

Jakość życia pacjentów geriatrycznych

Quality of life of geriatric patients

Wiesław Fidecki¹, Mariusz Wysokiński¹, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz²,
Dorota Kulina¹, Kamil Kuszplak¹, Jakub Sapielak³, Zuzanna Kasiborska⁴

¹ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Western Norway University of Applied Sciences Faculty of Health and Social Sciences

³ Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

⁴ studentka kierunku pielęgniarstwo studia II stopnia Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wprowadzenie. Wzrost zainteresowania oceną jakości życia spowodowało pojawienie się terminu jakości życia uwarunkowanego stanem zdrowia. Pojęcie to wprowadził Schipper i zdefiniował je jako postrzegany przez pacjenta wpływ choroby oraz przebieg jej leczenia na funkcjonowanie i ogólne poczucie satysfakcji życiowej, odbieranej przez pacjenta. Jakość życia i starość są ze sobą ściśle związane. Starzenie się postrzegane jest jako proces destrukcyjny, postępujący i nieodwracalny. Proces ten powodują czynniki biologiczne związane z inwolucją fizyczną, jak i czynniki psychospołeczne. **Cel.** Celem badań było określenie jakości życia pacjentów oddziałów geriatrycznych. **Material i metoda.** Badania przeprowadzono w grupie 208 pacjentów w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziałach geriatrycznych. Wiek badanych zawierał się w przedziale 65-98 lat. Kobiety stanowiły 63,90% badanych, a w pozostałych 36,10% byli to mężczyźni. W badaniach wykorzystaną polską wersję skali WHOQOL-Bref. **Wyniki.** Badana grupa pacjentów oceniła swoją ogólną jakość życia na poziomie średniej $3,15 \pm 0,77$, a stan zdrowia na poziomie $2,44 \pm 0,76$. Najwyżej badani ocenili dziedzinę społeczną ($13,52 \pm 2,18$) oraz środowiskową ($13,09 \pm 1,95$). W dziedzinie psychologicznej ocena kształtowała się na poziomie $11,23 \pm 2,16$. Najniżej oceniona została dziedzina somatyczna ($10,03 \pm 2,67$). Ogólną jakość życia kobiety oceniły na poziomie średniej $3,16 \pm 0,80$, a stan swojego zdrowia na poziomie $2,24 \pm 0,72$. U mężczyzn ocena jakości życia była na poziomie średniej $3,14 \pm 0,76$, a zdrowia $2,48 \pm 0,86$. **Wnioski.** 1. Samoocena jakości życia dokonana przez pacjentów oddziałów geriatrycznych kształtowała się na przeciętnym poziomie. 2. Badani pacjenci najlepiej ocenili dziedzinę społeczną a najniżej somatyczną. 3. Stan cywilny istotnie różnicował ocenę jakości życia badanych seniorów. 4. Miejsce zamieszkania różnicowało samoocenę zdrowia badanych pacjentów. *Geriatrics 2020; 14: 16-20.*

Słowa kluczowe: jakość życia, osoby starsze, oddział geriatryczny

Abstract

Introduction. The increase of interest in assessing the quality of life resulted in the occurrence of the term quality of life conditioned by health. This concept was introduced by Schipper who defined it as the patient's perceived impact of the disease and the course of its treatment on the functioning and general sense of life satisfaction received by the patient. Quality of life and old age are closely related. Aging is seen as a destructive, progressive and irreversible process. This process is caused by biological factors associated with physical involution, as well as psychosocial factors. **The aim.** The aim of the study was to determine the quality of life of patients in geriatric wards. **Material and methods.** The study was conducted in a group of 208 elderly patients hospitalized in geriatric wards. The age of the respondents was between 65-98 years of age. Women constituted 63.90% of the respondents, and the remaining 36.10% were men. The study used the Polish version of the WHOQOL-Bref scale. **Results.** The studied group of patients assessed their overall quality of life at an average level of 3.15 ± 0.77 and health status at 2.44 ± 0.76 . The respondents rated social (13.52 ± 2.18) and environmental (13.09 ± 1.95) subject field the highest. In the psychological subject field, the assessment was at the level of 11.23 ± 2.16 . The somatic subject field was rated the lowest (10.03 ± 2.67). The women rated the overall quality of life at an average level of 3.16 ± 0.80 and their

