

Adam Czabański

(Poznań)

Zachowania samobójcze pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej w Poznaniu.

Suicidal behaviors of boarders of Welfare Houses in Poznań.

Streszczenie

Pensjonariusze Domów Pomocy Społecznej to zwykle ludzie starsi, często odczuwający wykluczenie społeczne. Niniejszy artykuł powstał na podstawie nigdy wcześniej nie publikowanych wyników badań z 2001 roku. Badania objęły sześć Domów Pomocy Społecznej w Poznaniu.

Z badań wynika, że do prób samobójczych dochodziło tu sporadycznie. Samobójstwa zdarzały się w latach 70-tych i 80-tych XX wieku. Poprawa sytuacji to efekt coraz wyższych kwalifikacji i przygotowania personelu oraz rozwoju nowoczesnych metod terapii ludzi starych.

Największe zagrożenie wystąpienia zachowań samobójczych wśród pensjonariuszy to pierwsze dni i tygodnie pobytu w Domach Pomocy Społecznej. Informacje te powinny być uwzględniane podczas profilaktyki zachowań samobójczych w Domach Pomocy Społecznej.

Słowa kluczowe: zachowania samobójcze, pensjonariusze, Dom Pomocy Społecznej

Abstract

Boarders of Welfare Houses are mostly elderly people, often feeling social exclusion. This article was based on never published before results of research from 2001. Research was made in six Welfare Houses in Poznań.

The results show that suicide attempts happened occasionally. Suicides were committed in 70's and 80's of 20th century. The improvement of the situation is effect of higher qualifications, preparation of personell and development of modern methods of therapy for elderly people.

The biggest danger of occuring of suicidal behaviors among boarders are first days and weeks of residency in Welfare House. Those informations should be taken into account during prevention of suicidal behaviors in Welfare Houses.

Key words: suicidal behaviors, boarders, welfare house

Wprowadzenie

Charakterystyczne dla wieku podeszłego procesy utraty zdrowia i sprawności fizycznej przekładają się również na kondycję psychiczną starszego człowieka. Jak wynika z badań gerontologicznych u ludzi starszych następuje zawężenie zainteresowań do własnej osoby, niezdolność zmian w swoich poglądach, osłabienie sprawności umysłowej wyrażane gorszą pamięcią i obniżeniem czynności intelektualnych oraz chwiejnością emocjonalną¹. Postępujące problemy ze sfery społecznej integracji z otoczeniem społecznym skutkują nierzadko w pojawieniu się wśród seniorów zachowań samobójczych.

¹ J. Smigiel, *Poczucie jakości życia a aktywność osób w starszym wieku*, w: *Gerontologia Polska*, 1997, tom 5 (2), s. 21-29; L. Wołowicka, *Jakość życia seniorów. Stan aktualny i perspektywy*, w: *Profile starości*, Wydawnictwo Miejskie, Poznań 2000, s. 40-41.

Powołując się na ustalenia amerykańskiej badaczki S.Reichard, A.Kotlarska – Michalska wyróżniła pięć typów przystosowania się w starszym wieku. Możemy zatem mówić o postawach ludzi starszych w stosunku do świata, do siebie i do własnej starości. Jednym z typów postaw jest postawa wrogości do siebie. Charakteryzuje ona ludzi o wyraźnie ujemnym bilansie życiowym. „Reprezentują ją ludzie nieaktywni i mało zaradni. Nie buntują się oni przeciwko swojej starości, ale biernie przyjmują to, co zsyła im okrutny los. Niemożność zaspokojenia potrzeby miłości jest powodem przeżywania depresji”². Ludzie ci śmierć traktują jako wyzwolenie od nieszczęśliwej egzystencji.

Niniejsza praca przedstawia nie publikowane dotąd wyniki badań przeprowadzonych przez autora w roku 2001 we wszystkich sześciu Domach Pomocy Społecznej w Poznaniu. Analiza naukowa obejmuje zatem skalę zachowań samobójczych w poznańskich DPS-ach: myśli samobójcze, próby samobójcze i samobójstwa. Taki właśnie był cel tych pierwszych w Polsce badań nad społecznym fenomenem zachowań samobójczych w DPS-ach.

Specyfika zachowań samobójczych osób starszych

Mówiąc o zachowaniach samobójczych osób starszych warto zwrócić uwagę na możliwości niedoszacowania owego zjawiska. Wszak często brakuje wciąż formalnego rozpoznania pasywnych zachowań samobójczych, takich jak samozagłodzenie się czy odmowa przyjmowania leków.

