te mieszkały na terenach wiejskich i znajdowały się pod nadzorem opiekuna środowiskowego. W badaniu przeważały kobiety (63,4%) i to one częściej doświadczały depresji (77,8%). W badanej grupie depresja i problemy ze snem były najczęstsze, a depresja była związana z liczbą i intensywnością objawów somatycznych.

Traczyk i wsp., badając ryzyko wystąpienia depresji w grupie mieszkańców Domu Pomocy Społecznej, uzyskała wynik świadczący o dużej podatności na depresję u 65% badanych oraz nie stwierdziła związku pomiędzy stanem funkcjonalnym a ryzykiem depresji [Traczyk i wsp. 2016].

Odmienne wyniki od badań własnych uzyskała Nowak-Kapusta i wsp., która wykazała występowanie depresji umiarkowanej u 21,3% kobiet i 22,8% mężczyzn, a ciężkiej u 11% kobiet i 5,9% mężczyzn. Najczęściej na depresję chorowały kobiety między 65. a 74. rokiem życia oraz w 46% wdowy [Nowak- Kapusta i wsp. 2017].

Dwunastomiesięczne, norweskie badanie przeprowadzone wśród 902 mieszkańców ośrodków długoterminowej opieki geriatrycznej wykazało depresję kliniczną u 21,2% rezydentów, z rozpowszechnieniem rocznym na poziomie 14,9% [Barca i wsp. 2010]. Natomiast w badaniu Epidemiologic Catchment Area (ECA) częstość występowania depresji wyniosła 27%, a objawy zespołu depresyjnego w 25% związane były ze śmiercią życiowego partnera, odczuciem społecznej izolacji oraz poczuciem bezużyteczności. Tłumaczy to też wyższe rozpowszechnienie objawów depresji w grupie badanych przebywających w ośrodkach opieki społecznej [Meeks i wsp. 2011].

Według badań Starczewskiej i wsp., [2019] przeprowadzonych na 274 pacjentach przychodni Zespołu Lekarzy Rodzinnych, stwierdzono ryzyko wystąpienia depresji u co czwartej osoby badanej mieszkającej samodzielnie. Istotnym czynnikiem determinującym zwiększenie szansy pojawienia się depresji była płeć – kobiety były bardziej narażone [Starczewska i wsp. 2019].

Odmienne wyniki uzyskała Bartoszek i wsp., oceniając 120 osób starszych mieszkających w środowisku domowym. Badania nie wykazały występowania objawów depresji u 83% badanych, u 14% zaobserwowano objawy depresji umiarkowanej, a u 3% stwierdzono objawy depresji ciężkiej. W przywołanym badaniu, podobnie jak w badaniach własnych, wykazano związek natężenia symptomów depresji z poziomem sprawności funkcjonalnej. Większej zależności od osób drugich częściej towarzyszyły objawy depresji [Bartoszek i wsp. 2018]. Wyniki podobne do własnych i Bartoszek i wsp. uzyskał również Fidecki i wsp. [Fidecki i wsp. 2018].

Bujnowska-Fedak i wsp. [2012] przebadła 60 osób w wieku 75 lat i powyżej, żyjących we Wrocławiu, w mieszkaniach i domach prywatnych, objętych podstawową opieką zdrowotną. Umiarkowaną depresję miało 13,7% badanych. Spośród grupy z umiarkowaną depresją aż 85,7% mieszkało z rodziną, a 71,4% zajmowało się pracą umysłową. Na ciężką depresję cierpiało 3,4% pacjentów w wieku podeszłym. Połowa z nich mieszkała z rodziną, a także połowa z nich parała się pracą umysłową. W sumie na różne postacie depresji cierpiało 17% osób poddanych badaniu. Podobnie więc, jak w wynikach badań Bartoszek i wsp. [2018] oraz Fideckiego i wsp. [2018], liczba osób zapadających na depresję nie przekraczała 20%. Wyniki te nie korespondują z badaniami własnymi, wskazując na niższe ryzyko depresji wśród osób starszych.

Odmienne wyniki uzyskała Rudnicka-Drożak, oceniając możliwość wystąpienia depresji u 1047 pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Autorka wykazała, że u 70,2% badanych stwierdzono możliwość wystąpienia depresji [Rudnicka- Drożak i wsp. 2010].

Kolejne badania, dotyczące oceny ryzyka wystąpienia depresji wśród osób starszych mieszkających w środowisku wiejskim, przeprowadzone przez Fideckiego i wsp. w 2019 roku na 115 osobach starszych w przedziale wiekowym 65-89 lat (z przeważającą liczbą kobiet na poziomie 65,83%) mieszkających na wsi, w domu, dały następujące wyniki: bez objawów depresji było 55,83% osób, depresję umiarkowaną wykazywało 35% osób i tylko 9,17% cierpiało na ciężką postać tej choroby. Dużym determinantem wystąpienia depresji był stan cywilny – osoby w związkach miały mniejsze ryzyko zapadnięcia na depresję. Autorzy badania zwracają uwagę, że seniorzy żyjący z rodziną rzadziej zapadali na depresję. Zwrócili jednak uwagę, że środowisko rodzinne może być zarówno stymulujące (rozmowa, pomoc, dostęp do środków kultury) lub hamujące (wyręczanie, brak mobilizacji do samodzielnych działań).



Wyniki Fideckiego i wsp. nie korespondują z wynikami z badań własnych, wskazując na wyższe ryzyko depresji wśród osób starszych mieszkających w domu rodzinnym w środowisku wiejskim.

Lewko i wsp., przeprowadzając badania na grupie 100 losowo wybranych osób powyżej 65. roku życia w miejscu zamieszkania, stwierdziła brak symptomów depresji u większości ankietowanych (63%), symptomy depresji umiarkowanej u niemal co trzeciej osoby (30%), a objawy ciężkiej depresji występowały u 7% badanych. W badaniu tym wykazano również, że u mężczyzn zdecydowanie rzadziej występowała depresja niż w grupie kobiet [Lewko i wsp. 2014].

Największą liczbę osób borykających się z depresją zarejestrowały Burzyńska i Maniecka-Bryła, analizujące poziom depresji wśród osób w wieku 65 lat i więcej, korzystających z pomocy społecznej. Badania ankietowe przeprowadzono na 108 podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej Łódź-Polesie. W badaniu przeważały kobiety (88), które w 78% najprawdopodobniej cierpiały na depresję. Ryzyko wystąpienia depresji było związane z takimi czynnikami jak: wykształcenie, status socjalno-ekonomiczny i stan zdrowia [Burzyńska i Maniecka-Bryła 2013].

Badania przeprowadzone w USA w 2010 r., oceniające wystąpienie depresji u osób powyżej 65. roku życia mieszkających w domu, wykazały, że na depresję cierpiało zaledwie 9,8% badanych. Co ciekawe, według badania, seniorzy o obniżonej sprawności funkcjonalnej obciążeni byli mniejszym ryzykiem zapadnięcia na depresję niż osoby młodsze. Prawdopodobnie wynika to z mechanizmu „pogodzenia się z losem” i większej, niż u osób młodych, akceptacji chorób wynikających z wieku. Osoby starsze wykazują też zachowania adaptacyjne do danej sytuacji, podczas gdy młodsze starają się ją zmienić [Kessler i wsp. 2010]. Obserwacja ta stoi w sprzeczności z wynikami własnymi, a także większością przytoczonych badań, z czego zdają sobie sprawę również autorzy przywołanej publikacji.

Badania przeprowadzone przez Ladin i wsp. sugerują, że zapadalność na depresję jest zależna od statusu ekonomicznego osoby starszej (55-104 lata życia). Porównano współczynnik zapadania na depresję do statusu ekonomicznego państwa i ogólnego poziomu życia mieszkańców. W krajach południowych, takich jak Włochy, Grecja i Hiszpania poziom depresji wśród osób starszych plasował się kolejno na poziomie: 33,87%; 24,94%; 36,83%, podczas gdy w Niemczech, Austrii, Szwecji i Danii wyniki te plasowały się kolejno na poziomie: 18,50%; 19,74%; 19,25%; 18,10%. Te wyniki potwierdzają m.in. badania Mamplekou i wsp. przeprowadzone w Grecji, które wskazały

na występowanie depresji u 70% senierek i 54% seniorów [Ladin i wsp. 2009, Mamplekou i wsp. 2010].

Badania przeprowadzone w Szwecji nie wykazały zależności między depresją a statusem społeczno-gospodarczym, zdrowotnym czy przyjmowanymi lekami (z wyłączeniem leków uspokajających i nasennych). Spośród 302 przebadanych osób w wieku powyżej 60 lat, objętych podstawową opieką zdrowotną, depresję stwierdzono u 15% [Magnil 2008]. Możliwe, że wynika to z ogólnego, wysokiego poziomu opieki społecznej i zdrowotnej w Szwecji.

Nieco odmienne wyniki uzyskał Fidecki i wsp. badając pacjentów oddziałów internistycznych. Autorzy wykazali, że 50,75% badanych starszych mężczyzn nie wykazywało objawów depresji, 26,86% miało objawy depresji umiarkowanej, a 22,39% objawy depresji ciężkiej. Tak wysoki odsetek depresji ciężkiej może wynikać z faktu, iż badani przebywali w warunkach szpitalnych z zaostrzeniem chorób współistniejących [Fidecki i wsp. 2017].

Analiza piśmiennictwa wskazuje na dwie konkurujące ze sobą hipotezy dotyczące wpływu ekonomicznych nierówności społecznych na ogólne zdrowie seniorów. Pierwsza hipoteza sugeruje, że wszelkie konsekwencje zdrowotne wynikają głównie z biedy, niskiej edukacji, ograniczonego dostępu do opieki zdrowotnej i niedożywienia [Lynch i wsp. 2004, Subramanian i Kawachi 2006]. Druga natomiast podkreśla, że spadek stanu zdrowia zachodzi nawet u osób, u których podstawowe potrzeby zostały zaspokojone, a subiektywna utrata dobrego samopoczucia obniża się w wyniku pogorszenia się stanu zdrowia [Schoen i wsp. 2006, Wilkinson i Pickett 2006].

W podtrzymywaniu i potęgowaniu zasobów zdrowotnych osób w wieku geriatrycznym dużą rolę odgrywa wsparcie społeczne [Tobiasz-Adamczyk 2011]. Wsparciem społecznym określa się szereg interakcji społecznych, dalszych lub bliższych jednostce, w których uczestniczy osoba potrzebująca pomocy i osoba/osoby ją wspierające [Janiszewska 2015]. Jest to dostępność dla konkretnego człowieka innych osób, które dają mu poczucie, że ktoś jest gotów pomóc w razie konieczności. Ponadto relacje z innymi ludźmi oraz posiadanie bliskich więzi emocjonalnych zmniejsza poczucie zagrożenia w różnych obszarach. Życzliwa i wspierająca obecność ludzi postrzegana jest jako źródło dostępnej pomocy, wpływa pozytywnie na stan fizyczny i samopoczucie psychiczne osób starszych [Tobiasz-Adamczyk 2011].

Wsparcie społeczne dzieli się na cztery typy: emocjonalne (związki międzyludzkie), informacyjne (otrzymywanie informacji i uczenie się), instrumentalne

(dobra materialne, rozwiązywanie zadań) i oceniające (dowartościowujące, czyli związane z akceptacją i zrozumieniem przez samych siebie i innych) [Poprawa i wsp. 2001]. Jest ono bardzo ważnym aspektem utrzymania samodzielności i zdrowia człowieka. Według osób zgłębiających temat wsparcia społecznego i jego wpływu na zdrowie, jest to aspekt decydujący o dobrym samopoczuciu seniora, zadowoleniu z życia, a także wpływający na zdrowie. Potwierdzają to przytoczone liczne badania [Kurowska i Bystryk 2013; Wojtyna i wsp. 2007; Talarska i wsp. 2009, Mose 2007].

W badaniach własnych oceniono zależność między poziomem sprawności funkcjonalnej, stopniem otrzymywanego przez badanych wsparcia społecznego a ich miejscem zamieszkania.

Analiza statystyczna wykazała istnienie związku pomiędzy poziomem sprawności funkcjonalnej a poziomem wsparcia społecznego otrzymywanego przez badanych mieszkających w warunkach domowych. Respondenci ocenili częstość otrzymywania ogólnego wsparcia, wsparcia w codziennym życiu, wsparcia w sytuacjach trudnych oraz częstość czucia się wartościowymi dawcami wsparcia na poziomie pomiędzy „regularnie” a „czasami”. Stwierdzono, że im większą samodzielność w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego prezentowali badani, tym większe wsparcie otrzymywali. Można z tego wywnioskować, że im więcej wsparcia otrzymywali badani, tym bezpieczniej się czuli, a tym samym wyżej ocenili swoją sprawność funkcjonalną. Natomiast badani pensjonariusze DPS-ów ocenili częstość otrzymywania ogólnego wsparcia, wsparcia w codziennym życiu oraz wsparcia w sytuacjach trudnych na poziomie „czasami”, a częstość czucia się wartościowymi dawcami wsparcia pomiędzy "czasami" a "rzadko/nigdy". Osoby badane mieszkające w DPS-ach rzadziej otrzymywały wsparcie w życiu codziennym oraz wsparcie w sytuacjach trudnych, a także zdecydowanie niżej ocenili swoją wartość jako osoby dającej wsparcie niż seniorzy z grupy porównawczej.

Respondenci mieszkający w warunkach domowych uczestniczyli zdecydowanie częściej w interakcjach społecznych o wyższej jakości w stosunku do grupy osób mieszkających w DPS-ach.

Wynik łączny SSL12 oraz wszystkie jego podskale były istotnie wyższe w grupie domowej.

Wyniki badań własnych wskazują na dość wysoki poziom wsparcia społecznego otrzymywanego przez osoby mieszkające w warunkach domowych. W literaturze niewiele jest doniesień dotyczących poziomu wsparcia osób starszych.

Badania Glińskiej i wsp. [2016] przeprowadzone w grupie mieszkańców Domów Opieki Społecznej, powyżej 70. roku życia były podstawą oceny poziomu wsparcia społecznego w kontrolowaniu emocji. Emocjonalne wsparcie pensjonariuszy DPS-ów jest bardzo ważną formą wsparcia społecznego, która przyczynia się do poczucia ogólnego zadowolenia z życia lub pogorszenia tego stanu, a nawet rozwinięcia depresji [Kurowska i Błaszczuk 2013]. Pensjonariusze DPS-ów ze strony personelu najbardziej oczekiwali wsparcia emocjonalnego. Pełne poczucie zadowolenia z takiej formy wsparcia społecznego wykazało jedynie 29% badanych, większość oceniała poziom tego wsparcia na poziomie średnim. Następne plasowało się wsparcie informacyjne (oczekiwało go tylko 11 osób), a wsparcie dowartościowujące i rzeczowe niemal nie było wymagane przez mieszkańców. Kobiety, częściej niż mężczyźni, oczekiwały wsparcia emocjonalnego ze strony personelu i gorzej oceniły to wsparcie [Glińska i wsp. 2016].

Badania Kurowskiej i Błaszczuk [2013] przeprowadzone na 80 mieszkańcach Domu Pomocy Społecznej wykazały, że (podobnie jak w przypadku badań Glińskiej i wsp.) najbardziej oczekiwaną formą wsparcia było wsparcie emocjonalne. Osoby, które pozytywnie oceniały jakość życia, miały jednocześnie wysokie wsparcie społeczne. W grupie tej przeważały kobiety, które były również bardziej od mężczyzn zadowolone ze zdrowia.

Wyniki Kurowskiej i Błaszczuk korespondują z badaniami Wojtyny i wsp. [2007], które wskazały wsparcie emocjonalne jako ważny czynnik obniżający objawy depresji, większy niż wsparcie instrumentalne (choć również miało ono znaczenie). Wsparcie emocjonalne w badaniach przytoczonych autorów miało największy wpływ na jakość życia. Badania Kurowskiej i Błaszczuk [2013] potwierdzają zapotrzebowanie na wsparcie społeczne seniorów zamieszkujących Domy Opieki Społecznej.

Wróblewska i Iwaneczko [2012] w badaniu przeprowadzonym na 40 osobach żyjących w Domu Opieki Społecznej wykazują, że większość osób jest zadowolona ze wsparcia społecznego, które otrzymują. Możliwe, że do satysfakcji w tej kwestii przyczyniło się zadowolenie z warunków socjalno-mieszkaniowych w danym DPS-ie.

Przytoczone badania nie korespondują z badaniami własnymi, w których seniorzy przebywający w Domach Opieki Społecznej rzadziej otrzymywali wsparcie społeczne w codziennym życiu i w sytuacjach trudnych, a także zdecydowanie niżej oceniali swoją wartość jako osoby dającej wsparcie niż osoby mieszkające w domu rodzinnym. Jednocześnie większość przytoczonych badań koncentruje się na emocjonalnym

wspieraniu jako głównym rodzajem wsparcia społecznego, determinującym dobre samopoczucie seniora.

