

Andrzej Jopkiewicz*

SAMOOCENA ZDROWIA, JAKOŚCI ŻYCIA I ZARADNOŚCI ŻYCIOWEJ OSÓB STARSZYCH

Wprowadzenie

Dane demograficzne dotyczące Polski i krajów rozwiniętych wskazują na stały wzrost średniej długości życia i wydłużanie życia najstarszych grup społeczeństwa, tzn. osób powyżej 80. roku życia. Prognozy GUS (2009) pokazują ponadto, że odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej będzie systematycznie wzrastał w naszym kraju. Już obecnie starość stanowi coraz dłuższy etap w życiu człowieka, a jednocześnie ma miejsce coraz większe wewnętrzne zróżnicowanie starości (Błędowski 2012). Ważnym zagadnieniem staje się zatem jakość życia i zaradność życiowa osób starszych, czyli niezależność codziennego funkcjonowania bez pomocy osób drugich. Jest to istotne tym bardziej, że rośnie z wiekiem odsetek osób niepełnosprawnych (GUS 2003).

Równie ważnym zagadnieniem jest samoocena stanu zdrowia i poczucie dobrostanu, która w przypadku ludzi starszych w większej mierze zależy od poziomu ich sprawności funkcjonalnej niż występowania chorób przewlekłych (Pędich 1996). W samoocenie zawiera się bowiem sumaryczny osąd wpływu wielu subiektywnych i obiektywnych wskaźników zdrowia odbieranych przez jednostkę (Fillenbaum 1984, Tisne 1972). Stanowi ona ponadto odbicie różnych wymiarów zdrowia jednostki (fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego). Stąd też samoocena jest zagadnieniem wielowymiarowym, a będąc składnikiem obrazu samego siebie jest wyrazem samowiedzy i ma charakter wartościujący. Dlatego zwykle mówimy o swoim zdrowiu na podstawie subiektywnej oceny samopoczucia, a w chorobie poddajemy się diagnozie lekarskiej.

Styl życia jednostki odgrywa bardzo ważną rolę w modyfikowaniu elementów składających się na jego zdrowie i sprawność funkcjonalną. W świetle modelu tzw. pól zdrowia, opracowanego przez Lalonde'a (1974), holistycznie (szeroko) zalicza się do nich cztery grupy uwarunkowań, oprócz wspomnianego stylu życia, także czynniki genetyczne, środowisko fizyczne

* **Andrzej Jopkiewicz** – profesor nauk o kulturze fizycznej, profesor zwyczajny, Zakład Auksologii, Uniwersytet im. Jana Kochanowskiego w Kielcach.

i społeczne oraz organizacje opieki medycznej. Istotne jest więc uzyskanie bardziej szczegółowej informacji na temat różnych czynników wpływających na samoocenę zdrowia, zaradność życiową i jakość życia osób starszych. Tym bardziej, że tryb życia każdego człowieka jest nierozzerwalnie związany z czynnikami społeczno-ekonomicznymi i zwykle większymi optymistami są ludzie ze starszych grup wiekowych oraz o wyższym statusie społecznym (Wojszel 1996).

Pojęcie jakości życia w różnych pracach teoretycznych przybiera różne znaczenia. W odniesieniu do osób dorosłych i starszych dużą rolę w jakości życia odgrywa zdrowie, które w myśl definicji, zawartej w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, oznacza stan pełnego fizycznego, psychicznego oraz społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko brak choroby lub inwalidztwa. Traktowanie jakości życia jako subiektywnego stanu psychicznego jednostki umożliwia uznanie, że poczucie jakości życia pośredniczy pomiędzy obiektywnymi warunkami życia człowieka, jego cechami osobowości i jego zachowaniem (WHO 2006). Obiektywne ujmowanie jakości życia wiąże się zwykle z ilościowym określeniem jej poziomu. Natomiast pojmowanie jakości życia jako subiektywnego poczucia jednostki sprawia, że jedyną osobą decydującą o wartości tego poczucia jest ona sama (Śmigiel 1997).

