

Charakterystyka wybranych elementów sytuacji społeczno-zdrowotnej mieszkańców domów pomocy społecznej z uwzględnieniem występowania u nich objawów depresji

A characteristic of selected elements of social-health situation among elderly people staying in residential homes with taking into account depressive symptoms

Zofia Nowak-Kapusta, Grażyna Franek, Katarzyna Leszczyńska,
Marta Ćmiel-Giergielewicz

Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Streszczenie

Wstęp. Osoby w wieku powyżej 60 lat stanowią obecnie w domach pomocy społecznej największą grupę mieszkańców. **Cel.** Celem pracy była charakterystyka osób starszych przebywających w domach pomocy społecznej i ocena występowania objawów depresji. **Material i metody.** Badania zostały oparte na anonimowym, autorskim kwestionariuszu ankiety i Geriatrycznej Skali Depresji. Ostatecznie w badaniu wzięło udział 411 osób obojga płci w wieku 65 lat i więcej (310 kobiet i 101 mężczyźni) przebywających w Domach Pomocy Społecznej województwa śląskiego. **Wyniki.** Średnia wieku badanych osób wynosiła $79,4 \pm 7,7$ lat. Ankietowane osoby w DPS przebywały około $4,8 \pm 4$ lat. Większość ankietowanych (246, tj. 59,8%) oceniła warunki mieszkaniowe jako dobre. Spośród 411 ankietowanych ponad połowa (238 osób, 57,2%), posiadała orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, w tym największą grupę stanowiły osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (142 osoby, 34,5%). 131 (31,9%) ankietowanych odpowiedziało, że większość czasu spędza samotnie, 88 (21,4%) ankietowanych osób nie utrzymuje kontaktów z najbliższą rodziną. Zaobserwowano większe występowanie objawów depresji wśród kobiet w wieku 65-74 lata w porównaniu do pozostałych grup wiekowych ($p < 0,05$). Zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn dominowały objawy depresji o nasileniu umiarkowanym (kobiety – 21,3%, mężczyźni – 22,8%) niż głębokim (kobiety – 11%, mężczyźni – 5,9%). **Wnioski.** Osoby starsze pozytywnie oceniły warunki mieszkaniowe w domach pomocy społecznej. U jednej trzeciej osób powyżej 65 roku życia stwierdza się więcej niż trzy schorzenia przewlekłe, a niekorzystnie stan swojego zdrowia ocenia prawie dwie trzecie pensjonariuszy. Objawy depresji występowały u co trzeciej osoby badanej. Problem ten dotyczył głównie wdów w okresie wczesnej starości. (Gerontol Pol 2017; 25: 5-11)

Słowa kluczowe: osoby starsze, dom pomocy społecznej, objawy depresji

Abstract

Introduction. Individuals aged 60 or over comprise the largest age group in residential homes. **Aim.** The aim of this work was to describe and estimate depressive symptoms in elderly individuals staying in residential homes. **Material and methods.** The research was based on an anonymous, original survey questionnaire and Geriatric Depression Scale. Finally, 411 individuals of both genders aged 65 or more (310 women and 101 men) staying in residential homes of the Silesian region took part in the study. **Results.** The average age of individuals questioned was 79.4 ± 7.7 , while their stay lasted around 4.8 ± 4 years. Most individuals (246, which is 59.8%) estimated their stay conditions as good. More than a half of 411 individuals (238 individuals, 57.2%) had a disability claim, and the largest group (142 individuals, 34.5%) – a severe disability. 131 (31.9%) informed that most of their time was spent alone, 88 (21.4%) individuals were not in touch with their relatives. Depressive symptoms were found more often in female individuals aged 65-74 compared to other age groups ($p < 0.05$). Depressive symptoms of moderate intensity (women – 21.3% and men 22.8%) were more common than severe intensity (women – 11% and men – 5.9%). **Conclusion.** Elderly individuals positively assessed their stay conditions in residential homes. One-third of people over the age of 65 in residential care homes had more than three chronic diseases. Symptoms

of depression common among respondents. Depressive symptoms were found in every third individual. This problem concerned mainly widows in early old age. (Gerontol Pol 2017; 25: 5-11)

