

DOI: 10.5604/01.3001.0055.0751

Izabela Wróblewska

Akademia Nauk Stosowanych Angelusa Silesiusa
Instytut Zdrowia
Collegium Witelona Uczelnia Państwowa
Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej
e-mail: izabela.wroblewska@collegiumwitelona.pl

Malgorzata Dziechciaż

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
e-mail: malgorzata.dziechciaz@pansjar.edu.pl

Justyna Miazga

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
e-mail: justyna.miazga@pansjar.edu.pl

Ocena stanu psychofizycznego starszych pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej z województwa dolnośląskiego

STRESZCZENIE

Wstęp. Współczesnym problemem społecznym, medycznym i socjalnym, dotyczącym przede wszystkim krajów rozwiniętych, jest starzenie się społeczeństwa. Starość to końcowy etap życia ludzkiego, w którym zachodzą zmiany biologiczne, psychiczne oraz społeczne. Mają one wpływ na stan psychofizyczny człowieka oraz sprawność w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, mogą przyczyniać się do uzależnienia od opieki osób trzecich i obniżenia jakości życia seniorów.

Cel pracy. Ocena związku między stanem psychofizycznym a sprawnością osób starszych.

Material i metody. Analizowano grupę 112 pacjentów POZ. Dobór próby był losowy. Kryterium włączenia były wiek ≥ 65 lat oraz brak znacznych zaburzeń funkcji poznawczych. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz dotyczący jakości snu, chorób przewlekłych, przyjmowanych leków, form spędzania wolnego czasu, codziennej aktywności i problemów z pamięcią oraz Skalę Lawtona (IADL), Yesavag'a (GDS) i *Edmonton Symptoms Assessment System* (ESAS).

Analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o współczynnik korelacji Spearmana oraz testy U Manna-Whitney'a i Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analiz dokonywano za pomocą programu SPSS.

Wyniki. W badanej grupie przeważały kobiety (75,9%), najczęściej osoby w przedziale wiekowym 65–69 lat (57,1%). Większość chorowała na nadciśnienie tętnicze (65,2%), nie przyjmowała leków z powodu depresji (87,5%) i lęku (78,6%) oraz problemów ze snem (59,8%). Większość seniorów nie miała trudności w zapamiętywaniu (58,9%), bez pomocy gospodarowali pieniędzmi (84,8%), potrafili przyjmować leki (80,3%), korzystać z telefonu (75,9%), samodzielnie wychodzić do sklepu (68,7%), przygotowywać posiłki (63,4%) i wykonywać podstawowe prace domowe (50,9%). W skali GDS większość deklarowała, że jest zwykle pogodna (89,3%) i czuje się szczęśliwa (87,5%). Na podstawie GDS stwierdzono, że 72,3% badanych nie ma symptomów obniżonego nastroju. Seniorzy skarżyli się na występowanie słabego bólu (45,6%), a swoje samopoczucie oceniali na poziomie średnim (22,3%).

Wnioski. Wraz z wiekiem sprawność seniorów w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego ulega obniżeniu. Nasilenie objawów depresji przyczynia się do obniżenia sprawności w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego oraz jest ściśle związane z występowaniem bólu, lęku oraz duszności. Wyższą sprawność wykazują osoby zamieszkujące miasta, mające średnie lub wyższe wykształcenie oraz przebywające w związkach małżeńskich lub będące w stanie wolnym.

Słowa kluczowe: seniorzy, stan psychofizyczny, aktywność, sprawność.

Wstęp

Problemem współczesnych społeczeństw krajów rozwiniętych jest starzenie się populacji, a w związku z tym ciągły wzrost liczby osób wchodzących w wiek poprodukcyjny. Coraz starsze populacje powodują wzrost zapotrzebowania na kompleksową i wielopłaszczyznową opiekę geriatryczną¹.

Starość jest końcowym etapem życia ludzkiego, który rozpoczynają zmiany psychiczne, biologiczne oraz społeczne. Za jego umowny próg przyjmuje się wiek metrykalny. Dużo trudniejsze jest ustalenie wieku biologicznego, psychicznego i społecznego, co zdaniem gerontologów dokładniej wyznacza stopień zaawansowania starości człowieka. Istotną sprawą jest zatem jakość życia osób w podeszłym wieku oraz ich wydolność czynnościowa, której wskaźnikiem jest funkcjonowanie niezależnie od drugiej osoby, co decyduje między innymi o pełnionych rolach i interakcjach społecznych oraz zadowoleniu z życia².

¹ E. Suwiński, *Starzenie się we współczesnym świecie*, „Pedagogika XXI wieku” 2018, nr 2(1), s. 49–66.

² Z.M. Wróblewska, M. Kowalczyk, J. Chmielewski, *Wpływ środowiska na jakość życia u osób w podeszłym wieku*, „Medycyna Środowiskowa” 2024, nr 27(3), s. 103–109.

W procesie starzenia się następuje wiele zmian degeneracyjnych obejmujących wszystkie narządy oraz układy, które pogarszają możliwości funkcjonowania organizmu. Dodatkowo wzrasta liczba chorób przewlekłych, a siedzący tryb życia i brak aktywności fizycznej powoduje pogorszenie się stanu funkcjonalnego seniora. To z kolei zwiększa możliwości zachorowania i pogarsza przebieg istniejących chorób, których największym czynnikiem ryzyka jest brak ruchu³.

Starzenie się jest procesem fizjologicznym, celowym, indywidualnym i zależnym od wielu zmiennych, w tym genetycznych, ale też stylu życia czy czynników zewnętrznych. Trudno jest określić jednoznaczne przyczyny starzenia się. Opracowano kilkanaście hipotez, jednak żadna z nich nie jest kompleksowa i wyczerpująca⁴. W rezultacie zachodzących zmian inwolucyjnych dochodzi do postępujących procesów obejmujących poszczególne narządy oraz układy organizmu.

Ze względu na wciąż wzrastającą liczbę seniorów we wszystkich społeczeństwach na całym świecie i wydłużenie się średniej wieku pojawia się pilna konieczność dokonywania oceny stanu psychofizycznego tej grupy pacjentów, szczególnie z perspektywy opieki medycznej. Jak dowodzą badania, związki między kondycją psychofizyczną a jakością życia dojrzałej części populacji okazują się być coraz istotniejszymi. Aktywność ruchowa osób starszych minimalizuje nie tylko ryzyko wystąpienia wszelkich niepełnosprawności, ale również poprawia dobrostan psychiczny oraz samopoczucie seniorów⁵. To z kolei wpływa na zmniejszenie częstotliwości instytucjonalizacji osób w podeszłym wieku, co jest głównym założeniem współczesnej geriatricy. Jak najdłuższe utrzymanie starszych podopiecznych w środowisku domowym jest bowiem dla nich najbardziej sprzyjające i rokuje dłuższe przeżycie⁶.

