

Zaburzenia depresyjne u pacjentów w podeszłym wieku objętych stacjonarną długoterminową opieką

Depression disorders in aged patients in stationary long-term care conditions

Artur Ostrzyżek¹, Józef Kocur²

¹ Ze Szpitala Wojewódzkiego w Bełchatowie
Dyrektor: dr n. ekon. C. Beda
² Z Zakładu Psychorehabilitacji WAM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Kocur

Summary

Aim: The prevalence of depression-type disorders in patients of over 65 years staying in a long-term care department was evaluated.

Method: The 15 item Geriatric Depression Scale was used in this evaluation.

Results: In the examination carried out almost 68% of the patients showed sub-depression symptoms, and in more than 25% cases depression was diagnosed. No crucial connection between the age of the examined and the depression symptom intensification and also between the living efficiency evaluation and the GDS-15 was diagnosed. There was no significant correlation between the cognitive functions evaluation and the GDS-15 one either.

Conclusions: In order to improve the quality of life of depressive patients in stationary long-term care it seems necessary to give them psychogeriatric help along with early diagnosis and treatment of depression

Słowa klucze: depresja, wiek podeszły, opieka długoterminowa

Key words: depression, old age, long-term care

Wstęp

Depresje wieku podeszłego ze względu na częstość występowania oraz poważne następstwa stanowią istotny problem kliniczny i społeczny. Rozpowszechnienie występowania zaburzeń typu depresyjnego w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia szacuje się na około 15–20%, a wśród osób korzystających z pomocy medycznej na blisko 30% [1]. Można przewidywać, że liczba osób z depresją znacznie wzrośnie w ciągu najbliższych 20–30 lat, w miarę starzenia się populacji wielu państw świata. Ze względu na związaną ze zmianami okresu starczego odmienną symptomatologię wielu chorób i zaburzeń, maskujących bądź modyfikujących przebieg innych schorzeń, postawienie właściwej diagnozy sprawia niekiedy duże trudności. Celem pracy była próba oceny rozpowszechnienia zaburzeń typu depresyjnego wśród osób powyżej 65 roku życia, przebywających w placówce opiekuńczej.

Material i metody

Badania przeprowadzono w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Szpitala Wojewódzkiego w Bełchatowie. Wstępnie dokonano oceny sprawności funkcji kognitywnych 75 pacjentów w celu wyselekcjonowania grupy osób zdolnych intelektualnie do uczestniczenia w badaniach. Posłużono się polską wersją Testu Oceny Upośledzenia Funkcji Poznawczych „Easy – Care”, który jest częścią składową europejskiego systemu całościowej oceny funkcjonowania ludzi starych [2]. Badania właściwe przeprowadzono u 31 osób – 19 kobiet i 12 mężczyzn w wieku 65–93 lat, przebywających w zakładzie – w okresie od stycznia 2001 r. do lutego 2002 roku.

Oceny częstości występowania zaburzeń depresyjnych dokonano za pomocą 15-itemowej Geriatrycznej Skali Depresji (GDS – Geriatric Depression Scale) [3]. W celu ustalenia ewentualnego związku pomiędzy poziomem tzw. sprawności życiowej ADL (Activities of Daily Living) a występowaniem objawów depresji oceniono podstawowe czynności dnia codziennego za pomocą skali „Indeks Barthel”. Zbadano podstawowe korelacje.

Wyniki

Średnia wieku badanych wyniosła 76,45 roku; SD = 9,71 (79,32 roku kobiety, 71,92 roku mężczyźni). Ocena funkcji kognitywnych za pomocą testu „Easy – Care” wykazała średnią dla badanej grupy 8,87 punktu; SD = 5,92 (kobiety – 10,00 pkt, mężczyźni – 7,58 pkt). Uzyskane wartości z przedziału 0–10 punktów świadczą o co najwyżej łagodnym upośledzeniu funkcji poznawczych. Pomiar sprawności w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego wyniósł w badanej grupie 46,94 pkt; SD = 19,48 (dla kobiet = 49,47 pkt i dla mężczyzn = 42,92 pkt).

