

Związek pomiędzy sprawnością funkcjonalną a poziomem depresji wśród mieszkańców Domów Pomocy Społecznej

The relationship between functional efficiency and the level of depression among residents of Social Welfare Houses

Anna Knyszyńska¹, Aleksandra Radecka¹, Iwona Bryczkowska¹, Paulina Zabielska²,
Anna Lubkowska¹, Beata Karakiewicz²

¹ Zakład Diagnostyki Funkcjonalnej i Medycyny Fizykalnej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

² Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Katedry Medycyny Społecznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Streszczenie

Wstęp. Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w podeszłym wieku a współwystępująca z otyłością może wpływać na pogorszenie stanu funkcjonalnego osób starszych, ale też być jego konsekwencją. **Materiał i metody.** Do grupy badanej zakwalifikowano 60 mieszkańców Domu Pomocy Społecznej (DPS). Grupę odniesienia stanowiło 53 ochotników w wieku podeszłym nieobjętych opieką DPS. W grupie badanej jak i kontrolnej przeprowadzono ocenę poziomu depresji (kwestionariusz 30-stopniowej Geriatrycznej Skali Depresji) oraz analizę składu ciała metodą bioimpedancji elektrycznej (Tanita BC-420). W stosunku do pensjonariuszy DPS zastosowano kwestionariusz Skali Barthel dla oceny ich sprawności funkcjonalnej. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej w programie STATISTICA 12PL. **Wyniki** Wykazano, że w grupie mieszkańców DPS średnia wartość punktowa skali depresji była istotnie wyższa ($11,2 \pm 6,3$) niż wśród seniorów z grupy odniesienia ($8,7 \pm 6,1$). Analizując zmienne dotyczące składu ciała wykazano, że zarówno kobiety jak i mężczyźni zamieszkujący DPS osiągnęli istotnie niższe średnie wartości badanych parametrów w porównaniu do grupy kontrolnej. Jedynie w obrębie badanych kobiet nie wykazano istotnej różnicy dla zawartości beztłuszczowej masy ciała. Rozpatrując sprawność funkcjonalną mieszkańców DPS, w oparciu o wyniki skali Barthel, można stwierdzić wyższy jej poziom u kobiet ($83,2 \pm 18,5$) w porównaniu do mężczyzn ($68,1 \pm 23,1$). Zaobserwowano słabą jednak istotną dodatnią korelację między oceną funkcjonalną mieszkańców DPS a średnią zawartością tkanki tłuszczowej w ich organizmie. Wykazano tendencję do obniżenia sprawności funkcjonalnej mieszkańców DPS wraz z nasileniem zaburzeń depresyjnych, jednak związek ten nie był istotny statystycznie. **Wnioski.** Charakter aktywności i opieki związanej z miejscem zamieszkania osób w wieku podeszłym może mieć wpływ na nasilenie występowania wśród nich zaburzeń depresyjnych. (Gerontol Pol 2019; 27; 144-149)

Słowa kluczowe: depresja, Geriatryczna Skala Depresji, Skala Barthel

Abstract

Introduction. Depression is one of the most common mental disorders in the elderly and the coexistence of obesity can affect the functional deterioration of the elderly, but it also be a consequence of it. **Material and methods.** The studied group was comprised of 60 residents of the Social Welfare House (DPS). The reference group consisted of 53 elderly volunteers, not covered by the DPS care. Four levels of depression were assessed in the study group and the controls. 30-point questionnaire Geriatric Depression Scale and body composition analysis by bioimpedance (Tanita BC-420) were used. In relation to the DPS residents Barthel Scale, questionnaire was used to assess their functional capacity. The results were analyzed statistically in STATISTICA 12GB. **Results.** It has been shown that in the population group from DPS, the mean value of depression scale was significantly higher (11.2 ± 6.3) than for the seniors from the reference group (8.7 ± 6.1). When analyzing body composition variables we have shown that both women and men living in DPS achieved signifi-