Celem pracy jest ocena zdrowia subiektywnego, jakości życia i zaradności życiowej osób starszych w odniesieniu do takich czynników jak: wiek, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania i sytuacja materialna.

Materiał i metoda

Badaniami objęto 186 osób zamieszkałych na terenie małych i dużych osiedli województwa świętokrzyskiego i mazowieckiego, w wieku powyżej 60 lat, w tym 106 kobiet i 80 mężczyzn, których podzielono na trzy grupy wiekowe: 60-69, 70-79 oraz 80+. Podstawową metodą badawczą był wywiad, który przeprowadzono w 2010 roku w wybranych NZOZ, a osoby objęte badaniami w sposób świadomy wyraziły na to zgodę.

Tabela 1

Liczebność badanych osób w poszczególnych grupach wiekowych (%)

Grupa wieku	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
60-69	48	45,3	27	33,7	75	40,3
70-79	39	36,8	34	42,5	73	39,3
80 i więcej	19	17,9	19	23,8	38	20,4
Ogółem	106	100,0	80	100,0	186	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Największy odsetek stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (36,0%), następnie z zasadniczym zawodowym (23,6%) i wyższym (23,1%). Struktura poziomu wykształcenia badanych osób zbliżona jest do danych demograficznych podawanych przez GUS, w odniesieniu do osób po 60. roku życia, co oznacza, że zebrany materiał spełnia warunek reprezentatywności. Wśród badanych dominowali mieszkańcy dużego miasta (powyżej 100 tys. mieszkańców) (44,6%), a dokładnie Kielc i Radomia oraz mieszkańcy wsi (44,1%), natomiast najmniejszy odsetek stanowili mieszkańcy małych miast, gdyż niewiele ponad 11%.

Większość badanych osób oceniało swoją sytuację materialną jako przeciętną (48,9%), prawie 1/3 uznała ją za dobrą (30,2%), a prawie 21% za poniżej przeciętną i złą. Samoocena ta zdaje się odzwierciedlać ogólny stan sytuacji materialnej osób starszych w naszym kraju na przełomie wieków.

Do oceny jakości życia wykorzystano propozycję Schipperera i in. (1996), którzy opracowali skalę 10-punktową umieszczoną na drabinie, gdzie sam dół drabiny oznacza życie najgorsze, wierzchołek najlepsze, a szczeble pośrednie oznaczają życie w równym stopniu zbliżone do najlepszego lub najgorszego. Biorąc pod uwagę samoocenę jakości życia sprzed 5 lat, za 5 lat i obecnie, obliczono wskaźnik jakości życia (Wjż), według wzoru (Jopkiewicz 2011).

$$W_j = \frac{A + B + C}{3}$$

gdzie:

A – samoocena jakości życia sprzed 5 lat (na drabinie 10-stopniowej, gdzie sam dół oznacza życie najgorsze, a jej wierzchołek oznacza życie najlepsze),

B – samoocena jakości życia za 5 lat,

C – obecna ocena jakości życia.

Ponadto, obliczono wskaźnik zaradności życiowej i zadowolenia z życia, biorąc pod uwagę takie cechy, jak:

- samoocenę zaradności życiowej,
- czynności sprawiające najwięcej kłopotów,
- zadowolenie ze swego życia.

Przypisując w sposób arbitralny różne ilości punktów każdej z cech, obliczono wskaźniki zaradności życiowej i zadowolenia z życia (Wzż), według

wzoru (Jopkiewicz 2011):

$$W_z = \frac{A + B + C}{3}$$

gdzie:

A – samoocena zaradności życiowej (dobra – 5 pkt., średnia – 3, wymaga pomocy – 1),

B – czynności sprawiające najwięcej kłopotów (żadne – 7 pkt., lokomocyjne – 5, domowe – 3, inne – 1),

C – zadowolenie ze swego życia (bardzo zadowolony – 7 pkt., zadowolony – 5, niezbyt zadowolony – 3, niezadowolony – 1).

