

GRZEGORZ JÓZEF NOWICKI¹, MAGDALENA MŁYNARSKA², BARBARA ŚLUSARSKA¹, KINGA JABŁUSZEWSKA³,
AGNIESZKA BARTOSZEK¹, KATARZYNA KOCKA¹, SYLWIA PRZYBYLSKA-KUĆ⁴

Poczucie samotności jako czynnik warunkujący jakość życia osób powyżej 65. roku życia

Loneliness as a factor conditioning the quality of life in people over 65

¹Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

KEYWORDS

loneliness, people over 65, quality of life

SUMMARY

Introduction. Loneliness is a universal phenomenon; timeless, supra-cultural, ahistorical, present in the life of every human being and it has become one of the signs of present times. According to the theory of withdrawals, the elderly slowly retreat from social life and social roles hitherto performed, making themselves vulnerable to loneliness and isolation.

Aim. Assessment of loneliness and selected determinants concerning loneliness and the evaluation of the relationship between a sense of loneliness and the quality of life among people over 65 years of age.

Material and methods. The study was conducted in a group of 100 people over 65 years of age living in the Lublin province. The questionnaire consisted of two standardized research tools: De Jong Gierveld Loneliness Scale and instruments assessing quality of life WHOQOL-AGE.

Results. The average result on the loneliness scale in the study group of people over 65 was 27.62 points out of 55 possible to obtain. The sociodemographic variables determining the level of loneliness in the study group were: age, marital status and the number of people living in the household ($p < 0.05$). The average value of the quality of life of the respondents was 64.45 points. ($SD = 13.47$). Statistical analysis of the relationship between quality of life and sense of loneliness showed significant strong negative correlations at the level of $p < 0.001$.

Conclusions. The sense of loneliness is a strong determinant of the quality of life assessment in people over 65.

WSTĘP

Samotność jest zjawiskiem powszechnym, ponadczasowym, ponadkulturowym, ahistorycznym, obecnym w życiu każdego człowieka i stała się jednym ze znaków naszych czasów (1). W rozumieniu definicyjnym „samotność” niejednokrotnie utożsamiana jest z osamotnieniem, jednak w literaturze gerontologicznej „samotność” i „osamotnienie” rozumiane są jako dwa odrębne stany, odpowiednio subiektywny i obiektywny. Według Szczepańskiego (2) samotność to „stan wynikający z własnego wyboru jednostki i jest wyłącznym przebywaniem ze sobą samym”. Zatem w tym znaczeniu samotność staje się poszukiwaniem

siebie, umiejętnością koncentracji na swoim świecie wewnętrznym oraz zdobywaniem obojętności wobec świata. Samotność daje człowiekowi niezbędny dystans, odwagę, gotowość rezygnacji i poczucie wewnętrznej samowystarczalności. Natomiast osamotnienie według powyższego autora to sytuacja, w której człowiek nie znajduje oparcia w innych ani też w swoim świecie wewnętrznym. „Osamotnienie wynika z niedorozwoju świata wewnętrznego, z braku porządku, w którym tworzymy dla siebie samych inny niż zewnętrzny rytm istnienia, inne miary wartości i w którym jesteśmy wolni od klęsk, upokorzeń, tryumfów (...). Jest to także świat wolny od cierpień zadawanych

nam przez innych ludzi” (2). Należy podkreślić, że osamotnienie jest stanem trudnym do zdefiniowania, ponieważ jest uwarunkowane indywidualnymi predyspozycjami jednostki oraz może przybierać różne postacie i w specyficznym sposób oddziaływać na ludzi (1). Dołęga (3) wyróżnia trzy typy samotności:

- poczucie samotności społecznej (fizyczna, obiektywna) – brak związków społecznych, przynależności do wspólnoty, przeżywanie izolacji i marginalizacji, poczucie bycia ignorowanym, niepotrzebnym, pomijanym, niedostrzeganym przez innych oraz przekonanie o aktualnie niezadawalających relacjach społecznych,
- poczucie samotności emocjonalnej (subiektywnej) – deficyt pozytywnych uczuć i relacji z ludźmi szczególnie ważnych dla jednostki, idąc dalej, jest to poczucie braku bliskich, satysfakcjonujących więzi emocjonalnych. Poczucie samotności emocjonalnej wiąże się z negatywną oceną siebie jako partnera relacji społecznych oraz niskim przekonaniem o własnych kompetencjach społecznych,
- samotność egzystencjalna – brak identyfikacji z ogólnie przyjętymi wartościami, celami życiowymi oraz normami. Jest to brak zakotwiczenia w świecie, nieakceptowanie i niezgadanie się z określonym obrazem świata (4).

