

Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65. roku życia

Beata Babiarczyk¹, Małgorzata Schlegel-Zawadzka², Agnieszka Turbiarz¹

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu ATH w Bielsku-Białej

² Zakład Żywienia Człowieka, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Babiarczyk B, Schlegel-Zawadzka M, Turbiarz A. Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65. roku życia. Med. Og Nauk Zdr. 2013; 19(4): 453–457.

Streszczenie

Postęp medycyny w zakresie leczenia i zapobiegania chorobom spowodował znaczący wzrost populacji osób starszych. W badaniach epidemiologicznych obserwuje się w tej populacji zwiększenie częstości występowania zaburzeń depresyjnych. Celem pracy jest ocena występowania objawów depresji w populacji osób starszych.

Badanie przeprowadzane było w latach 2008–2010 w placówkach leczniczo-opiekuńczych na terenie powiatu bielskiego. Obejmowało ono osoby, które ukończyły 65 lat. Oparto go o kwestionariusz własnej konstrukcji, dotyczący sprawności funkcjonalnej i sytuacji zdrowotnej oraz o standaryzowane narzędzie badawcze (Geriatryczna Skala Oceny Depresji- GDS). U każdego badanego przeprowadzono także pomiary antropometryczne.

W badaniach wzięły udział 202 osoby starsze. W badanej populacji zdecydowaną większość stanowiły kobiety, a średnia wieku badanych wynosiła 77,6±7,4 lat. Prawie wszyscy badani negowali picie alkoholu (88%) oraz palenie papierosów (94,1%). Średnia liczba chorób wynosiła u badanych 3,2±1,6. Średnie wartości testu GDS dla całej badanej populacji wynosiły 11,7±6,5 pkt. Brak nastroju depresyjnego stwierdzono u 45,6% badanych, lekkie objawy depresji u 43,6%, a ciężką depresję u 10,9% badanych. Płeć determinowała uzyskane wyniki. Analizując zakresy współczynnika masy ciała (BMI) stwierdzono, że jedynie 1/4 badanych posiadała BMI w granicach normy, natomiast zdecydowana większość przekraczała tę normę w różnym stopniu. Wykazano istotną statystycznie dodatnią zależność wyników GDS z płcią badanych, stanem cywilnym oraz z liczbą posiadanych chorób. Nie potwierdzono istotnej korelacji GDS z wynikami BMI.

Depresja nie jest naturalnym elementem procesu starzenia się. Ocena przesiewowa występowania objawów depresyjnych powinna zawsze być elementem całościowej oceny geriatrycznej.

Słowa kluczowe

depresja, chorobowość, GDS, ludzie starsi

WPROWADZENIE

Postęp medycyny w zakresie leczenia i zapobiegania chorobom spowodował znaczący wzrost populacji osób starszych. Z prognoz demograficznych wynika, że do 2025 roku ok. 21% populacji Polski będzie powyżej 65. roku życia, a w województwie śląskim odsetek osób starszych wyniesie nawet 22,3% [1, 2].

Stosunek do własnej starości uwarunkowany jest nie tylko wieloma czynnikami natury biologicznej, ale także psychologicznej i społeczno-demograficznej. Według brytyjskiego gerontologa Denisa B. Bromley'a, osoby starzejące się przyjmują wobec życia jedną z postaw – konstruktywną, obronną, zależności, wrogości wobec otoczenia lub wobec samego siebie. Negatywne postawy utrudniające przystosowanie się są częstym powodem zaburzeń psychicznych pod postacią depresji, lęku, zaburzeń paranoidalnych czy demencji [3, 4, 5, 6].

