

# Walidacja polskiej wersji Kwestionariusza Pomyślnego Starzenia się

## Validation of Polish version of Successful Aging Index

ANDRZEJ KNAPIK<sup>1/</sup>, KAROLINA MICHAŁEK<sup>2/</sup>, CZESŁAW MARCISZ<sup>3/</sup>, JERZY ROTTERMUND<sup>4/</sup>, MICHAŁ SKRZYPEK<sup>5/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Adaptowanej Aktywności Fizycznej i Sportu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>2/</sup> Studium Doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>3/</sup> Zakład Gerontologii i Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>4/</sup> Wydział Fizjoterapii, Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku Białej

<sup>5/</sup> Zakład Biostatystyki, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Wprowadzenie.** Starzenie się społeczeństwa polskiego oraz zapowiadające taką tendencję prognozy demograficzne wymagają diagnozy jakości starzenia się. Kwestionariusz Pomyślnego Starzenia się (SAI – Successful Aging Index) wychodzi naprzeciw tym potrzebom, określając pomiar tego procesu poprzez posłużenie się subiektywną oceną percepcji przez osoby w podeszłym wieku.

**Cel.** Walidacja polskiej wersji Kwestionariusza Pomyślnego Starzenia się; postanowiono zbadać trafność teoretyczną, rzetelność oraz trafność kryterialną tego narzędzia.

**Materiały i metody.** Zbadano 368 osób w wieku 65-93 lata, metodą sondażu diagnostycznego. Zastosowane badanie ankietowe składało się z metryczki oraz dwóch narzędzi: skali SAI oraz kwestionariusza SF-36. Analiza statystyczna obejmowała: wykonanie statystyk opisowych, sprawdzenie jednowymiarowości – obliczenie mocy dyskryminacyjnej skali, przeprowadzenie analizy czynnikowej metodą głównych składowych, obliczenie współczynników Alfa Cronbacha oraz korelacji SAI z SF-36.

**Wyniki.** Średnia wartość wskaźnika SAI badanych osób wyniosła 10,47 (SD=1,77) pkt, przy maksymalnej możliwej wartości 15 pkt. Obliczone współczynniki korelacji (r): pytanie-podskala (r>0,6); pytanie-skala (r>0,4) okazały się statystycznie znamienne (p<0,001). Wartości testów KMO=0,804 i Bartletta ( $\chi^2=1062,5$ ; p<0,001) uzasadniły zastosowanie PCA. Przeprowadzona PCA wykazała trójczynnikową strukturę kwestionariusza, wyjaśniającą 53,67% wariancji. Współczynnik Alfa Cronbacha=0,860. Korelacje SAI z fizycznym i psychicznym komponentem zdrowia były istotne (r>0,4; p<0,001).

**Wnioski.** Kwestionariusz SAI cechuje się dobrymi własnościami psychometrycznymi. Narzędzie to spełnia kryteria trafności teoretycznej, rzetelności oraz trafności kryterialnej. Stwarza to możliwości do wykorzystania tego narzędzia w badaniach jakości starzenia się.

**Słowa kluczowe:** kwestionariusz jakości starzenia się, walidacja, pomyślne starzenie się, jakość życia osób starszych

**Introduction.** The aging of the Polish society and the population projections of the same tendency require a diagnosis of the quality of aging. The Successful Aging Index (SAI) meets these needs by measuring this process by subjective perceptions of the subjects.

**Aim.** The validation of the Successful Aging Index; the examination of theoretical accuracy, reliability and criterion validity of the tool.

**Material & Method.** 368 people aged 65-93 years using a diagnostic survey were examined. The questionnaire consisted of specifications and two tools: the SAI scale and the SF-36. The statistical analysis included: execution of descriptive statistics, check of one-dimensionality – discriminatory power of scale calculation, factor analysis using principal components, calculating Cronbach's alpha coefficients and correlation of SAI with the SF-36.

**Results.** The average SAI rate among the subjects was 10.47 (SD=1.77) points, with a maximum possible value of 15 points. The calculated correlations: the question-subscale (r>0.6), the question-scale (r>0.4). The values of KMO =0.804 and Bartlett tests ( $\chi^2=1062.5$ ; p<0.000) justified the use of PCA. PCA showed the tripartite structure of the questionnaire, explaining 53.67% of the variance. The Cronbach's alpha coefficient = 0.860. The SAI correlations with the physical and mental health component were significant (r>0.4, p<0.001).

**Conclusion.** The SAI questionnaire has good psychometric properties. This tool meets the criteria for construct validity, reliability and the relevance of the criterion. This creates the possibility to use this tool in the study on the quality of aging.

