

I.4 DEPRESIJA MED STAREJŠIMI

Helena Jeriček Klanšček,

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ključne ugotovitve:

- V Sloveniji med starejšimi trenutno štiri ali več simptomov depresije doživlja 26 % vprašanih, zdravila pa trenutno uživa le 2 % vprašanih, kar je najmanj med vsemi opazovanimi državami.
- Zaradi depresije se je pri zdravniku ali psihiatru kadarkoli zdravilo 48 % vprašanih, 9 % pa se jih je že zdravilo v bolnišnici, kar nas uvršča v mednarodno povprečje.
- Starostniki z več depresivnimi simptomi so manj zadovoljni z življenjem, imajo več kroničnih bolezni, pogosteje so v zadnjem letu obiskali svojega zdravnika in imajo omejitve pri vsakodnevnih opravilih, kar pomeni, da se verjetno pri njih akumulira več različnih težav in bolezni ter da je tudi njihovo normalno funkcioniranje precej okrnjeno.
- Bodoči ukrepi bi se lahko usmerili v še dodatno izobraževanje zdravstvenih delavcev, da bi bili ti učinkovitejši pri diagnosticiranju in zdravljenju depresije, ali pa v destigmatizacijo in spreminjanje odnosa do duševnih bolezni in njihovega zdravljenja ter uživanja zdravil pri bolnikih.

1. Uvod

Depresija je ena najpogostejših duševnih motenj med celotno populacijo in poleg demence najpogostejša duševna motnja v starosti nad 65 let. Ocene razširjenosti pojava se precej razlikujejo med državami in so odvisne od uporabljenih metod za merjenje depresivnosti ter od raziskovane populacije. V večini držav naj bi približno 8–12 % ljudi vsaj enkrat v življenju zbolelo za depresijo (Andrade in Caraveo-Anduaga idr., 2003: 3–21; Ayuso-Mateos in Luis, 2001: 308–316). Še večja je prevalenca depresivnih simptomov (ki ne dosegaajo kriterijev za postavitev diagnoze), posebej med starejšimi, kar avtorji pripisujejo večji prisotnosti telesnih bolezni, pogostejši prisotnosti kognitivnih težav in večjemu deležu žensk med najstarejšim delom populacije (Blazer, 2003: 103–126).

V zadnjih letih je bilo objavljenih nekaj izsledkov mednarodnih raziskav o simptomih depresije in preglednih študij, ki so povzele in ovrednotile ugotovitve posameznih raziskav o prevalenci ter značilnostih depresije med starostniki. Djernes (2006: 372–387), ki je v svoj sistematični pregled vključil vse relevantne raziskave od leta 1956 naprej, ocenjuje, da delež starostnikov, ki boleha za depresivnimi simptomi, dosega v povprečju okrog 13 % populacije (razpon od 4 do 27 %), Harris, Derek idr. (2003: 510–518) pa so identificirali klinično pomembne znake depresivnosti pri 23,8 % populacije, starejše od 65 let. V raziskavi SHARE iz leta 2005 (Castro-Costa, Dewey idr., 2007: 393–401), ki je

zajela populacijo 50–89 let iz desetih evropskih držav, so raziskovalci ugotovili, da so vsaj štirje simptomi depresije prisotni pri 18 % vprašanih na Danskem (kar predstavlja najnižji odstotek med vključenimi državami) in pri skoraj 37 % vprašanih v Španiji (kar je bilo največ med vsemi državami). Slovenija v letu 2005 še ni bila vključena v raziskavo.

Na duševno zdravje in tudi na pojav depresivnih motenj vplivajo številni dejavniki, od bioloških, osebnostnih, družinskih, socialnih do ekonomskih in okoljskih. Raziskave kažejo, da je pogostost depresije povezana s spolom, zakonskim stanom, socialno-ekonomskim statusom in različnimi boleznimi (Gallagher, Savva idr., 2005: 192–197; Dewey in Prince, 2005: 108–117; Bubber in Engelhardt, 2011: 103–126). Ker epidemioloških podatkov o prevalenci depresivnih motenj med starejšimi osebami in povezanosti depresije z različnimi dejavniki v Sloveniji še nimamo, bomo v poglavju raziskali značilnosti depresivne simptomatike med prebivalci Slovenije, starimi 50 let in več. Namen poglavja je prikazati, kako razširjena je depresivna simptomatika glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe, zakonski stan in finančno stanje gospodinjstva. Prav tako želimo dobljene rezultate prikazati glede na mednarodne podatke iz drugih držav, ki sodelujejo v raziskavi.

2. Opis metod in uporabljenih spremenljivk

Delež starejših, ki izražajo depresivno simptomatiko, smo preverjali z Evropsko lestvico depresije (EURO-D scale); sestavljena je iz 12 vprašanj, ki merijo občutke depresivnosti, pesimizma, samomorilnosti, občutke krivde, težave s spanjem, izgubo volje, razdražljivost, odnos do hrane, utrujenost, koncentracijo, zadovoljstvo, jokavost. Vprašane smo glede na predhodne raziskave (Dewey in Prince, 2005: 108–117) razdelili v dve skupini: na tiste, ki so vsaj na štiri vprašanja odgovorili z da, kar pomeni, da imajo prisotne vsaj štiri simptome depresije, in na tiste, ki imajo prisotne manj kot štiri simptome. Mejo vsaj štirih simptomov za prisotnost klinične depresije sta določila Dewey in Prince (2005: 108–117).

