

DEPRESIVNÍ SYNDROM U SENIORŮ, VÝZNAMNÝ A DOSUD NEDOCENĚNÝ PROBLÉM

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.¹, MUDr. Hana Vaňková², MUDr. Eva Dragomirecká³, PhDr. Hana Janečková⁴,
MUDr. Petr Veleta⁵

^{1, 2, 4, 5}Gerontologické centrum Praha

³Psychiatrické centrum Praha

Deprese je závažným onemocněním nejen z pohledu zhoršení kvality života a zdravotního stavu individua, ale také z pohledu veřejného zdravotnictví, a to zejména v kontextu stárnutí populace. Nejčastěji se vyskytuje u seniorů v institucích. Tomu odpovídají i výsledky našeho šetření u 122 seniorů žijících v domovech důchodců pomocí 15 položkové škály deprese dle Yesavage (GDS), které potvrzují, že těžkou depresí (GDS 10/15 a více) trpí 15 % seniorů a mírnou depresí (GDS – 5–9/15) je postiženo 40 % seniorů, dalších 11 % je léčeno antidepresivy. Výskyt deprese koreluje s horším funkčním stavem a kvalitou života obyvatelů domova důchodců.

Psychiat. pro Praxi; 2006; 4: 182–184

Česká republika je v rámci Evropské unie dosud relativně mladou zemí. Tato situace se však bude podstatně měnit a v polovině století bude Česká republika patřit naopak mezi země s nejstarší populací. V Evropské unii po jejím rozšíření žije v průměru 16 % seniorů. V následujících desetiletích bude evropská populace nadále stárnout, bude přibývat občanů důchodového věku a naopak ubývat počet občanů ekonomicky aktivních. Celkově tedy lze říci, že populace seniorů (65letých a starších), která představovala na přelomu tisíciletí cca 15 % evropské populace, vzroste do poloviny století na celých 30 %. Prodlužování lidského života vede ke zvyšování zdravého dožití (healthy life expectancy, HLE), které však nemusí být přímo úměrné. Lišit se může také dožití bez dysability (disability free life expectancy, DFLE), jednotlivé země se v tomto parametru mezi sebou více liší než v prostém dožití. Počet let s dysabilitou (years lived with a disability, YLD) je měřítkem zátěže dysabilitou a chronickými onemocněními, která ji způsobují.

Zatímco mezi nejčastější příčiny úmrtí patří onemocnění kardiovaskulárního systému, onkologická onemocnění a onemocnění dýchacího systému, je pořadí z hlediska DALY (disability adjusted life years) poněkud jiné a velmi významnou skupinu zde představuje problematika duševního zdraví. Dále jsou významné smyslové poruchy (zhoršení zraku a sluchu). Ve skupině lidí šedesátiletých a starších pak představují největší zátěž nemoci (měřenou DALY) kardiovaskulární, onkologická a neuropsychiatrická onemocnění. Duševní onemocnění představují významnou zátěž pro zdravotnické systémy. Nejzávažnějším duševním onemocněním, které postihuje starší občany, je Alzheimerova choroba, jejíž významným rizikovým faktorem je právě lidský věk. Dalším významným duševním problémem je depre-

se, již například ve Velké Británii trpí každý sedmý senior. Ve vyšších věkových skupinách je deprese často nedostatečně diagnostikována, zejména pak u lidí žijících v institucích. Do roku 2020 se pravděpodobně stane deprese druhou nejvýznamnější příčinou ztracených let v důsledku dysability (DALY), větší význam v tomto ohledu bude mít pravděpodobně jen ischemická choroba srdeční (5).

Deprese je tedy závažným fenoménem, a to jak z hlediska individuálního zdraví a kvality života, tak i z pohledu veřejného zdravotnictví. Jedná se o onemocnění, které je léčitelné, avšak podmínkou léčby v individuálním případě je stanovení správné diagnózy. Nutnou podmínkou, aby se výše uvedená prognóza nestala během několika málo let skutečností, je zvýšení informovanosti o této problematice, a to jak u odborné, tak u laické veřejnosti. První výsledky našeho šetření tuto potřebu potvrzují.

