

Problemy zdrowotne i choroby wieku starczego

Health problems and diseases of old age

Dorota Trybusińska, Aneta Joanna Musiał, Małgorzata Chmielewska

Katedra Pielęgniarstwa Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu

Streszczenie

Starzenie się społeczeństwa jest procesem dostrzegalnym we wszystkich krajach świata, z licznymi tego konsekwencjami, w tym zdrowotnymi. Wśród populacji osób w wieku podeszłym dużo częściej występują choroby przewlekłe, upośledzenia fizyczne, choroby psychiczne. Wielochorobowość jako zjawisko globalne stało się normą a nie wyjątkiem w wielu populacjach. Ponad połowa seniorów odczuwa dolegliwości z powodu trzech lub więcej chorób przewlekłych. Charakterystyczne dla osób w podeszłym wieku jest występowanie wielkich problemów geriatrycznych. Problemy zdrowotne ludzi starszych wymagają wzmocnienia profilaktyki zdrowotnej, zapobiegania chorobom wieku ich wczesnego wykrywania, ale również edukacji prozdrowotnej. (Gerontol Pol 2021; 29; 39-43) doi: 10.53139/GP.20212906

Słowa kluczowe: starzenie się, wielochorobowość, problemy zdrowotne, wiek geriatryczny

Abstract

Ageing of populations is a process that is clearly visible throughout the world and it triggers numerous consequences, including health consequences. Chronic diseases, physical impairments, and mental illnesses are much more common among the elderly population. Multimorbidity as a global phenomenon has become the norm rather than an exception in many populations. More than half of seniors are affected by three or more chronic diseases. Occurrence of major geriatric problems is characteristic of the elderly. Prevention of the old age diseases of and their early detection, as well as pro-health education. (Gerontol Pol 2021; 29; 39-43) doi: 10.53139/GP.20212906

Keywords: ageing, multimorbidity, health problems, geriatric age

Wstęp

Starzenie się społeczeństwa jest procesem dostrzegalnym we wszystkich krajach świata, z licznymi tego konsekwencjami, w tym zdrowotnymi. Europa, jako „stary kontynent”, jest najbardziej zagrożona zjawiskiem starzejącego się społeczeństwa, a istotne zmiany demograficzne widoczne są także w Polsce [1]. Według prognoz Eurostatu ludność Unii Europejskiej (UE) w wieku 65 lat i starszych ulegnie zwiększeniu z 19,2% populacji w roku 2016 do 25,7% w roku 2035. W latach 2005-2016 udział osób starszych w UE zwiększył się z poziomu 2,6% z lat 1995-2005 do 3,2% [2].

Zdrowie determinuje jakość życia człowieka. Dzięki niemu istnieje możliwość zaspokajania swych potrzeb oraz podtrzymywania więzi i komunikacji ze środowiskiem społecznym. Ułatwia ono realizowanie osobistych planów, zarówno w sferze pełnionych ról, jak i pozwala

jednostce uczestniczyć w życiu kulturalnym oraz w zajęciach rekreacyjno – sportowych. Zdrowie jest szczególnie istotne dla osób w podeszłym wieku, ponieważ determinuje funkcjonowanie człowieka na poziomie fizjologicznym, psychologicznym i społecznym [3].

Specyfika problemów zdrowotnych pacjentów w starszym wieku

Z badań Młynarskiej, Rudnickiej-Drożak i wsp. [4] wynika, że zdrowie w opinii osób powyżej 65 roku życia to przede wszystkim wartość i stan, zaś jako cel znalazło się na odległej pozycji. W opinii badanych, zarówno kobiet jak i mężczyzn, w każdej grupie wiekowej zdrowie to: „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „czuć się dobrze” oraz „mieć sprawne wszystkie części ciała”.

