PRACA PRZEGLĄDOWA

Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine 2024, Tom 27, Nr 3, 103–109
www.environmed.pl

BY-NC

Wpływ środowiska na jakość życia u osób w podeszłym wieku

Environmental impact on quality of life in the elderly

Zuzanna Małgorzata Wróblewska[1,A-D], Michał Kowalczyk[2,B-D], Jarosław Chmielewski[3,D-F]

[1] *Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Polska*
[2] *I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska*
[3] *Akademia Medyczna Nauk Stosowanych Humanum, Warszawa, Polska*
A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Wróblewska ZM, Kowalczyk M, Chmielewski J. Wpływ środowiska na jakość życia u osób w podeszłym wieku. Med Srod. 2024; 27(3): 103–109. doi: 10.26444/ms/190832

Streszczenie

Wprowadzenie. Czynniki środowiskowe odgrywają ważną rolę w zapewnianiu odpowiedniej jakości życia osób starszych, które często mają trudności z utrzymaniem dotychczasowego funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego. W niniejszym artykule skupiono się na wpływie środowiska życia osób starszych oraz czynnikach zdrowotnych, które wpływają na jakość ich życia. Środowisko przyjazne osobom starszym oznacza równowagę w zakresie zapewnianej im opieki, ich dobrostanu i usług zdrowotnych.

Cel pracy. Celem analizy było zidentyfikowanie czynników wpływających na jakość życia osób starszych przebywających w środowisku domowym i instytucjonalnym.

Opis stanu wiedzy. Pojęcie jakości życia w medycynie wiąże się z nowym, całościowym spojrzeniem na pacjenta. Wymaga ono zainteresowania wszystkimi sferami funkcjonowania starszej osoby, w tym fizyczną, psychiczną, społeczną i duchową. Osoby po 65 r.ż. są szczególną i coraz większą grupą społeczną, w której częściej niż u osób młodszych występują różnego rodzaju problemy utrudniające ich codzienne funkcjonowanie.

Podsumowanie. Jakość życia seniorów można poprawić poprzez minimalizację, ograniczenie lub likwidację jej modyfikowalnych czynników. Wśród najważniejszych aspektów życia seniorów należy wymienić: sytuację materialną, mieszkaniową i rodzinną, akceptację środowiska, występowanie ageizmu, stopień zadowolenia z opieki medycznej, poziom oferowanej przez instytucje pomocy, dostęp do specjalistów, występowanie ewentualnych trudności w codziennym funkcjonowaniu oraz zdiagnozowane choroby przewlekłe, a także ich objawy i towarzyszące im dolegliwości.

Słowa kluczowe

jakość życia, osoby starsze, czynniki obniżające jakość życia

Abstract

Introduction. Environmental factors play an important role in the quality of life of the elderly, who often have difficulty maintaining their previous physical, mental and social functioning. The article focuses on the impact of the environment in which the elderly live and the health factors affecting their quality of life. A friendly elderly environment means a balance of care, well-being and health services.

Objective The purpose of the analysis was identification of factors affecting the quality of life of elderly people living in home and institutional environments.

Brief description of the state of knowledge. The concept of quality of life in medicine involves a new, holistic view of the patient. It requires interest in all spheres of functioning of an elderly person, including physical, mental, social and spiritual. People aged over 65 are a special and growing social group in which various kinds of problems hindering their daily functioning are more common than in the younger population.

Summary. The quality of life of seniors can be improved by minimizing, reducing or eliminating modifiable factors. Among the most important are: material, housing and family situation, acceptance of the environment, the incidence of ageism, the degree of satisfaction with medical care, the level of assistance offered by institutions, access to specialists, the occurrence of possible difficulties in daily functioning, and diagnosed chronic diseases, as well as their symptoms and accompanying ailments.

Key words

quality of life, elderly, factors decreasing quality of life

WPROWADZENIE

Czynniki środowiskowe odgrywają ważną rolę w jakości życia osób starszych, które często mają trudności z utrzymaniem fizycznego, psychologicznego i społecznego funkcjonowania [1–3]. Zgodnie z ogólnym ekologicznym modelem starzenia się funkcjonowanie danej osoby jest wynikiem jej zasobów fizycznych, psychologicznych i społecznych, czynników środowiskowych oraz ich dopasowania do stale zmieniającego się środowiska [4]. Zarówno kompetencje jednostek, jak i wymagania czynników środowiskowych zmieniają się w miarę postępowania procesu starzenia się. Jednym z tych czynników środowiskowych jest środowisko zbudowane, definiowane jako obiektywne i postrzegane jako cechy fizyczne miejsca, gdzie ludzie spędzają czas (np.

✉ Autor do korespondencji: Zuzanna Małgorzata Wróblewska, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, Polska
E-mail: zn.wroblewska@gmail.com

dom, sąsiedztwo), w tym aspekty szczegółowe projektu (np. chodniki i miejsca do siedzenia), natężenie i prędkość ruchu, miejsca aktywności fizycznej (np. ulice i parki) oraz przestępczość i bezpieczeństwo. W miarę starzenia się ludzi, wielochorobowość, niepełnosprawność i słabość stwarzają szczególne potrzeby, ale wrażliwe środowisko zbudowane może zmniejszyć wpływ tych warunków. Środowisko zbudowane może wpływać na człowieka, powodując, iż będzie on starzał się aktywnie i zachowa niezależność [5]. Na przykład zmiany dokonywane w domu, takie jak wprowadzenie ułatwień w poruszaniu się, mogą zwiększyć niezależność seniora. Wpływ środowiska zbudowanego na jakość życia osób starszych jest szczególnie istotny, ponieważ ta grupa wiekowa spędza większość czasu w domu [3, 4].

