

## **Funkcjonalność narządu żucia a poczucie depresji u pacjentów po 55. roku życia zamieszkałych w środowisku rodzinnym i w domach pomocy społecznej**

### **The functionality of masticatory apparatus and the sense of depression in patients over 55 years of age living in a family environment and social care centres**

Katarzyna Barczak, Monika Szmidt, Jadwiga Buczkowska-Radlińska

Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Endodoncji PUM w Szczecinie

#### **Summary**

**Aim.** The aim of this study was to determine the relationship between the masticatory apparatus functionality and a sense of depression in patients over 55 years of age living in a family environment and the Social Care Centres (SCC).

**Methods.** Shortened version of the Geriatric Depression Scale (GDS) was used to assess the wellbeing of patients and their state/sense of depression. The clinical evaluation of masticatory function was performed during one appointment in the natural light. The clinical criterion for the retention of masticatory function, adopted by the World Health Organization was a contact between at least 20 opposing teeth, natural or artificial.

**Results.** Among patients with a low number of GDS points (0–5), statistically significantly higher proportion of people living in family houses (69.4%) maintained functionality of masticatory apparatus than of people living in SCC (23.5%). In contrast, among patients with a higher number of GDS points (6–15), statistically significantly higher proportion of patients living in SCC (70.8%) did not maintain functionality of masticatory apparatus than of those living in family houses (41.7%).

**Conclusions.** Patients with a sense of depression living in Social Care Centres were more likely to report lack of functionality of masticatory apparatus than patients with a sense of depression living in family houses. The presence of a growing sense of depression significantly affected a lower rate of preserved functionality of masticatory apparatus or vice versa.

**Słowa klucze:** funkcjonalność narządu żucia, Geriatryczna Skala Depresji, depresja

**Key words:** the functionality of mastication, Geriatric Depression Scale, depression

## Wstęp

Depresja stanowi jeden z najczęstszych, najważniejszych i najrządziej rozpoznawanych problemów zdrowotnych u ludzi w podeszłym wieku [1, 2]. W sytuacji podjęcia właściwego leczenia w większości przypadków jest to choroba możliwa do wyleczenia. Badania populacyjne pokazują, że nawet 25% osób dorosłych zgłasza objawy depresji [1]. Objawy te występują trzy razy częściej u ludzi po 65. roku życia niż w pozostałej części populacji [3, 4].

W przypadku osób starszych za główną przyczynę większości zaburzeń depresyjnych przyjmuje się ich reakcje na wydarzenia i okoliczności życiowe związane z procesem starzenia, chorobami i zmniejszeniem sprawności fizycznej. Dodatkowo wpływ na powstawanie zaburzeń ma zmiana dotycząca funkcji społecznej, statusu majątkowego, stanu zdrowia i relacji społecznych. Nawał tych zmian bywa przytłaczający i może prowadzić do rozwoju depresji bądź nasilać jej objawy. Przejście na emeryturę, utrata bliskiej osoby oraz nieoficjalna opieka czy zamieszkanie w domu opieki społecznej lub w domu późnej starości też nie pozostają bez wpływu na stan psychospołeczny ludzi starszych.

Depresja oraz problemy zdrowia psychicznego często postrzegane są jako „sprawy drugorzędne”, jednak ich skutki nie ograniczają się tylko do zaburzeń emocjonalnych, lecz obejmują wiele aspektów życia pacjentów. Depresja może zaostrzyć lub zmieniać przebieg wielu chorób, prowadzić do nieprzestrzegania zaleceń odnośnie przyjmowanych leków oraz nasilać objawy somatyczne związane z innymi chorobami przewlekłymi [5]. Depresja bywa postrzegana przez pacjentów, jak i osoby z nimi związane, jako objaw słabości charakteru i niezdolności do radzenia sobie w życiu. Często rozpoczyna się bardzo podstępnie i z tego powodu może być trudna do rozpoznania [6]. Do czynników przyspieszających rozwój depresji u osób starszych zalicza się stres oraz pogorszenie sprawności fizycznej [7]. Pogorszenie zdrowia ogólnego to główna przyczyna upośledzenia sprawności wpływającego na zdolność do samodzielnego wykonywania codziennych czynności (np. chodzenie, prawidłowe odżywianie, wykonywanie zabiegów higienicznych, samodzielne mycie się i ubieranie) [8].

U ludzi starszych zmniejsza się aktywność, zręczność i zdolność do przewyciężania stresu ze względu na mniejszą rezerwę sił. Samodzielne funkcjonowanie jest krytycznym wskaźnikiem zdrowia i dobrego samopoczucia. Mniejsza sprawność fizyczna i słabsza koordynacja nerwowo-mięśniowa negatywnie wpływają na zdolność ludzi starszych do niezależnego życia i znacząco wpływają na ryzyko, a często nawet konieczność instytucjonalizowania. Należy również zaznaczyć, że życie ludzi starszych w domach opieki różni się znacznie od życia ich rówieśników przebywających w domach rodzinnych [9–14].

