

AGNIESZKA BARTOSZEK¹, KATARZYNA KOCKA¹, BARBARA ŚLUSARSKA¹, ADRIAN BARTOSZEK², GRZEGORZ NOWICKI¹, ALINA DELUGA¹, KATARZYNA PRZEPIÓRKA³

Sprawność funkcjonalna oraz wydarzenia życiowe a natężenie symptomów depresji wśród seniorów mieszkających w środowisku domowym

Functional efficiency and life events, and intensity of depression-associated symptoms among seniors living in home environment

¹Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Kierunek Lekarski, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

KEYWORDS

depression, elderly people, functional efficiency, negative life events

SUMMARY

Introduction. Depression, beside dementia, it is said to be one of the most often psychical problems in elderly age, being crucial clinical and social problem. Among causes of this disease there are negative life events, causing large stress: loneliness after losing partner, “empty nest syndrome”, suffering from chronic diseases restricting often activity and efficiency, financial problems, changing the place or condition of living.

Aim. Specifying the influence of functional efficiency and negative life events on the risk of depression among people after 65 years old.

Material and methods. Research was done among 120 elderly people living in home environment from March to April in 2015 in Lubelskie and Mazowieckie voivodeships. Assessment of symptoms intensity of depression was done using The Geriatric Depression Scale depending on elementary and instrumental daily activities and 10 experiences that took place in the last year. Level of significance is set on $p < 0.05$.

Results. Most people (83%) was not found symptoms of depressions. Risk of this disease was essentially related to lower level of functional efficiency in terms of ADL and IADL and most analysed experience: partner loss, independence loss, divorce/separation, serious illness/accident, change of place or condition of living, financial problem.

Conclusions. Risk of depression among seniors is essentially related to lower functional efficiency and negative events that took place in the last year in the life of elderly people.

WSTĘP

Depresja, oprócz otępienia, zaliczana jest do najczęstszych zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym, stanowiąc istotny problem kliniczny i społeczny. Szacuje się, że cierpi na nią 15-30% seniorów po 65. r.ż. W przebiegu chorób somatycznych częstość zespołów depresyjnych wzrasta nawet do 45% (1, 2). Dane epidemiologiczne dotyczące oceny częstości występowania depresji w wieku starszym jednak są niepełne z powodu braku ścisłych kryteriów diagnostycznych, często atypowych objawów i przebiegu oraz znacznie częstszego niż w wieku dorosłym występowania depresji podprogowych (depresji maskowanych, depresji poronnych, subdepresji). Konsekwencją nietypowego obrazu klinicznego jest fakt, że u 30% chorych

w wieku starszym depresja pozostaje nierozpoznana lub jest niewłaściwie rozpoznana, co powoduje często zaniechanie leczenia lub prowadzenie terapii w zupełnie nieodpowiednim kierunku. W okresie starości szczególnie często dochodzi do współwystępowania wielu czynników o niekorzystnym wpływie na przebieg zaburzenia depresyjnego (3, 4).

Wśród wielu przyczyn tej choroby, takich jak: czynniki genetyczne, płeć, stan cywilny, przyjmowanie wielu leków, przewlekłe zaburzenia snu, brak wsparcia społecznego, wymienia się także negatywne wydarzenia życiowe, wywołujące duży stres, m.in. osamotnienie po stracie partnera życiowego, syndrom „opuszczonego gniazda”, poczucie nieprzydatności po przejściu na emeryturę czy też cierpienie

z powodu przewlekłych chorób, ograniczających często sprawność i aktywność, problemy finansowe, zmiana miejsca zamieszkania lub warunków mieszkaniowych (5). Depresja jest jednym z wielkich problemów geriatrycznych. W sposób znaczący niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie seniorów w środowisku domowym, powodując pogorszenie jakości życia, a w związku z ryzykiem śmierci samobójczej zwiększa śmiertelność w populacji osób starszych (6).