Medycyna przez wiele lat skupiała się na leczeniu jednostek chorobowych i monitorowaniu parametrów patofizjologicznych, zapominając o samym pacjencie jako całości. Takiemu podejściu do człowieka sprzyjał szybki rozwój nauk biologicznych i technicznych. Początek XXI wieku to czas powrotu do całościowego spojrzenia na chorego. Nastąpiła humanizacja medycyny, która stara się leczyć człowieka, a nie chorobę, czego przejawem są prowadzone na coraz szerszą skalę badania dotyczące jakości życia. Obecnie stały się one bardzo aktualnym tematem [6]. Jest to stosunkowo nowe spojrzenie na problemy pacjenta, choć inicjator tych badań – A. Campbell, prowadząc je w 1971 roku, miał na myśli zupełnie inny kontekst niż zdrowie. Dążył on mianowicie do określenia ogólnego zadowolenia z życia Amerykanów w sensie typowo konsumpcyjnym, w wymiarze ekonomicznym [7]. Podobnie problem opisywał J. Flanagan, który określił obszary jakości życia, dzieląc je na 5 domen i 15 wymiarów, obejmujących wszystkie sfery życia codziennego. Z czasem okazało się, że skonstruowane narzędzia nie są dość czułe na wszystkie wskaźniki jakości życia, szczególnie zaś na zmiany życia społecznego, jakimi podlegają ludzie na przestrzeni lat [8].

Jak widać, początkowo badania jakości życia miały służyć jako miernik życia ludzi w danych warunkach (otoczeniu społecznym, środowisku naturalnym, miejscu pracy). Z czasem zaczęto coraz bardziej koncentrować uwagę na samym człowieku, jego emocjach i życiu wewnętrznym [9].

Pojawienie się pojęcia „jakość życia" w medycynie wiąże się z nowym spojrzeniem na pacjenta. Pojęcie dobrostanu (ang. *well being*) pojawiło się w 1974 roku w definicji zdrowia opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO) [10, 11]. Zdrowie jest w niej traktowane wielowymiarowo, a jego ocena opiera się na trzech podstawowych wymiarach: fizycznym, psychicznym i społecznym. Warto zauważyć, iż są one obiektywne. Zabrakło tu komponentu subiektywnego, czyli indywidualnej oceny pacjenta, która jest niezbędna do pełnej oceny jakości życia. Element ten został uwzględniony w latach 70. XX wieku w definicji jakości życia stworzonej przez J.E. Tilla, B.J. McNeila i R.S. Busha, którzy ujęli w niej aspekty psychiczne i społeczne, a także samopoczucie badanego [12].

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (ang. *health related quality of life*, HRQoL) wprowadził na początku lat 90. ubiegłego stulecia Schipper. Uznał on, iż stan zdrowia może w istotny sposób wpływać na życie i funkcjonowanie człowieka, a w efekcie na ocenę jego jakości. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest tu definiowana jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia w odbiorze pacjenta, jest zatem subiektywna, gdyż odnosi się do stanu zdrowia. Takie ujęcie tematu spowodowało odejście od czysto biomedycznego podejścia do chorego na rzecz szerszego spojrzenia. Jakość życia ma zatem wymiar obiektywny zależny od stanu zdrowia, sposobu funkcjonowania i statusu społeczno-ekonomicznego człowieka, a także subiektywny, uwarunkowany satysfakcją z życia, poczuciem dobrostanu i obrazem samego siebie [13].

Wciąż trwa spór o pojmowanie jakości życia w naukach medycznych. Dotyczy on tego, czy jakość życia należy rozpatrywać jako cechę, czy raczej jako relację zachodzącą pomiędzy cechami. Polemika dotyczy także tego, jak przedstawiać pojęcie jakości życia – czy przypisane jej cechy należy wartościować, czy opisywać [14]. Niezależnie jednak od toczących się dyskusji badanie jakości życia staje się głównym celem nowoczesnej opieki sprawowanej nad osobami starszymi, której podstawą jest dbanie o człowieka stanowiącego jedność bio-psycho-społeczną. Ze względu na wydłużanie się oczekiwanej dalszej długości życia, a co za tym idzie zwiększenie liczby seniorów, wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i konieczna jest poprawa funkcjonowania osób w podeszłym wieku i szeroko rozumianej jakości ich życia [15].

CEL PRACY

Celem analizy była identyfikacja czynników wpływających na obniżenie jakości życia osób starszych przebywających w środowisku domowym i instytucjonalnym.

SKRÓCONY OPIS STANU WIEDZY

W medycynie coraz częściej poruszane są tematy dotyczące osób powyżej 65 r.ż., które według WHO uważane są za osoby starsze [16]. Badania dowodzą, że społeczeństwo na całym świecie starzeje się, a więc wzrasta odsetek ludzi starszych, co powoduje, że ich wszelkie problemy (społeczne, fizyczne, psychiczne, duchowe) stają się głównymi, przed jakimi stają wszystkie dziedziny nauki, m.in. medycyna. Według prognoz demograficznych w ciągu najbliższych dwóch pokoleń liczba osób po 65 r.ż. na świecie zwiększy się z obecnych 606 mln do 2 mld w 2050 roku. Seniorzy będą stanowili 23% ogólnej populacji w krajach rozwiniętych i 10% w krajach rozwijających się. Przygotowane przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ, ang. United Nations) dla Polski prognozy na lata 2000–2050 przewidują, że o ok. 53% wzrośnie liczba obywateli w wieku 60–64 lata, o 58% w przedziale 65–75 lat, o 75% w wieku 75–79 lat, a o 155% w wieku powyżej 80 r.ż. [17]. Z tego powodu coraz istotniejsze staje się zapewnianie seniorom optymalnej opieki.

Mimo szybkiego rozwoju nowych dziedzin medycyny, takich jak geriatria czy psychogeriatria, wciąż zbyt mało czasu poświęca się osobom starszym. Tymczasem wraz z wiekiem wzrasta zapadalność na choroby psychiczne i fizyczne, pojawia się zatem coraz większe zapotrzebowanie na opiekę sprawowaną nad tą grupą społeczną. Dlatego temat jakości życia pacjentów jest podejmowany przez coraz większą grupę badaczy [18, 19]. Nabiera on w naukach medycznych coraz większego znaczenia, głównie ze względu na chęć wdrożenia leczenia holistycznego. W związku z tym coraz częściej bada się nie tylko samą biologiczną ocenę stanu chorego, ale przede wszystkim jego samopoczucie, doznania emocjonalne,

akceptację choroby czy zdolność funkcjonowania w codziennym życiu [20, 21].

