

EWA BABICZ-ZIELIŃSKA, JOANNA BARTKOWICZ, MAGDALENA TAŃSKA

JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB STARSZYCH I JEJ DETERMINANTY

Streszczenie

Wzrost liczby osób starszych w danej populacji jest następstwem lepszych warunków bytowych, opieki zdrowotnej i innych czynników charakterystycznych dla rozwiniętych społeczeństw. Jednym z wyznaczników samopoczucia ludzi jest jakość ich życia określana przez zdrowie, psychikę, niezależność czy więzi społeczne. Problem jest szczególnie ważny w grupie osób w starszym wieku i był przedmiotem licznych doniesień naukowych.

Celem niniejszego artykułu był krytyczny przegląd publikacji naukowych dotyczących problematyki jakości życia osób starszych i wskazanie na tej podstawie najważniejszych osiągnięć oraz obszarów wymagających dalszych badań. Pojęcie jakości życia nie jest dotychczas precyzyjnie zdefiniowane, podobnie jak determinanty charakteryzujące to pojęcie. Scharakteryzowano determinanty, które zdaniem autorów mają istotne znaczenie w ocenie jakości życia ludzi starszych. Zaliczono do nich zdrowie, żywienie, aktywność umysłową i fizyczną, wykształcenie, kontekst społeczny. Zdrowie jest najbardziej istotnym czynnikiem kształtującym jakość życia, niezależnie od rejonu geograficznego. Stan zdrowia wpływa przede wszystkim na samodzielność życiową. W licznych publikacjach dominuje pogląd, że otoczenie społeczne jest drugą determinantą jakości życia. Otoczenie jest przy tym rozumiane jako rodzina, przyjaciele i znajomi, wreszcie grupa społeczna w podobnym wieku. Aktywność umysłowa (w tym edukacja) i fizyczna to dalsze istotne czynniki wpływające na jakość życia seniorów, przy czym aktywność umysłowa była częstsza niż aktywność fizyczna. Przegląd dotychczasowych wyników badań jakości życia osób starszych skłania do stwierdzenia, że istnieją różnicowane domeny i determinanty jakości. Badania tej grupy społecznej były fragmentaryczne, mimo to dobrze opisywały model jakości życia seniorów. W szczególności wskazywano na celowość różnych przedsięwzięć poprawiających jakość życia w okresie późnej starości.

Słowa kluczowe: jakość życia, ludzie starsi, determinanty jakości życia, zdrowie, żywienie, aktywność fizyczna

Wprowadzenie

W krajach wysoko rozwiniętych obserwuje się zjawisko starzenia się społeczeństw, ale równocześnie dostrzegalny jest wzrost jakości życia seniorów. Stanowi to

Prof. dr hab. inż. E. Babicz-Zielińska, dr inż. J. Bartkiewicz, Wyższa Szkoła Zdrowia, ul. Pelplińska 7, 80-335 Gdańsk, dr n. o z. M. Tańska, Instytut Nauk o Zdrowiu, Akademia Pomorska, ul. Bohaterów Westerplatte 64, 76-200 Słupsk. Kontakt: zielarz.47@wp.pl

wynik skuteczniejszej opieki zdrowotnej i społecznej, polepszania się warunków bytowych, wzrostu świadomości dzięki popularyzacji wiedzy, wreszcie istnienia wielu organizacji działających na rzecz ludzi w starszym wieku [73].

Na przestrzeni lat 1991 - 2014 średni czas trwania życia mężczyzn w Polsce wzrósł o 7,9 lat, a kobiet – o 6,6 lat. Można oczekiwać, że zmiany w strukturze demograficznej kraju w kolejnych latach i dekadach będą się pogłębiać. Według prognozy Głównego Urzędu Statystycznego [61] w 2035 roku osoby mające 60 lub więcej lat (60+) będą stanowić niemal 1/3 polskiej populacji, a w 2050 roku – już ok. 40 %. Trwanie życia człowieka będzie się wydłużało, choć jak wskazuje Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” [35], niezbędne są działania podnoszące jakość życia osób starszych: ochrona zdrowia, działalność opiekuńcza, edukacja na przestrzeni całego życia, przedłużanie aktywności zawodowej odpowiednio do możliwości osób starszych, poprawa warunków mieszkaniowych, likwidacja barier architektonicznych oraz technicznych, wsparcie badań naukowych dotyczących osób starszych.

Ważnym problemem społecznym jest więc zapewnienie tej grupie wiekowej właściwej jakości życia, w czym niezbędne są także indywidualne starania seniorów. Rozważania należy jednak poprzedzić charakterystyką pojęcia jakości życia i jej determinant.

Celem niniejszego artykułu był krytyczny przegląd publikacji naukowych dotyczących problematyki jakości życia osób starszych i wskazanie na tej podstawie najważniejszych osiągnięć oraz obszarów wymagających dalszych badań.

Pojęcie jakości życia i jej determinanty

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) [91] zdefiniowała *Quality of Life*, czyli jakość życia jako "postrzeganie jednostek ich pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w których żyją, a w odniesieniu do ich celów – oczekiwań, standardów i trosk". WHO wyodrębnia sześć podstawowych wymiarów dotyczących jakości życia: zdrowie fizyczne, wymiar psychologiczny, poziom niezależności, więzy społeczne, środowisko (rozumiane jako otoczenie), wreszcie jako ostatni wymiar – uduchowanie, religia i wierzenia (przekonania).

Jakość życia wyznaczona stanem zdrowia odnosi się do wymiaru fizycznego oraz psychospołecznego. Jest ona trudna do zdefiniowania, gdyż składa się na nią wiele czynników takich, jak: warunki bytowe, potrzeby socjalne, potrzeby kulturalne, sytuacja ekonomiczna i inne. Niepowodzenia w próbach jednolitego zdefiniowania jakości życia wynikają z funkcjonowania wielu terminów pokrewnych, jak: subiektywny lub emocjonalny dobrostan (ang. *subjective well-being*), satysfakcja z życia (ang. *life satisfaction*), poczucie szczęścia (ang. *happiness*) [5]. Subiektywny (emocjonalny) dobrostan [10] jest odzwierciedleniem oceny środowiska, w którym dana osoba przebywa,

jej aspiracji i dążeń, porównań z innymi osobami oraz cech osobowościowych sprzyjających poczuciu zadowolenia i szczęścia.

Początkowo jakość życia utożsamiana była z dobrym życiem w sensie konsumpcyjnym. Później w rozważaniach nad jakością życia wprowadzono dodatkowe kryteria, takie jak: wolność, zdrowie, szczęście, dobre życie, dobrostan. Halicka i Pędich [23] zaproponowali jako czynniki wpływające na jakość życia osób starszych: zdrowie, sprawność funkcjonalną, sytuację rodzinną, ekonomiczną, aktywność i kontakty społeczne. W ujęciu psychologicznym według Straś-Romanowskiej [74] jakość życia to wynik złożonego, globalnego procesu o charakterze poznawczo-emocjonalnym, który odzwierciedla ustosunkowanie się osoby do własnego życia jako całości lub jego wymiarów cząstkowych. Zdaniem Szewczyzaka i wsp. [79] w ocenie jakości życia należy wziąć pod uwagę wiele wzajemnie powiązanych aspektów życia związanych ze zdrowiem, samopoczuciem psychicznym i fizycznym oraz funkcjonowaniem społecznym. W krajach wysoko rozwiniętych jakość życia to nowy styl życia na emeryturze, ze szczególnym uwzględnieniem sportu, życia towarzyskiego, poszerzania zainteresowań [85]. Kryteria oceny jakości życia, zwłaszcza osób starszych, trudno więc uznać za jednoznacznie określone, choć w przytoczonych publikacjach jako dominujące składowe jakości wymieniano zdrowie fizyczne i umysłowe, samodzielność w sensie radzenia sobie samemu, ale i autonomiczność finansową, miejsce w społeczeństwie, aktywność i kontakty międzyludzkie.

