

# AKTYWNOŚĆ RUCHOWA LUDZI W RÓŻNYM WIEKU

NR (33) 1/2017





Partnerem publikacji jest IASK



Publikację wspiera  
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

**Nr (33) 1/2017**

**ISSN 2299-744X**

**ISBN 978-83-64559-09-9**

**[arlrw.usz.edu.pl](http://arlrw.usz.edu.pl)**

**ADRES REDAKCJI:**

Al. Piastów 40b

71-065 Szczecin

**Zespół redakcyjny:**

**Redaktor naczelna i redakcja naukowa:** dr hab. Danuta Umiastowska, prof. US

[danuta\\_umiastowska@usz.edu.pl](mailto:danuta_umiastowska@usz.edu.pl)

tel. (91) 444 27 60

**Sekretarz Redakcji:** Milena Schefs

[aktywnosc.sekretariat@gmail.com](mailto:aktywnosc.sekretariat@gmail.com)

**Współpraca - recenzenci:**

prof. dr hab. Leonard Nowak; dr hab. Ryszard Asienkiewicz prof. UZ; dr hab. Małgorzata Bronikowska prof. AWF; dr hab. Krystyna Górniak prof. AWF; dr hab. Jan Konarski prof. AWF; dr hab. Mariusz Lipowski prof. AWFIS; dr hab. Tomasz Lisicki prof. UZ; dr hab. Maria Nowak; dr hab. Tadeusz Rynkiewicz prof. UW-M; dr hab. Marek Sawczuk prof. US; dr hab. Wojciech Wiesner prof. AWF; dr hab. Anna Zwierzchowska prof. AWF; dr Robert Nowak; dr Piotr Zarzycki

**Korekta:** Danuta Sepuco

**Redakcja techniczna:** Natalia Mirowska

**Opracowanie graficzne, DTP:** Maciej Umiastowski

**Wydawca:** Agencja Wydawnicza koncertowo.pl Mieczysław Podsiadło  
[albatros91@wp.pl](mailto:albatros91@wp.pl)



Uniwersytet Szczeciński

## TEORETYCZNE ASPEKTY AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ

<i>Krystyna Górna-Łukasik, Monika Marszołek, Krzysztof Skalik</i> Baza sportowa a wychowanie fizyczne w szkole średniej.....	5
<i>Anna Makarczuk, Robert Głuchowski</i> Rodzice wobec problemu aktywności ruchowej i korekcji postawy ciała dzieci w wieku wczesnoszkolnym.....	19
<i>Ewa Malchrowicz-Moško, Joanna Poczta</i> Turystyka sportowa na obszarach leśnych w Polsce – szanse i zagrożenia .....	29

## FIZJOLOGICZNO-ZDROWOTNE PODSTAWY AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ

<i>Włodzimierz Starosta, Iwona Dębczyńska-Wróbel</i> Uwarunkowania dominującego kierunku obrotów w ćwiczeniach zawodników 23 dyscyplin sportu i osób nieuprawiających sportu .....	41
--	----

## AKTYWNOŚĆ RUCHOWA LUDZI DOROSŁYCH

<i>Małgorzata Fortuna, Antonina Kaczorowska, Jacek Szczurowski, Iwona Demczyszak, Aleksandra Katan, Krzysztof Wawrzyn</i> Sprawność fizyczna a wydolność aerobowa pensjonariuszy domu opieki społecznej .....	55
<i>Magdalena Muszyńska, Ewa Przysiężna, Lilianna Jaworska-Burzyńska, Joanna Szczepańska-Gieracha</i> Samopoczucie i nastrój u kobiet po 60 roku życia podejmujących regularną aktywność fizyczną i działania prozdrowotne .....	65

## AKTYWNOŚĆ RUCHOWA DZIECI I MŁODZIEŻY

<i>Jerzy Saczuk, Agnieszka Wasiluk, Adam Wilczewski</i> Zmiany w sprawności fizycznej dziewcząt w latach 2006–2016 z uwzględnieniem niedoboru i nadmiaru masy ciała .....	79
<i>Agnieszka Wasiluk, Jerzy Saczuk, Adam Wilczewski</i> Trzydziestoletnie zmiany w sprawności fizycznej dziewcząt w wieku 10–12 lat ze środowiska miejskiego i wiejskiego .....	91





