

**Joanna Hoffmann-Aulich**  
**Arleta Wojciechowska-Łącka**  
**Grażyna Milewska-Wilk**  
**Monika Lato-Pawłowska**  
**Jan Łącki**

## Wpływ samodzielnego funkcjonowania seniora na poziom satysfakcji z życia i nasilenie depresji

### Wprowadzenie

O starości mówi się od wieków. Już Hipokrates przypisał okresom życia pory roku. Dla starości zarezerwował zimę i zaznaczył, że rozpoczyna się w wieku pięćdziesięciu sześciu lat. Arystoteles jeszcze bardziej skrócił odległość do starości, podając granicę pięćdziesięciu lat. Inaczej do tej kwestii podszedł św. Augustyn, który na początku mówił o siedmiu okresach życia, by ostatecznie pozostać przy sześciu. Stwierdził on, że starość zaczyna się w wieku sześćdziesięciu lat i trwa aż do stu dwudziestu lat<sup>1</sup>. Obecnie starość, wiek starczy określa się jako końcowy okres starzenia się, który nieuchronnie kończy się śmiercią. Granica starości wyznaczona przez WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) to 60 lat. W literaturze coraz częściej spotykamy się z przesunięciem tej granicy do 65 roku życia. Seniorzy to niejednorodna grupa zarówno pod względem stanu zdrowia, sprawności fizycznej oraz psychicznej, jak również sytuacji życiowej ekonomicznej i społecznej<sup>2</sup>. Biorąc pod uwagę powyższe czynniki, wyodrębniono następujące podokresy: wczesna starość obejmująca wiek 60-74 lat, w tym young elderly 65-74 rok życia, późną starość – old elderly 75-89 rok życia, „sędziwą starość”, czyli wiek powyżej 80 roku życia oraz długowieczność, powyżej 90 roku życia. Należy zaznaczyć, że nie każdy może dostąpić możliwości starzenia się pomyślnego, czyli wolnego od schorzeń somatycznych czy psychicznych. W procesie zdrowego starzenia się można wy-

---

<sup>1</sup> J. P. Bois, *Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*, Wyd. Marabut, Warszawa 1996, s. 23.

<sup>2</sup> W. Pędich, *Procesy starzenia się człowieka. Gerontologia i geriatria* [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007, s. 37-41.

różnić: postępujące zmiany morfologiczno-biochemiczne, zmniejszenie się rezerw narządowych, zmniejszenie się możliwości adaptacji organizmu do obciążeń fizycznych, biologicznych i psychosocjalnych. Wymienione aspekty pojawiają się obligatoryjnie. Seniorzy starzejący się w taki sposób mogą być szczęśliwi i zadowoleni z życia. Zwykle umierają śmiercią naturalną (z łac. *mori sua morte*) bez jakichkolwiek uchwytnych przyczyn. Wyróżnia się też zwykle starzenie się (*usual ageing v. normal ageing*), gdzie z uwagi na dyskretne działanie czynników patologicznych nie obserwuje się dynamicznych zmian chorobowych. Trzeci sposób to chorobowe starzenie się (*disease aging*), które jest związane ze zmianami patologicznymi<sup>3</sup>. W czasie trwania tego dynamicznego procesu można spodziewać się zmian, które nie zawsze są łatwe do zdiagnozowania. W tym miejscu należy zwrócić szczególną uwagę na depresję, która w badaniach statystycznych wykazuje nasilenie się problemu wraz z wiekiem. Schorzenie to dotyka znaczącej liczby populacji – 15% – po 65 roku życia, w tym, 2-4% to stany głębokie czyli tzw. duża depresja<sup>4</sup>. Depresja należy do wielkich problemów geriatrycznych, a tym samym jest jednym z najczęstszych i rzadko rozpoznawanych schorzeń u ludzi, tym bardziej w podeszłym wieku. Depresja towarzysząca wielu schorzeniom somatycznym oddziałuje we wszystkich aspektach życia uwzględniając: stan emocjonalny, umysłowy oraz ogólny stan zdrowia<sup>5</sup>. W literaturze spotyka się doniesienia o czynnikach wyzwalających depresję, które bezpośrednio są związane z chorobami somatycznymi takimi, jak: choroby ośrodkowego układu nerwowego, czynniki psychospołeczne oraz czynniki jatrogenne, w których najczęściej wymienia się polifarmakoterapię<sup>6</sup>. Sięgając do definicji autorów podręcznika *Geriatryi* stwierdza się, że depresja jest reakcją psychologiczną i emocjonalną jednostki na różne sytuacje społeczne oraz relacje interpersonalne. Charakterystyczne objawy to: obniżenie nastroju, poczucie rozczarowania, frustracji, nieszczęścia lub rozpacz. Frustracja i smutek często wiąże się ze stresem związanym z codziennym życiem. Utrzymujące się powyżej dwóch tygodni objawy stanowią podstawę do rozpoznania depresji. Najlepiej użyć do tego celu kryteriów do rozpoznania depresji dużej. Zawiera ona dziewięć objawów: 1) obniżenie nastroju, 2) utrata zainteresowania lub brak przyjemności z wykonywania wszyst-

3 K. Duda, *Proces starzenia się*, [w:] A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J. A. Żołędź, *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 3-5.

