



# Jakość życia

Beata Tobiasz-Adamczyk

*Uniwersytet Jagielloński - Collegium Medicum*



## CEL:

- analiza oceny jakości życia dokonanej przez osoby starsze biorące udział w badaniu PolSenior 2 i jej charakterystyka w relacji do wybranych cech demograficzno-społecznych.

**Ewolucja –  
pojęcie jakości życia**



od wskaźników obiektywnych  
(status społeczno-ekonomiczny, stan funkcjonalny),  
do mierników opartych na ocenach subiektywnych



nowe koncepcje wieku starszego  
*„healthy ageing”*,  
*„successful ageing”*,  
*„active ageing”*

# Definicja jakości życia według WHO



- „jest to percepcja przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w którym żyje i w relacji do zadań, oczekiwań i standardów” (WHOQOL 1993, 1995);
- Inne definicje utożsamiały jakość życia z dobrym samopoczuciem, satysfakcją z życia, samoakceptacją, wolnością wyborów, poczuciem prywatności i oczekiwaniem szacunku dla jednostki.

- WHOQOL Group., 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, p. 1403-1409.

# Koncepcja jakości życia



5 dekad prac nad  
sprecyzowaniem pojęcia jakości  
życia i nad teoretycznym  
ujęciem tego pojęcia

Definicja WHO (1993)



Prace nad stworzeniem  
narzędzi mierzących  
jakość życia

WHOQOL – 100

WHOQOL – BREF

WHOQOL – OLD module



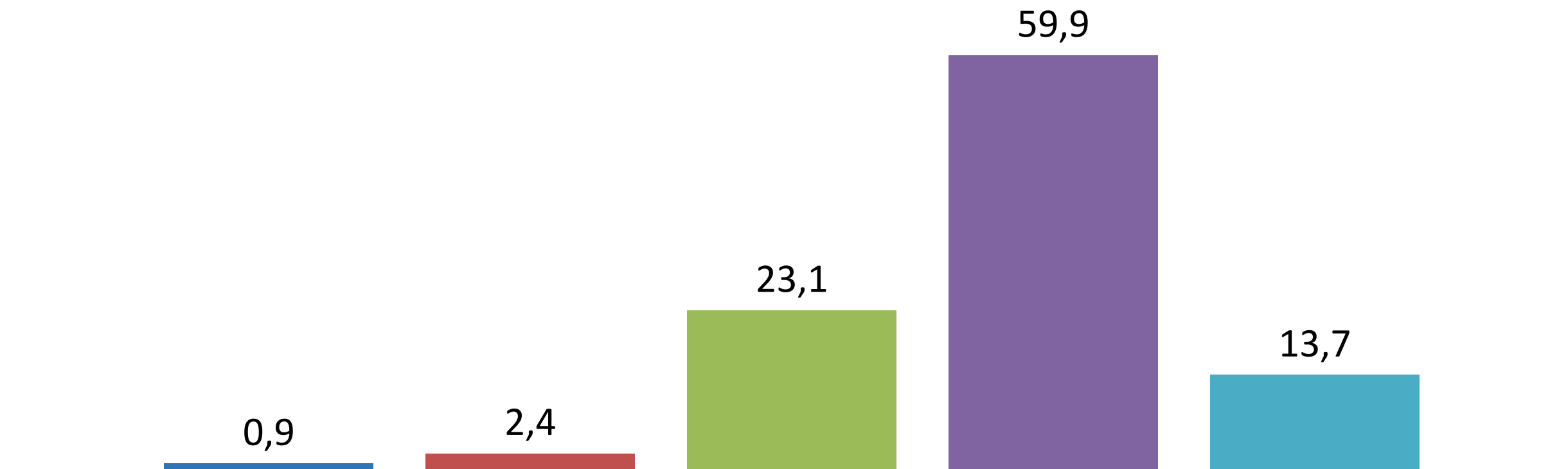
## WHOQOL – Age

Skala WHOQOL – Age składa się z 13 pytań, których część została zaadaptowana ze skali EUROHIS-QOL oraz skali WHOQOL-OLD.

- Zawisza, K., Tobiasz-Adamczyk, B., Gałaś, A. Walidacja polskiej wersji skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE w populacji osób starszych. Gerontologia Polska, 24(24), s.7-16.
- Caballero, F., Miret, M., Power, M., et al., 2013. Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. Health and Quality of Life Outcomes. BioMed Central, 11(1), s. 177.

# Ogólna ocena jakości życia mierzona skalą WHOQOL-AGE przez badanych w PolSenior 2

■ Bardzo zła   ■ Zła   ■ Ani dobra, ani zła   ■ Dobra   ■ Bardzo dobra

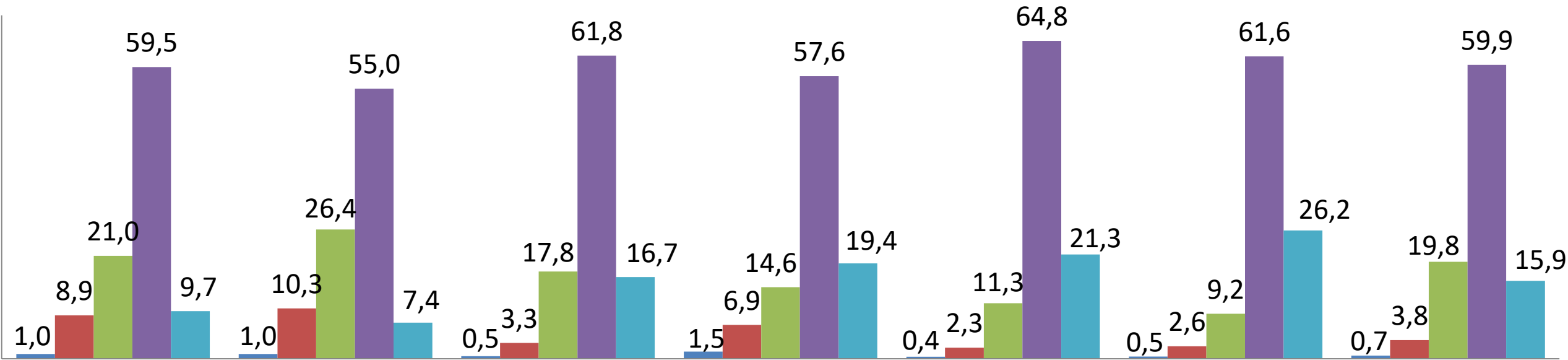


**P1. Jak oceniliby/aby Pan/i swoją jakość życia**

# Wyniki skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE



■ Bardzo niezadowolony/a   ■ Niezadowolony/a   ■ Ani zadowolony/a, ani niezadowolony/a   ■ Zadowolony/a   ■ Bardzo zadowolony/a



**P2. Na ile jest Pan/i zadowolony/a z tego, jak funkcjonuje Pana/i słuch, wzrok i inne zmysły?**

**P3. Na ile jest Pan/i zadowolony/a ze swojego zdrowia?**

**P4. Na ile jest Pan/i zadowolony/a z siebie?**

**P5. Na ile jest Pan/i zadowolony/a ze swoich zdolności (możliwości) wykonywania czynności życia codziennego?**

**P6. Na ile jest Pan/i zadowolony/a ze swoich osobistych relacji?**

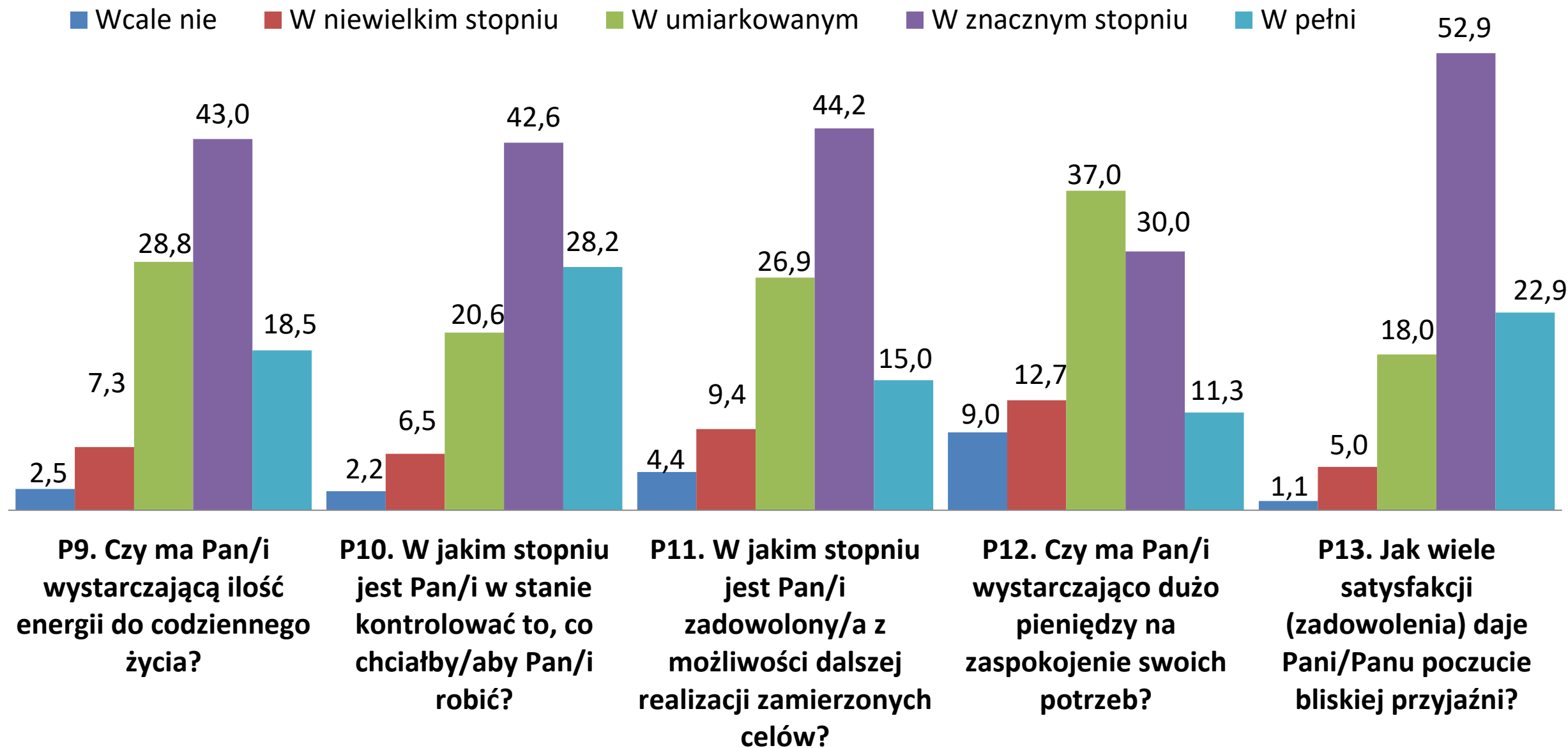
**P7. Na ile jest Pan/i zadowolony/a z warunków w Pana/i miejscu zamieszkania (domu)?**