Ocenę częstości występowania zaburzeń o typie depresji przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Obecność i nasilenie depresji według GDS-15

Przedział wyniku GDS – 15 [punkty]	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	Liczba wskazań	Udział struktury [%]	Liczba wskazań	Udział struktury [%]	Liczba wskazań	Udział struktury [%]
0–5	2	6,45	-	-	2	6,45
6–9	14	45,16	7	22,58	21	67,74
10–15	3	9,68	5	16,13	8	25,81
Analiza statystyczna	$\bar{X} = 9,42$ SD= 2,69 Min.= 5 Me= 9,00 Max.= 15		$\bar{X} = 10,08$ SD= 2,69 Min.= 6 Me= 10,00 Max.= 15		31	100,00
	K-S: $d = 0,37744$; $p < 0,01$; p Lilliefors = 0,01 U. Shapiro-Wilka 0,30490; $p < 0,001$					

\bar{X} – średnia arytmetyczna
SD – odchylenie standardowe
Me – mediana

W przeprowadzonym badaniu jedynie 6,45% respondentów uzyskało wartości w przedziale 0–5 punktów, świadczące o braku objawów depresji. Znacząco wysoki odsetek badanych (67,74%) ujawniał objawy subdepresji, a w 25,81% rozpoznano depresję. Korelacja pomiędzy parametrami GDS a wiekiem badanych była niska (r Spearmana = $[-0,28]$) i nieistotna statystycznie ($p > 0,05$). Teza o istnieniu zależności pomiędzy niskim poziomem sprawności w zakresie ADL a występowaniem objawów depresji nie znalazła potwierdzenia (r Spearmana = $0,17$, $p > 0,05$).

Nie stwierdzono również związku pomiędzy oceną funkcji poznawczych a składowymi testami GDS (r Spearmana = $0,21$, $p > 0,05$).

W przeprowadzonym badaniu wykazano istnienie dodatniej korelacji pomiędzy wiekiem badanych a wynikami oceny funkcji kognitywnych respondentów (r Spearmana = $0,42$, $p < 0,05$).

Zgodność wewnętrzną uzyskanych wyników była satysfakcjonująca (alfa Cronbacha $> 0,75$).

Omówienie wyników

Depresja należy do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych wieku podeszłego. Konieczność prowadzenia badań skryningowych, mających na celu ocenę rozpowszechnienia depresji wśród osób w podeszłym wieku, objętych stacjonarną długoterminową opieką, podkreśla wielu autorów [4, 5, 6].

Znaczne trudności diagnostyczne w różnicowaniu depresji i innych chorób w tym okresie życia spowodowane są m.in. następującymi czynnikami:

- występowaniem przewlekłych, często utajonych chorób,
- występowaniem otępienia oraz otępienia rzekomego związanego z depresją,
- złożonymi problemami psychospołecznymi ludzi starych.

Największe problemy diagnostyczne sprawia zwykle depresja słabo wyrażona lub o atypowym przebiegu. Zastosowanie standaryzowanego testu (np. Geriatrycznej Skali Depresji) bardzo pomaga w potwierdzeniu lub wykluczeniu istnienia depresji.

W przeprowadzonym badaniu blisko 68% respondentów ujawniało objawy subdepresji, przy czym u ponad 25% rozpoznano depresję. Podobne rozpowszechnienie depresji wśród pensjonariuszy zakładu opiekuńczego obserwowali Mc Curren i wsp. [7] przed wdrożeniem strategii pomocy psychogeriatrycznej. W badaniach Brodatego i wsp. [8] liczebność rezydentów N.H. z nastrojem depresyjnym wyniosła 42%.

W naszej próbie, uzyskane oceny średnie w skali GDS – 15 nie różniły się znacząco w grupie kobiet i mężczyzn (kobiet $\bar{x} = 9,42$, $Me = 9,00$; mężczyźni: $\bar{x} = 10,08$, $Me = 10,00$). Wyniki przekrojowych badań longitudinalnych pacjentów objętych długoterminową opieką wskazują, że zaburzeniom typu depresyjnego często towarzyszą znaczne ograniczenia w sferze poznawczej, deficyty funkcjonalne i niesprawność [9, 10, 11].

