

Nastój słuchaczek Uniwersytetu Trzeciego Wieku i jego korelaty

Mood of the Third Age University students and its correlation

Anna Leś¹, Monika Guskowska², Ewa Kozdroń³, Ewa Niedzielska³, Joanna Piotrowska³, Bartłomiej Krynicki³

¹ Zakład Teorii Rekreacji, Katedra Rekreacji, Wydział Turystyki i Rekreacji, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego, Warszawa

² Katedra Psychospołecznych Podstaw Rehabilitacji i Bioetyki, Wydział Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego, Warszawa

³ Zakład Metodyki Rekreacji, Katedra Rekreacji, Wydział Turystyki i Rekreacji, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego, Warszawa

Streszczenie

Wstęp. Wśród wielkich problemów geriatrycznych znajdują się zaburzenia depresyjne jako drugi najistotniejszy zespół psychopatologiczny. Czynniki ryzyka depresji u osób starszych są problemy zdrowotne, śmierć lub choroba osoby bliskiej czy opieka nad przewlekle chorym. Dodatkowo podkreśla się znaczenie uzależnienia od innych osób, potrzeby wsparcia, opieki oraz lęku przed zmianami jako czynników (tzw. zależność interpersonalna), które u osób starszych oraz kobiet może powodować depresję. **Cel.** Celem badania było określenie nastroju i nasilenia objawów depresji u słuchaczek UTW oraz ich związków ze zmiennymi demograficznymi, sprawnością fizyczną i udziałem w zorganizowanych zajęciach ruchowych oraz jakością życia. **Materiał i metody.** Badaniem objęto 116 kobiet w wieku 50-88 lat. W badaniach wykorzystano Przymiotnikową Skalę Nastroju UMACL, Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (wersja 15-punktowa) Yesavage'a, kwestionariusz WHOQol-Bref oraz próby sprawnościowe FFFT. **Wyniki.** Ponad 3/4 seniorek doświadczało silnego pobudzenia energetycznego i słabego pobudzenia napięciowego, co wskazuje na wysoki poziom wigoru i życiowej energii przy niskim poziomie niepokoju. Niemal 94% respondentek zdiagnozowano jako osoby bez depresji, umiarkowane nasilenie objawów depresji zanotowano u co dwudziestej badanej. **Wnioski.** Korelacyjny model badania uniemożliwia formułowanie wniosków o charakterze przyczynowo-skutkowym. (Gerontol Pol 2017; 25: 20-27)

Słowa kluczowe: nastrój, aktywność fizyczna, osoby starsze

Abstract

Introduction. Among great geriatric problems depression disorders are the second most important psychopathological syndrome. Factors of depression risk among elderly people are health problems, death or sickness of beloved person or care of a chronically ill person. Additionally such factors as: being dependant on the others, the necessity of support, care and being afraid of changes, can cause depression. **Aim.** The aim of the research was to determine mood and symptoms of depression among the Third Age University students and their correlation with demographic variables, physical fitness and participation in organized physical classes and quality of life. **Material and methods.** The research was conducted on 116 women aged 50 to 88 with the usage of Adjective Scale of Mood UMACL, Geriatric Scale of Depression Evaluation (15-point version) of Yesavage', WHOQol-Bref questionnaire and FFFT fitness test. **Results.** Over 1 of elderly ladies experienced strong energetic renewal and weak muscle tension renewal, which indicates high level of vigor and life energy with low level of anxiety. Almost 94% of examined persons were diagnosed as persons without depression. Moderate symptoms of depression were notice in every fifth examined person. **Conclusions.** Correlative model of the research enables forming conclusions which have cause – result effect. (Gerontol Pol 2017; 25: 20-27)

Keywords: mood, physical activity, elderly people

Wstęp

W ciągu ostatnich 20 lat szczególnie w krajach rozwiniętych ludzie żyją dłużej i cieszą się lepszym zdrowiem, dodatkowo znacznie obniżył się współczynnik niepełnosprawności fizycznej. Ale jakość życia określana jest nie tylko przez stan zdrowia fizycznego, ważnym elementem jest poziom zdrowia psychicznego. Kępiński [1] przyrównał życie ludzkie do dnia, a starość do zmierzchu. Rozumiana w ten sposób starość związana jest z przeżywanymi obawami, niepokojami, lękiem. Wiele osób boryka się z poczuciem przemijania, świadomością utraty sprawności i atrakcyjności fizycznej.

