

Grażyna Puto<sup>1</sup>, Tomasz Ocetkiewicz<sup>2</sup>, Katarzyna Zawisza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

<sup>2</sup>Zakład Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

## Wpływ depresji i funkcji poznawczych na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca po 80. roku życia

*Influence of depression and cognitive function on subjective assessment of quality of life in patients over 80 years old with myocardial ischemia*

### Abstract

**Background.** The purpose of our study was to assess the influence of depression and cognitive abilities on the subjective assessment of quality of life in patients over 80 years old suffering from myocardial ischaemia.

**Material and methods.** Eighty-one people over 80 years old were examined with the use of a short self-prepared questionnaire, 15-item Geriatric Depression Scale, and 28-item Informant Questionnaire on Cognitive in the Elderly which is an integral part of the EASYCare questionnaire (Polish version 1999–2002). The subjective quality of life was assessed with the use of EuroQol 5D questionnaire with visual analog EQ-VAS scale extended with 2 self-prepared scales measuring subjective mental and physical health statuses. Severity of myocardial ischemia symptoms was evaluated according to the Canadian Society of Cardiology (CCS) scale.

**Results.** In the examined group of patients the severity of depression and impairment of functional efficiency did not correlate with severity of myocardial ischemia symptoms according to CCS scale. It was demonstrated that depression significantly impaired functional efficiency: mobility, self-care, usual activities, and enhanced anxiety or depression. In elderly the level of depression influenced significantly subjective assessment of mental and physical health status.

**Conclusions.** In patients over 80 years old there is a correlation between the level of depression and disturbances of cognitive function. Depression determines a subjective lower quality of life and decreases functional efficiency: Subjective assessment of quality of life is determined by the severity of depression and cognitive function impairment. This study confirms the suitability and usefulness of the mental component of visual analog EQ-VAS scale.

**key words:** depression, cognitive function, subjective assessment of quality of life

Adres do korespondencji:  
mgr Grażyna Puto  
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego  
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ  
ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków  
e-mail: grazynaputo@plusnet.pl

### Wstęp

Już od najdawniejszych czasów zwracano uwagę na związek między psychiką człowieka a chorobami somatycznymi. Choroby układu krążenia występują najczęściej wśród osób po 65. roku życia [1]. Do najczęstszych należy choroba niedokrwienna serca, a częstość występowania jej objawów w populacji

osób starszych rośnie wraz z wiekiem [2, 3]. U starszych pacjentów typowe jest współistnienie kilku chorób jednocześnie, czyli tak zwana polipatologia [2]. Najczęściej występujące zaburzenia psychiczne w podeszłym wieku to depresja i zaburzenia procesów poznawczych [1]. W ogólnej populacji depresja dotyczy 6% mężczyzn i 18% kobiet. Stanowi ona 4. na świecie przyczynę wczesnego zgonu i niepełnosprawności [4]. Podeszły wiek jest wspólnym czynnikiem ryzyka występowania depresji, upośledzenia funkcji poznawczych i choroby niedokrwiennej serca.

Zaburzenia procesów poznawczych w okresie starzenia podlegają stałym zmianom — przetwarzanie informacji ulega spowolnieniu, wykonywanie zadań wymagające wysiłku jest utrudnione, występuje „sztywność” myślenia, podatność na dystraktory i perserweracje. Podobne zaburzenia stwierdza się w depresji. Zwykle depresję nazywa się stany obniżonego nastroju, przygnębienia, niezależnie od czynnika, które je wywołało. W ujęciu profesjonalnym pojęcie to oznacza zjawisko chorobowe, które spełnia określone kryteria diagnostyczne i powinno być leczone. Depresja to zespół objawów zaburzeń emocjonalnych, współwystępujący ze schorzeniami somatycznymi, często nasilający ich objawy [5].

