

# Wybrane aspekty jakości życia seniorów

## Selected aspects in seniors' quality of life

Wiesław Fidecki<sup>1,2,3</sup>, Mariusz Wysokiński<sup>1,2,3</sup>, Mariana Lytvyniuk<sup>2</sup>,  
Halina Lenartowicz<sup>2</sup>, Lilla Walas<sup>1</sup>, Aneta Kościółek<sup>1,2,3</sup>,  
Agnieszka Sadurska<sup>1,2</sup>, Paweł Chruściel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup> Instytut Nauk Medycznych Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

<sup>3</sup> Polskie Towarzystwo Gerontologiczne Oddział Lubelski

### Streszczenie

**Wstęp.** Światowa Organizacja Zdrowia określa jakość życia jako postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości, w których żyje, oraz w odniesieniu do jej celów, oczekiwań, standardów i obaw. Jest to szerokie pojęcie, na które w złożony sposób wpływa zdrowie fizyczne, stan psychiczny, przekonania osobiste, relacje społeczne i jej związek z istotnymi cechami jej otoczenia. **Cel.** Celem badań było określenie jakości życia seniorów. **Materiał i metoda.** Badania przeprowadzono w grupie 125 osób w podeszłym wieku na terenie Chełma. Średnia wieku badanych była na poziomie 70,5 lat. Kobiety stanowiły 58,00% badanych. Najwięcej seniorów posiadało wykształcenie zawodowe (41,60%) i pochodziło z miasta (65,00%). W badaniach wykorzystano standaryzowane narzędzie badawcze w postaci skali WHOQOL-Bref. **Wyniki.** Na podstawie oceny seniorów skalą WHOQOL-Bref stwierdzono, że ogólna jakość życia kształtowała się na poziomie średniej 3,61 pkt, a ocena stanu zdrowia na poziomie 3,26 pkt. Z dziedzin składowych oceny jakości życia najwyższą ocenili sferę somatyczną gdzie średnia była na poziomie 63,07 pkt. Nieco niżej oceniona została dziedzina środowiskowa (średnia 58,30 pkt. i psychologiczna (55,57 pkt.). Najniższy wynik oceny otrzymano w dziedzinie społecznej (50,39 pkt.). **Wnioski.** Badana grupa seniorów oceniała ogólną jakość swojego życia na nieco wyższym poziomie niż stan swojego zdrowia. Seniorzy najwyższą ocenili jakość swojego życia w zakresie dziedziny somatycznej, a najniższą w zakresie dziedziny społecznej. Zmienne jak wiek i stan cywilny istotnie wpływały na ocenę jakości życia przez badanych. Samoocena stanu zdrowia różnicowała poziom oceny jakości życia przez badane osoby w podeszłym wieku. (Gerontol Pol 2024; 32; 254-259) doi: 10.53139/GP.20243225

**Słowa kluczowe:** osoby starsze, jakość życia, skala WHOQOL-Bref

### Abstract

**Introduction.** The World Health Organization defines quality of life as how individuals view their position in life. This perception is shaped by the cultural and value systems around them and influenced by their personal goals, expectations, and concerns. Quality of life is a complex concept that encompasses various factors, including physical health, mental well-being, personal beliefs, social connections, and the interaction with important aspects of their environment. **Aim.** The study aimed to uncover the factors shaping and defining the quality of life among seniors. **Materials and methods.** The study involved 125 elderly individuals from Chełm, with an average age of 70.5 years. Among the participants, 58% were women. Most of the seniors had vocational education (41.6%) and resided in the city (65%). A standardized research tool, the WHOQOL-Bref scale, was utilized in the study. **Results.** Based on an assessment of seniors using the WHOQOL-Bref scale, the overall quality of life was found to be at an average level of 3.61 points, while the evaluation of health status was rated at 3.26 points. Among the different components of the quality of life assessment, the somatic sphere received the highest rating, with an average score of 63.07 points. The environmental domain followed with an average of 58.30 points, and the psychological domain was slightly lower at 55.57 points. The social domain received the lowest assessment result, with an average score of 50.39 points. **Conclusions.** The seniors surveyed rated their overall quality of life slightly higher than their health, with the somatic domain receiving the highest scores and the social domain the lowest. Key factors such as age, marital status, played a pivotal role in shaping their perceptions. Notably, self-assessed health status emerged as a critical determinant, significantly influencing their overall quality of life. These findings highlight the intricate interplay between physical well-being, social connections, and personal circumstances in defining the lived experiences of the elderly. (Gerontol Pol 2024; 32; 254-259) doi: 10.53139/GP.20243225

