

Monika Burzyńska^{}, Irena Maniecka-Bryła^{**}*

WYSTĘPOWANIE DEPRESJI U OSÓB STARSZYCH KORZYSTAJĄCYCH Z POMOCY SPOŁECZNEJ – WSTĘPNE WYNIKI BADANIA¹

Streszczenie. Celem niniejszej pracy była próba oceny częstości występowania depresji i wybranych czynników warunkujących jej występowanie wśród podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej Łódź-Polesie w wieku 65 lat i więcej. Przeprowadzając badanie jakości życia związanej ze stanem zdrowia osób starszych jako jedno z narzędzi badania stosowano Geriatryczną Skalę Oceny Depresji. Pierwszy etap badania przeprowadzono w 2011 roku wśród 108 osób. W analizie statystycznej danych wykorzystano wskaźniki struktury, miary położenia dla cech mierzalnych oraz test niezależności χ^2 .

W badaniu wzięło udział 88 (81,5%) kobiet i 20 (18,5%) mężczyzn. Średni wiek badanych wynosił 78,2 lat. Mężczyźni uzyskujący świadczenia pomocy społecznej najczęściej byli kawalerami lub wdowcami, zaś kobiety najczęściej były owdowiałe. Osoby starsze w głównej mierze korzystały z usług opiekuńczych (77,1%). Niemal 23% wszystkich badanych korzystało z pomocy finansowej w postaci zasiłków. Aż 81,2% badanych seniorów wskazało, że choruje przewlekłe lub często, zaś jedynie 18,8%, że rzadko lub wcale. U 78% badanych stwierdzono prawdopodobną depresję. Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy występowaniem depresji, a wykształceniem, subiektywną oceną stanu zdrowia, a także poziomem zadowolenia z życia.

Najważniejsze wnioski płynące z badania to: 1) osoby starsze korzystające z pomocy społecznej są w dużym stopniu narażone na występowanie depresji; 2) poznanie uwarunkowań występowania depresji u osób starszych może przyczynić się do poprawy ich jakości życia i do zmniejszenia wydatków na opiekę medyczną powodowaną tą chorobą.

Słowa kluczowe: osoby starsze, depresja, pomoc społeczna

1. Wprowadzenie

Potrzeby osób starszych są bardzo zróżnicowane. Najczęściej na problemy zdrowotne nakładają się również problemy socjalne [Bromley, 1969; Zanetti i wsp., 2009]. U osób w grupie wieku 60–75 lat głównymi problemami zdrowotnymi są schorzenia internistyczne [Kozłowski, 1986]. Należy jednak podkreślić, iż cechą charakterystyczną wieku podeszłego jest wielochorobowość zwana

^{*} Mgr, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

^{**} Prof. nadzw. UM, dr hab. n. med., Uniwersytet Medyczny w Łodzi

¹ Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki nr 507/6-029-07/507-60-005, przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2011/01/N/HS5/01193

również polipatologią. Osoby po 60. roku życia najczęściej cierpią z powodu: chorób układu krążenia (75%), układu ruchu (68%), układu oddechowego (45%), układu pokarmowego (34%) [Gąbka-Dembal i wsp., 2004; Szukalski, 2007]. Nawet najbardziej fizjologicznie przebiegający proces starzenia w miarę upływu czasu w mniejszym lub większym stopniu ogranicza sprawność i zdolność do samodzielnego funkcjonowania. Znaczna liczba osób starszych wymaga w pewnym stopniu pomocy ze strony innych osób, tracąc swą dotychczasową samodzielność i niezależność. Literatura przedmiotu donosi, że ponad jedna trzecia osób w wieku 75 lat i więcej nie jest w stanie samodzielnie wyjść z domu ani też wykonać bardziej złożonych prac domowych i osobistych zabiegów higienicznych [Bień, 1999]. Wiek podeszły charakteryzuje nie tylko częste występowanie chorób somatycznych, ale również zaburzeń psychicznych [Benyamini i wsp., 2003; Bjornskov, 2008]. Należy zaznaczyć, że mimo, iż częstość występowania psychoz endogennych nie ulega zwiększeniu w porównaniu z częstością ich występowania w wieku średnim, to jednak znacznie częściej obserwuje się występowanie zaburzeń psychicznych o mieszanej etiologii. Przeważającą rolę w występowaniu zaburzeń psychicznych u osób w wieku starszym odgrywają liczne czynniki biologiczne (choroby somatyczne i ośrodkowego układu nerwowego). Jednak także obecność licznych czynników psychospołecznych, takich jak: utrata dzieci, partnera, statusu materialnego, roli społecznej, pozycji zawodowej, sprawności fizycznej i intelektualnej, zmniejsza poczucie bezpieczeństwa, co wiąże się z częstym występowaniem depresji i zaburzeń psychotycznych. Poza czynnikami psychospołecznymi przyczynami depresji mogą być także choroby ośrodkowego układu nerwowego, takie jak choroba Parkinsona, Alzheimer, padaczka, udar. U 30%–50% chorych z chorobą Parkinsona stwierdza się objawy depresji. Częste występowanie zaburzeń psychotycznych (od 10% do 50% populacji chorych) obserwuje się także w cukrzycy i innych chorobach metabolicznych, przewlekłych chorobach płuc oraz w chorobach nowotworowych. Związek pomiędzy chorobami somatycznymi i występowaniem depresji stwierdza się przede wszystkim w odniesieniu do chorób układu sercowo-naczyniowego, w przebiegu których w 61% przypadków towarzyszy depresja i w przypadku zapalenia stawów, gdzie 34% chorych odczuwa objawy depresyjne. Depresje są najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi wieku podeszłego, które jednocześnie mogą nasilać i przyspieszać pojawienie się otępienia [Jaracz, 2006]. Z danych szacunkowych wynika, iż rozpowszechnienie depresji w subpopulacji w wieku 60 lat i więcej sięga 15–20%. W grupie osób starszych korzystających z opieki medycznej odsetek ten wzrasta nawet do 30% [Pużyński, 2009]. Na podstawie badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wykazano, że odsetek występowania tzw. „dużej” depresji w populacji osób w przedziale wieku 65–100 lat jest wyższy u kobiet, dla których wynosi on 4,4% niż u mężczyzn, gdzie wynosi 2,7% [Back, 2010]. Obser-