4 D. Dudek, A. Zięba, M. Siwek, A. Wróbel, *Depresja* [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007, s. 108.

5 R. R. Whitebird, R. L. Heinrich, P. J. O'Connor, L. I. Solberg, *Diagnostyka i leczenie depresji* [w:] T. Rosenthal, B. Naughton, M. Williams, (red.) *Geriatrya*, Wyd. Czelej, Lublin 2009, s. 256.

6 T. Parnowski, *Depresja* [w:] K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wyd. PZWL, Warszawa 2014, s. 264-265.

kich lub prawie wszystkich czynności (anhedonia), 3) zmiana apetytu lub masy ciała, 4) zaburzenia snu (prawie codziennie najczęściej bezsenność), 5) niepokój, pobudzenie lub obniżenie napędu, 6) uczucie zmęczenia lub utraty energii, 7) poczucie winy lub obniżenie poczucia własnej wartości, 8) obniżenie sprawności myślenia, koncentracji lub podejmowania decyzji, 9) nawracające myśli o śmierci lub myśli samobójcze, którym towarzyszą lub nie plany bądź próby samobójcze<sup>7</sup>. U ludzi starszych znacznie częściej obserwuje się depresję małą, inaczej subkliniczną czy podprogową. Objawy są znacznie mniej nasilone w porównaniu z depresją dużą. Czynniki, które częściej powodują małą depresję to stres i pogorszenie zdrowia fizycznego<sup>8</sup>. Depresja u osoby starszej charakteryzuje się zmiennością objawów, skargami na dolegliwości somatyczne, często o większym nasileniu. Zdecydowanie najczęściej obserwuje się pojawianie pojedynczych objawów depresji<sup>9</sup>. Zwykle oprócz obniżonego nastroju, obniżonej motywacji, oraz utraty zainteresowań pojawia się obniżenie w zakresie funkcjonowania poznawczego, szczególnie widoczne w czasie wykonywania bardziej skomplikowanych zadań<sup>10</sup>. Należy zaznaczyć, że niezbędne jest wprowadzenie pogłębionej diagnostyki w celu identyfikacji zaburzeń funkcji poznawczych, jak i depresji ze względu na niebezpieczeństwo fałszywego rozpoznania depresji jako otępienia. Może się również okazać, że powodem zaburzeń poznawczych jest właśnie depresja<sup>11</sup>. Często pojawia się po raz pierwszy po 60 roku życia, co może świadczyć o chorobie otępiennej, albo, jako wynik patologii somatycznej, neurologicznej czy też wspomnianej wcześniej nadmiernej farmakoterapii<sup>12</sup>. Wydaje się bardzo istotne skupić się na problemie depresji, która według wielu autorów jest najczęściej pojawiającym się zaburzeniem psychicznym u osób starszych. Rozpoznana zbyt późno lub nieleczona znacząco obniża jakość życia, również skraca je w związku z samobójstwami i przyczynia się do niepełnosprawności. Znacząco również wpływa na zdrowie fizyczne, nasilając objawy chorób somatycznych, szczególnie chorób serca<sup>13</sup>. Samodzielne funkcjonowanie osoby starszej, jest wynikiem (wypadkową) działania szeregu czynników

7 R. R. Whitebird, R. L. Heinrich, P. J. O'Connor, L. I. Solberg, *Diagnostyka...*, s. 256-257.

8 Tamże.

9 J. Krzyżanowski, *Psychogeriatrya*, Wyd. Medyk, Warszawa 2004, s. 283.

10 U. Hecker, G. Sędek, K. Piber-Dąbrowska, S. Bedyńska, *Wpływ depresji, starzenia się, zagrożenia stereotypem i uprzedzeń na rozumowanie generatywne* [w:] R. Engle, G. Sędek, U. Hecker D. McIntosh, *Ograniczenia poznawcze. Starzenie się i psychopatologia*, Wyd. PWN, Warszawa 2006, s. 401.

11 Projekt PolSenior, <http://polsenior.iimcb.gov.pl/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/rodziany/II.4.pdf>, [Dostęp: 13.04.2015].