Jak podaje Brunon Hołyst, w ostatnich dziesięcioleciach odnotowano spadek samobójstw wśród osób starszych. Ten spadek szczególnie widoczny jest w krajach anglosaskich. Znaczący zagadnienia wiążą to z większym bezpieczeństwem ekonomicznym ludzi starszych, ze zmianą postawy wobec pójścia na emeryturę, poprawą usług socjalnych a także z lepszą opieką psychiatryczną³. Z badań tych wynika ponadto, że ograniczenie zjawiska samobójstw dotyczy nie tylko starszych mężczyzn, ale także starsze kobiety.

Okazuje się jednak, że pomimo tych przemian samobójstwa występują najczęściej wśród mężczyzn w wieku 75 lat i starszych. Jak zauważa B.Hołyst może to wynikać z tego, że kobiety korzystają z lepiej zorganizowanych sieci społecznych, a ponadto doświadczają kompensacji pozytywnych uczuć i wsparcia społecznego poprzez zaangażowanie w codzienną pracę, poświęcenie się dla dzieci i wnuków⁴.

Na uwagę zasługuje duża skuteczność prób samobójczych dokonywanych przez seniorów. O ile według WHO na jedno samobójstwo zakończone zgonem przypada 10-15 prób samobójczych, a wśród młodzieży proporcje są jak 50:1 lub nawet wyższe, o tyle wśród seniorów proporcje te

² A.Kotlarska-Michalska, *Starość w aspekcie socjologicznym*, w: *Profile starości*, Wydawnictwo Miejskie, Poznań, s. 90.

³ D.De Leo, K.Spathonis, *Culture and suicide in late life*, w: *Psychiatric Times*, 2003, tom 20, s. 14-17, za: B.Hołyst, *Suicydologia*, Wydawnictwo Lexis Nexis, Warszawa 2012, s. 617.

⁴ B.Hołyst, *Suicydologia...* op.cit, s. 617.

wynoszą 4:1⁵. Liczne analizy i badania przeprowadzane wśród osób starszych pokazują, że wysokie współczynniki samobójstw są efektem rozpowszechnionego wśród nich pragnienia śmierci. Tu również pojawia się problem w zdiagnozowaniu myśli samobójczych u osób starszych, które nie chcą zazwyczaj o tym rozmawiać.

Analizy prób samobójczych seniorów pokazują, że są to zazwyczaj osoby samotne, niezamężne, o niskim poziomie wykształcenia, w przeszłości leczone psychiatrycznie, nierzadko w przeszłości podejmujące próby samobójcze⁶. Dane statystyczne Komendy Głównej Policji wskazują, że w ostatnich kilkunastu latach w Polsce każdego roku odbiera sobie życie przeciętnie 1500 osób w wieku od 50 do 70 lat i około 350 osób w wieku powyżej 71 lat⁷.

Jeśli chodzi o metodę dokonania autodestrukcji, to w Stanach Zjednoczonych starsi ludzie często korzystają z broni palnej. W ten sposób popełnia samobójstwo 71% starszych mężczyzn. Starsze kobiety często popełniają samobójstwo zażywając truciznę⁸. W Polsce seniorzy najczęściej popełniają samobójstwo poprzez powieszenie.

Zwraca się też uwagę na zjawisko nazywane ISDB (ang. Indirect Self-Destructive Behaviors), które oznacza zachowanie polegające na unikaniu jedzenia, picia, zażywania leków. Często takie postępowanie starszego schorowanego człowieka prowadzi do jego śmierci⁹.

Wśród osób starszych występują następujące czynniki ryzyka suicydalnego: depresje, choroby przewlekłe, alkoholizm, pogorszenie sytuacji ekonomicznej w wyniku przejścia na emeryturę, związana z tym utrata niezależności materialnej, utrata pozycji w rodzinie, utrata małżonka, osłabione więzi społeczne wywołujące izolację i samotność¹⁰.

Krzysztof Rosa pisze też o braku akceptacji i tolerancji ze strony rodziny wobec odmiennych i niekiedy traktowanych jako dziwaczne, zachowań starszej osoby. Wszystko to może wzbudzać u seniorów poczucie winy wynikające ze świadomości bycia ciężarem dla swojej rodziny¹¹.

W świetle powyższych danych można stwierdzić, że kluczową rolę w wywoływaniu zachowań samobójczych wśród seniorów pełni społeczna izolacja i brak społecznego wsparcia. Biorąc to pod

⁵ J.L. McIntosh, *Epidemiology of suicide in the elderly*, w: *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1992, tom 22, s. 15-35.