**Keywords:** elderly people, quality of life, WHOQOL-Bref scale

## Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia określa jakość życia jako postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości, w których żyje, oraz w odniesieniu do jej celów, oczekiwań, standardów i obaw. Jest to szerokie pojęcie, na które w złożony sposób wpływa zdrowie fizyczne, stan psychiczny, przekonania osobiste, relacje społeczne i związek z istotnymi cechami jej otoczenia [1].

W ostatnich latach, ze względu na nasilające się zjawisko starzenia społeczeństwa i rozwój instytucjonalnej opieki długoterminowej, wiele uwagi poświęca się problemowi jakości życia. Jakość życia osób starszych jest rozumiana pod pojęciem szczęścia, dobrostanu psychicznego i fizycznego oraz satysfakcji z życia [2].

## Cel

Celem badań było określenie jakości życia seniorów.

## Materiał i metoda

### Charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadzono w grupie 125 seniorów korzystających z porad przychodni na terenie Chełma. Średnia wieku badanych była na poziomie 70,5 lat. Na potrzeby badań seniorzy zakwalifikowani zostali do trzech grup wiekowych: 65-74 lat (32,00%), 75-84 lat (39,20% i w wieku 85-94 lat (28,80%). Wśród seniorów kobiety stanowiły 58,00%, mężczyźni 42,00%. Grupa 65,00% badanych pochodziła z miasta a 35,00% ze wsi. 45,60% badanych pozostawało w związku małżeńskim, a 54,40% było samotnych. 27,20% badanych deklaroowało dobry stan swojego zdrowia, 63,20% określiła je na poziomie przeciętnym, a 9,60% uważało stan swojego zdrowie za zły.

### Zasady etyczne

Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami etycznymi. Przed badaniami respondenci zostali poinformowani o celu i zasadach badań oraz ich anonimowości. Wyrazili na nie dobrowolną i świadomą zgodę.

### Narzędzie badawcze

Materiał badawczy zebrano za pomocą skali WHOQOL-Bref. Narzędzie to przeznaczone jest do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych, zarówno do celów poznawczych jak i klinicznych. Skala składa się z 26 pytań i umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Zawiera też dwa

pytania analizowane oddzielnie: pytanie 1 dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji jakości życia i pytanie 2 dotyczące indywidualnej percepcji własnego zdrowia. Punktacja pytań zwiera się w przedziale od 1 do 5 i ma kierunek pozytywny – im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia. Ocena punktowa dziedzin składowych mieści się w przedziale 0-100 pkt. [3-5].

### Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych zmiennych ilościowych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany oraz odchylenia standardowego, a zmiennych jakościowych przy pomocy licznosci i odsetka. Sprawdzenie normalności rozkładu zmiennych w badanych grupach wykonano za pomocą testu normalności Shapiro-Wilka. Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test t-Studenta i test Manna-Whitneya, a pomiędzy trzema grupami test Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności  $p \leq 0,05$  wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

## Wynik

Na podstawie oceny seniorów skalą WHOQOL-Bref stwierdzono, że ogólna jakość życia kształtowała się na poziomie średniej 3,61 pkt, a ocena stanu zdrowia na poziomie 3,26 pkt. Z dziedzin składowych oceny jakości życia najwyżej badani ocenili sferę somatyczną gdzie średnia była na poziomie 63,07 pkt. Nieco niżej oceniona została dziedzina środowiskowa (średnia 58,30 pkt. i psychologiczna (55,57 pkt.). Najniższy wynik oceny otrzymano w dziedzinie społecznej (50,39 pkt.). Szczegółową analizę oceny jakości życia prezentuje tabela I.

Analizując ocenę jakości życia w zależności od płci badanych, stwierdzono że lepsze wyniki uzyskano w grupie kobiet (tabela II). Jedynie w zakresie samooceny stanu zdrowia ocena była na takim samym poziomie (3,26 pkt.). Statystycznie istotną różnicę stwierdzono jedynie w zakresie oceny ogólnej jakości życia ( $p=0,01$ ).

