

# Jakość życia, sprawność funkcjonalna oraz występowanie ryzyka depresji u kobiet po 60 roku życia mieszkających w domach opieki społecznej i samodzielnie

## *The quality of life, functional efficiency and the risk of depression in women aged over 60 living in nursing homes and alone*

Justyna Traczyk, Patrycja Kędzia, Anna Skrzek

Katedra Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej w Dysfunkcjach Narządu Ruchu, Zakład Diagnostyki w Dysfunkcjach Narządu Ruchu Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

### Streszczenie

**Wstęp.** Prognozy demograficzne prowadzone dla Polski jednoznacznie przewidują zwiększenie się odsetka osób w wieku podeszłym wraz z upływem lat. Zmiany zachodzące w organizmie mogą prowadzić do stanów depresyjnych, zmniejszenia aktywności fizycznej oraz do obniżenia poczucia własnej wartości. **Cel.** Celem niniejszej pracy była ocena stanu funkcjonalnego, ryzyka depresji oraz jakości życia starszych kobiet zamieszkujących Domy Pomocy Społecznej oraz mieszkających samodzielnie. **Material i metody.** Grupę badaną stanowiły kobiety w wieku powyżej 65 lat, zamieszkujące Domy Pomocy Społecznej (35 osób) oraz mieszkające samodzielnie (30 osób) na terenie Wrocławia. W badaniach wykorzystano kwestionariusz MMSE (Minimal State Examination, który pozwolił wykluczyć z badań osoby z otępieniem. Do oceny stanu funkcjonalnego senierek wykorzystano skalę GARS (Groningen Activity Restriction Scale), zaś występowanie ryzyka depresji określono przy pomocy skali GDS (Geriatric Depression Scale). Kwestionariusz WHOQOL-BREF posłużył do oceny jakości życia wśród badanej grupy. **Wyniki.** Miejsce zamieszkania badanych senierek istotnie różnicuje ich ryzyko depresji, stan funkcjonalny oraz subiektywną ocenę jakości życia. Ryzyko depresji częściej występowało u pensjonariuszek Domów Pomocy Społecznej (DPS: 6,31 pkt, DOM: 4,36 pkt), również ich stan funkcjonalny był gorszy (DPS: 33,29 pkt, DOM: 23,33 pkt). Pensjonariuszki DSP gorzej oceniały jakość swojego życia w porównaniu z kobietami mieszkającymi samodzielnie (DPS: 92,53 pkt, DOM: 80,63 pkt). Ujemne związki w obu badanych grupach, wykazano pomiędzy ryzykiem depresji w skali GDS a oceną jakości życia WHOQOL-BREF (DPS: -0,73, DOM: -0,76). **Wnioski.** Wyniki badań wskazują na konieczność łączenia działań poprawiających sprawność funkcjonalną i emocjonalną seniorów, które mają silny związek z satysfakcją życia. (Gerontol Pol 2016; 24: 32-39)

**Słowa kluczowe:** depresja, osoby starsze, jakość życia

### Abstract

**Introduction.** Demographic forecasts conducted for Poland predict unambiguously that there will be more and more people on earth. All changes which have taken place in a human body can lead to depression, a decrease both in physical activity and self-esteem. **Aim.** The aim of the thesis was to evaluate the functional status, the risk of depression and the quality of life of older women living in social welfare houses and those living alone. **Material and methods.** The study group consisted of women aged over 65 living in Social Welfare Houses (35) and living alone (30) in Wrocław. In the study used a questionnaire MMSE (Mini Mental State Examination, which allowed to exclude from the study the person with dementia. To assess the functional status of seniors the Authors used GARS (Groningen Activity Restriction Scale) scale and the incidence of depression risk was determined using a GDS (Geriatric Depression Scale). WHOQOL-BREF questionnaire was used to assess quality of life in the study group. **Results.** These observations have shown that the place of residence of the surveyed seniors significantly differentiates their risk of depression, functional status and subjective assessment of their quality of life. The risk of depression often occurred in residential Social Welfare Homes (DPS = 6.31 points; DOM = 4.36 points), also their functional status was worse (DPS = 33.29 points; HOUSE = 23.33 points) and at the same time they evaluated their quality of life worse in comparison with females living alone (mean score overall total was equal in both study groups of women, respectively DPS = 92.53 points, DOM = 80.63 points). The strongest, negative correlations in both groups of seniors proved to occur between the risk of depression measured using the GDS scale and the quality of life assessment WHOQOL-BREF (DPS  $r = -0.73$ ; DOM  $r = -0.76$ ). (Gerontol Pol 2016; 24: 32-39)