wuje się również dość duże rozpowszechnienie epizodów depresyjnych. Stwierdza się je zarówno u ludzi zgłaszających się do lekarzy pierwszego kontaktu (5–10%), u osób będących w szpitalach (11%), jak i u pensjonariuszy domów pomocy społecznej (12–22%) [Jaracz, 2006]. Niektóre osoby, zwłaszcza mające poczucie bezradności i beznadziejności oraz świadomość, że ich wpływ na własną sytuację życiową i otoczenie jest znacznie ograniczony, często popadają w depresję. Czynniki predysponującymi do jej wystąpienia oprócz predyktorów psychologicznych (osobowość, samoocena) i biologicznych (choroby) są także czynniki społeczne (samotność, izolacja społeczna). Skala rozpowszechnienia depresji u osób starszych jest znaczna, dlatego też choroba ta stanowi istotny problem, zarówno medyczny, jak i społeczny [Humańska, 2009; Krzywiński, 1993; Wdowiak, 2004]. Depresje spowodowane niekorzystnymi czynnikami psychospołecznymi stanowią około 30% [Gąbka-Dembal, 2004]. W badaniu przeprowadzonym przez Światową Organizację Zdrowia stwierdzono, że depresja często występuje u chorych w wieku powyżej 75 lat, przebywających w instytucjach opieki długoterminowej. U chorych powyżej 85. roku życia częstość występowania depresji szacuje się na 11,3%–15,4% [Tobiasz-Adameczyk, 1998].

Typowym obrazem klinicznym depresji wśród osób starszych jest tzw. zespół apatyczno-asteniczny. Charakteryzuje się on między innymi zaburzeniami rytmów biologicznych, przede wszystkim snu i łaknienia, uczuciem osłabienia fizycznego oraz brakiem zainteresowań. Często towarzyszy temu również uczucie bezradności, beznadziejności i bezwartościowości związane z obecnością chorób somatycznych. Częstą postacią depresji u osób starszych jest depresja współistniejąca z nasilonym lękiem. Jest on jednym z istotnych czynników ryzyka samobójstw. Częstość występowania myśli samobójczych wśród chorych w wieku 65 lat i więcej wynosi 0,7%–1,2% i wzrasta do 5% u chorych, u których rozpoznano depresję [Pędich, 2004].

Najbardziej typowym objawem depresji bez względu na wiek jest obniżenie nastroju. Wartym uwagi jest fakt, iż w starości objawy depresji mogą być nietypowe. U osób w podeszłym wieku depresja często występuje pod postaciami tzw. „masek”. Jedną z nich są zespoły bólowe. Występujący ból niejednokrotnie jest oporny na leczenie tradycyjnymi środkami przeciwbólowymi. Ma różną lokalizację, która często się zmienia [Rybakowski, 2009]. Depresja może również objawiać się niesprawnością, której nie da się uzasadnić innymi chorobami. Taka forma niesprawności pojawia się niespodziewanie, nagle. W takich sytuacjach właściwa, szybka interwencja i podjęcie skutecznego leczenia może w znaczący sposób poprawić ich samodzielność i jakość życia. Często poprawia to sytuację nie tylko osób starszych, ale również ich rodzin. Z uwagi na to, iż objawy depresji wieku podeszłego często są nietypowe, pacjenci i ich rodziny nie zawsze zdają sobie sprawę z istnienia choroby, zaś lekarze pierwszego kon-

taktu często traktują objawy jako wynik chorób somatycznych lub też cechę naturalnego procesu starzenia. Znacznym utrudnieniem w diagnostyce jest częste współwystępowanie licznych chorób oraz kumulowanie się czynników psychologicznych i społecznych, takich jak przejście na emeryturę, śmierć partnera, osamotnienie [Świącicki, 2010].