Bazę danych utworzono w pakiecie programów statystycznych Statistica 6.0. W tym programie wykonano także wszystkie obliczenia, stosując standardowe metody parametryczne i nieparametryczne (Ferguson i Takane 1999). Istotność statystyczną określano z prawdopodobieństwem $p < 0,05$ i wyższym. W celu oceny zależności pomiędzy pojedynczymi, skategoryzowanymi zmiennymi zastosowano testy nieparametryczne: chi-kwadrat oraz korelacji rang Spearmana. W zakresie testów parametrycznych wykorzystano jedno i dwuwymiarową analizę wariancji oraz dekompozycję efektywnych hipotez.

Wyniki

Badani oceniali swoje zdrowie dość dobrze, gdyż 61,3% uważało, że „można z tym żyć”, a 22,6% uznało je za dobre oraz 16,1% za złe. Mężczyźni swoje zdrowie oceniali podobnie jak kobiety, natomiast wyraźnie gorzej od kobiet swoją zaradność życiową, którzy wprawdzie rzadziej postrzegali ją jako wymagającą pomocy, ale znacznie częściej jako średnią, a rzadziej jako dobrą. Ponadto, niewielki odsetek mężczyzn (5,0%) – prawie czterokrotnie mniej niż kobiet uważał, że wymagają pomocy. Wśród czynności i problemów sprawiających najwięcej kłopotów, badani najczęściej wymieniali (prawie 50%) czynności lokomocyjne, a dla co piątej osoby były to czynności domowe (zakupy, gotowanie, sprząatanie itp.).

Płeć nie była czynnikiem istotnie różnicującym samoocenę stanu zdrowia badanych osób starszych. Natomiast takimi czynnikami był zarówno wiek, jak i miejsce zamieszkania, a ponadto poziom wykształcenia i sytuacja materialna (tab. 2). Młodszy wiek i wzrost wielkości aglomeracji będącej miejscem stałego zamieszkania badanych osób, niezależnie od płci, wiązały się z wyższą samooceną zdrowia. Także wyższy poziom wykształcenia i lepsza sytuacja materialna, bez względu na miejsce zamieszkania, wiązały się z lepszą oceną stanu zdrowia (tab. 2).

Tabela 2

Wyniki testu chi-kwadrat w zakresie samooceny stanu zdrowia osób starszych i wybranych czynników społeczno-ekonomicznych

Czynniki społeczno-ekonomiczne	χ^2	df	p
Wiek	11,9439	4	0,0178
Płeć	0,2733	2	0,8721
Miejsce zamieszkania	33,3945	4	0,0000
Poziom wykształcenia	15,9469	8	0,0432
Sytuacja materialna	47,4617	6	0,0000

Zróznicowanie istotne statystycznie wytłuszczono (dotyczy tab. 2-4).

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wariancji międzygrupowej wykazała istotne zróznicowanie ze względu na wiek wskaźnika zaradności życiowej (Wzż) badanych osób starszych. Także wskaźnik jakości życia (Wjż) zarówno u kobiet, jak i mężczyzn wykazywał istotne zróznicowanie międzygrupowe ze względu na wiek, co oznacza, że ich zaradność życiowa, a także jakość życia ulegała wyraźnemu pogorszeniu wraz z wiekiem. Jak wiadomo, pogorszenie jakości życia (zwłaszcza u mężczyzn) ma zwykle miejsce po przejściu na emeryturę (często na margines życia społecznego) w wieku około 65 lat i później jakość życia może już nie ulegać tak istotnym zmianom.

Tabela 3

Analiza wariancji międzygrupowej wskaźników jakości życia (Wjż) i zaradności życiowej (Wzż) badanych osób starszych

Cecha	ss efekt	df efekt	MS efekt	ss błąd	df błąd	MS błąd	F	p
Kobiety								
Wjż	15,622	2	7,811	255,590	102	2,505	3,117	0,0485
Wzż	13,194	2	6,597	116,134	102	1,138	5,794	0,0041
Mężczyźni								
Wjż	16,465	2	8,232	117,511	72	1,632	5,044	0,0089
Wzż	7,502	2	3,751	69,287	73	0,949	3,952	0,0234

Źródło: opracowanie własne.