Na przestrzeni ostatnich kilku lat w badaniach epidemiologicznych obserwuje się znaczący wzrost częstości zaburzeń depresyjnych u osób starszych. Autorzy często określają je jako mała depresja, dystymia, nerwica depresyjna czy też

depresja niepełnoobjawowa [7]. Depresja jest w populacji osób starszych częstą przyczyną niepełnosprawności, upośledzenia jakości życia i przedwczesnej śmierci, także z powodu samobójstw. Wśród różnorodnych przyczyn tej choroby w wieku podeszłym wymienia się między innymi osamotnienie po stracie partnera życiowego, syndrom „opuszczonego gniazda”, poczucie nieprzydatności po przejściu na emeryturę, czy też cierpienie z powodu różnych chorób, ograniczających często sprawność i aktywność [7, 8, 9].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób starszych.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzane było w latach 2008–2010. Placówki wytypowane do badania obejmowały jeden zakład leczniczy i pięć zakładów opiekuńczych znajdujących się na terenie powiatu bielskiego. Do dyrekcji każdej placówki zwrócono się z prośbą o udzielenie zgody na przeprowadzenie badania.

Procedura badania została zaakceptowana przez Komisję Bioetyczną Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej

Adres do korespondencji: Beata Babiarczyk, Wydział Nauk o Zdrowiu, ATH w Bielsku-Białej, ul. Willowa 2, 43-309 Bielsko-Biała
e-mail: bbabiarczyk@ath.bielsko.pl

Nadesłano: 18 grudnia 2012 roku; Zaakceptowano do druku: 23 września 2013 roku

(opinia w sprawie przeprowadzenia badania naukowego z dnia 25.01.2008 roku).

Etapy badania od momentu uzyskania zgody dyrekcji placówek przedstawiono na wykresie 1.

Badania obejmowały osoby, które w dniu badania ukończyły 65 lat. Wyjściowo ogólna liczba osób spełniających kryterium wieku wynosiła 308 (100%), w tym 176 (57,2%) osób hospitalizowanych na oddziale chorób wewnętrznych i 132 (42,8%) osoby przebywające w zakładach opiekuńczych. Na podstawie wstępnej rozmowy oraz analizy dokumentacji medycznej ustalono, czy dana osoba może być uczestnikiem badania. Zastosowano następujące kryteria wyłączenia:

- brak zgody ze strony osób badanych na udział w badaniu;
- stan psychiczny uniemożliwiający przeprowadzenie wywiadu i udzielenie świadomej zgody na badanie (zdiagnozowana demencja starcza);
- stan fizyczny uniemożliwiający przeprowadzenie badań antropometrycznych (chory leżący, z przeciwwskazaniem do podnoszenia, amputacja obu kończyn dolnych).

Badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego, techniki wywiadu kwestionariuszowego. Przed przystąpieniem do badania każdy uczestnik został poinformowany o jego celu, sposobie przeprowadzenia, zachowaniu anonimowości, a także o możliwości rezygnacji z badania.

Badanie oparto o kwestionariusz własnej konstrukcji, dotyczący sprawności funkcjonalnej i sytuacji zdrowotnej oraz o standaryzowane narzędzie badawcze w postaci Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (GDS, Yesavage). Według J. Yesavage'a i wsp. jest to powszechnie stosowane, rzetelne i trafne narzędzie przesiewowe, służące do samooceny depresji w wieku podeszłym. Cechuje je wysoka spójność i rzetelność potwierdzona w licznych badaniach klinicznych [10, 11]. W badaniu zastosowano pełną wersję skali, zawierającą 30 pytań odnoszących się do nastroju dominującego w ostatnich 2 tygodniach. Badany proszony był o ustosunkowanie się do pytań poprzez wybór odpowiedzi „tak” lub „nie”. Odpowiedziom diagnostycznym przypisywany był 1 punkt, niediagnostycznym – 0 pkt. Przedział 0–10 punktów sugeruje brak nastroju depresyjnego, 11–20 punktów nieznaczne nasilenie objawów depresyjnych, powyżej 21 punktów – głęboką depresję. Wywiad przeprowadzany był zawsze przez tę samą osobę, w odosobnionym pomieszczeniu. W jego trakcie dokonywano zapisu kategoryzującego.