**P8. Na ile jest Pan/i zadowolony/a ze sposobu wykorzystania swojego czasu?**

# Wyniki skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE

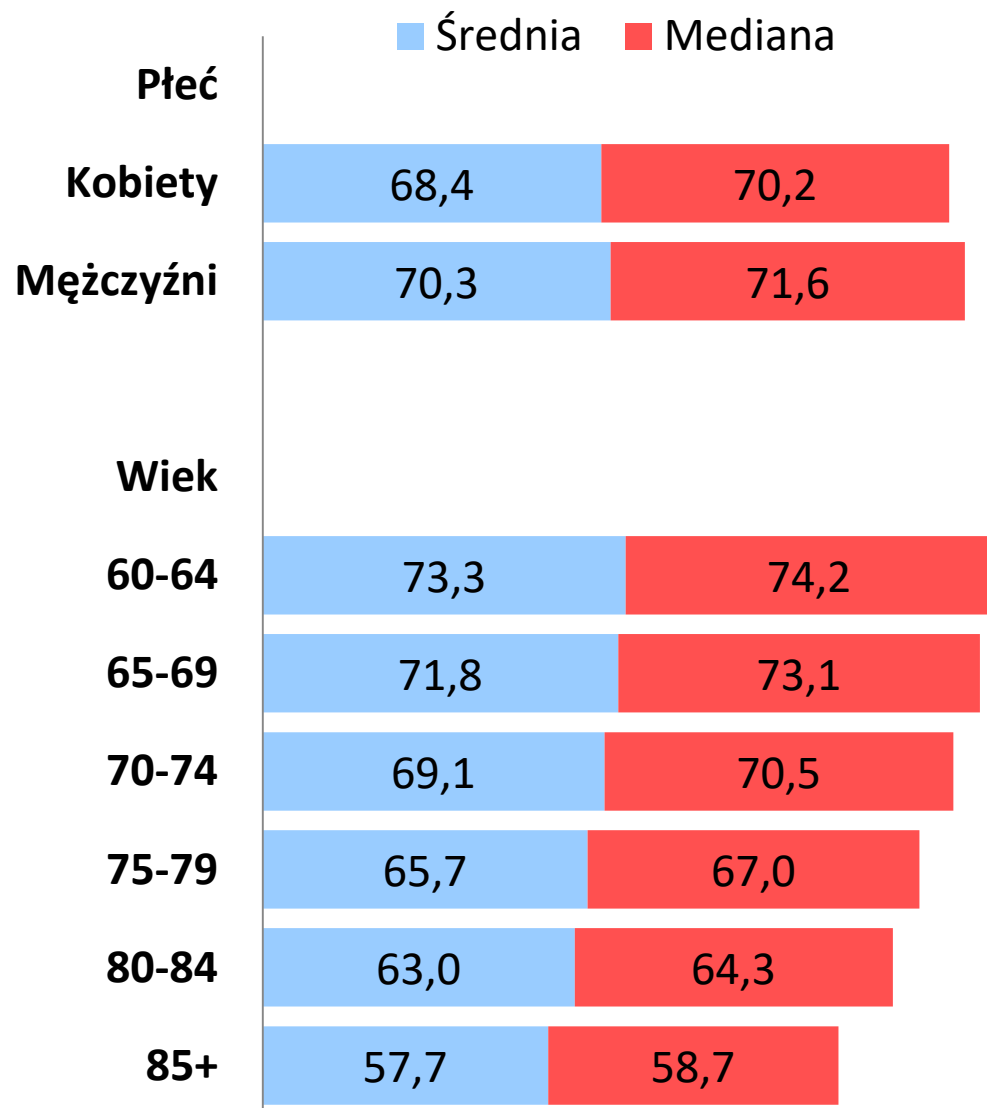


■ Wcale nie   ■ W niewielkim stopniu   ■ W umiarkowanym   ■ W znacznym stopniu   ■ W pełni

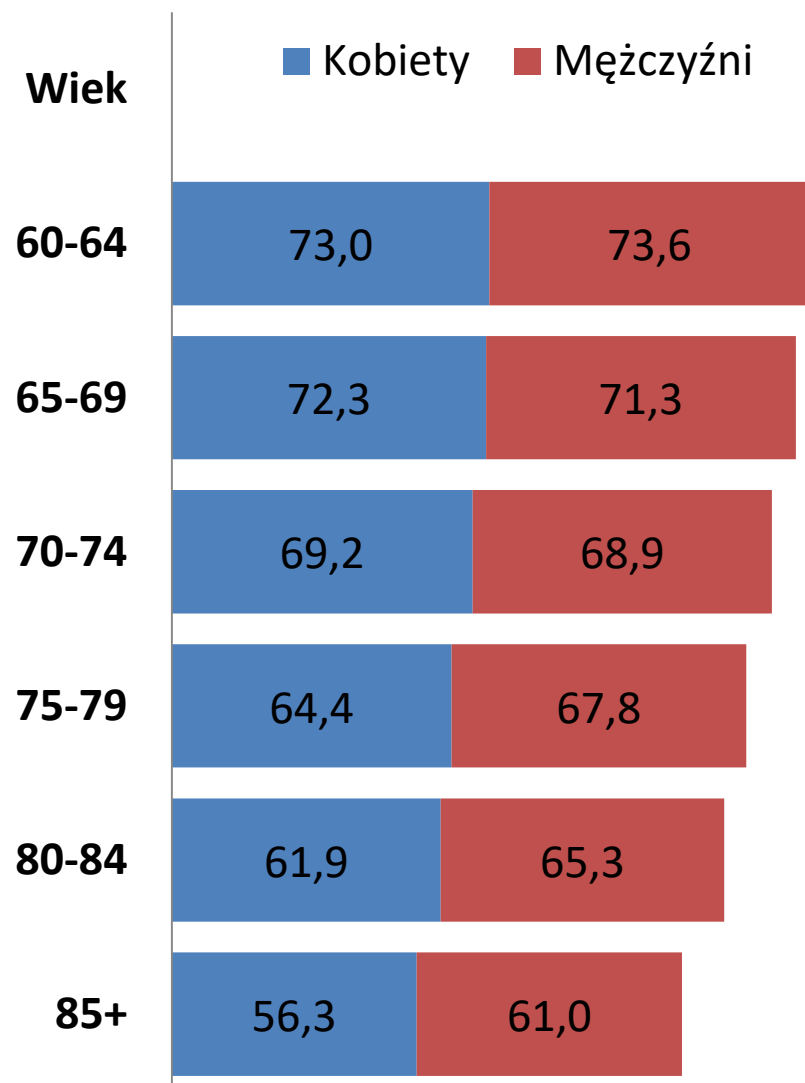




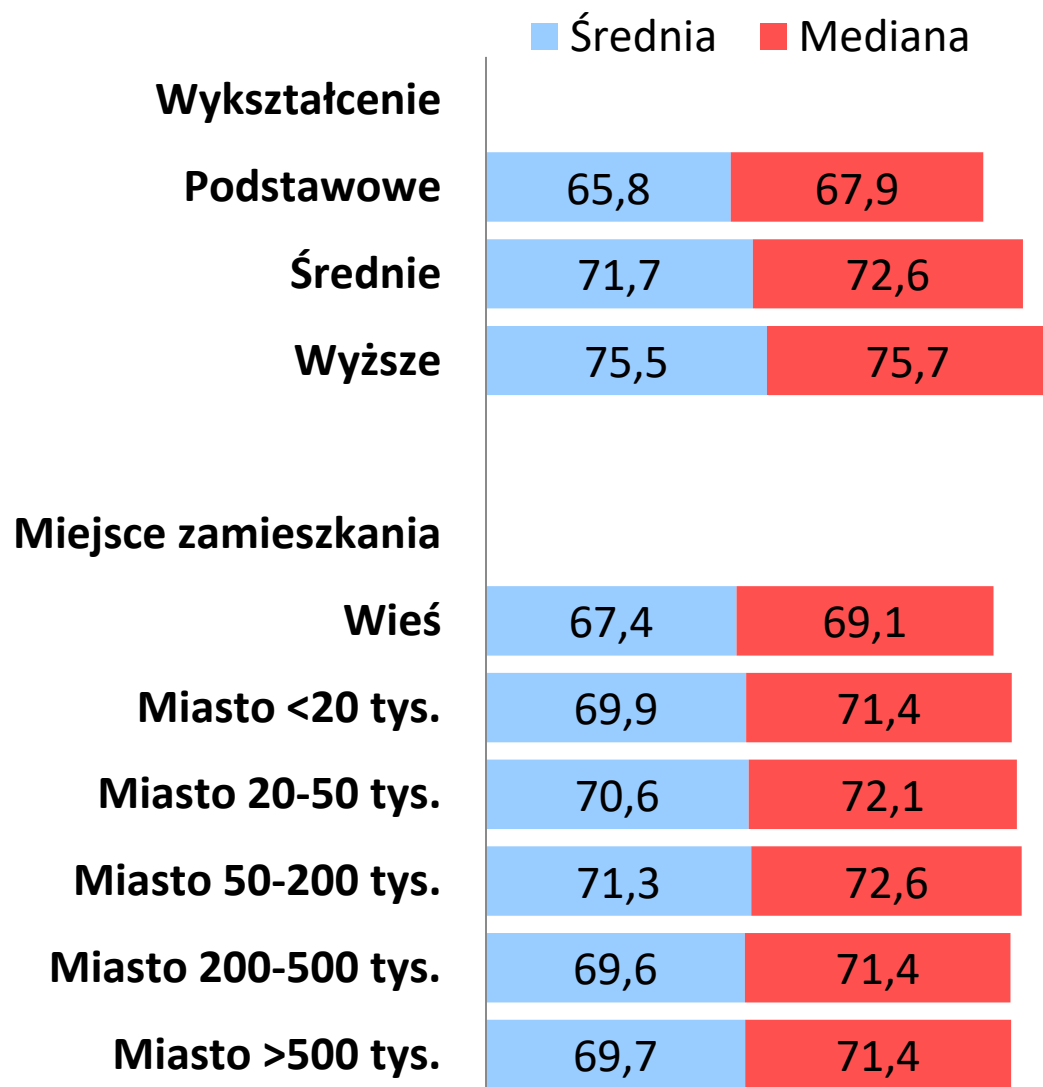
## Jakość życia według płci i wieku badanych