Vlastní šetření

V současné době se zabýváme výzkumem vlivu taneční a reminiscenční terapie na kvalitu života a zdraví seniorů v institucích. Jedním z aspektů, které v rámci tohoto výzkumu sledujeme, je depresivita. Zajímalo nás, jaký je výskyt depresivity mezi seniory žijícími v domovech důchodců a nakolik zvýšená depresivita ovlivňuje kvalitu jejich života. Analyzovali jsme vztah depresivity k sociodemografickým charakteristikám s cílem popsat, kdo je v domovech důchodců (dále DD) nejvíce ohrožen depresí. Uvádíme také vztah depresivity k ukazatelům funkční způsobilosti. Předmětem našeho zájmu je i otázka, do jaké míry jsou u seniorů s depresivitou nasazována antidepresiva.

Soubor

Do zpracování byla zařazena data od 122 osob (102 žen a 20 mužů) žijících v 6 domovech důchodců

na území Čech. Použili jsme data z výzkumu, jehož cílem je dlouhodobé sledování efektu reminiscenčního a tanečního programu v domovech důchodců. Pro toto sdělení jsme zpracovali údaje ze vstupního vyšetření obou souborů. Průměrný věk byl 81 let (v rozsahu od 63 do 96 let). Pouze 12 % osob žilo s partnerem, 12 % bylo rozvedených, 5 % svobodných a 71 % ovdovělých.

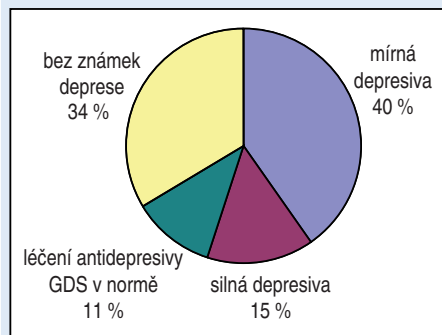
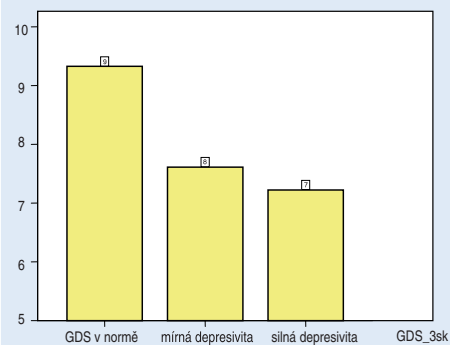
Instrumenty

- WHOQOL-OLD – 33 položek hodnotících spokojenost a kvalitu života v šesti oblastech (smysly, nezávislost, kontinuita, sociální zapojení, smrt, intimita) pro starší populaci
- WHOQOL-Bref – 26 položek spokojenosti a kvality života ve 4 oblastech (zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) + 2 samostatné otázky
- EAAQ (dotazník postojů ke stáří a stárnutí) – 38 položek; obecné postoje a vlastní zkušenosti
- GDS (geriatrická škála deprese -15, Shiek a Yesavage) – 15 položek, 0–4 norma, 5–9 mírná depresivita, 10+ silná depresivita
- formulář pro sociodemografické údaje, farmakologická anamnéza
- MMSE, ADL, IADL, GET UP test (pohyblivost, rozsah 0–12 bodů).

Výsledky

Mírná depresivita byla zjištěna u 40 % členů souboru, silná depresivita u 15 %, bez známek deprese bylo 34 %. U zbývajících 11 % bylo zjištěno skóre depresivity odpovídající normě, avšak tito senioři byli aktuálně léčeni antidepresivy. Lze u nich tedy předpokládat diagnózu deprese, avšak s příznaky kontrolovanými léčbou (pomineme-li méně obvyklé indikace antidepresiv).

Depresivita nesouvisela s pohlavím ani s věkem, byla významně vyšší u bezdětných osob bez partnera.

Graf 1. Výskyt depresivity v souboru obyvatel DD**Graf 2. GETUP skóre**

Ti, kteří vykazovali vysoký stupeň depresivity, hůře hodnotili svůj zdravotní stav a pohyblivost, významně častěji také udávali bolest. Častěji projevovali nechuť k volnočasovým aktivitám. Osoby se zvýšenou depresivitou měly zároveň horší výsledky při vyšetření funkční způsobilosti a soběstačnosti (get up skóre, ADL, IADL) a dosahovaly nižší kvality života téměř ve všech zjišťovaných oblastech.

Antidepressivy bylo léčeno pouze 44 % seniorů vykazujících silnou depresivitu dle GDS a 16 % seniorů s mírnými a středně silnými depresivními příznaky. Nejčastěji byla používána SSRI, u 19 % léčených seniorů byla použita antidepressiva I. generace.