Dla dokładnego sprawdzenia tej hipotezy zastosowano dwuczynnikową analizę wariancji (biorąc pod uwagę płeć i wiek), która wykazała, że tylko wiek jest czynnikiem wpływającym na zróznicowanie samooceny jakości

życia i zaradności życiowej, natomiast płeć jest czynnikiem różnicującym wyłącznie jakość życia (tab. 4).

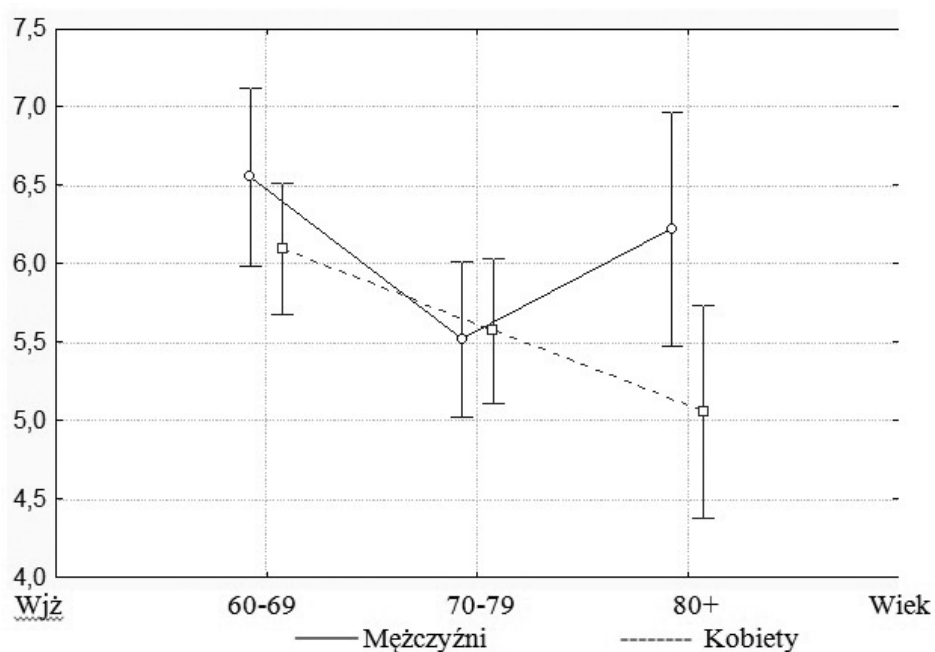
Tabela 4

Analiza wariancji dwuczynnikowa wskaźnika samooceny jakości życia (Wjż) i zaradności życiowej (Wzż) badanych osób starszych, z uwzględnieniem płci i wieku

Cecha	Efekt	SS efekt	df	MS	F	p
Wjż	Płeć	10,389	1	10,389	4,845	0,0290
	Wiek	23,288	2	11,644	5,430	0,0051
	Płeć × wiek	8,561	2	4,281	1,996	0,1389
Wzż	Płeć	0,563	1	0,563	0,532	0,4669
	Wiek	18,698	2	9,349	8,823	0,0002
	Płeć × wiek	1,145	2	0,573	0,541	0,5834

Źródło: opracowanie własne.

Ilustruje to dobrze dekompozycja efektywnych hipotez (wykres 1), gdzie zauważyć można, że wiek i płeć ma istotny wpływ na zróżnicowanie średnich wartości wskaźnika jakości życia (Wjż). Natomiast interakcja wieku i płci jest nieistotna, co oznacza, że zmiany samooceny jakości życia przebiegają różnie u kobiet i mężczyzn a mniejsze pogorszenie jakości życia u mężczyzn, ma miejsce zwłaszcza w najstarszej grupie wiekowej, tzn. 80+ (wykres 1).