Efektem szeroko poruszanej problematyki jakości życia jest konieczność podjęcia próby jednoznacznego zdefiniowania tego pojęcia. Nie jest to jednak proste, gdyż sam termin ma charakter wielowymiarowy i wielodyscyplinarny, ponieważ dotyczy wszystkich aspektów funkcjonowania człowieka. Przykładem na to jak istotna stała się w ostatnim czasie tematyka dotycząca jakości życia, jest fakt, że Światowa Organizacja Zdrowia zdecydowała się na utworzenie jej definicji. Według tej organizacji jakość życia jest: „indywidulanym sposobem postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi".

W naukach medycznych nie została opracowana jedna definicja jakości życia. Jednakże powszechnie stosowanym terminem jest „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia" (ang. *health realted quality of life*, HRQOL). Definicja ta zawiera 4 podstawowe aspekty funkcjonowania pacjenta, którymi są: stan psychiczny i fizyczny, sprawność ruchowa, doznania somatyczne, sytuacja społeczna oraz warunki ekonomiczne. HRQOL stanowi więc subiektywne odczucie jednostki określające jej stan psychiczny, fizyczny oraz pozycję społeczną. A zatem fundamentem oceny jest subiektywne odczuwanie przez pacjenta jego własnego życiowego położenia w chorobie oraz jej leczenia [22].

Jak wskazują Jung i Siegrist, jakość życia powiązana jest ściśle z określonymi elementami, takimi jak: uwarunkowania społeczne (izolacja społeczna, zachowania w chorobie), fizyczne (obniżona sprawność fizyczna, występowanie bólu) oraz psychologiczne (samopoczucie, niepokój, depresja) [23]. Z kolei Rylander poszerzył koncepcję jakości życia zależnej od zdrowia, tak aby obejmowała zróżnicowanie pomiędzy HRQOL, stanowiącą subiektywne doświadczenia pacjenta, a obiektywnym stanem jego zdrowia. Sugerował uwzględnienie w osądzie wymiaru psychicznego elementów negatywnych dotyczących przygnębienia lub smutku oraz pozytywnych, takich jak nadzieja lub satysfakcja, co ma szczególne znaczenie w przypadku osób w podeszłym wieku [24].

W związku z tak szerokim ujęciem problemu istnieje kilka definicji jakości życia. Jednak najistotniejszymi i dotyczącymi kwestii zdrowia wydają się dwie: autorstwa S. Ebrahima i I. Barofsky'ego. Pierwsza z nich mówi, że jakość życia uwarunkowana jest stanem zdrowia, a wyznaczona długością życia, modyfikowana przez niepełnosprawność fizyczną, ograniczenia funkcjonalne, sposób postrzegania i społeczne możliwości, które są określane przez chorobę, a także zastosowane metody leczenia lub długotrwałe postępowanie terapeutyczne. Druga mówi o jakości życia w ujęciu socjologicznym i ekonomicznym. Według niej są to aspekty wiążące się z dobrym samopoczuciem, satysfakcją, szczęściem, tym, co ludzie określają, jako „dobre życie" [25, 26].

Niezależnie od przyjętej definicji jakości życia rolą personelu medycznego jest dokonanie oceny jakości życia podopiecznego poprzez poznanie jego samopoczucia i w razie potrzeby zweryfikowanie metod leczenia. Przeprowadzając badania, uzyskuje się cenne dane dotyczące zasadności podejmowanych procedur medycznych, a także efektywności działania systemu opieki zdrowotnej.

Według WHO badania nad jakością życia dotyczące zdrowia powinny się koncentrować na szczególnych grupach osób, do których należą m.in. seniorzy [10, 11, 16, 22]. Stąd tak szczegółowe definiowanie jakości życia przez gerontologię. Według reprezentantów tej nauki wysoka jakość życia oznacza pełny sukcesów wiek podeszły, pozytywne starzenie się i satysfakcję z życia. Gerontolodzy uważają, że wysoka jakość życia osób starszych jest równoważna z czerpaniem przyjemności z życia, osiąganiem satysfakcji, posiadaniem wysokiej pozycji w środowisku i odczuwaniem dobrostanu psychicznego. Dlatego istotna jest aktywność starszych osób, utrzymywanie przez nich kontaktów międzyludzkich i więzi z otoczeniem, a przede wszystkim brak uzależnienia funkcjonalnego od innych [27].

Ocena jakości życia jest znaczącym elementem w leczeniu osób chorych, a właśnie do tej grupy zaliczają się w dużej mierze seniorzy. Jej przeprowadzenie pozwala oszacować kompleksowo skuteczność terapii, określić oczekiwania chorych, a także odpowiednio dobrać strategię postępowania. Przy takim podejściu pacjent nie jest traktowany przedmiotowo, lecz uwzględnia się jego ocenę samopoczucia czy opinię związaną ze skutkami terapii [28].

W kontekście człowieka chorego „jakość życia" to pojęcie wielowymiarowe, obejmujące psychikę wraz z emocjami oraz refleksją nad chorobą, i zależne od własnej definicji zdrowia. Dotyczy także ciała i dolegliwości związanych z chorobą, jak i stosowaną terapią, gdyż doznania somatyczne naznaczone częstotliwością występowania schorzeń, natężeniem odczuwanych dolegliwości i ograniczeń w funkcjonowaniu są przyczyną dyskomfortu. Wpływ choroby na życie człowieka może być oceniany na różnych poziomach. Uszkodzenie oraz ułomność tworzą obraz procesu chorobowego, a kalectwo i zależność wpływają na jego funkcjonowanie społeczne. Życie oraz samopoczucie podlegają samoocenie dokonanej przez osobę chorą [29].

