

Jakość życia pacjentów w podeszłym wieku w stanach zagrożenia życia

Quality of life of elderly patients in life-threatening conditions

Mariusz Wysokiński, Wiesław Fidecki, Robert Adamiec, Jadwiga Burian

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Mariusz Wysokiński
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa
Al. Raławickie 1
20 – 095 Lublin
Tel. + 48 081 528 88 96
E-mail: mariuszwysokinski@interia.pl

STRESZCZENIE

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW W PODESZŁYM WIEKU W STANACH ZAGROŻENIA ŻYCIA

Cel pracy. Celem pracy była ocena poziomu jakości życia pacjentów w podeszłym wieku w stanach zagrożenia życia.

Materiał i metodyka. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego techniką, badawczą była ankieta. Zastosowane narzędzie badawcze to standaryzowany kwestionariusz ankiety WHOQOL – BREF (World Health Organization Quality of Life Questtionnaire). Badaniami objęto 102 osoby w wieku powyżej 65 lat.

Wyniki badań. Ogólna jakość życia, jak też ogólna percepcja zdrowia oceniona została przez osoby starsze na poziomie średnim. Stwierdzono istotny ujemny związek pomiędzy jakością życia, a wiekiem. Mężczyźni mieli nieznacznie lepszą ocenę ogólnej jakości życia i percepcji zdrowia niż kobiety. Ogólna jakość życia pacjentów w podeszłym wieku była istotnie lepsza wśród ankietowanych z wykształceniem wyższym. Osoby w podeszłym wieku, które pozostawały w związku odczuwały lepszą jakość życia we wszystkich dziedzinach oraz ogólnej jakości życia i ogólnej percepcji zdrowia w porównaniu z osobami stanu wolnego.

Wnioski. Osoby starsze hospitalizowane oceniają jakość życia oraz stan swojego zdrowia na poziomie średnim. Jakość życia uzależniona jest od wieku i wykształcenia badanych pacjentów w podeszłym wieku.

Słowa kluczowe:

jakość życia, osoby starsze, stany zagrożenia życia

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PATIENTS IN LIFE-THREATENING CONDITIONS

Aim. The work aimed at attempting to assess the quality of life of elderly patients in life-threatening conditions.

Material and methods. The work made use of the diagnostic poll method based on a questionnaire. WHOQOL – BREF (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) was the standardised research tool which was employed for this investigation. The research involved 102 people, aged over 65.

Results. Elderly people evaluated both their general quality of life and their health perception on an average level. A significant negative correlation was found between the quality of life and age. Males were found to have a slightly better general quality of life evaluation and health perception than females. Among elderly patients, it was the people with higher education that had significantly better general quality of life. Elderly people who were in a relationship had better quality of life in all domains as well as general quality of life, and general perception of health than single people.

Conclusions. Elderly patients evaluated their quality of life and their health state as average. Quality of life depended on age and education of investigated elderly patients involved in this research.

Key words:

quality of life, elderly people, life-threatening

WPROWADZENIE

Jakość życia jest pojęciem obecnym w wielu naukach. Jako termin interdyscyplinarny posiada wiele definicji, co wprowadza w pewnym sensie zamieszanie związane z obowiązującą w tym zakresie terminologią [1]. Można wyróżnić określenia globalne, złożone, mieszane i specyficzne [1,2,3]. W przypadku nauk medycznych można wykorzystywać propozycję WHO, według której jakość życia to „poczucie przez jednostki, co do jej pozycji życiowej w ujęciu kulturowym i/oraz systemu wartości, w którym żyje w odniesieniu do jej osiągnięć, oczekiwań, standardów i zainteresowań [4]. Swoim zakresem obejmuje ono aspekty: fizyczny, psychologiczny, niezależność, relacje społeczne, środowisko, wymiar duchowy. Badania prowadzone w ramach nauk medycznych doprowadziły do wyodrębnienia w 1990 roku przez Schipper pojęcia jakości życia uwarunkowanej zdrowiem (HRQL – *health related quality of life*) definiowanej jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez samego pacjenta [5]. Wymaga on dokonywania klinicznej oceny jakości życia w czterech wymiarach: sprawności fizycznej, stanu fizycznego i doznania somatycznego, samopoczucia psychicznego, funkcjonowania społecznego. Tylko człowiek chory może określić i porównać własną obecną sytuację ze stanem, który pragnąłby osiągnąć. Wymaga to zarówno dokonania obiektywnej jak i subiektywnej oceny stanu zdrowia danego pacjenta [6]. Jest to bardzo trudne w specyficznych sytuacjach tj. w przypadku pacjentów w określonym wieku (dzieci, osoby starsze) oraz faktu hospitalizacji np. na oddziale dializ, oddziale intensywnej terapii. Należy bowiem pamiętać iż oceniając HRQL należy uwzględnić zarówno chorobę, jak również stosowane leczenie. Dodatkowo zmiany narządowe i układowe w procesie starzenia mogą niekorzystnie oddziaływać na odczucie jakości życia tej grupy badanych.