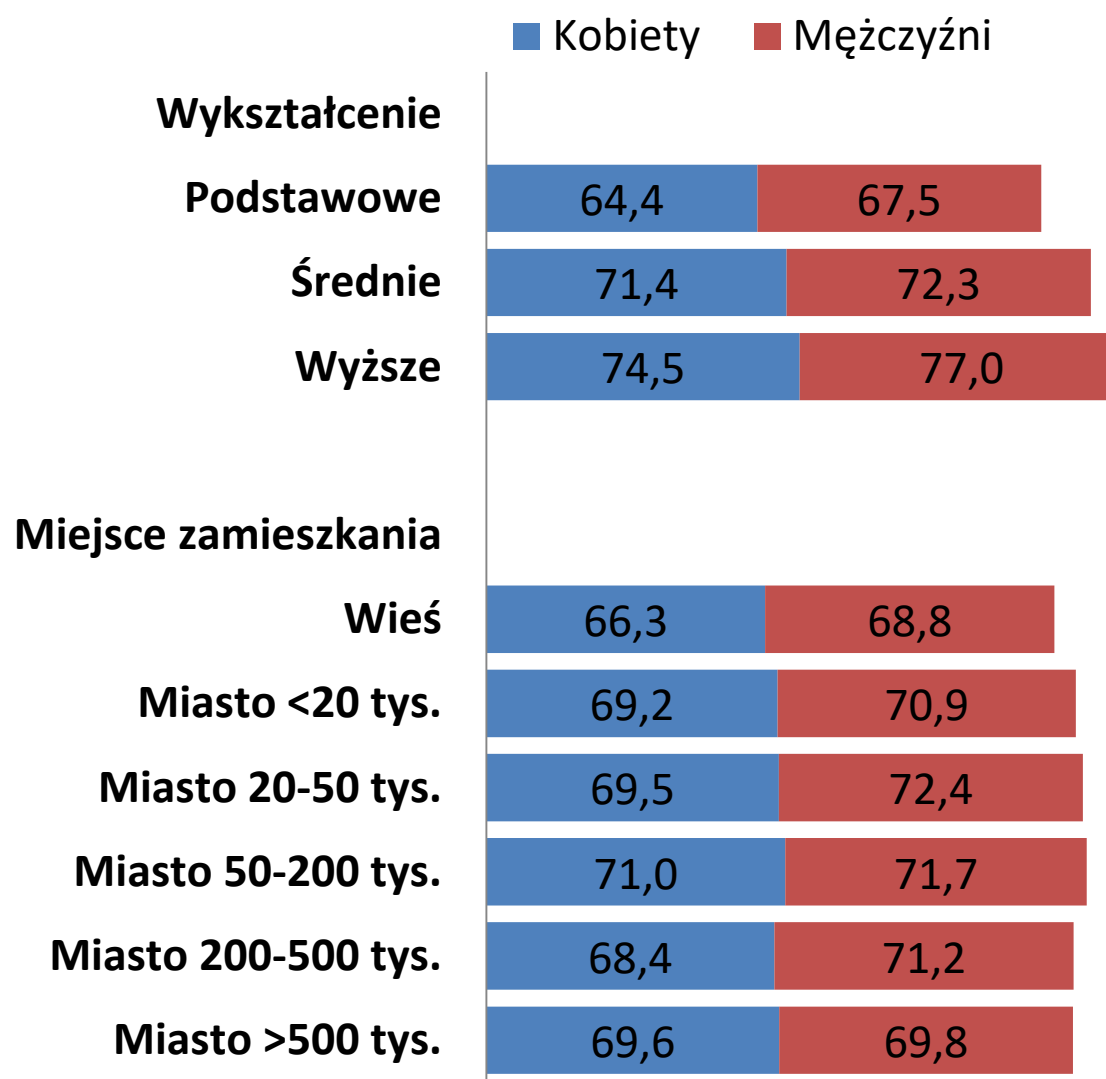
## Jakość życia kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych



## Jakość życia według poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania



## Jakość życia kobiet i mężczyzn w relacji do poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania



# WNIOSKI



- Analiza jednoznacznie potwierdza, że na ogólną ocenę jakości życia przez osoby starsze wpływ ma poczucie niezależności, możliwości podejmowania samodzielnych, autonomicznych decyzji, realizowania dalszych planów życiowych, a także silne więzi społeczne oparte na przyjaźni. Na przeszkodzie wysokiej oceny jakości życia mogą stać trudności materialne – ograniczające lub uniemożliwiające realizację potrzeb osób starszych.
- Uwarunkowania demograficzno-społeczne różnicują oceny jakości życia przez osoby starsze: jakość życia okazała się być niższa u kobiet, szczególnie w wieku 85 lat i więcej oraz wśród starszych osób o niskim poziomie wykształcenia i mieszkańców wsi.

# REKOMENDACJE



- Należy zadbać o stworzenie takich warunków „publicznej przestrzeni życiowej” osobom starszym, aby w pełni mogły one realizować swoje potrzeby wyższego rzędu – być postrzegane jako osoby posiadające plany i cele życiowe oraz zdolne do podejmowania autonomicznych decyzji.
- Działania ze strony wszystkich instytucji zajmujących się osobami starszymi powinny przede wszystkim być nastawione na pomoc i wsparcie tym podgrupom osób starszych, które wymagają specjalnych działań pomocowych, tj. kobietom w najstarszych grupach wiekowych, osobom z niskim wykształceniem oraz mieszkańcom wsi.

# Dostępność i poziom satysfakcji z usług medycznych

Beata Tobiasz-Adamczyk<sup>1</sup>, Aleksander Gałaś<sup>1</sup>,  
Tadeusz Jędrzejczyk<sup>2</sup>, Agnieszka Wojtecka<sup>2</sup>,  
Tomasz Grodzicki<sup>1</sup>

*1. Uniwersytet Jagielloński - Collegium Medicum*

*2. Gdański Uniwersytet Medyczny*



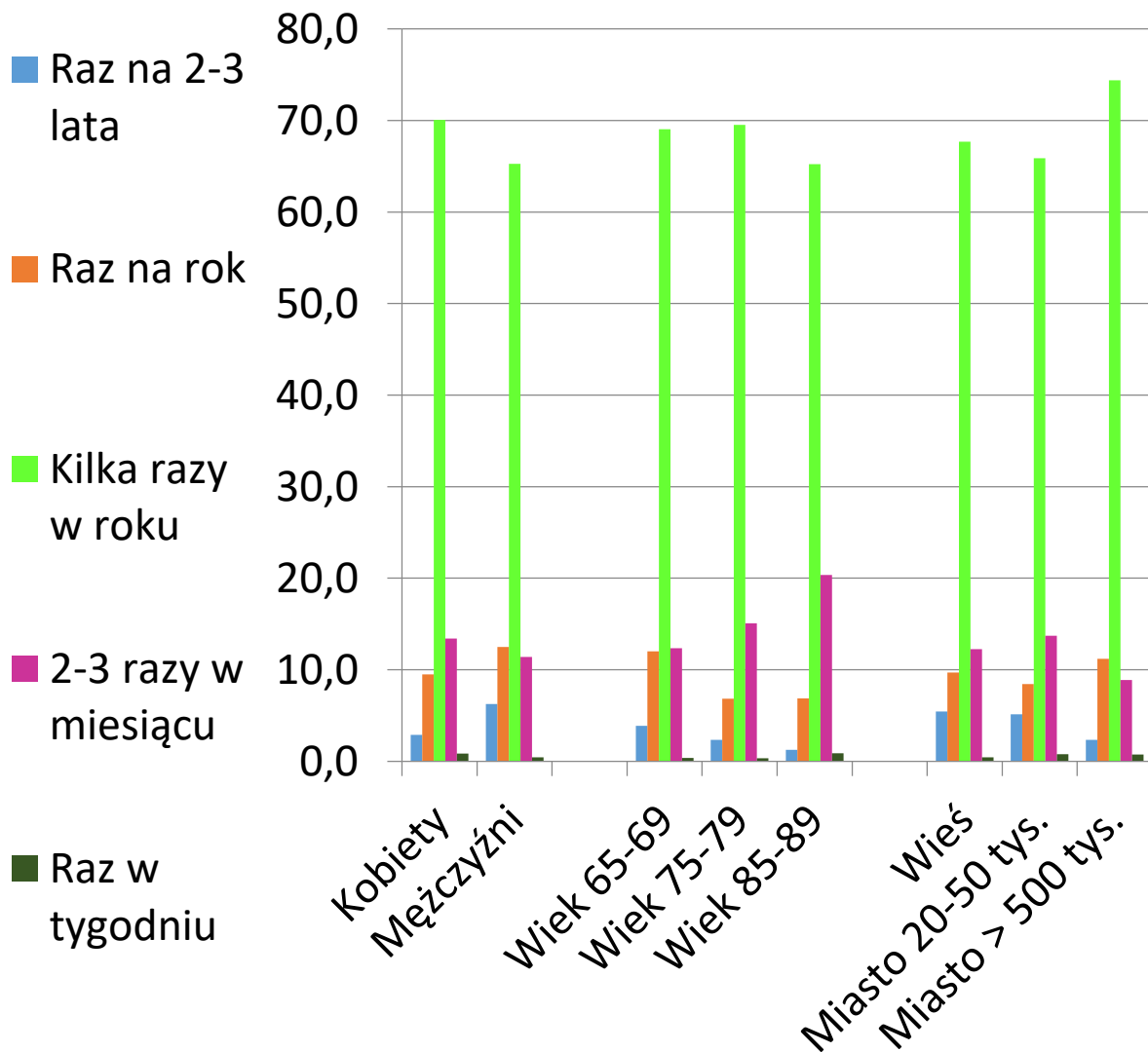
## CEL:

- określenie sposobów korzystania przez osoby starsze z różnych form usług medycznych oraz ocena stopnia ich dostępności i satysfakcji z usług medycznych w relacji do wybranych cech demograficzno-społecznych, w oparciu o 12 wskaźników.