Odmienne wyniki dały badania prowadzone w grupie osób starszych żyjących samodzielnie. Badania na 93 osobach powyżej 60. roku życia żyjących samodzielnie na terenie Torunia wykazały, że seniorzy otrzymują najwięcej wsparcia wartościującego, a najmniej emocjonalnego, informacyjnego i instrumentalnego. Seniorzy ocenili ogólne wsparcie społeczne jako niskie – pomiary przeprowadzone za pomocą Skali Wsparcia Społecznego plasowały się na poziomie 18 punktów (skala ma od 6 do 30 punktów) [Kurowska i wsp. 2008]. Były to więc wyniki odmienne od badań własnych, w których seniorzy mieszkający samodzielnie mieli duże wsparcie społeczne.

Najwięcej seniorów może liczyć na wsparcie dzieci, chociaż nie zawsze ich posiadanie gwarantowało tę zależność (zwykle wynikało to z migracji potomstwa do innych miast i krajów). Ze względu na znaczną liczbę osób owdowiałych, seniorzy nie mogli liczyć na tak duże wsparcie partnera, jak w przypadku dzieci. Jednak osoby, które pozostawały w związku małżeńskim lub partnerskim, deklarowały, że małżonek/partner jest ważnym źródłem wsparcia społecznego. Autorzy podkreślają, że wsparcie społeczne jest ważnym czynnikiem w radzeniu sobie ze stresem. Jednocześnie, wraz ze wzrostem liczby chorób współistniejących, poziom wsparcia społecznego się nie zmienia [Kurowska i wsp. 2008].

Odmienne wyniki od Kurowska i wsp., a jednocześnie podobne do własnych, otrzymała Kurowska i Rusińska, badając skalą wsparcia społecznego Kmieciak-Baran, 75 osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2, będących w trakcie leczenia w Klinice Endokrynologii i Diabetologii. Uzyskane przez autorki wyniki świadczyły o wysokim poziomie otrzymywanego wsparcia społecznego. Wszystkie wyniki mieściły się w granicach rezultatów wysokich i przeciętnych, nikt nie uzyskał wyniku niskiego [Kurowska i Rusińska 2011].

Tą samą skalą Kurowska i Bystryk przeprowadziły badania wśród 102 osób po 60. roku życia, będących pod opieką przychodni NZOZ w Bydgoszczy i również wykazały wysoki poziom otrzymywanego wsparcia społecznego. W badaniu tym wykazano również, że najwyższe wsparcie społeczne badani otrzymywali od dzieci, od współmałżonków i od znajomych [Kurowska, Bystryk 2013]. Tożsame wyniki uzyskały Głębocka i Szarzyńska, badając 73 osoby starsze w Domach Dziennego Pobytu w Opolu. Istotnie wyższy poziom wsparcia otrzymywały osoby będące w związkach, a także osoby, które miały wsparcie rodziny. Jednak, co interesujące, wyniki Głębockiej

i Szarzyńskiej wskazują, że najważniejsze dla dobrej, subiektywnej oceny jakości życia i dobrej oceny wsparcia społecznego jest wsparcie ze strony sąsiadów, następnie znajomych, a dopiero później od rodziny i partnera, co tłumaczone jest większym zainteresowaniem seniora nowymi osobami. Płeć nie miała wpływu na ocenę jakości życia oraz ocenę wsparcia społecznego [Głębocka i Szarzyńska 2005].

Autorzy publikacji zwracają uwagę na istotnie wyższy poziom wsparcia otrzymywanego w grupie osób będących w związkach, zwłaszcza ze strony małżonków czy partnerów niż wśród osób samotnych [Kubicki, Olcoń-Kubicka 2010, Kurowska, Bystryk 2013, Zarzeczna-Baran i wsp. 2008]. W jednym z badań zwrócono uwagę na fakt, iż wsparcie otrzymywali badani głównie ze strony dalszych znajomych, pielęgniarek czy pracowników pomocy doraźnej [Zarzeczna-Baran i wsp. 2008].

Satysfakcja z życia uwarunkowana jest wieloma czynnikami, tj. stanem zdrowia, warunkami życia, relacjami rodzinnymi, wsparciem społecznym, czynnikami kulturowymi oraz osobistymi przekonaniem i wartościami. Autorzy prac zwracają uwagę, że w literaturze przedmiotu nie ma jednej definicji terminu „satysfakcja życiowa”. Często używa się go zamiennie z pojęciami „zadowolenie z życia” lub „jakość życia”, ze względu na kilka definicji obu terminów [Czapiński 2013, Świerżewska 2014, Zalewska-Puchała i wsp. 2015, Michalska-Żyła 2015]. Może to wynikać ze wspomnianego faktu, że określenie „satysfakcja z życia” w polskiej literaturze naukowej jest stosowane zamiennie z terminem „jakość życia” lub „zadowolenie z życia”. Rzeczywiście te terminy traktowane są często jak synonimy i jeśli weźmiemy to pod uwagę, możemy przytoczyć kilka źródeł literaturowych, wykazujących zależność pomiędzy satysfakcją z życia (jakością życia) a sprawnością funkcjonalną [Zielińska-Więczkowska i Kędziora-Kornatowska 2010].

Zielińska-Więczkowska i Kędziora-Kornatowska wykazały, że sprawność fizyczna jednostek jest skorelowana z jakością życia seniorów. Potwierdzają to wyniki badań własnych, a także badania Trędewicz [2018], która stwierdziła zależność między wyższą deklarowaną jakością życia, wykształceniem seniora i jego sprawnością fizyczną. Autorka w badaniach posługiwała się skalami Barthel, ADL i IADL i objęła nimi 99 kobiet i mężczyzn powyżej 60. roku życia. Były to osoby objęte opieką pielęgniarstwa w POZ, żyjące w domu. Im wyższe wykształcenie prezentowali badani, tym odczuwali wyższą satysfakcję z życia, a także mieli lepszą sprawność fizyczną. Jednak we wszystkich grupach, wraz z postępującym wiekiem, malała subiektywna ocena satysfakcji z życia. Autorka zauważa jednak, że badana grupa charakteryzowała się

ogólnie dobrą sprawnością funkcjonalną i deklarowała zadowolenie z życia. Podobnie Kurowska i Kajut [2011], Muszalik i wsp. [2010] oraz Burzyńska i wsp. [2017] wskazują, że lepsza sprawność funkcjonalna osób starszych związana jest z wyższą oceną jakości życia, a osoby radzące sobie gorzej wykazują mniejsze zadowolenie z życia.

Wyniki te potwierdzają badania własne, które wykazały, że im większą samodzielność w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego wykazywali badani, tym wyższa była ich satysfakcja z życia. W grupie badanych pensjonariuszy DPS-ów nie wykazano korelacji jedynie pomiędzy wyższym poziomem sprawności w wykonywaniu złożonych czynności a satysfakcją z życia.

Podobnie wyniki badań przeprowadzonych przez Mirczak i Pikułę [2014] wskazują na zależność subiektywnej oceny jakości życia i sprawności funkcjonalnej – im lepsza sprawność podczas wykonywania prostych i złożonych czynności dnia codziennego, tym wyższy stopień ogólnej satysfakcji z życia. Badane osoby były mieszkańcami wsi, żyjącymi samodzielnie. Swój poziom satysfakcji z życia oceniały jako przeciętny. Co szczególnie interesujące, nie wykazano korelacji między płcią, poziomem edukacji i stanem cywilnym, a także stwierdzono, że wraz ze starzeniem się zwiększa się poziom satysfakcji z życia badanych. Jednocześnie autorzy nie podają, czy środowisko zamieszkania (wieś) miały wpływ na którykolwiek z wymienionych czynników. Wyniki te korespondują tylko połowicznie z wynikami badań własnych, ponieważ w artykule Mirczak i Pikuły [2014] wykazano zależność, że im większa sprawność w wykonywaniu złożonych czynności życiowych, tym wyższa satysfakcja z życia, podczas gdy w badaniach własnych nie stwierdzono takiej zależności.

Autorzy badań Maciejasz i wsp. [2015] oraz Dziemidok [2014] zauważają, że wraz z wiekiem spada zarówno sprawność funkcjonalna, jak i satysfakcja z życia.

W badaniach własnych wykazano, że poziom samotności badanych istotnie wpływał na poziom jakości ich życia. Podobne wyniki uzyskali Herman i wsp. [2018] i Śliwak i wsp. [2015], którzy wykazali, że wraz z pogłębianiem się uczucia osamotnienia społecznego pogarsza się zadowolenie z życia.

Humańska i wsp. [2013] przeprowadzili badania w grupie osób chorujących na stwardnienie rozsiane i wykazali, że im wyższy poziom samodzielności w czynnościach prostych i złożonych dnia codziennego prezentowali badani, tym wyższy uzyskiwali poziom satysfakcji z życia.

Z badań własnych wynika, że poziom satysfakcji z życia badani ocenili na poziomie średnim. Podobne wyniki uzyskali inni autorzy w badaniach prowadzonych w grupie osób powyżej 60. roku życia, gdzie wykazano, że badani prezentowali satysfakcję z życia na poziomie przeciętnym/umiarkowanym [Mudyń i Weiss 2010, Timoszyk-Tomczak i Bugajska 2013, Mirczak i Pikuła 2014, Świerżewska 2014, Zalewska-Puchała i wsp. 2015, Król i wsp. 2016, Pawlikowska-Łagód 2017, Traczyk i wsp. 2016, Kaźmierczak i wsp. 2014, Burzyńska i wsp. 2017].

Jednym z przykładów opracowania, potwierdzającym badania własne, są wyniki Burzyńskiej i wsp. 2017, która badała 117 rezydentów pięciu Domów Opieki Społecznej w Łodzi. Jakość życia na poziomie średnim (ani dobrym, ani złym) stwierdzono u 56% badanych, natomiast 26,8% oceniło jakość życia jako złą lub bardzo złą. Autorzy zauważyli, że osoby, które oceniały nisko zadowolenie z życia, źle oceniały również swój stan zdrowia. Takie czynniki, jak brak kontaktu z rodziną czy długie przebywanie w DPS-ie, również wpływały na gorszą ocenę jakości życia.

Nieco inne wyniki poziomu zadowolenia Polaków w wieku 65 lat i powyżej opublikował GUS w 2012 roku. Wynika z nich, że 59,5% badanych było zadowolonych z życia, a tylko 4,5% bardzo zadowolonych [GUS 2012].

Ciekawe wyniki uzyskała Trędewicz [2018], która wskazała, że satysfakcja z życia badanych seniorów (badania przeprowadzono na bardzo zróżnicowanej grupie) była wyższa niż średnia populacyjna. Jednak sama autorka przyznaje, że wyniki jej badań nie są reprezentatywne dla całej populacji. Również badania Zalewskiej-Puchały i wsp. wykazały, że zdecydowana większość badanych osób starszych deklaruje zadowolenie z życia w stopniu przeciętnym i dużym [Zalewska-Puchała i wsp. 2015].

W badaniach Jachimowicz i Kostki [2009] osoby, które były sprawne w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych dnia codziennego, a także miały większą aktywność ruchową, siłę mięśni dłoni czy były bardziej aktywne i sprawniejsze w zakresie chodu i równowagi, wykazywały większą satysfakcję z życia niż osoby mniej sprawne.

Badania w zakresie zależności poczucia satysfakcji od wieku sugerują, że satysfakcja z życia ma wymiar indywidualny i na ogół stabilny oraz zazwyczaj utrzymuje się na podobnym poziomie niezależnie od wieku danej osoby [Sitarczyk, 2006, Mudyń i Weiss 2010, Timoszyk-Tomczak, Bugajska 2013, Zalewska-Puchała i wsp. 2015].

Jednocześnie Timoszyk-Tomczak zauważa, że satysfakcja życiowa ulega fluktuacjom w zależności od podejścia do przyszłości, na co uzyskała potwierdzenie



w swoich badaniach. Jeśli senior ma przed sobą lata życia w dobrym zdrowiu, koncentruje się na teraźniejszości, planuje kolejne działania oraz realizuje cele, jego satysfakcja z życia jest stabilna. Dlatego często satysfakcja z życia może ulec obniżeniu u osób w podeszłym wieku, u których wiek biologiczny, w tym stan zdrowia, ogranicza planowanie. Podobne wyniki uzyskała również Brzezińska [2000].

Badania własne wykazały istnienie związku pomiędzy satysfakcją z życia a miejscem zamieszkania badanych. Respondenci mieszkający w domu rodzinnym istotnie wyżej oceniali satysfakcję z życia w stosunku do pensjonariuszy DPS-ów.

Podobne wyniki uzyskała Traczyk i wsp. [2016], Grzegorzczuk i wsp. [2007], a także Zych [2013].

Traczyk i wsp. [2016] wykazała, że zarówno stan funkcjonalny senierek żyjących w Domach Opieki Społecznej, jak i satysfakcja z życia były gorsze w porównaniu do kobiet żyjących samodzielnie. Zwrócono jednak uwagę, że wiek senierek mieszkających samodzielnie był istotnie niższy. Podobne wyniki, potwierdzające badania własne, uzyskał Grzegorzczuk i wsp. [2007] wskazując, że osoby mieszkające samodzielnie lepiej oceniały jakość życia. Również lepiej oceniały swoją jakość życia osoby żyjące z rodzinami niż w DPS-ach w badaniach Zych [2013].

Samotność jest subiektywnym, indywidualnym i bolesnym uczuciem, dość powszechnym wśród osób starszych [Drageset i wsp. 2011].

W literaturze przedmiotu trudno odnaleźć jednoznaczną definicję poczucia osamotnienia, a w konsekwencji trafną i rzetelną metodę jej pomiaru. Poczucie osamotnienia często utożsamiane jest z pojęciem samotności, podczas gdy inni autorzy rozróżniają te terminy [Heinrich i Gullone 2006, Hawkley i Cacioppo 2010, Krupa B. 2013, Girzelska i wsp. 2018]. Niektórzy uważają, że samotność jest stanem wynikającym z własnego wyboru i jest wyłącznym przebywaniem z samym sobą z własnej woli, podczas gdy osamotnienie to stan, w którym człowiek nie znajduje oparcia w innych ani też w swoim świecie wewnętrznym [Śliwak i wsp. 2015].

Inni badacze określają samotność jako długie pozostawanie w odosobnieniu, brak partycypacji w życiu społecznym, osamotnieniem natomiast określają stan psychologiczny.

Samotność społeczna wynika z braku szerszych, zajmujących kontaktów społecznych (przyjaciół, kolegów, sąsiadów) i/lub sieci przyjaciół o wspólnych zainteresowaniach. Pojawia się np. po przeprowadzce w nowe miejsce. Na podstawie

tych obserwacji opracowano skalę De Jong Gierveld loneliness scale [De Jong Gierveld i Van Tilburg 1999].

Van Baaesen i wsp. [2001] definiują osamotnienie jako doświadczaną rozbieżność między pożądanym stopniem i jakością kontaktów społecznych a ich rzeczywistym wymiarem.

Jednocześnie, im człowiek jest starszy, tym bardziej jest narażony na poczucie osamotnienia. Badania prowadzone w Finlandii wykazały, że 26% przebadanych osób w wieku 95 lat odczuwało samotność, co dało wynik o 8% wyższy niż w wypadku osób w wieku 75 lat. Jednak w przytoczonych badaniach poczucie samotności nie było związane z wiekiem, a ogólnym stanem zdrowia i warunkami społeczno-ekonomicznymi. W badaniu brały udział osoby przebywające w domach rodzinnych [Eloranta i wsp. 2015]. Do podobnych wniosków doszli Amerykanie, podkreślając, że poczucie osamotnienia jest skorelowane z pogorszeniem stanu zdrowia, życiem w pojedynkę lub bez partnera/małżonka, a także skurczeniem się grona znajomych i rodziny, które to czynniki przekładają się na postępujące poczucie osamotnienia u osób powyżej 75. roku życia. Chociaż zebrane dane nie wskazują, że za poczucie osamotnienia odpowiada wiek badanego, to liczba samotnych osób z pokolenia urodzonego między 1946-1964 może się zwiększać [Hawkey i wsp. 2019]. Badania ankietowe przeprowadzone przez Pikharova i wsp. [2015] na 4465 osobach powyżej 50. roku życia wykazały, że 33% respondentów spodziewa się, że będzie samotna w czasie starości, a 24% twierdzi, że starość to czas osamotnienia.

Długotrwałe poczucie osamotnienia może mieć niekorzystne konsekwencje psychiczne i fizyczne. Starając się poradzić sobie z samotnością, osoba może stosować używki, m.in. alkohol czy papierosy. Połączone jest to często z ograniczeniem aktywności fizycznej, a także nieprawidłową dietą. Uczucie samotności może powodować zaburzenia łaknienia niezwiązane z przewlekłymi chorobami i spadkiem sił witalnych, powodując niedożywienie wywołane np. nieprawidłowym doborem produktów spożywczych [Ong i wsp. 2016, Madeira i wsp. 2016]. Osoby samotne częściej cierpią na zaburzenia snu. Częściej pojawiają się u nich choroby serca i udary, a także podwyższone ciśnienie tętnicze krwi. Osoby odczuwające osamotnienie są także bardziej narażone na przedwczesny zgon [Ong i wsp. 2016, Courtin i Knapp 2017]. Badania przeprowadzone w Szwajcarii na ponad 20 000 osób starszych wykazały związek między samotnością a częstszym pojawianiem się chorób przewlekłych. Samotność wpływała na większe prawdopodobieństwo zachorowania na cukrzycę,

podwyższenie poziomu cholesterolu we krwi, zapadnięcie na depresję czy choroby psychiczne lub wystąpienie zaburzeń osobowości [Richard i wsp. 2017].

