

Ocena jakości życia osób starszych podczas pandemii COVID-19

Assessment of the quality of life of older people during the COVID-19 pandemic

Dominika Ziomkowska¹, Sylwia Krzemińska²

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Ośrodek Badawczy we Wrocławiu, Oddział Chirurgii Naczyniowej

2. Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku.

Streszczenie

Wstęp. Jakości życia nie można precyzyjnie zdefiniować, przez jej wielowymiarowość. Ustosunkowując się do jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQoL) należy zwrócić uwagę na mnogość problemów z tym związanych. Jest to głównie wartość subiektywna, która zależy od wielu czynników m. in. od stanu psychicznego, osobowości i stanu materialnego. Podczas pandemii COVID-19 ilość czynników stresowych w życiu każdego człowieka drastycznie wzrosła, co miało wpływ na jakość życia ludzkości. Jedną z grup która wyraźnie została dotknięta społeczną izolacją, byli seniorzy. To właśnie ta grupa społeczna musiała mierzyć się z całkowitą zmianą w sposobie życia i poczuciem osamotnienia.

Cel pracy. Celem pracy jest Ocena jakości życia osób starszych podczas pandemii COVID-19.

Materiał i metody badawcze. W pracy posłużono się kwestionariuszem ankiety, skalą WHOQOL-AGE, Geriatryczną Skalą Oceny Depresji (GDS) oraz Skalą odczuwanego stresu (PSS-10). W kwestionariuszu ankiety pytania dotyczyły wieku, płci, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego oraz sytuacji materialnej. Materiał badawczy stanowiła grupa 113 seniorów, studentów wrocławskich Uniwersytetów Trzeciego Wieku.

Wyniki. Badania przeprowadzone w tym temacie jednoznacznie mówią, że jakość życia społeczeństwa w tym czasie była gorsza niż przed pandemią. Większość badanych wskazywała na istotę kontaktów z bliskimi podczas izolacji. Mimo, że według badania, stan cywilny bezpośrednio nie wpływa na nasilenie stresu i depresji u seniorów, to wykazują istotę kontaktów z bliskimi z ich samopoczuciem w innych badaniach. Znaczenie subiektywnej oceny sytuacji materialnej rzutuje na wyniki w kwestionariuszu. Seniorzy wykazujący zadowolenie ze swojej obecnej sytuacji materialnej, przejawiają wyższą jakość życia i mniejsze nasilenie stresu. Wbrew wielu różnic pomiędzy płcią męską, a żeńską, badanie nie wykazało korelacji między tym czynnikiem a jakością życia podczas pandemii COVID-19.

Wnioski: Płeć nie różnicowała istotnie jakości życia seniorów podczas pandemii COVID-19. Wiek oraz stan cywilny

nie mają wpływu na jakość życia. Mieszkańcy miast powyżej 500 tys. charakteryzowali się istotnie wyższą jakością życia oraz istotnie mniejszym nasileniem stresu niż mieszkańcy wsi. Osoby o dobrej lub bardzo dobrej sytuacji materialnej charakteryzowały się wyższą jakością życia i istotnie mniejszym nasileniem stresu i depresji. Im większe było nasilenie stresu i depresji respondentów, tym istotnie niższa jakość ich życia.

Słowa kluczowe: jakość życia, seniorzy, izolacja, pandemia COVID-19

Abstract

Introduction. The quality of life cannot be precisely defined by its multidimensionality. When considering the health-related quality of life (HRQoL), attention should be paid to the multitude of related problems. It is mainly a subjective value, which depends on many factors, including on the mental state, personality and material condition. During the COVID-19 pandemic, the amount of stress factors in everyone's life increased drastically, which had an impact on the quality of human life. One of the groups that clearly suffered from social isolation was seniors. It was this social group that had to deal with a complete change in the way of life and a sense of loneliness.

The aim. The aim of the study is to assess the quality of life of elderly people during the COVID-19 pandemic.

Material and research methods. The study used a questionnaire, the WHOQOL-AGE scale, the Geriatric Depression Rating Scale (GDS) and the Stress Scale (PSS-10). In the questionnaire, the questions concerned age, gender, place of residence, marital status and financial situation. The research material consisted of a group of 113 seniors, students of Wrocław's Universities of the Third Age.

Results. Research on this topic clearly shows that the quality of life of the society at that time was worse than before the pandemic. Most of the respondents indicated the nature of contacts with relatives during isolation. Although according to the study, marital status does not directly influence the severity of stress and depression in seniors, it shows the importance of contacts with relatives

and their well-being in other studies. The importance of subjective assessment of the financial situation affects the results in the questionnaire. Seniors who are satisfied with their current financial situation show a higher quality of life and less stress. Contrary to the many differences between the male and female gender, the study found no correlation between this factor and quality of life during the COVID-19 pandemic.