Zgodnie z teorią wycofywania się, osoby starsze powoli usuwają się z życia społecznego oraz dotychczasowo pełnionych ról społecznych, co powoduje, że są narażone na samotność i osamotnienie (5). Mortenson (6) podjął próbę wyjaśnienia, co warunkuje samotność osób starszych. Wyminia następujące czynniki tego zjawiska:

- czynniki kulturowe – pojawiają się, gdy osoba starsza z powodu np. złego stanu zdrowia musi zamieszkać w domu pomocy lub innej instytucji opiekuńczej. Wówczas musi dopasować się do zwyczajów tam panujących, porządku dnia czy chociażby innego sposobu żywienia niż dotychczas preferowany,
- samotny styl życia – często preferowany przez mieszkańców dużych miast. Młodzi ludzie coraz częściej decydują się na samotny styl życia, przewartościowanie pracy nad życiem prywatnym, szybkie tempo życia. Samotny styl życia często dotyczy Dorosłe Dzieci Rozwiedzionych Rodziców, które na kanwie doświadczeń rodziców świadomie wybierają samotne życie. Bycie singlem wynika także z mody, ze zmiany wartości i propagandy niezależności czy korzyści płynących z tego stanu. Oczywiście bycie singlem nie musi przekształcić się w samotność i osamotnienie, ale prawdopodobieństwo wystąpienia takich konsekwencji jest dużo większe w tej grupie osób,
- utrata najbliższych (wdowieństwo) – tego typu samotność ma wpływ na stan osamotnienia, ale także na wystąpienie depresji czy pogorszenie kondycji

fizycznej. W starszym wieku śmierć staje się bliższa, umierają członkowie rodziny (niejednokrotnie partner życiowy), znajomi, przyjaciele, sąsiedzi. Wsparcie od najbliższych daje najwięcej siły i stymulację do dalszego działania,

- świadomość nieuchronnej śmierci – poczucie samotności i osamotnienia może być tym większe, im bliżej starszy człowiek znajduje się końca życia. Pojawia się zmiana myślenia zwana „zmianą horyzontu czasowego”, czyli koncentrowaniem się na teraźniejszości i przeszłości, bez perspektyw na przyszłość (7).

Starość jest niezwykle ważnym etapem w życiu człowieka, bowiem jest ona zwieńczeniem całego życia. Z okresem tym wiąże się wiele wspaniałych chwil, których można doświadczyć, np. radość z wychowywania wnuków. Niestety etap ten ma też negatywne aspekty, jak utrata sprawności ruchowej, potrzeba pomocy osób trzecich w wykonywaniu z pozoru prostych czynności itd. Pomimo trwających od wielu lat prób zdefiniowania jakości życia nadal nie została ona jednoznacznie opisana. Termin ten jest interpretowany w inny sposób przez naukowców z różnych dziedzin, m.in. medycyny, psychologii, socjologii czy pedagogiki. Medycyna określa jakość życia w dwóch wymiarach: behawioralnym i przeżyciowym. Badania nad jakością życia przeprowadzane są u osób z przeróżnymi chorobami, także przewlekłymi czy nowotworami. Mają na celu sprawdzenie, czy konkretne metody leczenia i rehabilitacji przynoszą oczekiwane efekty. Nie są pomijane również osoby zdrowe. Stwierdzono bowiem, że badania jakości życia mogą być stosowane w profilaktyce i mogą pomóc w ocenie opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach czy krajach. W medycynie jakość życia używana jest zamiennie z terminami takimi, jak satysfakcja z życia, szczęście, dobrostan. W psychologii z kolei termin „jakość życia” pojawił się, gdy zaczęto zadawać sobie pytania na temat sensu ludzkiego życia, jego wyjątkowości. Stosowano zamiennie terminy „bezpieczeństwo”, „niezawodność” czy „efektywność”. Częstsze zainteresowanie jakością życia spowodowało zagłębianie się w system wartości, postawy człowieka wobec życia oraz jego problemy moralne i światopoglądowe. Badanie nad jakością życia i czynnikami, jakie na nią wpływają, skupia się na porównaniu subiektywnych odczuć z obiektywnymi warunkami. Socjologia jakości życia doszukuje się w obrębie stosunków społecznych. Termin ten definiuje co najmniej czterema sposobami. Metoda pierwsza określa jakość życia jako wysoki poziom konsumpcji dóbr materialnych, co spowodowane jest rozwinięciem przemysłu, postępem technicznym. Kolejna metoda traktuje jakość życia jako pojęcie wielowymiarowe skupiające się na dobrobycie społecznym, także związanym z konsumpcją dóbr i usług. Trzeci sposób charakteryzuje jakość życia jako sposoby zaspokajania różnych potrzeb człowieka. Z kolei metoda czwarta skupia się na konkretnych zainteresowaniach: „Jakość życia w tym rozumieniu jest pewną kategorią symboliczną niedającą się zoperacjonalizować i zastosować w badaniach empirycznych” (8).