Wiek, jako zależny czynnik ryzyka występowania upośledzenia funkcji poznawczych, depresji i choroby niedokrwiennej serca, odgrywa niezwykle ważną rolę w ocenie subiektywnej jakości życia. Poczucie zdrowia jest jednym z podstawowych czynników dobrej jakości życia. Subiektywna ocena stanu zdrowia opiera się na osobistej ocenie dolegliwości i objawów stanowiących następstwo choroby. Dobry stan zdrowia lub brak ograniczeń w funkcjonowaniu oznacza dobrą jakość życia. Pojęcie to wprowadzili Schipper i wsp. [6], definiując je jako „funkcjonalny efekt choroby i konsekwencji jej leczenia, odbierany (przeżywany) przez pacjenta”.

Jakość życia w medycynie koncentruje się głównie na jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia HRQoL (*health related quality of life*) [3], której podstawę stanowią: fizyczne, psychiczne, społeczne funkcjonowanie, dobre samopoczucie oraz autonomia [3]. Według Wenger [7] jakość życia obejmuje cechy subiektywne, takie jak poczucie komfortu, dobrostanu, utrzymanie sprawności fizycznej, emocjonalnej i intelektualnej, a także możliwość uczestniczenia w czynnościach przedstawiających wartość dla chorego. Jakość życia stanowi subiektywną ocenę odczuwania choroby, a nie obiektywne określenie czasu jej trwania czy nasilenia. Celem podjętych badań było określenie wpływu funkcji poznawczych i depresji na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwinną serca po 80. roku życia.

## Materiały i metody

Badania przeprowadzono w okresie od czerwca 2006 roku do lutego 2007 roku na oddziale Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Za kryterium doboru osób do badań przyjęto: wiek 80 lat i powyżej (rok urodzenia do 1926), chorobę niedokrwinną serca [rozpoznana i wpisana w historię choroby lub w karcie informacyjnej dołączonej do historii choroby (*Morbus ischaemicus cordis* MIC, ICD: I 21)], zachowany kontakt werbalny (brak zaburzeń w zakresie komunikatywności).

W badaniach uczestniczyli pacjenci oddziału Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, przebywający na oddziale maksymalnie 3 doby od dnia przyjęcia. Wykluczono pacjentów, którzy zostali przeniesieni z innego oddziału w celu kontynuacji leczenia.

W badaniu posłużono się krótkim kwestionariuszem własnej konstrukcji oraz standaryzowanymi testami składającymi się z pytań służących do zebrania niezbędnych informacji dotyczących przedmiotu badań, a także danych socjomedycznych pacjentów.

Ocenę sprawności emocjonalnej przeprowadzono za pomocą 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji stanowiącej integralną część kwestionariusza EASYCare (wersja polska 1999–2002) [8], zaś ocenę sprawności funkcji poznawczych — przy użyciu 28-punktowej skali Testu Upośledzenia Funkcji Poznawczych, stanowiącej również integralną część kwestionariusza EASYCare (wersja polska 1999–2002). W celu oceny subiektywnej jakości życia zastosowano kwestionariusz EuroQol 5D, który jest dwuczęściowym testem preferencji służącym do samooceny. Składa się on z części dotyczącej klasyfikacji zdrowia EQ-5D oraz z analogowej skali EQ-VAS.

Pytania mające na celu ocenę HRQL zgrupowane są w 5 dziedzinach i określają: możliwości poruszania się, sprawowania opieki nad sobą, prowadzenia zwykłej codziennej aktywności życiowej, a także obecność i stopień dolegliwości bólowych oraz zaburzeń nastroju. Dla każdego badanego parametru opracowano 3 kategorie odpowiedzi, co kwalifikuje pacjenta w jednym z 245 możliwych stanów, będących odzwierciedleniem jego aktualnej jakości życia. Uzupełnieniem kwestionariusza jest 20-centymetrowa wizualna skala analogowa EQ-VAS, na której badany(-a) przedstawia graficznie ocenę swojego stanu zdrowia w zakresie od 0 (najgorszy wyobrażalny stan zdrowia) do 100 (najlepszy możliwy stan zdrowia) [9–11].

Kwestionariusz EQ-VAS rozbudowano o dwie odrębne skale własnej konstrukcji, określające subiektywny stan zdrowia fizycznego i umysłowego.