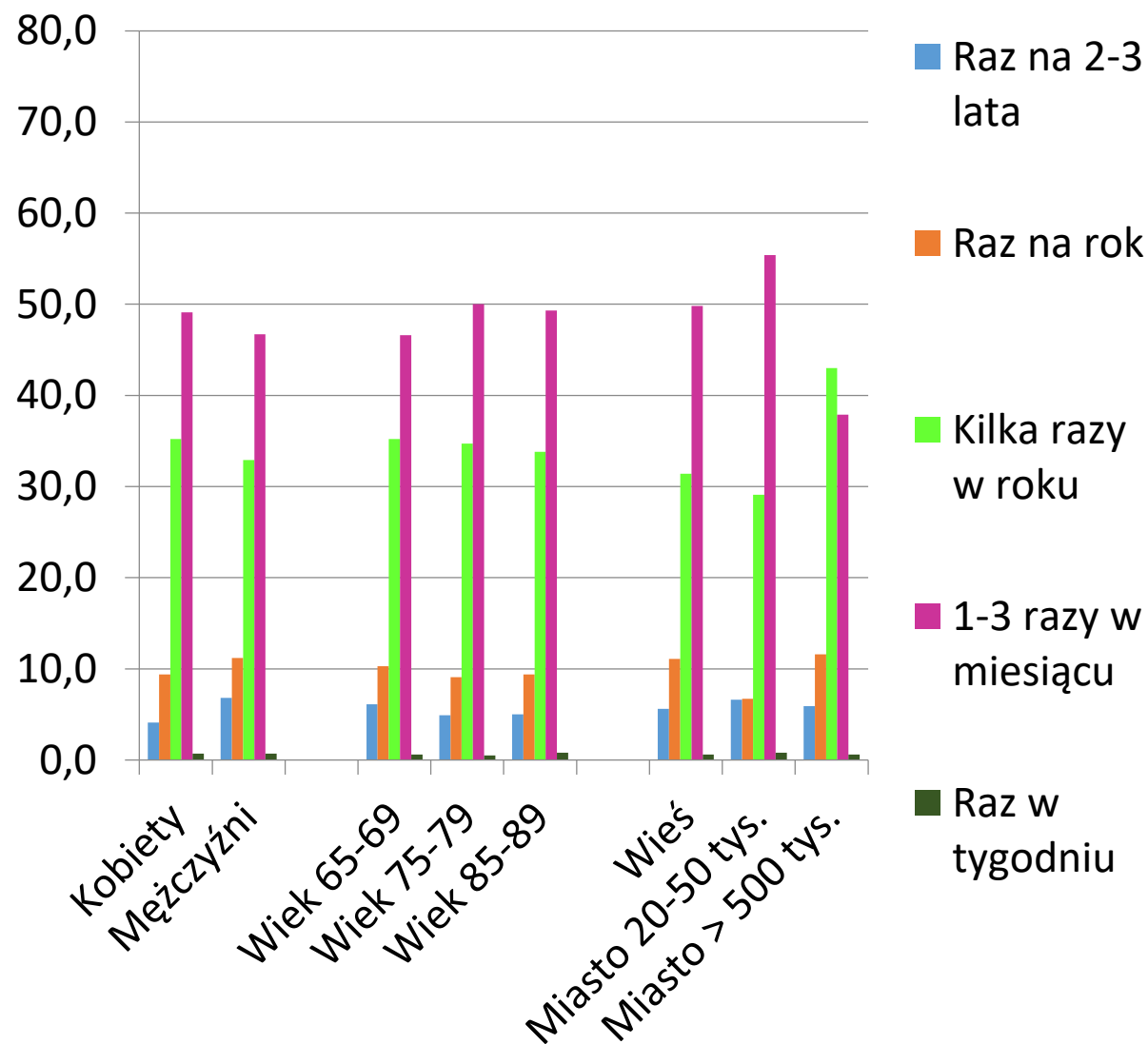
# Częstość kontaktów z lekarzem pierwszego kontaktu