Girzelska i wsp. [2018] zauważa, że poczucie osamotnienia jest trudne do zdiagnozowania, natomiast kroki, które należy podjąć, by przeciwdziałać niekorzystnym konsekwencjom tego stanu, to edukowanie społeczeństwa i aktywizacja seniorów poprzez wpieranie finansowe instytucji powołanych do tego celu.

Na poczucie osamotnienia wpływają nieodpowiednie i ograniczone kontakty z rodziną, a także obniżona sprawność funkcjonalna. W konsekwencji obniżona jest jakość życia rezydentów DPS-ów. Poziom akceptacji chorób, zdolność dostosowania się do zmian i ogólna satysfakcja z życia również mają wpływ na poziom osamotnienia [Trybusińska i Saracen 2019].

Literatura specjalistyczna wskazuje, że samotność najbardziej odczuwają osoby pasywne, które nie mają jasnego celu w życiu [Trybusińska i Saracen 2019], a samotność i poczucie osamotnienia są jedną z najbardziej dotkliwych dolegliwości wieku senioralnego i mogą być przyczyną pogorszenia stanu zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego [Stickley i wsp. 2015, Richard i wsp. 2017, Girzelska i wsp. 2018]. Badania dowodzą, że samotność jest powszechna szczególnie wśród osób starszych cierpiących na choroby przewlekłe [Kvaal 2013].

Badania własne wykazały związek pomiędzy poziomem sprawności funkcjonalnej badanych mieszkających w domu rodzinnym a poczuciem osamotnienia. Im większą samodzielność w wykonywaniu ogólnych, prostych i złożonych czynności dnia codziennego wykazywali badani, tym mniejsze poczucie samotności odczuwali. Zależności tej nie stwierdzono u badanych osób mieszkających w DPS-ach. Sam stan funkcjonalny nie był istotnym predyktorem poczucia osamotnienia badanych. Poczucie samotności było istotnie wyższe w grupie respondentów z DPS-ów w stosunku do osób mieszkających w domu rodzinnym, niemniej jednak było ono na przeciętnym poziomie. u badanych osób mieszkających w domu rodzinnym nie stwierdzono występowania poczucia samotności.

Zalewska Puchała i wsp., oceniając poczucie samotności u 115 pacjentów oddziałów internistycznych, stwierdziła, że 43% badanych odczuwało samotność lub osamotnienie, a 21,1 % deklaroowało, że stale czują się samotni. Jednak odczucie to nie towarzyszyło badanym permanentnie, lecz głównie wtedy, gdy zostawali sami w domu przez dłuższy czas [Zalewska-Puchała i wsp. 2015].

Podobne wyniki uzyskał Szukalski prowadząc badania w grupie 830 losowo wybranych seniorów w wieku powyżej 75 lat, korzystających z pomocy MOPS-u w Łodzi. Badania wykazały, że 41% respondentów zadeklarowało, że zawsze jest samotna, a 43%, że często odczuwa samotność. Autor badań zwraca uwagę, że skala samotności ludzi starych może być w Polsce znacząco niedoszacowana [Szukalski 2005].

Również w badaniach Kubickiego i Olcoń-Kubickiej, przeprowadzonych za pomocą wywiadu telefonicznego w grupie 1000 osób w wieku 65 lat i starszych, wykazano, że prawie 20% osób starszych czuło się osamotnionych, z czego 10% przyznało, iż często, a 7% – że zawsze czują się samotni. Prawie połowa badanych (47%) stwierdziła, że nigdy nie czuła się samotna [Kubicki, Olcoń-Kubicka 2010].

Badania przeprowadzone przy wykorzystaniu Skali Pomiaru Poczucia Samotności przez Trybusińską i Saracen [2019] w grupie 250 osób powyżej 65. roku życia, przebywających w domu opieki dłużej niż rok, wykazały, że poczucie osamotnienia odczuwało niemal 40% mieszkańców domów opieki, co w konsekwencji przyczyniło się do obniżenia jakości ich życia. Na poczucie osamotnienia wpływały nieodpowiednie i ograniczone kontakty z rodziną, a także obniżona sprawność funkcjonalna. Poziom akceptacji chorób, zdolność dostosowania się do zmian i ogólna satysfakcja z życia również miały wpływ na poziom osamotnienia. Podobne wyniki do Trybusińskiej i Saracen otrzymali Herman i wsp. [2018] prowadzący badania na terenie jednego z Domów Opieki Społecznej w Lublinie.

Badania prowadzone w Norwegii przez Drageset i wsp. [2011] wykazały, że 56 % badanych mieszkających w Domach Opieki Społecznej prezentowało wysoki stopień osamotnienia. Wynik był porównywalny z badaniami własnymi.

Podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym w Bergen, które wykazało, że 75 % pacjentów DPS-ów z rozpoznaniem choroby nowotworowej, bez zaburzeń procesów poznawczych odczuwało samotność. Wykazano również, że poczucie osamotnienia występowało u 60% badanych i było związane z utratą życiowego partnera [Drageset i wsp. 2015].

Wraz z upływem czasu w naturalny sposób dochodzi do ograniczenia sprawności w funkcjonowaniu osób starszych. W procesie starzenia, wraz z wiekiem dochodzi do stopniowej utraty sprawności, a zaawansowany wiek jest jednym ze znamienych czynników różnicujących sprawność funkcjonalną osób starszych [Fidecki 2018]. Liczne badania potwierdzają pogarszanie się wydolności funkcjonalnej seniorów wraz z wiekiem [Tobiasz-Adamczyk i Brzyski 2001, Borowiak i Kostka 2003, Dziechciarz

20010, Bogusz i wsp. 2013, Bujnowska-Fedek i wsp. 2013 Fidecki i wsp. 2016., Fidecki i wsp. 2018]. Zazwyczaj ograniczenie sprawności zaczyna się od problemów w drobnych czynnościach, następnie ograniczenia rozszerzają się na czynności złożone [Borowiak i Kostka 2010].

Wyniki badań własnych wskazują, że sprawność funkcjonalna badanych mieszkających w DPS-ach, dotycząca ogólnych i podstawowych czynności dnia codziennego, była wyższa w grupie osób w wieku 75-89 lat, natomiast sprawność w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego była wyższa w grupie osób w wieku 65-74 lat. Zależność ta nie była istotnie statystyczna. Natomiast sprawność funkcjonalna badanych mieszkających w domu rodzinnym, dotycząca ogólnych, podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego, była istotnie wyższa w grupie osób w wieku 65-74 lat niż w pozostałych grupach ( $p < 0,05$ ).

Nieco odmienne wyniki uzyskała Płaszewska-Żywko i wsp. [2008], która wykazała, że wpływ wieku na sprawność funkcjonalną jest niejednoznaczny i jest determinowany przez wiele różnych czynników, takich jak np. depresja, sprawność intelektualna, wykształcenie i inne. Jednocześnie seniorzy poniżej 75. roku życia byli bardziej niezależni i sprawniejsi fizycznie od starszych.

Bardziej jednoznaczne wyniki uzyskała Bogusz i wsp. [2013], która wykazała, że wraz z wiekiem (a także owdowieniem) sprawność funkcjonalna zmniejsza się. Podobne wyniki uzyskała Starczewska i wsp. [2018] wykazując, że im starszy człowiek, tym mniejsza sprawność w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego.

Badania przeprowadzone przez Traczyk i wsp. [2016] wśród kobiet powyżej 65. roku życia, zamieszkujących DPS-y i domy rodzinne, wykazały, że osoby żyjące w domu oceniały swój stan w skali GARS lepiej, niż kobiety żyjące w DPS-ach. Jednak wraz z wiekiem pogarszała się sprawność funkcjonalna badanych z obu grup. Kolejnymi badaniami, które potwierdzają, że wraz z postępującym wiekiem spada sprawność funkcjonalna, są prace min. Bogusz i wsp. [2013], a także Villafañe i wsp. [2016].

Zależność między wiekiem a spadkiem sprawności funkcjonalnej w zakresie złożonych czynności dnia codziennego wykazano w licznych badaniach [Liang i wsp. 2010, Gureje i wsp. 2006, Chen i Chippendale 2017, Chippendale i Lehmana 2012, Chippendale i Boltz 2015, Starczewskiej i wsp. 2019].

W innych badaniach wykazano zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych, a ich wykształceniem, gdzie wraz ze wzrostem wykształcenia zwiększała się sprawność osób starszych [Haor i wsp. 2013, Rybka i wsp. 2016].

W badaniach własnych nie w pełni potwierdzono powyższą zależność. Wykształcenie nie miało wpływu na sprawność funkcjonalną badanych mieszkających w DPS-ach, natomiast wykazano, że sprawność funkcjonalna w zakresie ogólnych i prostych czynności dnia codziennego badanych mieszkających w domu rodzinnym była istotnie wyższa w grupie z wykształceniem wyższym, ponadto u osób z wykształceniem średnim była istotnie wyższa niż u osób z wykształceniem podstawowym. Sprawność funkcjonalna w zakresie złożonych czynności dnia codziennego była istotnie wyższa u osób z wykształceniem wyższym niż u osób z wykształceniem niepełnym podstawowym, podstawowym i zawodowym, ponadto u osób z wykształceniem średnim i zawodowym była istotnie wyższa niż u osób z wykształceniem podstawowym.

Podobne wyniki uzyskali inni autorzy [Bujnowska-Fedak 2012, Dziechciarz i wsp. 2010, Rybka i wsp. 2016, Haor i wsp. 2013, Biercewicz i wsp. 2005, Fidecki i wsp. 2017, Jopkiewicz 2014].

Badania nad depresją i jakością życia, przeprowadzone przez Burzyńską i Maniecką-Bryłę [2013] wykazały, że im niższy stopień wykształcenia, tym większe prawdopodobieństwo występowania depresji i gorszy wynik Geriatrycznej Skali Oceny Depresji. Podobne wyniki uzyskała Back [2010], ukazując związek niskiego wykształcenia z wyższym prawdopodobieństwem wystąpienia depresji. Natomiast Wysokiński i wsp. [2013] stwierdzili zależność między wykształceniem a wykonywaniem złożonych czynności życia codziennego. Seniorzy z wykształceniem średnim i wyższym byli bardziej sprawni i lepiej wykonywali złożone czynności życia codziennego niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Natomiast odwrotne wyniki uzyskano, oceniając wykonywanie podstawowych czynności życia codziennego, gdzie osoby z wykształceniem wyższym i średnim radziły sobie gorzej niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym. W badaniach wykorzystano skalę NOSGER. Analizy wykonane za jej pomocą wykazały zależność między wykształceniem podstawowym i zawodowym a częstszym występowaniem problemów z: pamięcią, instrumentalną aktywnością codziennego życia, aktywnością codziennego życia, nastrojami i radzeniem sobie z emocjami, zachowaniami zakłócającymi i socjalnymi. Problemów w tych zakresach nie wykazywały osoby z wykształceniem wyższym lub wykazywały je znacznie rzadziej. W ostatecznych wnioskach podkreślono, że im wyższe wykształcenie badanego, tym lepszy stopień funkcjonowania seniora [Wysokiński i wsp. 2013].

W badaniach Rybki i wsp. [2016] stwierdzono, że osoby o wyższym stopniu wykształcenia rzadziej były ograniczone w wykonywaniu czynności dnia codziennego niż osoby o wykształceniu niższym. Podobne wyniki uzyskali również inni autorzy [Haor i wsp. 2013, Biercewicz i wsp. 2005, Bartoszek i wsp. 2013].

W badaniu Fideckiego i wsp. [2017] wykazano zależność między poziomem wykształcenia a sprawnością funkcjonalną badanych (ocena za pomocą testów ADL, IADL i Barthel), lepszą sprawność funkcjonalną prezentowali badani z wyższym wykształceniem. Podobne wyniki uzyskała Bodzek i wsp. [2016], wskazując jednocześnie na wyższą sprawność osób pozostających w związkach małżeńskich. Przytoczone badania korespondują z wynikami badań własnych.

Natomiast Kaczmarek [2004] wykazała, że osoby o niższym poziomie wykształcenia częściej odczuwają mniejszą satysfakcję z życia w porównaniu z osobami o wykształceniu wyższym a zależność ta dotyczyła głównie kobiet.

W badaniach przeprowadzonych przez Jopkiewicz [2014] wykazano, że osoby z wyższym wykształceniem wyżej oceniały swój stan zdrowia niezależnie od miejsca zamieszkania (miasto/wieś).

W badaniach własnych nie wykazano zależności pomiędzy poziomem sprawności funkcjonalnej badanych a płcią.

Podobne wyniki uzyskali inni autorzy [Dziechciaż i wsp., 2010; Jachimowicz i Kostka, 2009; Jopkiewicz, 2006; Jopkiewicz, 2014].

Odmienne wyniki uzyskał Wysokiński i wsp. [2013], wykazując, że 46,4 % badanych mężczyzn miało znaczną niesprawność w realizowaniu podstawowych czynności życiowych, podczas gdy takie problemy miało tylko 13,8% badanych kobiet [Wysokiński i wsp. 2013]. Również Fidecki i wsp. [2018] wykazał, że kobiety miały lepszą sprawność funkcjonalną niż mężczyźni oraz dowiódł, że osoby w związkach małżeńskich prezentowały większą sprawność w porównaniu z osobami samotnymi. Natomiast Grzegorzczak i wsp. [2007] stwierdził, że kobiety prezentowały niższą jakość życia od mężczyzn, a spadek tego czynnika postępował wraz z wiekiem.

W badaniach własnych nie stwierdzono zależności pomiędzy liczbą chorób występującą u pensjonariuszy DPS-ów a poziomem ich sprawności funkcjonalnej. Natomiast wykazano korelację pomiędzy liczbą chorób współistniejących a sprawnością funkcjonalną osób mieszkających w domu rodzinnym. Im więcej chorób współistniejących stwierdzono w badanej grupie, tym większe problemy występowały z wykonywaniem czynności dnia codziennego.

Podobne wyniki uzyskano w badaniu Haor i wsp., 2015; Rynkiweicz i wsp., 2011; Trochimiuk i wsp., 2009; Jaracz i Kozubski, 2001; a także Biercewicz, 2020.

Bieniek-Kamińska i wsp. [2017], zwracają uwagę, że wiele przewlekłych zaburzeń, określanych jako wielkie zespoły geriatryczne (m.in. niedożywienie, depresja, otępienie, nietrzymanie moczu i stolca, zaburzenia ruchu, mobilności, wzroku i słuchu), ostatecznie prowadzą do obniżenia sprawności funkcjonalnej. Im więcej chorób ma pacjent, tym bardziej jego sprawność funkcjonalna jest obniżona, a u osób powyżej 80. roku życia ograniczenie sprawności funkcjonalnej jest szczególnie duże.



## **5.2. Wnioski**

1. Badani mieszkający w domu rodzinnym mają lepszą ogólną sprawność funkcjonalną oraz są bardziej samodzielni w wykonywaniu prostych i złożonych czynności dnia codziennego w porównaniu z badanymi mieszkającymi w domu pomocy społecznej.
2. Badani z wyższym poziomem sprawności funkcjonalnej prezentują:
  - a) wyższą samoocenę stanu zdrowia,
  - b) wyższy poziom satysfakcji z życia,
  - c) niższe wyniki w geriatrycznej skali oceny depresji,
  - d) niższy poziom osamotnienia,
  - e) wyższy poziom otrzymywanego wsparcia społecznego w życiu codziennym, w sytuacjach trudnych oraz wyżej oceniają swoją wartość jako osoby dające wsparcie.
3. Poziom sprawności funkcjonalnej badanych z obu grup jest zależny od współwystępowania chorób, wieku i wykształcenia.
4. Nie wykazano zależności pomiędzy płcią badanych z obu grup a sprawnością funkcjonalną.

## **5.3. Postulat**

Poprawa sprawności funkcjonalnej osób po 65 roku życia i zapewnienie niezależności w opiece wymaga podjęcia działań systemowych w obszarze medycznym i społecznym, ukierunkowanych na zdrowy styl życia, w tym aktywność fizyczną i zapewnienie wsparcia społecznego.

