

Jakość życia ludzi starych w aspekcie ich zdrowia

Słowa kluczowe: starość, zdrowie, jakość życia

1. Wprowadzenie

Zagadnienia starości piętnaście lat temu były poruszane dużo rzadziej niż obecnie. Na ten stan wpłynął wzrost przeciętnego trwania życia przy jednoczesnym obniżeniu się płodności kobiet, co powoduje zmiany w strukturze demograficznej poprzez zmniejszenie się odsetka dzieci i młodzieży, a zwiększenie liczby ludzi starych [Kawczyńska-Butrym, 1999/4: 11; Szukalski, 2006: 115]. Fakty te mają związek ze stylem życia ludności, polityką rozwijania profilaktyki zdrowotnej oraz postępcem w naukach medycznych [Samoraj, 2003/2: 119]. Zwiększenie się populacji osób starych doprowadziło już do znaczącej zmiany struktury popytu na usługi opiekuńczo-medyczne. Z upływem lat zapotrzebowanie na usługi medyczne jeszcze bardziej się zwiększa. Do charakterystycznych chorób i dolegliwości wieku podeszłego należą: choroby układu sercowo-naczyniowego, narządu ruchu, układu oddechowego, układu trawicznego i otępienia. Część osób skarży się na trudności w przyswajaniu nowych informacji, mniejszą podzielność uwagi, trudności w adaptacji do nowych sytuacji, zmniejszoną zdolność do reagowania. W kontekście tych rozważań warto przytoczyć słowa J. Derejczyka (cyt. za: [Szarota, 2004: 42]), który podkreśla, że geriatra jest specjalizacją niepopularną, a osoba starsza jest nie tylko najtrudniejszym ale i najdroższym pacjentem w systemie opieki zdrowotnej². Opinię tą potwierdza K. Kędziora-Kornatowska³, wskazując, że są akademie, medyczne w których nie wykłada się geriatry na wydziale lekarskim. Nie istnieje system opieki nad starzejącym się społeczeństwem [Słomkowska-Zielińska, 2008: 8].

²Dla przykładu w trzech poradniach w Bydgoszczy pracuje 4 geriatrów z kliniki uniwersyteckiej, w Toruniu specjalizuje się jeden lekarz. W pozostałych miastach geriatrów nie ma [Słomkowska-Zielińska, 2008:8].

³ Kornelia Kędziora-Kornatowska jest członkiem zespołu powołanego przez ministra zdrowia w celu opracowania standardów opieki geriatrycznej.

Z drugiej strony, człowiekowi staremu nie tylko jest potrzebna opieka medyczna, ale nade wszystko życzliwość i obecność drugiego człowieka – rodziny. Wiara w siebie, szacunek, miłość, zrozumienie i cierpliwość bliskich osób pomaga osobie starszej znieść własne niedomagania i niedogodności. Bez względu na stan zdrowia chcą być potrzebni, pragną kierować swoim życiem, mieć poczucie sprawstwa, chcą pomagać innym, być aktywni, chcą zwiedzać, czytać. Zgodnie z postulatem Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego wszyscy skoncentrować się winniśmy na „dodaniu życia do lat, nie tylko lat do życia” [Stelcer, 2006: 251].

W okresie starości jest też miejsce na realizację własnych wyznaczonych celów, bowiem człowiek stary również nadaje sens własnemu istnieniu. Osiągnięcie wyznaczonych wcześniejszych celów będzie miało wpływ na kształtowanie się nie tylko ich jakości życia w przeszłości ale również i aktualnej jej oceny. Ludzie starzy z racji wieku dokonują bilansu swojego życia. Dlatego wszystkie strategie przyczyniające się do dodania człowiekowi staremu „energii” w aspekcie jego rozwoju biologicznego, społecznego, podmiotowego i metafizycznego będą „dodawały życia do lat”. Spełnianiu się człowieka w okresie starości sprzyjać może medycyna poprzez oferowanie skutecznych metod pozwalających na zachowanie sił fizycznych, zdrowia, urody. Drugim ważnym aspektem jest zabezpieczenie finansowe dzięki godnej emeryturze/rencie pozwalającej na aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, korzystanie z uroków życia [Węgrzyn, 2006: 118]. W tym jednak kontekście ludzie starzy winni dobierać tak swoje marzenia, aby cena ich realizacji nie była zbyt wysoka.

Niniejszy artykuł podejmuje zagadnienie jakości życia osób starych umieszczonych w domach opieki w trzech krajach. W badaniach skoncentrowano się na uzyskaniu subiektywnych ocen zadowolenia z życia. Jakość życia jest zagadnieniem opisanym w literaturze przez wielu autorów S. Kowalika [2007], A. Bańkę [2005], J. Czapińskiego, T. Panka [2006] i in. Ocena jakości życia przez jednostkę jest zawsze zależna od tych samych czynników i relacji bez względu na jej stan sprawności psychofizycznych. Poziom jakości życia jest związany z możliwością realizacji celów życiowych w najważniejszych sferach życia: ekonomicznej, społecznej, psychicznej, zdrowotnej. Jakość życia jest konstruktem wielowymiarowym. R. L. Schallack (cyt. za: [Okła, 2006: 31]) stwierdza, że poczucie jakości życia *ma wymiary subiektywne i obiektywne, ale zasadniczo jest percepcją indywidualną, która odzwierciedla to, jak osoba doświadcza jakości własnego życia, opiera się na indywidualnych potrzebach, wyborach, kontroli*. Ten kierunek badań prezentuje większość teorii psychologicznych i filozoficznych. Zdaniem A. Zalewskiej [2005: 19] są to koncepcje, które podkreślają, że ludzie, żyjąc w różnych warunkach, mogą być szczęśliwi z różnych powodów. Zgodnie z tymi koncepcjami *każdy człowiek jest najlepszym ekspertem i najbardziej kompetentnie potrafi ocenić jakość swojego życia, stosując własne kryteria oceny i bezpośrednio określając swój stosunek do życia, jakie wie*.