Analizie poddano oceną jakości życia w zależności od wieku badanych. Osoby z przedziału wiekowego 65-74 lat dokonały oceny jakości swojego życia na najwyższym poziomie. Ogólną jakość życia ocenili na poziomie 3,92 pkt., stan zdrowia na poziomie 3,47 pkt, dziedzinę somatyczną na 71,75 pkt., środowiskową na 66,42 pkt., psychologiczną na 63,42 pkt. oraz dziedzinę społeczną na 59,67 pkt. Wykazano, że różnica w ocenie jakości życia pomiędzy badanymi grupami była istotna

Tabela I. Ocena skalą WHOQOL-Bref

Table I. Evaluating with the WHOQOL-Bref Scale

WHOQOL-Bref	Średnia	Mediana	Odch. stand.
Ogólna jakość życia	3,61	4,00	0,77
Zadowolenie ze swojego zdrowia	3,26	3,00	0,75
Sfera somatyczna	63,07	69,00	16,39
Sfera psychologiczna	55,57	56,00	15,28
Sfera socjalna	50,39	56,00	21,51
Sfera środowiskowa	58,30	63,00	13,31

Tabela II. Płeć a jakość życia

Table II. The gender and the quality of life

WHOQOL-Bref	Kobiety		Mężczyźni		t	p
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.		
Ogólna jakość życia	3,76	0,79	3,40	0,69	<b>2,33</b>	<b>0,01</b>
Zadowolenie ze swojego zdrowia	3,26	0,70	3,26	0,81	-0,43	0,66
Sfera somatyczna	63,28	14,82	62,76	18,52	-0,24	0,80
Sfera psychologiczna	56,73	14,46	53,94	16,36	0,89	0,37
Sfera socjalna	50,94	20,11	49,61	23,50	0,45	0,65
Sfera środowiskowa	58,46	13,90	58,07	12,57	0,31	0,74

t-test t-Studenta; p-poziom istotności

Tabela III. Wiek a jakość życia

Table III. Age and the quality of life

WHOQOL-Bref	85-94 lata		75-84 lat		65-74 lat		H	p
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.		
Ogólna jakość życia	3,61	0,70	3,27	0,70	3,92	0,79	1,77	<b>0,002</b>
Zadowolenie ze swojego zdrowia	3,32	0,77	2,94	0,71	3,47	0,67	10,34	<b>0,005</b>
Sfera somatyczna	63,63	14,12	52,66	17,71	71,75	12,25	25,64	<b>0,00</b>
Sfera psychologiczna	54,59	14,00	48,19	15,60	63,42	12,94	3,73	<b>0,00</b>
Sfera socjalna	57,55	19,97	43,94	23,66	59,67	18,45	0,13	<b>0,001</b>
Sfera środowiskowa	56,75	11,74	51,38	13,98	66,42	10,19	1,35	<b>0,00</b>

H- test Kruskala-Wallisa; p – poziom istotności

Tabela IV. Miejsce zamieszkania a ocena jakości życia

Table IV. The place of residence of respondents and the quality of life

WHOQOL-Bref	Wieś		Miasto		Z	p
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.		
Ogólna jakość życia	3,48	0,73	3,68	0,78	1,11	0,26
Zadowolenie ze swojego zdrowia	3,16	0,72	3,31	0,76	1,01	0,31
Sfera somatyczna	61,79	16,65	63,74	16,32	0,43	0,66
Sfera psychologiczna	54,32	16,45	56,23	14,69	0,61	0,53
Sfera socjalna	49,67	23,85	50,76	20,31	0,15	0,87
Sfera środowiskowa	56,95	11,71	59,01	14,10	0,30	0,30

Z- test Manna-Whitneya; p – poziom istotności

statystycznie we wszystkich dziedzinach składowych skali WHOQOL-Bref. W tabeli III zaprezentowano szczegółową ocenę jakości życia w zależności od wieku seniorów.

W kolejnym etapie badań przeanalizowano ocenę jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania seniorów. Osoby mieszkające w mieście miały wyższy poziom jakości życia w porównaniu z mieszkańcami wsi

we wszystkich dziedzinach. Przeprowadzona analiza nie wykazała jednak istotnej statystycznie różnicy pomiędzy oceną jakości życia mieszkańców wsi a miasta (tabela IV).

