

EWA RUDNICKA DROŻAK¹, BEATA RYBOJAD^{1,2}

DEPRESJA – JEDEN Z WIELKICH PROBLEMÓW GERIATRYCZNYCH
W PRAKTYCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

*DEPRESSION – A ‘GIANT’ OF GERIATRICS IN THE PRACTICE OF PRIMARY
HEALTH CARE PHYSICIAN*

*ДЕПРЕССИЯ – ОДНА ИЗ САМЫХ БОЛЬШИХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ
ПРОБЛЕМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ*

*ДЕПРЕСІЯ - ОДНА З НАЙБІЛЬШИХ ГЕРІАТРИЧНИХ ПРОБЛЕМ У
ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ*

¹Z Samodzielnej Pracowni Medycyny Katastrof UM w Lublinie

p.o. Kierownik: dr hab. n. med. E. Rudnicka Drożak

²Z Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii DSK Lublin

W pracy przedstawiono wyniki badań 1047 pacjentów w wieku 65-100 lat z Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej województwa lubelskiego, dotyczące występowania depresji zaliczanej do wielkich problemów geriatrycznych.

SŁOWA KLUCZOWE: wielkie problemy geriatryczne, podstawowa opieka medyczna, depresja.

KEY WORDS: *the ‘giants’ of geriatrics, primary health care, depression.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *большие гериатрические проблемы, первичная медицинская помощь, депрессия.*

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *великі геріатричні проблеми, первинна медична допомога, депресія.*

Na potrzeby współczesnej gerontologii autorzy anglosascy wprowadzili pojęcia tzw. „wielkich problemów geriatrycznych” (the giants of geriatrics). Są to najczęściej pojawiające się zaburzenia (choroby) fizyczne lub psychiczne doprowadzające do zaburzeń funkcjonowania osób w wieku podeszłym. Zaliczane są do nich stany wieloprzyczynowe, przewlekłe, trudne do leczenia oraz powodujące stopniową utratę niezależności. Wielkie problemy geriatryczne są bardzo powszechne, ale także równie często lekceważone, poprzez traktowanie ich jako „naturalnej” konsekwencji starości.

Do wielkich problemów geriatrycznych zaliczamy: upadki i zaburzenia mobilności, nietrzymanie moczu lub stolca, upośledzenie wzroku lub słuchu, zaburzenia otępienie, oraz starcze depresje.

Depresja u osób w podeszłym wieku, choć występuje często, przeważnie

pozostaje nierozpoznana i nieleczona. Przyczyną tego faktu jest odmienność obrazu klinicznego oraz błędne przekonanie, że objawy depresyjne stanowią nieodzowną konsekwencję starzenia się. Cechą charakterystyczną depresji po 65 roku życia są także różnorodne jej uwarunkowania. Częstość tych zaburzeń w świetle badań epidemiologicznych wynosi aż 15 – 30%. [3, 7]. W przebiegu chorób somatycznych częstość zespołu depresyjnego wzrasta nawet do 45%. [3]. Powszechnie występuje również dystymia (8 -15% osób) czyli przewlekłe utrzymujące się obniżenie nastroju trwające ponad 2 lata, ale nie spełniające kryteriów „dużej depresji”. W grupie osób starszych występują szczególne czynniki ryzyka depresji. Należą do nich: starzenie się mózgu, sytuacja psychospołeczna („zespoły utraty”, samotność czynniki finansowe); choroby somatyczne (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zespoły bólowe); dodatkowo przyjmowane leki np. niektóre leki przeciwnadciśnieniowe, przeciwcukrzycowe, steroidy), niepełnosprawność [3, 12].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena występowania depresji u osób powyżej 65 roku życia wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej.

MATERIAŁ I METODA

Badaniami objęto 1047 pacjentów losowo wybranych z 11 niepublicznych zakładów podstawowej opieki zdrowotnej na terenie województwa lubelskiego. Metodą badawczą był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, standardowa Karta Środowiskowo – Rodzinna, analiza dokumentacji medycznej podstawowej opieki zdrowotnej, Karty Informacyjne pobytu pacjentów w szpitalu, Geriatryczna Skala Depresji – formularz skrócony.