W związku z tym przedstawiciele ochrony zdrowia powinni podjąć wszelkie działania mające na celu ocenę stanu psychofizycznego osób w podeszłym wieku. W tym celu wykorzystywane są różnego rodzaju specjalistyczne międzynarodowe skale, takie jak: ADL, Skala Lawtona (IADL), Skala Barthel, Test Wstań i Idź, Test Tinetti, Test Hipotnii Ortostatycznej, *Mini-Mental State Examination*, Skalę Yesavag'a (GDS), *Edmonton Assessment System* (ESAS) i wiele innych⁷. Uzyskane wyniki pomagają w dokonaniu obiektywnej oceny stanu seniora we wszystkich obszarach jego funkcjonowania, a w rezultacie pozwalają ustalić indywidualne, ukierunkowane i specjalistyczne postępowanie. Ma ono spowodować, by starszy podopieczny pozostał jak najdłużej samodzielny i w miarę możliwości uniknął takich poważnych i zagrażających jego życiu powikłań jak upadek czy wystąpienie ran przewlekłych, co w praktyce pozwoli mu na dłuższe funkcjonowanie w środowisku domowym. Wczesna diagnostyka i prewencja ewentualnych zagrożeń w znaczący sposób wpływają na poczucie zwiększonej samowystarczalności i własnej wartości, w rezultacie polepszają

³ A. L. Peek, M. L. Stevens, *Resistance training for people with Parkinson's disease (PEDro synthesis)*, "British Journal of Sports Medicine" 2016, nr 50(18), s. 1158–1164.

⁴ P. A. Reuter-Lorenz, D. C. Park, *How Does it STAC Up? Revisiting the Scaffolding Theory of Aging and Cognition*, "Neuropsychology Review" 2014, nr 24(3), s. 355–370.

⁵ B. Gieroba, *Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne i funkcje poznawcze*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2029, nr 25(3), s. 153–161.

⁶ J. Markiewicz-Patkowska, S. Pytel, S. Sitek et al., *Długość życia seniorów w kontekście ich aktywności intelektualnej i rekreacyjnej*, „Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej” 2023, nr 6, s. 103–115.

⁷ P. W. Królik, E. Rudnicka-Drożak, *Ocena geriatryczna w warunkach normalnej opieki*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2021, nr 15(2), s. 72–80.

dobrostan i poprawiają jakość życia seniora, co we współczesnej medycynie jest wartością nadrzędną⁸.

Cel pracy. Ocena związku między stanem psychofizycznym a sprawnością osób starszych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzone zostały od czerwca do października 2023 r. metodą sondażu diagnostycznego. Analizowano grupę 112 (100%) pacjentów POZ z terenu województwa dolnośląskiego. Dobór próby był losowy. Kryterium włączenia były: wiek ≥ 65 lat oraz brak znacznych zaburzeń funkcji poznawczych (uzyskanie w skali *Mini-Mental State Examination* min. 19 pkt.) oraz wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu. W badaniu wykorzystano anonimowy, autorski kwestionariusz złożony z 15 pytań dotyczących jakości snu, chorób przewlekłych, leków przyjmowanych z powodu depresji, lęku i zaburzeń snu, form i rodzaju spędzania wolnego czasu, codziennej aktywności oraz problemów z pamięcią.

Respondenci mogli udzielić na nie odpowiedzi zamkniętych („tak”/„nie”). W celu oceny stanu pacjentów wykorzystano: Skalę Lawtona (IADL) – oceniającą złożone czynności dnia codziennego, skalę Yesavag’a (GDS) – narzędzie do oceny symptomów depresji u osób w podeszłym wieku oraz *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) – służącą do szybkiej diagnostyki bólu, nudności, przygnębienia, lęku, senności, apetytu, samopoczucia i duszności oraz wdrożenia odpowiedniego leczenia.

Analiza statystyczna

Analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o współczynnik korelacji Spearmana oraz testy U Manna-Whitney’a, Kruskala-Wallisa i chi-kwadrat. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$. Analiz dokonywano za pomocą programu SPSS.

Charakterystyka grupy badanej

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Dane socjodemograficzne	N	%
Płeć		
Kobiety	85	75,9
Mężczyźni	27	24,1
Wiek		
65–69	64	57,1
70–75	23	20,5
76–80	14	12,5
81–85	9	8,0

⁸ M. Gujski, T. Juńczyk, Pinkas J. et al., *Practical measures of cognitive function and promotion of their performance in the context of research*, “Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2016, nr 23(3), s. 399–402; D. Zawadzka, M. Stalmach, *Problemy psychologiczne osób w okresie starości. Cz. I. Najważniejsze wyzwania i trudności*, „Hygeia Public Health” 2015, nr 50(2), s. 298–304.

86–90	2	1,9
>90	0	0
Miejsce zamieszkania		
Miasto	62	55,3
Wieś	50	44,7
Stan cywilny		
Zamężne/zonaci	61	54,5
Wdowy/wdowcy	43	38,4
Panny/kawalerowie	8	7,1
Wykształcenie		
Podstawowe	34	30,3
Zawodowe	32	28,6
Średnie	28	25,0
Wyższe	18	16,1
Forma utrzymania		
Emerytura	75	66,9
Renta	20	17,8
Praca zawodowa	15	13,4
Na utrzymaniu rodziny	2	1,9

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki

Większość badanych osób chorowała na nadciśnienie tętnicze (65,2%), następnie cukrzycę (36,6%), chorobę nowotworową (32,1%), niedokrwinną serca (23,2%), astmę (11,6%), POChP (6,3%) oraz inne choroby, takie jak zwyrodnienia stawów, nadczynność i niedoczynność tarczycy, padaczka, choroby reumatyczne i osteoporoza (5,4%).

Ankietowani w większości nie przyjmowali leków z powodu depresji (87,5%) i lęku (78,6%) oraz problemów ze snem (59,8%), którego jakość oceniali na poziomie 5 punktów (29,5%).

Najpopularniejszą formą spędzania wolnego czasu było oglądanie telewizji (43,7%), następnie aktywność domowa (27,7%), czytanie książek (14,3%), prace w ogrodzie (8,0%) i uprawianie sportu (6,2%). Najczęściej deklarowaną formą aktywności był spacer (47,3%), jazda na rowerze (28,6%), gimnastyka (9,8%), pływanie (8,0%), taniec (4,5%) i inne (1,8%).

Badani stwierdzali, że podejmują swoją aktywność najczęściej codziennie (35,7%), następnie kilka razy w tygodniu (26,8%), rzadziej niż raz w tygodniu (24,1%) lub wcale (13,4%).

Większość seniorów nie miała trudności w zapamiętywaniu (58,9%), 26,8% deklarowała występowanie takich problemów. Luki w pamięci miało 8,9% badanych, 3,6% nie pamiętało zdarzeń świeżych, a 1,8% zdarzeń z przeszłości.