U poszczególnych osób wskaźnik satysfakcji z życia ma charakter względnie stabilny w okresie dorosłości, natomiast w okresie późnej starości – obniża się [5]. Przyczyną takiej oceny są problemy zdrowotne, zmniejszanie poziomu sprawności psychicznej i fizycznej oraz negatywne zdarzenia życiowe, zaś starość człowieka wiąże się z licznymi stratami w wielu sferach życia (utrata zdrowia, sprawności, osób bliskich). Kluczowe znaczenie dla poczucia jakości życia osób starszych w Polsce miały według Sęka [66] czynniki, które umożliwiają zadowolenie z życia, w tym podtrzymywanie aktywności i samodzielności, poczucie bezpieczeństwa oraz satysfakcjonująca więź z ludźmi i światem. Analiza jakości życia osób starszych powinna uwzględniać wiele czynników wzajemnie na siebie oddziałujących [72]. Według Głębockiej-Szarzyńskiej [20] oraz Knurowskiego i wsp. [36] na zadowolenie z życia istotny wpływ wywierają sytuacja materialna oraz poziom wykształcenia. Bardziej różnorodny wybór czynników zaproponowali Halicka i Pędich [23], Halicka [24] oraz Lasota [44], którzy uważają, że jakość życia ludzi starszych kształtuje dobry stan zdrowia, sprawne funkcjonowanie, aktywność życiowa, warunki środowiskowe oraz świadczenia zdrowotne i społeczne. Wśród cech osobowościowych wpływających na jakość życia wymienia się również niski poziom neurotyzmu, wysoką samoocenę, optymizm życiowy, poczucie kontroli zdarzeń, poczucie koherencji, religijność [27, 48]. Osoby starsze pozostające w rodzinach charakteryzował wyższy poziom zadowolenia z życia niż osoby sa-

motne czy przebywające w domach opieki [57], przy czym mężczyźni lepiej oceniali swoją jakość życia. Zaskakująca była obserwacja Kozieł i Trafiałek [41], że ocena jakości życia słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (UTW), a więc osób bardzo aktywnych, była podobna do oceny jakości życia osób niewykazujących tego typu aktywności. Halicka i Pędich [23] zauważyli, że jeżeli większość ludzi starszych była zadowolona ze swojego życia, to odnosili oni tę opinię częściej do dokonań z przeszłości niż do sytuacji obecnej. Maciejasz i wsp. [47] w badaniach mających na celu ocenę (rozumienie) postrzegania jakości życia przez osoby w wieku 60+ zaproponowali następujące determinanty jakości życia w tej grupie w Polsce: stan zdrowia, sytuacja materialna, spotkania ze znajomymi i dobre relacje rodzinne.

Podobne wyniki pojawiały się w doniesieniach zagranicznych. Onunkwor i wsp. [58], na podstawie badań przeprowadzonych w domach opieki społecznej w Malezji, określili jako czynniki wpływające na jakość życia: płeć, wiek, poziom wykształcenia, status finansowy, aktywność, warunki mieszkaniowe, choroby współistniejące i zaopatrzenie socjalne. Mathers i wsp. [50] wykazali, że w grupie ludzi starszych w Australii determinantami jakości życia były: brak dyskryminacji, zdolność do aktywnego uczestnictwa w różnych obszarach życia, podtrzymanie relacji społecznych, zdrowie fizyczne oraz zabezpieczenie materialne. Z kolei Fernandez-Ballesteros [16] uznał, że wśród Europejczyków w wieku 18 - 65 lat najbardziej znaczącymi czynnikami jakości życia pozostawały: dobre zdrowie, niezależność, dobra pensja, dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi, aktywność, posiadanie dobrego mieszkania lub domu, zadowolenie z życia, dobre sąsiedztwo, możliwość długiego uczenia się. Wiek nie odgrywał szczególnej roli w definiowaniu determinant jakości życia, ale raczej w ich ważkości.

Jakość życia często jest wyodrębniana w domenach w zależności od potencjalnych czynników ją kształtujących. Van Leeuwen i wsp. [87] zaproponowali najszerszy podział na domeny, jak: autonomia, rola i aktywność, odczuwanie zdrowia, zależności, postawa i adaptacja, komfort emocjonalny, duchowość, dom i sąsiedztwo, bezpieczeństwo ekonomiczne. Jak podali Verdugo i wsp. [88], zauważalna była wyraźna ewolucja w czasie zarówno rodzajów domen, jak i determinant zachowania. Zdaniem autorów najczęściej wyodrębniane domeny to: związki międzyludzkie, włączenie do społeczności, rozwój osobowy, fizyczne dobre samopoczucie, materialna stabilizacja, dobre samopoczucie, stabilność emocjonalna, środowisko (dom – miejsce zamieszkania – sytuacja życiowa), rodzina, rekreacja i odpoczynek, bezpieczeństwo.

Osobnym problemem pozostaje właściwa ocena jakości życia ludzi starszych. Stosowane były do tego celu bardzo różne metody ankietowe. Dominujące są do dziś metody bazujące na propozycji Światowej Organizacji Zdrowia, a mianowicie: WHO Quality of Life (WHOQOL): WHOQOL-BREF [34, 58, 65, 70, 83, 91] i WHOQOL-OLD [8, 65, 70, 83]. Proponowana była Vitor Scale opracowana na podstawie indeksu jakości życia (ang. *Quality of Life Index*) [7]. Sporadycznie i zależnie od kontekstu

badania używano narzędzi, takich jak: Satisfaction with Life Scale [22, 52], Satisfaction with Food-Related Life (SWFL), Health-Related Quality of Life Index (HRQOL) I Subjective Happiness Scale (SHS) [52]. W odniesieniu do osób starszych skala WHOQL-OLD wydaje się najlepiej walidowana i przynosząca najbardziej wiarygodne wyniki, w tym w wyodrębnianiu domen, jak i istotnych determinant.