Adres do korespondencji: ✉ Paulina Zabielska; Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Katedry Medycyny Społecznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie; ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin ☎ (+48 91) 480 09 72 ✉ paulina.zabielska@pum.edu.pl

cantly lower mean values of the studied parameters compared to the control group. Only women within the surveyed group showed no significant difference for the lean body mass content. Considering the functional capability of the DPS population based on the results of the Barthel Index, females were found to have a higher level (83.2 ± 18.5) in comparison to males (68.1 ± 23.1). There has been observed a weak but significant positive correlation between functional evaluation of DPS residents and the average fat content in their body. It has been shown to reduce the tendency of functionality of DPS inhabitants with the severity of depressive disorders, but this relationship was not statistically significant. **Conclusions.** The nature of the activity and care related to the place of residence in the elderly may affect the severity of the occurrence of depressive disorders among them. (*Gerontol Pol 2019; 27; 144-149*)

Key words: depression, Geriatric Depression Scale, Barthel scale

Wstęp

Starzenie się jest procesem fizjologicznym, zazwyczaj ściśle związanym ze stopniową utratą sprawności fizycznej i psychicznej. Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko wystąpienia zaburzeń somatycznych, w tym przede wszystkim chorób przewlekłych, którym towarzyszą dolegliwości bólowe, ograniczenia w funkcjonowaniu, co w konsekwencji powoduje obniżenie nastroju, gorsze samopoczucie, niższą samoocenę i sprzyja rozwojowi depresji [1]. Wykazano, że osoby po 60 r.ż. doświadczają jednocześnie średnio czterech chorób przewlekłych [2]. Średnio 20% osób powyżej 70. r.ż. potrzebuje pomocy w co najmniej jednym z 6 podstawowych czynności życia codziennego [3]. Taka sytuacja w połączeniu z wielochorobowością, która nierozłącznie wiąże się z okresem starzenia, powoduje wśród seniorów uzależnienie funkcjonowania od innych osób bądź też może stać się powodem konieczności zmiany miejsca zamieszkania na domy opieki bądź pomocy społecznej [4]. Jednocześnie wykazano, że częstość występowania wielu problemów zdrowotnych wzrasta wraz z miejscem zamieszkania w przypadku osób przebywających w placówkach opieki długoterminowej [5]. Polipatologia występująca w okresie wieku podeszłego nie ogranicza się jedynie do zaburzeń somatycznych, ale też niejednokrotnie obejmuje problemy psychiczne dotyczące pacjentów geriatrycznych, bowiem jednym z czynników predysponujących do zachorowania na depresję jest wiek. Depresja obok otępienia, jest najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym wśród populacji powyżej 65. roku życia (9-18%). Odsetek zdiagnozowanych zachorowań jest większy (do 30%) w przypadku osób przebywających w domach opieki [6]. W związku z dużą częstością występowania tego zjawiska wśród osób w wieku podeszłym, zaburzenia depresyjne stają się poważnym problemem zarówno medycznym jak i społecznym. Czynniki predysponującymi w dużym stopniu do wystąpienia depresji w wieku starszym są głównie: utrata sprawności fizycznej a co za tym idzie samodzielności w życiu codziennym, poczucie osamotnienia oraz utraty pozycji społecznej, występowanie wielu chorób współistniejących, czy też zmiana środowiska zamieszkania na różnego rodzaju domy

opieki [1]. Niepokojącym jest fakt, iż u 30% chorych w wieku starszym, nie dokonuje się rozpoznania depresji a co za tym idzie nie wdraża się potrzebnego leczenia. Stan taki może być spowodowany brakiem ścisłych kryteriów rozpoznania opisywanego zaburzenia w stosunku do osób starszych bądź też występowania nietypowych objawów czy przebiegu choroby (tzw. depresja maskowana) [7]. Mimo trudności, jakie nastręcza rozpoznanie depresji po 65. roku życia, niezwykle ważnym jest możliwie wczesne zdiagnozowanie oraz wdrażanie odpowiedniego leczenia tego zaburzenia oraz minimalizowania czynników nasilających rozwój choroby. W tym celu stosuje się specjalne standaryzowane kwestionariusze takie jak chociażby kwestionariusz Geriatrycznej Skali Depresji [8].

Cel pracy

Celem badań była analiza nasilenia zaburzeń depresyjnych oraz ich związku ze stanem funkcjonalnym mieszkańców domu pomocy społecznej.