Key words: *the elderly, residential homes, depressive symptoms*

Wstęp

Prognozy demograficzne na nadchodzące lata jednoznacznie wskazują na systematyczny wzrost populacji osób w starszym wieku. Sytuacja ta powoduje, że zwiększa się zapotrzebowanie na pomoc medyczną i opiekuńczą dla tej grupy społecznej, jak i konieczne jest zwiększenie miejsc w domach pomocy społecznej.

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, której nadrzędnym celem jest udzielanie pomocy jednostkom, czy rodzinom w przewyciężaniu trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać. Jedną z grup znajdującą się w kręgu zainteresowania pomocy społecznej to osoby w starszym wieku. Udzielana pomoc obejmuje: zasiłek wyrównawczy, okresowy, celowy dla osób starszych bez dochodów lub o niskich dochodach, pomoc rzeczową, usługi opiekuńcze w środowisku lokalnym, w tym także usługi specjalistyczne, lokalne domy pomocy społecznej [1].

Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. W celu poznania potrzeb mieszkańca powołuje się zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, składające się z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się realizacją indywidualnego planu opieki i wspieraniem mieszkańca. Każdy podopieczny domu pomocy społecznej posiada indywidualną dokumentację mieszkańca, która powinna być aktualizowana przez pracownika pierwszego kontaktu [2].

Wydział polityki społecznej w województwie rejestruje domy pomocy społecznej na swoim terytorium i co roku do dnia 30 czerwca ogłasza ich rejestr w wojewódzkim dzienniku urzędowym oraz dokonuje kontroli standardów i wydaje w imieniu wojewody pozwolenia na ich prowadzenie [1].

Na podstawie raportu Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej MPiPS-05 na dzień 31 grudnia 2014 roku liczba gminnych i ponadgminnych domów pomocy społecznej wynosiła 804 i zamieszkiwało w nich 77741 osób. Domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku było, 115 w których przebywało 7740 osób [3].

Liczne doniesienia wskazują, że jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w okresie staro-

ści jest depresja. Częstość jej występowania wynosi 12-14%. Jednak bardzo często ciężkie lub przewlekłe schorzenia wiążą się ze znacznie wyższym odsetkiem depresji sięgającym do 60%. Osoby starsze częściej zgłaszają dolegliwości somatyczne, a rzadziej opisują uczucie smutku. Do najczęściej zgłaszanych skarg przez osoby starsze cierpiące na depresję należy: uporczywy ból, pobudzenie, apatia, wycofanie, liczne nieswoiste skargi somatyczne, utrata masy ciała lub apetytu, nadmierna niesprawność, lęk, zaburzenia pamięci i koncentracji, szybkie męczenie się, zaburzenia snu, trudności interpersonalne, zaburzenia seksualne [4,5].

Cel pracy

Celem pracy była charakterystyka osób starszych przebywających w domach pomocy społecznej i ocena występowania objawów depresji.

Material i metody

Badania przeprowadzono przy pomocy anonimowego autorskiego kwestionariusza ankiety (który zawierał pytania dotyczące wieku, płci, stanu cywilnego, dzieci, subiektywnej oceny stanu zdrowia i warunków mieszkaniowych) oraz Geriatrycznej Skali Depresji (Geriatric Depression Scale) według Yesavage'a w wersji skróconej 15 punktowej. Skalę tę w licznych międzynarodowych badaniach oceniono bardzo wysoko i szeroko udokumentowano. Ankietowana osoba odpowiadała na piętnaście pytań „TAK” lub „NIE”. Przy użyciu klucza zastosowano punktację za odpowiedź 0 lub 1. Wyniki wyższe niż 5 wskazywały na możliwość występowania objawów depresji. Zastosowano szczegółowy podział: 6-10 punktów – objawy depresji o nasileniu łagodnym, umiarkowanym, oraz 11-15 punktów – objawy depresji o nasileniu ciężkim, głębokim [6].