WYNIKI BADAŃ

Wśród badanych pacjentów przeważały kobiety: 740 osób (70,68%), natomiast mężczyzn było 307 (29,32%). W tej grupie 504 osoby (48,14%) to mieszkańcy rejonów miejskich, 543 osoby (51,86%) to mieszkańcy wsi. Struktura wieku badanych pacjentów była następująca: w przedziale wiekowym 65 – 75 lat były 532 osoby (50,81%), następnie: w wieku 76 – 85 lat 382 osoby (36,48%), oraz w wieku powyżej 86 lat były 133 osoby (12,70%). Średnia wieku wynosiła 76,1+-7,3 SD, mediana 75 lat. Wiek badanych mieścił się w granicach 65 – 100 lat (Tab. I, Tab.II).

Tabela I. Struktura badanych pod względem płci i miejsca zamieszkania

Table I. Structure of patients in the study by gender and place of residence.

Таблица I. Структура респондентов по отношению к полу и месту жительства

Таблиця I. Структура респондентів відносно статі і місця проживання

Miejsce zamieszkania	kobieta	mężczyzna	Analiza statystyczna
miasto	361 (48,8%)	143 (46,6%)	$\chi^2=0,42$ p=0,52
wieś	379 (51,2%)	164 (53,4%)	

Tabela II. Miejsce zamieszkania a wiek badanych
Table II. Place of residence and age of the patients examined
Таблица II. Место жительства и возраст исследуемых
Таблиця II. Місце проживання та вік досліджуваних

Miejsce zamieszkania	wiek			Analiza statystyczna
	65-75	76-85	86-	
miasto	247 (46,4%)	182 (47,6%)	75 (56,4%)	$\chi^2=4,29$ p=0,12
wieś	285 (53,6%)	200 (52,4%)	58 (43,6%)	

Wykształcenie analizowanej populacji było dość niskie: najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym – 600 osób (57,30%), wykształcenie zawodowe miały 220 osoby (21,01%), średnie – 148 osób (14,13%), wyższe – 40 osób (3,82%), natomiast bez wykształcenia było 39 osób (3,72%).

Analiza wykształcenia badanych pod kątem miejsca zamieszkania wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy rejonami wiejskimi i miejskimi wskazując jednoznacznie na niższy poziom wykształcenia pacjentów wiejskich ($\chi^2 = 145,9650$; p = 0,000001).

Ocena warunków i mieszkaniowych przeprowadzona w ramach wywiadu środowiskowo – rodzinnego w połowie analizowanych przypadków okazała się „właściwa” – 520 (49,66%), warunki ocenione jako „właściwe z zastrzeżeniami” dotyczyły 393 badanych (37,53%). Zastrzeżenia te były związane ze zbyt dużą liczbą mieszkańców w stosunku do powierzchni lokalu, zbyt wysokiego piętra uniemożliwiającego swobodne poruszanie się starszych osób, lub też braku toalety w obrębie mieszkania. Pozostała grupa pacjentów – 134 osoby (12,81%) ze względu na zespoły otepienne nie udzieliła odpowiedzi.

Sytuacja ekonomiczna badanych była bardzo charakterystyczna – wszyscy mieli stałe dochody. Najczęściej było to świadczenie rentowe lub emerytalne – 691 osób (66%), dochody dodatkowe (zwykle z prywatnych – rodzinnych firm) miało 6 osób (0,57%), zaś dochody pochodzące z takich instytucji społecznych jak: Ośrodki Pomocy Społecznej, Ośrodki Pomocy Rodzinie, PCK (Polski Czerwony Krzyż) deklarowało 7 osób (0,68%). Nie uzyskano informacji na temat sytuacji ekonomicznej u 343 badanych (32,8%).

Stan higieniczny osób (ocenie były poddawane: wygląd zewnętrzny, stan czystości skóry, włosów, paznokci, odzieży) w przypadku 595 (56,82%) badanych pacjentów był właściwy, jako zadowolający był oceniony u 336 pacjentów (32,09%), natomiast nieodpowiedni był u 116 osób (11,07%).