**Keywords:** depression, elderly, quality of life

## Wstęp

Prognozy demograficzne dla polskiej populacji przewidują zwiększenie się odsetka osób w wieku podeszłym. Do roku 2035 osoby w wieku 65 lat i starsze będą stanowić blisko 25% Polskiego społeczeństwa. Czynnikiem mającym wpływ na wzrost udziału seniorów w populacji jest nie tylko spadek liczby urodzeń, ale także wydłużanie się życia. Dlatego konieczne wydaje się zapewnienie godności oraz jak najwyższej jakości życia osobom wkraczającym w okres starości [1,2]. W procesie starzenia dochodzi do stopniowego zmniejszania się wydolności organizmu, mobilności oraz aktywności społecznej i zawodowej, co niejednokrotnie prowadzi do utraty pozycji społecznej, samotności lub niesamodzielności seniorów. Osoby w wieku podeszłym, które nie radzą sobie z owymi zmianami są zmuszone do korzystania z pomocy innych osób bądź instytucji, takich jak Dom Pomocy Społecznej [3]. Oprócz spadku samodzielności osób starszych przyczynami wzrostu zainteresowania pomocą ze strony instytucji publicznych zajmujących się opieką nad seniorami może być między innymi spadek zainteresowania środowiska rodzinnego oraz pojawiająca się coraz częściej różnica międzypokoleniowa wprowadzająca sytuacje konfliktowe w rodzinie [1].

Proces starzenia się w wymiarze życia psychicznego obejmuje dwie sfery. Pierwsza, odpowiedzialna jest za funkcje poznawcze człowieka, druga to sfera szeroko pojętej osobowości, której częścią są między innymi emocje. Badanie osobowości w wieku podeszłym dotyczy przede wszystkim cech osobowości, emocji (sposoby radzenia sobie z uczuciami o charakterze negatywnym, jak np. stres), postaw życiowych czy świadomości umysłu [4]. Najczęściej występujące zaburzenia psychiczne związane z procesem starzenia to: depresja, otępienie, zaburzenia świadomości oraz psychozy [5]. Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych wśród osób w podeszłym wieku. Źródłem występowania depresji jest najczęściej bezczynność, samotność lub brak celu w życiu. Innym powodem może być osłabienie układu serotonergicznego, który jest odpowiedzialny za odczuwanie radości, przyjemności oraz wiary w siebie, czyli głównych składowych powszechnie pojmowanego szczęścia [6]. Najczęstszymi objawami depresji u osób starszych są: płaczliwość, lęk, niepokój oraz drażliwość. Następstwem tego typu zaburzeń wśród seniorów mogą być także zaburzenia snu, jędrówstręt, spadek masy ciała oraz szereg innych niespecyficznych somatycznych symptomów [7]. Zaburzenia depresyjne są istotnym problemem klinicznym, ponieważ pogarszają jakość życia, funkcjonowanie w społeczeń-

stwie czy przebieg i leczenie chorób, z którymi zmagają się seniorzy. Ponadto zaobserwowano, że występowanie depresji u osób w podeszłym wieku zwiększa ich śmiertelność [8].

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 [8]. 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 [8].

## Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest ocena stanu funkcjonalnego, ryzyka depresji oraz jakości życia starszych kobiet zamieszkujących Domy Pomocy Społecznej oraz mieszkających samodzielnie. Analizowane będzie zróżnicowanie wyników badań ankietowych w zależności od miejsca zamieszkania senierek oraz związki pomiędzy nimi.

## Materiał i metody badań

Badaniem ankietowym objęto 65 kobiet mieszkających we Wrocławiu, w wieku powyżej 65 lat, stanowiących 2 grupy. Jedną z grup tworzyło 35 osób, mieszkających w Domach Pomocy Społecznej (DPS), w wieku średnio 82,2 lata ( $\pm 7,7$ ). Druga grupa składała się z 30 kobiet mieszkających samodzielnie (DOM), w wieku średnio 73,5 lata ( $\pm 6,3$ ).

W badaniach wykorzystano kwestionariusz MMSE (Minimental State Examination), który pozwolił łączyć z badań osoby z otępieniem. Na podstawie wyników testu MMSE u żadnej kobiety nie stwierdzono otępienia ani zaburzeń poznawczych. Osoby te uzyskały wynik powyżej 24 punktów, co świadczy o prawidłowej aktywności poznawczej pacjentów.

Wszyscy respondenci wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu.

W badaniach wykorzystano kwestionariusz WHO-QOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life – Bref), który jest przeznaczony do subiektywnej oceny jakości życia osób zdrowych i chorych dla celów

klinicznych oraz poznawczych. Umożliwia ocenę jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej [9]. Punktacja dziedzin w kwestionariuszu ma kierunek pozytywny.

Kolejnym użytym narzędziem była skrócona wersja Geriatrycznej Skali Depresji (GDS: Geriatric Depression Scale - Short Form). Jest to powszechnie stosowane na całym świecie narzędzie przesiewowe, pozwalające na ocenę natężenia symptomów depresji u osób w podeszłym wieku [10]. Piętnaście pytań, na które odpowiadają respondenci, dotyczą oceny zarówno pozytywnych jak i negatywnych aspektów życia. Im wyższy wynik punktowy, tym większe natężenie symptomów depresji [11].