Ocenę stopnia nasilenia objawów choroby niedokrwiennej serca przeprowadzono według skali CCS (*Canadian Society of Cardiology*), czyli klasyfikacji czynnościowej dławicy piersiowej (*Canadian Cardiovascular Society Grading Scale for Angina Pectoris*) [12].

### Analiza statystyczna

Związek między zmienną mierzoną na poziomie nominalnym a innymi zmiennymi zmierzono za pomocą współczynnika korelacji V Cramera, gdy druga zmienna była mierzona na poziomie co najwyżej porządkowym, oraz z wykorzystaniem współczynnika korelacji *eta*, gdy druga zmienna była mierzona na poziomie interwałowym.

W przypadku zmiennych mierzonych na poziomie interwałowym zbadano normalność rozkładu za pomocą testu Shapiro-Wilka. Po weryfikacji hipotezy zerowej odrzucono ją, zatem w analizie wykorzystano wyłącznie testy nieparametryczne: test U Manna-Whitneya do porównania rozkładów zmiennych w dwóch grupach niepowiązanych oraz test Kruskala-Wallisa do oceny różnic w rozkładach zmiennych ciągłych w więcej niż dwóch grupach dla danych niepowiązanych. Ponadto określając czynniki warunkujące ocenę stanu zdrowia w skali umysłowej VAS, posłużono się modelem regresji liniowej.

We wszystkich przeprowadzonych analizach za istotne statystycznie uznano wartości statystyki dla prawdopodobieństwa popełnienia błędu pierwszego rodzaju ( $p < 0,05$ ).

Analizę statystyczną wyników badań wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS PL dla Windows v. 14.

### Wyniki

W badanej grupie obejmującej 81 osób odsetek kobiet był wyższy (59,3%) niż mężczyzn (40,7%). Obserwacja ta odzwierciedla ogólną tendencję procesu demograficznego starszych osób polegającą na przewadze kobiet nad mężczyznami [13, 14]. Średnia wieku dla kobiet była wyższa (84,89 roku) niż dla mężczyzn (84,42 roku). Spośród badanych 96,8% pacjentów mieszkało w mieście (> 200 tys.). Charakterystykę społeczno-demograficzną osób z chorobą niedokrwinną serca po 80. roku życia przedstawiono w tabeli 1.

Stwierdzono istotną różnicę rozkładu stanu cywilnego w grupie kobiet i mężczyzn (w grupie kobiet przeważały wdowy, zaś większość mężczyzn pozostawała w związku małżeńskim, natomiast w grupie mężczyzn więcej było mężczyzn będących w związku małżeńskim) oraz rozkładu struktury zamieszkania

w tych grupach (kobiety mieszkały samotnie, natomiast mężczyźni wraz z żonami).

Do subiektywnych wskaźników stanu zdrowia zaliczono nasilenie schorzenia według skali CCS — u większości badanych (43,2%) stwierdzono III stopień nasilenia choroby niedokrwiennej serca.

Subiektywnej oceny jakości życia dokonywano za pomocą kwestionariusza EuroQol 5D wraz z integralną skalą analogową EQ-VAS. Niezależnie od stopnia nasilenia choroby niedokrwiennej serca, respondenci zaznaczali punktację na wizualnej skali VAS [„Twój stan zdrowia dzisiaj” (ogólny)]. Ponad 70% badanych wskazało na 30–50 punktów (71,6%) (ryc. 1).

Wizualną skalę VAS rozbudowano o dwie odrębne skale określające w sposób subiektywny obecny stan zdrowia fizycznego i umysłowego pacjenta. Stan zdrowia fizycznego badani oceniali w najniższym przedziale punktowym — 20–50 punktów (76,4%), a stan zdrowia umysłowego w najwyższym przedziale punktowym — 30–60 punktów (68,9%) (ryc. 2).