CEL PRACY

Określenie związku sprawności funkcjonalnej oraz negatywnych wydarzeń życiowych z ryzykiem depresji wśród osób po 65. roku życia.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród 120 osób starszych mieszkających w środowisku domowym w okresie od marca do kwietnia 2015 roku na terenie województw lubelskiego i mazowieckiego. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy, zgodny z wytycznymi obowiązującymi w Deklaracji Helsińskiej.

Do oceny natężenia symptomów depresji wśród badanych wykorzystano Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (ang. *Geriatric Depression Scale – GDS*) według Yesavage. Kwestionariusz jest prostym, diagnostycznym narzędziem przesiewowym umożliwiającym dokonywanie oceny natężenia symptomów depresji u osób w starszym wieku. W pracy zastosowano wersję 15 pytań z dwiema możliwościami odpowiedzi do wyboru (tak/nie). Wynik 0-5 pkt oceniany jest jako stan bez objawów depresji, 6-10 pkt oznacza umiarkowane natężenie symptomów depresji, 11-15 pkt – wysokie natężenie symptomów depresji (depresja ciężka). Wynik skali nie jest równoznaczny z rozpoznaniem depresji, jest on raczej wskazówką diagnostyczną i wskazaniem do bardziej szczegółowej diagnozy klinicznej (7).

Do analizy sprawności w zakresie podstawowych czynności życia codziennego zastosowano skalę Katza (ang. *Activities of Daily Living – ADL*). Obejmuje ona ocenę sprawności („samodzielny”/„niesamodzielny”) w obszarze 6 czynności: kąpiel, ubieranie się i rozbieranie, jedzenie, korzystanie z toalety, wstawanie i kładzenie do łóżka, kontrolowane wydalanie moczu i stolca. Wynik 0-2 pkt interpretowany jest jako znaczne upośledzenie sprawności w czynnościach dnia codziennego, 3-4 pkt – umiarkowane upośledzenie sprawności, a 5-6 pkt – jako sprawność (8). Do oceny sprawności w zakresie złożonych czynności życiowych zastosowano skalę instrumentalnych czynności życia codziennego Lawtona (ang. *Instrumental Activities of Daily Living – IADL*), takich jak: korzystanie z telefonu, dotarcie do miejsca poza odległość spaceru, robienie zakupów, przygotowywanie posiłku, wykonywanie prac domowych, majsterkowanie, przygotowywanie i przyjmowanie leków oraz gospodarowanie pieniędzmi. Występowały trzy możliwe odpowiedzi charakteryzujące zdolność do wykonania czynności: „bez pomocy” – 3 punkty, „z pomocą” – 2 punkty oraz „nie jest w stanie” – 1 punkt. Maksymalna liczba punktów, którą

można było uzyskać, to 24 (7, 8). Skala IADL użyta przez autorów została skategoryzowana według Fillenbaum i Smyer (9). Wyniki IADL podzielono na trzy kategorie: „poważnie zależny”, „umiarkowanie zależny”, „prawie niezależny”, odpowiednio w przedziałach 24-18, 17-10, 9-0 punktów.

