

Jakość życia a ryzyko depresji wśród osób starszych

Quality of life and risk of depression among elderly people

ANNA PACIAN^{1/}, TERESA B. KULIK^{1/}, PAWEŁ CHRUSCIEL^{1/}, MARTYNA MAZUREK-SITARZ^{2/}, KAROL SITARZ^{2/}, TOMASZ DEREWIECKI^{2/}

^{1/} Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

^{2/} Katedra Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii, Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie. Depresja w starszym wieku nie tylko negatywnie wpływa na przebieg i rezultaty terapii schorzeń somatycznych czy życie społeczne, ale również przyczynia się do pogorszenia jakości życia.

Cel badań. Analiza zależności pomiędzy subiektywną oceną jakości życia a ryzykiem depresji wśród osób starszych.

Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 82 osób spełniających kryteria włączenia do badania. Do pomiaru zmiennych użyto kwestionariusza WHOQoL-bref do pomiaru jakości życia, Geriatrycznej Skali Oceny Depresji Yesavage'a (GDS) do pomiaru stopnia zagrożenia wystąpieniem objawów depresji oraz kwestionariusza opisującego dane demograficzne i kliniczne.

Wyniki. Średnia wieku dla kobiet wyniosła 67,8; a dla mężczyzn 68,9 lat. Respondenci dość dobrze ocenili swoją jakość życia ($M > 3,00$). Najniżej oceniono domenę fizyczną i psychiczną ($M = 3,27$; $M = 3,20$). Wyższych ocen poszczególnych domen dokonywały osoby nieobciążone ryzykiem zachorowania na depresję. Zaobserwowano istotne statystyczne związki informujące, że wraz ze wzrostem wieku do 75 lat maleją wartości domeny psychicznej oraz społecznej. Jednak powyżej 75 lat wartości te zwiększają się.

Wnioski. Wysoka jakość życia nie jest jednoznaczna z dobrym stanem zdrowia. Brak ryzyka wystąpienia depresji pozytywnie wpływa na ocenę jakości życia. Tendencja do obniżania się jakości życia do 75 r.ż. oraz jej późniejszego wzrostu jest ciekawym zjawiskiem, mogącym potwierdzać przypuszczenie, iż ludzie u granic wieku coraz mniej obawiają się śmierci. Niezbędne są starania w kierunku poprawy jakości życia osób starszych poprzez minimalizowanie ryzyka wystąpienia depresji.

Słowa kluczowe: jakość życia, depresja, osoby starsze, WHOQoL-bref, GDS

Background. Depression in old age not only adversely influences the progress and results of treatment of somatic illnesses or social life, but also contributes to deterioration in quality of life.

Aim. To analyse correlations between the subjective evaluation of life quality and risk of depression among elderly people.

Materials & Methods. The research covered a group of 82 people who fulfilled the criteria of inclusion in the study. Variables were measured with WHOQoL-bref questionnaire for the evaluation of life quality, Yesavage's Geriatric Depression Scale (GDS) estimating the degree of depression symptoms risk and a questionnaire providing demographic and clinical data.

Results. The average age was 67.8 years for women and 68.9 for men. The respondents evaluated their life quality rather positively ($M > 3.00$). The physical and mental domains were evaluated the least favourably ($M = 3.27$; $M = 3.20$). People with no risk of depression rated particular domains higher. There were statistically significant correlations indicating that the values of mental and social domains decreased with the increase of age till 75 years. However, these values increased for people aged over 75.

Conclusions. High quality of life is not equivalent to good health condition. Lack of depression risk positively influences the evaluation of life quality. The tendency for quality of life to decrease until 75 years of age and to increase later is an interesting phenomenon which may confirm the assumption that people approaching the end of life are less afraid of death. It is necessary to strive for improvement of life quality in elderly people through minimising the risk of depression.

Key words: quality of life, depression, elderly people, WHOQoL-bref, GDS

© Hygeia Public Health 2014, 49(4): 820-824

www.h-ph.pl

Nadesłano: 27.10.2014

Zakwalifikowano do druku: 23.11.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Paweł Chrusciel

Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk

o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ul. Chodźki 1, 20-093 Lublin

tel. 603 452 409, e-mail: pawelchrusciel@o2.pl

Wprowadzenie

Wskutek postępu cywilizacyjnego, szczególnie w dziedzinie medycyny, poprawy jakości życia i wydłużania się czasu trwania życia, a także ujemnego przyrostu naturalnego w wielu krajach wzrasta w populacji odsetek osób starszych [1].