## PoSenior 2



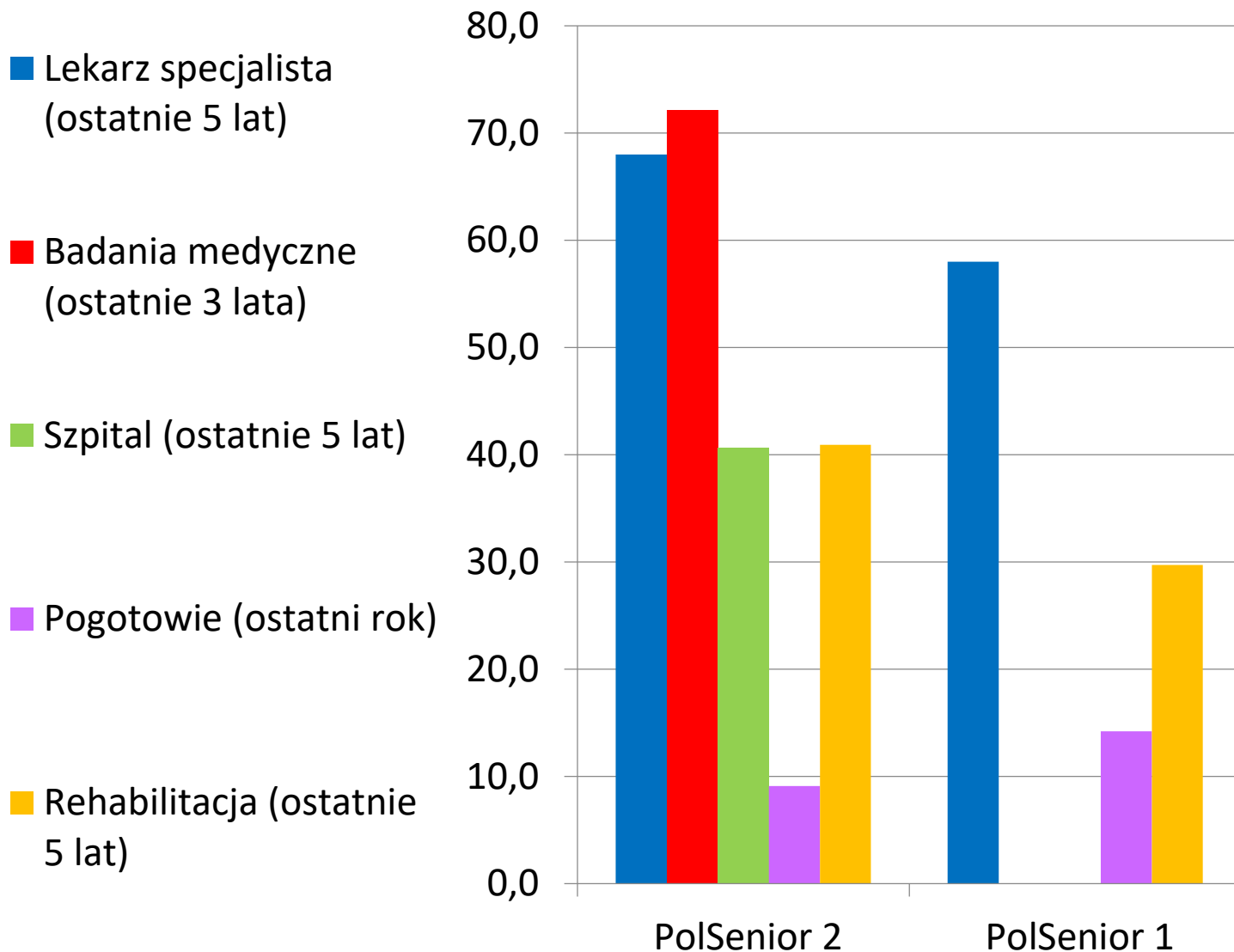
## PoSenior 1



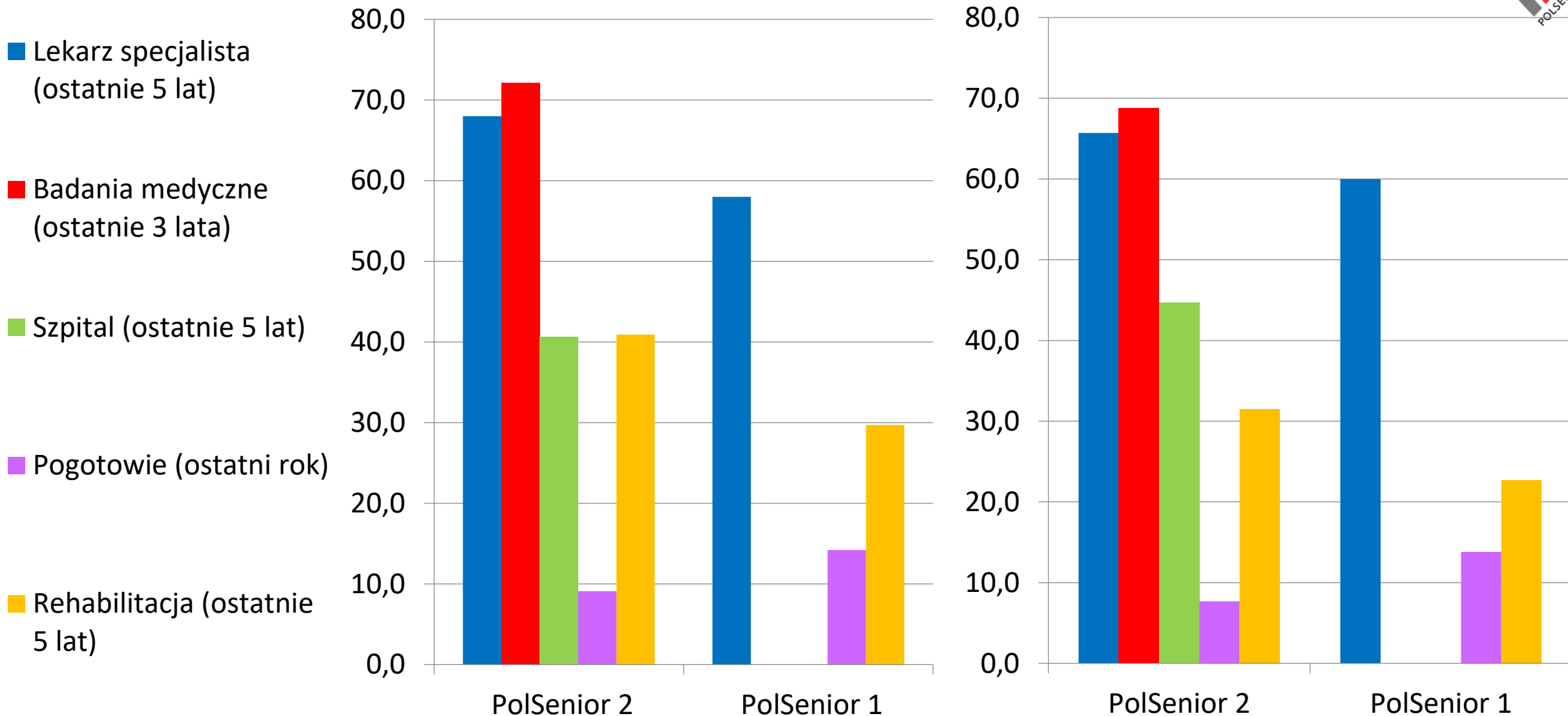
# Częstość korzystania



## Kobiety



## Mężczyźni



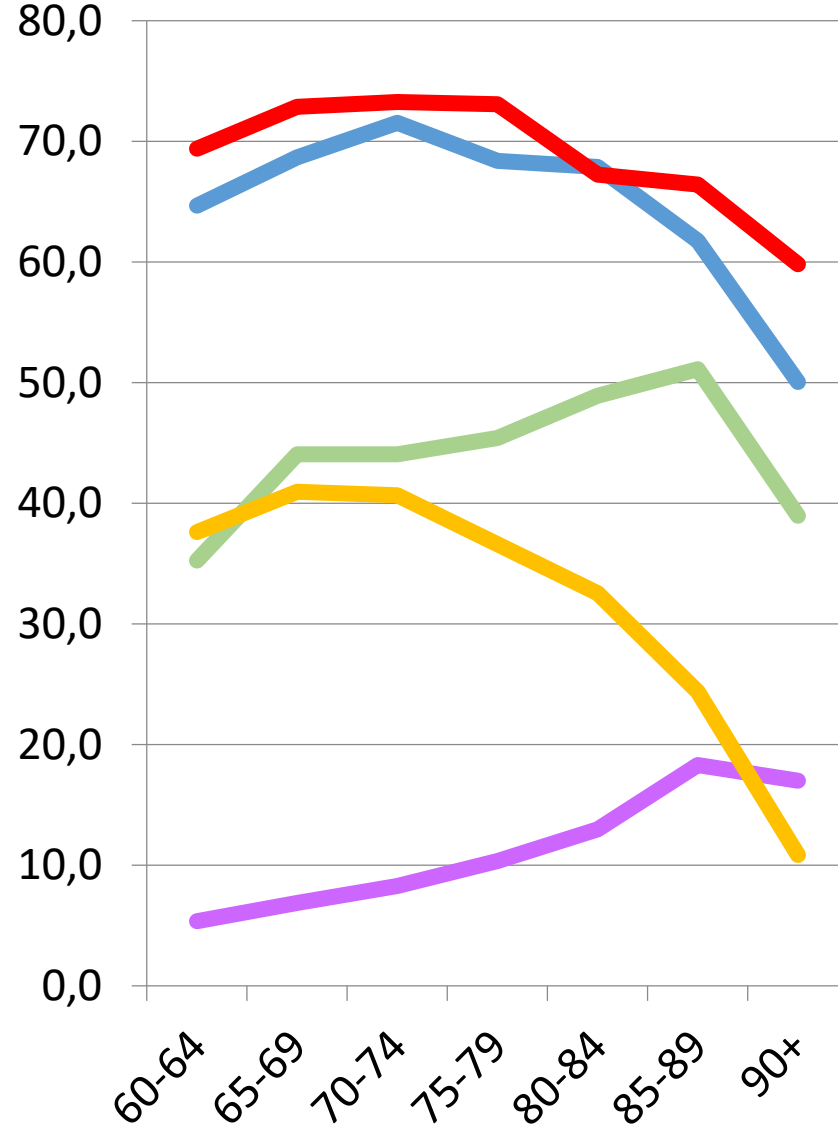


# Częstość korzystania

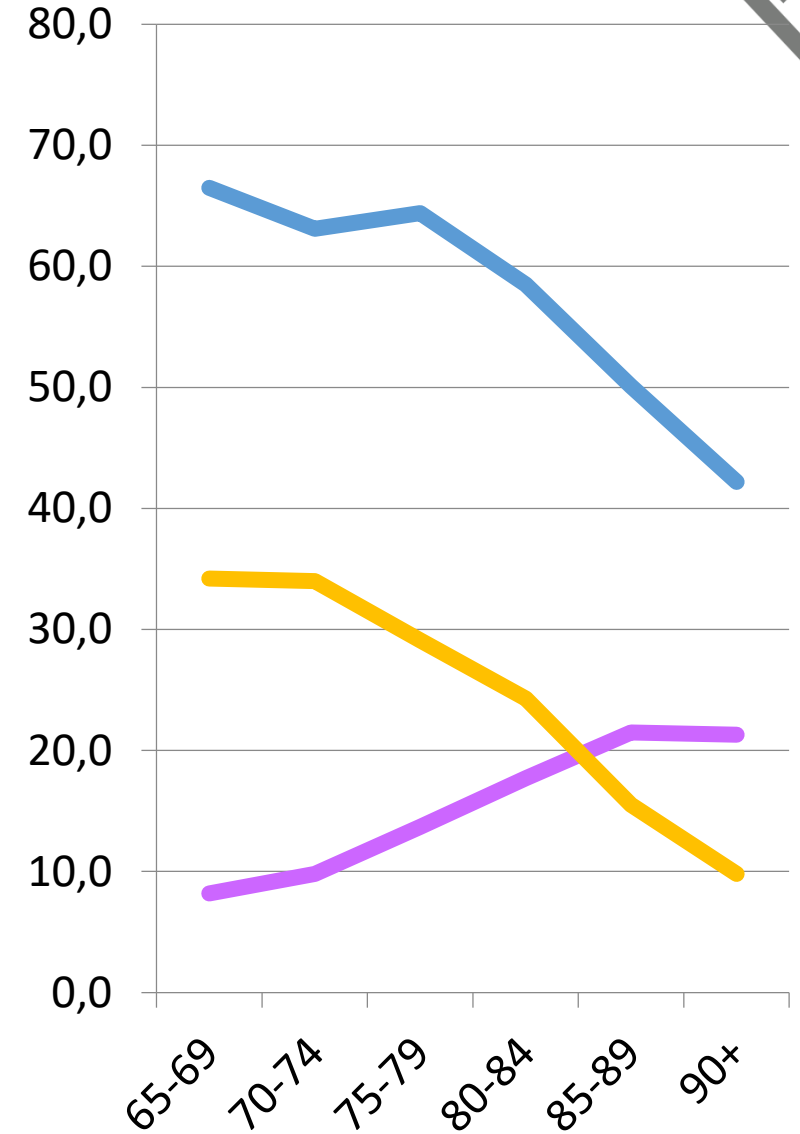


- Lekarz specjalista (ostatnie 5 lat)
- Badania medyczne (ostatnie 3 lata)
- Szpital (ostatnie 5 lat)
- Pogotowie (ostatni rok)
- Rehabilitacja (ostatnie 5 lat)

