

# Samocena zdrowia psychicznego po 60 roku życia

## Self-assessment mental health after 60 years old

Danuta Postrożny, Paula Kaszubowska, Regina Żuralska, Aleksandra Rutkowska,  
Marzanna Mziray, Angelika Jakubowska

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia Wydziału Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa  
i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

### Streszczenie

**Wprowadzenie.** Zdrowie psychiczne jest trudne do oceny w grupie osób starszych. Właściwym postępowaniem wydaje się być podejście holistyczne do zdrowia, które łączy ze sobą zarówno aspekt somatyczny, psychiczny, jak i społeczny. Uznano, że pomocna w tej materii jest samoocena własnego zdrowia psychicznego. Pozwala na identyfikację osób, wobec których można zastosować działania zapobiegawcze przeciw dalszemu pogarszaniu ogólnego stanu zdrowia i pozwala uniknąć komplikacji w leczeniu. **Cel.** Samoocena stanu zdrowia psychicznego w grupie osób powyżej 60 roku życia, pacjentów Poradni Rehabilitacyjnej. **Materiały i metody.** W badaniu wzięły udział osoby w wieku 60-70 lat, 71-80 lat i powyżej 80 lat. W pracy zastosowano skróconą wersję kwestionariusza Davida Goldberga-General Health Questionnaire (GHQ-12) i autorską ankietę służącą do zebrania danych socjodemograficznych. Jako poziom istotności statystycznej do analiz przyjęto wartość  $p < 0,05$ . **Wyniki.** W samoocenie stanu zdrowia psychicznego znaczny odsetek badanych określił swoje zdrowie jako złe ( $n=88$ ; 83,8%). Ci, którzy deklarowali, że ich zdrowie psychiczne jest przeciętne stanowią drugą pod względem liczności grupę ( $n=12$ ; 11,4%). Jedynie 5 osób (4,8%) zadeklarowało, że ich stan psychiczny jest dobry. Analiza statystyczna, wykazała, że swój stan zdrowia istotnie częściej lepiej oceniają badani najmłodszy, 60-70 lat ( $p=0,004$ ). **Wnioski.** Analiza uzyskanych wyników pozwala stwierdzić, że ponad połowa badanych nie cieszy się dobrym zdrowiem psychicznym. Wykazano, że samoocena stanu zdrowia psychicznego zależy od wieku, lepszą jakość zdrowia deklarują młodszy pacjenci. Zachodzi potrzeba zwiększenia zaangażowania pracowników medycznych do systematycznego monitorowania stanu emocjonalnego pacjentów w podeszłym wieku. (Gerontol Pol 2021; 29; 158-164) doi: 10.53139/GP.20212921

**Słowa kluczowe:** zdrowie psychiczne, osoba w wieku podeszłym, kwestionariusz GHQ-12

### Abstract

**Introduction.** Mental health is difficult to assess in older people. The holistic concept of health seems to be appropriate, combining many factors, including the somatic, psychological, and social ones. Self-evaluation was recognized as one of useful methods of mental health measurement. It prevents the deterioration of general health and avoids complications in treatment. **Aim.** Self-assessment of mental health in people older than 60 years of age, patients of Rehabilitation clinics. **Material and method.** The study included people aged 60-70, 71-80, and above 80 years of age. The work used a shortened version of the David Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-12) and an original questionnaire to collect sociodemographic data. The level of statistical significance for the analyzes was  $p$  value  $< 0.05$ . **Results.** In the self-assessment of mental health, a significant percentage of respondents assessed their health as bad ( $n=88$ , 83.8%). Those declaring their mental health to be average constituted second largest group of 12 (11.4%). Merely 5 respondents (4.8%) declared their mental state to be good. Statistical analysis showed that health statuses are significantly more often assessed by respondents aged 60-70  $p=0,004$ . **Conclusion.** Analysis of results obtained documented that over half of the respondents did not enjoy good mental condition. It has been shown that self-assessment of mental health depends on age. There is a need to increase the awareness of medical workers to systematically monitor the emotional state of the elderly patients. (Gerontol Pol 2021; 29; 158-164) doi: 10.53139/GP.20212921

**Keywords:** emotional health, Person in the elderly, GHQ-12 questionnaire

## Wprowadzenie

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, w którym człowiek realizuje swoje możliwości i potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, również jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz może wydajnie i owocnie pracować [1].

