

Poczucie koherencji a samoocena jakości życia osób w wieku podeszłym

The sense of coherence of elderly people vs. their self – reported quality of life

Joanna Owsianowska¹, Jadwiga Szulakowska², Małgorzata Owsianowska³,
Elżbieta Grochans⁴, Renata Robaszkiewicz-Bouakaz¹, Jan Ślęzak⁵

¹ Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

² koło naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

³ Studium Doktoranckie przy Wydziale Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

⁴ Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

⁵ Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje”

Streszczenie

Wstęp. Prognozy demograficzne wykazują stałą tendencję starzenia się społeczeństwa. Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia osób starszych oraz równoprawny dostęp do usług zdrowotnych, należą do głównych celów polityki zdrowotnej w Polsce. Zmiany demograficzne wymagają podejmowania szeregu badań związanych z szeroko rozumianą jakością życia osób w wieku podeszłym oraz poszukiwanie tych czynników, które wpływają na nią w sposób bezpośredni. **Cel.** Celem pracy była ocena jakości życia osób w podeszłym wieku w kontekście poczucia koherencji. **Materiał i metody.** Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w okresie od sierpnia 2015 do stycznia 2016 r. Grupę badaną stanowiły 182 osoby (126 kobiet, 56 mężczyzn) zamieszkujące w Szczecinku. Kryterium doboru stanowiło ukończenie 60 r.ż. Narzędzia pomiarowe stanowiły standaryzowane kwestionariusze ankiet: WHOQOL-BREF, SOC-29, Skala Katza (ADL). Sytuację socjodemograficzną zbadano przy użyciu pytań własnej konstrukcji. **Wyniki.** Analiza korelacji wykazała dodatnią współzależność pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji, a dziedziną psychologiczną i socjalną jakości życia ($p < 0,05$). Wykazano istnienie dodatniej korelacji pomiędzy poczuciem zrozumiałości a dziedziną psychologiczną i socjalną jakości życia ($p < 0,05$). Badani uzyskali najwyższe wyniki w poczuciu zrozumiałości (24,20 pkt), a najniższe w poczuciu zaradności (18,93 pkt). **Wnioski.** Jakość życia badanej grupy osób w wieku podeszłym pozostaje w układzie zależności z poczuciem koherencji, a sposoby i płaszczyzny tych powiązań wytyczają główne dziedziny jakości życia. (Gerontol Pol 2018; 26; 272-277)

Słowa kluczowe: starość, jakość życia, poczucie koherencji (SOC)

Abstract

Background. Demographic forecasts show that the society continues to grow older and older. Improvements in the health of elderly people and their health-related quality of life (QoL), as well as the equal access to health services are main purposes of the health policy in Poland. Demographic changes require numerous studies concerning widely understood QoL of elderly people and factors that directly contribute to it. **Aim.** The aim of this study was to assess the QoL of elderly people with regard to their sense of coherence. **Material and methods.** This survey-based study was carried out from August 2015 to January 2016. The study sample consisted of 182 individuals (126 women, 56 men) from Szczecinek. The selection criterion was being at least 60 years of age. The research instruments included standardized questionnaires: the WHOQOL-BREF, the SOC-29 scale, and Katz's ADL scale. A self-developed questionnaire was used to collect sociodemographic data. **Results.** The analysis demonstrated positive correlations between, psychological and social QoL domains and general the sense of coherence ($p < 0.05$). Additionally, psychological and social QoL domains positively correlated with the feeling of resourcefulness ($p < 0.05$). The participants obtained the highest scores for the sense of intelligibility (24.20 points), and the lowest scores for the feeling of resourcefulness (18.93 points). **Conclusions.** The QoL of the elderly people in our study was related to their sense of coherence. (Gerontol Pol 2018; 26; 272-277)

Key words: old age, quality of life, sense of coherence

Wstęp

Demograficzne starzenie się społeczeństw, którego intensywność polega na wzroście odsetka osób w wieku podeszłym w ogólnej liczbie ludności żyjącej w danym kraju jest procesem obejmującym niemal cały kontynent, a zwłaszcza kraje Europy Zachodniej. Globalizacja starzenia się oznacza, że co dziesiąta osoba na świecie ma powyżej 60 lat. Prognozuje się, że w roku 2060 osoby w wieku powyżej 65 lat będą stanowiły około 30% populacji zamieszkującej kraje Europy [1].