Materiał i metody

Badania prowadzono wśród mieszkańców Domu Pomocy Społecznej „Dom Kombatanta” im. Gen. Mieczysława Boruty-Spiechowicza w Szczecinie. Do grupy badanej zakwalifikowano 60 osób w tym 40 kobiet i 20 mężczyzn (średnia wieku 77 ± 12 lat). Grupę odniesienia stanowiło 54 ochotników w wieku podeszłym, 38 kobiet i 16 mężczyzn (średnia wieku $70,5 \pm 5,08$ lat), nieobjętych instytucjonalną opieką DPS. Każdy badany wyraził pisemną, dobrowolną zgodę na udział w badaniu. Zarówno w grupie badanej jak i kontrolnej przeprowadzono ocenę nasilenia zaburzeń depresyjnych wykorzystując w tym celu kwestionariusz 30-stopniowej Geriatrycznej Skali Depresji (GDS). Badani odpowiadali na pytania kwestionariuszowe w miarę możliwości samodzielnie i we własnym tempie. Osobom, które nie były w stanie samodzielnie wypełnić kwestionariusza, udzielano pomocy w postaci odczytywania pytań i zaznaczania za respondentów wskazanych odpowiedzi. Interpretacja wyniku wyglądała następująco: 0-10 pkt – brak depresji; 11-20 pkt – lekka depresja; 21-30 pkt – głęboka depresja [8].

Wobec wszystkich badanych przeprowadzono także analizę składu ciała metodą bioimpedancji elektrycznej za pomocą 4-elektrodowego analizatora składu ciała Tanita BC-420. Oszacowano następujące parametry: BMI – indeks masy ciała (kg/m^2), FM – masa tkanki tłuszczowej (kg), PBF – procentowa zawartość tkanki tłuszczowej (%), FFM – beztłuszczowa masa ciała (kg), TBW – zawartość wody całkowitej (kg). W stosunku do pensjonariuszy DPS dodatkowo zastosowano kwestionariusz Skali Barthel w celu oceny ich sprawności funkcjonalnej. Jest to powszechnie używane narzędzie, które służy opisaniu sprawności chorych, m.in. przy ich kwalifikacji do placówek opiekuńczych, do których należą również domy pomocy społecznej. Kwestionariusz Skali Barthel wypełniany był przez osoby pracujące w DPS pełniące funkcję opiekunów bądź koordynatorów, mające codzienny kontakt z pensjonariuszami. Pacjent mógł uzyskać maksymalnie 100 pkt. Przedział 86-100 pkt kwalifikował stan pacjenta jako „lekki”, przedział 21-85 pkt oznaczał stan „średnio ciężki” natomiast jako „bardzo ciężki” określa się stan pacjentów uzyskujących punkty w zakresie 0-20 [9].

Zbrane wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą programu STATISTICA (wersja 12 PL). Oprócz statystyk opisowych (średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe), określono normalność rozkładu badanych parametrów za pomocą testu Shapiro-Wilka. Dla badanych parametrów o rozkładzie normalnym wyliczono współczynnik korelacji Pearsona, natomiast dla parametrów o rozkładzie odbiegającym od normalnego wyliczono współczynnik korelacji Spearmana. W celu sprawdzenia istotności różnic pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn, a także pomiędzy osobami z grupy badanej i kontrolnej zastosowano test U Manna-Whitneya dla parametrów odbiegających od normalnego rozkładu, natomiast dla badanych parametrów wykazujących rozkład normalny zastosowano test t-studenta dla prób niezależnych.

Wyniki

Charakterystykę średnich wartości badanych parametrów z uwzględnieniem płci oraz podziału na grupy mieszkańców DPS i seniorów niezamieszkujących placówek opieki długoterminowej przedstawiono w tabeli I.