*Magdalena Muszyńska, Ewa Przysiężna, Lilianna Jaworska-Burzyńska,  
Joanna Szczepańska-Gieracha*

*Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Wydział Turystyki i Rekreacji*

## **Samopoczucie i nastrój u kobiet po 60 roku życia podejmujących regularną aktywność fizyczną i działania prozdrowotne**

*Słowa kluczowe: aktywność fizyczna,  
zaburzenia nastroju, kobiety*

**AKTYWNOŚĆ RUCHOWA  
LUDZI DOROSŁYCH**

### **Wstęp**

Wśród populacji w wieku podeszłym większość stanowią kobiety (ponad 61%). Na 100 mężczyzn przypada ich 160. Wzrastająca wraz z wiekiem obecność kobiet w populacji jest następstwem nadumieralności mężczyzn i zróżnicowaniem parametrów trwania życia. Dynamika pogłębiania się procesu starzenia sprawia, że kobiety osiągające wiek 65 lat mają o prawie 5 lat więcej życia przed sobą niż mężczyźni [1].

Zaburzenia nastroju, na równi z zaburzeniami poznawczymi są jednymi z najczęstszych zakłóceń psychicznych wśród osób w wieku podeszłym. Powszechnie w ogólnej populacji wskaźnik zaburzeń nastroju wynosi około 15% i 2-krotnie 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. Często zdarzają się osoby w starszym wieku, które pomimo ciężkich chorób somatycznych i innych problemów, zarówno socjalnych jak i ekonomicznych, potrafią cieszyć się życiem [3].

Aktywność ruchowa jest ważną formą kinezygerontoprophylaktyki. Celem profilaktyki gerontologicznej jest wykrywanie i eliminowanie biologicznych oraz społecznych czynników zagrażających zdrowiu i przyspieszających proces starze-

nia. 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 wpłynąć na opóźnienie procesu inwolucyjnego, więc i rozwoju wielu chorób przewlekłych kończących się często utratą niezależności [4]. Regularna aktywność fizyczna jest potencjalnym czynnikiem zapobiegającym przedwczesnemu starzeniu się i pozytywnie wpływa na sprawność umysłową osób starszych. Celem pracy jest ocena nasilenia objawów depresyjnych u kobiet po 60 roku życia podejmujących regularną aktywność fizyczną i działania prozdrowotne.

### **Material i metody**

Badania zostały przeprowadzone w Fundacji Aktywizacji Seniorów Siwy Dym we Wrocławiu w trakcie realizacji programu profilaktyki i promocji zdrowia o nazwie „Depresja w Opresjach”. Projekt uzyskał dofinansowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Wrocławia. Kryteria włączające do programu badawczego: 1. Płeć żeńska, 2. Wiek powyżej 60 roku życia, 3. Zgoda na udział w badaniu, 4. Chęć podjęcia regularnej aktywności fizycznej, 5. Zgoda lekarza na udział w projekcie. Badania uzyskały pozytywną opinię Komisji Bioetyki. W badaniu wzięło udział 37 kobiet, średni wiek badanej grupy to  $70,7 \pm 7,0$  lat, BMI (Body Mass Index)  $31,0 \pm 6,1$ , WHR (Waist-Hip Ratio)  $0,85 \pm 0,1$ . Średni wiek kobiet z nasilonymi objawami depresyjnymi nie różnił się istotnie od średniego wieku kobiet bez depresji.

Uczestniczki badań przed przystąpieniem do projektu badawczego wypełniły ankietę wstępną składającą się z 20 pytań podzielonych na trzy główne części. Pierwsza część zawierała dane personalne uczestniczek projektu (imię, nazwisko, wiek, wykształcenie, zawód i stan cywilny). Druga część ankiety dotyczyła stanu zdrowia i występowania dolegliwości bólowych ze strony układu ruchu oraz różnego rodzaju problemów zdrowotnych. Na podstawie informacji od lekarza pierwszego kontaktu odnotowano aktualne dane dotyczące ciśnienia tętniczego, poziomu składników osocza, w tym: cukru na czczo, poziomu cholesterolu i trójglicerydów. Pytano również o palenie tytoniu oraz poważne choroby przewlekłe 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. W następnej kolejności wykonano pomiary masy i wysokości ciała, obwodów talii i bioder oraz obliczono wartości BMI i WHR.