## PolSenior 2



## PolSenior 1

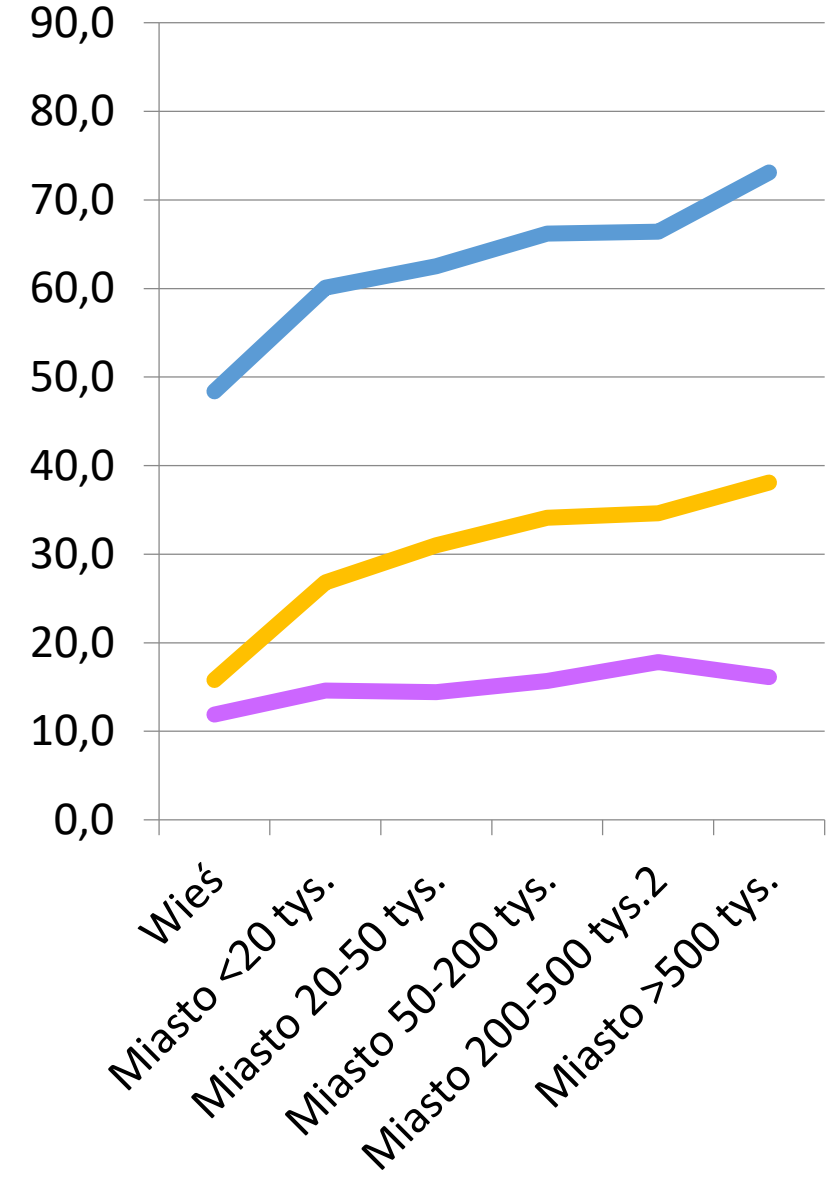
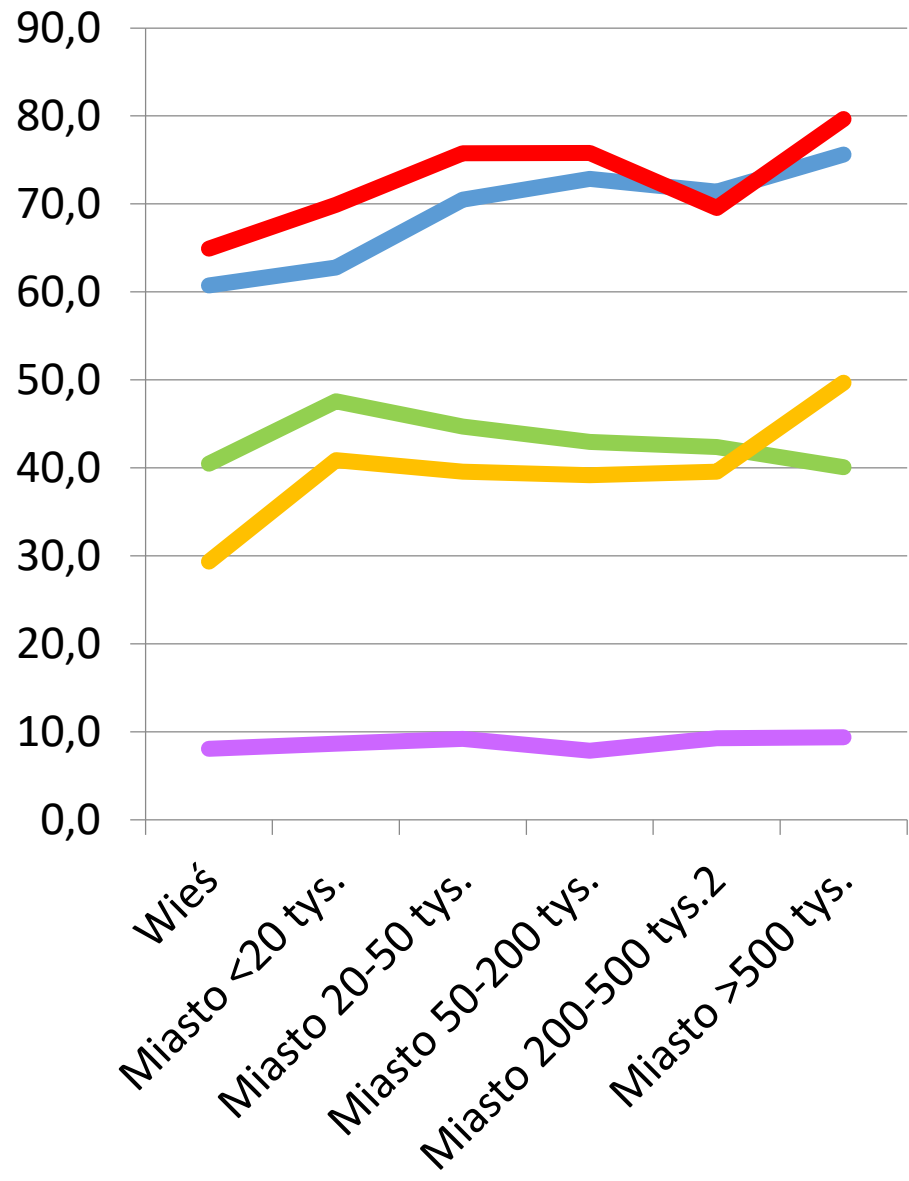


# Częstość korzystania

## PolSenior 2

## PolSenior 1

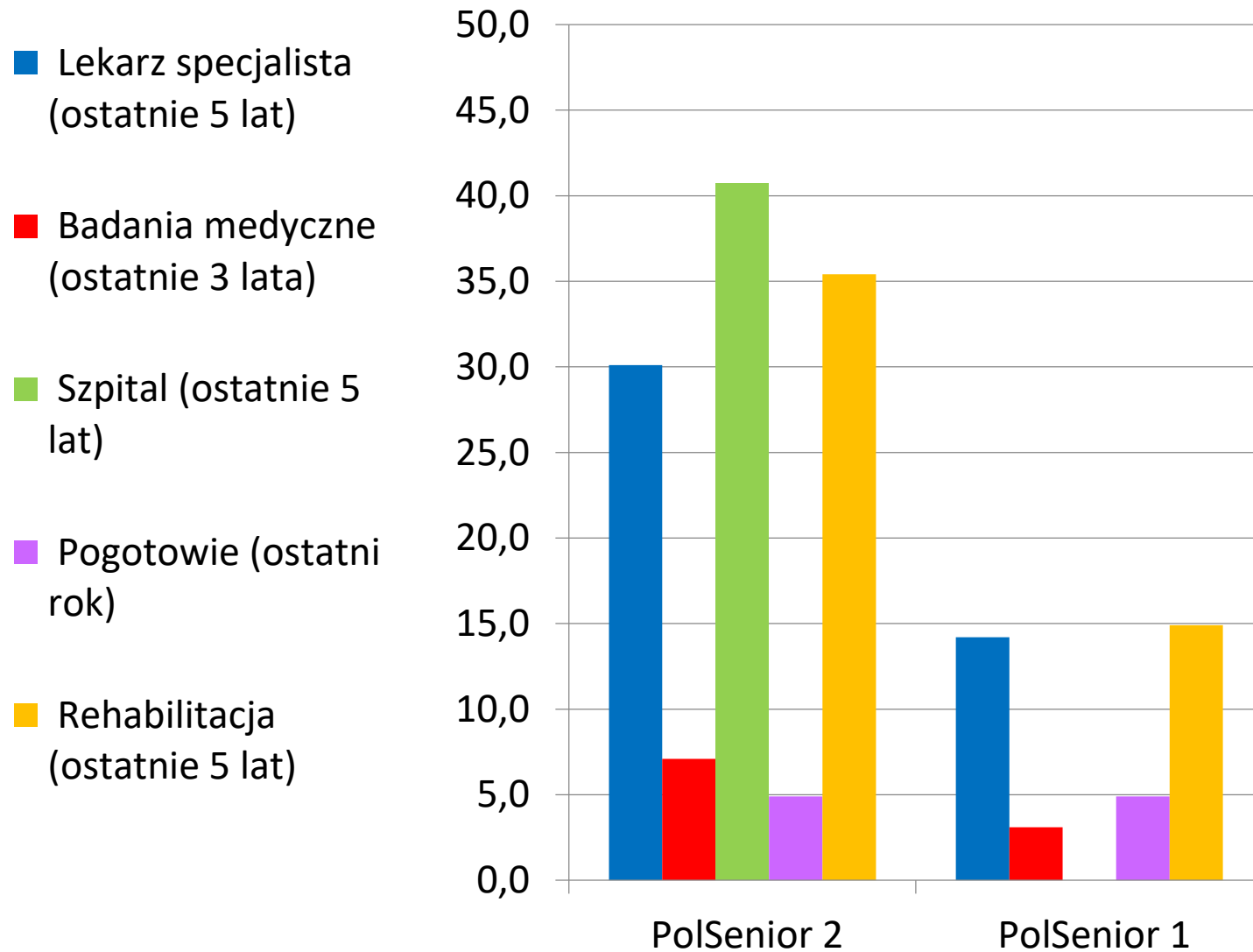
- Lekarz specjalista (ostatnie 5 lat)
- Badania medyczne (ostatnie 3 lata)
- Szpital (ostatnie 5 lat)
- Pogotowie (ostatni rok)
- Rehabilitacja (ostatnie 5 lat)