W Polsce w 2013 r. ludność powyżej 65 roku życia stanowiła ponad 14%. Szacuje się, iż odsetek osób

w wieku emerytalnym do 2050 r. w skali światowej wzrośnie z 11% do 25%, natomiast w samej Europie z 27% do 51% [2]. Warto zaznaczyć, iż w 2014 roku rozpoczął się okres najsilniejszego wzrostu liczby osób starszych (200 tys. rocznie) i trwać będzie według prognoz aż do 2022 r. Po tym czasie tendencja ta znacząco wyhamuje [3, 4].

Starość związana jest nie tylko z występowaniem wielu chorób somatycznych. Często towarzyszy jej także osamotnienie, brak poczucia własnej wartości, izolacja społeczna, problemy finansowe i zniedołężnienie. W obliczu mnogości problemów u osób w podeszłym wieku często pojawiają się zaburzenia psychiczne, szczególnie depresja [5-7].

Depresja to zespół objawów zaburzeń emocjonalnych, współwystępujący ze schorzeniami somatycznymi, często nasilający ich objawy. Charakteryzuje się obniżeniem nastroju i aktywności oraz lękiem. Występuje u około 15-20% osób powyżej 65 r.ż. [8]. Dla populacji osób starszych dolegliwość ta nie tylko negatywnie wpływa na przebieg i rezultaty terapii schorzeń somatycznych czy życie społeczne, lecz również przyczynia się do pogorszenia i tak nienajlepszej jakości życia [9].

Zważywszy na fakt, iż zdrowie psychiczne jest jednym z determinantów jakości życia, badania w zakresie określania satysfakcji z egzystencji osób starszych, których ciągle przybywa, jest uzasadnione [10].

Jakość życia jako pojęcie dość nieprecyzyjne, a zarazem wielowymiarowe, przysparza wielu kłopotów definicyjnych i metodycznych [11]. W niniejszej pracy postanowiono odnieść się do zagadnień związanych z jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia (HRQoL). Oparto się na holistycznym konstrukcie wywodzącym się z definicji „zdrowia” wprowadzonej przez WHO. Na tak rozumiane pojęcie jakości życia składają się czynniki zarówno somatyczne, psychologiczne, społeczne, jak i warunki środowiskowe, osobowość, czy system wartości. Biorąc pod ocenę powyższe można stwierdzić, iż jakość życia w przeważającej mierze ma wymiar subiektywny i w dużym stopniu zależy od indywidualnej oceny poszczególnych jej składowych [12].

Cel badań

Analiza zależności pomiędzy subiektywną jakością życia a ryzykiem depresji wśród osób starszych.

Materiał i metody

Grupa i narzędzia badawcze

Badania sondażowe prowadzono w miesiącach maju i czerwcu 2014 r. Populację generalną badań stanowiły osoby spełniające kryteria włączenia do badania:

- wyrażające świadomą zgodę na udział w badaniu;
- zgłaszające się na zajęcia terapii ruchowej;
- w wieku 60 i więcej lat;
- kobiety i mężczyźni;
- zamieszkujące na terenie województwa lubelskiego.

Respondenci otrzymali ankiety z prośbą o ich wypełnienie. Na podstawie zwrotów, do badania zakwalifikowano 82 respondentów.

Do pomiaru zmiennych użyto 3 narzędzi:

1. kwestionariusza WHOQoL-bref do pomiaru jakości życia umożliwiającego uzyskanie profilu ogólnej jakości życia, ogólnego stanu zdrowia oraz jakości życia w zakresie 4 domen [13]:
 - DF – fizycznej (opisującej ból, dyskomfort, sen, wypoczynek, energię, zmęczenie),
 - DP – psychologicznej (opisującej wygląd, poczucie własnej wartości, pozytywne i negatywne uczucia, obraz własnego ciała, samoocenę),
 - DŚ – środowiskowej (opisującej bezpieczeństwo, zasoby materialne, dostępność opieki zdrowotnej, dostęp do informacji, czas wolny),
 - DS – społecznej (opisującej wsparcie społeczne, relacje osobowe, aktywność seksualną).
 Wyniki zawierają się w przedziale od 4 do 20 punktów. Punktacja domen ma kierunek pozytywny co oznacza, że większej liczbie punktów, odpowiada lepsza jakość życia.
2. Geriatrycznej Skali Oceny Depresji Yesavage’a w wersji skróconej (GDS-SF) do pomiaru stopnia zagrożenia wystąpieniem objawów depresji (15 pytań – tak/nie). Interpretacja wersji skróconej oparta jest na liczbie uzyskanych punktów: 0-5 brak ryzyka depresji, 6-15 występuje ryzyko depresji [14].
3. 7-pytaniowego kwestionariusza opisującego dane demograficzne i kliniczne (płeć, wiek, stan cywilny, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, obecność bądź brak choroby oraz rodzaj schorzenia).