Poleg tega smo vključili tudi vprašanja o zdravilih in zdravljenju ter osnovne spremenljivke spola, starosti, stopnje izobrazbe, zakonskega stana, finančnega stanja gospodinjstva ter druge spremenljivke, kot so prisotnost kroničnih bolezni, omejevanje aktivnosti, zadovoljstvo in število obiskov pri zdravniku v zadnjem letu.

3. Rezultati

3.1. Opis vzorca

Na Evropsko lestvico depresivnosti je v okviru raziskave SHARE odgovarjalo 2756 prebivalcev Slovenije, starih 50 let in več.

TABELA 1: DELEŽ OSEB, KI SO OZNAČILE ŠTIRI ALI VEČ SIMPTOMOV DEPRESIJE GLEDE NA SPOL, STAROST, IZOBRAZBO, ZAKONSKI STAN IN FINANČNO STANJE GOSPODINJSTVA

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

	% (n)
SKUPAJ	25,7 (687)
SPOL	
Moški	17,7 (206)
Ženske	31,8 (481)
Pearsonov hi kvadrat test [p vrednost]	68,1318 (0,001)
STAROST	
50–64 let	20,7 (286)
65–79 let	28,4 (279)
80 let ali več	38,6 (114)
Pearsonov hi kvadrat test [p vrednost]	48,2206 (0,001)
IZOBRAZBA	
Osnovna ali manj	35,5 (323)
Srednja	21,8 (289)
Višja ali več	16,9 (74)
Pearsonov hi kvadrat test [p vrednost]	73,9773 (0,001)
ŽIVI S PARTNERJEM	
Da	23,1 (467)
Ne	33,5 (220)
Pearsonov hi kvadrat test [p vrednost]	28,1643 (0,001)
KAKO GOSPODINJSTVO FINANČNO SHAJA SKOZI MESEC	
Zelo težko	29,2 (165)
Z nekaj težavami	26,5 (275)
Precej zlahka/zlahka	22,2 (218)
Pearsonov hi kvadrat test [p vrednost]	0,0692 (0,001)

I./64

3.2. Rezultati o prisotnosti več simptomov depresije

Med 50 let in več starimi prebivalci Slovenije, ki so bili zajeti v raziskavo, jih je približno 26 % označilo, da imajo štiri ali več simptomov depresije (Tabela 1).

Kot je razvidno iz Tabele 1, so ženske skoraj dvakrat pogosteje kot moški navajale štiri ali več depresivnih simptomov. Povezava med spolom in simptomi depresije je bila statistično značilna ($\chi^2 = 68,1318$, $p < 0,001$) in razmeroma močna.

Statistično pomembna povezanost ($\chi^2 = 48,2206$, $p < 0,001$) se je pokazala tudi med starostnimi skupinami in prisotnostjo depresivnih simptomov; gre za zmerno povezanost. Povezanost je prisotna pri vseh starostnih skupinah.

Odstotek oseb, ki imajo štiri ali več depresivnih simptomov, je bil najvišji med prebivalci, starimi 80 let in več, najmanjši pa med prebivalci, starimi od 50–64 let, kar pomeni, da je med starejšimi večja prisotnost depresivnih simptomov kot med mlajšimi odraslimi.

Razmeroma močna povezanost obstaja tudi med stopnjo izobrazbe in prisotnostjo depresivnih simptomov ($\chi^2 = 73,9773$, $p < 0,001$). Odstotek oseb, ki so imele štiri ali več depresivnih simptomov, je bil največji v skupini z osnovnošolsko izobrazbo ali manj, najmanjši pa v skupini z višjo izobrazbo ali več. Med tistimi z osnovnošolsko izobrazbo ali manj je bil delež oseb, ki so imele štiri ali več depresivnih simptomov, statistično pomembno višji kot v skupini oseb s srednješolsko izobrazbo ($\chi^2 = 0,1364$, $p < 0,001$) in tistimi z višjo izobrazbo ali več ($\chi^2 = 0,1859$, $p < 0,001$). Odstotki oseb, ki so imeli štiri ali več depresivnih simptomov, s srednješolsko izobrazbo in tistimi z višjo izobrazbo ali več se med sabo ne razlikujejo statistično pomembno.

O depresivnih simptomih so v večjem deležu poročali tisti, ki živijo sami (v primerjavi s tistimi, ki živijo s partnerjem). Razlike med deleži so bile statistično pomembne, povezava med spremenljivkama pa šibka ($\chi^2 = 28,1643$, $p < 0,001$).