Styl życia warunkowany jest m.in. poprzez zmiany zachodzące w psychice oraz statusie społecznym osoby starszej. Zmiany te polegają na zmniejszeniu szybkości ruchowego uczenia się, obniżeniu sprawności intelektualnej i na poważnych zmianach przystosowań emocjonalnych. Często występuje również poczucie odosobnienia, obcości otaczającego środowiska. Poczucie to często uwarunkowane jest dynamiką przemian kulturowo-obyczajowych, szybkim tempem postępu techniczno-informatycznego, przemianami wewnątrz państwa itd. Wszystko to sprawia, że starsze pokolenie wycofuje się z życia społecznego i żyje na uboczu. U człowieka starszego następuje zmiana w osobowości: zacieśniają się zainteresowania, zmniejsza się aktywność umysłowa, występuje nadmierna ostrożność w podejmowaniu decyzji, konserwatywna postawa wobec nowości, skupianie się na własnych sprawach, przekonanie o własnej nieomyślności oraz skłonność do wzruszeń.

Zmiany psychiczne związane ze starzeniem się pozostają w wyraźnym związku ze zmianami biologicznymi, zdrowotnymi i społecznymi: zwiększa się zależność od otoczenia; zmieniają się postawy, zachowania; wzmacnia się potrzeba bezpieczeństwa; następuje wycofywanie się z wcześniejszych form aktywności, pojawiają się skłonności hipochondryczne, egocentryzm, potrzeba akceptacji, potrzeba aktywizacji, brak lub ograniczenie kontaktów z innymi ludźmi, obniżenie samooceny, uprzedzenia społeczne. Duże zasoby czasu wolnego, a przy tym nieumiejętność gospodarowania nim, samotność, brak sensu życia, brak pasji, zainteresowań, brak chęci do działania, ruchu, aktywności, powodują nieciekawą obraz starości oraz warunkują bierny styl życia.

Spirduso i wsp. [2] podkreślają, iż na jakość życia osób w starszym wieku ma wpływ jedenaście czynników, które przedstawił w formie diagramu. Dwa obszary mają szczególnie duży wpływ na jakość życia seniorów: sprawność fizyczna osoby starszej (stan zdrowia, funkcje fizyczne, energia i witalność, funkcje seksualne) oraz

obszar poznawczy i emocjonalny (funkcje emocjonalne, funkcje poznawcze, dobre samopoczucie, satysfakcja życiowa). U młodych osób czynniki te nie mają największego wpływu na jakość ich życia, natomiast u osób w okresie późnej dorosłości odgrywają one najistotniejszą rolę.

Wśród wielkich problemów geriatrycznych znajdują się zaburzenia depresyjne jako drugi (po otępieniu) najistotniejszy zespół psychopatologiczny. Depresja dotyka 15-20% osób starszych, a wśród osób objętych opieką medyczną odsetek sięga nawet 30% [3]. Towarzyszą jej często deficyty poznawcze, gdyż między depresją i obniżeniem funkcji poznawczych zachodzą wzajemne powiązania przyczynowo-skutkowe [4].

Jak podaje Dobrzyńska i współautorzy [3] depresja u osób po 65. roku życia ma dwie przyczyny: czynniki psychospołeczne i biologiczne. W grupie czynników psychospołecznych wymieniają m.in.: spadek/utratę sprawności psychofizycznej i niezależności, brak aktywności, odosobnienie związane z przejściem na emeryturę, utratę najbliższych oraz brak wsparcia osób bliskich i kontaktów z innymi ludźmi. Przyczyny biologiczne to czynniki genetyczne, zmiany biologiczne powiązane ze starzeniem się organizmu oraz schorzenia somatyczne i stosowane leki.

Badania pokazują, że ponad 16% owdowiałych seniorów w ciągu roku po śmierci współmałżonka cierpi z powodu depresji [3]. Krzyżanowski [5] podaje, że około 40% przypadków depresji u osób po 65. roku życia nie jest diagnozowanych. Często w tej grupie objawy depresji uznaje się m.in. za normalny przejaw procesu starzenia się [3].

U najstarszych chorych notuje się też najwyższy wskaźnik samobójstw. Baumann [6] podaje kilkanaście czynników ryzyka samobójczego według Ringela. Są to między innymi pory roku (wiosna i jesień), wiek 45+, płeć męska, owdowienie / rozwód, samotność, przewlekłe choroby somatyczne, samotność, zła sytuacja finansowa czy depresja. Depresja często towarzyszy różnym formom demencji, nasilając deficyty poznawcze przyczynia się do zaostrzenia objawów [7].