Wyniki testu IADL wykazały, że większość badanych potrafi samodzielnie funkcjonować. Seniorzy w większości bez pomocy gospodarowali pieniędzmi (84,8%), potrafili

przygotować i przyjąć leki (80,3%), korzystać z telefonu (75,9%), samodzielnie wychodzić po artykuły spożywcze (68,7%), docierali do miejsc poza odległością spaceru (64,3%), przygotowywali sobie posiłki (63,4%) i wykonywali podstawowe prace domowe (50,9%).

Badani otrzymali także dobre wyniki w skali GDS, gdzie większość deklarowała, że jest zwykle pogodna (89,3%), nie ocenia sytuacji, w jakiej się znaleźli, jako beznadziejnej (89,3%), czuje się szczęśliwa (87,5%) i jest zadowolona z całego swojego życia (84,8%), nie czuje się gorsza od innych (80,3%) ani bezradna (78,6%), jednocześnie ma jednak poczucie pustki w życiu (70,5%). Badani nie czuli się znudzeni (68,7%), w większości byli pełni energii (67,8%), przy czym woleli zostać w domu niż wychodzić i spotykać się z ludźmi (54,5%). Ponad połowa seniorów nie obawiała się, że stanie się z nimi coś złego (54,5%), ale ich zainteresowania i ilość wykonywanych zajęć uległy z czasem zmniejszeniu (53,6%) i uważają, że większości ludziom wiedzie się lepiej niż im (50,0%).

Na podstawie testu GDS stwierdzono, że 72,3% badanych nie ma symptomów obniżonego nastroju, a pozostali mają objawy depresji o rosnącym nasileniu (27,7%).

Seniorzy wypełniali także test ESAS, którego wyniki zawarto w tabeli 2.

Tabela 2. Ocena Skalą ESAS

Dolegliwości		Punkty										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ból	N	21	6	11	15	19	18	5	10	5	2	0
	%	18,7	5,4	9,8	13,4	17,0	16,1	4,5	8,9	4,5	1,8	0,0
Nudności	N	65	18	13	10	4	2	0	0	0	0	0
	%	58,0	16,1	11,6	8,9	3,6	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Przygnębienie	N	37	10	10	23	9	14	3	4	1	1	0
	%	33,1	8,9	8,9	20,5	8,0	12,5	2,7	3,6	0,9	0,9	0,0
Lęk	N	41	17	12	8	11	12	6	4	1	0	0
	%	36,6	15,2	10,7	7,1	9,8	10,7	5,4	3,6	0,9	0,0	0,0
Senność	N	26	12	13	12	9	19	5	7	4	2	3
	%	23,2	10,7	11,6	10,7	8,0	17,0	4,5	6,2	3,6	1,8	2,7
Apetyt	N	19	8	11	8	8	21	5	8	14	2	8
	%	17,0	7,1	9,8	7,1	7,1	18,7	4,5	7,1	12,6	1,8	7,1
Samopoczucie	N	18	7	11	9	13	25	6	9	2	6	6
	%	16,1	6,2	9,8	8,0	11,6	22,3	5,4	8,0	1,8	5,4	5,4
Duszności	N	63	13	4	6	4	12	3	2	3	1	1
	%	56,2	11,6	3,6	5,4	3,6	10,7	2,7	1,8	2,7	0,9	0,9

Źródło: opracowanie własne.

Współczynnik korelacji Spearmana uzyskany między skalą IADL a GDS oznacza, że występuje zależność pomiędzy zmiennymi ($p < 0,001$). Korelacja ma charakter ujemny ($\rho = -0,444$) i jest średnio silna.

Istnieje także korelacja pomiędzy GDS a takimi składowymi skali ESAS jak: ból, przygnębienie, lęk, i duszności. W pozostałych aspektach nie stwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy zmiennymi ($p > 0,05$) – tabela nr 3.

Tabela 3. Różnice międzygrupowe pomiędzy ESAS a GDS

Skala ESAS	Wyniki skali GDS	
	<i>rho</i>	<i>p</i>
Ból	0,301	0,001
Nudności	0,066	0,490
Przygnębienie	0,484	<0,001
Lęk	0,554	<0,001
Senność	0,097	0,313
Apetyt	0,078	0,418
S a m o p o - czucie	0,035	0,717
Duszności	0,360	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskany wynik z korelacji między IADL a płcią ($p < 0,05$) pozwala stwierdzić, że występują istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami kobiet i mężczyzn, różnią się oni pod względem sprawności w czynnościach życia codziennego. Mediana wyników kwestionariusza IADL wśród kobiet oznacza, że co najmniej połowa z nich osiągnęła wynik nie niższy niż 23 pkt, wśród mężczyzn mediana była niższa. Zakresy wyników w obydwu grupach były takie same.

Także ocena związku między sprawnością wyrażoną w skali IADL a miejscem zamieszkania ($p < 0,05$) wskazuje na występowanie istotnie statystycznych różnic pomiędzy grupami – mieszkańcy miast wykazali się wyższą sprawnością w zakresie czynności dnia codziennego (tabela 4).

Tabela 4. Zróżnicowanie sprawności wyrażonej w skali IADL w zależności od płci i miejsca zamieszkania badanych

Zmienne	IADL			Wynik testu Manna-Whitney’a
	Me	Min	Max	
Płeć				
Kobieta	23,0	8,0	24,0	$U=828,00$ $p=0,034$
Mężczyzna	22,0	8,0	24,0	
Miejsce zamieszkania				
Miasto	24,0	9,0	24,0	$U=1007,00$ $p=0,002$
Wieś	22,0	8,0	24,0	

Źródło: opracowanie własne.

Również wyniki uzyskane z testu Kruskala-Wallisa dotyczące zależności pomiędzy sprawnością wyrażoną w skali IADL a wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem i formą

utrzymania oznaczają, że pomiędzy grupami występują istotne statystycznie różnice wartości median ($p<0,05$) – tabela nr 5.

Tabela 5. Zróźnicowanie sprawności wyrażonej w skali IADL w zależności od wieku, stanu cywilnego, wykształcenia i formy utrzymania badanych

Zmienne	Skala Złożonych Czynności Życia Codziennego			Wynik testu Kruskala-Wallisa
	Me	Min	Max	
Wiek				
60–69	24,0	15,0	24,0	$H^2=28,157$ $df=2$ $p<0,001$
70–79	22,0	9,0	24,0	
≥80	17,0	8,0	24,0	
Stan cywilny				
Panna/kawaler	24,0	15,0	24,0	$H^2=6,865$ $df=2$ $p=0,032$
Zamężna/Żonaty	23,0	15,0	24,0	
Wdowa/Wdowiec	22,0	8,0	24,0	
Wykształcenie				
Podstawowe	20,50	8,0	24,0	$H^2=39,436$ $df=3$ $p<0,001$
Zawodowe	22,00	9,0	24,0	
Średnie	24,00	9,0	24,0	
Wyższe	24,00	18,0	24,0	
Forma utrzymania				
Praca	24,00	21,0	24,0	$H^2=12,324$ $df=2$ $p=0,002$
Renta	22,00	8,0	24,0	
Emerytura	23,00	8,0	24,0	

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Z przeprowadzonych badań wynika, że największą grupę wśród badanych seniorów stanowiły osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze. Potwierdzają to badania epidemiologiczne, dowodzące, że ok. 60–70% osób w podeszłym wieku choruje na tę jednostkę chorobową⁹. Kolejnym często diagnozowanym schorzeniem była cukrzyca oraz choroby nowotworowe. Wynik ten znajduje swoje odzwierciedlenie w wielu analizach, które potwierdzają,

⁹ N. Gawron, A. Zębrowski, B. Hintze, *Aktywność fizyczna a funkcjonowanie poznawcze osób w średniej i późnej dorosłości – wyniki badania wstępnego*, „Przegląd Psychologiczny” 2024, nr 67(1), s. 69–92.

