

Depresja – choroba cywilizacyjna XXI wieku

Depression – civilization disease of the 21st century

Milena Osińska¹, Adam Kazberuk³, Katarzyna Celińska-Janowicz⁴, Rafał Zadykowicz², Edyta Rysiak³

¹ Studenckie Koło Naukowe „Farmacji Społecznej” przy Zakładzie Chemii Leków, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Klinika Perinatologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³ Zakład Chemii Leków, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

⁴ Samodzielna Pracownia Analizy Leków, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Streszczenie

Depresja dotyczy 350 milionów światowej populacji, w tym 1,5 miliona Polaków. Badania ostatnich dziesięcioleci wskazują na wzrostowy trend zachorowania, skłaniający do postrzegania depresji w aspekcie choroby cywilizacyjnej. Szczególnie dotyczy to populacji po 65 r.ż., gdzie odsetek zachorowań sięga 20% i wiąże się z niepełnosprawnością, zwiększoną śmiertelnością pacjentów i gorszymi wynikami leczenia chorób przewlekłych. Szacuje się, że do 2020 roku depresja stanie się drugą najczęstszą, po chorobie niedokrwiennej serca, przyczyną niepełnosprawności na świecie. W świetle licznych badań naukowych dotyczących współwystępowania depresji oraz chorób przewlekłych – cukrzycy, chorób układu krążenia czy chorób nowotworowych, skuteczne badania przesiewowe oraz farmakoterapia zaburzeń depresyjnych wydają się mieć istotne znaczenie w efektywnej terapii chorób somatycznych. Natomiast z ekonomicznego punktu widzenia depresja stanowi znaczące obciążenie dla budżetu Państwa, szacowane na około 2,6 miliarda złotych w skali roku. Ze względu na wysokie koszty społeczne oraz zagrożenie śmiertelnością, diagnostyka i leczenie depresji powinny stać się priorytetem w obszarze chorób psychiatrycznych. *Geriatrics 2017; 11: 123-129.*

Słowa kluczowe: geriatria, zaburzenia psychiczne, koszty leczenia, epidemiologia

Abstract

Depression affects 350 million people worldwide, including 1.5 million Poles. The last few decades have shown an upward trend in the prevalence of depression, therefore, it is considered a disease of civilization. Depression particularly affects 65+ population, where the incidence is up to 20% and is associated with disability, increased mortality and poorer treatment outcomes of chronic diseases. It is estimated that depression will have become the second most common cause of disability after ischemic heart disease by 2020. In the light of numerous scientific studies on comorbidity of depression with chronic diseases – diabetes, cardiovascular disease or cancer, effective screening and pharmacotherapy of depressive disorders appear to be important in the effective management of somatic disorders. On the other hand, from an economic point of view, depression is a significant financial burden for the state budget, estimated at about 2.6 billion zlotys per year. Due to the high social costs and the high mortality risk, early diagnosis and treatment of depression should be priorities in the field of psychiatric disorders. *Geriatrics 2017; 11: 123-129.*