U każdego badanego przeprowadzono także pomiary antropometryczne w postaci pomiaru wagi i wzrostu, a na tej podstawie obliczono wskaźnik BMI (*Body Mass Index*).

Analizę statystyczną otrzymanych wyników przeprowadzono z wykorzystaniem programu Statistica PL 10.0. Do opisu struktury badanej populacji wykorzystano liczebności i odsetki osób charakteryzujących się daną cechą. Cechy ilościowe przedstawiono za pomocą średniej arytmetycznej oraz odchylenia standardowego. W ocenie różnic pomiędzy grupami posłużono się testem nieparametrycznym U Manna-Whitneya dla prób niepowiązanych oraz testem Chi-kwadrat. W celu zbadania siły związku pomiędzy poszczególnymi zmiennymi zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana.

WYNIKI

Analiza wyników uzyskanych na podstawie kwestionariusza własnej konstrukcji

W badaniach wzięły udział 202 osoby starsze przebywające w szpitalu (N=104) i domach opieki na terenie powiatu bielskiego (N=98).

W populacji badanych osób zdecydowaną większość stanowiły kobiety (73,7%) i nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w płci w stosunku do miejsca badania. Charakterystykę cech demograficzno-społecznych badanych z uwzględnieniem płci przedstawiono w tabeli 1. Średnia wieku badanych osób wynosiła 77,6±7,4 lat (65–100 lat). Ogólna analiza poziomu wykształcenia badanych osób wykazała, że prawie połowa z nich miała wykształcenie podstawowe (47,52%), podczas gdy 27,72% miało wykształcenie średnie, 10,40% – zawodowe, 9,41% – wyższe, a 4,95% badanych osób nie ukończyło żadnej szkoły. Mężczyźni byli istotnie lepiej wykształceni niż kobiety (p=0,0158; Z: -2,4). Zdecydowana większość badanych była rozwiedziona lub we wdowieństwie (69,3%).

Tabela 1. Charakterystyka cech demograficzno-społecznych badanych z uwzględnieniem płci; X±SD (Min-Max), n (%)

Cechy populacji	Ogółem N = 202	Mężczyźni N = 53	Kobiety N = 149	Poziom p*
Wiek [lata]				
	77,6±7,4 (65-100)	76,1±8,5 (65-95)	78,1±6,3 (65-100)	0,0529
Wykształcenie				
Brak	10 (4,9)	2 (3,8)	8 (5,4)	
Podstawowe	96 (47,5)	18 (34,0)	78 (52,4)	
Zawodowe	21 (10,4)	8 (15,1)	13 (8,7)	
Średnie	56 (27,7)	15 (28,3)	41 (27,5)	
Wyższe	19 (9,4)	10 (18,9)	9 (6,0)	0,0158
Stan cywilny				
Wolny	30 (14,9)	7 (13,2)	23 (15,4)	
Zonaty	32 (15,8)	12 (22,6)	20 (13,4)	
Rozwiedziony/ wdowiec	140 (69,3)	34 (64,2)	106 (71,2)	0,4846
Pracował zawodowo				
Tak	172 (85,2)	50 (94,3)	122 (81,9)	
Nie	30 (14,8)	3 (5,7)	27 (18,1)	0,5123
Długość czasu pracy [lata]	26,9±15,4 (0-65)	35,1±11,8 (0-60)	23,9±15,5 (0-65)	<0,0001
Wykonywany zawód				
Fizyczny	126 (62,4)	35 (66)	91 (61,1)	
Umysłowy	46 (22,8)	15 (28,3)	31 (20,8)	
Rolnik	30 (14,8)	3 (5,7)	27 (18,1)	0,0790
Palenie papierosów				
Tak	12 (5,9)	9 (17)	3 (2)	
Nie	190 (94,1)	44 (83)	146 (98)	0,0004
Picie alkoholu				
Tak	24 (12)	18 (34)	6 (4)	
Nie	178 (88)	35 (66)	143 (96)	0,0016
Średnia liczba chorób	3,2±1,6 (0-8)	3,0±1,4 (0-6)	3,3±1,6 (0-8)	0,2405