⁶ S.M. Wiktorsson, B.Runeson, I. Skoog, S. Östling, M.Waern, *Attempted suicide in the elderly: Characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group*, w: *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2010, tom 18 (1), s. 57-67.

⁷ Więcej na ten temat: B. Hołyst, *Suicydologia*,...op. cit.

⁸ C.M.Callahan, H.C.Hendrie, N.A., Nienaber i wsp., *Suicidal ideation among older primary patients*, w: *Journal of American Geriatric Soc.*, 1996, tom 44 (10), s. 1205-1209; E.Salib, L.Green, *Gender in elderly suicide: analysis of coroners inquests of 200 cases of elderly suicide in Cheshire 1989-2001*, w: *Int. Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003, tom 18 (12), s. 1082-1087.

⁹ N. J. Osgood, *Environmental factors in suicide in long-term care facilities*, w: *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1992, tom 22 (1), s. 98-106.

¹⁰ M. Binczycka – Anholcer, *Zachowania suicydalne osób w starszym wieku*, w: *Suicydologia*, 2005, tom I, s. 79.

¹¹ K.Rosa, *Zachowania samobójcze wśród pensjonariuszy domów pomocy społecznej*, w: *Kondycja psychiczna społeczeństwa polskiego a samobójstwa*, pod red. Brunona Hołysta, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Menedżerskiej w Warszawie, Warszawa 2013, s. 395-396.

uwagę postanowiono przeprowadzić badania zachowań samobójczych wśród mieszkańców poznańskich domów pomocy społecznej.

Przebieg badań i wyniki.

Badania przeprowadzono w sześciu poznańskich domach pomocy społecznej w lutym i marcu 2001 roku. Obok analizy dokumentów urzędowych posłużono się także techniką wywiadu oraz rozmowami z dyrektorami i psychologami poszczególnych placówek.

Na podstawie owych rozmów i badań dokumentów zdołano uzyskać informacje o charakterze i specyfice poznańskich DPS-ów. Doszło tu do zderzenia deklaracji dyrekcji tych placówek z utrzymującymi się stereotypami ukazującymi DPS jako instytucję totalną, w której pensjonariusze funkcjonują na prawach osób całkowicie ubezwłasnowolnionych. DPS często jawi się jako więzienie dla osób w podeszłym wieku.

Podczas konsultacji z dyrektorami badanych placówek pytano o przypadki samobójstw i prób samobójczych, o etiologię tych zachowań i metody dokonywania samobójstw i prób samobójczych. Rozmowy te miały ponadto dostarczyć materiałów pozwalających rozstrzygnąć, czy zdarzały się wśród starszych osób pakt samobójcze? Pytano także o liczbę osób, które przewinięły się przez placówkę w ostatnich 10 latach (1991-2000).

W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano informacje o formach pomocy w depresji osobom chorym i starszym w DPS.

W dalszej części badań przeprowadzono wywiady bezpośrednie z pensjonariuszami DPS-ów. Dzięki tym wywiadam spodziewano się uzyskać wiedzę o przypadkach samobójstw lub prób samobójczych w rodzinie, o próbach autodestrukcji podejmowanych w przeszłości przez samych badanych. Wywiady z pensjonariuszami przeprowadzały osoby cieszące się największym zaufaniem seniorów, a więc psychologowie oraz inni przeszkoleni pracownicy tych placówek. Spośród 554 podopiecznych poznańskich DPS-ów wywiadów udzieliło 115 osób, co stanowiło niemal 21%. Wywiadów nie mogły udzielić osoby cierpiące na stany otępienne, różne schorzenia psychiczne oraz całkowicie niedołążne. Stanowiły one znakomitą większość mieszkańców DPS na ul. Sielskiej, na ul. Bukowskiej, na ul. Konarskiego oraz na ul. Pokrzywno. Osoby takie stanowiły także znaczną część pensjonariuszy pozostałych dwóch DPS-ów, na ul. Niedziałkowskiego oraz na ul. Ugory. Wielu seniorów nie wyrażało zgody na udział w badaniach. Można zatem domniemywać, że osoby te były oburzone poruszonym w wywiadach tematem, bądź posiadając doświadczenia suicydalne, nie potrafiły podzielić się swoimi bolesnymi wspomnieniami.