Analiza wyników 15-punktowej Geriatrycznej Skali Depresji pozwoliła na dokładną ocenę nasilenia objawów depresji wśród pacjentów z chorobą niedokrwinną serca. W grupie osób po 80. roku życia prawidłowy stan (0–6 punktów) stwierdzono u 34,6% badanych, a depresję o rosnącym nasileniu (przy wartościach wynoszących 6–15 punktów) — u 30,9% pacjentów. Średnia wartość według Geriatrycznej Skali Depresji dla obu płci była równa 7,65 punktów.

Wraz z większą liczbą objawów świadczących o występowaniu depresji badani częściej wskazywali na problemy z poruszaniem się ( $\chi^2 = 11\ 539$ ;  $df = 2$ ; K-W  $p < 0,05$ ), sprawowaniem samoopieki ( $\chi^2 = 16,81$ ;  $df = 2$ ; K-W  $p < 0,05$ ), wykonywaniem codziennych czynności ( $\chi^2 = 12,62$ ;  $df = 2$ ; K-W  $p < 0,05$ ), niepokojem ( $\chi^2 = 15\ 351$ ;  $df = 2$ ; K-W  $p < 0,05$ ). W badaniu nie wykazano istotnego związku między Geriatryczną Skalą Depresji a odczuwaniem bólu ( $\chi^2 = 2\ 975$ ;  $df = 2$ ; K-W  $p > 0,05$ ). Uzyskane wyniki wskazują natomiast istotny statystycznie związek między płcią a niepokojem (kobiety silniej odczuwały niepokój niż mężczyźni) — V-Cramera = 0,343;  $p < 0,05$ . Nie odnotowano statystycznie znamiennej zależności między płcią a pozostałymi elementami jakości życia.

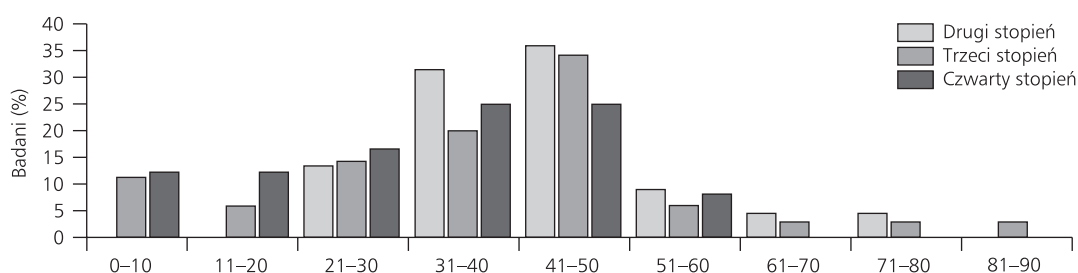
Badani, u których nie potwierdzono wystąpienia depresji, zaznaczali wyższą punktację na wizualnej skali VAS (umysłowej) w porównaniu z pozostałymi osobami ( $c^2 = 10,93$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,05$ ) (ryc. 3, 4).

Analiza wyników uzyskanych w Geriatrycznej Skali Depresji wykazała istotny statystycznie związek

**Tabela 1.** Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy pacjentów  
**Table 1.** Socio-demographic characteristics of the studied group of patients

Cechy demograficzne	Kobiety		Mężczyźni		Test V Cramera
	Liczba badanych	(%)	Liczba badanych	(%)	
	48	59,3	33	40,7	
<b>Stan cywilny</b>					
wolny/a	2	4,2	0	0	0,578;
w związku małżeńskim	3	6,3	19	57,6	p < 0,05*
wdowa/wdowiec	42	87,5	13	39,4	
rozwidziona/y	1	2,1	1	3	
w separacji	0	0	0	0	
<b>Struktura zamieszkania</b>					
samotnie	23	47,9	7	21,2	0,567;
tylko z małżonkiem	2	4,2	11	33,3	p < 0,05*
z małżonkiem i rodziną	1	2,1	8	24,2	
z rodziną (dziećmi, wnukami)	22	45,8	7	21,2	
z innymi osobami	0	0	0	0	
<b>Wykształcenie</b>					
0–4 klasy szkoły podstawowej	6	12,5	3	9,1	0,257;
5–7 klasy szkoły podstawowej	20	41,7	11	33,3	p > 0,05
szkoła zawodowa	3	6,3	6	18,2	
nieukończona szkoła średnia	4	8,3	2	6,1	
ukończona szkoła średnia	11	22,9	5	15,2	
studia ukończone dyplomem	4	8,3	6	18,2	
studia podyplomowe	0	0	0	0	
<b>Historia aktywności zawodowej</b>					
pracownik fizyczny	23	47,9	16	48,5	0,242;
pracownik umysłowy	12	25	11	33,3	p > 0,05
pracownik fizyczno-umysłowy	7	14,6	6	18,2	
nigdy nie pracował/a zawodowo	6	12,5	0	0	