W badaniu wzięło udział 411 osób obojga płci w wieku 65 lat i więcej przebywających w Domach Pomocy Społecznej województwa Śląskiego. Obliczeń statystycznych dokonano przy użyciu programu STATISTICA PL. Obliczono częstości występowania cech (np. objawy depresji) i porównano pomiędzy badanymi podgrupami (np. wiek, płeć) testem chi-kwadrat. Za istotny statystycznie przyjęto poziom $p < 0,05$.

Tabela I. Wiek ankietowanych

Table I. Respondents' age

| | Ogółem | | Kobiety | | Mężczyźni | | Porównanie K-M |
|-------------|------------|------|------------|-------|------------|------|----------------|
| | n = 411 | | n = 310 | 75,4% | n = 101 | 24,6 | |
| Wiek [lata] | 79,4 ± 7,7 | | 80,5 ± 7,3 | | 76,0 ± 7,8 | | p < 0,001 |
| | liczba | % | liczba | % | liczba | % | |
| 65-74 | 108 | 26,3 | 60 | 55,6 | 48 | 44,4 | p < 0,001 |
| 75-84 | 216 | 52,5 | 175 | 81,0 | 41 | 19,0 | |
| ≥85 | 87 | 21,2 | 75 | 86,2 | 12 | 13,8 | |

Wśród 411 badanych było 310 kobiet (75,4%) i 101 mężczyzn (24,6%). Średnia wieku badanych osób wynosiła 79,4 ± 7,7 roku, wśród kobiet 80,5 ± 7,3 roku, a wśród mężczyzn 76,0 ± 7,8 roku. Rozkład wiekowy badanych kobiet i mężczyzn przedstawia tabela I.

Wyniki

Spośród ankietowanych osób najliczniejszą grupę stanowiły wdowy i wdowcy – 245 badanych (60%), następnie 89 (22%) to kawalerowie i panny, 35 (8%) mężatki i żonaci oraz 42 (10%) osoby rozwiedzione. Wśród kobiet najwięcej było wdów – 211 ankietowanych (68%) i jest to znamienne więcej w porównaniu do grupy mężczyzn, gdzie było 34 wdowców (33,6%). Wraz z wiekiem badanych zmienia się znamienne statystycznie (p < 0,001) struktura stanu cywilnego. Wdowieństwo

najczęściej występowało wśród badanych w grupie wiekowej 85 lat i więcej – 74,7% osób (tabela II).

Większość ankietowanych, tj. 263 osoby (64%), posiadała dzieci. Najczęściej było to jedno dziecko – 111 ankietowanych (27%). Mniej niż połowa, gdyż 107 (40,7%) spośród ankietowanych miało dzieci mieszkające daleko od miejsca ich pobytu, co często bardzo utrudniało, a czasami wręcz prawie całkowicie ograniczało kontakty.

W grupie ankietowanych przeważały osoby skarżące się na jedną lub dwie dolegliwości (55,7%). Najmniej, bo 5 ankietowanych osób (1,2%), skarżyło się na występowanie pięciu lub sześciu schorzeń wymagających leczenia. Żadnych dolegliwości nie podawało 46 ankietowanych (11,2%), a 3-4 dolegliwości wskazywało 131 (31,9%) ankietowanych.

Spośród 411 ankietowanych ponad połowa (238 osób, 57,2%), posiadała orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, w tym największą grupę stanowiły osoby ze