Badanie oceniające samopoczucie respondentek przeprowadzono przy użyciu standaryzowanej Geriatrycznej Skali Depresji (Geriatric Depression Scale – GDS) w wersji skróconej 15-pytaniowej, gdzie wynik powyżej 5 punktów oznacza obniżony nastrój i prawdopodobieństwo występowania depresji. Oczywiście wynik skali przesiewowej,

jaką jest GDS, nie jest tożsamy z diagnozą kliniczną. Wynik ten daje możliwość oceny samopoczucia i nastroju uczestniczek i pozwala na obserwację zmian w czasie. Badanie przeprowadzono dwukrotnie, na początku i na końcu programu badawczego

Osoby biorące udział w projekcie uczestniczyły w 3-miesięcznych zajęciach o charakterze terapeutycznym. Zajęcia odbywały się dwa razy w tygodniu. Każdorazowo zajęcia trwały 60 minut, przy czym 40 minut zajmowała aktywność fizyczna o niskiej intensywności, a 20 minut edukacja prozdrowotna i psychoedukacja. W ramach pracy z ciałem wykonywano ćwiczenia ogólnousprawniające oraz ćwiczenia wzmacniające mięśnie głębokie dna miednicy, ćwiczenia poprawiające krążenie, ćwiczenia oddechowe oraz poprawiające koordynację i równowagę. W ramach edukacji prozdrowotnej zachęcano uczestniczki do wprowadzania drobnych zmian w stylu życia i sposobie żywienia. A w ramach psychoedukacji omawiano przyczyny i objawy zaburzeń nastroju, opisywano zdrowotne następstwa życia w ciągłym stresie i pośpiechu. Wspólnie z uczestniczkami projektu poszukiwano skutecznych sposobów redukcji napięcia psychofizycznego. Każde zajęcia prowadził fizjoterapeuta wraz z psychoterapeutą. Bardzo ważnym czynnikiem terapeutycznym stała się relacja grupowa, która wzmacniała motywację do regularnego uczestnictwa w projekcie i wprowadzania prozdrowotnych zmian w życiu. Biorąc pod uwagę wszystkie te kwestie projekt miał charakter biopsychospołeczny.

### **Metody analizy statystycznej**

Podstawowy opis statystyczny cech ciągłych materiału badawczego obejmował wyznaczenie wartości średni, 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**

Na podstawie ankiety wstępnej stwierdzono, że w momencie przystąpienia do projektu badawczego najczęstszymi formami spędzania wolnego czasu były: czyta-

nie książek/oglądanie telewizji (78,4%), aktywność domowa (72,9%), spotkanie z rodziną/ze znajomymi (51,3%) oraz sport i rekreacja fizyczna (23%). Wśród powodów motywujących do podejmowania aktywności fizycznej zdecydowanie najważniejszym było: poprawa/utrzymanie kondycji fizycznej (73%), poprawa stanu zdrowia (59,5%), następnie poprawa wyglądu (51,3%), poprawa samopoczucia (48,6%) oraz chęć przebywania z innymi ludźmi (24,3%). Najbardziej jako powód podejmowania aktywności fizycznej podawano zalecenie lekarza (10,8%). Najczęstszymi przeszkodami powodującymi niepodjęcie aktywności fizycznej wśród badanych kobiet były: brak motywacji (40,5%), brak takiej możliwości w miejscu zamieszkania (27%), zły stan zdrowia (21,6%), brak pieniędzy (18,9%), a na końcu brak czasu (13,5%).