2. Cel i metoda badań

Celem przeprowadzonych badań było określenie zadowolenia z życia mieszkańców Domów Pomocy Społecznej w Polsce, Niemczech i Stanach Zjednoczonych. Z uwagi na rozmiary artykułu skoncentruję się na jednym wybranym problemie badawczym, wynikającym z tak postawionego celu: *Czy istnieje różnica pomiędzy mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej w Polsce, Niemczech i USA w zakresie zadowolenia ze zdrowia?*

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety z wykorzystaniem kwestionariusza. Wymienione zostały w nim potrzeby materialne, psychiczne, socjopsychiczne, społeczne i zdrowotne człowieka. Każdy respondent wyrażał poziom swego zadowolenia lub jego braku oraz wskazywał warunki szczęścia i ogólnego zadowolenia z życia. Do badań wykorzystano także „Drabinę Cantrila” [Czapiński, 1992], dzięki której otrzymano wyniki dotyczące oceny zadowolenia z życia w przeszłości, teraźniejszości i w przyszłości.

Badania w USA przeprowadzono w St. Mary's Catholic Home Manor w Cherry Hill (jest to miasteczko koło Filadelfii). Aktualnie dom zamieszkuje 90 rezydentów (22 mężczyzn i 68 kobiet) w wieku od 70 do 100 lat. Jest to placówka diecezjalna i podlega pod diecezję w Camden. Rezydenci mieszkają w pokojach jedno-, a małżeństwa dwuosobowych. W budynku mieszczą się 2 stołówki, kawiarenka, sklepik, pokoje gościnne dla mieszkańców, gdzie mogą zapraszać swoich gości, biblioteka, pokój do aktywizacji, kapliczka, sale telewizyjne, Atrium, pralnia, fryzjer, pomieszczenia pracowników, gabinet lekarski, gabinety pielęgniarskie. Mieszkańcy są niezależni, każdy z rezydentów ma swoją elektroniczną kartę wstępu i może opuszczać placówkę kiedy tylko chce, niektórzy z mieszkańców posiadają własne samochody. Badaniami objęto 30 mieszkańców (25 kobiet i 5 mężczyzn) w wieku od 78 do 93 lat, ośmioro z wykształceniem podstawowym, 21 po *college'u* i jedną z wyższym wykształceniem. Wśród badanych było 6 osób zamężnych (4 kobiety 2 mężczyzn), cztery panny, jedna rozwiedziona i 19 osób w stanie wdowieństwa (16 kobiet, 4 mężczyzn).

Dom Pomocy Społecznej w Niemczech Haus von Guten Hirten, Filiale Caritas Berlin zamieszkuje 53 mieszkańców. Zbadano 31 osób (8 mężczyzn i 23 kobiety) w wieku od 72 do 97 lat, dwoje z wykształceniem wyższym i średnim, pozostałe z wykształceniem zawodowym. Dwunastu mieszkańców stale leżących ma słaby kontakt z otoczeniem dlatego zrezygnowano z ich udziału w badaniach. Natomiast dziesięć osób odmówiło wypełnienia ankiety (w tym osoby chore psychicznie).

W Polsce badania przeprowadzono w DPS Jesień Życia przy ulicy Mińskiej 15 w Bydgoszczy. Objęto nimi 56 mieszkańców w wieku od 68 do 97 lat z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim.

Średnia wieku mieszkańców w Niemczech wyniosła 81,6 lat, w Polsce 78,9, a w USA 85,4. Zwrócić należy uwagę, że grupa mieszkańców z USA jest najstar-

sza. Warto zaznaczyć, że mieszkańcy ośrodka w USA to osoby, które funkcjonowały w związku małżeńskim (86,7%) ale tylko ośmioro badanych ma dzieci. Wśród badanych Polaków było 16 wdów i 2 wdowców, 5 rozwiedzionych (4 mężczyzn i jedna kobieta), 6 panien i 2 kawalerów. Natomiast grupa niemiecka objęta badaniami 14 wdów i 2 wdowców, jedną rozwiedzioną, 4 panny i 5 kawalerów. Jeden mężczyzna nie określił swojego stanu cywilnego.

W sumie zbadano 21 mężczyzn (23,07%) i 70 kobiet (76,93%). Stosunek badanych mężczyzn do kobiet jest zbliżony do wyników badań Beaty Wojszel [2002: 25]: 28% mężczyzn i 72% kobiet (na 112 badanych). Analiza danych w tab. 1 świadczy o tym, że w badanych grupach największa liczba respondentów mieściła się w przedziale wieku 80-89 lat (42,9%), następnie 70-79 lat (29,7%). dziewięćnastu badanych mieściło się w przedziale wieku 90-100 lat (20,9%). Wynik ten potwierdza występowanie zjawiska „podwójnego” starzenia, przejawiające się wzrostem znaczenia osób po 80. roku życia w zwiększającej się populacji osób starych [Szukalski, 2000: 3].

Tabela 1. Struktura demograficzna badanej grupy

Wiek (w latach)	Niemcy				Polacy				Amerykanie				Σ	
	K		M		K		M		K		M			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
60-69	-	-	-	-	3	13,04	3	37,5	-	-	-	-	6	6,59
70-79	8	34,78	6	75,0	6	26,09	4	50	2	8,33	1	20,00	27	29,67
80-89	11	47,83	1	12,5	11	47,83	-	-	14	58,33	2	40,00	39	42,86
90-100	4	17,39	1	12,5	3	13,04	1	12,5	8	33,33	2	40,00	19	20,88
Σ	23	100	8	100	23	100	8	100	24	100	5	100	91*	100

Źródło: badania własne, * jedna osoba z USA nie podała swojego wieku

W literaturze gerontologicznej – w opinii P. Szukalskiego [2006: 115] – coraz częściej zwraca się uwagę na fakt, iż grupa ludzi starych nie jest jednorodna i występują duże różnice pomiędzy poszczególnymi etapami starości. Jeśli zbadaną grupę podzielimy zgodnie z funkcjonującym podziałem na trzy fazy [Szukalski, 2006]: wczesną starość (do 74 lat) reprezentuje 7 Polaków i 4 Niemców, późną starość (75-89 lat) 19 Amerykanów, 20 Polaków i 22 Niemców. Natomiast długowieczność (90 lat i więcej) reprezentowana jest przez dziesięcioro Amerykanów, 4 Polaków i 5 Niemców. W sumie 67% badanych respondentów zaliczyć należy zgodnie z fazami do przedstawicieli „późnej starości”.