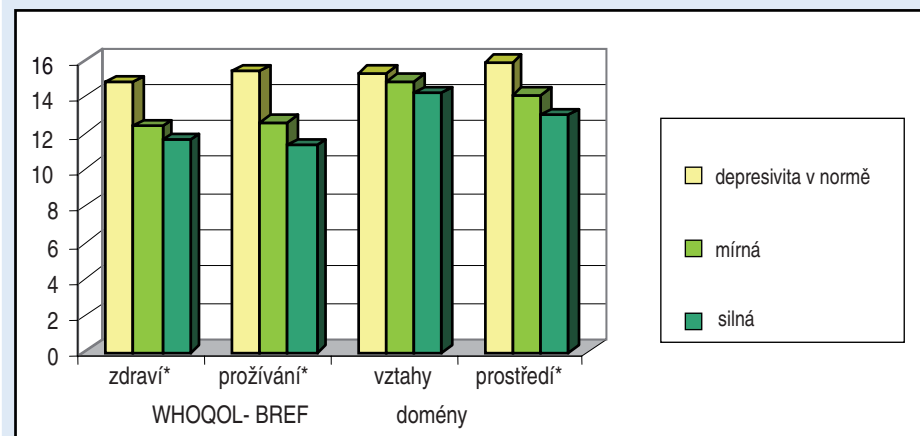
Charakteristika souboru se silnou depresivitou (GDS 10 a více)

N = 18 (15 % z našeho souboru). Bylo to 15 žen a 3 muži, což odpovídá celkovému podílu žen a mužů v souboru.

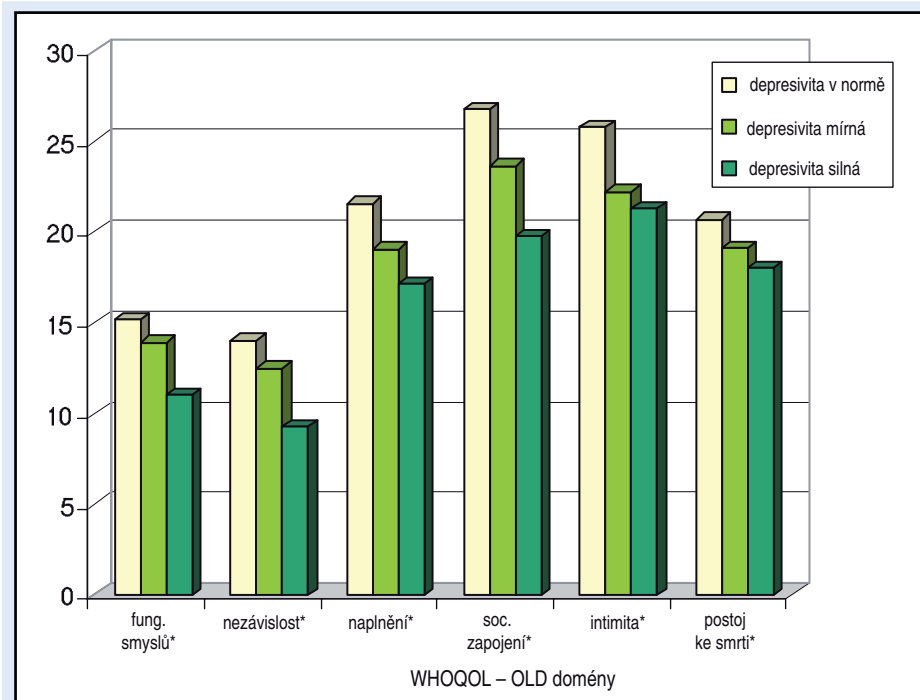
Byli rozvedení nebo ovdovělí, nikdo nežil s partnerem. Měli nižší vzdělání (většina jen ZŠ). Významně častěji neměli děti v porovnání s těmi, jejichž skóre depresivity bylo v normě. Významně častěji také neměli vnoučata.

Jen pětina hodnotila své zdraví jako dobré, hodnotili také hůře svou kvalitu života.

Nelišili se věkem od ostatních – průměrný věk byl 83 let, rozsah od 64 do 96 let. Průměrný MMSE byl 21,33 (osoby bez depresivity 24,69), rozdíl ale není statisticky významný. Ostatní ukazatele funkční způsobilosti jako ADL skóre, IADL skóre a GETUP

Graf 3a. Průměrné skóre WHOQOL-BREF podle depresivity

Komentář: 4 oblasti dotazníku WHOQOL-BREF. Rozdíly jsou statisticky významné (tj. kvalita života významně nižší u depresivních) pro všechny tři oblasti kromě oblasti sociálních vztahů. Oblasti s významnými rozdíly jsou označeny hvězdičkou.