Niewątpliwie jednym z głównych warunków względnego zadowolenia i optymizmu określających jakość życia jest utrzymanie pełnego zdrowia i funkcjonalności narządu żucia zapewniającego korzyści socjalne i biologiczne w zakresie estetyki,

komfortu, zdolności żucia, smaku i mowy [15–17]. Nawyki dietetyczne i pobieranie pokarmów są ważne w czasie całego życia, lecz szczególne znaczenie mają u osób starszych. Wszelkie niedobory żywieniowe mogą być przyczyną zwiększonej zapadalności na różne schorzenia i infekcje. Istnieje zależność między zdolnością żucia i wydolnością fizyczną. Zdolność ta wpływa na stopień wydolności fizycznej i na jakość codziennego życia [11, 18].

Możliwości kompleksowego, bezpłatnego leczenia stomatologicznego są obecnie bardzo ograniczone. Stan zdrowia jamy ustnej osób przebywających w domach opieki jest gorszy niż osób mieszkających samodzielnie czy wśród najbliższych [11, 17, 18]. Zgromadzenie Ogólne Światowego Towarzystwa Stomatologicznego na konferencji w Singapurze w 2009 r. wydało następujące oświadczenie:

„1. Bezzębność i zły stan zdrowia często współistnieją. Nie wykazano związku przyczynowo-skutkowego. 2) Utrata wszystkich zębów powoduje zmiany w postrzeganiu jamy ustnej, co może być tylko częściowo rekompensowane przez noszenie protezy zębowej. 3) Całkowita utrata zębów może być trudna do zaakceptowania, dlatego przed ekstrakcją zęba zaleca się staranne przygotowanie psychologiczne przez stomatologa. 4) Użycie protezy może pozytywnie wpłynąć na ogólne samopoczucie i codzienne funkcje jamy ustnej wśród bezzębnych pacjentów. 5) Osoby noszące protezy często modyfikują lub ograniczają wybór żywności i, w związku z tym, ich sposób odżywiania może być niewłaściwy w porównaniu do osób z uzębieniem” [19].

Niewiele jest obecnie publikacji na temat zależności pomiędzy funkcjonalnością narządu żucia a poczuciem depresji w zależności od środowiska życia pacjentów powyżej 55. roku życia.

## Material

Grupę badanych stanowiło 226 pacjentów, w tym 106 zamieszkałych w dwóch domach pomocy społecznej (DPS) i 120 pacjentów z domów rodzinnych. Do badania zakwalifikowano respondentów, którzy wyrazili zgodę na uczestnictwo w projekcie. Wśród badanych było 110 mężczyzn i 116 kobiet w wieku od 55 do 101 lat. Średnia wieku pensjonariuszy DPS wynosiła 73,8 roku, zaś badanych z domów rodzinnych – 67,4 roku.

## Metoda

Do oceny samopoczucia pacjentów i ich stanu/poczucia depresji posłużono się skróconą wersją Geriatrycznej Skali Depresji (Geriatric Depression Scale – GDS) wg Yesavage’a (1983 r.) [20]. Pacjenci odpowiadali samodzielnie na 15 pytań, zakreślając wybraną odpowiedź: „TAK” lub „NIE”. Badanych poinformowano o braniu pod uwagę dwóch ostatnich tygodni życia. Według klucza punktów depresyjnych pacjentów zakwalifikowano zgodnie z zaleceniami autora skali: 0–5 punktów – bez poczucia depresji, 6–15 punktów – z poczuciem depresji o zwiększonym nasileniu. Udział w badaniu był anonimowy. Dodatkowo respondentom zadano pytania dotyczące zadowolenia ze stanu zdrowia jamy ustnej. Badaniem ankietowym objęto 202

osoby. W przypadku 24 pacjentów z DPS odstąpiono częściowo lub całkowicie od przeprowadzenia badania ankietowego ze względu na różne przewlekłe schorzenia ogólnoustrojowe. Ocenę kliniczną czynności narządu żucia wykonano podczas jednej wizyty, w świetle naturalnym. Kryterium klinicznym zachowania funkcjonalności narządu żucia, przyjętym przez Światową Organizację Zdrowia, był kontakt zwarciowy co najmniej 20 zębów przeciwstawnych, naturalnych lub sztucznych [21]. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Pomorskim Uniwersytecie Medycznym (BN-001/137/07).

Analizy materiału dokonano w trzech grupach wiekowych: 55–64, 65–74 i powyżej 75 lat. Porównanie badanych zmiennych dla dwóch grup niezależnych przeprowadzono, stosując test t-Studenta. Częstość występowania kategorii zmiennych jakościowych porównano, stosując test niezależności  $\chi^2$  lub test niezależności  $\chi^2$  z poprawką Yatesa. Dopuszczalne prawdopodobieństwo popełnienia błędu pierwszego rodzaju (poziom istotności testu) przyjęto  $p = 0,05$ .