N – liczba osób, n- liczebność w grupach, X – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Min-Max – minimum – maksimum, p - poziom istotności różnic między grupami, * - test Manna-Whitney'a

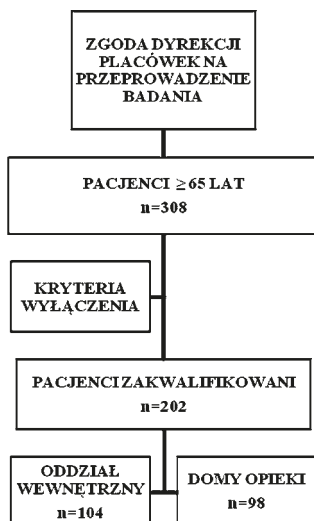
Ogromna większość badanych (85,2%) pracowała w ciągu swego życia zawodowo (94,3% badanych mężczyzn i 81,9% kobiet w ogólnej populacji badanych). Średnia długość czasu pracy w ogólnej populacji badanych wynosiła 26,9±15,4 lat

(0–65 lat). Mężczyźni pracowali dłużej – 35,1±11,8 lat (0–65 lat) – niż kobiety: 23,9±15,5 (0–60 lat), a różnice między nimi były istotne statystycznie ($p < 0,0001$; $Z: -5,0$). Analiza badanych ze względu na typ wykonywanego zawodu nie wykazała istotnych różnic między badanymi grupami. Większa część badanych wykonywała zawód fizyczny (62,4%), 22,8% – umysłowy, a 14,8% z badanych nie pracowało zawodowo w ciągu swojego życia. Prawie wszyscy badani negowali picie alkoholu (88%) oraz palenie papierosów (94,1%). W obu przypadkach różnice między kobietami i mężczyznami okazały się być istotne statystycznie; istotnie więcej badanych mężczyzn potwierdziło picie alkoholu (34%) oraz palenie papierosów (17%). Analiza chorobowości badanych wykazała, iż średnia liczba chorób wynosiła u nich 3,2±1,6 (0–8).

Charakterystyka i porównanie wyników uzyskanych w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji

Średnie wartości punktowe uzyskane przez badanych w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji z uwzględnieniem miejsca badania i płci zostały przedstawione na wykresie 2.

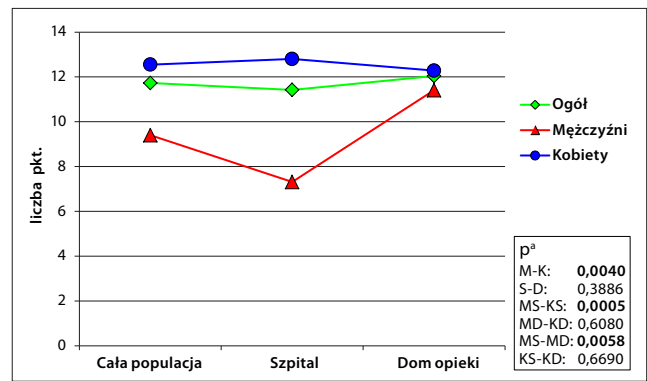
Średnie wartości testu GDS dla całej badanej populacji wynosiły 11,7±6,5 pkt. (0–29 pkt.) – wyniki te były zależne od płci badanych. Mężczyźni uzyskiwali istotnie niższe wyniki w tym teście, w porównaniu do badanych kobiet (M: 9,4±5,3; K: 12,6±6,7; M-K: $p=0,0040$; $Z: 2,9$), a zwłaszcza dotyczyło to badanych w szpitalu (MS: 7,3±4,5; KS: 12,8±7,0; MS-KS: $p=0,0005$; $Z: 3,5$). Istotne różnice zaznaczyły się także pomiędzy mężczyznami badanymi w szpitalu i w domach opieki; mężczyźni mieszkający w domach opieki uzyskali w teście Yesavage'a średnio o 4 punkty więcej w stosunku do mężczyzn w szpitalu (MS: 7,3±4,5; MD: 11,4±5,2; MS-MD: 0,0058; $Z: 2,8$; Wykres 2).



