

Zaburzenia depresyjne wśród pensjonariuszy ośrodka opieki długoterminowej w obliczu izolacji spowodowanej pandemią COVID-19

Depressive disorders among long-term care residents in the face of isolation due to COVID-19 pandemic

Michał Górski¹, Jagoda Garbicz¹, Marta Buczkowska²,
Grzegorz Marsik³, Mateusz Grajek⁴, Beata Całyniuk⁵, Renata Polaniak⁵

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu,
Szkoła Doktorska Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

² Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katedra Toksykologii i Uzależnień,
Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu,
Zakład Toksykologii i Ochrony Zdrowia w Środowisku Pracy

³ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach,
Szkoła Doktorska Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

⁴ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu,
Katedra Polityki Zdrowia Publicznego, Zakład Zdrowia Publicznego

⁵ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu,
Katedra Dietetyki, Zakład Żywienia Człowieka

Summary

Aim. The main aim of this study was to assess the effects of social and familial isolation due to COVID-19 on the mental well-being of patients staying in a residential medical care facility and evaluation of the effectiveness of therapeutic measures.

Methods. The study was conducted among the patients of a residential medical care facility (58 patients). A short form of the *Geriatric Depression Scale* (GDS) was used to assess the severity of depressive disorders. The number of medical and psychological interventions during the individual months of isolation was also compared.

Results. In February 2020, when there was no isolation, 87.9% of the study group did not suffer from depression compared to 72.4% during the period of full isolation. After introducing controlled methods for contacting loved ones, the number of individuals with no depressive symptoms increased again. A mean of 1.76 medical and 0.23 psychological interventions per one patient were conducted during the period of full isolation.

Conclusions. The number of medical and psychological interventions was higher during the period of full isolation compared to months without compulsory isolation due to COVID-19. After the introduction of full isolation, the scores in the GDS were significantly higher, which means that the residents were at a higher risk of depressive disorders than in the months without isolation.

Słowa klucze: depresja, samotność

Key words: depression, loneliness

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia jedną z głównych przyczyn niezdolności do pracy jest depresja. Na zaburzenia depresyjne choruje ponad 350 milionów ludzi na świecie, w tym około 10% polskiej populacji [1]. Badania naukowe [2–5] dowodzą, że w społeczeństwach krajów rozwiniętych zwiększa się zapadalność na depresję, w szczególności wśród ludzi starszych. Według szacunków na całym świecie na to schorzenie cierpi około 20% populacji powyżej 65. roku życia [6]. Depresja, zaraz po otępieniu, jest najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym wieku starczego. Natomiast w populacji ogólnej stanowi drugą przyczynę niepełnosprawności po chorobie niedokrwiennej serca [7].

Istotnym problemem jest niewielka liczba osób starszych leczonych z powodu depresji w stosunku do liczby osób, u których występują jej objawy. Szacuje się, że różne formy leczenia (psychoterapia, farmakoterapia, interwencja psychologiczna) stosowane są tylko u 30–40% osób starszych, u których występują objawy depresyjnych zaburzeń nastroju [3, 5, 8, 9]. Sytuacja ta wynika z utrudnionego procesu diagnostycznego. Liczne symptomy, takie jak bezsenność, zmęczenie, wycofanie, są odbierane przez pacjentów i ich rodziny jako elementy naturalnego procesu starzenia i nie zostają zgłoszone personelowi medycznemu. Charakterystyczne dla wieku starczego czynniki natury psychospołecznej (np. przejście na emeryturę, śmierć współmałżonka, ograniczone kontakty międzyludzkie) również stanowią utrudnienie diagnostyczne [5, 8, 9]. Podobnie sytuacja wygląda w odniesieniu do czynników biologicznych, takich jak depresja w wywiadzie rodzinnym lub obecność przewlekłych schorzeń niezakaźnych (udar mózgu, choroby neurodegeneracyjne, cukrzyca, choroby niedoborowe, niektóre nowotwory) [10].

Starzenie się to proces wieloaspektowy, obejmujący sferę fizyczną i psychiczną. Szybkość postępowania tego zjawiska jest indywidualna dla każdego człowieka. Okres starości oznacza zmiany w każdej sferze życia. Proces adaptacji do występujących zmian jest stresogenny, jednak dzięki wsparciu i bliskości ze strony rodziny może być to też źródło satysfakcji. Życie w samotności, brak kontaktu z rodziną i przyjaciółmi to jeden z największych problemów osób starszych.

Samotność wiąże się z brakiem lub ograniczeniem kontaktów interpersonalnych. Jednym z podstawowych czynników teorii *successful aging*, czyli pomyślnego starzenia się, jest utrzymywanie więzi z otoczeniem [11, 12]. Jak już wspomniano, okres starości postrzegany jest jako proces inwolucji całego organizmu, co jest ściśle związane z wielochorobowością, która doprowadza w efekcie do niepełnosprawno-

ści [13]. W gerontologii istnieje podział na samotność i osamotnienie. Samotność określana jest jako długie pozostawanie w odosobnieniu, brak uczestnictwa w życiu społecznym, złe wykreowanie roli społecznej i niemożność fizycznego kontaktu ze społeczeństwem [12, 13]. Osamotnienie dotyczy psychologicznej strony samotności, uczucia wyobcowania mimo fizycznych możliwości kontaktu z drugim człowiekiem. Ponadto klasyfikujemy również samotność spowodowaną fizycznym brakiem ludzi, ale także samotność wśród ludzi związaną z zaburzeniami natury komunikacyjnej [14, 15].