Ostatnim zastosowanym narzędziem badawczym, służącym pomiarowi stanu funkcjonalnego osób starszych, była skala GARS zawarta w kwestionariuszu The Groningen Activity Restriction Scale. GARS stało się udaną próbą połączenia ADL (Activities of daily living) oraz IADL (Instrumental Activities of daily living) w jedno narzędzie, mające ich zalety natomiast pozbawione ich wad [12]. Kwestionariusz skali GARS jest złożony z 18 pytań, które dotyczyły niezależności w wykonywaniu codziennych, podstawowych czynności życiowych jak również możliwości oraz jakości samodzielnego poruszania się, robienia zakupów, prowadzenia domu itp. Im wyższy wynik punktowy (od 18 do 72) tym większy zakres upośledzenia funkcjonalnego osoby poddanej badaniu.

Wyniki badań poddane zostały analizie statystycznej w programie STATISTICA 10. Do porównania wyników dwóch badanych grup posłużono się testem t-Studenta.

Związek pomiędzy poszczególnymi zmiennymi zbadano za pomocą korelacji porządku rang Spearmana. W pracy przyjęto istotność statystyczną dla wartości testów oraz współczynników na poziomie  $p \leq 0,05$ .

## Wyniki

Wyniki wszystkich badań ankietowych i ich zróżnicowanie w dwóch grupach senierek zamieszkujących Dom Pomocy Społecznej (DPS) oraz mieszkających samodzielnie (DOM), zamieszczono w tabeli I.

Analiza zróżnicowania wyników przeprowadzonych badań wykazała istotne statystycznie zróżnicowanie większości analizowanych parametrów (tabela I). Średnia wieku kobiet biorących udział w badaniu różniła się istotnie w zależności od miejsca zamieszkania senierek.

Przy analizie występowania ryzyka depresji zaobserwowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy wynikami badanych grupach ( $p = 0,03$ ), które okazały się korzystniejsze u kobiet mieszkających samodzielnie. U prawie 66% kobiet zamieszkujących domy pomocy społecznej wykazano ryzyko depresji (rycina 1).

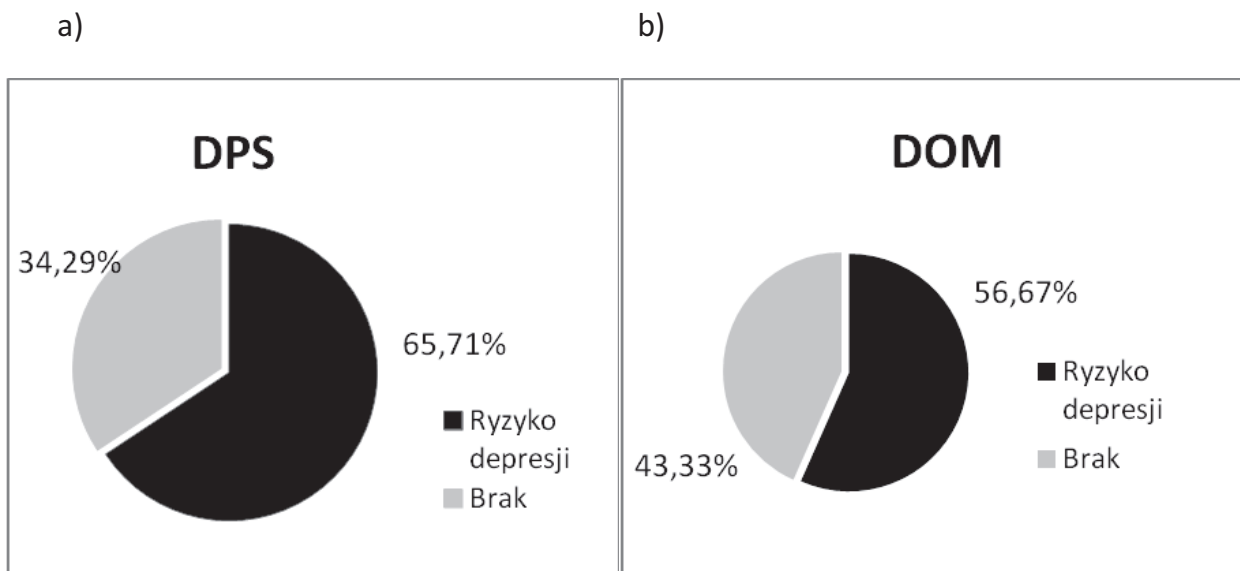
Również korzystniej kształtowały się wyniki punktowe oceniającego stan funkcjonalny (skala GARS) kobiet mieszkających samodzielnie w stosunku do drugiej grupy, gdzie wykazano istotne statystycznie zróżnicowanie ( $p = 0,00$ ).