Tabela II. Stan cywilny

Table II. Marital status

| | Stan cywilny | | | | | | | |
|-------------|-----------------|------|------------------|------|-----------------------------|------|-----------------|------|
| | Kawaler / Panna | | Żonaty / Zameżna | | Rozwiedziony / Rozwiedziona | | Wdowiec / Wdowa | |
| | Liczba | % | Liczba | % | Liczba | % | Liczba | % |
| Kobiety | 64 | 20,7 | 17 | 5,5 | 18 | 5,8 | 211 | 68,0 |
| Mężczyźni | 25 | 24,8 | 18 | 17,8 | 24 | 23,8 | 34 | 33,6 |
| Wiek [lata] | | | | | | | | |
| 65-74 | 30 | 27,8 | 13 | 12,0 | 25 | 23,2 | 40 | 37,0 |
| 75-84 | 43 | 19,9 | 18 | 8,3 | 15 | 7,0 | 140 | 64,8 |
| ≥ 85 | 16 | 18,4 | 4 | 4,6 | 2 | 2,3 | 65 | 74,7 |

Tabela III. Stopień niepełnosprawności

Table III. Degree of disability

| | Stopień niepełnosprawności | | | | | | | |
|-------------|----------------------------|------|-------------|------|--------|-----|--------|------|
| | Znaczny | | Umiarkowany | | Lekki | | Brak | |
| | Liczba | % | Liczba | % | Liczba | % | Liczba | % |
| Kobiety | 104 | 33,6 | 54 | 17,4 | 10 | 3,2 | 142 | 45,8 |
| Mężczyźni | 38 | 37,6 | 19 | 18,8 | 10 | 9,9 | 34 | 33,7 |
| Wiek [lata] | | | | | | | | |
| 65-74 | 46 | 42,6 | 23 | 21,3 | 7 | 6,5 | 32 | 29,6 |
| 75-84 | 66 | 30,6 | 44 | 20,4 | 10 | 4,6 | 96 | 44,4 |
| ≥ 85 | 30 | 34,5 | 6 | 6,9 | 3 | 3,4 | 48 | 55,2 |

znacznym stopniem niepełnosprawności (142 osoby, 34,5%). Z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności były 73 osoby (17,7%) i lekkim stopniem niepełnosprawności 20 (4,8%).

Więcej niepełnosprawnych ankietowanych było wśród mężczyzn (66,3%) niż kobiet (54,2%) ($p < 0,05$). Nieoczekiwanie znaczny stopień niepełnosprawności najczęściej orzekany był wśród najmłodszych ankietowanych (42,6%). Wśród ankietowanych w wieku 85 lat i więcej aż 55,2% nie posiadało orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ($p < 0,01$) (tabela III).

Oceniając sposób spędzania wolnego czasu, 131 (31,9%) ankietowanych odpowiedziało, że większość czasu spędza samotnie, a 72 (17,5%) ankietowanych praktycznie cały czas było samych. Spośród ankietowanych 88 (21,4%) osób nie utrzymywało kontaktów z najbliższą rodziną, a 293 (71,3%) osoby deklarowały, że nie spotykały się w ostatnich dwóch latach ze znajomymi.

Ankietowane osoby w DPS przebywały średnio $4,8 \pm 4$ lat. Większość ankietowanych (246, tj. 59,8%) oceniła warunki mieszkaniowe jako dobre. Ocenę zadowalającą przyznało 103 (15%) ankietowanych, a tylko 5 ankietowanych osób (1%) określiło warunki w zamieszkałym domu pomocy społecznej jako złe. Wśród pensjonariuszy 391 (95%) uważa, że warunki są dostosowane do ich potrzeb, a tylko 20 (5%), że raczej nie lub nie.

Subiektywna ocena stanu zdrowia jest bardzo ważnym elementem, szczególnie w opiece nad osobami w starszym wieku. Na podstawie obliczeń średniej ważonej można zauważyć, że mężczyźni nie-