health at 2.24 ± 0.72 . In men, the assessment of the quality of life was at 3.14 ± 0.76 and 2.48 ± 0.86 in the assessment of the quality of health. **Conclusions.** 1. Self-assessment of the quality of life made by patients of geriatric wards was at an average level. 2. The examined patients rated the social and the somatic subject fields the highest. 3. Marital status significantly differentiated the assessment of the quality of life of the surveyed seniors. 4. The place of residence differentiated the self-assessment of health of the examined patients. *Geriatrics 2020; 14: 17-20.*

Keywords: quality of life, the elderly, geriatric ward

Wprowadzenie

Wzrost zainteresowania oceną jakości życia spowodowało pojawienie się terminu jakości życia uwarunkowanego stanem zdrowia. Pojęcie to wprowadził Schipper i zdefiniował je jako postrzegany przez pacjenta wpływ choroby oraz przebieg jej leczenia na funkcjonowanie i ogólne poczucie satysfakcji życiowej, odbieranej przez pacjenta. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia wg autora dotyczy czterech podstawowych wymiarów: stanu fizycznego i sprawności ruchowej, stanu psychicznego, sytuacji społecznych i warunków ekonomicznych oraz doznań somatycznych (objawów choroby, bólu) [1,2].

Starzenie się jest indywidualnym procesem, który ma miejsce szczególnie sposób dla każdej osoby. Jest to spowodowane do różnych czynników, które wpływają na ten aspekt przebiegu życia, taki jak: fizjologiczny, społeczny, psychologiczne, ekonomiczne, środowiskowe i czynniki kulturowe; może również wpływać na jakość życia [3].

Jakość życia i starość są ze sobą ściśle związane. Starzenie się postrzegane jest jako proces destrukcyjny, postępujący i nieodwracalny. Proces ten powodują czynniki biologiczne związane z inwolucją fizyczną, jak i czynniki psychospołeczne. Osoby starsze mają trudności związane z pogarszającym się stanem zdrowia. Z wiekiem wyraźnie obniża się sprawność fizyczna i psychiczna organizmu [4].

Cel

Celem badań było określenie jakości życia pacjentów oddziałów geriatrycznych.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w grupie 208 pacjentów w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziałach geriatrycznych. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgody dyrekcji szpitali. Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami etycznymi. Pacjenci wyrazili świadomą i dobrowolną zgodę na udział w badaniach.

Szczegółową charakterystykę badanej grupy pacjentów prezentuje tabela numer I.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy
Table I. Characteristics of the research pool

	Zmienna	%
Płeć	Kobieta	63,90
	Męczyzna	36,10
Wiek	65-74 lat	21,50
	75-89 lat	70,40
	90 i pow. lat	8,10
Stan cywilny	Owdowiali	66,20
	W związku	33,80
Wykształcenie	Podstawowe	78,00
	Zawodowe	13,60
	Średnie	6,80
	Wyższe	1,60
Miejsce zamieszkania	Miasto	35,00
	Wieś	65,00

Narzędziem zastosowanym w badaniach była skala WHOQOL-BREF stosowana zarówno do celów poznawczych, jak i klinicznych. Skala WHOQOL-BREF składa się z 26 pytań. Umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, środowiskowej i społecznej. Zawiera też pytanie pierwsze dotyczące oceny ogólnej jakości życia oraz pytanie drugie dotyczące subiektywnej oceny stanu zdrowia. Skala możliwych do zakreślenia w poszczególnych pytaniach odpowiedzi zawiera się w przedziale 1-5. Wyraźnie zaznaczony jest kierunek pozytywny oznacza to, że im wyższa liczba punktów, tym lepsza jakość życia. Wartość punktowa pytania pierwszego i drugiego zawiera się w przedziale 1-5, natomiast dla każdej z czterech dziedzin zakres punktowy mieści się w przedziale 4-20 [5,6].

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności.

