Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

# OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ I WYSTĘPOWANIA RYZYKA DEPRESJI WŚRÓD SENIORÓW

## *ASSESSMENT OF THE FUNCTIONALCAPACITY AND THE RISK OF DEPRESSION AMONG SENIORS*

Małgorzata Elżbieta Starczewska[1, a], Laura Prociak[2], Anita Rybicka[1, b], Marzanna Stanisławska[1, c], Elżbieta Grochans[1, d]

[1] Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
[2] Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

[a] https://orcid.org/0000-0003-1365-5818
[b] https://orcid.org/0000-0003-3277-576X
[c] https://orcid.org/0000-0002-4867-9732
[d] https://orcid.org/0000-0002-3679-7002

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.34

STRESZCZENIE

**Wstęp.** Starzenie się jest powszechnym i naturalnym procesem, podczas którego wraz z wiekiem następuje zmniejszenie funkcjonalnej aktywności organizmu, prowadzące do pogorszenia się sprawności i utrudniające adaptację do zmian środowiskowych. Utracie sprawności w poruszaniu się często towarzyszy obniżenie nastroju lub zaburzenia depresyjne. Zwiększające się deficyty doprowadzają niejednokrotnie do całkowitego uzależnienia się od opiekunów.
**Cel.** Celem pracy była ocena sprawności funkcjonalnej i występowania depresji wśród osób w podeszłym wieku, z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych.
**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono w Zespole Lekarzy Rodzinnych (ZLR) „Wysoczańscy" w Gryficach. Grupę respondentów stanowiło 274 pacjentów przychodni, którzy ukończyli 65 lat. W badaniach została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego, narzędziami badawczymi były: autorska ankieta, Skala Oceny Instrumentalnych Czynności Życia Codziennego (IADL), Geriatryczna Skala Oceny Depresji „wersja 4-punktowa" i według Yesavag'a (GDS).
**Wyniki.** Po przeprowadzeniu badania skalą IADL stwierdzono, że seniorzy wymagali pomocy średnio w dwóch czynnościach na osiem analizowanych. Stwierdzono statystycznie istotną zależność między ryzykiem wystąpienia depresji a płcią badanych (r = 0,21; p = 0,0005), wiekiem (r = 0,024; p = 0,0000), wykształceniem badanych (r = -0,18; p = 0,0027), stanem cywilnym (r = 0,3; p = 0,0000), sposobem zamieszkania przez badanych (r = -0,24; p = 0,0000) oraz samooceną sytuacji zdrowotnej seniorów (r = 0,53; p = 0,0000).
**Wnioski.** 1) Seniorzy wraz z wiekiem wykazywali obniżoną sprawność funkcjonalną w zakresie złożonych czynności dnia codziennego. 2) Wśród czynników socjodemograficznych: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, sposób zamieszkania i sytuacja zdrowotna miały wpływ na częstość wystąpienia ryzyka depresji.

SŁOWA KLUCZOWE: sprawność funkcjonalna, depresja, senior.

ABSTRACT

**Introduction.** Aging is a common and natural process, which involve slower physical activity, thus causing a decrease in the functional capacity and hinder in adaptation to environmental changes. The loss of motor abilities is often accompanied by lower moods and depressive disorders. Increasing function al deficits often lead to total dependence on caregivers.
**Aim.** The aim of this study was to assess the functional capacity and the incidence of depression among elderly people with regard to sociodemographic factors.
**Material and methods.** This survey-based study was performed in the primary care center 'Wysoczańscy' in Gryfice. A group of respondents consisted of 274 patients over 65 years of age. The research instruments employed in the study were: a self-developed questionnaire, the Instrumental Activities of Daily Living (IADL) scale, the Yesavage the 4-item Geriatric Depression Scale (GDS).
**Results.** Analysis based on the IADL scale revealed that on average the seniors needed assistance with approximately three out of eight activities analyzed in the study. The risk of depression was statistically significantly related to the seniors' sex (r=0.21; p=0.0005), age (r=0.024; p=0.0000), education (r=-0.18; p=0.0027), marital status (r=0.3; p=0.0000), self-reported housing situation (r=-0.21; p=0.0006) and self-reported health status (r=0.53; p=0.0000).
**Conclusions.** 1) With age seniors lost their ability to more complex activities of daily living. 2) Sociodemographic factors such as sex, age, education, marital status, self-reported housing situation and health status contributed to the risk of depression.

KEYWORDS: functional capacity, depression, senior.