**Key words:** Quality of aging questionnaire, validation, successful aging, quality of life of the elderly

## Wprowadzenie

Trwający od kilkudziesięciu lat proces wydłużania się trwania życia i związane z nim starzenie się wielu społeczeństw powodują wzrost zainteresowania problemami starości [1, 2]. Znaczenie problematyki ludzi starszych podkreślają też prognozy demograficzne, obejmujące istotną zmianę struktury wieku ludności Europy i świata w najbliższych kilkudziesięciu latach [1, 3]. Naturalną konsekwencją procesu starzenia się społeczeństw jest potrzeba prowadzenia badań w kierunku identyfikacji „pomyślnego starzenia się” oraz wynikających z niego zaleceń dotyczących kreowania polityki społecznej w zakresie zdrowia, pomocy społecznej, ekonomii, edukacji i innych [4]. Zaś problem jakości życia osób starszych staje się jednym z kluczowych zagadnień społecznych [5].

Potwierdzeniem znaczenia problemu pomyślnego starzenia się (*successful aging*) są prace Rowe i Kahna oraz ich liczne cytowania [6-8]. Przedstawione przez tych badaczy uwarunkowania pomyślnego (pogodnego) starzenia się spotykają się zarówno z ocenami akceptującymi, jak i z opiniami krytycznymi. Głównymi argumentami podejmowania tych dyskusji były zarówno złożoność tego procesu, jego indywidualny charakter, jak i możliwości spełnienia przedstawionych przez Rowe i Kahna kryteriów pomyślnego starzenia się przez stosunkowo niewielki odsetek osób w podeszłym wieku [9-11]. Przejawem tej dyskusji było wypracowanie szeregu modeli pomyślnego starzenia [12]. Proces ten nie został zakończony, a wezwanie do jego kontynuowania jest, i najprawdopodobniej będzie jeszcze długo aktualne [13]. W nurt tych poszukiwań wpisuje się model wsparty narzędziem badawczym w postaci Kwestionariusza Pomyślnego Starzenia się (SAI – *Successful Aging Index*), służącym do rozpoznania „poziomu” tego zjawiska [14]. Opracowanie SAI jest efektem szeregu procedur, począwszy od idei sposobu pomiaru tego zjawiska – jako postrzeganego subiektywnie przez badane osoby, poprzez tworzenie w oparciu o studia bibliograficzne konstrukt teoretycznego, przyjęcie założeń i w oparciu o te założenia kategorii stwierdzeń, a następnie ich weryfikację w toku badań empirycznych. Końcowy etap tych procedur, czyli walidacja polskiej wersji tego kwestionariusza była przedmiotem tej pracy.

## Cel

Walidacja polskiej wersji kwestionariusza SAI; postanowiono zbadać trafność teoretyczną, rzetelność oraz trafność kryterialną tego narzędzia.

## Materiały i metody

Badania przeprowadzono u 368 osób w wieku 65-93 lata ( $x=73,1$ ;  $SD=6,6$ ), w tym u 222 kobiet

(60,3%) i 146 mężczyzn (39,7%). Dobór do badań był celowy. Zastosowano dwa kryteria doboru badanych osób: wiek co najmniej 65 lat oraz wystarczający poziom percepcyjny i mentalny do wypełnienia kwestionariusza ze zrozumieniem. Badani wypełniali kwestionariusz samodzielnie (metoda papier-olówek), bądź też materiał został zebrany w formie wywiadu przez przeszkolonych ankieterów, wyjaśniających w razie potrzeby postawione kwestie.

Badanie miało charakter przekrojowy metodą sondażu diagnostycznego. Wykorzystano kwestionariusz ankiety, składający się z metryczki oraz dwóch narzędzi: skali SAI [14] oraz kwestionariusza SF-36 [15]. W celu możliwie dużej reprezentatywności badanie przeprowadzono na obszarze czterech województw południowej Polski: śląskiego ( $n=126$ ; 34,24%), dolnośląskiego ( $n=66$ ; 17,93%), świętokrzyskiego ( $n=39$ ; 10,6%) i podkarpackiego ( $n=137$ ; 37,23%).

Metryczka, mająca charakter pytań zamkniętych, uwzględniała zebranie danych dotyczących: miejsca zamieszkania (wieś, miasto), wykształcenia (podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe), stanu cywilnego (panna/kawaler, pozostająca(y) w związku małżeńskim, wdowa/wdowiec, pozostający w wolnym związku), sposobu zamieszkiwania (samotnie, tylko ze współmałżonkiem, z rodziną, w domu opieki), występowania schorzeń przewlekłych związanych z systematycznym leczeniem (nie/tak) oraz niepełnosprawności, rozumianej jako brak samodzielności motorycznej w zakresie podstawowych czynności, dotyczących lokomocji i samoobsługi (nie/tak).