Najczęściej występujące choroby badanej populacji starszych osób dotyczyły: układu krążenia – 866 przypadków (82,71%) (ICD – I00 – I99). W tej grupie dominowały: choroba nadciśnieniowa, choroba niedokrwienna serca pod postacią przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, dusznicy bolesnej, zaburzenia rytmu serca – najczęściej migotanie przedsionków, choroby naczyń mózgowych wraz z ich następstwami (udary), miażdżyca i jej konsekwencje, oraz choroby żył.

Na drugim miejscu należy wymienić zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (ICD – F00 – F99) – 427 zdiagnozowanych przypadków (40,78%). Były to najczęściej zaburzenia nastroju (afektywne) – częściej depresja niż zespoły

maniakalne, zaburzenia nerwicowe, organiczne zaburzenia psychiczne – zespoły otępienie o różnorodnej etiologii, schizofrenia i zaburzenia typu schizofrenii, nieorganiczne zaburzenia snu, oraz zaburzenia psychiczne spowodowane nadużywaniem alkoholu, oraz substancji uspakajających lub nasennych.

Kolejną grupę schorzeń stanowiły choroby układu kostno stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (ICD – M00 –M99) – 260 przypadków (24, 83%). Najczęściej tu spotykane były zmiany zwyrodnieniowe stawów: zwyrodnienia wielostanowe, Koksartroza (choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych), Gonartroza (choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych), zmiany zwyrodnieniowe stawów kręgosłupa, osteoporoza ze złamaniem bądź bez złamania patologicznego.

Cukrzyca (insulinozależna i insulinoniezależna; ICD – E10- E11) była rozpoznana u 148 badanych osób (14,13%).

Nowotwory złośliwe (ICD - C00 – C97) występowały u 133 osób (14,3%). Najczęściej spotykane były: rak sutki u kobiet, rak płuc i gruczołu krokowego u mężczyzn, oraz nowotwory przewodu pokarmowego u obu płci.

Wiek podeszły charakteryzuje się występowaniem wielu chorób i dolegliwości. W badaniu w przypadku 787 osób (75%) stwierdzono więcej niż jedną z wyżej wymienionych jednostek chorobowych.

W związku z powyższym seniorzy wymagają systematycznych wizyt u lekarza. Niestety, zaledwie 644 badane osoby (61,50%) czyniły to regularnie, niesystematycznie chodziło do lekarza 250 osób (23,88%), ($\chi^2 = 387,51$; $p < 0,000001$), natomiast w ogóle nie korzystało z porad lekarskich 153 osoby (14,61%). Wizyty u tych pacjentów były realizowane tylko i wyłącznie z inicjatywy personelu medycznego (lekarza, pielęgniarki). Wszyscy pacjenci byli objęci przede wszystkim opieką ze strony lekarza rodzinnego, oraz w mniejszym zakresie przez specjalistów: kardiologa, ortopedy, chirurga, onkologa, psychiatry itd. Zaskakującym wydaje się fakt, że zaledwie 1 osoba wśród wszystkich badanych korzystała z opieki lekarza geriatry.

Wśród przyczyn niesystematycznego korzystania z opieki medycznej wymieniano: niedostateczną dostępność szczególnie do lekarzy - specjalistów, trudności w samodzielnym poruszaniu się. Część badanych osób w ogóle nie widziała potrzeby systematycznego leczenia się. Grupa osób które nie korzystały z opieki medycznej to takie, które zarówno same lub ich opiekunowie negowali taką potrzebę.

811 badanych osób starszych (77,46%) potrzebuje opieki ze strony osób drugich. 236 osób (22,54%) może samodzielnie egzystować.

Wśród bezpośrednich przyczyn dotyczących potrzeby opieki ze strony osób innych na pierwszym miejscu można wymienić starość – 401 osób (38,3%), następnie zaburzenia psychiczne w tym zespoły otępienie i choroba *Alzheimera* - 91 osób (8,7%), choroby układu krążenia w tym stany po zawałach i udarach – 72 osoby (6,9%), choroby układu ruchu – 58 osób (5,5%), cukrzyca i jej powikłania 30 osób (2,9%), nowotwory złośliwe – 12 osób (1,1%).