Wyniki

Wyniki badań wykazały, że badana grupa pacjentów oceniła swoją ogólną jakość życia na poziomie średniej $3,15 \pm 0,77$, a stan zdrowia na poziomie $2,46 \pm 0,76$. Najwyżej badani ocenili dziedzinę społeczną ($13,52 \pm 2,18$) oraz środowiskową ($13,09 \pm 1,95$). W dziedzinie psychologicznej ocena kształtowała się na poziomie $11,23 \pm 2,16$. Najniżej oceniona została dziedzina somatyczna ($10,03 \pm 2,67$).

Przeanalizowano również ocenę jakości życia w zależności od płci badanych. Ogólną jakość życia kobiety oceniły na poziomie średniej $3,16 \pm 0,80$, a stan swojego zdrowia na poziomie $2,24 \pm 0,72$. U mężczyzn ocena jakości życia była na poziomie średniej $3,14 \pm 0,76$, a stan zdrowia na poziomie $2,48 \pm 0,86$. Różnica istotna statystycznie była tylko w zakresie dziedziny środowiskowej.

Analizując jakość życia w zależności od wieku badanych, stwierdzono, że wyższe wyniki uzyskały

osoby z najmłodszego przedziału wieku (65-74 lat) w zakresie ogólnej jakości życia ($3,2 \pm 0,85$), w dziedzinie somatycznej ($10,39 \pm 2,93$) i środowiskowej ($13,19 \pm 1,99$). Dziedzinę psychologiczną na takim samym poziomie oceniły osoby w wieku 65-74 lat oraz w wieku 75-89 lat. Dziedzina socjalna uzyskała najwyższe wyniki wśród badanych w wieku 75-89 lat ($13,57 \pm 2,12$). Stan swojego zdrowia najlepiej ocenili badani najstarsi, w wieku 90 i więcej lat ($2,70 \pm 0,74$). Nie stwierdzono jednak istotnej statystycznie różnicy pomiędzy oceną jakości życia a wiekiem badanych.

Badani pozostający w związkach wykazywali wyższy poziom jakości życia we wszystkich jej elementach składowych w porównaniu z osobami samotnymi. Różnica ta był istotna statystycznie, z wyjątkiem dziedziny somatycznej i samooceny stanu zdrowia.

W badaniach przeanalizowano również rozkład oceny jakości życia w zależności od wykształcenia seniorów. Osoby z wykształceniem wyższym oceniły