Conclusions: Gender did not significantly differentiate the quality of life among seniors during the COVID-19 pandemic. Age and marital status also do not impact the quality of life. Residents of cities with a population exceeding 500,000 exhibited significantly higher quality of life and significantly lower levels of stress compared to rural residents. Individuals with a good or very good financial situation showed higher quality of life and significantly lower levels of stress and depression. The higher the intensity of stress and depression experienced by respondents, the significantly lower their quality of life. Keywords: quality of life, seniors, isolation, COVID-19 pandemic

Wprowadzenie

Od końca roku 2019 świat żył doniesieniami ze świata dotyczącymi choroby COVID-19. Każdy mierzył się z nową jednostką chorobową, której podłoże nie było znane, a wzbudzała lęk u wszystkich ludzi. Z każdym miesiącem wzrastała zachorowalność i śmiertelność w całej światowej populacji. Wprowadzenie obowiązku izolacji społecznej tylko potęgowało stres.[1] Poziom radzenia sobie z nową sytuacją różnił się w zależności od grupy wiekowej społeczeństwa.

Tempo z jakim przybywa seniorów w Polsce sprawia, że w niedalekiej przyszłości będziemy jednym z najstarszych społeczeństw w Europie. Odczucie zadowolenia z życia jest ważne na każdym etapie życia, również wśród Seniorów. Między innymi bariera związana z umiejętnością posługiwania się z nowoczesnymi technologiami komputerowymi i choroby przewlekłe, sprawiła, że właśnie ta grupa populacji była najbardziej dotknięta izolacją.[2] Pionierskość sytuacji w której znaleźliśmy się jako społeczeństwo, sprawiła pogłębienie się stresu, co jest skutkiem wielu powikłań w zdrowiu psychicznym. COVID-19 jest jednostką chorobową bez wątplenia niebezpieczną dla organizmu pod względem fizycznym, lecz długotrwały czas pandemii, duża śmiertelność i odosobnienie od bliskich niesie przewlekły skutek na pogorszenie się zdrowia psychicznego. Zbadanie jakości życia seniorów w czasie pandemii COVID-19 pozwala dostrzec potrzeby seniorów nie tylko podczas stanu wyjątkowego, ale również umożliwia zaobserwować jakie priorytety mają. Zadbanie o ich zadowolenie z życia przyniesie długofalowe skutki. Zaznajomienie społeczeństwa z istotą tego tematu pozwoli na lepsze życie w późniejszym okresie nas samych. [3]

Skupiając się na analizie jakości życia w obszarze medycyny, stan zdrowia jest kluczowy w jego ocenie. Światowa

Organizacja Zdrowia definiuje jakość życia jako: „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi”[4]. W zależności od grupy wiekowej badanej populacji wartość jakości życia jest zmienna. Dochody, zatrudnienie, relacje międzyludzkie to czynniki wpływające na jakość życia młodych osób, zaś seniorzy głównie wskazują na zdrowie i poczucie niezależności.

Medycyna próbując sprecyzować definicję jakości życia stworzyła pojęcie HRQoL- jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. [5] Istotą badań HRQoL jest: subiektywna ocena chorych, co jest istotne przy późniejszych działaniach terapeutycznych, odmiennosc interpretacji swojej sytuacji życiowej uzależnionej od stanu zdrowia. Według pacjenta niektóre czynniki składające się na zadowolenie z życia, na pierwszy rzut oka personelu medycznego nieistotne, mogą być najważniejsze dla chorych oraz potrzeby chorych poza hospitalizacją. Lekarz powinien dbać o zadowolenie z życia pacjenta nie tylko w szpitalu bądź innej jednostce leczniczej, lecz winien zatroszczyć się o jego dalszy los [5].

Badania jakości życia powinny się odbywać na różnych płaszczyznach. Elementy subiektywne i obiektywne są tak samo istotne. Zainteresowanie na obu tych płaszczyznach doprowadziło do powstawania coraz to nowszych narzędzi badawczych, lecz nie ma jednego idealnego kwestionariusza. Każda osoba ocenia to inaczej i wynik może różnić się na przestrzeni czasu i samopoczucia w danym dniu [5]. W medycynie problemami jakości życia zajmuje się cały zespół terapeutyczny w którego skład wchodzi: lekarze, pielęgniarki, psychologowie kliniczni, socjolodzy oraz specjaliści zdrowia publicznego.

W zależności od stanu zdrowia chorego i zaistniałej sytuacji zdrowotnej dobiera się indywidualnie odpowiednie kwestionariusze. Narzędzia badawcze mogą zawierać pytania ogólne o jakość życia, bądź zawierać pytania o jakość życia w danej jednostce chorobowej. Wyróżniamy trzy grupy kwestionariuszy oceniających: kwestionariusze ogólne, specyficzne i mieszane. Kwestionariusze ogólne mają zastosowanie u ludzi zdrowych jak i chorych, z różnorodnymi problemami zdrowotnymi. Zaletą tych kwestionariuszy jest możliwość porównania wyników w różnych grupach badanych, natomiast do wady można zaliczyć małą wrażliwość na zmianę, które są wywołane leczeniem danej choroby. Kwestionariusze specyficzne mają zdecydowanie węższe zastosowanie w porównaniu z kwestionariuszami ogólnymi. Są one w większym stopniu wyczułone na zmiany w zdrowiu konkretnej jednostki chorobowej. Specyfikację obu tych kwestionariuszy nazywamy kwestionariuszem mieszanym. [6]

Obserwując średni wiek życia Polaków w ostatnich latach, można dostrzec tendencję do starzenia się. Według Głównego

nego Urzędu Statystycznego (GUS), kobiety żyją średnio 80 lat, a mężczyźni - 72 lata. Szacuje się, że w przeciągu 15 lat, ludzi w wieku do 80 roku życia w Polsce wzrośnie o 143% dlatego tak istotna jest szczególna uwaga poświęcana seniorom i ich jakości życia [2].