Celem niniejszej pracy była próba oceny częstości występowania depresji i wybranych czynników warunkujących jej występowanie wśród podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej (MOPS) Łódź-Polesie w wieku 65 lat i więcej.

2. Materiał i metody

Pierwszy etap badania jakości życia związanej ze stanem zdrowia, którego wybrane wyniki przedstawiono w niniejszej pracy, został przeprowadzony w październiku 2011 roku. Badaniem objęto osoby starsze, mające co najmniej 65 lat, korzystające z pomocy społecznej w losowo wybranym do badania Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej Łódź-Polesie. Zatem wiek 65 lat i więcej beneficjentów pomocy społecznej był kryterium włączenia do próby. W grupie badanej w tym etapie było 108 osób.

Badaniem kwestionariuszowym objęto 88 kobiet i 20 mężczyzn. Respondentów poinformowano o celu badania i o sposobie jego przeprowadzania. Zapewniono ich również o zupełnej dobrowolności i anonimowości badania, na przeprowadzenie którego uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Wywiad z respondentami odbywał się w ich domach.

W badaniu wykorzystano obszerny kwestionariusz wywiadu, dotyczący stanu zdrowia, jakości życia, sytuacji materialnej, demograficznej, rodzinnej. Jedną ze składowych narzędzi badawczego była Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GSOD). Wykorzystano jej skróconą wersję, zawierającą 4 pytania i dwa warianty odpowiedzi: tak lub nie. GSOD ocenia samopoczucie respondenta w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Za pomocą jej pytań można określić czy osoba badana: jest szczęśliwa, zadowolona z całego swojego życia, czy ma poczucie pustki w życiu, czy obawia się o przyszłość.

Maksymalnie można uzyskać 4 punkty. Prawdopodobieństwo wystąpienia depresji rośnie wraz ze wzrostem liczby punktów. Wynik punktowy równy 0 świadczy o braku depresji. Liczba punktów równa 1 charakteryzuje depresję niepewną, zaś liczba punktów większa niż 1 świadczy o depresji prawdopodobnej.

Uzyskane dane empiryczne zakodowano i wprowadzono do programu Excel. W analizie statystycznej danych zastosowano następujące miary: wskaźniki struktury – frakcje (gdy analizowana zbiorowość liczyła mniej niż 100 osób, lecz więcej niż 30) lub odsetki (gdy analizowana zbiorowość liczyła więcej niż

100 osób), miary położenia dla cech mierzalnych – średnia arytmetyczna, mediana, modalna, minimum, maksimum. W pracy dokonano oceny zależności pomiędzy zmiennymi za pomocą testu niezależności χ^2 lub χ^2 z poprawką Yatesa. Weryfikacji postawionych hipotez dokonywano na poziomie istotności $p \leq 0,05$. Siłę związku między cechami mierzono, wykorzystując w tym celu wskaźnik Q-Yule’a (tablice czteropolowe) lub współczynnik C-Pearsona (tablice o liczbie kolumn powyżej 2).

Wyniki badania

Badaniem objęto osoby w wieku 65 lat i więcej, które z końcem 2010 roku uzyskały prawo do otrzymywania świadczeń socjalnych z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej Łódź-Polesie. Na dzień 31 grudnia 2010 roku liczba mieszkańców dzielnicy Łódź-Polesie wynosiła ogółem 139 112 (w tym 76 333 kobiet i 62 779 mężczyzn). Wskaźnik feminizacji przyjął wartość 121,6. 18,5% ogółu ludności tej dzielnicy miasta stanowiły osoby w wieku 65. lat i więcej. W 2010 roku 5336 osób uzyskało prawo do otrzymywania świadczeń socjalnych z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. 13,2% świadczeniobiorców stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej (tabela 1).