Tabela I. Charakterystyka badanych

Table I. Characteristics of the respondents

Parametr	Mieszkańcy DPS			Grupa kontrolna		
	K_{DPS} n = 40	M_{DPS} n = 20	$RAZEM_{DPS}$ n = 60	K_K n = 38	M_K n = 16	$RAZEM_K$ n = 54
wiek [lata]	79,53 ± 10,73	71,85 ± 13,02 K_{DPS}	76,97 ± 11,99	69,82 ± 4,89 K_{DPS}	72,13 ± 5,29	70,50 ± 5,08 $RAZEM_{DPS}$
wysokość ciała [cm]	155,55 ± 6,68	165,70 ± 9,52 K_{DPS}	158,93 ± 9,05	157,44 ± 5,56	167,27 ± 4,35 K_K	160,35 ± 6,89
MC [kg]	64,30 ± 14,74	62,86 ± 16,56	63,82 ± 15,25	73,65 ± 15,01 K_{DPS}	87,35 ± 15,99 M_{DPS}, K_K	77,71 ± 16,41 $RAZEM_{DPS}$
PBF [%]	31,54 ± 11,99	17,30 ± 9,14 K_{DPS}	26,79 ± 12,96	38,16 ± 4,99 K_{DPS}	29,50 ± 5,95 M_{DPS}, K_K	35,59 ± 6,58 $RAZEM_{DPS}$
FM [kg]	21,64 ± 11,34	11,93 ± 8,53 K_{DPS}	18,40 ± 11,39	28,69 ± 8,78 K_{DPS}	26,93 ± 9,14 M_{DPS}	28,18 ± 8,84 $RAZEM_{DPS}$
FFM [kg]	42,66 ± 5,94	50,93 ± 10,16 K_{DPS}	45,41 ± 8,49	44,96 ± 6,65	60,42 ± 8,68 M_{DPS}, K_K	49,54 ± 10,15 $RAZEM_{DPS}$
TBW [kg]	29,25 ± 4,57	36,08 ± 7,12 K_{DPS}	31,53 ± 6,37	32,37 ± 4,79 K_{DPS}	43,50 ± 6,24 M_{DPS}, K_K	35,67 ± 7,30 $RAZEM_{DPS}$
BMI [kg/m^2]	26,64 ± 5,99	22,71 ± 4,94 K_{DPS}	25,33 ± 5,92	29,66 ± 5,44 K_{DPS}	31,16 ± 5,04 M_{DPS}	30,10 ± 5,32 $RAZEM_{DPS}$
GDS [pkt]	11,22 ± 5,86	11,16 ± 6,98	11,20 ± 6,27	8,95 ± 6,07	8,00 ± 6,19	8,67 ± 6,06 $RAZEM_{DPS}$
Barthel [pkt]	83,21 ± 18,47	68,06 ± 23,08 K_{DPS}	77,28 ± 21,49	-	-	-

MC – masa ciała, PBF – procentowa zawartość masy tkanki tłuszczowej, FM – masa tkanki tłuszczowej, FFM – beztłuszczowa masa ciała, TBW – całkowita zawartość wody, BMI – Body Mass Index, GDS – punktacja Geriatrycznej Skali Depresji; poziom istotności statystycznej * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Wykazano, że seniorzy z DPS byli istotnie statystycznie starsi ($p < 0,01$) i lżejsi ($p < 0,001$) w porównaniu do grupy odniesienia. Analizując wyniki uzyskane za pomocą GDS wykazano, że w grupie mieszkańców DPS średnia wartość punktowa była istotnie wyższa ($11,20 \pm 6,27$) niż wśród seniorów z grupy odniesienia ($8,67 \pm 6,06$) i wskazywała na występowanie poziomu lekkiej depresji wśród pensjonariuszy DPS. Poddając analizie zmienne dotyczące składu ciała wykazano, że zarówno kobiety jak i mężczyźni zamieszkujący DPS osiągalni istotnie niższe średnie wartości badanych parametrów w porównaniu do grupy kontrolnej. Jedynie w obrębie grupy kobiet nie wykazano istotnej różnicy dla zawartości beztłuszczowej masy ciała (Tabela I).