Graf 3b. Průměrné skóre WHOQOL-OLD podle depresivity

Komentář: Kvalita života klesá s přibývajícím stupněm depresivity ve všech doménách dle dotazníku WHOQOL-OLD (dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace pro seniory). Rozdíly ve všech oblastech jsou statisticky významné. Statistická významnost je naznačena hvězdičkou.

skóre byly u silné depresivity významně nižší než u osob v normě nebo s mírnou depresivitou.

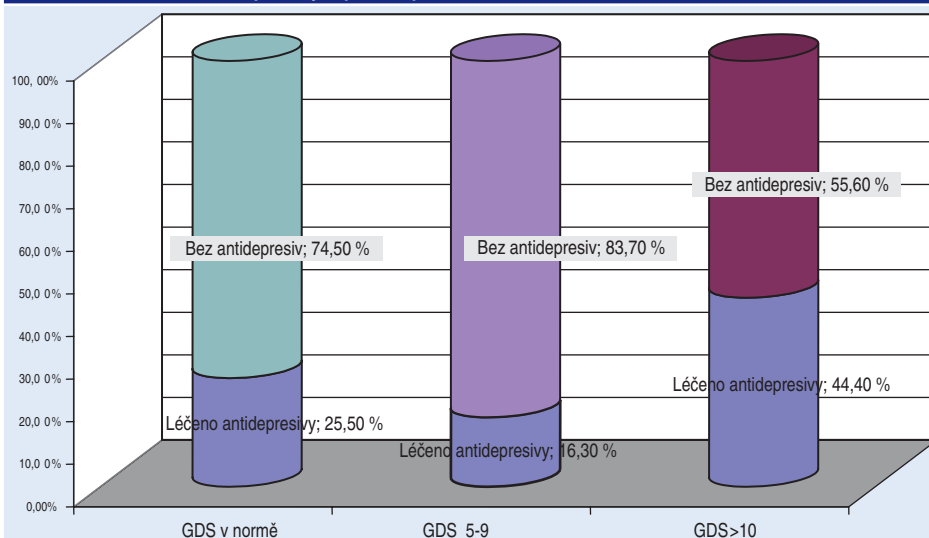
V následujících 3 měsících se jeden muž z tohoto souboru pokusil o suicidium.

Diskuze

Studie zahrnuje obyvatele standardních oddělení DD i oddělení se zvýšenou ošetrovatelskou péčí včetně klientů s mírným a středním stupněm demence a klientů upoutaných na invalidní vozík. Do studie však, vzhledem k jejímu zaměření, nebyli zařazeni trvale ležící obyvatelé DD, jejichž podíl na skladbě obyvatel kolísá v jednotlivých DD od 5 % do 20 %.

Vzhledem k tomu, že dle našich výsledků i dostupné literatury depresivita roste s klesajícím ADL, lze předpokládat, že prevalence deprese mezi obyvateli DD trvale upoutanými na lůžko bude ještě vyšší než v našem souboru. Současně lze předpokládat vyšší výskyt depresivity také mezi obyvateli, kteří odmítli vstoupit do studie. Tito tvořili 20 % z oslovených. Souhrnně lze tedy říci, že výskyt depresivity v našem souboru je vysoký a celková prevalence deprese u obyvatel DD je velmi pravděpodobně ještě vyšší. Pro srovnání: studie E. Topinkové a J. Neuwirtha uvádí prevalenci depresivního syndromu diagnostikovaného dle MKN 10 v DD 50,6 % (10), současná

Graf 4. Proléčenost antidepresiv v podskupinách dle GDS



Komentář: Více než polovina seniorů vykazujících silnou depresivitu dle GDS a většina seniorů s mírnými a středně silnými depresivními příznaky není léčena antidepresivy.

velká australská studie uvádí 18% prevalenci velké deprese a 10% prevalenci jiné depresivní poruchy diagnostikované dle MKN IV (2, 3).

Věk a ženské pohlaví jsou často uváděny jako rizikové faktory deprese (4, 8). U tohoto souboru osob žijících v DD se to neukazuje – GDS se neliší u žen a mužů, ani nestoupá s věkem. Ke stejnému výsledku – tedy nezávislosti výskytu deprese na věku a pohlaví – došli i jiné studie prevalence deprese v domovech důchodců (2, 3, 10). Možným vysvětlením je, že GDS závisí především na zdravotním stavu (který se zhoršuje s věkem a bývá horší u žen). Mladší osoby jsou v DD zřejmě kvůli svému špatnému zdravotnímu stavu, a proto nepozorujeme vztah GDS k věku.