Polityka zdrowotna i społeczna państwa dostrzega problem starości zwiększając nakłady na zabezpieczenie społeczne i zdrowotne, inwestując w rozwój opieki długoterminowej, geriatrycznej, paliatywnej oraz hospicyjnej. Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia osób starszych oraz równomierny dostęp do usług zdrowotnych jest głównym celem polityki zdrowotnej w Polsce [2].

Proces starzenia się ma charakter wieloaspektowy, wykazujący duże zróżnicowanie osobnicze. Podejście salutogenetyczne jest skoncentrowane na poszukiwaniu zasobów i czynników, które wspierają zdrowie i podtrzymują stan zdrowia [3]. Funkcjonowanie uogólnionych zasobów odpornościowych można wytłumaczyć zdaniem Antonowsky'ego za pomocą zasady koherencji [1]. Poczucie koherencji jest według niego globalną orientacją, która wyraża stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: (1) bodźce napływające mają charakter strukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwalają sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce; (3) wymagania te są dla człowieka wartym wysiłku i zaangażowania. Według Antonowsky'ego poczucie koherencji składa się z trzech komponentów, do których należą: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności i poczucie sensowności [3]. Poczucie zrozumiałości odnosi się do stopnia odbierania przez jednostkę świata jako sensownego, spójnego, uporządkowanego i jasnego. Poczucie zaradności, to poczucie radzenia sobie z otoczeniem. Poczucie sensowności jest komponentem emocjonalno – motywacyjnym. Jednostki z wysokim poczuciem sensowności mają poczucie wartości, wolę życia oraz przekonanie, że własne życie warto jest kreować [4].

Jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym, które obejmuje cały szereg aspektów życia. Stanowi odzwierciedlenie poglądów przedstawicieli filozofii, socjologii, psychologii i medycyny [5]. Definicje jakości życia ewaluowały od podejścia materialistycznego i czysto psychologicznego, aż do podejścia holistycznego. Przeniesione z nauk społecznych do medycyny pojęcie ja-

kości życia wyznaczyło nowe standardy w podejściu do człowieka. Dostępne narzędzia badawcze przeznaczone są zarówno dla osób chorych, jak i zdrowych, a procedura badania opiera się o podział jakości życia w sześciu głównych dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, niezależności, społecznej, środowiskowej, duchowej [6]. Jednym z podstawowych problemów, który pojawia się w badaniach nad jakością życia jest bez wątpienia poszukiwanie czynników, mających na nią wpływ [7]. W obliczu starzenia się społeczeństw olbrzymiego znaczenia nabierają badania dotyczące szeroko rozumianej jakości życia osób w wieku podeszłym wraz z poszukiwaniem czynników mających na nią wpływ.

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia osób w podeszłym wieku w kontekście poczucia koherencji.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w okresie od sierpnia 2015r. do stycznia 2016r. wśród mieszkańców miasta Szczecinka. Grupę badaną stanowiły osoby, które po poinformowaniu o celu badania, sposobie wypełnienia kwestionariuszy i pełnej anonimowości wyraziły zgodę na udział w projekcie. Grupę badaną stanowiły 182 osoby (126 kobiet i 56 mężczyzn) w wieku 60-93 lat (średnia 69,70 lat). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby najstarsze, tj. posiadające ponad 80 lat (8,79%), Największy odsetek stanowiły osoby w wieku 60-70 lat (68,13%). Respondenci posiadali głównie wykształcenie średnie (41,76%) i gimnazjalne (23,08%). Blisko połowa badanych pozostawała w związkach małżeńskich (49,45%), a pozostali (36,26%) byli stanu wolnego po utracie współmałżonka. Większość spośród badanych (51,65%) oceniało swoją sytuację materialną jako przeciętną. Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego za pomocą trzech standaryzowanych kwestionariuszy:

1. Kwestionariusz WHOQOL – BREF służący do oceny jakości życia osób w stanie zdrowia jak i choroby. Zawiera on 26 pytań dotyczących następujących dziedzin życia: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej oraz pozwala na ocenę globalnej percepcji jakości życia, oraz ogólnego stanu zdrowia jednostki [6]. W pracy analizowano poszczególne domeny: fizyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową.
2. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC – 13) A. Antonowsky'ego – skrócona wersja, pozwalający

określić zarówno globalny poziom poczucia koherencji, jak i nasilenie wchodzących w jego skład elementów: poczucia zrozumiałości (PZR), poczucia zaradności (PZ), poczucia sensowności (PS). Kwestionariusz składa się z 13 pytań [3].