## PIŚMIENICTWO

1. Achem A, Achem SR, Stark ME, De Vault KR. Failure of esophageal peristalsis in older patients: association with esophageal acid exposure. *The American Journal of Gastroenterology* 2003;98(1):35-39.
2. Affoo RH, Foley N, Garrick R, Siqueira WL, Martin RE. Metaanalysis of salivary flow rates in young and older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2015;63(10):2142–2151.
3. Ambe PC, Weber SA, Christ H, Wassenberg D. Primary cholecystectomy is feasible in elderly patients with acute cholecystitis. *Aging Clinical and Experimental Research* 2015;27(6):921-926.
4. Amer S, Manzar HS. Small intestinal bacterial overgrowth in older people. *Reviews in Clinical Gerontology* 2015;25(2):81-85.
5. Amorim CA, Moreira JP, Rial L, Carneiro AJ, Fogaca HS, Celeste E et al. Ecological study of gastric cancer in Brazil: geographic and time trend analysis. *World Journal of Gastroenterology* 2014;20(17):5036-5044.
6. Arking R. *The biology of aging. Observations and principles*. 3rd (third) Edition. New York: Oxford University Press; 2007.
7. Asempa T, Nicolau D. Clostridium difficile infection in the elderly: an update on management. *Clinical Interventions in Aging* 2017;12:1799–1809.
8. Babiarczyk B, Schlegel-Zawadzka M, Turbiarz A. Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65. roku życia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013;19(4):453–457.
9. Back JH, Lee Y. Gender differences in the association between socioeconomic status (SES) and depressive symptoms in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010;52(3):140-144.
10. Bajurna B, Mendyka L, Nowakowska I. Różnorodność problemów występujących w starszym wieku. *Pielęgniarstwo Polskie* 2011;1(39):24-28.
11. Bank Światowy. Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, 2015. Dostępny w Internecie: [https://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka\\_dlugoterminowa.pdf](https://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf) [dostęp: 22.03.2020].

12. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LA. Evaluation of the functional capacity of the elderly and factors associated with disability. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(8):3317-3325.
13. Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbaek G. A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *Journal of Affective Disorders* 2010;120(1-3):141-148.
14. Barczyk-Nessel A. Społeczny kontekst życia w okresie senioralnym. Mysłówice: Górnśląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna; 2013.
15. Bartoszek A, Kocka K, Ślusarska B, Bartoszek A, Nowicki G, Deluga A i wsp. Sprawność funkcjonalna oraz wydarzenia życiowe a natężenie symptomów depresji wśród seniorów mieszkających w środowisku domowym. *Medycyna Rodzinna* 2018;1:10-15.
16. Bartoszek A, Siemko E, Kachaniuk H, Kocka K, Stanisławek A. Analiza czynników określających poziom wydolności samoobsługowej pacjentów oddziału neurologii. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013;19(2):147-152.
17. Benek I, Szewczenko A. Ergonomia w projektowaniu obiektów z funkcją opieki dla osób starszych. *Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie* 2015;27(2-3):79-95.
18. Białokoz-Kalinowska I, Konstantynowicz J, Abramowicz P, Piotrowska-Jastrzębska J. Dieta w profilaktyce osteoporozy - zalecenia i kontrowersje. *Pediatryczna Medycyna Rodzinna* 2013;9(4):350-356.
19. Biechowska D, Orłowska E. Neuropsychologiczna charakterystyka wybranych zespołów otępiennych. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2012;8(2):67-75.
20. Bienias K. Najczęstsze przyczyny urazów oraz czynniki ryzyka upadków w grupie osób powyżej 60-go roku życia. W: Krysińska M., Domośławska-Żylińska K, Fronk M. (red.) *Urazy wśród osób powyżej 60-go roku życia - raport*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego- Państwowy Zakład Higieny; 2017. s. 9-13
21. Bieniek-Kamińska N, Fecko-Gałowicz K, Olchawa J. Wybrane wielkie problemy geriatryczne wśród mieszkańców przebywających w Domu Pomocy Społecznej w Mogilnie. *Problemy Pielęgniarstwa* 2017;25(4):215-220.

22. Bień B, Wojszel ZB, Wilmańska J, Polityńska B. Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. *Gerontologia Polska* 1999;7(2):42-47.
23. Bielak-Żmijewska A, Grabowska W, Przybylska D. Rola starzenia komórkowego w starzeniu organizmu i chorobach związanych z wiekiem. *Postępy Biochemii* 2014;60(2):147-160.
24. Biercewicz M. Ocena funkcjonalna pacjentów w starszym wieku po przebytych udarach mózgu. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2020;9(2):59-64.
25. Biercewicz M, Kędziora-Kornatowska K. Problemy pielęgnacyjne pacjentów geriatrycznych. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005;19:134-137.
26. Blagosklonny MV. Why human lifespan is rapidly increasing: solving "longevity riddle" with "revealed-slow-aging" hypothesis. *Aging* 2010;2(4):177-82
27. Błaszczyk-Bębenek E, Kostrz A, Schlegel-Zawadzka M. Ocena zdolności do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym osób starszych z uwzględnieniem zachowań żywieniowych. *Geriatrics* 2016;10:231-239.
28. Błędowski P, Maciejasz M. Rozwój opieki długoterminowej w Polsce - stan i rekomendacje. *Nowiny Lekarskie* 2013;82(1):61-69.
29. Bodzek S, Franek G, Nowak-Kapusta Z. Wybrane aspekty jakości życia chorych po niedokrwiennych udarach mózgu. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2016;5(2):69-75.
30. Bogusz R, Charzyńska-Gula M, Szkuat M. Sprawność funkcjonalna osób powyżej 70. roku życia na wsi a zapotrzebowanie na opiekę. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013;9(4):517-522.
31. Borowiak E, Kostka T. Aktywność ruchowa starszych mieszkańców Łodzi. *Medycyna Sportowa* 2003;4:139-146.
32. Borowiak E, Kostka T. Analiza sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku. Rola pielęgniarki w zespole geriatrycznym. W: *Wieczorowska-Tobis K, Talarska D (red.) Geriatrics i pielęgniarstwo geriatryczne. Warszawa: Wydawnictwo PZWL;2010. s. 81-96.*
33. Borowicz A, Wieczorowska-Tobis K. Metody fizjoterapeutyczne w leczeniu nietrzymania moczu. *Gerontologia Polska* 2010;18(3):114-119.
34. Bosacka M, Bączyk G, Ulatowska A. Aspekty psychospołeczne życia osób w wieku podeszłym a możliwości opieki. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016;3(61):439-447.

35. Bożydło M, Karakiericz A, Lubkowska A, Karakiewicz B. Dostępność opieki dla osób starszych w Polsce na przykładzie miasta Szczecin. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013;21(4):423-432.
36. Broczek K, Mossakowska M, Szybalska A, Kozak-Szkopek E, Ślusarczyk P, Wieczorowska-Tobis K i wsp. Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych. W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red.) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzkie w Polsce*. Poznań: Wydawnictwo Termedia; 2012. s. 123-136.
37. Bromber P. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w województwie lubuskim. W: Szaban D, Kurowska H, Wróbel R. (red.) *Stan zdrowia a procesy demograficzne w Europie Środkowej. Zielonogórskie Spotkania z Demografią*. Zielona Góra: Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego; 2015. s. 7-21.
38. Brzezińska A. *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2000.
39. Brzezińska A, Wilowska JA. Starość w kontekście psychologii pozytywnej, W: Wieczorowska-Tobis K, Talarska D. *Pozytywna starość*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego; 2010.s. 45-55.
40. Brzyski P, Tobiasz-Adamczyk B, Knurowski T. Trafność i rzetelność skali GARS w populacji osób w starszym wieku w Polsce. *Gerontologia Polska* 2012;20(3):109–117.
41. Buchner DM, Campbell AJ. Inactivity as a risk of factor for activity-related injuries. *American Journal of Preventive Medicine* 2010;1(39):102-103.
42. Budrewicz S, Słotwiński K, Madetko N, Koszewicz M. Zaburzenia połykania w chorobach układu nerwowego - diagnostyka i leczenie. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2018;14(1):28-34.
43. Bujnowska-Fedak M, Grata-Borkowska U, Sapilak BJ. Otępienie i depresja u pacjentów w podeszłym wieku w Praktyce Lekarza Rodzinnego. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012;14(3):349-353.
44. Bujnowska-Fedak M, Kumięga P, Sapilak BJ. Ocena sprawności funkcjonalnej osób starszych w praktyce lekarza rodzinnego w oparciu o wybrane skale testowe. *Family Medicine & Primary Care Review* 2013;15(2):76-79.
45. Burzyńska M, Maniecka-Bryła I. Występowanie depresji u osób starszych korzystających z pomocy społecznej - wstępne wyniki badania. *Acta Universitatis Lodzianis Folia Oeconomica* 2013;297:211-223.

46. Burzyńska M, Pikala M, Kondak K, Maniecka-Bryła I. Jakość życia osób starszych korzystających z pomocy instytucjonalnej. *Folia Oeconomica Acta Universitas Lodzensis* 2017;3(329):131-145.
47. Bürge E, Berchtold A, von Gunten A. Gender-related ADL performance of old people recently admitted to a Swiss nursing home. A cross-sectional study. *Swiss Medical Weekly* 2011;141:w13183.
48. Cabre M, Serra-Prat M, Force L, Almirall J, Palomera E, Clave P. Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: observational prospective study. *The Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2014;69(3):330–337.
49. Cabre M, Serra-Prat M, Force L, Almirall J, Palomera E, Clave P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing* 2010;39:39–45.
50. Chen SW, Chippendale T. Factors associated with IADL independence: implications for OT practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2017;24(2):109-115.
51. Chippendale T, Boltz B. Living legends: effectiveness of a program to enhance sense of purpose and meaning in life among community dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy* 2015;69:1–11.
52. Chippendale T, Bear-Lehman J. Effect of life review writing on depressive symptoms in older adults: a randomized controlled trial. *The American Occupational Therapy* 2012;66:438-446.
53. Chmielewski P, Borysławski K. Proksymalne przyczyny starzenia się człowieka: przypadkowe uszkodzenia molekularne czy hiperfunkcja programów rozwojowych? *Kosmos* 2016;65(3):339-349.
54. Clave P, Verdaguer A, Arreola V. Oropharyngeal dysphagia in the elderly. *Medicina Clinica* 2005;124:742-748.
55. Coll P. editor. *Healthy aging. A complete guide to clinical management*. 1 st ed. Cham: Springer International Publishing; 2019.
56. Collins D, Winter DC. Modern concepts in diverticular disease. *Journal of Clinical Gastroenterology* 2015;49(5):358–369.
57. Connolly D, Garvey J, McKee G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). *Disability and Rehabilitation* 2017;39(8):809-816.

58. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Social Care Community* 2017;25(3):799-812.
59. Czapiński J. Indywidualna jakość i styl życia. W: Czapiński J, Panek T. (red.) *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego; 2013. s. 162-267.
60. Deluga A, Bartoszek A, Ślusarska B, Kocka K, Nowicki G, Piasecka K i wsp. Obciążenie opiekunów nieformalnych a sprawność funkcjonalna i umysłowa pacjentów objętych opieką domową. *Pomeranian Journal of Life Science* 2018;64:79-83.
61. van Deursen JM. The role of senescent cells in ageing. *Nature* 2014;509(7501):439-446.
62. Dębiński P., Niezgoda T. Klasyfikacja nietrzymania moczu i sposoby leczenia. *Przegląd Urologiczny* 2014;5 (87):42-48.
63. Dirks SJ, Monopoli M. Oral health and healthy aging. *Healthy Aging* 2019;19:213-226.
64. Donejko M. Starzenie się skóry. W: Przyłipiak A. (red.). *Podstawy Medycyny Estetycznej*. Białystok: Kresowa Agencja Wydawnicza; 2014. s.11-22.
65. Drageset J, Eide GE, Dysvik E, Furnes B, Hauge S. Loneliness, loss, and social support among cognitively intact older people with cancer, living in nursing homes a mixed-methods study. *Clinical Interventions in Aging* 2015;10:1529-1536.
66. Drageset J, Kirkevold M, Espehaug B. Loneliness and social support among nursing home residents with cognitive impairment: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2011;48(5):611–619.
67. Drela N. Immunologiczna teoria starzenia. *Postępy Biotechnologii* 2014;2(20):221-232.
68. Dumic I, Nordin T, Jecmenica M, Stojkovic-Lalosevic M, Milosavljevi T, Milovanovic T. Gastrointestinal tract disorders in older age. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2019; Article ID 6757524. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/cjgh/2019/6757524/> [cited 2021 Jun 21].
69. Dziechciaż M, Lewandowska A, Filip R. Wpływ procesu starzenia na funkcjonowanie przewodu pokarmowego. *Gerontologia Współczesna* 2016;4: 185-188.

70. Dziechcierz M, Płaszewska-Żywko L, Guty E. Samodzielność osób starszych mieszkających na wsi w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych. *Zdrowie Publiczne* 2010;120(4):346-350.
71. Dziedzic B, Sienkiewicz Z, Imiela J, Dziedzic P. Wpływ programu edukacyjnego na wyniki pomiarów antropometrycznych oraz ciśnienia tętniczego krwi u osób starszych z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca. *Geriatrics* 2018;12:84-90.
72. Dziemidok B. Aksjologiczne aspekty starości: czy starość może być piękna, dobra, mądra i szczęśliwa? W: Zych AA. (red.) *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem*. Wyd. I. Sosnowiec-Dąbrowa-Górnica: Wydawnictwo Stowarzyszenia Przyjaciół Dom Pomocy Społecznej „Pod Dębem” w Dąbrowie Górniczej; 2014. s.253-281.
73. Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, Genco RJ. CDC Periodontal Disease Surveillance workgroup. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. *Journal of Dental Research* 2012;91:914–920.
74. Eloranta S, Arve S, Isoaho H, Lehtonen A, Viitanen M. Loneliness of older people aged 70: a comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2015;61(2):254–260.
75. El-Sharkawy AM, Sahota O, Maughan RJ, Lobo DN. The pathophysiology of fluid and electrolyte balance in the older adult surgical patient. *Clinical Nutrition* 2014;33(1):6-13.
76. Feres M, Flavia T, Teles R, Figueiredo LC, Faveri M. The subgingival periodontal microbiota of the aging mouth. *Periodontology 2000* 2016;72(1):30-53.
77. Fidecki W, Wysokiński M, Książkiewicz-Cwyl A, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K, Biercewicz M. i wsp. Ocena ryzyka depresji wśród starszych pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chorób wewnętrznych. *Geriatrics* 2017;11:177-182.
78. Fidecki W, Wysokiński M, Ptaszek M, Kulina D, Biercewicz M, Kuszplak K i wsp. Ocena sprawności funkcjonalnej mężczyzn w podeszłym wieku. *Geriatrics* 2018;12:185-192.
79. Fidecki W, Wysokiński M, Skupiński K, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K, Sienkiewicz Z i wsp. Elementy całościowej oceny geriatrycznej seniorów w domach pomocy społecznej. *Gerontologia Polska* 2016;24:26-31.
80. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, Kulina D, Weremkowicz I, Kędziora-Kornatowska K i wsp. Functional efficiency of elderly patients hospitalized in



- neurological departments. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2017;6(3):102-106.
81. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K, Książkiewicz-Cwyl A, Misiarz J i wsp. Wybrane elementy oceny sprawności funkcjonalnej osób starszych. *Geriatrics* 2018;12:69-73.
  82. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, Misiarz J, Kulina D, Kuszplak K. Ocena ryzyka depresji wśród osób starszych ze środowiska wiejskiego. *Geriatrics* 2019;13:147-151.
  83. Filanowicz M, Wesołowski F, Porzych K, Tomaszewicz V. Zaburzenia odżywiania u osób starszych ze szczególnym uwzględnieniem niedożywienia. W: Kozielska M. (red.) *Edukacja dla Bezpieczeństwa. Przegląd Naukowo-Metodyczny*. Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa; 2016. s. 441-451.
  84. Filipińska K, Pietrzykowski Ł, Ciesielsko N, Dembowski Ł, Kędziora-Kornatowska K. Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku - przegląd literatury. *Gerontologia Polska* 2015;4:165-169.
  85. Fiske A, Loebach Wetherell J, Gatz M. Depression in older adults. *Annual Review Clinical Psychology Journal* 2009;5:363-389.
  86. Forster A, Samaras N, Gold G, Samaras D. Oropharyngeal dysphagia in older adults: a review. *European Geriatric Medicine* 2011;2(6):356-362.
  87. Franczuk M. Badanie czynności płuc u osób w wieku podeszłym. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2013;81:495-498.
  88. Gawel M., Potulska-Chromik A. Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona. *Postępy Nauk Medycznych* 2015;28(7):468-476.
  89. de Gierveld J, van Tilburg TG. *Manual of the loneliness scale*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam. Department of Social Research Methodology;1999. Available from: [https://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual\\_loneliness\\_scale\\_1999.html](https://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html) [cited 2021 Jun 21].
  90. Giezek M., Iwański R., Kożybska M., Zabielska P., Paszkiewicz M. Karakiewicz-Krawczyk K., Flaga-Gieruszyńska K., Karakiewicz B. Problem ponoszenia kosztów związanych ze starzeniem się społeczeństwa – analiza na przykładzie domów pomocy społecznej w gminie miejskiej Szczecin. *Pomeranian Journal of Life Sciences*. 2018;64(4):93-97.