Jakość życia jest zależna także od zachowania, a więc sposobów radzenia sobie z chorobą i stresem. Kształtuje ją środowisko – obszar życia ludzkiego, który danego człowieka bezpośrednio dotyczy. Na jakość życia składa się też ogólna ocena samopoczucia, a więc ocena szerokich domen funkcjonowania i zachowania [13]. Na można spojrzeć dodatkowo w aspekcie poznawczym, zależnym od świadomości refleksyjnej nad przebiegiem i aktualnym stanem własnego życia, a także w kontekście zyskania lub utraty nadziei. W takim ujęciu prognozowanie przyszłości to przewidywanie przez jednostkę skutków zmian, jakie mogą być spowodowane chorobą i leczeniem. Należy tu wziąć pod uwagę 3 najważniejsze czynniki: system odniesienia (interakcje seniora z rodziną i grupą społeczną oraz jego usytuowanie w strukturze kulturalno-politycznej), charakterystykę czasową (teraźniejszość i przyszłość człowieka w kontekście doświadczeń życiowych i historii choroby) oraz doświadczenie (suma wymiaru duchowego, socjoekonomicznego, interpersonalnego, psychicznego i somatycznego). Przy czym istotnym czynnikiem jest czas i własna definicja zdrowia. W zależności od tego, czy jest to dla zainteresowanego definicja biomedyczna, czy też poczucie dobrostanu bio-psycho-społecznego, zmienia się ocena własnej sytuacji życiowej [30].

Rozpatrując jakość życia osób starszych, u których chorobę, niepełnosprawność oraz proces starzenia się uznaje się za wydarzenie życiowe obniżające samopoczucie, należy traktować ją jako efekt strategii pokonywania tych stresujących zdarzeń. W związku z tym jakość życia starszych osób niepełnosprawnych jest zależna także od stopnia ich izolacji, istnienia wsparcia rodzinnego i społecznego,

a w konsekwencji ich psychologicznego dobrostanu. Istotny jest także rodzaj i okres niepełnosprawności, jej lokalizacja, widoczność i stopień odwracalności, a także jej percepcja. To właśnie niepełnosprawność, która często oznacza niesprawność ruchową, warunkuje status funkcjonalny człowieka, jest odpowiedzialna za zdolność wykonywania przez niego codziennych czynności, umożliwiających zaspokajanie podstawowych potrzeb i wywiązywanie się z ról społecznych [31].

Dodatkowo jakość życia powinna być zindywidualizowana, zależy bowiem od wyznawanych w życiu wartości, związana jest z aspiracjami oraz charakterem człowieka. Zważywszy na życie ludzkie, można powiedzieć, iż odwzorowuje osobiste potrzeby oraz odczucia człowieka. W codziennym życiu wiąże się ze szczęściem, spełnieniem, samoakceptacją czy realizacją wyznaczonych celów [32].

Ze względu na wielość tematów, które należy uwzględnić, omawiając jakość życia seniorów, w literaturze przedmiotu spotyka się wiele prac dotyczących czynników mogących ją obniżyć. Analizy dotyczą m.in.: sytuacji materialnej, mieszkaniowej i rodzinnej, akceptacji środowiska, występowania ageizmu, stopnia zadowolenia z opieki medycznej, poziomu oferowanej przez instytucje pomocy, dostępu do specjalistów, występowania ewentualnych trudności w codziennym funkcjonowaniu oraz zdiagnozowanych chorób przewlekłych [21, 24].

Uzyskane wyniki potwierdzają, że najbardziej uciążliwym problemem społecznym jest niepełnosprawność, która jest ściśle powiązana z wielochorobowością. Najczęściej diagnozowanymi chorobami przewlekłymi są: cukrzyca, choroby układu krążenia, narządu ruchu, wzroku, słuchu, choroby neurologiczne oraz psychiczne, które pogarszają samodzielność seniorów w wykonywaniu codziennych czynności, a nawet całkowicie ją znoszą [33]. Należy pamiętać, że utrata niezależności postępuje wraz z wiekiem i rozpoczyna się od czynności złożonych. Początkowo deficyty sprawności funkcjonalnej są dyskretne, jednak stopniowo postępując, mogą prowadzić do całkowitego uzależnienia od innych osób lub instytucji, obniżając jakość życia osób w podeszłym wieku [34].

W geriatrii do oceny funkcji poznawczych używa się zazwyczaj wystandaryzowanych i powszechnie stosowanych narzędzi, takich jak: indeks Barthel, Skala Podstawowych Czynności Życia Codziennego (Activities of Daily Living, ADL), skala Lawtona i Brody'ego (Activities of Daily Living Scale, IADL), które pokazują, czy seniorzy mają problemy z wykonywaniem czynności dnia codziennego. Do pogorszenia jakości ich życia może przyczynić się także doświadczanie dyskryminacji ze względu na wiek, brak wsparcia ze strony najbliższych i samotność [35]. Warto zauważy, że niejednokrotnie osoby starsze podają, iż poczucie opuszczenia jest dla nich bardziej uciążliwe od występujących chorób, a nawet bólu. Wszystkie te czynniki w znaczny sposób obniżają jakość życia [36, 37].

Zaburzenia funkcji poznawczych dotyczące osób w podeszłym wieku stanowią interdyscyplinarny problem, który, ze względu na swoją złożoność winien być rozpatrywany wielotorowo, także w kontekście jakości życia. Spośród zaburzeń neurodegeneracyjnych dotyczących tej grupy pacjentów najczęściej występują choroby otępienne (otępienie bliżej nieokreślone, występujące w chorobie Alzheimera, naczyniowe, majaczenie). Jest to trudny problem medyczny i ekonomiczny, którego zasięg zwiększa się wraz ze starzeniem się społeczeństw świata.

Otępienie przyczynia się do zwiększonej instytucjonalizacji chorych w starszym wieku. W przypadku osób z demencją jest on zazwyczaj długi, co niesie kolejne, poważne konsekwencje, będące często początkiem tzw. kaskady geriatrycznej. W takim przypadku czasami wydarzenie, które wydawało się niegroźne, może rozpocząć lawinę kolejnych, pogarszając ogólne funkcjonowanie pacjenta, a nawet przyspieszając jego śmierć.

Dodatkowymi czynnikami mającymi wpływ na jakość życia są różnego rodzaju dolegliwości, które mogą być zarówno objawami, jak i skutkami schorzeń. Do najczęściej występujących zalicza się: zaparcia, bóle brzucha, nudności, wymioty, wzdęcia, zawroty i bóle głowy, a także duszności [31].