### Cel

Celem badania było określenie zależności pomiędzy funkcjonalnością narządu żucia a poczuciem depresji u pacjentów po 55. roku życia zamieszkałych w środowisku rodzinnym i w domach pomocy społecznej.

### Wyniki

W grupie zbadanych pacjentów stwierdzono, że 56,6% z nich posiadało własne uzębienie, a 43,4% było bezzębnymi. Bezzębie występowało dwukrotnie częściej u pacjentów z DPS (59,4%) niż u pacjentów z domów rodzinnych (29,2%). Była to różnica istotna statystycznie ( $p < 0,001$ ).

Tabela 1. Liczba i odsetek pacjentów z zachowaną funkcjonalnością narządu żucia w DPS i w domach rodzinnych

Miejsce zamieszkania	Funkcjonalność określona na podstawie zębów:						Razem	
	własnych		własnych i sztucznych		sztucznych			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dom pomocy społecznej	2	1,9	16	15,1	8	7,5	26/106	24,5
Dom rodzinny	17	14,2	23	19,2	38	31,7	78/120	65,0
Razem	19	8,4	39	17,3	46	20,4	104/226	46,0

$p < 0,001$

Zachowaną funkcjonalność narządu żucia stwierdzono u 24,5% badanych z DPS i u 65% badanych z domów rodzinnych ( $p < 0,001$ ). Istotnie częściej funkcjonalność na podstawie naturalnego lub sztucznego uzębienia występowała u pacjentów z domów rodzinnych niż z DPS. W przypadku występowania funkcjonalności na podstawie zębów własnych i sztucznych nie zauważono różnic istotnych statystycznie pomiędzy badanymi

z obu grup. Zadowolenie ze stanu zdrowia jamy ustnej deklarowało 22,7% badanych z DPS, a prawie dwukrotnie więcej, bo 43,3%, z domów rodzinnych ( $p < 0,01$ ). Problemy z jedzeniem, związane ze stanem zębów lub protez, istotnie częściej deklarowali pacjenci z DPS (58,5%) w porównaniu z mieszkańcami domów rodzinnych (49,2%) ( $p < 0,05$ ).

Tabela 2. Zależność pomiędzy zadowoleniem ze zdrowia jamy ustnej a obecnością uzębienia u pacjentów z DPS i z domów rodzinnych

Zadowolenie ze zdrowia jamy ustnej	Rodzaj uzębienia								Razem			
	Obecne				Bezzębie				DPS		Dom rodzinny	
	DPS		Dom rodzinny		DPS		Dom rodzinny		DPS		Dom rodzinny	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	11	11,2	38	31,7	13	13,3	14	11,7	24	24,5	52	43,3
Nie	29	29,6	47	39,1	45	45,9	21	17,5	74	75,5	68	56,7
Razem	40	40,8	85	70,8	58	59,2	35	29,2	98 <sup>1</sup>	100	120	100

<sup>1</sup> 8 pacjentów z DPS nie odpowiedziało w ankiecie na to pytanie

$p < 0,01$

Tabela 2 przedstawia zależność zadowolenia ze zdrowia jamy ustnej od rodzaju posiadanego uzębienia. Wynika z niej, że pacjenci z DPS, którzy byli bezzębni, częściej wykazywali niezadowolenie ze stanu zdrowia jamy ustnej niż badani z domów rodzinnych. Różnica ta była istotna statystycznie ( $p < 0,001$ ).

Tabela 3. Liczba i odsetek pacjentów bez zaburzeń depresyjnych ( $GDS \leq 5$ ) i z zaburzeniami depresyjnymi ( $GDS > 5 \leq 15$ ) w trzech przedziałach wiekowych, w obu badanych grupach

Wiek [lata]	Wartości punktów w skali GDS							
	$\leq 5$				$> 5 \leq 15$			
	DPS		Dom rodzinny		DPS		Dom rodzinny	
	n	%	n	%	n	%	n	%
55–64	7	8,5	34	28,4	17	20,7	15	12,5
65–74	4	4,9	22	18,3	12	14,6	16	13,3
$\geq 75$	6	7,3	16	13,3	36	43,9	17	14,2
Razem	17	20,7	72	60,0	65	79,3	48	40

$p < 0,05$

Statystycznie częściej pacjenci z domów rodzinnych (60%) nie sprawozdawali objawów depresji w porównaniu z badanymi z DPS (20,7%) oraz statystycznie częściej u badanych z DPS wykazano poczucie depresji o zwiększonym nasileniu (79,3%) niż w domach rodzinnych (40%). Stwierdzono, że u pacjentów powyżej 75. roku życia statystycznie istotnie częściej występowało poczucie depresji wśród pensjonariuszy DPS (43,9%) niż wśród osób mieszkających w domach rodzinnych (14,2%),  $p < 0,05$ .