Wśród sześciu DPS-ów w Poznaniu, trzy były prowadzone przez żeńskie zgromadzenia zakonne. To nie pozostaje bez wpływu na charakter tych placówek. Przebywały w nich same starsze kobiety. DPS na ul. Niedziałkowskiego oraz na ul. Pokrzywno były przeznaczone na odpowiednio 35 i 20 osób i przypominały pensjonaty. W pozostałych DPS-ach przebywali zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Zwłaszcza DPS na ul. Bukowskiej i na ul. Konarskiego były przepelnione.

Z rozmów przeprowadzonych z przedstawicielami dyrekcji poszczególnych domów pomocy społecznej wynikało, że większość spośród mieszkańców zostało opuszczonych przez swoje rodziny. Były to osoby skrzywdzone, odczuwające boleśnie rozłąkę z rodziną i swoim naturalnym środowiskiem. Z obserwacji poczynionych przez psychologów wynikało, że właściwie każdy z nowy mieszkaniem przeżywał okres adaptacji do nowych warunków trwający mniej więcej pół roku. Obniżony nastrój może jak wiadomo niekiedy przeradzać się w długotrwałe stany depresyjne. Pod tym względem wyróżniała się placówka na ul. Niedziałkowskiego opiekująca się starszymi kobietami, niedołączonymi, nie posiadającymi żadnej rodziny i postrzegającymi pobyt w DPS jako jedyne racjonalne rozwiązanie w ich sytuacji życiowej. Z tego względu nie było tu wiele osób z symptomami depresji.

Z rozmów z dyrekcjami poznańskich DPS-ów wynikało, że podstawowym zadaniem personelu jest uchronienie mieszkańców przed stanami depresyjnymi. Bardzo ważny jest ów okres aklimatyzacji do nowych warunków życia. W tym czasie wiele rozmów przeprowadza z nim psycholog, który zapewnia pensjonariuszowi bezpieczeństwo psychiczne.

W DPS-ach prowadzonych przez żeńskie zgromadzenia zakonne psycholog był zatrudniony od 1998 roku. W DPS na ul. Pokrzywno podczas trwania badań nadal nie był zatrudniony psycholog, natomiast siostra dyrektor oraz część personelu posiadało solidne przygotowanie pedagogiczne (z elementami psychologii). W tych domach pomocy społecznej musiało to wystarczać i ponoć wystarczało w rozwiązywaniu problemów podopiecznych.

We wszystkich badanych placówkach prowadzono aktywizację mieszkańców poprzez włączanie ich do organizowania zajęć, imprez kulturalnych, rozrywkowych i rekreacyjnych. Istniała też opieka duchowa, którą w każdym domu pomocy społecznej zapewniali księża kapelani. Tworzące się w sferze nieformalnej więzi przyjaźni pomiędzy personelem a pensjonariuszami, oraz pomiędzy samymi mieszkańcami pozwalały ograniczać postawy rezygnacyjne grożące zachowaniami samobójczymi.

W latach 1991 – 2000 przez badane domy pomocy społecznej przewinęło się 2409 osób. Prezentuje to poniższa tabela nr 1:

Tabela nr 1: Liczba pensjonariuszy poznańskich domów pomocy społecznej w latach 1991-2000

	DPS Ugory	DPS Bukowska	DPS Konarskiego	DPS Sielska	DPS Niedziałkowskiego	DPS Pokrzywno	Ogółem
W latach 1991- 2000	570	918	339	389	82	111	2409
W czasie badań	156	155	96	92	35	20	554

Źródło: obliczenia własne.

W latach 1991-2000 w żadnym z poznańskich domów pomocy społecznej nie zanotowano przypadku samobójstwa. W placówkach prowadzonych przez żeńskie zgromadzenia zakonne w całej historii tych placówek nie zanotowano samobójstw. Nie znane były takie przypadki w DPS na ul. Konarskiego. W dwóch największych domach pomocy społecznej w Poznaniu personel pamiętał o samobójstwach pensjonariuszy, które dokonały się w latach 70-tych i 80-tych XX wieku. W DPS na ul. Ugory w tamtym okresie popełniły samobójstwo cztery osoby (dwie kobiety oraz dwóch mężczyzn). Wszystkie dokonały tego poprzez powieszenie. W DPS na ul. Bukowskiej w tym samym czasie zginęło śmiercią samobójczą dwóch mężczyzn. Pierwszy z nich powiesił się, natomiast drugi wyskoczył przez okno. Nie zachowały się dokumenty pozwalające bliżej zbadać te incydenty.