Tabela II. Ocena skalą WHOQOL-Bref a zmienne socjodemograficzne

Table II. Evaluating with the WHOQOL-Bref Scale and sociodemographic variables

Zmienna		Ogólna jakość życia (1-5)	Ocena zdrowia (1-5)	Somatyczna (4-20)	Psychologiczna (4-20)	Socjalna (4-20)	Środowiskowa (4-20)
Płeć	Kobiety	$3,16 \pm 0,80$	$2,24 \pm 0,72$	$10,00 \pm 2,51$	$11,20 \pm 2,19$	$13,45 \pm 2,28$	$12,90 \pm 1,88$
	Mężczyźni	$3,14 \pm 0,76$	$2,48 \pm 0,86$	$10,09 \pm 2,94$	$11,27 \pm 2,12$	$13,65 \pm 2,00$	$13,42 \pm 2,03$
	Analiza statystyczna	$Z = 0,371$ $p = 0,710$	$Z = -0,479$ $p = 0,631$	$Z = -0,193$ $p = 0,846$	$Z = -0,314$ $p = 0,753$	$Z = -0,854$ $p = 0,392$	$Z = -2,158$ $p = 0,030$
Wiek	65-74	$3,21 \pm 0,85$	$2,31 \pm 0,72$	$10,39 \pm 2,93$	$11,30 \pm 2,30$	$13,53 \pm 2,15$	$13,19 \pm 1,99$
	75-89	$3,17 \pm 0,76$	$2,45 \pm 0,78$	$10,00 \pm 2,61$	$11,30 \pm 2,09$	$13,57 \pm 2,12$	$13,10 \pm 1,91$
	90+	$3,00 \pm 0,81$	$2,70 \pm 0,74$	$9,32 \pm 2,41$	$10,36 \pm 2,28$	$13,08 \pm 2,78$	$12,76 \pm 2,22$
	Analiza statystyczna	$H = 1,0426$ $p = 0,521$	$H = 5,021$ $p = 0,081$	$H = 3,023$ $p = 0,222$	$H = 3,531$ $p = 0,170$	$H = 1,291$ $p = 0,524$	$H = 1,017$ $p = 0,602$
Stan cywilny	Owdowiali	$3,09 \pm 0,524$	$2,43 \pm 0,70$	$9,92 \pm 2,54$	$10,91 \pm 2,15$	$13,05 \pm 2,10$	$12,86 \pm 1,89$
	W związku	$3,26 \pm 0,80$	$2,47 \pm 0,90$	$10,25 \pm 2,91$	$11,85 \pm 2,05$	$14,45 \pm 2,05$	$13,53 \pm 2,01$
	Analiza statystyczna	$Z = -1,653$ $p = 0,009$	$Z = 0,254$ $p = 0,799$	$Z = -1,208$ $p = 0,226$	$Z = -3,702$ $p = 0,002$	$Z = -5,373$ $p = 0,000$	$Z = -2,572$ $p = 0,01$
Wykształcenie	Podstawowe	$3,17 \pm 0,76$	$2,48 \pm 0,78$	$10,13 \pm 2,63$	$11,26 \pm 2,21$	$13,55 \pm 2,14$	$13,09 \pm 1,91$
	Zawodowe	$3,00 \pm 0,88$	$2,28 \pm 0,74$	$9,07 \pm 2,64$	$10,66 \pm 2,04$	$13,04 \pm 2,43$	$12,73 \pm 2,24$
	Średnie	$3,26 \pm 0,82$	$2,35 \pm 0,72$	$10,27 \pm 2,85$	$11,80 \pm 1,73$	$14,00 \pm 2,01$	$13,27 \pm 1,62$
	Wyższe	$3,28 \pm 0,84$	$2,36 \pm 0,75$	$10,72 \pm 2,86$	$11,80 \pm 1,73$	$14,08 \pm 2,01$	$13,72 \pm 1,69$
	Analiza statystyczna	$H = 2,190$ $p = 0,334$	$H = 2,659$ $p = 0,265$	$H = 7,564$ $p = 0,022$	$H = 4,760$ $p = 0,092$	$H = 4,111$ $p = 0,128$	$H = 4,791$ $p = 0,091$
Miejsce zamieszkania	Miasto	$3,11 \pm 0,87$	$2,30 \pm 0,73$	$9,98 \pm 2,82$	$11,20 \pm 2,14$	$13,35 \pm 2,16$	$13,09 \pm 2,01$
	Wieś	$3,17 \pm 0,73$	$2,52 \pm 0,78$	$10,06 \pm 2,59$	$11,24 \pm 2,18$	$13,62 \pm 2,19$	$13,10 \pm 1,92$
	Analiza statystyczna	$Z = -0,488$ $p = 0,625$	$Z = -2,212$ $p = 0,026$	$Z = -0,287$ $p = 0,773$	$Z = -0,270$ $p = 0,786$	$Z = -1,439$ $p = 0,149$	$Z = -0,227$ $p = 0,819$

H – test Kuskala-Wallisa; *Z* – test Manna-Whitneya

jakość swojego życia najlepiej w zakresie jej ogólnej percepcji oraz w dziedzinach: somatycznej ($10,72 \pm 2,86$), socjalnej ($14,08 \pm 2,01$) i środowiskowej ($13,72 \pm 1,69$). Dziedzina psychologiczna została oceniona na takim samym poziomie ($11,80 \pm 1,73$) przez osoby z wykształceniem wyższym i średnim. Natomiast stan swojego zdrowia najlepiej ocenili pacjenci z wykształceniem podstawowym ($2,48 \pm 0,78$). Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istnienie istotnej różnicy pomiędzy grupami tylko w zakresie dziedziny somatycznej ($p = 0,022$).

Analizując ocenę jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania badanych, stwierdzono, że w każdym zakresie lepszej oceny dokonali seniorzy ze środowiska wiejskiego. Jednocześnie przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istnienie istotnej różnicy tylko w ocenie stanu zdrowia ($p = 0,026$).