3. Wyniki badań

Na otrzymanym materiale badawczym ustalono takie wskaźniki, jak: średnia (M), test porównania średnich (t), odchylenie standardowe (SD), poziom istotności różnic między narodowościami: polską i niemiecką (p).

Wyniki badań obejmujące samoocenę własnego zadowolenia zamieszczone zostały w tab. 2. Analiza danych prowadzi do wniosku, że badani Polacy (24 osoby) i Amerykanie (24 osoby) są zadowoleni ze swojego życia, natomiast Niemcy tylko w 41,9% (13 osób). Ponadto częściej wyrażają niż Polacy i Amerykanie opinię, że są więcej niezadowoleni niż zadowoleni (32,2%) oraz niezadowoleni (22,6%). Na uwagę zasługuje fakt, że takich osób nie ma wśród grupy amerykańskiej. 90% badanych respondentów w USA jest bardzo zadowolonych i zadowolonych ze swojego życia, Polaków 80,6%, a Niemców tylko 45,2%. Na zadowolenie z życia osób starszych ma wpływ wiarygodność oceny możliwości i oczekiwań względem otaczającej rzeczywistości. Adekwatna ocena własnego potencjału ze względu na wiek umożliwi osobom starszym osiągnięcie zadowolenia z życia. Bain i wsp. [2003] zwracają uwagę, że czynnikiem istotnym w osiąganiu wysokiej jakości życia jest iloraz inteligencji. Wysokie zdolności poznawcze osób starszych umożliwiają lepsze przystosowanie się do zmieniających się warunków życia, które wynikają z procesu starzenia się. M. Halicka i W. Pędich [2002: 220-221] w ogólnopolskich badaniach przekrojowych stwierdzili, że większość ludzi starych jest satysfakcjonowana z obecnego życia, przy czym najwięcej zadowolonych jest w stopniu umiarkowanym (częściowo zadowolonych). Ujmując to w wynikach procentowych, oznacza to, że całkowicie zadowolonych jest 32,8%, częściowo zadowolonych 51,4%, w sumie 84,2%.

Tabela 2. Zadowolenie z życia badanych respondentów

Zadowolenie	Polacy		Niemcy		Amerykanie		Σ	
	N	%	N	%	N	%	N	%
bardzo zadowolona	1	3,23	1	3,23	3	10	5	5,43
zadowolona	24	77,42	13	41,94	24	80	61	66,30
więcej niezadowolona, niż zadowolona	2	6,45	10	32,25	3	10	15	16,30
niezadowolona	3	9,67	7	22,58	-	-	10	10,87
zdecydowanie bardzo niezadowolona	1	3,23	-	-	-	-	1	1,09
Ogółem	31	100	31	100	30	100	92	100

Istotne znaczenie dla przeprowadzonych badań ma określenie warunków udanego szczęśliwego życia. Badani mieli możliwość wyboru spośród czternastu warunków tych, które w sposób szczególny wpływają na szczęście. Wyniki prezentuje tab. 3.

Tabela 3. Rangi nadane poszczególnym warunkom szczęśliwego życia w opinii badanych

Warunki szczęśliwego życia	Amerykanie	Polacy	Niemcy
	Rangi		
1. pieniądze	10	8	3
2. dzieci	13	6	6
3. udane małżeństwo	9	5	5
4. praca	12	9	7
5. przyjaciele	1	10	11
6. opatrność, Bóg	5	4	4
7. pogoda ducha optymizm	8	7	9
8. uczciwość	2	2	2
9. życzliwość i szacunek otoczenia	7	3	8
10. wolność, swoboda	5	12	12
11. zdrowie	3	1	1
12. wykształcenie	11	14	14
13. silny charakter	4	11	10
14. inne (jakie)	14	13	13

Okazuje się, że jest pięć wyróżniających warunków zdrowie, uczciwość, opatrność/Bóg, udane małżeństwo i przyjaciele. I tak Polacy i Niemcy na pierwszym miejscu umieścili zdrowie, a Amerykanie przyjaciół. Na drugim miejscu wszystkie trzy grupy umieściły uczciwość. Natomiast na trzecim miejscu każda z grup umieściła inny warunek ale na uwagę zasługuje fakt, że Amerykanie umieścili na nim zdrowie. Warto zauważyć, że Niemcy umieścili pieniądze właśnie na 3. pozycji, Polacy na 8., a Amerykanie na 10. Wynika z powyższych danych, że Polacy do szczęścia potrzebują poza zdrowiem i uczciwością, życzliwości, Niemcy pieniędzy, a Amerykanie przyjaciół. Na pytanie otwarte obejmujące rozumienie jakości życia Amerykanie udzielali najczęściej odpowiedzi, iż jest to rodzina, zdrowie i przyjaciele, Polacy używali takich określeń, jak: dobre udane życie, małżeństwo, dzieci. Natomiast grupa Niemiecka w większości nie udzieliła odpowiedzi na pytanie. Określenie jakości życia przez Amerykanów jest zgodne z wynikami

Sheun-Tag Cheng [2004]. Autor ten wykazał, że z sześciu obszarów aktywności życiowej osoby badane koncentrują się na trzech: zdrowiu, rodzinie i przyjaciółach. Pozostałe trzy pozostają na dalszych miejscach czyli: praca, dobra materialne, rekreacja (cyt. za: [Kowalik, 2007: 134]).

Badani cenią zdrowie, bowiem wszyscy są już osobami chorymi i wiedzą czym jest ból i cierpienie. Natomiast dla dobrego samopoczucia i szczęścia wskazują na potrzebę uczciwości u ludzi, być może dlatego, że są częściej oszukiwani i okradani. Istnieje znacząca różnica pomiędzy Polakami i Niemcami w stosunku do przyjaciół, bowiem grupy europejskie w sumie umieściły ten warunek szczęścia na 10. i 11. miejscu, a Amerykanie na 1. Ponadto warunkiem szczęścia według Amerykanów jest silny charakter, bowiem umieszczony został w rezultacie na 4. pozycji. Sytuacja ta może wynikać z uwarunkowań kulturowych badanych społeczności. O ile grupę polską i niemiecką zapytano, czy są szczęśliwi, o tyle pytanie to nie wstępowało w kwestionariuszu ankiety skierowanym do grupy Amerykańskiej. W wyniku przeprowadzonych rozmów okazało się, że pytanie to nie jest stosowne ze względów kulturowych.