Zdrowie

Ważnym, może nawet najważniejszym czynnikiem kształtującym jakość życia jest zdrowie. W naukach medycznych definicje jakości życia koncentrowały się głównie na zjawiskach zdrowia i choroby. Zgodnie z definicją WHO [91] zdrowie to stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy kalectwa. Na stan zdrowia wpływa wiele czynników. Według WHO w 50 % jest to styl życia, w tym odpowiednia dieta i aktywność fizyczna, brak stresu oraz właściwy wypoczynek. Jedną z prób opracowania definicji jakości życia doprowadziła do sformułowania, że „jakość życia uwarunkowana jest stanem zdrowia” (wspomniana wyżej HRQOL). Definicja ta uwzględnia cztery podstawowe aspekty funkcjonowania pacjenta: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną, warunki ekonomiczne i doznania somatyczne [86]. Al Windi i wsp. [1] zauważyli jednak w niewielkiej szwedzkiej społeczności, że wiele osób starszych (65+) nie chciało kontaktów z lekarzem, co wpływało na reprezentatywność wyników badań. Głównie dotyczyło to kobiet, osób pozostających w związkach i osób niepracujących.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego [9] najczęstszymi chorobami przewlekłymi występującymi u osób starszych były choroby: układu krążenia, stawów, płuc, kręgosłupa, wątroby, tarczycy oraz nerwice, przy czym osobom starszym najczęściej dolegało kilka chorób. Problemem zdrowotnym Polaków była również otyłość. Wymienione choroby, występujące najczęściej w wieku starszym, zaliczane są do chorób przewlekłych niezakaźnych, czyli tzw. chorób cywilizacyjnych, w których istotnym czynnikiem ryzyka jest niewłaściwe odżywianie się, a często podstawową metodą leczenia jest odpowiednia dieta [60].

Choroby związane ze starzeniem się organizmu dzieli się na [42]:

- choroby, które mogą wystąpić w każdym wieku życia człowieka, np. zapalenie płuc. Przebieg tych chorób w wieku starszym częściej jednak prowadzi do powikłań lub stanowi zagrożenie dla życia (przykładem jest COVID-19);
- choroby, które częściej pojawiają się u ludzi starszych, np. cukrzyca, nowotwory, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca.

Istotny wpływ zdrowia na samoocenę jakości życia podkreślano w badaniach krajowych [23, 44, 47]. Według Sygita [76] co trzeci mieszkaniec Polski skarżył się na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające co najmniej 6 miesięcy. Wystąpienie długotrwałych problemów zdrowotnych sygnalizowało prawie

60 % 50-latków, 73 % 60-latków oraz 84 % ludzi w wieku 70+. Z wyników badań ankietowych przedstawionych w raporcie GUS [28] wynika, że w grupie ludzi starszych w Polsce 20 % respondentów postrzegało swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, 50 % – jako „takie sobie”, a 30 % – jako złe lub bardzo złe.

Znaczący wpływ zdrowia na jakość życia stwierdzono także w badaniach zagranicznych. Sovárióvová Soósovová [70] wykazała w badaniach ludności Słowacji, że na jakość życia w największym stopniu wpływało zdrowie fizyczne, udział w społeczeństwie i aktywność. Na podstawie badań dotyczących osób w wieku 65+ w Anglii Netuveli i wsp. [54] wyszczególnili, że niską jakość życia determinowały: depresja, źle postrzegana sytuacja finansowa, ograniczenia ruchliwości, brak codziennej aktywności, przewlekłe choroby. Autorzy nie dostrzegli różnic zależnych od płci i wieku. W kolejnych badaniach Netuveli i Blane [55] odnotowali, że w Anglii dominowały dwa główne czynniki kształtujące jakość życia: demencja i depresja. De Paiva i wsp. [8] zaobserwowali, że choć środowisko i malejąca samodzielność ludzi związana z zaawansowanym wiekiem, brakiem wykształcenia i dochodów wywierały istotny wpływ na jakość życia ludności miejskiej w Brazylii, to najważniejszym czynnikiem obniżającym jakość tego życia było negatywne postrzeganie stanu zdrowia i niesprawność fizyczna. W tym samym kraju Xavier i wsp. [94] przeprowadzili badania osób w wieku 80+ i stwierdzili, że ponad połowa respondentów oceniała pozytywnie swoją jakość życia, zaś negatywnie – tylko 18 %, przy czym najczęściej zły stan zdrowia wywoływał postawy negatywne. Santos i wsp. [65] uzyskali zbliżone wyniki dla tego samego regionu po badaniu osób w wieku średnio 71 lat. Większość pozytywnie oceniała jakość swojego życia, ale niemal wszyscy byli niezadowoleni ze stanu zdrowia. W badaniach wykonanych w Kanadzie Levasseur i wsp. [45] wykazali, że zdrowie, życie wewnętrzne oraz umiejętności behawioralne były najważniejsze w pozytywnym postrzeganiu jakości życia przez osoby w wieku 63 - 92 lata. Joshi [29] w badaniach w Nepalu stwierdził silną korelację między zdrowiem fizycznym a jakością życia. W kształtowaniu jakości życia udział problemów zdrowotnych wynosił 24,6 %, a unikanie stresu i aktywność społeczna – 36,7 %. Wykształcenie, niezależność finansowa, jak również stan zdrowia psychicznego i samodzielność były ważnymi determinantami pozytywnej oceny jakości życia w Indiach, czego dowiedli Kaur i wsp. [32]. W badaniach przeprowadzonych w Iranie wśród osób w starszym wieku Khaje-Bissak i wsp. [33] obserwowali pogorszenie jakości życia u osób cierpiących na choroby układu wieńcowego, dróg oddechowych i przewodu pokarmowego, jak też na problemy ze słuchem i wzrokiem, natomiast nie wykazali wpływu wieku i płci na ocenę jakości życia. W opracowaniu Center for Disease Control and Prevention (USA) [84] zamieszczono informację, że w Stanach Zjednoczonych depresję i pobudzenie emocjonalne obserwowano u znacznej części osób w wieku 55+. Z kolei Wheelwright i wsp. [90] zbadali w 10 krajach UE pacjentów w wieku 70+ cierpiących na nowotwory i stwier-

dzili, że na jakość życia wpływały: stadium choroby, rodzaj terapii, liczba chorób współistniejących, wydolność pacjenta, punktacja w ocenie geriatrycznej.

Jakość życia zależała od wielu czynników związanych z regionem geograficznym, ale zdrowie było absolutną dominantą. Pochodną stanu zdrowia jest samodzielność w poruszaniu się czy radzenie sobie w domu. Występujący stan chorobowy, zwłaszcza choroba przewlekła, wyraźnie pogarszał postrzeganą jakość życia i osoba wymagała odpowiedniej opieki – rodziny, krewnych, przyjaciół czy wreszcie lekarzy.

Żywnienie

Drugą ważną determinantą jakości życia jest sposób odżywiania się. Jak cytują Wolnicka i Rychlik [93], zgodnie z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia posiłki osób starszych powinny być urozmaicone, małe objętościowo i świeżo przygotowywane. Co najmniej jeden posiłek w ciągu dnia powinien być ciepły. W przygotowywaniu posiłków należy też uwzględniać ograniczenia seniorów związane z gryzieniem, połknięciem czy też odczuwaniem smaków i zapachów.

Jak wynika z krajowych źródeł [13, 77, 68], sposób odżywiania się seniorów bywał często nieracjonalny. Kałuża i wsp. [31] podali, że aż 67 % badanych ograniczało spożycie wybranych produktów, jednak 33 % ze względów zdrowotnych celowo wprowadzało do diety surowe warzywa i owoce, fermentowane produkty mleczne, ciemne pieczywo, chude mięso i wędliny oraz soki owocowe i warzywne. Obserwowane eliminowanie z posiłków nadmiaru tłuszczów, węglowodanów i soli zgodne jest z zaleceniami adresowanymi do osób w podeszłym wieku [71]. Według Wierzbickiej i Roszkowskiego [92] ok. 10 % osób starszych unikało z kolei takich cennych żywieniowo produktów, jak owoce, warzywa i mleko, co mogło obniżać wartość odżywcza racji pokarmowych, sprzyjać niedoborom witamin, składników mineralnych oraz błonnika. Taki sposób odżywiania zwiększa ryzyko chorób układu krążenia, otyłości, nadciśnienia, cukrzycy typu 2, nowotworów i osteoporozy [26, 46, 71].