Prowadzenie działań ukierunkowanych na profilaktykę zaburzeń afektywnych u osób w starszym wieku wymaga poznania znaczenia czynników warunkujących nastrój w tej grupie wiekowej. Należą do nich czynniki demograficzne, zwłaszcza wiek. Wskaźniki depresji gwałtownie wzrastają po 85. roku życia, prawdopodobnie w reakcji na istotne ograniczenie sprawności fizycznej oraz wskutek zmian neurologicznych. Ryzyko depresji jest też zależne od stanu zdrowia fizycznego i poziomu niepełnosprawności lub upośledzenia istotnych funkcji życiowych [8]. Czynnikiem ryzyka depresji w

późnej dorosłości są problemy zdrowotne (choroba fizyczna, upośledzenie poznawcze, niepełnosprawność), śmierć lub choroba osoby bliskiej, opieka nad przewlekle chorym oraz zaburzenia naczyniowe w mózgu. Dodatkowo podkreśla się znaczenie uzależnienia od innych osób, potrzeby wsparcia, opieki oraz lęku przed zmianami jako czynników (tzw. zależność interpersonalna), które u osób starszych oraz kobiet może powodować depresję [9]. Wśród czynników ryzyka depresji wymienia się także niski poziom aktywności życiowej i zaangażowania w podejmowane działania [9]. Nastroj i depresja są uwarunkowane przez wiele czynników, same z kolei stanowią determinanty innych zmiennych, w tym jakości życia. Zależności między tymi zmiennymi są więc dwukierunkowe.

Wyniki badań świadczą o tym, że regularna aktywność fizyczna osób starszych wiąże się z wyższym dobrostanem psychicznym i fizycznym [2]. Potwierdzono to w badaniach własnych. U kobiet w wieku późnej dorosłości uczestniczących przez pięć miesięcy w programie ćwiczeń fizycznych zaobserwowano bardzo wyraźną poprawę nastroju. Te korzystne zmiany utrzymywały się jednak przez stosunkowo krótki czas, gdyż po dwumiesięcznej przerwie w ćwiczeniach dobrostan emocjonalny istotnie się obniżył do poziomu zbliżonego do obserwowanego na początku programu [10,11]. Po dwóch tygodniach obozu rekreacyjnego stwierdzono u jego uczestników istotną poprawę nastroju (wzrost poziomu wigoru, spadek poziomu wszystkich negatywnych stanów emocjonalnych badanych za pomocą *POMS*) [12].

Aktywność fizyczna jest także powiązana z mniejszym ryzykiem depresji. W kohorcie ponad dwóch tysięcy osób w starszym wieku z podwyższonymi wskaźnikami depresji, u tych badanych, którzy codziennie spacerowali prawdopodobieństwo nasilenia symptomów depresji po trzech latach było trzykrotnie mniejsze [13]. Zmniejszenie aktywności fizycznej nasilało ryzyko zachorowania na depresję w badaniach realizowanych wśród osób w średnim i starszym wieku w Holandii [14]. W badaniach dorosłych w wieku 50-89 lat stwierdzono negatywny związek między aktywnością fizyczną i depresją, jednak poziom aktywności nie pozwolił przewidzieć wskaźników depresji w 12 lat później [15].

Cel pracy

Celem badania było określenie nastroju i nasilenia objawów depresji u słuchaczek UTW oraz ich związków ze zmiennymi demograficznymi, sprawnością fizyczną i udziałem w zorganizowanych zajęciach ruchowych oraz jakością życia.

Material i metody

Badaniem objęto 116 kobiet w wieku od 50 do 88 lat ($M=68,17$; $SD=6,395$) uczestniczących w zajęciach UTW w AWF w Warszawie. Wśród respondentek dominowały osoby z wykształceniem wyższym (58,8%), pozostałe legitymowały się wykształceniem średnim (40,0%), jedynie 1,3% badanych miało wykształcenie podstawowe. Wśród badanych 46,8% to osoby zamężne, 29,9% - wdowy, 16,9% - osoby rozwiedzione, 6,5% - panny. Niespełna połowa badanych (45,6%) mieszkała samotnie; niewiele mniej osób (44,2%) mieszkało z mężem, co dziesiąta respondentka (10,4%) mieszkała z innymi członkami rodziny. Badane najczęściej oceniały swoją sytuację materialną jako przeciętną (39,0%) i dobrą (37,7%), rzadziej bardzo dobrą i złą (10,4%); tylko 2,6% badanych określiła ją jako bardzo złą. Dwie trzecie badanych (67,1%) chorowało na choroby przewlekle, 83,1% systematycznie przyjmowało leki.

Do badania nastroju wykorzystano Przymiotnikową Skalę Nastroju UMACL Matthews, Chamberlaina, Jonesa w polskiej adaptacji Goryńskiej [16], która składa się z 29 pozycji (przymiotników), tworzących trzy skale: Pobudzenie Napięciowe (PN), 9 pozycji; Pobudzenie Energetyczne (PE), 10 pozycji; Ton Hedonistyczny (TH), 10 pozycji. Kwestionariusz nawiązuje do trójwymiarowej struktury afektu (nastroju): pobudzenia napięciowego, pobudzenia energetycznego oraz tonu hedonistycznego. Pobudzenie napięciowe można opisać na wymiarze napięcie - relaksacja, pobudzenie energetyczne na wymiarze energia - zmęczenie, natomiast ton hedonistyczny na wymiarze przyjemność -nieprzyjemność. Pobudzenie napięciowe można określić jako lękotwórcze, osoby uzyskujące w tej skali wysokie wyniki są napięte i zestresowane. Pobudzenie energetyczne można określić jako energię do działania, wykazuje ono funkcje mobilizujące. Osoby uzyskujące wysokie wyniki czują się energiczne, aktywne i gotowe do działania. Ton hedonistyczny można określić jako subiektywne odczuwanie przyjemności bądź nieprzyjemności. Osoby o wysokim wyniku w tej skali odczuwają silne emocje pozytywne.

