



# Jakość życia a zachowania zdrowotne osób starszych zamieszkujących w mieście i na wsi

Quality of life and health behaviours of the elderly living in rural and urban areas

Luba Jakubowska<sup>1,C-F</sup>, Mariola Seń<sup>1,A-F</sup>, Barbara Grabowska<sup>1,C-F</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, 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

Jakubowska L, Seń M, Grabowska B. Jakość życia a zachowania zdrowotne osób starszych zamieszkujących w mieście i na wsi. Med Og Nauk Zdr. 2019; 25(4): 282–287. DOI: 10.26444/monz/113662

## Streszczenie

**Wprowadzenie.** Proces starzenia wprowadza wiele zmian w funkcjonowaniu człowieka. Wydłużenie życia powinno iść w parze z poprawą jakości życia związaną ze stanem zdrowia.

**Cel pracy.** Wskazanie zależności między realizacją zachowań zdrowotnych przez seniorów a jakością życia w zależności od miejsca zamieszkania.

**Materiał i metody.** W badaniu uczestniczyło 301 osób. Do jego przeprowadzenia użyto kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych oraz WHOQOL-BREFF. W analizie statystycznej wykorzystano test t-Studenta dla grup niezależnych, współczynnik korelacji r-Pearsona, analizę regresji liniowej metodą krokową oraz testy nieparametryczne U Manna-Whitneya.

**Wyniki.** W grupie mieszkańców wsi stwierdzono istotne statystycznie dodatnie korelacje pomiędzy ogólnymi zachowaniami zdrowotnymi oraz prawidłowymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi i pozytywnym nastawieniem psychicznym a jakością życia w dziedzinie somatycznej ( $r$  pomiędzy 0,23 a 0,46), psychologicznej ( $r$  pomiędzy 0,22 a 0,43), socjalnej ( $r$  pomiędzy 0,31 a 0,40) i środowiskowej ( $r$  pomiędzy 0,36 a 0,49). W grupie mieszkańców miasta stwierdzono istotne statystycznie dodatnie korelacje pomiędzy ogólnymi zachowaniami zdrowotnymi oraz prawidłowymi nawykami żywieniowymi i pozytywnym nastawieniem psychicznym a jakością życia w dziedzinie psychologicznej ( $r$  pomiędzy 0,18 a 0,42), socjalnej ( $r$  pomiędzy 0,23 a 0,41) i środowiskowej ( $r$  pomiędzy 0,18 a 0,37). Stwierdzono istotne statystycznie ujemne korelacje pomiędzy praktykami zdrowotnymi a jakością życia w dziedzinie somatycznej ( $r = -0,19$ ) i psychologicznej ( $r = -0,16$ ).

**Wnioski.** Najsilniejszym predyktorem jakości życia mieszkańców wsi i miast jest pozytywne nastawienie psychiczne: w przypadku wsi dotyczy ono wszystkich czterech dziedzin, w mieście natomiast dziedzin: psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.

## Słowa kluczowe

seniorzy, satysfakcja z życia, zachowania zdrowotne, miejsce zamieszkania

## Abstract

**Introduction.** The process of ageing results in multiple changes in the functioning of an individual. The prolonged lifespan ought to be associated with improved life quality connected with better health.

**Aim.** Presenting the connection between health behaviours and the life quality of seniors in relation with their place of residence.

**Materials and methods.** 301 individuals took part in the research. The Health Behaviours questionnaire and WHOQOL-BREFF were used. In the statistical analysis the t-Student test for independent groups, r-Pearson correlation coefficient, linear regression analysis with the step method, and Mann-Whitney U unparametrical tests were used.

**Results.** In the group of the inhabitants of rural areas, significant positive correlations were discovered between general health behaviours and correct eating habits, prophylactic behaviours and positive attitude and life quality in the following domains: somatic:  $r$  0.23–0.46, psychological,  $r$  0.22–0.43; social,  $r$  0.31–0.40, and environmental,  $r$  0.36–0.49. In the group of urban inhabitants, statistically significant positive correlations were found between general health behaviours and correct eating habits and positive attitude and life quality in psychological ( $r = 0.18–0.42$ ), social ( $r$  0.23–0.41) and environmental domains ( $r$  0.18–0.37).

Statistically significant negative correlations were discovered between health practices and life quality in somatic ( $r=0.19$ ) and psychological ( $r=0.16$ ) domains.

**Conclusions.** The most powerful predictor of life quality of the inhabitants of rural and urban areas was positive attitude: in the case of rural inhabitants in all the four domains, and in urban areas in psychological, social, and environmental domains.