## Wprowadzenie

Starzenie się jest powszechnym i naturalnym procesem, podczas którego wraz z wiekiem następuje zmniejszenie funkcjonalnej aktywności organizmu, prowadzące do pogorszenia się sprawności i utrudniające adaptację do transformacji środowiskowych. Zmiany te stopniowo prowadzą do typowych objawów starości i zmniejszenia intensywności wielu procesów życiowych [1]. Sprawność funkcjonalna to zdolność do bycia niezależnym od innych osób w zakresie podstawowych i złożonych czynności życia codziennego [2]. Utracie sprawności w poruszaniu się często towarzyszy obniżenie nastroju lub zaburzenia depresyjne. U osób starszych objawy depresji mogą być nietypowe i występować pod postacią tzw. „masek", np. w postaci zespołów bólowych lub nagle pojawiającej się niesprawności, której nie da się uzasadnić chorobą [3]. Zwiększające się deficyty, występowanie chorób somatycznych, a także zaburzenia psychiczne doprowadzają niejednokrotnie do całkowitego uzależnienia się od opiekunów [4].

W związku z prognozami demograficznymi określającymi znaczny wzrost liczby osób w podeszłym wieku istnieje konieczność ciągłego monitorowania sprawności funkcjonalnej i wystąpienia ryzyka depresji u osób w podeszłym wieku. Należałoby zwrócić uwagę na obszary życia podopiecznych zakładów opieki zdrowotnej, które wymagają zwiększonego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską we współpracy z lekarzem pierwszego kontaktu.

Celem pracy była ocena sprawności funkcjonalnej i występowania ryzyka depresji wśród osób w podeszłym wieku z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w Zespole Lekarzy Rodzinnych (ZLR) „Wysoczańscy" w Gryficach. Grupę respondentów stanowiło 274 pacjentów przychodni, którzy ukończyli 65 lat. W doborze próby zastosowano dobór losowy, losowanie zależne proste. Badanie przeprowadzono u co 5 pacjenta zgłaszającego się do przychodni oraz wśród wszystkich pacjentów domowej długoterminowej opieki pielęgniarskiej, po wyrażeniu zgody przez chorego na przeprowadzenie badania. Pacjentom przedstawiono cel i sposób przeprowadzenia badania. Udział w badaniu był dobrowolny i istniała możliwość rezygnacji z badania na każdym jego etapie. Seniorzy, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu, potwierdzili to własnoręcznym podpisem.

Kryteriami doboru ankietowanych do badań było ukończenie 65 lat oraz stan pacjenta umożliwiający przeprowadzenie badania z zastosowaniem wybranych skal. Kryteriami wyłączenia z badania było odnotowane w dokumentacji medycznej: rozpoznanie zespołu otępiennego oraz występujący stan zaostrzenia choroby podstawowej. Wyłączeni zostali również pacjenci objęci opieką paliatywną. Każde badanie było przeprowadzane face to face z zachowaniem warunków intymności rozmowy. Wszystkie pytania zawarte w kwestionariuszu były odczytywane osobom badanym. Średni czas przeprowadzenia badania z jedną osobą wyniósł około 20 minut.

W badaniach została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi były: autorska ankieta, Skala Oceny Instrumentalnych Czynności Życia Codziennego (IADL), Geriatryczna Skala Oceny Depresji „wersja 4-punktowa" i według Yesavag'a (GDS). Zdolność do wykonywania złożonych czynności życia codziennego oceniano, opierając się na 8 pytaniach Skali Oceny Instrumentalnych Czynności Życia Codziennego (IADL), która odnosi się do zdolności korzystania z telefonu, robienia zakupów, przygotowywania posiłków, wykonywania prac domowych, korzystania ze środków transportu, zażywania leków i rozporządzania pieniędzmi. Według tej skali im więcej punktów uzyskuje badany, tym lepszą sprawność instrumentalną ma zdiagnozowaną.

Interpretacja skali: 8 punków – całkowita samodzielność; 1–7 punktów – ograniczona samodzielność; 0 punktów – całkowity brak samodzielności [5].

Oceniano wstępnie występowanie ryzyka depresji stosując Geriatryczną Skalę Oceny Depresji „wersję 4-punktową". Wynik badania: 1 punkt lub więcej, wskazywał na ryzyko depresji i konieczność dokonania oceny bardziej szczegółowej z wykorzystaniem Geriatrycznej Skali Oceny Depresji wg Yesavage'a i wsp. z 1983 roku (ang. Geriatric Depression Scale, GDS). W badaniu tym ocenia się nasilenie symptomów depresji u badanej osoby w ciągu ostatnich 2 tygodni. Udzielając odpowiedzi na 15 pytań, badany może uzyskać maksymalnie 15 punktów.