Tabela 4. Zależność pomiędzy funkcjonalnością narządu żucia a liczbą punktów GDS u pacjentów z DPS i domów rodzinnych

Funkcjonalność narządu żucia	Liczba punktów GDS							
	0–5				6–15			
	DPS		Dom rodzinny		DPS		Dom rodzinny	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	4	23,5	50	69,4	19	29,2	28	58,3
Nie	13	77,0	22	30,6	46	70,8	20	41,7
Razem	17	100	72	100	65	100	48	100

$p < 0,01$

U osób z niską liczbą punktów wg GDS (0–5) statystycznie istotnie wyższy odsetek osób z domów rodzinnych (69,4%) miał zachowaną funkcjonalność narządu żucia niż z DPS (23,5%). Natomiast u osób z wyższą liczbą punktów (6–15) statystycznie istotnie wyższy odsetek pacjentów z DPS (70,8%) nie miał zachowanej funkcjonalności narządu żucia niż w przypadku pacjentów zamieszkujących w domach rodzinnych (41,7%).

### Omówienie wyników

Starzenie się społeczeństw jest uniwersalnym zjawiskiem, któremu należy stawić czoła ze względu na jego niekwestionowany wpływ na wydatki ponoszone na opiekę zdrowotną i jakość życia pacjentów [22]. Xavier wśród czynników mających negatywny wpływ na jakość życia pacjentów starszych na pierwszym miejscu stawia stan zdrowia ogólnego i psychicznego, natomiast do czynników pozytywnie modyfikujących jakość życia zalicza aktywność fizyczną, bezpieczeństwo finansowe oraz uczestniczenie w życiu rodzinnym i społecznym [23].

Badania własne miały na celu znalezienie zależności pomiędzy stanem zdrowia jamy ustnej a obecnością ewentualnych objawów depresji stwierdzonych na podstawie GDS. Analizując stan kliniczny jamy ustnej badanych seniorów, wykazano, że u 43,4% pacjentów występowało bezzębie. U badanych z DPS odsetek osób bezzębnych wynosił 59,4%, a u pacjentów z domów rodzinnych był dwukrotnie niższy (29,2%). Tak duże dysproporcje pomiędzy grupami wynikały prawdopodobnie z różnej świadomości pacjentów zamieszkujących domy rodzinne i DPS odnośnie metod i możliwości leczenia oraz ograniczonej dostępności do opieki stomatologicznej wśród pensjonariuszy DPS. Wpływ na tak znaczną różnicę w odsetku osób bezzębnych w obu przypadkach mogła mieć również średnia wieku badanych – odpowiednio 73,8 roku w grupie osób z DPS i 67,4 roku w grupie osób zamieszkujących domy rodzinne.

Pomimo iż na całym świecie obserwuje się spadek liczby bezzębnych osób starszych, z ogólnopolskiego monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej wynika, że trend ten nie dotyczy Polski. W ostatnich latach odnotowuje się wzrost liczby osób bezzębnych w przedziale wiekowym od 65 do 74 lat, który w 2009 r. wyniósł 43,9% [24]. W badaniach Gałczyńskiej-Rusin z 2011 r. bezzębie stwierdzono u ponad 50%

pacjentów zgłaszających się na leczenie do kliniki gastroenterologii, natomiast wśród pacjentów hospitalizowanych – u 37% [25]. Analizując obie grupy, łącznie bezzębie odnotowano w 45,2% przypadków, co jest zbliżone do wyników badań Jodkowskiej [24]. W badaniu własnym wykazano odsetek osób bezzębnych na poziomie 43,4% dla pacjentów powyżej 55. roku życia. Może mieć na to wpływ sytuacja materialna ludzi starszych. Seniorzy korzystają najczęściej z refundowanych form leczenia stomatologicznego. Podstawową metodą leczenia bólu nadal pozostaje ekstrakcja zęba. Z pracy opublikowanej w 2008 r., dla większości respondentów ze Szczecina i okolic zakres zabiegów refundowanych przez NFZ jest niewystarczający [18]. Kabat udowodnił także w swoich badaniach, że najczęstszą przyczyną podjęcia przez pacjenta decyzji o ekstrakcji zęba był ból, a co czwarty ankietowany ze Szczecina i co piąty z terenu województwa zachodniopomorskiego usuwał ząb ze względów ekonomicznych, mając jednocześnie świadomość, że ząb można było uratować. W pracach zagranicznych autorów wykazano, że wśród Amerykanów w wieku 65–74 lat odsetek bezzębnych osób wynosił 46,1% [26]. Zaznaczyć należy, iż praca ta ukazała się 20 lat temu, a wartości wskaźnika osób bezzębnych są zbliżone do wartości uzyskanych w aktualnych badaniach własnych. W Nowej Anglii, w badaniu przeprowadzonym 10 lat później, w porównaniu z powyższymi danymi, odsetek osób bezzębnych powyżej 70. roku życia wyniósł 37,6% [17]. Są to dane bardziej optymistyczne niż te otrzymane w badaniach własnych, mimo odstępów czasowego. Wynikać to może z odmiennego podejścia do leczenia stomatologicznego pacjentów w innych państwach bądź też jest to wynik działań profilaktyczno-oświatowych stosowanych od wczesnych lat młodzieńczych.