12 T. Sobów, *Praktyczna psychogeriatrya rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym*, Wyd. Continuo, Wrocław 2010, s. 170.

13 J. Manthorpe, S. Iliffe, *Depresja wieku podeszłego*, Wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 31.

i zachowań, przede wszystkim tych związanych z ćwiczeniami fizycznymi, pozwalającymi zachować długotrwałą sprawność i kondycję fizyczną. Takie zachowania zaszczerpione w młodym wieku procentują w późniejszym wieku aktywnością ruchową i zapobiegają przedwczesnemu i niekorzystnemu procesowi starzenia się<sup>14</sup>. To właśnie w interesie seniorów jest uzmysłowienie faktu bezpośredniego związku pomiędzy sprawnością ruchową stykającą się bezpośrednio ze zdrowiem i dobrym samopoczuciem. Osoby starsze, które w młodości nie wytworzyły przyzwyczajenia do aktywnego stylu życia, nie posiadają nawyków prozdrowotnych – aktywności ruchowej, nie widzą takiej potrzeby oraz powielają stereotypy starego człowieka, który z roku na rok staje się coraz słabszy, bardziej niedołączny i wymagający pomocy innych<sup>15</sup>. Podeszły wiek i konsekwencje, które bezpośrednio związane są z dalszą perspektywą życia należy rozpatrywać indywidualnie opierając się na wieku, płci i innych uwarunkowaniach społeczno-kulturowych. Należy mieć również świadomość, że jakość życia jest powiązana z uwarunkowaniami z wcześniejszych etapów życia. Wśród istotnych elementów wymienia się pozycję społeczną, która jest uzależniona od stereotypu starości w danym środowisku społeczno-kulturowym. Zmiany w statusie zdrowotnym związanym z naturalnym procesem starzenia się człowieka, wycofanie się z aktywności zawodowej, często związane jest z obniżeniem statusu ekonomicznego oraz zawężeniem się kontaktów międzyludzkich i utratą pozycji społecznej. W końcu wydarzeń życiowych związanych ze stresem i zagrożeniem najbardziej niepożądanym skutkiem jest depresja<sup>16</sup>. Powyższe uwagi skłaniają do głębszego zastanowienia się nad tym okresem życia człowieka oraz jego funkcjonowaniem w społeczeństwie. Modyfikacja w wymienionych obszarach może sprawić, że senior będzie bardziej sprawny i znacznie rzadziej narażony na niepomysłne procesy starzenia się.

## Cele badań

Celem badań było ustalenie wpływu samodzielnego funkcjonowania kobiet oraz mężczyzn w podeszłym wieku, określonego za pomocą

---

14 B. Zboina, K. Bończak, M. Korzonek, M. Biskup, *Wpływ sprawności funkcjonalnej na częstość występowania depresji wśród pensjonariuszy placówek pomocy społecznej*, „Zdrowie i Dobrostan” nr 1, 2014.

15 A. Marchewka, *Aktywność fizyczna – oręż przeciw niepełnosprawności osób w wieku starszym* [w:] A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J. A. Żołądź, *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 386.

16 B. Tobiasz-Adamczyk, *Społeczne aspekty starzenia się i starości* [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007, s. 37-41.

skali Barthel, na poziom satysfakcji życia oparty na skali. SWLS oraz nasilenie depresji identyfikowanej na podstawie skali GDS. Zbadano również korelację osobno w grupie kobiet oraz mężczyzn pomiędzy satysfakcją z życia a nasileniem depresji, a także między wpływem samodzielnego funkcjonowania a wskaźnikiem satysfakcji z życia oraz pomiędzy wpływem samodzielnego funkcjonowania a wartością geriatrycznej skali oceny depresji. Korelację obliczono metodą rang Spearmana, za poziom istotnie statystyczny przyjęto wartość  $p < 0,05$ .

## Materiał i metody

Problemem badawczym w pracy było określenie, czy pomimo dłuższego życia kobiet niż mężczyzn ich stopień samodzielnego funkcjonowania wpływa na poziom satysfakcji z życia i nasilenie depresji oraz czy samodzielne funkcjonowanie kobiet, które żyją dłużej niż mężczyźni, wpływa na poziom satysfakcji z życia i poziom nasilenia depresji? W pracy ustalono hipotezy:

1. Im wyższy poziom satysfakcji z życia kobiet niż mężczyzn i mniejsze nasilenie depresji, tym większe samodzielne funkcjonowanie.
2. Istnieje korelacja między satysfakcją z życia a nasileniem depresji.