## Key words

seniors, life satisfaction, health behaviour, residence place

Adres do korespondencji: Luba Jakubowska, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Polska  
E-mail: luba.jakubowska@umed.wroc.pl

Nadesłano: 06.09.2019; Zaakceptowano do druku: 04.11.2019; First published: 02.12.2019

## WPROWADZENIE

Proces starzenia wprowadza wiele zmian w funkcjonowaniu człowieka w różnych sferach. W Europie starzenie się społeczeństwa idzie w parze z wydłużeniem życia [1]. Ważne jest, by pracować nad poprawą jakości życia poprzez profilaktykę, w tym promocję zachowań zdrowotnych.

Badacze coraz częściej podejmują się analizy stylu życia ludzi w późnej dorosłości i jego uwarunkowań, zarówno w celu wyjaśnienia, jak i tworzenia programów zdrowotnych [2], skierowanych nie tylko do seniorów.

Istotne jest, by programy te uwzględniały specyfikę warunków zamieszkania osób starszych, ponieważ ich potrzeby mogą być różne np. w zależności od tego, czy mieszkają w dużych miastach, czy małych miejscowościach. Starsi ludzie, którzy lepiej oceniają środowisko, są bardziej zadowoleni ze swojego zdrowia i mają lepszą jakość życia [3]. Czynniki środowiskowe (np. hałas, zatłoczenie, wzmożony ruch, ale także utrudniony dostęp do placówek związanych z utrzymywaniem i promowaniem zdrowia) mogą wpływać na jakość życia osób starszych, które często mają trudności z utrzymaniem właściwego funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego [4, 5]. Dlatego w niniejszych badaniach miejsce zamieszkania było główną zmienną różnicującą. Interesowało nas, czy zależność pomiędzy realizacją zachowań zdrowotnych a jakością życia będzie różna w zależności od tego, czy starsze osoby mieszkają w dużych czy małych miejscowościach.

## CEL BADAŃ

Celem badań było wskazanie zależności między realizacją zachowań zdrowotnych przez osoby starsze a jakością ich życia w zależności od ich miejsca zamieszkania.

## MATERIAŁ I METODY

W badaniu uczestniczyło 301 osób – 67,4% (n = 204) kobiet i 32,6% (n = 97) mężczyzn z województwa małopolskiego, mieszkających w mieście (Kraków) oraz na wsi (Raba Niżna). Średnia wieku badanych wyniosła  $75,14 \pm 8,31$  (min. – 60, max. – 102). Z miasta pochodziło 61,1% (n = 184 pacjentów), a ze wsi 38,9% (n = 117).

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Do badań zachowań zdrowotnych wykorzystano **Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych IZZ autorstwa Z. Juczyńskiego**. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) składa się z 24 stwierdzeń opisujących różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Kwestionariusz pozwala na uzyskanie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych oraz wyników odnoszących się do każdej z czterech kategorii: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne, praktyki zdrowotne. Wyniki przedstawiono są w skali stenowej, gdzie wartości od 1–4 stena oznaczają niskie wyniki, od 7–10 – wysokie, a wartości od 5 i 6 określane są jako przeciętne [6].

Dla oceny jakości życia posłużono się skalą **WHOQOL-BREFF**. Kwestionariusz The World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF) (polska adaptacja: Wołowicka i Jaracz) jest zalecany przez Światową Organizację Zdrowia jako uniwersalne narzędzie do badania

jakości życia. Kwestionariusz służy do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych, zarówno w celach poznawczych, jak i klinicznych. Zawiera on 26 pytań analizujących cztery dziedziny życia: fizyczną, psychologiczną, społeczną i środowiskową. Znajdują się w nim także dwa pytania analizowane oddzielnie. Jedno z nich dotyczy indywidualnej, ogólnej percepcji jakości życia. Drugie pytanie odnosi się do indywidualnej percepcji własnego zdrowia. Punktacja pytań zawiera się w przedziale od 1 do 5. Im wyższe wyniki, tym lepsza jakość życia [7, 8, 9].

Wyniki surowe dotyczące jakości życia oraz zachowań zdrowotnych zostały przeliczone na skalę 100-stopniową (zakres: 0–100). Zgodnie z miarą decylną przyjęto, że wynik bardzo niski to przedział 0–20, wynik niski to przedział 21–40, wynik przeciętny to przedział 41–60, wynik wysoki to przedział 61–80, wynik bardzo wysoki to przedział 81–100.