Jakość życia może być badana przy użyciu wielu narzędzi. Obecnie w naukach medycznych przewagę zdobyły narzędzia ogólne oparte na samoocenie dokonanej przez samego pacjenta. Mogą one bowiem być wykorzystane do oceny jakości życia w różnych grupach niezależnie od stanu zdrowia, rozpoznania lekarskiego, czy miejsca hospitalizacji. W Polsce najczęściej wykorzystuje się *World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQoL)*, *WHOQoL – BREF* [7], *Nottingham Health Profile (NHP)*, *Sickness Impact Profile (SIP)*, *Medical Outcomes Survey – Short Form 36* [8,9].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena poziomu jakości życia pacjentów w wieku podeszłym w stanach zagrożenia życia.

MATERIAŁ I METODYKA

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety. Narzędziem badawczym był standaryzowany kwestionariusz ankiety WHOQOL – BREF. Kwestionariusz podzielony jest na dwie części. Część pierwsza kwestionariusza zawiera metryczkę składającą

się z 7 pytań, w których skład wchodzi 3 pytania otwarte. Pytania dotyczą danych ogólnych które pozwalają na charakterystykę społeczno – demograficzną ankietowanych osób. Druga część zawiera 26 pytań zamkniętych o punktacji od 1 do 5 punktów. Umożliwiają one otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: somatycznej – (funkcjonowania fizycznego), psychologicznej – (funkcjonowania psychicznego), socjalnej – (funkcjonowanie społeczne), środowiskowej – (funkcjonowanie w środowisku). Dwa z pośród 26 pytań zamkniętych są analizowane oddzielnie. Pytanie 1, dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia oraz pytanie 2, które dotyczy indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia (zakres punktacji dla każdego pytania od 1 do 5).

W związku ze wzrostem liczby rozległych i technologicznie skomplikowanych zabiegów operacyjnych, którym poddawane są osoby w wieku podeszłym często dochodzi do wystąpienia stanów zagrożenia życia. Prawdopodobnie, osoby takie powinny być wtedy hospitalizowane na podstawie ciężkości stanu na OIT. Niejednokrotnie jednak nie spełniają one w pełni tego kryterium, będącego podstawą do przyjęcia na OIT i w związku z tym powinni być hospitalizowani na oddziałach intensywnej opieki medycznej o określonych profilach wydzielonych jako mniejsze struktury specjalistyczne z macierzystych OIT. W Polsce, niestety, ta forma organizacyjna nie jest zbyt powszechna lub nawet nie występuje w ogóle, w związku z tym pacjenci ci pomimo tego, że spełniają kryteria przyjęcia do poziomu wzmożonego nadzoru i opieki (OIOM) nadal przebywają na OIT [10]. W związku z powyższym, dążąc do oceny jakości życia pacjentów w podeszłym wieku w stanie zagrożenia życia, zdecydowano się przeprowadzić badania na Oddziałach Intensywnej Terapii i Oddziałach Intensywnej Opieki Medycznej Kardiologicznej i Chirurgicznej. Badania przeprowadzono w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie, Wojewódzkim Szpitalu w Lublinie, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu. Dobór grupy badawczej był celowy. Pierwsze kryterium stanowił wiek badanych - powyżej 65 roku życia, drugi stan świadomości – chorzy przytomni.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrekcji poszczególnych szpitali w których znajdowały się oddziały intensywnej terapii i opieki medycznej. Zgodę taką uzyskano również od badanych pacjentów. Badania przeprowadzono z zachowaniem zasad etycznych. Udział w badaniach był dobrowolny.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test Manna-Whitneya. Dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Do zbadania związku pomiędzy zmiennymi zastosowano korelację R Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 9.0 (StatSoft, Polska).