Šibka statistično pomembna povezanost obstaja tudi med finančnim stanjem gospodinjstva in prisotnostjo depresivnih simptomov ($\chi^2 = 0,0692$, $p = 0,001$). Odstotek oseb, ki doživljajo več depresivnih simptomov, je bil višji v skupini, ki je ocenila, da njihovo gospodinjstvo zelo težko shaja iz mesec v mesec (kot v skupini, ki je ocenila, da gospodinjstvo shaja precej zlahka ali zlahka, medtem ko v primerjavi s skupino, ki meni, da shaja z nekaj težavami, ni bilo bistvenih razlik).

3.3 Rezultati o zdravljenju depresije

Med 50 let in več starimi prebivalci Slovenije, ki so bili zajeti v raziskavo, jih je približno 2 % odgovorilo, da trenutno jemljejo zdravila za depresijo ali anksioznost, približno 48 % se jih je že zdravilo pri zdravniku ali psihiatru zaradi depresije, skoraj 9 % pa se jih je že zdravilo v bolnišnici za duševne bolezni ali na psihiatričnem oddelku (Tabela 2).

Zanimivo je, da rezultati kažejo, da je med navedenimi skupinami glede zdravljenja zelo malo statistično značilnih razlik. Tako ni statistično značilnih razlik med skupinami glede zdravljenja v bolnišnici oz. na psihiatričnem oddelku, kar pomeni, da ni bistvenih razlik po spolu, starosti, izobrazbi, zakonskem stanu in finančnem stanju gospodinjstva. Pri zdravljenju pri zdravniku ali psihiatru in pri trenutnem uživanju zdravil pa so statistične razlike glede na spol (zdravljenje pri zdravniku/psihiatru: $\chi^2 = 13,0635$, $p = 0,001$, trenutno uživanje zdravil: $\chi^2 = 8,8584$, $p = 0,003$) in izobrazbo (zdravljenje pri zdravniku/psihiatru: $\chi^2 = 13,0170$, $p = 0,001$, trenutno uživanje zdravil: $\chi^2 = 7,9083$, $p = 0,019$). Ženske so se pogosteje zdravile zaradi depresije in trenutno tudi pogosteje uživajo zdravila zaradi depresije kot moški. Manj izobraženi so se pogosteje zdravili pri družinskem zdravniku ali psihiatru zaradi depresije in pogosteje uživajo zdravila zaradi depresije kot bolj izobraženi.

TABELA 2: DELEŽ OSEB, KI SO ODGOVORILE, DA TRENUTNO JEMLJEJO ZDRAVILA IN DA SO SE ŽE KDAJKOLI ZDRAVILE PRI ZDRAVNIKU/PSIHIATRU ALI V BOLNIŠNICI GLEDE NA SPOL, STAROST, IZOBRAZBO, ZAKONSKI STAN IN FINANČNO STANJE GOSPODINJSTVA

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

	ZDRAVILA TRENUTNO – Da	ZDRAVLJENJE: ZDRAVNIK/PSIHIATER KADARKOLI – Da	ZDRAVLJENJE V BOLNIŠNICI KADARKOLI – Da
	% (n)	% (n)	% (n)
SKUPAJ	2,1 (58)	47,9 (258)	8,7 (47)
SPOL			
Moški	1,2 (14)	36,3 (61)	7,7 (13)
Ženske	2,8 (44)	53,1 (197)	9,2 (34)
Pearsonov hi kvadrat test [p vrednost]	8,8584 [0,003]	13,0635 [0,001]	0,2956 [0,587]
STAROST			
50–64 let	2,2 (31)	51,4 (169)	10,3 (34)
65–79let	2,2 (22)	43,5 (73)	5,9 (10)
80 let ali več	1,6 (5)	45,0 (18)	7,5 (3)
Pearsonov hi kvadrat test [p vrednost]	0,4753 [0,788]	2,992 [0,224]	2,7818 [0,249]
IZOBRAZBA			
Osnovna ali manj	3,2 (30)	54,6 (102)	10,7 (20)
Srednja	1,6 (22)	48,5 (130)	9,0 (24)
Višja ali več	1,3 (6)	31,0 (26)	3,6 (3)
Pearsonov hi kvadrat test [p vrednost]	7,9083 [0,019]	13,0170 [0,001]	3,7327 [0,155]
ŽIVI S PARTNERJEM			
Da	1,9 (39)	46,7 (175)	8,5 (32)
Ne	2,8 (19)	50,6 (83)	9,2 (15)
Pearsonov hi kvadrat test [p vrednost]	1,9422 [0,163]	0,7109 [0,399]	0,0539 [0,8169]
KAKO GOSPODINJSTVO FINANČNO SHAJA SKOZI MESEC			
Zelo težko	2,6 (15)	55,0 (55)	10,0 (10)
Z nekaj težavami	2,2 (23)	50,5 (109)	11,1 (24)
Precej zlahka/zlahka	1,8 (18)	42,7 (85)	5,5 (11)
Pearsonov hi kvadrat test [p vrednost]	1,1538 [0,562]	4,6886 [0,096]	4,2971 [0,117]