Jakkolwiek nazwane samotność lub osamotnienie są wynikiem wielu schorzeń i zaburzeń, a także czynnikiem predysponującym do ich wystąpienia. Bez wątplenia taką chorobą jest depresja. W wielu doniesieniach naukowych udowodniono, że występuje silna interakcja między chorobą a samotnością – nie tylko choroba przyczynia się do samotności, ale też samotność może stanowić źródło chorobowości osób starszych [12–15]. Ludzie prowadzący samotniczy tryb życia skracają przeciętnie jego trwanie aż o 30% w porównaniu z ludźmi genetycznie obciążonymi podobnymi chorobami, z takimi samymi nawykami żywieniowymi i aktywnością fizyczną, a bogatszym życiem towarzyskim [16]. Depresja w okresie starości zapoczątkowana jest przede wszystkim brakiem perspektyw na korzystną zmianę sytuacji lub wskutek nagromadzenia pewnych negatywnych zdarzeń. W efekcie człowiek traci kontrolę nad własnym życiem i zamyka się w sobie, jest to tzw. koło autodestrukcyjnych myśli i zachowań [17]. Depresja osób starszych zaliczana jest do „wielkich problemów geriatrycznych”, czyli grupy schorzeń traktowanych jako priorytety w medycynie klinicznej, które są dobrze poznane, a reagowanie na nie powinno być bardzo wyczulone [18]. Jednakże ze względu na wspomnianą specyfikę, jaką charakteryzuje się grupa osób starszych, zarówno rozpoznanie problemu, jak i jego skuteczne leczenie jest utrudnione [12, 13]. Faleńczyk i wsp. stwierdzili: „mimo iż problem depresji dotyczy 5–30% osób w wieku starszym, to sam proces interpretacji symptomów jest trudny ze względu na to, że osoby dotknięte schorzeniem rzadko komunikują swoje potrzeby i niechętnie rozmawiają o problemie” [19, s. 495].

Ważną kwestią w określeniu skali problemu depresji związanej z samotnością jest niesamodzielność osób starszych. Dla przykładu, jak wskazują raporty Głównego Urzędu Statystycznego, skala niepełnosprawności w Polsce stale rośnie [20]. Wyniki badań ujawniają, że 30% osób po 60. roku życia oraz 60% osób po 80. roku życia wymaga stałej pomocy osób trzecich [19, 20]. Według aktualnych szacunków zapotrzebowanie na opiekę długoterminową do roku 2030 wzrośnie do 4 milionów potrzebujących [21, 22]. Prawidłowa opieka długoterminowa nad osobą starszą i niepełnosprawną powinna być nie tylko opieką pielęgniariską, ale również powinna zapewnić pacjentowi odpowiednie poczucie komfortu psychicznego, aby zapobiec rozwojowi niektórych zaburzeń [23, 24].

Nadrzędnym celem instytucji opiekuńczych jest zapewnienie bezpieczeństwa ich podopiecznym, nawet jeśli wiąże się to z pewnymi ograniczeniami. Szczególnie ważne są działania podejmowane w sytuacjach nagłych, których dynamiczny postęp stanowi znaczne zagrożenie zdrowia i życia. Niewątpliwie do sytuacji takich należy zaliczyć pandemię SARS-CoV-2 oraz chorobę COVID-19.

COVID-19 i działania terapeutyczne podjęte w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym

W związku z szerzącą się epidemią COVID-19 w celu zabezpieczenia pacjentów i zminimalizowania ryzyka rozwoju choroby w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym od lutego 2020 roku wprowadzono szczególne środki ostrożności – zwiększono ilość środków dezynfekcyjnych, nakazano noszenie środków ochrony osobistej (maseczki, fartuchy jednorazowe, rękawiczki), zarządzono ograniczenia w kontaktach rodzin z pensjonariuszami, a następnie wprowadzono całkowity zakaz odwiedzin pacjentów. Zastosowano także procedury chroniące przed przedostaniem się wirusa wraz z rzeczami osobistymi przynoszonymi przez rodziny (ubrania, kosmetyki, środki higieniczne, jedzenie). Każda z tych rzeczy, przynoszona z zewnątrz, podlegała 24-godzinnej kwarantannie w specjalnie przeznaczonym do tego miejscu.

W ZOL-u przeorganizowano system pracy terapeutycznej – każdy z pensjonariuszy mógł korzystać z pomocy psychologa (na zasadzie konsultacji, po wcześniejszym zgłoszeniu konieczności interwencji psychologicznej) oraz 3 terapeutów zajęciowych (pozostających do dyspozycji pacjentów w godzinach pracy). Przedłużająca się izolacja od rodzin oraz obserwowane pogorszenie stanu psychicznego spowodowały konieczność zastosowania nowych form kontaktu z rodzinami. W kwietniu wprowadzono rozmowy przez komunikator internetowy (Skype) oraz tradycyjną formę komunikacji – pisanie listów. W maju wprowadzono dodatkowo „spotkania przez szybę” oraz program „zdjęcie dla Seniora”. Opis poszczególnych metod komunikacji zamieszczono poniżej.