Rycina 1. Rekrutacja do badania (opracowanie własne)

Wyniki uzyskane przez badanych pogrupowano zgodnie z oryginalną punktacją GDS, a odsetki osób zaklasyfikowanych do poszczególnych grup zostały przedstawione w tabeli 2.

Brak nastroju depresyjnego stwierdzono u 45,6% badanych i podobny odsetek osób uzyskał wyniki pozwalające na zaklasyfikowanie ich do grupy osób z lekką depresją (43,6%). Ciężką depresję na podstawie GDS stwierdzono u 10,9% badanych. Płeć determinowała uzyskane wyniki. U badanych kobiet stwierdzono istotnie częstsze występowanie cięż-



Rycina 2. Wartości testu Yesavage'a uzyskane przez badanych z uwzględnieniem miejsca badania i płci (M – mężczyzna, K – kobieta); p – poziom istotności różnic między badanymi pacjentami szpitala (S) i mieszkańcami domów opieki (D), * test Manna-Whitney'a
Źródło: opracowanie własne

Tabela 2. Liczebności badanych w poszczególnych przedziałach wg skali GDS, n (%)

Wartości punktowe	Ogółem N = 202	Mężczyźni N = 53	Kobiety N = 149	Poziom p ^a
0–10 pkt.	92 (45,6)	32 (60,4)	60 (40,3)	0,0118
11–20 pkt.	88 (43,6)	20 (37,7)	68 (45,6)	0,3633
>21 pkt.	22 (10,9)	1 (1,9)	21 (14,0)	0,0146

N – liczba osób, n – liczebność w grupach, pkt. – punkty, p – poziom istotności różnic między grupami, ^a – test Manna-Whitney'a

kiej depresji w stosunku do badanych mężczyzn ($p=0,0146$; $Z: 2,4$), natomiast u badanych mężczyzn statystycznie częściej stwierdzono brak objawów depresyjnych ($p=0,0118$; $Z: -2,5$).

Analizując zakresy BMI, zgodnie z kryteriami zaproponowanymi przez WHO (tabela 3), stwierdzono, że jedynie 1/4 badanych posiadała BMI w granicach normy, natomiast zdecydowana większość (71,2%) przekraczała tę normę w różnym stopniu. Nadwagę stwierdzono u 36,1% badanych, otyłość I° – u 25,7%, otyłość II° – u 8,4%, a u 2 badanych osób (1%) stwierdzono także otyłość III°. Różnice w wartościach oznaczających nadwagę i otyłość były istotne statystycznie; zdecydowanie więcej badanych kobiet w stosunku do mężczyzn miało otyłość I° (27,5%), natomiast mężczyźni częściej mieli nadwagę (39,6%).

Tabela 3. Liczebności badanych w poszczególnych przedziałach wg BMI, n (%)

BMI [kg/m ²]	Ogółem N = 202	Mężczyźni N = 53	Kobiety N = 149	Poziom p ^a
> 40 (Otyłość III°)	2 (1)	0	2 (1,3)	0,2207
35–39,9 (Otyłość II°)	17 (8,4)	4 (7,6)	13 (8,7)	0,0702
30–34,9 (Otyłość I°)	52 (25,7)	11 (21)	41 (27,5)	0,0005
25–29,9 (Nadwaga)	73 (36,1)	21 (39,6)	52 (34,9)	0,0028
18,5–24,9 (Norma)	50 (24,8)	15 (28,3)	35 (23,5)	0,0198
<18,4 (Niedożywienie)	8 (4)	2 (3,8)	6 (4)	0,2416