W analizie statystycznej wykorzystano testy parametryczne t-Studenta dla grup niezależnych, współczynnik korelacji r-Pearsona, analizę regresji liniowej metodą krokową oraz testy nieparametryczne U Manna-Whitneya. Istotność statystyczną przyjęto na poziomie  $p < 0,05$ . Zebrane dane poddano analizie statystycznej w programie SPSS Statistics 23.0.

## WYNIKI

Kobiety mieszkające na wsi cechował przeciętny poziom jakości życia w dziedzinie somatycznej i socjalnej oraz wysoki poziom jakości życia w dziedzinie psychologicznej i środowiskowej, natomiast kobiety mieszkające w mieście – przeciętny poziom jakości życia w dziedzinie somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.

Stwierdzono istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie jakości życia w dziedzinie somatycznej, psychologicznej i środowiskowej pomiędzy kobietami mieszkającymi na wsi i w mieście (tab. 1). Mieszkanke wsi uzyskały istotnie wyższe wyniki niż mieszkanki miasta. Nie stwierdzono natomiast różnic w zakresie jakości życia w dziedzinie socjalnej.

**Tabela 1.** Statystyki testu U Manna-Whitneya dla różnic pomiędzy kobietami mieszkającymi na wsi i w mieście w zakresie jakości życia

Jakość życia w grupie kobiet		Wieś (n = 76)	Miasto (n = 127)	Statystyka testu U Manna-Whitneya	
				U	p
Dziedzina somatyczna	M	53,38	40,59	2775,00	<b>0,001***</b>
	SD	14,28	18,27		
Dziedzina psychologiczna	M	62,47	53,50	3306,00	<b>0,001***</b>
	SD	14,38	16,62		
Dziedzina socjalna	M	59,84	56,32	4374,50	0,26
	SD	17,64	16,11		
Dziedzina środowiskowa	M	67,95	57,45	2868,00	<b>0,001***</b>
	SD	13,81	13,48		

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, U – statystyka testu U Manna-Whitneya; p – istotność  
\*\*\*  $p < 0,001$

U mężczyzn mieszkających na wsi zaobserwowano przeciętny poziom jakości życia w dziedzinie somatycznej oraz wysoki poziom jakości życia w dziedzinie psychologicznej, socjalnej i środowiskowej, natomiast u mężczyzn mieszkających w mieście – przeciętny poziom jakości życia w dziedzinie somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.

Stwierdzono istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie jakości życia w dziedzinie psychologicznej i środowiskowej pomiędzy mężczyznami mieszkającymi na wsi i w mieście (tab. 2). Mieszkańcy wsi uzyskali istotnie wyższe wyniki niż mieszkańcy miasta. Nie stwierdzono natomiast różnic w zakresie jakości życia w dziedzinie somatycznej i socjalnej.

**Tabela 2.** Statystyki testu t-Studenta dla różnic pomiędzy mężczyznami mieszkającymi na wsi i w mieście w zakresie jakości życia

Jakość życia w grupie mężczyzn		Wieś (n = 41)	Miasto (n = 57)	Statystyki testu t-Studenta		
				t(96)	p	d Cohena
Dziedzina somatyczna	M	46,83	43,30	0,91	0,37	0,19
	SD	17,61	19,93			
Dziedzina psychologiczna	M	60,22	53,70	1,99	<b>0,05*</b>	0,36
	SD	17,46	19,01			
Dziedzina socjalna	M	60,05	55,63	1,10	0,28	0,23
	SD	19,25	20,00			
Dziedzina środowiskowa	M	68,68	58,89	3,35	<b>0,001***</b>	0,68
	SD	14,54	14,06			

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t(df) – statystyka testu t-Studenta; p – istotność; d Cohena – siła związku  
\*\*\* p < 0,001; \* p < 0,05

Zarówno kobiety mieszkające na wsi, jak i kobiety mieszkające w mieście przejawiały wysoki poziom ogólnych zachowań zdrowotnych oraz prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych.

Stwierdzono istotne statystycznie różnice międzygrupowe pomiędzy kobietami mieszkającymi na wsi i w mieście w zakresie ogólnych zachowań zdrowotnych oraz prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia psychicznego (tab. 3) Mieszkanke wsi uzyskały istotnie wyższe wyniki niż mieszkanki miasta. Nie stwierdzono natomiast różnic w zakresie praktyk zdrowotnych.