że ponad 40% osób po 65 r.ż. ma objawy cukrzycowe, a szczyt zachorowania występuje około 65 r.ż.¹⁰

Także zachorowalność na nowotwory wzrasta wraz z wiekiem, a chorzy mający ponad 65 lat stanowią 60% wszystkich pacjentów onkologicznych¹¹. Uzyskane wyniki wskazują na tendencję wzrostu zapadalności na wymienione choroby związaną z wiekiem, który jest tzw. czynnikiem niemodyfikalnym. Wśród modyfikalnych czynników ryzyka wymienia się siedzący tryb życia, palenie papierosów, nadwagę i otyłość oraz hipercholeścystonemię. Ich eliminacja poprawia stan zdrowia seniorów, a tym samym ich samodzielność. W związku z tym wydaje się uzasadnionym zwiększenie świadomości osób starszych dotyczącej znaczenia modyfikowalnych przyczyn zwiększonej zachorowalności na wymienione jednostki chorobowe. Jest to szczególnie ważne w sytuacji wielochorobowości występującej u tej grupy pacjentów, a także jej konsekwencji, między innymi wielolekowości. Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy potwierdzają, że pacjenci w podeszłym wieku w większości borykają się z kilkoma chorobami przewlekłymi, co może wywoływać dodatkowe skutki uboczne, przyczyniając się do pogorszenia ich jakości życia¹².

Dodatkowymi problemami starości, ściśle związanymi z farmakoterapią, są zaburzenia snu, w tym przyspieszenie fazy snu, co można zaobserwować przez wcześniejsze udawanie się osób starszych na nocny spoczynek oraz wczesne przebudzanie. Pojawiająca się bezsenność skutkuje często stosowaniem leków nasennych, co potwierdziły przeprowadzone badania, a także analizy innych badaczy. Jej leczenie najczęściej kończy się stosowaniem środków, które ze względu na inną w populacji seniorów farmakinetkę nie zawsze dają pożądaną skuteczną, powodując jednocześnie szybkie uzależnienie. Problem jest szczególnie istotny u osób unieruchomionych, u których można, częściej niż u osób aktywnych, obserwować zaburzoną fazę dnia i nocy. Pacjenci ci potrafią większość dnia przespać, natomiast w nocy bywają pobudzeni. Skutkuje to zwiększaniem dawek leków lub używaniem środków o coraz silniejszym działaniu. Sytuacja ta może być początkiem tzw. cyklu geriatrycznego (błędnego koła), w którym w rezultacie dochodzi do nasilenia niepożądanych objawów, minimalizacji aktywności, pogorszenia jakości życia seniora, a w rezultacie nawet do zagrożenia jego życia¹³.

Ważnym czynnikiem wpływającym na sprawność osób w podeszłym wieku jest aktywność ruchowa, która jest, szczególnie w ostatnich latach, promowana u osób starszych. Jednak mimo podejmowanych starań i wydawałoby się wystarczającej ilości wolnego czasu seniorów większość z niej nie korzysta. Z przeprowadzonych badań wynika, że wśród badanych najczęstszą formą spędzania wolnego czasu jest oglądanie telewizji oraz tzw.

¹⁰ S. Grundke, *Pflegeplanung bei Diabetes mellitus im Alter*, „ProCare” 2022, nr 27, s. 22–25.

¹¹ D. Fusco, A. Ferrini, G. Pasqualetti et al., *Oncogeriatrics Group of the Italian Society of Gerontology, Geriatrics. Comprehensive geriatric assessment in older adults with cancer: Recommendations by the Italian Society of Geriatrics and Gerontology (SIGG)*, European “Journal of Clinical Investigation” 2021, nr 51(1), s. e13347.

¹² M. Głowacka, P. Zabielska, B. Haor et al., *Does functional assessment of individuals aged 80-plus give rise to scientific discussion – considerations based on literature review*, “Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2019, nr 26(2), s. 375–378.

¹³ E. Babicz-Zielińska, J. V. Bartkowicz, M. Tańska, *Jakość życia osób starszych i jej determinanty*, „Żywność. Nauka. Technologia. Jakość” 2021, nr 28(126), s. 51–67.

aktywność domowa, co potwierdzają także inni autorzy¹⁴. W większości są to bierne formy aktywności, które nie wpływają na poprawę sprawności funkcjonalnej. W trakcie oglądania TV czy czytania seniorzy przyjmują najczęściej pozycję siedzącą lub leżącą, a więc najczęściej przez nich preferowaną, która jednocześnie nie sprzyja ich zdrowiu i może powodować zwiększenie występowania chorób związanych z brakiem aktywności ruchowej¹⁵.

Ponad 1/3 ankietowanych deklarowała, że codziennie uprawia aktywność fizyczną. Najczęstszą jej formą były spacer, a następnie jazda na rowerze, gimnastyka oraz pływanie. Inni badacze uzyskują na ten temat podobne wyniki – większość seniorów nie uprawia żadnej formy aktywności, a jeśli jest ona podejmowana, to właśnie w formie spacerów, a nie gimnastyki.¹⁶ Tymczasem przeprowadzone badania dowiodły, że osoby, które uprawiają chociaż jedną formę aktywności fizycznej co najmniej raz w tygodniu, mają lepszą sprawność ogólną. Przyczyną małego zaangażowania seniorów w aktywne formy spędzania wolnego czasu może być przeświadczenie, że wymagają one znacznego wysiłku fizycznego. Obecnie proponuje się osobom starszym takie korzystne dla nich i stymulujące zajęcia jak *Tai-Chi*, *nordic walking* czy gimnastykę w wodzie. Głównym założeniem tych ćwiczeń jest ich stosunkowo małe obciążenie, nauka rozluźniania mięśni, utrzymania równowagi i oddechu z jednoczesnym systematycznym ich wykonywaniem. W rezultacie pozwalają one na dłuższe utrzymanie samodzielności, co można sprawdzić dzięki wystandaryzowanym testom dotyczącym prostych i złożonych czynności dnia codziennego (ADL, IADL).