Naruszenie zdrowia psychicznego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania występują w każdym wieku, u obu płci, w różnych grupach ludności, jak również w różnych kulturach. Styl życia współczesnego społeczeństwa w dobie XXI wieku, jak i środowisko fizyczne, środowisko społeczne życia i pracy powodują, że zdrowie psychiczne jest narażone na wiele niekorzystnych czynników, które mogą skutkować jego pogorszeniem. Stwierdzenie, że nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego nie jest wyłącznie pustym osądem lecz wskazuje niewątpliwie na istotną rolę tego aspektu zdrowia. Dane w zakresie zdrowia psychicznego pokazują, że zaburzenia psychiczne są poważnym i narastającym problemem na całym świecie. Zaburzenia i choroby psychiczne w skali świata dotyczą ok. 450 mln osób, w tym ok. 50 mln (11% populacji) w Europie. Zauważa się, że z roku na rok wzrasta liczba osób leczonych z powodu incydentów psychicznych. Światowe prognozy alarmują, iż w ciągu najbliższych 20 lat zachorowalność na zaburzenia depresyjne wysunie się na drugie miejsce, po chorobach układu krążenia [2].

To, że rośnie liczba osób z zaburzeniami psychicznymi lękowymi o charakterze depresyjnym wynika z coraz większego poczucia braku bezpieczeństwa ekonomicznego, społecznego i zdrowotnego. Żyjemy w stanie permanentnej eskalacji oczekiwań i przygniecenia zadaniami, które nigdy nie kończą się. Koresponduje to z nasileniem ogólnych zagrożeń zdrowotnych takich jak choroby układu krążenia i nowotwory. To też są konsekwencje przekształceń społeczno-ekonomicznych, w tym prywatyzacji, wycofywania się państwa z jego funkcji opiekuńczych. Osoby starsze żyją w poczuciu braku stabilności, boją się słysząc, że niedługo zabraknie pieniędzy na emeryturę, popadają w lęk i przerażenie, że poziom ich życia gwałtownie się pogorszy [3]. To powoduje, że osoby dorosłe oceniają swoje życie jako trudne. 70% Polaków uważa, że warunki życia w Polsce są szkodliwe dla zdrowia psychicznego [4]. W konsekwencji samopoczucie zdrowia jest coraz gorsze. Toteż problematyka zdrowia psychicznego w naszym kraju staje się również istotna. Według najnowszych szacunków w Polsce 14,9% społeczeństwa to osoby z problemami psychicznymi, co daje nam trzecie miejsce w Europie, przy średniej unijnej 17,3%. Z badań wynika, że

co czwarty Polak wieku dorosłym doświadcza w swoim życiu zaburzeń psychicznych. Wygląda na to, że rośnie liczba osób dorosłych i w tym osób po 60 roku życia, które doznają różnego rodzaju negatywnych uczuć i emocji [3,5].

Zdrowie psychiczne obejmuje nasz emocjonalny, psychiczny i społeczny dobrostan. Przejawia się dobrym samopoczuciem, pewnością i wiarą w siebie, poczuciem własnej wartości. Nasza kondycja psychiczna wpływa na sposób myślenia, odczuwania i działania. Pomaga nam w życiu codziennym w pełni cieszyć się z życia, pokonywać trudności i dokonywać właściwych wyborów. Zdrowie psychiczne jest ważne na każdym etapie życia od dzieciństwa i młodości poprzez dorosłość do starości. Zdrowiu psychicznemu sprzyja sieć wsparcia społecznego poprzez udzielanie pomocy emocjonalnej, materialnej i informacyjnej.

Stan psychiczny człowieka zmienia się z rozwojem biologicznym zarówno pod wpływem zmian zachodzących w mózgu, jak i pod wpływem opinii społecznej, która często utrwała smutny stereotyp podeszłego wieku. Przeogromny wpływ na psychikę mają negatywne przeżycia, jak na przykład utrata bliskich osób, odejście dzieci lub złe z nimi kontakty, pogarszająca się sytuacja materialna, lęk przed chorobą i niepełnosprawnością, poczucie osamotnienia. Stany przygnębienia wywołują też przewlekłe choroby i dolegliwości [6]. Nie bez znaczenia dla zdrowia psychicznego są także uzależnienia, w tym najczęściej występujące uzależnienie od alkoholu [7].