Jednym z wyznaczników prawidłowego żywienia osób starszych jest liczba posiłków spożywanych w ciągu doby. Zgodnie z zaleceniami IŻŻ osoby starsze powinny spożywać w ciągu dnia 4 - 5 niewielkich objętościowo posiłków. Sadowska i Śliwińska [64] wykazały, że seniorzy zamieszkujący tereny wiejskie spożywali zwykle cztery posiłki (42,1 % kobiet i 36,4 % mężczyzn) lub pięć (42,1 % kobiet i 45,4 % mężczyzn) w ciągu doby. Nie jest to jednak reguła. Kołajtis-Dołowy i Tyszka [38] stwierdzili, że wśród osób starszych z okolic Warszawy dominowało spożywanie 3 - 4 posiłków w ciągu doby niezależnie od płci, podobnie jak wykazała to Duda [14] w badaniach mieszkańców Poznania. Osoby starsze z województwa warmińsko-mazurskiego preferowały trzyposiłkowy model żywienia (67 %), co zauważyli Słowińska i wsp. [69]. Przyczyn tych rozbieżności można upatrywać w różnej interpretacji formy posiłku – jako dania lub przekąski.

Błędy żywieniowe mogą być następstwem chorób i związanych z nimi ograniczeń pokarmowych, ale na ich występowanie wpływ mają także: miejsce zamieszkania, ograniczona mobilność (niepełnosprawność), zła sytuacja ekonomiczna czy też poziom wiedzy żywieniowej [89]. Istotną przyczyną błędów żywieniowych bywały braki w uzębieniu, monotonia spożywanej żywności, zanikanie społecznej funkcji posiłku wśród osób samotnych. Schorzenia występujące u seniorów i postępująca niepełnosprawność powodowały rezygnację z przygotowywania pracochłonnych, urozmaiconych posiłków [17]. Osoby starsze najczęściej miały uregulowany tryb żywienia ze względu na brak obowiązków zawodowych, jednak jakość żywienia wielu seniorów nie odpowiadała zapotrzebowaniu ich organizmów [19].

Jak zauważyli Niedźwiecka i wsp. [56], osoby starsze zwykle nie były zainteresowane nieznanymi potrawami, przy czym ponad połowa seniorów przejawiała postawę obojętną wobec nowej, nieznannej żywności, a jedna trzecia – postawę negatywną. Z tego powodu nowe produkty prozdrowotne powinny być promowane ze szczególną uwagą w grupie osób w starszym wieku [81].

Wierzbicka i Roszkowski [92] zwrócili uwagę na małe spożycie przez osoby starsze produktów mlecznych, produktów z pełnego przemiału ziarna zbóż oraz nasion roślin strączkowych. Posiłki tych osób zawierały natomiast zbyt dużo tłustego mięsa i jego przetworów oraz cukru i słodczy. Istotną przyczyną błędów żywieniowych wśród seniorów były według Maynarda i wsp. [51] wpływ nawyków i zwyczajów żywieniowych. Zaobserwowano, że osoby, które w dzieciństwie spożywały dużo warzyw, po 50. roku życia odżywiały się prawidłowo. Tańska i wsp. [82] w badaniach wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (UTW) odnotowały, że tylko połowa badanych spożywała codziennie warzywa. Co więcej, warzywa spożywane były częściej przez mężczyzn niż przez kobiety [80].

Powszechnym błędem popełnianym przez osoby starsze było pojadanie między posiłkami, względnie spożywanie mniejszych ilości żywności i wypijanych płynów w następstwie zmniejszania apetytu i pragnienia lub nieodpowiedniej konsystencji żywności sprawiającej problemy z przeżuwaniami pokarmu [43]. Może to prowadzić do postępującego odwodnienia organizmu, stąd niezbędnym jest zarówno uświadamianie seniorom tego ryzyka, jak też promowanie picia różnych płynów, w tym wody, soków owocowych i warzywnych czy napojów mlecznych [93].

Do typowych błędów żywieniowych należało nadmierne spożywanie lipidów i cholesterolu [89], a konsekwencją tego zjawiska bywa zmniejszanie gęstości odżywczej diety, czyli proporcji składników budulcowych i regulujących do energii [63]. W ogólnopolskich badaniach gospodarstw domowych Kałuża i Brzozowska [30] stwierdziły, że zalecenie ograniczania udziału tłuszczu w diecie do 25 % energii ogółem przekraczało aż 80 % osób.

Podsumowując, można powiedzieć, że postawy ludzi starszych względem zdrowia i diety oraz ich sposób odżywiania były w istotnym stopniu nieprawidłowe. Wpływ na kształtowanie się postaw prozdrowotnych seniorów miały płeć, poziom wykształcenia i sytuacja materialna badanych. Jako źródło wiedzy na temat zdrowego odżywiania wskazywano zwykle znajomych [3]. Ludzie starsi rzadko zauważali u siebie niewłaściwe odżywianie, dlatego również rzadko wskazywali na ten czynnik jako ważną determinantę jakości życia. Odżywianie wpływało jednak na ich zdrowie, często znacząco, więc można uznać je także za czynnik istotny do utrzymania dobrego stanu zdrowia i dobrego samopoczucia.

Otoczenie społeczne

Ważnym czynnikiem jakości życia ludzi starszych jest również kontekst społeczny. Dobre relacje z innymi wpływają na zdrowie i przedłużanie życia. Potwierdzili to Greenglass i wsp. [21] w badaniach dotyczących utraty bliskich oraz poczucia samotności osób starszych. Odpowiedni trening prowadzony w grupie ludzi starszych mógł wzmacniać ich siłę psychiczną i fizyczną, siłę osobowości oraz plastyczność zachowania, podwyższając tym samym jakość życia [2]. Według Głębockiej [20] najważniejszym czynnikiem wpływającym na jakość życia ludzi starszych był poziom wsparcia społecznego ze strony sąsiadów i znajomych. Kontakty społeczne, obok stanu zdrowia, uznane zostały za istotne dla jakości życia 90-latków we wcześniejszych badaniach wykonanych w Anglii przez Farquhara [15].

Dane na temat sytuacji osób starszych w Polsce, opublikowane przez Błędowskiego i wsp. [4], wskazują, że w wyniku działań podejmowanych w ramach polityki społecznej wobec seniorów poprawie powinna ulec sytuacja oceniana nie tylko z perspektywy zaspokojenia potrzeb materialnych i społecznych, ale także tych związanych ze statusem społecznym i pozycją seniorów w środowisku. W badaniach brazylijskiego pokolenia 80+ Xavier i wsp. [94] zauważyli, że na postawy pozytywne wpływało zaangażowanie seniorów w zajęcia domowe lub wiejskie. Teston i Marcon [83] zaobserwowali wśród osób w wieku 60+, w tym samym kraju, zależność jakości życia od warunków zamieszkania. W badaniach wykonanych w Malezji wśród ludzi starszych Khan i Tahir [34] odnotowali, że wspólne zamieszkanie z rodziną lub krewnymi podnosiło jakość życia, zaś konieczność polegania na partnerze lub dzieciach, w przeciwieństwie do samodzielności, obniżało tę jakość. Sováriová Soósová [70] dostrzegła, że aktywność społeczna starszych Słowaków była znacząca dla jakości ich życia. Z kolei Strine i wsp. [75] wykazali, że na jakość życia Amerykanów wpływały czynniki społeczne i emocjonalne, a na tej podstawie kształtowane było poczucie stanu zdrowia fizycznego i psychicznego.