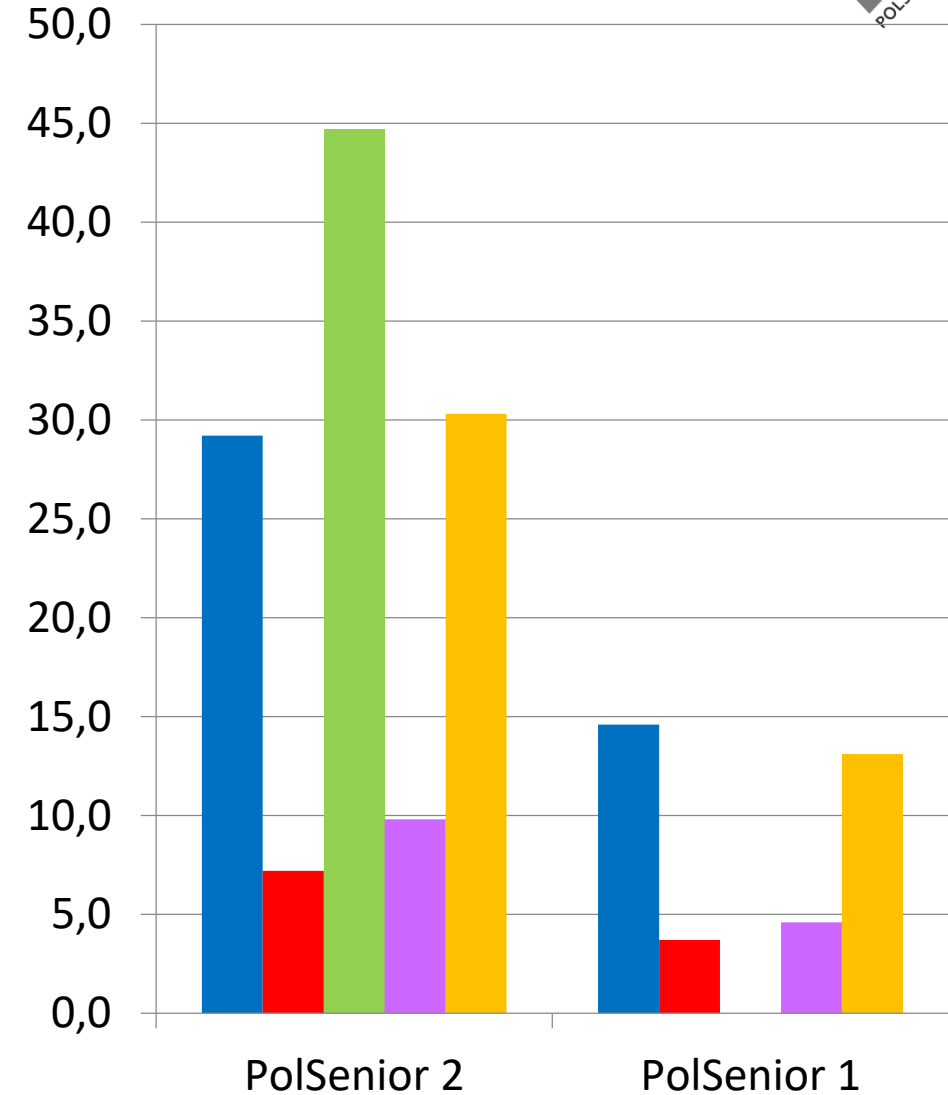
# Ocena dostępności (negatywne oceny)



## Kobiety



## Mężczyźni



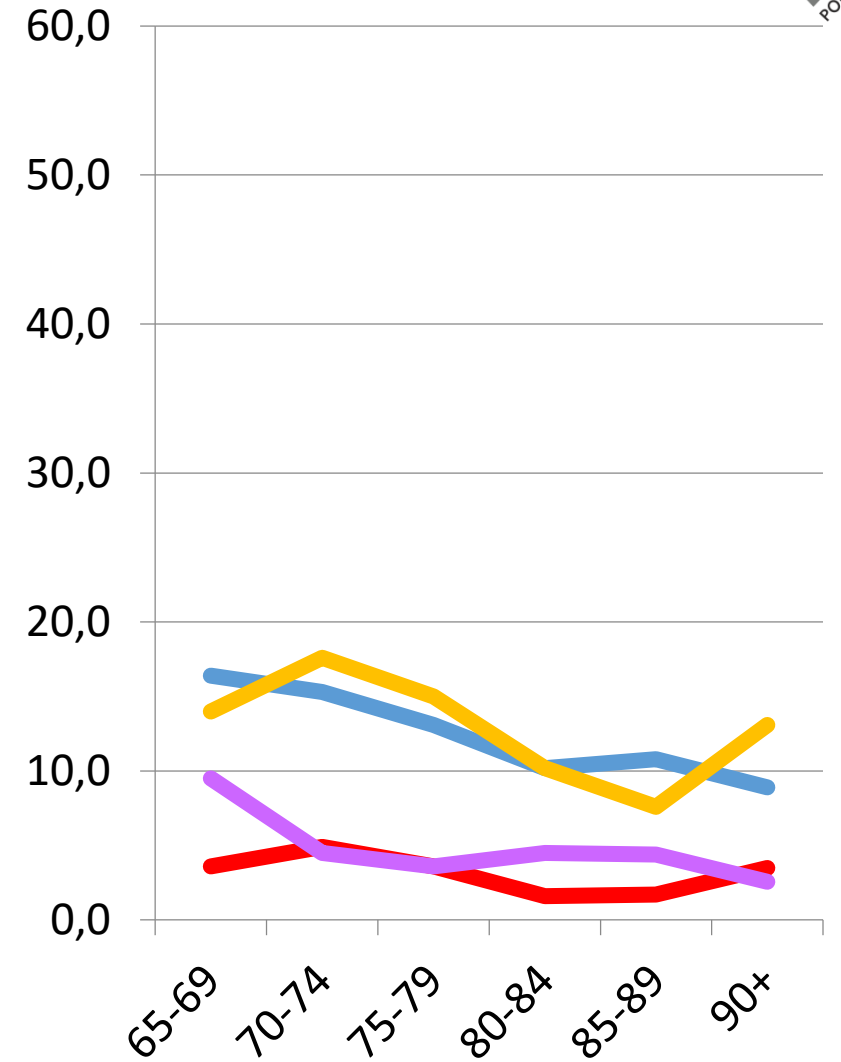
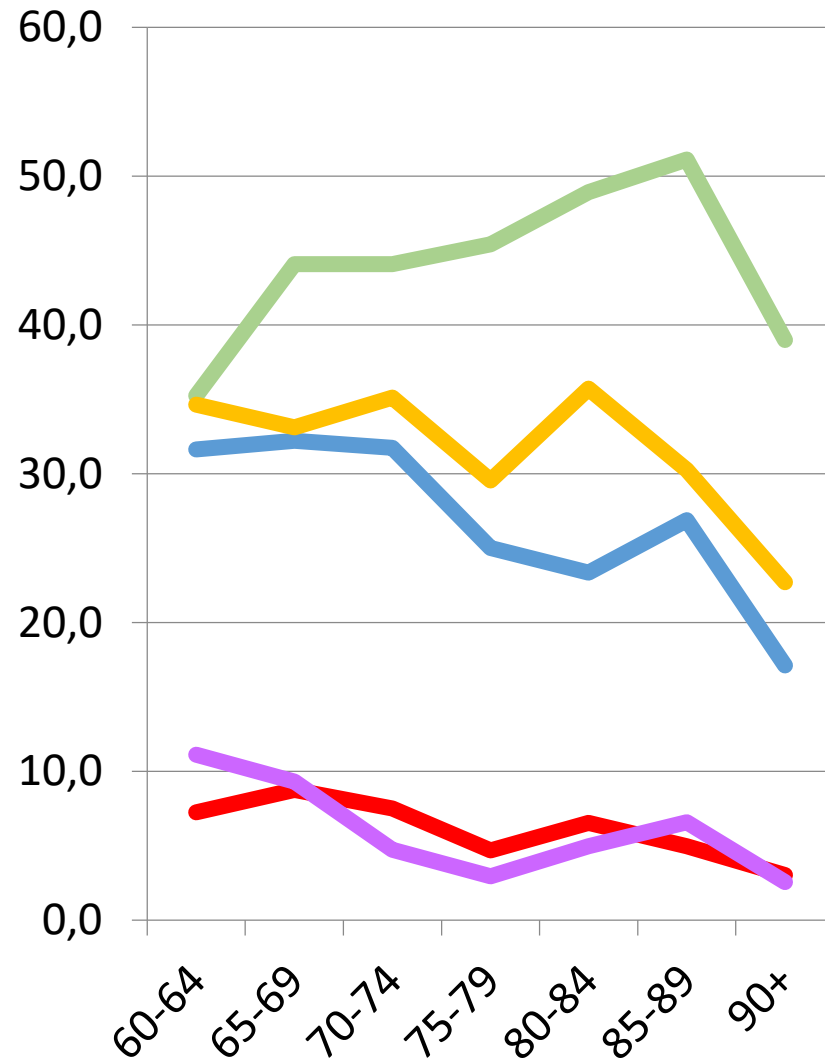
# Ocena dostępności (negatywne oceny)



## PolSenior 2

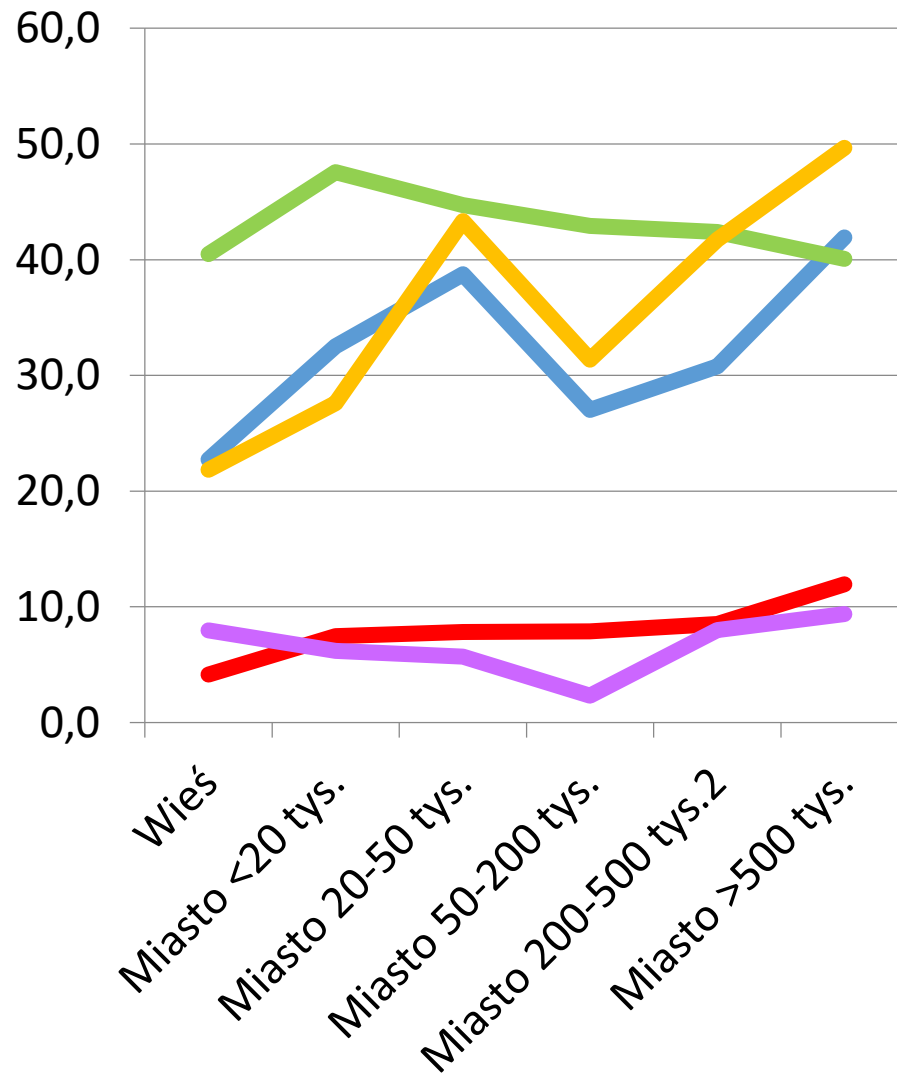
## PolSenior 1

- Lekarz specjalista (ostatnie 5 lat)
- Badania medyczne (ostatnie 3 lata)
- Szpital (ostatnie 5 lat)
- Pogotowie (ostatni rok)
- Rehabilitacja (ostatnie 5 lat)