Jakość życia pojmowana jest bardzo szeroko, uwzględniając wiele aspektów egzystencji. Według badaczki Krystyny de Walden-Gałuszko (9) jakość życia to dokonanie w określonym czasie oceny własnego życia. Przeanalizowanie życia pod kątem wyznawanych wartości i porównanie stanu rzeczywistego z wymarzoną wersją. Z kolei Kolman (10) uważa jakość życia za poziom zaspokojenia potrzeb człowieka, zarówno materialnych, jak i duchowych. Określenie stopnia spełnienia oczekiwań jednostki w codziennym życiu. Jednak najbardziej powszechna definicja została stworzona przez WHO w 1993 roku i mówi, że jakość życia to „(...) spostrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami” (11).

Na jakość życia ma wpływ wiele czynników, które ulegają zmianie wraz z rozwojem człowieka. Różnią się one w zależności od wieku czy indywidualnych uwarunkowań człowieka. Ze względu na starzejące się społeczeństwo zaczęto zwracać szczególną uwagę na poziom dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i emocjonalnego. Wśród osób starszych głównymi czynnikami mającymi wpływ na jakość życia z pewnością są: zdrowie fizyczne, sytuacja materialna, relacje rodzinne i społeczne, brak dyskryminacji oraz organizowanie wolnego czasu. Osoby po 65. roku życia jakość życia warunkują od poziomu samodzielnego funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego i społecznego. Okres starości, a także wcześniejsze fazy życia wiążą się z zadaniami rozwojowymi, którym należy sprostać w celu zadbania o jakość życia. Niewypełnienie ich może skutkować negatywnym spojrzeniem na proces starzenia się. Duży wpływ na jakość życia w okresie starości ma wcześniejszy charakter życia. Jak człowiek radził sobie w poszczególnych sytuacjach, jaki styl życia prowadził. Niektórzy naukowcy uważają obraz starości jako odzwierciedlenie dotychczasowego życia jednostki.

CEL PRACY

Ocena poczucia samotności i wybranych uwarunkowań poczucia samotności oraz ocena związku pomiędzy poczuciem samotności a jakością życia wśród osób powyżej 65. roku życia.

MATERIAŁ I METODY

Badania ankietowe przeprowadzono w kwietniu i maju 2018 roku wśród 100 osób powyżej 65. roku życia uczęszczających na spotkania w Uniwersytecie Trzeciego Wieku w Łęcznej, Klubu Aktywnego Seniora LSM w Lublinie oraz Klubu Seniora w Opolu Lubelskim. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, a uczestnicy wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Procedura badawcza była zgodna z wytycznymi obowiązującymi w Deklaracji Helsińskiej.

Dla celów badań stworzono kwestionariusz ankiety składający się z dwóch narzędzi standaryzowanych (Skali do pomiaru poczucia samotności de Jong Giervelda i WHOQOL--AGE) oraz pytań metryczkowych.

W celu oceny poczucia samotności zastosowano skalę do pomiaru poczucia samotności de Jong Giervelda, autorstwa de Jong Giervelda, Kamphuisa, w polskiej adaptacji Grygiela i wsp. (12). Narzędzie składa się z 11 twierdzeń, wśród których znajduje się 6 zdań negatywnie sformułowanych odnoszących się do braku satysfakcji z kontaktów społecznych oraz 5 twierdzeń do oceny satysfakcji z relacji interpersonalnych (pozytywnie sformułowane). Badany do każdego zdania ustosunkowuje się na 5-stopniowej skali: 1 – zdecydowanie tak, 2 – tak, 3 – ani tak ani nie, 4 – nie i 5 – zdecydowanie nie. Im wyższy wynik sumaryczny uzyskuje badany, tym cechuje go większe poczucie samotności. Skala charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (rzetelność, homogeniczność, trafność). Współczynniki wewnętrznej stabilności alfa Cronbacha skali jest wysoki i wynosi 0,89 (12).

Kwestionariusz WHOQOL-AGE zastosowano do oceny jakości życia osób powyżej 65. roku życia, w wersji zaadaptowanej do użytku w warunkach polskich przez zespół badaczy z CM UJ w Krakowie. Skala WHOQOL-AGE ocenia konstrukt jakości życia za pomocą 13 pytań (itemów). Konstruując pierwotną skalę WHOQOL-AGE, wykorzystano zarówno klasyczną teorię testów (ang. *classical test theory* – CTT), jak i teorię odpowiedzi na pozycje testu (ang. *item response theory* – IRT). Otrzymano hierarchiczną strukturę skali, z jednym czynnikiem drugiego rzędu i dwoma czynnikami pierwszego rzędu. Pierwszy czynnik składał się z pytań od P1 do P8 (podskala F1 – Zadowolenie), w skład drugiego wchodziły pytania od P9 do P13 oraz P1 (podskala F2 – Spełnienie oczekiwań). Końcowy wynik powstaje jako średnia arytmetyczna dwóch podskal. WHOQOL-AGE określa poziom jakości życia w wartościach od 0 do 100 (13, 14).