Kwestionariusz WHOQOL-BREF pozwolił na przedstawienie wyników dotyczących oceny jakości życia wśród respondentów, w którym kobiety mieszkające samodzielnie (DOM) uzyskały statystycznie wyższy wynik ogólnej sumy punktów ( $p = 0,00$ ). U kobiet miesz-

**Tabela I. Charakterystyka statystyczna stanu funkcjonalnego, oceny jakości życia i ryzyka depresji badanych kobiet**  
**Table I. Statistical characteristics of functional status, quality of life and depression risk among examined women**

Zmienna		Mieszkańcy DPS		Mieszkańcy DOM		T	p
		X	SD	x	SD		
Wiek [lata]		82,20	7,70	73,53	6,35	4,90	<b>0,00</b>
Skala GDS [pkt]		6,31	3,89	4,37	2,81	2,28	<b>0,03</b>
Skala GARS [pkt]		33,29	10,14	23,33	5,96	4,72	<b>0,00</b>
WHOQOL-Bref [pkt]	suma punktów	80,63	13,79	92,53	11,23	-3,77	<b>0,00</b>
	ogólna jakość życia	5,91	1,76	7,00	1,53	-2,64	<b>0,01</b>
	dz. fizyczna	12,21	2,57	14,70	2,01	-4,29	<b>0,00</b>
	dz. psychologiczna	12,79	2,66	14,07	2,58	-1,97	<b>0,05</b>
	relacje społeczne	13,89	4,44	13,60	3,10	0,30	0,77
	dz. środowiskowa	14,61	2,36	14,03	2,34	0,98	0,33

Pogrubiłą czcionką zaznaczono wyniki istotne statystycznie ( $p \leq 0,05$ )



Rycina 1. Występowanie ryzyka depresji u kobiet zamieszkujących: a) DPS oraz b) DOM  
 Figure 1. The presence of the risk of depression among women living: a) DPS and b) DOM

Tabela II. Związki pomiędzy stanem funkcjonalnym, oceną jakości życia oraz ryzykiem depresji badanych kobiet (korelacje porządku rang Spearmana)

Table II. Relationships between functional status, assessment of quality of life and depression risk examined women (Spearman correlation)

Mieszkańcy DOM / Mieszkańcy DPS		Wiek	Skala GDS	Skala GARS	WHQOL-BREF					
					suma punktu	ogólna jakość życia	dz. fizyczna	dz. psychologiczna	relacja społeczne	dz. środowiskowa
Wiek		1,00	0,20	<b>0,57</b>	0,07	0,02	-0,36	0,21	0,02	0,24
Skala GDS		0,06	1,00	<b>0,39</b>	<b>-0,76</b>	<b>-0,69</b>	<b>-0,58</b>	<b>-0,54</b>	<b>-0,58</b>	<b>-0,52</b>
Skala GARS		-0,16	0,33	1,00	-0,11	-0,08	<b>-0,65</b>	-0,05	0,02	0,11
WHQOL-BREF	suma punktu	0,01	<b>-0,73</b>	-0,28	1,00	<b>0,76</b>	<b>0,53</b>	<b>0,78</b>	0,65	0,76
	ogólna jakość życia	0,30	<b>-0,55</b>	<b>-0,45</b>	<b>0,52</b>	1,00	<b>0,49</b>	<b>0,54</b>	<b>0,50</b>	<b>0,47</b>
	dz. fizyczna	-0,07	<b>-0,53</b>	<b>-0,49</b>	<b>0,71</b>	<b>0,41</b>	1,00	<b>0,44</b>	0,20	0,180
	dz. psychologiczna	-0,04	<b>-0,73</b>	-0,24	<b>0,79</b>	<b>0,59</b>	<b>0,54</b>	1,00	<b>0,38</b>	<b>0,40</b>
	relacje społeczne	-0,04	<b>-0,36</b>	-0,11	<b>0,58</b>	<b>0,36</b>	<b>0,40</b>	<b>0,42</b>	1,00	<b>0,42</b>
	dz. środowiskowa	0,02	<b>-0,67</b>	-0,16	<b>0,83</b>	<b>0,39</b>	<b>0,59</b>	<b>0,63</b>	<b>0,51</b>	1,00

Pogrubioną czcionką zaznaczono wyniki istotne statystycznie (p≤05)

kających samodzielnie wykazano również istotnie statystycznie wyższą ocenę subiektywnie odczuwanej jakości życia (p = 0,01), wyższą ocenę dziedziny fizycznej (p = 0,00) oraz dziedziny psychologicznej (p = 0,05).

Wyniki analizy związków pomiędzy wiekiem, stanem funkcjonalnym, jakością życia oraz ryzykiem depresji u pensjonariuszy domów pomocy społecznej oraz kobiet mieszkających samodzielnie zamieszczono w tabeli II.

W grupie DPS nie zauważono związków pomiędzy wiekiem, a pozostałymi wynikami. Wysoką, ujemną korelację zaobserwowano pomiędzy ryzykiem depresji w skali GDS, a wszystkimi składowymi jakości życia. Najsilniejsze związki odnotowano pomiędzy wynikami skali GDS, a sumą punktów i dziedziną psychologiczną w kwestionariusza WHOQOL-BREF (r = -0,73). Wraz z gorszym stanem funkcjonalnym (wyższym wynikiem

w skali GARS) pensjonariuszki DPS gorzej oceniały dziedzinę fizyczną oraz ogólną jakość życia. Silną zależność dostrzeżono również pomiędzy poszczególnymi składowymi kwestionariusza WHOQOL-BREF ocenianymi przez mieszkanki domów pomocy społecznej.