SAI jest skalą o wskaźnikach refleksyjnych, gdzie przyjęto procedurę skalowania przy użyciu zrównoważonej, pięciowartościowej skali Likerta. Zastosowano skalowanie niewymuszające, uwzględniające również możliwości braku wyrażenia opinii, bądź zajęcia zdania „neutralnego”, czego efektem były nieparzyste kategorie odpowiedzi. Podczas tworzenia tej skali przyjęto następujące założenia:

- wystarczająca czułość skali podczas wykorzystywania jej w badaniach o charakterze masowym;
- kategorie odpowiedzi lub stwierdzeń o prostym charakterze, uwzględniającym takie własności jak: zrozumiałość, komunikacja wewnętrzna (przełożenie wewnętrznych reakcji poznawczych lub afektywnych na kategorie skali) oraz motywacja (zaangażowanie się w problem na podstawie pozycji w skali).

Argumentem zastosowania takiej procedury był pomiar postaw wobec elementów składających się na konstrukt teoretyczny zwany pomyślnym starzeniem się.

Skala SAI stanowi zbiór 12 pytań (pozycji), z których każde jest „autonomiczną” składową mającą

właściwość skali [16]. Zawarte w skali SAI proponowane odpowiedzi są punktowane od 1 do 5. Średnia punktów pytań przypisanych danej domenie stanowi jej wynik, suma zaś domen jest wskaźnikiem pomysłowego starzenia się – SAI. Domeny i wchodzące w ich skład pytania obejmują:

- zdrowie/samopoczucie – pytania: 1, 2, 10, 11, 12
- poczucie bezpieczeństwa – pytania: 7, 8, 9
- czynniki retrospektywne – pytania: 3, 4, 5, 6.

Skala została zamieszczona w aneksie tego opracowania.

Kwestionariusz SF-36 jest uznanym narzędziem służącym do oceny jakości życia powiązanej ze zdrowiem (samooceny zdrowia). Odpowiedzi na 36 zamkniętych pytań, punktowanych od 0 do 100, pozwalają na ocenę poczucia zdrowia w dwóch komponentach: fizycznym i psychicznym. Każdy z tych komponentów zawiera po cztery czynniki. W skład komponentu fizycznego (FKZ) wchodzi: funkcjonowanie fizyczne (ff), ograniczenia wynikające ze zdrowia fizycznego (ozf), odczuwanie bólu (b) i zdrowie generalnie (zg). Na komponent psychiczny zdrowia (PKZ) składają się: ograniczenia wynikające ze zdrowia psychicznego (ozp), poziom zasobów energetycznych (e), samopoczucie emocjonalne (se) i funkcjonowanie społeczne (fs). Im wyższa liczba punktów, tym wyższa samoocena zdrowia.

### Analiza statystyczna

Badania statystyczne obejmowały następujące czynności:

1. Obliczenie statystyk opisowych dla każdego pytania, podskali (domeny) i wskaźnika SAI: średnie (M), odchylenia standardowe (SD).
2. Sprawdzenie jednowymiarowości testu poprzez obliczenie mocy dyskryminacyjnej skali. Wybrano metodę obliczenia korelacji poszczególnych pozycji skali z ogólnym wynikiem skali. Liczba obserwacji uzasadniała użycie korelacji Pearsona. Uwzględniono zarówno pełne wyniki skali, jak i wyniki z wyłączeniem danego pytania – w celu uniknięcia nakładania się zakresów. Przyjęte założenia: a. wartość współczynników korelacji: pytanie-podskala: co najmniej 0,6 (wartość pożądana 0,7); b. wartość korelacji wszystkich zmiennych z sumarycznym wynikiem skali (konstruktem teoretycznym, który mierzy skala): 0,4 – tzw. kryterium Kline'a [17].
3. Wykonanie analizy czynnikowej (*Principal Component Analysis* – PCA) metodą głównych składowych: a. sprawdzenie, czy dane spełniają wymagania do analizy czynnikowej – sprawdzenie adekwatności doboru próby (test *Kaisera-Mayera-Olkina* – KMO) i testu sferyczności Bartletta,

diagnozującego macierz współczynników korelacji, b. wyodrębnienie wartości własnych; c. weryfikacja hipotetycznej liczby czynników poprzez zastosowanie wykresu osypiska; d. identyfikacja ładunków czynnikowych; e. przeprowadzenie rotacji varimax.

4. Sprawdzenie rzetelności skali poprzez obliczenie współczynników Alfa Cronbacha.
5. Obliczenie trafności treściowej skali SAI poprzez obliczenie korelacji z wynikami kwestionariusza SF-36.

## Wyniki

### Statystyki opisowe i jednowymiarowość skali

Charakterystykę demograficzną i kliniczną badanych osób przedstawiono w tabeli I.