Kwestionariusz ankiety zakończony był pytaniami metryczkowymi zbierającymi dane socjodemograficzne badanych: płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania oraz ilość osób mieszkających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy licznosci i odsetka. Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test t-Studenta, a w przypadku niespełnienia warunków do jego zastosowania nieparametryczny test U Manna-Whitneya. Porównanie różnic pomiędzy trzema grupami wykonano przy pomocy analizy wariancji ANOVA. Do sprawdzenia zależności pomiędzy zmiennymi wykorzystano także współczynnik korelacji r-Pearsona. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

WYNIKI

Charakterystyka socjodemograficzna badanych

W badaniach udział wzięło 100 osób powyżej 65. roku życia – 72 kobiety i 28 mężczyzn. W okresie wczesnej starości (65.-74. r.ż.) było 71 osób, a w okresie późnej starości (75 lat i więcej) – 29. Ponad połowa badanych (55 osób) było w związkach. Większość respondentów pochodziło z miasta (70 osób). Szczegółowe dane socjodemograficzne badanej grupy przedstawia tabeli 1.

Poziom poczucia samotności i wybrane uwarunkowania w badanej grupie

Średni wynik poczucia samotności w badanej grupie osób powyżej 65. roku życia wynosił 27,62 pkt (SD = 8,24; Me = 26) na 55 możliwych do uzyskania. Zmiennymi socjodemograficznymi determinującymi poziom poczucia samotności w badanej grupie okazały się: wiek, stan cywilny oraz ilość osób zamieszkujących w gospodarstwie domowym. Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy płcią i miejscem zamieszkania a poczuciem samotności (tab. 2).

Analiza statystyczna wykazała, że osoby w wieku 75 lat i więcej (M = 28,41) odczuwają istotnie wyższy poziom samotności niż badani w wieku do 70 lat (M = 24,08; p = 0,002). Analiza korelacji r-Pearsona wieku z poziomem

odczuwania samotności wskazuje, że wraz z wiekiem rośnie poziom odczuwanej samotności (r = 0,238; p = 0,017).

Wyniki badań wskazują, że osoby stanu wolnego (M = 29,80) odczuwają istotnie wyższy poziom samotności w porównaniu z badanymi pozostającymi w związkach (M = 25,84; p = 0,016).

Ciekawy wynik uzyskano, porównując poczucie samotności z ilością osób mieszkających w gospodarstwie domowym. Analiza statystyczna wykazała, że wyższy poziom samotności odczuwają osoby powyżej 65. roku życia, w domu których mieszka 3 i więcej osób (M = 25,61) niż badani, w domu których mieszka 2 osoby (M = 25,61; p = 0,049).

Jakość życia osób powyżej 65. roku życia

W ocenie skalą WHOQOL-AGE wartość średnia jakości życia ankietowanych wynosiła 64,45 pkt (SD = 13,47). W podskali 1 (Zadowolenie) średnia wartość wyniosła 66,56 pkt (SD = 12,84), a w podskali 2 (Spełnienie oczekiwań) – 58,34 pkt (SD = 16,51). Szczegółowe dane przedstawia tabela 3.

Związek poczucia samotności z jakością życia osób powyżej 65. roku życia

Analiza statystyczna związku między jakością a poczuciem samotności wykazała istotną silną ujemną korelację na poziomie p < 0,001. Zaobserwowano, że wraz ze wzrostem poczucia samotności maleje ogólna jakość życia w podskali 1 (Zadowolenie) i podskali 2 (Spełnienie oczekiwań). Szczegółowe dane przedstawia rycina 1a-c.

Tab. 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych

Zmienna	N (%)
Płeć	
Kobieta	72 (72)
Mężczyzna	28 (28)
Wiek	
Poniżej 70 lat	36 (36)
71-74 lata	35 (35)
75 lat i powyżej	29 (29)
Stan cywilny	
Wolny	45 (45)
W związku	55 (55)
Miejsce zamieszkania	
Miasto	70 (70)
Wieś	30 (30)
Ilość osób mieszkających w gospodarstwie domowym	
1 osoba	34 (34)
2 osoby	46 (46)
3 osoby i więcej	20 (20)

DYSKUSJA

Starzenie się człowieka jest procesem złożonym i nieuchronnym oraz przebiegającym na wielu wzajemnie powiązanych płaszczyznach. W uzyskaniu całościowego obrazu tego procesu, oprócz badań eksperymentalnych w zakresie nauk biologicznych próbujących wyjaśnić jego mechanizmy, nie mniej ważne są rozważania na płaszczyźnie społecznej czy psychologicznej. W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie tym okresem życia, co bez wątplenia ściśle wiąże się ze stale rosnącą populacją osób w wieku powyżej 65 lat. W związku z tym celowa okazuje się wielostronna analiza procesu starzenia się na podstawie interdyscyplinarnych badań naukowych w zakresie: biologii, medycyny, pedagogiki, psychologii czy socjologii (15, 16).