**Tabela 3.** Statystyki testu U Manna-Whitneya dla różnic pomiędzy kobietami mieszkającymi na wsi i w mieście w zakresie zachowań zdrowotnych

Zachowania zdrowotne w grupie kobiet		Wieś (n = 76)	Miasto (n = 127)	Statystyka testu U Manna-Whitneya	
				U	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	M	67,56	62,60	3706,50	<b>0,01**</b>
	SD	17,34	13,09		
Zachowania profilaktyczne	M	72,00	67,91	3844,50	<b>0,01**</b>
	SD	17,29	12,75		
Pozytywne nastawienia psychiczne	M	71,66	66,31	3763,50	<b>0,01**</b>
	SD	15,18	12,18		
Praktyki zdrowotne	M	69,60	70,70	4661,50	0,68
	SD	16,99	11,95		
Zachowania zdrowotne (ogólnie)	M	69,18	66,48	3921,00	<b>0,03*</b>
	SD	13,89	9,18		

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, U – statystyka testu U Manna-Whitneya; p – istotność  
\*\* p < 0,01; \* p < 0,05

Mężczyźni mieszkający na wsi oraz mężczyźni mieszkający w mieście przejawiali przeciętny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych oraz wysoki poziom ogólnych

zachowań zdrowotnych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic międzygrupowych pomiędzy mężczyznami mieszkającymi na wsi i w mieście w zakresie ogólnych zachowań zdrowotnych oraz prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych (tab. 4).

**Tabela 4.** Statystyki testu t-Studenta dla różnic pomiędzy mężczyznami mieszkającymi na wsi i w mieście w zakresie jakości życia

Zachowania zdrowotne w grupie mężczyzn		Wieś (n = 41)	Miasto (n = 57)	Statystyki testu t-Studenta		
				t(96)	p	d Cohena
Prawidłowe nawyki żywieniowe	M	55,69	58,33	-0,79	0,43	0,16
	SD	19,85	13,06			
Zachowania profilaktyczne	M	64,13	62,87	0,36	0,72	0,07
	SD	19,98	14,99			
Pozytywne nastawienia psychiczne	M	63,41	64,11	-0,23	0,82	0,05
	SD	18,20	11,75			
Praktyki zdrowotne	M	68,90	68,71	0,06	0,95	0,01
	SD	20,03	12,40			
Zachowania zdrowotne (ogólnie)	M	62,58	63,51	-0,34	0,74	0,07
	SD	17,08	10,29			

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t(df) – statystyka testu t-Studenta; p – istotność; d Cohena – siła związku

W grupie mieszkańców wsi stwierdzono istotne statystycznie, dodatnie, słabe lub umiarkowane korelacje pomiędzy ogólnymi zachowaniami zdrowotnymi oraz prawidłowymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi i pozytywnym nastawieniem psychicznym a jakością życia w dziedzinie somatycznej (r pomiędzy 0,23 a 0,46), psychologicznej (r pomiędzy 0,22 a 0,43), socjalnej (r pomiędzy 0,31 a 0,40) i środowiskowej (r pomiędzy 0,36 a 0,49). Nie stwierdzono korelacji pomiędzy praktykami zdrowotnymi a jakością życia (tab. 5).

W grupie mieszkańców miasta stwierdzono istotne statystycznie, dodatnie, słabe lub umiarkowane korelacje

**Tabela 5.** Wartości korelacji r-Pearsona pomiędzy jakością życia a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców wsi i miasta

Zachowania zdrowotne	Zamieszkanie	Jakość życia			
		Dziedzina somatyczna	Dziedzina psychologiczna	Dziedzina socjalna	Dziedzina środowiskowa
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Wieś	0,23**	0,22*	0,31***	0,36***
	Miasto	0,12	0,18**	0,23***	0,24***
Zachowania profilaktyczne	Wieś	0,30***	0,32***	0,36***	0,46***
	Miasto	0,01	0,08	0,12	0,07
Pozytywne nastawienia psychiczne	Wieś	0,46***	0,43***	0,40***	0,40***
	Miasto	0,17	0,42***	0,41***	0,37***
Praktyki zdrowotne	Wieś	-0,01	-0,02	0,11	0,15
	Miasto	-0,19**	-0,16*	-0,11	-0,03
Zachowania zdrowotne (ogólnie)	Wieś	0,30***	0,28***	0,36***	0,49***
	Miasto	0,07	0,19**	0,26***	0,18**

\*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,01; \* p < 0,05

między ogólnymi zachowaniami zdrowotnymi oraz prawidłowymi nawykami żywieniowymi i pozytywnym nastawieniem psychicznym a jakością życia w dziedzinie psychologicznej ( $r$  pomiędzy 0,18 a 0,42), socjalnej ( $r$  pomiędzy 0,23 a 0,41) i środowiskowej ( $r$  pomiędzy 0,18 a 0,37). Stwierdzono także istotne statystycznie, ujemne i słabe korelacje pomiędzy praktykami zdrowotnymi a jakością życia w dziedzinie somatycznej ( $r = -0,19$ ) i psychologicznej ( $r = -0,16$ ). Nie stwierdzono korelacji pomiędzy jakością życia w dziedzinie somatycznej i zachowaniami zdrowotnymi we wszystkich wymiarach oraz pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi a jakością życia we wszystkich wymiarach (tab. 5).