## Metoda i techniki badawcze

W badaniu zastosowano skalę Barthel, na podstawie której identyfikowano ogólną sprawność seniora. Skala ta wykorzystywana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>17</sup> do kwalifikowania i objęcia pacjenta środowiskową opieką pielęgniarską. Następnie w grupie 258 osób badano właściwości psychometryczne określone wskaźnikiem SWLS, Skala Satysfakcji z Życia (Satisfaction with Life Scale – SWLS) autorstwa Diener, Emmons, Larsen, Griffin<sup>18</sup>, w polskim opracowaniu Jurczyńskiego<sup>19</sup>. Skala Satysfakcji z Życia jest narzędziem, które pozwala ustalić, na jakim poziomie dane osoby są usatysfakcjonowane swoim życiem. Zawiera 5 stwierdzeń, w której osoba badana zaznacza odpowiednie odpowiedzi przypisując punkty zgodności, gdzie 1 oznacza zupełnie nie zgadzam się, 7 całkowicie się zgadzam. Badany uzyskuje punkty: od 5 do 35. Maksymalna liczba

17 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

18 E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larsen, S. Griffin, *The Satisfaction With Life Scale*, "Journal of Personality Assessment", Feb 1985, nr 49(1) s. 71-75.

19 Z. Jurczyński, *Narzędzie pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009, s. 128-132.

punktów oznacza maksymalną satysfakcję z życia. Zastosowano również Geriatryczną Skalę Depresji, która została opracowana w 1983 roku przez Yesavage i współpracowników, jako narzędzie przesiewowe umożliwiające dokonywanie oceny natężenia symptomów depresji u osób w starszym wieku. Składa się z 15 krótkich pytań z dwoma możliwościami odpowiedzi do wyboru (tak/ nie). Badanie polegało na wypełnieniu kwestionariuszy w obecności pielęgniarki.

Grupę badaną stanowiło 258 osób, w tym 159 kobiet w przedziale wiekowym od 62 do 94 lat ze średnią 69,8 lat oraz 99 mężczyzn w przedziale wiekowym od 60 do 95 lat ze średnią 71,6 lat. Ankietowanych podzielono ze względu na płeć i wiek.

Zmienną zależną jest samodzielne funkcjonowanie seniorów.

Zmienną niezależną jest płeć, poziom nasilenia depresji, satysfakcja z życia.

Wykorzystana metoda to sondaż diagnostyczny i kwestionariusz ankiety.

Osoby wypełniające kwestionariusz korzystały z opieki medycznej lub porady pielęgniarskiej, lekarskiej od stycznia 2013 do czerwca 2014 roku i wypełniały dokument w obecności pielęgniarki lub przy jej pomocy. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, dotyczył osób które wykazały chęć uczestniczenia. W zbieraniu danych wzięły udział studentki studiów pomostowych, które po uzyskaniu zgody pacjenta przeprowadziły badania w swoich miejscach pracy, głównie w podstawowej opiece zdrowotnej, w środowisku chorego, w poradniach specjalistycznych oraz domach pomocy społecznej. Pielęgniarki zostały przeszkolone w zakresie przeprowadzania badań za pomocą kwestionariuszy.

## Wyniki

Procentowy obraz samodzielnego funkcjonowania w skali Barthel wśród 159 ankietowanych kobiet oraz 99 mężczyzn przedstawia wykres

Wykres 1. Ocena samodzielnego funkcjonowania w skali Barthel

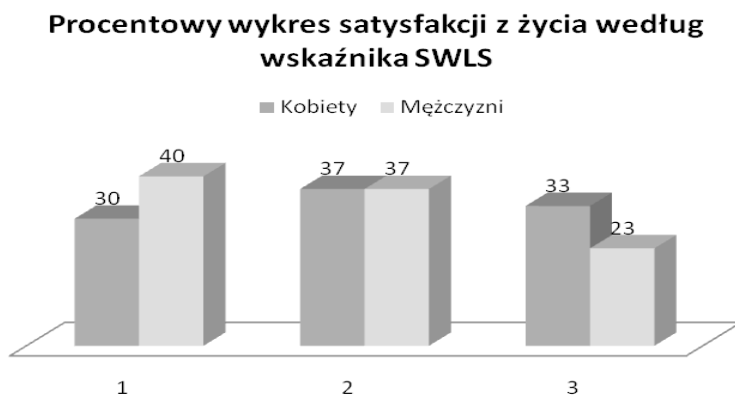


1 oznacza stan pacjenta, jako lekki, 2 oznacza stan pacjenta, jako średnio ciężki, 3 oznacza stan pacjenta, jako ciężki.