a. Komunikatory internetowe

Komunikacja poprzez komunikatory internetowe w występującej sytuacji epidemiologicznej stanowiła pierwszą możliwość komunikacji (pośredniej) między rodzinami a pensjonariuszami przebywającymi w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym. Każdej osobie chętnej do kontaktu w ten sposób wyznaczono konkretny termin wideorozmowy. Nie wprowadzono ograniczeń co do liczby rozmów w tygodniu, natomiast z przyczyn organizacyjnych ograniczono czas jednej rozmowy do 20 minut. Rozmowy odbywały się w specjalnie przeznaczonym do tego gabinecie, z zachowaniem prywatności oraz intymności. Osoby, które wykazywały się umiejętnością obsługi laptopa, same nawiązywały połączenie, a osoby wymagające pomocy mogły liczyć na wsparcie terapeutów zajęciowych. Aby zwiększyć komfort komunikacji, zapewniono dostęp do dodatkowych głośników oraz mikrofonu (szczególnie w wypadku osób słabosłyszących oraz o obniżonej sile głosu). Początkowo z tej formy komunikacji korzystały tylko osoby chodzące lub poruszające się na wózkach inwalidzkich, które mogły dotrzeć do pomieszczenia z laptopem. Następnie, aby uniknąć wykluczenia osób leżących z tej formy kontaktu, przeprowadzano rozmowy w pokojach pensjonariuszy (przenosząc laptop z głośnikiem do pokoju rezydenta).

b. Pisanie listów

Pisanie listów to prosta i znana wszystkim rezydentom metoda komunikacji. Stosowano ją zarówno w wypadku osób o obniżonej sprawności poznawczej, jak i u osób bez zaburzeń poznawczych. Pensjonariusze mogli poprosić o pomoc

w napisaniu listu opiekunów medycznych, terapeutów lub psychologa. Początkowo metoda ta cieszyła się dużym zainteresowaniem, zwłaszcza w połączeniu z arteterapią (przygotowywanie kartek świątecznych), jednak z czasem prawie całkowicie zaprzestano pisanie listów na rzecz wideorozmów oraz „spotkań przez szybę”.

c. „Spotkania przez szybę”

Korzystny efekt rozmów przez internet skłonił personel do poszukiwania kolejnych rozwiązań terapeutycznych. Mimo niezaprzeczalnych zalet wideorozmów (brak bezpośredniego kontaktu, brak ryzyka zakażeń, możliwość rozmowy i zobaczenia rodziny) pensjonariusze zgłaszali potrzebę bliskiego i bezpośredniego kontaktu z rodzinami. Zaproponowano więc rozmowy przez szybę. Rozważano ewentualny wpływ takiego sposobu komunikacji na stan psychiczny pensjonariuszy. Istniały obawy, że spotkanie z rodziną przy jednoczesnym braku możliwości okazania uczuć w sposób fizyczny – przywitania się, przytulenia, chwycenia za rękę – może mieć odwrotny skutek, niż pierwotnie założono. Mimo to zespół lekarski oraz terapeutyczny, przy akceptacji dyrekcji, podjął się realizacji tej formy spotkań z bliskimi. Nie ograniczono liczby spotkań w ciągu tygodnia, a czas rozmów ustalono na 25 minut. Pensjonariusze spotykali się ze swoimi rodzinami po dwóch stronach szklanych drzwi. Metoda ta pozwalała na zobaczenie się, jednak zachowano barierę kontaktu fizycznego, co eliminowało ewentualne ryzyko zakażenia. Rozmowy prowadzono przez telefon z zestawem głośnomówiącym. Po każdej zakończonej rozmowie dezynfekowano telefon oraz miejsce spotkań. Spotkania odbywały się w miejscu zapewniającym spokój oraz prywatność. Na prośbę rozmówcy w komunikacji mógł uczestniczyć terapeuta zajęciowy bądź psycholog.

d. „Zdjęcie dla Seniora”

Z wszystkich wyżej wymienionych form komunikacji korzystała zdecydowana większość pacjentów przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym. Problemem okazały się jednak oczekiwania rodzin co do liczby i terminów spotkań i rozmów internetowych. Wszystkie programy realizowane były między godziną 10.00 a 15.00, co ograniczało kontakt z rodzinami, których członkowie w wyznaczonych godzinach pracowali zawodowo. Sytuacja ta była szczególnie trudna dla pacjentów, którzy przed zamknięciem ośrodka dla rodzin (izolacją) odwiedzani byli każdego dnia oraz dla pacjentów z zaburzeniami neuropoznawczymi. Problem rozwiązano przez prowadzenie terapii reminiscencyjnej, polegającej na wspólnym oglądaniu zdjęć oraz omawianiu ich znaczenia dla pacjentów. Rodziny zostały poproszone o przyniesienie rodzinnych pamiątek oraz zdjęć. Metoda ta zyskała szczególne znaczenie wśród pensjonariuszy przebywających na oddziale Alzheimera, gdzie pacjenci omawiali przyniesione pamiątki, wykorzystując zasoby pamięci długotrwałej i autobiograficznej, bez konieczności użycia pamięci semantycznej. Realizując tę metodę podtrzymywania więzi rodzinnych, skupiono się na zachowanych kompetencjach chorych (zasoby pamięciowe, poczucie estetyki, kompetencje emocjonalne) oraz dostępności metody, gdyż mogła być wykorzystywana bez obecności osób bliskich.

Głównym celem pracy było określenie wpływu izolacji społecznej i rodzinnej spowodowanej COVID-19 na dobrostan psychiczny pacjentów Zakładu Opiekuńczo-

-Leczniczego oraz ocena wpływu działań terapeutycznych podjętych przez pracowników Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego na stan psychiczny pensjonariuszy mierzony za pomocą *Geriatrycznej Skali Oceny Depresji*.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone w jednym z Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych znajdujących się w Polsce, w województwie śląskim, w okresie od lutego do maja 2020 roku. Grupę badaną stanowiło 58 pacjentów przebywających w ZOL. Podstawowym kryterium włączenia do badania był status pacjenta ZOL w okresie co najmniej od lutego do maja 2020 roku, a także stan psychofizyczny umożliwiający udział w badaniu. Z badania wykluczono osoby przyjęte do ZOL później niż w lutym oraz osoby, których funkcjonowanie poznawcze nie pozwoliło na przeprowadzenie kwestionariuszy badań.