Według tekstów źródłowych, właściwa starość w sferze psychicznej zaczyna się od momentu wycofania się z aktywnego życia [8]. W związku z tym często dochodzi do manifestacji lub tłumienia negatywnych emocji, które mają wpływ na dobrostan zdrowia psychicznego i funkcjonowanie społeczne jednostki [9].

Uznano, że istotna jest samoocena zdrowia psychicznego w procesie leczenia i pielęgnacji pacjentów. Pozwala bowiem zapobiec pogorszeniu ogólnego stanu zdrowia i tym samym pomaga unikać komplikacji podczas leczenia, szczególnie u tych osób, które mają niską samoocenę. U nich bowiem można wdrożyć działania profilaktyczne.

## Cel

Celem badania była ocena stanu zdrowia psychicznego u starszych pacjentów (60+ lat) Poradni Rehabilitacyjnej oraz poznanie jego społeczno-demograficznych uwarunkowań.

## Materiały i metody

Badanie przeprowadzono na przełomie 2019/2020 roku po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku w grupie 105 osób, w tym 75 kobiet i 30 mężczyzn. Badani byli starszymi mieszkańcami Gdańska (po 60 roku życia). Badanych rekrutowano w sposób losowy.

Najlichnieszca grupa badanych to osoby w wieku 71-80 lat. Większość badanych (79%) posiadała wykształcenie zawodowe/średnie, tylko 5,6% deklaroowało wykształcenie podstawowe. Zdecydowaną większość badanych stanowili emeryci, tylko 9,5% osób w ogólnej grupie badanej było aktywnych zawodowo. Z uwagi na liczne braki danych o stanie cywilnym pominięto ten opis badanych w analizie. Dane demograficzne zostały przedstawione w tabeli I. Głównym miejscem pracy badawczej była Ambulatoryjna Poradnia Rehabilitacyjna w Gdańsku, do której głównie zgłaszali się pacjenci z chorobami przewlekłymi.

W celu dokonania pomiaru stanu zdrowia psychicznego użyto skróconą wersję kwestionariusza Davida Golberga- Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia (General Health Questionnaire – GHQ-12) [10], z czterema kategoriami odpowiedzi na każde z pytań (mniej niż zwykle, nie bardziej niż zwykle, raczej bardziej niż zwykle, dużo bardziej niż zwykle). Odpowiedzi oceniane w skali Likerta pozwoliły osiągnąć wartości od 0 do 12 punktów. Zgodnie z piśmiennictwem wobec najkrótszej wersji GHQ, punkt odcięcia przyjęto na poziomie 2/3 (2 lub mniej punktów oznacza brak zaburzeń psychicznych, a 3 lub więcej sygnalizują ryzyko ich wystąpienia). Zatem im wyższy wynik skali, tym większe nasilenie objawów. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-12) służy do wykrywania przypadków krótkotrwałego załamania w normalnym funkcjonowaniu. Narzędzie przeznaczone jest dla osób dorosłych.

Ocenę kondycji zdrowotnej osób w wieku podeszłym uzupełniono o subiektywną ocenę złego samopoczucia psychicznego w ciągu ostatnich 30 dni oraz o samoocenę stanu zdrowia somatycznego.

Za pomocą autorskiego kwestionariusza zebrano również informacje o czynnikach społeczno demograficznych (płeć, wiek, wykształcenie i zatrudnienie).

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS 23. Zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych a zmienne ilościowe zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego. Spójność wewnętrzną skali GHQ-12 oceniono na podstawie wskaźnika alfa-Cronbacha, który wynosił  $\alpha=0,724$ . Wynik

wskazywał na zadawalającą spójność. We wnioskowaniu przyjęto kryterium istotności statystycznej  $p<0,05$ .

Tabela I. Opis badanych

Table I. Description of subjects groups

Zmienna		Liczba osób	Odsetek osób %
Płeć	mężczyźni	30	28,6
	kobiety	75	71,4
Wiek	60-70 lat	32	30,5
	71-80 lat	48	45,7
	>80 lat	25	23,8
Wykształcenie	podstawowe	6	5,7
	zawodowe/średnie	83	79,0
	wyższe	16	15,2
Aktywność zawodowej	praca zawodowa	10	9,5
	renta	0	0
	emerytura	95	90,5

## Wyniki

Badaniem objęto grupę 105 osób, większość badanych to kobiety (71,4%), osoby ze średnim poziomem wykształcenia (79%) i w przeważającej części emeryci (90,5%).