Interpretacja wyników: od 0 do 5 punktów – bez depresji; od 6 do 10 punktów – depresja umiarkowana; od 11 do 15 punktów – podejrzenie ciężkiej depresji [5].

Ankieta własna dotyczyła takich informacji, jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz sposób zamieszkania. Ponadto, respondent wyrażał samoocenę sytuacji mieszkaniowej, materialnej i zdrowotnej. Możliwe odpowiedzi w zakresie samooceny to: zła, raczej zła, średnia, raczej dobra i dobra.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Hipotezy weryfikowano statystyką $X^2$ (chi-kwadrat) i p-value. Przyjęto poziom istotności $\alpha < 0,05$. Normalność rozkładu danych sprawdzono przy użyciu testu Shapiro-Wilka. Dla określenia zależności pomiędzy zmiennymi zastosowano współczynnik korelacji rangowej Spearmana. Obliczenia własne wykonano

przy zastosowaniu funkcji arkusza kalkulacyjnego Microsoft Office 365 for Windows 10 oraz wykorzystano program Statistica Pl wersja 12 firmy StatSoft.

Badanie zostało przeprowadzone w zgodzie z Deklaracją Helsińską i uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

## Wyniki

W badanej grupie było 188 kobiet (68,6%) i 86 mężczyzn (31,4%) mężczyzn. Średnia wieku wszystkich badanych osób wynosiła 75,1 ± 7,7. Średnia wieku kobiet była istotnie większa od średniej mężczyzn i wynosiła odpowiednio: 75,9 ± 7,9 i 73,4 ± 6,8 (mediana: 74, zakres: 65–94 lat). Ankietowanych podzielono na cztery grupy wiekowe: poniżej 68 lat – 22%, 68–74 lata – 30%, 75–81 lat – 25% i powyżej 81 lat – 23%.

Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem podstawowym – 50%, mieszkające w mieście – 56,6%, będące w związku małżeńskim – 56,2% i mieszkające z bliskimi – 78%, oceniające swoją sytuację zdrowotną na poziomie średnim – 45%.

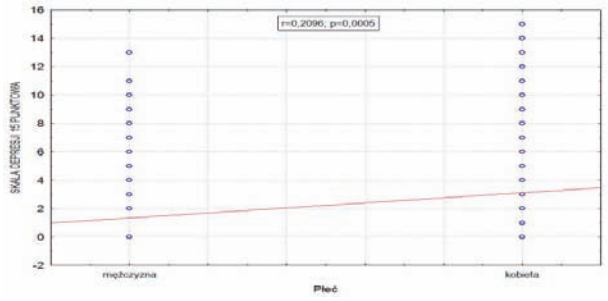
Średnia liczba punktów uzyskanych przez osoby badane w skali IADL wynosiła 6,2 ± 2,5 (mediana 8; zakres 0–8 punktów). Wynik ten wskazuje, że średnio seniorzy wymagali pomocy w dwóch czynnościach na osiem analizowanych. Połowa ankietowanych otrzymała 8 punktów, co oznacza, że osoby te są całkowicie samodzielne i nie wymagają wsparcia od innych w tym zakresie. Całkowity brak samodzielności w zakresie wszystkich ocenianych czynności życiowych (0 punktów) wykazało 4% badanych, a 46% wykazała ograniczoną samodzielność i wymagała pomocy przynajmniej w jednej czynności.

Wśród badanych poniżej 68 roku życia 80% było całkowicie samodzielnych w zakresie złożonych czynności według skali IADL, natomiast 20% wymagała pomocy, co najmniej w jednej z badanych czynności. Ankietowani, w grupie wiekowej 68–74 lata w 66% byli całkowicie samodzielni, w 33% – z ograniczoną samodzielnością, a 1% osób wymagało pomocy we wszystkich badanych czynnościach. W najstarszej badanej grupie wiekowej najmniej osób było całkowicie samodzielnych, a największy udział miały osoby całkowicie niesamodzielne ($p < 0,001$).

Wykazano zależność statystycznie istotną między funkcjonowaniem w zakresie złożonych czynności dnia codziennego wg IADL a wiekiem badanych ($r = -0,49$; $p = 0,0000$), osoby starsze wykazały mniejszą sprawność.

Nie wykazano różnic istotnych statystycznie ($p > 0,05$) w zakresie złożonych czynności dnia codziennego wg IADL a płcią badanych.