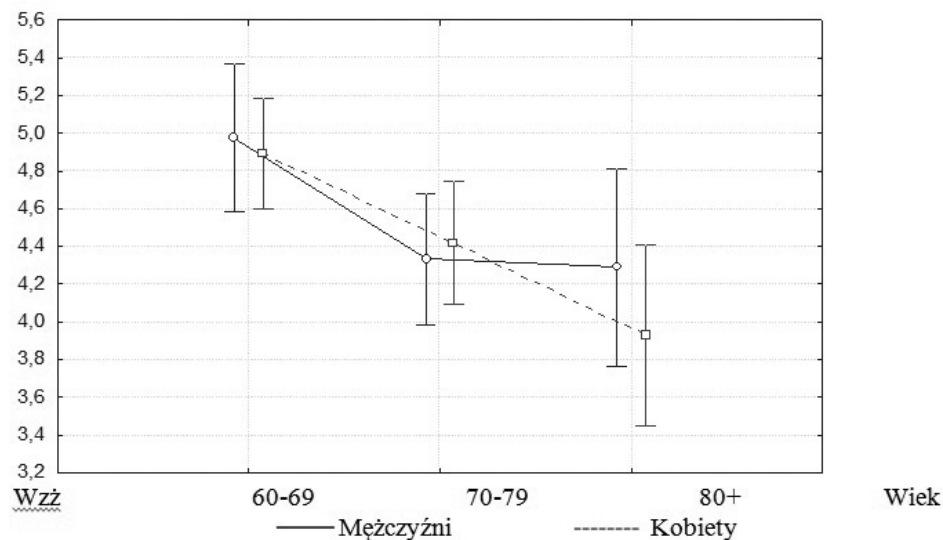


Wykres 1. Dekompozycje efektywnych hipotez wskaźnika jakości życia (Wjż) badanych osób starszych (pionowe słupki oznaczają 0,95 przedziały ufności).

Źródło: opracowanie własne.

Dokonując analizy wskaźnika zaradności życiowej (Wzż) stwierdzono, że wykazuje on istotne zróżnicowanie międzygrupowe, co oznacza, że zaradność życiowa zmniejsza się w podobnym stopniu u kobiet i mężczyzn. Dla zweryfikowania tego spostrzeżenia zastosowano dwuczynnikową analizę wariancji, która potwierdziła hipotezę, że płeć nie jest czynnikiem istotnie różnicującym zaradność życiową badanych osób starszych, natomiast jest nim wiek (tab. 4).

Dekompozycja efektywnych hipotez wyraźnie wykazała, że średnie wartości wskaźnika zaradności życiowej (Wzż) istotnie różnią się między poszczególnymi grupami wiekowymi i odnosi się to zarówno do kobiet, jak i mężczyzn (wykres 2).



Wykres 2. Dekompozycje efektywnych hipotez wskaźnika zaradności życiowej (Wzż) badanych osób starszych (pionowe słupki oznaczają 0,95 przedziały ufności).

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Współcześnie wiek późnej dorosłości i starości stały się powszechnym udziałem ludzi żyjących w krajach rozwiniętych, krajach naszego kręgu cywilizacyjnego, w tym także w Polsce. Pomimo że życie ludzkie w naszym kraju wydłużyło się, to istnieje dość znaczna dysproporcja między średnim czasem życia kobiet i mężczyzn (Grębowski 1992). Prognozy GUS do 2020 roku zakładają, że w Polsce następować będzie dalszy stopniowy wzrost długości trwania życia do 72 lat dla mężczyzn i 78,5 lat dla kobiet. Przy czym udział mężczyzn w ogólnej liczbie osób w wieku 65 i więcej lat będzie się stopniowo zwiększał, ale nie należy, jak podkreśla Błędowski (2012), oczekiwać spektakularnych zmian.

Do grupy osób starszych zaliczane są osoby powyżej 65. roku życia i ich udział w strukturze ludności Polski szybko się zwiększa. Prognozy demograficzne GUS (2002) wskazują, że odsetek tych osób zwiększy się z 12,5% w roku 2001 do 17,4% w roku 2020. W 2035 r. ma on wynieść 23,2%, przy czym w miastach będzie się kształtował na nieco wyższym poziomie (24,3%) niż na wsi (21,7%) (GUS 2009). Do konsekwencji demograficznego starzenia się społeczeństwa zalicza się między innymi feminizację, singularyzację i długowieczność (Błędowski 2012).