Analizując związki w grupie kobiet mieszkających samodzielnie również nie wykazano istotnych związków wieku z pozostałymi wynikami (poza oceną stanu funkcjonalnego w skali GARS). Ryzyko depresji oceniane za pomocą skali GDS miało silny związek ze wszystkimi analizowanymi parametrami. Najwyższą, ujemną korelację ( $r = -0,76$ ) zaobserwowano pomiędzy oceną ryzyka depresji, a sumą punktów kwestionariusza WHOQOL-BREF. Ocena stanu funkcjonalnego w skali GARS wykazała wysoką, ujemną korelację ( $r = -0,65$ ) z dziedziną fizyczną jakości życia. Im wyższy wynik skali GARS (gorszy stan funkcjonalny), tym gorsza ocena dziedziny fizycznej jakości życia. Podobnie jak w poprzedniej grupie badanych kobiet wykazano silne dodatnie związki wielu składowych jakości życia ocenianych przez seniorki zamieszkujące samodzielnie.

## Dyskusja

Przedmiotem badań własnych była ocena stanu funkcjonalnego, jakości życia oraz ryzyka występowania depresji u seniorek zamieszkujących Dom Pomocy Społecznej oraz mieszkających samodzielnie na terenie Wrocławia.

Stan funkcjonalny pensjonariuszek Domu Pomocy Społecznej (DPS) został oceniony jako dobry. Respondentki wykonywały większość czynności dnia codziennego w pełni samodzielnie, lecz z niewielką trudnością. Porównywalne wyniki zaprezentowali Jachimowicz i Kostka [3] badając stan funkcjonalny w skali ADL u 104 pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Kaliszu. Płaszewska-Żywko i wsp. [13] podobnie zajmowali się badaniem stanu funkcjonalnego 102 pensjonariuszy domów opieki, które w 89 % zostało sklasyfikowanych jako osoby sprawne. Odmienne wyniki w swoich badaniach prezentuje Zielińska-Więczkowska i wsp. [14]. Wykazała, że wśród 100 osób starszych zamieszkujących DPS na terenie województwa Kujawsko-Pomorskiego, niespełna połowa badanych (43%) została zakwalifikowana jako sprawna, co czwarta badana osoba była umiarkowanie niesprawna, a u co trzeciej zaobserwowano znaczną niesprawność.

W badaniach własnych dotyczących jakości życia mieszkańców DPS, najniżej oceniona została dziedzina fizyczna (12 pkt). Jakość życia seniorów podobnie opisywały Kurowska i Kajut [15]. W badaniu udział wzięło 72 seniorów zamieszkujących Dom Pomocy Społecznej

w Białogardzie. Najwyżej oceniono w tych badaniach dziedzinę środowiskową, podobnie jak w badaniach własnych. Badania jakości życia starszych kobiet, korzystających z pomocy dziennych domów pobytu w Stanach Zjednoczonych, prowadził również Soleman i wsp. [16].

W przeprowadzonych badaniach wśród pensjonariuszek DPS zauważono zwiększone ryzyko wystąpienia depresji (średnio 6,31 pkt) analizowane przy pomocy geriatrycznej skali depresji GDS. 65% respondentów uzyskało wynik świadczący o dużej podatności na depresję, zaś zaledwie u 35% badanych stwierdzono stan prawidłowy. Podobne wyniki uzyskali Jachimowicz i Kostka [3] oraz Płaszewska-Żywko i wsp. [13].

Odrębnie w badaniach własnych analizowano grupę seniorek mieszkających samodzielnie na terenie Wrocławia (DOM). Ocena ich stanu funkcjonalny wykazała, że podstawowe czynności życiowe wykonywane są w pełni samodzielnie, bez żadnych trudności. Zbliżone wyniki określające stan funkcjonalny opisała Kaźmierczak i wsp. [17]. Nieco odmienne efekty swoich badań zaobserwowali Mirczak i Pikuła [18] badając grupę 203 seniorów zamieszkujących obszar wiejskie. Osoby te w skali GARS wykonywały czynności dnia codziennego w pełni samodzielnie, lecz z pewnymi trudnościami.