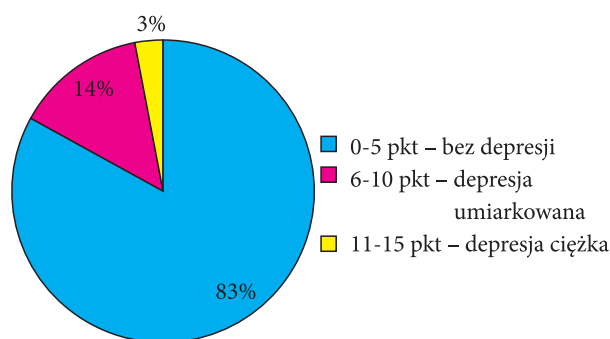
Analiza statystyczna

Analizę otrzymanych danych przeprowadzono wybranymi metodami statystycznymi przy użyciu programu Statistica 9.1 (StatSoft, Polska). Wyniki przedstawiono w postaci liczności i odsetków. Weryfikacji różnic między zmiennymi jakościowymi dokonano przy użyciu testu niezależności χ^2 . Jako poziom istotności przyjęto wartości $p < 0,05$. Jeśli otrzymany wniosek przyjęto z prawdopodobieństwem $p < 0,05$, istotne różnice oznaczono (*). Jeżeli nastąpiło to z prawdopodobieństwem $p < 0,01$, różnice uznano za bardziej istotne i oznaczono (**). Natomiast jeżeli $p < 0,001$, różnice były wysoce istotne i oznaczono je przez (***)

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 120 osób, w tym 49% w okresie wczesnej starości (65.-74. r.ż.) i 51% w okresie późnej starości (75 i więcej lat). Ponad połowa ankietowanych była w stanie wolnym (55%), pozostałe 45% pozostawało w związku. Najwięcej badanych posiadało wykształcenie podstawowe – 54%, następnie średnie – 34% i wyższe 12%. W grupie badanych 48% mieszkało w domu rodzinnym z rodziną, a 52% w domu rodzinnym samotnie. Najwięcej osób (59%) deklarowało swoją sytuację materialną jako przeciętną, 36% uznało ją jako zadowalającą, a 5% określiło swoją sytuację materialną jako złą. Wśród badanych 40% stwierdza, iż cierpi na przewlekłe dolegliwości bólowe, aż 45% ankietowanych ma problemy ze snem, 24% seniorów potwierdza, iż chorowali na depresję bądź chorował ktoś z najbliższej rodziny.

W badanej grupie respondentów według skali GDS u 83% ankietowanych nie stwierdzono występowania symptomów depresji, u 14% badanych występowały objawy umiarkowanej depresji, ryzyko ciężkiej depresji stwierdzono u 3% seniorów (ryc. 1).



Ryc. 1. Ocena natężenia symptomów depresji wśród seniorów w ocenie skalą GDS

Sprawność funkcjonalna jest jednym z głównych wskaźników jakości życia osób starszych, obniżenie jej może być czynnikiem ryzyka depresji. Niniejsze badania potwierdzają, iż objawy depresji umiarkowanej częściej dotyczyły osób poważnie i umiarkowanie niesprawnych (po 50%) w porównaniu do osób sprawnych (7%) zarówno w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego (ADL), jak i w przypadku instrumentalnych czynności dnia codziennego (IADL) ($p < 0,001$). Objawy depresji umiarkowanej częściej dotyczyły osób poważnie zależnych (33%) i umiarkowanie niezależnych (27%) niż osób niezależnych (7%). Natężenie symptomów ciężkiej depresji związane było z poważnym uzależnieniem w zakresie IADL (tab. 1).