W ramach prowadzonych badań badano związek pomiędzy sprawnością w wykonywaniu tych czynności a nasileniem objawów depresji (GDS). Uzyskane wyniki, które pokrywają się z wynikami uzyskanymi przez innych badaczy, wskazują, że im osoby badane lepiej radziły sobie z czynnościami dnia codziennego, tym niższe było u nich nasilenie objawów depresji¹⁷. Depresja oraz występowanie jej objawów jest istotnym czynnikiem powodującym obniżenie zdolności do samoopieki i potrzebę pomocy innych osób w życiu codziennym¹⁸.

Analizie poddano także związek pomiędzy występowaniem objawów depresji u osób badanych testem GDS a nasileniem wybranych dolegliwości opisanych w skali ESAS. Z porównania wynika, że im wyższe było nasilenie bólu, tym wyższe nasilenie objawów depresji. Podobną zależność wykazano w badaniach przeprowadzonych w Niemczech.

¹⁴ A. Nawrocka, W. Mynarski, J. Cholewa, *Adherence to physical activity guidelines and functional fitness of elderly women, using objective measurement*, "Annals of Agricultural and Environmental Medicine", 2017, nr 24(4), s. 632–635.

¹⁵ M. Vega-Vázquez, M. Á. Rodríguez-Serrano, M. Castellanos-Verdugo et al., *The impact of tourism on active and healthy ageing: Health-related quality of life*, "Journal of Policy Research in Tourism, Leisure and Events", 2021, nr 13(3), s. 349–373.

¹⁶ B. Gosik, *Formy spędzania czasu wolnego starszych osób w województwie łódzkim*, Department of Population and Services Studies Space-Society-Economy, Łódź, 2015, nr 14, s. 140–145.

¹⁷ Ł. Domańska, *Depresja wieku podeszłego – wyzwania diagnostyczne*, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Wydział Pedagogiki i Psychologii, Lublin 2018, nr XXXI(3), s. 327–338.

¹⁸ M. Osińska, A. Kazberuk, K. Celińska-Janowicz et al., *Depresja – choroba cywilizacyjna XXI wieku*, „Geriatrics” 2017, nr 11, s. 123–129.

Wykazano w nich występowanie depresji u 6% osób, u których nie występował ból oraz u 20% osób, u których stwierdzono dolegliwości bólowe¹⁹. Ból jest czynnikiem mającym duży wpływ na samopoczucie człowieka. Jego występowanie przyczynia się często do obniżenia nastroju, a w sytuacji gdy trwa długo, może prowadzić do depresji. Badania epidemiologiczne wykazują korelację między występowaniem depresji a chorobami powiązanymi z bólem²⁰.

Z przeprowadzonych badań wynika również, że istnieje związek pomiędzy deklarowanym przez ankietowanych lękiem a obniżonym nastrojem. Okazało się, że im wyższy poziom lęku, tym intensywniejsze nasilenie objawów depresji. Potwierdzają to dane epidemiologiczne pochodzące z praktyk psychiatrów, gdzie około 1/3 osób zgłaszających się do tych specjalistów dostrzega zależność między tymi dwoma czynnikami. Literatura przedmiotu podaje, że lęk może współtowarzyszyć depresji. Stanowi często pierwszy widoczny objaw, dzięki któremu można rozpocząć diagnozowanie schorzenia. Niestety lęk pojawiający się w depresji może być mylony z lękiem na tle nerwowym. Skutkiem tego jest źle postawiona diagnoza oraz nieprawidłowe leczenie²¹.

Kolejną dolegliwością poddawaną analizie były duszności. Zauważono, że im są one większe, tym wyższe jest nasilenie objawów depresji. Potwierdzają to wyniki innych badań, które dowodzą związku między objawami psychologicznymi a oddechowymi²². Duszność wiąże się z nasileniem lęku, najczęściej spowodowanego strachem o własne życie, ten z kolei, poprzez współwystępowanie, nasila objawy depresji. Można dostrzec tu więcej zależności, zarówno pomiędzy dusznością a depresją oraz lękiem a depresją²³.

W ramach badań analizowano także związek między sprawnością w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego a płcią ankietowanych. Zaobserwowano, że kobiety i mężczyźni różnią się pod tym względem. Uzasadnieniem lepszej sprawności kobiet może być ich większa tzw. aktywność domowa. Jest ona w pewnym stopniu uwarunkowana kulturowo i wymuszana przez wykonywanie codziennych czynności przez okres całego życia. Odmienne dane uzyskał Wysokiński, który dowiódł, że mężczyźni lepiej radzą sobie w tym zakresie²⁴. Z kolei inni autorzy nie udowodnili swoimi analizami, iż płeć jest czynnikiem różnicującym wykonywanie złożonych czynności dnia codziennego²⁵. Wydaje się, że przy-

¹⁹ B. Wild, W. Herzog, D. Schellberg et al., *Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people aged 53 to 80 years*, "International Journal of Geriatric Psychiatry" 2011, nr 27(4), s. 375–381.

²⁰ R. C. Burch, J. Ailani, M. S. Robbins, *American Headache Society consensus statement: Update on the integration of new migraine treatments into clinical practice*, "Headache" 2022, nr 62(1), s. 111–112.

²¹ K. Filipowska, A. Antczak, K. Kędziora-Kornatowska et al. *Współwystępowanie chorób somatycznych i zaburzeń depresyjnych u osób w podeszłym wieku*, „Gerontologia Polska” 2016, nr 24, s. 58–63.

²² J. Traczyk, P. Kędzia, A. Skrzek, *Jakość życia, sprawność funkcjonalna oraz występowanie ryzyka depresji u kobiet po 60 roku życia mieszkających w domach opieki społecznej i samodzielnie*, „Gerontologia Polska” 2016, nr 24, s. 32–39.

²³ G. G. Nomikos, D. Tomori, W. Zhong et al. *Efficacy, safety, and tolerability of vortioxetine for the treatment of major depressive disorder in patients aged 55 years or older*, "CNS Spectrums" 2017, nr 22, s. 348–362.

²⁴ M. Wysokiński, W. Fidecki, S. Gębała, *Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych*, „Gerontologia Polska” 2013, nr 21(3), s. 89–97.

²⁵ D. Postróżny, R. Żuralska, M. Mziray et al., *Ocena poziomu samodzielności funkcjonalnej powyżej*

czyną rozbieżności w wynikach jest losowy dobór grupy badanej oraz nadreprezentatywność kobiet w grupie osób w starszym wieku. Ważnym czynnikiem, jaki powinien być tu brany pod uwagę, jest także wiek badanych, ich schorzenia (głównie te uwarunkowane płcią) czy wpływ czynników zewnętrznych, w tym miejsce zamieszkania czy wykonywany wcześniej zawód. Przeprowadzone badania wykazały, że pomiędzy grupami występują istotne statystycznie różnice. Okazało się, że im wyższy wiek seniorów, tym niższa ich sprawność w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego. Podobne wyniki uzyskała Haor u starszych chorych, którzy korzystali z podstawowej opieki zdrowotnej²⁶. Ma to swoje uzasadnienie w procesie starzenia się organizmu, kiedy dochodzi do obniżenia wszystkich funkcji, a w rezultacie sprawność człowieka ulega pogorszeniu. W związku z tym można stwierdzić, że seniorzy będą z czasem potrzebowali pomocy innych osób w zakresie codziennego funkcjonowania²⁷.