Jakość życia seniorek mieszkających samodzielnie, w badaniach własnych, została oceniona jako przeciętna. Podobnie satysfakcja z życia została przedstawiona przez Kaźmierczak i wsp. [17], gdzie wyniki badania seniorów interpretowane były również jako przeciętne. Jakością życia osób starszych zajmował się Mozhan i wsp. [19], przeprowadzając międzynarodowe badania w 23 krajach na grupie 7401 seniorów. Według badanych (podobnie jak w badaniach własnych), najbardziej istotnymi czynnikami decydującymi o jakości życia są przede wszystkim zdolność wykonywania codziennych czynności życiowych, oraz zdrowie. Zbliżone wyniki w swoich badaniach uzyskali Kalfoss i Halvorsrud [20], badając 379 obywateli Norwegii, którzy ukończyli 65 rok życia. Ocenę jakości życia wśród osób starszych badali również Mirczak i Pikuła [18], Muszalik i Kornatowska [21] czy Wai-Chi Chan wraz z zespołem [22].

W przeprowadzonych badaniach własnych u 57% seniorek mieszkających samodzielnie nie wykazano ryzyka depresji. Zbliżone wyniki zaobserwowała również Kaźmierczak i wsp. [17] wykazując, że 75% przebadanych osób nie ma symptomów depresji. Badaniem ryzyka depresji przy pomocy skali GDS wśród osób starszych zajmowała się także Szybalska i wsp. [6]. Spośród 866 kobiet biorących udział w badaniu u zdecydowanej większości (65,1%) nie zauważono ryzyka depresji.

W badaniach własnych analizowano również zróżnicowanie uzyskanych przez seniorki wyników w zależności od miejsca zamieszkania. Istotną różnicę, zaobserwowano w poziomie stanu funkcjonalnego badanych, w skali GARS. Seniorki mieszkające samodzielnie wykazały się lepszą sprawnością. W kilku innych badaniach potwierdzono te wyniki. Różnicę w sprawności funkcjonalnej może tłumaczyć fakt, że mieszkańcy DPS są często niepotrzebnie wyřeczani w czynnościach codziennych szybciej pogłębiając swoją niesamodzielność [23,24].

Również jakość życia została istotnie lepiej oceniona w badaniach własnych przez seniorki zamieszkujące samodzielnie. Może to wynikać z faktu, iż mieszkańcy DPS to przeważnie osoby zaawansowane wiekiem, z licznymi chorobami, które często mają trudności w codziennym funkcjonowaniu, co ściśle łączy się z decyzją o zamieszkaniu w takiej instytucji. Różnice te mogą również wynikać z tego, że wiek kobiet mieszkających samodzielnie był istotnie niższy. Podobnie w badaniach Grzegorzyc i wsp. [24] wykazano, że większość dziedzin jakości życia oceniana była wyżej przez osoby mieszkające samodzielnie. Zych [25] w swoich badaniach przedstawił zbliżone wyniki świadczące o tym, że rezydenci domów pomocy społecznej postrzegają swoją jakość życia jako niższą, w porównaniu z osobami mieszkającymi z rodzinami.

W badaniach własnych istotną różnicę zauważono również w ocenie ryzyka depresji wśród badanych senierek. Seniorki mieszkające samodzielnie uzyskiwały wyniki świadczące o braku ryzyka depresji w badanej grupie. Większe ryzyko depresji u mieszkank DPS można tłumaczyć zaburzonymi reakcjami emocjonalnymi. Mogą one pojawiać się na skutek zmiany wcześniejszych więzi społecznych czy zawodowych kontaktami instytucjonalnymi, charakterystycznymi dla domu pomocy społecznej. Często umieszczenie w takiej instytucji przedstawia się jako przyczynę przewlekłego stresu, co może doprowadzić do rozwoju starszej depresji [26]. Według Okły [27] niezmiernie istotne dla starszej osoby jest poczucie ciepła oraz bliskości środowiska rodzinnego. Brak zainteresowania ze strony rodziny może doprowadzić do różnego rodzaju deficytów psychicznych. Zielińska-Więczkowska i wsp. [14] dodatkowo dostrzegają, że osoby starsze mieszkające w całodobowych domach pomocy społecznej cechują się zazwyczaj bardziej negatywnym podejściem i postawą życiową

Dalsze analizy statystyczne wyników uzyskanych w badaniach własnych dotyczyły związków pomiędzy badanymi parametrami w dwóch grupach senierek. Analizując związki uzyskanych wyników w grupie pensjonariuszek DPS nie obserwowano zależności pomię-

dzy wiekiem a stanem funkcjonalnym, jakością życia oraz ryzykiem depresji. Jest to zgodne z badaniami innych autorów, np. Płaszewska-Żywko i wsp. [13] oraz Kurowska i Kajut [15]. Odmienne wyniki świadczące o istnieniu ścisłego związku pomiędzy wiekiem i postawą życiową oraz sprawnością funkcjonalną przedstawiła Zielińska-Więczkowska i wsp. w swoich badaniach [14]. Okazało się również, że w badaniach własnych ryzyko depresji nie miało istotnego związku ze stanem funkcjonalnym. Odmienne zdania są Płaszewska-Żywko i wsp. [13], którzy wśród rezydentów DPS w swoich badaniach dostrzegli związek pomiędzy tymi zmiennymi. Natomiast wyniki badań własnych oraz badania Kurowskiej i Kajut [15] oraz Wdowiak i wsp. [24] są zbliżone, wskazując, że lepszy stan funkcjonalny pensjonariuszek DPS ma silne związki z wyższą oceną ogólnej jakości życia oraz dziedziny fizycznej. Dodatkowo wykazano w badaniach własnych, że im mniejsze ryzyko depresji wśród badanych senierek z DPS tym wyżej oceniały one swoją jakość życia i jej poszczególne komponenty. Znaczące w tej grupie okazały się również związki poszczególnych składowych oceny jakości życia. Przedstawione powyżej związki dostrzegły również Kurowska i Kajut w podobnej grupie badanych seniorów [15].