Wartości wskaźnika wagowo-wzrostowego BMI (ang. *Body Mass Index*) również wskazywały na istot-

ne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami ($p < 0,001$). Normy wskaźnika BMI dla osób starszych różnią się od tych przyjętych dla młodszych grup wiekowych. Przyjmując zatem wytyczne ustalone przez Committee on Diet and Health [10] średnie wartości wskaźnika BMI uzyskane przez mieszkańców DPS wskazywały na normę ($25,33 \pm 5,92$) podczas gdy wśród seniorów z grupy odniesienia wskaźnik BMI utrzymywał się średnio na poziomie obrazującym nieznaczną nadwagę ($30,10 \pm 5,32$). Rozpatrując sprawność funkcjonalną mieszkańców DPS, w oparciu o wyniki w skali punktowej Barthel, można stwierdzić istotnie wyższy jej poziom, wskazujący tym samym na większą samodzielność kobiet ($83,21 \pm 18,47$) w porównaniu do mężczyzn ($68,06 \pm 23,08$). Zaobserwowano słabą, jednak istotną ($p < 0,05$) dodatnią korelację pomiędzy oceną

Tabela II. Wyniki korelacji pomiędzy oceną stanu funkcjonalnego za pomocą Skali Barthel a parametrami antropometrycznymi oraz punktami GDS

Table II. Results of the correlation between the assessment of the functional status using the Barthel Scale and anthropometric parameters and GDS points

	K_{DPS} (n = 40)	M_{DPS} (n = 20)	RAZEM $_{DPS}$ (n = 60)
Wiek [l]	0,34	-0,17	0,19
Wysokość ciała [cm]	0,07	0,24	-0,10
MC [kg]	0,10	0,22	0,15
PBF [%]	0,25	0,05	0,36*
FM [kg]	0,16	0,14	0,32*
FFM[kg]	-0,05	0,22	-0,17
TWB [kg]	-0,13	0,15	-0,21
BMI [kg/m ²]	0,11	0,10	0,21
GDS [pkt]	-0,40	-0,11	-0,27

MC – masa ciała, PBF – procentowa zawartość masy tkanki tłuszczowej, FM – masa tkanki tłuszczowej, FFM – beztłuszczowa masa ciała, TBW – całkowita zawartość wody, BMI – Body Mass Index, GDS – punktacja Geriatrycznej Skali Depresji; poziom istotności statystycznej * $p < 0,05$

Tabela III. Wyniki korelacji pomiędzy punktami GDS a parametrami antropometrycznymi

Table III. Results of the correlation between GDS points and anthropometric parameters

	Mieszkańcy DPS			Grupa kontrolna		
	K_{DPS} n = 40	M_{DPS} n = 20	RAZEM $_{DPS}$ n = 60	K_K n = 38	M_K n = 16	RAZEM $_K$ n = 54
Wiek [l]	-0,02	-0,19	-0,02	0,20	0,50	0,28*
Wysokość ciała [cm]	0,07	0,04	0,04	-0,07	0,26	-0,05
MC [kg]	-0,07	0,12	0,02	0,03	0,06	0,01
PBF [%]	-0,17	0,23	0,03	-0,003	-0,22	0,05
FM [kg]	-0,001	0,23	0,09	0,02	-0,09	0,01
FFM[kg]	-0,16	0,02	-0,11	0,04	0,06	-0,02
TWB [kg]	-0,15	-0,02	-0,06	0,04	0,06	-0,02
BMI [kg/m ²]	-0,11	0,12	-0,02	0,09	-0,09	0,04

MC – masa ciała, PBF – procentowa zawartość masy tkanki tłuszczowej, FM – masa tkanki tłuszczowej, FFM – beztłuszczowa masa ciała, TBW – całkowita zawartość wody, BMI – Body Mass Index, GDS – punktacja Geriatrycznej Skali Depresji; poziom istotności statystycznej * $p < 0,05$

funkcjonalną mieszkańców DPS a średnią zawartością tkanki tłuszczowej w ich organizmie (Tabela II). Nie odnotowano istotnych korelacji pomiędzy nasileniem zaburzeń depresyjnych w postaci uzyskanych punktów GDS a poszczególnymi parametrami analizy składu ciała badanych. Średnia punktów GDS korelowała dodatnio, w sposób słaby, choć istotny, z wiekiem seniorów niekorzystających z instytucjonalnej opieki DPS (Tabela III). Wyniki badań nie wykazały również istotnych zależności pomiędzy nasileniem zaburzeń depresyjnych a stanem funkcjonalnym mieszkańców DPS (Tabela II). Analizując wyniki w tym zakresie można jedynie zaobserwować pewną tendencję, która wskazuje na większą samodzielność funkcjonalną osób wykazujących niższy poziom zaburzeń depresyjnych.