Procentowy udział ankietowanych w obu grupach jest porównywalny, 85% kobiet będących w stanie lekkim, a także 81 % mężczyzn w stanie lekkim wzięło udział w ankiecie, natomiast udział w ankiecie osób w stanie średnio ciężkim to 14% kobiet i 19% mężczyzn oraz 1 % kobiet w stanie ciężkim.

Procentowy obraz satysfakcji z życia za pomocą testu SWLS wśród 159 ankietowanych kobiet oraz 99 mężczyzn przedstawia wykres 2.

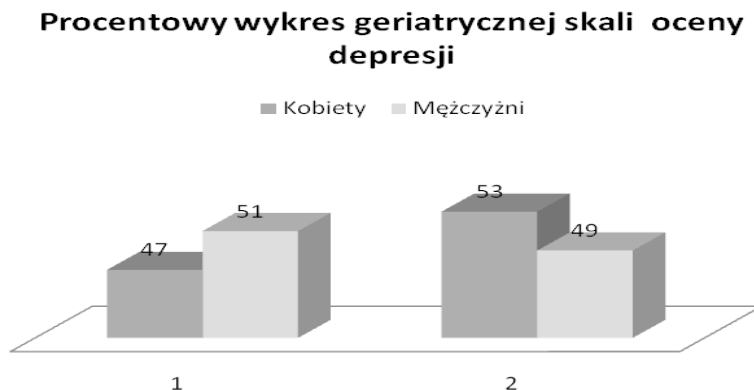
Wykres 2. Satysfakcja z życia według wskaźnika SWLS



1 oznacza wysoką satysfakcję z życia, 2 oznacza przeciętną satysfakcję z życia, 3 oznacza niską satysfakcję z życia.

Przedmiotem kolejnej analizy było występowanie lub brak objawów depresyjnych ocenianych za pomocą geriatrycznej skali oceny depresji. Wykres 3 przedstawia procentowy udział ankietowanych mężczyzn i kobiet wykazujących lub niewykazujących objawów depresyjnych. W grupie mężczyzn zauważalny jest wyższy procentowy udział osób z objawami depresyjnym w porównaniu z grupą kobiet.

Wykres 3. Geriatryczna skala oceny depresji



1 oznacza osoby wykazujące objawy depresyjne, 2 oznacza osoby niewykazujące objawów depresyjnych.

Wśród 159 kobiet w stanie lekkim, średnio ciężkim i ciężkim według skali Barthel przeprowadzono pomiar satysfakcji z życia (SWLS) i nasilenia depresji. Przyjmując  $\alpha=0,05$  (poziom istotności) zweryfikowano hipotezę, że istnieje korelacja między satysfakcją z życia a nasileniem depresji. W grupie kobiet wyniki analizy przedstawia tabela 1

Tabela 1. Korelacje satysfakcji z życia i depresji w grupie kobiet

Korelacje			SWLS	GND
rho Spear- mana	SWLS	Współczynnik korelacji	1,000	-,481**
		Istotność (jednostronna)	.	,000
	N		159	159
	GDS	Współczynnik korelacji	481**	1,000
		Istotność (jednostronna)	,000	.
		N		159

Z przeprowadzonej analizy wynika, że korelacja jest istotna statystycznie, umiarkowanie silna i ujemna, co oznacza, że wzrostowi wskaźnika



satysfakcji z życia towarzyszy spadek wartości geriatrycznej skali oceny depresji dla 159 kobiet niezależnie od wpływu samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel.

Natomiast weryfikując na poziomie istotności  $\alpha=0,05$  hipotezę, że istnieje korelacja między wpływem samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel a wskaźnikiem satysfakcji z życia wśród 159 kobiet otrzymano wynik zilustrowany w tabeli 2:

Tabela 2. Korelacje w grupie kobiet, powiązanie samodzielnego funkcjonowania i poziomu satysfakcji z życia

Korelacje				
		SK.Barthel	SWLS	
rho Spearmana	SK.Barthel	Współczynnik korelacji	1,000	,170*
		Istotność (jednostronna)	.	,016
		N	159	159
	SWLS	Współczynnik korelacji	,170*	1,000
		Istotność (jednostronna)	,016	.
		N	159	159
*. Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (jednostronnie).				