Wśród innych przyczyn należy wymienić między innymi zaawansowaną chorobę *Parkinsona*, porażenia kończyn po wypadkach, urazach czy udarach, ślepotę. Warto również zaznaczyć, że w przypadku 304 badanych pacjentów (29,03%) występowała więcej niż jedna przyczyna opieki.

Geriatryczna Skala Depresji (Geriatric Depression Scale) najczęściej stosowana skala skriningowa do samooceny depresji w wieku podeszłym wykazała, że u 735 (70, 20%) pacjentów – istnieje możliwość wystąpienia depresji, 134 badane osoby (12,80%) nie udzieliły odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu Geriatrycznej Skali Depresji zwykle z powodu głębokiego otępienia ($\chi^2 = 338,59$; $p < 0,000001$). Pozostali pacjenci – 178 osób (17%) nieprawidłowo wypełniło kwestionariusz.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy miejscem zamieszkania pacjenta seniora a występowaniem depresji ($\chi^2 = 2,234057$; $p = 0,1350$) (Tab. III).

Tabela III. Możliwość wystąpienia depresji a miejsce zamieszkania pacjentów
Table III. Possibility of occurrence of depression and patients' place of residence
Таблица III. Возможность проявления депрессии и место жительства респондентов
Таблиця III. Можливість прояви депресії і місце проживання респондентів

Miejsce zamieszkania	Depresja		Analiza statystyczna
	tak	nie	
miasto	72 (40,5%)	343 (46,7%)	$\chi^2=2,23$ $p=0,13$
wieś	106 (59,5%)	392 (53,3%)	

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Bardzo złożonym problemem są wzajemne powiązania i uwarunkowania pomiędzy depresją, a chorobą somatyczną. Są takie choroby w których zespół depresyjny może należeć do obrazu klinicznego będąc niekiedy objawem zwiastunowym, lub też pojawiać się jako niepożądane działanie leków, bądź też jest reakcją psychogenną na przewlekłe dolegliwości, uciążliwość leczenia, niepełnosprawność fizyczną pogłębiającą się zależność od otoczenia [11].

Jeżeli depresja i choroba somatyczna wystąpiły niezależnie od siebie, nadal będą wzajemnie modyfikować swój przebieg. Nieleczona depresja zawsze pogarsza przebieg i rokowanie choroby somatycznej [11, 12]. Pacjent z depresyjnymi zaburzeniami myślenia i napędu niechętnie (bądź wcale) współpracuje z lekarzem, nie stosuje się do zaleceń, nie przyjmuje leków. W wieku starszym nierzadko zdarzają się samobójstwa dokonane poprzez celowe zaprzestanie przyjmowania niezbędnych leków [12].

Przewlekłe choroby somatyczne zwłaszcza związane z występującym przez cały czas bólem, pogarszają zdecydowanie przebieg zaburzeń depresyjnych. W przypadku współwystępowania depresji i przewlekłych zespołów bólowych ryzyko popełnienia samobójstwa wzrasta sześciokrotnie. Częstość występowania depresji w chorobach somatycznych jest największa w przypadku chorób nowotworowych wynosi 30 -42%, cukrzycy 8.5 – 27.3%,

choroby wieńcowej 15 – 20%, nadciśnienia tętniczego 9 -25%, niedoborów witamin (zwłaszcza B12 i kwasu foliowego) 15 – 38%. Ponadto jest one częstsza u pacjentów po przebytej resekcji żołądka, po przebyłym, nieleczonym zakażeniu pasożytniczym, a także przy przewlekłym nadużywaniu alkoholu [2, 10].

Kryteria diagnostyczne dużej depresji to obniżenie nastroju, zaburzenia snu, ograniczenie zainteresowań lub anhedonia, silne poczucie winy lub małej wartości, brak energii, zaburzenia koncentracji, jadłowstręt lub utrata masy ciała, pobudzenie lub spowolnienie psychomotoryczne i myśli samobójcze [1].