W tabeli II zaprezentowano szczegółową analizę oceny jakości życia w zależności od zmiennych socjodemograficznych.

Dyskusja

Istotnym wyznacznikiem przebiegu procesu przystosowania się osoby starszej do okresu starości jest poziom odczuwanej przez nią jakości życia. Jakość życia może być definiowana jako dobrostan fizyczny i psychiczny, subiektywnie odczuwane poczucie szczęścia, satysfakcji życiowej oraz spełnienia pragnień. Pojęcie jakości życia funkcjonujące w medycynie łączy ją przede wszystkim ze stanem zdrowia, naturalnym procesem starzenia się organizmu oraz chorobami współistniejącymi. Zainteresowanie tą dziedziną pojawiło się dzięki wprowadzeniu nowego modelu medycyny, który skupia się na holistycznym podejściu do pacjenta. Celem leczenia jest nie tylko wydłużenie życia, lecz także polepszenie jego jakości [7,8].

Literatura tematu donosi, że czynniki środowiskowe, społeczno-ekonomiczne i cechy demograficzne, styl życia mogą wpływać na jakość życia osób starszych [9].

W badaniach własnych wykazano, że jakość życia badanych pacjentów oddziałów geriatrycznych była na przeciętnym poziomie. Podobnym poziom jakości swojego życia prezentowali seniorzy hospitalizowani w oddziałach onkologicznych [10] oraz w oddziałach ortopedycznych [11]. Natomiast niższe wyniki oceny jakości życia otrzymano w grupie starszych pacjentów przebywających w zakładach opieki długoterminowej [12]. Inne badania wskazują, że seniorzy przebywający

w swoim środowisku domowym wykazywali wyższy poziom jakości życia w porównaniu z naszymi badaniami [13].

Wyniki badań własnym wykazały, wyższą jakość życia badanych mężczyzn. Kobiety lepiej oceniły swoje życie tylko w zakresie ogólnej jakości. Odmienne wyniki uzyskali w swoich badaniach Głowacka i wsp. [14]. W badaniach autorów nieznacznie lepszą jakość życia prezentowały kobiety w porównaniu do mężczyzn.

W badaniach własnych stwierdzono, że wraz z wiekiem obniżała się jakość życia badanych pacjentów. Podobne wyniki uzyskano w badaniach innych autorów [11,13]. Równocześnie jednak samoocena stanu zdrowia najlepsza była w grupie pacjentów najstarszych. Zbieżne to było z badaniami dotyczącymi seniorów przebywających w zakładach opieki długoterminowej [12].

Wyniki badań własnych wykazały lepszą jakość osób pozostających w związku w porównaniu z osobami owdowiałymi. Zależność taką potwierdzają wyniki innych badań [11,13]. Natomiast wyniki niektórych badań są zupełnie odmienne. Badacze wskazują, że osoby stanu wolnego wyżej oceniają swoją jakość życia [12].

W naszych badaniach stwierdzono, że osoby z wykształceniem wyższym lepiej oceniły jakość swojego życia. Wyjątkiem była ocena stanu zdrowia, gdzie najlepiej to zagadnienie oceniły osoby z wykształceniem podstawowym. Również wyniki innych badaczy wskazują na wzrost jakości życia wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia [11-13].

Badacze tematu wskazują, że miejsce zamieszkania może kształtować ocenę jakości życia człowieka. Lecz nie można jeszcze stwierdzić jednoznacznie czy mieszkanie na wsi czy w mieście daje wyższą jakość życia [15]. W badaniach własnych stwierdzono, że pacjenci ze środowiska wiejskiego lepiej oceniły jakość swojego życia, zarówno w aspekcie ogólnym, jak i w dziedzinach składowych. Podobne wyniki uzyskali w swoich badaniach Tavares i wsp. [16]. W ich badaniach osoby starsze na obszarach wiejskich miały wyższe wyniki jakości życia niż mieszkańcy na obszarach miejskich. Dane te sugerują, że przebywanie na obszarach miejskich może mieć negatywny wpływ na jakość życia seniorów. Mniej jednoznaczne wyniki otrzymali w swoich badaniach autorzy z Indii. W ich badanie wykazało, że osoby starsze mieszkające w społeczności miejskiej zgłosili znacznie niższy poziom jakości życia

w obszarach fizycznych i psychicznych niż w populacji osób starszych na wsi. Ludność w podeszłym wieku na wsi odnotowała znacznie niższy poziom jakości życia w obszarze relacji społecznych środowiskowych niż w miastach. Różnica między jakością życia osób starszych i mieszkających na obszarach wiejskich wynika z różnicy w czynnikach społeczno-demograficznych, zasobach społecznych, zachowaniach związanych ze stylem życia i sytuacji materialnej [9].