Keywords: geriatrics, mental disorders, treatment costs, epidemiology

Wstęp

Depresja, zgodnie z definicją, jest poważnym zaburzeniem psychicznym objawiającym się głównie obniżeniem nastroju, zmniejszeniem energii oraz aktywności, które często uniemożliwia normalne funkcjonowanie. Związana jest z pogorszeniem jakości życia, wzrostem zachorowalności i śmiertelności [1]. Jest drugim co do częstości, po otyłości, zaburzeniem psychicznym rozpoznawanym w populacji osób starszych, klasyfikowana jako jeden z tzw. wielkich problemów geriatrycznych. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) choroba ta należy do głównych przyczyn niesprawności oraz niezdolności do pracy. Dotyka ona ponad 350 mln ludzi na świecie i około 10% populacji w Polsce [2]. Z badań naukowych wynika, że zapadalność na depresję zwiększa się wśród społeczeństwa krajów rozwiniętych, szczególnie w populacji ludzi starszych. Szacuje się, że około 20% społeczności powyżej 65. roku życia cierpi na depresję [3]. Wieloczynnikowa etiologia depresji wieku podeszłego oraz odmienny charakter objawów w obrazie klinicznym stwarza problemy diagnostyczne, utrudniając wczesne rozpoznanie i wdrożenie leczenia zaburzeń nastroju. W związku z brakiem badań przesiewowych szacuje się, że jedynie u około połowy pacjentów z objawami ciężkiej depresji rozpoznaje się depresję, z czego tylko 50% z nich otrzymuje odpowiednie leczenie farmakologiczne. Nieleczona depresja związana jest ze zwiększonym ryzykiem samobójstw i zgonów, a także wystąpieniem chorób somatycznych i odwrotnie – choroby somatyczne sprzyjają rozwinięciu depresji [4]. Także z punktu widzenia ekonomicznego, choroba ta wiąże się ze znacznym obciążeniem finansowym budżetu państwa. Koszty rocznej terapii w Europie sięgają 118 mld Euro, co stanowi 1% PKB. W Polsce natomiast plasuje się w pierwszej dziesiątce najwyższych wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy [5].

Epidemiologia

Depresja należy do powszechnie występujących zaburzeń psychicznych. Według WHO na świecie choruje na nią ponad 350 mln ludzi, z czego 1,5 miliona osób w Polsce. Najczęściej obserwowana jest u osób w wieku 20-40 lat i dotyka dwukrotnie częściej kobiety niż mężczyzn [6], choć przyczyny tego zjawiska wciąż pozostają nieznane. Również w społeczeństwie po

65. roku życia rozpowszechnienie depresji wzrasta. Wśród pacjentów poradni ogólnych odsetek ten sięga 25%, a w domach opieki 30%. Główną przyczyną tego zjawiska wydaje się być obecność przewlekłych chorób somatycznych pogarszających funkcjonowanie organizmu tych osób. W badaniach obejmujących populację seniorów lekkie objawy depresji wykazano u 43,6% badanych, natomiast ciężkie zaburzenia nastroju u 10,9% [7]. Fiske szacuje występowanie objawów depresyjnych w tej grupie wiekowej u około 15% badanych [8]. Podobnych wyników dostarcza publikacja Bujanowskiej-Fedak oceniająca częstość występowania depresji wśród pacjentów po 75 r.ż. w Praktyce Lekarza Rodzinnego na 17,1%, w tym postać ciężką rozpoznano u 3,4% [9]. W badaniach Crogan i Pasvogel obejmujących podopiecznych domów opieki w Waszyngtonie depresję zdiagnozowano u 40% seniorów [10]. Także prognozy demograficzne dla Polski nie są pomyślne. W 2030 roku szacuje się wzrost liczby osób po 65 r.ż. z 4,8 mln do 8,5 mln, co stanowi 25% społeczeństwa. Dodatkowo wydłużenie przeciętnej długości życia przyczyni się do częstszej zapadalności na schorzenia psychiatryczne i wzrost kosztów leczenia [11].

Publikacje dotyczące częstości diagnozowania zaburzeń depresyjnych w podeszłym wieku z różnych kontynentów świata dostarczają podobnych wyników dotyczących rozpowszechnienia choroby w Azji, Europie i Ameryce, w przeciwieństwie do Australii, gdzie zaobserwowano najniższe wskaźniki. Chociaż odsetek osób starszych dotkniętych depresją był znacząco niższy w Azji (4,2%) niż w Europie (10,9%) i w Ameryce (8,4%), to ogólna liczba Azjatów w podeszłym wieku dotkniętych depresją była kilkukrotnie wyższa [12]. Depresja stanowi także poważny problem zdrowotny w Polsce. W pierwszym ogólnokrajowym projekcie badawczym „Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (EZOP)” z 2012 roku wykazano, iż u 23,4% osób wystąpiło co najmniej jedno zaburzenie psychiczne w ciągu całego życia – dotyczy to ponad 6 milionów Polaków. Natomiast zaburzenia nastroju zaobserwowano u 3,5% badanych, co pozwala na oszacowanie około 1-1,5 miliona osób dotkniętych tym problemem w Polsce [13]. Precyzyjne określenie częstości występowania depresji jest trudne ze względu na duży odsetek nierozpoznanych przypadków. Szacuje się, że około 50% chorych na depresję nie trafia do lekarzy specjalistów, a tym samym nie otrzymuje odpowiedniego leczenia. Jak pokazują przedstawione