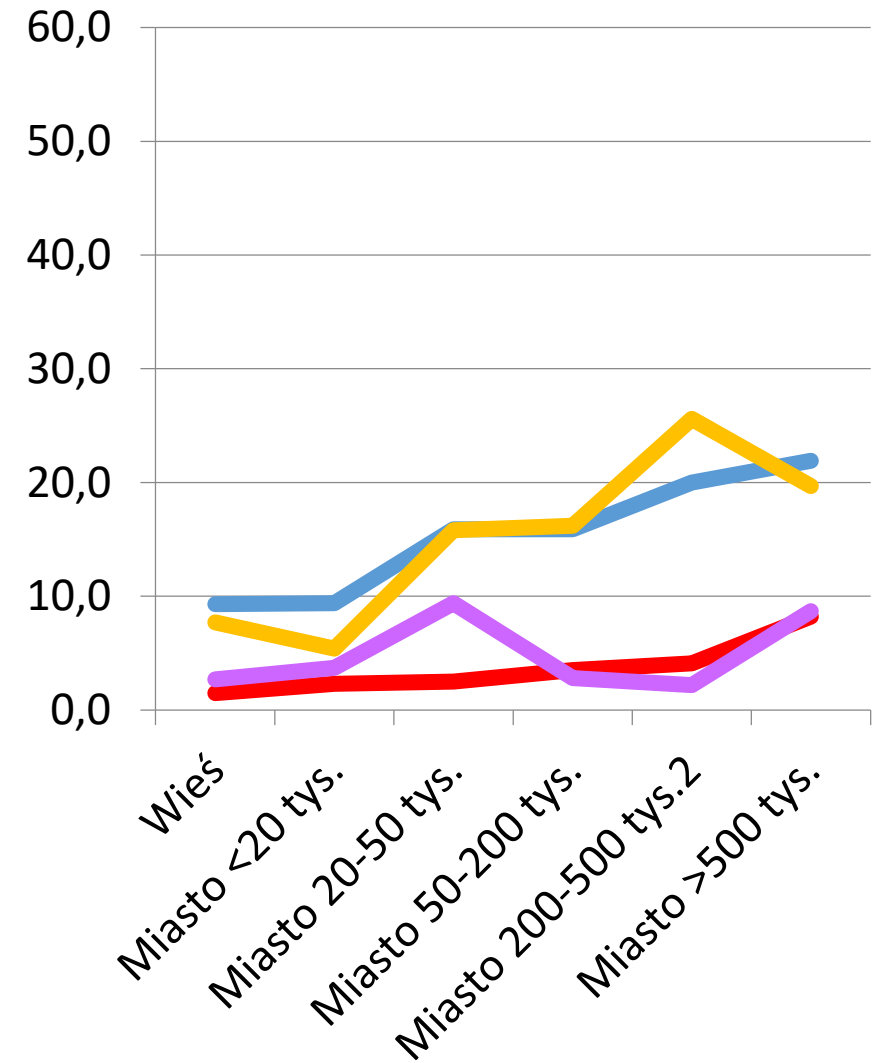


# Ocena dostępności (negatywne oceny)

## PolSenior 2

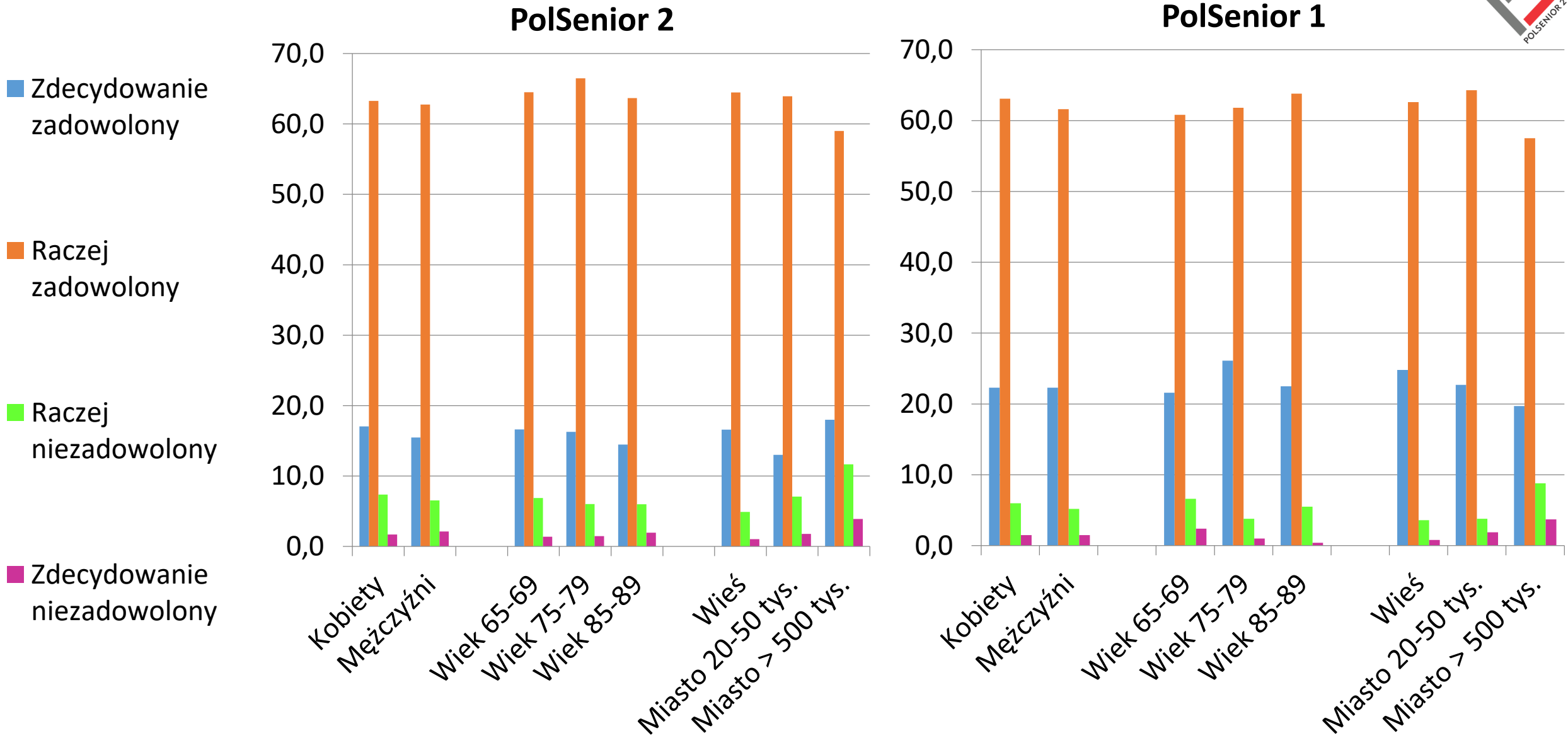


## PolSenior 1



- Lekarz specjalista (ostatnie 5 lat)
- Badania medyczne (ostatnie 3 lata)
- Szpital (ostatnie 5 lat)
- Pogotowie (ostatni rok)
- Rehabilitacja (ostatnie 5 lat)

# Stopień zadowolenia z opieki medycznej (ostatnie 12 miesięcy)



## Wnioski:

1. Osoby starsze nie są „codziennymi pacjentami” lekarza pierwszego kontaktu, a potwierdzona przez nich częstość wizyt kilka razy w roku stawia pod znakiem zapytania systematyczne monitorowanie ich stanu zdrowia.
2. Podkreślić należy niski stopień korzystania z porad lekarza rodzinnego przez starszych mężczyzn, co może skutkować zaniedbaniami w stanie zdrowia prowadzącymi do negatywnych skutków zdrowotnych.
3. Gorsza jest dostępność do różnych usług medycznych w najstarszych grupach wiekowych.
4. Wysoki odsetek osób starszych, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, negatywnie ocenia dostępność do lekarza specjalisty i możliwość korzystania z bezpłatnych zabiegów rehabilitacyjnych.
5. Wyraźne różnice w dostępności do usług medycznych obserwowane były pomiędzy mieszkańcami wsi, a mieszkańcami dużych miast.
6. Badania pokazały niższy odsetek osób zdecydowanie zadowolonych z usług medycznych oferowanych przez system opieki medycznej, szczególnie wśród mieszkańców dużych miast.



## Rekomendacje:

1. Zaleca się wzmocnienie działań w celu zwiększenia regularnego korzystania osób starszych z usług podstawowej opieki medycznej, ułatwienie dostępu i minimalizowanie barier, zarówno w obrębie systemu opieki medycznej, jak i barier zewnętrznych, społeczno-ekonomicznych. Działania te powinny obejmować skuteczne monitorowanie chorób, działania profilaktyczne i elementy promocji zdrowia.
2. Istnieje dalsza potrzeba zidentyfikowania czynników powodujących ograniczenie dostępności do opieki specjalistycznej i rehabilitacyjnej, tak aby możliwe było ich minimalizowanie, szczególnie tych, które dotyczą osób starszych.
3. Konieczne jest podjęcie odpowiednich działań, które pozwolą na wzrost poziomu satysfakcji ze świadczonej opieki i dostarczenie usług odpowiedniej jakości, dostosowanych do potrzeb i oczekiwań pacjentów starszych wiekiem.