Tabela 1. Populacja badana dzielnicy Łódź-Polesie, 2011

Wyszczególnienie	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	N	%
Mieszkańcy 65+	16512	21,6	9201	14,7	25713	18,5
Mieszkańcy ogółem	76333	100,0	62779	100,0	139112	100,0
Beneficjenci 65+	574	17,2	130	6,5	704	13,2
Beneficjenci ogółem	3331	100,0	2005	100,0	5336	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Średni wiek osób starszych uzyskujących pomoc wyniósł 78,2 lat. Kobiety najczęściej były owdowiałe (0,68), zaś mężczyźni najczęściej byli kawalerami lub wdowcami (łącznie 0,7). Wśród kobiet najwięcej było osób z wykształceniem średnim (połowa badanych kobiet), zaś wśród mężczyzn z wykształceniem zawodowym (0,45 wszystkich badanych mężczyzn). Podopieczni MOPS najczęściej prowadzili jednoosobowe gospodarstwa domowe – 2/3 mężczyzn i 0,93 badanych kobiet (łącznie niemal 90% ogółu badanych). Charakterystykę badanej próby pod względem powyższych zmiennych przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka badanej próby, 2011

Zmienne	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
Płeć	n	%	n	%	N	%
	88	81,50	20	18,50	108	100,00
Wiek						
Min	65		65		65	
Max	94		89		94	
Średnia arytmetyczna	76,6		75,8		76,2	
Modalna	77		67		77	
Mediana	76		74		75	
Odchylenie standardowe	8,1		7,4		7,8	
Współczynnik zmienności	11,2%		10,8%		11,0%	
Stan cywilny	n	frakcje	n	frakcje	N	%
Mężatka/zonaty	7	0,08	2	0,10	9	8,33
Wdowa/wdowiec	60	0,68	7	0,35	67	62,04
Panna/kawaler	17	0,19	7	0,35	24	22,22
Rozwiedziona/y	4	0,05	4	0,20	8	7,41
Wykształcenie	n	frakcje	n	frakcje	N	%
Wyższe	6	0,06	0	0,00	6	5,56
Niepełne wyższe	11	0,13	2	0,10	13	12,04
Średnie	44	0,50	3	0,15	47	43,52
Zawodowe	16	0,18	9	0,45	25	23,14
Podstawowe	11	0,13	6	0,30	17	15,74
Gospodarstwa domowe	n	frakcje	n	frakcje	N	%
Jednoosobowe	81	0,93	15	0,75	96	88,88
Dwuosobowe	4	0,04	4	0,20	8	7,41
Trzyosobowe	2	0,02	1	0,05	3	2,78
Czterooosobowe	1	0,01	0	0,00	1	0,93

Źródło: opracowanie własne.

Stan psychiczny respondentów zajmuje znaczące miejsce w analizie jakości życia i stanu zdrowia osób starszych. Przy użyciu Geriatrycznej Skali Oceny Depresji, oceniano w badaniu częstość występowania depresji wśród podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi. Rozkład odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Wyniki testu Geriatryczna Skala Oceny Depresji, 2011

Zmienna	Tak		Nie	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
Zadowoleniez życia	0,11	0,26	0,89	0,74
Uczucie pustki w życiu	0,31	0,14	0,69	0,86
Lęk o przyszłość	0,34	0,28	0,66	0,72
Poczucie szczęścia	0,24	0,36	0,76	0,64

Źródło: opracowanie własne.

Przeciętnie w próbie uzyskiwano wynik 2,8 punktu, zaś mediana wyniosła 2,5 punktu. Najczęściej respondenci otrzymywali jako wynik testu 3 punkty.

U 78% badanych stwierdzono prawdopodobne występowanie depresji ponieważ suma punktów uzyskanych w tym teście wyniosła u nich więcej niż 1. Należy podkreślić, że wyniki uzyskane w niniejszym badaniu za pomocą 4-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji nie są równoznaczne z rozpoznaniem depresji, a jedynie mogą sugerować jej obecność. Test ten spełnia bowiem rolę narzędzia w badaniach przesiewowych subpopulacji osób starszych, zatem można mówić jedynie o częstości pocucia depresji. O rozpoznaniu lub wykluczeniu zespołu depresyjnego ostatecznie zawsze decyduje wynik badań klinicznych.

W badaniu pytano również o zadowolenie z dotychczasowego życia. Badani mogli wybrać następujące warianty odpowiedzi: wspaniałe, udane, dosyć udane, ani dobre ani złe, niezbyt udane lub nieszczęśliwe. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni najczęściej oceniali swoje życie jako niezbyt udane (ponad 2/3 kobiet i ponad połowa mężczyzn). Najrzadziej badani ocenili swoje życie jako wspaniałe – ogółem 1,85% badanych (1 kobieta i 1 mężczyzna). Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy zadowoleniem z życia a występowaniem u badanych prawdopodobnej depresji. Im gorsza była ocena dotychczasowego życia, tym gorszy był wynik Geriatrycznej Skali Oceny Depresji. Wartość testu χ^2 z poprawką Yates'a wyniosła 57,296. Siła zależności była bardzo duża – współczynnik Q-Yule'a wyniósł 0,99.