4. Zadowolenie ze zdrowia

Ocena stanu zdrowia osób starszych niesie ze sobą dużo problemów. Ten stan ma związek z procesem starzenia się, z występowaniem wielochorobowości, ale również wpływ mają czynniki pozamedyczne [Tobiasz-Adamczyk, 2000: 110]. Człowiek stary chce mieć dobre zdrowie, być sprawny fizycznie i psychicznie. U podłoża tych sprawności leży bez wątpienia chęć dalszego życia oraz pragnienie zachowania niezależności [Dyczewski, 1994: 41]. Zdrowie człowieka zależy od wielu uwarunkowań. Literatura wskazuje na: wykształcenie, wysokość dochodów, preferencje w stylu życia, dostępności i możliwości korzystania z usług medyczno-rehabilitacyjnych, higienicznych oraz socjalnych. O ocenie subiektywnej zdrowia zdaniem M. Sokołowskiej [1986] decyduje stan funkcjonalny i psychiczny, a nie zmiany organiczne. W eksperymencie przeprowadzonym przez J. Rodin i współpracowników [Maciaszek, 2002] okazało się, że mieszkańcy dom opieki, którzy sami mogli decydować o sobie po 18 miesiącach od rozpoczęcia badania byli bardziej ożywieni, zgłaszali mniej skarg zdrowotnych, byli bardziej zadowoleni [Okła, 2006: 31].

Zofia Szarota [2004: 39], powołując się na inne badania [Kocemba, 2000; Żak, 2000; i Bień, 2003], wskazuje, że coraz większa jest grupa osób starych cierpi na wielochorobowość, czyli w tym okresie następuje zwiększenie liczby tak zwanych zespołów geriatrycznych. Występowanie równoległe kilku schorzeń u osób starych wpływa na samoocenę stanu zdrowia. Alicja Klich-Rączka uważa, że najczęściej ludzie starzy cierpią *na choroby układu sercowo-naczyniowego (75%), narządu*

ruchu (68%), układu oddechowego (46%), układu trawiennego (34%) i otylenie (15%) [Hernik, 2003: 8].

Badani zostali poproszeni o samoocenę własnego zdrowia. Porównano wyniki badanych grup, które umieszczono w tab. 4.

Tabela 4. Różnice w opinii zadowolenia ze zdrowia Amerykanów, Polaków i Niemców

Badani	Polacy		Niemcy		Amerykanie	
	Średnia (M)	SD	Średnia (M)	SD	Średnia (M)	SD
Zdrowie						
Dobre zdrowie	2,8065	1,973480	2,6774	1,136870	4,9655	1,679344
Samopoczucie fizyczne	4,7419	1,931627	2,6452	1,141589	4,9655	1,322410
Samopoczucie psychiczne	6,4194	0,958269	4,0645	1,526117	5,033333	1,732050

Źródło: badania własne

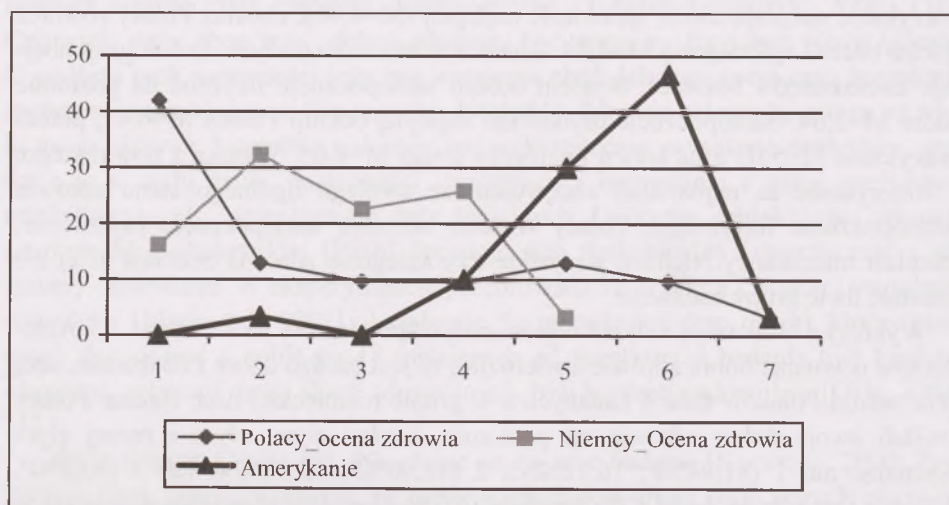
Najlepiej oceniają swoje zdrowie Amerykanie bowiem średnia odpowiedzi wnosi 4,96, co jest bardzo wysokim wynikiem, przy średniej ocenie Polaków 2,80 i jeszcze niższej ocenie Niemców 2,67. Przypomnieć warto, że grupa respondentów Amerykańskiej jest wiekowa najstarsza, a jednocześnie najlepiej ocenia własne zdrowie. Podobnie jest z oceną samopoczucia fizycznego, bowiem i w tym aspekcie Amerykanie oceniają swoją sprawność najlepiej (M=4,96), chociaż Polacy również wysoko ocenili tę kategorię M=4,74. Różnica w stosunku do tych dwóch grup obejmuje mieszkańców Niemiec, bowiem ocenili samopoczucie fizyczne na poziomie niskim M=2,64. Samopoczucie psychiczne najlepiej ocenili Polacy M=6,41, potem Amerykanie M=5,03 a na końcu niemiecka grupa M=4,06. Wynika z powyższego, że Amerykanie są najbardziej zadowoleni ze swojego ogólnego stanu zdrowia i samopoczucia fizycznego, Polacy wysoko oceniają samopoczucie psychiczne, natomiast mieszkańcy Niemiec wszystkie trzy kategorie zdrowia oceniają niżej niż pozostałe dwie grupy badawcze.