\*Różnice istotne statystycznie

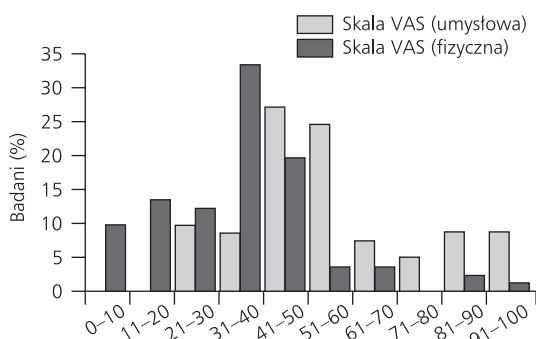


**Rycina 1.** Subiektywny stan zdrowia (ogólny) w zależności od skali CCS (przedstawiany na skali VAS)  
**Figure 1.** Subjective health status (general) in relation to CCS scale (on the VAS scale)

z oceną sprawności funkcji poznawczych ( $\chi^2 = 6,99$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,05$ ) oraz stopniem upośledzenia funkcji poznawczych ( $U = 545$ ;  $p < 0,05$ ).

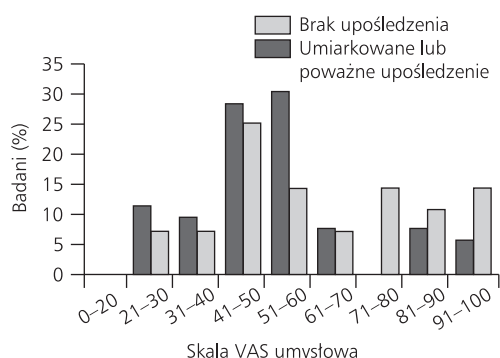
Można zaobserwować, że wraz ze wzrostem stopnia upośledzenia funkcji poznawczych nasilenie depresji było większe (ryc. 5).

W ocenie upośledzenia funkcji poznawczych wyniki wskazujące na prawidłowy stan lub łagodne upośledzenie funkcji poznawczych mieściły się w przedziale 0–10 punktów (34,6%), natomiast wyniki sugerujące umiarkowane lub poważne upośledzenie funkcji poznawczych wynosiły 11–28 punktów (65,4%).



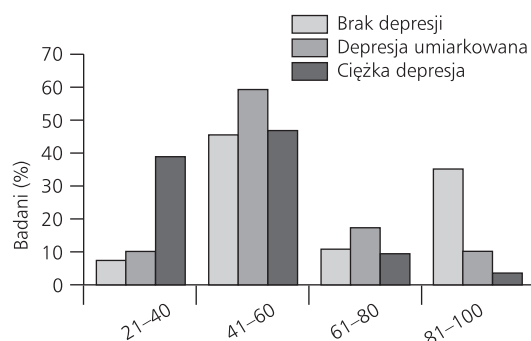
**Rycina 2.** Subiektywna ocena stanu zdrowia fizycznego i umysłowego

**Figure 2.** Assessment of subjective physical and mental health status



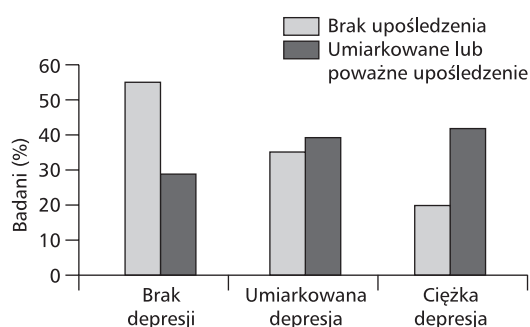
**Rycina 4.** Subiektywna ocena jakości życia i funkcji poznawczych (przedstawiana na skali VAS)