Średnia wartość punktowa wskaźnika SAI u badanych osób wynosiła  $10,47 \pm 1,77$ . Zakres wyników wahał się od 5,80 do 14,27. Średnie wartości domen i odpowiedzi na poszczególne pytania przedstawiono w tabeli II. Najniższą średnią wartość punktową uzyskano w pytaniu 11, dotyczącym samooceny zdrowia; najwyższą zaś w pytaniu 9, dotyczącym wsparcia w rodzinie. W badaniach współzależności pomiędzy wartościami punktowymi dotyczącymi pytań z domenami, pytań z SAI oraz domen z SAI wszystkie obliczone współczynniki korelacji okazały się statystycznie znamienne na poziomie  $p < 0,001$  (tab. II). Wartości tych współczynników: pytanie-domena oraz domena-SAI przekraczały 0,6. Tym samym zostało spełnione kryterium Kline'a [18].

Wartości współczynników korelacji (r) pomiędzy badanymi domenami wynosiły: DFM-PB ( $r=0,472$ ), DFM-CR ( $r=0,432$ ), PB-CR ( $r=0,492$ ); w każdym przypadku  $p < 0,001$ .

Wszystkie trzy domeny korelowały z SAI na zbliżonym poziomie. Współczynniki korelacji wynosiły: DFM-SAI ( $r=0,802$ ), PB-SAI ( $r=0,822$ ), CR-SAI ( $r=0,782$ ); w każdym przypadku  $p < 0,001$ .

### Trafność teoretyczna skali SAI

Wstępna analiza pozwoliła na zastosowanie PCA. Wartość KMO wynosiła 0,804, co potwierdziło dobre własności danych. Również zastosowany test sferyczności Bartletta na podstawie uzyskanych wartości ( $DF=66$ ;  $\chi^2=1062,5$ ;  $p < 0,0001$ ) wskazał na sensowne zastosowanie analizy czynnikowej.

Kolejny etap analizy dotyczył wyodrębnienia liczby czynników. Zgodnie z powszechnie stosowanym kryterium Kaisera wyodrębniono czynniki o wartościach własnych większych niż 1. Analiza pozwoliła wyodrębnić trzy czynniki spełniające to kryterium (tab. III).



Tabela I. Charakterystyka demograficzna i kliniczna badanych osób  
Table I. Clinical and demographic characteristics of respondents

Zmienna /Variable		Ogółem /Total		Kobiety /Women		Mężczyźni/Men	
		n	%	n	%	n	%
Miejsce zamieszkania /Place of residence	wieś /village	154	41,85	85	38,29	69	47,26
	miasto /town	214	58,15	137	61,71	77	52,74
Wykształcenie /Education	podstawowe /primary	90	24,46	55	24,77	35	23,97
	zawodowe /vocational	87	23,64	42	18,92	45	30,82
	średnie /secondary	102	27,72	71	31,98	31	21,23
	wyższe /higher	89	24,18	54	24,32	35	23,97
Status cywilny /Marital status	panna/kawaler /single	23	6,25	13	5,86	10	6,85
	zamężna/zonaty /married	190	51,63	98	44,14	92	63,01
	wdowa/wdowiec /widow/widower	142	38,59	102	45,95	40	27,40
	wolny związek /free partnership	13	3,53	9	4,05	4	2,74
Sposób zamieszkiwania /Way of living	samotnie /alone	79	21,47	60	27,03	19	13,01
	tylko ze współmałżonkiem /only with spouse	129	35,05	69	31,08	60	41,10
	z rodziną /with family	115	31,25	71	31,98	44	30,14
	w domu pomocy (opieki) /in a nursing home	45	12,23	22	9,91	23	15,75
Choroby przewlekłe /Chronic diseases	nie /no	43	11,68	22	9,91	21	14,38
	tak /yes	325	88,32	200	90,09	125	85,62
Niepełnosprawność /Disability	nie /no	279	75,82	173	77,93	106	72,60
	tak /yes	89	24,18	49	22,07	40	27,40

Tabela II. Wartości punktowe składowych (domeny, pytania) SAI oraz współczynniki korelacji (r) u badanych osób  
Table II. Point values of components (domains, questions) of SAI and correlation coefficients (r) in subjects

Domena /Domain M±SD	Pytanie /Question		Współczynniki korelacji (r) /The correlation coefficients (r)		
	Nr /No.	M±SD	Pytanie-domena /Question-domain	Pytanie-SAI /Question-SAI	Domena bez pytania-SAI /Domain without question-SAI
DFM 3,17±0,77	1	2,98±1,23	0,742	0,568	0,787
	2	3,05±1,07	0,660	0,449	0,811
	10	3,54±1,07	0,680	0,617	0,760
	11	2,83±0,99	0,691	0,626	0,765
	12	3,47±1,20	0,634	0,512	0,773
PB 3,71±0,76	7	3,21±0,87	0,644	0,592	0,742
	8	3,75±1,10	0,784	0,622	0,763
	9	4,18±1,09	0,734	0,602	0,742
CR 3,59±0,68	3	3,74±1,05	0,730	0,687	0,676
	4	3,35±0,92	0,725	0,540	0,761
	5	3,84±0,89	0,675	0,509	0,753
	6	3,44±0,90	0,657	0,456	0,771