Nie stwierdziliśmy istotnego związku pomiędzy wiekiem badanych a nasileniem objawów zespołu depresyjnego a także przeprowadzoną oceną sprawności życiowej i oceną za pomocą Geriatrycznej Skali Depresji (GDS – 15). Nie stwierdzono również związku pomiędzy oceną funkcji poznawczych pacjentów a oceną uzyskaną w skali

GDS. W odniesieniu do sfery poznawczej, brak znamiennej korelacji z oceną GDS może być wynikiem przeprowadzonej preselekcji pacjentów za pomocą testu „Easy – Care”. Za potwierdzeniem tej tezy przemawia istotna korelacja dodatnia pomiędzy wiekiem a ujawnionym poziomem sprawności kognitywnych badanych.

Ryden i wsp. [12] postulują potrzebę stałego diagnozowania zaburzeń o charakterze depresji wśród pacjentów objętych opieką długoterminową. W tym kontekście, we wczesnym identyfikowaniu depresji i podejmowaniu terapii upatrują realnej możliwości poprawy jakości życia tej grupy osób.

Zdaniem Żakowskiej-Wachelko [13], depresja paradoksalnie jest jedną z niewielu chorób przewlekłych wieku podeszłego, która, wykryta, może być skutecznie leczona. Niestety, rozmiary zaniedbań diagnostycznych wciąż nie są znane. Za jeden z najważniejszych czynników nierozpoznawania depresji wieku podeszłego Wright [14] uważa tendencję wielu pacjentów do somatyzacji ich psychologicznych problemów. Rovner [15] określa depresję jako „niezależny czynnik ryzyka śmierci” wśród rezydentów zakładów opieki długoterminowej.

Wnioski

1. U znacząco wysokiego odsetka (68%) pacjentów zakładu opiekuńczego powyżej 65 roku życia stwierdzono objawy subdepresji, a u blisko 26% chorych rozpoznano depresję.
2. W badanej grupie nie stwierdzono zależności pomiędzy wiekiem a występowaniem objawów depresji, a także oceną sprawności życiowej i oceną za pomocą Geriatrycznej Skali Depresji (GDS-15).
3. W celu poprawy jakości życia chorych z depresją, przebywających w zakładach opieki długoterminowej, wydaje się celowe udzielenie im pomocy psychogeriatrycznej ułatwiającej wczesne wykrywanie depresji i jej leczenie.

Abstract

Introduction

Context: The study aimed to determine the prevalence of subdepression and depression in a nursing home among patients aged 65 and older, and to assess the relationship between age and the occurrence of depression symptoms, as well as the assessment of quality of life and the Geriatric Depression Scale (GDS-15).

Methods: A cross-sectional study was conducted in a nursing home with 15 residents. The prevalence of subdepression and depression was determined using the GDS-15 scale.

Results: The prevalence of subdepression was 68% and the prevalence of depression was 26% among patients aged 65 and older. There was no significant correlation between age and the occurrence of depression symptoms, as well as the assessment of quality of life and the Geriatric Depression Scale (GDS-15).

Conclusions: The study shows that a significant proportion of patients in a nursing home have subdepression or depression. It is recommended to provide them with geriatric psychiatric care to facilitate early detection of depression and its treatment.

Depressionsstörungen bei Patienten im hohen Alter in der langfristigen stationären Behandlung

Zusammenfassung

Ziel: Es wurde die Verbreitung der depressiven Störungen unter den Patienten über dem 65. Lebensjahr beurteilt, die sich in einem Zentrum der langfristigen Betreuung aufhalten.

Methode: Zur Beurteilung wurde die 15-items-Geriatriische Depressionsskala (GDS) angewandt.

Ergebnisse: In der durchgeführten Forschung hatten fast 68% der Patienten die Symptome einer Subdepression und bei über 25% der Fälle diagnostizierte man Depression. Es wurde kein Zusammenhang zwischen dem Alter der Untersuchten und der Intensität der Depressionssymptome und der Beurteilung von GDS-15 festgestellt. Es fehlte auch eine Korrelation zwischen der Beurteilung der kognitiven Funktionen und der Beurteilung nach GDS.