Próbowano również określić jak kształtowała się ocena jakości życia w zależności od stanu cywilnego osób starszych. Seniorzy pozostający w związku ocenili ogólną jakość swojego życia na poziomie 3,71 pkt. a stan zdrowia na poziomie 3,35 pkt. Najlepiej badani ocenili dziedzinę somatyczną (66,68 pkt.). Na podobnym poziomie dokonali oceny dziedziny socjalnej (63,59 pkt.) oraz środowiskowej (61,28 pkt.). Najniżej oceniona została dziedzina psychologiczna (59,89 pkt.). Badani samotni dokonali oceny jakości życia na poziomie 3,52 pkt. W tej grupie zadowolenie ze zdrowia kształtowało się na poziomie 3,19 pkt. Wśród dziedzin składowych jakości życia najlepsze wyniki otrzymano w dziedzinie somatycznej (60,04). Na niższym poziomie oceniono dziedzinę środowiskową (55,80) oraz dziedzinę psychologiczną (51,95). Dziedzina socjalna została oceniona najniżej (39,32). Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono występowanie istotnej różnicy pomiędzy grupami w zakresie czterech dziedzin składowych jakości życia (tabela V).

Analizie poddano również ocenę jakości życia w zależności od subiektywnej oceny swojego stanu zdrowia

przez seniorów. Najlepszej oceny dokonali badani deklarujący dobry stan swojego zdrowia. Ogólną jakość życia ocenili oni na poziomie średniej 4,11 pkt., a stan zdrowia na poziomie 3,70 pkt. Najniższy poziom jakości życia prezentowały osoby oceniające swoje zdrowie jako złe. W tej grupie średnia oceny ogólnej jakości życia była na poziomie 2,66 pkt., a ocena zdrowia na poziomie 2,25 pkt. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istnienie istotnej różnicy pomiędzy analizowanymi grupami. Szczegółową analizę oceny jakości życia w zależności od samooceny stanu zdrowia prezentuje tabela VI.

## Dyskusja

Proces starzenia się człowieka niesie ze sobą konsekwencje medyczne, psychologiczne, społeczne i etyczne. Wraz z wiekiem obniża się potencjał biologiczny człowieka, co powoduje wiele dolegliwości i utrudnień życiowych – zmniejsza się jakość życia i poczucie własnej godności. Starość jest etapem życia, który stereotypowo kojarzy się z chorobami, biernością, zniechęceniem, biedą, a to sprawia, że pozycja społeczna osób starszych w rodzinie czy społeczeństwie jest niska. Ludzie starsi czują, że utracili swój prestiż, doszło do deprecjacji starości, pojawiła się obojętność, a nawet niechęć do człowieka starego [6].

Tabela V. Stan cywilny a ocena jakości życia

Table V. The marital status and the quality of life

WHOQOL-Bref	Małżeństwo		Samotni		Z	p
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.		
Ogólna jakość życia	3,71	0,77	3,52	0,76	-1,24	0,21
Zadowolenie ze swojego zdrowia	3,35	0,74	3,19	0,75	-1,07	0,28
Sfera somatyczna	66,68	15,35	60,04	16,74	-2,39	<b>0,01</b>
Sfera psychologiczna	59,89	12,72	51,95	16,36	-2,98	<b>0,002</b>
Sfera socjalna	63,59	15,77	39,32	19,38	-6,39	<b>0,00</b>
Sfera środowiskowa	61,28	12,35	55,80	13,66	-2,38	<b>0,01</b>

Z- test Manna-Whitneya; p – poziom istotności

Tabela VI. Samoocena zdrowia a ocena jakości życia

Table VI. Self-assessment of health and the quality of life

WHOQOL-Bref	Dobre		Przeciętne		Złe		H	p
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.		
Ogólna jakość życia	4,11	0,72	3,54	0,63	2,66	0,65	30,83	<b>0,00</b>
Zadowolenie ze swojego zdrowia	3,70	0,62	3,22	0,61	2,25	0,86	27,14	<b>0,00</b>
Sfera somatyczna	74,08	9,87	62,68	13,22	34,41	15,10	40,04	<b>0,00</b>
Sfera psychologiczna	65,02	12,76	54,86	13,03	33,50	11,26	34,00	<b>0,00</b>
Sfera socjalna	58,26	17,19	49,68	21,82	32,75	20,40	10,79	<b>0,00</b>
Sfera środowiskowa	65,97	9,69	57,97	11,78	38,75	11,47	31,46	<b>0,00</b>

