

## Nasilenie objawów depresyjnych u kobiet po 60. roku życia podejmujących regularną aktywność fizyczną i działania prozdrowotne

### Severity of depressive symptoms in women over 60 who undertake regular physical exercise and health-seeking activities

#### STRESZCZENIE ABSTRACT

Celem niniejszej pracy była ocena nasilenia objawów depresyjnych u kobiet po 60. roku życia, które podejmują regularną aktywność fizyczną i działania prozdrowotne. Badania zostały przeprowadzone w Fundacji Aktywizacji Seniorów „Siwy Dym” we Wrocławiu, w trakcie realizacji programu profilaktyki i promocji zdrowia „Depresja w Opresjach – wsparcie seniorów z zaburzeniami nastroju i objawami psychosomatycznymi”. Projekt uzyskał dofinansowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia. W badaniu wzięło udział 37 kobiet (średni wiek  $70,7 \pm 7,0$  lat). Badane kobiety wypełniały ankietę wstępną, zawierającą dane socjo-demograficzne, dodatkowo wykonywano pomiary antropometryczne, na podstawie których wyznaczano wskaźnik masy ciała BMI (*Body Mass Index*) oraz wskaźnik talia-biodra WHR (*Waist-Hip Ratio*). Samopoczucie i nastrój oceniano za pomocą geriatrycznej skali depresji GDS (*Geriatric Depression Scale*). Skalę GDS wykonano dwukrotnie – na początku i na końcu projektu badawczego. Program profilaktyki i promocji zdrowia trwał trzy miesiące i obejmował regularną aktywność fizyczną prowadzoną w warunkach grupowych, edukację prozdrowotną i psychoedukację. Systematyczne uczestnictwo w programie terapeutycznym spowodowało zmniejszenie objawów depresyjnych u 79% badanych ( $p = 0,047$ ). Największą poprawę nastroju odnotowano u kobiet z bardziej nasilonymi objawami depresji. Ujęcie biopsychospołeczne w leczeniu depresji jest skuteczną metodą poprawy nastroju i samopoczucia u kobiet w wieku podeszłym, u których współistnieją dodatkowe problemy somatyczne.

**SŁOWA KLUCZOWE:** wiek podeszły, zaburzenia nastroju, aktywność fizyczna, edukacja prozdrowotna, psychoedukacja

The aim of the study was to assess the severity of depressive symptoms in women over 60 who undertake regular physical exercise and health-seeking activities. Research Material and Research was carried out at the Foundation for Active Senior Living ‘Siwy Dym’ in Wrocław, in the course of a health promotion program “Depression in Distress – Support for Seniors with Mood Disorders and Psychosomatic Symptoms”. The project was partially funded by the Department of Health of the City of Wrocław. The study group comprised 37 women (average age  $70.7 \pm 7.0$  years). The subjects filled out an initial questionnaire containing socio-demographic data. Also, anthropometric measurements were taken in order to determine the Body Mass Index (BMI) and the Waist-Hip Ratio (WHR). Mood and the sense of well-being were assessed using the Geriatric Depression Scale. The GDS was completed twice: at the beginning and the end of the research project. The health promotion program lasted for three months and encompassed regular group physical activity, health education and psychoeducation. Regular participation in the therapeutic program resulted in a reduction of depression symptoms in 79% of subjects ( $p = 0.047$ ). The most pronounced mood improvement was observed in women with the most severe depression symptoms. Biopsychosocial approach to treating depression is an effective method to improve mood and the sense of well-being in elderly women with coexisting somatic problems.

**KEY WORDS:** old age, mood disorders, physical activity, pro-health education, psychoeducation

## WSTĘP

W Polsce w populacji osób w wieku podeszłym przeważają kobiety (ponad 61%). Na 100 mężczyzn przypada ich 160. Wzrastająca wraz z wiekiem obecność kobiet w populacji jest następstwem nadumieralności mężczyzn. Dynamika pogłębiania się procesu starzenia sprawia, że kobiety, osiągające wiek 65 lat, mają o prawie 5 lat więcej dalszego życia przed sobą niż mężczyźni [1]. Zaburzenia nastroju, na równi z zaburzeniami poznawczymi, są jednymi z najczęstszych zakłóceń psychicznych wśród osób w wieku podeszłym. W ogólnej populacji wskaźnik zaburzeń nastroju wynosi około 15% i dwukrotnie zwiększa się w populacji kobiet w porównaniu z płcią męską. Obniżający się potencjał biologiczny człowieka wraz z wiekiem powoduje zmiany nastroju i samopoczucia [2]. Depresja jednak wbrew powszechnej opinii nie jest fizjologicznym symptomem procesu starzenia się. Zdarzają się przecież osoby w starszym wieku, które pomimo poważnych chorób somatycznych i różnego rodzaju problemów potrafią nadal cieszyć się życiem [3].