W pracach poglądowych przedstawiających aktualny stan wiedzy na temat jakości życia osób w podeszłym wieku oraz czynników na nią wpływających szczególny nacisk położony jest na ból. Zgodnie z zaleceniami WHO w badaniach dotyczących jakości życia muszą znaleźć się pytania dotyczące subiektywnego odczuwania bólu, którcyh wyniki powinny być podane z użycium specjalistycznych skal (np. VAS, skala analogowa, kolorowa) [38]. Bywa, że ból jest stale odczuwany przez seniorów, a zadaniem współczesnej medycyny jest jego maksymalne zredukowanie. Jednocześnie należy pamiętać, by na ból jako zjawisko nie patrzeć jedynie z fizycznego punktu widzenia, lecz rozpatrywać je jako doświadczanie fizyczne, psychiczne i duchowe, a to ostatnie utożsamiać głównie z poczuciem opuszczenia. Ból jest bowiem zjawiskiem wielowymiarowym, wielodyscyplinarnym i często utożsamianym z cierpieniem. W skrajnych przypadkach może powodować, że pacjent identyfikuje swoje życie jedynie z tego rodzaju doznaniem. Towarzyszy on człowiekowi przez całe życie, jednak z wiekiem może być długotrwały i powtarzalny, co w znacznym stopniu obniża jakość życia pacjenta [40].

Jednym z poważniejszych czynników pogorszenia się jakości życia osób w podeszłym wieku są upadki. Powolny i niestabilny chód wiąże się z koniecznością korzystania z takich urządzeń jak laski, kule czy balkoniki. Mimo ich użycia ponad ¼ seniorów jest zagrożona upadkami, których głównymi determinantami są: wiek, spadek fizycznej aktywności sensorycznej i poznawczej, zaburzenia równowagi i chodu, brak regularnej opieki, upośledzenie wzroku, nieprawidłowe działanie zwieraczy, zaburzenie snu i nastroju oraz dolegliwości bólowe. Ryzyko upadków wzrasta u osób zależnych od opieki innych oraz chorych na depresję. Czynniki te zmniejszają znacząco niezależność funkcjonalną osób starszych, obniżając ich jakość życia [17]. Warto zauważyć, że większość czynników ryzyka upadków jest modyfikowalna, dlatego należy podejmować strategię zapobiegania tym zdarzeniom. W tej sytuacji pomocne okazują się miarodajne kwestionariusze, takie jak: Test Wstań i Idź (Timed Up and Go), Skala Oceny Równowagi i Chodu – Skala Tinetti czy Test Hipotonii Ortostatycznej [36, 28].

Kolejnym czynnikiem, który może przyczynić się do obniżenia jakości życia osób w podeszłym wieku, jest zespół słabości (ang. *frailty syndrome*, FS). Jest to stan przejściowy pomiędzy sprawnością i niesprawnością. Jest on efektem złożonych wzajemnych oddziaływań na organizm elementów samego procesu starzenia się, a także towarzyszących temu procesowi chorób oraz czynników środowiskowych. Objawia się pogorszeniem ogólnego funkcjonowania, zmniejszeniem i postępującym wyczerpywaniem się fizjologicznych rezerw organizmu, co przybiera postać narastającego osłabienia

aktywności, spowolnienia chodu, utraty wagi oraz szybkiego męczenia się. Zespół słabości łączy się ze zmieniającym się składem ciała, stanem odżywienia i ruchliwością seniora.

Dotychczas nie opracowano ujednoliconej definicji zespołu słabości ani jego ścisłych kryteriów diagnostycznych. Określa się go jako następstwo uszczuplenia fizjologicznych rezerw wielu narządów, co wiąże się z gorszym funkcjonowaniem w sferze bio-psycho-społecznej starszego pacjenta, przekładającym się na gorszą odpowiedź na działanie stresorów fizycznych i psychologicznych, co doprowadza do obniżenia jakości życia [41]. Występowanie zespołu słabości można stwierdzić przy użyciu międzynarodowych narzędzi, takich jak: wskaźnik słabowitości Tilburga (ang. *Tilburg frailty indicator*, TFI), *Egmontom Frail Scale*, *Share Frailty Instrument* (SHARE-FI) czy indeks *frailty* (ang. *frailty index*, FI), opracowany przez Rockwooda [38, 41].

Mówiąc o czynnikach mających wpływ na jakość życia starszych pacjentów, należy pamiętać o hospitalizacji i pobycie w ośrodkach opieki. Badania dowodzą, że są to zdarzenia trudne, szczególnie dla człowieka w podeszłym wieku, ze względu na zakłócenie przebiegu jego dotychczasowej aktywności. Już sama choroba oraz jej skutki stanowią poważny stresor, a konieczność pobytu w szpitalu czy ośrodku może powodować zwiększenie dotychczasowych obciążeń psychicznych. Przebywanie poza stałym miejscem zamieszkania wywołuje zazwyczaj u seniorów bezsilność, lęk, poczucie osamotnienia, złość, żal i wzmożone napięcie skutkujące obniżoną jakością życia. Dlatego tak ważne jest, aby, jeśli to tylko możliwe, nie zmieniać miejsca pobytu starszej osoby, a jeśli nie można uniknąć pobytu w ośrodku, należy zapewnić jej regularne odwiedziny rodziny. Bezpośredni kontakt z najbliższymi jest dla seniorów konieczny, powoduje radość, zmniejsza napięcie emocjonalne chorego, poziom odczuwanego stresu, a wizytom towarzyszy uspokojenie, wzruszenie i zadowolenie, a co za tym idzie – wyższa jakość życia [34, 42].

Wpływ psychicznych i fizycznych dolegliwości na jakość życia pacjentów zauważył H. Kunsebeck, który stwierdził, że ma ona dwa komponenty: subiektywny i obiektywny. W przypadku seniorów szczególnie istotne wydają się subiektywne dolegliwości fizyczne (np. ból), choć nie mniej ważny okazał się komponent psychiczny (np. depresja). Oceny subiektywne są wynikiem konfrontacji z bólem, utratą sprawności, dolegliwościami, ze świadomością postępującej choroby i starzenia się. Wiążą się z nimi oczekiwania dotyczące przyszłości, które wyrażają się obawą przed utratą samodzielności lub niezależności, niekontrolowaniem własnych zachowań, wizją zależności od innych ludzi, wycofaniem się z aktywnego życia społecznego oraz pogorszeniem statusu ekonomicznego. Natomiast obiektywny stan zdrowia starszej osoby można oceniać na podstawie badań laboratoryjnych, badania przedmiotowego i podmiotowego, a także analizując jej sytuację i pozycję społeczną oraz ekonomiczną. Obiektywna ocena jakości życia jest trudna i mało precyzyjna ze względu na powszechnie występującą w tej grupie społecznej niepełnosprawność i wielochorobowość. Dlatego badając problem, stosuje się często subiektywny wskaźnik pośredni, jakim jest samookreślenie przez seniora swojego stanu zdrowia, który okazuje się narzędziem miarodajnym [43].