Jak wiadomo, starość czy wiek starszy nie wiążą się jedynie z liczbą lat, które przeżyła osoba uznana za starszą. Wiek człowieka dzieli się bowiem w sposób czterodzielny na wiek kalendarzowy (chronologiczny lub metrykalny), wiek biologiczny (fizjologiczny), psychiczny (psychologiczny) i społeczny. Najczęściej analizuje się wiek metrykalny (kalendarzowy), liczony jako bezpośredni wynik upływu czasu od momentu urodzenia. Wiek ten mimo swej stałości jest jednak najbardziej zawodny.

Wiek biologiczny odgrywa znacznie większą rolę, zwłaszcza w auksologii i gerontologii, ale także budzi wiele wątpliwości dotyczących kryteriów, a także ilości ich stosowania. Jest on wskaźnikiem stanu organizmu w danym momencie ontogenezy, a mierzy się go, opierając się na analizie stanu rozwoju wielu różnych cech morfologicznych, fizjologicznych, a zwłaszcza funkcjonalnych. Natomiast wiek psychologiczny ma najbardziej osobniczy charakter, ale jednocześnie jest najbardziej niezbadany. Interesujące podejście w tym względzie przedstawia „psychologia rozwojowa człowieka” (*life-span development psychology*) (Harwas-Napierała i Trempała 2001), która zakłada, iż rozwój nie kończy się wraz z osiągnięciem dorosłości, lecz jest procesem przekształcania się zachowań i struktury psychicznej człowieka w wymiarze całego życia.

Zważywszy na czwórdzielność wieku człowieka, możliwe jest istnienie znacznych rozbieżności pomiędzy wiekiem metrykalnym a wiekiem biologicznym, psychologicznym i społecznym osoby uznanej za starszą. U podłoża tej rozbieżności leży wiele czynników biologicznych, psychologicznych czy społeczno-demograficznych, np. przebyte lub istniejące choroby, rodzaj i charakter wykonywanej wcześniej pracy zawodowej, styl życia, więzy z najbliższą rodziną, stan cywilny, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna itp. (Grębowski 1992).

Interpretując wyniki samooceny stanu zdrowia, jakości życia i zaradności życiowej uwzględnić należy zespół uwarunkowań społecznych i ekonomicznych – związanych z gospodarką rynkową, które mają silny wpływ na samopoczucie. Czynniki te powodują, że samoocena stanu zdrowia ludzi w podeszłym wieku jest zła (Miller i Gębska-Kuczerawska 1998). Jednocześnie jednak osoby zaradne, a tym samym zwykle niezależne finansowo, cieszą się dobrym stanem zdrowia i po przejściu na emeryturę chcą czerpać korzyści z wcześniejszego życia (Trafiałek 1997).

Przeprowadzone badania wykazały, że płeć nie była czynnikiem istotnie różnicującym samoocenę stanu zdrowia osób starszych, chociaż na ogół mężczyźni wyżej oceniają swój stan zdrowia (Jopkiewicz 2006). Natomiast takim czynnikiem jest wiek, a także pozostałe analizowane tu zmienne. Stanowi to potwierdzenie spostrzeżeń m.in.: Wojszel (1996) i Trafiałek (1997),

że większymi optymistami są ludzie charakteryzujący się wyższym statusem społeczno-ekonomicznym. Stąd wyższy poziom wykształcenia, lepsza sytuacja materialna i zamieszkanie w mieście istotnie różnicowały nie tylko samoocenę stanu zdrowia, ale również jakość życia oraz zaradność życiową osób starszych. Wydaje się to zrozumiałe, gdyż wyższy poziom wykształcenia wiąże się na ogół z lepszą sytuacją materialną, a przede wszystkim z wyższym poziomem wiedzy i świadomości, które rzutują na styl życia i zachowania w ciągu całego życia. Stąd też obserwować można znaczne nierówności w stanie zdrowia Polaków wiążące się zarówno z poziomem wykształcenia (Jopkiewicz 2006), jak i sytuacją materialną.