Udział w badaniu był dobrowolny. Pacjenci zostali poinformowani o celu badań oraz o wykorzystywanych metodach. Pacjenci, których funkcjonowanie poznawcze umożliwiało podjęcie świadomej decyzji, wyrazili samodzielną zgodę na udział w badaniu. W wypadku osób, u których stwierdzono otępienie umiarkowane lub ciężkie (istniały wątpliwości co do świadomej decyzji), wymagano podwójnej zgody – wyrażonej przez samego pacjenta oraz przez jego opiekuna. Badanie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym było prowadzone po uzyskaniu zgody dyrektor ZOL.

W badaniu wykorzystano standaryzowany kwestionariusz – *Geriatryczną Skalę Oceny Depresji* (*Geriatric Depression Scale* – GDS) w wersji składającej się z 15 pytań (*Geriatric Depression Scale short form* – GDS-SF). Badanie za pomocą skali GDS-SF było powtarzane czterokrotnie, w każdym miesiącu badania. *Geriatryczną Skalę Oceny Depresji* opracował wraz z zespołem profesor Jerome A. Yesavage w 1983 roku. GDS jest narzędziem przesiewowym umożliwiającym dokonanie oceny natężenia symptomów depresji u osób w starszym wieku. Skala w oryginale składa się z 30 pytań, na które można udzielić odpowiedzi twierdzącej („tak”) lub przeczącej („nie”). Pytania użyte w kwestionariuszu wybrano spośród puli stu pytań, które oceniały różne przejawy życia psychicznego związanego z depresją. W finalnej wersji kwestionariusza pozostawiono pytania mające najwyższy współczynnik korelacji z wynikiem ogólnym [25].

Geriatryczna Skala Oceny Depresji występuje w wielu wersjach językowych. Opracowano też wiele skróconych wersji tej skali. Za jedną z najbardziej popularnych i rzetelnych uznaje się wersję złożoną z 15 pytań, tzw. GDS-SF (*short form*) lub GDS-15. Ze względu na krótką formę jest wersją zalecaną do badania osób zarówno zdrowych, jak i z zaburzeniami neurologicznymi. Według założeń autorów osoby badane samodzielnie wypełniają kwestionariusz. Dopuszcza się jednak możliwość wypełnienia go z pomocą drugiej osoby, a nawet udzielenie odpowiedzi telefonicznie [26].

Maksymalny wynik, jaki można uzyskać, wynosi 15 punktów. Punkty interpretowano zgodnie z następującą skalą [27]:

- 0–5 pkt – brak depresji,
- 6–10 pkt – depresja umiarkowana,
- 11–15 pkt – depresja ciężka.

Dane dotyczące liczby interwencji lekarskich oraz psychologicznych w poszczególnych miesiącach zaczerpnięto z karty raportów z przeprowadzonych konsultacji. Liczbę wizyt lekarskich i psychologicznych przedstawiono w postaci liczby wizyt w miesiącu w przeliczeniu na jedną osobę (liczba pacjentów w ZOL różniła się w poszczególnych miesiącach).

Analizy statystycznej uzyskanych danych dokonano w programie Statistica wersja 13.3 firmy StatSoft. Do określenia normalności rozkładu poszczególnych cech zastosowano test Shapiro–Wilka; w celu określenia zależności między cechami zastosowano analizę wariancji ANOVA, test NIR, test Tukeya oraz ANOVA Friedmana. Przyjęto poziom istotności α równy 0,05.

Wyniki

Grupa badana składała się z 58 osób zamieszkujących Zakład Opiekuńczo-Lecznicy; 70,7% grupy stanowiły kobiety. Średni wiek grupy wynosił 84,14 roku (tab. 1).

Wyniki badania przesiewowego przeprowadzonego za pomocą skali MMSE (*Mini-Mental State Examination – Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego*) sugerują występowanie otępienia głębokiego u 24,1% grupy badanej, otępienia umiarkowanego u 27,6% grupy, otępienia łagodnego u 20,7% grupy, zaburzeń poznawczych bez otępienia u 17,2% grupy badanej, natomiast 10,4% badanych uzyskało wynik prawidłowy w skali MMSE (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Dane metrykalne		N	%
Średni wiek grupy	= 84,14 ($\pm 7,24$) roku	-	-
Płeć	Kobieta	41	70,7
	Mężczyzna	17	29,3
Długość pobytu w ZOL	1–6 miesięcy	12	20,7
	7–12 miesięcy	9	15,5
	13–24 miesięcy	18	31
	>24 miesięcy	19	32,8
Stopień otępienia – mierzony skalą MMSE	Wynik prawidłowy	6	10,4
	Zaburzenia poznawcze bez otępienia	10	17,2
	Otępienie łagodne	12	20,7
	Otępienie umiarkowane	16	27,6
	Otępienie głębokie	14	24,1

Przez 1–6 miesięcy poprzedzających badanie w ośrodku ZOL mieszkało 20,7% grupy, 15,5% zamieszkiwało zakład przez 7–12 miesięcy przed badaniem, 31% – przez 13–24 miesięcy, a 32,8% badanych przebywało w ośrodku od ponad 2 lat przed badaniem (tab. 1).