H- test Kruskala-Wallisa; p – poziom istotności

U poszczególnych osób wskaźnik satysfakcji z życia ma charakter względnie stabilny w okresie dorosłości, natomiast w okresie późnej starości obniża się. Przyczyną takiej oceny są problemy zdrowotne, zmniejszanie poziomu sprawności psychicznej i fizycznej oraz negatywne zdarzenia życiowe, zaś starość człowieka wiąże się z licznymi stratami w wielu sferach życia (utrata zdrowia, sprawności, osób bliskich). Kluczowe znaczenie dla poczucia jakości życia osób starszych mają czynniki, które umożliwiają zadowolenie z życia, w tym podtrzymywanie aktywności i samodzielności, poczucie bezpieczeństwa oraz satysfakcjonująca więź z ludźmi i światem. Analiza jakości życia osób starszych powinna uwzględniać wiele czynników wzajemnie na siebie wpływających. Wśród cech osobowościowych wpływających na jakość życia wymienia się również niski poziom neurotyzmu, wysoką samoocenę, optymizm życiowy, poczucie kontroli zdarzeń, poczucie koherencji, religijność [7].

Różne badania wykazały, że szereg czynników, w tym cechy społeczno-demograficzne, wsparcie społeczne, dostępność opieki zdrowotnej, środowisko domowe, środki transportu oraz czynniki fizyczne i psychologiczne są istotnie związane z jakością życia osób starszych w wielu środowiskach [8-10].

Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że kobiety odznaczały się wyższym poziomem jakości życia w porównaniu z mężczyznami. Wyniki uzyskane w tym zakresie przez innych badaczy nie są jednoznaczne. Badania Zin i wsp. [11] wykazały lepszy poziom jakości życia w grupie mężczyzn. Natomiast w swoich badaniach Rajput i wsp. [12] stwierdzili lepszą jakość życia mężczyzn w dziedzinie środowiskowej i społecznej, a kobiet w dziedzinie fizycznej i psychologicznej.

Wraz z wiekiem stan zdrowia jednostki nie pozostaje taki sam, podobnie jak dochód, a zatem jakość życia pogarsza się. Ci uczestnicy, którzy byli w związku małżeńskim i byli zajęci jakąkolwiek pracą, doświadczyli lepszej jakości życia [12]. W badaniach własnych wykazano, że najlepszą jakość życia prezentowały osoby z najmłodszego przedziału wiekowego. Natomiast ciekawe wyniki były w grupie najstarszej (85-94 lat). Badani z tej grupy mieli lepszą jakość życia niż osoby w wieku 75-84 lat.

W badaniach własnych stwierdzono, że osoby pozostające w związku odczuwały istotnie wyższy poziom jakości życia niż osoby samotne. Thadathil i in. [13] w swoim badaniu zaobserwowali, że uczestnicy badania, którzy mieszkali ze swoimi partnerami, uzyskali lepszą jakość życia we wszystkich czterech domenach. Również w badaniach irańskich stwierdzono niższą jakość życia osób samotnych [14].

Nasze badania wykazały, że seniorzy ze środowiska miejskiego prezentowały wyższy poziom jakości życia, we wszystkich jego aspektach składowych. Do podobnych wniosków doszli w swoich badaniach Alex i wsp. [15]. Badacze tematu wskazują jednak, że miejsce zamieszkania może kształtować ocenę jakości życia człowieka. Lecz nie można stwierdzić jednoznacznie, czy mieszkanie na wsi czy w mieście daje wyższą jakość życia [16].

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 społecznej i warunków ekonomicznych oraz doznań somatycznych [17].

W wynikach naszych badań stwierdzono jednoznacznie, że samoocena stanu zdrowia wpływa na odczuwany poziom jakości życia seniorów. Zdecydowanie najlepszą jakość życia we wszystkich jej aspektach prezentowały osoby deklarujące dobry stan swojego zdrowia. Wraz z pojawiającymi się problemami zdrowotnymi poziom jakości życia ulegał znaczącemu obniżeniu.