Dużą rolę w jakości życia odgrywa zdrowie i stąd też jest ono różnie postrzegane, mimo iż w myśl definicji WHO zdrowie to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego samopoczucia, a nie tylko brak choroby i inwalidztwa. Dlatego też jakość życia określa się jako całościowy (kompleksowy) sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego i stopnia niezależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem w kontekście osobistych wierzeń i przekonań (Skrzypek 2000).

Kaczmarek (2004) stwierdziła na podstawie przeprowadzonych badań istotne zróżnicowanie poczucia jakości życia, w zależności od poziomu wykształcenia, które jest zwłaszcza miarą świadomości. Stąd też osoby o niższym wykształceniu częściej wykazują niezadowolenie niż z wyższym wykształceniem i zjawisko to silniej zaznacza się u kobiet. Jopkiewicz (2006) wykazał ponadto, że do życia na emeryturze lepiej są przygotowane kobiety, a także osoby o wyższym poziomie wykształcenia. Dekompozycja efektywnych hipotez wykazała również, że największe pogorszenie jakości życia ma miejsce u kobiet w przedziale wieku 80+ w przeciwieństwie do mężczyzn (wykres 2).

Także w zakresie zaradności życiowej (Wzż) zaobserwowano istotne zróżnicowanie zarówno ze względu na wiek, jak i płeć, chociaż pogorszenie to było mniej widoczne u kobiet niż u mężczyzn. Dwuczynnikowa analiza wariancji potwierdziła to spostrzeżenie, wykazując, że płeć jest czynnikiem istotnie różnicującym samoocenę zaradności życiowej osób starszych.

Wnioski

1. Osoby starsze cechuje stosunkowo dobra ocena swojego zdrowia i zaradności życiowej, przy czym w starszych grupach wiekowych zarówno kobiety, jak i mężczyźni znacznie gorzej oceniają swój stan zdrowia.
2. Poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania i sytuacja materialna są czynnikami różnicującymi samoocenę zdrowia osób starszych. Osoby

- by młodsze z wyższym wykształceniem, zamieszkałe w dużym mieście, mające dobrą sytuację materialną lepiej oceniają swój stan zdrowia niż osoby starsze o niższym poziomie wykształcenia, zamieszkałe w małym mieście lub na wsi, mające gorszą sytuację materialną.
3. Jakość życia ulega wyraźnemu pogorszeniu wraz z wiekiem zarówno u kobiet, jak i mężczyzn po 60. r.ż. Przy czym gorzej oceniają swoją jakość życia kobiety, co może mieć związek z dłuższą ich przeżywalnością, a także samotnością.
 4. Zaradność życiowa, a także zadowolenie z życia znacznie pogarszają się wraz z wiekiem w okresie późnej dorosłości, a czynnikiem wpływającym na pogarszanie zaradności życiowej jest przede wszystkim wiek. U kobiet zmiany te są mniej widoczne, co może się wiązać z „nadumieralnością mężczyzn”, a tym samym singularyzacją kobiet.
 5. Wykorzystane w tej pracy wskaźniki zaradności życiowej i zadowolenia z życia (Wzż) oraz samooceny jakości życia (Wjż) wydają się być przydatne do oceny różnych aspektów sytuacji życiowej osób starszych.

Literatura

- BŁĘDOWSKI P. (2012), Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Wyd. Medyczne Termedia, Poznań, s. 11-23.
- FERGUSON G. A., TAKANE G. (1999), *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, Wyd. PWN, Warszawa.
- FILLENBAUM G. G. (1984), *The wellbeing of the elderly: approaches to multidimensional assessment*. WHO Offset Publication No. 84, Geneva.
- GRĘBOWSKI R. (1992), Promocja zdrowia ludzi starszych w środowisku naturalnym, „*Zdrowie Publiczne*”, 103(6), s. 335-340.
- GUS (2002), *Rocznik Demograficzny Polski 2002*, Warszawa.
- GUS (2003), *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002*, Część II – *Gospodarstwa domowe*, Warszawa, s. 1-42.
- GUS (2009), *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, Warszawa.