Aktywność ruchowa jest formą kinezygerontoprofilaktyki, czyli profilaktyki, obejmującej pierwotne zapobieganie patologii starzenia się organizmu. Celem profilaktyki gerontologicznej jest wykrywanie i eliminowanie biologicznych oraz społecznych czynników zagrażających zdrowiu i przyspieszających proces starzenia. Na przestrzeni ostatnich lat ukazał się szereg prac naukowych, które zgodnie przedstawiają konieczność podejmowania przez seniorów aktywności ruchowej, w formie treningu zdrowotnego. Poprzez działania prozdrowotne i profilaktyczne można pozytywnie wpłynąć na opóźnienie procesu inwolutywnego, a więc i rozwój wielu chorób przewlekłych kończących się często utratą niezależności [4]. Regularna aktywność fizyczna jest potencjalnym czynnikiem zapobiegającym przedwczesnemu starzeniu się i pozytywnie wpływającym na sprawność umysłową i samopoczucie osób starszych. Poważny problem stanowi fakt, że nadal niewielki odsetek osób w podeszłym wieku podejmuje działania prozdrowotne w postaci regularnej aktywności ruchowej, modyfikacji diety i aktywizacji społecznej. Brakuje specjalistów, którzy w sposób holistyczny potrafią zaplanować i przeprowadzić projekt profilaktyki i promocji zdrowia skierowany do seniorów, obejmujący oprócz aktywności fizycznej także edukację prozdrowotną, psychoedukację i motywowanie do trwałej zmiany stylu życia. Problemem są tutaj bariery mentalne samych seniorów, ale także, a może przede wszystkim, niewielkie zainteresowanie osób młodych pracą z ludźmi w podeszłym wieku.

## CEL

Celem pracy była ocena nasilenia objawów depresyjnych u kobiet po 60. roku życia podejmujących regularną aktywność fizyczną i działania prozdrowotne.

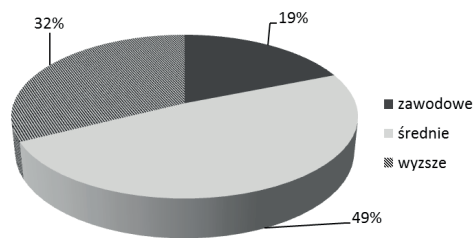
## MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w Fundacji Aktywizacji Seniorów „Siwy Dym” we Wrocławiu, w trakcie realizacji programu profilaktyki i promocji zdrowia „Depresja w Opresjach – wsparcie seniorów z zaburzeniami nastroju i objawami psychosomatycznymi”. Projekt uzyskał dofinansowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia. Kryteria włączenia do badań: płeć żeńska, wiek powyżej 60. roku życia, zgoda na udział w badaniu, chęć podjęcia regularnej aktywności fizycznej, zgoda lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na udział w grupowej gimnastyce ogólnousprawniającej. Badania uzyskały pozytywną opinię Komisji Bioetyki przy AWF we Wrocławiu.

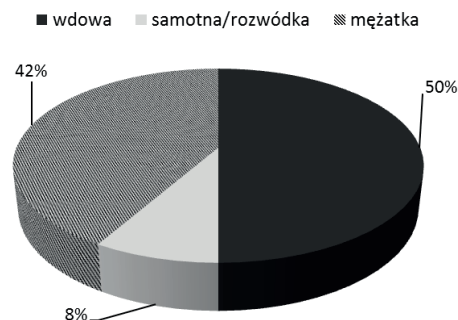
W badaniu wzięło udział 37 kobiet, średni wiek w badanej grupie to  $70,7 \pm 7,0$  lat. Wykształcenie i stan cywilny badanych kobiet przedstawiono na rys. 1 i 2. Wskaźniki BMI oraz WHR wynosiły odpowiednio  $31,0 \pm 6,1$  i  $0,85 \pm 0,1$ . Tylko masa ciała 4 osób (co stanowi 11% całej grupy badanej) mieściła się w granicach normy wg kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia ( $BMI < 25,0 \text{ kg/m}^2$ ).

W badanej grupie odnotowano duże zagrożenie wystąpienia zespołu metabolicznego, w którego skład wchodzi: otyłość brzuszna, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, hipertrójglicydemia i podwyższony poziom cukru we krwi (rys. 3). U 86% uczestniczek zajęć w momencie przystąpienia do projektu występowały różnego rodzaju dolegliwości bólowe (rys. 4). U 37% kobiet, które zgłosiły się do udziału w projekcie stwierdzono objawy zaburzeń nastroju. W dalszej części artykułu grupa ta będzie nazywana – grupa z depresją i analogicznie dla pozostałych kobiet – grupa bez depresji. Jednak jest to znaczne uproszczenie, ponieważ w projekcie nie przeprowadzono diagnozy klinicznej z udziałem psychiatry, a udział oparto na wynikach skali przesiewowej.