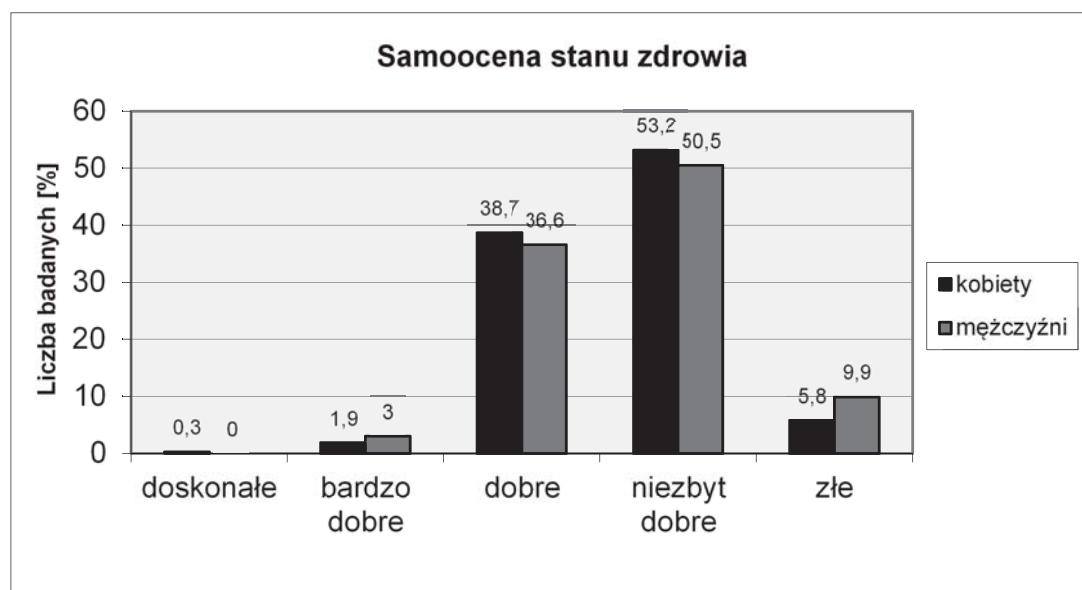
znacznie gorzej niż kobiety ocenili swój stan zdrowia. Swoje zdrowie jako niezbyt dobre i złe oceniło 60,4% mężczyzn i 58,2% kobiet. Jako doskonałe i bardzo dobre tylko 2,2% kobiet i 3% mężczyzn (rycyna 1).

Z analizy wyników Geriatrycznej Skali Depresji wynika, że blisko trzecia część ankietowanych uzyskała liczbę punktów wskazującą na występowanie objawów depresji. Zaobserwowano większe występowanie objawów depresji wśród kobiet w wieku 65-74 lata w porównaniu do pozostałych grup wiekowych ($p < 0,05$) (tabela IV).

Na podstawie uzyskanych punktów można było określić nasilenie objawów depresji u ankietowanych. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn dominowały objawy depresji o nasileniu umiarkowanym (kobiety – 21,3%, mężczyźni – 22,8%) nad głębokim (kobiety – 11%, mężczyźni – 5,9%). Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie.

W grupie wiekowej 65-74 lata obserwowano znamienne statystycznie wyższy odsetek kobiet z objawami depresji w porównaniu do odsetka mężczyzn. W analizowanym przedziale wiekowym jedna trzecia kobiet charakteryzowała się objawami umiarkowanej depresji (33,4%), a wśród mężczyzn odsetek ten wynosił 22,9%. W tej grupie wiekowej nie występowały objawy depresji u 53,3% kobiet i 70,8% mężczyzn.

W grupie wiekowej 75-84 lata zaobserwowano mniejszy odsetek ankietowanych z objawami depresji. Odsetek mężczyzn z objawami depresji (29,3%) był tu większy od odsetka kobiet (27,4%). Nasilenie objawów depresji zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn było przede wszystkim w stopniu umiarkowanym (kobiety 16%,