Rozkład odpowiedzi na pytania kwestionariusza GHQ-12 wskazuje, iż najczęściej zaznaczaną kategorią odpowiedzi była ta oznaczona punktacją '1'. Stosunkowo rzadko wykorzystywano możliwość odpowiedzi punktowanej jako '3', która oznacza znacznie gorzej niż zwykle. Nie jest to zaskakujące, biorąc pod uwagę rodzaj badanej grupy i sytuację, w której prowadzono badanie. Powodem wizyty w poradni była konieczność uzyskania wsparcia medycznego dla poprawy zdrowia.

W samoocenie stanu zdrowia psychicznego badani w zdecydowanej większości ocenili swoje funkcjonowanie psychiczne jako złe ( $n=88$ ; 83,8%). Badani seniorzy, którzy ocenili, że ich zdrowie psychiczne jest przeciętne stanowili drugą pod względem liczebności grupę ( $n=12$ ; 11,4%). Jedynie 5 osób (4,8%) określiło, że ich dobrostan psychiczny jest dobry. Średni wynik ogólnego stanu zdrowia psychicznego w skali GHQ-12 wynosił  $16,99\pm 4,32$ , co oznacza, że w grupie badanej seniorzy mają duże trudności w funkcjonowaniu psychicznym. Ponadto zaobserwowano, że wszyscy badani mieli punkt odcięcia powyżej 3 pkt co oznacza, że trudności utrzymują się w czasie (przewlekłość stanu). Wynik powyżej punktu progowego, sygnalizuje, że w grupie badanej wszyscy seniorzy doznawali określonych dolegliwości

Tabela II. Samoocena stanu zdrowia psychicznego i wybrane czynniki społeczno-demograficzne

Table II. Self-assessment of mental health and particular sociodemographic determinants

Zmienna		N	M	SD	Analiza statystyczna
Płeć	Kobieta	75	16,93	4,24	Z=0,24 p=0,8
	Mężczyzna	30	17,13	4,59	
Grupy wiekowe	60-70 lat	32	15,00	4,79	H=10,99 p=0,004*
	71-80 lat	48	17,50	3,66	
	>80 lat	25	18,56	4,09	
Wykształcenie	Podstawowe	6	15,83	2,22	H= p=0,6
	Zawodowe/średnie	83	17,01	4,46	
	Wyższe	16	17,31	4,28	
Aktywność zawodowa	Emeryt	10	16,40	6,25	Z=0,52 p=0,6
	Pracujący	95	17,05	4,11	

M-mediana, SD- odchylenie standardowe, H-wynik testu Kruskala-Wallisa, df-liczba stopni swobody Z- wynik 0,78 testu U Manna-Whitneya, p-poziom istotności statystycznej.

psychofizycznych. Najwyższy wynik wynosił 26 pkt., zaś najniższy 7 pkt.

Analiza zebranego materiału wykazała, że badani w ostatnich kilku tygodniach odczuwali liczne utrudnienia w zakresie funkcjonowania społecznego. Do czynników, które najczęściej sprawiały problemy emocjonalne w grupie badanej (mierzone za pomocą skali GHQ-12) należały: mniejsza zdolność do podejmowania decyzji (57,1%), mniejsza zdolność stawiania czoła swoim problemom (49,5%), trudności w koncentrowaniu (48,6%), co trzecia osoba (32,4%) raczej czuła się nieszczęśliwa i przygnębiona, a 28,6 % badanych zmartwienia nie pozwalały spać. Co piąty badany (21,0%) tracił wiarę w siebie, prawie co piąty (18,1%) uważał siebie za osobę bezwartościową a co dziesiąty (8,6%) zazwyczaj czuł przeciętnie.

Analiza czynników społeczno-demograficznych wykazała, że płeć, wykształcenie, aktywność zawodowa nie mają istotnego statystycznie wpływu na samoocenę zdrowia psychicznego u osób po 60 roku życia. Natomiast analiza statystyczna wykazała istotne różnicowanie samooceny zdrowia psychicznego z wiekiem, najlepiej postrzegały swoje zdrowie psychiczne osoby najmłodsze a najgorzej najstarsze.