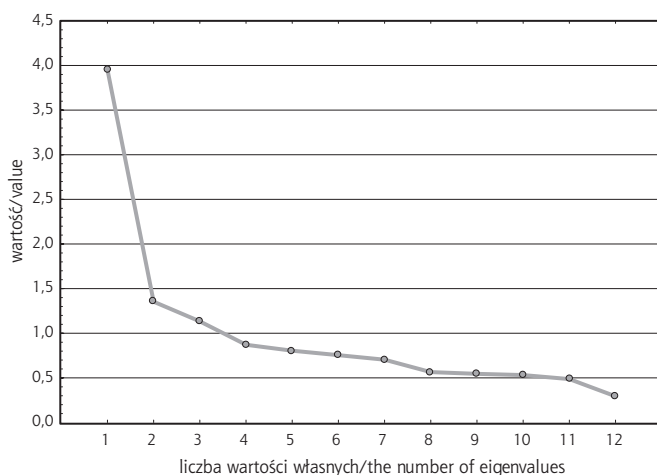
DFM – dobrostan fizyczny i mentalny /physical and mental well-being; PB – poczucie bezpieczeństwa /sense of security, CR – czynniki retrospektywne /retrospective factors

Tabela III. Czynniki SAI i ich wartości własne  
Table III. SAI factors and its eigenvalues

Czynnik /Factor	Wartość własna /Eigenvalue	% wyjaśnionych wariacji /% of explained variance	Skumulowane wartości własne /Cumulative eigenvalues	Skumulowany % wyjaśnionych wariacji /Cumulative % of explained variance
1	3,952	32,94	3,952	32,94
2	1,354	11,28	5,307	44,23
3	1,133	9,45	6,441	53,67

Również wykonany wykres osypiska (metoda Cattella) potwierdził założoną przez model teoretyczny trójczynnową strukturę skali (ryc. 1) [19].

W następnym etapie postępowania poddano ładunki czynnikowe rotacji varimax (tab. IV). Dla większej przejrzystości tabeli usunięto ładunki czynnikowe o wartości <0,3.



Ryc. 1. Wartości własne SAI – wykres osypiska

Fig. 1. Eigenvalues of SAI – scree plot

Interpretacja ładunków czynnikowych wydaje się wskazywać na pozytywną weryfikację hipotezy dotyczącej struktury skali. Czynniki 3, gdzie w największym stopniu są skorelowane pytania 2 oraz 1 i 12 potwierdzałyby trafność domeny dobrostan fizyczny i mentalny. Czynniki 2 – to najsilniej skorelowane odpowiedzi na pytania 6 oraz 2, dotyczące czynników retrospektywnych. Siła ładunków czynnikowych 8 i 9 w czynniku 1 wydają się potwierdzać hipotezę dotyczącą domeny poczucie bezpieczeństwa.

Tabela IV. Ładunki czynnikowe SAI po rotacji varimax  
Table IV. SAI factor loadings after varimax rotation

Zmienna – nr pytania /Variable – Question No.	Czynnik 1 /Factor 1	Czynnik 2 /Factor 2	Czynnik 3 /Factor 3
(1)	0,581		0,561
(2)			0,860*
(3)	0,683	0,352	
(4)		0,729*	
(5)	0,341	0,544	
(6)		0,769*	
(7)		0,502	
(8)	0,686		
(9)	0,671		
(10)	0,614		0,353
(11)	0,542		0,415
(12)			0,551
Wartość wyjściowa /Output value	2,643	2,000	1,787
Udział /Contribution	0,220	0,167	0,149

\*ładunki >0,70 /\*loadings >0.70

Tabela V. Analiza rzetelności SAI  
Table V. Analysis of SAI reliability

Zmienna /Variable	Średnia, gdy usunięte /Average when removed	Wariancja, gdy usunięte /Variance when removed	SD, gdy usunięte /SD when removed	r: pozycja-całość /r: the position-totality	Alfa Cronbacha, gdy usunięte /Cronbach's alpha when removed
1	48,87	66,24	8,14	0,500	0,852
2	48,80	69,58	8,34	0,393	0,858
3	48,11	66,13	8,13	0,615	0,845
4	48,50	69,90	8,36	0,459	0,854
5	48,01	70,62	8,40	0,422	0,856
6	48,41	71,40	8,45	0,365	0,859
7	48,64	69,67	8,35	0,505	0,852
8	48,10	67,67	8,23	0,493	0,852
9	47,67	67,97	8,24	0,477	0,853
10	48,32	66,82	8,17	0,561	0,848
11	49,02	67,53	8,22	0,569	0,848
12	48,38	67,73	8,23	0,435	0,856
SAI	41,38	49,96	7,07	0,990	0,809
DFM	59,15	98,80	9,93	0,814	0,887
PB	58,61	99,76	9,99	0,756	0,888
CR	58,73	101,19	10,06	0,742	0,890