Do badania nasilenia objawów depresji zastosowano Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (wersja 15-punktowa) Yesavage'a [17]. Skalę tworzy 15 stwierdzeń opisujących podstawowe objawy depresji, zadaniem badanego jest zaprzeczyć lub potwierdzić ich występowanie (Tak - Nie) w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Przyjmuje się, że uzyskanie od 11 do 15 punktów świadczy o ciężkiej depresji; od 6 do 10 punktów - o depresji umiarkowanej.

Jakość życia badano za pomocą kwestionariusza WHOQOL-Bref. WHOQOL-Bref jest narzędziem badawczym przeznaczonym do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych, zarówno dla celów poznawczych, jak i leczniczych. Umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: somatycznej, psychicznej, socjalnej i środowiskowej. Skala zawiera również pozycje (pytania), które analizowane są oddzielnie: pytanie 1. dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia i pytanie 2. dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia. Liczba punktów uzyskanych w dziedzinach odzwierciedla indywidualną percepcję jakości życia w tych obszarach, im wyższy wynik tym lepsza jakość życia.

W celu określenia sprawności fizycznej przeprowadzono Fullerton Functional Fitness Test (FFFT), który składa się z 6 kolejno wykonywanych prób:

1. Zginanie przedramienia (Arm Curl). Ocena siły górnej części ciała.
2. Wstawanie z krzesła w ciągu 30 sekund (30-second Chair Stand). Ocena siły dolnej części ciała.
3. Tylne dosięganie (Back Scratch Test). Badanie ruchomości górnego odcinka ciała.
4. Usiądź na krześle i dosięgnij (Chair Sit and Reach Test). Celem testu jest ocena gibkości dolnej części ciała (przede wszystkim ścięgien podkolanowych).
5. Wstań i idź (8-Foot Up and Go oraz 6-Minute Walk). Ocena zwinności (dynamicznej równowagi) oraz wytrzymałości tlenowej długodystansowej.
6. Dwuminutowy marsz w miejscu (2-Minute Step in Place Test). Ocena wytrzymałości (tlenowej) wykonywany jest w przypadku, gdy niemożliwy jest do wykonania test 6-Minute Walk.

Dodatkowo przy pomocy dynamometru dokonano pomiaru ścisisku dłoni. Wykonana została również próba Romberga przy oczach zamkniętych i otwartych badająca zdolność utrzymywania równowagi statycznej. Ponadto notowano w ilu zajęciach ruchowych prowadzonych w ramach UTW uczestniczyły osoby badane.

Wyniki

W celu ustalenia nastroju badanych wyniki surowe w skali UMACL przeliczono według norm dla odpowiednich grup wiekowych na skalę stenową. W tabeli I przedstawiono rozkłady wyników stenowych na trzech poziomach: niski (1.-4. sten), przeciętny (5.-6. sten) i wysoki (7-10 sten) (tabela I). Świadczą one o dobrym nastroju respondentek w tygodniu poprzedzającym badanie. Ponad 3/4 seniorek doświadczało silnego pobudzenia energetycznego i słabego pobudzenia napięciowego, co wskazuje na wysoki poziom wigtu

i życiowej energii przy niskim poziomie niepokoju. Niemal 2/3 badanych doświadczało silnej przyjemności. Niewiele kobiet uzyskało niskie wyniki w wymiarach nastroju o walencji pozytywnej i wysokie wyniki w wymiarze o walencji negatywnej.

Tabela I Nastroj słuchaczek UTW

Table I. Mood of the Third Age University students

	Ton hedonistyczny	Pobudzenie energetyczne	Pobudzenie napięciowe
Niski	8,6%	3,4%	75,9%
Przeciętny	26,7%	19,0%	19,8%
Wysoki	64,7%	77,6%	4,3%

Wyniki skali UMACL znajdują potwierdzenie w wynikach Skali Depresji Geriatrycznej (tabela II). Niemal 94% respondentek zdiagnozowano jako osoby bez depresji, umiarkowane nasilenie objawów depresji zanotowano u co dwudziestej badanej.