3.4 Rezultati o prisotnih več simptomih depresije glede na nekatere druge spremenljivke

TABELA 3: DELEŽ OSEB S PRISOTNIMI ŠTIRIMI ALI VEČ SIMPTOMI DEPRESIJE GLEDE NA IZBRANE SPREMENLJIVKE

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

	% (n)
ŠTEVILO KRONIČNIH BOLEZNI	
Manj kot dve	18,9 (292)
Dve ali več	35,0 (395)
Pearsonov hi kvadrat test [p vrednost]	87,9729 [0,001]
OMEJITVE PRI DNEVNIH AKTIVNOSTIH	
Zelo omejen	52,4 (167)
Omejen, toda ne zelo	28,6 (267)
Ni omejen	17,8 (253)
Pearsonov hi kvadrat test [p vrednost]	170,089 [0,001]

Kot je razvidno iz Tabele 3, je bil delež tistih, ki so imeli štiri ali več simptomov depresije, višji pri tistih, ki so imeli dve ali več kroničnih bolezni, v primerjavi s tistimi, ki so imeli manj kot dve kronični bolezni ($\chi^2 = 87,9729$, $p < 0,001$); povezanost je močna. Ravno tako je močna povezanost med prisotnostjo depresivnih simptomov in omejenostjo pri vsakodnevnih aktivnostih ($\chi^2 = 170,089$, $p < 0,001$).

Deleži tistih, ki so imeli vsaj štiri simptome, je najvišji med tistimi, ki so pri svojih aktivnostih zelo omejeni, precej manjši med tistimi, ki so se počutili omejene, toda ne zelo, najmanjši pa je bil delež med tistimi, ki pri svojih dnevnih aktivnostih niso omejeni. Razlika v deležih je med vsemi skupinami statistično pomembna.

TABELA 4: PRIMERJAVA SKUPIN S PRISOTNIMI ŠTIRIMI ALI VEČ SIMPTOMI DEPRESIJE IN Z MANJ KOT ŠTIRIMI SIMPTOMI GLEDE NA IZBRANE SPREMENLJIVKE

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

	ŠTIRJE ALI VEČ SIMPTOMOV	MANJ KOT ŠTIRJE SIMPTOMI
ZADOVOLJSTVO Z ŽIVLJENJEM	povprečje (n)	povprečje (n)
Zadovoljni 0–10	6,6 (679)	7,7 (1984)
ŠTEVILO OBISKOV PRI ZDRAVNIKU V ZADNJEM LETU		
Število obiskov 0–98	6,4 (681)	5,3 (1982)

Kot je razvidno iz Tabele 4, so tisti z več simptomi depresije statistično značilno manj zadovoljni z življenjem ($t = 14,2014$, $p < 0,001$) in so v zadnjem letu v statistično značilno večjem številu obiskali zdravnika ($t = 2,4031$, $p = 0,008$) kot tisti, ki doživljajo manj simptomov depresije.

3.5 Primerjava rezultatov z drugimi državami, vključenimi v raziskavo

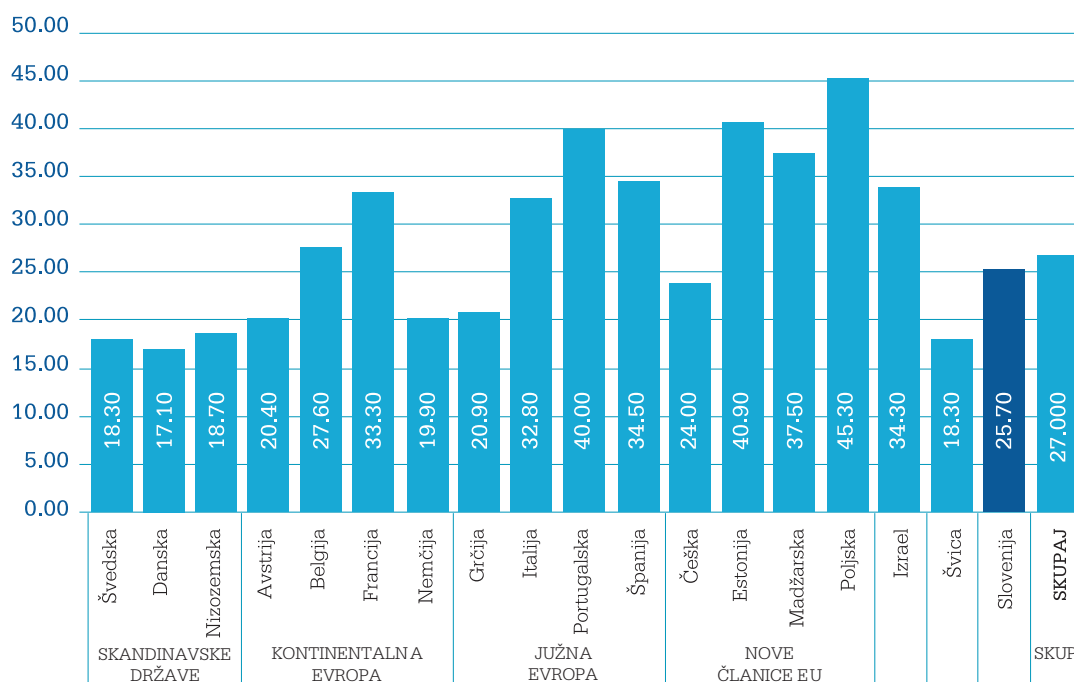
Slovenija se na podlagi deleža simptomov depresivnosti v primerjavi z osemnajstimi drugimi državami uvršča približno v povprečje¹. Najvišji deleži anketiranih s štirimi simptomi ali več so na Poljskem (45 %), najnižji pa na Danskem (17 %). Skupno povprečje pa je 27 %.