Podobna analiza związków poszczególnych wyników badań własnych u senierek mieszkających samodzielnie również nie wykazała silnych związków z wiekiem. Obserwowano jedynie w badanej grupie pogarszanie z wiekiem stanu funkcjonalnego w skali GARS. Natomiast Szybalska i wsp. [6] w swoich badaniach 1718 starszych osób wykazała dodatkowo związki wieku z ryzykiem depresji. W przeciwieństwie do badań własnych Al-Windi i wsp. [28] dostrzegli również związki wieku z jakością życia, podobnie jak Mirczak i Pikuła [18], Grzegorzyc i wsp. [24] oraz Muszalik i wsp. [29]. W grupie osób mieszkających samodzielnie w przeprowadzonych badaniach własnych wykazano dodatkowo, że wraz ze zwiększaniem się ryzyka depresji pogarsza się stan funkcjonalny oraz jakość życia. Związek pomiędzy depresją i stanem funkcjonalnym potwierdzają również wyniki wielu innych badań [6,17,24,30,31]. Zwiększanie się poziomu satysfakcji życiowej oraz jakości życia wraz ze zwiększeniem sprawności funkcjonalnej wśród osób starszych wykazano w badaniach własnych, ale obserwowali to również inni badacze [21,24]. Podobnie jak w grupie DPS, również wśród osób mieszkających samodzielnie występują silne związki pomiędzy poszczególnymi składowymi oceny jakości życia. Zbliżone wyniki uzyskali Grzegorzyc i wsp. [24].

Wyniki badań własnych oceniających stan funkcjonalny, jakość życia oraz ryzyko depresji potwierdziły,

że różniły się one w zależności od miejsca zamieszkania senierek. Czynniki, które warunkują dobrą jakość życia to przede wszystkim sprawność fizyczna i psychiczna organizmu. Środowisko, w jakim przebywają osoby starsze również ma duży wpływ na satysfakcję życiową. Rezydenci domów pomocy społecznej borykają się z innymi problemami niż seniorki mieszkające samodzielnie, dlatego konieczne jest stałe pogłębianie wiedzy w tym zakresie. Pomimo wielu badań opisujących okres starości, nadal jest wiele wątpliwości co do zróżnicowania jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania osób starszych.

## Wnioski

1. Wykazano, że miejsce zamieszkania badanych senierek istotnie różnicuje ich ryzyko depresji, stan funkcjonalny oraz subiektywną ocenę jakości życia.
2. Ryzyko depresji częściej występowało u pensjonariuszek domów pomocy społecznej, również ich stan funkcjonalny był gorszy i jednocześnie gorzej oceniały one jakość swojego życia niż kobiety mieszkające samodzielnie.
3. Najsilniejsze, ujemne związki w obu badanych grupach kobiet, wykazano pomiędzy ryzykiem depresji a oceną jakości życia.
4. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na konieczność łączenia działań poprawiających sprawność funkcjonalną i emocjonalną seniorów, które mają silny związek z satysfakcją życiową.

Konflikt interesów/ Conflict of interest

Brak / None

## Piśmiennictwo

1. Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P. Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych; 2012. str. 28-29, 49-63.
2. Waszkiewicz L., Einhorn J., Połtyn-Zaradna K., Gaweł-Dąbrowska D., Grabowska B., Zatońska K. Ocena jakości życia Polaków w wieku podeszłym: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red). Aspekty medyczne, psychiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne oraz MIBMiK; 2012. str. 549-561.
3. Jachimowicz V., Kostka T. Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej. *Geron Pol.* 2009; 17(1): 23-31.
4. Straś- Romanowska M. Późna dorosłość, Trempała J.(red.). Psychologia rozwoju człowieka. Wydawnictwo Naukowe PWN, 2011: 327-340.
5. Bilikiewicz A., Parnowski T. Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. Bilikiewicz T. (red). *Psychiatria.* Warszawa: PZWL; 2007.str. 457-502.
6. Szybalska A., Broczek K., Wawrzyniak M., Mossakowska M. Geriatryczna Skala Oceny Depresji a sytuacja materialna i rodzinna osób starszych. Wstępne wyniki projektu PolSenior 2010. str. 254-258.
7. Adamson J.A., Price G.M., et al. Are older people dying of depression? Findings from the Medical Research Council trial of the assessment and management of older people in the community. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53(7): 1128-32.
8. Szewczyk M., Stachowska M., Talarska D. Ocena jakości życia w wieku podeszłym przegląd piśmiennictwa. *Now Lek.* 2012; 81(1): 96-100.
9. Jaracz K. WHOQOL – BREF. W: Wołowicka L (red.). Jakość życia w naukach medycznych. Poznań: Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego; 2001. str. 276- 280.
10. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M., Leirer V.O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1983; 17: 37-49.
11. Albiński R., Kleszczewska-Albińska A., Bedyńska S. Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia - przegląd badań. *Psychiatr Pol.* 2001; XLV (4): 555-62.
12. Brzyski P., Tobiasz-Adamczyk B., Knurowski T. Trafność i rzetelność skali GARS w populacji osób w starszym wieku w Polsce *Gerontol Pol.* 2012; 20 (3): 109-111.