Tabela II. Objawy depresji słuchaczek UTW

Table II. Depression symptoms of the Third Age University students

Nasilenie depresji	%
Bez depresji	93,9
Depresja umiarkowana	5,3
Depresja ciężka	0,8

W celu ustalenia związków między nastrojem i depresją a zmiennymi demograficznymi, sprawnością fizyczną i jakością życia obliczono współczynniki korelacji liniowej r-Pearsona (tabela III). Ustalono, że im lepsza sytuacja materialna słuchaczek UTW tym lepszy nastrój (w wymiarze tonu hedonistycznego i pobudzenia napięciowego). Zanotowano związki wszystkich wymiarów nastroju z jakością życia w domenie psychicznej, ze wskaźnikiem sumarycznym oraz odpowiedzią na pytanie dotyczące ogólnej oceny jakości życia. Co ciekawe, nastrój nie był skorelowany z jakością życia w domenie środowiskowej (w domenie somatycznej i socjalnej – jedynie na poziomie tendencji) ani z odpowiedzią na pytanie o stan zdrowia. Jedynie ton hedonistyczny był skorelowany z wynikami prób sprawności fizycznej – dodatkowo ze wskaźnikiem wytrzymałości tlenowej, ujemnie i jedynie na poziomie tendencji ze wskaźnikiem gibkości.

Tabela III. Związki między nastrojem i depresją a zmiennymi demograficznymi, sprawnością fizyczną i jakością życia
 Table III. Correlation between mood and depression and demographical variables, physical fitness and quality of life

	Ton hedonistyczny	Pobudzenie energetyczne	Pobudzenie napięciowe	Depresja
Wiek	-0,003	-0,098	-0,105	0,007
Wykształcenie	-0,025	0,155	0,082	-0,132
Sytuacja materialna	0,194*	0,140	-0,245**	-0,305***
Liczba zajęć	0,114	-0,024	-0,059	0,072
Siła ręki lewej	-0,048	-0,162	0,127	0,101
Siła ręki prawej	-0,027	-0,145	0,098	0,106
Równowaga (noga lewa, oczy otwarte)	0,026	-0,003	-0,055	-0,005
Równowaga (noga prawa, oczy otwarte)	-0,051	-0,017	0,120	-0,038
Równowaga (noga lewa, oczy zamknięte)	-0,019	-0,001	-0,037	0,024
Równowaga (noga prawa, oczy zamknięte)	-0,006	-0,069	0,017	0,087
Wytrzymałość tlenowa	0,204*	0,076	-0,138	-0,117
Gibkość (Skłon)	-0,188*a	-0,080	0,152	0,088
Ruchomość górnego odcinka (ręka lewa)	-0,006	-0,025	-0,073	0,071
Ruchomość górnego odcinka (ręka prawa)	-0,114	-0,121	0,044	0,109
Siła dolnej części ciała	0,038	0,001	-0,024	-0,049
Zwinność (Wstań)	-0,002	-0,138	-0,104	0,177t
Samoocena jakości życia	0,412***	0,254**	-0,301***	-0,297***
Samoocena zdrowia	-0,027	-0,079	-0,046	-0,197*
Jakość życia – domena somatyczna	0,179t	0,178t	-0,117	-0,309***
Jakość życia – domena psychiczna	0,420***	0,439***	-0,299**	-0,484***
Jakość życia – domena socjalna	0,121	0,174t	-0,132	-0,183*
Jakość życia – domena środowiskowa	0,100	0,009	-0,029	-0,256**
Jakość życia - suma	0,351***	0,324***	-0,314***	-0,492***

^a – im wyższa wartość wskaźnika, tym mniejsza gibkość

Nasilenie objawów depresji było skorelowane ujemnie i silniej niż nastrojów z sytuacją materialną. Związek ze sprawnością fizyczną osiągnął jedynie poziom tendencji – im większe nasilenie objawów depresyjnych tym dłuższy czas wykonania próby zwinności (gorszy wynik). Depresja była powiązana ze wszystkimi wskaźnikami jakości życia, w tym z samooceną jakości życia i zdrowia, najsilniejsze związki wystąpiły w przypadku jakości życia w domenie psychicznej i somatycznej.

Przeprowadzono także analizę regresji metodą krokową w celu określenia czynników pozwalających przewi-

dywać nastrojów respondentek. Do równania jako czynniki wprowadzono: zmienne demograficzne, wyniki testów sprawnościowych i wskaźniki jakości życia oraz (tabela IV). Czynniki demograficzne nie pozwalają przewidywać nastroju w żadnym wymiarze. Wyniki testów sprawnościowych także okazały się mało istotne – jedynie wynik w teście gibkości pozwala przewidywać, i to w niewielkim stopniu, nasilenie odczucia przyjemności. Ogólna samoocena jakości życia stanowi dodatni predyktor tonu hedonistycznego i ujemny predyktor pobudzenia napięciowego. Wysoka jakość życia w dziedzinie