91. Girzelska J, Głowacka M, Wilk-Jeziorska D, Malikowska A, Dziewulska J, Jasiówka A. Profilaktyka samotności i osamotnienia jako czynnik determinujący zdrowie seniora. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2018;17(4):41-46.
92. Gladyshev VN. The origin of aging: imperfectness - driven non-random damage defines the aging process and control of lifespan. *Trends in Genetics* 2013;29(9):506-512.
93. Glińska J, Ziemkiewicz E, Borowiak E. The nursing home as a support center for the elderly. Social support and emotional control. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015;23(4):446-451.
94. Głębocka A, Szarzyńska M. Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontologia Polska* 2005;13(4):255-259.
95. Grabusińska Z. *Domy pomocy społecznej w Polsce*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich; 2013.
96. Granot M, Nagler R. Association between regional idiopathic neuropathy and salivary involvement as the possible mechanism for oral sensory complaints. *The Journal of Pain* 2005;6(9):581-587.
97. Grygiel P, Humenny G, Rębisz S, Świtaj P, Sikorska-Grygiel J. Validating the Polish adaptation of the 11-item De Jong Gierveld Loneliness Scale. *European Journal of Psychological Assessment* 2013;29(2):1-11.
98. Gryglewska B. Trudności w leczeniu starszych chorych z wielochorobowością. *Gerontologia Polska* 2013;21(3):73-74.
99. Grzanka-Tykwińska A. Udział w zajęciach Uniwersytetów Trzeciego Wieku a aktywny styl życia osób starszych. *Gerontologia Polska* 2015;3:89-100.
100. Grzegorzczak J, Kwolek A, Bazarnik K, Szeliga E, Wolan A. Jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej i słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2007;3:225-233.
101. Grzybowski A, Mimier M, Misiuk-Hojło M. Farmakologiczne metody leczenia starczowzrucności. *Medical Education* 2017;4(16):237-240.
102. Gureje O, Ogunniyi A, Kola L, Afolabi E. Functional disability in elderly Nigerians: results from the Ibadan Study of Aging. *Journal of the American Geriatrics Society* 2006;54(11):1784-1789.
103. Gutowska A. (Nie)pełnosprawna starość - przyczyny, uwarunkowania, wsparcie. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej* 2015;8:9-33.

104. GUS. Jak się żyje osobom starszym w Polsce? Dostępne w Internecie: [https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WA\\_jak\\_sie\\_zyje\\_os\\_starszym\\_w\\_pl\\_30\\_XI\\_2012.pdf](https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WA_jak_sie_zyje_os_starszym_w_pl_30_XI_2012.pdf) [dostęp: 13.02.2021].
105. GUS. Ludność w wieku 60 lat i więcej - struktura demograficzna i zdrowie. 2016. Dostępne w Internecie: [https://stat.gov.pl/obszary\\_tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html](https://stat.gov.pl/obszary_tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html) [dostęp: 13.02.2021].
106. GUS 2014. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Dostępne w Internecie: [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/18/1/1/ludnosc\\_w\\_starszym\\_wieku.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/18/1/1/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf) [dostęp: 13.02.2021].
107. GUS. Trwanie życia w 2018 r. Dostępne w Internecie: [https://stat.gov.pl/.../2/14/1/trwanie\\_zycia\\_2020.pdf](https://stat.gov.pl/.../2/14/1/trwanie_zycia_2020.pdf) [dostęp: 13.02.2021].
108. GUS. Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2018 r. Dostępne w Internecie: [https://stat.gov.pl/obszary\\_tematyczne/warunki\\_zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spoecznej-w-2018-roku,18,3.html](https://stat.gov.pl/obszary_tematyczne/warunki_zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spoecznej-w-2018-roku,18,3.html) [dostęp: 13.02.2021].
109. Hajishengallis G. Aging and its impact on innate immunity and inflammation: implications for periodontitis. *Journal of Oral Biosciences* 2014;56:30–37.
110. Haor B, Głowacka M, Kalinowska A. Wpływ zaawansowania wieku i chorób współistniejących na sprawność funkcjonalną chorych po incydencie udaru niedokrwienego mózgu. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2015;4(3):102-108.
111. Haor B, Pielaszewska B, Ślusarz R, Rybka M. Wybrane aspekty sprawności seniorów w złożonych czynnościach dnia codziennego, a praktyka pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej. W: Haor B, Kochman D. (red.) *Zeszyty Naukowe WSHE. Włocławek: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku; 2013. s. 145-156.*
112. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 2010;40:218-227.
113. Hawkey LC, Wroblewski K, Kaiser T, Luhmann M, Schumm LP. Are U.S. older adults getting lonelier? Age, period, and cohort differences. *Psychology and Aging* 2019;34(8):1144-1157.

114. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review* 2006;26:695-718.
115. Herman A, Ciszek P, Gortat M. Samoocena i poczucie zadowolenia z życia u pensjonariuszy domów pomocy społecznej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia* 2018;32(1):219-227.
116. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W et al. (eds). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2009 (Vintage 2009 Populations)*. National Cancer Institute. Available from: [https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975\\_2009\\_pops09/](https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2009_pops09/) [cited: 21 Jun 2020].
117. Hui L. Quantifying the effects of aging and urbanization on major gastrointestinal diseases to guide preventative strategies. *BMC Gastroenterology* 2018; Article number:145. Available from: <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12876-018-0872-1> [cited: 21 Jun 2020].
118. Humańska M, Śnieg P, Rezmerski L, Haor B, Głowacka M, Felsmann M i wsp. Jakość życia a sprawność funkcjonalna chorych na stwardnienie rozsiane. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2013;2(5):188-194.
119. Huttner EA, Machado DC, de Oliveira RB, Antunes AG, Hebling E. Effects of human aging on periodontal tissues. *Special Care in Dentistry* 2009;29:149-155.
120. Islam J, Taylor AL, Rao K, Huffnagle G, Young VB, Rajkumar CL et al. The role of the humoral immune response to *Clostridium difficile* toxins A and B in susceptibility to *C. difficile* infection: A case-control study. *Anaerobe* 2014;27:82–86.
121. Jachimowicz V, Kostka T. Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej. *Gerontologia Polska* 2009;17(1):23-31.
122. Jain S, Aref A. Senile dementia and glaucoma: evidence for a common link. *Journal of Ophthalmic & Vision Research* 2015;10(2):178-183.
123. Jain V, Pitchumoni CS. Gastrointestinal side effects of prescription medications in the older adult. *Journal of Clinical Gastroenterology* 2009;43(2):103-110.
124. Janiszewska M, Kulik T, Dziedzic M, Żołnierczuk-Kieliszek D, Barańska A. Osteoporoza jako problem społeczny - patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy pomenopauzalnej. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2015;96(1):106-114.
125. Janiszewska M, Zabłocka K, Firlej E, Kryk A, Pawlikowska-Łagód K. Wsparcie społeczne osób starszych. *Innowacje Psychologiczne. Studenckie czasopismo*

- naukowe 2015;4(1): <https://www.wydawnictwo.wsei.eu/index.php/ipscn/article/view/356/355> [dostęp: 15.02.2021].
126. Janiszewska-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000.
127. Jankowska-Lech I, Grabska-Liberek I, Krzyżewska-Niedziałek A, Pietruszyńska M. Zwyródnienie plamki związane z wiekiem (AMD) - choroba starzejących się społeczeństw *Postępy Nauk Medycznych* 2013;26(12):866-873.
128. Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I. Wielolekowość, choroby współistniejące i upadki u chorych z przewlekłą niewydolnością serca w wieku podeszłym. *Geriatrics* 2014;8:1-12.
129. Jaracz K, Kozubski W. Jakość życia po udarze mózgu. Część I – badania prospektywne. *Udar Mózgu* 2001;3(2):55-62.
130. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA. A Cancer Journal for Clinicians* 2011;61(2):69-90.
131. Jopkiewicz A. Samoocena zdrowia, jakości życia i zaradności życiowej osób starszych. *Rocznik Lubuski* 2014;40(2):261-273.
132. Joško-Ochojska J, Spandel L, Brus R. Odwodnienie osób w podeszłym wieku jako problem zdrowia publicznego. *Hygeia Public Health* 2014;49(4):712-717.
133. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009.
134. Jung M, Muntaner C, Choi M. Factors related to perceived life satisfaction among the elderly in South Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 2010;433(4): 292-300.
135. Jurek Ł. Zmiany stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi w Polsce i wybranych krajach. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Ekonomiczny. Wrocław 2009.
136. Kaczmarek M. Subiektywne poczucie satysfakcji życiowej u kobiet i mężczyzn w okresie przekwitania. W: Jopkiewicz A. *Auksologia a promocja zdrowia*. Kielce: Wydawnictwo KTN;2004. s. 307-317.
137. Kalita D, Rawska K, Staniszevska G. Uczestnictwo osób starszych w życiu społecznym. W: Szatur-Jaworska B. (red.) *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2012. s. 17-26.

138. Kalyani RR, Egan JM. Diabetes and altered glucose metabolism with aging. *Endocrinology and Metabolism Clinics* 2013;42(2):333-347.
139. Kamusińska E, Słopiecka A. Funkcjonowanie społeczne starszych osób niepełnosprawnych na przykładzie pacjentów hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012;18(3):219-224.
140. Karabanowicz A, Parnas A, Ślusarz A, Beuth W, Grzelak L, Szrajda J. Ocena sprawności funkcjonalnej w chorobach układu nerwowego. *Annales UMCS* 2005;352-354.
141. Karandashev Y, Senko T. (red.) Egzystencjalne problemy człowieka w okresie starzenia się. Mysłowice: Wydawnictwo Górnośląskiej WSP im. Kardynała Augusta Hlonda;2011.
142. Kaźmierczak U, Strojek K, Radziwińska A, Dzierżanowski M, Bułatowicz I, Kolanowska A i wsp. Ocena satysfakcji życiowej i sprawności fizycznej uczestników zajęć w Domu Dziennego Pobytu „Senior”. *Journal of Health Sciences* 2014;4(12):223-232.
143. Kelly CP. Can we identify patients at high risk of recurrent *Clostridium difficile* infection? *Clinical Microbiology and Infection* 2012;18:21-27.
144. Kempen GI, Miedema I, Ormel J, Molenaar W. The assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scale. Conceptual framework and psychometric properties. *Social Science & Medicine* 1996;11:1601-1610.
145. Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, Hwang I, Sampson N, Shahly V. Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine* 2010;40(2):225-237.
146. Kilian J, Ćwirlej-Sozańska A, Wiśniowska-Szurlej A, Wilmowska-Pietruszyńska A. System długoterminowej opieki domowej nad osobami starszymi w Polsce i wybranych krajach europejskich. *Niepełnosprawność - zagadnienia, problemy, rozwiązania* 2018; 29(4):113-131.
147. Kirkwood TB. Understanding the odd science of aging. *Cell* 2005;120(4):437-447.
148. Klimczuk K, Wojszel ZB, Gułaj E, Bień B. Problemy diagnostyczne i terapeutyczne wybranych chorób układu oddechowego u osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska* 2011;19(1):7-15.
149. Klimczyk A. Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce. W: Niechwiadowicz-Czapka T, Klimczyk A. (red.) *Wybrane zagadnienia*

- z pielęgniarstwa geriatrycznego. Wyd. 1. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2010. s. 133-137
150. Koch CM, Wagner W. Epigenetic-aging-signature to determine age in different tissues. *Aging* 2011;3(10):1018-1027.
151. Koncewicz-Jach Z. Przedłużyć życie. *Kardiologia Polska* 2011;69(4):355-356.
152. Konieczka J, Mazurkiewicz A. Poziom sprawności pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej w zakresie instrumentalnych czynności codziennego życia. *Pielęgniarstwo Polskie* 2008;4(30):259-261.
153. Korzonek M., Dziergas A., Kuczyńska M. Choroba refluksowa przełyku (GERD) — problem wciąż aktualny. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2014;8(5): 201–210.
154. Kostrzewa B, Gabrys J, Karuga-Kuźniewska E, Rojek A, Rybak Z, Staszuk A. Starcze zwyrodnienie płamki żółtej-choroba cywilizacyjna XXI wieku. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica, Inżynieria Biomedyczna* 2015;21(2):77-85.
155. Krawczyk JM, Szukalski T. Bezpieczeństwo osób starszych w niepublicznym domu seniora. *Zeszyty Naukowe Gdańskiej Szkoły Wyższej* 2018;8(81):103-126.
156. Krenzel I, Bilewicz-Wyrozumska T, Słoma M, Bilewicz-Stebel M, Malczyk W, Sz wajnoch M i wsp. Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów przebywających w Szpitalu Geriatrycznym. W: Tatarczuk J, Duda H, Król H. (red.) *Medyczne wymiary dobrostanu*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum; 2018. s.87-97.
157. Król J, Boniecka K, Rzepa T. Perspektywa czasowa w okresie późnej dorosłości i jej znaczenie dla satysfakcji z życia uczestniczek Uniwersytetu Trzeciego Wieku – doniesienie wstępne. *Polskie Forum Psychologiczne* 2016;21(4):589-601.
158. Krupa B. *Samotność - znak czasu*. W: Gaś ZB. (red.) *Człowiek na rozdrożu. Zrozumieć aby pomóc*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie; 2013. s. 95-112.
159. Kubicki P, Olcoń-Kubicka M. Osamotnienie osób starszych w Polsce - skala, przejawy oraz sposoby przeciwdziałania zjawisku. *Studia Humanistyczne AGH* 2010;8:129-138.
160. Kucharska E. Rodzaje wsparcia społecznego wobec osób starszych. *Przegląd Lekarski* 2012;69(12):309-312.
161. Kujawska J. Organizacja i zarządzanie opieką nad osobami starszymi. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia* 2015;74(1):709–722.

162. Kujawska-Danecka H, Nowicka-Sauer K, Hajduk A, Wierzba L. The prevalence of depression symptoms and other mental disorders among patients aged 65 years and older – screening in the rural community. *Family Medicine & Primary Care Review* 2016;3:274-277.
163. Kulik TB, Janiszewska M, Piróg E, Pacian A, Stefanowicz A, Żołnierczuk-Kieliszek D i wsp. Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2011;17( 2):90-95.
164. Kurowska E., Majkutewicz I. Zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym związane z procesem starzenia się organizmu a choroby neurodegeneracyjne o późnym początku. W: Kuczera M, Piech K. (red.) *Zagadnienia aktualnie poruszane przez młodych naukowców 8*. Kraków : CreativeTime; 2016.s. 43-47
165. Kurowska K, Błaszczuk W. Wpływ wsparcia na jakość życia mieszkańców Domu Pomocy Społecznej. *Psychogeriatrya Polska* 2013;10(1):33-40.
166. Kurowska K, Bystryk R. Rola wsparcia i przekonań dotyczących zdrowia w zmaganiu się z problemami wieku geriatrycznego. *Geriatrya* 2013;7:5-11.
167. Kurowska K, Kajut A. Samoocena jakości życia osób starszych na przykładzie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). *Psychogeriatrya Polska* 2011;8(2):55-62.
168. Kurowska K, Rudewicz E, Głowacka M, Felsmann M. Poczucie koherencji a wsparcie społeczne u osób ze schorzeniami wieku starczego. *Psychiatria Polska* 2008; 5(4):165-172.
169. Kurowska K, Rusińska D. Rola wsparcia a poziom poczucia koherencji w zmaganiu się z cukrzycą typu 2. *Diabetologia Praktyczna* 2011;12(6):216-222.
170. Kvaal K, Halding AG, Kvigne K. Social provision and loneliness among older people suffering from chronic physical illness. A mixed-methods approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013;28(1):104-111.
171. Kwiatkowska M. Efektywność działania domów pomocy społecznej. W: Kowalczyk L., Mroczo F. (red.) *Współczesne instrumenty innowacji. Zarządzanie operacyjne w teorii i praktyce organizacji biznesowych, publicznych i pozarządowych*. *Prace Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości z siedzibą w Wałbrzychu* 2015;36(6):375-392.
172. Kwiatkowska M. Uwarunkowania oceny efektywności świadczenia usług użyteczności publicznej. W: Dyrda D, Szymański EM. (red.) *Nurty badawcze w ekonomii*. Zgorzelec: Wydawnictwo GSP;2015. s. 183-192.



173. Ladin K, Daniels N, Kawachi I. Exploring the relationship between absolute and relative position and late-life depression: evidence from 10 European countries. *The Gerontologist* 2009;50(1):48-59.
174. Laskowska-Szcześniak M., Kozak-Szkopek E. Uwarunkowania pomyślnego starzenia. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2013;7(6):287-294.
175. Lee J, Anggiansah A, Anggiansah R, Young A, Wong T, Fox M. Effects of age on the gastroesophageal junction, esophageal motility and reflux disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2007;5(12):1392-1398.
176. Lee SD, Keum B, Chun HJ, Bak YT. Gastroesophageal reflux disease in type ii diabetes mellitus with or without peripheral neuropathy. *Journal of Neurogastroenterology and Motility* 2011;17(3):274-278.
177. Lee YS, Kim HG, Moreno K. Xerostomia among older adults with low income: nuisance or warning? *Journal of Nursing Scholarship* 2016;48(1):58-65.
178. Lelonek B, Wiraszka G. Depresja - współczesny problem zdrowia psychicznego i zagrożenie cywilizacji. W: Kowalczyk K, Krajewska-Kułak E, Cybulski M. (red.) *Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku*. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2016. s. 16-31.
179. Lewandowicz M. Zindywidualizowana dietoterapia w odpowiedzi na zmiany w przewodzie pokarmowym związane ze starzeniem się lub wielochorobowością – część 1. *Geriatrics* 2014;8:43-48.
180. Lewko J, Kamińska KM, Doroszkiewicz H, Talarska D, Sierakowska M, Krajewska-Kułak E. Ocena narażenia na upadki a wydolność funkcjonalna wśród osób starszych w środowisku zamieszkania. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014;22(2):159-164.
181. Liang J, Wang CN, Xu X, Hsu HC, Lin HS, Lin YH. Trajectory of functional status among older Taiwanese: gender and age variations. *Social Science & Medicine* 2010;71(6):1208–1217.
182. Lopez-Otin C, Blasko MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. The Hallmarks of Aging. 2013;153(6):1194-1217.
183. Lynch J, Smith GD, Harper S, Hillemeier M, Ross N, Kaplan GA et al. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Quarterly* 2004;82:5-99.
184. Łazarkiewicz MA. Wstęp-zrozumieć starość. W: Owczarek K, Łazarkiewicz MA. (red.) *Pogoda na starość*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2015. s. 21-30.