Z dotychczasowych, dość fragmentarycznych prac wynika, że otoczenie społeczne, więzi społeczne, więzi rodzinne były ważne dla subiektywnej oceny jakości życia,

choć często w sposób nieuświadomiany. Ich brak rodził poczucie wyobcowania, braku sensu życia, zamknięcie się w sobie, a w następstwie głęboką depresję.

Edukacja i aktywność umysłowa

Wydłużanie się życia ludzkiego i odpoczynek na emeryturze pozwalają na poświęcanie czasu wolnego na udział w różnych formach edukacji i aktywności w zorganizowanych grupach. Według Szatur-Jaworskiej i wsp. [78] edukacja pozwala ludziom w osiągnięciu niezależności, dlatego też powinna pomagać w samodzielności życiowej w okresie starości oraz ograniczać stereotypy dotyczące życia ludzi starszych, zaś nabyte umiejętności ułatwiają radzenie sobie w życiu codziennym i przystosowanie się do szybko zmieniających się warunków tego życia.

Ocena znaczenia edukacji i poziomu wykształcenia była przedmiotem niewielu badań. Sherizadeh i wsp. [67] wykazali, że ponad 80 % irańskich respondentów oceniło swoją jakość życia jako średnią, a płeć ani wiek nie wywierały istotnego wpływu na ocenę tej jakości, ale pozytywnie wpływały na nią takie czynniki, jak właśnie poziom wykształcenia i pozostawanie w związku małżeńskim.

Istotnym instrumentem edukacji seniorów stały się w Polsce Uniwersytety Trzeciego Wieku [11, 49, 95]. Wybór przekazywanych treści poprzedzany jest zapoznaniem się z oczekiwaniami, poziomem wiedzy i zdolnościami percepcyjnymi odbiorców przy uwzględnieniu czynników socjodemograficznych związanych ze stylem życia (sposób spędzania czasu wolnego, palenie tytoniu, aktywność fizyczna, stosowanie używek itp.) [37, 38]. Cele działania UTW to według Szatur-Jaworskiej i wsp. [78]: włączanie ludzi starszych do systemu kształcenia ustawicznego, przekazywanie wiedzy z różnych dziedzin, zachęcanie do aktywności fizycznej i intelektualnej słuchaczy, wdrażanie profilaktyki gerontologicznej. Drożdż [11] zwrócił uwagę na dwie ważne funkcje UTW – edukacyjną i rekreacyjno-integracyjną. Różne formy aktywności proponowane w ramach uczestnictwa w UTW są odpowiedzią na potrzeby osób starszych. Wpływają bowiem pozytywnie na ich samoocenę, eliminują funkcjonujący stereotyp społeczny i przeciwdziałają marginalizacji społecznej [6]. W raporcie Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego [62] wyrażono przekonanie, że dominującym czynnikiem skłaniającym seniorów do korzystania z oferty uniwersytetów była chęć podjęcia aktywności fizycznej i kulturalnej, a 99 % badanych seniorów – studentów uważało, że uczestnictwo w zajęciach UTW pozytywnie wpływało na jakość ich życia.

Reasumując, można uznać, że poziom wykształcenia wpływał na jakość życia ludzi starszych, gdyż pozwalał im na większą aktywność społeczną, poczucie pozostawania członkiem wspólnoty społecznej. Poza wiedzą na temat założeń funkcjonowania Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Polsce oraz seniorów uczestniczących w tego typu edukacji brak było badań szerszej populacji seniorów, które określiłyby, jaka aktyw-

ność społeczna cechuje tę grupę, jakie są jej oczekiwania w tym względzie i jak są one spełniane.

Aktywność fizyczna

Według Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ) dużą i systematyczną aktywność fizyczną w czasie wolnym od pracy deklarowało 23 % kobiet oraz 27 % mężczyzn, natomiast aktywność umiarkowaną – 12 ÷ 13 % badanych i był to trend wzrostowy w latach 2002 - 2004 [12]. Jak podał GUS [61], większość dorosłych Polaków spędzała czas wolny biernie lub wykonywała czynności niewymagające wysiłku fizycznego, jak oglądanie telewizji lub słuchanie radia – były to głównie osoby starsze. Według Halickiego i Halickiej [25] styl życia polskich seniorów można określić jako bierny i monotony. Kozdroń [39] szacował, że na terenie Warszawy rekreacyjną aktywność fizyczną podejmowało zaledwie 1 % populacji osób starszych. Babicz-Zielińska i Tańska [3] przeprowadziły badania aktywności fizycznej seniorów i dowiodły, że na aktywny tryb życia wpływ wywierały płeć, poziom wykształcenia i sytuacja materialna badanych. Czas wolny aktywnie spędzały przede wszystkim osoby w wieku 50 - 60 lat oceniające swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą, z normatywną masą ciała lub nadwagą. Zdecydowana większość słuchaczy UTW była aktywna fizycznie (84,3 %) w odróżnieniu od innych seniorów (60,8 %).

W UTW realizowane były różne programy aktywności ruchowej osób starszych w celu utrzymania odpowiedniej ich sprawności fizycznej, samodzielności i niezależności życiowej [40]. Morgulec-Adamowicz i wsp. [53] podali, że aż 97 % z nich uczestniczyło w zajęciach związanych z aktywnością fizyczną, głównie w wycieczkach krajoznawczych, zajęciach rekreacyjno-sportowych i w pieszych wycieczkach.

Gębska-Kuczerowska [18] odnotowała, że osoby aktywne znacznie lepiej oceniały stan swojego zdrowia, były mniej obciążone chorobami układu krążenia, rzadziej korzystały z opieki szpitalnej, były sprawniejsze fizycznie i odznaczały się lepszą kondycją psychiczną. Według raportu GUS [28] dotyczącego jakości życia ludzi starszych po 65. roku życia, tylko 9 % seniorów przynajmniej raz w tygodniu uprawiało sport (bieganie, jazda na rowerze), a 55 % przynajmniej raz w tygodniu lub częściej chodziło na spacer. Pernambuco i wsp. [59] zauważyli, że aktywność fizyczna Brazylijczyków nie była głównym czynnikiem decydującym o postrzeganiu jakości życia, ale stanowiła ważny instrument generujący niezależność funkcjonalną i dobre samopoczucie wśród osób starszych.

Aktywność fizyczna była więc kolejną ważną determinantą pośrednio kształtującą jakość życia. Brak aktywności może przekładać się na większą zachorowalność, a to z kolei na obniżenie postrzeganej jakości życia. Dane dotyczące rzeczywistej aktywności fizycznej były jednak bardzo rozbieżne.