Satysfakcja z życia wraz z wiekiem ulega obniżeniu. Powodem tego są między innymi pogorszenie stanu zdrowia, negatywne zdarzenia życiowe oraz zauważalne obniżenie samodzielności w życiu codziennym [7].

Jakość życia ludzi podczas pandemii COVID-19 uległa znacznemu pogorszeniu, przede wszystkim wpłynęła na to izolacja społeczna wynikająca z dużej zachorowalności i zakaźności choroby. Szczególnie ucierpieli na tym seniorzy, gdyż byli bardziej podatni na chorobę z ciężkim przebiegiem, z powodu wielochorobowości i obniżonej odporności. Narzucona izolacja społeczna wzmacniała poczucie samotności co skutkowało obniżeniem jakości życia. Ograniczony dostęp do ochrony zdrowia wpłynął negatywnie na chorobowość pacjentów, przyczyniło się do tego odkładanie wizyt i zabiegów w czasie, niestawianie się na zaplanowane kontrole w trosce o własne bezpieczeństwo przed zarażeniem się wirusem. Wsparcie bliskich miało znaczący wpływ na życie seniorów. Poczucie bezpieczeństwa, przynależności do grupy społecznej oraz pełnienie ważnej roli w środowisku domowym znacząco podwyższało jakość życia. Wprowadzenie szczepień przeciw COVID-19 dało seniorom nadzieję na powrót do normalnego życia z przed pandemii, umożliwiło powrót do funkcjonowania w społeczeństwie. Zmniejszenie ryzyka ciężkiego przebiegu choroby, które wiązało się z hospitalizacją, powikłaniami i nierzadko ze śmiercią, dały nadzieję na lepsze jutro.

Celem głównym pracy jest ocena jakości życia osób starszych podczas pandemii COVID-19.

Pytania badawcze jakie zostały postawione w pracy to: czy płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny lub sytuacja materialna istotnie różnicuje jakość życia, nasilenie stresu i nasilenie depresji u osób starszych podczas pandemii COVID-19. Czy występuje istotna korelacja pomiędzy nasileniem stresu i depresji a jakością życia seniorów podczas pandemii COVID-19.

Materiał i narzędzia badawcze

Podczas pandemii COVID-19 seniorzy mieli ograniczony dostęp do uczestnictwa w zajęciach stacjonarnych w Uniwersytetach Trzeciego Wieku (UTW). Szkolnictwo Wyższe chcąc kontynuować naukę wprowadziło zajęcia w formie zdalnej- online. W ten sposób seniorzy zostali zachęceni do częstszego korzystania z komputerów i internetu. Rozpatrując pozytywy tej sytuacji, dostęp do internetu umożliwił bezkontaktowe zdobywanie nowej wiedzy, poszerzanie swoich zainteresowań, śledzenie nowinek ze świata i wymianę doświadczeń z innymi. Wypełnianie kwestionariuszy w formie zdalnej jest znacznym ułatwieniem w obecnych czasach. Ludzie mogą odpowiedzieć

na zadawane pytania niezależnie od miejsca w którym obecnie przebywają [8]. Badania przeprowadzono przy pomocy techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, składający się z trzech narzędzi standaryzowanych oraz pytań o dane socjo-demograficzne badanych. Badania zostały przeprowadzone wśród 113 osób powyżej 60 roku życia studentów Wrocławskich Uniwersytetów Trzeciego Wieku, którzy studiowali online z użyciem platformy edukacyjnej Teams. Badania ankietowe zostały przeprowadzone od października 2021 roku do stycznia 2022 roku za pośrednictwem dostępu internetowego. Kryteria włączenia osób do badania: wiek powyżej 60 r.ż., zgoda na przeprowadzenie badania

Narzędzia badawcze

Skala jakości WHOQOL-AGE - służy ocenie jakości życia skupiając się na aspektach niezwykle istotnych dla osób starszych. Skala składa się z oceny stanu zdrowia, oceny ogólnego dobrostanu, mierzącej poziom samotności i oceniającej poziom kohezji społecznej u osób w wieku senioralnym [9]. Wynik tego narzędzia zawiera się w przedziale 0-100, przy czym wyższa wartość oznacza wyższą jakość życia.

Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10) służy do pomiaru odczuwanego stresu. Zawiera 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Wyniki oscylują między 0 a 40 punktów. Poziom stresu jest wprost proporcjonalny do punktów uzyskanych w tej skali [10]. Wyniki w tej skali zawierały się w przedziale od 0 do 40 punktów, przy czym wyższy wynik oznaczał większe natężenie odczuwanego stresu. Przyjęto podział, w którym wyniki do 16 punktów oznaczały niski poziom stresu, wyniki 17-22 oznaczały poziom średni, a wyniki 23 – 40 poziom wysoki.

Geriatryczna skala oceny depresji (Geriatric Depression Scale- GDS) jest popularną skalą służącą do samooceny depresji wśród osób w wieku senioralnym. W jej skład wchodzi 30 pytań. Wynik nie jest diagnozą depresji lecz może być przydatną podpowiedzią diagnostyczną [11].