Badaniami objęto 102 osoby w wieku powyżej 65 lat. Średnia wieku ankietowanych wynosiła $70,44 \pm 5,19$ lat, (od 65 do 88 lat). Wśród ankietowanych 44,12%, (n=45) stanowiły kobiety, a 55,88%, (n=57) mężczyźni. Większość respondentów tj. 38,24% (n=39) hospitalizowanych było w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie, 35,29%, (n=36) w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie. Natomiast 26,47%, (n=27) w Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu. W badanej grupie 47,06%, (n=48) ankietowanych mieszkało w dużym mieście, 27,45%, (n=28) w małym mieście, a 25,49%, (n=26) na wsi. Biorąc pod uwagę poziom wykształcenia badani w większości mieli wykształcenie zawodowe 44,12% (n=45). Pozostali w 23,53%, (n=24) posiadali wykształcenie podstawowe, 21,57%, (n=22) średnie i 10,78%, (n=11) wyższe. Respondenci w większości pozostawali w związku małżeńskim 48,04% (n=49). 3,92%, (n=4) badanych stanowiły osoby wolne, 3,92%, (n=4) były to osoby w separacji, 9,80%, (n=10) osoby rozwiedzione. Dużą grupę tj. 34,32%, (n=35) stanowiły wdowy lub wdowcy. Wśród ankietowanych 45,10%, (n=46) było leczonych z powodu chorób układu krążenia, a 21,57%, (n=22) z powodu choroby układu pokarmowego. Pozostałe 33,33%, (n=34) badanych było przyjętych do szpitala z innych powodów.

WYNIKI BADAŃ

Na podstawie analizy zebranego materiału stwierdzono, że zarówno ogólna jakość życia, jak też ogólna percepcja zdrowia oceniona została przez osoby starsze na poziomie średnim. Szczegółowy rozkład średnich w poszczególnych dziedzinach przedstawiono w tabeli 1.

W przeprowadzonej analizie korelacji stwierdzono istotny ujemny związek pomiędzy jakością życia, a wiekiem. Korelacje przyjmowały wartości od -0,28 do -0,59. Wraz z wiekiem u pacjentów w stanach zagrożenia życia jego jakość, percepcja zdrowia oraz jakość życia w dziedzinach: fizycznej, psychicznej, relacjach społecznych i środowisku uległa pogorszeniu (tabela 2).

Na podstawie analizy statystycznej stwierdzono, że mężczyźni mieli nieznacznie lepszą ocenę ogólnej jakości życia i percepcji zdrowia niż kobiety. Odczuwali również nieznacznie lepszą jakość życia we wszystkich dziedzinach z wyjątkiem dziedziny środowisko. Na podstawie badań nie stwierdzono jednak istotnych różnic w ocenie jakości życia ($p > 0,05$) w poszczególnych dziedzinach pomiędzy kobietami i mężczyznami (tabela 3).

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że ankietowani z dużego miasta odczuwali nieznacznie lepszą jakość życia w dziedzinie fizycznej i środowiskowej. Natomiast badani ze wsi mieli lepszą jakość życia w dziedzinie psychicznej oraz relacjach społecznych. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości życia pomiędzy ankietowanymi w zależności od miejsca zamieszkania (tabela 3).