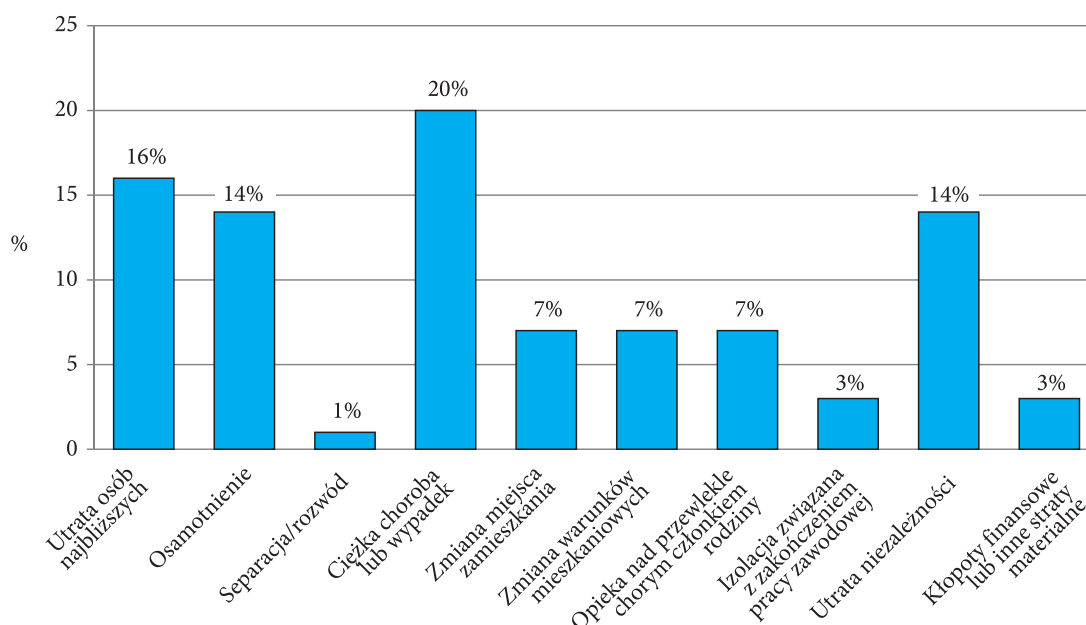
Przyczyna depresji wśród osób w wieku geriatrycznym często jest związana z negatywnymi wydarzeniami życiowymi. W grupie badanej dokonano oceny negatywnych

wydarzeń życiowych, jakie miały miejsce w życiu osoby starszej w ciągu minionego roku. Wśród 20% badanych seniorów w ciągu ostatniego roku doszło do pojawienia się choroby bądź wypadku, aż 16% straciło w tym czasie osobę najbliższą, po 14% badanych utraciło niezależność, np. w wyniku przewlekłej choroby, oraz odczuwało osamotnienie związane np. z wyprowadzką dzieci. Szczegółowe dane dotyczące negatywnych wydarzeń życiowych wśród seniorów przedstawia rycina 2.

Niniejsze badania potwierdzają, iż większość z tych czynników (7 na 10) miało istotny wpływ na zwiększone ryzyko depresji wśród seniorów mieszkających w środowisku domowym. Stwierdzono istotny wpływ utraty osób najbliższych, zmiany warunków mieszkaniowych, utraty niezależności w ciągu minionego roku na zwiększone ryzyko występowania objawów depresji umiarkowanej

Tab. 1. Sprawność funkcjonalna (ADL i IADL) a ryzyko depresji (GDS) wśród seniorów

Sprawność funkcjonalna	Ocena natężenia symptomów depresji według GDS N (%)			Analiza statystyczna
	brak depresji	depresja umiarkowana	depresja ciężka	
ADL	Znacznie niesprawny	1 (50)	1 (50)	$\chi^2 = 26,765;$ $p < 0,001 (***)$
	Umiarkowanie niesprawny	8 (44)	9 (50)	
	Sprawny	91 (91)	7 (7)	
IADL	Niesamodzielny	4 (45)	3 (33)	$\chi^2 = 26,127;$ $p < 0,001 (***)$
	Częściowo samodzielny	22 (73)	8 (27)	
	Samodzielny	74 (92)	6 (7)	



Ryc. 2. Negatywne wydarzenia życiowe seniorów w ciągu ostatniego roku

i ciężkiej w porównaniu do osób, u których takie sytuacje nie zaistniały ($p < 0,001$). Potwierdzono także słabszy, ale istotny wpływ separacji/rozvodu, ciężkiej choroby/wypadku, zmiany miejsca zamieszkania oraz kłopotów finansowych w ciągu ostatniego roku na ryzyko depresji wśród badanych ($p < 0,05$) (tab. 2). Na występowanie objawów depresyjnych nie miały istotnego wpływu takie wydarzenia życiowe z ostatniego roku, jak: osamotnienie związane z wyprowadzką dzieci, konieczność opieki nad przewlekle chorym członkiem rodziny oraz izolacja związana z zakończeniem pracy zawodowej ($p > 0,05$).