SAI – wskaźnik pomyślnego starzenia się /successful ageing indicator; DFM – dobrostan fizyczny i mentalny /physical and mental well-being, PB – poczucie bezpieczeństwa /sense of security; CR – czynniki retrospektywne /retrospective factors

### Rzetelność skali SAI

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała zadawalającą rzetelność skali. Współczynnik Alfa Cronbacha wyniósł 0,860 przy średniej korelacji między pozycjami 0,319. Również rzetelność połówkowa była zadawalająca, bowiem współczynnik Alfa Cronbacha wyniósł 0,847, a wskaźnik Guttmana 0,803. Tym samym zostało spełnione kryterium Nunnally'ego, gdyż wartości współczynnika Alfa Cronbacha i wskaźnika Guttmana były wyższe niż 0,7 [20]. Szczegółowe dane przedstawia tabela V.

### Trafność treściowa skali SAI

Ostatnim etapem walidacji było obliczenie trafności treściowej skali SAI. Skorelowano domeny oraz wskaźnik SAI z czynnikami i komponentami zdrowia według kwestionariusza samooceny zdrowia SF-36. Wyniki przedstawia tabela VI.

### Dyskusja

Problematyka związana z procesami starzenia się stanowiła i nadal stanowi inspirację dla wielu badaczy. Skutkuje to powstawaniem nowych teorii, dążących do wyjaśniania tego zjawiska oraz do podejmowania szeroko zakrojonych badań [21]. Zainteresowanie budzą przebieg i sposoby starzenia się, w szczególności rozpoznawanie istoty starzenia pomyślnego. W świetle aktualnych prognoz demograficznych, szczególnie ważny wydaje się aspekt aplikacyjny powstających konstruktów teoretycznych [22]. Jak można wnio-

Tabela VI. Współczynniki korelacji pomiędzy wartościami SAI a SF-36  
Table VI. Correlation coefficients between SAI values and SF-36

SAI	SF-36									
	Ff	ozf	b	zg	FKZ	Ozp	E	se	Fs	PKZ
	61,33 (21,88)	43,58 (38,10)	56,52 (23,82)	41,81 (20,00)	50,79 (21,51)	66,11 (38,40)	55,32 (15,70)	66,78 (15,34)	72,75 (18,82)	65,16 (17,42)
DFM	0,567 <sup>3</sup>	0,545 <sup>3</sup>	0,477 <sup>3</sup>	0,627 <sup>3</sup>	0,664 <sup>2</sup>	0,336 <sup>3</sup>	0,560 <sup>3</sup>	0,512 <sup>3</sup>	0,430 <sup>3</sup>	0,540 <sup>3</sup>
PB	0,092	0,195 <sup>1</sup>	0,146	0,222 <sup>1</sup>	0,202 <sup>1</sup>	0,276 <sup>2</sup>	0,193 <sup>1</sup>	0,317 <sup>3</sup>	0,248 <sup>2</sup>	0,332 <sup>3</sup>
CR	-0,024	0,132	0,051	0,170 <sup>1</sup>	0,106	0,127	0,219 <sup>2</sup>	0,296 <sup>3</sup>	0,088	0,208 <sup>3</sup>
SAI	0,277 <sup>2</sup>	0,379 <sup>3</sup>	0,294 <sup>3</sup>	0,442 <sup>3</sup>	0,423 <sup>3</sup>	0,324 <sup>3</sup>	0,420 <sup>3</sup>	0,487 <sup>3</sup>	0,336 <sup>3</sup>	0,471 <sup>3</sup>

1 p&lt;0,05; 2 p&lt;0,01; 3 p&lt;0,001

DFM – dobrostan fizyczny i mentalny /physical and mental well-being; PB – poczucie bezpieczeństwa /sense of security;

CR – czynniki retrospektywne /retrospective factors; SAI – wskaźnik pomyślnego starzenia się /successful ageing indicator;

ff – funkcjonowanie fizyczne /physical functioning; ozf – ograniczenia wynikające ze zdrowia fizycznego /role limitations due to physical health; b – odczuwanie bólu /pain; zg – zdrowie generalnie /general health; FKZ – Fizyczny Komponent Zdrowia /physical component; ozp – ograniczenia wynikające ze zdrowia psychicznego /role limitations due to emotional problems; e – poziom zasobów energetycznych /energy/fatigue; se – samopoczucie emocjonalne /emotional well-being; fs – funkcjonowanie społeczne /social functioning, PKZ – Psychiczny Komponent Zdrowia /Mental Component