Pozytywna ocena życia zależy od pozytywnych relacji interpersonalnych, poczucia przynależności i możliwości realizowania siebie w środowisku rodzinnym, towarzyskim, społecznym. Samoświadomość, samorozwój i samoakceptacja to niezbędne warunki kształtujące poczucie sensu i jakości życia. Zjawiskami negatywnie wpływającymi na jakość życia seniorów są: marginalizacja, dyskryminacja i postawy nacechowane ageizmem w stosunku do osób w wieku senioralnym [18].

## Wnioski

Badana grupa seniorów oceniała ogólną jakość swojego życia na nieco wyższym poziomie niż stan swojego zdrowia. Seniorzy najwyżej ocenili jakość swojego życia w zakresie dziedziny somatycznej, a najniżej w zakresie dziedziny społecznej. Zmienne jak wiek i stan cywilny istotnie wpływały na ocenę jakości życia przez badanych. Samoocena stanu zdrowia różnicowała poziom oceny jakości życia przez badane osoby w podeszłym wieku.

Konflikt interesów / Conflict of interest  
Brak/None

## Piśmiennictwo/References

1. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 1995;41(10):403-1409.
2. Kiełtyka A, Leja M, Lubińska-Żądło B, Kiełtyka B. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym ze schorzeniami przewlekłymi. *Praca Socjalna*. 2017;5(33) 2017:81-103.
3. 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; 2001:291-302.
4. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from WHOQOL GROUP. *Qual Life Res*. 2004; 13: 299-310.
5. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, Bączyk G. Quality of life Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. *Scand J Caring Sci*. 2006; 20: 251-60.
6. Nejman B, Nejman B. Negatywne zjawiska społeczne i ich wpływ na jakość życia osób w wieku senioralnym W: Dziechciaż M, Rejman B. *Starzenie się i starość w ujęciu interdyscyplinarnym* (red.). Impuls Kraków 2023:23-38.
7. Babicz-Zielińska E, Bartkiewicz J, Tańska M. Jakość życia osób starszych i jej determinanty. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 2021;1(126):51-67.
8. Jalali-Farahani S, Amiri P, Karimi M, Vahedi-Notash G, Amirshakari G, Azizi F. Perceived social support and health-related quality of life (HRQoL) in tehranian adults: Tehran lipid and glucose study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2018;16(1):90.
9. Jung S, Seung-Mi L, David S, Hyun T, Dong-Churl S. The association of socioeconomic and clinical characteristics with health-related quality of life in patients with psoriasis: A cross-sectional study. *Health Qual Life Out*, 2018; 16(1):180.
10. Talarska D, Tobis S, Kotkowiak M, Strugała M, Stanisławska J, Wieczorowska-Tobis K. Determinants of quality of life and the need for support for the elderly with good physical and mental functioning. *Med. Sci. Monitor*, 2018;24:1604-13.
11. Zin PE, Saw YM, Saw TN, Cho SM, Hlaing SS, Noe MTN, et al. Assessment of quality of life among elderly in urban and peri-urban areas, Yangon Region, Myanmar. *PLoS ONE*. 2020;15(10):e0241211.
12. Rajput M, Pinki, Shiba, Kumar S, Ranjan R. Determinants of quality of life of geriatric population in rural block of Haryana. *J Family Med Prim Care* 2022;11:5103-9.
13. Thadathil SE, Jose R, Varghese S. Assessment of domain wise quality of life among elderly population using WHO BREF scale and its determinants in a rural setting of Kerala. *Int J Curr Med Appl Sci*. 2015;7:43-6.
14. Cheraghi P, Eskandari Z, Bozorgmehr Sh, Zanjari N, Cheraghi Z. Quality of Life and its Related Factors among Elderly People. *Iran Journal of Education and Community Health*. 2019;6(3):145-51.
15. Alex V, Armugham I, Bhaumik A and al. Health Related Quality of Life (HRQoL) as Impinge of Functional Mobility Among Elderly Living in Rural and Urban Areas, Nellore, AP-Comparative Study. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences* 2022;187(Supp 2):152-6.
16. Oguzturk O. Differences in quality of life in rural and urban population. *Clin Invest Med*. 2008;31(6):E346-50.
17. Schipper H. Quality of life: principles of the clinical paradigm. *J Psychol Oncol*. 1990;8:171-85.
18. Światała I.M. Poczucie jakości życia osób starszych a polityka społeczna w Polsce. W: Klimek M., Światała I.M. (red.). *Współczesne kierunki i problemy polityki społecznej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego. 2020:23-38.