## Dyskusja

Zgromadzone wyniki potwierdzają alarmujące doniesienia o narastającej słabości psychicznej starszych osób w ogólnej populacji. Sami Polacy oceniają swój stan zdrowia psychicznego pesymistycznie. Słabe funkcjonowanie psychiczne osób starszych stwierdzono u większości badanych. Obserwowany wzrost liczby osób starszych, coraz większa dynamika starzenia społeczeństwa niesie za sobą obciążenie systemu emerytalnego, budżetu publicznego, dostosowanie nadrzędnych celów

gospodarki a w szczególności miejsc pracy z uwagi na starzenie się pracowników, większe zapotrzebowanie na usługi i opiekę zdrowotną, ponadto sama specyfika procesu starzenia stanowi potencjalny konflikt międzypokoleniowy co powoduje, że kondycja psychiczna osób w starszym wieku staje się istotnym problemem społecznym wymagającym praktykowania skutecznych metod ich rozwiązywania.

Dane dotyczące zdrowia psychicznego osób w wieku starszym w Polsce są stosunkowo skąpe i nie oddają rzeczywistej skali problemu. Według autorów badań Pol-Senior przeprowadzonych w latach 2007 do 2011 roku narasta z wiekiem obecność objawów depresyjnych u osób starszych [11]. Odnotowano występowanie objawów depresyjnych u co czwartej osoby w wieku 65-79 lat, a także u co trzeciej w wieku 80 lat i więcej.

Podstawowym elementem profilaktyki w kwestii utrzymania i poprawy kondycji psychicznej osób starszych powinno być jego stałe monitorowanie i ocena. Z uwagi na wieloaspektowość i złożoność kryteriów zdrowia psychicznego zadanie to nie należy do łatwych. W niniejszej pracy wykorzystano subiektywny wskaźnik zdrowia psychicznego jako uzyskany wynik samooceny pacjentów jednej z poradni rehabilitacyjnych.

Badania dokonano przy użyciu kwestionariusza GHQ-12, który umożliwia zidentyfikowanie osób o podwyższonym ryzyku pogorszenia zdrowia psychicznego [12]. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia [10] Davida Goldberga nie jest narzędziem do postawienia diagnozy, nie jest gruntową oceną w ujęciu psychiatrycznym, lecz rekomendowany jest jako narzędzie przesiewowe do szybkiego wykrywania w danej populacji osób dorosłych, u których występuje prawdopodobieństwo ryzyka rozwoju klinicznych odchyżeń zdrowia psychicznego. Według autora kwestionariusz jest wrażliwy na krótkotrwale zaburzenia, które mogą ustąpić bez wdrożenia le-

czenia. Znanych jest kilka wersji kwestionariusza a mianowicie pełna 60- punktowa oraz wersje skrócone: 30-, 28- i 12-punktowe. W niniejszym badaniu autorskim wykorzystano najkrótszą, ale niemniej najszybszą wersję 12-punktową, która jest zalecana jako bardzo rzetelne narzędzie, podobnie jak wersje zawierające większą liczbę pytań. Istotną zaletą GHQ jest jego popularność, umożliwia bowiem porównanie własnych wyników z badaniami innych autorów. Został przetłumaczony na wiele języków świata, w tym również na język polski [12]. Uważa się, że może być używany do badań w środowiskach o odmiennych wartościach kulturowych.