U pacjentów oceniano zaawansowanie depresji za pomocą kwestionariusza GDS. Po interpretacji wyników wykazano, że w lutym 2020 roku – kiedy izolacja nie została jeszcze wprowadzona – 87,9% grupy badanej nie chorowało na depresję, natomiast w marcu – w okresie pełnej izolacji – odsetek ten zmniejszył się do 72,4%, a umiarkowaną depresją charakteryzowało się aż 25,9% osób badanych. Natomiast po wprowadzeniu kontrolowanych metod kontaktu z bliskimi liczba osób niechorujących na depresję znów się zwiększyła i wynosiła 77,6% w kwietniu oraz 86,2% w maju (tab. 2).

Tabela 2. Liczba osób bez depresji, z depresją umiarkowaną oraz ciężką według skali GDS w poszczególnych miesiącach

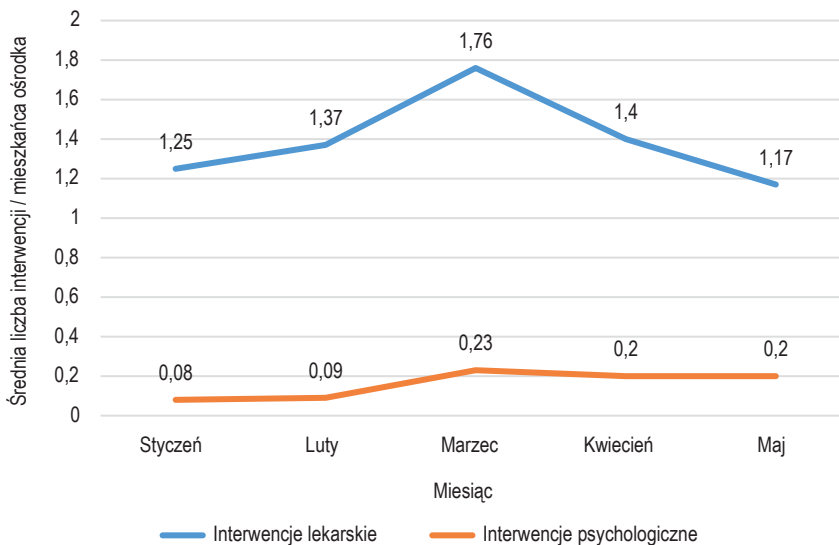
Miesiąc	Brak depresji N (%)	Depresja umiarkowana N (%)	Depresja ciężka N (%)
Luty	51 (87,9%)	6 (10,4%)	1 (1,7%)
Marzec	42 (72,4%)	15 (25,9%)	1 (1,7%)
Kwiecień	45 (77,6%)	13 (22,4%)	0 (0%)
Maj	50 (86,2%)	8 (13,8%)	0 (0%)

Średnia liczba punktów uzyskanych przez grupę badaną w kwestionariuszu GDS w lutym – przed epidemią – wynosiła 2,55 pkt, w marcu – w okresie pełnej izolacji – 3,74 pkt, w kwietniu – po wprowadzeniu pierwszych metod komunikacji z bliskimi – spadła do 3,33 pkt, a w maju – po zastosowaniu kolejnych metod komunikacji – wyniosła 2,9 pkt. Zależność średniej wartości uzyskanych punktów w skali GDS oraz poziomu izolacji była istotna statystycznie ($p < 0,001$) (tab. 3).

Tabela 3. Średnie wartości GDS uzyskane w poszczególnych miesiącach

Miesiąc	Poziom izolacji	GDS (\pm SD)	p
Luty	Brak izolacji	2,55 (\pm 2,41)	<0,001
Marzec	Izolacja pełna – brak odwiedzin	3,74 (\pm 2,65)	
Kwiecień	Izolacja niepełna – wideorozmowy, listy	3,33 (\pm 2,48)	
Maj	Izolacja niepełna – wideorozmowy, listy, zdjęcia, spotkania przez szybę	2,90 (\pm 2,27)	

Celem badania było też ustalenie średniej liczby interwencji lekarskich oraz psychologicznych w przeliczeniu na 1 osobę przebywającą w ośrodku. W styczniu przeprowadzono średnio 1,25 interwencji lekarskich i 0,08 interwencji psychologicznych. Wraz z rozprzestrzenianiem się epidemii wirusa SARS-CoV-2 i koniecznością wprowadzenia izolacji mieszkańców ośrodka od osób z zewnątrz potrzeba tych interwencji wzrosła i w marcu na jednego mieszkańca przypadało średnio 1,76 interwencji lekarskich i 0,23 interwencji psychologicznych. Natomiast po wprowadzeniu metod kontaktu z rodzinami (wideorozmowy, listy, rozmowy przez szybę) zapotrzebowanie zarówno na konsultacje lekarskie, jak i psychologiczne stopniowo się zmniejszało. W kwietniu przeprowadzono średnio 1,4 interwencji lekarskich i 0,2 interwencji psychologicznych, a w maju – 1,17 interwencji lekarskich i 0,2 interwencji psycho-



Rysunek 1. Średnia liczba interwencji lekarskich i psychologicznych w przeliczeniu na 1 osobę przebywającą w ośrodku

logicznych na mieszkańca. Wykazano zależność między średnią liczbą interwencji lekarskich i średnią liczbą interwencji psychologicznych ($p = 0,04$) (rys. 1).