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowani, którzy byli hospitalizowani w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu odczuwali lepszą jakość życia niż ankietowani hospitalizowani w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym

Tab. 1. Ocena jakości życia w badanej grupie osób starszych hospitalizowanych na OIT

Lp.	Dziedziny	średnia	odch.std	mediana	min.	max.
1.	Ogólna jakość życia	3,16	0,70	3,00	1,00	4,00
2.	Ogólna percepcja zdrowia	2,61	0,62	3,00	1,00	4,00
3.	Fizyczna	11,49	2,37	11,43	6,29	16,57
4.	Psychiczna	14,04	2,41	14,00	9,33	19,33
5.	Relacje społeczne	14,24	2,94	14,67	5,33	18,67
6.	Środowisko	13,31	2,00	13,50	9,50	18,00

Tab. 2. Korelacja pomiędzy wiekiem badanych, a ogólną jakością życia, percepcją zdrowia i poszczególnymi dziedzinami

Lp.	Dziedziny	Analiza statystyczna	
		R	p
1.	Ogólna jakość życia	-0,28	0,004*
2.	Ogólna percepcja zdrowia	-0,28	0,004*
3.	Fizyczna	-0,34	0,001*
4.	Psychiczna	-0,40	0,00003*
5.	Relacje społeczne	-0,59	<0,000001*
6.	Środowisko	-0,48	<0,000001*

R - współczynnik korelacji R Spearmana

p - poziom prawdopodobieństwa

* - korelacje istotne statystycznie

w Lublinie oraz w SPSK4 w Lublinie. Stwierdzono istotne różnice tylko w ocenie jakości życia w dziedzinie psychicznej, ($p=0,03$) natomiast różnice w pozostałych dziedzinach oraz ogólnej ocenie jakości życia i percepcji zdrowia nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$).

Analiza statystyczna wykazała, że ogólna jakość życia pacjentów w podeszłym wieku w stanach zagrożenia życia była istotnie lepsza wśród ankietowanych z wykształceniem wyższym w porównaniu z badanymi ze średnim wykształceniem lub zawodowym i podstawowym, gdzie jakość życia była najgorsza, ($p=0,009$). Na podstawie analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice w ocenie jakości życia w dziedzinie relacje społeczne ($p=0,01$), a także w ocenie jakości życia w dziedzinie środowisko ($p=0,005$), oraz bliskie istotności w dziedzinie psychicznej ($p=0,06$), natomiast nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie ogólnej percepcji zdrowia i jakości życia w dziedzinie fizycznej (tabela 3).

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że osoby w podeszłym wieku, które pozostawały w związku odczuwały lepszą jakość życia we wszystkich dziedzinach oraz ogólnej jakości życia i ogólnej percepcji zdrowia w porównaniu z osobami stanu wolnego. Stwierdzono istotne różnice w ocenie jakości życia w dziedzinie fizycznej, ($p=0,001$), psychicznej ($p=0,04$), relacjach społecznych, ($p=0,0001$) oraz środowisku ($p=0,00003$). Natomiast nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w ocenie ogólnej jakości życia i ogólnej percepcji zdrowia ($p > 0,05$), pomiędzy poszczególnymi stanami cywilnymi badanych respondentów (tabela 3).

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ankietowani, którzy byli hospitalizowani z powodu chorób innych niż choroby układu pokarmowego i krążenia

Jakość życia pacjentów w podeszłym wieku w stanach zagrożenia życia

■ Tab. 3. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach z uwzględnieniem analizowanych zmiennych