Pytania własnej konstrukcji - składa się z pytań o wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz o subiektywną ocenę sytuacji materialnej.

Zastosowane metody statystyczne

Do analizy zmiennych ilościowych przedstawianych w podziale na grupy wykorzystywane były testy parametryczne (test T studenta lub analiza wariancji ANOVA) lub ich nieparametryczne odpowiedniki (test U Manna-Whitneya lub test Kruskalla-Walisa). Wyboru testów dokonywano na podstawie rozkładu zmiennych który to weryfikowano testem Shapiro-Wilka. Jako poziom istotności przyjęto $p = 0,05$. Poziom istotności to maksymalne dopuszczalne prawdopodobieństwo błędu, polegającego na odrzuceniu prawdziwej hipotezy zerowej H_0 , która zakłada, że badane grupy nie różnią się

pod kątem interesującej nas cechy. Jest to więc stopień wymagań, przy którym podejmuje się decyzję o odrzuceniu lub pozostawieniu hipotezy. Zgodnie z powyższym wyniki $p < 0,05$ oznaczają będą występowanie istotnych zależności pomiędzy zmiennymi. Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R ver.3.6.0, programie PSCP oraz MS Office 2019.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniach wzięło udział 113 osób w tym 71 kobiet i 42 mężczyzn. Szczegółowe dane zawiera tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Cecha		Liczba n	Odsetek %
Płeć	Kobieta	71	63
	Mężczyzna	42	37
Wiek	Do 65 lat	30	27
	66-70	43	38
	Powyżej 70 lat	40	35
Miejsce zamieszkania	Wieś	22	19
	Miasto do 500 tys mieszkańców	28	25
	Miasto powyżej 500 tys mieszkańców	63	56
Stan cywilny	W związku	59	52
	Wolny	54	48
Sytuacja materialna	Zła	8	7
	Średnia	40	35
	Dobra	53	47
	Bardzo dobra	12	11

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej aby określić czy płeć istotnie różnicuje jakość życia, nasilenie stresu i nasilenie depresji u osób starszych podczas pandemii COVID-19

Wśród kobiet jakość życia wynosiła średnio $M = 67,03$ ($SD = 15,08$), natomiast wśród mężczyzn $M = 68,81$ ($SD = 13,76$). Wskazane różnice nie są jednak różnicami istotnymi statystycznie ($p > 0,05$). Oznacza to, że płeć nie różnicuje w sposób statystycznie istotny jakości życia u osób starszych podczas pandemii COVID-19.

W grupie kobiet nasilenie stresu wynosiło średnio $M = 16,44$ ($SD = 5,84$), a wśród mężczyzn $M = 15,95$ ($SD = 5,19$). Wskazane różnice były jednak nieistotne statystycznie ($p > 0,05$). W związku z tym stwierdzono, że płeć nie różnicuje istotnie nasilenia stresu. Połowa kobiet charakteryzo-

wała się nasileniem depresji nie mniejszym niż $Me = 8,00$. Najniższy wynik w tej grupie wynosił $Min = 0,00$, a najwyższy $Maks = 28,00$. Połowa mężczyzn również uzyskała wynik nie mniejszy niż $Me = 8,00$. Najniższy wynik wynosił $Min = 0,00$, a najwyższy $Maks = 30,00$. Wskazane różnice nie są różnicami istotnymi statystycznie ($p > 0,05$). Oznacza to, że płeć nie różnicowała istotnie nasilenia depresji osób starszych. Wyniki analizy pokazały, że płeć nie różnicuje istotnie jakości życia, nasilenia stresu i nasilenia depresji u osób starszych podczas pandemii COVID-19.

Kolejną analizą wykonaną na potrzeby pracy było zbadanie czy wiek istotnie różnicuje jakość życia, nasilenie stresu i nasilenie depresji u osób starszych podczas pandemii COVID-19

Po sprawdzeniu założeń normalności rozkładu możliwe okazało się zastosowanie parametrycznej analizy wariancji ANOVA, porównującej średnie zmiennej zależnej w poszczególnych grupach. Zasadne jednak było także wykorzystanie nieparametrycznego testu Kruskala-Wallis, porównującego mediany zmiennej zależnej w poszczególnych grupach. W zakresie jakości życia oraz nasilenia stresu i depresji grupy wiekowe nie różnią się pomiędzy sobą w sposób istotny statystycznie ($p > 0,05$). Grupy wiekowe były więc zbliżone pod względem rozkładu tych zmiennych.

Osoby w wieku do 65 lat charakteryzowały się jakością życia wynoszącą średnio $M = 69,10$ ($SD = 13,42$) i nasileniem stresu wynoszącym $M = 16,27$ ($SD = 5,88$). Osoby w wieku 66 – 70 lat charakteryzowały się średnią jakością życia $M = 65,33$ ($SD = 17,01$) i nasileniem stresu $M = 16,33$ ($SD = 5,58$), a osoby powyżej 70 lat charakteryzowały się jakością życia $M = 69,18$ ($SD = 12,41$) i stresem $M = 16,18$ ($SD = 5,52$). Opisane różnice nie były różnicami istotnymi statystycznie ($p > 0,05$).