3. Kwestionariusz Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego wg Katza, tzw. ADL (Activities of Daily Living) – zawiera sześć pytań określających samodzielność w zakresie ubierania i rozbierania się, korzystania z toalety, poruszania się po mieszkaniu, mycia całego ciała, spożywania posiłków oraz kontrolowania wydalania moczu i stolca [8].

Sytuację socjodemograficzną określono za pomocą kwestionariusza własnej konstrukcji, który obejmował dane takie jak: wiek, płeć, wykształcenie stan cywilny, sytuację materialną. Obliczenia i analizę statystyczną wykonano za pomocą pakietu STATISTICA 10.0 PL. Do porównania dwóch grup wykorzystano test t – Studenta, a w przypadku braku normalności rozkładu – nieparametryczny test U Manna-Whitney’a. W przypadku analizy korelacji, gdy wyniki były zgodne z rozkładem normalnym, obliczono współczynnik korelacji liniowej Pearson’a. Jako istotne przyjęto efekty, dla których wartość prawdopodobieństwa p była mniejsza od przyjętego poziomu istotności 0,05 ($p < 0,05$).

Wyniki

Analiza wyników wykazała, że badani najniżej oceniają dziedzinę psychologiczną jakości życia (48,79 pkt \pm 13,40). Natomiast najlepszą jakość życia wykazywali w dziedzinie środowiskowej (66,53 pkt \pm 12,88) i dziedzinie socjalnej (64,69 pkt \pm 13,11) (tabela I).

Tabela I. Jakość życia badanych wg WHOQOL

Table I. The QoL of the participants according to the WHOQOL

Dziedziny	Średnia \pm SD	Min-Max
Fizyczna	60,89 \pm 11,74	31-38
Psychologiczna	48,79 \pm 13,40	13-81
Socjalna	64,69 \pm 25	25-100
Środowiskowa	66,53 \pm 12,88	44-100

Globalny poziom poczucia koherencji w grupie badanych wyniósł *średnio* 64,37 pkt \pm 11,22. Średni wynik poczucia zrozumiałości wyniósł (24,20 pkt) i był wyższy od średniego wyniku sensowności (21,24 pkt). Najniższą wartość uzyskano w zakresie poczucia zaradności (18,93 pkt), (tabela II).

Tabela II. Rozkład poczucia koherencji i jego składowych w badanej grupie

Table II. The distribution of the sense of coherence and its components in the study sample

POCZUCIE KOHERENCJI (SOC)	$\bar{x} \pm SD$	Min – Max
Ogólne poczucie koherencji	64,37 \pm 11,22	29,00 – 89,00
Poczucie zrozumienia	24,20 \pm 4,92	8,00 – 35,00
Poczucie zaradności	18,93 \pm 3,73	4,00 – 27,00
Poczucie sensowności	21,24 \pm 3,93	11,00 – 28,00

Na podstawie analizy wyników skali ADL wykazano, że blisko jedna piąta osób badanych była umiarkowanie i znacznie niesprawna (odpowiednio: 14,29% i 2,75%). Większość spośród respondentów (82,97%), była osobami sprawnymi (tabela III).

Tabela III. Charakterystyka badanych w zakresie podstawowych czynności życia codziennego

Table III. Description of the participants in terms of basic activities of everyday life

Skala Katza (ADL) Punkcja	Interpretacja	n (%)
Poniżej lub 2 pkt.	Osoby znacznie niesprawne	5 (2,75%)
3-4 pkt.	Osoby umiarkowanie niesprawne	26 (14,29%)
5-6 pkt	Osoby sprawne	151 (82,97%)

Nie wykazano istnienia zależności statystycznej pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji pacjentów samodzielnych i niesamodzielnych w wykonywaniu czynności dnia codziennego ($p > 0,05$). Zaobserwowano natomiast istnienie zależności pomiędzy samodzielnością pacjentów w zakresie wstawania z łóżka i przemieszczania się na fotel a poczuciem zrozumiałości i zaradności ($p < 0,05$) (tabela IV).