Omówienie wyników

Częstość występowania depresji wzrosła w ostatniej dekadzie, dotykając ludzi na całym świecie, niezależnie od wieku czy statusu społecznego. Istotnym zagadnieniem jest także depresja osób w podeszłym wieku [2–5]. Szczególną grupę osób starszych stanowią osoby przebywające w zakładach opiekuńczo-leczniczych, jednak zaburzenia nastroju u tych pacjentów nie zostały jeszcze dokładnie zbadane. W ciągu lat pojawiają się u nich różne zmiany strukturalne, fizjologiczne, społeczne i psychiczne, które sprawiają, że depresja rozpoznawana wśród seniorów staje się poważnym problemem zdrowotnym występującym w wielu krajach. Jednym z czynników wpływających na rozwój chorób afektywnych jest poczucie osamotnienia i izolacji [5, 9].

Problem ten stał się szczególnie ważny w obecnych czasach. Rozwój pandemii COVID-19 oraz rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2 wymusiły szereg działań, których celem było zmniejszenie liczby zakażeń i zminimalizowanie ryzyka zgonu. Najnowsze publikacje [28–31] dotyczące COVID-19 wykazują, że choroba ta jest wyjątkowo niebezpieczna dla osób powyżej 65. roku życia oraz dla pacjentów z wielochorobowością. Analizy występowania COVID-19 pokazują, że choroba ta rozprzestrzenia się szczególnie szybko w szpitalach, domach pomocy społecznej oraz zakładach opiekuńczo-leczniczych, gdzie przebywają osoby starsze. Wskaźniki śmiertelności w tych zakładach opieki zdrowotnej również są najwyższe spośród wszystkich

dostępnych danych [28, 31]. Okoliczności te wymusiły działania zabezpieczające seniorów przed rozwojem choroby, jednak negatywnym skutkiem tych działań okazały się izolacja społeczna i wzrost występowania depresji [32].

Bukhari i wsp. [2] w swojej pracy badali wpływ samotności na nasilenie lub rozwój zaburzeń depresyjnych. Grupę badaną stanowiło 60 osób z zaburzeniami depresyjnymi oraz 60 osób zdrowych. Badanie potwierdziło, że istnieje zależność między samotnością a pogorszeniem nastroju w obu grupach. W publikacji Taita i wsp. [33] udowodniono, że wyniki wskaźnika poczucia samotności *UCLA Three-item Loneliness Scale* silnie korelują ze wzrostem wartości GDS, co oznacza, że im wyższe jest poczucie samotności, tym bardziej wzrasta nasilenie zaburzeń depresyjnych. Badanie to obejmowało 30 pacjentów w wieku starszym chorujących na chorobę Parkinsona i zostało przeprowadzone w John Radcliffe Hospital w Oksfordzie. Podobne wnioski uzyskali Faisca i wsp. [3], którzy badali wpływ poczucia samotności na objawy depresji wśród osób starszych (powyżej 65. roku życia) w zależności od mieszkania z rodziną bądź w samotności. W badaniu tym ujawniono, że silniejsze poczucie samotności wpływa na natężenie depresji. Co ciekawe, dowiedziono też, że osoby, które przez dłuższy czas mieszkały z rodzinami, a następnie stały się samotne, miały zdecydowanie większe poczucie samotności (i wzrost zaburzeń nastroju) niż osoby od dawna żyjące w pojedynkę. Zjawisko to może się wiązać z zanikiem roli społecznej, którą odgrywała starsza osoba w życiu rodziny, oraz z poczuciem pustki i tęsknoty za utraconymi relacjami rodzinnymi i społecznymi.

Podobne obserwacje poczyniono w pracy własnej. Konieczność izolacji społecznej i nagły zanik relacji rodzinnych przyczyniły się do zwiększonej liczby depresji wśród pacjentów ZOL. Największe nasilenie depresji występowało w marcu, czyli w pierwszym miesiącu izolacji, w którym nie prowadzono żadnych działań mających na celu podtrzymanie więzi rodzinnych. Spadek liczby punktów uzyskanych na podstawie GDS obserwuje się w kolejnych miesiącach. Wiąże się to z wdrożeniem różnych programów terapeutycznych, które umożliwiały kontaktowanie się pacjentów ZOL z ich rodzinami.

Badania nad częstością występowania depresji wśród osób starszych wskazują na duże rozbieżności w poszczególnych krajach, przy czym częstość jej występowania w różnych krajach mieści się w granicach 9–33% [34]. Przykładowo badania epidemiologiczne przeprowadzone w Nigerii wskazują, że depresja może występować u 12–26,2% osób starszych zamieszkujących ten kraj [4]. W Portugalii częstość występowania depresyjnych zaburzeń nastroju wśród osób w wieku emerytalnym wynosi 11,9%; taki sam wynik uzyskano w badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych [5, 9]. W badaniu własnym uzyskano podobne wyniki dla miesiąca, w którym pacjenci ZOL funkcjonowali w trybie normalnym, czyli mogli przyjmować gości, wychodzić poza ośrodek i prowadzić życie społeczne adekwatne do ich sytuacji. Częstość występowania depresji w tym miesiącu, ustalona na podstawie skali GDS, wynosiła 12,1% (10,4% – depresja umiarkowana oraz 1,7% – depresja ciężka). Wartości te znacznie się różniły w dwóch kolejnych miesiącach. Odsetek pacjentów z depresją wynosił w marcu i kwietniu odpowiednio 27,6% oraz 22,4%. Przyczyny takiego wzrostu zaburzeń depresyjnych najprawdopodobniej łączą się z poczuciem silnego stresu związanego z pandemią COVID-19 oraz brakiem kontaktu z rodziną

i przyjaciółmi. W kolejnych miesiącach, w których stopniowo znoszono obostrzenia zarządzonej izolacji, wartości te spadały, aż do stwierdzenia depresji u 13,8% pensjonariuszy w maju.