Adres do korespondencji / Correspondence address: ✉ Małgorzata Chmielewska; Katedra Pielęgniarstwa Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. K. Pułaskiego w Radomiu; ul Chrobrego 27, 26-600 Radom ☎ (+48) 608 127 608 📧 m.chmielewska@uthrad.pl

Wśród populacji osób w wieku podeszłym dużo częściej występują choroby przewlekłe, upośledzenia fizyczne, choroby psychiczne [5]. Osoby ≥ 60 roku życia cierpią na przynajmniej jedną chorobę przewlekłą w 73%, zaś wśród osób powyżej 70 roku życia to już ponad 84% [6]. Wielochorobowość jako zjawisko globalne stało się normą a nie wyjątkiem w wielu populacjach [7], wiąże się ze zwiększoną śmiertelnością [8], niższą jakością życia [9] oraz wzmożonym zapotrzebowaniem na usługi medyczne, w tym nieplanowane przyjęcia do szpitala [10], a tym samym generuje wyższe koszty opieki zdrowotnej [11,12]. Ponad połowa seniorów odczuwa dolegliwości z powodu trzech lub więcej chorób przewlekłych, co powoduje, że każdy z nich ma swój indywidualny obraz chorobowy [13].

Raport Światowej Organizacji Zdrowia „World report on Ageing and Health” z 2015 roku wskazuje, że w siedmiu krajach o wysokich dochodach wielochorobowość dotyczyła ponad połowy osób starszych. Podczas analizy danych z osiemnastu europejskich państw wskazano, że wielochorobowość jest zdefiniowana jako posiadanie dwóch lub więcej chronicznych chorób, a największy wzrost zachorowalności występuje w dwóch okresach: pomiędzy 50 a 60 rokiem życia oraz po 75 roku życia. Pod uwagę wzięto: chorobę niedokrwienną serca, wysokie ciśnienie krwi, udar, cukrzycę, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, astmę, zapalenie stawów, osteoporozę, chorobę nowotworową, chorobę Parkinsona, chorobę Alzheimera i inne demencje. Ponadto dostrzeżono, że zakażenie wirusem HIV zwiększa ryzyko wystąpienia wielu chorób. Badania w krajach o wysokim dochodzie sugerują, że osoby zakażone mają nawet pięciokrotnie większe ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych i zespołów geriatrycznych nawet u ludzi, u których infekcja jest dobrze leczona [14].

Badania Salive [15] ukazują powiązanie wielochorobowości z wiekiem pacjentów. Przeanalizował on sytuację zdrowotną prawie 31 milionów beneficjentów włączonych do programu Medicaid w Stanach Zjednoczonych. Analiza dotyczyła 15 chorób uznanych za powszechne. Wzmożona chorobowość dotyczyła 50% osób w wieku poniżej 65 lat, w przedziale wieku 65 – 74 lata to już 62%, zaś przedziale 75 – 84 lata to 75,7%, dla osób w wieku 85 lat i więcej to 81,5%. Z badań przeprowadzonych w Hiszpanii wśród społeczności w wieku powyżej 85 lat wynika, że więcej niż jedno schorzenie posiadało 95,1% badanych [16], zaś 67% w wieku 65 lat lub starszych [17]. W badaniach pochodzących z Holandii zaobserwowano, że częstość występowania chorób przewlekłych jest wyższa w przypadku kobiet i wyższych grup wiekowych. Wśród pacjentów w wieku

75 lat i starszych 59% miało więcej niż jedną przewlekłą chorobę [18].

Według badań przeprowadzonych przez Wang i jego zespół w południowych Chinach [19] wśród osób w wieku 60 lat i więcej najczęstszą dolegliwością było nadciśnienie tętnicze (44,9%), ból przewlekły (27%), cukrzyca (16,8%) i hiperlipidemia (13,9%). Ponadto dostrzeżono różnice w zależności od płci w niektórych chorobach. Kobiety częściej zgłaszały nadciśnienie, cukrzycę, ból przewlekły i choroby kości, u mężczyzn częściej występował udar mózgu. Badania pochodzące z Iranu ukazują, że wśród osób starszych w wieku 60 lat i więcej, najczęstszymi chorobami przewlekłymi były problemy ze stawami (78,9%), zaburzenia czucia (64,1%) oraz nadciśnienie tętnicze (56,6%) [20]. W Kanadzie wśród osób w wieku 100 lat i więcej najczęściej zgłaszane deficyty zdrowotne obejmowały upośledzenie funkcji poznawczych, upośledzenie fizyczne, depresję oraz dysfunkcje pęcherza moczowego [21].