Sprawdzono, które czynniki spośród płci, stosowania się do zaleceń lekarza, wielochorobowości i zachowań zdrowotnych, stanowią najsilniejsze predyktory jakości życia.

Zastosowano analizę regresji metodą krokową, gdzie predyktorami były wskazane zmienne, a zmienną wyjaśnianą była jakość życia w czterech dziedzinach mieszkańców wsi i miasta. Uzyskane wyniki przedstawia tab. 6.

W grupie mieszkańców wsi stwierdzono, że pozytywne nastawienie psychiczne stanowi istotny statystycznie, dodatni i silny predyktor jakości życia w dziedzinie somatycznej ( $\beta = 0,57$ ) i psychologicznej ( $\beta = 0,54$ ) oraz umiarkowany predyktor jakości życia w dziedzinie socjalnej ( $\beta = 0,38$ ) i środowiskowej ( $\beta = 0,39$ ). Praktyki zdrowotne stanowią istotny statystycznie, ujemny i słaby predyktor jakości życia w dziedzinie somatycznej ( $\beta = -0,25$ ) i psychologicznej ( $\beta = -0,26$ ) oraz dodatni i umiarkowany predyktor jakości życia w dziedzinie środowiskowej ( $\beta = 0,22$ ). Natomiast wielochorobowość stanowi istotny statystycznie, ujemny

**Tabela 6.** Predyktory jakości życia mieszkańców wsi i miasta

Jakość życia	Zamieszkanie	Predyktory	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane			
			B	Błąd standardowy	Beta	t		
Dziedzina somatyczna	Wieś	(Stała)	29,11	8,15		3,57***		
		Pozytywne nastawienie psychiczne	13,43	2,00	0,57	6,70***		
		Wielochorobowość <sup>1</sup>	-3,83	1,03	-0,28	-3,71***		
		Praktyki zdrowotne	-5,45	1,83	-0,25	-2,98***		
		Model $R^2 = 0,33$ ; $F(3,110) = 19,96$ ***						
		(Stała)	37,98	12,86		2,95***		
	Miasto	Wielochorobowość <sup>1</sup>	-3,94	0,95	-0,29	-4,14***		
		Pozytywne nastawienie psychiczne	10,39	2,65	0,27	3,92***		
		Praktyki zdrowotne	-5,47	2,76	-0,14	-1,98*		
		Model $R^2 = 0,19$ ; $F(3,179) = 15,31$ ***						
		Dziedzina psychologiczna	Wieś	(Stała)	34,69	8,39		4,14***
				Pozytywne nastawienie psychiczne	12,67	2,14	0,54	5,92***
Praktyki zdrowotne	-5,51			1,95	-0,26	-2,83**		
Model $R^2 = 0,23$ ; $F(2,111) = 17,58$ ***								
Miasto	(Stała)		27,28	11,39		2,39***		
	Pozytywne nastawienie psychiczne		15,54	2,35	0,43	6,62***		
	Praktyki zdrowotne	-5,73	2,44	-0,16	-2,34*			
Model $R^2 = 0,25$ ; $F(32,179) = 21,59$ ***								
Dziedzina socjalna	Wieś	(Stała)	21,23	9,07		2,34*		
		Pozytywne nastawienie psychiczne	10,34	2,38	0,38	4,34***		
		Model $R^2 = 0,14$ ; $F(1,112) = 18,88$ ***						
		Miasto	(Stała)	10,79	11,09		0,97	
			Pozytywne nastawienie psychiczne	19,45	2,27	0,34	8,55***	
			Praktyki zdrowotne	-6,64	2,28	-0,18	-2,92***	
	Model $R^2 = 0,29$ ; $F(2,180) = 37,96$ ***							
	Dziedzina środowiskowa	Wieś	(Stała)	15,09	8,24		1,83	
			Pozytywne nastawienie psychiczne	8,03	2,16	0,39	3,72***	
			Praktyki zdrowotne	4,15	1,93	0,22	2,14*	
		Model $R^2 = 0,27$ ; $F(2,111) = 19,83$ ***						
		Miasto	(Stała)	26,35	7,61		3,46***	
Pozytywne nastawienie psychiczne			10,20	1,92	0,36	5,30***		
Wielochorobowość <sup>1</sup>	-1,61		0,67	-0,16	-2,41*			
Model $R^2 = 0,16$ ; $F(2,180) = 18,35$ ***								