Podsumowanie

Analiza dotychczasowego stanu wiedzy na temat oceny jakości życia wskazuje na zróżnicowanie zarówno domen, jak i determinant. Wynika ono z regionalnych uwarunkowań, jak również z często dowolnej interpretacji różnych pojęć, ze wskazaniem na konieczny kierunek dalszych prac naukowych. Znacznie lepiej przedstawia się metodologia badań oceny jakości życia, gdyż skale oraz metody proponowane przez WHO i uzupełniane o inne sposoby oceny zależne od aspektu badań są adekwatne do potrzeb.

Determinanty oceny jakości życia w małym stopniu zależą od płci, wieku i miejsca zamieszkania. Ważkość tych determinant w przypadku ludzi starszych jest inna niż dla młodego i średniego pokolenia. Najbardziej istotne czynniki wpływające na jakość życia to stan zdrowia, sposób odżywiania, wykształcenie oraz aktywność fizyczna i umysłowa.

Literatura

- [1] Al Windi A., Elmfeldt D., Tibblin G., Svärdsudd K.: The influence of sociodemographic characteristics on well-being and symptoms in a Swedish community. Results from a postal questionnaire survey. *Scand. J. Primary Health Care*, 1999, 17, 201-209.
- [2] Aldwin C.M., Park C.L., Spiro III A.: Health psychology and aging: Moving to the next generation of research. In: *Handbook of Health Psychology and Aging*. Eds. C.M. Aldwin, C.L. Park, A. Spiro III. The Guilford Press, New York City 2007, pp. 413-424.
- [3] Babicz-Zielińska E., Tańska M.: Rola Uniwersytetu Trzeciego Wieku w kształtowaniu prozdrowotnych postaw słuchaczy. *Marketing i Rynek*, 2015, 2, 211-219.
- [4] Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P.: Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012.
- [5] Bowling A.: *Ageing Well: Quality of Life in Old Age*. London 2005.
- [6] Czerniawska O.: Style życia ludzi starszych. W: *Style życia w starości*. Red. O. Czerniawska. Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 1998, ss. 17-26.
- [7] Da Silva J.V., Baptista M.N.: Vitor Quality of Life Scale for the Elderly: Construction. *Arch. Gerontol. Geriatr. Res.*, 2019, 4 (1), 1-8.
- [8] De Paiva M.H.P., Pegoraro M.S., Nascimento J.S., da Silva Santos A.: Factors associated with quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais, Brazil. *Ciência Saúde Coletiva*, 2016, 21 (11), 3347-3356.
- [9] GUS: *Diagnoza społeczna*. Wyd. GUS, Warszawa 2016.
- [10] Diener E., Lucas R.E., Oishi S., Suh E.M.: Looking up and looking down: Weighting good and bad information in life satisfaction judgments. *Personality Social Psychol. Bull.*, 2002, 28, 437-445.
- [11] Drożdż M.: Edukacyjna i rekreacyjno-kulturalna funkcja Uniwersytetów Trzeciego Wieku. W: *Kapitał intelektualny osób aktywnych zawodowo. Formy i metody zarządzania wiedzą poprzez ustawiczne kształcenie dorosłych*. Red. A. Bluzak. Wyższa Szkoła Biznesu National Louis University, Nowy Sącz 2009.

- [12] Drygas W., Kwaśniewska M., Szcześniewska D., Kozakiewicz K., Głuszek J., Wiercińska E., Wyrzykowski B., Kurjata P.: Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska*, 2005, 63 (6) Suppl. 4, #81532.
- [13] Duda G., Józwiak A., Chmielewska Z.: Wybrane elementy stylu życia i nieprawidłowości stanu odżywienia osób w wieku podeszłym z niedokrwinną chorobą serca. *Badania wstępne. Nowiny Lekarskie*, 2001, 70, 1028-1036.
- [14] Duda G.: Zwyczaje żywieniowe a stan zdrowia i odżywienia osób w wieku podeszłym. *Bromatol. Chemia Toksykol.*, 2003, Suppl., 243-248.
- [15] Farquhar M.: Elderly people's definition of quality of life. *Soc. Sci. Med.*, 1995, 41 (10), 1439-1446.
- [16] Fernandez-Ballesteros R.F.: GeroPsychology: An Applied Field for the 21st Century. *Europ. Psycholog.*, 2006, 11 (4), 312-323.
- [17] Gębska-Kuczerowska A., Miller M.: Sytuacja zdrowotna ludzi powyżej 65 roku życia. *Zdrowie Publiczne*, 2006, 116 (1), 135-137.
- [18] Gębska-Kuczerowska A.: Ocena zależności między aktywnością fizyczną a stanem zdrowia ludzi w podeszłym wieku. *Przegl. Epidemiol.*, 2002, 56, 471-477.
- [19] Gibney M.J., Margetts B.M., Kearney J.M., Arab L.: *Public Health Nutrition*. Blackwell Science, Oxford 2004.
- [20] Głębocka A., Szarzyńska M.: Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontologia Polska*, 2005, 13 (4), 255-259.
- [21] Greenglass E., Fiksenbaum L.M., Eaton J.: The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress Coping*, 2006, 19 (1), 15-31.
- [22] Grunert K.G., Dean M., Raats M.R., Nielsen N.A., Lumbers M.: A measure of satisfaction with food-related life. *Appetite*, 2007, 49, 486-493.
- [23] Halicka M., Pędich W.: Satysfakcja życiowa ludzi starych. W: *Polska starość*. Red. B. Synak. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, ss. 219-230.
- [24] Halicka M.: Satysfakcja życiowa ludzi starych. *Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2004*.
- [25] Halicki J., Halicka M.: Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych. W: *Polska starość*. Red. B. Synak. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, ss. 189-218.
- [26] Hung H.C., Josphipura K.J., Jiang R., Hu F.B., Hunter D., Smith-Warner S.A., Colditz G.A., Rosner B., Spiegelman D., Willett W.C.: Fruit and vegetable intake and risk of major chronic disease. *J. Nat. Cancer Inst.*, 2004, 96, 1577-1584.
- [27] Izdebski P., Polak A.: Bilans życia i poczucie koherencji osób starszych w zależności od ich aktualnej sytuacji życiowej. *Gerontologia Polska*, 2005, 3, 188-194.
- [28] GUS: *Jakość życia ludzi starszych w Polsce na podstawie wyników badania spójności społecznej 2015*. Wyd. GUS, Warszawa 2017.
- [29] Joshi M.R.: Factors determining quality of life of elderly people in rural Nepal. *J. Gerontol. Geriatr. Res.*, 2020, 9 (3), #510.
- [30] Kałuża J., Brzozowska A.: Wykorzystanie analizy włosów do oceny uwarunkowań stanu odżywienia żelazem osób starszych zamieszkałych w rejonie warszawskim. *Żyw. Człow. Metab.*, 2002, 29, 294-298.
- [31] Kałuża J., Jeruszka M., Brzozowska A.: Ocena stanu odżywienia żelazem, cynkiem i miedzią osób starszych zamieszkałych w rejonie warszawskim na podstawie analizy włosów. *Rocz. PZH*, 2001, 52, 111-118.
- [32] Kaur H., Kaur H., Venkatesashan M.: Factors determining family support and quality of life of elderly population. *Int. J. Med. Sci. Public Health*, 2015, 4 (8), 1049-1053.
- [33] Khaje-Bishak Y., Payahoo L., Pourghasem B., Jafarabadi M.A.: Assessing the quality of life in elderly people and related factors in Tabriz. *Iran J. Caring Sci.*, 2014, 3 (4), 257-263.