### Aneks. Skala Pogodnego Starzenia się

1. Twoje zdrowie – w porównaniu do osób w Twoim wieku oceniasz: źle, raczej źle, nie wiem, raczej dobrze, dobrze
2. Uważasz – że w porównaniu z osobami w Twoim wieku jesteś: dużo mniej sprawny, mniej sprawny, tak samo jak inni, bardziej sprawny, dużo bardziej sprawny
3. Jak ogólnie oceniasz swoje dotychczasowe życie? źle, raczej źle, nie wiem, raczej dobrze, dobrze
4. Uważasz, że Twoje dotychczasowe życie było: bardzo ciężkie, ciężkie, przeciętne, raczej dobre, bardzo dobre
5. Czy jesteś zadowolony ze swojej pracy (kariery) zawodowej? nie, raczej niezadowolony, nie mam zdania, raczej tak, zdecydowanie tak
6. Status materialny (jak Ci się powodziło) – w przeszłości: źle, raczej źle, nie wiem, raczej dobrze, dobrze
7. Czy teraz starcza Ci pieniędzy na Twoje potrzeby? nie, często brakuje, na skromne życie tak, tak, tak – aż nadto
8. Czy miałeś/masz przyjaciół lub znajomych na których możesz liczyć? nie, raczej nie, nie mam zdania, chyba tak, na pewno tak
9. Rodzina – uważasz, że możesz na nią liczyć? nie, raczej nie, nie mam zdania, chyba tak, na pewno tak
10. W jakim nastroju jesteś zazwyczaj? często złym, raczej nienajlepszym, nie wiem, raczej dobrym, dobrym
11. Jak często czujesz się zmęczony, tak że nie masz siły już na nic? ciągle, często, tak samo jak osoby w moim wieku, rzadko, bardzo rzadko
12. Jak często wychodzisz z domu? prawie wcale, mało, jak jest taka potrzeba, codziennie, kilka razy dziennie

skować, dobrym kierunkiem badań jest poszukiwanie wyznaczników samopoczucia i zdrowia fizycznego oraz psychicznego, zgodnie z koncepcją salutogenezy [23]. Przedstawione w niniejszej pracy narzędzie badawcze stara się wyjść naprzeciw temu postulatowi, mając ambicje rozpoznania jakości starzenia się. Mimo koniecznego redukcjonizmu, kwestionariusz ten może być przydatny w badaniach o charakterze populacyjnym, a zastosowane w nim podejście subiektywne do jakości starzenia się może być jego atutem.

Dwa elementy ujęte w kwestionariuszu, jako domeny noszą pewne znamiona oryginalności. Mimo, że pojawiają się one w niektórych modelach teoretycznych, są pomijane w badaniach empirycznych przeprowadzanych u ludzi w podeszłym wieku. Chodzi o kwestie poczucia bezpieczeństwa oraz znaczenie retrospekcji. Poczucie bezpieczeństwa, zgodnie z piramidą potrzeb ludzkich Masłowa, jest kluczowe w każdym okresie życia [24]. W wieku starszym, gdy samodzielność ze względów biologicznych może być w znacznym stopniu ograniczona, o poziomie poczucia bezpieczeństwa, obok podstaw materialnych, decydują więzi społeczne, zaspokajające tę kategorię potrzeb [25]. Badania dotyczące tego ważnego problemu są stosunkowo nieliczne, a polskie opracowania

ograniczają się jedynie do danych statystycznych, bez pogłębionych analiz [26, 27]. Znaczenie więzi społecznych w wieku starszym podkreśla fakt, że poczucie izolacji społecznej jest jednym z kluczowych problemów ludzi starszych [28]. W tym kontekście znaczenie szeroko rozumianej aktywności, sprzyjającej nawiązywaniu i podtrzymywaniu takich więzi, wydaje się nie do przecenienia [5, 29]. Z kolei znaczenie wspomnień oraz refleksje nad życiem, charakterystyczne dla osób starszych, często stanowią ważny element ich równowagi emocjonalnej [5, 30]. Znaczenie szeroko rozumianej aktywności, pielęgnowanie dobrych wspomnień oraz pozytywnych emocjonalnych relacji z otoczeniem należą do jednych z ważniejszych aspektów pozytywnego starzenia się, zgodnie z teorią socjoemocjonalnej selektywności [31].