wyniki badań epidemiologicznych, depresja jest przykładem jednostki chorobowej o ogromnym znaczeniu zdrowotnym i coraz większym wymiarze społecznym, a poprzez to staje się istotnym elementem ogólnospołecznego zdrowia publicznego.

Wpływ czynników psychospołecznych na występowanie depresji u osób starszych

Głównymi potencjalnymi bodźcami przyczyniającymi się do powstania depresji są przede wszystkim relacje pacjenta z szeroko pojętym otoczeniem [14]. Kryterium to w stosunku do osób w wieku podeszłym wydaje się mieć kluczowe znaczenie w związku ze zmianami osobowości obserwowanymi w procesie starzenia się organizmu. Pogarszający się stan zdrowia, skutkujący postępującą utratą sprawności lokomotorycznej oraz ograniczeniem samodzielności, przyczynia się do zmiany postrzegania własnej osoby w kontekście bliskich i otoczenia. Związany z tym brak zdolności do podjęcia aktywności prowadzi do wykluczenia takiej osoby jako jednostki ogrywającej swoistą rolę w otoczeniu bliskich. Niejednokrotnie znaczne ograniczenie samodzielności osoby starszej jest wskazaniem do umieszczenia jej w specjalistycznych ośrodkach opieki, co dodatkowo może wpływać na obniżenie nastroju, wynikające z przymusu adaptacji do nowych (nie zawsze komfortowych z punktu widzenia pacjenta) warunków [15]. Rozważając inne potencjalne czynniki prodepresyjne u osób starszych nie można pominąć wpływu utraty bliskich np. wyprawka dzieci z rodzinnego domu lub też związanej ze śmiercią współmałżonka. Stres emocjonalny istotnie zwiększa odczucie samotności i braku wsparcia potrzebnego do pokonywania codziennych trudności egzystencji. Natomiast częściowa utrata wspólnych dochodów wpływa na obniżenie jakości życia, zarówno w sferze materialnej, jak i emocjonalnej [16].

Występowanie depresji w geriatrici w aspekcie chorób przewlekłych

Związane ze starzeniem się organizmu obniżenie zdolności do wykonywania czynności fizycznych niesie za sobą wiele niekorzystnych oddziaływań na dalszy stan zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta [17]. Spośród wielu dysfunkcji wieku podeszłego wyróżnia się między innymi zwiększone predyspozycje do upadków, co ze współistniejącą demineralizacją kości oraz częstą wśród osób starszych osteoporozą, przyczynia

się do złamań kości, wymagających specjalistycznego leczenia, kosztownej farmakoterapii oraz rehabilitacji [18]. Wg badań epidemiologicznych w populacji osób po 65 r.ż. co najmniej raz w roku upada 50-67% podopiecznych domów opieki społecznej, 33% osób mieszkających samodzielnie i 20% pacjentów hospitalizowanych [19]. Ponadto pięć razy częściej hospitalizowani są pacjenci po upadkach niż po wypadkach drogowych, co w świetle starzenia się społeczeństwa wydaje się być zjawiskiem stale postępującym [20]. Długotrwałe hospitalizacje oraz unieruchomienie pacjentów i związana z tym zmniejszona aktywność osób starszych, a także obniżone samopoczucie, wydają się mieć istotne znaczenie w patogenezie zaburzeń nastroju, a w konsekwencji w rozwoju depresji wśród chorych.