W momencie przystąpienia do programu profilaktyki i promocji zdrowia uczestniczki wypełniły ankietę wstępną składającą się z 20 pytań podzielonych na trzy główne części. Pierwsza część zawierała dane personalne uczestniczek. Następnie wykonano pomiary masy i wysokości ciała, obwodów talii i bioder oraz obliczono wartości BMI i WHR. Druga część ankiety dotyczyła stanu zdrowia i występowania dolegliwości bólowych badanych kobiet. Pytania dotyczyły między innymi poziomu ciśnienia tętniczego, poziomu składników osocza, w tym: cukru na czczo, poziomu cholesterolu i trójglicerydów. Pytano również o palenie tytoniu,



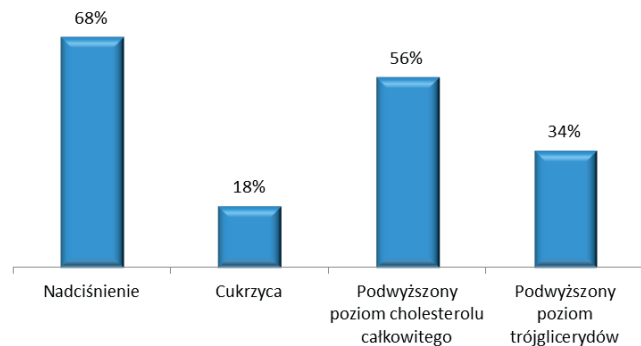
Rys. 1 Poziom wykształcenia badanych kobiet (N = 37)  
Źródło: opracowanie własne



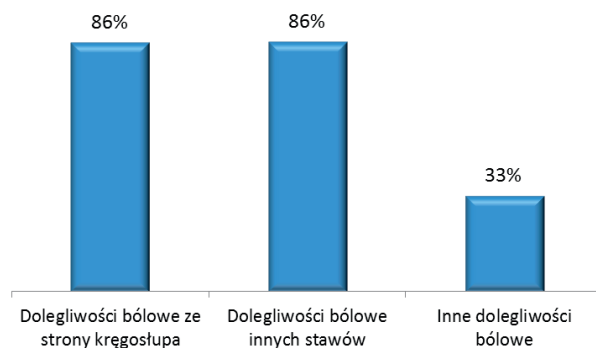
Rys. 2 Stan cywilny badanych kobiet (N = 37)  
Źródło: opracowanie własne

występowanie dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa i innych stawów oraz o występowanie problemów zdrowotnych w rodzinie osoby badanej. W ostatniej części ankiety znalazły się pytania, dotyczące zadowolenia ze swojej kondycji fizycznej, masy ciała oraz sposobów spędzania wolnego czasu oraz barier w przypadku niepodjęcia działań prozdrowotnych. Badanie, oceniające samopoczucie respondentek, przeprowadzono za pomocą standaryzowanej geriatrycznej skali depresji w wersji skróconej, 15-pytaniowej (GDS-15). Ocena samopoczucia wykonana została dwukrotnie – na początku i na końcu projektu.

Osoby, biorące udział w projekcie, uczestniczyły w trzymiesięcznych zajęciach o charakterze gimnastyki ogólnousprawniającej o średniej intensywności, prowadzonej dwa razy w tygodniu, która trwała każdorazowo 40 minut. Program zajęć obejmował: ćwiczenia zwiększające ruchomość kończyn, ćwiczenia wzmacniające górsę mięśniową tułowia i brzucha, ćwiczenia wzmacniające mięśnie głębokie dna miednicy, ćwiczenia poprawiające krążenie, ćwiczenia oddechowe oraz ćwiczenia równowagi i koordynacji. Pozostałą część zajęć (20 min) stanowiła edukacja prozdrowotna, psychoedukacja i aktywizacja społeczna. Projekt prowadzony był w paradygmacie biopsychospołecznym. Każde zajęcia prowadziły dwie osoby – fizjoterapeuta, odpowiadający za aktywizację fizyczną, i psychoterapeuta, specjalizujący się w pracy z grupą.



Rys. 3 Stan zdrowia w badanej grupie na podstawie informacji od lekarza POZ  
Źródło: opracowanie własne



Rys. 4 Dolegliwości bólowe w badanej grupie (N = 37)  
Źródło: opracowanie własne