Tabela IV. Predyktory nastroju słuchaczek UTW

Table IV. Predictors of mood of the Third Age University students

Zmienna zależna	Predyktor	beta	Model
Ton hedonistyczny	Samoocena jakości życia	0,362	0,285; 9,290; < 0,001
	Jakość życia – domena psychiczna	0,391	
	Jakość życia – domena środowisko	-0,330	
	Gibkość	-0,227	
Pobudzenie energetyczne	Jakość życia – domena psychiczna	0,522	0,192; 10,853; < 0,001
	Jakość życia – domena środowisko	-0,263	
Pobudzenie napięciowe	Samoocena jakości życia	-0,313	0,087; 8,920; 0,004

Tabela V. Predyktory depresji słuchaczek UTW

Table V. Predictors of depression of the Third Age University students

Zmienna zależna	Predyktor	beta	Model
Depresja	Jakość życia – domena psychiczna	-0,476	0,218; 26,318; < 0,001

psychicznej pozwala oczekiwać wysokiego poziomu tonu hedonistycznego i pobudzenia energetycznego. Co zaskakujące, jakość życia w domenie środowiskowej jest ujemnym predyktorem dla tych dwóch wymiarów nastroju.

Uwzględnione w badaniach czynniki pozwalają w największym stopniu przewidywać ton hedonistyczny (28%), w nieco mniejszym – pobudzenie energetyczne (19%), najslabiej wyjaśniają pobudzenie napięciowe (niespełna 9%).

Analogiczna analiza dla wskaźnika depresji ujawniła jeden silny predyktor ujemny – jakość życia w domenie psychicznej, który pozwala przewidzieć nasilenie objawów depresji w ponad 20% (tabela V).

Omówienie

Wyniki badania wskazują na dobry nastrój słuchaczek Uniwersytetu Trzeciego Wieku w tygodniu poprzedzającym badanie. Najczęściej niskiemu poziomowi pobudzenia napięciowego towarzyszył wysoki poziom pobudzenia energetycznego i tonu hedonistycznego, co zdaniem autorów skali UMACL jest profilem pożądanym [16]. Skala UAMCL posiada normy stenowe dla kobiet w wieku 45-69 lat oraz 70-79 lat, co pozwoliło w większości przypadków na zastosowanie norm dla odpowiedniej grupy wiekowej. Wyniki badanych w wieku powyżej 79 lat odnoszono do norm dla osób w wieku 70-79 lat. Badania normalizacyjne wskazują, że z wiekiem systematycznie spada pobudzenie energetyczne, zaś ton hedonistyczny obniża się, a pobudzenie napięciowe wzrasta u kobiet po 44. roku życia, jednak potem jego poziom nie zmienia się. Prawdopodobnie ta zdaje się nie dotyczyć respondentek, które w zdecydowanej większości cechowały się dobrym nastrojem. W badanej grupie nie stwierdzono też istotnych korelacji między wiekiem a wymiarami nastroju. Potwierdzeniem dobrego zdrowia afektywnego badanych kobiet są wyniki uzyskane w Geriatrycznej Skali Depresji, pozwalające szacować, że jedynie około 6% respondentek ujawnia objawy depresji, głównie umiarkowanie nasilone. Uzyskane w badaniach wyniki nie są jednak oczywiście reprezentatywne dla populacji kobiet w wieku późnej dorosłości mieszkających w Polsce. Słuchaczki Uniwersytetu Trzeciego Wieku są lepiej wykształcone, bardziej aktywne intelektualnie, prawdopodobnie zdrowsze oraz bardziej spraw-

ne fizycznie niż przeciętnie (większość z nich uczestniczyła w zajęciach ruchowych), co wiąże się z lepszym stanem afektywnym. Wśród czynników ryzyka obniżenia nastroju u osób w wieku starszym wymienia się stan zdrowia fizycznego, poziom aktywności życiowej i zaangażowania w podejmowane działania [8,9].

Rezultat badania pozwalają uznać, że słuchaczki Uniwersytetu Trzeciego Wieku cechują się wysokim poziomem wigoru i energii życiowej, doświadczają stosunkowo silnej przyjemności, małego nasilenia doznań lęku i niepokoju oraz objawów depresyjnych. Dane populacyjne sugerują, że z wiekiem zmniejszają się subiektywne odczucia depresji i niepokoju życiowych [8]. Nie można też wykluczyć, że w jakimś stopniu uzyskane rezultaty mogą być zniekształcone przez występującą niekiedy u osób starszych tendencję do dysymulacji. Także we wcześniejszych badaniach własnych u wielu senierek obserwowano bardzo niskie wskaźniki negatywnych stanów emocjonalnych [11,12].