Podtrzymywanie więzi z innymi oraz angażowanie się w ukierunkowane na innych „produktywne” działania są uznawane jako jeden z kluczowych czynników pomyślnego starzenia się (17). Wśród współczesnych badaczy w dziedzinie gerontologii społecznej podejście opierające się na pomyślnym starzeniu staje się coraz bardziej popularne. Gerontologię społeczną zdefiniować można jako dyscyplinę, której zadaniem jest poszukiwanie kulturowo zdeterminowanych uwarunkowań jakości i mechanizmów jak najdłuższego podtrzymywania samodzielności osób w zaawansowanym wieku. Ważne znaczenie w realizacji tego celu przypisywać należy sytuacji rodzinnej i społecznej

Tab. 2. Wybrane uwarunkowania poczucia samotności w badanej grupie

Zmienna	M	Me	SD	Analiza statystyczna
Płeć				
Kobiety	26,86	25,50	7,93	Z = -1,223; p = 0,221
Mężczyźni	29,57	26,00	8,83	
Wiek				
Poniżej 70 lat ^(I)	24,08	23,00	6,41	F = 6,368; p = 0,002* (RM: I-II) r = 0,238; p = 0,017*
70-74 lata ^(II)	30,60	28,00	8,43	
75 lat i powyżej ^(III)	28,41	26,00	8,63	
Stan cywilny				
Wolny	29,80	28,00	8,23	t = 2,454; p = 0,016*
W związku	25,84	23,00	7,87	
Miejsce zamieszkania				
Miasto	26,90	25,00	7,47	Z = -1,111; p = 0,266
Wieś	29,30	26,50	9,72	
Ilość osób w gospodarstwie domowym				
1 osoba ^(I)	28,53	26,50	7,76	F = 3,104; p = 0,049* (RM: II-III)
2 osoby ^(II)	25,61	23,00	8,33	
3 i więcej osób ^(III)	30,70	28,00	7,96	

M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; Z – wynik testu U Manna-Whitneya; F – analiza wariancji; t – test t Studenta; r – współczynnik korelacji r-Pearsona; RM – różnice międzygrupowe dla grup oznaczonych I, II, III
*wyniki istotne statystycznie

Tab. 3. Statystyka opisowa dla skali oceniającej jakość życia badanych (WHOQOL-AGE)

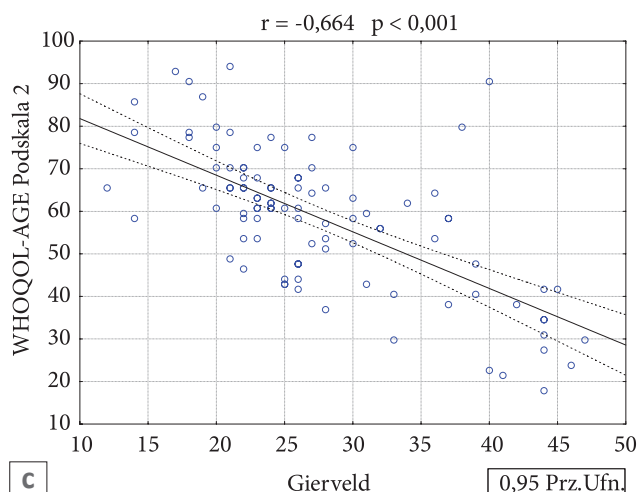
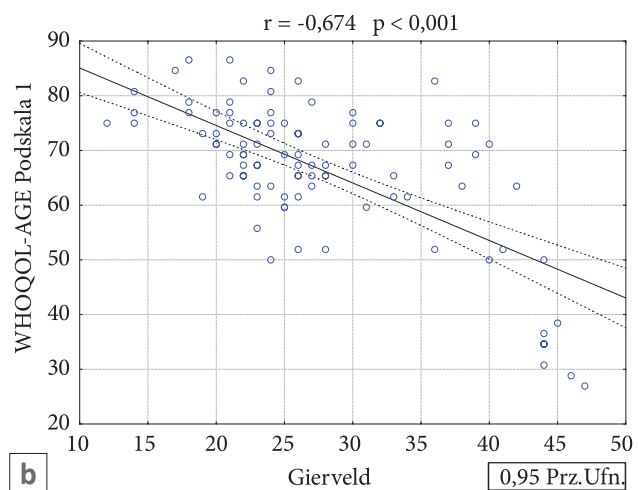
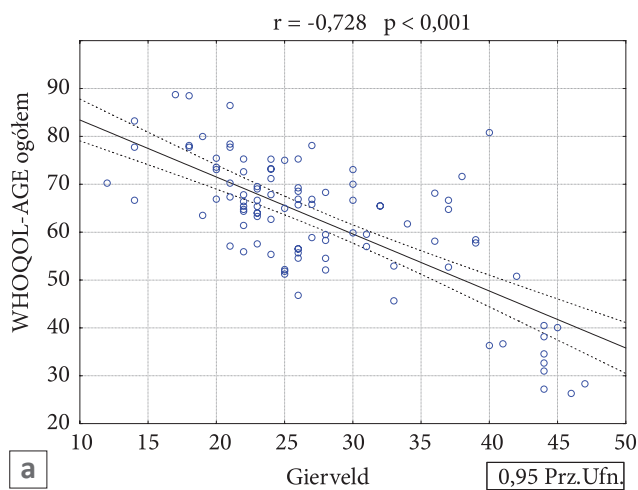
	WHOQOL- AGE	Podskala 1 Zadowolenie	Podskala 2 Spełnienie oczekiwań
M	62,45	66,56	58,34
Me	65,41	69,23	12,84
SD	13,48	12,84	16,51