Zmienna		Dziedziny					
		Ogólna jakość życia	Ogólna percepcja zdrowia	Dziedzina fizyczna	Dziedzina psychiczna	Relacje społeczne	Dziedzina środowiskowa
Kobiety	Średnia	3,07	2,56	11,44	13,60	14,04	13,36
	SD	0,75	0,66	2,40	2,53	3,15	2,24
Mężczyźni	Śred	3,23	2,65	11,53	14,39	14,39	13,27
	SD	0,66	0,58	2,38	2,26	2,79	1,81
Analiza statystyczna	Z	-1,04	-1,00	-0,04	-1,78	-0,42	0,50
	p	0,30	0,32	0,97	0,08	0,67	0,62
Duże miasto	Średnia	3,17	2,67	11,55	14,39	14,33	13,45
	SD	0,63	0,56	2,15	2,51	3,11	1,76
Małe miasto	Średnia	3,18	2,61	11,53	14,02	13,86	13,07
	SD	0,82	0,69	2,47	2,42	2,98	2,28
Wieś	Średnia	3,12	2,50	11,34	13,41	14,46	13,31
	SD	0,71	0,65	2,73	2,14	2,66	2,17
Analiza statystyczna	H	0,28	1,23	0,12	2,77	0,85	1,31
	p	0,87	0,54	0,94	0,25	1,31	0,52
WSzS w Lublinie	Średnia	3,06	2,53	11,14	13,35	13,59	12,68
	SD	0,71	0,61	2,55	2,63	3,47	2,30
WSzS w Radomiu	Średnia	3,22	2,81	12,13	14,96	14,96	13,70
	SD	0,51	0,56	1,92	2,17	2,07	1,02
SPSK nr 4 w Lublinie	Średnia	3,21	2,54	11,37	14,03	14,32	13,62
	SD	0,80	0,64	2,46	2,17	2,86	2,12
Analiza statystyczna	H	1,35	4,60	3,75	6,75	2,03	5,26
	p	0,51	0,10	0,15	0,03*	0,36	0,07
Podstawowe	Średnia	2,83	2,46	11,45	13,22	14,50	13,27
	SD	0,82	0,59	2,95	2,71	3,08	2,55
Średnie	Średnia	3,13	2,71	11,15	13,94	13,33	12,67
	SD	0,59	0,63	2,01	2,12	2,91	1,33
Wyższe	Średnia	3,42	2,58	11,98	14,77	15,57	14,21
	SD	0,66	0,61	2,36	2,40	2,56	2,03
Analiza statystyczna	H	9,49	2,16	2,19	5,76	8,70	10,59
	p	0,009*	0,34	0,33	0,06	0,01*	0,005*
Mężatka/żonaty	Średnia	3,27	2,82	12,02	14,99	15,54	13,83
	SD	0,67	0,60	2,33	2,29	2,24	1,80
Wolny ¹	Średnia	3,06	2,42	11,00	13,16	13,03	12,83
	SD	0,72	0,57	2,33	2,18	3,02	2,08
Analiza statystyczna	Z	-0,97	-1,43	-3,19	-2,01	-3,86	-4,20
	p	0,33	0,15	0,001*	0,04*	0,0001*	0,00003*
Ch. układu krążenia	Średnia	3,17	2,67	11,22	14,28	14,14	12,86
	SD	0,68	0,56	2,11	2,51	2,78	1,70
Ch. układu pokarmowego	Średnia	3,41	2,55	12,21	14,33	14,85	13,80
	SD	0,67	0,67	2,27	2,47	2,95	2,40
Inne choroby	Średnia	2,97	2,56	11,39	13,53	13,96	13,60
	SD	0,72	0,66	2,73	2,20	3,19	2,04
Analiza statystyczna	H	5,60	1,30	2,48	2,70	1,84	3,55
	p	0,06	0,52	0,29	0,26	0,40	0,17

¹Do analizy statystycznej stan cywilny kawaler/panna; wdowa/wdowiec, w separacji oraz rozwiedziony/ rozwiedziona połączono w jedną kategorię „wolny” ze względu na małe liczności.

Z – wartość testu u Manna-Whitneya

p – poziom prawdopodobieństwa

* różnice istotne statystycznie

H – wartość testu Kruskala-Walisa

odczuwali nieznacznie gorszą jakość życia. Na podstawie analizy statystycznej stwierdzono bliskie istotności różnice w ocenie ogólnej jakości życia ($p=0,06$), natomiast nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie ogólnej percepcji zdrowia i jakości życia w pozostałych dziedzinach ($p>0,05$) (tabela 3).

DYSKUSJA

Prezentowane badania włączają się w dyskusję związaną z oceną jakości życia determinowaną stanem zdrowia. Miejscem, w którym stan zdrowia hospitalizowanych pacjentów ulega dynamicznym zmianom są oddziały intensywnej terapii i oddziały intensywnej opieki medycznej. Dzieje się tak, dzięki rozwojowi i stosowaniu dużej liczby inwazyjnych technik monitorowania i leczenia.

W badaniach stwierdzono że zarówno ogólna jakość życia jak i ogólna percepcja zdrowia pacjentów w podeszłym wieku w stanach zagrożenia życia kształtowała się na poziomie średnim. Podobnie oceniają jakość życia pacjenci w wieku powyżej 60 lat, którzy przeżyli udar [11].