**Figure 4.** Subjective assessment of health quality and cognitive function (on the VAS scale)



**Rycina 3.** Subiektywna ocena stanu zdrowia umysłowego w zależności od stopnia nasilenia depresji

**Figure 3.** Assessment of subjective mental health status in relation to the severity of depression



**Rycina 5.** Stopień nasilenia depresji i funkcji poznawczych

**Figure 5.** Severity of depression and cognitive function

**Tabela 2.** Predykatory warunkujące skalę VAS (umysłowa) — analiza regresji liniowej

**Table 2.** VAS mental predictors — linear regression analysis. Predictors of mental VAS scale

	Współczynniki regresji	Granice przedziału ufności	
		Dolna	Górna
Test oceny upośledzenia funkcji poznawczych	-0,355	-0,899	0,189
Skala VAS (fizyczna)	0,356	0,154	0,558
Stopień poczucia depresji	-1,505	-2,56	-0,450
EQ 5D	-1,447	-3,152	0,258

Osoby wykazujące mniejszy stopień upośledzenia funkcji poznawczych zaznaczały wyższą punktację na wizualnej skali umysłowej VAS. Nie jest to jednak zależność istotna na przyjętym poziomie ufności ( $U = 581$ ;  $p > 0,05$ ) (tab. 2).

Model regresji liniowej pokazał, że część skali VAS dotycząca oceny zdrowia fizycznego oraz stopień poczucia depresji istotnie statystycznie wpływają na część skali VAS dotyczącej oceny zdrowia umysłowego (EQ-VAS).

## Dyskusja

Depresja i zaburzenie funkcji poznawczych to dwa najczęściej współwystępujące zaburzenia w podeszłym wieku. W niniejszej pracy zaobserwowano znamienny związek między nasileniem depresji a głębokością zaburzeń funkcji poznawczych. Dzieliąc badanych pacjentów na podgrupy osób o mniejszym i większym nasileniu depresji, można stwierdzić, że u chorych z większym nasileniem depresji występują istotnie większe zaburzenia funkcji poznawczych.

Wyniki prezentowanych badań wykazały, że funkcjonowanie pacjentów, określane na podstawie możliwości wykonywania codziennych czynności przez osobę w podeszłym wieku, zależało od stopnia nasilenia depresji. Sullivan i wsp. [16] stwierdzili, że u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca predykatorem stanu funkcjonalnego po roku obserwacji, przy uwzględnieniu zawansowania schorzenia, było wyjściowe nasilenie lęku i depresji.

Stopień nasilenia depresji koreluje z subiektywnym odczuciem stanu zdrowia, ograniczeniem wynikającym z choroby oraz z jakości życia.

Wykazano, że większe nasilenie depresji wiąże się z gorszym stanem funkcjonowania oraz z niższą ogólną jakością życia pacjentów. Dudek i wsp. [17] stwierdzili, że ustąpienie objawów depresji powoduje znamienne poprawę jakości życia. Obserwacje te potwierdzono również w niniejszej pracy.

Rogers i wsp. [18], którzy objęli badaniem 1024 osób z chorobą niedokrwienną serca, stwierdzili objawy depresji u 20% pacjentów. Osoby z depresją istotnie częściej skarżyły się na nasilenie objawów choroby wieńcowej, upośledzenie sprawności fizycznej, gorszą jakość życia; gorzej też oceniały swój stan zdrowia niż osoby bez objawów depresji. W innym badaniu wśród pacjentów z chorobą niedokrwienną serca u 14–47% chorych zaobserwowano depresję [19]. Lespérance i Frasure-Smith [20] stwierdzili, że u jednego na trzech pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby niedokrwiennej serca występują objawy depresji o różnym stopniu nasilenia.