### Wnioski

Przeprowadzona walidacja kwestionariusza pozwala na stwierdzenie, że narzędzie to spełnia kryteria trafności teoretycznej, rzetelności oraz trafności kryterialnej. Stwarza to możliwości do wykorzystania tego narzędzia w badaniach, tego istotnego, narastającego problemu społecznego jakim jest niewątpliwie przebieg i jakość starzenia.

## Piśmiennictwo / References

1. Demographic determinants of population ageing. [in:] World Population Ageing 1950-2050. Department of Economic and Social Affairs Population Division, United Nations, NY 2001: 5-9. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/8chapter1.pdf> (11.08.2015).
2. Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki. Opracowania tematyczne OT-601. Kancelaria Senatu, Warszawa 2011. <http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/15/plik/ot-601.pdf> (11.08.2015).
3. Kocot E. Przemiany demograficzne – świat, Europa, Polska. Wpływ zmian demograficznych na rynek pracy i sektor ochrony zdrowia. Zdr Pub Zarz 2011, 9(1): 5-24.
4. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red). Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Termedia, Poznań 2012. <http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf> (29.07.2015).
5. Ostrzyżek A, Marcinkowski JT. Wymiary jakości życia w podeszłym wieku. Probl Hig Epidemiol 2009, 90(4): 465-469.
6. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. Science 1987, 237(4811): 143-149.
7. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. Gerontologist 1997, 37(4): 433-440.
8. McLaughlin SJ, Jette AM, Connell CM. An Examination of Healthy Aging Across a Conceptual Continuum: Prevalence Estimates, Demographic Patterns, and Validity. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2012, 67(7): 783-789.
9. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern Med 2002, 162(20): 2269-2276.
10. McLaughlin SJ, Connell CM, Heeringa SG, et al. Successful aging in the United States: prevalence estimates from a national sample of older adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2010, 65B(2): 216-226.
11. Lowry KA, Vallejo AN, Studenski SA. Successful aging as a continuum of functional independence: Lessons from physical disability models of aging. Aging Dis 2012, 3(1): 5-15.
12. Bowling A, Iliffe S. Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. Age Ageing 2006, 35(6): 607-614.
13. Martin P, Kelly N, Kahana B, et al. Defining successful aging: a tangible or elusive concept? Gerontologist 2015, 55(1): 14-25.
14. Knapik A. Assessing the quality of aging – presentation of research tool. Physiother Health Act 2014, 22(1): 42-46.
15. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). Med Care 1992, 30(6): 473-483.
16. Jezior J. Metodologiczne problemy zastosowania skali Likerta w badaniach postaw wobec bezrobocia. Prz Socjol 2013, 62(1): 117-138.
17. Kline P. A Handbook of Test Construction. Introduction to psychometric design. Methuen & Co. Ltd, London 1986.
18. Cattell RB. The scree test for the number of factors. Multivariate Behav Res 1966, (1)2: 245-276.
19. Nunnally JC. Psychometric Theory. McGraw-Hill, NY 1978.
20. Medvedev ZA. An attempt at a rational classification of theories of aging. Biol Rev 1990, 65(3): 375-398.
21. Economist Intelligence Unit. Executive summary. [in:] A new vision for old age Rethinking health policy for Europe's ageing society. A report from the Economist Intelligence Unit. EIU, London 2012: 4-6.
22. Antonovsky A. A call for a new question – Salutogenesis – and a proposed answer – The Sense of Coherence. J Prev Psychiatr 1984, 2: 1-13.
23. Maslow AH. Motywacja i osobowość. PWN, Warszawa 2013.
24. Cramm JM, Nieboer AP. Relationships between frailty, neighborhood security, social cohesion and sense of belonging among community-dwelling older people. Geriatr Gerontol Int 2013, 13(3): 759-763.
25. Boström M, Bravell ME, Lundgren D, Björklund A. Promoting sense of security in old-age care. Health 2013, 5(6A2): 56-63.
26. Jak się żyje osobom starszym w Polsce. GUS 2012. [http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WA\\_jak\\_sie\\_zyje\\_os\\_starszym\\_w\\_pl\\_30\\_XI\\_2012.pdf](http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WA_jak_sie_zyje_os_starszym_w_pl_30_XI_2012.pdf) (23.07.2015).
27. Szwarc H. Higiena psychiczna ludzi starych. [w:] Zdrowie psychiczne. Dąbrowski K (red). PWN, Warszawa 1981: 487-498.
28. Kaczmarczyk M, Trafiałek E. Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. Gerontol Pol 2007, 15(4): 116-118.
29. Phenice L, Griffore RJ. The Importance of Object Memories for Older Adults. Educ Gerontol 2013, 39(10): 741-749.
30. Carstensen LL, Fung HH, Charles ST. Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. Motiv Emot 2003, 27(2): 103-123.