Dokonując analizy poszczególnych dziedzin składowych jakości życia najniższą średnią wartość uzyskano w dziedzinie fizycznej, następnie środowiskowej, psychicznej, a najwyższą w dziedzinie relacji społecznej. Podobnie kształtowały się wyniki uzyskane przez Basińską. W jej badaniach najniżej oceniona została dziedzina fizyczna, a najwyższej relacje społeczne [12]. Wyniki te, są o tyle zastanawiające, że według badań amerykańskich, fakt częstego korzystania z usług systemu opieki zdrowotnej, do którego zalicza się hospitalizację na oddziale szpitalnym powoduje obniżenie jakości życia w sferze społecznej [13]. Zjawisko to może być związane z dwoma czynnikami. Po pierwsze odwiedzinami rodziny, która czuje się zaniepokojona ciężkim stanem pacjenta, albo relacjami nawiązywanymi z zespołem lekarskim i pielęgniarskim oddziałów.

Przyjmuje się, że jakość życia, w tym uwarunkowana stanem zdrowia, uzależniona jest m.in. od: wieku, płci, czasu trwania choroby, miejsca zamieszkania, wykształcenia, sposobu leczenia [13,14,15].

Na podstawie wyników badań własnych stwierdzono, że mężczyźni odczuwali nieznacznie lepszą jakość życia we wszystkich dziedzinach z wyjątkiem dziedziny środowiskowej. Mieli także nieznacznie lepszą ocenę jakości życia i percepcji zdrowia.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie jakości życia pomiędzy ankietowanymi z dużego miasta a badanymi z małego miasta lub ze wsi ($p>0,05$). Stwierdzono jedynie, że ankietowani z dużego miasta odczuwali nieznacznie lepszą jakość życia w dziedzinie fizycznej i środowiskowej, natomiast badani ze wsi mieli lepszą jakość życia w dziedzinie psychicznej oraz relacjach społecznych. Ten ostatni fakt może być związany z utrzymującymi się jeszcze w środowiskach wiejskich silnymi relacjami rodzinnymi i sąsiedzkimi, których nie obserwuje się już w dużych aglomeracjach miejskich.

W przeprowadzonej analizie korelacji stwierdzono istotnie ujemny związek pomiędzy jakością życia, a wiekiem. Korelacja przyjmowała wartości od -0,28 do -0,59.

Wraz z wiekiem jakość życia, percepcja zdrowia oraz jakość życia w dziedzinie fizycznej, psychicznej, relacjach społecznych i dziedzinie środowiskowej ulega pogorszeniu. Wyniki prezentowanych badań różnią się od wyników Fedak-Łukasik i Grodzickiego prowadzonych na pacjentach w podeszłym wieku z niewydolnością serca, w których nie zaobserwowano pogorszenia jakości życia wraz z wiekiem [6]. Tendencję taką zaobserwowała natomiast Muszalik i Kędziora-Kornatowska u chorych przewlekłe [14] oraz autorzy australijscy [16].

Pacjenci w podeszłym wieku hospitalizowani na oddziale intensywnej terapii z wykształceniem wyższym mieli wyższy poziom jakości życia niż pacjenci z wykształceniem średnim, zawodowym i podstawowym. Może to wynikać z faktu, iż w tej grupie społecznej jest jeszcze stosunkowo niewiele osób z wyższym wykształceniem. Dominują natomiast osoby z wykształceniem zawodowym i średnim. Ich ocena jakości życia i stanu zdrowia determinuje ogólną ocenę osób w podeszłym wieku w Polsce. Potwierdzeniem tej tezy mogą być przytoczone już wcześniej wyniki badań Baernholdta i współautorów na populacji amerykańskiej, gdzie większość stanowiły osoby z wykształceniem wyższym i oni ocenili swoją jakość życia na poziomie wysokim [13].

W wyniku przeprowadzonej analizy badań własnych stwierdzono, że ankietowani w podeszłym wieku w stanach zagrożenia życia, którzy pozostawali w związku partnerskim odczuwali na wyższym poziomie ogólną jakość życia i ogólną percepcję zdrowia oraz we wszystkich dziedzinach objętych badaniem. Podobne wnioski sformułował Butler i Ciarrochi [16]. Badania Tasiemskiego i współpracowników potwierdziły duże znaczenie wsparcia rodziny oraz bliskich dla subiektywnego odbioru jakości życia chorych po udarze. Pomaga również w szybszym powrocie do zdrowia, co jest szczególnie istotne w przypadku pacjentów hospitalizowanych z powodu stanów zagrożenia życia [11]. Badania amerykańskie również potwierdzają wpływ relacji społecznych na aktywność fizyczną osób w podeszłym wieku [11].