Zły stan zdrowia jamy ustnej wśród pacjentów z DPS jest wynikiem dużych zaniedbań zdrowotnych, zarówno ze strony samych zainteresowanych, jak i systemu ochrony zdrowia. Zdecydowanie należy podkreślić, iż często sami pacjenci nie są zainteresowani leczeniem zębów, a ich potrzeby zdrowotne ograniczają się nierzadko tylko do pozbycia się bólu. W Polsce nie ma obecnie żadnych działań profilaktyczno-zdrowotnych, które byłyby skierowane do najstarszych pacjentów.

Funkcjonalność narządu żucia jest jednym z wyznaczników sprawnie działającego układu stomatognatycznego. Z badania własnego wynika, że spośród wszystkich osób tylko niespełna połowa (46%) posiadała zachowaną funkcję narządu żucia (tab. 1). W DPS stwierdzono ją u 24,5% mieszkańców, a wśród pacjentów z domów rodzinnych u 65% badanych. Wyodrębniono również rodzaje zębów, na których funkcja narządu żucia była zachowana: tylko 8,4% funkcji wynikało z zachowanych kontaktów na zębach własnych, 17,3% to była czynność związana z obecnością kontaktów zębów przeciwstawnych własnych i sztucznych, a 20,4% tylko na zębach sztucznych. U ponad połowy badanych nie było zachowanej funkcji narządu żucia. Tak wysoki odsetek osób, które nie posiadały prawidłowej funkcji narządu żucia, świadczy o ciągle jeszcze niedocenianym znaczeniu roli jamy ustnej w całościowym kontekście zdrowia ogólnego. Problemy z wymową i spożywaniem pokarmów okazują się ciągle czymś „naturalnym” dla seniorów, wynikającym z wieku, a nie z zaniedbań. Nie wszyscy badani byli świadomi tego, jakie konsekwencje mogą być z tym związane i, co gorsza, nie wszyscy mieli potrzebę to zmieniać.



Iwanicka-Frankowska w badaniach z 1998 i 2002 r. stwierdziła, że utrzymaną funkcję żucia miało odpowiednio 70,1% i 69,4% badanych. Badanie dotyczyło pacjentów w wieku 65–74 lat [21]. Dane z województwa zachodniopomorskiego z 2002 r. (61,5%) są zbliżone do wartości, jakie uzyskano wśród pacjentów z domu rodzinnego i jednocześnie ponad dwukrotnie wyższe w porównaniu z odsetkiem osób z zachowaną funkcją narządu żucia pensjonariuszy DPS uzyskanych w tej pracy. Niższe wartości wskaźnika w badaniu własnym w porównaniu ze średnią ogólnokrajową mogą wynikać również z mniejszej świadomości seniorów co do potrzeby i możliwości leczenia protetycznego.

Zadowolenie ze stanu zdrowia jamy ustnej deklarowało 22,7% respondentów z DPS, a prawie dwukrotnie więcej z domów rodzinnych (43,3%) ( $p < 0,01$ ), co przedstawia tabela 2. Problemy z jedzeniem, związane ze stanem zębów lub protez, istotnie częściej deklarowali pacjenci z DPS (58,5%) w porównaniu z mieszkańcami domów rodzinnych (49,2%) ( $p < 0,05$ ). Można zauważyć, iż gorszy stan zdrowia jamy ustnej pensjonariuszy domów pomocy społecznej wpływa na postrzeganie badanych oraz ich funkcjonowanie w sferze życia fizycznego. Ma wpływ również na ocenę zadowolenia czy pojęcia jakości życia związanej ze zdrowiem. Analizując zależność zadowolenia ze zdrowia jamy ustnej od rodzaju posiadanego uzębienia, stwierdzono, że pacjenci z DPS, którzy byli bezzębni, istotnie częściej wykazywali niezadowolenie ze stanu zdrowia jamy ustnej niż badani z domów rodzinnych. Różnica ta była istotna statystycznie ( $p < 0,001$ ).