Z przeprowadzonej analizy wynika, że istnieje słaba, dodatnia korelacja oznaczająca wzrost wskaźnika satysfakcji z życia powiązana z samodzielnym funkcjonowaniem ankietowanych 159 kobiet od 62 do 94 lat. Na poziomie istotności  $\alpha=0,05$  zweryfikowano hipotezę, że istnieje korelacja między wpływem samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel a wartością geriatrycznej skali oceny depresji. Otrzymano wynik przedstawiony w tabeli 3:

Tabela 3. Korelacje pomiędzy wpływem samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel a wartością geriatrycznej skali oceny depresji

Korelacje				
		SK.Barthel	GDS	
rho Spearmana	SK.Barthel	Współczynnik korelacji	1,000	-,348**
		Istotność (jednostronna)	.	,000
		N	159	159
	GDS	Współczynnik korelacji	-,348**	1,000
		Istotność (jednostronna)	,000	.
		N	159	159

Z analizowanych danych wynika, że korelacja jest istotna statystycznie, umiarkowanie silna, ujemna, co oznacza, że wzrost samodzielnego funkcjonowania ankietowanych kobiet przyczynia się do spadku wartości geriatrycznej skali oceny depresji.

W analizowanej grupie 99 mężczyzn w stanie lekkim, średnio ciężkim i ciężkim według skali Barthel, przyjmując  $\alpha=0,05$  (poziom istotności) zweryfikowano hipotezę, że istnieje korelacja między satysfakcją z życia a nasileniem depresji. Wyniki analizy przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Korelacje pomiędzy satysfakcją z życia a nasileniem depresji w grupie mężczyzn

Korelacje				
			SWLS	GDS
rho Spearmana	SWLS	Współczynnik korelacji	1,000	-,636**
		Istotność (jednostronna)	.	,000
		N	99	99
	GDS	Współczynnik korelacji	-,636**	1,000
		Istotność (jednostronna)	,000	.
		N	99	99

Z analizy wynika, że korelacja jest istotna statystycznie, silna, ujemna, co oznacza, że wzrostowi wskaźnika satysfakcji z życia towarzyszy spadek wartości geriatrycznej skali oceny depresji dla 99 mężczyzn niezależnie od wpływu samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel.

Natomiast weryfikując na poziomie istotności  $\alpha=0,05$  hipotezę, że istnieje korelacja między wpływem samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel a wskaźnikiem satysfakcji z życia wśród 99 mężczyzn otrzymano wynik zilustrowany w tabeli 5.

Tabela 5. Korelacje między samodzielnym funkcjonowaniem według skali Barthel a samodzielnym funkcjonowaniem w grupie mężczyzn

Korelacje				
			SK.Barthel	SWLS
rho Spearmana	SK.Barthel	Współczynnik korelacji	1,000	,375**
		Istotność (jednostronna)	.	,000
		N	99	99
	SWLS	Współczynnik korelacji	,375**	1,000
		Istotność (jednostronna)	,000	.
		N	99	99

\*\* . Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (jednostronnie).

Z analizowanych danych wynika, że istnieje umiarkowanie silna, dodatnia korelacja oznaczająca wzrost wskaźnika satysfakcji z życia powiązana z samodzielnym funkcjonowaniem ankietowanych 99 mężczyzn.

Weryfikując również na poziomie istotności  $\alpha=0,05$  hipotezę, że istnieje korelacja między wpływem samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel a wartością geriatrycznej skali oceny depresji otrzymano wynik zilustrowany w tabeli 6.

Tabela 6. Korelacje pomiędzy wpływem samodzielnego funkcjonowania według skali Barthel a geriatryczna skala depresji w grupie mężczyzn

Korelacje				
			SK.Barthel	GDS
rho Spearmana	SK.Barthel	Współczynnik korelacji	1,000	-,414**
		Istotność (jednostronna)	.	,000
		N	99	99
	GDS	Współczynnik korelacji	-,414**	1,000
		Istotność (jednostronna)	,000	.
		N	99	99

Z przedstawionych danych wynika, że korelacja jest istotna statystycznie, umiarkowanie silna, ujemna, co oznacza, że wzrost samodzielnego funkcjonowania ankietowanych mężczyzn przyczynia się do spadku wartości geriatrycznej skali oceny depresji.

## Dyskusja

Tematyka samodzielnego funkcjonowania osoby starszej w zależności od stopnia współistnienia innych czynników, które wpływają na jej obniżenie poruszana jest w licznych pracach badawczych. W większości jednak są to prace oparte na badaniach osób przebywających w Domach Pomocy Społecznej. Sprawność fizyczna oraz wydolność funkcjonalna okazuje się być istotnym elementem satysfakcjonującym osoby starsze. Istnieje zależność korelacyjna pomiędzy poziomem sprawności fizycznej a jakością życia osób starszych. W szczególności w odniesieniu do nieprawidłowych nawyków zdrowotnych<sup>20</sup>.