Poziom wykształcenia kobiet bez objawów depresyjnych był wyższy od poziomu wykształcenia kobiet z nasilonymi objawami depresyjnymi. Małe liczebności porównywanych grup (w szczególności grupy z depresją) nie pozwoliły na potwierdzenie statystycznej istotności powiązania poziomu wykształcenia z nasileniem objawów depresyjnych. Poziom nasilenia stanów depresyjnych nie wykazywał również współzależności ze stanem cywilnym badanych kobiet (tab. 1.).

Tabela 1.

## Poziom wykształcenia i stan cywilny

cecha	kategoria	grupa				test chi-kwadrat	
		bez depresji		z depresją		$\chi^2$	$p$
		$n$	%	$n$	%		
wykształcenie	zawodowe	3	13%	4	29%	3,73	0,155
	średnie	10	43%	8	57%		
	wyższe	10	43%	2	14%		
stan cywilny	wdowa	11	48%	7	50%	0,12	0,942
	samotna/rozwódka	2	9%	1	7%		
	mężatka	10	43%	5	36%		

Źródło: badania własne

Średnia wartość BMI przekraczająca 30 kg/m<sup>2</sup> świadczy o nadwadze, a w niektórych przypadkach wręcz otyłości wielu badanych kobiet. Tylko masa ciała 4 osób (co stanowi 11% całej grupy badanej) mieściła się w granicach normy wg kryteriów WHO (18,5 < BMI < 25,0 kg/m<sup>2</sup>). Procentowo kobiet z otyłością było więcej w grupie z depresją, jednak zaobserwowana zależność dużych wartości BMI i nasilenia objawów depresyjnych, wobec relatywnie małych liczebności, okazała się statystycznie nieistotna i wymaga weryfikacji na liczniejszym materiale badawczym ( $p < 0,254$ ). Objawy depresyjne, oceniane w skali GDS, nie korelowały istotnie ze wskaźnikami somatycznymi BMI i WHR, a także z ciśnieniem tętniczym krwi (tab. 2.).



Tabela 2.

Korelacje liniowe r-Pearsona wskaźników somatycznych i ciśnienia tętniczego z nasileniem objawów depresyjnych w skali GDS

cecha	korelacja z GDS	
	<i>r</i>	<i>p</i>
BMI	0,16	0,370
WHR	-0,08	0,638
ciśnienie skurczowe	0,10	0,582
ciśnienie rozkurczowe	-0,03	0,842

Źródło: badania własne

Grupy kobiet z depresją i bez depresji porównywano pod względem obecności takich problemów zdrowotnych, jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, podwyższony poziom cholesterolu i trójglicerydów. Jedynie w przypadku cukrzycy stwierdzono istotną statystycznie różnicę. Wydaje się jednak, że wynik ten należy uznać za przypadkowy i należy go zweryfikować na większej grupie badanej (tab. 3.)

Tabela 3.

Różnice pomiędzy grupą z depresją i bez depresji pod względem obecności nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, podwyższonego poziomu cholesterolu całkowitego i trójglicerydów

rodzaj schorzenia	odpowieź respondentki	grupa				test chi-kwadrat	
		bez depresji		z depresją		$\chi^2$	<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
nadciśnienie	tak	14	67%	9	69%	0,024	0,877
	nie	7	33%	4	31%		
cukrzyca	tak	6	27%	–	–	4,190	0,041
	nie	15	68%	12	92%		
	nie wiem	1	5%	1	8%		
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%		

Źródło: badania własne

Nieco większy odsetek kobiet z depresją skarżył się na dolegliwości bólowe. Jednak różnice w częstotliwości odczuwania bólu w obu porównywanych grupach nie są wystarczająco duże, aby mogły być uznane za statystycznie istotne. Poziom odczuć depresyjnych nie wykazywał istotnego związku z częstością występowania dolegliwości bólowych (tab. 4.).

Tabela 4.