Połowa osób w wieku do 65 lat charakteryzowała się nasileniem depresji nie większym niż $Me = 8,00$, podczas gdy połowa osób w wieku 66 – 70 lat charakteryzowała się nasileniem nie mniejszym niż $Me = 9,00$, a połowa osób powyżej 70 lat nie większym niż $Me = 8,00$. Opisane różnice były statystycznie nieistotne ($p > 0,05$). Badanie nie wykazało występowania statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupami wiekowymi, w związku z czym wiek nie różnicuje istotnie jakości życia oraz nasilenia stresu i depresji

Kolejną analizą było zbadanie czy miejsce zamieszkania istotnie różnicuje jakość życia, nasilenie stresu i nasilenie depresji u osób starszych podczas pandemii COVID-19 (tabela 2).

W zakresie zarówno jakości życia, jak i nasilenia stresu i depresji grupy wyłonione ze względu na miejsce zamieszkania różnią się pomiędzy sobą w sposób istotny statystycznie ($p < 0,05$). Aby dokładnie określić, pomiędzy którymi grupami różnice są istotne, przeprowadzono

Tabela 2. Wyniki dla analizy zależności nasilenia stresu, depresji oraz jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania.

	Miejsce zamieszkania	F	df1	df2	p	M	SD
Nasilenie stresu	wieś	5,90	2	110	0,004	18,14	5,77
	miasto do 500 tys.					18,25	4,74
	miasto powyżej 500 tys.					14,71	5,47
	Miejsce zamieszkania	χ^2	df	p	Min	Maks	Me
Jakość życia	wieś	9,95	2	0,007	23,00	80,00	66,00
	miasto do 500 tys.				34,00	97,00	66,50
	miasto powyżej 500 tys.				40,00	97,00	74,00
Nasilenie depresji	wieś	11,52	2	0,003	3,00	30,00	14,50
	miasto do 500 tys.				0,00	28,00	9,00
	miasto powyżej 500 tys.				0,00	24,00	7,00

F – statystyka testu; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – wynik minimalny; Maks – wynik maksymalny; Me – mediana

test post hoc Bonferroniego oraz test post hoc Tukey'a – porównania parami.

Odnotowano istotne różnice statystyczne ($p < 0,05$) w zakresie jakości życia i nasilenia depresji pomiędzy mieszkańcami wsi a mieszkańcami miast powyżej 500 tys. Połowa osób ze wsi charakteryzowała się jakością życia nie większą niż $Me = 66,00$ i nasileniem depresji nie mniejszym niż $Me = 14,50$. Połowa osób z miasta powyżej 500 tys. charakteryzowała się jakością życia nie mniejszą niż $Me = 74,00$ i depresją nie większą niż $Me = 7,00$. Mieszkańcy miast powyżej 500 tys. charakteryzowali się istotnie statystycznie ($p < 0,05$) wyższą jakością życia i mniejszym nasileniem depresji niż mieszkańcy wsi.

Odnotowano istotne różnice statystyczne ($p < 0,05$) w zakresie nasilenia stresu pomiędzy mieszkańcami miast powyżej 500 tys. a mieszkańcami wsi i miast do 500 tys. Wśród mieszkańców największych miast nasilenie stresu wynosiło średnio $M = 14,71$ ($SD = 5,47$), wśród mieszkańców wsi $M = 18,14$ ($SD = 5,77$), a wśród mieszkańców mniejszych miast $M = 18,25$ ($SD = 4,74$). Wykazano, że Mieszkańcy miast powyżej 500 tys. charakteryzowali się istotnie statystycznie ($p < 0,05$) mniejszym nasileniem stresu niż mieszkańcy miast do 500 tys. oraz mieszkańcy wsi. Na podstawie powyższych wyników badań wykazano, że miejsce zamieszkania istotnie różnicuje jakość życia oraz nasilenie stresu i depresji (tabela 3)

Tabela 3. Test post hoc Bonferroniego oraz test post hoc Tukey'a – porównania parami. W analizie zależności jakości życia, nasilenia stresu i depresji w zależności od miejsca zamieszkania badanych.

	Miejsce zamieszkania		p	
Jakość życia	wieś	miasto do 500 tys.	0,053	
	wieś	miasto powyżej 500 tys.	0,001	**
	miasto do 500 tys.	miasto powyżej 500 tys.	1,000	
Nasilenie stresu	wieś	miasto do 500 tys.	0,997	
	wieś	miasto powyżej 500 tys.	0,030	*
	miasto do 500 tys.	miasto powyżej 500 tys.	0,012	*
Nasilenie depresji	wieś	miasto do 500 tys.	0,632	
	wieś	miasto powyżej 500 tys.	0,001	**
	miasto do 500 tys.	miasto powyżej 500 tys.	0,052	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; p – istotność statystyczna

Tabela 4. Stan cywilny

		t/U	df	p	M	SD	Min	Maks	Me
Stan cywilny	Jakość życia	1318,00		0,114					
	w związku	U					23,00	97,00	73,00
	stan wolny						31,00	91,00	67,50
Stan cywilny	Nasilenie stresu	0,40	111	0,691					
	w związku	t			16,46	5,52			
	stan wolny				16,04	5,71			
Stan cywilny	Nasilenie depresji	1515,50		0,657					
	w związku	U					0,00	26,00	8,00
	stan wolny						0,00	30,00	8,00

t – statystyka testu; U – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Min – wynik minimalny; Maks – wynik maksymalny