N – liczba osób, n – liczebność w grupach, BMI – Body Mass Index, p – poziom istotności różnic między grupami, ^a – test Chi-kwadrat

Analizę korelacji pomiędzy wybranymi zmiennymi, a wynikami GDS przedstawiono w tabeli 4. Wykazano istotną statystycznie dodatnią zależność wyników GDS z płcią badanych ($rs=0,20$; $p=0,0032$), stanem cywilnym ($rs=0,19$; $p=0,0053$) oraz z liczbą posiadanych chorób ($rs=0,24$; $p=0,0006$). Nie potwierdzono istotnej korelacji GDS z wynikami BMI.

Tabela 4. Korelacja pomiędzy wybranymi zmiennymi a wynikami skali GDS

	R_s	Poziom p^a
Wiek/GDS	-0,04	0,9487
Płeć/GDS	0,20	0,0032
Wykształcenie/GDS	-0,13	0,0560
Stan cywilny/GDS	0,19	0,0053
Miejsce badania/GDS	0,05	0,4664
Palenie papierosów/GDS	0,02	0,7370
Picie alkoholu/GDS	-0,03	0,9614
Liczba chorób/GDS	0,24	0,0006
BMI/GDS	0,02	0,7454

p – poziom istotności różnic między grupami, s – korelacja rang-Spearmana

DYSKUSJA

Według wielu autorów depresje w wieku starszym są trudnym problemem badawczym. Rozpoznanie, a także ocena częstości występowania depresji u ludzi starszych jest niezwykle trudna, chociażby z powodu braku precyzyjnych kryteriów diagnostycznych, wieloczynnikowej często etiologii, atypowego obrazu klinicznego i przebiegu choroby [3, 7]. Dane dotyczące częstości występowania objawów depresyjnych w starszej populacji, mieszczą się w bardzo szerokim przedziale 4–44%, natomiast objawy tzw. dużej depresji w większości badań określa się na 1–5% [7].

W badaniu częstości występowania poziomu wsparcia społecznego oraz objawów depresyjnych, przeprowadzonym w ramach polskiego programu WOBASZ, autorzy stwierdzili objawy depresji aż u 24% badanych mężczyzn i 34% badanych kobiet. Niestety, autorzy nie podali danych specyficznych dla osób powyżej 65. roku życia uczestniczących w projekcie [12].

Dane takie zamieścił natomiast Knurowski i wsp. w swojej pracy [13]; po zbadaniu 528 osób starszych zamieszkujących na terenie Krakowa, autorzy stwierdzili objawy łagodnej depresji u 15% badanych i u takiego samego odsetka objawy depresji ciężkiej. Rezultaty badania własnego sugerują występowanie objawów depresji bądź jej postaci lekkiej, bądź ciężkiej, u ponad połowy badanych starszych osób, a więc jest to nawet więcej niż podają dane o częstości występowania depresji w populacji osób starszych. Średnie wyniki uzyskane przez badanych w niniejszej pracy wynosiły $11,7 \pm 6,5$ (0–29) pkt.

Ogólnie ocenia się, że wiek nie jest niezależnym czynnikiem ryzyka depresji, ale wraz z niekorzystnymi czynnikami psychosocjalnymi (poczucie samotności, brak obecności drugiej osoby, uczucie zależności od innych) oraz obecnością chorób somatycznych, zwłaszcza dotyczących ośrodkowego układu nerwowego, może się nim stać [3, 14, 15, 16, 17]. W niniejszej pracy potwierdzono, iż wiek nie korelował istotnie z częstością występowania objawów depresyjnych, natomiast objawy depresji istotnie częściej występowały u osób rozwiedzionych, bądź będących wdowami/wdowcami. Stwierdzono także niewielką, ale wysoce istotną statystycznie dodatnią korelację z liczbą chorób posiadanych przez badanych.