Okazało się także, że na wykonywanie złożonych czynności dnia codziennego ma wpływ miejsce zamieszkania ankietowanych. Badani mieszkańcy miast mieli lepszą sprawność niż mieszkańcy wsi, co jest zbieżne z wynikami Borowiak²⁸. Wydaje się, że należy je interpretować w zestawieniu z kolejną zmienną, jaką jest wykształcenie. Okazuje się bowiem, że w mieście jest więcej osób z wykształceniem wyższym, co może mieć pozytywny wpływ na ich prozdrowotną wiedzę, a tym samym takie zachowania²⁹. Różni autorzy dowodzą, że istnieje zależność pomiędzy wykształceniem a poziomem dbania o swoje zdrowie, na co wpływ mają zarobki, w większości przypadków wyższe u osób bardziej wykształconych. Porównanie poziomu wykształcenia i sprawności badanych seniorów dowiodło, że im wyższy poziom wykształcenia, tym wyższy wynik na skali IADL. Osoby mające wykształcenie podstawowe gorzej radziły sobie z czynnościami dnia codziennego niż osoby mające wykształcenie średnie i wyższe. Pomiędzy pozostałymi grupami nie odnotowano istotnych statystycznie różnic. Podobne wyniki uzyskała Haor³⁰, która uzasadnia je większą wiedzą osób lepiej wykształconych na temat prozdrowotnych zachowań, przez co ich postępowanie może przyczyniać się do poprawy ich sprawności. Dodatkowo osoby, które ukończyły jedynie szkołę zawodową lub podstawową, mogą nie dysponować środkami finansowymi na prowadzenie zdrowego trybu życia. Jest on zazwyczaj droższy chociażby ze względu na wprowadzenie zdrowej żywności i eliminację produktów typu *fast food*. W związku z tym uzasadnionym

65 roku życia, „Gerontologia Polska” 2020, nr 28, s. 17–22.

²⁶ B. Haor, *Wybrane aspekty sprawności seniorów w złożonych czynnościach dnia codziennego a praktyka pielęgnarska w podstawowej opiece zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe WSHE”, Włocławek 2013, 37: 146–147.

²⁷ A.B. Ćwirlej-Sozańska, B. Sozański, A. Wiśniowska-Szurlej et al., *Quality of life and related factors among older people living in rural areas in south-eastern Poland*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2018, nr 25(3), s. 539–545.

²⁸ E. Borowiak, T. Kostka, *Oczekiwania na świadczenia opiekuńcze starszych mieszkańców obszaru miejskiego i wiejskiego oraz instytucji opiekuńczo-pielęgnacyjnych*, „Gerontologia Polska” 2010, nr 18(4), s. 205–215.

²⁹ M. Dziechciaż, E. A. Guty, Wojtowicz et al., *Social and health care needs of elderly people living in the countryside in Poland*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2012, nr 19(4), s. 746–750.

³⁰ B. Haor, *Wybrane aspekty sprawności seniorów w złożonych czynnościach dnia codziennego a praktyka pielęgnarska w podstawowej opiece zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe WSHE”, Włocławek, 2013, nr 37, s. 146–147.

jest prowadzenie ciągłej, systematycznej edukacji osób w podeszłym wieku, która pozwoli im poprawić swoją sprawność³¹.

Wspomniane środki finansowe są jednym z decydujących czynników mających wpływ na codzienne funkcjonowanie osób starszych. Przeprowadzone badania wykazały, że osoby pracujące wykazują się wyższą sprawnością niż osoby będące na emeryturze. Pomiędzy pozostałymi grupami nie wystąpiły istotne statystycznie różnice.

Według badań przeprowadzonych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej poziom zdrowia oraz sprawność osób w podeszłym wieku różni się w zależności od sytuacji zawodowej tych osób. Najlepszy stan zdrowia obserwuje się u osób pracujących. Przejście na rentę jest spowodowane złym stanem zdrowia. Także osoby podejmujące decyzję o przejściu na emeryturę często wiążą ją z tym czynnikiem oraz spadkiem sprawności fizycznej. Oznacza to, że stan zdrowia może być utrudnieniem w dalszej pracy. Spostrzeżenia wynikające z przeprowadzonych badań dowodzą, iż osoby przechodzące na emeryturę mają zdiagnozowane liczne schorzenia, które uniemożliwiają im dalszą pracę zawodową. Natomiast osoby pracujące zawodowo najczęściej nadal są aktywne fizycznie oraz na ogół młodsze, przez co mają lepszą sprawność³².

Kolejnym czynnikiem uzasadniającym większą sprawność osób pochodzących z miast jest dostępność do wszelkich form opieki zdrowotnej, w tym rehabilitacji. Osoby mieszkające na wsi mają większe trudności w dostaniu się do specjalistów i w związku z tym mniejsze szanse na opiekę na wyższym poziomie.

Badaczy interesowało także, czy istnieje zależność pomiędzy sprawnością badanych a ich stanem cywilnym. Wyniki wskazują, że panny i kawalerowie oraz osoby w związkach małżeńskich lepiej radzą sobie z czynnościami dnia codziennego niż wdowy i wdowcy. Wysokiński w swoich badaniach porównuje te same czynniki, a uzyskane przez niego wyniki są podobne do prezentowanych w poniższej pracy³³. Można przypuszczać, że osoby owdowiałe są na ogół starsze od pozostających w związku, a strata, jaką jest śmierć bliskiej osoby, może prowadzić do obniżenia nastroju, a nawet depresji. To z kolei może być przyczyną niższej sprawności³⁴.

Z przeprowadzonych badań wynika, że sprawność osób w podeszłym wieku jest uzależniona także od aktywności fizycznej. Jest ona ściśle związana ze stanem zdrowia seniorów, które im lepsze, tym daje większe możliwości³⁵. Aktywność fizyczna jest jednym z wielu czynników zapobiegającym chorobom układu krążenia oraz niepełnosprawności. Kazimierzczak wraz ze współpracownikami przeprowadził badania, w których obserwował osoby w podeszłym wieku. Dowiódł w nich, że najsilniejszym czynnikiem powodującym brak niepełnosprawności jest systematyczne uprawianie aktywności ruchowej. Zatem aktywny

³¹ M. Kawińska, *Aktywność edukacyjna seniorów a koncepcja aktywnego starzenia się*, „Studia Socialia Cracoviensia” 2018, nr 10(18), s. 45–57.

³² Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+*, „Solidarność Pokoleń”, Warszawa 2008.