Jak wynika z badań Głównego Urzędu Statystycznego długotrwałe problemy zdrowotne dotyczą 85% osób po 60 roku życia i 90% osób w grupie najstarszych ludzi w Polsce. Średnia liczba schorzeń przypadająca na jedną osobę w grupie 60 – 69 lat to 3,1 choroby, w kolejnej dekadzie to 4,1, zaś w wieku 80 lat i więcej to 4,5 choroby. Wśród schorzeń występujących po 60 roku życia wymienianych przez respondentów największą grupą były choroby układu krążenia a wśród nich nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa prowadząca do zawału serca; choroby stawów; cukrzyca; dolegliwości ze strony układu moczowego i prostaty. Najstarszym seniorom zagrażała depresja i udar mózgu [22].

Choroby przewlekłe, u 85% osób powyżej 60 roku życia, są główną przyczyną niepełnosprawności. Badania przeprowadzone w Polsce na grupie 504 osób w wieku 65 lat i więcej wymieniają wśród chorób powodujących utratę samodzielności w codziennym funkcjonowaniu: niewydolność krążenia, udar mózgu, miażdżycę, astmę oskrzelową, cukrzycę, chorobę zwyrodnieniową stawów, chorobę Parkinsona i chorobę Alzheimera [6].

Badania PolSenior przeprowadzone na około 50 tysięcznej grupie polskich seniorów pokazały, że znaczna większość populacji sygnalizuje posiadanie więcej niż jednego schorzenia. Jednak zjawisko wielochorobowości najbardziej narasta pomiędzy 70 a 84 rokiem życia. Upadki zgłaszało 25% badanych, są one związane z urazami, które prowadzą do niepełnosprawności. Wśród przyczyn upadków respondenci zgłaszali depresję, zaburzenia poznawcze oraz utratę sprawności fizycznej. Nadciśnienie tętnicze dotyczyło zarówno kobiet, jak i mężczyzn, kolejno 78% i 72%. Cukrzycę zdiagnozowano u 22% populacji, otyłość to problem 28% męż-

czyzn i 40% kobiet, zaś otyłość trzewną zgłaszało 73% mężczyzn i 87,2% kobiet. Przewlekła choroba nerek jest najczęściej nierozpoznaną chorobą wśród osób po 65 roku życia, dotyczy ona 25% kobiet i 28% mężczyzn w wieku 65 – 69 lat. Jednak wraz z wiekiem zjawisko to narasta i po 90 roku życia dotyczy 66% kobiet i 72% mężczyzn. Ponad połowa seniorów nie ma własnych zębów, a u 40% z nich występuje niedobór witaminy D [23]. Choroba zwyrodnieniowa stawów dotyka 60% osób po 60 roku życia [24]. Większość kobiet w zaawansowanym wieku cierpi z powodu przewlekłego bólu (76%) i zgłasza poważne problemy geriatryczne (niedosłuch – 81%, zaburzenia widzenia – 69%, nietrzymanie moczu – 60%) [25].

Zmiany zachodzące w organizmie związane z procesem starzenia się oraz choroby współistniejące powodują, że niezależność seniorów jest często ograniczona [26]. To pogorszenie zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego, jest najczęstszą przyczyną szukania przez seniorów pomocy u innych osób lub opieki instytucjonalnej [27].

Wielochorobowość dotyka również pensjonariuszy domów pomocy społecznej.

Badania z domu spokojnej starości z Serbii wskazują, że ponad dwie trzecie respondentów (68,8%) zgłosiło, że są aktualnie chorzy, a prawie połowa z nich (48,8%) miała choroby układu krążenia, 18,5% choroby układu mięśniowo – szkieletowego, 9,6% choroby układu endokrynnego i 5,9% respondentów posiadało chorobę neurologiczną [28].

Zaparcia dotyczą ponad 70% osób mieszkających w domach opieki. Mimo, że są rozpoznane w 95% przypadków, choroba jest kontrolowana tylko w połowie tej grupy. Niedrożność przewodu pokarmowego może wystąpić u prawie 50% osób z nieleczonymi zaparciami [29].