<sup>1</sup> Im wyższy wynik, tym większa liczba chorób u pacjenta  
\*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$

i słaby predyktor jakości życia w dziedzinie somatycznej ( $\beta = -0,28$ ). Najsilniejszym predyktorem czterech dziedzin jakości życia mieszkańców wsi jest więc pozytywne nastawienie psychiczne.

W grupie mieszkańców miasta stwierdzono, że pozytywne nastawienie psychiczne stanowi istotny statystycznie, dodatni i umiarkowany predyktor jakości życia w dziedzinie somatycznej ( $\beta = 0,27$ ), psychologicznej ( $\beta = 0,43$ ), socjalnej ( $\beta = 0,34$ ) i środowiskowej ( $\beta = 0,36$ ). Praktyki zdrowotne stanowią istotny statystycznie, ujemny i słaby predyktor jakości życia w dziedzinie somatycznej ( $\beta = -0,14$ ), psychologicznej ( $\beta = -0,16$ ) i socjalnej ( $\beta = -0,18$ ). Natomiast wielochorobowość stanowi istotny statystycznie, ujemny i słaby predyktor jakości życia w dziedzinie somatycznej ( $\beta = -0,29$ ), psychologicznej ( $\beta = -0,20$ ) i środowiskowej ( $\beta = -0,16$ ). Najsilniejszym predyktorem somatycznej dziedziny jakości życia mieszkańców miasta jest wielochorobowość, natomiast dziedziny psychologicznej, socjalnej i środowiskowej jakości życia jest pozytywne nastawienie psychiczne.

## DYSKUSJA

Wraz z wiekiem obserwuje się pogorszenie zdrowia, co powoduje zmiany w wielu obszarach, w tym jakości życia seniorów. Ważnym aspektem w ocenie jakości życia tej grupy wydaje się pochodzenie. Badania pokazują, że istotne pod kątem zamieszkiwania zmienne charakterystyczne dla obszarów miejskich, takie jak sąsiedztwo, jakość powietrza, hałas, tempo, zatłoczenie, korelują z domeną środowiskową jakości życia [4]. W naszych badaniach dowiedliśmy, że mieszkańcy wsi uzyskali istotnie wyższe wyniki jakości życia w dziedzinie psychologicznej i środowiskowej niż mieszkańcy miasta, bez względu na płeć. Przeczy to wynikom badań przeprowadzonych przez Trędzewicz, która odnotowała, że miejsce zamieszkania nie wpływa istotnie statystycznie na jakość życia mieszkańców miast i wsi [10].

Z naszych badań wynika, że najsilniejszym predyktorem korzystnie wpływającym na jakość życia mieszkańców wsi i miast jest pozytywne nastawienie psychiczne w przypadku trzech spośród czterech dziedzin. Zdaniem Navarro-Prados i wsp. [11] niektóre cechy osobowości predysponują do większej aktywności, a tym samym generują pozytywne nastawienie psychiczne. Osoby ciekawe świata, żyjące w zgodzie z innymi, angażujące się, zorganizowane, wytrwałe i zmotywowane są bardziej predysponowane do pozytywnego nastawienia psychicznego [11]. Na pozytywne nastawienie psychiczne wpływa również stan cywilny – osoby pozostające w związku miały istotnie statystycznie wyższe nastawienie psychiczne niż osoby owdowiałe [12].

Przegląd międzynarodowej literatury dotyczącej jakości życia pokazuje jednak, że w zależności od specyficznych warunków w poszczególnych krajach wyniki mogą się różnić. Na przykład z badań przeprowadzonych w Hongkongu wynika, że tamtejsi mieszkańcy mają niższe poczucie jakości życia w dziedzinie zdrowia fizycznego i psychicznego, ale podobne w dziedzinie stosunków społecznych i środowiska w porównaniu z innymi krajami [13].