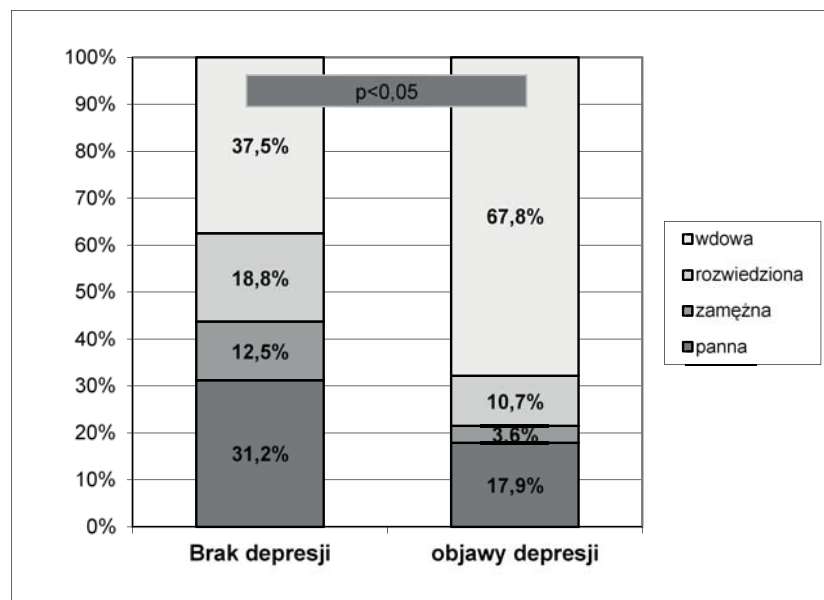


Rycina 1. Samoocena stanu zdrowia
Figure 1. Self-assessment of health

Tabela. IV. Występowanie objawów depresji w badanej grupie

Table IV. Depressive symptoms in the tested group

| | Wiek [lata] | Ogółem | Kobiety | Mężczyźni | Porównanie K - M |
|---|-------------|-----------|-----------|-----------|------------------|
| Skala Depresji | 65-74 (A) | 4,6 ± 3,8 | 5,4 ± 3,9 | 3,7 ± 3,5 | p < 0,05 |
| | 75-84 (B) | 4,0 ± 3,7 | 4,0 ± 3,7 | 4,0 ± 3,7 | NS |
| | ≥ 85 (C) | 4,0 ± 3,5 | 4,2 ± 3,6 | 3,8 ± 2,5 | NS |
| Porównanie | A - B | NS | p < 0,05 | NS | |
| | A - C | NS | p < 0,05 | NS | |
| | B - C | NS | NS | NS | |
| Występowanie objawów depresji (odsetek) | 65-74 (A) | 38,9% | 46,7% | 29,2% | p < 0,05 |
| | 75-84 (B) | 27,8% | 27,4% | 29,3% | NS |
| | ≥ 85 (C) | 31,0% | 32,0% | 25,0% | NS |
| Porównanie | A - B | NS | p < 0,01 | NS | |
| | A - C | NS | p < 0,05 | NS | |
| | B - C | NS | NS | NS | |



Rycina 2. Występowanie objawów depresji wśród kobiet w wieku 64-75 lat, a stan cywilny

Figure 2. Depressive symptoms occurrence among women aged 64-75 versus their marital status

mężczyźni 22%) niż głębokim (kobiety 11,4%, mężczyźni 7,3%)

W grupie wiekowej 85 lat i więcej nasilenie objawów depresji było najmniejsze. Objawy depresji dominowały w grupie kobiet – 32% w stosunku do 25% mężczyzn. W stopniu umiarkowanym kobiety 24%, mężczyźni 25%, w stopniu głębokim kobiety 8%, mężczyźni 0%.

Ponadto stwierdzono, że objawy depresji występowały szczególnie wśród kobiet między 65 a 74 rokiem życia, które były wdowami. Zależność ta była istotna statystycznie ($p < 0,05$) (rycina 2).

Nie stwierdzono zależności istotnie statystycznej pomiędzy występowaniem objawów depresji, a posiadaniem dzieci i samotnością. Pomimo braku wyniku znamiennego statystycznie można było zauważyć, że

aż 55% ankietowanych posiadających objawy depresji większość czasu spędzała samotnie.

Omówienie

Osoby w starszym wieku obarczone są wieloma doświadczeniami, zmagają się z wieloma przeżyciami, często doświadczają strat przyjaciół, współmałżonka czy własnego dziecka. Najbliższa rodzina często nie jest w stanie zaspokoić potrzeb osoby starszej, jest niewydolna opiekuńczo i osoba w starszym wieku musi zamieszkać w domu pomocy społecznej.