- [34] Khan A.R., Tahir I.: Influence of social factors to the quality of life of the elderly in Malaysia. *Open Medic. J.*, 2014, 1, 29-35.
- [35] Kleiber M.: Memoriał Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN dla najwyższych władz Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie programu działań na rzecz poprawy sytuacji ludzi w starszym wieku. PAN, Warszawa 2008.
- [36] Knurowski T., van Dijk J.P., Geckova A.M., Brzyski P., Tobiasz-Adamczyk B., van den Heuvel W.J.: Socio-economic health differences among the elderly population in Krakow, Poland. *Sozial und Präventivmedizin*, 2005, 50, 117-185.
- [37] Kołajtis-Dołowy A., Schlegel-Zawadzka M.: Upowszechnianie wiedzy o żywieniu. W: *Żywnie człowieka a zdrowie publiczne*. Red. J. Gawęcki i W. Roszkowski. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2009, ss. 254-269.
- [38] Kołajtis-Dołowy A., Tyszka M.: Świadomość żywieniowa ludzi starszych w relacji do ich postaw i zachowań żywieniowych. *Żyw. Człow. Metab.*, 2004, 31, 3-17.
- [39] Kozdroń E.: Możliwości uczestnictwa ludzi starszych w zorganizowanych formach rekreacji ruchowej na terenie Warszawy. W: *Uczestnictwo Polaków w rekreacji ruchowej i jego uwarunkowania*. Red. A. Dąbrowski. Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica w Płocku, Płock 2003.
- [40] Kozdroń E.: Zorganizowana rekreacja ruchowa kobiet w starszym wieku w środowisku miejskim. Propozycja programu i analiza efektów prozdrowotnych. *Studia i monografie*. Wyd. AWF, Warszawa 2006.
- [41] Kozieł D., Trafiałek E.: Kształcenie na Uniwersytetach Trzeciego Wieku a jakość życia seniorów. *Gerontologia Polska*, 2007, 3, 104-108.
- [42] Krzyżowski J.: *Psychogeriatrya*. Wyd. Medyk, Warszawa 2004.
- [43] Larrieu S., Letenneur L., Berr C., Dartigues J.F., Ritchie K., Alperovitch A., Tavernier B., Barberger-Gateau P.: Sociodemographic differences in dietary habits in a population-based sample of elderly subjects. *J. Nutr. Health Aging*, 2004, 8, 497-502.
- [44] Lassota L.: Satysfakcja z życia emerytów w Polsce i w Niemczech. W: *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Red. S. Steuden i M. Marczuk. Wyd. KUL, Lublin 2006.
- [45] Levasseur M., St-Cyr Tribble D., Desrosiers J.: Meaning of quality of life for older adults: Importance of human functioning components. *Archiv. Gerontol. Geriatrics*, 2009, 49 (2), e91-e100.
- [46] Lichtenstein A.H., Appel L.J., Brands M., Carnethon M., Daniels S., Franch H.A., Franklin B., Kris-Etherton P., Harris W.S., Howard B., Karanja N., Lefevre M., Rudel L., Sacks F., van Horn L., Winston M., Wylie-Rosett J.: Diet and lifestyle recommendations revision 2006: A scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*, 2006, 114, 82-96.
- [47] Maciejasz M., Timoszek S., Łątkowski W., Grudecka A.: Wybrane aspekty życia osób 60+ w Polsce w świetle badań jakościowych. *Studia Ekonomiczne*, 2015, 223, 257-267.
- [48] Marcinek P.: Funkcjonowanie intelektualne a subiektywna jakość życia u osób w wieku emerytalnym. *Gerontologia Polska*, 2007, 3, 76-81.
- [49] Marczuk M.: Podłoże, kształtowanie i narodziny Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku. W: *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Red. S. Steuden i M. Marczuk. Wyd. KUL, Lublin 2006.
- [50] Mathers M., Canterford L., Olds T., Hesketh K., Ridley K., Wake M.: Electronic media use and adolescent health and well-being: Cross-sectional community study. *Academia Pediatrics*, 2009, 9, 307-314.
- [51] Maynard M., Gunnell D., Ness A.R., Abraham L., Bates C.J., Blane D.: What influences diet in early old age? Prospective and cross-sectional analyses of the Boyd Orr cohort. *Eur. J. Public Health*, 2005, 16 (3), 315-323.
- [52] Morales B.S., Coria M.D., Vargas H.M., Maldonado J.S., González M.M., Andrade G.L.: Satisfaction with life and with food-related life in central Chile. *Psicothema*, 2014, 26 (2), 200-206.

- [53] Morgulec-Adamowicz N., Rutkowska I., Rekowski W., Kosmol A., Bednarczuk G.: Zajęcia aktywności fizycznej w Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce. *Gerontologia Polska*, 2011, 19 (3-4), 190-198.
- [54] Netuveli G., Wiggins R.D., Hildon Z., Montgomery S.M., Blane D.: Quality of life at older ages: Evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J. Epidemiol. Community Health*, 2006, 60, 357-363.
- [55] Netuveli G., Blane D.: Quality of life in older ages. *Brit. Medic. Bull.*, 2008, 85, 113-126.
- [56] Niedźwiedzka E., Danowska-Oziewicz M., Słowińska M.A., Cichoń R., Szymelfejnik E., Waluś A.: Typy zachowań osób starszych związanych z żywnością. W: *Konsument żywności i jego zachowania w warunkach polskiego członkostwa w Unii Europejskiej*. Red. K. Gutkowska i L. Narojek. Wyd. SGGW, Warszawa 2005, ss. 313-321.
- [57] Okła W.: Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych w rodzinach własnych i domach opieki społecznej. W: *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Red. S. Steuden i M. Marczuk. Wyd. KUL, Lublin 2006.
- [58] Onunkwor O.F., Al-Dubai S.A.R., George P.P., Arokiasamy J., Yadav H., Barua A., Shuaibu H.O.: A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health Qual. Life Outcomes.*, 2016, 14 (6), 1-10.
- [59] Pernambuco C.S., Rodrigues B.M., Bezerra J.C.P., Carrielo A., de Oliveira Fernandes A.D., de Souza Vale R.G., Dantas E.H.M.: Quality of life, elderly and physical activity. *Health*, 2012, 4 (2), 88-93.
- [60] Piórecka B.: Dieta kluczem do zdrowia seniora. *Głos Seniora*, 2013, 6 (4), 26.
- [61] GUS: Prognoza społeczna. Wyd. GUS, Warszawa 2014.
- [62] ProVision Solutions: Rola Uniwersytetów Trzeciego Wieku w procesie aktywizacji kulturalnej seniorów. Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Kraków 2016.
- [63] Roszkowski W.: Żywnienie osób starszych. W: *Żywnienie człowieka zdrowego i chorego*. Tom 2. Red. M. Grzymisławski i J. Gawęcki. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2010, ss. 80-89.
- [64] Sadowska J., Śliwińska U.: Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia osób w wieku starszym, zamieszkałych na terenach wiejskich. *Żyw. Człow. Metab.*, 2005, 32, 187-202.
- [65] Santos L.F., Oliveira L.M.A.C., Barbosa M.A., Nunes D.P., Brasil V.V.: Quality of life of elderly who participate in group health promotion. *Enfermeria Global*, 2015, 40, 23-32.
- [66] Sęk H.: Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Wyd. Nauk. Scholar, Warszawa 2001.
- [67] Sherizadeh Y., Sarkhoshi R., Babazadeh T., Moradi F., Shariat F., Mirzaeian K.: The quality of life and its related factors in the elderly covered by health care centers in Khoy city, Iran. *J. Anal. Res. Clin. Med.*, 2016, 4 (3), 139-145.
- [68] Słowińska M.A., Wądołowska L.: Wskaźniki biochemiczne krwi a model żywienia osób starszych. *Przegl. Lek.*, 2003, 60 (Supl. 6), 25-30.
- [69] Słowińska M.A., Wądołowska L., Waluś A.: Zwyczaje żywieniowe a stan odżywienia osób starszych w województwa warmińsko-mazurskiego. *Żyw. Człow. Metab.*, 2001, 28 (Supl.), 84-89.
- [70] Sováriová Soósová M.: Determinants of quality of life in the elderly. *Cent. Eur. J. Nurs. Midw.*, 2016, 7 (3), 484-493.
- [71] Stanner S., Thompson R., Buttris J.L.: *Healthy Aging. The Role of Nutrition and Lifestyle*. Willey-Blackwell, Oxford 2009.
- [72] Steuden S., Oleś P.: Oddziaływania zwiększające poczucie jakości życia u pacjentów z zaburzeniami widzenia. W: *Psychologia jakości życia*. Red. A. Bańka. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2005, ss. 219-238.
- [73] Steuden S.: *Psychologia starzenia się i starości*. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2012.
- [74] Straś-Romanowska M.: Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę. *Koło-kwia Psychologiczne*, 2005, 13, 261-274.