Zmienną zależną była subiektywna jakość życia natomiast jako zmienne niezależne przyjęto stopień ryzyka depresji oraz dane metrykalne.

Plan analizy statystycznej

Podczas analizy statystycznej zostały wykorzystane dla zmiennych na skalach nominalnych następujące testy: V Kramera (tabele 2×3, 4×5), Phi (tabele 2×2) – jako miary symetryczne informujące o sile zależności między zmiennymi w tabelach krzyżowych. W przypadku pytań na skalach porządkowych zostały zastosowane testy Tb – Kendalla lub Tc – pierwszy dla tabel 2×2 drugi 2×3, 4×5. Gdy tabela krzyżowa składała się ze skali nominalnej i porządkowej wówczas odczytywana była statystyka na niższym poziomie. Wszystkie miary siły związku są normalizowane, tak aby przyjmowały wartości z przedziału (-1;1).

W sytuacji gdy zmienna zależna była na skali ilościowej, a niezależna na jakościowej (więcej niż 2 próby) zastosowano nieparametryczny test Kruskala-Wallisa, zaś w przypadku gdy zmienna niezależna posiadała 2 próby wykorzystano test U Manna-Whitneya – w przypadku braku normalności rozkładu.

Za istotne statystycznie przyjmowano związki z wynikiem testów przyjmujących wartość $p < ,05$.

Wyniki

Średnia wieku dla kobiet wyniosła 67,8 (SD=5,00), a dla mężczyzn 68,9 (SD=4,34) (tab. I).

Respondenci dość dobrze ocenili swoją jakość życia ($M > 3,00$), przy czym poszczególne składowe jakości życia ocenione zostały gorzej aniżeli ogólna jakość życia (tab. II). Najniżej oceniono domenę fizyczną i psychiczną ($M = 3,27$; $M = 3,20$).

W niniejszej pracy przedstawiono i odniesiono się wyłącznie do zaobserwowanych zależności statystycznych.

Analiza statystyczna z wykorzystaniem nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya wykazała, iż wyższymi wartościami domeny fizycznej, psychicznej oraz społecznej charakteryzowali się badani, u których nie stwierdzono zagrożenia depresją ($p < ,05$) (tab. III).

Zaobserwowano istotne statystyczne związki informujące, że wraz ze wzrostem wieku do 75 lat maleją wartości domeny psychicznej oraz społecznej. Jednak powyżej 75 lat wartości te zwiększają się. Jest to ciekawe

zjawisko, gdyż wiele badań wskazuje, że ludzie u granic wieku coraz mniej obawiają się śmierci (tab. IV).

Natomiast w odniesieniu do poszczególnych domen jakości życia oraz miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, stanu cywilnego i obecności choroby nie zaobserwowano istnienia zależności statystycznie istotnych ($p > ,05$).

Badani z chorobami układu nerwowego gorzej ocenili domenę psychiczną, zaś niższe wartości domeny środowiskowej obserwuje się u badanych z chorobą układu nerwowego oraz układu sercowo-naczyniowego. Związki są istotne statystycznie (tab. V).

Biorąc pod uwagę depresję i wiek badanych zaobserwować można umiarkowaną zależność istotną statystycznie, która informuje, że wraz ze wzrostem wieku częściej występuje depresja (tab. VI).

Badani z wykształceniem zawodowym i wyższym częściej miewają depresję. Zależność jest umiarkowana oraz istotna statystycznie (tab. VII).

Tabele krzyżowe dla zależności depresji i płci ($p = 0,26$), depresji i miejsca zamieszkania ($p = 0,59$), depresji i stanu cywilnego ($p = 0,15$), depresji i obecności choroby ($p = 0,43$) oraz depresji i rodzaju choroby ($p = 0,18$) nie wykazały istnienia zależności istotnych statystycznie i dlatego nie zostały włączone do wyników badań.