Jedno z pytań kwestionariusza dotyczyło stanu zdrowia badanych. Aż 81,2% z nich wskazało, że codziennie lub częściej niż kilka razy w miesiącu odczuwa dolegliwości związane z chorobami, zaś jedynie 18,8%, odczuwa takie dolegliwości rzadziej niż kilka razy w miesiącu lub w ogóle. Korelowało to z występowaniem depresji wśród badanych. Wykazano statystycznie istotny związek między tymi zmiennymi. Wartość testu $\chi^2 = 44,975$, zaś współczynnik Q-Yule'a wyniósł 0,94, co świadczy o bardzo silnej zależności między cechami. Osoby częściej odczuwające dolegliwości somatyczne również częściej wykazywali prawdopodobną depresję niż osoby nie odczuwające takich dolegliwości (tabela 4).

Oceniono również związek między poziomem wykształcenia a występowaniem prawdopodobnej depresji. Im niższy poziom wykształcenia tym gorszy wynik Geriatrycznej Skali Oceny Depresji. Wartość testu niezależności χ^2 z poprawką Yates'a wyniosła 29,594. Siłę zależności między tymi cechami oceniono przy użyciu współczynnika C-Pearsona, który wyniósł 0,46, co świadczy o umiarkowanej zależności pomiędzy zmiennymi.

W badaniu nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy występowaniem depresji, a płcią badanych.

Tabela 4. Struktura badanych według występowania dolegliwości somatycznych i podejrzenia depresji, 2011

Występowanie dolegliwości	Występowanie depresji			
	Brak depresji		Prawdopodobna depresja	
	n	%	n	%
Brak dolegliwości	18	74,9	4	4,8
Rzadziej niż kilka razy w miesiącu	4	16,7	6	7,1
Częściej niż kilka razy w miesiącu	2	8,4	13	15,5
Codziennie	0	0,0	61	72,6
Razem	24	100,0	84	100,0

Źródło: opracowanie własne.

3. Dyskusja

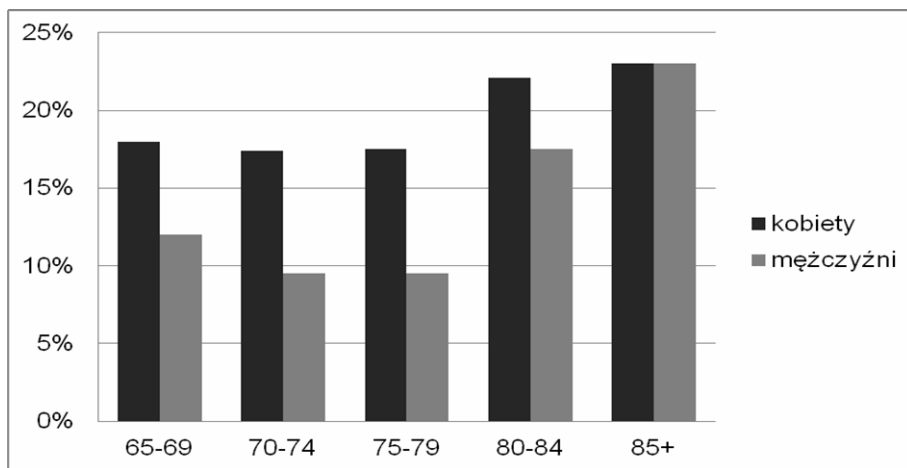
Starzenie się jest, długotrwałym, nieodwracalnym, ale również normalnym procesem fizjologicznym, zachodzącym w rozwoju wszystkich żywych organizmów, w tym także człowieka [Bowling, 2007; Chipperfield, 2008]. Proces starzenia rozpoczyna się u niego już w wieku średnim i nasila się wraz z upływem czasu. Najprościej proces starzenia definiuje się jako stopniowy spadek homeostazy organizmu, który prowadzi do wzrostu zachorowalności i śmiertelności z powodu różnych chorób, a w konsekwencji do wzrostu natężenia umieralności [Pędich, 2004].

Osoby starsze należą do najtrudniejszych i najdroższych pacjentów w systemie ochrony zdrowia z powodu złożoności problemów zarówno zdrowotnych, jak i socjalnych, ekonomicznych, psychicznych i społecznych, pojawiających się w trakcie opieki nad nim [Bień i wsp., 2000; Bobeł, 2006; Sygit, 2001; Worach-Kardas, 2000].