Na podstawie rozmów z dyrekcją i personelem domów pomocy społecznej ustalono, że tylko w DPS na ul. Bukowskiej i w DPS na ul. Niedziałkowskiego mieszkańcy próbowali odebrać sobie życie. Nie znaczy to, że w innych domach pomocy społecznej nie było tego typu zdarzeń, natomiast nie zostały one wykryte i zarejestrowane, być może zapomniano o nich.

W domu pomocy społecznej na ul. Bukowskiej w roku 1994 pewien chory na nowotwór mężczyzna próbował wyskoczyć przez okno. Także w roku 2000 inny mężczyzna w ten sam sposób pragnął zginąć. W obydwu przypadkach bezpośrednim impulsem wywołującym zachowanie samobójcze była choroba somatyczna i związany z nią ból. W latach 90-tych XX wieku był też przypadek próby samobójczej kobiet, której rodzina opowiedziała o luksusowych warunkach występujących w tym DPS. Konfrontacja z rzeczywistością okazała się bolesna, ponieważ w pokoju w którym miała mieszkać znajdowało się kilkanaście współmieszkanek. Próbowała wyskoczyć przez okno, lecz pensjonariuszki powstrzymały ją od tego. Następnego dnia rodzina zabrała tą osobę do domu.

W rozmowach z personelem DPS na ul. Bukowskiej wspomniano o kilku kobietach, które naużywały leków. Trudno jednak w opinii świadków oddzielić przypadki lekomanii od prób samobójczych.

Nieco lepiej opisany został przypadek 78-letniej kobiety, która podjęła próbę autodestrukcji w domu pomocy społecznej na ul. Niedziałkowskiego w styczniu 2000 roku. Była ona matką czterech synów, lecz najbliższa rodzina zupełnie ją opuściła. Ból psychiczny spowodowany osamotnieniem skłonił tą osobę do podjęcia głodówki, której celem była śmierć. Kobieta ta przez ponad tydzień oszukiwała personel udając, że spożywa posiłki. Po odkryciu tego faktu została otoczona troskliwą opieką psychologa, księdza kapelana i współmieszkanek.

Pensjonariusze poszczególnych poznańskich domów pomocy społecznej sporadycznie rozmawiali o śmierci, o samobójstwie. Na podstawie wywiadów z psychologami i innymi członkami personelu zdołano ustalić, że w DPS na ul. Bukowskiej nie były to powszechne rozmowy, ale wiele osób znajdowało się tu w stanie depresji. W DPS na ul. Ugory wśród mieszkańców jeśli występowały myśli samobójcze, to były one wywołane pogarszającym się stanem zdrowia. W DPS na ul. Konarskiego stwierdzono, że takie rozmowy są najczęstsze wśród nowych mieszkańców. Obniżony nastrój dotykał bowiem niemal wszystkich przyjętych do domu pomocy społecznej przez pierwsze pół roku. Po okresie adaptacji do nowych warunków zmniejszała się również skłonność do podejmowania rozmów na temat samobójstw. W najmniejszym z poznańskich domów pomocy społecznej na ul. Pokrzywno myśli samobójcze występowały u najbardziej schorowanych pensjonariuszek. Jedna z kobiet cierpiąca na raka skóry przeżywała ciężką depresję i wielokrotnie wyrażała chęć popełnienia samobójstwa. Inna starsza kobieta odczuwająca silne bóle wywołane postępującym gośćcem mówiła, że pragnie śmierci.

Podczas wywiadów z mieszkańcami poznańskich domów pomocy społecznej starano się ustalić, jaki odsetek spośród nich posiadał w rodzinach bliskich podejmujących zachowania samobójcze (samobójstwa, próby samobójcze) oraz ilu badanych próbowało odebrać sobie życie w przeszłości.

Tabela nr 2: Zachowania samobójcze w rodzinach pensjonariuszy DPS w Poznaniu oraz próby samobójcze pensjonariuszy w przeszłości

	Liczba wywiadów	Zachowania samobójcze w rodzinie	Własne próby samobójcze w przeszłości

DPS Ugory	Mężczyzn - 10 Kobiet - 40	Samobójstwo popełnił syn oraz bratanek	Próby samobójcze trzech kobiet
DPS Bukowska	Mężczyzn - 0 Kobiet - 12	-	-
DPS Konarskiego	Mężczyzn - 2 Kobiet - 14	Samobójstwo popełniła siostrzenica	Próba samobójcza jednej kobiety
DPS Sielska	Mężczyzn - 0 Kobiet - 15	-	-
DPS Niedziałkowskiego	Mężczyzn - 0 Kobiet - 14	Samobójstwo popełniła siostra pensjonariuszki	Próba samobójcza jednej kobiety
DPS Pokrzywno	Mężczyzn - 0 Kobiet - 8	-	-

Źródło: obliczenia własne.