Analiza ryzyka depresji w skali 4 punktowej GDS wykazała u 62% badanych brak podejrzenia wystąpienia depresji, natomiast 38% respondentów wymagało dalszej pogłębionej analizy z zastosowaniem 15 punktowej skali GDS. Wykazano u badanych średnio 2,55 ± 3,9 punktu (zakres: 0–15 punktów). W grupie 77% respondentów nie stwierdzono depresji (0–5 punktów), u 16% stwierdzono depresję umiarkowaną (6–10 punktów), a u 7% rozpoznano podejrzenie ciężkiej depresji. Wśród badanych kobiet u 72% nie rozpoznano depresji, u 20% stwierdzono możliwość wystąpienia depresji umiarkowanej, a u 8% – depresji ciężkiej. Natomiast wśród badanych mężczyzn nie rozpoznano depresji u 90%, ryzyko wystąpienia depresji umiarkowanej było u 7% badanych mężczyzn, a ciężkiej u 3% ankietowanych. Stwierdzono statystycznie istotną zależność między ryzykiem wystąpienia depresji a płcią badanych ($r = 0,21$; $p = 0,0005$) (**Rycina 1**).



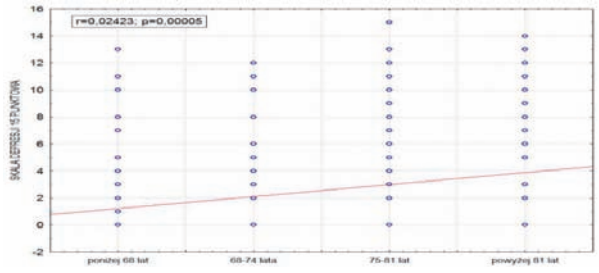

**Rycina 1.** Zależność między ryzykiem wystąpienia depresji według GDS-15 punktowej a płcią badanych

*Figure 1. The relationship between sex and the risk of depression according to the 15- point GDS*

Źródło: opracowanie własne

*Source: author' s own analysis*

Depresji nie stwierdzono u 86,4% pacjentów w grupie poniżej 68 lat, natomiast w grupie badanych powyżej 81 lat w 64,1%. Możliwość wystąpienia depresji ciężkiej u najmłodszych seniorów stwierdzono u 6,8%, natomiast u najstarszych – 10,9%. Wykazano zależność istotną statystycznie między ryzykiem wystąpienia depresji a wiekiem badanych ($r = 0,024$; $p = 0,0000$) (**Rycina 2**).



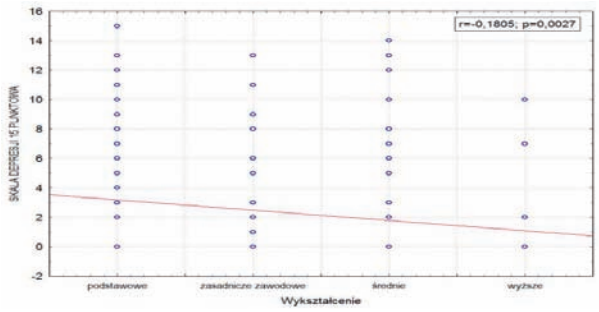

**Rycina 2.** Zależność między ryzykiem wystąpienia depresji według GDS-15 punktowej a wiekiem badanych

*Figure 2. The relationshipbetween age and the risk of depression according to the 15- point GDS*

Źródło: opracowanie własne

*Source: author' s own analysis*

Według 4-punktowej skali ryzyka depresji analiza danych wykazała brak podejrzenia występowania depresji u 55,1% badanych z wykształceniem podstawowym. Możliwość wystąpienia depresji w tej grupie, stwierdzono u 44,9% badanych. Natomiast seniorzy z wykształceniem wyższym w 80% wykazywali brak ryzyka depresji, a w 20% – ryzyko depresji. Stwierdzono statystycznie istotną zależność pomiędzy występowaniem ryzyka depresji wg GDS a wykształceniem badanych (r = –0,18; p = 0,0027) (**Rycina 3**).