Skala GHQ-12 jest narzędziem, które nie jest zbyt często używane do oceny zdrowia psychicznego osób w podeszłym wieku. Analiza materiału własnego wskazuje, że najliczniejszą grupą badanych jest grupa o złym stanie zdrowia psychicznego, tylko co dwudziesta piąta osoba jest zadowolona ze swojego zdrowia psychicznego. Podobne wyniki uzyskali Arciszewska i wsp. [14] Spośród przebadanych, pozytywny wymiar zdrowia psychicznego, ma jedynie co dziesiąty badany a zaburzenia zdrowia psychicznego stwierdzono u 88% ankietowanych. Jak pokazują badania Epidemiologiczne Zaburzeń Psychiczych i Opieki Zdrowotnej przeprowadzone na reprezentatywnej grupie 10 000 osób starszych, 70 % oceniało aktualny stan zdrowia psychicznego bardzo dobrze, natomiast osoby niezadowolone stanowiły jedynie 5,3% [5]. Nieco gorzej samoocena stanu zdrowia wypadła w badaniach własnych. Aż 83,8% badanych swój stan zdrowia psychicznego oceniło jako zły, ponad 11,4% uznało go za przeciętny, a jedynie 4,8% określiło jako dobry. Badania Makowskiej i Merecz [13] wykazały, że mitygowanie emocji i ich wyrażenie przyczynia się do ich nasilenia oraz prowadzi do długotrwałego utrzymania się podniecenia emocjonalnego. Nie zmanifestowanie gniewu może być przyczyną niektórych chorób a złość może prowadzić do wzrostu częstości objawów takich jak: wzrost ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie tętna czy kołatanie serca oraz ryzyko schorzeń układu krążenia. Tłumione emocje są jednym z czynników, które stają się przyczyną zaburzeń nerwicowych jak i chorób somatycznych. Literatura przedmiotu wskazuje, że starsze osoby w trakcie wizyty lekarskiej rzadziej mówią o swoich odczuciach i problemach psychicznych. Pacjenci najczęściej skupiają się na objawach somatycznych takich jak ból mięśni czy głowy. Często bagatelizowane są objawy związane ze stanem psychicznym, co może być efektem obawy przed etykietowaniem, przejawem skrupowania oraz przekonania, że zły nastrój jest nierozzerwalnym elementem towarzyszącym procesowi starzenia [15]. Niemniej należy podkreślić fakt, że choroba przewlekła, która

w znacznym stopniu zmniejsza niezależność jednostki, zwykle budzi lęk, niepokój i przyczynia się wystąpienia bólu przewlekłego, zmęczenia jak również powoduje trudności w zasypianiu. Taka choroba często ogranicza funkcjonowanie pacjenta bądź uniemożliwia zaspakajanie potrzeb życiowych oraz zawiera czynnik poczucia utraty wartości [16,17]. Dostępne wyniki badań potwierdzają związek fizycznego dobrostanu z subiektywną oceną swojego stanu zdrowia [18]. Co więcej, należy pamiętać o dużym wpływie uwarunkowań genetycznych na stan zdrowia psychicznego [19]. Przeprowadzone badanie dowiodło, że wiek badanych seniorów bardziej niż płeć, wykształcenie, czy status aktywności zawodowej jest predykatorem wpływającym na samoocenę kondycji psychicznej. Najniższą i istotną statystycznie ocenę zdrowia psychicznego mieli badani w przedziale wiekowym 60-70 lat, a więc najmłodszy w badanej grupie. Otrzymane wyniki są zgodne z podobnymi prezentowanymi wcześniej w literaturze przedmiotu [20]. Ponadto badania Jasielskiej [21] poświęcone ocenie regulacji emocji pozytywnych i negatywnych również wykazały, że czynnikiem wpływającym na wymiar zdrowia psychicznego jest wiek. Badania Makowskiej oraz Merecz potwierdziły, że zaburzenia dobrostanu psychicznego występują u 46% respondentów i był to wynik wyższy od oczekiwanego. Wynika z tego, że stan zdrowia osób po 60 roku życia jest zdecydowanie niezadawalający [22].

Zaburzona kondycja psychiczna może mieć konsekwencje dla seniora i efektywności terapii chorób towarzyszących. Jak dowiedziono, obecność objawów depresyjnych wiąże się z wysokim ryzykiem zapadalności na choroby układu krążenia, znacznym utrudnieniem kontroli glikemii w przebiegu cukrzycy. Co więcej, przebycie w ciągu życia choćby jednego epizodu depresji znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca i zawału mózgu [23,24,25]. Zatem podejmowane interwencje terapeutyczne powinny obejmować omówienie z pacjentem klinicznych objawów i jego potrzeb oraz nauczenie dostrzegania skutków różnych zachowań.

## Wnioski

1. Samoocena stanu zdrowia psychicznego wskazuje, że zdecydowana większość badanych nie cieszy się dobrą kondycją psychiczną. W samoocenie stanu zdrowia psychicznego badani w większości opisywali swoje zdrowie jako złe.
1. Wykazano, że samoocena stanu zdrowia psychicznego zależy od wieku, najlepsze oceny deklarowali najmłodszy pacjenci.

2. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność zwiększenia czujności pracowników placówek medycznych na potrzebę monitorowania stanu emocjonalnego pacjentów w starszym wieku.

Źródło finansowania

Badania zostały wykonane w ramach Badań Statusowych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku.