M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe

seniora (18). W pracy uwaga została skupiona na poczuciu samotności osób w podeszłym wieku oraz jej wpływowi na ich jakość życia. Badania nad samotnością i osamotnieniem są szczególnie ważne, ponieważ te dwa stany związane są z negatywnymi konsekwencjami emocjonalnymi, behawioralnymi i zdrowotnymi.

Jednym z problemów, jaki może doświadczyć człowiek w trakcie swojego życia, jest stan samotności i osamotnienia, bez rodziny, przyjaciół, znajomych czy innych ważnych dla jednostki osób. Samotności rozumianej jako izolacja od innych, ale także poczucie obcowania, odrzucenie przez

otoczenie (18). De Jong Gierveld i Kamphuis wyodrębniły pięć wymiarów osamotnienia: deprivacja potrzeby kontaktu społecznego, sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego, poczucie utraty grupy towarzyskiej, poczucie braku związku z grupą i poczucie braku znaczących związków z ludźmi (19). Na odczuwanie tego stanu szczególnie narażone są osoby po 65. roku życia. Rozpatrując problemy osób starszych, należy pamiętać, że człowiek stary dostrzega u siebie nie tylko przemiany zdrowotne, ale także zmianę swojej sytuacji społecznej. Wchodzenie w starość i sam okres starości charakteryzują się wycofaniem z życia



Ryc. 1a-c. Analiza korelacji wpływu poczucia samotności na jakość życia osób powyżej 65. roku życia: a) WHOQOL-AGE a poczucie samotności; b) WHOQOL-AGE – Podskala 1 (Zadowolenie) a poczucie samotności; c) WHOQOL-AGE – Podskala 2 (Spełnienie oczekiwań) a poczucie samotności

zawodowego, z pełnionych dotychczasowych ról społecznych, zmniejszeniem przychodów w związku z przejściem na emeryturę czy utratą wielu relacji z ludźmi (20). Ponadto, na odczuwanie samotności wpływają ówczesne przemiany społeczne, polityczne, gospodarcze i obyczajowe. Zarówno te czynniki, jak także wiele innych wpływa na odczuwanie samotności wśród seniorów.

W badaniach Kubickiego i Olcoń-Kubickiej (21) przeprowadzonych w ogólnopolskiej losowej, reprezentatywnej grupie 1000 osób w starszym wieku, 7% badanych zawsze odczuwało samotność, 10% – często, a 16% – czasami. Natomiast na brak samotności nie skarżyło się 47% respondentów. Łukomska i Wachowska (22) w swoich badaniach zapytały 50 seniorów, czy starość kojarzy im się z samotnością. Dziesięciu spośród respondentów odpowiedziało twierdząco na zadane pytanie, a 24 udzieliło odpowiedzi „raczej tak”. W badaniach własnych, do oszacowania zjawiska poczucia samotności użyto skali do pomiaru poczucia samotności de Jong Giervelda. Ankietowani seniorzy uzyskali średni wynik poczucia samotności wynoszący 27,62 pkt na 55 możliwych. W badaniach Zalewskiej-Puchały i wsp. (23) przeprowadzonych tą samą skalą wśród pacjentów po 65. roku życia przebywających na oddziale internistycznym średni wynik skali był wyższy i wynosił 31,8 pkt, zatem ankietowani odczuwali wyższe poczucie samotności. Uzyskanie niższego wyniku w badaniach własnych może wiązać się z tym, że były one przeprowadzone wśród aktywnych seniorów, uczestniczących w różnych formach aktywności skierowanej do osób powyżej 65. roku życia.