Grupa badanych pensjonariuszy przebywała w domach pomocy średnio $4,8 \pm 4$ lat. Dla wielu z nich

okres adaptacji do nowego środowiska w domu pomocy był bardzo trudny. Pomimo tego mieszkańcy dobrze ocenili warunki w ośrodkach (60% ankietowanych) i uważali miejsce pobytu za przystosowane do własnych potrzeb (95% ankietowanych). W doniesieniach z tego obszaru można odnaleźć również przykłady pozytywnej oceny warunków w domach pomocy społecznej. Na przykład pensjonariusze z DPS „Złota jesień” w Raciborzu, ocenili swoje warunki zamieszkania na poziomie dobrym – 59% pensjonariuszy i bardzo dobrym 33%. Wszyscy ankietowani pensjonariusze podkreślili, że czują się bezpiecznie i są zadowoleni z pracy personelu (92%) oraz niesionej im pomocy (82%) [7].

U co trzeciego ankietowanego w badaniach występowały 3 lub 4 choroby przewlekłe, podobne wyniki zostały przedstawione w badaniach z domu pomocy społecznej w Mierzęcicach, gdzie na jednego mieszkańca po 60. roku życia przypadało około czterech jednostek chorobowych o charakterze przewlekłym [8].

Z badań Głównego Urzędu Statystycznego z 2012 roku wynika, że co ósma starsza osoba w Polsce (13%) oceniła swój stan zdrowia jako co najmniej dobry, kolejne 45% zadeklarowało taki sobie stan zdrowia (ani dobry ani zły), a pozostałe 42% wskazało na zły lub bardzo zły. Kobiety gorzej oceniały swój stan zdrowia niż mężczyźni [9]. W badaniach własnych swoje zdrowie jako niezbyt dobre i złe oceniło 60,4% mężczyzn i 58,2% kobiet.

Subiektywna ocena stanu zdrowia mieszkających w Polsce osób w starszym wieku jest znacznie gorsza niż ich rówieśników zamieszkujących inne kraje europejskie. Wśród 32 krajów sklasyfikowanych pod względem samooceny stanu zdrowia wśród osób starszych zajmujemy 4 miejsce od końca. Gorzej swój stan zdrowia ocenili jedynie starsi mieszkańcy Węgier, Łotwy i Litwy, natomiast najlepiej Norwegii, Szwecji i Szwajcarii. W tych krajach 2/3 populacji ludzi starszych deklarowało bardzo dobry lub dobry stan swojego zdrowia [9].

Rezultaty przeprowadzonych badań własnych wśród pensjonariuszy placówek pomocy uwidoczniły, że nasilenie objawów depresji występowało przede wszystkim w stopniu umiarkowanym (21,7% ankietowanych), a nie w stopniu ciężkim (9,7% ankietowanych). Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych na grupie 202 osób hospitalizowanych na oddziale chorób wewnętrznych i przebywających w domu pomocy społecznej na terenie powiatu bielskiego. Średnia wieku badanych wynosiła $77,6 \pm 7,4$ lat, stwierdzono w tych badaniach występowanie depresji w stopniu umiarkowanym u 43,6% badanych i w stopniu ciężkim u 10,9% badanych [10].

W badaniach przeprowadzonych w Norwegii w grupie 902 rezydentów ośrodków długoterminowej opieki geriatrycznej stwierdzono występowanie klinicznie istotnej depresji u 21,2% badanych z rozpowszechnieniem rocznym na 14,9% [11].

Tak często przedstawiane czynniki, jakimi są samotność, wdowieństwo i utrata osób bliskich uzyskały potwierdzenie w badaniach własnych. W grupie kobiet w wieku 65-74 lat, aż u 46% stwierdzono objawy depresji i występowały one szczególnie wśród owdowiałych kobiet. W badaniu Epidemiologic Catchment Area (ECA) częstość występowania depresji wyniosła 27%. Ponadto, aż 25% wiązało objawy zespołu depresyjnego ze śmiercią życiowego partnera, odczuciem społecznej izolacji oraz poczuciem bezużyteczności. Tłumaczy to też wyższe rozpowszechnienie objawów depresji w populacji podopiecznych w ośrodkach opieki społecznej [11].