Ważnym predyktorem różnicującym wyniki osób mieszkających na wsi i w mieście mogą być dysproporcje w warunkach ekonomicznych. Na przykład w badaniach przeprowadzonych w Pakistanie, gdzie takie zróżnicowanie jest duże,

życie na wsi okazało się istotnym predyktorem obniżającym jego jakość. Ponadto badacze wykazali, że takimi predyktorami są rosnący wiek i przeciętny i niższy status społeczno-ekonomiczny [14]. Podobnie w badaniach indonezyjskich, w których także wykorzystano kwestionariusz WHOQOL-BREF, wykazano pozytywne znaczenie statusu społeczno-ekonomicznego oraz młodszego wieku zarówno dla jakości życia, jak i satysfakcji w ocenie własnego zdrowia [15].

Zachowania zdrowotne odgrywają istotną rolę w perspektywie odpowiedniej jakości życia osób starszych. Wśród zmiennych socjodemograficznych wpływających na zachowania zdrowotne jest pochodzenie. Z naszych badań wynika, że mieszkanki wsi uzyskują wyższy wynik w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych niż mieszkanki miast. W przypadku mężczyzn, którzy ogólnie uzyskiwali niższe wyniki w zakresie prawidłowych wyników żywieniowych niż kobiety, miejsce zamieszkania nie miało znaczenia. Według badań przeprowadzonych w powiecie sanockim przez Smoleń i wsp. [16] miejsce zamieszkania nie koreluje z poziomem zachowań zdrowotnych badanych. Natomiast Bień i wsp. [17] udowodniła, że kobiety mieszkające w miastach wojewódzkich w wyższym stopniu niż kobiety z miast powiatowych przejawiają zachowania zdrowotne. Podobnie Fidecki i wsp. [18] wykazali, że mężczyźni mieszkający w mieście osiągnęli zdecydowanie wyższy wskaźnik niż mężczyźni mieszkający na wsi.

Jeśli popatrzymy na ogólne zachowania zdrowotne w kontekście zróżnicowania na płeć, to stwierdzimy, iż badania Muszalik i wsp. ukazują, że kobiety uzyskują średnio wyższe wyniki od mężczyzn w obszarze prawidłowego odżywiania [12]. Natomiast badania Zadwornej-Cieślak i Ogińskiej-Bulik [19] pokazują, że kobiety ogólnie częściej przejawiają zachowania zdrowotne niż mężczyźni. Te same autorki podkreślają także rolę optymizmu w zakresie podejmowania zachowań zdrowotnych przez seniorów. Osoby bardziej optymistyczne podejmują więcej zachowań sprzyjających zdrowiu. Inną zmienną wyróżnianą przez autorki jest stan zdrowia. Jego pogorszenie powoduje, że osoby zaczynają bardziej dbać o siebie, tym samym przejawiając więcej zachowań zdrowotnych.

Zachowania zdrowotne dotyczące nawyków snu i rekreacji mogą nasilać się wraz z wiekiem. Jest to kolejna zmienna specyficzna dla poszczególnych zachowań zdrowotnych [20]. Wynik ten koresponduje także z badaniami Muszalik i wsp. [12], którzy dowiedli, że osoby starsze ogólnie charakteryzują się większym nasileniem zachowań zdrowotnych niż młodsza populacja.

## WNIOSKI

1. W grupie mieszkańców wsi stwierdzono, że pozytywne nastawienie psychiczne stanowi istotny statystycznie dodatni i silny predyktor jakości życia w dziedzinie somatycznej i psychologicznej oraz umiarkowany predyktor jakości życia w dziedzinie socjalnej i środowiskowej. Nie stwierdzono natomiast korelacji pomiędzy praktykami zdrowotnymi a jakością życia.
2. W grupie mieszkańców miasta stwierdzono, że pozytywne nastawienie psychiczne stanowi istotny statystycznie dodatni i umiarkowany predyktor jakości życia w dziedzinie somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej, a praktyki zdrowotne stanowią istotny statystycznie ujem-

ny i słaby predyktor jakości życia w dziedzinie somatycznej, psychologicznej i socjalnej.

3. Najsilniejszym predyktorem jakości życia mieszkańców wsi i miast jest więc pozytywne nastawienie psychiczne; w przypadku wsi dotyczy ono wszystkich czterech dziedzin, w mieście natomiast dziedzin: psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.