Omówienie

Według aktualnych badań statystycznych można uznać, że społeczeństwo polskie starzeje się, gdyż stale wzrasta odsetek osób po 65. roku życia [11]. Z biologicznego punktu widzenia starzenie jest procesem fizjologicznym i nieuniknionym, który wiąże się z występowaniem wielu zmian inwolucyjnych związanych ze zmianami w strukturze i funkcji komórek oraz zmian nabytych rozwijających się wraz z wiekiem. Zmiany te zachodzą w stosunku do wszystkich układów i narządów organizmu człowieka, prowadząc ostatecznie do niepełnosprawności. Sprawność funkcjonalna to umiejętność bycia niezależnym, samodzielnym pod kątem wykonywania podstawowych czynności życiowych. Na stan tej sprawności ma wpływ wiele czynników zarówno zdrowotnych jak i społeczno-demograficznych, wśród których ogromną rolę odgrywa wiek. Wnikliwa, holistyczna ocena stanu fizycznego oraz psychospołecznego seniorów jest zatem podstawą do zapewnienia im odpowiedniej opieki [12]. Nieliczne badania stanu funkcjonalnego osób starszych wykazują na postępujące trudności w czynnościach dnia codziennego wśród mieszkańców domów opieki [13]. Wyniki badań własnych w zakresie średniej punktacji Skali Barthel dla mieszkańców DPS, klasyfikowały ich stan jako średnio ciężki. Wyniki prowadzonych badań nie wykazały istotnych zależności pomiędzy wiekiem a sprawnością funkcjonalną mieszkańców DPS. Wykazano natomiast ogólny wyższy poziom samodzielności kobiet w stosunku do mężczyzn (Tabela III). Odnotowano natomiast słabą, choć istotną, dodatnią korelację pomiędzy poziomem sprawności funkcjonalnej a zawartością tkanki tłuszczowej u rezydentów DPS. Biorąc pod uwagę wartość średnią wskaźnika BMI mieszczącą się w normie dla danej grupy wiekowej uzyskany u mieszkańców DPS, można przypuszczać, że niższa sprawność

funkcjonalna mogła być związana z ich niedożywieniem. Typową cechą wielochorobowości w wieku starszym jest współwystępowanie chorób somatycznych wraz z zaburzeniami natury psychicznej. W badaniach PolSenior [14] z 2012 roku przeprowadzono wśród liczącej 4608 osób populacji powyżej 55 roku życia, analizę poziomu depresji za pomocą kwestionariusza 15-punktowej skali GDS. Wyniki wykazały, że znaczące objawy depresyjne pojawiały się niemal u co piątej osoby w wieku 55-59 lat oraz u prawie 30% osób po 65. roku życia. Nasilenie objawów depresyjnych wzrastało wraz z wiekiem. W badaniach całej populacji wykazano, że to kobiety częściej cierpią na zaburzenia depresyjne w stosunku do mężczyzn. Nie uzyskano natomiast tak jednoznacznych wyników w przypadku analizy osób w starszym wieku, co potwierdza wyniki badań własnych (Tabela I). Przytoczone wcześniej badania PolSeniorale także wyniki badań Koczorowskiego i wsp. [15] wskazują na częstsze występowanie depresji wśród osób starszych zamieszkujących zbiorowe gospodarstwa domowe w tym domy opieki, w porównaniu do ich samotnie mieszkających równoletków. Zależności pomiędzy wpływem stanu sprawności funkcjonalnej na nasilenie zaburzeń depresyjnych wśród osób starszych w tym również mieszkańców DPS nie są jasne. Wyniki tych badań, tak jak i wyniki badań własnych, z reguły wskazują na zależność, zgodnie z którą wraz ze zdiagnozowaniem silniejszych zaburzeń depresyjnych odnotowywano niższy poziom samodzielności funkcjonalnej osób starszych [12,16-18]. Nie zawsze były to korelacje istotne statystycznie, jednak brak istotności mógł być wynikiem różnej liczby badanych, bądź wykorzystaniem zróżnicowanych narzędzi badawczych. Dla potwierdzenia wykazanej tendencji należałoby przeprowadzić badania populacyjne.