Tabela IV. Analiza samodzielności w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego względem poczucia koherencji

Table IV. The ability to perform everyday life activities independently vs. the sense of coherence

Czynności życia codziennego	OGÓLNE POCZUCIE KOHERENCJI		p
	Samo-dzielny	Niesamodzielny	
Kąpanie się	64,36	64,44	0,9746
Ubieranie się i rozbieranie	64,25	66,78	0,5110
Korzystanie z toalety	64,66	60,69	0,2203
Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel	64,93	59,85	0,0556
Samodzielne jedzenie	64,33	68,50	0,6022
Kontrolowane wydalanie moczu i stolca	64,03	66,21	0,3384

Analizie poddano również wpływ wybranych czynników, tj. płeć, wiek na poczucie koherencji (SOC) i jej dziedzin w badanej grupie osób w podeszłym wieku. Analiza badań nie wykazała, aby płeć i wiek istotnie różnicowała zarówno ogólne poczucie koherencji badanych, jak i poczucie w poszczególnych dziedzinach SOC ($p > 0,05$) (tabela V).

Tabela V. Ogólne poczucie koherencji (SOC), a dziedziny jakości życia

Table V. The general sense of coherence and QoL domains

Dziedziny jakości życia	SOC	
	R	p
Dziedzina fizyczna	0,11	0,1345
Dziedzina psychologiczna	0,23	0,0016*
Dziedzina socjalna	0,22	0,0025*
Środowisko	0,10	0,1558

Analiza korelacji wykazała istnienie dodatniej współzależności ($r = 0,23$) pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji (SOC) a dziedziną psychologiczną jakości życia ($p < 0,05$). Wykazano także istotną dodatnią korelację pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji (SOC), a dziedziną socjalną jakości życia ($r = 0,21$; $p < 0,05$) (tabela VI).

Analiza korelacji wykazała istnienie dodatniej współzależności ($r = 0,23$), pomiędzy poczuciem zrozumiałości, a dziedziną psychologiczną jakości życia ($p < 0,05$). Wykazano także istotną dodatnią korelację pomiędzy poczuciem zrozumiałości, a dziedziną socjalną jakości życia ($r = 0,22$; $p < 0,05$). Wraz ze wzrostem poczucia zrozumiałości wrasta jakość życia w dziedzinie psychologicznej i socjalnej w badanej grupie. Analiza korelacji wykazała istnienie dodatniej współzależności ($r = 0,16$) pomiędzy poczuciem zaradności, a dziedziną socjalną jakości życia ($p < 0,05$). Wraz ze wzrostem poczucia zaradności wrasta jakość życia w dziedzinie socjalnej. Analiza korelacji wykazała istnienie dodatniej współzależności ($r = 0,27$) pomiędzy poczuciem sensowności, a dziedziną psychologiczną jakości życia ($p < 0,05$). Wykazano także istotną do-

datnią korelację pomiędzy poczuciem sensowności, a dziedziną socjalną jakości życia ($r = 0,21$; $p < 0,05$). Wraz ze wzrostem poczucia sensowności wrasta jakość życia w dziedzinie psychologicznej i socjalnej w badanej grupie (tabela VI).

Dyskusja

Starzenie się społeczeństwa oraz sformułowanie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) nowej definicji zdrowia sprawiły, że w planowaniu i ocenie skuteczności leczenia zaczęto uwzględniać również subiektywne odczucia pacjenta. Zgodnie z definicją WHO zdrowie to już nie tylko brak choroby czy ułomności, ale również dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny. Nowe spojrzenie na problemy zdrowotne, w tym również uznanie roli subiektywnej oceny stanu zdrowia stało się punktem wyjścia dla szerszego zainteresowania problematyką jakości życia [9].

Kwestionariusz WHOQOL-BREF zawiera pytanie o ogólną percepcję jakości życia, wstępnie dokonując globalnej oceny. Pytania o ogólną percepcję własnego zdrowia osób starszych dotyczą podobnych warunkowań [6]. Przeprowadzone badania własne dotyczyły osób starszych, w przedziale wiekowym między 60 a 93 rokiem życia. Wśród badanych większość stanowiły osoby sprawne pod względem wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego – 82,97%, osoby umiarkowanie niesprawne stanowiły – 14,29%, natomiast znacznie niesprawne – 2,75%. Wyniki badań przeprowadzonych przez Wdowiak i wsp. [10] w zakładzie opieki długoterminowej oraz domu pomocy społecznej są odmienne od badań własnych. Mobilność była największym problemem dla pensjonariuszy tych ośrodków. Największy odsetek stanowiły osoby poruszające się niesamodzielnie po placówce – odpowiednio 70% w zakładzie opieki długoterminowej oraz ponad 40% w domu pomocy społecznej. Analiza badań Zielińskiej-Więczkowskiej i wsp. [11] przeprowadzonych na grupie 100 pensjonariuszy dwóch domów pomocy społecznej w województwie kujawsko-pomorskim wykaza-