## Metody analizy statystycznej

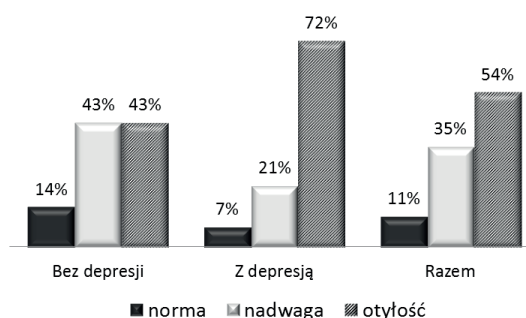
Podstawowy opis statystyczny cech ciągłych materiału badawczego obejmował wyznaczenie wartości średnich, odchyłeń standardowych i zakresu zmienności cech w analizowanej próbie. Cechy skategoryzowane przedstawiano w postaci szeregów rozdzielczych i histogramów. Istotność statystyczną różnicy wartości dwóch średnich oceniano, stosując test t-Studenta dla prób niezależnych lub jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) w przypadku większej liczby porównywanych średnich. Efektywność zmian objawów depresyjnych w wyniku uczestnictwa w projekcie oceniano, stosując test t-Studenta dla prób zależnych. Współzależność cech ciągłych oceniano, wyznaczając współczynnik korelacji liniowej r-Pearsona. W przypadku badania istotności współzależności cech skategoryzowanych stosowano test chi-kwadrat niezależności. Istotność statystyczną oceniano na krytycznym poziomie  $p < 0,05$ . Obliczenia przeprowadzono przy użyciu pakietu STATISTICA 12 firmy StatSoft.

## WYNIKI

Wśród badanych kobiet najpowszechniejszymi formami spędzania wolnego czasu były: oglądanie telewizji (78,4%), aktywność domowa (72,9%), spotkanie z rodziną (51,3%). Wśród powodów motywujących do podejmowania aktywności fizycznej zdecydowanie przeważały: chęć poprawy kondycji fizycznej (73%), poprawa stanu zdrowia (59,5%), poprawa wyglądu (51,3%). Jedynie 10,8% uczestniczek projektu podjęło aktywność fizyczną ze względu na zalecenia lekarza. Najczęstszymi przeszkodami, powodującymi niepodjęcie aktywności fizycznej wśród badanych kobiet, były: brak motywacji (40,5%), brak takiej możliwości w pobliżu miejsca zamieszkania (27%), zły stan zdrowia (21,6%). Każda osoba mogła zaznaczyć w ankiecie maksymalnie 3 z 5 odpowiedzi z każdej kategorii, dlatego uzyskane wyniki przekraczają w sumie wartość 100%. W każdej kategorii wymieniono tylko trzy najczęściej występujące odpowiedzi.

U 14 kobiet, które zgłosiły się do udziału w projekcie, stwierdzono objawy zaburzeń nastroju. Wiek kobiet z depresją nie różnił się istotnie od wieku kobiet bez depresji ( $p = 0,368$ ). Nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy tymi grupami, również jeśli chodzi o wykształcenie ( $p = 0,155$ ) oraz stan cywilny ( $p = 0,942$ ). Procentowy udział kobiet z otyłością był większy w grupie osób z depresją (rys. 5). Jednak zaobserwowana zależność okazała się statystycznie nieistotna i wymaga weryfikacji na liczniejszym materiale badawczym ( $p = 0,254$ ). Nasilenie objawów depresyjnych oceniane w skali GDS-15, nie korelowało istotnie ze wskaźnikami BMI i WHR, a także z ciśnieniem tętniczym krwi (tabela 1), nie miało również związku z wynikami badań laboratoryjnych (tabela 2).

Nieco większy odsetek kobiet z depresją skarżył się na dolegliwości bólowe. Jednak różnice w częstości odczuwania bólu zweryfikowane testem chi-kwadrat nie są istotne statystycznie (tabela 3).



Rys. 5 Klasyfikacja masy ciała kobiet wg kryteriów WHO  
Źródło: opracowanie własne

Tabela 1 Korelacje liniowe r-Pearsona wskaźników somatycznych z nasileniem objawów depresyjnych w skali GDS  
Źródło: opracowanie własne

Cecha	korelacja z wynikiem GDS-15	
	r	p
BMI	0,16	0,370
WHR	-0,08	0,638
ciśnienie skurczowe	0,10	0,582
ciśnienie rozkurczowe	-0,03	0,842

Badane kobiety ( $n = 37$ ) w większości nie były zadowolone z dostępu do usług rehabilitacyjnych finansowanych przez NFZ (81%), a także ze swojej wagi (73%). Aż 70% z nich obawiało się o swoje zdrowie. Opinie te nie wykazywały zależności od stopnia nasilenia odczuć depresyjnych. Natomiast odnotowano różnicę, jeśli chodzi o ocenę swojej kondycji fizycznej i sprawności. Kobiety bez depresji w większości były zadowolone ze swojej kondycji fizycznej (61%), podczas gdy kobiety z depresją odwrotnie – w większości nie były z niej zadowolone (71%). Różnica opinii w tym zakresie może być uznana za statystycznie istotną ( $p = 0,057 \approx 0,05$ ).