Wnioski

Charakter aktywności i opieki związanej z miejscem zamieszkania osób w wieku podeszłym może mieć wpływ na nasilenie występowania wśród nich zaburzeń depresyjnych a także na parametry składu ich ciała. Wzajemnie oddziałujące na siebie sfery funkcjonowania fizycznego oraz psychicznego oraz częstość występowania zaburzeń depresyjnych wśród osób starszych skłaniają do wprowadzenia badań przesiewowych w kierunku ich wczesnego wykrycia oraz wdrożenia odpowiedniego działania terapeutycznego a także prewencyjnego dla zachowania jak największej samodzielności funkcjonalnej osób starszych.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Piśmiennictwo/References

1. Andersson D, Magnusson H, Carstensen J, et al. Co-morbidity and health care utilisation five years prior to diagnosis for depression. A register-based study in a Swedish population. *BMC Public Health*. 2011;11:552.
2. Kocemba J. Chorowanie w okresie starości. W: Grodziecki T, Kocemba J, Skalska A, (red.). *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Wydaw. Via Medica; 2007. s. 62.
3. Skalska A. Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku. *Public Health Management*. 2011;9(1):50-9.
4. Pitek E. Wielochorobowość u pensjonariuszy domu pomocy społecznej. *Piel Zdr Publ*. 2012;2(2):95-101.
5. Wieczorowska-Tobis K. Geriatrya i Gerontologia, Specyfika pacjenta starszego. W: Wieczorowska-Tobis K, Kostka T (red.). *Fizjoterapia w geriatryi*. Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL; 2010. ss. 18-27.
6. Luijendijk HJ, den Berg JF, Dekker MJHJ, et al. Incidence and recurrence of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(12):1394-401.
7. Smith DJ, Griffiths E, Kelly M, et al. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *Brit J Psychiat*. 2011;199(1):49-56.
8. Kałucka S. Cechy depresji w wieku podeszłym- etiologia, rozpoznawanie i leczenie. *Geriatrya* 2014; 8: 240-247.
9. Szrajber B, Marchewka A, Adamczewski T i wsp. Analiza oceny funkcjonalnej pacjentów po przebytej śpiączce pourazowej. *Kwart Ortop*. 2011;4:425-35.
10. Ożga E, Małgorzewicz M. Ocena stanu odżywienia osób starszych. *Geriatrya*. 2013;7:98-103.
11. Szczewczyzak M, Stachowska M, Talarska D. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Now Lek*. 2012;81(1):96-100.
12. Płaszewska-Żywko L, Brzuzan P, Malinowska-Lipień I i wsp. Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. *Probl Hig Epidemiol*. 2008;89(1):62-6.
13. McConell ES, Pieper CF, Sloane RJ, et al. Effects of cognitive performance on change in physical function in long-stay nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58A:60-7.
14. Klich-Rączka A, Siuda J, Piotrowicz K i wsp. Występowanie objawów depresyjnych u osób w starszym wieku W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red.). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia; 2012. 5:123-137.
15. Koczorowski R, Jundziłł-Bieniek E. Środowiskowe uwarunkowania zaburzeń psychopatologicznych u osób powyżej 65 roku życia. *Protet Stomatol*. 2010; LX,3:162-9.
16. Broczek K, Mossakowska M, Szybalska A i wsp. Występowanie zaburzeń depresyjnych u osób starszych. W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P, red. *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2012. ss. 123-135.
17. Chang M, Phillips C, Coppin AK, et al. An association between incident disability and depressive symptoms over 3 years of follow-up among older woman: the Women's Health and Aging Study. *Aging Clin Exp Res*. 2009;21:191-7.
18. Everson SA, Skarupski KA, Bienias JL, et al. Do depressive symptoms predict declines in physical performance in an elderly, biracial population? *Psychosom Med*. 2005;67:609-15.