185. Łukasiewicz J, Łukasik R. Poczucie sensu życia u osób w wieku późnej dorosłości. *Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej* 2015;12(1):75-132.
186. Maciejasz M, Timoszuk S, Łątkowski W, Grudecka A. Wybrane aspekty jakości życia osób 60+ w Polsce w świetle badań jakościowych. *Studia Ekonomiczne* 2015;223:257-267.
187. Madeira T, Peixoto-Plácido C, Goulão B, Mendonça N, Alarcão V, Santos N et al. National survey of the Portuguese elderly nutritional status: study protocol. *BMC Geriatrics* 2016. Article number: 139. Available from: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0299-x#citeas> [cited: 29 Feb 2021].
188. Maeda T, Nagata K, Satoh Y, Yamazaki T, Takano D. High prevalence of gastroesophageal reflux disease in parkinson's disease: a questionnaire-based study. *Parkinson's disease* 2013. Article ID 742128.
189. Maes ML, Fixen DR, Linnebur SA. Adverse effects of protein-pump inhibitor use in older adults: a review of the evidence. *Tharapeutic Advances in Drug Safety* 2017;8:273-297.
190. Maeso-Díaz R, Ortega-Ribera M, Fernández-Iglesias A, Hide D, Muñoz L, Hessheimer AJ et al. Effects of aging on liver microcirculatory function and sinusoidal phenotype. *Aging Cell* 2018;17:e12829.
191. Magnil M, Gunnarsson R, Björkstедt K, Björkelund C. Prevalence of depressive symptoms and associated factors in elderly primary care patients: a descriptive study. *The Journal Clinical Psychiatry* 2008;10(6):462-468.
192. Makara-Studzińska M, Kryś-Nostrzyk K. Oblicza starości - przegląd piśmiennictwa. *Psychogeriatrics Polska* 2012;9(2):77-86.
193. Malcewicz M, Józefowski P. Starzenie się człowieka wyzwaniem dla działań rehabilitacyjnych. *Gerontologia Współczesna* 2014;2(2):76-82.
194. Małka A, Palczewska A, Kozikowska B, Szwarz-Woźniak J. Wielkie problemy geriatryczne. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży* 2013;51:57-67.
195. Mamplekou E, Bountziouka V, Psaltopoulou T, Zeimbekis A, Tsakoundakis N, Papaerakleous E et al. Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern Mediterranean islands: the MEDIS (MEDiterranean ISlands elderly) study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 2010;14(6):449-455.

196. Mason MR, Preshaw PM, Nagaraja HN, Dabdoub SM, Rahman A, Kumar PS. The subgingival microbiome of clinically healthy current and never smokers. *ISME J*, 2015; 9: 268–272.
197. Matear DW, Barbaro J. Effectiveness of saliva substitute products in the treatment of dry mouth in the elderly: a pilot study. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 2005;125(1):35-41.
198. Matsuda Y. Age-related pathological changes in the pancreas. *Frontiers in Bioscience* 2018;10(1):137-142.
199. Mattos IE, do Carmo CN, Santiago LM, Luz LL. Factors associated with functional capacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* 2014;14(1):47.
200. Mazurek J, Szczygieł J, Blaszkowska A, Zgajewska K, Richter W, Opara J. Aktualne zalecenia dotyczące aktywności ruchowej osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska* 2014;2:70-75.
201. Mądra-Gackowska K., Gackowski M., Kędziora-Kornatowska K., Koba M. Infekcja *Helicobacter pylori* u pacjentów w starszym wieku. *Geriatrics* 2020;14:102-106.
202. Meeks T.W., Ipsit V.V., Lavretsky H., Kulkarni G., Jeste D.V. A tune in “a minor” can “b major”: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*. 2011;129( 1–3): 126-142.
203. Michalska-Żyła A. Zadowolenie z życia a zaufanie społeczne mieszkańców miast postprzemysłowych. *Acta Universitatis Lodziensis Folia Sociologica* 2015;52:147-168.
204. Mielczarek A. Uwagi o realizacji usług medycznych w domach pomocy społecznej. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja* 2008;8(1):52-62.
205. Mikuła-Pietrasik J, Niewiarowska A, Książek K. Święty Graal biologii, czyli jak i dlaczego się starzejemy. *Postępy Biochemii* 2015;61(4):344-355.
206. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Europejska Konwencja Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Dostępne w Internecie: <https://www.gov.pl/web/rodzina/europejska-konwencja-o-ochronie-praw-czlowieka-i-podstawowych-wolnosci> [dostęp 15.08.2021].

207. Ministerstwo Zdrowia. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Dostępny w Internecie: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/swiadczenia-pielegnacyjne-i-opiekuncze> [dostęp: 02.10.2021]
208. Mirczak A, Pikuła N. Satysfakcja z życia starszych osób mieszkających w wybranych miejscowościach. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2014;4:321-326.
209. Mora F. Successful brain aging: plasticity, environmental enrichment, and lifestyle. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2013;15(1):45-52.
210. Mose JR. Opieka nad chorym w domu. Jak pomóc w potrzebie i na starość. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ABA; 2007.
211. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. (red.) Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Wydawnictwo Termedia; 2012.
212. Mudyń K, Weiss A. Satysfakcja z życia u osób w wieku senioralnym a orientacje życiowe i deklarowane wartości. *Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego* 2010;2(4):83-95.
213. Muszalik M, Ćwikła A, Kędziora Kornatowska K, Kornatowski T. Ocena wpływu czynników socio-demograficznych i medycznych na poziom sprawności funkcjonalnej pacjentów geriatrycznych. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2010;1-2:9-15.
214. Muszalik M, Marzec A, Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K. The selected aspects of geriatric patients' functioning evaluation. *Medical and Biological Sciences* 2012;26(4):97-101.
215. Müller L, Di Benedetto S, Pawelec G. The immune system and its dysregulation with aging. *Sub-cellular Biochemistry* 2019;91:21-43.
216. Müller L, Pawelec G. Aging and immunity - impact of behavioral intervention. *Brain, behavior, and immunity* 2014;39:8-22.
217. Mziray M., Siepsiak M., Żuralska R., Modlińska A. Woda istotnym składnikiem pokarmowym diety osób w wieku podeszłym. *Problemy Higieny I Epidemiologii* 2017;98(2): 118-124
218. Nagler RM, Hershkovich O. Age-related changes in unstimulated salivary function and composition and its relations to medications and oral sensorial complaints. *Aging Clinical and Experimental Research* 2005;17(5):358-366.
219. Nagler RM, Hershkovich O. Relationships between age, drugs, oral sensorial complaints and salivary profile. *Archives of Oral Biology* 2005;50(1):7-16.

220. Niedorys B, Chrzan-Rodak A, Bartoszek A, Rząca M, Bartoszek A, Ślusarska B. Analiza wybranych uwarunkowań obciążenia opiekunów opieką według COPE-INDEX: Skala negatywnego wpływu opieki. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2020;1(5):55-65.
221. Nitera-Kowalik A, Olszewska E, Smyda A. Leczenie uzdrowiskowe sposobem przeciwdziałania negatywnym skutkom procesu starzenia. *Acta Balneologica* 2016;58(2):110-117.
222. Nowak-Kapusta Z, Franek G, Leszczyńska K, Ćmiel-Giergielewicz M. Charakterystyka wybranych elementów sytuacji społeczno-zdrowotnej mieszkańców domów pomocy społecznej z uwzględnieniem występowania u nich objawów depresji. *Gerontologia Polska* 2017;25:5-11.
223. Nowicki GJ, Młynarska M, Ślusarska B, Korecka R, Kotus M. Samoocena stanu zdrowia i jej wybrane uwarunkowania w grupie osób po 65 roku życia, pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Journal of Education, Health and Sport* 2016;6(4):447-457.
224. Olejniczak P. Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2013;3(2):183-188.
225. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: a mini-review and synthesis. *Gerontology* 2016;62(4):443-449.
226. Osiński W. Erokinezyjologia. Nauka i praktyka aktywności fizycznej w wieku starszym. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013.
227. Pawlikowska-Łagód K, Dąbska O, Humeniuk E, Sak J. Satysfakcja z życia osób starszych mieszkających w województwie lubelskim. *Geriatrics* 2017;11:183-189.
228. Peery AF, Dellon ES, Lund J, Crockett SD, McGowan CE, Bulsiewicz WJ et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 Update. *Gastroenterology* 2012;143:1179-1187.
229. Petelewicz M, Drabowicz T. Jakość życia – globalnie i lokalnie. Pomiar i wizualizacja. Łódź: Wydawnictwo Katedry Socjologii Ogólnej Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki; 2016.
230. Pędich W. Gerontologia i geriatria. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. (red.) *Geriatrics z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica; 2007. s. 2-5.
231. Philpott HL, Nandurkar S, Lubel J, Gibson PR. Republished: drug-induced gastrointestinal disorders. *Postgraduate Medical Journal* 2014;90(1065):411-419.

232. Piesiak W. Genetyka starzenia się mózgu. W: Kojder I. Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu 2011-2013: sympozja 2. Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, 2013. s. 56–66.
233. Pikhartova J, Bowling A, Victor C. Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging & Mental Health* 2015;20(5):543–549.
234. Pilch D, Wojciechowska M, Grochans E, Owsianowska J. Ocena pacjentów opieki długoterminowej w zakresie występowania upadków oraz zagrożenia odleżynami związanymi z ich stanem funkcjonalnym. *Gerontologia Polska* 2017;25:45-52.
235. Pinto JM, Neri AL. Factors associated with low life satisfaction in community - dwelling elderly: FIBRA Study. *Cadernos de Saúde Pública* 2013;29(12):2447-2458.
236. Piotrowicz K. Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością - podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego. *Gerontologia Polska* 2013;21(3):63-72.
237. Piotrowski W, Polakowska M. Dostępność usług medycznych na wsi i w mieście. Badanie WOBASZ. *Medycyna Ogólna* 2016;16(4):487- 495.
238. Pitek E. Wielochorobowość u pensjonariuszy domu pomocy społecznej. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2012;2(2):95-101.
239. Pluta A, Basińska-Drozd H, Faleńczyk K, Budnik-Szymoniuk M. Udział pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentem geriatrycznym. *Medycyna Rodzinna* 2014;1:27-30.
240. Płaszewska Żywko L, Brzuzan P, Malinowska-Lipień I, Gabryś T. Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2008;89(1):62-66.
241. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.) *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 2000. s. 103-114.
242. Posłuszna M. Aktywność rodzinna i społeczna osób starszych. *Nowiny Lekarskie* 2012;81(1):75-79.
243. Postrożny D, Żuralska R, Mziray M, Jakubowska A. Ocena poziomu samodzielności funkcjonalnej powyżej 65. roku życia. *Gerontologia Polska* 2020;28:17-22.

244. Przybyłka A. Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach* 2017;309:179-190.
245. Rechberger T, Kulik-Rechberger B. Zaburzenia czynnościowe dolnych dróg moczowych - postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w praktyce lekarza rodzinnego. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2010;6(4):397-407.
246. Richard A, Rohrmann S, Vandeleur CL, Schmid M, Barth J, Eichholzer M. Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: results from a Swiss national survey. *PLOS ONE* 2017;12(7):e0181442.
247. Ritchie CS, Roth DL, Allman RM. Living with an aging parent: „It was a beautiful invitation”. *Journal of the American Medical Association* 2011;306(7):746-753.
248. Rogus-Pulia NM, Gangnon R, Kind A, Connor NP, Sanjay A. A pilot study of perceived mouth dryness, perceived swallowing effort, and saliva substitute effects in healthy adults across the age range. *Dysphagia* 2018;33:200-205.
249. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2020 poz. 460)
250. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.)
251. Rybka M, Rezmerska L, Haor B. Ocena sprawności osób w wieku podeszłym. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2016;2:4-12.
252. Rynkiewicz M, Rogulska U, Czernicki J. Ocena zmian sprawności funkcjonalnej osób we wczesnym okresie po udarze mózgu. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2011;2:325-339.
253. Sawicki W, Malejczyk J, Wróblewska M. Starzenie: mechanizmy epigenetyczne i genetyczne. *Gerontologia Polska* 2015;2:47-51.
254. Schoen C, Davis K, How SKH, Schoenbaum SC. U.S. health system performance: a national scorecard. *Health Affairs* 2006;25(suppl.1):457-475.
255. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne - sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Sęk H., Cieślak R.: *Wsparcie*

- społeczne, stres i zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN;2005. s.14-15.
256. Shune SE, Moon JB, Goodman SS. The effects of age and preoral sensorimotor cues on anticipatory mouth movement during swallowing. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 2016;59(2):195-205.
257. Siddappa PK, Birk JW. Gastrointestinal health and healthy aging. W: Coll P. (ed). *Healthy Aging. A complete guide to clinical management*. 1 st ed. Cham: Springer International Publishing; 2019.
258. Sitarczyk M. Poczucie koherencji a zadowolenie z życia pensjonariuszy domów pomocy społecznej i słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. W: Steuden S. (red.) *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2006. s. 294-299.
259. Skalska A. Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica;2007. s. 68-75.
260. Skalska A. Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2011;9(1):50-59.
261. Składzień J. Głuchota starcza (presbycusis) i starcze zawroty głowy (presbyvertigo). W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica; 2007. s. 365-372.
262. Smereczyńska M. Polityka senioralna w kontrolach NIK – wsparcie dla osób w podeszłym wieku. *Kontrola Państwowa* 2017;62(2):62-71.
263. Sosińska P, Mikuła-Pietrasik J, Książek K. Molekularne podstawy komórkowego starzenia: fenomen Hayflicka 50 lat później. *Postepy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2016;70: 231-242.
264. Sosnowska K. Jakość życia seniorów w perspektywie psychologicznej jako istotny czynnik w profilaktyce psychogerontologicznej. *Młoda Psychologia* 2021;2:503-517.
265. Sowa J. Relacje interpersonalne w procesie wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych. W: Palak Z, Bartkowicz Z. (red.) *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2004. s. 29-45.
266. Starczewska M, Prociak L, Markowska A, Augustyniuk K, Grochans E. Ocena sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku. *Problemy Pielęgniarstwa* 2018;26(3):222-227.



267. Starczewska ME, Prociak L, Rybicka A, Stanisławska M, Grochans E. Ocena sprawności funkcjonalnej i występowania ryzyka depresji wśród seniorów. *Pielęgniarstwo Polskie* 2019;73(3):222-227.
268. Stickle A, Koyanagi A, Leinsalu M, Ferlander S, Sabawoon W, McKee M. Loneliness and health in Eastern Europe: findings from Moscow, Russia. *Public Health* 2015;129(4):403-410.
269. Straś-Romanowska M. Późna dorosłość. Wiek starzenia się. W: Harwas-Napierała B, Trempała J. (red.) *Psychologia rozwoju człowieka. Tom 2*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2001. s. 263–292.
270. Subramanian SV, Kawachi I. Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States. *Health & Place* 2006;12:141-156.
271. Summerhil EM. Choroby płuc u osób w wieku podeszłym. W: Williams M., Rosenthal T., Naughton B., Pączek L., Niemczyk M. (red.) *Geriatrya*. Czelaj. Lublin 2009: s.489-491.
272. Suszko R. Stan zdrowia oraz potrzeby zdrowotne i opiekuńcze ludzi starych. *Studia BAS* 2012;30(2):29-58.
273. Sygit-Kowalkowska E. Zachowania zdrowotne osób w okresie późnej dorosłości – socjodemograficzne korelaty i różnice między środowiskami społecznymi. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2013;59(1):103-113.
274. Szewczyczak M, Stachowska M, Talarska D. Ocena jakości życia w wieku podeszłym przegląd piśmiennictwa. *Nowiny Lekarskie* 2012;81(1):96-100.
275. Szukalski P. Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna. *Auxilium Sociale - Wsparcie Społeczne* 2005;34(2):217-238.
276. Szweda-Lewandowska Z. Rynek usług opiekuńczych-perspektywy rozwoju w kontekście starzenia się populacji. *Optimum Studia Ekonomiczne* 2014;68(2):148-157.
277. Śliwak J., Reizer U., Partyka J. Poczucie osamotnienia a przystosowanie społeczne. *Studia Socialia Cracoviensia*.2015;1 (12):61–78.
278. Śliwak J, Zarzycka B, Krakowiak K. Poczucie osamotnienia a poziom i struktura niepokoju u osób przebywających w domach spokojnej starości. W: Brudek S, Steuden S, Januszewska I, Gamrowska A. (red.) *Oblicza starości we współczesnym*

- świecie. Perspektywa psychologiczno-medyczna. Lublin: Wydawnictwo KUL;2015. s. 183-202.
279. Ślusarska B, Nowicki GJ, Bartoszek A, Wittwer S, Zboina B, Naylor K. Health problems of the elderly aged 65-75 years supervised by a community nurse. *Gerontologia Polska* 2016;24:17-25.
280. Świerżewska D. Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60. roku życia. *Psychologia Rozwojowa* 2010;15(2):89-99.
281. Święcicka A, Święcicki M. Wpływ rodziny na zachowania prozdrowotne osób starszych po 65 roku życia. *Pielęgniarstwo Polskie* 2015;6(2):141-148.
282. Światała M. Samoocena stanu zdrowia i jej wpływ na zachowania konsumentów w starszym wieku. *Gerontologia Polska* 2009;17(3):129-136.
283. Talarska D, Wieczorkowska-Tobis K, Szałkiewicz E. Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021.
284. Tataro T, Snakowska P. Rola diety w reumatoidalnym zapaleniu stawów – przegląd systematyczny badań. *Medycyna Rodzinna* 2015;18(2):70-78.
285. Telenga A, Rusinowicz T, Życińska K, Wardyn K. Odwodnienie u osób w wieku podeszłym - istotny problem kliniczny. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012;14(3):434-437.
286. Thomas F, Pannier B, Benetos A. Vischer UM.: visceral obesity is not an independent risk factor of mortality in subjects over 65 years. *Vascular Health and Risk Management* 2013;9:739-745.
287. Timoszyk-Tomczak C, Bugajska B. Satysfakcja z życia a perspektywa przyszłościowa w starości. *Opuscula Sociologica* 2013;4(2):83-95.
288. Tobiasz-Adamczyk B. Społeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych u kresu życia. *Gerontologia Polska* 2017;25:254-260.
289. Tobiasz-Adamczyk B. Wsparcie społeczne, sieci a nierówności w stanie zdrowia w wieku starszym na przykładzie umieralności i jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2011;9(2):119-126.
290. Tobiasz-Adamczyk B, Brzyski P. Uwarunkowania zmian subiektywnej oceny stanu zdrowia w różnych okresach starości. *Promocja Zdrowia* 2001;21:159-171.
291. Tobiasz-Adamczyk B, Brzyski P, Bajka J. Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2004.