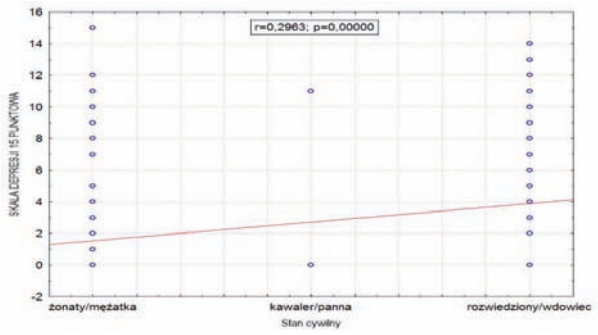

**Rycina 3.** Zależność między ryzykiem wystąpienia depresji według GDS-15 punktowej a wykształceniem badanych
*Figure 3. The relationship between education and the risk of depression according to the 15-point GDS*
Źródło: opracowanie własne
*Source: author' s own analysis*

W badaniu według skali GDS 4-punktowej u osób żyjących w związku małżeńskim rozpoznano brak ryzyka depresji – 74,7%, natomiast możliwość wystąpienia depresji u 25,3%. U pozostałych badanych brak ryzyka depresji stwierdzono u 46,7%, a ryzyko depresji u 53,3%. U osób żyjących w związku, w skali 15-punktowej, rozpoznano możliwość wystąpienia depresji umiarkowanej u 8,4%, depresji ciężkiej u 3,3% badanych. Z kolei nie będące w związku osoby z depresją umiarkowaną stanowiły 25,4%, a z depresją ciężką – 11,7%.

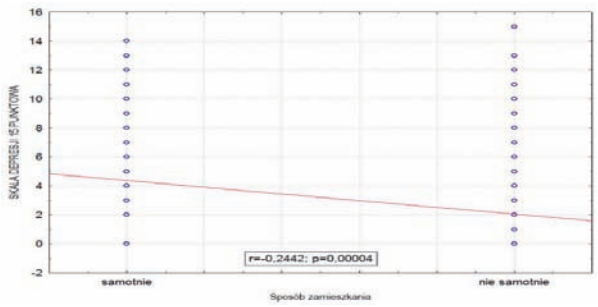
Wykazano zależność statystycznie istotną między stanem nastroju wg GDS a stanem cywilnym badanych (r = 0,3; p = 0,0000) (**Rycina 4**).

Analiza ryzyka depresji w skali 4-punktowej wykazała istnienie ryzyka depresji u 60% respondentów mieszkających samotnie, w dalszej pogłębionej analizie według GDS 15-punktowej depresję umiarkowaną stwierdzono u 26,7%, a ciężką u 13,3% ankietowanych.

Wśród osób mieszkających z bliskimi ryzyko depresji wg GDS 4-punktowej wystąpiło u 31,3% badanych. Analiza pogłębiona wykazała, że w tej grupie depresja umiarkowana wystąpiła u 12,6% badanych, a ciężka u 5,1%. Wykazano istotną statystycznie zależność między ryzykiem wystąpienia depresji wg skali GDS a sposobem zamieszkania przez badanych (r = –0,24; p = 0,0000) (**Rycina 5**).



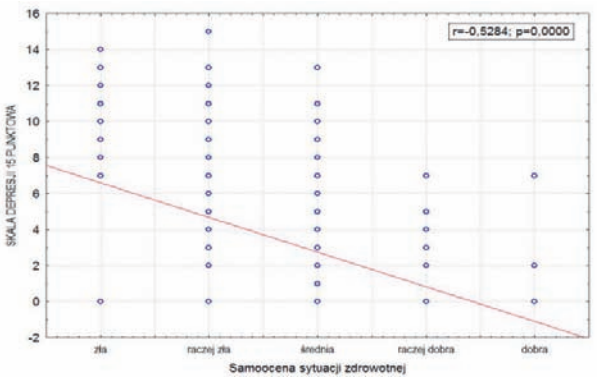

**Rycina 4.** Zależność między ryzykiem wystąpienia depresji według GDS-15 punktowej a stanem cywilnym badanych
*Figure 4. The relationship between marital status and the risk of depression according to the 15- point GDS*
Źródło: opracowanie własne
*Source: author's own analysis*




**Rycina 5.** Zależność między ryzykiem wystąpienia depresji według GDS-15 punktowej a sposobem zamieszkania badanych
*Figure 5. The relationship between housing situation and the risk of depression according to the 15- point GDS*
Źródło: opracowanie własne
*Source: author's own analysis*

Nie wykazano różnic istotnych statystycznie (p > 0,05) między ryzykiem wystąpienia depresji wg skali GDS a miejscem zamieszkania.