Z badań przeprowadzonych na reprezentatywnej grupie osób starszych (PolSenior) wynika, że problem osamotnienia dotyka stosunkowo niewielkiej grupy osób. Wyniki wskazują, że im starsza grupa wieku, tym większy odsetek osób odczuwających samotność. Natomiast płeć wpływała bardziej na odczuwanie samotności. Kobiety częściej „nigdy” lub „prawie nigdy” nie odczuwały samotności. Nie stwierdzono natomiast związku poczucia samotności z miejscem zamieszkania (24). Badania Dubas (25) wskazują, że na osamotnienie najbardziej narażone są starsze kobiety zamieszkujące duże miasta i określające swoje relacje rodzinne jako niewystarczające. W badaniach własnych płeć nie wpływała istotnie na poczucie samotności, jakkolwiek mężczyźni odczuwali wyższy jej poziom. Miejsce zamieszkania nie różnicowało grupy, niemniej jednak wyższy poziom poczucia samotności zaobserwowano wśród mieszkańców rejonów wiejskich. Natomiast wiek okazał się istotną zmienną socjodemograficzną mającą związek z poczuciem samotności – wyższy jej poziom istotnie odczuwały starsze osoby w wieku 75 lat i więcej w porównaniu z badanymi w wieku poniżej 70 lat. Kolejną istotną zmienną wpływającą na poziom odczuwanej samotności był stan cywilny. Osoby niemające partnerów były bardziej samotne niż badani pozostający w związkach.

Wraz z rozwojem industrializacji i urbanizacji społeczeństwo staje się społeczeństwem profesjonalnym, masowym, mobilnym, w którym stosunki pokrewieństwa tracą

znaczenie. We współczesnym społeczeństwie zmienia się dotychczasowa ranga i miejsce rodziny, a także relacje sąsiedzkie (26). Senior żyjący w rodzinie, która udziela wsparcia społecznego rozumianego jako „dostępność relacji, dzięki którym zaspokojone są podstawowe interpersonalne potrzeby człowieka” (27), nie powinien odczuwać samotności i osamotnienia. Jednak czasami środowisko rodzinne nie stanowi źródła wsparcia dla swoich członków, lecz dostarcza kontekstów, które są związane z uczuciem samotności (28). Literatura wskazuje, że poczucie samotności związane było z konfliktem międzypokoleniowym (29). W badaniach własnych zaobserwowano, że respondenci mieszkający z trzema i większą ilością osób we wspólnym gospodarstwie domowym odczuwali istotnie wyższy poziom samotności niż badani mieszkający z dwiema osobami.

Jakość życia to szerokie pojęcie ściśle związane z poczuciem życiowej satysfakcji. Osoby charakteryzujące się wysoką jakością życia są zadowolone i mają satysfakcjonujące relacje społeczne (30). Temat jakości życia jest często poruszany w kontekście starzenia się jednostki. Analiza literatury wskazuje, że czynnikami, które determinują jakość życia, są m.in.: wsparcie społeczne (31), wiek, występowanie chorób przewlekłych (32), stan zdrowia, występowanie depresji i zaburzeń funkcji poznawczych (33). Ocena jakości życia i czynników ją determinujących nie jest łatwa, ponieważ jest to miara bardzo subiektywna. Jakkolwiek, ocena jakości życia dokonywana przez pacjenta jest bardzo istotna w procesie leczenia i pielęgnacji i wpisuje się w nurt medycyny holistycznej. W badaniach własnych udowodniono,

że poziom poczucia samotności istotnie korelował z oceną jakości życia seniorów. Wyższy poziom poczucia samotności istotnie obniżał ocenę jakości życia.

Podsumowując, należy stwierdzić że poczucie samotności osób powyżej 65. roku życia determinowane jest przez czynniki socjodemograficzne oraz wpływa na ocenę jakości życia. Współczesna gerontologia próbuje odpowiedzieć na pytanie, jakie determinanty mają wpływ na pomyślne starzenie, wyrażone wysoką oceną jakości życia. Jednym z tych elementów jest pozostawanie aktywnym tak długo, jak to tylko możliwe. Aktywność społeczno-kulturowa seniorów pozwala na eliminowanie czynników wpływających na poczucie samotności i osamotnienia, przez co wzrasta jakość życia, a seniorzy czują się potrzebni w społeczeństwie, realizują się, planują dalsze działania, przyjmują i osiągają dalsze cele. Dlatego należy zachęcać starsze osoby do zaangażowania się np. w Uniwersytet Trzeciego Wieku, Kluby Seniora czy inne formy udzielania pomocy innym osobom w danym środowisku, o ile stan zdrowia seniora na to pozwala.

WNIOSKI

1. Poczucie samotności wśród osób powyżej 65. roku życia wzrasta wraz z wiekiem, jest wyższe u osób stanu wolnego oraz mieszkających we wspólnocie rodzinnej trzech i więcej osób.
2. Wraz ze wzrostem poczucia samotności maleje ogólna jakość życia seniorów oraz spada w obu jej subskalach odczucie Zadowolenia i Spełnienia oczekiwań.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

ADRES DO KORESPONDENCJI

Grzegorz Józef Nowicki
Zakład Medycyny Rodzinnej
i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Staszica 4-6, 20-081 Lublin
tel.: +48 (81) 448-68-10
gnowicki84@gmail.com