Pojawiające się zagadnienie zadowolenia z życia niewątpliwie łączy się ze stanem emocjonalnym pacjentów oraz zdrowiem psychicznym. W badaniach własnych stwierdzono, że u 79,3% badanych z DPS i 48% z domów rodzinnych istniało poczucie depresji o podwyższonym nasileniu (tab. 3). Pozostali pacjenci nie wykazywali objawów obniżonego nastroju. Poczucie depresji zwiększało się też wraz z wiekiem, a największe odnotowano u pacjentów powyżej 75. roku życia, zarówno wśród pacjentów z DPS, jak i domów rodzinnych. W badaniach Koczorowskiego i Jundziłł-Bieniek z wykorzystaniem 15-punktowej skali GDS wykazano, że najwyższy odsetek osób z cechami depresyjnymi występował u osób z domów pomocy społecznej (33%), a następnie w środowisku szpitalnym (30%) [27]. Wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku powyżej 65. roku życia, aktualnie mieszkających w domach rodzinnych, odnotowano najmniejszą liczbę osób z cechami depresji. Szybalska i wsp. w badaniach stwierdzili u ok. 1 800 respondentów powyżej 55. roku życia objawy depresji umiarkowanej i ciężkiej u 25% mężczyzn i 35% kobiet [28]. Udowodnili, że istnieje dodatnia korelacja pomiędzy wiekiem a wynikami skali GDS. W najmłodszej grupie wiekowej (55–59 lat) objawy depresji dotyczyły ok. 20% badanych, zaś wśród najstarszych (powyżej 90 lat) ok. 46%. Wspomniani badacze wykazali również, że objawy depresji związane są z sytuacją rodzinną. Wśród osób mieszkających samotnie objawy depresji występują częściej niż u osób zamieszkujących z rodziną (36,9% vs. 27,9%,  $p < 0,005$ ). U ponad połowy badanych respondentów zamieszkałych w DPS stwierdzono objawy przemawiające za rozpoznaniem depresji. W badaniach tych wykazano również pozytywną korelację między sytuacją materialną a częstością występowania objawów depresyjnych.



W pracach innych autorów wykazano, że samopoczucie psychiczne miało wpływ na satysfakcję z życia [29]. Była to zależność nieistotna statystycznie, aczkolwiek poziom prawdopodobieństwa był bardzo wysoki. Gałczyńska-Rusin, wykorzystując skróconą wersję GDS w swojej pracy doktorskiej, stwierdziła, że wśród pacjentów zgłaszających się na leczenie ambulatoryjne do kliniki gastroenterologii występowanie objawów depresyjnych dotyczyło 24,6%, natomiast wśród pacjentów hospitalizowanych na innych oddziałach dotyczyło ono 33% badanych [25]. Świadczy to o wpływie ogólnej choroby i hospitalizacji na występowanie objawów o charakterze depresji. Kolejni autorzy zauważyli inne związki, mianowicie, iż osoby mieszkające w domach pomocy społecznej, które były odwiedzane często przez najbliższych, wykazywały istotny, statystycznie niższy stopień depresji w porównaniu z tymi, którzy nie utrzymywali kontaktu z bliskimi [30]. Bidzan i wsp. otrzymali istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem aktywności intelektualnej, fizycznej i społecznej a punktacją w skali GDS. Osoby, które wykazywały wysoki stopień tych aktywności, miały niższe wyniki w GDS w porównaniu z osobami, które charakteryzowały się niskim ich stopniem [31].

W badaniach własnych zwrócono szczególną uwagę na zależność między poczuciem depresji a funkcjonalnością narządu żucia u pacjentów powyżej 55. roku życia (tab. 4). Stwierdzono, że wśród osób z niską liczbą punktów wg GDS (0–5, brak objawów poczucia depresji) zachowaną funkcjonalność narządu żucia statystycznie miał istotnie wyższy odsetek osób z domów rodzinnych (69,4%) niż z DPS (23,5%). Natomiast u osób z wyższą liczbą punktów (6–15) statystycznie istotnie wyższy odsetek pacjentów z DPS (70,8%) nie miał zachowanej funkcjonalności narządu żucia niż w domach rodzinnych (41,7%). Można stwierdzić, iż występowanie poczucia depresji o rosnącym nasileniu wpływało znacząco na niższy wskaźnik zachowanej funkcjonalności narządu żucia lub odwrotnie. Wśród pacjentów z domów rodzinnych ze stwierdzonym poczuciem depresji (GDS, 6–15 pkt) 41,7% nie miało zachowanej funkcjonalności narządu żucia, a w domach pomocy społecznej nie miało jej 70,8%. Była to różnica istotna statystycznie. Niestety, nie udało się dotrzeć do prac, które poruszałyby zagadnienie zależności stanu depresji i funkcjonalności narządu żucia u pacjentów po 55. roku życia, co świadczy o potrzebie prowadzenia badań własnych w tym zakresie.

Geriatryczna Skala Depresji (GDS) jest narzędziem opracowanym specjalnie do samooceny poczucia depresji osób powyżej 55. roku życia [32, 33]. Test ten może być prostym elementem badania, użytecznym w praktyce stomatologicznej, ponieważ daje możliwość wstępnej interpretacji, do której wiedza specjalistyczna nie jest konieczna. Bez wątpliwej zaletą tej skali jest czytelność dla pacjenta oraz zwięzłość. Wypełnienie kwestionariusza zajmuje średnio 8–10 min [27]. Duża częstość występowania objawów depresyjnych w badaniach własnych i innych autorów wskazuje na konieczność włączenia oceny stanu psychicznego do rutynowego badania pacjentów w podeszłym wieku [28]. Dodać należy, iż kwestionariusz GDS może być tylko pomocniczym narzędziem w ocenie poczucia depresji u seniorów. Wysoka punktacja uzyskana w wyniku badania może stanowić tylko wstęp do rozpoznania depresji i ewentualnego leczenia. Bez potwierdzenia specjalistycznym badaniem klinicznym nie można zbyt pochopnie i definitywnie zakwalifikować pacjenta jako cierpiącego