I./68

SLIKA 1: DELEŽI TISTIH, KI IMAJO 4 ALI VEČ SIMPTOMOV DEPRESIJE V DRŽAVAH, KI SODELUJEJO V RAZISKAVI

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

Euro-D več kot štirje simptomi



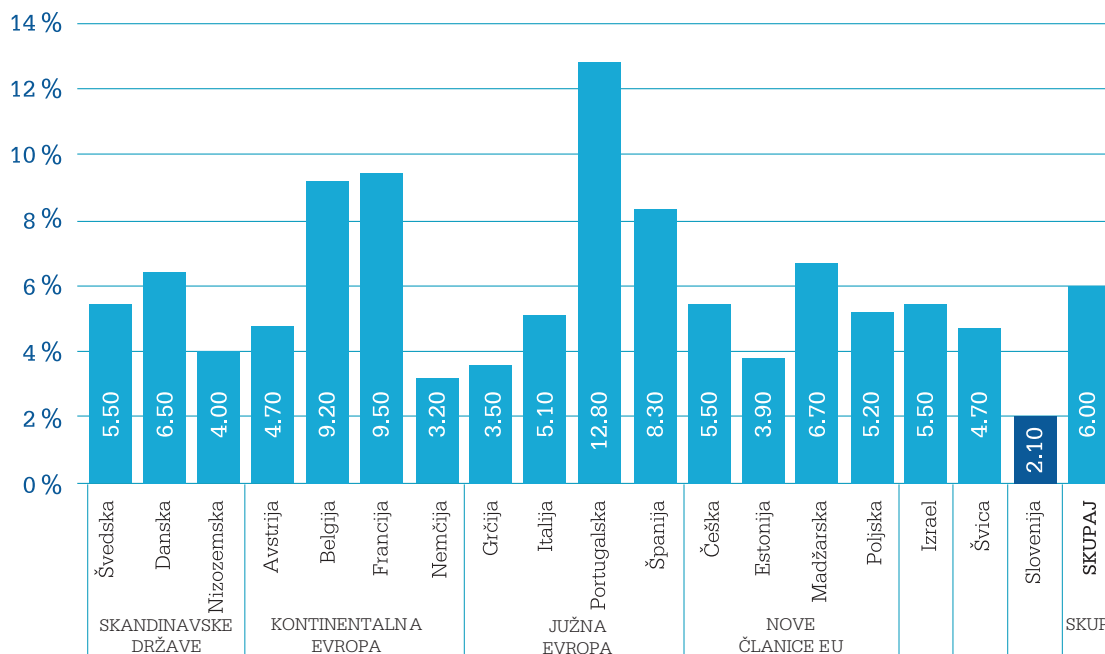
Po trenutnem uživanju zdravil za depresijo ali anksioznost se Slovenija v primerjavi z drugimi državami uvršča na zadnje mesto z najnižjim deležem med državami (2 %). Država z najvišjim deležem tistih, ki uživajo zdravila, je Portugalska (13 %), skupno povprečje pa je 6 % (Slika 2).

¹ Pri državah SHARE smo uporabili tudi podatke prvega in drugega vala raziskave (Slovenija je prvič sodelovala v četrtem valu).

SLIKA 2: DELEŽI TISTIH, KI UŽIVAJO ZDRAVILA ZA DEPRESIJO, ALI ANKSIOZNOST V DRŽAVAH, KI SO DELUJEJO V RAZISKAVI.

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

Zdravila za anksioznost/depresijo-Da



Najvišji deleži tistih, ki so se že kdajkoli zdravili zaradi depresije pri zdravniku ali psihiatru, so na Portugalskem (71 %), najnižji deleži pa v Grčiji (29 %). Slovenija se z 48 % nahaja malo pod skupnim povprečjem držav, ki znaša 53 %. Anketirani z Madžarske so v najvišjih deležih (27 %) odgovorili, da so se že zdravili v bolnišnici za duševne bolezni ali na psihiatričnem oddelku. Slovenija je z 9 % izenačena s skupnim povprečjem, ki je ravno tako 9 %.

4. Razprava z zaključki

V poglavju smo želeli prikazati pogostost simptomov depresije in njeno zdravljenje med prebivalci Slovenije, stari 50 let in več, glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe, zakonski stan, finančno stanje gospodinjstva in nekatere druge izbrane spremenljivke. Prav tako smo želeli dobljene rezultate prikazati glede na mednarodne podatke iz drugih držav, ki sodelujejo v raziskavi.