Następnie przeanalizowano czy stan cywilny istotnie różnicuje jakość życia, nasilenie stresu i nasilenie depresji u osób starszych podczas pandemii COVID-19

Połowa osób w związku uzyskała wynik w zakresie jakości życia nie mniejszy niż Me = 73,00, a w zakresie nasilenia depresji nie mniejszy niż Me = 8,00. Połowa osób stanu wolnego uzyskała wynik w zakresie jakości życia nie większy niż Me = 67,50 i w zakresie nasilenia depresji nie mniejszy niż Me = 8,00. Wskazane powyżej różnice nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$). Wśród osób w związku nasilenie stresu wynosiło średnio M = 16,46 (SD = 5,52), a wśród osób stanu wolnego średnia była nieco niższa, wynosiła M = 16,04 (SD = 5,71). Badanie wykazało, że stan cywilny nie różnicował istotnie jakości życia ani nasilenia stresu i depresji (tabela 4).

Kolejno analizie poddano czy sytuacja materialna istotnie różnicuje jakość życia, nasilenie stresu i nasilenie depresji u osób starszych podczas pandemii COVID-19. Na potrzeby badania scalono kategorię zła i średnia, oraz bardzo dobra i dobra.

Wśród osób o średniej lub złej sytuacji materialnej jakość życia wynosiła średnio M = 60,52 (SD = 14,78), a nasilenie stresu M = 17,46 (SD = 5,65). Wśród osób o dobrej lub bardzo dobrej sytuacji materialnej średnia jakość życia była wyższa, wynosiła M = 72,99 (SD = 11,99), a nasilenie stresu było niższe i wynosiło M = 15,37 (SD = 5,42). Osoby o dobrej lub bardzo dobrej sytuacji materialnej charakteryzowały się więc istotnie statystycznie ($p < 0,05$) wyższą jakością życia i istotnie mniejszym nasileniem stresu, dane przedstawia tabela 5.

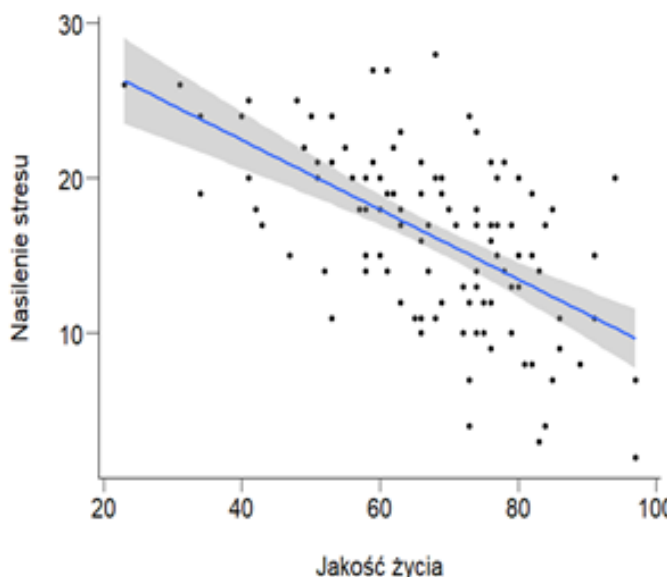
Tabela 5. Sytuacja materialna

		t/U	df	p	M	SD	Min	Maks	Me
Sytuacja materialna	Jakość życia	-4,95	111	<0,001					
	średnia i zła	t			60,52	14,78			
	dobra i bardzo dobra				72,99	11,99			
Sytuacja materialna	Nasilenie stresu	1,99	111	0,049					
	średnia i zła	t			17,46	5,65			
	dobra i bardzo dobra				15,37	5,42			
Sytuacja materialna	Nasilenie depresji	1135,50		0,014					
	średnia i zła	U					1,00	30,00	9,00
	dobra i bardzo dobra						0,00	28,00	6,00

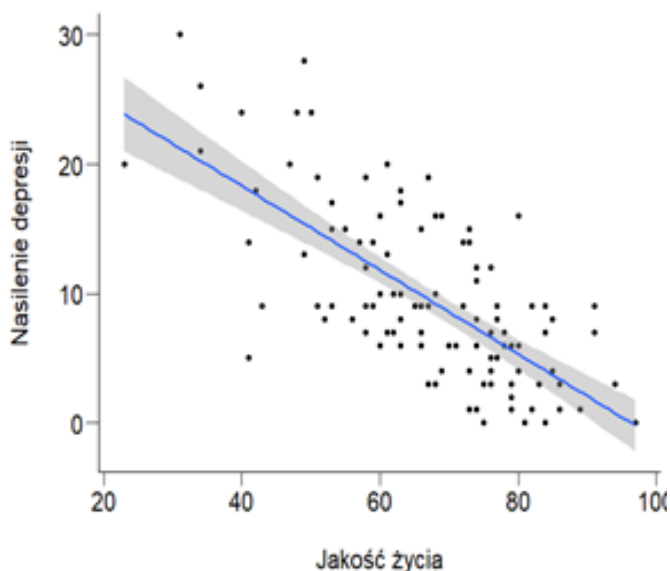
t – statystyka testu; U – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Min – wynik minimalny; Maks – wynik maksymalny

Tabela 6. Korelacja jakości życia z nasileniem stresu i depresji.