Należące do podstawowych czynności fizjologicznych utrzymywanie moczu i stolca, prawidłowe wypróżnianie oraz trawienie wraz z wiekiem ulega znaczącemu pogorszeniu [21]. Nietrzymanie moczu lub stolca występuje w populacji po 65 r.ż. stosunkowo często i związane jest z pogłębiającą się niesprawnością fizyczną. Dysfunkcje zwieraczy, dotyczące 50% pensjonariuszy domów opieki, stwarzają nieprzyjemne, wręcz stresujące sytuacje, powodujące przygnębienie psychiczne osoby starszej, skutkujące izolacją i wycofywaniem się z życia społecznego [22].

Ważne z punktu widzenia percepcji i kontaktu z otoczeniem narządy zmysłów, takie jak: wzrok, węch czy słuch, również istotnie ulegają pogorszeniu, co w sposób oczywisty wpływa na jakość kontaktów z bliskimi i współtowarzyszami. Akumulacja tych dysfunkcji w dużym odsetku przypadków prowadzi do inwalidztwa, co często wymaga dodatkowej opieki i pomocy wynikającej z tej niepełnosprawności [23]. Ze względu na dużą różnorodność schorzeń przewlekłych wykazujących związek pomiędzy kondycją somatyczną a możliwym zaburzeniem nastroju naszą uwagę skupiliśmy tylko na wybranych jednostkach chorobowych, które w obecnych czasach dotyczą zdecydowanej większości populacji geriatrycznej.

Depresja w chorobie niedokrwiennej serca

Choroby sercowo-naczyniowe stanowią znaczny odsetek schorzeń przewlekłych, w trakcie których pacjenci doświadczają epizodów depresyjnych. Zwężenie naczyń oraz zaburzenia rytmu pracy serca często skutkują poczuciem lęku, zmęczenia, pogorszeniem samopoczucia i spadkiem nastroju, czego

konsekwencją są utrzymujące się stany depresyjne. Szczególnie niebezpieczny jest okres po zawale serca, gdyż wtedy prawdopodobieństwo zachorowania na depresję znacząco wzrasta. W badaniach World Health Surveys z 2007 roku w grupie 245 404 uczestników z 60 krajów całego świata współwystępowanie depresji i zawału serca zdiagnozowano u 15% pacjentów, natomiast izolowaną formą zawału prezentowało 4,5% badanych [24]. W analizach Jani 42,1% badanych z chorobami kardiologicznymi doświadczyło objawów depresyjnych, natomiast u 14,4% pacjentów zdiagnozowano umiarkowaną lub ciężką depresję [25]. Gottlieb w swojej pracy uwzględnił 155 pacjentów ze stabilną dławicą piersiową i frakcją wyrzutową serca < 40%. W badanej grupie u 48% chorych rozpoznano depresję, w której 64% ogółu stanowiły kobiety [26]. Współwystępowanie zachowań depresyjnych związane jest z zaburzeniami funkcji biologicznych takich jak: zmiany w autonomicznym układzie nerwowym, wpływu czynników krzepnięcia np. fibrynogenu, inhibitora aktywatora plazminogenu 1 (PAI-1), czynników neurohormonalnych, funkcji śródbłonna. Jednakże pogorszenie jakości życia oraz uciążliwe zmiany trybu życia, utrata zdolności do pracy zawodowej czy prestiżu społecznego również przyczyniają się do występowania depresji u pacjentów kardiologicznych.