Delež oseb, starih 50 let in več, ki so poročali o štirih ali več simptomih depresije, nas v primerjavi z drugimi sodelujočimi državami uvršča blizu povprečja. Po pričakovanjih smo ugotovili, da je odstotek žensk, ki so poročale o depresivnih simptomih, višji kot pri moških, kar je v skladu z ugotovitvami nekaterih drugih avtorjev (Djernes, 2006: 372–387; Gallagher, Savva idr., 2013: 192–197; Dewey in Prince, 2005: 108–117; Buber in Engelhardt, 2011: 103–126; Castro-Costa,

Dewey idr., 2007: 393–401; Van de Velde, Bracke idr., 2010: 305–313). Ena izmed možnih razlag za tako stanje je, da ženske lažje spregovorijo o svojih težavah in hitreje poiščejo pomoč kot moški (Van de Velde, Bracke idr., 2010: 305–313).

Podobno kot v nekaterih drugih študijah (Dewey in Prince, 2005: 108–117; Buber in Engelhardt, 2011: 103–126) smo tudi v naši ugotovili, da odstotek tistih z več depresivnimi simptomi narašča s starostjo. Literatura o povezanosti depresije in starosti ne daje konsistentnih rezultatov (Snowdon, 2001: 782–787). Medtem ko so v nekaterih raziskavah poročali o naraščanju depresije pri starejši populaciji, so v drugih študijah prišli do ravno nasprotnih rezultatov (Jorm, 2000: 11–22). Nekatere študije so odnos med depresijo in starostjo opredelile tako, da po visoki korelaciji v srednji in pozni odraslosti sledi padec v starosti. Kljub navedenemu pa je dejstvo, da se z naraščanjem starosti začnejo kopičiti nekateri dejavniki tveganja. Eden takih je zagotovo spremenjen zakonski stan, pri čemer so bolj ogroženi ovdoveli, razvezani in samski (Van de Velde, Bracke idr., 2010: 305–313; Schaan, 2013: 431–442; Sikorski, Luppá idr., 2014: 97–103). Zakonskega stanu v naši študiji nismo neposredno preverjali, smo pa preverjali, s kom živi anketiranec. Rezultati so pokazali, da so osebe, ki živijo same, v večji meri poročale o depresivnih simptomih kot tiste, ki živijo s partnerjem. Ti rezultati so v skladu z ugotovitvami drugih avtorjev o tem, da socialna izključenost in osamljenost povečata tveganje za pojav depresije (Abu-Rayya, 2005: 8).

Po drugi strani je osamljenost oziroma okrnjeno socialno omrežje lahko znak duševne bolezni. Osamljeni ljudje in ljudje, ki so socialno izključeni ter nimajo dovolj opornega socialnega omrežja, verjetno težje prenašajo določene preizkušnje in težave, ker jih morajo reševati sami. Zato bi bilo smiselno razmisliti o ukrepih, ki spodbujajo socialno vključenost, povezovanje med starejšimi ter starejšimi in mlajšimi.

Po pričakovanjih smo ugotovili tudi, da so o več kot štirih simptomih depresije pogosteje poročale osebe z osnovnošolsko izobrazbo ali manj, kar se sklada z ugotovitvami drugih avtorjev, da je nizka izobrazba dejavnik tveganja za nastanek depresije (Van de Velde idr., 2010). Nezanemarljiv dejavnik tveganja je tudi slab oziroma nizek socioekonomski status in revščina (Van de Velde, Bracke idr., 2010: 305–313; Gallagher, Savva idr., 2013: 192–197). Naši rezultati so potrdili povezavo med finančnim stanjem gospodinjstva in prisotnostjo depresivnih simptomov. Po pričakovanjih je bil delež oseb, ki so poročale o depresivnih simptomih, najvišji med tistimi, ki so ocenili, da njihovo gospodinjstvo zelo težko shaja skozi mesec (Gallagher in Savva, 2013: 192–197).

Manj izobraženi in revnejši starostniki so lahko zaradi stalnega doživljanja finančne negotovosti in s tem povezanega negativnega stresa bolj ranljivi za nastanek depresije. Manj izobraženi starostniki in starostniki, ki so se vse življenje soočali s finančnimi težavami, so verjetno bolj ranljivi za razvoj depresije tudi zaradi slabše opremljenosti in poznavanja strategij za reševanje težav, slabše informiranosti in poznavanja dejavnikov tveganja, lahko pa tudi zaradi nezadostne in neustrezne prehrane, manjših možnosti za razvoj svojih potencialov, iskanja pomoči itd. Zato je še posebej v času krize treba posebno skrb

nameniti revnejšim in manj izobrazženim starostnikom, saj so ti še bolj ranljivi in izpostavljeni tveganjem za nastanek duševnih bolezni (Buber in Engelhardt, 2011: 103–126).