		Nasilenie stresu		Nasilenie depresji	
Jakość życia	rho	-0,568	***	-0,681	***
	p	< 0,001		< 0,001	
rho – współczynnik korelacji Spearmana; p – istotność, * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001					



Ryc.1. Graficzne przedstawienie wpływu nasilenia stresu na jakość życia



Ryc.2. Graficzne przedstawienie wpływu nasilenia depresji na jakość życia

Połowa osób o średniej lub złej sytuacji materialnej uzyskała wynik w zakresie nasilenia depresji nie mniejszy niż $Me = 9,00$, a połowa osób o dobrej lub bardzo dobrej sytuacji uzyskała wynik nie większy niż $Me = 6,00$. Badanie

pozwoło więc wykazać, że osoby o dobrej lub bardzo dobrej sytuacji materialnej charakteryzowały się istotnie statystycznie ($p < 0,05$) mniejszym nasileniem depresji (tabela 7). Sytuacja materialna istotnie różnicuje jakość życia oraz nasilenie stresu i depresji.

Ostatnią analizą było czy występuje istotna korelacja pomiędzy nasileniem stresu i depresji a jakością życia

Analizowane zmienne były zmiennymi ilościowymi, dlatego posłużono się współczynnikiem korelacji. Rodzaj zastosowanego współczynnika zdeterminowany był przez charakter rozkładu zmiennych, który weryfikowano testem Shapiro Wilka. Odnotowano istotną statystycznie korelację ($p < 0,05$) pomiędzy jakością życia a:

- nasileniem stresu; korelacja była silna o czym świadczy wartość współczynnika $\rho \leq 0,7$; była to korelacja ujemna co oznacza, że im większe było nasilenie stresu respondentów, tym niższa jakość ich życia;
- nasileniem depresji; korelacja była silna o czym świadczy wartość współczynnika $\rho \leq 0,7$; była to korelacja ujemna co oznacza, że im większe było nasilenie stresu respondentów, tym niższa jakość ich życia.

Stwierdzono, że występuje istotna korelacja pomiędzy jakością życia a nasileniem stresu i depresji (tabela 6, ryc. 1 i 2).

Dyskusja

Seniorzy są grupą wiekową szczególnie narażoną na samotność. Jest to zjawisko na tyle powszechne i ponadczasowe, że zaczęto zagłębiać się w tym temacie. Ryzyko depresji w wieku senioralnym z roku na rok wzrasta. Przyczyną takiej zależności jest m.in. starzejące się społeczeństwo w Polsce. Starość uznaje się za okres kończący całe życie, przez co posiada pozytywne jak i negatywne aspekty. Doświadczenie życiowe oraz osiągnięcia we wcześniejszym okresie pozwalają na rozkoszowanie się wolnym czasem. Niestety, utrata sprawności ruchowej i często towarzyszący temu ból, powodują zależność od osób trzecich. Brak niezależności, która znacząco wzrosła podczas pandemii COVID-19, wpływa na jakość życia ludzi. Według Raportu przeprowadzonego przez Instytut Polityki Senioralnej SeniorHub, kondycja psychiczna seniorów w dobie pandemii znacząco się pogorszyła. Według tych wyników tylko 3,8% ankietowanych przyznaje, że ich zadowolenie z życia jest wyższe niż przed rozpoczęciem się pandemii. Analiza ich sytuacji ukazała,

że zwiększona śmiertelność w tej grupie wiekowej będzie oddziaływać na obniżenie jakości życia. W okresie pandemicznym „nadmiarowych” zgonów mogło być nawet 60 tysięcy [12]. Dostarczanie przez media informacji o zakaźności i śmiertelności tej choroby potęgowały stres, doprowadzając do zmniejszenia się aktywności fizycznej i społecznej. Nasilenie stresu wśród seniorów miało bezpośredni wpływ na ich jakość życia podczas pandemii COVID-19. Według badań przeprowadzanych przez GUS w 2020 roku, lęk przed zachorowalnością doprowadził do redukcji kontaktu z bliskimi do minimum. Mimo, że co dziesiąty senior żył w wyobcowaniu społecznym w czasach przed pandemią, to przez pandemię ta liczba wzrosła do 40 % osób w wieku 65+ [2].

Mogłoby się wydawać, że czynnikiem mającym wpływ na jakość życia seniorów podczas pandemii będzie mieć płeć. Niektórzy autorzy uważają, że istnieje korelacja między płcią a jakością życia. Stwierdzenia w tym temacie różnią się od siebie. Kobiety z reguły uznawane są za bardziej empatyczne w zestawieniu z mężczyznami. Cechują się większą troską o bliskich, lecz w wieku senioralnym różnicowanie poziomu jakości życia podczas COVID-19 było nieznaczne. Mieszkanie w miastach w podeszłym wieku niesie za sobą sporo kontrowersji. Część ludzi uważa to za idealne miejsce do życia ze względu na lepszą dostępność miejsc, urozmaicających ich czas wolny. Inni zaś twierdzą, że od starości oczekuje się odpoczynku, który daje im zamieszkanie na wsi. Subiektywna ocena jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania zależy od grupy badanych. W przeprowadzonych badaniach mieszkańcy dużych miast charakteryzowali się wyższą jakością życia i mniejszym nasileniem depresji niż mieszkańcy wsi.