Wiele doniesień postuluje, aby dążyć do stałego diagnozowania zaburzeń o charakterze depresji wśród pacjentów objętych opieką długoterminową. Wczesne identyfikowanie depresji i podejmowanie terapii stanowi realną możliwość poprawy jakości życia tej grupy podopiecznych [12].

Wychodząc naprzeciw potrzebom osób starszych w dniu 11 września 2015 roku Sejm uchwalił ustawę o osobach starszych, która została podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej i weszła w życie 1 stycznia 2016 roku. Celem nadrzędnym tej ustawy będzie przygotowywanie wieloaspektowej diagnozy sytuacji osób starszych, usystematyzowanie zadań z zakresu polityki senioralnej oraz zapewnienie ich ciągłości, kompleksowości i spójności [13].

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy można przedstawić następujące wnioski:

1. Mieszkańcy analizowanych domów pomocy społecznej są zadowoleni z warunków bytowych jednak konieczna jest praca zespołów terapeutycznych oraz odpowiednie wsparcie mieszkańców, aby minimalizować zjawisko samotnego spędzania wolnego czasu.
2. U jednej trzeciej mieszkańców domów pomocy społecznej powyżej 65 roku życia stwierdza się występowanie więcej niż trzech schorzeń przewlekłych oraz dwie trzecie pensjonariuszy niekorzystnie ocenia stan swojego zdrowia.
3. Sprawność mieszkańców ograniczona jest w znacznym stopniu, na co wskazuje przyznany stopień niepełnosprawności, dlatego należy zwró-

cić uwagę na pomoc w czynnościach podstawowych przez personel placówki.

nie wśród owdowiałych kobiet w okresie wczesnej starości.

4. Przesiewowa ocena występowania objawów depresji powinna być systematycznie prowadzona wśród mieszkańców domów pomocy społecznej ze względu na wysoką skalę występowania szczegól-

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Dz. U. z 2015 poz.163.
2. Grabusińska Z. Domy Pomocy Społecznej. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich. Warszawa 2013. s. 73-120.
3. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej, MPiPS-05 Wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej według stanu na dzień 31.XII.2014 r., Warszawa; 2015. Dostępny na [www.http://stat.gov.pl](http://stat.gov.pl)
4. Kogoj A. Otępienia i psychiatria podeszłego wieku. W: Jarema M, red. Psychiatria w praktyce. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Medical Education; 2011.
5. Kłoszewska I. Psychogeriatrya: zagadnienia kliniczne. Psychiatr Dypl. 2012;9(4):32-7.
6. Abrams WB, Beers MH, Berkow R. MSD podręcznik geriatry. Wrocław: Urban & Partner; 1999.
7. Wróblewska I, Iwaneczko A. Jakość życia pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu – badania własne. Fam Med Prim Care Rev. 2012;14(4):573-6.
8. Pitek E. Wielochorobowość u pensjonariuszy domu pomocy społecznej. Piel Zdr Publ. 2012;2(2):95-101.
9. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2014. Dostępny na [www.http://stat.gov.pl](http://stat.gov.pl).
10. Babiarczyk B, Schlegel-Zawadzka M, Turbiarz A. Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65 roku. Med Og Nauki Zdr. 2013;19(4):453-7.
11. Kiejna A, Misiak B. Psychogeriatrya: zagadnienia epidemiologiczne. Psychiatr Dypl. 2012;9(4):28-31.
12. Ostrzyżek A, Marcinkowski JT. Wymiary jakości życia w podeszłym wieku. Probl Hig Epidemiol. 2009;90(4):465-9.
13. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych. Dz. U. Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa dnia 26 października 2015 r., poz. 1705.