Depresja stanowi bardzo ważny problem zdrowotny. Z racji na częstość występowania została uznana epidemią XXI wieku. Według ostatnich badań, depresja osób w wieku podeszłym bardzo dobrze poddaje się leczeniu. Ma to związek przede wszystkim z wprowadzeniem na rynek leków przeciwdepresyjnych, które są coraz bezpieczniejsze i lepiej tolerowane przez chorych [Heitzman, 2007]. Wyniki niektórych badań pokazują, iż spośród osób cierpiących na depresję, mniej niż jedna czwarta jest prawidłowo diagnozowana i leczona. Szacuje się, że w przypadku osób starszych skala tego problemu jest nawet większa. Jest to spowodowane trudnościami w diagnozie wynikającymi ze współistnienia innych chorób [Allsup i wsp., 2002].

Istnieje szereg czynników determinujących jakość życia osób starszych [Maniecka-Bryła i wsp., 2010]. Nieleczona depresja niewątpliwie wpływa negatywnie na jakość życia osoby chorej, a poza tym nasila symptomy innych cho-

rób, często prowadząc do śmierci. Dowiedziono, iż osoby po przebytych zawale serca lub udarze, mające depresję, są bardziej narażeni na śmierć. Według badań amerykańskich *Health and Retirement Study* częstość występowania depresji wraz z wiekiem wzrasta u obu płci, co przedstawiono na wykresie 1 [Ayotte B.J, 2010].



Wykres 1. Częstość występowanie objawów depresji u osób starszych według wieku i płci

Źródło: Ayotte B.J., 2010, *Physical Health and Depression: A Dyadic Study of Chronic Health Conditions and Depressive Symptomatology in Older Adult Couples*. The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 66B(1), 440

W latach 2006–2007 na oddziale Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie przeprowadzono badanie dotyczące wpływu depresji na ocenę jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca po 80. roku życia. Dzięki analizie wyników 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji dokonano oceny nasilenia objawów depresyjnych wśród badanych. U 30,9% pacjentów stwierdzono depresję o rosnącym nasileniu. Wraz z nasileniem objawów depresyjnych badani częściej wskazywali na problemy z poruszaniem się, sprawowaniem opieki nad sobą i częściej, podobnie jak w badaniu własnym, zgłaszali występowanie dolegliwości somatycznych [Puto i wsp., 2007]. W badaniach *Dudka i wsp.* stwierdzono, że ustąpienie objawów depresyjnych powoduje widoczną poprawę jakości życia [2000]. *Rogers i wsp.* badając grupę 1024 osób z chorobą wieńcową stwierdzili występowanie depresji u 20% pacjentów. Osoby z depresją istotnie częściej skarżyły się na gorszą jakość życia, upośledzenie sprawności fizycznej i gorzej oceniały swój stan zdrowia [1994]. *Wells i wsp.* w swoich badaniach wykazali, że depresja utrudnia osobom starszym codzienne funkcjonowanie [1992].

W badaniach przeprowadzonych w latach 1994–2004 w Tajwanie, wykazano, iż częstość występowania depresji u osób w wieku 65 lat i więcej wzrasta. W roku 1994 odsetek osób chorych w tej grupie wieku wynosił 16,3%, zaś 10 lat później 29,9% [Chen i wsp., 2011]. Ponadto stwierdzono, iż u osób chorujących przewlekłe częściej występują objawy depresyjne, co potwierdzono również w badaniu własnym.

W badaniu przeprowadzonym w 2006 roku wśród 4165 osób w wieku 65 lat i więcej wykazano między innymi związek pomiędzy występowaniem depresji, a statusem socjoekonomicznym. Stwierdzono, iż wpływa on istotnie na występowanie objawów depresyjnych wśród osób starszych. Im niższy uzyskiwany dochód tym częściej występowały objawy depresyjne [Back, 2010]. Wykazano również, że depresja występuje częściej u osób z niższym wykształceniem, co potwierdza niniejsze badanie własne.

W 2007 roku w Łodzi przeprowadzono badanie mające na celu ocenę występowania zaburzeń depresyjnych w zależności od podejmowanej aktywności życiowej. Badanych podzielono na dwie grupy – pierwszą stanowili słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku – UTW (100 osób), zaś drugą osoby nieuczestniczące w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku losowo dobrane do badania spośród mieszkańców Łodzi (100 osób). Do oceny występowania depresji użyto skali *Becka*. Wykazano, iż większy odsetek osób z brakiem objawów depresyjnych występował wśród uczestników UTW – 65%, w porównaniu do 54% w grupie kontrolnej. Zatem należy stwierdzić, iż chęć doksztalcenia się przez osoby starsze i chęć aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym może być czynnikiem ochronnym dla występowania depresji w tej grupie osób [Orzechowska, 2008]. Można to powiązać również z wpływem wykształcenia na częstość występowania depresji ponieważ wśród uczestników UTW dominują osoby z wykształceniem średnim i wyższym, co potwierdza hipotezę, iż im wyższy poziom wykształcenia tym mniejsza częstość występowania depresji.