Tabela VI. Komponenty poczucia koherencji (SOC), a dziedziny jakości

Table VI. The components of the sense of coherence vs. QoL domains

Dziedziny jakości życia	ZROZUMIAŁOŚĆ		ZARADNOŚĆ		SENSOWNOŚĆ	
	r	p	r	p	r	p
Dziedzina fizyczna	0,12	0,0901	0,02	0,7240	0,13	0,0688
Dziedzina psychologiczna	0,23	0,0017*	0,10	0,1551	0,27	0,0001*
Dziedzina socjalna	0,21	0,0041*	0,16	0,0255*	0,21	0,0039*
Środowisko	0,12	0,0988	0,02	0,7674	0,13	0,0873

ła, że 43,3% badanych było sprawnych pod względem wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, mierzonych przy użyciu skali ADL – według Katza. Co czwarta osoba była natomiast umiarkowanie niesprawna, a co trzecią cechowała znaczna niesprawność.

Ocena poziomu jakości życia w badaniach własnych wykazała, że najniższe wartości uzyskiwali respondenci w zakresie dziedziny psychologicznej (48,79 pkt), natomiast najwyższe w dziedzinie środowiskowej (66,53 pkt). Badania Ostrzyżek i wsp. [12] wykazały natomiast najwyższą wartość punktową w dziedzinie psychologicznej jakości życia (63,7 pkt).

Koncepcja poczucia koherencji odnosi się do funkcji poznawczych. Za jej pośrednictwem dokonano oceny samodzielności oraz zaradności względem ograniczeń spowodowanych postępującym procesem starzenia się. Średni poziom globalnego poczucia koherencji badanych osób w podeszłym wieku wskazuje na niski zakres (64,37 pkt), respondenci uzyskali najwyższe wyniki w zakresie poczucia zrozumiałości i sensowności natomiast najniższe w zakresie poczucia zaradności. Kurowska i wsp. [13] zaprezentowali wyniki badań, realizowanych w Domu Pomocy Społecznej w Koszelewie, z których wynika, że osoby starsze zamieszkujące placówkę, deklarowały przeciętny poziom SOC (131,92 pkt). Najkorzystniejszy wynik uzyskiwali w zakresie poczucia zrozumiałości. Przeciętny poziom prezentowali w zakresie poczucia sensowności, natomiast najmniej zadawalający w zakresie poczucia zaradności. W innym badaniu przeprowadzonym przez Kurowską i wsp. [14] w Domu Dniennego Pobytu seniorów na terenie Bydgoszczy, otrzymano bardzo zbliżone wyniki, gdyż średni poziom poczucia koherencji wynosił 139,66 pkt. Wysoki wynik pensjonariusze uzyskali w zakresie poczucia zrozumiałości, które wyraża stronę motywacyjną i jest najważniejszym elementem poczucia koherencji. Zadowolające wyniki otrzymano również w zakresie poczucia zaradności i sensowności, jednak bez silnego poczucia zrozumiałości. Badania Kurowskiej i wsp. [15] przeprowadzone w 2013 roku w grupie 102 osób starszych, znajdujących się pod opieką POZ w Tucholi pokazały, że respondenci najwyżej ocenili poczucie zrozumiałości, następnie zaradności, natomiast najniżej poczucie sensowności. Zdaniem tych badaczy wysoki wynik poczucia zrozumiałości może świadczyć o zdawaniu so-