U osób w podeszłym wieku szczególnie często występują zaburzenia snu, jadłowstręt lub utrata masy ciała i zaburzenia koncentracji. Rozpoznanie ustala się na podstawie stwierdzenia występowania co najmniej pięciu objawów niemal każdego dnia przez okres dwóch tygodni, oraz zmiany w porównaniu z poprzednim poziomem funkcjonowania, którą odzwierciedla wynik co najmniej 10 punktów w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji lub Inwentarzu Depresji *Becka*. Konieczne jest także różnicowanie depresji i otępienia. U chorych z depresją w podeszłym wieku, szczególnie u kobiet, często występują objawy wegetatywne i zaburzenia funkcji poznawczych [5].

Przytłaczająca większość pacjentów w podeszłym wieku woli pozostawać pod opieką swojego lekarza rodzinnego (pierwszego kontaktu), a nie pod opieką psychiatry. 75% chorych w podeszłym wieku przejawiających objawy depresji zgłasza się początkowo do lekarza pierwszego kontaktu [5]. Częstość rozpoznawania depresji przez lekarza rodzinnego jest bardzo różna i waha się od 19 – 94%. Jak wskazują badania różnorodnie uwarunkowane zaburzenia depresyjne stanowią jeden z najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych w populacji osób powyżej 65 roku życia. Częstość tych zaburzeń wykazywana w badaniach epidemiologicznych waha się w granicach 15 -30% [8]. Powszechnie występuje również dystymia – u 8 – 15% osób; czyli przewlekłe utrzymujące się obniżenie nastroju, trwające ponad 2 lata, ale nie spełniające kryteriów „dużej depresji”. Uważa się, że jej rozpowszechnienie wśród populacji osób w podeszłym wieku wzrasta, podobnie jak innych rodzajów depresji, w tym depresji przewlekłej i depresji z objawami psychotycznymi [3, 7].

Pacjenci w podeszłym wieku chorujący na depresję zazwyczaj nie skarżą się na obniżenie nastroju, ale raczej na objawy mniej specyficzne, takie jak bezsenność, jadłowstręt i męczliwość. Większość autorów jest zdania, że epizody depresji należy leczyć w każdym wieku, jednak mniej nasilone jej objawy u osób w podeszłym wieku tłumaczone są starczą reakcją na stres, albo procesem starzenia. Nieleczenie depresji nie tylko powoduje obniżenie jakości życia, ale także zwiększa ryzyko samobójstwa, powodując spadek sprawności społecznej i poznawczej, niestosowanie się do zaleceń w leczeniu chorób somatycznych oraz pogorszenie zaburzeń współtowarzyszących [4]. Cechą charakterystyczną dużej depresji w wieku podeszłym jest współwystępowanie chorób somatycznych. Depresja występuje najczęściej u pacjentów, którzy przebyli udar (25 – 48%); u chorych na chorobę wieńcową (8 – 44%);

raka (1 - 40%), chorobę *Parkinsona* (4 – 90%) i *Alzheimerera* (20 – 40%). Szeroki zakres częstości jej występowania wynika z różnej metodologii badań [6, 8,13].

Inne czynniki ryzyka depresji to zaburzenia depresyjne w przeszłości, płeć żeńska, życie w pojedynkę, nadużywanie alkoholu, przyjmowanie pewnych grup leków np. Sercowo – naczyniowych, chemioterapeutyków, leków przeciwpsychotycznych, przewlekły stres i stresujące wydarzenia życiowe, w szczególności śmierć współmałżonka, hospitalizacja czy brak wsparcia społecznego, odgrywają też niemałą rolę [5]. W związku z występowaniem w tym okresie życia rozmaitych czynników psychologicznych, społecznych i zdrowotnych, w postępowaniu diagnostyczno – terapeutycznym należy uwzględnić inne niż endogenne podłoże depresji.