Zdecydowana większość mieszkańców domów spokojnej starości przyjmuje leki stosowane w chorobach układu sercowo-naczyniowego (81%), kolejna grupa to leki stosowane w chorobach układu nerwowego (42%) i leki przeciwcukrzycowe (34%). Badający te zagadnienia kładą nacisk na konieczność dokonywania okresowych przeglądów przyjmowanych przez seniora leków, aby zminimalizować działania niepożądane związane z niewłaściwą farmakoterapią [30].

Najczęstsze choroby zgłaszane przez rezydentki 4 domów opieki w Polsce to kolejno: nadciśnienie tętnicze (54,2%), miażdżycy uogólniona (53,5%), choroba niedokrwienności serca (47,4%), osteoporoza (41,6%) przewlekła niewydolność serca (39%) [31]. W badaniach Zboiny [32] najczęściej zgłaszanymi i najbardziej znaczącymi były choroby układu ruchu, które przyczyniają się do

rozwoju niepełnosprawności. Badania z województwa śląskiego ukazują, że nasilenie objawów depresji w stopniu umiarkowanym lub ciężkim występowało u ponad 30 % ankietowanych [33]. Analiza badań przeprowadzonych na grupie 195 starszych mieszkańców domów pomocy społecznej w Lublinie wskazują, że kobiety są sprawniejsze w porównaniu z mężczyznami. Wiek pacjentów ma istotny wpływ na ich poziom sprawności – im starszy pensjonariusz, tym gorsza jego kondycja. Badacze zwrócili dodatkowo uwagę na kondycję psychospołeczną, która była tym lepsza, im wyższy poziom edukacji uzyskał badany [34]. Badania z województwa dolnośląskiego potwierdzają zjawisko wielochorobowości wśród mieszkańców DPS. Na jednego mieszkańca po 60 roku życia w badanej placówce, przypadało około 4 chorób przewlekłych. Najczęściej dotykające ich schorzenia to choroby układu krążenia (80%), a wśród nich: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienności serca, niewydolność serca i miażdżycy. Następnie choroby narządu ruchu (67,1%), choroby układu nerwowego (54,3%) i choroby psychiczne (53%). Badaczka zwróciła uwagę na ścisły związek wielochorobowości z wielkimi zespołami geriatrycznymi. Im większa liczba chorób współistniejących, tym większa liczba problemów geriatrycznych [35]. Są one wieloprzyczynowe, często współistniejące ze sobą, trudne do leczenia oraz obniżające jakość życia seniorów. Stanowią one częstszą przyczyną hospitalizacji, utraty samodzielności.

Działania na rzecz poprawy stanu zdrowia starszego społeczeństwa

Problemy zdrowotne ludzi starszych wymagają wzmocnienia profilaktyki zdrowotnej, zapobiegania chorobom wieku starszego i ich wczesnego wykrywania, ale również edukacji prozdrowotnej. Działania na rzecz poprawy stanu zdrowia ludzi starszych oraz jakości życia muszą uwzględniać zmiany na poziomie polityki zdrowotnej państwa oraz wzmocnienia solidarności międzypokoleniowej, umacniania poczucia odpowiedzialności za ludzi starszych zarówno wśród członków rodziny, jak i poza nią [23].

Podsumowanie

Obecnie ponosimy cenę rozwoju cywilizacyjnego, którą jest między innymi wzrost populacji osób starszych w społeczeństwie. Wiek Podeszły (sędziwy) stanowi główny czynnik ryzyka wielu chorób, które występują często jednocześnie. Jedynie niewielki odsetek

ludzi w podeszłym wieku cieszy się względnym zdrowiem. Osoby w wieku geriatrycznym borykają się z pogorszeniem stanu zdrowia, to zaś prowadzi do obniżenia jakości ich życia. Starość, która jest naturalnym etapem życia człowieka, łączy się z obniżeniem potencjału zdrowotnego i w konsekwencji powstaniem pewnych objawów, które, w powiązaniu z istniejącą lub pojawiającą się chorobą przewlekłą, prowadzą do dyskomfortu życia. Konsekwencją tego są coraz większe problemy zdrowotne osób w wieku podeszłym w istotny sposób wpływające na ich funkcjonowanie, samodzielność i samopielęgnowanie. Zdecydowana większość osób starszych cierpi na więcej niż jedno schorzenie. Jednym ze

sposobów jej zapobiegania jest wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej Kompleksowej Oceny Geriatrycznej, pozwalającej ocenić pole największych zagrożeń i włączyć odpowiednie postępowanie. Konieczne wydaje się również wypracowanie zmian na poziomie polityki zdrowotnej państwa oraz środowiska lokalnego seniora. WHO zwraca uwagę, że długie życie bez jakości życia, jest tylko pustą nagrodą, życie w zdrowiu jest ważniejsze niż jego długość [36].