Dolegliwości bólowe a nasilenie objawów depresyjnych

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%		

Źródło: badania własne

Badane kobiety w większości nie były zadowolone z dostępu do usług rehabilitacyjnych finansowanych przez NFZ (81%), a także ze swojej masy ciała (73%) oraz obawiały się o swoje zdrowie (70%). Opinie te nie wykazywały zależności od stopnia nasilenia odczuć depresyjnych. Natomiast badane kobiety miały podzielone opinie na temat swojej kondycji fizycznej i sprawności. Kobiety bez objawów depresyjnych w większości (14 osób = 61%) były zadowolone ze swojej kondycji fizycznej/sprawności, podczas gdy kobiety z nasilonymi objawami depresyjnymi odwrotnie – w większości (10 osób = 71% w tej grupie) były niezadowolone. 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 nastroju i zmniejszenia objawów depresyjnych u 20 osób (54%). Poprawa nastroju była tym większa, im silniejsze objawy depresyjne stwierdzone w badaniu początkowym. Poprawa nastroju była statystycznie istotna (tab. 5.)

Tabela 5.

## Efektywność uczestnictwa w programie terapeutycznym w zależności od stopnia nasilenia objawów depresyjnych

grupa	badanie	GDS [pkt]			test t-Studenta	
		M	Sd	średnia zmiana	t	p
całość	początkowe	4,4	3,5	-1,0	2,06	0,047
	po programie terapeutycznym	3,4	2,3			
z depresją	początkowe	8,0	2,7	-2,9	3,11	0,008
	po programie terapeutycznym	5,1	1,8			
bez depresji	początkowe	2,1	1,3	0,2	0,49	0,628
	po programie terapeutycznym	2,3	1,8			

Źródło: badania własne

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 oraz stosunkowo mała liczebność badanej grupy kobiet utrudniają rzetelną ocenę korelacji stopnia poprawy z wiekiem, BMI, WHR i ciśnieniem tętniczym. Korelacje te są na ogół bardzo słabe i statystycznie nieistotne (tab. 2.). Jedynie można zwrócić uwagę na relatywnie najsilniejszą korelację stopnia poprawy nastroju z BMI. Korelacja jest dodatnia, co wiąże się ze spostrzeżeniem, że kobiety z dużymi wartościami BMI częściej uzyskiwały większą poprawę nastroju. Potwierdza to zarazem pośrednio obserwacja, że większą średnią poprawę nastroju uzyskiwały osoby niezadowolone ze swojej masy ciała.

Większą średnią poprawę nastroju w wyniku uczestnictwa w programie terapeutycznym zaobserwowano u osób, które obawiały się o swoje zdrowie ( $p = 0,060$ ); nie były zadowolone ze swojej kondycji fizycznej ( $p = 0,299$ ); nie były zadowolone ze swej masy ciała ( $p = 0,619$ ). 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 różnicowania 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.

Osoby, które uzyskały poprawę nastroju w wyniku uczestnictwa w projekcie w porównaniu do osób, które poprawy nie uzyskały nie różniły się statystycznie istotnie poziomem wykształcenia ani stanem cywilnym (tab. 6.). Osoby samotne częściej uzyskiwały poprawę niż mężatki, jednak gdy poprawa nastąpiła, to była ona średnio większa wśród wdów/rozwođek niż kobiet samotnych. Rozstrzygnięcie tej pozornej sprzeczności wymaga analizy liczniejszego materiału badawczego.

Tabela 6.

Zależność skuteczności programu terapeutycznego od poziomu wykształcenia i stanu cywilnego uczestniczek projektu

cecha	kategoria	brak poprawy	poprawa	test chi-kwadrat	
				$\chi^2$	$p$
wykształcenie	zawodowe	3	4	0,23	0,889
	średnie	9	9		
	wyższe	5	7		
stan cywilny	samotna	7	11	1,18	0,554
	wdowa/rozwođka	2	1		
	mężatka	8	7		

Źródło: badania własne

Tabela 7.