Systematyczne uczestnictwo w programie profilaktyki i promocji zdrowia doprowadziło do poprawy nastro-

Tabela 2 Rozkład danych dotyczących nadciśnienia, podwyższonego poziomu cholesterolu całkowitego i trójglicerydów w grupie z depresją i bez depresji

Źródło: opracowanie własne

Rodzaj schorzenia		grupa				Test chi-kwadrat	
		bez depresji		z depresją			
		n	%	n	%	$\chi^2$	p
Podwyższony poziom cholesterolu całkowitego	tak	10	45%	9	64	1,521	0,217
	nie	11	50%	4	29		
	nie wiem*	1	5%	1	7		
Podwyższony poziom trójglicerydów	tak	7	33%	3	23	0,408	0,523
	nie	11	53%	8	62		
	nie wiem*	3	14%	2	15		

\* Odpowiedź „nie wiem” wynika z braku badań laboratoryjnych.

ju i zmniejszenia objawów depresyjnych u 29 osób (79%). Poprawa nastroju była tym większa, im silniejsze objawy depresyjne stwierdzone w badaniu początkowym. Poprawa nastroju była statystycznie istotna (tabela 4).

Większy odsetek przypadków poprawy w grupie kobiet ze stwierdzoną depresją w badaniu początkowym potwierdza wysoka korelacja dodatnia zmian wyniku w skali GDS z wartością GDS w badaniu początkowym. Współczynnik korelacji liniowej r-Pearsona, wyznaczony w całej grupie badanej (n = 37) wynosi r = 0,76 i jest statystycznie wysoce istotny (p < 0,001). W grupie osób z depresją stwierdzoną w badaniu pierwszym korelacja jest jeszcze silniejsza i współczynnik ten wynosi r = 0,85, a w grupie kobiet bez depresji tylko r = 0,47.

Wyraźnie skośny rozkład stopnia poprawy nastroju po terapii (uzyskany głównie u osób z depresją) oraz niewielka liczebność grupy badanej utrudniają rzetelną ocenę korelacji stopnia poprawy nastroju z innymi mierzonymi parametrami. Można stwierdzić, że większą średnią poprawę nastroju po uczestnictwie w programie terapeutycznym zaobserwowano u osób, które w momencie przystąpienia do projektu: obawiały się o swoje zdrowie, były niezadowolone ze swojej kondycji fizycznej, były niezadowolone ze swej masy ciała. Wymienione zależności nie są statystycznie istotne i wymagają weryfikacji na liczniejszym materiale badawczym. Nie stwierdzono istotnego powiązania stopnia poprawy nastroju z poziomem wykształcenia (p = 0,237) i stanem cywilnym (p = 0,750). Kobiety zamężne uzyskały wprawdzie średnio większą poprawę nastroju niż kobiety samotne/wdowy/rozwódki, jednak różnice średnich wartości poprawy nie są istotne statystycznie i wymagają oceny na liczniejszym materiale. Nie uzyskano istotnego zróżnicowania takich cech, jak: wiek, BMI, WHR czy ciśnienie tętnicze krwi, w grupach kobiet, które uzyskały poprawę nastroju po uczestniczeniu w programie terapeutycznym, i kobiet, które takiej poprawy nie uzyskały. Można jedynie powiedzieć (bez silnego argumentu statystycznego), że poprawę częściej uzyskiwały kobiety nieco starsze i z nieco większym BMI.

W ramach analizy jakościowej zebranego materiału, opartej na poszczególnych pytaniach geriatrycznej skali depresji, wyróżniono te sfery codziennego funkcjonowania, które wykazały największą poprawę. W badanej grupie aż 80% respondentek stwierdziło poprawę, jeśli chodzi o wzrost zainteresowań i aktywności. Ponad połowa (53%) badanych nabrała chęci do wychodzenia z domu i odczuwała więcej energii w wyniku udziału w programie profilaktyki i promocji zdrowia. W przypadku 57% wzrosła samoocena, a 40% badanych zadeklarowało, w przeciwieństwie do badania początkowego, że czuje się szczęśliwie i nie sądzi, żeby były gorsze od innych ludzi (rys. 6).

Tabela 3 Dolegliwości bólowe a poziom odczuć depresyjnych

Źródło: opracowanie własne

Odczucia bólowe	Grupa	n	%	Test chi-kwadrat	
				$\chi^2$	p
Dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa	bez depresji	19	83	0,65	0,419
	z depresją	12	92		
Dolegliwości bólowe innych stawów	bez depresji	20	87	0,01	0,915
	z depresją	12	86		
Inne dolegliwości bólowe	bez depresji	6	26	1,29	0,256
	Z depresją	6	46		