Konflikt interesów/conflict of interest

Brak/non

## Piśmiennictwo/References

- Gromulska L. Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. *Przegl Epidemiol* 2010, 64:132.
- Heitzman J. Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków. *Nauka*. 2010, 4: 53-59.
- Heitzman J. Zdrowie psychiczne Polaków-aktualne zagrożenia. *Wszechświat*. 2013, t.114, 4-6:94-97.
- Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). *Zdrowie Psychiczne Polaków – BS/132/2012*. Warszawa 2012, 1-17.
- Moskalewicz J, Wciórka J, Kiejna A, Wojtyniak B. Raport z badań - Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP-Polska. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
- Tobiasz-Adamczyk B. Społeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych u kresu życia. *Gerontol Pol* 2017; 25: 254-260.
- Szafranek A. Problem nadużywania alkoholu przez osoby starsze zamieszkujące domy pomocy społecznej- aspekty prawno-społeczne i wyzwania dla edukacji. *Pedagogika Społeczna* 2018 (RXVII); 3(69): 203-220.
- Ziomek-Michalak K. Starzenie się i starość w percepcji studentów przygotowujących się do zawodu pracownika socjalnego. *Gerontol Pol* 2016, 24:167-175.
- Parnowski T. Starzenie się a zdrowie psychiczne. *Medycyna po Dypl.* 2011, (20): 28-34.
- Makowska Z, Merecz D. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Golberga. *Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12, GHQ-28*. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera. Łódź 2001, 15-104.
- Broczek M, Mossakowska M, Szypalska A. i wsp. Występowanie objawów depresyjnych. [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.). *Badania Polsenior*. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012,123-137.
- Goldberg D.P. *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER-NELSON, Windsor 1978.
- Makowska Z, Merecz D. Polska adaptacja kwestionariuszy ogólnego stanu zdrowia Davida Golberga: GHQ-12 i GHQ-28.[w:]*Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Golberga*. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera. Łódź 2001,195-210.
- Arciszewska Al, Siwek M, Dudek D. Poczucie obciążenia oraz poziom dystresu psychicznego wśród małżonków pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową - analiza porównawcza typu I i II. *Psychiat. Pol.* 2015,(10): 1-10.
- Andruszkiewicz A, Basińska M. Stan psychiczny pacjentów na etapie wczesnej i późnej starości a ich oczekiwania wobec lekarza. *Psychiatr. Pol.* 2016, 50(5): 1001-1014.
- Kozak-Szkopek E, Mossakowska M, Ślusarczyk P. i wsp. Analiza występowania bólu przewlekłego u osób starszych w Polsce [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. (red.).Termedia ,Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012, 295-306.
- Wysokiński M, Dmowska P, Fidecki W, Dziedzic B, Zachowania zdrowotne a akceptacja choroby osób w podeszłym wieku. *Geriatrics* 2019, 13: 77-82.
- Judge TA, Ilies R, Dimotakis N. Are health and happiness the product of wisdom?, The relationship of general and occupational attainment, health, and well-being. *JAppl. Psychology*. 2010, 95(3): 454-468.
- Keys LLM, Myers JM, Kendler KS. The structure of the genetic and enviromental influences on mental well-being. *Am J. Public Health* 2010, 100 (12): 2379-2384.

20. Makowska Z, Merecz D. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Golberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12, GHQ-28. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2001, 105-110.
21. Jasielska A, Funkcjonowanie emocjonalne osób w wieku 60-85 lat na przykładzie regulacji emocji. *Gerontol. Pol.* 2011, 2:1 112-118.
22. Makowska Z., Merecz D. Polska adaptacja kwestionariuszy ogólnego stanu zdrowia Davida Golberga: GHQ-12 i GhQ-28.[w:] Ocena zdrowia psychicznego na podstawie GHQ-12 i GHQ-28. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera. Łódź 2001, 244-260.
23. Filipka K, Antczak A, Kędziora-Kornatowska K, Ciesielska N. Współwystępowanie chorób somatycznych i zaburzeń depresyjnych u osób w podeszłym wieku. *Gerontol Pol* 2016, 24: 58-63.
24. Cojocar GR, Popa-Wagner A, Stanculescu EC, Babadan L, Buga AM. Post-stroke depression and the aging brain. *J Mol Psychiatry.* 2013;23;1(1):14.
25. Zdrojewski T, Więcek A. Rozpowszechnianie, świadomość i skuteczność leczenia nadciśnienia [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red). Termedia, Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012: 81-223.