292. Tomaszewska K. Social, psychological and economic effects of urinary incontinence affecting people over the age of 65. W: Dębska G, Jaśkiewicz J. (red.) *Family-Health- Disease*. Kraków: AFM Publishing House; 2016. s. 75-90.
293. Tracz-Dral J. Starzenie się ludności w Unii Europejskiej - stan obecny i prognoza. Kancelaria Senatu. Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji. Opracowania tematyczne OT-662. Warszawa 2018. Dostępny w Internecie: <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/160/plik/ot-662.pdf> [dostęp: 03.07.2021].
294. Traczyk J, Kędzia P, Skrzek A. Jakość życia, sprawność funkcjonalna oraz występowanie ryzyka depresji u kobiet po 60. roku życia mieszkających w domach opieki społecznej i samodzielnie. *Gerontologia Polska* 2016;24:32-39.
295. Treder N, Jodzio K. Heterogeniczność funkcjonowania poznawczego i jego zaburzeń u osób starszych. *Psychiatria i Psychoterapia* 2013;40(1):3-13.
296. Trempała J. Dyskryminacja ze względu na wiek a funkcjonowanie i rozwój ludzi starszych. *Zeszyty Naukowe WSHE* 2015;15(14):31-45.
297. Trędewicz K. Jakość życia osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką pielęgniarską POZ. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2018;2(2):15-28.
298. Trochimiuk J, Kochanowski J, Stolarski, Wójtowicz S. Efekty wczesnej rehabilitacji w okresie pobytu szpitalnego pacjentów z udarem niedokrwiennym mózgu. *Rehabilitacja w Praktyce* 2009;4:15-19.
299. Trybusińska D, Saracen A. Loneliness in the context of quality of life of nursing home residents. *Open Medicine* 2019;14:354-361.
300. Urbanowicz I, Nahaczewska W, Stacherzak-Pawlik J, Woźniak M. Starzenie się limfocytów i jego wpływ na rozwój przewlekłej białaczki limfocytowej. *Diagnostyka laboratoryjna. Journal of Laboratory Diagnostics* 2013;49(2):137-144.
301. van Baarsen B, Snijders TAB, Smit JH, van Duijn MAJ. Lonely but not alone: emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational and Psychological Measurement* 2001;1:119-135.
302. Vetrano DL, Foebel AD, Marengoni A, Brandi V, Collamati A, Heckman GA et al. Chronic diseases and geriatric syndromes: the different weight of comorbidity. *European Journal of Internal Medicine* 2016;27:62-67.

303. Villafañe JH, Pirali C, Dughi S, Testa A, Manno S, Bishop MD, Negrini S. Association between malnutrition and Barthel Index in a cohort of hospitalized older adults article information. *Journal of Physical Therapy Science* 2016;28:607-612.
304. Waszkiewicz L, Einhorn J, Połtyn-Zaradna K, Gaweł-Dąbrowska D, Grabowska B, Zatońska K. Ocena jakości życia Polaków w wieku podeszłym. W: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Wydawnictwo Termedia; 2012. s. 49-56.
305. Webster NR. Professors live longer than doctors: immortality bias in survival analysis. *British Journal of Anaesthesia* 2011;106(2):161-163.
306. Węgrzyn M., Wróbel A., Roemer-Ślimak R., Mastalerz-Migas A. Kserostomia u pacjentów geriatrycznych. Problemy i możliwości terapeutyczne — przegląd literatury. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2018; 12(5): 197–203.
307. Whitcomb EA, Shang F, Taylor A. Common cell biologic and biochemical changes in aging and age-related diseases of the eye: toward new therapeutic approaches to age-related ocular diseases. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2013;54: ORSF31–ORSF36. DOI:10.1167/iovs.13-12808.
308. Wieczorowska-Tobis K. Zmiany narządowe towarzyszące procesowi starzenia się. W: Wieczorowska-Tobis K, Kostka T, Borowicz AM. (red.) *Fizjoterapia w geriatrici*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011. s.11-17.
309. Wieczorowska-Tobis K. Zmiany narządowe w procesie starzenia. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2008;118(Suppl): 63-69.
310. Wierzbowska J, Stankiewicz A. Choroby oczu u osób w wieku podeszłym. *Medycyna po Dyplomie* 2011;20(8):46-51.
311. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 2006;62(7):1768-1784.
312. Wizner B, Skalska A, Klich-Rączka A, Piotrowicz K, Grodzicki T. Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku. W: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Wydawnictwo Termedia; 2012. s. 81-94.
313. Wojszel ZB. Wielkie zespoły geriatryczne występujące u osób starszych. W: Cybulski M, Krajewska-Kułak E. (red.) *Opieka nad osobami starszymi*.

- Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016. s. 51-69.
314. Wojtyna E, Dosiak M, Życińska J. Wpływ wsparcia społecznego na przebieg zaburzeń depresyjnych u pacjentów w podeszłym wieku. *Psychogeriatrya Polska* 2007;4(1):17-26.
315. Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Rubikowska B., Goryński P., Zdrojewski T. Długość życia i umieralność ludności Polski W:Wojtyniak B, Goryński P. (red.) Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Warszawa 2018. Dostępny w Internecie: <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa> [dostęp: 02.7.2021].
316. Wróblewska I, Iwaneczko A. Jakość życia pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu – badania własne. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012;14:573-576.
317. Wysokiński M, Fidecki W, Gębała S. Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych. *Gerontologia Polska* 2013;21(3):89-87.
318. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 1983;17(1):37- 49.
319. Zabielska P, Karakiewicz-Krawczyk K, Głowacka M, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski K, Kotwas A i wsp. Pozytywne nastawienie do życia w kontekście oceny funkcjonalnej osób długowiecznych. *Gerontologia Polska* 2018;26:114-122.
320. Zalewska-Puchała J, Majda A, Cebula M. Poczucie satysfakcji z życia słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku. *Hygeia Public Health* 2015;50(4):649-656.
321. Zali H, Rezaei-Tavirani M, Azodi M. Gastric cancer: prevention, risk factors and treatment. *Gastroenterology and Hepatology from Bed to Bench* 2011;4(4):175-185.
322. Zarulli V, Barthold Jones JA, Oksuzyan A, Lindahl-Jacobsen R, Christensen K, Vaupel JW. Women live longer than men even during severe femines and epidemics.
323. Zarzeczna-Baran M, Bakierska M, Trzeciak B, Pęgiel-Kamrat J. Jakość życia starszych mieszkańców miasta i gminy Sztum korzystających z pielęgniarskiej opieki środowiskowej. *Probl Hig Epidemiol* 2008;89(4):511-517.
324. Zasadzka E, Wieczorowska-Tobis K. Zmiany w układzie ruchu w procesie starzenia się. *Gerontologia Polska* 2014;3:161-165.

325. Zawisza K., Gałaś A., Tobiasz-Adamczyk B. Walidacja polskiej wersji skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE w populacji osób starszych. *Gerontologia Polska* 2016;24:7-16
326. Zboina B, Bieńczyk K, Korzonek M, Biskup M. Wpływ sprawności funkcjonalnej na częstotliwość występowania depresji wśród pensjonariuszy placówek pomocy społecznej. *Zdrowie i Dobrostan* 2014;1:127-145.
327. Zeng Z, Zhu Z, Yang Y, Ruan W, Peng X, Su Y et al. Incidence and clinical characteristics of inflammatory bowel disease in a developed region of Guangdong Province, China: a prospective population-based study. *Journal Gastroenterol Hepatology* 2013;28(7):1148–1153.
328. Zespół Instytutu Rozwoju Służb Społecznych. Instytucje wobec potrzeb osób starszych. Raport. Warszawa 2010. Dostępny w Internecie: <http://www.rops-bialystok.pl/downloads/instytucje-wobec-potrzeb-osob-starszych-raport-irss.pdf> [dostęp: 02.08.2021]
329. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K. Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości w świetle rodzimych doniesień badawczych. *Psychogeriatra Polska* 2010;7(1):11-16.
330. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Starość jako wyzwanie. *Gerontologia Polska* 2008;16(3):131-136.
331. Zielińska-Więczkowska H, Miłowska M, Rybicka R, Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K. Poczucie koherencji (SOC) a postawy życiowe osób starszych zamieszkujących w domach pomocy społecznej (DPS). *Psychogeriatra Polska* 2013;10(1):23-32.
332. Zych AA. Przekraczając „smugę cienia“. Szkice z gerontologii i tanatologii. Wydanie 2. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk; 2013.

## SPIS TABEL I RYCIN

Tabela I.	Charakterystyka badanych grup
Tabela II.	Występowanie chorób współistniejących w badanych grupach
Tabela III.	Wynik skróconego testu AMTS badanych mieszkających w DPS
Tabela IV.	Wynik skróconego testu AMTS badanych mieszkających w domu rodzinnym
Tabela V.	Statystyka opisowa sprawności funkcjonalnej mieszkańców DPS mierzona skalą GARS i podskalami ADL i IADL
Tabela VI.	Statystyka opisowa sprawności funkcjonalnej osób mieszkających w domu rodzinnym mierzona skalą GARS i podskalami ADL i IADL
Tabela VII.	Statystyka opisowa sprawności funkcjonalnej badanych grup w skali GARS i podskalach ADL i IADL
Tabela VIII.	Samooceń stanu zdrowia badanych grup
Tabela IX.	Statystyka opisowa wyników w skali GDS w badanych grupach
Tabela X.	Statystyka opisowa wyników skali SSL12 w grupie badanych z DPS-ów
Tabela XI.	Statystyka opisowa wyników skali SSL12 badanych mieszkających w domu rodzinnym
Tabela XII.	Statystyka opisowa wyników SSL12 w badanych grupach
Tabela XIII.	Wyniki satysfakcji z życia badanych mieszkających w DPS
Tabela XIV.	Wyniki satysfakcji z życia badanych mieszkających w domu rodzinnym
Tabela XV.	Porównanie satysfakcji z życia w badanych grupach
Tabela XVI.	Porównanie zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną a samooceną stanu zdrowia badanych mieszkających w DPS i domu rodzinnym
Tabela XVII.	Porównanie zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym a występowaniem depresji badanych mieszkających w DPS i domu rodzinnym
Tabela XVIII.	Porównanie zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych grup a otrzymywanym wsparciem społecznym

Tabela XIX.	Porównanie zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym a wsparciem w codziennym życiu w badanej grupie
Tabela XX.	Analiza zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym a wsparciem w sytuacjach trudnych okazywanym osobom mieszkającym w domu rodzinnym i w DPS-ach
Tabela XXI.	Analiza zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym a oceną własnej wartości jako dawcy wsparcia w badanej grupie
Tabela XXII.	Porównanie zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną a satysfakcją z życia badanych mieszkających w DPS-ach i domu rodzinnym
Tabela XXIII.	Porównanie zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną a poczuciem osamotnienia badanych mieszkających w DPS-ach i domu rodzinnym
Tabela XXIV.	Zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w DPS-ach a wiekiem
Tabela XXV.	Zależności pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w domu rodzinnym a wiekiem
Tabela XXVI.	Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w DPS a płcią
Tabela XXVII.	Zależność między sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w domu rodzinnym a płcią
Tabela XXVIII.	Zależność między sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w DPS-ach a wykształceniem
Tabela XXIX.	Zależność między sprawnością funkcjonalną badanych mieszkających w domu rodzinnym a wykształceniem
Tabela XXX.	Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a występowaniem chorób współistniejących u badanych pensjonariuszy DPS-ów
Tabela XXXI.	Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a występowaniem chorób współistniejących u badanych mieszkających w domu rodzinnym
Tabela XXXII.	Wyniki grupy badanej w skali GARS
Tabela XXXIII.	Wyniki grupy porównawczej w skali GARS



- Ryc. 1. Statystyka opisowa wyników testu AMTS w badanych grupach
- Ryc. 2. Sprawność funkcjonalna badanych mieszkających w DPS mierzona skalą GARS i podskalami: ADL i IADL
- Ryc. 3. Sprawność funkcjonalna osób mieszkających w domu rodzinnym mierzona skalą GARS i podskalami: ADL i IADL
- Ryc. 4. Porównanie sprawności funkcjonalnej w badanych grupach mierzonej skalą GARS i podskalami: ADL i IADL
- Ryc. 5. Występowanie depresji w grupie badanych mieszkających w DPS-ach
- Ryc. 6. Występowanie depresji w grupie badanych mieszkających w domu rodzinnym
- Ryc. 7. Porównanie badanych grup w zakresie występowania depresji
- Ryc. 8. Wyniki wsparcia społecznego w grupie badanych z DPS-ów
- Ryc. 9. Wyniki wsparcia społecznego w grupie badanych mieszkających w domu rodzinnym
- Ryc. 10. Porównanie wyników SLL 12 w badanych grupach
- Ryc. 11. Poczucie satysfakcji z życia w grupie osób mieszkających w DPS-ach
- Ryc. 12. Poczucie satysfakcji z życia badanych mieszkających w domu rodzinnym
- Ryc. 13. Porównanie poziomu satysfakcji z życia w badanych grupach
- Ryc. 14. Poczucie samotności w grupie badanych mieszkających w DPS-ach
- Ryc. 15. Poczucie samotności w grupie badanych mieszkającej w domu rodzinnym
- Ryc. 16. Porównanie wyników skali poczucia samotności w badanych grupach
- Ryc. 17. Sprawność funkcjonalna a samoocena stanu zdrowia badanych mieszkających w DPS-ach
- Ryc. 18. Sprawność funkcjonalna a samoocena stanu zdrowia badanych mieszkających w domu rodzinnym
- Ryc. 19. Sprawność funkcjonalna a występowanie depresji w grupie badanych mieszkających w DPS-ach
- Ryc. 20. Sprawność funkcjonalna a występowanie depresji w grupie badanych mieszkających w domu rodzinnym
- Ryc. 21. Stan funkcjonalny badanych mieszkających w DPS-ach a otrzymywane wsparcie społeczne
- Ryc. 22. Stan funkcjonalny badanych mieszkających w domu rodzinnym a otrzymywane wsparcie społeczne