U osób w podeszłym wieku stopień nasilenia depresji i zaburzenia funkcji poznawczych istotnie wpływają na subiektywną ocenę stanu psychicznego i fizycznego.

Z obserwacji wynika, że zaburzenia depresyjne i upośledzenie funkcji poznawczych powodują poważne zagrożenia dla życia, zdrowia i funkcjonowania pacjentów w podeszłym wieku. Wells i wsp. [15] wykazali, że depresja utrudnia w codzienne funkcjonowanie.

Warto zaznaczyć, że w badanej populacji pacjentów nasilenie objawów depresyjnych i upośledzenie funkcji

poznawczych nie korelowało z nasileniem objawów choroby niedokrwiennej serca według klasyfikacji CCS.

Należy podkreślić, że wyniki uzyskane w niniejszym badaniu za pomocą 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji i 28-punktowego Testu Upośledzenia Funkcji Poznawczych nie są równoznaczne z rozpoznaniem depresji i upośledzeniem funkcji poznawczych, a jedynie mogą sugerować ich obecność. Skale te są pomocnym narzędziem oceny populacji w podeszłym wieku. O rozpoznaniu lub wykluczeniu zespołu depresyjnego i upośledzenia funkcji poznawczych decyduje wiele innych badań i całokształt obrazu klinicznego. W niniejszej pracy wyniku uzyskanego w skali nie weryfikowano za pomocą badania klinicznego, dlatego można jedynie mówić o poziomie poczucia depresji, upośledzenia funkcji poznawczych, a nie o ich klinicznych objawach. Podstawą rozpoznania musi być zawsze ocena kliniczna stanu pacjenta, a testy i skale stanowią wyłącznie narzędzie pomocnicze.

#### Wnioski

1. U chorych po 80. roku życia istnieje związek między nasileniem depresji a zaburzeniami funkcji poznawczych.
2. W niniejszej pracy potwierdzono wpływ depresji na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Obecność depresji determinuje subiektywną niższą ocenę jakości życia.
3. Depresja istotnie obniża wydolność funkcjonalną osób po 80. roku życia — pogarsza możliwości poruszania się, sprawowania opieki nad sobą i prowadzenia zwykłej codziennej aktywności życiowej.
4. Subiektywna ocena jakości życia jest uwarunkowana stopniem upośledzenia funkcji poznawczych.
5. W niniejszej pracy potwierdzono słuszność i użyteczność wizualnej subiektywnej skali VAS dotyczącej oceny zdrowia umysłowego.

**Streszczenie**

**Wstęp.** Celem niniejszej pracy była ocena wpływu depresji i funkcji poznawczych na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca po 80. roku życia.

**Materiał i metody.** Przebadano 81 osób po 80. roku życia. W badaniu posłużono się krótkim kwestionariuszem własnej konstrukcji oraz 15-punktową Geriatryczną Skalą Oceny Depresji i 28-punktową skalą Testu Upośledzenia Funkcji Poznawczych, stanowiących integralną część kwestionariusza EASYCare (wersja polska 1999–2002). Do oceny subiektywnej jakości życia użyto kwestionariusza EuroQol 5D wraz z analogową skalą EQ-VAS rozbudowaną o dwie odrębne skale własnej konstrukcji, określające subiektywny stan zdrowia fizycznego i umysłowego. Ocenę stopnia nasilenia objawów choroby niedokrwiennej serca przeprowadzono za pomocą skali Canadian Society of Cardiology (CCS).

**Wyniki.** W badanej grupie pacjentów nasilenie objawów depresyjnych i upośledzenie funkcji poznawczych nie korelowało z nasileniem objawów choroby niedokrwiennej według klasyfikacji CCS. Wykazano, że depresja istotnie wpływa za zaburzenia nastroju oraz znacznie obniża wydolność funkcjonalną — pogarsza możliwości poruszania się, sprawowania opieki nad sobą, prowadzenia zwykłej codziennej aktywności życiowej. U osób w wieku podeszłym stopień nasilenia depresji znamienne wpływa na subiektywną ocenę stanu zdrowia psychicznego i fizycznego.