W grupie osób dobrze oceniających swoją sytuację zdrowotną nie stwierdzono depresji u 97,5%, u 2,5% wystąpiła depresja umiarkowana, a depresji ciężkiej nie rozpoznano u żadnego badanego. Natomiast u 5,9% osób, które oceniały sytuację zdrowotną jako złą, nie stwierdzono występowania ryzyka depresji, depresję umiarkowaną wykazano u 23,5%, a ciężką u 70,6%. W grupie respondentów oceniających swoją sytuację zdrowotną na poziomie średnim u 81,5% nie stwierdzono depresji, u 16,9% rozpoznano depresję umiarkowaną, a 1,6% – ciężką. Wykazano zależność statystycznie istotną między ryzykiem wystąpienia depresji wg skali GDS a samooceną sytuacji zdrowotnej badanych (r = –0,53; p = 0,0000) (**Rycina 6**).




**Rycina 6.** Zależność między ryzykiem wystąpienia depresji według GDS-15 punktowej a samooceną sytuacji zdrowotnej badanych
*Figure 6. The relationship between self-reported housing situation and the risk of depression according to the 15- point GDS*

Źródło: opracowanie własne
*Source: author's own analysis*

## Dyskusja

Starzenie się powoduje zmiany fizjologiczne i dotyczy wszystkich organów. Wraz z wiekiem pogarsza się stan zdrowia i stopień sprawności funkcjonalnej. Główne problemy, z jakim borykają się ludzie starsi, to ryzyko upadku, pogarszająca się sprawność w zakresie złożonych czynności dnia codziennego, zły stan odżywienia i zaburzenia w zakresie zdrowia psychicznego [2].

W przypadku oceny funkcjonowania osób w podeszłym wieku, w badaniach własnych wykazano istotny wpływ wieku na codzienne funkcjonowanie seniorów w zakresie złożonych czynności wykonywanych codziennie. Natomiast Gureje i wsp. [6], przeprowadzając wśród 2152 starszych Nigeryjczyków badania, w których oceniano ograniczenia funkcjonalne m.in. w instrumentalnych czynnościach życia codziennego (IADL), stwierdził, że niepełnosprawność wzrastała wraz z wiekiem. Badania przeprowadzone na Tajwanie przez Liang i wsp. [7] również potwierdzają, że wraz z wiekiem zwiększa się niepełnosprawność funkcjonalna i stwierdzono większe tempo wzrostu deficytów w stosunku do młodszych seniorów. Podobnie wykazuje Chen i wsp. [8], że stopień sprawności wg IADL zmniejsza się wraz z wiekiem, co zostało potwierdzone również w badaniach własnych.

Wcześniej już cytowne badania Gureje i wsp. [6] – w przeciwieństwie do badań własnych – wykazały, że istnieje związek między płcią a sprawnością w zakresie złożonych czynności życia codziennego, w przeprowadzonych badaniach kobiety były częściej niesprawne w zakresie tych czynności niż mężczyźni. Podobnie wykazał Wysokiński i wsp. [9], twierdząc, że mężczyźni byli nieznacznie sprawniejsi w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego niż kobiety. Teixeira-Leite i wsp. [10] nie stwierdził istotnych różnic między kobietami i mężczyznami w zakresie wyników uzyskanych w skali IADL, co potwierdzono również w badaniach własnych.

Objawy depresyjne występujące u osób starszych dość często wiążą się z obniżeniem jakości ich życia oraz złym rokowaniem. W badaniach własnych, podobnie jak u Lewko i wsp. [11], częstość występowania ryzyka depresji stwierdzono u co czwartego badanego. W badaniach własnych wykazano, że istotnym czynnikiem jest płeć, w badanej grupie kobiety wykazywały większe ryzyko depresji. Obserwacje te także potwierdzono w badaniach Lewko i wsp., wykazując, że depresja występowała zdecydowanie częściej u kobiet niż u mężczyzn [11]. Podobnie stwierdzono na podstawie badań przeprowadzonych wśród 953 osób w Karaczi przez Bhamai i wsp. [12]. Badania Biercewicz potwierdzają, że zagrożenie depresją było wyższe u kobiet niż u mężczyzn [13]. Natomiast odmienne wyniki wykazały badania Płaszewskiej-Żywko i wsp. [14] przeprowadzone wśród 102 pensjonariuszy DPS, nieobciążonych ciężkimi chorobami przewlekłymi, ponieważ nie wykazano związku pomiędzy występowaniem depresji a płcią badanych, podobnie stwierdza Shin i wsp. [15].