³³ M. Wysokiński, W. Fidecki, S. Gębala, *Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych*, „Gerontologia Polska” 2013, nr 21(3), s. 89–97.

³⁴ S. Timoszuik, *Wdowieństwo a sytuacja materialna kobiet w starszym wieku w Polsce*, „Studia Demograficzne” 2017, nr 2(172), s. 121–138.

³⁵ D. Rynkowska, *Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów*, „Annales I – Philosophy and Sociology” 2016, nr 41(2), s. 91–101.

tryb życia pomaga starszym pacjentom utrzymać niezależność oraz zaangażowanie w życie społeczne, a dodatkowo poprawić ich sprawność funkcjonalną³⁶.

Badania przeprowadzone na zlecenie Instytutu Zdrowia Publicznego w Helsinkach dowodzą, że Polacy są najmniej aktywnym społeczeństwem w Europie i największą część dnia spędzają w pozycji siedzącej lub leżącej³⁷. W celu poprawienia kondycji społeczeństwa i ograniczenia konsekwencji małej aktywności należy dążyć do propagowania ćwiczeń fizycznych, które zgodnie z zaleceniami WHO powinny mieć miejsce minimum 3 razy w tygodniu, niezależnie od wieku pacjenta.

Zadawalający jest fakt, iż wśród różnych grup wiekowych to właśnie seniorzy najbardziej chcą być sprawni i zwiększają swoją aktywność ruchową. Z badań wynika, że za kilka lat będzie w Polsce około 25% osób powyżej 65 r.ż.³⁸, dlatego też to na ich problemy oraz potrzeby powinno zwracać się największą uwagę. Poprawiając ich samodzielność i niezależność podnosi się także samopoczucie i jakość życia, co ma dodatkowo wymiar ekonomiczny poprzez zmniejszenie nakładów ponoszonych na opiekę zdrowotną.

Wnioski

Wraz z wiekiem sprawność seniorów w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego ulega obniżeniu.

Nasilenie objawów depresji przyczynia się do obniżenia sprawności w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego oraz jest ściśle związane z występowaniem bólu, lęku oraz duszności.

Wyższą sprawność wykazują osoby zamieszkujące miasta, mające średnie lub wyższe wykształcenie oraz przebywające w związkach małżeńskich lub będące w stanie wolnym.

Ograniczenia badań własnych

Zaprezentowane w pracy badania mają pewne ograniczenia i słabości. Głównym z nich jest losowy dobór próby. Wydaje się, że w przyszłości warto skupić się na celowym sposobie doboru badanej populacji seniorów, ponieważ działanie takie spowoduje, że grupa będzie reprezentatywna na przykład w zakresie zmiennych niezależnych czyli demograficznych i socjoekonomicznych.

Badania przeprowadzone według wyżej podanych kryteriów pozwolą wtedy na wyciągnięcie wniosków mogących znaleźć zastosowanie w praktycznej opiece nad seniorami.

Drugim ograniczeniem jest nadreprezentacyjność kobiet wśród badanych seniorów. Co prawda sytuacja ta znajduje swoje odzwierciedlenie w rzeczywistości, ale utrudnia analizę faktycznych problemów dotyczących starszych mężczyzn. Wydaje się więc zasadnym przeprowadzenie badań jedynie na tej grupie seniorów.

³⁶ U. Kaźmierczak, A. Radziwińska, M. Dzierżanowski et al., *Korzyści z podejmowania regularnej aktywności fizycznej przez osoby starsze*, "Journal of Education, Health and Sport" 2015, nr 5(1), s. 56–68.

³⁷ W. Drygas, W. Bielecki, P. Puska, *Assessment of physical activity of populations of 6 European countries under the Bridge East-West Health Gap project*, „Medycyna Sportowa” 2012, nr 18, s. 170–173.

³⁸ T. B. Kulik, Janiszewska M., E. Piróg et al., *Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011, nr 17(2), s. 90–95.

Bibliografia

- Babicz-Zielińska E., Bartkowicz J.V., Tańska M., *Jakość życia osób starszych i jej determinanty*, „Żywność. Nauka. Technologia. Jakość” 2021, nr 28(126), s. 51–67.
- Borowiak E., Kostka T., *Oczekiwania na świadczenia opiekuńcze starszych mieszkańców obszaru miejskiego i wiejskiego oraz instytucji opiekuńczo-pielęgniacyjnych*, „Gerontologia Polska” 2010, nr 18(4), s. 205–215.
- Burch R.C., Ailani J., Robbins M.S., *American Headache Society consensus statement: Update on the integration of new migraine treatments into clinical practice*, “Headache” 2022, nr 62(1), s. 111–112.
- Ćwirlej-Sozańska A.B., Sozański B., Wiśniowska-Szurlej A. et al., *Quality of life and related factors among older people living in rural areas in south-eastern Poland*, “Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2018, nr 25(3), s. 539–545.
- Domańska Ł., *Depresja wieku podeszłego – wyzwania diagnostyczne*, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Wydział Pedagogiki i Psychologii, 2018, nr XXXI(3), s. 327–338.
- Drygas W., Bielecki W., Puska P., *Assessment of physical activity of populations of 6 European countries under the Bridge East-West Health Gap project*, „Medycyna Sportowa” 2012, nr 18, s. 170–173.
- Dziechciaż M., Guty E., Wojtowicz A. et al., *Social and health care needs of elderly people living in the countryside in Poland*, “Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2012, nr 19(4), s. 746–750.
- Filipska K., Antczak A., Kędziora-Kornatowska K. et al., *Współwystępowanie chorób somatycznych i zaburzeń depresyjnych u osób w podeszłym wieku*, „Gerontologia Polska” 2016, nr 24, s. 58–63.
- Fusco D., Ferrini A., Pasqualetti G. et al., *Oncogeriatrics Group of the Italian Society of Gerontology, Geriatrics. Comprehensive geriatric assessment in older adults with cancer: Recommendations by the Italian Society of Geriatrics and Gerontology (SIGG)*, “European Journal of Clinical Investigation” 2021, nr 51(1), s. e13347.
- Gawron N., Zębrowski A., Hintze B., *Aktywność fizyczna a funkcjonowanie poznawcze osób w średniej i późnej dorosłości – wyniki badania wstępnego*, „Przegląd Psychologiczny” 2024, nr 67(1), s. 69–92.
- Gieroba B., *Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne i funkcje poznawcze*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2029, nr 25(3), s. 153–161.
- Głowacka M., Zabielska P., Haor B. et al., *Does functional assessment of individuals aged 80-plus give rise to scientific discussion – considerations based on literature review*, “Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2019, nr 26(2), s. 375–378.
- Gosik B., *Formy spędzania czasu wolnego starszych osób w województwie łódzkim*, „Department of Population and Services Studies Space-Society-Economy”, Łódź 2015, nr 14, s. 140–145.
- Grundke S., *Pflegeplanung bei Diabetes mellitus im Alter*, „ProCare” 2022, nr 27, s. 22–25.