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo/References

1. Cybulski M, Cybulski Ł, Krajewska-Kułak E i wsp. Ocena opieki geriatrycznej przez osoby w podeszłym wieku w wybranych krajach Europy Środkowo – Wschodniej. *Gerontol Pol.* 2016;24:269-277.
2. Główny Urząd Statystyczny. Sytuacja osób starszych w wybranych obszarach życia społeczno-gospodarczego w krajach Unii Europejskiej, 2017. <https://stat.gov.pl> [3.08.2020].
3. Błaszczuk K, Rynkowska D. Zdrowie seniorów wobec czynników ryzyka. W: Stawiak-Ososińska M, Szplit A (red). *Historyczno-społeczne aspekty starzenia się i starości*. Kielce: Agencja Reklamowa TOP; 2014:180-8.
4. Młynarska M, Rudnicka-Drożak E, Nowicki G i wsp. Pojęcie zdrowia w opinii osób powyżej 65 roku życia. *Gerontol Pol.* 2015;1:11-8.
5. Shrivastava SRBL, Shrivastava PS, Ramasamy J. Health – Care of Elderly: Determinants, Needs and Services. *Int J Prev Med.* 2013 4(10):1224-5.
6. Wróblewska I, Zborowska I, Dąbek A i wsp. Health Status, Health Behaviors, and the Ability to Perform Everyday Activities in Poles Aged ≥ 65 Years Staying in Their Home Environment. *Clin Interv Aging.* 2018;13:355-63.
7. Afshar S, Roderick PJ, Kowal P, Dimitrov BD i wsp. Multimorbidity and the Inequalities of Global Ageing: A Cross – Sectional Study of 28 Countries Using the World Health Surveys. *BMC Pub Health.* 2015;15:391.
8. Marengoni A, Angleman S, Melis R i wsp. Aging with Multimorbidity: A Systematic Review of the Literature. *Ageing Res Rev.* 2011;10: 430-9.
9. Agborsangaya CB, Lau D, Lahtinen M i wsp. Health – Related Quality of Life and Healthcare Utilization in Multimorbidity: Results of a Cross – Sectional Survey. *Qual Life Res.* 2013;22:791-9.
10. Payne RA, Abel GA, Guthrie B i wsp. The Effect of Physical Multimorbidity, Mental Health Conditions and Socioeconomic Deprivation on Unplanned Admissions to Hospital: A Retrospective Cohort Study. *CMAJ.* 2013;185:221-8.
11. Brilleman SL, Purdy S, Salisbury C i wsp. Implications of Comorbidity for Primary Care Costs in the UK: A Retrospective Observational Study. *Br. J. Gen. Pract.* 2013;63:274-82.
12. France EF, Wyke S, Gunn JM i wsp. Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Prospective Cohort Studies. *Br. J. Gen. Pract.* 2012;62:297-307.
13. Piotrowicz K. Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością – podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego. *Gerontol Pol.* 2013;21(3):63-72.
14. World Health Organization, World report on Ageing and Health, Luxembourg 2015. <http://apps.who.int/> [18.04.2020].
15. Salive ME, Multimorbidity in Older Adults, *Epidemiol Rev* 2013;35(1):75-83.
16. Formiga F, Ferrer A, Sanz H, i wsp. Patterns of Comorbidity and Multimorbidity in the Oldest Old: the Octabaix Study. *Eur J Intern Med.* 2013;24(1) 40-4.
17. Prados-Torres A, Poblador-Plou B, Calderón-Larrañaga A i wsp. Multimorbidity Patterns in Primary Care: Interactions Among Chronic Diseases Using Factor Analysis. *PLoS One* 2012;7(2):e32190.