W badaniach własnych wykazano, ze istotnym czynnikiem wpływającym na zwiększone ryzyko depresji jest wiek. Badania Płaszewska-Żywko i wsp. [14] nie wykazały zależności między wiekiem a oceną ryzyka depresji mierzonym skalą GDS. Natomiast Maqsood i wsp. [16], badając grupę 4191 starszych osób w Pendżabie, największej prowincji Pakistanu, wykazał, że respondenci w najstarszej kategorii wiekowej 15 razy bardziej byli narażeni na objawy depresji w porównaniu do grupy w wieku 60–69 lat. Podobnie wykazały badania Shin i wsp. [15], w których jedyną zmienną demograficzną, negatywnie związaną z depresją, był wiek badanych. Inni badacze również potwierdzili, iż objawy depresji występowały częściej w grupie osób w zaawansowanej starości niż w grupie młodszych starszych [12, 17]. Badania własne w pełni potwierdzają tę zależność.

Znaczącym czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji okazał się poziom wykształcenia, co zostało potwierdzone zarówno w badaniach własnych, jak i w przeprowadzonych w projekcie PolSenior wśród 4608 badanych przez Broczek i wsp. [17], gdzie wykazano, że osoby lepiej wykształcone miały niższe ryzyko depresji. Natomiast odmienne wyniki wykazano w badaniach Płaszewskiej-Żywko i wsp. [14], w których nie stwierdzono związku pomiędzy wykształceniem a ryzykiem wystąpienia depresji.

Na podstawie danych zbieranych przez Maqsood i wsp. [16] stwierdzono, że osoby starsze mieszkające na obszarach miejskich były 1,4 razy bardziej narażone na objawy depresji w porównaniu do osób miesz-

kających na obszarach wiejskich. Podobnie wykazują Ahmadi i wsp. [18] w badaniach przeprowadzonych na irańskich seniorach: zwracają uwagę na niższy odsetek osób zagrożonych depresją na obszarach wiejskich niż w miastach. Natomiast badania własne nie potwierdzają tych zależności.

Wiele osób w wieku starszym żyje samotnie. Utrata małżonka z powodu śmierci, separacji lub rozwodu znacznie zmniejsza zdolność sprostania wyzwaniom życia.

Badania własne wykazały, że istotnym czynnikiem ryzyka depresji był stan cywilny i sposób zamieszkania przez badanych. Obserwacje te potwierdził Bhamani i wsp. [12], wykazując, że osoby nie mieszkające ze swoimi małżonkami były bardziej narażone na depresję niż osoby mieszkające ze współmałżonkami. Podobnie stwierdzono w badaniach Mokhberi i wsp. [19], w których wykazano, że osoby mające wsparcie rodziny rzadziej miały rozpoznawaną depresję. W badaniach Shin i wsp. stwierdzono statystycznie istotny związek pomiędzy utratą bliskich a objawami depresji [15]. Również Broczek i wsp. wykazała, że istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych u osób starszych było samotne zamieszkiwanie [17].

W badaniach Płaszewskiej-Żywko i wsp. [14] oraz Broczek i wsp. [17], wykazano istnienie związku pomiędzy samooceną stanu zdrowia a stanem emocjonalnym badanych, co zostało również potwierdzone w badaniach własnych.

Związek między depresją a niewydolnością w czynnościach codziennych potwierdzono w licznych badaniach. Bardziej narażone na depresję były osoby niesprawne w podstawowych i złożonych czynnościach oraz z obniżoną sprawnością funkcji poznawczych, osoby bardziej zależne od innych i mające większe deficyty w zakresie samoopieki. Wyniki badań Maqsood i wsp. [16] potwierdzają, że osoby starsze z większym upośledzeniem funkcjonalnym były bardziej narażone na objawy depresyjne, podobnie wykazali inni badacze [17,20]. Badania własne również potwierdziły te obserwacje.

## Wnioski

1. Seniorzy wraz z wiekiem wykazywali obniżoną sprawność funkcjonalną w zakresie złożonych czynności dnia codziennego.
2. Wśród czynników socjodemograficznych: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, sposób zamieszkania i sytuacja zdrowotna miały wpływ na częstość wystąpienia ryzyka depresji.