Należy także przypomnieć, że osoby badane uczestniczyły w zajęciach ruchowych, więc ich dobry nastrój mógł być po części efektem aktywności fizycznej. Wyniki badań eksperymentalnych badań dowodzą, że ćwiczenia fizyczne prowadzą do zwiększenia dobrostanu emocjonalnego osób starszych [2,10-12]. W prezentowanych tu badaniach nie stwierdzono jednak istotnych związków między nastrojem i wskaźnikami depresji a liczbą zajęć ruchowych, w których uczestniczyły słuchaczki Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Związki między sferą afektywną i sprawnością fizyczną także były nieliczne i słabe, dotyczyły jedynie tonu hedonistycznego, czyli poziomu odczuwanej przyjemności, który był tym wyższy im większa była wytrzymałość tlenowa i gibkość. Jak wskazują wyniki licznych badań o charakterze eksperymentalnym, podejmowanie ćwiczeń tlenowych (które przyczyniają się do zwiększenia wytrzymałości) obniża ryzyko zaburzeń depresyjnych [18-21]. Nasilenie objawów depresyjnych korelowało na poziomie tendencji ze zwinnością. Gibkość była jedyną składową sprawności fizycznej pozwalającą przewidywać nastrój senierek. We wcześniejszych badaniach zanotowano obniżenie poziomu powszechnych symptomów depresyjnych u seniorów podejmujących ćwiczenia tai chi i karate przyczyniające się do poprawy tych cech motorycznych [22,23].

W referowanych tu badaniach nie badano bezpośrednio wpływu aktywności fizycznej na sferę afektywną ani nie ustalano bezpośrednich związków między nimi. Bardzo nieliczne i słabe zależności między wskaźnikami sprawności fizycznej a nastrojem i depresją nie mogą być interpretowane jako dowód braku takiego wpływu. To, że osoby bardziej sprawne nie mają lepszego nastroju nie oznacza bowiem, że ćwiczenia fizyczne nie wpływają na nastrój.

Nastój słuchaczek UTW był natomiast istotnie i silnie powiązany z ogólną samooceną jakości życia, oraz jej wskaźnikiem w sferze psychicznej. Stanowiła też ona istotny (i niekiedy jedyny) predyktor wymiarów nastroju i depresji. Należy jednak w tym miejscu zauważyć, że pytania dostarczające wskaźników jakości życia w tej dziedzinie w zastosowanym w naszym badaniach kwestionariuszu WHOQOL-Bref dotyczą między innymi przeżywanych emocji pozytywnych i negatywnych, do których odnoszą się też pytania skali UMACL i Geriatrycznej Skali Depresji, co przynajmniej częściowo odpowiada za obserwowane korelacje.

Wymiary nastroju są słabo powiązane z jakością życia w innych obszarach, natomiast nasilenie objawów depresji koreluje istotnie (ujemnie) z wszystkimi wskaźnikami jakości życia. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na fakt, że nastrój wpływa na procesy poznawcze. Może modyfikować oceny poznawcze. Być może z tego powodu samoocena jakości życia na pięciostopniowej skali jest silniej skorelowana z wymiarami nastroju niż sumaryczne wskaźniki jakości życia w poszczególnych sferach. Informacje zgodne pod względem walencji z nastrojem są łatwiej przetwarzane, pamiętane i przypominane. Emocje negatywne mogą pogarszać procesy uwagi (obniżać ich jakość czy wydajność), jak i powodować tendencyjność (przydzielać priorytet przetwarzaniu informacji o negatywnej walencji) [24]. Szczególnie dobrze widać to u pacjentów cierpiących na zaburzenia nastroju. Należy przypuszczać, że współczynniki korelacji między jakością życia a depresją w jakimś stopniu odzwierciedlają wpływ sfery afektywnej na procesy poznawcze. Także siła związku między sytuacją materialną a sferą afektywną może być spotęgowana faktem, iż będąc

we w dobrym nastroju mamy skłonność do lepszej oceny tej sytuacji.

Zupełnie nieoczekiwanie jakość życia w domenie środowiskowej okazała się ujemnym predyktorem wymiarów nastroju o walencji dodatniej - tonu hedonistycznego i pobudzenia energetycznego. Trudno w tej chwili wyjaśnić tę zależność. Konieczne są dalsze badania w celu ustalenia, czy ma ona bardziej ogólny charakter, czy też ogranicza się do badanej grupy słuchaczek Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Wnioski

Wyniki badania dostarczają danych na temat czynników powiązanych z ryzykiem depresji u kobiet w wieku późnej dorosłości. Nasilenie objawów depresji w badanej grupie było tym większe im gorsza była sytuacja materialna oraz im niższa jakość życia we wszystkich obszarach i jej ogólna ocena oraz samoocena stan zdrowia. Zanotowano także słaby ujemny związek depresji z gibkością. Przy interpretacji tych zależności należy jednak uwzględnić fakt, iż 94% respondentek zaklasyfikowano do grupy „bez depresji”. Przy małej zmienności wskaźnika depresji wykrycie istotnych związków jest trudniejsze.