- Ryc. 23. Stan funkcjonalny a wsparcie w codziennym życiu okazywane badanym mieszkającym w DPS-ach
- Ryc. 24. Stan funkcjonalny a wsparcie w codziennym życiu okazywane badanym mieszkającym w domu rodzinnym
- Ryc. 25. Stan funkcjonalny a wsparcie w sytuacjach trudnych okazywane badanym mieszkającym w DPS-ach
- Ryc. 26. Stan funkcjonalnym a wsparcie w sytuacjach trudnych okazywane osobom mieszkającym w domu rodzinnym.
- Ryc. 27. Stan funkcjonalny badanych a ocena własnej wartości jako dawcy wsparcia u pensjonariuszy DPS-ów
- Ryc. 28. Stan funkcjonalny badanych a ocena własnej wartości jako dawcy wsparcia u badanych mieszkających w domu rodzinnym
- Ryc. 29. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a satysfakcją z życia badanych mieszkających w DPS-ach
- Ryc. 30. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a satysfakcją z życia badanych mieszkających w domu rodzinnym
- Ryc. 31. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a poczuciem osamotnienia badanych mieszkających w DPS-ach
- Ryc. 32. Zależność pomiędzy sprawnością funkcjonalną a poczuciem osamotnienia badanych mieszkających w domu rodzinnym
- Ryc. 33. Statystyka opisowa pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych mieszkających w DPS-ach a wiekiem
- Ryc. 34. Statystyka opisowa pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych mieszkających w domu rodzinnym a wiekiem
- Ryc. 35. Statystyka opisowa zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych mieszkających w DPS-ach a płcią
- Ryc. 36. Statystyka opisowa zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych mieszkających w domu rodzinnym a płcią
- Ryc. 37. Statystyka opisowa zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych mieszkających w DPS-ach a liczbą chorób współistniejących
- Ryc. 38. Statystyka opisowa zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych mieszkających w domu rodzinnym a liczbą chorób współistniejących

## ANEKS

Tabela XXXII. Wyniki grupy badanej w skali GARS

Pytania skali	<i>Ranga 1 - tak, mogę to robić w pełni samodzielnie bez żadnych trudności</i>	<i>Ranga 2 - tak, mogę to robić w pełni samodzielnie, ale z pewnymi trudnościami</i>	<i>Ranga 3 - tak, mogę to robić w pełni samodzielnie, ale z poważnymi trudnościami</i>	<i>Ranga 4 - nie mogę tego robić w pełni samodzielnie – mogę to robić jedynie z czyjąś pomocą</i>
Respondent może chodzić po schodach	40 (16,00%)	54 (21,60%)	52 (20,80%)	104 (41,6%)
Respondent może wychodzić z domu	56 (22,40%)	61 (24,40%)	50 (20,00%)	83 (33,20%)
Respondent może się umyć i osuszyć całe ciało	77 (30,80%)	60 (24,00%)	44 (17,60%)	69 (27,60%)
Respondent może obciąć paznokcie u nóg i pielęgnować stopy	48 (19,20%)	30 (12,00%)	18 (7,20%)	154 (61,60%)
Respondent może się ubrać	111 (44,40%)	53 (21,20%)	43 (17,20%)	43 (17,20%)
Respondent może się położyć i wstać z łóżka	104 (41,60%)	59 (23,60%)	48 (19,20%)	39 (15,60%)
Respondent może wstać z krzesła i usiąść na krzesło	107 (42,80%)	63 (25,20%)	38 (15,20%)	42 (16,80%)
Respondent może umyć twarz i ręce	173 (69,20%)	42 (16,80%)	16 (6,40%)	19 (7,60%)
Respondent może usiąść na muszli w toalecie i wstać z niej	117 (46,80%)	62 (24,80%)	36 (14,40%)	35 (14,00%)
Respondent może jeść	192 (76,80%)	37 (14,80%)	7 (2,80%)	14 (5,60%)
Respondent może poruszać się po domu (z laską jeśli to konieczne)	104 (41,60%)	67 (26,80%)	23 (9,20%)	56 (22,40%)
Respondent może przygotować śniadanie lub mały posiłek	95 (38,00%)	30 (12,00%)	33 (13,20%)	92 (36,80%)
Respondent może przygotować obiad	45 (18,00%)	36 (14,40%)	26 (10,40%)	143 (57,20%)
może wykonywać cięższe czynności domowe (np. mycie podłogi lub okien)	28 (11,20%)	18 (7,20%)	27 (10,80%)	176 (70,40%)
Respondent może wyprać i wyprasować swoje ubrania	39 (15,60%)	32 (12,80%)	28 (11,20%)	151 (60,40%)

**Tabela XXXII. Wyniki grupy badanej w skali GARS cd.**

Respondent może pościelić łóżko	78 (31,20%)	45 (18,00%)	34 (13,60%)	93 (37,20%)
Respondent może robić zakupy	60 (24,00%)	27 (10,80%)	23 (9,20%)	140 (56,00%)
Respondent może wykonywać lekkie czynności domowe (np. wycieranie kurzu, układanie rzeczy)	54 (21,60%)	46 (18,40%)	35 (14,00%)	113 (45,20%)

**Tabela XXXIII. Wyniki grupy porównawczej w skali GARS**

Pytania skali	<i>Ranga 1 - tak, mogę to robić w pełni samodzielnie bez żadnych trudności</i>	<i>Ranga 2 - tak, mogę to robić w pełni samodzielnie, ale z pewnymi trudnościami</i>	<i>Ranga 3 - tak, mogę to robić w pełni samodzielnie, ale z poważnymi trudnościami</i>	<i>Ranga 4 - nie mogę tego robić w pełni samodzielnie — mogę to robić jedynie z czyjąś pomocą</i>
Respondent może chodzić po schodach	124 (49,60%)	66 (26,40%)	29 (11,60%)	31 (12,40%)
Respondent może wychodzić z domu	152 (60,80%)	44 (17,60%)	15 (6,00%)	39 (15,60%)
Respondent może się umyć i osuszyć całe ciało	164 (65,60%)	41 (16,40%)	20 (8,00%)	25(10,00%)
Respondent może obciąć paznokcie u nóg i pielęgnować stopy	144 (57,60%)	32 (12,80%)	20 (8,00%)	54 (21,60%)
Respondent może się ubrać	180 (72,00%)	31 (12,40%)	17 (6,80%)	22 (8,80%)
Respondent może się położyć i wstać z łóżka	181 (72,40%)	39 (15,60%)	14 (5,60%)	16 (6,40%)
7. może wstać z krzesła i usiąść na krzesło	183 (73,20%)	38 (15,20%)	14 (5,60%)	15(6,00%)
Respondent może umyć twarz i ręce	209 (83,60%)	24 (9,60%)	6 (2,40%)	11 (4,40%)
Respondent może usiąść na muszli w toalecie i wstać z niej	189 (75,60%)	35 (14,00%)	11 (4,40%)	15 (6,00%)
Respondent może jeść	214 (85,60%)	23 (9,20%)	5 (2,00%)	8 (3,20%)
Respondent może poruszać się po domu (z laską jeśli to konieczne)	178 (71,20%)	42 (16,80%)	12 (4,80%)	18 (7,20%)
Respondent może przygotować śniadanie lub mały posiłek	184 (73,60%)	21 (8,40%)	16 (6,40%)	29 (11,80%)

**Tabela XXXIII. Wyniki grupy porównawczej w skali GARS cd.**

Respondent może przygotować obiad	172 (68,80%)	22 (8,80%)	18 (7,20%)	38 (15,20%)
może wykonywać cięższe czynności domowe (np. mycie podłogi lub okien)	116 (46,40%)	39 (15,60%)	22 (8,80%)	73 (29,20%)
Respondent może wyprać i wyprasować swoje ubrania	149 (59,60%)	30 (12,80%)	17 (6,80%)	54 (21,60%)
Respondent może pościelić łóżko	166 (66,40%)	30 (12,00%)	20 (8,0%)	34 (13,60%)
Respondent może robić zakupy	149 (59,60%)	27 (10,80%)	16 (6,40%)	58 (23,20%)
Respondent może wykonywać lekkie czynności domowe (np. wycieranie kurzu, układanie rzeczy)	159 (63,60%)	35 (14,00%)	21 (8,40%)	35 (14,00%)

# ZAŁĄCZNIKI

## ZAŁĄCZNIK NR 1

### SKRÓCONY TEST SPRAWNOŚCI UMYSŁOWEJ (ABBREVIATED MENTAL TEST SCORE – AMTS)

#### 1. Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS, Abbreviated Mental Test Score)

1. Ile ma Pan/i lat?	.....
2. Która jest godzina? Proszę podać z dokładnością do 1 godz.	.....
3. Adres, który Panu/i Podam, proszę powtórzyć za mną i zapamiętać go: ul. Gruszkowa 42	.....
4. Który mamy rok?	.....
5. Jaki jest Pana/i adres?	.....
6. Kiedy się Pan/i urodził/a?	.....
7. W którym roku rozpoczęła się II wojna światowa?	.....
8. Jak nazywa się prezydent?.	.....
9. Proszę policzyć wspak (od tyłu) od 20 do 1	.....
10. Proszę powtórzyć adres, który Panu/i podałam wcześniej	.....
Za każdą prawidłową odpowiedź badany otrzymuje 1 pkt.	
Wynik końcowy	...../10

Interpretacja: > 6pkt- stan prawidłowy; 4-6 pkt - upośledzenie umiarkowane;

0 – 3pkt – upośledzenie ciężkie

## ZAŁĄCZNIK NR 2

### SKALA GARS – OCENA STANU FUNKCJONALNEGO OSÓB STARSZYCH WIEKIEM w POLSCE

Nr pytania	Treść pytania
ADL1	Respondent może chodzić po schodach
ADL2	Respondent może wychodzić z domu
ADL3	Respondent może się umyć i osuszyć całe ciało
ADL4	Respondent może obciąć paznokcie u nóg i pielęgnować stopy
ADL5	Respondent może się ubrać
ADL6	Respondent może się położyć i wstać z łóżka
ADL7	Respondent może wstać z krzesła i usiąść na krześle
ADL8	Respondent może umyć twarz i ręce
ADL9	Respondent może usiąść na muszli w toalecie i wstać z niej
ADL10	Respondent może jeść
ADL11	Respondent może poruszać się po domu ( z laską jeśli to konieczne)
IADL1	Respondent może przygotować śniadanie lub mały posiłek
IADL2	Respondent może przygotować obiad
IADL3	Respondent może wykonywać cięższe czynności domowe (np. mycie podłogi lub okien)
IADL4	Respondent może wyprać i wyprasować swoje ubrania
IADL5	Respondent może pościelić łóżko
IADL6	Respondent może robić zakupy
IADL7	Respondent może wykonywać lekkie czynności domowe (np. wycieranie kurzu, układanie rzeczy)

Ranga: 1 – tak, mogę to robić bez żadnej trudności

2 – tak, mogę to robić w pełni samodzielnie, ale z pewnymi trudnościami

3 – tak, mogę to robić w pełni samodzielnie, ale z poważnymi trudnościami

4 – nie mogę tego robić w pełni samodzielnie, mogę to robić jedynie z czyjąś pomocą

### ZAŁĄCZNIK NR 3

#### SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO W POPULACJI OSÓB STARSZYCH WIEKIEM w POLSCE SSL 12-I

Nr pytania	Skala	Treść
SSL 12I 1	cż	Czy zdarza się, że ludzie zapraszają Pana/ią na przyjęcie lub obiad
SSL 12I 2	cż	Czy zdarza się, że ludzie wpadają do Pani/i z miłą wizytą
SSL 12I 3	cż	Czy zdarza się, że ludzie okazują i darzą Pana/ią sympatią
SSL 12I 4	st	Czy zdarza się, że kontakty z ludźmi przynoszą Panu/i uspokojenie/pocieszenie
SSL 12I 5	ww	Czy zdarza się, że ludzie mówią Panu/i komplementy
SSL 12I 6	cż	Czy zdarza się, że ludzie okazują zainteresowanie Panu/i
SSL 12I 7	st	Czy zdarza się, że ludzie pomagają Panu/i w szczególnych okolicznościach (jak choroba lub przeprowadzka)
SSL 12I 8	st	Czy zdarza się, że ludzie dodają Panu/i pewności siebie
SSL 12I 9	st	Czy zdarza się, że ludzie dają Panu/i dobre rady
SSL 12I 10	ww	Czy zdarza się, że ludzie zwracają się Panu/i
SSL 12I 11	ww	Czy zdarza się, że ludzie proszą Pana/ią o pomoc lub poradę
SSL 12I 12	ww	Czy zdarza się, że ludzie podkreślają Pana/i zalety

1. rzadko lub nigdy
2. czasami
3. regularnie
4. bardzo często



## ZAŁĄCZNIK NR 4

### GERIATRYCZNA SKALA OCENY DEPRESJI (GERIATRIC DEPRESSION SCALE – GDS)

Wersja skrócona 15 cech:

1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(a)?  
tak nie\*
2. Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań?  
tak\* nie
3. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?  
tak\* nie
4. Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)?  
tak\* nie
5. Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?  
tak nie\*
6. Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?  
tak\* nie
7. Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?  
tak nie\*
8. Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)?  
tak\* nie
9. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?  
tak\* nie
10. Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?  
tak\* nie
11. Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć?  
tak nie\*
12. Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi?  
tak\* nie
13. Czy czuje się Pan(i) pełny(a) energii?  
tak nie\*
14. Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?  
tak\* nie
15. Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepsi niż Pan(i)?  
tak\* nie

Obliczanie wyniku: odpowiedzi zaznaczone gwiazdką = 1 punkt, pozostałe odpowiedzi = 0 punktów.

Interpretacja:

0-5 punktów – bez depresji

6-15 punktów – depresja

## ZAŁĄCZNIK NR 5

### SKALA SATYSFAKCJI Z ŻYCIA (SWLS SATISFACTION WITH LIFE SCALE)

.....wiek.....płeć M K data badania.....

Poniżej podano kilka stwierdzeń, z którymi możesz się zgadzać lub nie. Używając skali od

1 do 7 wskaż – *w jakim stopniu zgadzasz się z każdym stwierdzeniem* wpisując w pustą kratkę odpowiednią cyfrę. Bądź szczery w swoich wypowiedziach.

Poszczególne punkty skali oznaczają: **1** – zupełnie nie zgadzam się

**2** - nie zgadzam się

**3** – raczej nie zgadzam się

**4** – ani się zgadzam ani nie zgadzam

**5** – raczej zgadzam się

**6** – zgadzam się

**7** - całkowicie zgadzam się

- 
1.  Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału
  2.  Warunki mojego życia są doskonałe
  3.  Jestem zadowolony z mojego życia
  4.  W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem
  5.  Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmieniać
- 

SAT	sten

## ZAŁĄCZNIK NR 6

### SKALA DO POMIARU POCZUCIA SAMOTNOŚCI DE JONG GIERVELD

Prosimy pamiętać, że :

1                      2                      3                      4                      5  
zdecydowanie tak    tak    ani tak ani nie    nie                      zdecydowanie nie

1	Zawsze jest ktoś , z kim mogę porozmawiać o codziennych problemach	1	2	3	4	5
2	Brak mi naprawdę bliskiego przyjaciela	1	2	3	4	5
3	Doświadczam ogólnej pustki	1	2	3	4	5
4	Jest wiele osób, na których mogę polegać gdy mam problemy	1	2	3	4	5
5	Brak mi towarzystwa innych ludzi	1	2	3	4	5
6	Czuję, że mam zbyt ograniczony krąg przyjaciół i znajomych	1	2	3	4	5
7	Jest wiele osób, którym mogę całkowicie zaufać	1	2	3	4	5
8	Jest wystarczająco dużo osób, z którymi czuję się blisko związany	1	2	3	4	5
9	Brakuje ludzi wokół mnie	1	2	3	4	5
10	Często czuję się odrzucony	1	2	3	4	5
11	Mogę liczyć na przyjaciół, gdy tylko tego potrzebuję	1	2	3	4	5

## **ZAŁĄCZNIK NR 7**

### **SAMOCENA STANU ZDROWIA: 5- STOPNIOWA SKALA PORÓWNAWCZA TYPU ZRÓWNOWAŻONEGO (W%)**

Stan zdrowia w opinii badanych:

Bardzo dobry

Dobry

Dostateczny

Zły

Bardzo zły

## ZAŁĄCZNIK NR 8

### KWESTIONARIUSZ ANKIETY DANYCH OSOBOWYCH - PNKD

#### I. Sytuacja zdrowotna

1. Proszę zaznaczyć, na które z poniższych chorób Pan/Pani się leczy?

a) Nadciśnienie tętnicze

b) Choroba niedokrwienna serca

c) Choroby żył

Jakie.....

d) Choroby tętnic

Jakie.....

e) przewlekła obturacyjna choroba płuc POCHP

f) Astma

g) Choroby żołądka i dwunastnicy

h) Choroby pęcherzyka i dróg żółciowych;

jakie?.....

i) Choroby krwi;

jakie?.....

j) Choroby nerek i dróg moczowych

k) Cukrzycę

l) Choroby tarczycy;

jakie?.....

m) Choroby narządu ruchu

n) Inne;

jakie?.....

.....

2. Czy posiada Pani/Pan?

1) stopień niepełnosprawności:

a) lekki

b) umiarkowany

c) znaczny

2) grupę inwalidzką:

a) pierwszą

b) drugą

c) trzecią

## Metryczka

Wiek.....lat

1. Płeć:

- a) Mężczyzna
- b) Kobieta

2. Wykształcenie:

- a) Podstawowe niepełne
- b) Podstawowe
- c) Zawodowe
- d) średnie/techniczne
- e) Wyższe magisterskie

3. Aktywność zawodowa:

- a) Pracuję na stanowisku.....
- b) Renta
- c) Emerytura
- d) Inne.....

4. Stan cywilny:

- a) Zamężna/żonaty
- b) Wdowiec / wdowa
- c) Wolny/wolna
- d) Inne.....

5. Mieszka Pan/i:

- a) Z rodziną
- b) Sam
- c) Całodobowa placówka pomocy społecznej