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ankietowani którzy byli hospitalizowani z powodu chorób innych niż układu pokarmowego i krążenia odczuwali nieznacznie gorszą jakość życia, niż ankietowani w pozostałych grupach chorób. Na podstawie analizy statystycznej stwierdzono bliskie istotności różnice w ocenie ogólnej jakości życia, natomiast nie stwierdzono istotnych różnic w ogólnej percepcji zdrowia i jakości życia w poszczególnych dziedzinach. W piśmiennictwie można spotkać sprzeczne doniesienia związane z powiązaniem jakości życia z chorobami przewlekłymi u osób w podeszłym wieku. Według jednych autorów taka zależność nie istnieje [13], według innych można ją zaobserwować [17].

WNIOSKI

1. Osoby starsze hospitalizowane z powodu stanów zagrożenia życia oceniają jakość życia oraz stan swojego zdrowia na poziomie średnim.
2. Jakość życia uzależniona jest od wieku i wykształcenia badanych seniorów.

PIŚMIENNICTWO

1. Baumann K. Jakość życia w okresie późnej dorosłości - dyskurs teoretyczny. *Gerontologia Polska*. 2006; 14 (4): 164-171.
2. Chibnal JT, Tait RC. The quality of scale: a preliminary study with chronic pain patients. *Psychol. Health*. 1999; 4: 283-292.
3. Faden R, Leplege A. Assessing quality of life: Moral implications for clinical practice. *Medical Care*. 2002; 30: 166-175.
4. Kochman D. Jakość życia. Analiza teoretyczna. *Zdr. Publiczne*. 2007; 117: 242-248.
5. Kieczka K. Jakość życia chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc mieszkających w województwie mazowieckim i lubelskim. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2010; 1-2: 17-23.
6. Fedyk-Łukasik M, Grodzicki T. Ocena jakości życia u pacjentów z niewydolnością serca. *Gerontologia Polska*. 2010; 18(1): 16 – 22.
7. Wołowicka L. Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu. Poznań 2001.
8. Jaracz K, Kosobudzki W. Jakość życia chorych po udarze mózgu: wyniki wstępne. *Postępy Rehabilitacji*. 1999; 2: 45-54.
9. Trojanowska A. Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. *Zdr. Publiczne*. 2011; 121(1): 99 – 103.
10. Kusza K. Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii w sprawie struktury organizacyjnej, zakresu świadczenia usług medycznych, miejsca Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w strukturze organizacyjnej szpitala oraz kadry i jej organizacji pracy w świetle kontraktowania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Bydgoszcz. 11.07.2008.
11. Tasiemski T, Knopczyńska A, Wilski M. Jakość życia osób po udarze mózgu – badania pilotażowe. *Gerontologia Polska*. 2010; 18(3): 128-133.
12. Bosińska K. Ocena wyników leczenia oraz jakości życia chorych po intensywnej terapii w stanach zagrożenia życia. Rozprawka na stopień doktora nauk medycznych. Akademia Medyczna w Gdańsku. Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Gdańsk 2005.
13. Baerholdt M, Minton I, Yan G, et al. Factors associated with quality of life in older adults in the United States. *Qual. Life Res*. DOI 10.1007/s11136-011-9954-z.
14. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekłe chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontologia Polska*. 2006; 14(4): 185-189.
15. Bilotta C, Bowling A, Nicolini P, et al. Older people's quality of life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one – year follow – up. A prospective cohort study on older out patients living in the community in Italy. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011; 9: 72.
16. Butler J, Ciarrochi J. Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Qual Life Res* 2007; 16: 607-615.
17. Hopman WM, Harrison MB, Coo H, et al. Associations between chronic disease age and physical and mental health status. *Chronic Diseases in Canada*. 2009; 29(3): 108-116.

Praca przyjęta do druku: 31.10.2011

Praca zaakceptowana do druku: 21.11.2011