Tabela I. Rozkład zmiennych demograficznych i klinicznych w próbie
Table I. Distribution of demographic and clinical variables in the sample

| Zmienna | | N | % |
|----------------------|-------------------------------------|----|------|
| Płeć | Kobieta | 63 | 76,8 |
| | Męczyzna | 19 | 23,2 |
| Wiek | 60-65 lat | 24 | 29,3 |
| | 66-70 lat | 34 | 41,5 |
| | 71-75 lat | 19 | 23,2 |
| | 76-80 lat | 5 | 6,1 |
| Miejsce zamieszkania | Miasto | 51 | 62,2 |
| | Wieś | 31 | 37,8 |
| Poziom wykształcenia | Zawodowe | 8 | 9,8 |
| | Średnie | 49 | 59,8 |
| Stan cywilny | Wyższe | 25 | 30,5 |
| | Wolny | 9 | 11,0 |
| Obecność choroby | W związku | 33 | 40,2 |
| | Rozwód | 17 | 20,7 |
| | Wdowa/wdowiec | 23 | 28,0 |
| Rodzaj schorzenia | Tak | 66 | 80,5 |
| | Nie | 16 | 19,5 |
| Ryzyko depresji | Choroby układu kostno-stawowego | 41 | 50,0 |
| | Choroby układu sercowo-naczyniowego | 15 | 18,0 |
| | Cukrzyca | 8 | 10,0 |
| | Choroby układu nerwowego | 2 | 2,0 |
| | Tak | 16 | 19,5 |
| | Nie | 66 | 80,5 |

Tabela II. Statystyki opisowe dla skali WHOQoL-bref
Table II. Descriptive statistics for WHOQOL-bref scale

| Domena | N | M | SD |
|---------------------|----|------|-----|
| ogólna jakość życia | 82 | 3,69 | ,78 |
| ogólny stan zdrowia | 82 | 3,50 | ,80 |
| DF | 82 | 3,27 | ,33 |
| DP | 82 | 3,20 | ,50 |
| DŚ | 82 | 3,43 | ,42 |
| DS | 82 | 3,46 | ,72 |

N – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela III. Zależności pomiędzy ryzykiem depresji a jakością życia
Table III. Relations between risk of depression and quality of life

| Depresja | | ogólna jakość życia | ogólny stan zdrowia | DF | DP | DŚ | DS |
|------------------|----|---------------------|---------------------|------|------|------|------|
| Tak | N | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 |
| | M | 3,63 | 3,50 | 3,13 | 2,88 | 3,44 | 3,00 |
| | SD | ,50 | ,52 | ,33 | ,44 | ,34 | ,62 |
| Nie | N | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 |
| | M | 3,70 | 3,45 | 3,31 | 3,28 | 3,43 | 3,57 |
| | SD | ,84 | ,86 | ,32 | ,49 | ,44 | ,70 |
| p Manna-Whitneya | | ,265 | ,753 | ,016 | ,001 | ,688 | ,004 |

oznaczone korelacje są istotne przy $p \leq ,05$

N – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela IV. Zależności pomiędzy wiekiem a domenami jakości życia
Table IV. Relations between age and quality of life

| Wiek | | DF | DP | DŚ | DS |
|-------------------|----|------|------|------|------|
| 60-65 lat | N | 24 | 24 | 24 | 24 |
| | M | 3,41 | 3,40 | 3,48 | 3,48 |
| | SD | ,33 | ,48 | ,42 | ,42 |
| 66-70 lat | N | 34 | 34 | 34 | 34 |
| | M | 3,21 | 3,12 | 3,52 | 3,35 |
| | SD | ,30 | ,39 | ,40 | ,40 |
| 71-75 lat | N | 19 | 19 | 19 | 19 |
| | M | 3,17 | 2,96 | 3,22 | 3,22 |
| | SD | ,32 | ,49 | ,43 | ,43 |
| 76-80 lat | N | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | M | 3,37 | 3,63 | 3,45 | 3,53 |
| | SD | ,34 | ,76 | ,31 | ,29 |
| p Kruskala-Wallis | | ,099 | ,019 | ,14 | ,007 |

oznaczone korelacje są istotne przy $p \leq ,05$

N – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela V. Zależności pomiędzy rodzajem schorzenia a domenami jakości życia
Table V. Relations between type of disease and quality of life