Podobno kot v nekaterih drugih študijah (Buber in Engelhardt, 2011: 103–126) smo tudi v naši ugotovili pomembno povezanost depresivnih simptomov s prisotnostjo kroničnih bolezni (Ho in Feng, 2014: 1–9) in omejitvami pri vsakodnevnih aktivnostih, kot so npr. oblačenje, hoja, tuširanje, vstajanje s postelje, hranjenje itd. Kronične bolezni lahko pomembno vplivajo na slabše počutje in lahko tudi omejijo dnevne aktivnosti, je pa omejitev dnevnih aktivnosti lahko tudi znak duševne bolezni oz. depresije.

Posamezniki z več depresivnimi simptomi so tudi manj zadovoljni z življenjem na splošno in so v zadnjem letu pogosteje obiskali zdravnika. Depresivni simptomi se lahko odražajo še v nezadovoljstvu in povzročijo splošno nezadovoljstvo z življenjem, kar je lahko posredno povezano tudi s pogostejšimi obiski zdravnika (česar pa v naši analizi nismo preverjali).

Zanimivo je, da pri zdravljenju depresije (uživanje zdravil, zdravljenje v bolnišnici in pri zdravniku) ni tako številnih razlik po spolu, starosti, izobrazbi, zakonskem stanu in finančnem stanju gospodinjstva, kot so se kazale pri doživljanju simptomov. Razen po spolu in izobrazbi, kjer so ženske in manj izobrazženi pogosteje uživali zdravila ali se zdravili zaradi depresije pri zdravniku ali psihiatru (ne pa v bolnišnici). Pričakovali bi, da tisti, ki doživljajo več simptomov depresije (ženske, starejši, slabše izobrazženi, ki živijo sami, ki so slabše finančno situirani), pomembno pogosteje poiščejo pomoč ali pa so se zdravili pri zdravniku ali v bolnišnici kot tisti, ki doživljajo manj simptomov. To je tudi v skladu z nekaterimi drugimi študijami (Pérez-Zepeda, Ulises idr., 2013: 1260–1269).

Glede na druge države Slovenci najmanj pogosto uživajo zdravila za anksioznost ali depresijo, smo tudi malo pod povprečjem držav glede tistih, ki so se že zdravili pri zdravniku ali psihiatru, in izenačeni s povprečjem glede zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali na psihiatričnem oddelku. To verjetno pomeni, da vprašani kljub temu, da doživljajo več simptomov depresije, ne poiščejo pomoči ali pa jo poiščejo (število obiskov zdravnika in tudi število kroničnih bolezni je pri tistih z več simptomi višje, a v raziskavi ni podatka, kaj je vzrok za obisk zdravnika), a niso ustrezno diagnosticirani in zdravljeni. Razlogi za slabše iskanje pomoči v Sloveniji so lahko v stigmatiziranosti duševnih motenj in zdravljenju, slabši dostopnosti pomoči, slabši osveščenosti ter informiranosti o simptomih in možnostih zdravljenja ter tudi v odnosu starejših glede iskanja pomoči pri duševnih težavah (Mackenzie, Scott idr., 2008: 1010–1019). Razlogi za neustrezno diagnosticiranje in zdravljenje so lahko številni: od slabšega prepoznavanja duševnih in telesnih simptomov, številnih simptomov, ki morda niso tipični za depresijo, številnih drugih kroničnih bolezni, ki se v starosti pojavljajo, pa do drugih težav, ki so prisotne v zdravstvu in lahko vplivajo na obravnavo depresivne problematike. Možno je seveda tudi, da starejši zdravil, kljub temu, da jih imajo predpisane, ne uživajo (Reynolds, Frank idr., 1999: 39–45).

Med vsemi vključenimi državami ima v povprečju 27 % vprašanih več kot štiri simptome depresije, zdravila za depresijo pa v povprečju uživa 6 % vprašanih. V Sloveniji je odstotek tistih, ki doživljajo depresivne simptome, podoben (26 %), odstotek tistih, ki uživajo zdravila, pa je precej nižji (2 %). V prihodnje bi bilo koristno podrobno raziskati vzroke za takšno vedenje in razmišljati o možnih ukrepih.

5. Zaključek

Glavne ugotovitve naše študije so, da v Sloveniji štiri ali več simptomov depresije trenutno doživlja 26 % vprašanih, zdravila pa trenutno uživa le 2 % vprašanih, kar je najmanj med vsemi osemnajstimi vključenimi državami. Potrebne bi bile nadaljnje raziskave med zdravstvenimi delavci in tudi med starostniki glede prepoznavanja in zdravljenja depresije, odnosa do zdravil, da bi lahko pojasnili takšen rezultat in načrtovali ukrepe. Zelo verjetno bi se ukrepi (glede na nadaljnje raziskave) lahko usmerili bodisi v še dodatno izobraževanje zdravstvenih delavcev, da bi bili ti učinkovitejši pri diagnosticiranju in zdravljenju depresije, bodisi v destigmatizacijo in spreminjanje odnosa do duševnih bolezni in njihovega zdravljenja ter uživanja zdravil pri bolnikih.