Wykresy 1-3 ukazują rozkład odpowiedzi respondentów na ten temat. 15 Amerykanów oceniając dobre zdrowie stwierdziło, że jest bardzo dobre i doskonałe, taką ocenę wśród Polaków dało 4 badanych a w grupie niemieckiej nikt. Badani Polacy określali swoje dobre zdrowie na poziomie, bardzo złym, złym i raczej złym przyznając mu 1 (41,94%P; 16,12%N), 2 (12,90%P; 32,26%N) lub 3 (9,68%P; 22,5%N). Oznacza to, że 64,52% Polaków i 70,96 Niemców mieszkających w DPS-sach określa swój stan zdrowia podobnie. Tylko 1 osoba wśród Amerykanów określiła swoje zdrowie źle. Graficznie zebrane dane prezentuje wykres 1.

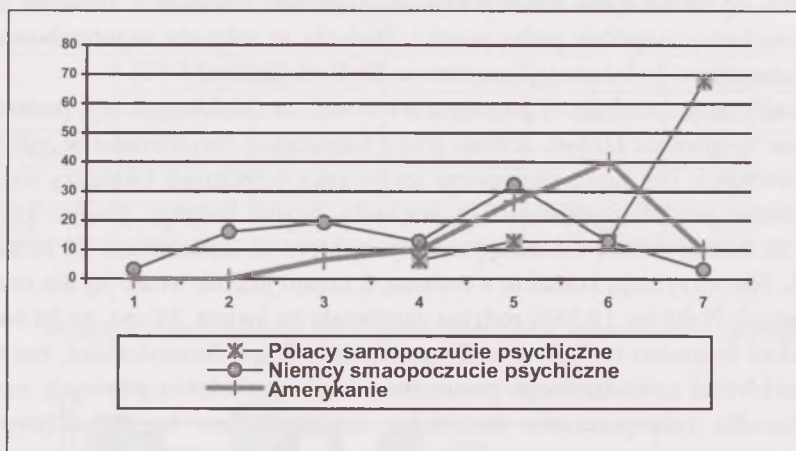
Wyniki badań Polskich mieszkańców są zgodne z badaniami przeprowadzonymi w 2000 przez B. Bień [2002: 36], gdzie, 52% Polaków określiło swój stan jako

zły lub raczej zły. B. Bień porównała samoocenę zdrowia osób starych w latach poprzednich i zauważyła, że jest ona coraz gorsza. Samoocena badanych może być również niekorzystna z uwagi pobyt w DPS. Podobnie pisze B. Szatur-Jaworska [2003: 105], stwierdzając, że co druga osoba w wieku 65-69 (38,1%) ocenia swój stan zdrowia jako zły. Osoby powyżej tego wieku oceniają także swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły (70-74 lat 42% źle i 13% bardzo źle; 75-79 lat 43,2% źle i 14,1% bardzo źle i powyżej 80 lat – 43,2% źle i 16,9% bardzo źle. Elżbieta Minczakiewicz [1999: 95] w wyniku badań wśród 320 mieszkańców, w wieku od 65 do 96 lat z terenu Polski Południowej stwierdza, że występowaniu niektórych chorób i zakłóceń komunikacyjnych u ludzi starych można zapobiec przez życzliwość najbliższych, umożliwienie utrzymywania więzi z rodziną, zainteresowanie się ich losem, życiem, osobą oraz propozycje udziału w różnych formach aktywności. Anna Leszczyńska-Rejchert [2005: 72] uważa, że o jakości życia ludzi starych decyduje stan ich zdrowia. Opinie Polskich gerontologów nie są tożsame z wnioskami Berlińskich Badań Starzenia Się (*Berlin Aging Study*), które dają do zrozumienia, że spory odsetek populacji siedemdziesięciolatków i jeszcze starszych osób potrafi cieszyć się „dobrym zdrowiem”. Osoby te zachowały sprawność poznawczą, są aktywne i zainteresowane życiem [Stelcer, 2006: 252].

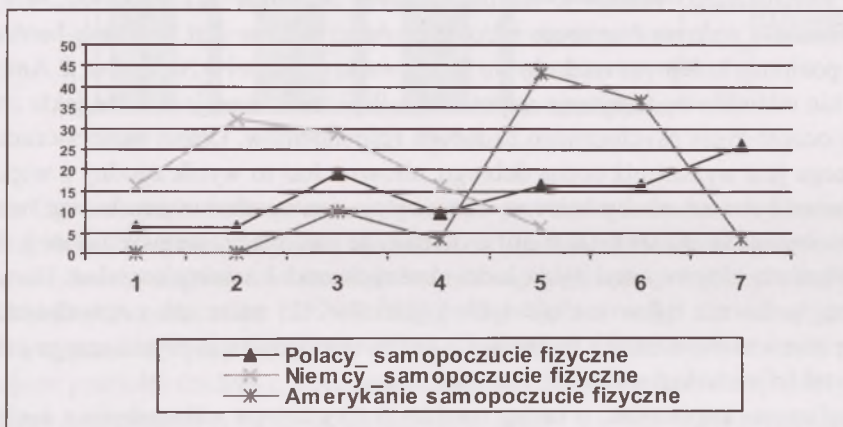
Wykres 1. Ocena zdrowia w opinii badanych



Wykres 2. Samopoczucie psychiczne w opinii badanych



Wykres 3. Samopoczucie fizyczne w opinii badanych



Okazuje się, że zakres możliwości fizycznych zmniejsza się z wiekiem, jednak osoby starsze uczestniczące w treningach mogą znacznie zwiększyć przewidywalną długość życia i polepszyć swoje fizyczne i (w części) psychologiczne samopoczucie [Stuart-Hamilton, 2006: 155]. Najlepiej oceniającą swoją sprawność fizyczną okazała się grupa Amerykańska. 25 badanych Amerykanów, 18 Polaków i 2 Niemców było zadowolonych ze swojego samopoczucia fizycznego. Warto przypomnieć, że badani z USA mają swoje samochody, którymi podróżują i realizują swoje marzenia. Badanie przeprowadzone na grupie 1320 osób powyżej 60. roku życia potwierdziło duże znaczenie zdrowia fizycznego jako czynnika sprzyjającego dobrej ocenie jakości życia (cyt. za: [Olas i wsp., 2002: 58])

Na 31 mieszkańców polskiego DPS-u ośmiu było niepełnosprawnych fizycznie tzn. poruszało się na wózkach inwalidzkich, balkonikach lub kulach. Pomimo tego wszyscy mieszkańcy wspólnie jedzą posiłki. Badania w zakresie zapotrzebowania na środki pomocnicze do lokomocji prezentuje. B. Bień [2002: 55-57].