Tak duże dysproporcje między liczbą kobiet i mężczyzn udzielających wywiadu (103:12) spowodowane były między innymi tym, że w poznańskich domach pomocy społecznej mężczyzn było znacznie mniej niż kobiet. Ponadto mężczyźni zasadniczo nie są skory do osobistych wynurzeń jak kobiety. Spośród 115 badanych, czterech wywodziło się z rodzin, w których podejmowano zachowania samobójcze. Nie stwierdzono jednak inspirującego wpływu tych zachowań na badanych, ponieważ oni nie próbowali w przeszłości popełnić samobójstwa. Pięć kobiet na 103 biorące udział w badaniu, podejmowało w przeszłości próby samobójcze. Żaden z 12 mężczyzn udzielających wywiadu, nie próbował w przeszłości dokonać autodestrukcji. Trzy kobiety podejmowały swoje próby w młodości, a powodem dwóch z nich była zdrada męża i odejście do innej kobiety. Jedna z kobiet próbowała popełnić samobójstwo w wieku 25 lat z powodu kalectwa. Dwie kobiety dokonywały prób samobójczych w okresie bezpośrednio poprzedzającym pobyt w domu pomocy społecznej. Jedna uczyniła to z poczucia oszukania przez najbliższych, którzy sprzedali jej mieszkanie, natomiast druga dotkliwie odczuwała swoją samotność i podjęła próbę powieszenia się.

Kilka pensjonariuszek DPS z ul. Ugory przyznało się do myśli i zamiarów samobójczych w okresie poprzedzającym przyjęcie do tej placówki. Powodem tych myśli był przede wszystkim zły stan zdrowia, a w jednym przypadku złe traktowanie przez rodzinę. Podczas wywiadów dwie panie przyznawały się do rozmyślania o samobójstwie. Powodem takich rozmyślań u dziewięćdziesięcioletniej kobiety był stan zdrowia. Od dwóch lat była to kobieta leżąca. Z kolei inna 80-letnia kobieta rozmyślała o samobójstwie, bo szczególnie boleśnie odczuwała brak dzieci i rodziny. Pozytywnym efektem tych badań było objęcie tych pań przez psychologa i personel jeszcze bardziej

troskliwą opieką. Nikt z personelu nie zdawał sobie sprawy z aż tak obniżonego nastroju tych seniorek.

Wnioski z badań.

1. W poznańskich domach pomocy społecznej w latach 1991-2000 nie odnotowano żadnego przypadku samobójstwa pensjonariusza. Świadczy to o profesjonalnym przygotowaniu personelu do neutralizacji zagrożeń suicydalnych oraz o rozwoju nowoczesnych metod terapii ludzi starszych.
2. Najwięcej zachowań samobójczych oraz myśli samobójczych pojawia się w okresie bezpośrednio poprzedzającym pobyt w domu pomocy społecznej i w pierwszych miesiącach pobytu. Psychologowie z poszczególnych badanych placówek potwierdzali, że osoby przyjmowane do domów pomocy społecznej posiadały obniżony nastrój przez pierwsze pół roku. Informacje te powinny być uwzględniane podczas podejmowanej profilaktyki antysuicydalnej w domach pomocy społecznej.
3. W świetle zebranych danych empirycznych można mówić o dwóch zasadniczych przyczynach prób samobójczych podejmowanych przez mieszkańców domów pomocy społecznej: chorobach somatycznych oraz poczuciu osamotnienia.
4. Osamotnienie mieszkańców domów pomocy społecznej powstaje w wyniku opuszczenia przez członków najbliższej rodziny.
5. Blisko 5% badanych starszych kobiet próbowało w przeszłości popełnić samobójstwo. W dwóch przypadkach dotyczyło to prób samobójczych w okresie bezpośrednio poprzedzającym przyjęcie do domu pomocy społecznej.
6. Należy żywić nadzieję, że pozytywny trend rozwoju i doskonalenia procesu opiekuńczego w domach pomocy społecznej (pomoc w aklimatyzacji, wieloraka aktywizacja mieszkańców, opieka duchowa, medyczna, socjalna i paliatywna) utrzyma się, co ograniczy przypadki podejmowania przez niektórych pensjonariuszy prób samobójczych.