Wnioski

1. Samoocena jakości życia dokonana przez pacjentów oddziałów geriatrycznych kształtowała się na przeciętnym poziomie.
2. Badani pacjenci najlepiej ocenili dziedzinę społeczną a najniżej somatyczną.

3. Stan cywilny istotnie różnicował ocenę jakości życia badanych seniorów.
4. Miejsce zamieszkania różnicowało samoocenę zdrowia badanych pacjentów.

Konflikt interesów/ Conflict of interest

Brak/ None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Wiesław Fidecki

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa

Uniwersytet Medyczny

ul. Staszica 4-6; 20-081 Lublin

☎ (+48 81) 448 68 00

✉ fidecki@interia.pl

Piśmiennictwo/References

1. Schipper H. Quality of life: principles of the clinical paradigm. *J Psychol Oncol.* 1990;8:171-85.
2. Dziurawicz-Kozłowska A. Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia.* 2002;1(2):77-99.
3. Celich SLK, Creutzberg M, Goldim JR, et al. Ageing with quality of life: the perception of elderly participants in groups of senior citizens. *REME Rev Min Enferm.* 2010;14(2):226-32.
4. Szarota Z. Gerontologia społeczna i oświatowa: zarys problematyki. Kraków: Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej; 2004.
5. Jaracz K, Wołowicka L, Kalfos M. Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL-100. W: Wołowicka L (red.). *Jakość życia w naukach medycznych.* Poznań: Wydawnictwo Uczelniane AM w Poznaniu; 2001. pp. 291-302.
6. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, et al. Quality of life Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. *Scand J Caring Sci.* 2006;20:251-60.
7. Szewczyk M, Stachowska M, Talarska D. Ocena jakości życia w wieku podeszłym przegląd piśmiennictwa. *Now Lek.* 2012;81(1):96-100.
8. Traczyk J, Kędzia P, Skrzek A. Jakość życia, sprawność funkcjonalna oraz występowanie ryzyka depresji u kobiet po 60 roku życia mieszkających w domach opieki społecznej i samodzielnie. *Gerontol Pol.* 2016;24:32-9.
9. Mudey A, Ambekar S, Goyal RC, et al. Assessment of Quality of Life among Rural and Urban Elderly Population of Wardha District, Maharashtra, India. *Ethno Med.* 2011;5(2):89-93.
10. Zdun A, Bazaliński D, Więch P. Jakość życia a poczucie koherencji u osób leczonych onkologicznie w wieku geriatrycznym. *Hygeia Public Health.* 2017;52(3):292-7.
11. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, et al. Assessment of the quality of life and functional fitness in elderly people hospitalised at orthopaedic wards. *Gerontol Pol.* 2017;25(1):60-5.
12. Fidecki W, Wrońska I, Kędziara-Kornatowska K, et al. Health-related quality of life in elderly people provided with long-term care. *Gerontol Pol.* 2015;1:24-8.
13. Fidecki W, Widomska E, Wysokiński M, et al. Selected quality of life elements in elderly inhabitants of Lublin. *Gerontol Pol.* 2015;4:174-8.
14. Głowacka M, Anna Roszak A, Kornatowski T, et al. Jakość życia seniorów na przykładzie chorych z zaostrzeniem niewydolności serca i chorych na cukrzycę. *Geriatrics.* 2017;11(3):171-6.
15. Oguzturk O. Differences in quality of life in rural and urban population. *Clin Invest Med.* 2008;31(6):E346-50.
16. Tavares DMS, Bolina AF, Dias FA, et al. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. *Invest Educ Enferm.* 2014;32(3):401-13.