## PIŚMIENICTWO

1. Bussolo M, Koettl J, Sinnott E. Golden Aging: Prospects for Healthy, Active, and Prosperous Aging in Europe and Central Asia. DC: World Bank, Washington; 2015. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22018>.
2. Zadworna-Cieślak M. The measurement of health-related behavior in late adulthood: The health-related behavior questionnaire for seniors. *Rocz Psychol.* 2017; 20(3): 599–617.
3. Cankovic S, Nikolic E A, Susnjec S, Cankovic D, Radic I, Harhaji, S. Environment and quality of life of older people. *HealthMED.* 2012; 6(5): 1815–1820.
4. Gobbens R J J, Van Assen, M A L M. Associations of environmental factors with quality of life in older adults. *Gerontologist.* 2018; 58(1): 101–110. <https://doi:10.1093/geront/gnx051>.
5. Rantanen, T, Äyräväinen, I, Eronen, J, Lyyra, T, Törmäkangas, T, Varama, M, & Rantakokko, M. The effect of an outdoor activities' intervention delivered by older volunteers on the quality of life of older people with severe mobility limitations: A randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res.* 2015; 27(2): 161–169. <https://doi:10.1007/s40520-014-0254-7>.
6. Juczyński Z. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. W: Z Juczyński (red.). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa; 2012, p. 110–116.
7. Gnacińska-Szymańska M, Dardzińska A, Majkowicz M, Małgorzewicz S. Ocena jakości życia osób z nadmierną masą ciała za pomocą formularza WHOQOL-BREF. *Endokrynol. Otył. Zab. Przem. Mat.* 2012; 8(4): 136–142.
8. Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakości Życia. The World Health Organization Quality of Life (whoqol)-bref. 2004, [https://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/en/polish\\_whoqol.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/polish_whoqol.pdf) (dostęp: 6.06.2019).
9. Cieślak B, Podbielska H. Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Inż. Biom.* 2015; 21. (2): 102–135.
10. Trędewicz, K. Jakość życia osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką pielęgniarki POZ. *PWOD.* 2018; 2(2): 15–27. [https://doi:10.19251/pwod/2018.2\(2\)](https://doi:10.19251/pwod/2018.2(2)).
11. Navarro-Prados AB, Serrate-González S, Muñoz-Rodríguez JM, Díaz-Orueta U. Relationship Between Personality Traits, Generativity, and Life Satisfaction in Individuals Attending University Programs for Seniors. *Int J Aging Hum Dev.* 2018; 87(2): 184–200. <https://doi:10.1177/0091415017740678>.
12. Muszalik M, Zielińska-Więczkowska, H Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. *Probl Hig Epidemiol.* 2013; 94(3): 509–513.
13. Wong FY, Yang L, Yuen JWM, Chang KKP, Wong FKY. Assessing quality of life using WHOQOL-BREF: a cross-sectional study on the association between quality of life and neighborhood environmental satisfaction, and the mediating effect of health-related behaviors. *BMC Public Health.* 2018; 18(1): 1113. <https://doi:10.1186/s12889-018-5942-3>.
14. Lodhi FS, Montazeri A, Nedjat S, Mahmoud Mahmoodi M, Farooq U, Yaseri, M. i wsp. Assessing the quality of life among Pakistani general population and their associated factors by using the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-BREF): a population based cross-sectional study. *Health And Quality Of Life Outcomes.* 2019; 17(1): 9. <https://doi:10.1186/s12955-018-1065-x>.
15. Purba FD, Hunfeld JAM, Iskandarsyah A, Fitriana TS, Sadarjoen SS, Passchier J i wsp. Employing quality control and feedback to the EQ-5D-5L valuation protocol to improve the quality of data collection. *Qual Life Res.* 2017; 26(5): 1197–208.
16. Smoleń E, Cipora E, Hombek K, Jarema M. Chosen health behaviors about cancer prevention among sanok district residents and sociodemographic variables – preliminary study. *J Sport Health Sci.* 2017; 7(4): 392–409. <https://doi:dx.doi.org/10.5281/zenodo.495513>.
17. Bień A, Rzońca E, Krysa J, Iwanowicz-Palus G, Turkosz A. Socjodemograficzne uwarunkowania zachowań zdrowotnych kobiet w okresie prokreacji. *Med Og Nauk Zdr.* 2016; 22(3): 210–215. <https://doi:10.5604/20834543.1220524>.
18. Fidecki W, Wysokiński M, Królik W, Sienkiewicz Z, Kulina D, Kornatowski M, Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn w podeszłym wieku. *Geriatrics.* 2018; 12: 130–135.
19. Zadworna-Cieślak M, Ogińska-Bulik N, Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu. *Psychogeriatrics Polska.* 2013; 10(4): 145–156.
20. Sygit-Kowalkowska E. Zachowania Zdrowotne Osób W Okresie Późnej Dorosłości – Socjodemograficzne Korelaty i Różnice Między Środowiskami Społecznymi. *Ann Acad Med Stetin.* 2013; 59, 1: 103–113.