18. Oostrom SH, Picavet HS, van Gelder BM, i wsp. Multimorbidity and Comorbidity in the Dutch Population – Data from General Practices. *BMC Public Health*. 2012;12:715.
19. Wang XX, Lin WQ, Chen XJ i wsp. Multimorbidity Associated with Functional Independence Among Community – Dwelling Older People: a Cross – Sectional Study in Southern China, *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15:73.
20. Mofard ZP, Jahantigh M, Arbabisarjou A. Helth Promotion Behaviors and Chronic Diseases of Aging in the Elderly People of Iranshahr – IR Iran. *Glob J Health Sci*. 2016;8(3):139-45.
21. Freeman S, Armstrong JJ, Tyas SL, i wsp. Clinical Characteristics and Patterns of Health Deficits of Centenarians Receiving Home Care and Long – Term Care Services. *Exp Gerontol*. 2017;1, 99:46-52.
22. Główny Urząd Statystyczny: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r. Warszawa 2016. <https://stat.gov.pl/> [20.04.2020:58-79].
23. Mossakowska M. Problemy zdrowotne osób w wieku podeszłym – wnioski z projektu PolSenior. W: Samoliński B, Raciborski F (red.). *Zdrowe starzenie się. Biała Księga*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2013:49-54.
24. Zasadzka E, Wieczokowska-Tobis K. Zmiany w układzie ruchu w procesie starzenia się. *Gerontol Pol*. 2014;3:161-5.
25. Pinkas J, Gujski M, Humeniuk E i wsp. State of Health and Quality of Life of Women at Advanced Age. *Med Sci Monit*. 2016;22:3095-105.
26. Khaje-Bishak Y, Payahoo L, Pourghasem B, i wsp. Assessing the Quality of Life in Elderly People and Related Factors in Tabriz, Iran. *J Caring Sci*. 2014;3(4):257-63.
27. Wilkinson-Meyers L, Brown P, McLean C i wsp. Met and Unmet Need for Personal Assistance Among Community – Dwelling New Zealanders 75 years and over. *Health Soc Care Commun*. 2014;22(3):317-27.
28. Canković S, Nikolić EA, Jovanović VM i wsp. Quality of Life of Elderly People Living in a Retirement Home. *Vojnosanit Pregl*. 2016 73(1):42-6.
29. Rey E, Barcelo M, Cebrián MJ, Alvarez-Sanchez A i wsp. Nation – Wide Study of Prevalence and Risk Factors for Fecal Impaction in Nursing Homes. *PLoS One*. 2014;9(8):e105281.<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0105281> [14.05.2021].
30. Hasan SS, Kow CS, Verma RK i wsp. An Evaluation of Medication Appropriateness and Frailty Among Residents of Aged Care Homes in Malaysia: A Cross – Sectional Study. *Medicine (Baltimore)*. 2017. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28858118/> [15.05.2021].
31. Wróblewska I, Steciwko A. Różnice i podobieństwa w sprawowanej opiece nad osobami starszymi przebywającymi w ośrodkach opieki w Polsce i we Francji. *Gerontol Pol*. 2012;20(1):22-27.
32. Zboina B, Bińczak K, Korzonek M i wsp. Wpływ sprawności funkcjonalnej na częstość występowania depresji wśród pensjonariuszy placówek pomocy społecznej. *Zdrowie i Dobrostan*, 1/2014. *Dobrostan i zespół*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe Neuro Centrum; 2014:127-45.
33. Nowak-Kapusta Z, Franek G, Leszczyńska K i wsp. Charakterystyka wybranych elementów sytuacji społeczno – zdrowotnej mieszkańców domów pomocy społecznej z uwzględnieniem występowania u nich objawów depresji. *Gerol Pol*. 2017;25:5-11.
34. Fidecki W, Wysokiński M, Skupiński K i wsp. Elements of the Comprehensive Geriatric Assessment of Seniors Staying in Social Welfare Homes. *Gerontol Pol*. 2016;24:26-31.
35. Pitek E. Wielochorobowość u pensjonariuszy domu pomocy społecznej. *Piel. Zdr. Publ*. 2012; 2 (2): 95-101.
36. Noale M, Limongi F, Scafato E, Maggi S, Crepaldi G. Longevity and Health Expectancy in an Ageing Society: Implications for Public Health in Italy. *Ann Ist Super Sanita*. 2012;48(2):292-99.