PIŚMIENNICTWO

1. Nowaczyk J: Samotność w życiu ludzkim. *Studia Włocławskie* 2009; 11: 212-232.
2. Szczepański J: *Sprawy ludzkie*. Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa 1984.
3. Dołęga Z: Samotność młodzieży – analiza teoretyczna i studia empiryczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2006.
4. Sendyk M: Osamotnienie jako konsekwencje zaburzeń więzi emocjonalnych w rodzinie. *Wychowanie w Rodzinie* 2011; 4: 139-150.
5. Świtoń A, Wnuk A: Samotność w obliczu niesprawności osób starszych. *Geriatrics* 2015; 9: 243-249.
6. Rembowski J: Samotność. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992: 49.
7. Dąbrowska P: Samotność osób starszych i sposoby jej przeciwdziałania. *Kwartalnik Naukowy* 2011; 6(2): 84-90.
8. Marcinkowski JT, Wnuk M: Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(1): 21-26.
9. De Walden-Głuszko K: Wykorzystanie badania jakości życia w psychiatrii. *Pamiętniki VII Gdańskich Dni Leczenia Psychiatrycznego*. Jurata 24-25 IX 1993, Gdańsk 1993.
10. Kolman R: Zespoły badawcze jakości życia. *Problemy Jakości* 2000; 2: 2-5.
11. Pikuła NG: *Poczucie sensu życia osób starszych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2015.
12. Grygiel P, Humenny H, Rębisz S et al.: Validating the Polish Adaptation of the 11-Item De Jong Gierveld Loneliness Scale. *Eur J Psychol Assess* 2013; 29(2): 129-139.
13. Zawisza K, Gałaś A, Tobiasz-Adamczyk B: Validation of the Polish version of the WHOQOL-AGE scale in older population. *Gerontol Pol* 2016; 24: 7-16.
14. Caballero FF, Miret M, Power M et al.: Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. *Health Qual Life Outcomes* 2013; 11: 177.

15. Kreutz M: Zmiany pamięci u ludzi starszych. *Studia Psychologiczne* 1970; 10: 5-54.
16. Polak A, Parzych K, Kędziora-Kornatowska K et al.: Poznawczy i praktyczny wymiar gerontologii – interdyscyplinarnej nauki o starzeniu się i starości. *Gerontol Pol* 2007; 15: 51-53.
17. Rowe JW, Kah RL: Successful aging. *The Gerontologist* 1997; 37(4): 433-440.
18. Szukalski P: Poczucie samotności i osamotnienia wśród seniorów a ich sytuacja rodzinna. *Auxilium Sociale – Wsparcie społeczne* 2005; 34(2): 217-238.
19. Rembowski J: *Samotność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego 1992.
20. Grzanka-Tykwińska A, Kędziora-Kornatowska K: Znaczenie wybranych form aktywności w życiu osób w podeszłym wieku. *Gerontol Pol* 2010; 18(1): 29-32.
21. Kubicki P, Olcoń-Kubicka M: Osamotnienie osób starszych w Polsce – skala, przejawy oraz sposoby przeciwdziałania zjawisku. *SH AGH* 2010; 8: 129-138.
22. Łukomska A, Wachowska J: Seniorzy o swojej starości. *Gerontol Pol* 2008; 16: 51-55.
23. Zalewska-Puchała J, Kostrza M, Majda A, Kamińska A: Poczucie samotności starszych osób. *Probl Pielęg* 2015; 23(2): 233-238.
24. Szatur-Jaworska B: Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości. [W:] Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red.): *Aspekt medyczny, psychologiczny, socjologiczny i ekonomiczny starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012: 419-448.
25. Dubas E: *Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego 2000.
26. Piкуła NG: Znaczenie relacji społecznych w pokonywaniu samotności osób starszych. *Edukacja Ustawiczna Dorosłych* 2015; 90(3): 39-46.
27. Sęk H, Cieślak R: *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. [W:] Sęk H, Cieślak R (red.): *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004: 11-28.
28. Kaleta K, Mróz J: Struktura relacji w rodzinie pochodzenia a poczucie wsparcia i osamotnienia. *Społeczeństwo i Rodzina* 2013; 35(2): 87-104.
29. Johnson HD, LaVoie JC, Mahoney M: Interparental conflict and family cohesion: Predictors of loneliness, social anxiety, and social avoidance in late adolescence. *J Adolesc Res* 2001; 16(3): 304-319.
30. Jones TG, Rapport LJ, Hanks RA et al.: Cognitive and psychosocial predictors of subjective well-being in urban older adults. *Clin Neuropsychol* 2003; 17: 3-18.
31. Głębocka A, Szarzyńska M: Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontol Pol* 2005; 13(4): 255-259.
32. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K: Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontol Pol* 2006; 14(4): 185-189.
33. Ostrzyżek A, Marcinkowski JT: Wymiary jakości życia w podeszłym wieku. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90(4): 465-469.

nadesłano: 5.07.2018

zaakceptowano do druku: 26.07.2018