Jakość życia to także tzw. dobroć życia, czyli jego użyteczność oraz różnica pomiędzy stanem rzeczywistym – sytuacją realną a oczekiwaniami – sytuacją upragnioną. Koncepcja Calmana ujmuje jakość życia jako korelację negatywną rozmiaru luki pomiędzy oczekiwaniami jednostki a sytuacją rzeczywistą. Im mniejsza luka, tym wyższa jakość życia. Zależy ona od stopnia zaspokojenia najważniejszych potrzeb człowieka. Można ją zmienić w dwojaki sposób: poprzez poprawę warunków sytuacji realnej lub przez zmianę sytuacji upragnionej. Dlatego też tak duży nacisk kładzie się na poprawę warunków bytowych i zdrowotnych osób po 65 r.ż., ale także koncentruje na ich psychice. Wpływają na nią różnorodne czynniki, zaliczane do 4 kategorii. Pierwsza to przyczyny osobiste, a wśród nich osobowość lękowa o pesymistycznym nastawieniu, problemy duchowe i ból egzystencjonalny. Druga to niska samoocena starszej osoby w chorobie, mogąca objawiać się poczuciem utraty kontroli i niezależności, uczuciem izolacji, sztywnym sposobem radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, złymi doświadczeniami z chorobami w rodzinie, samą chorobą, narastającym przeświadczeniem o zbliżającej się śmierci, pojawieniem się bólu, fizyczną zależnością czy zaburzeniami psychicznymi, osobowości lub relacji międzypokoleniowej. Do trzeciej grupy należą przyczyny społeczne dotyczące choroby, zmiany ról społecznych, złych warunków ekonomicznych, a także kulturowe, duchowe oraz brak innego systemu wartości. Ostatnim jest zła komunikacja z zespołem terapeutycznym, a konkretnie brak zainteresowania ze strony personelu czy wyłączenie przez niego rodziny z opieki nad seniorem [44].

Mówiąc o jakości życia osób starszych, należy rozpatrzyć także uwarunkowania społeczne, takie jak izolacja od otoczenia, zachowania w chorobie i w dobrym stanie zdrowia. Oznacza to, że badając tę dziedzinę życia, należy przeanalizować możliwości funkcjonalne pacjenta, a więc jego zdolność do podejmowania aktywności związanej z zaspokojeniem potrzeb dnia codziennego, udział w życiu społecznym, sprawność intelektualną, emocjonalną oraz pozycję ekonomiczną. Jakość kontaktów społecznych bezpośrednio rzutuje na jakość życia, a jednocześnie gdy seniorzy biorą udział wżyciu społecznym, pozwala to społeczeństwu korzystać z ich dojrzałości i mądrości. Ta wzajemna interakcja przeciwdziała wycofywaniu się osób starszych z pełnienia ról społecznych [31].

Badając jakość życia pacjentów w starszym wieku, nie można pominąć żadnej z wymienionych sfer. Należy wystrzegać się błędu polegającego na ograniczeniu spostrzeżeń wyłącznie do poziomu dolegliwości fizycznych. W równym stopniu należy pamiętać o kondycji psychicznej, odpowiedzialnej za ocenę zdolności do panowania nad sytuacją, kontrolowania i panowania nad swoimi myślami oraz zachowaniami. Przeżywane emocje, samopoczucie i możliwość funkcjonowania w codziennym życiu są elementami, które w znacznej mierze rzutują na ogólny stan człowieka [24, 29]. W analizach trzeba dodatkowo uwzględniać to, że każdy pacjent jest częścią większej zbiorowości, jaką jest rodzina czy grupa rówieśnicza, a zatem wchodzi on w różnego rodzaju relacje i zależności z jej członkami. Takie funkcjonowanie seniora powoduje, że jego jakość życia należy rozpatrywać również w aspekcie społecznym, a więc w kontekście zależności międzyludzkich. W związku z powyższym dobrostan seniora będzie zależny od jego satysfakcji z życia rodzinnego i kontaktów ze środowiskiem, pełnionych ról społecznych, możliwości kontynuowania pracy zawodowej i prowadzenia domu, pozycji w szerszym środowisku w społeczeństwie, a także od aspektu finansowego [13].

Największym wyzwaniem podczas badania jakości życia jest dobór odpowiedniego narzędzia. Analiza jakości życia przeprowadzana jest z stosowaniem metod jakościowych

i ilościowych. Te pierwsze obejmują szczegółowe i wnikliwe analizy wieloczynnikowe, uwzględniające samopoczucie pacjenta. W metodach tych wykorzystuje się wiele narzędzi, co sprawia, że są one pracochłonne [45, 46]. Natomiast do technik ilościowych zaliczane są metody kwestionariuszowe [47]. Zarówno metody jakościowe, jak i ilościowe są wykorzystywane w pracach, które powstają na całym świecie, a dotyczą jakości życia seniorów. Analizuje się w nich zdrowie pacjentów we wszystkich czterech domenach. W ten sposób powstaje katalog badanych cech uwzględniający wszystkie czynniki istotne w badaniu jakości życia.

Aktualnie dostępne są liczne kwestionariusze oceniające jakość życia pacjentów (Kwestionariusz SF-36, SF-12, EQ-5D, The World Health Organization Quality Of Life – BREFF, Euro-Quality of Life Questionnaire, The Six-Dimensional Health State Classification Short Form 6D). Powinny być one uniwersalne, oceniać obiektywne i subiektywne odczucia badanego, charakteryzować się odpowiednią trafnością, rzetelnością, powtarzalnością i czułością. Niestety nie ma zgodności co do tego, jak powinno wyglądać idealne narzędzie badania jakości życia [36, 47].