Obecność zewnętrznych czynników stresujących o obiektywnie przeciętnym nasileniu (np. zmiana otoczenie, pogorszenie sytuacji materialnej), skłania do rozpoznania depresyjnych zaburzeń adaptacyjnych. Częstość występowania tego typu zaburzeń wydaje się trudna do określenia. Podeszły wiek wiąże się często z występowaniem wielu niekorzystnych zmian życiowych, których skutkiem jest pojawienie się uczucia osamotnienia, nieprzydatności, bezradności, braku satysfakcji, a w rezultacie utrwalające się wycofanie społeczne i inne objawy depresyjne. W praktyce, rozpoznawanie zaburzeń adaptacyjnych ma znaczenie w planowaniu działań terapeutycznych [11].

U 15% osób, które straciły współmałżonka, w okresie roku po jego śmierci występuje ciężka depresja. Depresja często zwiększa chorobowość i umieralność z powodu współwystępujących chorób somatycznych. Znaczenie depresji jako czynnika ryzyka zgonu jest większe niż znaczenie owdowienia, izolacji czy pozbawienia środków utrzymania. Częstość samobójstw w grupie pacjentów w podeszłym wieku chorych na depresję jest większa niż w populacji ogólnej i stale rośnie [8].

WNIOSKI

1. Depresja należy do często występujących chorób wieku podeszłego.
2. Czynniki ryzyka depresji seniorów to między innymi: współwystępowanie przewlekłych chorób somatycznych, zaburzenia depresyjne w przeszłości, życie w pojedynkę.
3. Zdecydowana większość badanych pozostaje pod opieką lekarza pierwszego kontaktu.
4. Propagowanie wśród lekarzy pierwszego kontaktu wiedzy na temat depresji i wielkich problemów geriatrycznych z całą pewnością zwiększy ilość właściwych diagnoz i adekwatnego postępowania terapeutycznego.

E. Rudnicka Drożak, B. Rybojad

DEPRESSION – A ‘GIANT’ OF GERIATRICS IN THE PRACTICE OF PRIMARY HEALTH CARE PHYSICIAN

SUMMARY

The ‘giants’ of geriatrics are commonly occurring, multiple-cause, and difficult to cure states, which contribute to the gradual loss of independence by the elderly.

The 'giant' geriatric problems are as follows: falls and mobility disorders, urinary or fecal incontinence, vision or hearing impairment, senile dementia and depression.

The objective of the study was the evaluation of the occurrence of depression among primary health care patients aged over 65.

The study covered 1047 patients selected at random from 11 non-public primary health care units in the area of the Lublin Region. The research tool was a questionnaire form designed by the author – Environmental-Family Chart, the analysis of primary health care medical records, Information Chart concerning hospitalization, and an abbreviated version of the Geriatric Depression Scale.

The results of the studies indicate that depression is the disease frequently occurring in the population examined. The depression risk factors among senior population are, among other things, co-occurrence of chronic somatic diseases, depressive disorders in the past, and living alone. A great majority of the patients examined are covered by care by a primary health care physician.

Е. Рудницка Дрожак, Б. Рыбояд

ДЕПРЕССИЯ – ОДНА ИЗ САМЫХ БОЛЬШИХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ
В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

АННОТАЦИЯ

Большие герiatricкие проблемы (the giants of geriatrics) – это все общепризнанные многообразные, трудно поддающиеся лечению состояния, которые способствуют постепенной потере независимости пожилых людей.

Большие герiatricкие проблемы включают в себя: падения и нарушения опорно-двигательного аппарата, недержание мочи или кала, нарушение зрения и слуха, старческое слабоумие и депрессия.

Цель данного исследования заключалась в оценке распространенности депрессии у людей старше 65 лет, пациентов первичной медико-санитарной помощи.

В исследовании приняло участие 1047 случайно выбранных пациентов из 11 негосударственных учреждений первичной медико-санитарной помощи в Люблинском воеводстве. Метод исследования базировался на авторской анкете, стандартной Социально-Семейной карте, на анализе медицинской документации первичной медико-санитарной помощи, информационных документов госпитализации пациентов, герiatricкой шкале депрессии – сокращенном формуляре.