Przeprowadzone badanie zakłada wysoką satysfakcję z życia w 28% w odniesieniu do kobiet i 38% w odniesieniu do mężczyzn, co podobnie

20 H. Zielińska-Więczkowska, K. Kędziora-Kornatowska, *Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości – w świetle rodzimych doniesień badawczych*, „Psychogeriatrya Polska” 2010 nr 7 (1), s. 11-16.

jak w badaniach Centrum Badania Opinii Społecznej, dotyczących Polaków w 2004 roku dowiodły, że zadowoleni z życia bywają częściej mężczyźni 66% niż kobiety 59%<sup>21</sup>. Jednak przeciętną satysfakcję z życia zaobserwowano na jednakowym poziomie zarówno kobiet, jak i mężczyzn, co podobnie zbadali A. Majda, K. Walas, K. Gajda<sup>22</sup>. Badania przeprowadzone przez C. Timoszyk i B. Bugajska<sup>23</sup> również wykluczają istotne różnice w odniesieniu do kobiet i mężczyzn. Jachimowicz i Kostka badali poczucie własnej skuteczności u mieszkańców DPS, gdzie dodatkowo wykorzystali skale: GDS oraz SWLS. Wyniki wskazywały na lepszą skuteczność osób, które były bardziej sprawne w zakresie zaspokajania czynności życiowych, odznaczały się niższym poziomem symptomów depresji oraz wyższą satysfakcją życiową<sup>24</sup>. Jachimowicz i Kostka zbadali również satysfakcję z życia starszych kobiet, gdzie zaobserwowano u badanych w większości średnią i dużą satysfakcję z życia. Obniżenie SWLS wynikało ze współistnienia chorób oraz mniejszej sprawności w zakresie czynności życiowych, w tej grupie też pojawiały się objawy depresji<sup>25</sup>. Kolejni autorzy poruszyli temat związany z pomiarem satysfakcji z życia pensjonariuszy w warunkach Domu Pomocy Społecznej, gdzie 54% ankietowanych wysoko oceniło swoją satysfakcję z życia, 23% badanych uzyskało przeciętne wyniki, mieszczące się od 18 do 23 punktów w skali SWLS. Zaobserwowano wysoką korelację w porównaniu wyniku SWLS z GDS, co oznacza większą punktację SWLS i mniejszą punktację GDS, czyli mniejsze ryzyko depresji. Podobnie działało się w sytuacji odwrotnej, gdy wzrastała punktacja GDS, malała satysfakcja z życia<sup>26</sup>. Mieszkańcy DPS w zakresie potrzeb społecznych w znacznie mniejszym stopniu narażeni są na samotność i brak kontaktów międzyludzkich. Zjawisko pojawiającej się depresji i towarzyszących problemów obniżających satysfakcję życiową można spodziewać się u osób, które przebywają we własnych domostwach, jednak mają ograniczony kontakt z innymi ludźmi. Z pewnością należy zwrócić szczególną uwagę na nietypowe objawy, które mogą świadczyć o depresji. Badania dowiodły również, że osoby sprawne fizycznie zdecydowanie trudniej ulegają depresji,

---

21 Tamże.

22 A. Majda, K. Walas, K. Gajda, *Satysfakcja z życia i samopoczucie słuchaczy Uniwersytetu III wieku*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” nr 1 2013/(44) s. 39-44.

23 C. Timoszyk-Tomczak, B. Bugajska, *Satysfakcja z życia a perspektywa przyszłościowa w starości*, „Opuscula Sociologica”, 2013, nr 2, s. 4.

24 V. Jachimowicz, T. Kostka, *Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej*, „Gerontologia Polska” 2009, nr 17, s. 23-31.

25 V. Jachimowicz, T. Kostka, *Satysfakcja z życia starszych kobiet*, „Ginekologia Praktyczna” 2009, 3, s. 27-32.

26 U. Kaźmierczak, K. Strojek, A. Radziwińska, M. Dzierżanowski, I. Bułatowicz, A. Kolanowska, W. Zukow, *Ocena satysfakcji życiowej i sprawności fizycznej uczestników zajęć w Domu Dniowego Pobytu Senior*, „Journal of Health Sciences”, 2014 nr 4(120) s. 229-229.

wynika z tego, że sprawność fizyczna jest niezwykle ważna i należy dążyć do osiągnięcia jej w najwyższym możliwym stopniu, co z pewnością zwiększy satysfakcję z życia.