Należy podkreślić, że możliwości wnioskowania na podstawie uzyskanych wyników są ograniczone z kilku powodów. Po pierwsze, w badaniu wzięły udział jedynie kobiety, uczestniczki zajęć Uniwersytetu Trzeciego Wieku, a więc osoby aktywne poznawczo i fizycznie. Po drugie, liczebność grupy była niezbyt duża, a wiek respondentek zróżnicowany. Ogranicza to możliwości generalizacji wyników badania. Korelacyjny model badania uniemożliwia formułowanie wniosków o charakterze przyczynowo-skutkowym.

Konflikt interesów/Conflict of interest

Brak/None

Źródło finansowania

Badania realizowane w ramach projektu DS.-190 Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

Piśmiennictwo

1. Kępiński A. Lęk. Warszawa: PZWL; 1987.
2. Spirduso WW, Francis KL, MacRae PG. Physical dimensions of aging. Champaign: Human Kinetics; 2005.
3. Dobrzyńska E, Rymaszewska J, Kiejna A. Depresje u osób w wieku podeszłym. *Psychogeriatr Pol.* 2007;4:51-60.
4. O'Connor PJ. Sleep, mood, and chronic pain problems. W: Poon LW, Chodzko-Zajko W, Tomporowski PD (red.). *Active living, cognitive functioning, and aging.* Champaign: Human Kinetics; 2006. str. 133-143.
5. Krzyżanowski J. *Psychogeriatrics.* Warszawa: Medyk; 2004.
6. Baumann K. Problem aktów samobójczych u osób w starszym wieku. *Gerontol Pol.* 2008;16:80-8.
7. Kołodziej W. Zaburzenia psychiczne i ryzyko samobójstwa u osób w starszym wieku. W: Nowicka A. (red.). *Wybrane problemy osób starszych.* Kraków: Impuls; 2006. str. 87- 97.
8. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. *Psychopatologia.* Poznań: Zysk i S-ka; 2003.
9. Michalska-Leśniewicz M, Gruszczyński M. Czynniki psychologiczne w depresji. *Psychiatria.* 2010;7:95-103.
10. Guszowska M. Ćwiczenia fizyczne a stany emocjonalne, potrzeby psychiczne i poziom intelektualny kobiet aktywnych ruchowo. Warszawa: *Roczniki Naukowe AWF;* 2000. str. 39: 135-152.
11. Guszowska M, Kozdroń E. Zmiany w stanach emocjonalnych, strukturze potrzeb i poziomie intelektualnym kobiet w starszym wieku aktywnych ruchowo. *Gerontol Pol.* 2001;9:28-33.
12. Guszowska M, Kozdroń A. Wpływ ćwiczeń fizycznych na stany emocjonalne kobiet w starszym wieku. *Gerontol Pol.* 2009;17:71-8.
13. Mobily KE, Rubenstein LM, Lemke JH i wsp. Walking and depression in a cohort of older adults: The Iowa 65+ Rural Health Study. *J Aging Physical Activ.* 1996;4:119-35.
14. Van Gool CH, Kempen GI, Penninx BW i wsp. Relationship between changes in depressive symptoms and unhealthy lifestyles in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Age Ageing* 2003;32:81-7.
15. Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E, Corbeau C. Cross-sectional and prospective study of exercise and depressed mood in the elderly: The Rancho Bernardo study. *Am J Epidemiol.* 2001;153:596-603.
16. Goryńska E. Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL G. Matthews, A.G. Chamberlain, D.M. Jones. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2005.
17. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. *Geriatrics z elementami gerontologii ogólnej.* Gdańsk: Via Medica; 2006.
18. Dunn AL, Trivedi MH, O'Neal HA. Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Med Sci Sports Exerc.* 2001;33:S587-597.
19. Herman S, Blumenthal JA, Babyak M i wsp. Exercise therapy for depression in middle-aged and older adults: predictors of early dropout and treatment failure. *Health Psychol.* 2002;21:553-63.
20. Mather A, Rodriguez C, Guthrie M i wsp. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: Randomized controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2000;180:411-5.
21. Van Gool CH, Kempen GIJM, Bosma H i wsp. Associations between lifestyle and depressed mood: longitudinal results from the Maastricht Aging Study. *Am J Public Health.* 2006;97:887-94.
22. Talor-Piliae RE, Haskell WL, Waters CM i wsp. Change in perceived psychosocial status following a 12-week Tai Chi exercise programme. *J Adv Nurs.* 2006;54:313-29.
23. Matthews G, Wells A. The cognitive science of attention and emotion. W: T. Dalgleish, M. J. Power (red.). *Handbook of cognition and emotion.* New York: Wiley; 1999.