Результаты этого исследования показывают, что депрессия принадлежит к наиболее частым проявлениям заболеваний исследуемой группы. Факторы риска проявления депрессии у пожилых людей включают в себя: сосуществование хронических соматических заболеваний, депрессивных расстройств в прошлом, одиночество. Подавляющее большинство респондентов остается под присмотром врача первичной медико-санитарной помощи.

Е. Рудніцка Дрожак, Б. Рибояд

ДЕПРЕСІЯ - ОДНА З НАЙБІЛЬШИХ ГЕРІАТРИЧНИХ ПРОБЛЕМ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ
ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ

АННОТАЦІЯ

Великі герiatricчні проблеми (the giants of geriatrics) - це усі загально визнані різноманітні, важкі до лікування стани, які сприяють поступовій втраті незалежності літніх людей.

Великі герiatricчні проблеми включають в себе: падіння та порушення опорно-рухового апарату, нетримання сечі або калу, порушення зору і слуху, старче слабоумство і депресію.

Метою даного дослідження була оцінка поширеності депресії у людей старіше 65 років, пацієнтів первинної медико-санітарної допомоги.

У дослідженні взяло участь 1047 випадково вибраних пацієнтів з 11 недержавних закладів первинної медико-санітарної допомоги з Люблінського воєводства. Метод дослідження базувався на авторській анкеті, стандартної Соціально-Сімейної карті, на аналізі медичної документації первинної медико-санітарної допомоги, інформаційних документах госпіталізації пацієнтів, геріатричній шкалі депресії - скороченому формулярі.

Результати цього дослідження показують, що депресія належить до найбільш частих проявів захворювань досліджуваної групи. Фактори ризику прояви депресії у літніх людей включають у себе: співіснування хронічних соматичних захворювань, депресивних розладів у минулому, самотність. Переважна більшість респондентів залишається під наглядом лікаря первинної медико-санітарної допомоги.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM IV 4th ed Washington, DC American Psychiatric Association, 1994.
2. Bell IR, Edman JD, Mard DW: Witamin B12 and folic status in acute geropsychiatric inpatients. Affective and cognitive characteristics of the vitamin on deficient population. *Biol. Psychiatr.* 1990, 27, 125-137
3. Bilikiewicz A. (red): *Psychiatria t. I i II*. Wydawnictwo medyczne Urban & Partner. Wrocław 2002.
4. Birrer R. B. Zbyt często depresję bierze się za objaw starości” *Medycyna po Dyplomie*, vol.8 nr 9 październik 1999, 107 – 118.
5. Boswell EB, Stoudemire A: Major depression in the primary care setting. *AM J Med.* 1996, 101 (6A), 3 – 9.
6. Callahan Cm, Dittus RS: Tierney WM Primary care physicians’ medical decision making for late – life depression. *J Gen Intern Med* 1996, 11(4), 218-225.
7. Erst C.: Epidemiology of depression in late life. *Curr. Op. Psychiatr.*, 1997, 10, 107 – 112.
8. Ganzini L, Smith DM, Fenn DS, et al.: Depression and mortality in medically ill older adults. *J Am Geriatr Soc* 1997, 45 (3), 307 – 312.
9. ICD – 10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD -10. Badawcze kryteria diagnostyczne. UWM Vesalius oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii Kraków – Warszawa 1998.
10. Katz I. R.: Depression in late life, psychiatric – medical comorbidity. *Dialog Clin Neurosci* 1999, 1, 81 - 91.
11. Krzymiński S.: *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. PZWL, Warszawa 1993.
12. Pankiewicz P. Bielicka Ż, Lampiarska E.: Specyfika leczenia depresji wieku podeszłego. *Psychiatr. Pol.* 2002, XXXVI, 6 supl. 177 - 186.
13. Tierney WM: Primary care physicians’ medical decision making for late – life depression. *J Gen Intern Med* 1996, 11 (4), 218 -225.

Data otrzymania: 11.11.2009.

Adres Autorów: 20-093 Lublin, ul. W. Chodźki 6, Samodzielna Pracownia Medycyny Katastrof UM w Lublinie.