Depresja w chorobach nowotworowych

Depresja jest często spotykanym zjawiskiem wśród pacjentów onkologicznych. Problem stanowi zbyt późne jej rozpoznawanie, a w związku z tym niewłaściwe leczenie. Występowanie depresji znacząco wpływa na stan kliniczny oraz przeżywalność tej grupy chorych. W badaniach Lloyd-Williams wykazał współistnienie zaawansowanej choroby nowotworowej i ciężkiej depresji u 27% pacjentów w wieku 28-92 lat [27]. Analiza przeprowadzona na podstawie Skali Depresji Becka przez Wedding w grupie 213 pacjentów ujawniła występowanie pełnoobjawowej postaci depresji u 8% pacjentów onkologicznych, natomiast 19% z nich wykazywało cechy depresji łagodnej [28]. W badaniu retrospektywnym Hem analizowano ryzyko popełnienia samobójstwa wśród pacjentów nowotworowych na przestrzeni lat 1960-1999. Spośród 490 245 chorych ze zdiagnozowaną chorobą onkologiczną 589 targnęło się na swoje życie. Największy odsetek tych incydentów miał miejsce w pierwszych miesiącach od postawienia diagnozy [29]. Podane przykłady analiz wyraźnie wskazują na istotny problem występowania depresji

w przebiegu choroby nowotworowej, której pojawienie się należy brać pod uwagę już od pierwszych chwil po postawieniu diagnozy.

Depresja w przebiegu cukrzycy

Współistnienie depresji i cukrzycy u pacjentów związane jest z uciążliwym, przewlekłym leczeniem cukrzycy, a także nieprzestrzeganiem przez chorych zaleceń dotyczących właściwej farmakoterapii, obniżoną jakością życia, słabą kontrolą diety, wysokim odsetkiem komplikacji oraz wysokimi kosztami terapii. Axon wykazał, że 88 985 badanych (12% ogółu) spośród 740 197 pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2. dodatkowo chorowało na depresję. W grupie tej większość stanowili pacjenci młodszy. Z kolei mężczyźni pozostający w związkach małżeńskich w mniejszym stopniu zapadali na depresję [30]. W badaniach Mathew wykazano, że wśród 80 pacjentów 31 (38,8%) miało objawy depresji, z czego 25% cierpiało na łagodną, 10% umiarkowaną, a 1,3% na ciężką jej postać. Ponad jedna trzecia badanych z cukrzycą typu 2. z ponad 5-letnim wywiadem chorowała na depresję, co wiązało się m.in. z niedostatecznym kontrolowaniem przez nich poziomu glikemii [31]. Natomiast Katon oszacował, że odsetek pacjentów ze współistniejącą cukrzycą i depresją, którzy znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka śmiertelności podczas ich 2-letniej obserwacji, opartej na kwestionariuszu dotyczącym aktualnego stanu psychicznego, wynosi 36-38% [32]. Jak wynika z powyższych danych, depresja dotyka dużego odsetka pacjentów z cukrzycą. Jest nie tylko wysoce rozpowszechniona, ale również trwałą i nawracającą, co przyczynia się do negatywnych wyników leczenia.

Depresja w przebiegu artropatii

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest najczęstszym schorzeniem układu ruchu powodującym przewlekły ból. Częstość jej występowania wzrasta z wiekiem. U osób dotkniętych tą jednostką na wskutek chronicznego bólu i ograniczonej ruchomości wielu stawów czterokrotnie wzrasta ryzyko depresji – według WHO 32,4% pacjentów z przewlekłym bólem doświadcza zaburzeń depresyjnych [33]. Istnieje ścisły związek depresji z bólem przewlekłym o charakterze dodatniego sprzężenia zwrotnego – depresja nasila ból, ból nasila objawy depresji. Ból przewlekły skutkuje obniżeniem nastroju z powodu braku akceptacji dla pojawiających się ograniczeń w życiu społecznym. Negatywne emocje, takie jak smutek czy lęk, zmniejszają

szają w znaczący sposób próg tolerancji bólu oraz zwiększają jego nasilenie.