- [75] Strine T., Chapman D.P., Baluuz L., Mookhad A.H.: Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support. Their relevance to psychiatry and medicine. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2008, 43 (2), 151-159.
- [76] Sygit M.: *Zdrowie publiczne*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
- [77] Szajkowski Z.: Ocena zawartości Mg, Ca i P w całodziennych racjach pokarmowych osób w wieku emerytalnym na podstawie badań ankietowanych i analitycznych. *Nowiny Lekarskie*, 2001, 70, 32-39.
- [78] Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M.: *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa 2006.
- [79] Szewczyczak M., Stachowska M., Talarska M.: Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Nowiny Lekarskie*, 2012, 81 (1), 96-100.
- [80] Szponar L., Sekuła W., Rychlik E., Ołtarzewski M., Figurska K.: *Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych*. Wyd. IŻŻ, Warszawa 2003.
- [81] Tańska M., Babicz-Zielińska E., Chaillot A.: Attitudes of elderly people towards new and unfamiliar food. *Handel Wewnętrzny*, 2017, 1 (366), 368-376.
- [82] Tańska M., Babicz-Zielińska E., Komorowska-Szczepańska W.: Zwyczaje żywieniowe osób starszych i ich wpływ na występowanie nadwagi i otyłości. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2013, 15 (2), 178-180.
- [83] Teston E.F., Marcon S.S.: Comparative study of quality of life of elderly living in condominiums versus community dwellers. *Invest. Educ. Enferm.*, 2015, 33 (1), 53-62.
- [84] Centers for Disease Control and Prevention, National Association of Chronic Disease Directors: *The state of mental health and aging in America. Issue brief 1: What do the data tell us?* CDC, Atlanta, GA, USA, 2008.
- [85] Trafiałek E.: *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*. Wyd. Uczeln. Wszechnica Świętokrzyska, Kielce 2006.
- [86] Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 2011, 46, 25-31.
- [87] Van Leeuwen K.M., van Loon M.S., van Nes F.A., Bosmans J.E., de Vet H.C.W., Ket J.C.F., Widdershoven G.A.M., Ostelo R.W.J.G.: What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS ONE*, 2019, 14 (3), #0213263.
- [88] Verdugo M.A., Schalock R.L., Keith K.D., Stancliffe R.J.: Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *J. Intellectual Disability Res.*, 2005, 49 (10), 707-717.
- [89] Wądołowska L.: *Żywieniowe podłoże zagrożeń zdrowia w Polsce*. Wyd. UWM, Olsztyn 2011.
- [90] Wheelwright S., Darlington A.-S., Fitzsimmons D., Fayers P., Arraras J.I., Bonnetain F., Brain E., Bredart A., Chie W.-C., Giesinger J., Hammerlid E., O'Connor S.J., Oerlemans S., Pallis A., Reed M., Singhal N., Vassiliou V., Young T., Johnson C.: International validation of the EORTC QLQ-ELD14 questionnaire for assessment of health-related quality of life elderly patients with cancer. *Brit. J. Cancer*, 2013, 109, 852-858.
- [91] World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse: *WHOQOL. Measuring Quality of Life*. WHO, Geneva 1997.
- [92] Wierzbicka E., Roszkowski W.: Stosowanie specjalnych diet oraz zwyczaje żywieniowe wybranej grupy osób starszych. *Żyw. Człow. Metab.*, 2004, 31, 17-28.
- [93] Wolnicka K., Rychlik E.: *Zalecenia żywieniowe dla osób w wieku starszym. W: Żywność osób w wieku starszym*. Red. M. Jarosz. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2011, ss. 61-69.
- [94] Xavier F.M.F., Ferraz M.P.T., Marc N., Escosteguy N.U., Moriguchi E.H.: Elderly people's definition of quality of life. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2003, 25 (1), 31-39.
- [95] Zaorska Z.: *Sluchacze Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku. W: Starzenie się a satysfakcja z życia*. Red. S. Steuden i M. Marczuk. Wyd. KUL, Lublin 2006.

QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY AND ITS DETERMINANTS

S u m m a r y

The increase in the number of the elderly in a given population has been caused by better living conditions, health care and other factors being characteristic of developed societies. One of the determinants of life comfort of humans is the quality of life that is determined by health, psyche, independence and social bonds. The problem is of particular importance in the group of the elderly and has been discussed in numerous scientific reports.

The objective of the paper was to critically review scientific publications referring to the issue of quality of life of the elderly and on this basis to indicate the most important achievements and the areas that require further research. Thus far the concept of quality of life has not been precisely defined as haven't the factors to describe that concept. In the paper, those significant determinants were characterised which, according to the authors, are of essential significance when evaluating the quality of life of the elderly. Among them, there are: health, nutrition, mental and physical activity, education and social context. Health is the most important factor to determine the quality of life regardless of the geographic region. The state of health primarily affects self-reliance in life. In many publications the predominating opinion is that social environment is the second main determinant of the quality of life. The environment is understood as a family, friends and acquaintances, and finally a peer group. Mental activity (including education) and physical activity are other important factors influencing the quality of life of seniors, whereby mental activity was more frequent than physical activity. The review of the results of the existing research on the quality of life of the elderly suggests there are differentiated domains and determinants of the quality of life. The studies on that social group were fragmentary, but nevertheless they properly described the model of quality of life of seniors. In particular was pointed out the advisability of various activities and projects to improve the quality of life during the period of grand old age.

Key words: quality of life, the elderly, determinants of life quality, health, nutrition, physical activity ☒