na depresję, nie można też jej wykluczyć. Lekarz stomatolog, uzyskując w wyniku badania u osoby po 55. roku życia wysoką punktację w skali GDS, może okazać się pierwszym, który skieruje pacjenta do dalszej, pogłębionej diagnostyki i ewentualnego leczenia. W codziennej praktyce stomatologicznej lekarz dentysta może spotkać się nierzadko z takimi objawami depresji jak dolegliwości bólowe, zwłaszcza bóle głowy w okolicy karku i potylicy, suchość błon śluzowych. Powiązanie częstych dolegliwości starszego pacjenta niezdiagnozowanych klinicznie w gabinecie stomatologicznym z określonymi zaburzeniami natury psychicznej jest więc w stomatologii bardzo pożądanym [27]. Prognozy demograficzne związane ze starzeniem się populacji stanowią przesłankę do zastosowania podstawowej oceny geriatrycznej w codziennej praktyce klinicznej lekarza dentysty [28].

### Wnioski

1. Niski wskaźnik zachowanej funkcjonalności narządu żucia stwierdzono zarówno u seniorów zamieszkałych w domach rodzinnych, jak i w DPS, przy czym zdecydowanie był on niższy u pacjentów z domów pomocy społecznej, co świadczy o dużych potrzebach leczenia protetycznego i rehabilitacji narządu żucia tych osób oraz o niewystarczających działaniach leczniczych w ramach publicznych świadczeń zdrowotnych.
2. Pacjenci z domów pomocy społecznej charakteryzowali się gorszym stanem psychicznym i częściej byli niezadowoleni ze stanu zdrowia jamy ustnej niż badani z domów rodzinnych.
3. U pacjentów z domów pomocy społecznej, u których występowało poczucie depresji, częściej stwierdzano brak funkcjonalności narządu żucia niż u pacjentów z domów rodzinnych, u których również występowało poczucie depresji.

### Piśmiennictwo

1. Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L. i wsp. *Depression treatment in a sample of 1,1801 depressed older adults in primary care*. J. Am. Geriatr. Soc. 2003; 51(4): 505–514.
2. Adamson JA, Price GM, Breeze E, Bulpitt CJ, Fletcher AE. *Are older people dying of depression? Findings from the Medical Research Council trial of the assessment and management of older people in the community*. J. Am. Geriatr. Soc. 2005; 53(7): 1128–1132.
3. Malhotra R, Chan A, Ostybe T. *Prevalence and correlates of clinical significant depressive symptoms among elderly people in Sri Lanka: findings from a national survey*. Int. Psychogeriatr. 2010; 22(2): 227–236.
4. Buys L, Roberto KA, Miller E, Blieszner R. *Prevalence and predictors of depressive symptoms among rural older Australians and Americans*. Aust. J. Rural Health 2008; 16(1): 33–39.
5. Himelhoch S, Weller WE, Wu AW, Anderson GF, Cooper LA. *Chronic medical illness, depression and use of acute medical services among Medicare beneficiaries*. Med. Care 2004; 42(6): 512–521.