Inną artropatią współistniejącą z depresją jest reumatoidalne zapalenie stawów, dotycząca około 1% populacji Europy. Największą zachorowalność na RZS notuje się w grupie pacjentów pomiędzy 30 a 50 rokiem życia. Należy również zauważyć, iż około 30% zachorowań jest rozpoznawanych wśród pacjentów dopiero po 60 roku życia, a ilość osób osiągających ten wiek będzie wzrastać. W związku z tym RZS wydaje się być wartym uwagi schorzeniem w kontekście starzejącego się społeczeństwa [34]. W badaniach wykazano znaczny odsetek pacjentów chorujących na depresję w przebiegu RZS, co przyczynia się do pogorszenia odpowiedzi na leczenie oraz zwiększenia śmiertelności w przebiegu tej choroby.

W publikacji Isik występowanie dolegliwości związanych z zaburzeniami lękowymi czy depresją w przebiegu RZS stwierdzono u 70,8% badanych. U 41,5% pacjentów zdiagnozowano kliniczną depresję, 13,4% cierpiało na zaburzenia lękowe, natomiast u 15,9% obie te jednostki psychiatryczne występowały jednocześnie [35]. Meta-analizy przeprowadzone przez Faith wykazały występowanie pełnoobjawowych zaburzeń depresyjnych u 16,8% badanych. Na podstawie kwestionariusza zdrowia pacjenta 9 (PHQ-9) depresję stwierdzono u 38,8%. Przy pomocy Skali Depresji i Lęku HADS depresję wykazano u 34,2% uczestników badania [36]. W pracy Covic na 169 chorych z RZS u 58,3% pacjentów stwierdzono występowanie zaburzeń lękowych lub depresji, u 13,5% tylko zaburzeń lękowych, u 6,4% jedynie depresji, a 21,8% pacjentów wykazywało prawdopodobne rozpoznanie zaburzeń depresyjnych czy lękowych [37].

Ekonomiczno-społeczny wymiar depresji

Koszty socjoekonomiczne związane z depresją należą do jednych z najwyższych. W USA w 2010 roku wydatki związane z zaburzeniami depresyjnymi wyniosły 210,5 mld euro – odnotowano 21-procentowy wzrost w porównaniu do 173 mld euro w roku 2005 [38]. Także w Australii udzielane świadczenia zdrowotne związane z zaburzeniami depresyjnymi nie należą do najniższych – około 12,6 mld euro rocznie [39]. Koszty związane z depresją stanowią znaczne obciążenie ekonomiczne także dla społeczeństwa europejskiego. W Europie na zdrowie psychiczne przeznaczona jest średnio 12% nakładów na służbę zdrowia. W populacji Europy liczącej 466 mln mieszkańców

około 21 mln cierpi na depresję. Z danych zawartych w publikacji „Cost of depression in Europe” szacuje się całkowity roczny koszt wydatków związanych z depresją w Europie na 118 miliardów euro w 2004 roku, co odpowiada 1% PKB, w tym koszty bezpośrednie 42 mld euro (opieka ambulatoryjna 22 mld, hospitalizacja 10 mld, leki 9 mld) i pośrednie – 76 mld euro [40]. Także w Polsce wymiar ekonomiczny chorób depresyjnych stanowi duże obciążenie gospodarcze kraju. Raport Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego wskazuje na bardzo wysokie koszty hospitalizacji oraz opieki specjalistycznej pacjentów ze zdiagnozowaną depresją, oszacowane w 2013 roku na 167 milionów złotych. Koszty pośrednie ponoszone przez polskie społeczeństwo z tytułu depresji wahają się w granicach 1,0-2,6 mld zł rocznie, w tym koszty opieki ambulatoryjnej 732 586 zł, hospitalizacje – 108 674,63 zł, świadczenia psychiatryczne – 114 824 490 zł [41].