Przeprowadzone badanie dostarczyło informacji na temat istnienia korelacji pomiędzy satysfakcją z życia a samodzielnym funkcjonowaniem oraz występowaniem objawów depresji. Badania dotyczyły nie tylko osób przebywających w Domach Pomocy Społecznej ale również samodzielnie funkcjonujących w swoich domostwach. Wobec narastających problemów starzenia się populacji polskiej, jednym z elementów zapewniających satysfakcję z życia osób starszych jest wdrożenie nawyków aktywności fizycznej, która stanowi istotny czynnik nie tylko zapobiegający depresji, ale również wielu chorobom somatycznym, w tym chorobom układu krążenia i nowotworom Osoby, które funkcjonują samodzielnie prezentują mniejsze ryzyko depresji i jednocześnie są bardziej usatysfakcjonowane swoim życiem.

## Wnioski

1. Satysfakcja z życia w analizowanej grupie kobiet i mężczyzn była wyższa u mężczyzn niż u kobiet.
2. Niższą satysfakcję z życia odnotowano u kobiet niż u mężczyzn.
3. Pomimo dłuższego życia kobiet, ich poziom satysfakcji z życia jest niższy niż poziom satysfakcji z życia mężczyzn.
4. Większe nasilenie depresji u mężczyzn nie przekłada się na większą satysfakcję z życia.
5. Im niższy poziom depresji tym wyższa satysfakcja z życia niezależnie od samodzielnego funkcjonowania w skali Barthel.
6. Pomimo wydłużającego się życia kobiet zgodnie z aktualnymi danymi i prognozami Głównego Urzędu Statystycznego. Poziom satysfakcji z życia kobiet jest zdecydowanie niższy niż u mężczyzn, co według przeprowadzonych analiz nie wynika z poziomu depresji. Problemy somatyczne, które są przyczyną wyższej satysfakcji z życia kobiet są przedmiotem dalszych analiz.

## The Influence of the Independence (Barthel) of and Elderly on Life Satisfaction (SWLS) and Depression (GDS)

The aim of the study was examination of the life satisfactory in old people and the level of the depression. Depression may result in the onset of physical, cognitive, functional and social impairment, as well as decrease quality of life. Our group of patients consists with 258 people; 159 women (range age 62 to 94, mean of 69,8years old) and 99 men (range age 60 to 95, mean of 71,6years old). The Barthel scale has been used to measure performance in activities of daily living in the elderly. We also used the Satisfaction with Life Scale and The Geriatric Depression Scale (GDS); a 15-item self report assessment used to identify depression in the elderly. There was no relationship between quality and satisfactory of life scores between man and women. Quality of life scores were correlated with severity of depression. The results suggest that older man have better satisfaction with life when they have smaller functional impairment.

### Bibliografia

- Bois J. P., *Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*, Wyd. Marabut, Warszawa 1996.
- Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., Griffin S., *The Satisfaction With Life Scale*, "Journal of Personality Assessment", 1985 nr 49(1).
- Engle R., Sędek G., Hecker U., McIntosh D., *Ograniczenia poznawcze. Starzenie się i psychopatologia*, Wyd. PWN, Warszawa 2006.
- Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., (red.) *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007.
- Jachimowicz V., Kostka T., *Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej*, „Gerontologia Polska” 2009, nr 17.
- Jachimowicz V., Kostka T., *Satysfakcja z życia starszych kobiet*, „Ginekologia Praktyczna” 2009 nr 3.
- Jurczyński Z., *Narzędzie pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.
- 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*, "Journal of Health Sciences", 2014 nr 4 (120).
- Krzyżanowski J., *Psychogeriatrya*, Wyd. Medyk, Warszawa 2004.
- Majda A., Walas K., Gajda K., *Satysfakcja z życia i samopoczucie słuchaczy Uniwersytetu III wieku*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2013 nr 1 (44).

- Manthorpe J., Iliffe S., *Depresja wieku podeszłego*, Wyd. PZWL, Warszawa 2010.
- Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J.A., *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Wyd. PWN, Warszawa 2012.
- Projekt PolSenior, <http://polsenior.iimcb.gov.pl/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/rodziany/II.4.pdf>
- Rosenthal T., Naughton B., Williams M., (red.) *Geriatrics*, Wyd. Czelej, Lublin 2009.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.
- Timoszyk-Tomczak C., Bugajska B., *Satysfakcja z życia a perspektywa przyszłościowa w starości*, „Opuscula Sociologica” 2013 nr 2.
- Wieczorowska-Tobis K., Talarska D., *Geriatrics i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wyd. PZWL, Warszawa 2014.
- Zboina B., Bończak K., Korzonek M., Biskup M., *Wpływ sprawności funkcjonalnej na częstość występowania depresji wśród pensjonariuszy placówek pomocy społecznej*, „Zdrowie i Dobrostan” 2014 nr 1.
- Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., *Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości – w świetle rodzimych doniesień badawczych*, „Psychogeriatrics Polska” 2010 nr 7 (1).