6. Whitebird RR, Heinrich LR, O'Connor PJ, Solberg IL. *Diagnostyka i leczenie depresji*. W: Rosenthal T, Naughton B, Williams M. red. *Geriatrics*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2009. s. 255–275.
7. Blazer DG. *Epidemiology of late-life depression*. W: Schneider LS, Reynolds CF III, Lebowitz BD, Friedhoff A. red. *Diagnosis and treatment of depression in late life: results of the NIH consensus development conference*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994. s. 9–21.
8. Mirowski J, Ross CE. *Age and depression*. *J. Health Soc. Behav.* 1992; 33(3): 187–205.
9. Knychalska-Karwan Z. *Stomatologia wieku podeszłego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005.
10. Knychalska-Karwan Z. *Pacjent geriatryczny w gabinecie stomatologicznym*. *Mag. Stomatol.* 2004; 14(7–8): 11–14.
11. Michalak A, Sitnik K. *Psychologiczne aspekty kontaktu stomatologa z pacjentem w starszym wieku*. *As. Stomatol.* 2007; 4: 37–41.
12. Pawłowska E. *Zadania pielęgniarstwo-opiekuńcze wobec mieszkańców domu opieki społecznej*. *Mag. Med.* 1995; 6(10): 59–62.
13. Siemiński M, Potocka M, Karwacka M, Jakimowicz J, Nitka-Siemińska A, Nyka W. *Bezsensowność i stosowanie leków nasennych wśród osób starszych przebywających w domach opieki*. *Sen* 2006; 6(2): 54–57.
14. Bereznowski Z, Prośba-Mackiewicz M, Lasecka M, Chlebus I, Jasiel J, Płończak E. *Ocena stanu uzębienia i użytkowanych uzupełnień protetycznych oraz potrzeby leczenia protetycznego u ludzi w podeszłym wieku*. *Protet. Stomatol.* 2001; 51(4): 191–196.
15. Nordenram G, Ljunggren G. *Oral status cognitive and functional capacity versus oral treatment need in nursing home residents: a comparison between assessments by dental and ward staff*. *Oral Dis.* 2002; 8(6): 296–302.
16. Barczak K, Buczkowska-Radlińska J, Bendyk-Szeffer M, Syguda K. *Stan narządu żucia seniorów z ośrodków pomocy społecznej i domów rodzinnych w województwie zachodniopomorskim*. *J. Stoma.* 2010; 63(10): 621–627.
17. Loesche WJ, Abrams J, Terpenning MS, Bretz WA, Dominguez BL, Grossman NS. i wsp. *Dental findings in geriatric populations with diverse medical backgrounds*. *Oral Surg. Oral Med. Oral Patol. Oral Radiol. Endod.* 1995; 80(1): 43–54.
18. Kabat W. *Przyczyny ekstrakcji zębów u pacjentów województwa zachodniopomorskiego z uwzględnieniem warunków socjoekonomicznych w dobie reform służby zdrowia*. *Rocz. PAM* 2008; 54(1): 127–135.
19. *Calkowita utrata zębów i ogólne problemy zdrowotne wśród starszych osób. Zgromadzenie Ogólne Światowego Towarzystwa Stomatologicznego 4.09.2009, Singapur*. *J. Stoma.* 2014; 67(6): 887–888.
20. Yesavage JA, Drink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M. i wsp. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. *J. Psychiatr. Res.* 1983; 17(2): 37–49.
21. Iwanicka-Frankowska E, Wierzbicka M, Szatko F, Pierzynowska E, Zawadziński M. *Stan zdrowia jamy ustnej polskiej populacji osób dorosłych w wieku 65–74 w ostatnim pięcioleciu*. *Stomatol. Współ.* 2003; 10(6): 9–13.
22. Andrade FB, Lebrão ML, Santos JL, Duarte YA, Teixeira DS. *Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil*. *Cad. Saude Publica* 2012; 28(10): 1965–1967.
23. Xavier FM, Ferraz MP, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. *Elderly people's definition of quality of life*. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2003; 25(1): 31–39.

24. Jodkowska E. *Stan uzębienia dorosłych mieszkańców Polski w latach 1998-2009*. Przegl. Epidemiol. 2010; 64: 571–576.
25. Gałczyńska-Rusin M. *Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym poddanych leczeniu protetycznemu*. Praca doktorska. Poznań: Uniwersytet Medyczny w Poznaniu; 2011. <http://www.wbc.poznan.pl/dlibra/doccontent?id=304343&from=FBC> [dostęp: 15.04.2015].
26. Burt BA, Ismail AI, Eklund SA. *Periodontal disease, tooth loss and oral hygiene among older Americans*. Community Dent. Oral. Epidemiol. 1985; 13(2): 93–96.
27. Koczorowski R, Jundziłł-Bieniek E. *Środowiskowe uwarunkowania zaburzeń psychopatologicznych u osób powyżej 65 roku życia*. Protet. Stomatol. 2010; 60(3): 162–169.
28. Szybalska A, Broczek K, Wawrzyniak M. *Geriatryczna Skala Oceny Depresji a sytuacja materialna i rodzinna osób starszych. Wstępne wyniki projektu PolSenior 2007–2010, projekt badawczy zamawiany PBZ-MEiN-9/2/2006*.
29. Majda A, Walas K, Gajda K. *Satysfakcja z życia i samopoczucie słuchaczy Uniwersytetu III Wieku. Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2013; 43(2): 10–17.
30. Mika A, Tomasik M. *Analiza czynników kształtujących stan psychofizyczny osób przebywających w domu pomocy społecznej*. Fizjoter. Pol. 2005; 13(4): 24–29.
31. Bidzan L, Łapin J, Sołtys K, Turczyński J. *Wpływ poziomu funkcji poznawczych i depresji na aktywność złożoną u osób w wieku podeszłym*. Gerontol. Pol. 2000; 8(4): 9–14.
32. Bidzan L, Łapin J, Sołtys K, Turczyński J. *Geriatryczna Skala Depresji jako pomocnicze narzędzie diagnostyczne u pacjentów po 55 roku życia*. Psychiatr. Pol. 2002; 36(6): 187–192.
33. Albiński R, Kleszczewska-Albińska A, Bedyńska S. *Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(4): 555–562.

Adres: Katarzyna Barczak  
Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Endodoncji  
Pomorski Uniwersytet w Szczecinie  
70-111 Szczecin, al. Powstańców Włkp. 72

Otrzymano: 27.04.2015

Zrecenzowano: 4.06.2015

Otrzymano po poprawie: 7.06.2015

Przyjęto do druku: 12.06.2015