Tabela 4 Wyniki skali GDS w badaniu początkowym i końcowym

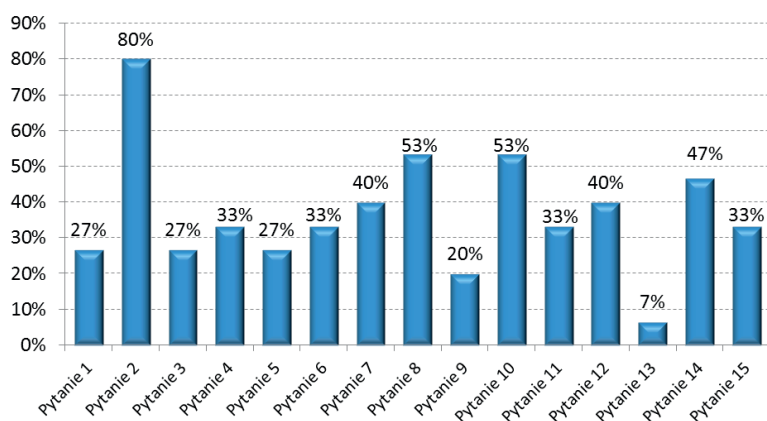
Źródło: opracowanie własne

Grupa	Badanie	GDS [pkt]			Test Studenta	
		Średnia	Odch. std	Średnia zmiana	t	p
całość	początkowe	4,4	3,5	-1,0	2,06	0,047
	końcowe	3,4	2,3			
z depresją	początkowe	8,0	2,7	-2,9	3,11	0,008
	końcowe	5,1	1,8			
bez depresji	początkowe	2,1	1,3	0,2	0,49	0,628
	końcowe	2,3	1,8			

## DYSKUSJA

Zaburzenia depresyjne są drugim po odepnięciu najczęstszym zaburzeniem psychicznym, pojawiającym się u osób w wieku podeszłym, prowadzącym do problemów w codziennym funkcjonowaniu. Depresja staje się częstą przyczyną niepełnosprawności, upośledzenia jakości życia i przedwczesnej śmierci, także z powodu samobójstw [5]. Aktywność fizyczna odgrywa dużą rolę w życiu człowieka, zarówno w kontekście usprawniania narządu ruchu, jak i wpływu na zdrowie w ujęciu biopsychospołecznym. W ostatnich latach, związek pomiędzy nadwagą a depresją stał się tematem wielu badań. Ustalono, że czynniki socio-demograficzne są potencjalnymi moderatorami związku pomiędzy depresją a nadwagą [6].

Na podstawie uzyskanych wyników badań, zgodnie z kryteriami WHO, nadwagę lub otyłość stwierdzono u 89% badanych osób. Wyniki sugerują, że wśród kobiet z nasilonymi objawami depresyjnymi wartość wskaźnika BMI była wyższa niż w grupie bez depresji, jednak nie potwierdzono istotności statystycznej tej obserwacji. Dokonana analiza piśmiennictwa pokazuje, że taka zależność istnieje – problem zaburzeń metabolicznych, w tym nadwagi, częściej dotyczy osób z depresją. Najsilniej objawy depresyjne są powiązane z otyłością brzuszną, wysokim poziomem trójglicerydów i niskim poziomem cholesterolu HDL. Nie potwierdzono związku pomiędzy nadciśnieniem a depresją [7]. W badaniach autorstwa Vogelzanga i wsp., na podstawie długoterminowej obserwacji 3075 osób, za-



Rys. 6 Analiza jakościowa pytań geriatrycznej skali depresji. Poprawa uzyskana w badaniu końcowym w stosunku do badania początkowego

Źródło: opracowanie własne.

równno kobiet, jak i mężczyzn w podeszłym wieku, stwierdzono, że objawy depresji były dodatnio skorelowane z otyłością brzuszna [8]. Babiarczyk i wsp., wykazali istotną statystycznie dodatnią zależność wyników GDS z płcią badanych ( $r_s = 0,20$ ;  $p = 0,0032$ ), stanem cywilnym ( $r_s = 0,19$ ;  $p = 0,0053$ ) oraz z obecnością chorób somatycznych ( $r_s = 0,24$ ;  $p = 0,0006$ ). Natomiast nie potwierdzili korelacji GDS z wartością wskaźnika BMI [9]. W swoim badaniu Akbaraly i wsp. stwierdzili zwiększone ryzyko rozwoju depresji u osób z zespołem metabolicznym. Autorzy badania ocenili ponadto, że najsilniejszymi predyktorami rozwoju depresji były: otyłość brzuszna, wysokie stężenie trójglicerydów oraz niskie stężenie cholesterolu frakcji HDL [7].