W wielu dostępnych publikacjach podkreśla się swoisty dualizm depresji u ludzi starszych; może ona mianowicie być przyczyną niepełnosprawności, chorób przewlekłych, a często także zaburzeń odżywiania, ale także może być ich skutkiem. W wielu badaniach polskich i zagranicznych potwierdzono, iż nasilenie objawów depresyjnych koreluje dodatnio z ciężkością niedożywienia badanych [18, 19, 20, 21].

W badaniu przeprowadzonym przez Crogan i Pasvogel [22] wśród 311 mieszkańców trzech domów opieki w Waszyngtonie (USA) depresję stwierdzono u 40% z badanych, ale nie miała ona istotnego wpływu na wartości BMI, według których oceniano stan odżywienia badanych.

W pracy autorstwa Vogelzangs i wsp. [9], stwierdzono, na podstawie długofalowego badania 3075 starszych osób (70–79 lat), że 4% z nich miało objawy depresji. Na podstawie ich ponownego badania po 5 latach okazało się również, że objawy depresji były dodatnio skorelowane z otyłością brzuszna u badanych, nawet u tych z nich, którzy ogólnie byli narażeni na utratę masy ciała. W badaniu własnym nie potwierdzono istotnej korelacji GDS z wynikami BMI.

WNIOSKI

Depresja, wbrew powszechnej opinii, nie jest naturalnym elementem procesu starzenia się. Głównym czynnikiem ryzyka jej wystąpienia wydaje się obecność chorób somatycznych pogarszających funkcjonowanie. Może ona być ich skutkiem, ale także przyczyną. Obecność objawów depresyjnych upośledza jakość życia osób starszych i pogarsza często rokowanie chorób. Ocena przesiewowa występowania objawów depresyjnych powinna być zatem elementem całościowej oceny geriatrycznej u ludzi starszych, zwłaszcza tych przyjmowanych do placówek leczniczych i opiekuńczych z powodu innych schorzeń lub zaburzeń funkcjonowania. Należy także dążyć do opracowania jasnych i czytelnych standardów postępowania z chorymi starszymi, w przypadku stwierdzenia u nich depresji. Działania takie na pewno poprawią ich funkcjonowanie psychospołeczne.

PIŚMIENNICTWO

1. Główny Urząd Statystyczny: Prognoza ludności na lata 2008–2035. Dostępny w Internecie: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_prognoza_ludnosci_na_lata_2008_2035.pdf (dostęp: 2012–12–05).
2. Wojtyński B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2008. Dostępny w Internecie: http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/PZH_Raport_2008.pdf. (dostęp: 2012–12–05).
3. Tarnowski T. Depresje w wieku podeszłym – przyczyny i obraz kliniczny. Warszawa: Wyd. Instytutu Psychiatrii i Neurologii. 2005.
4. Rosenthal RA. Nutritional concerns in the older surgical patients. *J Amer Coll Surg* 2004; 199: 785–791.
5. Robertson RG. Zmniejszenie masy ciała u osoby starszej. W: Geriatria. Rosenthal T, Naughton B, Williams M (red.). Lublin: Czelej; 2009, 131–145.
6. Borowiak E, Barylska A. Problemy seniorów przebywających w Domu Dziennego Pobytu wyzwaniem dla pielęgniarki. *Probl Piel*, 2007; 15: 1319.
7. Turczyński J, Bilikiewicz A. Depresja u osób w podeszłym wieku. *Psych Prakt Ogólnolek*, 2002; 2: 99–108.
8. Unsar S, Sut N. Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Arch Gerontol Geriatr*, 2010; 50: 6–10.
9. Vogelzangs N, Kritchevsky SB, Beekman ATF, Newman AB, Satterfield S, Simonsick EM (wsp.). Depressive symptoms and change in abdominal obesity in older persons. *Arch Gen Psych*, 2008; 65: 1386–1393.
10. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M (wsp.). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psych Res*, 1982–1983; 17: 37–49.
11. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *Intern Psychogeriatr*, 1996; 8: 103–112.
12. Piwoński J, Piwońska A, Gluszek J, Bielecki W, Pająk A, Kozakiewicz K (wsp.). Ocena częstości występowania niskiego wsparcia społecznego oraz objawów depresji w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol Pol*, 2005; 63, Supl.4: 645–648.