PODSUMOWANIE

Pojęcie jakości życia jest bardzo szeroką koncepcją, na którą należy spojrzeć w sposób indywidualny i subiektywny [32]. Dynamika i wielowymiarowość jakości życia wynika z tempa zmian zachodzących w stanie zdrowia seniora, jego perspektyw życiowych, pełnionych ról społecznych i doświadczalnych zmian. Jednocześnie jest koncepcją dwustronną, łączącą pozytywne i negatywne aspekty dobrostanu i życia oraz fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe wymiary zdrowia [29]. Jest również pojęciem interdyscyplinarnym, spajającym wiele ważnych dziedzin życia człowieka, a także trudnym do zdefiniowania i badania, gdyż nie jest tylko oceną komfortu fizycznego i stopnia sprawności fizycznej. Jakość życia odnosi się bowiem do indywidualnego pacjenta i zmienia się wraz z upływem czasu. Jest też wartością zmienną, zależną od wielu czynników dotyczących wszystkich sfer funkcjonowania człowieka, dlatego jest tak trudna do oceny [31, 40].

W badaniach jakości życia dotyczących populacji osób w podeszłym wieku pod uwagę należy brać sam proces starzenia się, który nawet jeśli przebiega bez towarzyszących schorzeń, powoduje ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu i obniżenie samodzielności starszych osób. Szczególnie trudno jest ocenić jakość życia seniorów, u których występuje wielochorobowość i związana z nią wielolekowość. Dlatego szczególną uwagę w analizach ich jakości życia należy poświęcić populacji osób chorych, które oceniają swoją jakość życia przez pryzmat własnych doświadczeń i wyznawanego systemu wartości. Wiele badań naukowych wykazało, że występuje silna zależność między stadium zaawansowania choroby i wprowadzonym leczeniem a jakością życia [34].

Przeprowadzone analizy potwierdzają, że na jakość życia seniorów znaczący wpływ ma ich samopoczucie, niezależność i samodzielność [34, 41]. Wysoka subiektywna ocena jakości życia odgrywa istotną rolę w rokowaniu i zapotrzebowaniu na opiekę zdrowotną wśród starszych podopiecznych. Ze względu na udowodnioną zależność pomiędzy poziomem jakości życia a codziennym funkcjonowaniem osoby w podeszłym wieku konieczne jest jej nieustanne i wszechstronne badanie połączone z prowadzeniem skutecznej edukacji pacjentów na temat tego zjawiska. Rozpoznawanie poziomu jakości życia w populacji osób starszych odgrywa istotną rolę w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych. Zwracanie szczególnej uwagi na indywidualne potrzeby tej grupy pacjentów jest kluczem do poprawy ich samodzielności funkcjonalnej, umysłowej, a także podstawą ich lepszego samopoczucia, które znacząco wpływa na dalsze rokowanie [22].

PIŚMIENNICTWO

1. Yu S, Guo N, Zheng C, et al. Investigating the association between outdoor environment and outdoor activities for seniors living in old residential communities. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(14):7500. https://doi.org/10.3390/ijerph18147500
2. Ralston M. The Role of Older Persons' Environment in Aging Well: Quality of Life, Illness, and Community Context in South Africa. The Gerontologist. 2018;58(1):111–120, https://doi.org/10.1093/geront/gnx091
3. Kozłowska E, Cierzniakowska K, Popow A, et al. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym. Piel Chirurg i Angiolog. 2023;17(3):144–151. https://doi.org/10.5114/pchia.2023.132003
4. Akan E, Ünlü A. Behavioral responses of the elderly regarding spatial configuration: An elderly care institution case study. A/Z ITU J Faculty Architec. 2015;12(123):89–103.
5. Babicz-Zielińska E, Bartkowicz JV, Tańska M. Jakość życia osób starszych i jej determinanty. Żywność Nauka Technologia Jakość. 2021;28(1(126)):51–67. https://doi.org/10.15193/zntj/2021/126/368
6. Desalegn D, Girma S, Abdeta T. Quality of life and its association with current substance use, medication non-adherence and clinical factors of people with schizophrenia in Southwest Ethiopia: a hospital-based cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2020;30;18(1):82. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01340-0
7. Campbell AR, Converse Ph, Rodgers W. The Quality of American Life Perceptions, evolutions and satisfactions. Russell Sage Foudations, New York. 1976;31:56–78.
8. Flanagan JC. A research approach to improving our quality of life. Am Psychol. 1978;33:138–147.
9. Cieślik B. Assessment of the quality of life of patients with mental disorders using general questionnaire. Psychiatr Psychol Klin. 2023;23(1):41–51. https://doi.org/10.15557/PiPK.2023.0006
10. WHOQOL Group, Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument, „Quality Life Research". 1993;2:153–159.
11. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403–1409.
12. Till JE, McNeil BJ, Busch RS. Measurements of multiple components of quality of life. Cancer Trent Sym; 1984. p. 177–182.
13. Schiper H. Quality of life: principles of the clinical paradigm. J Psycholog Oncol. 1990; 8:171–185.
14. Grassi L, Caruso R, Da Ronch C, et al. Quality of life, level of functioning, and its relationship with mental and physical disorders in the elderly: results from the MentDis_ICF65+ study. Health Qual Life Outcomes. 2020;18:61. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01310-6
15. Kupiec T, Wojtowicz D. Quality of life' concept in Cohesion Policy evaluation in Poland, 2004–2020. Evaluation and Program Planning. 2022;94:102153. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2022.102153
16. Giménez-Meseguer J, Tortosa-Martínez J, Cortell-Tormo JM. The Benefits of Physical Exercise on Mental Disorders and Quality of Life in Substance Use Disorders Patients. Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health 2020; 23;17(10):3680. https://doi.org/10.3390/ijerph17103680
17. Główny Urząd Statystyczny. Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015–2050. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy; 2014. s. 5–7.
18. Lada A. Jakość życia seniorów. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J – Pedagogia-Psychologia. 2018;31(2):331–345. http://dx.doi.org/10.17951/j.2018.31.2.331-345
19. Blanco-Reina E, Valdellós J, Ocaña-Riola R, et al. Factors associated with health related quality of life in community-dwelling older adults: a multinomial logistic analysis. J Clin Med. 2019;8(11):1–12. https://doi.org/10.3390/jcm8111810
20. Kumar P, Sen RK, Aggarwal S, et al. Assessment and reliability of the World Health Organisation quality of life (WHO QOL-BREF)