bie sprawy z aktualnej sytuacji życiowej i postrzeganiu wyzwań stawianych przez życie, jako zrozumiałych, jasnych, którym są w stanie sprostać i je przewyciężyć. Analiza badań własnych oraz wyniki Kurowskiej i wsp. wykazują, niezależnie od uzyskanych wartości, zbieżną tendencję dla poszczególnych składników poczucia koherencji. Badane osoby oceniały obecną i przyszłą sytuację życiową jako zrozumiałą, wierząc, że to, co je spotka będzie możliwe do zgłębienia i rozstrzygnięcia. Wykazując pragnienie życia oceniały codzienne trudy jako zrozumiałe i jasne, wiedząc jak utrzymać nad nimi kontrolę. Badania własne wykazały istotną zależność pomiędzy poziomem poczucia koherencji, a dziedzinami psychologiczną oraz socjalną jakości życia. Zauważono również zależności pomiędzy poczuciem zrozumiałości i sensowności, a powyższymi dziedzinami oraz zależność między poczuciem zaradności, a dziedziną socjalną jakości życia. W badaniach przeprowadzonych przez Zielińską-Więczkowską i wsp. [16] wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Bydgoszczy wykazano istotną zależność pomiędzy całościowym poczuciem koherencji, a poszczególnymi dziedzinami jakości życia (fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowej). Dodatkowo wykazując zależność pomiędzy poszczególnymi komponentami SOC, a poszczególnymi dziedzinami jakości życia. Finogenow M. [17] przeprowadziła badanie na grupie 240 osób w wieku 55-70 lat. Połowę stanowili respondenci, którzy zaprzestali aktywności zawodowej. Badanie to pokazało, że poczucie koherencji pełni bardzo istotną rolę w analizowanych przez autorkę aspektach zadowolenia z życia i im wyższe jest poczucie koherencji, tym wyższa satysfakcja z życia.

Wnioski

Jakość życia badanej grupy osób w wieku podeszłym pozostaje w układzie zależności z poczuciem koherencji, a sposoby i płaszczyzny tych powiązań wytyczają główne dziedziny jakości życia, składniki poczucia koherencji oraz zakres sprawności w aspekcie czynności dnia codziennego.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Piśmiennictwo

1. Szukalski P. Proces starzenia się ludności – przyczyny, etapy, konsekwencje. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A, (red.). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Gdańsk: Via Medica; 2007. s. 13-19.

2. Błędowski P. Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035. W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P, (red.). Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Wydawnictwo Termedia; 2012.
3. Antonowsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia – jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: IPIŃ; 2005.
4. Sęk H, Ścigała I. Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red.). Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2000.
5. Jaracz K. Jakość życia po niedokrwiennym udarze mózgu: uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne, psychospołeczne i czasowe. Rozpr. Hab. Katedra Pielęgniarstwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2002.
6. Cieślak A. Jakość życia w warunkach medycznych. *Studia Medyczne*. Kielce; 2010;19:49-53.
7. Zalewska A. Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności. Warszawa: SWPS Academica; 2003.
8. Katz S, Downs T, Cash H i wsp. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970; 1: 20-30.
9. Papuć E. Jakość życia w stacjonarnej opiece długoterminowej. *Curr Probl Psychiatry*. 2011;12(2):141-5.
10. Wdowiak L, Stanisławek D, Stanisławek A. Jakość życia w stacjonarnej opiece długoterminowej. *Med Rodz*. 2009;4:49-63.
11. Zielińska-Więczkowska H, Miłowska M, Rybicka R i wsp. Poczucie koherencji (SOC) a postawy życiowe osób starszych zamieszkujących w domach pomocy społecznej (DPS). *Psychogeriatr Pol*. 2013;10(1):23-32.
12. Ostrzyżek A. Standardy w ocenie jakości życia chorych w podeszłym wieku. *Med Dydakt Wych*. 2007;39(9):925-7.
13. Kurowska K, Kajut A. Samoocena jakości życia osób starszych na przykładzie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). *Psychogeriatr Pol*. 2011;8(2):55-62.
14. Kurowska K, Wiśniewska M. Poczucie koherencji (SOC) a funkcjonowanie w życiu codziennym pensjonariuszy Domu Dziennego Pobytu. *Psychogeriatr Pol*. 2010;7(3):108-14.
15. Kurowska K, Orzoł B. Poczucie koherencji a zadowolenie z życia u osób starszych. *Gerontol Pol*. 2016;24:91-7.
16. Zielińska-Więczkowska H, Ciemnoczołowski W, Kornatowski T, i wsp. Poczucie koherencji a satysfakcja życiowa słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Gerontol Pol*. 2011;19(2):119-25.
17. Finogenow M. Poczucie koherencji a satysfakcja z życia i dobrostan emocjonalny osób w wieku emerytalnym. *Psychol Społ*. 2013;8(3):346-53.