13. Knurowski T, Lazić D, van Dijk JP, Madarasova A, Tobiasz-Adamczyk B, van den Heuvel WJA. Survey of health status and quality of life of the elderly in Poland and Croatia. *Croat Med J*, 2004; 45: 750–756.
14. Kostka T, Bogus K. Independent contribution of overweight/obesity and physical inactivity to lower health related quality of life in community-dwelling older subjects. *Z Gerontol Geriatr*, 2007; 40: 43–51.
15. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL (wsp.). Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. *Arch Gen Psych*, 2000; 57: 601–607.
16. Piwoński J, Piwońska A, Sygnowska E. Do depressive symptoms adversely affect the lifestyle? Results of the WOBASZ study. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 912–918.
17. Unsar S, Sut N. Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Arch Gerontol Geriatr*, 2010; 50: 6–10.
18. Meijers JMM, van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Schols JMGA, Soeters PB, Halfens RJG. Defining malnutrition: mission or mission impossible? *Nutr*, 2010; 26: 432–440.
19. Castel H, Shahar D, Harman-Boehm I. Gender differences in factors associated with nutritional status of older medical patients. *J Amer Coll Nutr*, 2006; 25: 128–134.
20. Alves De Rezende CH, Coelho LM, Oliveira LM, Penha-Silva N. Dependence of the geriatric depression scores on age, nutritional status, and haematologic variables in elderly institutionalized patients. *J Nutr Health Ageing*, 2009; 13: 617–621.
21. Kulnik D, Elmadfa I. Assessment of the nutritional situation of elderly nursing home residents in Vienna. *Ann Nutr Metab*, 2008; 52, Suppl.1: 51–53.
22. Crogan NL, Pasvogel A. The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes. *J Gerontol*, 2003; 58A: 159–164.

Assessment of the prevalence of depressive symptoms in a population of people aged over 65

Abstract

The progress of medicine in the fields of treatment and prevention of diseases has brought about a significantly increased population of elderly people. Epidemiological studies points out an increased incidence of late-life depression.

The aim of the study was to assess the prevalence of depressive symptoms in the elderly population.

The study was carried out between 2008–2010, in one medical and four care institutions in Bielsko-Biała district. The study involved people who were at least 65 years of age. It was based on a questionnaire, regarding the functional capacity and health status, and a standardized research tool (Geriatric Depression Scale – GDS). Anthropometric measurements were also carried out in each case.

The study involved 202 elderly people. The great majority of the study population were women and the mean age was 77.6 ± 7.4 years. Almost all respondents denied drinking alcohol (88%) and smoking (94.1%). The average number of diseases in subjects was 3.2 ± 1.6 . Mean values for the GDS test for the entire population were 11.7 ± 6.5 points. No depressive mood was observed in 45.6% of respondents, minor depression in 43.6%, and severe depression in 10.9%. Gender determined the GDS results. Analyzing BMI (Body Mass Index) ranges, it was found that only one quarter of respondents had a BMI in the normal range, the great majority exceeded this standard to varying degrees. A statistically significant positive correlation with the GDS results was shown for gender, marital status and the number of diseases.

Depression is not a natural part of the aging process. Screening assessment of depressive symptoms should always be a part of global geriatric assessment.

Key words

elderly, depression, GDS, morbidity