| Rodzaj schorzenia | | DF | DP | DŚ | DS |
|-------------------------------------|----|------|------|------|------|
| Choroby układu kostno-stawowego | N | 41 | 41 | 41 | 41 |
| | M | 3,30 | 3,11 | 3,52 | 3,39 |
| | SD | ,33 | ,39 | ,36 | ,36 |
| Choroby układu sercowo-naczyniowego | N | 15 | 15 | 15 | 15 |
| | M | 3,22 | 3,10 | 3,04 | 3,04 |
| | SD | ,21 | ,58 | ,41 | ,41 |
| Cukrzyca | N | 8 | 8 | 8 | 8 |
| | M | 3,32 | 3,46 | 3,44 | 3,44 |
| | SD | ,33 | ,26 | ,22 | ,53 |
| Choroby układu nerwowego | N | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | M | 2,57 | 2,50 | 3,00 | 2,67 |
| | SD | ,00 | ,00 | ,00 | ,00 |
| p Kruskala-Wallis | | ,087 | ,012 | ,001 | ,318 |

oznaczone korelacje są istotne przy $p < ,05$

N – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela VI. Tabela krzyżowa zależności depresji i wieku
Table VI. Cross-table for relations of depression and age

| | | | 60-65 lat | 66-70 lat | 71-75 lat | 76-80 lat | Σ |
|----------|-----|---|-----------|-----------|-----------|-----------|------|
| Depresja | Tak | N | 2 | 5 | 7 | 2 | 16 |
| | | % | 8,3 | 14,7 | 36,8 | 40,0 | 19,5 |
| | Nie | N | 22 | 29 | 12 | 3 | 66 |
| | | % | 91,7 | 85,3 | 63,2 | 60,0 | 80,5 |
| Σ | | N | 24 | 34 | 19 | 5 | 82 |
| | | % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

 $p = ,05$; V Kramera = ,30; $\chi^2 = 7,38$ (df = 3)Tabela VII. Tabela krzyżowa zależności depresji i poziomu wykształcenia
Table VII. Cross-table for relations of depression and level of education

| | | | Zawodowe | Średnie | Wyższe | Σ |
|----------|-----|---|----------|---------|--------|------|
| Depresja | Tak | N | 4 | 4 | 8 | 16 |
| | | % | 50,0 | 8,2 | 32,0 | 19,5 |
| | Nie | N | 4 | 45 | 17 | 66 |
| | | % | 50,0 | 91,8 | 68,0 | 80,5 |
| Σ | | N | 8 | 49 | 25 | 82 |
| | | % | 100 | 100 | 100 | 100 |

 $p = ,004$; V Kramera = ,37; $\chi^2 = 11,24$ (df = 2)

Dyskusja

Wyniki uzyskane przez autorów niniejszego opracowania nie wykazały istotnych statystycznie różnic pomiędzy ryzykiem depresji a ogólną jakością życia, co z kolei potwierdza w swoich badaniach Makara-Studzińska i wsp. wskazując na istotną zależność pomiędzy poziomem depresji u chorych na schizofrenię a jakością życia dla domeny fizycznej. Podobne wyniki osiągnięto w badaniach własnych, gdzie zaobserwowano obniżenie ocen domeny fizycznej jakości życia wśród osób zagrożonych depresją [15]. Zależności między poziomem depresji a jakością życia wśród osób chorych doszukiwali się również inni badacze. Dały i wsp. wykazali, że zaburzenia depresyjne negatywnie oddziałują na poczucie jakości życia [16].

Wyniki badań wskazują na niższą ocenę jakości życia w domenie fizycznej, psychicznej i społecznej u osób zagrożonych depresją. Badania te korespondują

z badaniami innych autorów – Humańska i Kędziora-Kornatowska uzyskały podobny wynik – badając zależność pomiędzy nasileniem stanów depresyjnych a poczuciem jakości życia u osób starszych wykazały, że im większe ryzyko zagrożenia depresją, tym poczucie jakości życia było adekwatnie niższe w każdej z domen skali WHOQoL-bref [17]. Podobne wyniki uzyskał Patten dowodząc jednocześnie, iż lepsze funkcjonowanie w domenie fizycznej jakości życia redukuje objawy depresji [18, 19].