DYSKUSJA

Większość piśmiennictwa na temat depresji wieku podeszłego podkreśla odmienną w przebiegu depresji w wieku podeszłym. Jest ona w dużej mierze wynikiem

zachodzących w procesie starzenia się zmian biologicznych i psychospołecznych oraz specyficznego bagatelizowania przez samych seniorów, a także ich otoczenie patologicznych uczuć smutku i przygnębienia. Nierzadko trudne jest oddzielenie objawów depresji od objawów otępienia czy choroby somatycznej, często bywa mylona z innymi schorzeniami. Depresja maskowana nie przebiega z typowymi dla tej choroby objawami, tylko przybiera maskę objawów charakterystycznych dla innych chorób lub zaburzeń, gdzie na pierwszy plan wysuwają się objawy somatyczne i psychosomatyczne: bóle i zawroty głowy, kołatanie serca, ból lub uczucie ucisku w klatce piersiowej, bóle brzucha, duszności, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, bóle pleców oraz inne niesprecyzowane dolegliwości bólowe. Często maską depresyjną wśród osób starszych są również problemy ze snem oraz lęk (10).

Tab. 2. Wydarzenia życiowe w ciągu ostatniego roku a ryzyko depresji wśród seniorów

Wydarzenia życiowe w ciągu ostatniego roku	Ocena natężenia symptomów depresji według GDS N (%)			Analiza statystyczna
	brak depresji	depresja umiarkowana	depresja ciężka	
Utrata osób najbliższych, np. współmałżonka	Tak	8 (42)	10 (53)	$\chi^2 = 28,870$ $p < 0,001$ (***)
	Nie	92 (91)	7 (7)	
Osamotnienie związane np. z wyprowadzką dzieci	Tak	13 (87)	2 (13)	$\chi^2 = 0,459$ $p > 0,05$
	Nie	87 (83)	15 (14)	
Separacja, rozwód	Tak	0 (0)	1 (100)	$\chi^2 = 6,109$ $p < 0,05$ (*)
	Nie	100 (84)	16 (13)	
Ciężka choroba lub wypadek z uszkodzeniem ciała	Tak	14 (61)	7 (30)	$\chi^2 = 11,407$ $p < 0,05$ (*)
	Nie	86 (89)	10 (10)	
Zmiana miejsca zamieszkania	Tak	3 (38)	4 (50)	$\chi^2 = 13,358$ $p < 0,05$ (*)
	Nie	97 (87)	13 (12)	
Zmiana warunków mieszkaniowych	Tak	2 (25)	5 (63)	$\chi^2 = 21,063$ $p < 0,001$ (***)
	Nie	98 (88)	12 (11)	
Opieka nad przewlekle chorym członkiem rodziny	Tak	5 (63)	2 (25)	$\chi^2 = 4,585$ $p > 0,05$
	Nie	95 (85)	15 (13)	
Izolacja związana z zakończeniem pracy zawodowej	Tak	4 (100)	0 (0)	$\chi^2 = 0,827$ $p > 0,05$
	Nie	96 (83)	17 (15)	
Utrata niezależności np. w wyniku przewlekłej choroby	Tak	8 (47)	6 (35)	$\chi^2 = 27,544$ $p < 0,001$ (***)
	Nie	92 (89)	11 (11)	
Kłopoty finansowe lub inne straty materialne	Tak	2 (67)	0 (0)	$\chi^2 = 12,239$ $p < 0,05$ (*)
	Nie	98 (84)	17 (15)	