Część osób przy sprzyjającej pogodzie wychodzi na dalekie spacery, pozostałe spędzają czas w ogrodzie DPS-u. Jednak grupy niemieckiej nie zbadano w zakresie niepełnosprawności. Tak niska samoocena sprawności fizycznych świadczy jednak o występowaniu niepełnosprawności u większej liczby badanej grupy. Trzeba podkreślić, że badani należą do osób samotnych, które są uzależnione od pomocy innych osób. Nie utrzymują kontaktu z rodziną, a często już/lub wcale jej nie miały. Wśród badanych Polaków 19,35% rodzina zapraszała na święta. Mimo, że 14 badanych ma dzieci to trudno im było o nich opowiadać. Grupa Amerykańska, ma największe możliwości samodzielnego poruszania dzięki posiadaniu własnych samochodów. Ponadto zabezpieczenie materialne umożliwia im bogatą aktywność kulturalną.

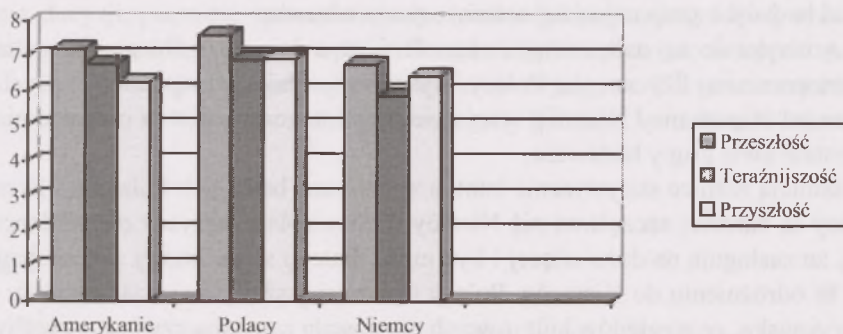
Samopoczucie psychiczne jest pojęciem wielowymiarowym i niejednoznaczny w ujęciu badaczy. Polscy respondenci dokonując subiektywnej oceny samopoczucia psychicznego ocenili je na najwyższym poziomie (21 osób, 67,74%). W porównaniu z jednym Niemcem i trójkiem Amerykanów jest to grupa bardzo duża. Na poziomie kolejnym znalazło się już 12 Amerykanów i 4 Niemców. 2 Amerykanów nie udzieliło na to pytanie odpowiedzi. Wykres 2 ukazuje różnice jakie zachodzą w ocenie życia psychicznego badanych respondentów. Ocena samopoczucia psychicznego jest wyższa niż ocena dobrego zdrowia. Jest to wynik zgodny z wielkością badań bowiem, osoby które są chore swoje samopoczucie psychiczne oceniają dużo wyżej. G. Adler [2003: 30] twierdza, że samopoczucie psychiczne i fizyczne poprawia aktywny styl życia ludzi starszych oraz kontakty socjalne. Decydującą rolę pełni nie tylko wartość tych kontaktów ale także ich częstotliwość. Istotne są zdaniem niemieckich badaczy dla oceny samopoczucia psychicznego i fizycznego także warunki finansowe i mieszkaniowe.

Osoby starsze poproszono o ocenę na skali 0-10 swojego zadowolenia z życia. Wyniki badań prezentuje tabela 6 a graficznie przedstawia wyniki wykres 4. Okazało się każda grupa swoją przeszłość oceniła wyżej niż terażniejszość i przyszłość, która jest najniżej sklasyfikowana. Wśród trzech badanych grup mieszkańcy polskiego DPS-u ($M=7,6$) byli najbardziej zadowoleni ze swojego przeszłego życia. Grupa amerykańska jako druga była zadowolona ze swojego życia ($M=7,2$), ale swoją przyszłość widzi najgorzej ($M=6,26$). Być może wynika to z faktu, że jest to grupa najstarsza wiekowo. Mieszkańcy DPS-u w Berlinie najgorzej oceniają swoją przeszłość i terażniejszość, ale – na co warto zwrócić uwagę – dużo lepiej myślą o swojej przyszłości. Polacy w porównaniu z tą grupą oceniali terażniejszość i przyszłość na tym samym poziomie.

Tabela 5. Ocena zadowolenia z życia „Drabiną Cantrila”

Badani	Przeszłość		Teraźniejszość		Przyszłość za 5 lat	
	Średnia M	SD	Średnia M	SD	Średnia M	SD
Amerykanie	7,2	2,5650	6,76	2,2846	6,26	3,0278
Polacy	7,6	2,3576	6,9	1,6887	6,93	1,8181
Niemcy	6,76	2,5650	5,86	2,2846	6,43	3,0718

Wykres 4. Ocenia zadowolenia z życia w przeszłości, teraźniejszości i przyszłości



Ogólna ocena zadowolenia z życia nie jest niska u badanych chociaż Janusz Czapiński [Błachnio, 2002: 45] stwierdza, że *ogólna jakość życia zmieniać się może na krótko w zależności od nastroju od różowej do czarnej i odwrotnie*. Natomiast Elżbieta Minczakiewicz [1999/4: 95] podkreśla, że osoby starsze objęte opieką instytucjonalną czują się nieszczęśliwi i zagubieni. Staruszkowie mają niezaspokojone potrzeby duchowe, odczuwają brak kontaktów i uczuć od najbliższych osób. Mimo umieszczenia w najlepszym domu opieki z wszystkimi wygodami czują odtrąceni, zdradzeni, nikomu nie potrzebni i bez nadziei na poprawę swojej sytuacji. Często przyczyną umieszczenia osoby starszej w DPS jest zmniejszająca się samodzielność życia związana z niepełnosprawnością lub też jest wynikiem straty partnera życiowego (męża, żony). W polskich warunkach można spotkać również brak miejsca dla osoby starszej w mieszkaniu w wyniku pojawienia się nowego członka rodziny (dziecka). J. Maciuszek [2002: 40] opisuje bardzo dramatyczne badania, które prowadzą do wniosku, że osoby mające wpływ na umieszczenie w domu opieki, czyli same podejmujące decyzję o swoim życiu przystosowują się doskonale do zmian. Natomiast kobiety, które były zmuszone przez rodzinę do zamieszkania w domu opieki zmarły w ciągu kilku tygodni po zmianie miejsca pobytu.