**Wnioski.** U chorych po 80. roku życia istnieje związek między nasileniem depresji a zaburzeniami funkcji poznawczych. Występowanie depresji determinuje subiektywną niższą ocenę jakości życia i obniża wydolność funkcjonalną. Subiektywna ocena jakości życia jest uwarunkowana stopniem nasilenia depresji i upośledzenia funkcji poznawczych.

W badaniach potwierdzono słuszność i użyteczność wizualnej subiektywnej skali VAS dotyczącej oceny zdrowia umysłowego.

**słowa kluczowe:** depresja, funkcje poznawcze, subiektywna ocena jakości życia

**Piśmiennictwo**

- Kocemba J., Grodzicki T. (red.): *Zarys gerontologii klinicznej*. Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
- Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatryczna skala oceny depresji i 28-punktowa skala Testu Upośledzenia Funkcji Poznawczych*. Via Medica, Gdańsk 2006; 98–107.
- Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. (red.): *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2006; 9–157.
- Kemp D.E.: *Heart disease and depression: don't ignore the relationship*. Cleveland Clinic J. Med. 2003; 70: 745.
- Baldwin D.S., Hirschfeld R.M.A.: *Depresja*. Via Medica, Gdańsk 2001.
- Schipper H., Clinch J.J., Olweny C.L.M.: *Quality of life studies: definitions and conceptual issues*. W: Spilker B. (red.): *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Wyd. 2. Lippincott-Raven, New York 1996; 16–18.
- Wenger N.K.: *Improvement of quality of life in the framework of cardiac rehabilitation*. W: Pashkow F.J., Dafoe W.A. (red.): *Clinical cardiac rehabilitation: a cardiologist's guide*. Wyd. 2. Williams & Wilkins, Baltimore 1999; 43–51.
- Yesavage J.A.: *Geriatric Depression Scale*. Psychopharmacol. Bull. 1988; 24: 709–710.
- Kind P.: *The EuroQol Instrument: And Index of Health-Related Quality of Life*. Wyd. 2. Lippincott-Raven, Philadelphia 1996.
- Kim J., Henderson R.A., Pocock S.J., Clayton T., Sculpher M.K., Fox K.A., RITA-3 Trial Investigators: *Health-related quality of life after interventional or conservative strategy in patients with unstable angina or non-ST-segment elevation myocardial infarction. One-year results of the third Randomized Intervention Trial of unstable Angina (RITA-3)*. J. Am. Coll. Cardiol. 2005; 45: 221–228.
- Brooks R., Rabin R., de Charro F.: *The measurement and valuation of health status using EQ-5DS: a European perspective: evidence from the EuroQol BIOMED Research Programme*. Kluwer Academic Publishers, Boston 2003.
- Campean L.: *Grading of angina pectoris*. Circulation 1976; 54: 522–523.
- Tobiasz-Adamczyk B., Bajka J., Brzyski P.: *Spoleczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego. Badania porównawcze*. Wyd. 1. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004; 12–26.
- Rószkiewicz M.: *Prognozy demograficzne dla polskiej populacji osób starszych*. Psychiatria Polska 2006; 3: 3–9.
- Wells K.B., Burnam M.A., Rogers W.: *The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study*. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 788–794.
- Sullivan M.D., La Croix A.Z., Baum C. i wsp.: *Functional status in coronary artery disease: a one-year prospective study of the role of anxiety and depression*. Am. J. Med. 1997; 103: 348–356.
- Dudek D., Zięba-Wróbel A. i wsp.: *Zaburzenia depresyjne a jakość życia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca*. Psychiatria Polska 2000; 1: 73–80.
- Rogers M.P., White K., Warshaw M.G. i wsp.: *Prevalence of medical illness in patients with anxiety disorders*. Int. J. Psychiatry Med. 1994; 24: 83–96.
- Kawachi I., Colditz G.A., Ascherio A. i wsp.: *Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men*. Circulation 1994; 89: 1992–1997.
- Lespérance F., Frasure-Smith N.: *Depression and coronary artery disease: time to move from observation to trials*. CMAJ 2003; 168: 547–552.