Osoby starsze nieustannie muszą zmagać się z następstwami fizjologicznego starzenia się oraz coraz częstszymi dolegliwościami. Choroby pojawiające się w późniejszych latach życia stają się wyzwaniem w kontekście coraz bardziej obniżającej się sprawności, zarówno fizycznej jak i psychicznej. Według badań własnych seniorzy z chorobami układu nerwowego gorzej ocenili domenę psychiczną jakości życia, jak również domenę środowiskową – podobnie jak osoby cierpiące na cukrzycę i choroby układu sercowo-naczyniowego [6]. Trendy te potwierdzają wyniki badań innych autorów, którzy zwracają uwagę na obniżenie oceny jakości życia osób z nasilonymi cechami depresji w takich schorzeniach jak: cukrzyca i choroba niedokrwienna serca czy ziańnica złośliwa [20, 21]. Jednakże badania autorskie wskazały na znacznie częstsze występowanie depresji u osób cierpiących na schorzenia układu kostno-stawowego (najczęściej było to RZS), podobnie jest w odniesieniu do wyników innych autorów [22, 23]. Nie znajduje to potwierdzenia w badaniach Kuśmierk i wsp. [24]. Ponadto pacjenci z chorobą Hodgkina, gorzej ocenili swoje zdrowie i ogólną jakość swojego życia. Istotne różnice dotyczyły domeny fizycznej, psychicznej i środowiskowej jakości życia, przy czym największa różnica dotyczyła domeny fizycznej [21].

Paradoksalnie, swój ogólny stan zdrowia respondenci zagrożeni depresją ocenili nieznacznie lepiej w porównaniu do osób nieobarczonych tym ryzykiem i nie potwierdzają tego badania Michalskiej-Leśniewicz, która dowiodła, iż kobiety z zaburzeniami depresyjnymi nie były zadowolone ze stanu własnego zdrowia. Podobne wyniki uzyskała Kawiecka-Dziembowska [21, 25].

Wyniki badań własnych pokazują, że wraz ze wzrostem wieku częściej występuje depresja oraz, że wraz ze wzrostem wieku (do 75 lat) słabnie ocena jakości życia dla domeny psychicznej i społecznej. Nieco odmiennie wyniki zaprezentowali Kawiecka-Dziembowska i wsp. w odniesieniu do pacjentów z chorobą Hodgkina. Młodsze osoby lepiej oceniły subiektywną jakość życia w domenie fizycznej i środowiskowej [21].

Badania własne wskazują również na częstsze występowanie depresji u osób starszych z wykształceniem zawodowym i wyższym, natomiast miejsce zamieszkania nie pozostawało w statystycznym związku z ryzykiem depresji. Powyższe znajduje częściowe

poparcie w badaniach Ślusarza, w których stwierdzono różnicujący wpływ poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania na występowanie zaburzeń o podłożu depresyjnym [26]. Podobnie badania przeprowadzone przez Kawiecka-Dziembowska i wsp. stanowią, że osoby z wyższym poziomem wykształcenia charakteryzują się niższym zadowoleniem z ogólnej jakości życia.

W literaturze często zwraca się uwagę na liczne powiązania występującej coraz częściej w późnym wieku depresji połączone z niską oceną jakości życia. Starość jest niejednokrotnie postrzegana jako okres traumatyczny w życiu człowieka, zwłaszcza w dobie tak intensywnych zmian cywilizacyjnych i nowych zagrożeń [7]. Zmiana statusu ekonomicznego i zawodowego, zamiana stylu życia, przemiany zachodzące w organizmie a także choroby towarzyszące sprawiają,

że jakość życia osób starszych znacząco spada a coraz częściej pojawia się depresja. Starość stawia przed nami liczne wyzwania związane z tym procesem.

Wnioski

1. Wysoka jakość życia nie jest jednoznaczna z dobrym stanem zdrowia.
2. Brak ryzyka wystąpienia depresji pozytywnie wpływa na ocenę jakości życia.
3. Tendencja do obniżania się jakości życia do 75 r.ż. oraz jej późniejszego wzrostu jest ciekawym zjawiskiem, mogącym potwierdzać przypuszczenie, iż ludzie u granic wieku coraz mniej obawiają się śmierci.
4. Należy dołożyć wszelkich starań w kierunku poprawy jakości życia osób starszych poprzez minimalizowanie ryzyka wystąpienia depresji.