Obecnie depresja stanowi jedną z głównych przyczyn hospitalizacji osób po 50. roku życia, zarówno mężczyzn jak i kobiet, i odsetek hospitalizacji z tej przyczyny stale wzrasta [Allsup i wsp., 2002]. Jest ona najczęściej występującą chorobą psychiczną. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że depresja stanowi czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie. Przewiduje się, że do roku 2020 znajdzie się ona na drugim miejscu wśród najpoważniejszych problemów zdrowotnych, zaraz po chorobach układu krążenia [Heitzman, 2007].

Na podstawie przedstawionego przeglądu piśmiennictwa oraz wyników badania własnego, należy stwierdzić, iż powyżej przedstawione czynniki, tj. odczuwane dolegliwości somatyczne, wykształcenie, zadowolenie z dotychczasowego życia mają istotny wpływ na prawdopodobieństwo występowania depresji wśród osób starszych, zaś działania związane z redukcją jej częstości mogą być jednymi z najbardziej kosztownych interwencji podnoszących jakość życia tych osób.

4. Podsumowanie

Analiza wyników przeprowadzonego badania wśród osób starszych korzystających z pomocy społecznej dała możliwość wysunięcia następujących wniosków dotyczących uwarunkowań występowania depresji w tej grupie osób.

1. Osoby starsze korzystające z pomocy społecznej są w dużym stopniu narażone na występowanie depresji. U 78% z nich stwierdzono bowiem występowanie prawdopodobnej depresji.

2. Poznanie uwarunkowań występowania depresji u osób starszych w konsekwencji może przyczynić się do poprawy ich jakości życia, jak i do poprawy warunków życia ich bliskich.

3. Poznanie czynników determinujących rozwój depresji u osób starszych może przyczynić się do zmniejszenia wydatków na ochronę zdrowia w tym zakresie.

Literatura

- Allsup S.J., Gosney M.A., 2002, *Anxiety and depression in an older research population and their impact on clinical outcomes in a randomized controlled trial*. Postgrad Medical Journal, 78, 674–677.
- Ayotte B.J., 2010, *Physical Health and Depression: A Dyadic Study of Chronic Health Conditions and Depressive Symptomatology in Older Adult Couples*. The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 66B(1), 438–448.
- Back J.H., Lee Y., 2010, *Gender differences in the association between socioeconomic status (SES) and depressive symptoms in older adults*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 52(3), 140.
- Benyamini Y., Blumstein T., Lusk A. et al., 2003, *Gender differences in the self-rated health-mortality association: is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated that predicts survival?* The Gerontologist, 43(3), 396–405.
- Bień B., 1999, *Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości, a świadczenie opieki*. Gerontologia Polska, 7(2), 42–47.
- Bień B., Górka M., Pędich W., 2000, *Niesprawność fizyczna, poznawcza i emocjonalna w populacji osób starszych a świadczenie opieki*. [w:] Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.), *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny. Materiały na ogólnopolskie seminarium naukowe*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 149–156.
- Bjornskov C., 2008, *Healthy and happy in Europe? On the association between happiness and life expectancy over time*. Social Science and Medicine, 66, 1750–1759.
- Bobel B., 2006, *Współczesna rzeczywistość a problemy i potrzeby osób w starszym wieku*. [w:] Pawlak Z. (red.), *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej, Lublin, 255–259.
- Bowling A., 2007, *Aspirations for older age in the 21st century. What is successful aging?* International Journal of Aging and Human Development, 64(3), 263–297.
- Bromley D.B., 1969, *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa, 12–33.
- Chen C.M., Mullan J., Griffiths D. et al., 2011, *Trajectories of depression and their relationship with health status and social service use*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 53(2), 118–124.