13. Płaszewska-Żywko L., Brzuzan P., Malinowska-Lipień I., Gabryś T. Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. *Probl Hig Epid.* 2008; 89(1): 62-6.
14. Zielińska-Więczkowska H., Miłowska M., Rybicka R., Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. Poczucie koherencji (SOC) a postawy życiowe osób starszych zamieszkujących w domach pomocy społecznej (DPS). *Psychoger Pol.* 2013;10 (1): 23-32.
15. Kurowska K., Kajut A. Samoocena jakości życia osób starszych na przykładzie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). *Psychoger Pol.* 2011; 8(2): 55-62.
16. Soleman H., Rogers A., Barusch A. Predictors of Life Satisfaction in Frail Elderly. *J Gerontol Soc Work.* 2002; 38(3): 3-5.
17. Kaźmierczak U., Strojek K, Radziwińska A., Dzierżanowski M., Bułatowicz I., Kolanowska A., Zukow W. Ocena satysfakcji życiowej i sprawności fizycznej uczestników zajęć w Domu Dziennego Pobytu „Senior”. *J Health Sci.* 2014; 4(12): 223-32.
18. Mirczak A., Pikuła N. Satysfakcja z życia starszych osób mieszkających w wybranych miejscowościach. *Pielęg Zdr Publ.* 2014; 4: 321-6.
19. Mozhan A., Skevington S.M., Kalfoss M. & wsp. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Qual Life Res.* 2010; 19 (2): 293-8.
20. Kalfoss M., Halvorsrud L. Important Issues to Quality of Life Among Norwegian Older Adults: an Exploratory Study. *Open Nurs J* 2009; 3: 44-55.
21. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T. Functional assessment and health-related quality of life (HRQOL) of elderly patients on the basis of the functional assessment of chronic illness therapy (FACIT)-F questionnaire. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 49(3): 404-8.
22. Wai-chi Chan S., FK Chiu H., Wai-tong Chien, Goggins W., Thompson D., Hong B. Predictors of change in health-related quality of life among older people with depression: a longitudinal study. *International Psychogeriatrics.* 2009; 21(6): 1171-2.
23. Mazurek J., Rymaszewska J., Lurbiecki J. Porównanie potrzeb osób starszych w zakładach opiekuńczo-leczniczo-rehabilitacyjnych we Wrocławiu i Hamburgu. *Post Rehab.* 2012; 2: 15-21.
24. Grzegorzczak J., Kwolek A., Bazarnik K., Szeliga E., Wolan A. Jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej i słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego.* 2007; 3: 225-33.
25. Zych A. Przekraczając smugę cienia. *Szkice z gerontologii i tanatologii.* Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk; 2009; 42: 128-46.
26. Grabiec U., Skalska A. Depresja w starszym wieku - podstawy rozpoznania. *Gerontol Pol.* 1999; 7: 14-8.
27. Okła W. Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych w rodzinach własnych i w domach opieki społecznej. *Studen S., Marczuk M. (red.) Starzenie się a satysfakcja z życia.* Lublin: KUL; 2006. str. 29-38.
28. Al Windi A., Elmfeldt D., Tibblin G. i wsp. The influence of sociodemographic characteristics on well-being and symptoms in a Swedish community: results from a postal questionnaire survey. *Scand J Prim Health Care.* 1999; 17: 201-9.
29. Muszalik M., Zielińska-Więczkowska H., Wojciechowska A., Kędziora-Kornatowska K. Funkcjonowanie pacjentów w starszym wieku z zaburzeniami psychicznymi w aspekcie jakości życia (QOL). *Psychoger Pol* 2011; 8 (2): 45-54.
30. Everson S.A., Skarupski K.A., Bienias J.L., Wilson R.S., Evans D.A. Mendes de Leon CF. Do depressive symptom predict declines in physical performance in an elderly, biracial population? *Psychosom Med.* 2005; 67: 609-15.
31. Kujawa W., Biercewicz M., Ślusarz R., Kędziora-Kornatowska K. Wpływ wybranych chorób wieku podeszłego na wydolność funkcjonalną osób starszych. *Piel XXI.* 2005; 3(12): 99-104.