Wsparcie społeczne sprawia, że seniorzy mają poczucie przynależności do grupy i czują się potrzebni. Według badań Kockiej z 2015 roku, osoby w związkach małżeńskich sprawiają, że poziom ich lęku i depresji się obniża, a jakość życia jest wyższa niż ocena osób samotnych [13]. W 2021 roku, gdy trwał lockdown, ludzie spędzali czas głównie z domownikami. Według badań stan cywilny nie wpłynął znacząco na jakość życia osób starszych w tamtym czasie. Przyczyną tej odmienności może być przewlekły stres oraz wzrost śmiertelności wśród bliskich w tej samej grupie wiekowej.

Oceniając swoją jakość życia, seniorzy, wymieniają sytuację materialną jako jedną z istotniejszych determinantów. W tym okresie życia większość osób zakończyła już swoją ścieżkę zawodową i przeszła na emeryturę. Kwoty emerytur, które są niższe niż wynagrodzenie z pracy, sprawiło, że emeryci czują pogorszenie jakości życia. Wzrost opłat, prywatnych wizyt lekarskich i leków zwiększa rozdrażnienie seniorów według badań Maciejasz i wsp. [14]. W przeprowadzonych badaniach wynik był ten sam. Sytuacja materialna wpływa na jakość życia seniorów.

Wyzwania, które niesie ze sobą okres późnej dorosłości może znacząco wpłynąć na poziom stresu. Według badań

M. Dzedzic istnieje zależność odczuwanego stresu a zadowoleniem z życia [7]. Im bardziej sytuacja wydaje się być stresowa tym jakość życia może być niższa. Podobne wyniki uzyskała Gambin w swoich badaniach. Według niej, pandemia ma bezpośredni wpływ na przejawianie uogólnionego lęku i depresji [15]. Badana grupa seniorów wykazała podobne wyniki badań. Po przeprowadzonych badaniach zauważono korelację między nasileniem stresu i depresji, a jakością życia ankietowanych seniorów.

Wnioski

1. Płeć nie różnicuje istotnie jakości życia seniorów podczas pandemii COVID-19.
2. Wiek oraz stan cywilny nie mają wpływu na jakość życia eniorów podczas pandemii COVID-19.
3. Mieszkańcy miast powyżej 500 tys. charakteryzowali się istotnie wyższą jakością życia oraz istotnie mniejszym nasileniem stresu niż mieszkańcy wsi.
4. Osoby o dobrej lub bardzo dobrej sytuacji materialnej charakteryzowały się wyższą jakością życia i istotnie mniejszym nasileniem stresu i depresji.
5. Wykazano ponadto, że im większe było nasilenie stresu i depresji respondentów, tym istotnie niższa jakość ich życia.

Bibliografia

1. Pikuła N.G.: Poczucie sensu życia osób starszych. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2015.
2. SeniorHub: Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii COVID-19. Raport z badania. 2021
3. Dąbrowska P.: Samotność osób starszych i sposoby jej przeciwdziałania. *Kwartalnik Naukowy* 2011; 6(2): 84-90.
4. Zalewska M.: Jakość życia – wybrane koncepcje. Analiza porównawcza wskaźników jakości życia w Polsce i krajach UE. *Problemy Zarządzania*, 2012, 10, 258-275.
5. Papuć Ewa. 2011. Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. *Curr Probl Psychiatry*, 12(2): 141-145.
6. Cieślak B.: Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna*, 21, 2, 2015
7. Dzedzic M.: Satysfakcja z życia, samoocena i poziom odczuwanego stresu u osób w okresie późnej dorosłości uczęszczających na Uniwersytet Trzeciego wieku. 2(22)2015 *Kwartalnik Naukowy*
8. Chatzipentidis, K. Uniwersytety trzeciego wieku w obliczu pandemii Covid-19, *Dyskurs&Dialog* 2020; 2020/4
9. Zawisza K, Gałaś A, Tobiasz-Adamczyk B: Validation of the Polish version of the WHOQOL-AGE scale in older population. *Gerontol Pol* 2016; 24: 7-16.
10. Drązkowski D., Cierpiątkowska L.: Zależność/niezależność od pola a wsparcie społeczne w kontekście stresu. *Psychologia Jakości Życia Psychology of Quality of Life* 2013, 12, 1(29-41)
11. Ada C. Mui, PHD Denise Burnette: Cross-Cultural Assessment of Geriatric Depression: A Review of the CES-D and GDS. *Journal of Mental Health and Aging*, 7, 1, 2001
12. GUS: Jakość życia osób starszych w Polsce, Warszawa 2021
13. Kocka K, Grabowska K, Bartoszek A, Domżał-Drzewicka R., Łuczyc M: Wpływ czynników socjodemograficznych

- na jakość życia pacjentów leczonych hemodializą. Public Health 2016, 51(1): 82-86
14. Maciejasz M., Timoszek S., Łątkowski W., Grudecka.A.: Wybrane aspekty jakości życia osób 60+ w świetle badań jakościowych. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach 223, 2015. 257-267
 15. Gambin M., Sękowski M., Woźniak-Prus M i wsp.: Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19. Raport z badań podłużnych. http://psych.strony.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2021/01/Raport_objawy_depresji_leku_IV_fale.pdf

Data przyjęcia: 11.01.2024
Data recenzji: 19.03.2024
Data wydania: 15.05.2024