questionnaire in total hip replacement patients. J Clin Orthop Trauma. 2020;11(5):756–759. https://doi.org/10.1016/j.jcot.2020.07.020
21. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Qual Life Res. 2019;28(10):2641–2650. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9
22. WHOQOL Group, Development of the Word Heath Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med. 1998;28(3):551–558.
23. Siegrist J, Jung A. Conceptual and methodological problems in quality of life in clinical medicine. Soc Sci Med. 1989;29:463–70.
24. Awad AG, Lapierre YD, Angus C, et al. Quality of life and response of negative symptoms in schizophrenia to haloperidol and the atypical antipsychotic remoxipride. The Canadian Remoxipride Group. J Psychiatry Neurosci. 1997;22(4):244–248.
25. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. Soc Sci Med. 1995;41(10):1383–94. https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00116-o
26. Barofsky I. Can quality or quality-of-life be defined? Quality of Life Res. 2011;21(4):625–31. https://doi.org/10.1007/s11136-011-9961-0
27. Grassi L, Caruso R, Da Ronch Ch. Quality of life, level of functioning, and its relationship with mental and physical disorders in the elderly: results from the MentDis_ICF65+ study. Health Qual Life Outcomes. 2020;6;18(1):61. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01310-6
28. Martens N, Destoop M, Dom G. Organization of Community Mental Health Services for Persons with a Severe Mental Illness and Comorbid Somatic Conditions: A Systematic Review on Somatic Outcomes and Health Related Quality of Life. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(2):462. https://doi.org/10.3390/ijerph18020462
29. Trinquinato I, Silva RM, Benavente SBT, et al. Gender differences in the perception of quality of life of patients with colorectal cancer. Enfermería. 2017;35(3):320–329. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a08
30. Mayer L, Corrigan P, Eisheuer D, et al. Attitudes towards disclosing a mental illness: impact on quality of life and recovery. Soc Psych Psych Epidemiol. 2022;57(2):1–12. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02081-1
31. Perez-Cruzado D, Cuesta-Vargas AI, Vera-Garcia E, et al. The relationship between quality of life and physical fitness in people with severe mental illness. Health Qual Life Outcomes. 2018;6(1):82. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0909-8
32. Shumye S, Amare T, Derajew H, et al. Perceived quality of life and associated factors among patients with severe mental illness in Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Psychology. 2021;9(1):152. https://doi.org/10.1186/s40359-021-00664-w
33. Wróblewska Z, Chmielewski J, Wojciechowska M, et al. Evaluation of the quality of life of older people with diabetes. Ann Agric Environ Med. 2023;30(3):505–512. https://doi.org/10.26444/aaem/168415
34. Czarkowski W, Bish S, Mleczko K, et al. Polipragmazja jako problem terapeutyczny w populacji pacjentów objętych opieką paliatywną i geriatryczną. Medycyna Paliatywna. 2021;13(1):24–31. https://doi.org/10.5114/pm.2021.103767
35. Wróblewska Z, Chmielewski J, Florek-Łuszczki M, et al. Assessment of functional capacity of the elderly. Ann Agric Environ Med. 2023;30(1):156–163. https://doi.org/10.26444/aaem/161775
36. Tylka J, Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. Kardiol Pol. 2009;67(10):1166–1169. https://doi.org/10.33963/v.kp.80359
37. Ukpong D, Ibıgbamı O. Correlates of quality of life in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder: a study from southwestern Nigeria. Turk Psikiyatri Derg. 2021;32(1):26–32. https://doi.org/10.5080/u25125
38. Coons SJ, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality of Life instruments. Pharmacoekonomics. 2000;17(1):13–35. https://doi.org/10.2165/00019053-200017010-00002
39. Wróblewska I, Bartyzel M, Chmielowiec B, et al. Wpływ depresji na jakość życia osób w wieku podeszłym – badania pilotażowe. Med Og Nauk Zdr. 2021;27(2):199–204. https://doi.org/10.26444/monz/136243
40. Wołowicka L, editor. Jakość życia w naukach medycznych. Poznań: Dział Wydawnictw Uczelnianych AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2001. p. 20–93.
41. Dodds RM, Granic A, Davies K, et al. Prevalence and incidence of sarcopenia in the very old: findings from the Newcastle 85+ study. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2017;8(2):229–237. https://doi.org/10.1002/jcsm.12157
42. Wróblewska I, Zborowska I, Dąbek A, et al. Health status, health behaviors, and the ability to perform everyday activities in Poles aged >=65 years staying in their home environment. Clin Interv Aging. 2018;13:355–363. https://doi.org/10.2147/CIA.S152456
43. Künsebeck HW, Körber J, Freyberger H. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. Psychother Psychosom. 1990;54(2–3):110–6. doi:10.1159/000288385
44. Calman KC. Quality of life in cancer patients-an hypothesis. J Med Ethics. 1984;10(3):124–7. https://doi.org/10.1136/jme.10.3.124
45. Cohen M, Barros da Silva Lima AF, Pereira de Albuquerque Silva C, et al. Quality of life of family primary caregivers of individuals with bipolar disorder and schizophrenia in south of Brazil. Int J Soc Psychiatry. 2022;68(4):818–826. https://doi.org/10.1177/00207640211006737
46. Munie BM, Guangul MM, Mamaru A, et al. Quality of life among caregivers of patients with severe mental illness in northwest Ethiopia, 2022: an institutional-based cross-sectional study. Front Psychiatry. 2024;14;15:1379510. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1379510
47. Mesafint G, Shumet S, Habtamu Y, et al. Quality of Life and Associated Factors Among Patients with Epilepsy Attending Outpatient Department of Saint Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2019. J Multidiscip Healthc. 2020;13:2021–2030. https://doi.org/10.2147/JMDH.S284958