Zaradi depresije se je pri zdravniku ali psihiatru kadarkoli zdravilo 48 % vprašanih, 9 % pa se jih je že zdravilo v bolnišnici, kar nas uvršča približno v mednarodno povprečje. Več depresivnih simptomov doživljajo ženske, starejši, manj izobraženi, tisti, ki živijo sami, in tisti, ki finančno težje shajajo. Poleg univerzalnih programov za zmanjšanje neenakosti v duševnem zdravju in krepitev duševnega zdravja starostnikov bi bilo treba raziskati, kakšne pristope in ukrepe uporabiti pri teh skupinah starostnikov.

Starostniki z več depresivnimi simptomi so manj zadovoljni z življenjem, imajo več kroničnih bolezni, pogosteje so v zadnjem letu obiskali svojega zdravnika in imajo omejitve pri vsakodnevnih opravilih, kar pomeni, da se verjetno pri njih akumulira več različnih težav in bolezni ter da je tudi njihovo normalno funkcioniranje precej okrnjeno. Zelo verjetno gre za starostnike, ki so še posebej ranljivi in potrebujejo dodatno zdravstveno, psihosocialno, finančno in še kakšno pomoč.

Literatura

- Abu-Rayya, H. (2005): »Depression And Social Involvement Among Elders«. *The Internet Journal of Health* 5: 8.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Berglund, P., Bijl, R., Vollebergh, W., de Graaf, R., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R., Kiliç, C., Offord, D., Ustun, B., Wittchen, H.-U. (2003): »The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys«. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 12: 3–21.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vasquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinene, V., Dalgard, O. S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G. (2001): »Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study«. *British Journal of Psychiatry* 179: 308–316.
- Blazer, D. (2003): »Depression in late life: Review and commentary«. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 58A: 249–265.
- Buber, I., Engelhardt, H. (2011): »The Association between Age and Depressive Symptoms among Older Men and Women in Europe. Findings from SHARE«. *Comparative Population Studies* 36: 103–126.
- Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendonca-Lima, C., Bula, C., Reisches, F., Wancata, J., Ritchie, K., Tsolaki, M., Mateos, R., Prince, M. (2007): »Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: The SHARE study«. *British Journal of psychiatry* 191: 393–401.
- Dewey, M., Prince, M. (2005): »Mental Health«. V: Börsch-Supan, A., Brügiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (ur.): *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.
- Djernes, J.K. (2006): »Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review«. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113: 372–387.
- Gallagher, D., Savva, G., Kenny, R., Lawlor, B. (2013): »What predicts persistent depression in older adults across Europe? Utility of clinical and neuropsychological predictors from the SHARE study«. *Journal of Affective Disorders* 147: 192–197.
- Harris, T., Cook, D., Victor, C., Rink, E., Mann, A., Shah, S., Dewilde, S., Beighton, C. (2003): »Predictors of depressive symptoms in older people: A survey of two general practice populations«. *Age and Ageing* 32: 510–518.
- Ho, S.H.C., Feng, L., Fam, J., Mahendran, R., Kua, H., Ng, T.P. (2014): »Coexisting medical comorbidity and depression: Multiplicative effects on health outcomes in older adults«. *International Psychogeriatrics* 15: 1–9.
- Jorm, A. (2000): »Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span«. *Psychological Medicine* 30: 11–22.
- Mackenzie, C., Scott, T., Mather, A., Sareen, J. (2008): »Older adults' help-seeking attitudes and treatment beliefs concerning mental health problems«. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 16: 1010–1019.

- Pérez-Zepeda, M.U., Arango-Lopera, V.E., Wagner, F., Gallo, J., Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., García-Peña, C. (2013): »Factors associated with help-seeking behaviors in Mexican older individuals with depressive symptoms: a cross-sectional study«. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 28: 1260–1269.
- Reynolds, C., Frank, E., Perel, J., Imber, S., Cornes, C., Miller, M., Sati, M., Houck, P., Dew, M.A., Stack, J., Pollock, B., Kupfer, D. (1999): »Nortriptyline and interpersonal therapy as maintenance therapies for recurrent major depression«. *The Journal of the American Medical Association* 281: 39–45.
- Schaan, B. (2013): »Widowhood and depression among older Europeans-the role of gender, caregiving, marital quality, and regional context«. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences* 68: 431–442.
- Sikorski, C., Luppá, M., Heser, K., Ernst, A., Lange, C., Werle, J., Bickel, H., Mösch, E., Wiese, B., Prokein, J., Fuchs, A., Pentzek, M., König, H.-H., Brettschneider, C., Scherer, M., Maier, W., Weyerer, S., Riedel-Heller, S., AgeCoDe Study Group (2014): »The role of spousal loss in the development of depressive symptoms in the elderly – implications for diagnostic systems«. *Journal of Affective Disorders* 161: 97–103.
- Snowdon, J. (2001): »Is depression more prevalent in old age?«. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35: 782–787.
- Van de Velde, S., Bracke, P., Levecque, K. (2010): »Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression«. *Social Science & Medicine* 71: 305–313.