Nízká proléčenost antidepresiv u seniorů vykazujících depresivní příznaky je zarážející. Souvisí jistě s často konstatovaným faktem, že deprese ve stáří bývá často přehlédnuta a nediagnostikována. O farmakoepidemiologii antidepresiv v seniorské populaci ČR není mnoho dostupných údajů. Škála GDS, použitá v této studii, je screeningovým nástrojem s velmi dobrou výpovědní hodnotou. Pro diagnózu velké deprese/ těžké depresivní epizody dle MKN 10 má dle studií škála GDS-15 od skóre 5 a více bodů senzitivitu 93 % a specifitu 65 %, již pro „cutt off“ 6 a více bodů je specifita 78 % (1). V případě skóre deprese mezi 5 a 9 je diagnóza a eventuální léčba věcí podrobného vyšetření a individuálního pří-

stupu. Avšak v případě skóre nad 10 je diagnóza deprese a vhodnost indikace antidepresiv velmi pravděpodobná. Velký podíl neléčených seniorů s vysokým skóre depresivity svědčí pro potřebu zlepšení diagnostiky a léčby deprese u této skupiny seniorů.

Závěr

Mírná depresivita byla zjištěna u 40 % členů souboru, silná depresivita u 15 %, bez známek deprese bylo 34 %. U zbývajících 11 % bylo zjištěno skóre depresivity odpovídající normě, avšak tito senioři byli aktuálně léčeni antidepresivy. Přítomnost deprese významně negativně ovlivňovala kvalitu života seniorů. Více než polovina seniorů vykazujících silnou depresivitu dle GDS nebyla léčena antidepresivy.

Deprese u seniorů žijících v domovech důchodců je závažný aktuální problém. Na základě těchto výsledků považujeme za potřebný další výzkum, který by se mohl stát podkladem pro zlepšení diagnostiky deprese u této skupiny a její odpovídající terapii. Přestože sledování depresivity není primárním cílem našich studií, považujeme za nutné tyto výsledky zveřejnit, abychom tak upozornili na závažnost tohoto problému a potřebu věnovat mu větší pozornost také v praxi.

Tato práce vznikla v rámci grantu IGA MZČR NR 8488-3, NR 8488-3.

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Gerontologické centrum Praha
Šimůnkova 1600, 182 00 Praha 8
e-mail: holmerova@gerontocentrum.cz

Literatura

- Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Oct; 14(10): 858–65.
- Davidson TE, Miles K, Philips S, Bailey FJ. Recognising and screening for depression among older people living in residential care 2004. www.beyondblue.org.au.
- Davidson S, Koritsas S, O'Connor D, Liddell M. Final Report 2005: Recognising and screening for depression among older people living in residential care. www.beyondblue.org.au.
- Gostynski M, Ajdacic-Gross V, Gutzwiller F, Michel JP, Herrmann F. Depression among the elderly in Switzerland. *Nervenarzt*. 2002 Sep; 73(9): 851–60.
- Grammenos S. Implications of demographic ageing in the enlarged EU in the domains of quality of life, health promotion and health care, CESEP, 2005.
- Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Boustani M, Watson LC, Williams CS, Reed PS. Characteristics associated with depression in long-term care residents with dementia. *Gerontologist*. 2005 Oct; 45 Spec No 1(1): 50–5.
- Heun R, Burkart M, Maier W, Beck P(1999). Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly population. *Acta Psychiatr Scand*, 99: 171–178.
- Lepine JP, Bouchez S. Epidemiology of depression in the elderly. *Int Clin Psychopharmacol* 1998 Sep; 13 Suppl 5: S7–12.
- Shiekh J & Yesavage J. (1986). Geriatric Depression Scale; recent findings and development of a short version. In: Brink, T. (Ed) *Clinical Gerontology: a guide to assessment and intervention*. NY: Howarth Press.
- Topinková E, Neuwirth J. Depresivní syndrom u geriatrických pacientů v ústavní péči. *Čes. a slov. Psychiat.*, Roč. 93, č. 4 (1997), s. 181–188.
- Vaillant GE, Mukamal K (2001). Successful Aging. *Am J Psychiatry*, 158: 839–847.