W badaniach własnych większość seniorów mieszkających w środowisku domowym według Geriatrycznej Skali Oceny Depresji nie przejawiała występowania objawów depresyjnych (83%). Symptomy depresji ciężkiej i umiarkowanej stwierdzono wśród 17% badanych (u 3% respondentów stwierdzono objawy depresji ciężkiej, u 14% depresję umiarkowaną). Wyniki te są zbieżne z doniesieniem Ślusarskiej i wsp. (11) badających problemy zdrowotne i pielęgnacyjne osób starszych objętych opieką pielęgniarki środowiskowej, gdzie 81,1% seniorów nie miało symptomów depresji, 13,9% miało objawy umiarkowanej depresji, a u 5% badanych występowały symptomy ciężkiej depresji. Odmienne wyniki badań przedstawili Weterle i Sołtysiak (12), u których objawy depresji dotyczyły aż 41,72% badanych (wśród nich objawy depresji umiarkowanej wykazywało 77,78%, ciężkiej – 14,29%). Depresja nie dotyczyła 58,28% badanych. Wyniki tych autorów są porównywalne z wynikami badań Babiarczyk i wsp. (5), gdzie brak depresji stwierdzono u 45,6% badanych, podobny był odsetek osób z depresją umiarkowaną (43,6%). Ciężka depresja dotyczyła 10,9% badanych.

Różnorodne wyniki badań dotyczące oceny ryzyka depresji wynikać mogą z uwzględniania w badaniach różnych i tylko wybranych czynników ryzyka, tak jak w badaniach własnych. Z kolei w badaniach Rudnickiej-Drożak i Rybojad (2) wśród 1047 pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej aż u 70,2% osób starszych istniała możliwość wystąpienia depresji.

Badania własne potwierdziły istotny wpływ sprawności w zakresie ADL oraz IADL na ryzyko depresji wśród osób starszych. Utrata sprawności związana z procesem starzenia się bądź też wynikająca z obecności chorób przewlekłych lub urazów, które nie są rzadkością w wieku podeszłym, często prowadzić może do ograniczenia samodzielności lub całkowitej zależności od innych osób, co w konsekwencji może stać się czynnikiem wywołującym u osób starszych depresję. Z drugiej strony depresja może być również czynnikiem pogłębiającym spadek sprawności funkcjonalnej seniorów. W badaniach własnych występowanie depresji umiarkowanej wzrastało wraz ze spadkiem niezależności, zaś depresja ciężka dotyczyła znacznie częściej osób poważnie zależnych. Podobny związek pomiędzy występowaniem u badanych depresji a ich sprawnością funkcjonalną zauważyły w swoich badaniach Zboina i wsp. (13), które badały poziom depresji mieszkańców domów pomocy społecznej przy pomocy skali depresji Becka oraz ich stan funkcjonalny przy pomocy skali ADL. Autorki zaobserwowały, że wraz ze wzrostem objawów depresyjnych u badanych obniża się stopień ich sprawności funkcjonalnej oraz to, że w przypadku obniżenia sprawności funkcjonalnej badanych wzrasta u nich liczba objawów depresji. Powyższe badania, jak i własne, wykazują, iż stan funkcjonalny (wynikający np. z chorób somatycznych) i występowanie depresji w dużym stopniu wzajemnie na siebie oddziałują, mogą także wzajemnie się modyfikować.

Według wielu badaczy ważnym i częstym czynnikiem ryzyka depresji są zaistniałe w ciągu ostatniego roku negatywne wydarzenia życiowe (2, 14). Badania wskazały na istotny wpływ większości wydarzeń zaistniałych u badanych w przeciągu ostatniego roku od czasu przeprowadzanych badań a występowaniem u nich objawów depresji. Zależność dotyczyła przede wszystkim utraty osób najbliższych, rozvodu lub separacji, ciężkiej choroby lub wypadku z uszkodzeniem ciała, zmiany miejsca zamieszkania i warunków mieszkaniowych oraz kłopotów finansowych. Jest to obszar tzw. psychospołecznych czynników ryzyka depresji, gdzie dominują wszelkiego rodzaju uczucia straty, których konsekwencjami są samotność i związane z nią uczucie izolacji społecznej, bezużyteczności oraz bezsensowności. Często są to sytuacje nieodwracalne i mają wpływ na odczucie przez starszego człowieka ujemnego bilansu życiowego (12).