Powyższe dane wskazują, że depresja jest nie tylko jednym z najpoważniejszych problemów medycznych, lecz stanowi także poważny problem ekonomiczny.

Wnioski

Depresja jest ogólnoustrojową chorobą, dotykającą ludzi wszystkich społeczności na całym świecie. Związana z bardzo częstym współwystępowaniem chorób somatycznych, uzasadnia konieczność wzmożonej czujności lekarzy oraz współpracy pomiędzy specjalistami, celem jak najwcześniejszego rozpoznania jednostek chorobowych oraz klinicznej poprawy ich przebiegu. Uwagę należy przede wszystkim skupić na obszarze dotyczącym zapobiegania depresji. Realizacja programów profilaktycznych przyczynia się do zwiększenia świadomości ludzi, wytypowania osób z grup podwyższonego ryzyka oraz promocji zdrowia psychicznego. Profilaktyka depresji powinna prowadzić do zmniejszenia nakładów finansowych związanych z leczeniem zbyt późno zdiagnozowanej choroby i w konsekwencji absencji pracowniczej, jak również do zmniejszenia degradacji społecznej, a także stygmatyzacji związanej z leczeniem psychiatrycznym. Uzasadnione jest wdrożenie udoskonalonego programu opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego opartego na Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego celem możliwie wczesnej diagnostyki depresji, wdrożenia leczenia i poprawy jakości życia pacjentów oraz prewencji skutków występowania depresji.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Milena Osińska
 Studenckie Koło Naukowe „Farmacji Społecznej” przy
 Zakładzie Chemii Leków Uniwersytetu Medycznego
 w Białymstoku
 Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny
 Laboratoryjnej
 Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
 ul. Mickiewicza 2D; 15-222 Białystok
 ☎ (+48) 691 546 962
 ✉ osinska.milena1@gmail.com

Piśmiennictwo

- Rybakowski J, Puzyński S, Wciórka J. Psychiatria. T.2. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010.
- World Health Organization. The Global Burden of Disease 2004. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf (01.04.2017).
- Vilagut G, Forero CG, Barbaglia G i wsp. Screening for depression in the general population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): a systematic review with meta-analysis. *PloS one*. 2016;11(5),e0155431.
- Banaś A, Wichowicz H, Gałuszko M i wsp. Współchorobowość somatyczna w zaburzeniach depresyjnych. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005;2(5):69-73.
- Hermanowski T. Szacowanie kosztów społecznych choroby i wpływu stanu zdrowia na aktywność zawodową i wydajność prac. Warszawa: Wolters Kluwer;2013.
- World Health Organization. Fact sheet on depression. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (10.04.2017)
- Kujawska-Danecka H, Nowicka-Sauer K, Hajduk A i wsp. The prevalence of depression symptoms and other mental disorders among patients aged 65 years and older—screening in the rural community. *Fam Med Primary Care Rev*. 2016;3:274-7.
- Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Ann Rev Clin Psychol*. 2009;5:363-89.
- Bujnowska-Fedak M, Grata-Borkowska U, Sapilak B. Otepienie i depresja u pacjentów w podeszłym wieku w Praktyce Lekarza Rodzinnego. *Fam Med Primary Care Rev*. 2012;3:349-53.
- Crogan NL, Pasvogel A. The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes. *J Gerontol Series A: Biol Sci Med Sci*. 2003;58(2):M159-M164.
- www.senat.gov.pl – Konferencja „Innowacyjność w medycynie” 21 październik 2014. (10.04.2017).
- Barua A, Ghosh M, Kar N, Basilio M. Prevalence of depressive disorders in the elderly. *Ann Saudi Med*. 2011;31(6):620.
- Ministerstwo Zdrowia. Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020. <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/04/program-aktualizacja-19.10.2016.pdf> (13.04.2017).
- Krzyżowski J. Psychogeriatrya. Warszawa:Medyk; 2004.
- Dobrzyńska E, Rymaszewska J, Kiejna A. Depresje u osób w wieku podeszłym. *Psychogeriatr Pol*. 2007;4(1):51-60.
- Humńska MA, Kędziara-Kornatowska K. Współzależność pomiędzy nasileniem stanów depresyjnych a poczuciem jakości życia u osób starszych. *Psychogeriatr Pol*. 2009;6(1):15-22.
- Abrams WB, Beers MH, Berkow R. Podręcznik geriatry. Wrocław: Urban & Partner; 1999.
- Das CP, Joseph S. Falls in elderly. *J Indian Med Assoc*. 2005;103(3):136-8.
- Masud T, Morris RO. Epidemiology of falls. *Age Ageing*. 2001;30(4):3-7.
- Gyllensvärd H. Fallolyckor bland äldre. En samhällsekonomisk analys och effektiva preventiosåtgärder. Statens Folkhälsoinstitut, Östersund R 2009: 01,Västerås 2009.
- Bień B, Przydatek M. Wielkie problemy geriatryczne: I. Nietrzymanie moczu. *Med Rodz*.2000;3:45-6.
- Bielecki K, Trytko I. Fecal Incontinence in the Elderly Population. *Post Nauk Med*. 2008;12:783-92.
- Pabiś M, Babik A. Najczęstsze problemy osób w wieku podeszłym na podstawie analizy „zespołów geriatrycznych”. *Med Rodz*. 2007;1(10): 62-5.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E i wsp. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851-8.
- Jani BD, Mair FS, Roger VL i wsp. Comorbid Depression and Heart Failure: A Community Cohort Study. *PloS one*. 2016;11(6),e0158570.

26. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E i wsp. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43(9):1542-9.
27. Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F. A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med.* 2004;18(6):558-63.
28. Wedding U, Koch A, Röhrig B i wsp. Questioning depression in patients with cancer: contribution of somatic and affective symptoms to Beck's Depression Inventory. *Ann Oncol.* 2007;18(11):1875-81.
29. Hem E, Loge JH, Haldorsen T. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol.* 2004;22(20):4209-16.
30. Axon RN, Gebregziabher M, Hunt KJ i wsp. Comorbid depression is differentially associated with longitudinal medication nonadherence by race/ethnicity in patients with type 2 diabetes. *Medicine.* 2016;95(25).
31. Mathew CS, Dominic M, Isaac R, Jacob JJ. Prevalence of depression in consecutive patients with type 2 diabetes mellitus of 5-year duration and its impact on glycemic control. *Indian J Endocrinol Metabol.* 2012;16(5):764.
32. Katon W, Fan MY, Unützer J. Depression and diabetes: a potentially lethal combination. *J General Internal Med.* 2008;23(10):1571-5.
33. Gureje O, Simon GE, Von Korff M. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain.* 2001;92(1):195-200.
34. Królik PW. Reumatoidalne zapalenie stawów u osób starszych: rozpoznanie, przebieg i możliwości leczenia. *Geriatrics.* 2016;10:52-9.
35. Isik A, Koca SS, Ozturk A, Mermi O. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2007;26(6):872-8.
36. Matcham F, Rayner L, Steer S i wsp. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology.* 2013;52(12):2136-48.
37. Covic T, Cumming SR, Pallant JF i wsp. Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Psychiatry.* 2012;12(1):6.
38. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T i wsp. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry.* 2015;76.2:155-62.
39. Lamontagne A, Sanderson K, Cocker F. Estimating the economic benefits of eliminating job strain as a risk factor for depression. *J Occup Environ Med.* 2011;68.1:A3-A3.
40. Sobocki P, Jönsson B, Angst J i wsp. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ.* 2006;9:87-98.
41. Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelnia Łazarskiego w Warszawie. Raport „Depresja – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych” http://instytuty.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/Dokumenty/instytuty/IZWOZ/Raport_Depresja_Internet.pdf (04.05.2017).