Zależność skuteczności programu terapeutycznego od opinii uczestniczek projektu na temat zdrowia, kondycji fizycznej, masy ciała i dostępu do usług rehabilitacyjnych

pytanie	odpowieź	brak poprawy	poprawa	test chi-kwadrat	
				$\chi^2$	$p$
Czy obawia się Pani o swoje zdrowie?	tak	12	14	0,002	0,969
	nie	5	6		
Czy jest Pani zadowolona ze swojej kondycji fizycznej/sprawności?	tak	11	7	3,246	0,072
	nie	6	13		
Czy jest Pani zadowolona ze swojej masy ciała?	tak	5	5	0,091	0,763
	nie	12	15		
Czy jest Pani zadowolona z dostępu do usług rehabilitacyjnych finansowanych przez NFZ?	tak	2	5	1,213	0,271
	nie	15	14		

Źródło: badania własne

Jedynie ocena własnej kondycji/sprawności fizycznej różnicowała grupy kobiet, które uzyskały poprawę nastroju w wyniku uczestnictwa w projekcie w porównaniu do osób, które poprawy nie uzyskały. Poprawę uzyskiwały wyraźnie częściej kobiety niezadowolone ze swej kondycji/sprawności fizycznej (tab. 7.).

## Dyskusja

Zaburzenia depresyjne są drugim po otępieniu 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, w tym ludzi starszych, 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 socjodemograficzne są potencjalnymi moderatorami związku pomiędzy depresją a nadwagą [6]. W ramach analizy jakościowej zebranego materiału, opartej na poszczególnych pytaniach skali GDS, wyróżniono te sfery codziennego funkcjonowania, które wykazały największą poprawę. W badanej grupie aż 80% respondentek stwierdziło poprawę jeśli chodzi o wzrost zainteresowań i aktywności, 53% badanych nabrało chęci do wychodzenia z domu i odczuwało więcej energii w wyniku udziału w programie profilaktyki i promocji zdrowia. W przypadku 57% wzrosła samoocena, a u 40% badanych zadeklarowało, w przeciwieństwie do badania początkowego, że czuje się szczęśliwa i nie sądzi, żeby była gorsza od innych ludzi.

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 Vogelzangs i wsp., na podstawie długoterminowej obserwacji 3075 osób, zarówno kobiet, jak i mężczyzn w podeszłym wieku, stwierdzono, że objawy depresji były dodatkowo skorelowane z otyłością brzuszną [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 wynikami BMI [9]. Natomiast Akbaraly i wsp. stwierdzili, że najsilniejszymi predy-

katorami 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. 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, iż większy odsetek osób bez objawów depresyjnych występował wśród uczestników UTW – 65%, w porównaniu do losowo wybranych respondentów – 54%. Można twierdzić, że chęć dokształcania 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, iż niższy poziom wykształcenia koreluje z gorszym wynikiem GSD [11].

W badaniach własnych na pytanie o obawy dotyczące stanu zdrowia 26 osób (70%) odpowiedziało twierdząco, jednak nie stwierdzono współzależności 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. 81,2% badanych wskazało codzienne lub częściej niż kilka razy w miesiącu odczuwanie dolegliwości związane z chorobami, z kolei 18,8%, odczuwało dolegliwości rzadziej lub w ogóle. Korelowało to z częstszym występowaniem depresji wśród respondentów [11]. We własnym badaniu nie wykazano współzależności nasilenia stanów depresyjnych ze stanem cywilnym badanych kobiet, jednak analiza piśmiennictwa potwierdza takie powiązanie. Badania projektu PolSenior wykazały, że przejawy depresji korelują z sytuacją rodzinną. Zaburzenia depresyjne stwierdzono u 21,1% badanych żyjących w związku małżeńskim, z kolei wśród osób owdowiałych odsetek ten wynosił 41,1% ( $p < 0,005$ ). Osoby samotne, te rozwiedzione/żyjące w separacji, jak i również kawalerowie/panny, rzadziej ujawniały symptomy depresji niż osoby owdowiałe, jednak różnica była nieistotna statystycznie [12].