- Chipperfield J.G., 2008, *Everyday physical activity as a predictor of late-life mortality*. The Gerontologist, 48(3), 349–357.
- Dudek D., Zięba-Wróbel A. i in., 2000, *Zaburzenia depresyjne a jakość życia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca*. Psychiatria Polska, 1, 73–80.
- Gąbka-Dembal A., Milanowski J., 2004, *Choroby wieku starszego oraz potrzeby zdrowotne i społeczne tej populacji*. [w:] Solecki L. (red.), *Problemy ludzi starych i niepełnosprawnych w rolnictwie*, Instytut Medycyny Wsi, Lublin 2004, s. 75–80.
- Heitzman J., 2007, *Depresja – odpowiedzi na pytania*, Urban & Partner, Wrocław, 22–24.
- Humańska M.A., Kędziora-Kornatowska K., 2009, *Współzależność pomiędzy nasileniem stanów depresyjnych a poczucie jakości życia u osób starszych*. Psychogeriatrics Polska, 6(1), 15–22.
- Jaracz J., 2006, *Depresja w wieku podeszłym*. Świat Medycyny i Farmacji, 3 (68), 40–47.
- Kozłowski S., 1986, *Zdolności przystosowawcze organizmu a wiek człowieka*. [w:] *Encyklopedia seniora*. Państwowe Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa, 265–278.
- Krzywiński S., 1993, *Geriatrya i psychogeriatrya. Zagadnienia ogólne*. [w:] Krzywiński S. (red.), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, PZWL, Warszawa, 9–33.
- Maniecka-Bryła I., Sliwińska M., Szławska M., 2010, *Próba oceny czynników determinujących jakość życia ludzi starszych mieszkających w środowisku wiejskim*. [w:] Kałuża D., Szukalski P. (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku Ku aktywności*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź, 243–253.
- Orzechowska A., Wysokiński A., Przybylska B. i in., 2008, *Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku w zależności od aktywności życiowej*. Polski Merkuriusz Lekarski, 25(150), 503–506.
- Pędich W., 2004, *Zróżnicowanie warunków życia i sytuacji społecznej ludzi starszych na wsi*. [w:] Solecki L. (red.), *Problemy ludzi starych i niepełnosprawnych w rolnictwie*, Instytut Medycyny Wsi, Lublin, 26–36.
- Puto G., Ocetkiewicz T., Zawisza K., 2007, *Wpływ depresji i funkcji poznawczych na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca po 80. roku życia*. Gerontologia Polska, 15(3), 90–96.
- Pużyński S., 2009, *Depresje i zaburzenia afektywne*, PZWL, Warszawa, 35.
- Rogers M.P., White K., Warshaw M.G. i wsp., 1994, *Prevalence of medical illness in patients with anxiety disorders*. International Journal of Psychiatry Medicine, 24, 83–96.
- Rybakowski J., 2009, *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*, Termedia, Poznań, 41–44.
- Święcicki L., 2010, *Depresja – zwykła choroba?* Urban & Partner, Wrocław, 10–25.
- Sygit M., Pietrzak M., Sygit K., 2001, *Długowieczność*, Problemy Medycyny Społecznej, 33, 134–142.
- Szukalski P., 2007, *Przyczyny zgonów osób sędziwych w Polsce w latach 1980–2004*. Gerontologia Polska, 15(4), 119–127.
- Tobiasz-Adamczyk B., Szafranec K., 1998, *Socjomedyczne czynniki warunkujące ryzyko zgonu osób starszych*. Gerontologia Polska, 6(1), 40–43.
- Wdowiak L., Budzyńska-Kapczuk A., 2004, *Wielkie problemy geriatryczne – zespoły otepienno-depresyjne*. Pielęgniarka i Położna, 46 (8), 23.
- Wells K.B., Burnam M.A., Rogers W., 1992, *The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study*. Archives of General Psychiatry, 49, 788–794.
- Worach-Kardas H., 2000, *Zdrowotność ludzi starszych – możliwości i bariery socjoekonomiczne zachowań prozdrowotnych*. [w:] Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.), *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny. Materiały na ogólnopolskie seminarium naukowe*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 41–46.
- Zanetti O., Solerte S.B., Cantoni F., 2009, *Life expectancy in Alzheimer disease*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 49(1), 237–243.

Monika Burzyńska, Irena Maniecka-Bryła

**THE OCCURANCE OF DEPRESSION IN OLDER PEOPLE USING SOCIAL CARE
– PRELIMINARY RESULTS**

Abstract

The purpose of this study was to assess the incidence of depression and factors determining its occurrence among beneficiaries of the City Social Care Centre Lodz-Polesie aged 65 and over. In conducting the study health related quality of life geriatric depression rating scale was used. The first stage of the research was conducted in 2011 among 108 people. In statistical analysis there were used: structure indices, measurable features distribution and χ^2 test of independence.

In the study there were 88 (81.5%) women and 20 (18.5%) men. The average age of beneficiaries was 78.2 years. Men receiving social care benefits were mainly bachelors or widowers, while women most often were widowed. Older people mainly benefited from the care services (77.1%). 22.9% of all patients benefited from financial assistance in the form of benefits. 81.2% of seniors indicated that they suffer from chronic diseases, while only 18.8% indicated that they are ill rarely or never. Among 78% of people probable depression was found. There was found statistic correlation between the incidence of depression and education, subjective assessment of health status and level of satisfaction with life.

The most important conclusions are: 1) older people receiving social assistance are highly prone to depression, 2) understanding of the determinants of depression in the elderly can help to improve their quality of life and to reduce costs of medical aid caused this disease.

Key words: elderly people, depression, social care