Ponadto dowiedziono także, że wraz ze wzrostem natężenia występowania objawów depresyjnych wzrasta częstość występowania chorób somatycznych [35]. Jedną z teorii wyjaśniających to zjawisko jest fakt, że zaburzenia depresyjne mogą się przyczynić do upośledzenia funkcjonowania układu immunologicznego oraz sprzyjają występowaniu nasilonych procesów zapalnych [36, 37]. W depresji zwiększa się też natężenie korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej, opieki specjalistycznej oraz hospitalizacji [35]. Obserwuje się również obniżenie ogólnej jakości życia i wzrost śmiertelności, który wynika z zachowań autodestruktywnych, ale przede wszystkim wiąże się z nasileniem chorób podstawowych [35]. Szczególne problemy stwarza diagnostyka pogarszającego się stanu ogólnego pacjenta. W wypadku zaburzeń depresyjnych występujących u osób starszych, inaczej niż w wypadku depresji u młodzieży czy dorosłych, nasilenie zgłaszanego smutku czy apatii jest mniejsze, a depresja przyjmuje postać bardziej somatyczną [9, 36]. Z powodu depresji maskowanej innymi objawami wizyty lekarskie odbywają się częściej, a prawidłowa diagnoza stawiana jest ze znacznym opóźnieniem bądź wcale [9]. Obserwacje te znajdują potwierdzenie i w naszym badaniu. Wraz ze wzrostem liczby punktów w skali GDS obserwowano wzrost liczby interwencji lekarskich oraz psychologicznych świadczonych wśród pacjentów ośrodka.

Problem depresji wśród pacjentów geriatrycznych jest coraz powszechniej dostrzegany zarówno przez specjalistów zajmujących się zdrowiem, jak i przez społeczeństwo. Niestety w dostępnym piśmiennictwie nie odnaleziono żadnych badań, które skupiałyby się na działaniach terapeutycznych zmierzających do rozwiązania problemu odczuwania samotności czy omawiałyby ich wpływ na stan psychiczny pacjentów. Przeprowadzone badanie próbuje zapełnić pustkę na tym polu i powinno stanowić zachętę do dalszych badań.

Wnioski

1. W okresie całkowitej izolacji częstość interwencji lekarskich i psychologicznych była większa niż w miesiącach nieobjętych przymusową izolacją.
2. Po wprowadzeniu całkowitej izolacji wynik *Geriatrycznej Skali Oceny Depresji* w badanej grupie był istotnie wyższy, co oznacza, że ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych u pensjonariuszy było realnie wyższe niż w miesiącach, w których izolacja nie obowiązywała.
3. Podjęte działania terapeutyczne wpłynęły pozytywnie na poprawę stanu psychicznego pacjentów, na co wskazuje spadek liczby punktów w *Geriatrycznej Skali Oceny Depresji* w grupie badanej.
4. Uzyskane w badaniu wyniki wskazują, że odosobnienie będące wynikiem izolacji jest ważnym czynnikiem predysponującym do wystąpienia zaburzeń natury psychicznej, wobec tego konieczne jest stałe monitorowanie stanu psychicznego pacjentów, a także zapewnianie im możliwości kontaktu z najbliższymi.

Podziękowania

Bardzo dziękujemy Pani Agnieszce Relidzyńskiej, dyrektor ZOL, w którym przeprowadzono badanie, oraz Pani Iwonie Cabaj-Wiater, dyrektor medycznej, za pomoc oraz motywację na każdym etapie powstawania artykułu.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *The Global Burden of Disease 2004*. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf (dostęp: 20.05.2020).
2. Bukhari F, Awan I, Fahd S. *Relationship of depression and loneliness in depressed and normal population*. Int. J. Curr. Adv. Res. 2016; 4(5): 85–89.
3. Vijayshri D, Farooqi FS. *Relationship of feelings of loneliness and depressive symptoms in old age: A study of older adults living with family and living alone*. IJHW 2014; 5(12): 1428–1433.
4. Uwabor SE, Onasanya MO, Tope-Ojo TT, Adeleke BO, Ibigbami OI. *Depression in the elderly*. IFEMED 2019; 24 (1): 15–17.
5. Sousa RD, Rodrigues AM, Gregório MJ, Branco J, Gouveia MJ, Canhão H i wsp. *Anxiety and depression in the Portuguese older adults: Prevalence and associated factors*. Front. Med. (Lausanne) 2017; 4: 196.
6. Vilagut G, Forero CG, Barbaglia G, Alonso J. *Screening for depression in the general population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): A systematic review with meta-analysis*. PLoS One 2016; 11(5): e0155431. Doi: 10.1371/journal.pone.0155431.
7. Osińska M, Kazberuk A, Celińska-Janowicz K, Zadykowicz R, Rysiak E. *Depresja – choroba cywilizacyjna XXI wieku*. Geriatria 2017; 11: 123–129.
8. Wilkinson P, Izmeth Z. *Continuation and maintenance treatments for depression in older people: Protocols*. Cochrane Database Syst. Rev. 2016; (9): CD006727. Doi: 10.1002/14651858.CD006727.pub3.
9. Feliciano L, Renn BN. *Mood disorders: Depressive disorders*. W: Beidel D, Frueh B, Hersen M red. *Adult psychopathology and diagnosis*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.; 2014. S. 253–298.
10. Kijanowska-Haładyna B, Borzym A, Antosik-Wójcińska A, Kurkowska-Jastrzębska I. *Rekomendacje postępowania w przypadku depresji u osób starszych, wraz z propozycją programu profilaktyki dla lekarzy POZ, lekarzy geriatrów i pielęgniarek oddziałów geriatrycznych*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; 2019.
11. Szczupał B, Wiśniewska J. *Samotność i poczucie osamotnienia w narracji osób w wieku późnej starości – przejawy oraz możliwości przeciwdziałania*. Lubelski Rocznik Pedagogiczny 2019; 38(4): 25–40.
12. Szukalski P. *Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów, a ich sytuacja rodzinna*. Auxilium Sociale – Wsparcie Społeczne 2005; 2(34): 217–238.
13. Drageset J, Eide GE, Dysvik E, Furnes B, Hauge S. *Loneliness, loss, and social support among cognitively intact older people with cancer, living in nursing homes – A mixed-methods study*. Clin. Interv. Aging. 2015; 10: 1529–1536. Doi: 10.2147/CIA.S88404.
14. Zalewska-Puchała J, Kostrz M, Majda A, Kamińska A. *Poczucie samotności osób starszych*. Problemy Pielęgniarstwa 2015; 2(23): 233–238.
15. Zalewska S. *Samotność i osamotnienie – sposobność do dialogu z sobą czy autodestrukcji?* W: Dąbrowa R, Jankowska D red. *Pedagogika dialogu. Doświadczenie dialogu w rzeczywistości*

- XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej; 2010. S. 98–110.
16. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. *Clinical import and interventions*. *Perspect. Psychol. Sci.* 2015; 10(2): 238–249.
 17. Broczek K, Mossakowska M, Szybalska A, Kozak-Szkopek E, Ślusarczyk P, Wiczerowska-Tobis K i wsp. *Występowanie objawów 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. S. 123–136.
 18. Bień B. *Najczęstsze problemy wieku starszego*. W: *Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce*. Materiały prasowe. Warszawa: Polska Akademia Nauk; 2014. S. 8–10.
 19. Faleńczyk K, Cegła B, Ślusarz R, Kędziora-Kornatowska K. *Wpływ wybranych czynników socio-demograficznych na występowanie depresji u osób w wieku podeszłym*. W: Konieczny J, Bartuzi Z red. *Leczenie, pielęgnowanie i zarządzanie – wybrane elementy opieki nad pacjentem*. Bydgoszcz: Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum; 2006. S. 494–499.
 20. Raport Głównego Urzędu Statystycznego. *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*. stat.gov.pl (dostęp: 22.05.2020).
 21. Umberson D, Montez JK. *Social relationships and health: A flashpoint for health policy*. *J. Health Soc. Behav.* 2015; 51(Suppl): 54–S66.
 22. Błędowski P. *Potrzeby opiekuńcze 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. S. 449–466.
 23. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. *The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly*. *J. Aging Health* 2006; 18(3): 353–384.
 24. Coyle CE, Dugan E. *Social isolation, loneliness and health among older adults*. *J. Aging Health* 2012; 24(8): 1346–1363.
 25. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M i wsp. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report*. *J. Psychiatr. Res.* 1983; 17(1): 37–49.
 26. Szepietowska EM, Kuzaka A. *Subjective executive difficulties – A study using the Dysexecutive Questionnaire*. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2018; 18(1): 25–34.
 27. Albiński R, Kleszczewska-Albińska A, Bedyńska S. *Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań*. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45(4): 555–562.
 28. World Health Organization. *Coronavirus disease (COVID-19). Situation Report – 121. 20 May 2020*. S. 1–19.
 29. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y i wsp. *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China*. *Lancet* 2020; 395(10233): 497–506.
 30. Rothan HA, Byrareddy SN. *The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak*. *J. Autoimmun.* 2020; 109: 102433. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>.
 31. Rose TC, Mason K, Pennington A, McHale P, Taylor-Robinson DC, Barr B. *Inequalities in COVID19 mortality related to ethnicity and socioeconomic deprivation*. 2020; medRxiv preprint. Doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.25.20079491>.
 32. Shader RI. *COVID-19 and Depression*. *Clin. Ther.* 2020; 42(6): 962–963. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.04.010>.

33. Tait Z, Stannard G, Challberg J, Wells A, Thompson S. *Assessment of loneliness and depression in geriatric Parkinson's Disease clinics*. Kraków: EUGMS Conference; 2019.
34. Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Banerjee S, Huppert F, Mendonca-Lima C i wsp. *Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: The SHARE study*. Br. J. Psychiatry 2007; 191: 393–401.
35. Chapman DP, Perry GS. *Depression as a major component of public health for older adults*. Prev. Chronic Dis. 2008; 5(1): A22.
36. Hybels CF, Blazer DG, Pieper CF, Landerman LR, Steffens DC. *Profiles of depressive symptoms in older adults diagnosed with major depression: Latent cluster analysis*. Am. J. Geriatr. Psychiatry 2009; 17(5): 387–396.
37. Hoseinzadeh F, Abadi PH, Agheltar M, Aghayinejad A, Torabian F, Rezayat AA i wsp. *The role of immune system in depression disorder*. Health 2016; 8(15): 1726–1743. Doi: 10.4236/health.2016.815167.

Adres: Michał Górski

Szkoła Doktorska Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

41-808 Zabrze, ul. Jordana 19

e-mail: mgorski@poczta.onet.eu

Otrzymano: 4.08.2020

Zrecenzowano: 30.08.2020

Otrzymano po poprawie: 1.09.2020

Przyjęto do druku: 1.09.2020