Wyniki przeprowadzonego badania wyraźnie wskazują na poprawę nastroju i zmniejszenie objawów depresyjnych uzyskaną w wyniku systematycznego uczestnictwa w programie terapeutycznym. Zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych nastąpiło u 79% badanych kobiet. W badaniach przeprowadzonych przez Kozak-Szopek i Galus w następstwie wystandaryzowanego 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 charakteryzujący się najwyższym poziomem aktywności fizycznej byli w najmniejszym stopniu obarczeni ryzykiem rozwoju depresji. Ustalono, że oddziaływania mające na celu wspieranie aktywności fizycznej wśród osób starszych mogą generować korzyści dla zdrowia psychicznego [13]. Badanie, w którym uczestniczyło 40 kobiet w przedziale wiekowym 65–75 lat, pokazało, że średni wynik nasilenia objawów obniżonego nastroju przed programem treningowym wynosił 20,87, natomiast po tym programie zmniejszył się do 16,4, oceniony za pomocą 30-punktowej Skali Depresji Becka, co potwierdziło, że ćwiczenia fizyczne wpłynęły na zmniejszenie objawów depresji u kobiet w starszym wieku [14]. Inne badania o podobnym charakterze przeprowadzone na grupie 26 kobiet i 22 kobiet w grupie kontrolnej, w wieku powyżej 65 roku życia, w Korei. Zastosowano program ćwiczeń składający się z dwóch części: edukacji i aktywności fizycznej. Wyniki badania wykazały istotność statystyczną zmniejszenia objawów depresji w grupie kobiet uczestniczących w programie [15].

Ze względu na małą liczebność grupy nie udało się wskazać cech, które byłyby istotnie związane z wyższą skutecznością programu profilaktyki i promocji zdrowia dla kobiet 60+, jednak uzyskane efekty w postaci poprawy kondycji psychicznej wydają się bardzo ciekawe i dalsze badania są konieczne. Widać, że większą poprawę nastroju uzyskano u osób z nasilonymi objawami depresyjnymi, co wydaje się zrozumiałe. Nie należy oczekiwać poprawy nastroju u osób, u których nie stwierdza się problemów w tej kwestii. Ważną kwestią jest fakt, że u większości badanych kobiet zwiększyła się liczba zainteresowań i aktywności oraz poprawiła samoocena. Z pewnością był to wynik nawiązanej relacji grupowej, wzajemnej sympatii oraz akceptacji. Można śmiało założyć, że dzięki temu zmniejszyło się poczucie osamotnienia i izolacji społecznej, które często zgłaszają osoby starsze żyjące w czasach dominującego kultu młodości. W tym kontekście opracowany program terapeutyczny miał szeroko obecnie postulowany charakter biopsychospołeczny.

## **Wnioski**

1. Wysoki poziom objawów depresyjnych w pierwszym punkcie pomiarowym częściej występował u kobiet z otyłością, licznymi dolegliwościami bólowymi i niezadowolonych ze swej kondycji/sprawności fizycznej.
2. Nie stwierdzono istotnego związku poziomu objawów depresyjnych z wiekiem, poziomem wykształcenia, oceną własnego zdrowia, czy opinii na temat dostępności usług rehabilitacyjnych.

3. 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.
4. Cechą wyraźnie różnicującą grupę kobiet, które uzyskały poprawę nastroju w wyniku uczestnictwa w projekcie w porównaniu do tych, które tej poprawy nie uzyskały była ocena własnej kondycji/sprawności fizycznej.

## Piśmiennictwo

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



15. RimShin K., Kang Y., Park H., Heitkemper M., *Effects of Exercise Program on Physical Fitness, Depression, and Self-Efficacy of Low-Income Elderly Women In South Korea*. „Public Health Nursing”. 2009, nr 26(6), 523–531.

## **WELL-BEING AND FRAME OF MIND OF WOMEN 60+ UNDERTAKING REGULAR PHYSICAL AND PRO-HEALTH ACTIVITY**

### ***Summary***

**Keywords:** *physical activity, mood disorder, women*

The aim of this study was to assess the well-being and mood in women after the age of 60 who take regular physical activity and health-related activities. The study involved 37 women (mean age 70.7 years). The women filled a preliminary survey, the mood was assessed using the Geriatric Depression Scale (GDS). The study was performed twice at the beginning and end of the research program (including 3-month exercise twice a week). Regular participation in the treatment program resulted in a reduction in depressive symptoms in 54% of patients. A significant change in the average value of the scale appeared only in the group of patients with depression, which proves well, addressed to people with depression treatment program. The largest result was seen in older women, widowed or single and those with a stronger depression.

*Translated by: Lilianna Jaworska-Burzyńska*