Utrata osoby najbliższej, głównie współmałżonka, wpływa na dalszy przebieg życia człowieka, jest elementem błędnego koła w geriatry, pociągając za sobą szereg kolejnych zmian o charakterze osobistym, społecznym i bardzo często finansowym i powoduje nakładanie się kolejnych wielu czynników ryzyka depresji. Przedłużający się okres smutku, objawy depresyjne utrzymujące się ponad 3 miesiące lub nasilone objawy depresji nawet w pierwszym miesiącu po stracie są wskazaniem do włączenia leczenia przeciwdepresyjnego (15). Wymienione wyżej sytuacje stresowe mogą stać się punktem uruchomienia kaskady geriatrycznej powodującej niepełnosprawność funkcjonalną osoby starszej. Masterson i wsp. (16), badający opiekunów rodzinnych w trakcie trwania opieki i po pierwszym roku żałoby, wskazują na znacząco istotny wpływ śmierci małżonka na rozwój depresji osoby starszej, która jest po utracie najbliższej osoby. Śmierć współmałżonka uważa się za zmianę wywołującą największe skutki psychofizyczne. W tabeli Holmesa i Rahe'a znajduje się na pierwszym miejscu, uzyskując 100 punktów (17). Miejsce zamieszkania dla osób starszych jest szczególnie ważne, tak więc zmiana miejsca zamieszkania czy jego warunków jest szczególnym czynnikiem ryzyka depresji, w opiece geriatrycznej często podkreśla się znaczenie „unikania nagłych zmian”. W przypadku osób starszych mieszkających w domu chodzi głównie o zamieszkiwanie w nim samotnie lub z rodziną, osamotnienie zwiększa ryzyko rozwoju depresji (18). Niestety w warunkach instytucjonalnych ryzyko depresji jest znacznie wyższe i może sięgać nawet do 30-40% mieszkańców domów pomocy społecznej (13). Traczyk i wsp. (19) wykazali większe ryzyko depresji, gorszy stan funkcjonalny i jakość życia u kobiet po 60. r.ż. przebywających w domu pomocy społecznej niż mieszkających samodzielnie. Niezwykle rzadko sama zmiana miejsca zamieszkania w połączeniu ze zmianą sytuacji życiowej i uczuciem braku niezależności jest już czynnikiem wyzwalającym depresję (13).

Badania własne, jak i innych autorów, wskazują, iż zaburzenia depresyjne są szeroko rozpowszechnione w populacji

osób starszych. Z uwagi na nietypowy obraz chorobowy nie można bagatelizować niektórych objawów, na które pacjent się skarży, ale też za wszelką cenę nie należy doszukiwać się choroby somatycznej. Obecność niektórych objawów, jeśli nie jest wynikiem choroby somatycznej, może być maską depresyjną (10). Pomimo iż diagnoza depresji nie należy do łatwych i często wykracza poza uznane kryteria diagnostyczne, powinna być rozważona, chociażby gdy pacjent uskarża się na przewlekłe dolegliwości bólowe czy bezsenność. Rozpoznanie jej w odpowiednim momencie daje możliwość skutecznej terapii, dobrze przeżytej starości (20), a tym samym dobrej jakości życia.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

ADRES DO KORESPONDENCJI

Agnieszka Bartoszek
Zakład Medycyny Rodzinnej
i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Staszica 4-6, 20-081 Lublin
tel.: +48 660-111-697
agabartoszek@wp.pl

nadesłano: 10.01.2018
zaakceptowano do druku: 31.01.2018

WNIOSKI

1. Ryzyko depresji u osób po 65. roku życia jest istotnie związane z obniżeniem sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życia codziennego.
2. Stwierdzono także wśród seniorów ryzyko depresji związane z negatywnymi wydarzeniami, jakie miały miejsce w ciągu ostatniego roku w życiu osoby starszej typu utrata osób najbliższych, zmiana warunków mieszkaniowych oraz ciężka choroba/wypadek z uszkodzeniem ciała, separacja/rozwód czy kłopoty finansowe lub inne straty materialne.