W badaniach własnych stwierdzono, że poziom wykształcenia kobiet bez objawów depresyjnych był wyższy od poziomu wykształcenia tych kobiet, które miały nasilone objawy depresyjne, jednak różnicy nie potwierdzono statystycznie. W łódzkich badaniach oceniających występowanie zaburzeń depresyjnych w stosunku do podejmowanej aktywności życiowej, przeprowadzonych na dwóch grupach, słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (100 osób) i losowo wybranych mieszkańców Łodzi (100 osób), nieuczestniczących w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku, wykazano, że mniejszy odsetek osób bez objawów depresyjnych występował wśród uczestników UTW (65%) w porównaniu z losowo wybranymi respondentami (54%). Można twierdzić, że chęć dokończenia się oraz aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym może być elementem zapobiegającym występowaniu depresji wśród osób starszych. Można to powiązać z wykształceniem, ponieważ wśród uczestników UTW dominują osoby z wykształceniem średnim i wyższym [10]. Potwierdzają to również

badania Burzyńskiej i Manieckiej-Bryły, w których podjęto ocenę związku pomiędzy poziomem wykształcenia a występowaniem zaburzeń depresyjnych i wykazano, że niższy poziom wykształcenia koreluje z gorszym wynikiem GSD [11].

W badaniach własnych na pytanie o obawy dotyczące stanu zdrowia 70% uczestniczek odpowiedziało twierdząco, jednak nie dowiedziono związku między tymi odpowiedziami a poziomem objawów depresyjnych. Burzyńska i Maniecka-Bryła również badały stan zdrowia respondentów i wykazały silny związek między występowaniem depresji a odczuwaniem dolegliwości bólowych. Większość (81,2%) badanych wskazało codzienne lub kilka razy w miesiącu odczuwanie dolegliwości bólowych związanych z różnymi chorobami, korelowało to z częstszym występowaniem depresji wśród badanych osób [11]. We własnym badaniu nie wykazano związku zaburzeń nastroju ze stanem cywilnym badanych kobiet, jednak analiza piśmiennictwa potwierdza takie powiązanie. Badania projektu PolSenior wykazały, że obecność depresji koreluje z sytuacją rodzinną. Wśród osób pozostających w związku małżeńskim zaburzenia depresyjne stwierdzono u 21,1% badanych, z kolei wśród osób owdowiałych w przypadku 41,1% ( $p < 0,005$ ). Osoby samotne, te rozwiedzione lub żyjące w separacji, jak i kawalerowie i panny, rzadziej ujawniały symptomy depresji niż osoby owdowiałe, jednak różnica była nieistotna statystycznie [12].

Wyniki przeprowadzonego badania wyraźnie wskazują na zmniejszenie objawów depresyjnych i poprawę nastroju uzyskaną w wyniku systematycznego uczestnictwa w programie terapeutycznym. Zmniejszenie objawów nastąpiło u 79% uczestniczek. W badaniach przeprowadzonych przez Kozak-Szopek i Galus w następstwie wystandardyzowanego programu rehabilitacji ruchowej zauważono poprawę nastroju przejawiającą się istotnym spadkiem liczby punktów w skali GSD, średnio z 6,09 do 4,91 ( $p < 0,01$ ). W długoterminowych (3-letnich) badaniach sprawdzano zależność pomiędzy ilością i rodzajem aktywności fizycznej a występowaniem depresji wśród mieszkańców Nowego Jorku ( $n = 3497$ ) w przedziale wiekowym 65-75 lat. Wyniki wykazały, że respondenci, których charakteryzował najwyższy poziom aktywności fizycznej, byli obarczeni niższym ryzykiem depresji. Ustalono, że oddziaływania, mające na celu wspieranie aktywności fizycznej wśród osób starszych, mogą generować istotne korzyści dla zdrowia psychicznego [13]. Badanie, w którym uczestniczyło 40 kobiet w przedziale wiekowym 65-75 lat, pokazało, że średnie nasilenie zaburzeń nastroju przed programem treningowym wynosiło 20,87,

natomiast po tym programie zmniejszyło się do 16,4. Samopoczucie i nastrój oceniono za pomocą Skali Depresji Becka [14]. Inne badania o podobnym charakterze przeprowadzono w grupie 48 kobiet powyżej 65. roku życia, w Korei. Zastosowano program terapeutyczny składający się z dwóch części: aktywności fizycznej i edukacji. Wyniki badania wykazały istotne zmniejszenie objawów depresji w grupie kobiet uczestniczących w programie [15].