### Piśmiennictwo


1. Witowski J. Charakterystyka procesu starzenia. Aspekt biologiczny. W: Wieczorkowska-Tobis K, Talarska D (red.) Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wyd. PZWL; 2008, 17–25.
2. Ślusarska B, Zarzycka D, Sadurska A. Wydolność samoobsługowa miernikiem stanu zdrowia pacjentów w wieku podeszłym. Now Lek 2008; 77(3): 209–213.
3. Burzyńska M, Maniecka-Bryła I. Wystepowanie depresji u osób starszych korzystających z pomocy społecznej – wstępne wyniki badania. Acta UniversitatisLodziensis. Folia Oeconomica 2013; 297: 211–223.
4. Williams ME. Kontakt z pacjentem w starszym wieku. W: Rosenthal TC, Williams ME, Naughton BJ ( red.) Geriatria. Wydanie 1. Redakcja naukowa wydania polskiego: Pączek L, Niemczyk M. Lublin: Wyd. Czelej; 2009, 1–20.
5. Kostka T. Całościowa ocena geriatryczna. W: Kostka T, Koziarska-Rościszewska M (red.) Choroby wieku podeszłego. Warszawa: Wyd. PZWL; 2009, 18–37.
6. Gureje O, Ogunniyi A, Kola L, Afolabi E. Functional disability in elderly Nigerians: Results from the Ibadan Study of Aging. J Am Geriatr Soc. 2006; 54(11): 1784–1789.
7. Liang J, Wang CN, Xu X, Hsu HC, Lin HS, Lin YH. Trajectory of functional status among older Taiwanese: Gender and age variations. SocSci Med. 2010; 71(6): 1208–1217.
8. Chen SW, Chippendale T. Factors associated with IADL independence: implications for OT practice. Scand J OccupTher. 2017; 24(2): 109–115.
9. Wysokiński M, Fidecki W, Gębala S. Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych. Gerontol Pol. 2013; 21(3): 89–97.
10. Teixeira-Leite H, Manhães AC. Association between functional alterations of senescence and senility and disorders of gait and balance. Clinics (Sao Paulo). 2012; 67(7): 719–729.
11. Lewko J, Kamińska KM, Doroszkiewicz H, Talarska D, Sierakowska M, Krajewska-Kułak E. Ocena narażenia na upadki a wydolność funkcjonalna wśród osób starszych w środowisku zamieszkania. ProblPielęg. 2014; 22(2): 159–164.
12. Bhamani MA, Karim MS, Khan MM.Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: a cross sectional study. BMC Psychiatry. 2013; 13: 181.
13. Biercewicz M, Kędziora-Kornatowska K. Problemy pielęgnacyjne pacjentów geriatrycznych. Pielęg Pol. 2005; 19(1): 133–137.
14. Płaszewska-Żywko L, Brzuzan P, Malinowska-Lipień I, Gabryś T. Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. ProblHigEpidemiol. 2008; 89(1): 62-66.
15. Shin JM, Sims RC, Bradley DL, Pohlig RT, Harrison BE. Prevalence of depressive symptoms and associated factors in older adult public housing residents. Res GerontolNurs. 2014: 7(6): 249–255.
16. Maqsood F, Flatt JD, Albert SM, Maqsood S, Nizamuddin M. Correlates of self-reported depressive symptoms: a study of older persons of Punjab, Pakistan.J Cross Cult Gerontol. 2013; 28(1): 65–74.
17. Broczek K, Mossakowska M, Szybalska A, Kozak-Szkopek E, Ślusarczyk P, Wieczorkowska-Tobis K, Parnowski T. Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych. W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red.). Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Wyd. Termedia; 2012. 123–136.
18. Ahmadi SM, Mohammadi MR, Mostafavi SA, Keshavarzi S, Kooshesh SM, Joulaei H, Sarikhani Y, Peimani P, Heydari ST, Lankarani KB. Dependence of the geriatric depression on nutritional status and anthropometric indices in elderly population. Iran J Psychiatry. 2013; 8(2): 92–96.

19. Mokhber N, Majdi MR, Ali-Abadi M, Shakeri MT, Klimiagar M, Salek R. Moghaddam PA, Sakhdari A, Azimi-Nezhad M, Ghayour-Mobarhan M, Soluti S. Association between Malnutrition and Depression in Elderly People in RazaviKhorasan: A Population Based-Study in Iran. Iran J Public Health. 2011; 40(2): 67-74.
20. Busch TA, Duarte YA, Nunes DP, Lebrão ML, Naslavsky MS, dos Santos Rodrigues A, Amaro E Jr. Factors associated with lower gait speed among the elderly living in a developing country: a cross-sectional population-based study. BMC Geriatr. 2015; 15: 35.

Artykuł przyjęty do redakcji: 25.07.2018.
Artykuł przyjęty do publikacji: 21.02.2019.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

**Adres do korespondencji:**
Małgorzata Elżbieta Starczewska
ul. Żołnierska 48
72-210 Szczecin
tel.: 091 4800910
e-mail: mlary@pum.edu.pl
Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Pomorski Uniwersytet Medyczny