5. Podsumowanie

Zależność zachodząca pomiędzy subiektywną ceną zdrowia a zadowoleniem z życia nie jest jednoznaczna, bowiem nie zawsze zła ocena zdrowia jest związana z niską jakością życia. Polacy i Niemcy oceniali swoje zdrowie bardzo nisko, jednak zadowolenie z życia mieli wyższe. Natomiast grupa amerykańska zadowolenie ze zdrowia miała wysokie a zadowolenie z życia niższe. Nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych w ocenie zdrowia. Respondenci określali swój stan zdrowia raczej jako zły i bardzo zły. 4 Polaków stwierdziło, że jest bardzo dobry i doskonały. W grupie niemieckiej nikt tak wysoko nie ocenił swojego zdrowia. Oznacza to, że 64,5% Polaków i 71% Niemców mieszkających w DPS określa swój stan zdrowia podobnie. 80% Amerykanów jest zadowolonych ze swojego zdrowia co oznacza, że wśród badanych grup najwyżej oceniają swoje zdrowie.

Amerykanie są najbardziej zadowoleni ze swojego ogólnego stanu zdrowia i samopoczucia fizycznego, Polacy wysoko oceniają samopoczucie psychiczne, natomiast mieszkańcy Niemiec wszystkie trzy kategorie zdrowia oceniają niżej niż pozostałe dwie grupy badawcze.

Istnieją różnice statystycznie istotne w opiniach badanych Polaków i Niemców. Polacy są bardziej szczęśliwi niż Niemcy. Jednocześnie wszyscy respondenci uważają, że zasługują na dużo więcej i być może dlatego są oni mniej zadowoleni z życia. W odróżnieniu do Niemców Polacy są bardziej szczęśliwi i zadowoleni. Grupa amerykańska, ze względów kulturowych nie została zapytana czy jest szczęśliwa.

Warunkiem udanego szczęśliwego życia jest po pierwsze zdrowie dla Polaków i Niemców, a dla Amerykanów przyjaciele. Po drugie, dla wszystkich grup uczciwość. Natomiast trzecim warunkiem dla Amerykanów jest zdrowie, dla Polaków życzliwość i szacunek a dla Niemców pieniądze.

Okazało się każda grupa swoją przeszłość oceniła wyżej niż terażniejszość i przyszłość, która jest najniżej sklasyfikowana. Wśród trzech badanych grup mieszkańcy polskiego DPS-u byli najbardziej zadowoleni ze swojego przeszłego życia. Grupa amerykańska jako druga była zadowolona ze swojego życia, ale swoją przyszłość widzi najgorzej. Być może wynika to z faktu, że jest to najstarsza grupa wieku. Mieszkańcy DPS w Berlinie najgorzej oceniają swoją przeszłość i terażniejszość, ale na co warto zwrócić uwagę dużo lepiej myślą o swojej przyszłości. Polacy w porównaniu z tą grupą oceniali terażniejszość i przyszłość na tym samym poziomie.

Świadomość zbliżającej się śmierci stawia człowieka w sytuacji wyjątkowo trudnej, pisze S. Kowalik [2007: 133]. Człowiek stary nie ma na ten fakt wpływu, bowiem problem ten jest nierozwiązywalny, dlatego pozostaje on poza kręgiem jego zainteresowania. Nie ma jednak ten fakt wpływu na jakość życia. Człowiek stary może być tak samo zadowolony ze swojego życia jak człowiek młody bez względu, czy jest Amerykaninem, Niemcem czy Polakiem. Wiedzą, że ich „czas” się kończy,

może będą żyć jeszcze 2-5 lat, ale patrzą w przyszłość z nadzieją, optymizmem zachowując pozytywny stosunek do świata. Ludzie starzy chcą być nadal autonomiczni, pełnić kontrolę nad własnym życiem, podejmować samodzielne decyzje.

M. Braun-Gałkowska [1990: 200-201] pisze, że *starość jest okresem, kiedy jedne kwiaty już nie kwitną, ale jest czas i pora na inne. Nie zawsze jednak umiemy zachwycić się nową barwą kwiatów, trzymając się kurczowo dawnych, już wędnących. Najważniejszą sprawą jest zrozumieć, że starość jest okresem zmiany możliwości: z możliwości typu zewnętrznego na możliwości bardziej wewnętrzne.*

Nie możemy zatrzymać procesu starzenia się ale do tego etapu życia możemy się przygotować poprzez stworzenie warunków medycznych, socjalnych, opiekuńczych sprzyjających człowiekowi. Wyniki badań wskazują, że najważniejszym warunkiem korzystnym dla osiągnięcia wysokiej jakości życia jest możliwość podejmowania decyzji, poczucie sprawstwa, odpowiedzialności, troska rodziny oraz zapewnienie intymności w domach opieki. Drugą sferą jest rozwinięcie opieki geriatrycznej oraz gerontopedagogicznej pracowników socjalnych. Długowieczność nie jest przypadkowa, bowiem są z nią związane sekrety [Corliss, Lemonic, 2004]

Literatura:

- Adler G., Tremmel S., Brassens S., Scheib A. (2003). *MILVA. Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter.* [w:] J. Schumacher, A. Klaiberg, E. Brähler (red.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden.* Hogrefe Verlag für Psychologie Göttingen Bern Toronto Seattle, s. 220-223
- Bain, G. H., Lemmon, H. , Teunisse, S. , Starr, J.M, Fox, H.C. Deary, I.J., Whalley L.J (2003). *Quality of Life in healthy old age: relationships with childhood IQ, minor psychological symptoms and optimism.* Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, Vol. 38, 632-636.
- Baltes P.B., Mayer K.V. (eds.) (1999). *The Berlin Aging Study,* UK Cambridge university Press, Cambridge
- Bańka A. (red.), 2005, *Psychologia jakości życia.* Poznań, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura
- Bień B. (2002). Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. W: *Polska starość,* (red.) B. Synak. UG. Gdańsk, s. 35-77
- Błachnio A. (2002). Pytanie o jakość życia w kontekście rozważań nad naturą starości. W: *Starość i Osobowość* (red.) K. Obuchowski. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, s. 13-52.
- Corliss R., Lemonic M.D. (2004). *How to live to be 100 (and not regret it).* TIME, 8 November, s. 46-54.
- Cheng S.T. (2004). *Age and subjective well-being revisited: A discrepancy perspective.* Psychology and Aging nr 19, s. 409-415