Ze względu na małą liczebność grupy w badaniach własnych nie udało się wskazać cech, które byłyby istotnie związane z wyższą skutecznością programu profilaktyki i promocji zdrowia dla kobiet powyżej 60 lat, jednak uzyskane efekty w postaci poprawy kondycji psychicznej wydają się bardzo ciekawe i przemawiają za dalszymi badaniami. Widać, że większą poprawę nastroju uzyskano u osób z nasilonymi objawami depresyjnymi, co jest bardzo cenne, ponieważ osoby z tego typu problemami najczęściej izolują się społecznie i w ogóle nie podejmują działań prozdrowotnych, a jeśli już podejmą, to często rezygnują z uczestnictwa w trakcie trwania projektu. Dla utrzymania wysokiej frekwencji na zajęciach bardzo ważna jest obecność psychoterapeuty, który potrafi zainicjować nawiązanie relacji grupowej pomiędzy uczestnikami zajęć oraz modelować właściwą postawę wobec innych osób (zaufanie, otwartość, swobodę wypowiedzenia swoich uczuć, ale jednocześnie nie ocenianie innych itp.) Relacja grupowa jest bardzo silnym czynnikiem terapeutycznym zmniejsza poczucie osamotnienia i izolacji społecznej, które często zgłaszają osoby starsze. To ważne aby osoby podejmujące pracę z seniorami miały do tego odpowiednie kwalifikacje i kompetencje. Sprawdzony w badaniach własnych model współpracy fizjoterapeuty z psychoterapeutą okazał się bardzo skuteczny.

## WNIOSKI

1. Systematyczne uczestnictwo w programie terapeutycznym o charakterze profilaktyki i promocji zdrowia skutkowało poprawą nastroju i obniżeniem poziomu objawów depresyjnych u 79% badanych. Poprawa nastroju była tym większa im większy był poziom zaburzeń depresyjnych przed przystąpieniem do projektu.
2. W wyniku udziału w programie terapeutycznym 80% respondentek stwierdziło poprawę, jeśli chodzi o wzrost zainteresowań i aktywności. W przypadku 57% uczestniczek poprawie uległa samoocena, a 53% badanych nabrało chęci do wychodzenia z domu i odczuło więcej energii.

3. Cechą wyraźnie różnicującą grupę kobiet, które uzyskały poprawę nastroju w wyniku uczestnictwa w projekcie w porównaniu z tymi, które tej poprawy nie uzyskały, była ocena własnej kondycji fizycznej. Im gorsza ocena w badaniu początkowym, tym większa poprawa w wyniku udziału w projekcie.

## LITERATURA

1. Główny Urząd Statystyczny: *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*, Warszawa 2014.
2. L. Bidzan: *Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym*, Medycyna Wieku Podeszłego, 1(1), 2011, 31-41.
3. J. Turczyński, A. Bilikiewicz: *Depresja u osób w podeszłym wieku*, Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, 2(2), 2002, 99-106.
4. D. Gębka, K. Kędziora-Kornatowska: *Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku*, Problemy Higieny i Epidemiologii, 93(2), 2012, 256-259.
5. E. Dobrzyńska, J. Rymaszewska, A. Kiejnia: *Depresje u osób w wieku podeszłym*, Psychogeriatrya Polska, 4(1), 2007, 51-60.
6. J. Noh, Y. Kwon, J. Park, J. Kim: *Body mass index and depressive symptoms in middle aged and older adults*, BMC Public Health, 15, 2015, 310.
7. T. Akbaraly, M. Kivimäki, E. Brunner i wsp.: *Association Between Metabolic Syndrome and Depressive Symptoms in Middle-Aged Adults*, Diabetes Care, 32(3), 2009, 499-504.
8. N. Vogelzangs, S. Kritchevsky, A. Beekman i wsp.: *Depressive symptoms and change in abdominal obesity in older persons*, Archives of General Psychiatry, 65, 2008, 1386-1393.
9. B. Babiarczyk, M. Schlegel-Zawadzka, A. Turbiarz: *Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65. roku życia*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 19(4), 2013, 453-457.
10. A. Orzechowska, A. Wysokiński, B. Przybylska: *Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku w zależności od aktywności życiowej*, Polski Merkuriusz Lekarski, 25(150), 2008, 503-506.
11. M. Burzyńska, I. Maniecka-Bryła: *Występowanie depresji u osób starszych korzystających z pomocy społecznej – wstępne wyniki badania*, Acta Universitatis Lodziensis Folia Oeconomica, 297, 2013, 211-223.
12. A. Szybalska, K. Broczek, M. Wawrzyniak, M. Mossakowska: *Geriatryczna Skala Oceny Depresji a sytuacja materialna i rodzinna osób starszych. Wstępne wyniki projektu PolSenior*, 2006, 254-258.
13. S. Joshi, S. Mooney, G. Kennedy i wsp.: *Beyond METs: types of physical activity and depression among older adults*, Age & Ageing, 45(1), 2016, 103-109.
14. A. Sayyadi, M. Nazer, A. Ansary, A. Khleghi: *The effect of the exercise training on depression in elderly women*, Annals of General Psychiatry, 5(Suppl. 1), 2006, 199.
15. K. RimShin, Y. Kang, H. Park, M. Heitkemper: *Effects of Exercise Program on Physical Fitness, Depression, and Self-Efficacy of Low-Income Elderly Women In South Korea*, Public Health Nursing, 26(6), 2009, 523-531.

Otrzymano/received: 11.08.2017

Poprawiono/corrected: 23.08.2017

Zaakceptowano/accepted: 07.09.2017