Schlussfolgerungen: Zwecks der Verbesserung der Lebensqualität der Kranken mit der Depression in den Behandlungszentren scheint es zweckmäßig zu sein, ihnen eine psychogeriatrische Hilfe anzubieten, die frühes Diagnostizieren der Depression und ihre Behandlung umfasst.

Les troubles dépressifs des patients âgés suivant la thérapie stationnaire de longue terme

Résumé

Objectif: On estime la fréquence d'apparition des troubles dépressifs des patients âgées de plus de 65 ans suivant la thérapie stationnaire de longue terme.

Méthode: On utilise le GDS-15 – 15 item Geriatric Depression Scale.

Résultats: 68 % de personnes examinées manifestent les symptômes de la sub-dépression, et 25% sont diagnostiquées dépressives. On ne note pas de connexion de l'âge des malades et de l'intensité des symptômes de la dépression ainsi que de l'estimation de savoir-faire quotidien et l'évaluation de GDS-15. Il n'existe non plus la corrélation de l'estimation des fonctions cognitives et l'analyse selon GDS.

Conclusions: Pour améliorer la qualité de vie des personnes dépressives âgées suivant la thérapie de longue terme il est utile de les diagnostiquer précocement et de commencer leur thérapie très tôt.

Piśmiennictwo

1. Pużyński S. *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: PZWL; 1999.
2. Bień B. *Kwestionariusz EASY – Care: założenia i metodologia badań*. Geront. Pol. 1999; 7 (2): 37–40.
3. Abrams WB, Beers MH, Berkow R. s. W: Galus K, Kocemba J, red. *MSD podręcznik geriatrii*. Wrocław: Urban & Partner; 1999.
4. Abrams RC, Teresi JA, Butin DN. *Depression in nursing home residents*. Clin. Geriatr. Med. 1992; 8: 309–322.
5. Bagley H, Cordingley L, Burns A i in. *Recognition of depression by staff in nursing and residential homes*. J. Clin. Nurs. 2000; 9: 445–450.
6. Burrows AB, Morris JN, Simon SE i in. *Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes*. Age Ageing 2000; 29: 165–172.
7. Mc Curren C, Dowe D, Rattle D i in. *Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy*. Appl. Nurs. Res. 1999; 12: 185–195.
8. Brodaty H, Draper B, Saab D i in. *Psychosis, depression and behavioural disturbances in*

- Sydney nursing home residents: prevalence and predictors.* Int. J. Geriatr. Psychiatry 2001; 16: 504–512.
9. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. *Incidence of depression in long-term care settings.* J. Gerontol. 1992; 47: 189–196.
 10. Ruuskanen JM, Parkatti T. *Physical activity and related factors among nursing home residents.* J. Am. Geriatr. Soc. 1994; 42: 987–991.
 11. Scott Paist S, Jeffrey RM. *Niewydolność mózgu u osób w podeszłym wieku.* Med. Dypl. 1997; 6 (1): 51–60.
 12. Ryden MB, Pearson V, Kaas MJ. *Assessment of depression in a population at risk newly admitted nursing home residents.* J. Gerontol. Nurs. 1998; 24: 21–29.
 13. Żakowska-Wachelko B. *Żarys medycyny geriatrycznej.* Warszawa: PZWL; 2000.
 14. Wright AF. *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego.* Warszawa: Sanmedica; 1995.
 15. Rovner BV. *Depression and increased risk of mortality in the nursing home patient.* Am. J. Med. 1993; 94: 19–22.

Otrzymano: 30.07.2002

Zrecenzowano: 19.08.2002

Przyjęto do druku: 3.02.2003

Adres: Artur Ostrzyżek
Szpital Wojewódzki w Bełchatowie
97-400 Bełchatów, ul. Czaplinska 123
Józef Kocur
Zakład Psychorehabilitacji
Wojskowej Akademii Medycznej
90-647 Łódź, pl. Gen. J. Hallera 1