- Czapiński J. (1992). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
- Czapiński J., Panek T. (2006). *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków 2005*. Warszawa VIZJA PRESS&IT
- Dyczewski L. (1994). *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*. KUL, Lublin
- Braun-Galkowska M. (1990). *Psychologia domowa*. Olsztyn: Warmińskie Wyd. Diecezjalne
- Halicka M., Pędich W. (2002). *Satysfakcja życiowa ludzi starych*. W: *Polska starość*, (red.) B. Synak. UG. Gdańsk, s. 219-230.
- Hernik A. (2003). *Zrozumieć starość*. Niebieska linia. Nr 5/28 ss. 8
- Kawczyńska-Butrym (1999/4). *Problemy opieki nad człowiekiem starszym – obszary pomocy i wsparcia*. Praca Socjalna s 10-26
- Kowalik S. (2007). *Motywacja do rehabilitacji niepełnosprawnych seniorów. Próba nowego spojrzenia*. W: *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*. Poznań: UAM, s. 131-150.
- Kowalik S.(red.) (2007). *Społeczne konteksty jakości życia*. Bydgoszcz: WSG
- Leszczyńska-Rejchert A. (2005). *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. UW-M. Olsztyn
- Maciusek J. (2002). *Poczucie kontroli i zmiana osobista a jakość życia*. W: *Człowiek wobec zmiany*. Kubacka-Jasieniecka D. (red.) Kraków: Wydawnictwo UJ. s. 39-51.
- Minbczakiewicz E. (1999/4). *Refleksje nad starością w perspektywie trzeciego tysiąclecia*. Kultura i Edukacja s. 93-99
- Okła W. (2006). *Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych*. W: *Starzenie się a satysfakcja z życia*. S. Steuden, M. Marczuk (red.) Lublin : KUL, s.29-38
- Olas J., Bucka J., Baron T., Dworak A. (2002/2). *Ocena jakości życia pacjentów leczonych z powodu dysfunkcji układu ruchu – przegląd najczęściej stosowanych instrumentów pomiarowych i implikacje kliniczne*. Gerontologia Polska s. 57-61.
- Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1997, GUS. Warszawa
- Samoraj B. (2003/2). *Główne cechy procesu starzenia się ludności – świat i Polska*. Praca Socjalna s. 116-128
- Schalock R. L., Brown R., Cummins R.A. Felce D., Matikka L, Keith K.L. Permenter T. (2002). *Conceptualization, Measurement and Application of Quality of life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts*. *Mental Retardation*. Vol. 40 nr 6 s. 457-470
- Słomkowska-Zielińska K. (2008/11 kwietnia). *Przewodnik po polskiej starości*. „Ekspres Bydgoski”, 8
- Sokołowska M. (1986). *Socjologia medycyny*. Warszawa PZWL.
- Stelcer B. (2006). *Poczucie jakości życia w okresie późnej dorosłości*. [w:] *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie* (red.) Z. Palak. Lublin: UMCS., 243-254
- Stuart-Hamilton I. (2006). *Psychologia starzenia się* Zysk i S-ka. Poznań
- Szarota Z. (2004). *Gerontologia społeczna i oświatowa*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie. Kraków

- Szatur-Jaworska B. (2003/3). *Aktywność ludzi starych na polskim rynku pracy*. Gerontologia Polska, s. 100-108.
- Szukalski P. (2000). *Najstarsi Polacy: szkic demograficzny*. Gerontologia Polska 2000, nr 8 s3-8
- Szukalski P. (2006). Populacja osób bardzo starych w społeczeństwie polskim – stan obecny i perspektywy. W: *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*. (red.) J. Kowaleski. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego s. 115-150
- Tobiasz-Adamczyk (2000). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Węgrzyn K. (2006). Jaka będzie Polska starość. W: *Starzenie się a satysfakcja z życia*. S. Steuden, M. Marczuk (red.) Lublin : KUL, s. 113-121.
- Wojszel Z.B. (2002/7). *Zdrowotne i pozazdrowotne uwarunkowania aktywności społecznej osób starszych*. Gerontologia. (red.) E. Woźnicka. Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi. s. 23-40
- Zalewska A.(2005), *Dwa światy*. SWPS. Warszawa
- Zrozumieć starość*. Rozmowa z Alicją Kilich-Rączka prowadzi Anna Hernik. *Niebieska linia* 2003, 5/28 s. 8.

Life satisfaction of the elderly in an aspect of their health

The aim of the research project was to describe life satisfaction of 92 old people's houses' residents in USA, Poland and Germany. The research was conducted with a questionnaire. Research results show statistically significant differences between the national samples. The Americans are satisfied in the highest degree with their health and physical state. The Poles appraised highly their psychological state and the Germans are less satisfied with all the three health categories if compared to the other groups. All the three research groups appraised their past higher than present time and future, which was classified as the least satisfying. The past was appraised in the highest degree by the Poles. Also the Americans appraised their past highly but they also saw their future in the least satisfying way. It might be explained with the fact, that American group was the oldest one. The Germans are the least to be satisfied with their past and present time but they expect to experience a satisfying future. The Poles estimated the quality of their present and future time at the same level of satisfaction.

Informacja o autorze:

Aldona Molesztak – dr n. humanistycznych, adiunkt w Zakładzie Edukacji Zdrowotnej UKW. Główne obszary badawcze: wartości, jakość życia, sytuacje krytyczne, zagrożenia współczesnego człowieka. Najważniejsze prace: *W kręgu powinności moralnych nauczyciela*. (współautor) Bydgoszcz 1994, Ponad 40 artykułów w pracach zbiorowych.
e-mail: aldonamolesztak@wp.pl