- Gujski M., Juńczyk T., Pinkas J. et al., *Practical measures of cognitive function and promotion of their performance in the context of research*, "Annals of Agricultural and Environmental Medicine" 2016, nr 23(3), s. 399–402.
- Haor B., *Wybrane aspekty sprawności seniorów w złożonych czynnościach dnia codziennego a praktyka pielęgnarska w podstawowej opiece zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe WSHE”, Włocławek 2013, nr 37, s. 146–147.
- Kawińska M., *Aktywność edukacyjna seniorów a koncepcja aktywnego starzenia się*, „Studia Socialia Cracoviensia” 2018, nr 10(18), s. 45–57.
- Każmierczak U., Radziwińska A., Dzierżanowski M. et al., *Korzyści z podejmowania regularnej aktywności fizycznej przez osoby starsze*, "Journal of Education, Health and Sport" 2015, nr 5(1), s. 56–68.
- Królik P.W., Rudnicka-Drożak E., *Ocena geriatryczna w warunkach normalnej opieki*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2021, nr 15(2), s. 72–80.
- Kulik T.B., Janiszewska M., Piróg E. et al., *Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2011, nr 17(2), s. 90–95.
- Markiewicz-Patkowska J., Pytel S., Sitek S. et al., *Długość życia seniorów w kontekście ich aktywności intelektualnej i rekreacyjnej*, „Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej” 2023, nr 6, s. 103–115.
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+*, Solidarność Pokoleń, Warszawa 2008.
- Nawrocka A., Mynarski W., Cholewa J., *Adherence to physical activity guidelines and functional fitness of elderly women, using objective measurement*, "Annals of Agricultural and Environmental Medicine" 2017, nr 24(4), s. 632–635.
- Nomikos G. G., Tomori D., Zhong W. et al., *Efficacy, safety, and tolerability of vortioxetine for the treatment of major depressive disorder in patients aged 55 years or older*, "CNS Spectrums" 2017, nr 22, s. 348–362.
- Osińska M., Kazberuk A., Celińska-Janowicz K. et al., *Depresja – choroba cywilizacyjna XXI wieku*, „Geriatrics” 2017, nr 11, s. 123–129.
- Peek A.L., Stevens M.L., *Resistance training for people with Parkinson's disease (PEDro synthesis)*, "British Journal of Sports Medicine" 2016, nr 50(18), s. 1158–1158.
- Postrożny D., Żuralska R., Mziray M. et al., *Ocena poziomu samodzielności funkcjonalnej powyżej 65 roku życia*, „Gerontologia Polska” 2020, nr 28, s. 17–22.
- Reuter-Lorenz P.A., Park D.C., *How Does it STAC Up? Revisiting the Scaffolding Theory of Aging and Cognition*, "Neuropsychology Review" 2014, nr 24(3), s. 355–370.
- Rynkowska D., *Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów*, „Annales I – Philosophy and Sociology” 2016, nr 41(2), s. 91–101.
- Suwiński E., *Starzenie się we współczesnym świecie*, „Pedagogika XXI wieku” 2018, nr 2(1), s. 49–66.
- Timoszuk S., *Wdowieństwo a sytuacja materialna kobiet w starszym wieku w Polsce*, „Studia Demograficzne” 2017, nr 2(172), s. 121–138.

- Traczyk J., Kędzia P., Skrzek A. *Jakość życia, sprawność funkcjonalna oraz występowanie ryzyka depresji u kobiet po 60 roku życia mieszkających w domach opieki społecznej i samodzielnie*, „Gerontologia Polska” 2016, nr 24, s. 32–39.
- Vega-Vázquez M., Rodríguez-Serrano M.Á., Castellanos-Verdugo M. et al., *The impact of tourism on active and healthy ageing: Health-related quality of life*, “Journal of Policy Research in Tourism, Leisure and Events” 2021, nr 13(3), s. 349–373.
- Wild B., Herzog W., Schellberg D. et al., *Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people aged 53 to 80 years*, “International Journal of Geriatric Psychiatry” 2011, nr 27(4), s. 375–381.
- Wróblewska Z.M., Kowalczyk M., Chmielewski J., *Wpływ środowiska na jakość życia u osób w podeszłym wieku*, „Medycyna Środowiskowa” 2024, nr 27(3), s. 103–109.
- Wysokiński M., Fidecki W., Gębała S., *Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych*, „Gerontologia Polska” 2013, nr 21(3), s. 89–97.
- Zawadzka D., Stalmach M., *Problemy psychologiczne osób w okresie starości. Cz. I. Najważniejsze wyzwania i trudności*, “Hygeia Public Health” 2015, nr 50(2), s. 298–304.

SUMMARY

Izabela Wróblewska, Małgorzata Dziechciaż, Justyna Miazga

Assessment of the psycho-physical condition of elderly primary care patients from the Lower Silesian province

Background. Population aging constitutes a contemporary social and medical problem, affecting primarily developed countries. Old age is the final stage of human life, in which biological, psychological and social changes occur. They affect a person's psycho-physical state and ability to perform basic life activities, which can contribute to dependence on third-party's care and reduced quality of life for seniors.

Material and methods. A group of 112 PCP patients was analyzed. The selection of the sample was random. The inclusion criteria included age ≥ 65 years and the absence of significant cognitive impairment. The study used a proprietary questionnaire on sleep quality, chronic diseases, medications taken, leisure activities, daily activities and memory problems, as well as the Lawton (IADL), Yesavag (GDS) and Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) scales.

A statistical analysis was performed using Spearman's correlation coefficient and the tests developed by U Mann-Whitney and Kruskal-Wallis. A significance level of $p < 0.05$ was assumed, and the analyses were performed using SPSS software.

Results. The study group was predominantly female (75.9%), with the majority in the 65-69 age range (57.1%). Most suffered from hypertension (65.2%), did not take medication for depression (87.5%) and anxiety (78.6%) or sleep problems (59.8%). Most seniors had no difficulty remembering (58.9%), managed money without assistance (84.8%), were able to take medication (80.3%), use the telephone (75.9%), go to the store on their own (68.7%), prepare meals (63.4%) and perform basic household chores (50.9%). On the GDS scale, the majority declared that they were usually cheerful (89.3%) and felt happy (87.5%). Based on the GDS, 72.3% of the respondents were found to have no symptoms of low mood. Seniors complained of experiencing mild pain (45.6%), and rated their well-being as average (22.3%).

Conclusions. With age, the ability of seniors to perform complex daily activities declines. The severity of depressive symptoms contributes to decreased ability to perform complex daily activities and is closely related to the presence of pain, anxiety and shortness of breath. Higher dexterity is demonstrated by those who live in cities, have secondary/higher education and are married or single.

Key words: seniors, psycho-physical state, activity, fitness.

Data wpływu artykułu: 3.12.2024 r.

Data akceptacji artykułu: 10.02.2025 r.