PIŚMIENNICTWO

1. Kałucka S: Cechy depresji w wieku podeszłym. *Geriatrics* 2014; 8: 240-247.
2. Rudnicka-Drożak E, Rybojad B: Depresja jeden z wielkich problemów geriatrycznych w praktyce lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej. *Med Ogólna* 2010; 2: 131-139.
3. Smith DJ, Griffiths E, Kelly M et al.: Unrecognized bipolar disorder in primary care patients with depression. *BJP* 2011; 199(1): 49-56.
4. Bidzan L: Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym. *Med Wieku Podeszłego* 2011; 1(1): 31-41.
5. Babiarczyk B, Schlegel-Zawadzka M, Turbiarz A: Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65. roku życia. *MONZ* 2013; 19(4): 453-457.
6. Kaji T, Mishima K, Kitamura S et al.: Relationship between late-life depression and life stressors: Large-scale cross-sectional study of a representative sample of the Japanese general population. *Psychiatr Clin Neurosci* 2010; 64: 426-434.
7. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al.: Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatric Res* 1983; 17(1): 37-49.
8. Katz S, Down TD, Cash HR, Grotz RC: Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10(1): 20-30.
9. Fillenbaum GG, Smyer MA: The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *J Gerontol* 1981; 36(4): 428-434.
10. Radziwiłłowicz P, Nitka A: Aspekty psychosomatyczne depresji. *Psychiatr Prakt Ogólnolek* 2002; 2(1): 15-19.
11. Ślusarska B, Nowicki GJ, Bartoszek A et al.: Problemy zdrowotne i pielęgnacyjne osób starszych w wieku 65-75 lat objętych opieką pielęgniarki środowiskowej. *Gerontol Pol* 2016; 24: 17-25.
12. Weterle K, Sołtysiak J: Objawy depresji i ich wykrywalność przez lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej u pacjentów po 65. roku życia. *Now Lek* 2006; 75(5): 433-437.
13. Zboina B, Bińczak K, Korzonek M, Biskup M: Wpływ sprawności funkcjonalnej na częstość występowania depresji wśród pensjonariuszy placówek pomocy społecznej. *Zdrowie i Dobrostan* 2014; 1: 127-145.
14. Benedysiuk E, Tartas M: Mechanizmy radzenia sobie ze stresem w depresji. *Ann Acad Med Gedan* 2006; 36: 9-19.
15. Dobrzyńska E, Rymaszewska J, Kiejna A: Depresje u osób w wieku podeszłym. *Psychoger Pol* 2007; 4(1): 51-60.
16. Masterson MP, Hurley KE, Zaidler T et al.: Psychosocial Health Outcomes for Family Caregivers Following the First Year of Bereavement. *Death Stud* 2015; 39(10): 573-578.
17. Holmes TH, Rahe RH: The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-218.
18. Twardowska E: Sytuacja mieszkaniowa osób starszych w Polsce. [W:] Sobczak-Michałowska M, Marchlewska-Patyk K (red.): Unia Europejska – perspektywy społeczno-ekonomiczne. Bydgoszcz 2012: 57-62.
19. Traczyk J, Kędzia P, Skrzek A: Jakość życia, sprawność funkcjonalna oraz występowanie ryzyka depresji u kobiet po 60. r.ż. mieszkających w domach opieki społecznej i samodzielnie. *Gerontol Pol* 2016; 24: 32-39.
20. Zwyrtek E, Rymaszewska J: Zaburzenia depresyjne a zaburzenia lękowe u osób w podeszłym wieku, różnicowanie, diagnostyka i leczenie. *Geriatrics* 2015; 9: 39-49.