- HARWAS-NAPIERAŁA B., TREMPAŁA J. (2001), *Psychologia rozwoju człowieka*. t. 2, Wyd. PWN, Warszawa.
- JOPKIEWICZ A. (2006), Samoocena zdrowia, zaradności życiowej i planów na przyszłość osób w wieku przedemerytalnym, *Annales UMCS*, Vol. LX, Supl. XVI, s. 91-94.
- JOPKIEWICZ A. (2011), Próba oceny zmian starczych oraz jakości życia i zaradności życiowej u osób po 60. roku życia, [w:] *Człowiek stary w rodzinie – o trudnym problemie przemocy wobec starszych*, red. B. Matyjas, M. Gościńiewicz, Wyd. UJK, Kielce, s. 39-52.
- KACZMAREK M. (2004), Subiektywne poczucie satysfakcji życiowej u kobiet i mężczyzn w okresie przekwitania, [w:] *Auksologia a promocja zdrowia*, t. 3, red. A. Jopkiewicz, Wyd. KTN, Kielce, s. 307-317.
- LALONDE M. (1974), *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Government of Canada, Ottawa.
- MILLER M., GĘBSKA-KUCZERAWSKA A. (1998), Ocena stanu zdrowia ludzi w starszym wieku w Polsce, „*Gerontologia Polska*”, 6(3-4), s. 18-23.
- PĘDICH W. (1996), Wskazania i przeciwskazania do aktywności ruchowej osób starszych, [w:] *Aktywność ruchowa osób starszych*, red. A. Jopkiewicz, Wyd. WSP, Kielce, s. 9-13.
- SCHIPPER H., CLINCH J., POWELL V. (1996), *Quality of life studies: definition and conceptual issues*, [in:] *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, Spiker B. (ed.), Philadelphia.
- SKRZYPEK M. (2000), O badaniach nad jakością życia i sposobach rozumienia normy, *Alma Mater AM Lublin*, 34, s. 136-139.
- ŚMIGIEL J. (1997) Poczucie jakości życia a aktywność osób w starszym wieku, „*Gerontologia Polska*”, 5(2), s. 21-29.
- TISSNE T. (1972), Another look at self-rated health among the elderly, *Journal of Gerontology*, 27(1), s. 91-94.
- TRAFIAŁEK E. (1997), Zalety i wady podeszłego wieku, „*Gerontologia Polska*”, 5(3), s. 46-58.
- WOJSZEL B. (1996) Uwarunkowania zdrowotne jakości życia oraz ocena stanu zdrowia ludzi starych, *Gerontologia Polska*, 4(3), s. 28-34.
- WHO (2006), *Constitution of the World Health Organization, Basic documents*. Forty-fifth Edition, WHO, Suppl.

Andrzej Jopkiewicz

Self-evaluation of health, quality of life and resourcefulness of life in elderly people

Keywords: self-assessment of health, quality of life, resourcefulness of life, elderly people.

The aim of the article is the subjective evaluation of health, quality of life and resourcefulness of life by elderly people in respect to age, gender, and education, place of living and material situation. The study was conducted in 2010 on the areas of small and large districts in Świętokrzyskie and Mazowieckie Provinces. It comprised 186 people over the age of 60, including 106 women and 80 men who were divided into three age groups: 60-69 years of age, 70-79 years of age and 80+. The respondents were characterized by a relatively positive evaluation of their health and resourcefulness of life, whereas the quality of life clearly deteriorated with age, both in the women and men over the age of 60. The women assessed the quality of their life worse, what may relate to longer life rate and loneliness. Resourcefulness of life and satisfaction with life also significantly deteriorated with age and the factor which influenced the resourcefulness of life was mainly age.