Piśmiennictwo / References

1. Dudek D, Zięba A, Siwek M i wsp. Depresja. [w:] Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red). Via Medica, Gdańsk 2007: 108-112.
2. Eurostat. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing (2014.08.20).
3. Gębska-Kuczerowska A, Miller M. Sytuacja zdrowotna ludzi powyżej 65 roku życia w Polsce. Zdr Publ 2006, 116(1): 135-137.
4. Rószkiewicz M. Prognozy demograficzne dla polskiej populacji osób starszych. Psychogeriatr Pol 2006, 3(1): 1-10.
5. Turczyński J, Bilikiewicz A. Depresja u osób w podeszłym wieku. Psychiatr Prakt Ogólnołec 2002, 2(2): 99-107.
6. Kulik TB, Janiszewska M, Piróg E i wsp. Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. MONZ 2011, 17(2): 90-95.
7. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Starość jako wyzwanie. Gerontol Pol 2008, 16(3): 131-136.
8. Pużyński S. Depresje towarzyszące chorobom somatycznym. Psychiatr-Neurol 2000, 4(1): 3-12.
9. Ostrzyżek A, Marcinkowski JT. Wymiary jakości życia w wieku podeszłym. Probl Hig Epidemiol 2009, 90(4): 465-469.
10. Saxena S, Orley J. Quality of life assessment. The World Health Organization perspective. Eur Psychiatry 1997, 12(3): 263-266.
11. Majkovicz M, Zdun-Ryżewska A. Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. Psychiatr Prakt Klin 2009, 2(2): 100-114.
12. Kłak A, Mińko M, Siwczyńska D. Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. Probl Hig Epidemiol 2012, 93(4): 632-638.
13. Jaracz K. Jakość życia – wymiar subiektywny i obiektywny. Pielęg Pol 2002, 1(13): 28-37.
14. Albiński R, Kleszczewska-Albińska A, Bedyńska S. Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań. Psychiatr Pol 2011, 45(4): 555-562.
15. Makara-Studzińska M, Wołyniak M, Koślak A. Jakość życia a nasilenie objawów lęku i depresji w rodzinach osób chorych na schizofrenię – badania wstępne. Bad Schizofr 2009, 10(10): 194-199.
16. Daly EJ, Trivedi MH, Stephen R, et al. Health-related quality of life in depression: A STAR*D report. Ann Clin Psychiatr 2010, 22(1): 43-55.
17. Humańska MA, Kędziora-Kornatowska K. Współzależność pomiędzy nasileniem stanów depresyjnych a poczuciem jakości życia u osób starszych. Psychogeriatr Pol 2009, 6(1): 15-22.
18. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, et al. Recreational physical activity ameliorates some of the negative impact of major depression on health-related quality of life. Front Psychiatry 2013, 2(4): 22.
19. Zatońska K, Waszkiewicz L, Połtyn-Zaradna K i wsp. Subiektywna ocena fizycznej dziedziny jakości życia mieszkańców Wrocławia w wieku poprodukcyjnym. Probl Hig Epidemiol 2012, 93(2): 363-365.
20. Sawicka J, Jurkowska G, Bachórzewska-Gajewska H i wsp. Ocena jakości życia oraz częstość występowania objawów depresji u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca kierowanych na planowaną koronografię. Prz Kardiodiabetol 2008, 3(1): 23-27.
21. Kawiecka-Dziembowska B, Borkowska A, Osmańska-Gogol M i wsp. Nasilenie cech depresji i jakości życia u pacjentów z chorobą Hodgkina. Psychoonkol 2006, 10(1): 3-8.
22. Isik A, Koca SS, Ozturk A, et al. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol 2007, 26(6): 872-878.
23. Margaretten M, Julian L, Katz P, et al. Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms. Int J Clin Rheumatol 2011, 6(6): 617-623.
24. Kuśmierk M, Florkowski A, Gałęcki P i wsp. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i somatycznych u pacjentów z rozpoznaniem depresji. Curr Probl Psychiatry 2011, 12(3): 285-292.
25. Michalska-Leśniewicz M, Gruszczynski W. Psychologiczne wyznaczniki jakości życia kobiet z rozpoznaną depresją. Psychiatr Pol 2010, 44(4): 529-541.
26. Ślusarz R, Borzyszkowska A, Szrajda J i wsp. Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na występowanie zaburzeń depresyjnych wśród kobiet. Probl Pielęg 2011, 19(1): 21-26.